

**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
SEDE REGIONAL AFRICANA**

***QUADRAGÉSIMA-PRIMEIRA SESSÃO
DO COMITÉ REGIONAL AFRICANO DA OMS
REALIZADA EM BUJUMBURA, BURUNDI,
ENTRE 4 E 10 DE SETEMBRO DE 1991***

RELATÓRIO FINAL

**BRAZZAVILLE
Outubro de 1991**

INDICE

PARTE I

DECISOES PROCESSUAIS

	<u>Página</u>
1. Composição da Comissão de Designações	1
2. Eleição do Presidente, Vice-presidentes e Relatores	1
3. Composição da Comissão de Verificação de Poderes	1
4. Credenciais	2
5. Escolha do tema das Discussões Técnicas de 1992	2
6. Escolha dos temas das Discussões Técnicas de 1993, 1994 e 1995	2
7. Designação do Presidente das Discussões Técnicas de 1992	2
8. Ordem do dia da quadragésima-segunda sessão do Comité Regional	2
9. Incidências regionais das ordens do dia da 89ª Sessão do Conselho Executivo e da 45ª Assembleia Mundial da Saúde	3
10. Método de trabalho e duração da 45ª Assembleia Mundial da Saúde	3
11. Datas e locais de realização da 43ª e da 44ª sessões do Comité Regional	4
12. Designação de representantes da Região Africana na Comissão de Gestão do Programa Mundial de Luta contra a SIDA (GPA)	4
13. Designação de representantes da Região Africana na Comissão Consultiva de Gestão do Programa de Acção para os Medicamentos Essenciais	4
14. Designação dos representantes da Região Africana no Conselho Conjunto de Coordenação (ICB) do Programa Especial de Investigação e Formação em Doenças Tropicais	5
15. Substituição dos membros do Subcomité do Programa	5

RESOLUCOES

AFR/RC41/R1 - Relatório de actividades do Programa Alargado de Vacinação: realizações e desafios para os anos noventa	7
AFR/RC41/R2 - Programa de erradicação da dracunculose na Região Africana	9
AFR/RC41/R3 - Infecções Respiratórias Agudas (IRA)	11

AFR/RC41/R4	-	Acelerar a implementação dos programas de abastecimento de água e saneamento na Região Africana	13
AFR/RC41/R5	-	Segunda avaliação da implementação da estratégia da Saúde para Todos no Ano 2000 na Região Africana da OMS	15
AFR/RC41/R6	-	Gestão do apoio informativo ao sistema distrital de saúde	17
AFR/RC41/R7	-	Epidemia de cólera na Região Africana	18
AFR/RC41/R8	-	Iniciativa Africana para os medicamentos essenciais	20
AFR/RC41/R9	-	Subvenções para estudos outorgadas pela OMS	22
AFR/RC41/R10	-	Implementação do programa de financiamento dos cuidados de saúde (HECAFIP)	24
AFR/RC41/R11	-	Amamentação	26
AFR/RC41/R12	-	Actividades da OMS na Região Africana: Relatório bienal do Director Regional relativo a 1989-1990	27
AFR/RC41/R13	-	Racionalização dos recursos financeiros da Sede Regional Africana da OMS	28
AFR/RC41/R14	-	Apelo de Bujumbura "Um apelo para a África" lançado durante a 4ª Sessão do Comité Regional realizada em Bujumbura, 4-10 de Setembro de 1991	29
AFR/RC41/R15	-	Moção de agradecimento	32

PARTE II

		<u>Parágrafos</u>
INTRODUÇÃO		1-4
ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA EM 1989-1990: RELATÓRIO DO DIRECTOR REGIONAL (Doc. AFR/RC41/3 e AFR/RC41/3 Add.1)		5-34
ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHOS DO COMITÉ REGIONAL		35-39
SESSÃO SOLENE DE ABERTURA		40-68
RELATÓRIO DE ACTIVIDADES DO PROGRAMA ALARGADO DE VACINAÇÃO: REALIZAÇÕES E DESAFIOS PARA OS ANOS 90 (Documento AFR/RC41/4)		69-86
PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DA DRACUNCULOSE (VERME DE GUINÉ) NA REGIÃO AFRICANA DA OMS: PROGRESSOS REALIZADOS (Documento AFR/RC41/5)		87-93

INFECCOES RESPIRATORIAS AGUDAS ; PROGRAMA DE COMBATE PARA OS ANOS 90 E RELATORIO DA SITUACAO (Documento AFR/RC41/6)	94-105
RELATORIO DE ACTIVIDADES DA DECADA INTERNACIONAL DO ABASTECIMENTO DE AGUA POTAVEL E DO SANEAMENTO NA REGIAO AFRICANA (Documento AFR/RC41/7)	106-121
SEGUNDA AVALIACAO DA IMPLEMENTACAO DA ESTRATEGIA DA SAUDE PARA TODOS NO ANO 2000 (Documento AFR/RC41/8)	122-138
GESTAO DO APOIO INFORMATIVO AO SISTEMA DISTRITAL DE SAUDE (Documento AFR/RC41/10)	139-146
MODALIDADES DE IMPLEMENTACAO DAS RESOLUCOES DE INTERESSE REGIONAL APROVADAS PELA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAUDE E PELO CONSELHO EXECUTIVO (Documento AFR/RC41/11)	147-149
INCIDENCIAS REGIONAIS DAS ORDENS DO DIA DA 89 ^a SESSAO DO CONSELHO EXECUTIVO E DA 45 ^a ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAUDE (Documento AFR/RC41/12)	150-152
METODO DE TRABALHO E DURACAO DA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAUDE: RELATORIO DO DIRECTOR REGIONAL Documentos AFR/RC41/13 Rev. e Corr.1)	153-156
DISCUSOES TECNICAS DA 45 ^a ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAUDE (Documento AFR/RC41/14)	157-161
PROGRAMA DE LUTA CONTRA A SIDA (Documento AFR/RC41/INF.DOC/5 Rev.1)	162-177
RELATORIO DA REUNIAO DO SUBCOMITE DO PROGRAMA (Documento AFR/RC41/15)	178-217
DATAS E LOCAIS DE REALIZACAO DAS 42 ^a e 43 ^a SESSOES DO COMITE REGIONAL EM 1993 e 1994 (Doc. AFR/RC42/22 e Add.1)	218
ESCOLHA DO TEMA DAS DISCUSOES TECNICAS DE 1992 (Documento AFR/RC41/21)	219
DESIGNACAO DO PRESIDENTE DAS DISCUSOES TECNICAS DE 1992 (Documento AFR/RC41/20 Rev.2)	220
ESCOLHA DOS TEMAS DAS DISCUSOES TECNICAS DE 1993, 1994 e 1995 (Documento AFR/RC41/21 Add.1)	221
ENCERRAMENTO DA QUADRAGESIMA-PRIMEIRA SESSAO	222-226

ANEXOS

	<u>Página</u>
1. Ordem do dia Provisória	67
2. Lista dos participantes	69
3. Alocução do Professor Dr. Flávio Fernandes, Ministro da Saúde da República Popular de Angola, Primeiro Vice-Presidente da 40a Sessão do Comité Regional Africano da OMS	82
4. Discurso do Doutor Hiroshi Nakajima, Director-Geral da Organização Mundial de Saúde	84
5. Alocução do Senhor Wawa Leba, Representante do Secretário-Geral da Organização da Unidade Africana	89
6. Alocução do Dr. G.L. Monekosso, Director Regional	94
7. Discurso de Sua Excelência o Major Pierre Buyoya, Presidente da República do Burundi	101
8. Relatório do Subcomité do Programa	107
9. Relatório das discussões técnicas	127
10. Ordem do dia provisória da quadragésima-segunda sessão do Comité Regional Africano	130
11. Lista dos documentos	132

PARTE I

DECISOES PROCESSUAIS

1. Composição da Comissão de Designações

A Comissão de Designações reuniu-se na quinta-feira, 5 de Setembro de 1991, sendo composta por representantes dos seguintes 12 Estados-membros: Botsuana, R. Centrafricana, Chade, Gongo, Gâmbia, Malawi, Mauritânia, Moçambique, Quênia, Ruanda, Serra Leoa e Tanzânia. A Comissão elegeu o Dr. L.S. Simao (Moçambique) como seu Presidente.

3a sessão, 5 de Setembro de 1991

2. Eleição do Presidente, Vice-presidentes e Relatores

Depois de analisar o relatório da Comissão de Designações e de acordo com o artigo 10^o do Regulamento Interno e a resolução AFR/RC23/R1, o Comité Regional elegeu por unanimidade os seguintes:

Presidente: Dr. Norbert Ngendabaniykw
Ministro da Saúde do Burundi

1o Vice-presidente: Dr. N. Iyambo
Ministro da Saúde da Namíbia

2o Vice-Presidente: Dr. Leite Nobre
Ministro da Saúde de Cabo Verde

Relatores Dr. G.A. Williams (Nigéria);
Dr. V. Devo (Togo);
Dr. J. Bonfim (Sao Tomé e Príncipe);

Relatores das discussões Técnicas

Dr. S. Subramanien (Maurícias);
Dra. O.G. Dossou (Benim);
Dr. António Maria (Angola)

4a sessão, 5 de Setembro de 1991

3. Composição da Comissão de Verificação de Poderes

Em conformidade com o artigo 16^o do Regulamento Interno, o Comité Regional nomeou uma Comissão de Verificação de Poderes, composta por representantes dos seguintes 12 Estados-membros: Burkina Faso, República Centrafricana, Comores, Côte d'Ivoire, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Nigéria, Senegal, Uganda, Zaire e Zimbabwe. A Comissão elegeu o Professor L.K. Manlan (Côte d'Ivoire) como seu Presidente.

3a sessão, 5 de Setembro de 1991

4. Credenciais

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

A Comissao nao pôde examinar as credenciais do Chade, Etiópia, Lesoto, Madagáscar, Mauritânia, Maurícias, Níger e Zaire.

7a sessao, 6 de Setembro de 1991

5. Escolha do tema das Discussoes Técnicas de 1992

O Comité Regional confirmou o seguinte tema para as Discussoes Técnicas da sua 42a Sessao: "Investigação sobre Saúde Pública".

9a sessao, 9 de Setembro de 1991

6. Esolha dos temas das Discussoes Técnicas de 1993, 1994 e 1995

O Comité Regional decidiu que as Discussoes Técnicas do próximo período de três anos incidiriam sobre os seguintes temas:

- i) 1993 - Desenvolvimento das infra-estruturas de saúde
- ii) 1994 - Seleccao e desenvolvimento das tecnologias de saúde
- iii) 1995 - Financiamento dos cuidados de saúde

7. Designação do Presidente das Discussoes Técnicas de 1992

O Comité Regional designou o Prof. F.K. Nkrumah (Gana) como Presidente das Discussoes Técnicas da sua 42a Sessao e o Professor N. Coulibaly como Presidente substituto.

11a sessao, 9 de Setembro de 1991

8. Ordem do dia da quadragésima-segunda sessao do Comité Regional

O Comité Regional aprovou a ordem do dia provisória da sua 42a sessao proposta pelo Director Regional no Anexo 4 do documento AFR/RC41/12.

11a Sessao, 9 de Setembro de 1991

9. Incidências regionais das ordens do dia da 89a Sessão do Conselho Executivo e da 45a Assembleia Mundial da Saúde

O Comité Regional tomou nota das ordens do dia provisórias da 89a Sessão do Conselho Executivo e da 45a Assembleia Mundial da Saúde, bem como das respectivas correlações com a ordem do dia provisória da 42a Sessão do Comité Regional.

11a Sessão, 9 de Setembro de 1991

10. Método de trabalho e duração da 45a Assembleia Mundial da Saúde

Presidente da Assembleia Mundial da Saúde

- 10.1 Durante a 42a Sessão do Comité Regional, a Região Africana designará o Presidente da Assembleia Mundial da Saúde de 1994. O candidato será escolhido entre os Estados-membros da Sub-região III.

Vice-presidente da Assembleia Mundial da Saúde

- 10.2 O Presidente da 41a Sessão do Comité Regional será proposto para uma das vice-presidências da 45a Assembleia Mundial da Saúde, em Maio de 1992. Se por qualquer motivo o Presidente do Comité não puder cumprir esse mandato, um dos Vice-presidentes do Comité substituí-lo-á, segundo a ordem indicada por sorteio (1o e 2o Vice-Presidentes). No caso do Presidente em exercício do Comité e dos seus dois Vice-presidentes estarem impossibilitados de desempenhar o cargo de Vice-presidente da Assembleia Mundial da Saúde, os chefes de delegação dos países de origem do Presidente em exercício do Comité Regional, do 1o e do 2o Vice-presidentes desempenharão, por esta ordem, o cargo de Vice-presidente da Assembleia.

Membros habilitados a designar uma pessoa para o Conselho Executivo

- 10.3 Os Estados-membros da Região Africana cujos mandatos expiram no termo da 45a Assembleia Mundial da Saúde são o Níger e a Nigéria. Os novos membros do Conselho Executivo serão designados pela Suazilândia e pelo Togo.

Encerramento da 45a Assembleia Mundial da Saúde

- 10.4 O representante da República de Angola falará em nome da Região Africana na sessão de encerramento da 45a Assembleia Mundial da Saúde, em conformidade com a Decisão 6 (11) da 33a Sessão do Comité Regional Africano.

Reuniao informal do Comité Regional

- 10.5 O Director Regional convocará uma reunião informal para segunda-feira, 4 de Maio de 1992, às 10.00H, no Palácio das Nações, em Genebra, para confirmar as decisões tomadas pelo Comité Regional, na sua 41a Sessão.

12a sessão, 9 de Setembro de 1991

11. Datas e locais de realização da 43a e da 44a sessoes do Comité Regional

O Comité Regional decidiu realizar a sua 42a sessão em Brazzaville, Congo, na sua Sede Regional, em Setembro de 1992, de acordo com a Resolução AFR/RC35/10. O Comité decidiu igualmente realizar a sua quadragésima-terceira sessão em Brazzaville, em 1993, a menos que um país convide o Comité Regional e suporte as despesas suplementares decorrentes da sessão do Comité fora da Sede Regional.

13a Sessão, 10 de Setembro de 1991

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

Dado que o mandato do Zimbabwe termina em finais de 1991, o Botsuana substituí-lo-á por um período de três anos, a começar em 1 de Janeiro de 1992. Este país juntar-se-á ao Congo para representar a Região na Comissão de Gestão do Programa Mundial de luta contra a SIDA.

13a Sessão, 10 de Setembro de 1991

13. Designação de representantes da Região Africana na Comissão Consultiva de Gestão do Programa de Acção para os Medicamentos Essenciais

Na sua quadragésima sessão, o Comité Regional designou o Uganda e o Zaire para representarem a Região Africana na Comissão Consultiva de Gestão do Programa de Acção para os Medicamentos Essenciais. O mandato do Uganda terminará em 31 de Dezembro de 1991 e o do Zaire em 31 de Dezembro de 1992. Em Janeiro de 1992, a Zâmbia substituirá o Uganda, de acordo com a ordem alfabética, por um mandato de três anos (1992-1994). Em Janeiro de 1993, o Zimbabwe substituirá o Zaire, igualmente por um mandato de três anos.

O Comité expressou o seu agradecimento ao Uganda, cujo mandato expira em 31 de Dezembro de 1991, por ter representado eficazmente a Região.

13a sessão, 10 de Setembro de 1991

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

Atendendo à expiração do mandato do Ruanda, o Senegal foi designado como novo membro e juntar-se-á a Sao Tomé e Príncipe para representar a Região Africana no Conselho Conjunto de Coordenação (ICB) do Programa Especial de Investigação e Formação em Doenças Tropicais. O mandato do Senegal começará em Janeiro de 1992.

15. Substituição dos membros do Subcomité do Programa

Atendendo à expiração do calendário de substituição dos membros do Subcomité do Programa, que havia sido estabelecido pela Decisão no 8 da sua 34a sessão, o Comité Regional decidiu elaborar o novo calendário que se encontra a seguir.

O Comité Regional agradeceu ao Níger, Nigéria, Ruanda, Sao Tomé e Príncipe, Senegal e Seychelles, cujos mandatos expiraram, a sua excelente contribuição para os trabalhos do Subcomité.

Em conformidade com a resolução AFR/RC25/R10 e a Decisão no 15 da quadragésima-primeira sessão do Comité Regional, os seguintes países substituem em 1992-1993 os membros do Subcomité do Programa cujos mandatos expiraram: Argélia, Angola, Benim, República Unida da Tanzânia, Zâmbia e Zimbabwe.

16. Nomeação do representante da Região no Programa Especial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Investigação no campo da Reprodução Humana - Participação na Comissão Consultiva para a Política e Coordenação

O Comité Regional nomeou o Togo para substituir a Gâmbia na Comissão Consultiva para a Política e Coordenação do Programa Especial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Investigação no campo da Reprodução Humana (HRP).

13a sessão, 10 de Setembro de 1991

COMITE REGIONAL - 41a SESSAO
CALENDARIO DE SUBSTITUICAO DOS MEMBROS
DO SUBCOMITE DO PROGRAMA

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

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

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

Quadragésima-primeira sessao

AFR/RC41/R1
10 de Setembro de 1991

ORIGINAL : INGLES

RELATORIO DE ACTIVIDADES DO PROGRAMA ALARGADO DE VACINACAO:
REALIZACOES E DESAFIOS PARA OS ANOS NOVENTA

Recordando as resoluções pertinentes dos órgãos directivos sobre o Programa Alargado de Vacinação e, em particular, as resoluções AFR/RC35/R9 sobre a avaliação a meio da década, WHA41.28 sobre a erradicação mundial da poliomielite até ao ano 2000, AFR/RC38/R2 sobre a eliminação do tétano neonatal na Região até 1995 e AFR/RC39/R3 sobre as estratégias regionais de eliminação do tétano neonatal e de erradicação da poliomielite;

Reconhecendo o empenho da Cimeira Mundial para as Crianças em dar elevada prioridade aos direitos das crianças e à sua sobrevivência, protecção e desenvolvimento;

Apreciando a aceitação, por parte dos Estados-membros, do Cenário Africano de Desenvolvimento Sanitário como um quadro orgânico vocacionado para acelerar a instauração da SAUDE PARA TODOS NO ANO 2000;

Tendo presente que algumas das doenças-alvo do PAV continuam a ser correntes na Região;

Considerando que os sistemas de saúde e os profissionais de saúde demonstraram a sua capacidade para executar convenientemente o PAV;

Tendo analisado o relatório do Director Regional sobre as realizações e estratégias para os anos noventa (documento AFR/RC41/4);

O COMITE REGIONAL,

1. FELICITA o Director Regional pelo seu relatório claro e completo que descreve as realizações ocorridas até à data e os desafios que se colocam na década de noventa;
2. EXORTA os profissionais de saúde da periferia, os supervisores dos programas e os directores nacionais do PAV a prosseguir os seus esforços dedicados a favor da vacinação das crianças;
3. REITERA OS SEUS AGRADECIMENTOS aos parceiros do PAV que colaboram no desenvolvimento do programa na Região, particularmente o UNICEF, a Associação Canadiana para a Saúde Pública, o Rotary Internacional, os projectos Combate às Doenças Transmissíveis da Infância (CCCD) e Recursos para a Saúde Infantil (REACH) que são financiados pela organização USAID, o Fundo para a Sobrevivência das Crianças (SCF) do Reino Unido, a Associação para a Medicina Preventiva (APMP/França), o Banco Mundial, o PNUD e outros organismos, pelo seu apoio contínuo;

4. APELA aos Estados-membros para que:

- i) analisem os seus programas nacionais alargados de vacinação, distrito a distrito, a fim de estabelecer as actividades que deverao ser objecto de atenção particular nos anos noventa, para alcançar as metas nacionais;
- ii) acelerem a implementação de planos de operações vocacionados para iniciativas específicas sobre doenças, como a eliminação do tétano neonatal, a erradicação da poliomielite e o combate ao tétano, no âmbito de um quadro organizacional que abranja toda a população do país e com particular incidência nas actividades operacionais;
- iii) determinem como é que as realizações do programa podem ser mantidas e melhoradas nos anos noventa, graças à colocação à disposição dos necessários recursos humanos, materiais e financeiros;

5. APELA às organizações internacionais, governamentais e nao-governamentais, bem como às organizações privadas sem fins lucrativos, para que ajudem a manter e a melhorar as realizações já conseguidas;

6. SOLICITA ao Director Regional que:

- i) apoie os esforços dos Estados-membros para executar os seus planos de operações vocacionados para a eliminação do tétano neonatal, para a erradicação da poliomielite e para o combate ao sarampo;
- ii) continue, em colaboração com o UNICEF, outras agências das Nações Unidas e organizações governamentais e nao-governamentais, a proceder à coordenação, mobilização e utilização dos recursos para o desenvolvimento dos Programas Alargados de Vacinação da Região e dos países;
- iii) reforce o apoio técnico, a todos os níveis da Organização, a fim de aumentar o contributo da OMS para os programas nacionais e, em particular, para as iniciativas sobre determinadas doenças;

7. SOLICITA ao Director Regional que apresente, à 43a sessão do Comité Regional, um relatório sobre os progressos realizados no Programa Alargado de Vacinação.

13a sessão, 10 de Setembro de 1991

Quadragésima-primeira sessao

AFR/RC41/R2
10 de Setembro de 1991

ORIGINAL : INGLES

PROGRAMA DE ERRADICACAO DA DRACUNCULOSE
NA REGIAO AFRICANA

Notando que algumas das recomendações constantes da resolução WHA39.21 aprovada pela Assembleia Mundial da Saúde, em 1986, e da resolução AFR/RC38/R13 aprovada pelo Comité Regional, em 1988, ainda não foram completamente postas em prática num certo número de países;

Notando que, em consequência das pesquisas activas de casos à escala nacional realizadas em diversos países desde 1988, determinou-se a distribuição da dracunculose nas comunidades afectadas;

Considerando que a urgente mobilização das comunidades, dos seus líderes e dos recursos necessários para organizar as intervenções e reforçar a vigilância requer uma atenção prioritária;

Convicto de que a estratégia regional de erradicação da dracunculose continua a ser uma estratégia eficaz;

Tendo presente as resoluções WHA39.21 e AFR/RC38/R13.

Tendo analisado o relatório do Director Regional sobre os progressos realizados na erradicação da dracunculose na Região Africana da OMS;

O COMITE REGIONAL,

1. APROVA o relatório do Director Regional;
2. APROVA a continuação de uma estratégia combinada de fornecimento de água potável, vigilância activa, educação para a saúde e controlo dos vectores para a erradicação da infecção;
3. INSTA todos os Estados-membros afectados a :
 - i) realizar, tao rapidamente quanto possível, uma pesquisa activa de casos à escala nacional, elaborar planos de acção nacionais para a erradicação da dracunculose até 1995 e mobilizar recursos para reforçar a vigilância no âmbito dos cuidados primários de saúde;
 - ii) dar elevada prioridade às zonas endémicas pondo à disposição fontes seguras de água potável, intensificando a vigilância da dracunculose à escala nacional e notificando regularmente a OMS sobre isso;
4. CONVIDA os organismos de cooperação bilateral e internacional, as organizações privadas sem fins lucrativos e fundações a :
 - i) apoiar os países para que introduzam, nos cuidados primários de saúde, uma componente de erradicação da dracunculose nos projectos rurais de abastecimento de água e nos programas agrícolas e de educação para a saúde nas zonas endémicas;

ii) fornecer os fundos necessários para o efeito;

5. SOLICITA ao Director Regional que :

- i) reforce o papel de liderança técnica da OMS na erradicação da dracunculose;
- ii) intensifique a coordenação com outras organizações internacionais e organismos de cooperação bilateral com vista à mobilização dos recursos necessários para apoiar as actividades de erradicação da dracunculose nos países afectados;
- iii) intensifique a vigilância regional da doença e incentive a cooperação e coordenação entre países endémicos vizinhos (através dos mecanismos da CTPD) nos seus esforços de controlo;
- iv) apresente um relatório à 43a Sessão do Comité Regional sobre a implementação destas actividades nos países afectados.

13a sessão, 10 de Setembro de 1991

Quadragésima-primeira sessão

AFR/RC41/R3

10 de Setembro 1991

ORIGINAL : INGLÉS

INFECCOES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)

Considerando a resolução WHA44.7 da Assembleia Mundial da Saúde que apelou aos Estados-membros para que criassem programas nacionais de combate às infecções respiratórias agudas (IRA), que deveriam ser integrados nos cuidados primários de saúde;

Considerando que os Estados-membros aprovaram o Cenário de Desenvolvimento Sanitário como um quadro estrutural organizacional para acelerar a instauração da SPT/2000;

Tendo presente que as IRA são um importante problema de saúde pública nos países da Região;

Preocupado com a magnitude da mortalidade das crianças menores de cinco anos de idade causada pelas IRA, a qual foi realçada no relatório do Director Regional;

Tendo analisado o relatório do Director Regional;

O COMITE REGIONAL,

1. FELICITA o Director Regional pelo seu relatório conciso e completo;
2. APELA aos Estados-membros para que elaborem programas nacionais completos de combate às infecções respiratórias agudas como um dos programas prioritários para reduzir a mortalidade nos lactentes e nas crianças pequenas, e que, como medidas importantes:
 - i) procedam, em particular, à formação do pessoal de saúde em aspectos técnicos e operacionais do programa, com particular incidência no tratamento estandardizado dos casos;
 - ii) integrem as actividades de combate às IRA nos cuidados primários de saúde;
 - iii) mobilizem recursos locais e externos para o programa.
3. APELA às organizações internacionais, governamentais e não-governamentais, bem como às fundações e organizações privadas sem fins lucrativos, para que apoiem as actividades de combate às IRA na Região Africana;
4. SOLICITA ao Director Regional que:
 - i) preste o apoio técnico necessário aos Estados-membros na elaboração dos seus programas nacionais de combate às IRA e na respectiva integração nos cuidados primários de saúde;

- ii) organize actividades de formação técnica e em gestão para os nacionais encarregados do combate às IRA, bem como seminários para facilitar o intercâmbio de experiências e a promoção do programa aos níveis nacional e regional.
- iii) apresente, à 44a Sessão do Comité Regional, um relatório sobre os progressos realizados na implementação e expansão dos programas de combate às infecções respiratórias agudas na Região.

13a sessão, 10 de Setembro de 1991

Quadragesima-primeira sessao

AFR/RC41/R4

10 de Setembro de 1991

ORIGINAL : INGLES

ACCELERAR A IMPLEMENTACAO DOS PROGRAMAS DE ABASTECIMENTO
DE AGUA E SANEAMENTO NA REGIAO AFRICANA

Recordando as resoluções AFR/RC34/R8 e WHA39.20 sobre os progressos realizados na primeira metade da Década Internacional do Abastecimento de Água Potável e Saneamento (DIAAPS), AFR/RC35/R6 e AFR/RC38/R13 que realçam o papel do abastecimento de água e saneamento no controlo das doenças diarreicas e na erradicação da dracunculose, respectivamente, e WHA42.25 que apela a um esforço sustentado para alargar e intensificar as actividades da Década nos anos noventa, no âmbito da estratégia da SAUDE PARA TODOS;

Tendo examinado o relatório apresentado pelo Director Regional sobre os progressos realizados no sector do abastecimento de água e saneamento pelos Estados-membros da Regiao;

Reconhecendo que quase todos os países da Regiao executaram activamente programas para melhorar os serviços de abastecimento de água e saneamento como uma componente integrante da estratégia dos cuidados primários de saúde;

Reconhecendo os notáveis progressos realizados pelos países no que se refere a propiciar um melhor acesso aos meios de abastecimento de água e saneamento sob difíceis condições sociais e económicas, amiúde agravadas pelas catástrofes naturais ou conflitos armados;

Notando, com satisfação, o aumento da tomada de consciência em toda a Regiao e o reconhecimento da importância do abastecimento de água potável e do saneamento adequado para a saúde e para o bem-estar das populações;

Considerando a magnitude da experiência adquirida a todos os níveis dos países, para superar as numerosas dificuldades que obstem ao desenvolvimento do sector;

Preocupado com o muito que falta fazer para satisfazer as necessidades essenciais das populações mal servidas, especialmente as que vivem nas zonas rurais e periurbanas.

O COMITE REGIONAL,

1. CONGRATULA o Director Regional pelo seu relatório sobre os progressos realizados no âmbito da Década nos Estados-membros da Regiao Africana;
2. APROVA as estratégias e planos de acção propostos no documento AFR/RC41/7 para a elaboração de programas de abastecimento de água e saneamento nos anos noventa;

3. CONVIDA os Estados-membros, de acordo com a aplicação prática da estratégia regional baseada no Cenário de Desenvolvimento Sanitário e, em particular, na abordagem centrada no distrito para a prestação de cuidados primários de saúde, a:

- i) planear e integrar eficazmente as actividades de abastecimento de água e saneamento com as actividades dos outros programas prioritários de saúde e dos sectores afins;
- ii) empreender acções de reforço nos domínios de gestão, formação e investigação, aos níveis distrital, provincial e central, com vista a aumentar a eficácia e a eficiência do programa;
- iii) mobilizar recursos financeiros, humanos e materiais aos níveis nacional e externo, proporcionalmente às necessidades identificadas no país, sobretudo através da participação comunitária, de fundos locais auto-renováveis, de sistemas de partilha dos custos e por meio de projectos apropriados susceptíveis de obterem financiamento externo;
- iv) dar ênfase ao melhor aproveitamento possível das instalações existentes, graças a acções completas e duradouras tendentes a assegurar o funcionamento e manutenção adequados, bem como as actividades de restauração;
- v) efectuar, em fins de 1991, uma avaliação das actividades da Década realizadas até Dezembro de 1990, como parte do mecanismo de reforço da gestão para os anos noventa e como contribuição para a análise regional da Década.

4. SOLICITA ao Director Regional que:

- i) reforce ainda mais a cooperação com todos os Estados-membros, prestando apoio estratégico, técnico e operacional sustentado aos programas nacionais de abastecimento de água e saneamento integrados nos cuidados primários de saúde;
- ii) colabore com os Estados-membros na avaliação da Década, fornecendo a metodologia necessária e outro apoio;
- iii) intensifique a cooperação com os organismos de apoio externo no desenvolvimento geral do sector;
- iv) apresente um relatório de avaliação do fim da Década à 42a sessão do Comité Regional.

13a sessão, 10 de Setembro de 1991

Quadragésima-primeira sessao

AFR/RC41/R5

10 de Setembro de 1991

ORIGINAL : FRANCES

SEGUNDA AVALIACAO DA IMPLEMENTACAO
DA ESTRATEGIA DA SAUDE PARA TODOS NO ANO 2000
NA REGIAO AFRICANA DA OMS

Considerando a resolução WHA34.36 da Assembleia Mundial da Saúde por meio da qual foi adoptada a estratégia mundial da SAUDE PARA TODOS NO ANO 2000;

Considerando as resoluções WHA39.7, AFR/RC35/R1 e AFR/RC37/R14 por meio das quais os Estados-membros decidiram acompanhar e avaliar periodicamente os progressos realizados na implementação das suas estratégias nacionais de Saúde para Todos e apresentar um relatório sobre o assunto;

Tendo notado que os Estados-membros procederam à Segunda Avaliação das suas estratégias da Saúde para Todos entre 1 de Outubro de 1990 e 31 de Janeiro de 1991, de acordo com o Guia Comum de Avaliação (WHO/HST/90.1) e com base nos doze indicadores mundiais reformulados em conformidade com a resolução EB85.R5;

Notando que muito continua por fazer na extensão da cobertura e melhoramento da qualidade dos CPS;

Reconhecendo os progressos realizados pelos países na melhoria dos seus processos nacionais de acompanhamento e avaliação no âmbito da gestão dos sistemas de saúde, mas igualmente as dificuldades que subsistem na recolha e processamento de informações pertinentes e fiáveis;

Tendo analisado o relatório do Director Regional intitulado "Segunda avaliação da implementação da estratégia da Saúde para Todos no Ano 2000 na Região Africana" (AFR/RC41/8);

O COMITE REGIONAL,

1. APROVA o relatório do Director Regional sobre a Segunda Avaliação da Estratégia da Saúde para Todos na Região Africana;
2. CONGRATULA-SE com os esforços envidados pelos Estados-membros com vista ao reforço do processo de acompanhamento e avaliação, e à sua integração no processo de gestão dos sistemas nacionais de saúde;
3. EXORTA os Estados-membros a:
 - i) utilizar mais amplamente os dados e conclusões das suas avaliações nacionais, a fim de reforçar ou reorientar as suas políticas e estratégias de desenvolvimento sanitário e assegurar a divulgação apropriada de todos os dados processados aos utentes interessados;

- ii) tomar as medidas técnicas adequadas, a fim de instaurar os necessários mecanismos e procedimentos de recolha, processamento e utilização dos dados sanitários, no âmbito de um sistema nacional de informação sanitária orientado para a tomada de decisões e para a gestão dos sistemas de saúde, aos níveis local (distrital), intermédio e central.
- iii) afectar, às estruturas e instituições nacionais de saúde, recursos humanos e financeiros apropriados, a fim de reforçar as suas capacidades no que respeita à extensão da cobertura, à melhoria da qualidade dos serviços de CPS e à gestão da informação epidemiológica e sanitária;

4. SOLICITA ao Director Regional que:

- i) intensifique a sua cooperação técnica com os países no domínio do reforço da gestão dos sistemas de saúde, em particular no que se refere ao desenvolvimento de sistemas nacionais de informação sanitária;
- ii) continue a promover os conceitos, métodos e instrumentos adaptados às necessidades das diferentes estruturas e instituições de saúde, aos diversos níveis do sistema de saúde, a fim de melhorar o acompanhamento e a avaliação dos progressos realizados na instauração da Saúde para Todos;
- iii) apresente um relatório, à quadragésima-terceira sessão do Comité Regional, sobre o reforço do apoio informativo à gestão dos sistemas nacionais de saúde nos Estados-membros;

5. CONVIDA o Director Regional a transmitir ao Director-Geral o documento AFR/RC41/8 como contribuição para a Segunda Avaliação da Estratégia Mundial da Saúde para Todos e para o Oitavo Relatório sobre a Situação Sanitária no Mundo.

13ª sessão, 10 de Setembro de 1991

Quadragésima-primeira sessao

AFR/RC41/R6

10 de Setembro de 1991

ORIGINAL : FRANCES

GESTAO DO APOIO INFORMATIVO AO
SISTEMA DISTRITAL DE SAUDE

Considerando as resoluções AFR/RC37/R4 e AFR/RC37/R14 relativas à necessidade de reforçar a gestão do apoio informativo ao sistema distrital de saúde;

Apreciando os progressos realizados pelos países na utilização dos "indicadores de saúde comunitária" e dos "critérios de operacionalidade dos distritos" elaborados em conformidade com as resoluções pertinentes do Comité Regional;

Consciente da importância do apoio informativo enquanto elemento essencial para a melhoria da gestão dos sistemas de saúde;

O COMITE REGIONAL,

1. AGRADECE ao Director Regional por ter elaborado e posto à disposição dos países instrumentos práticos para o acompanhamento e a avaliação dos progressos realizados na instauração da Saúde para Todos, a nível distrital;
2. INSTA os Estados-membros a aplicar esses instrumentos de maneira sistemática e adaptada aos seus sistemas nacionais de saúde, assegurando a sua integração no processo de reforço do sistema nacional de informação sanitária existente e a sua complementaridade com o mecanismo mundial de avaliação das estratégias da Saúde para Todos;
3. SOLICITA ao Director Regional que reforce o apoio técnico e financeiro à gestão do apoio informativo ao sistema distrital de saúde, nomeadamente no que se refere à utilização efectiva dos "indicadores regionais de saúde comunitária" e dos "critérios de operacionalidade dos distritos".

13a sessao, 10 de Setembro de 1991

Quadragésima-primeira sessao

AFR/RC41/R7

10 de Setembro de 1991

ORIGINAL : FRANCES

EPIDEMIA DE COLERA NA REGIAO AFRICANA

Considerando a situação preocupante resultante da epidemia de cólera na Região;

Considerando as resoluções AFR/RC35/R6 e AFR/RC36/R9 sobre a luta contra as doenças diarreicas, em geral, e a cólera, em particular;

Considerando a resolução AFR/RC38/R24 relativa à organização da infra-estrutura sanitária a nível distrital, a fim de fazer face às epidemias;

Considerando a resolução WHA44.6 da Assembleia Mundial da Saúde relativa à cólera;

Reconhecendo que as epidemias de cólera estão essencialmente ligadas à insuficiência qualitativa e quantitativa do abastecimento de água potável;

Reconhecendo que a utilização da tecnologia disponível impediria a repetição de epidemias ligadas à água, às condições inadequadas de saneamento, em particular à insalubridade da evacuação dos excreta e à falta de higiene individual, em geral;

Reconhecendo a importância de acções coordenadas de carácter multissectorial para lutar contra a cólera, tanto no interior de um país como entre países vizinhos;

O COMITE REGIONAL,

1. FELICITA o Director Regional pelo seu relatório;
2. MANIFESTA a sua profunda preocupação quanto aos surtos epidémicos de cólera na Região, em particular no que se refere às elevadíssimas e inaceitáveis taxas de letalidade que daí resultam;
3. LANCA UM APELO aos Estados-membros para que a luta contra a cólera receba a mais elevada prioridade, nomeadamente:
 - i) pondo à disposição das comunidades serviços adequados de abastecimento de água potável e de eliminação higiénica dos excreta;
 - ii) assegurando a informação e a educação adequadas das pessoas, famílias e comunidades quanto às medidas a serem tomadas para prevenir e controlar a cólera;
 - iii) reforçando a formação do pessoal de saúde, particularmente a nível distrital, em tratamento correcto dos casos de diarreia, incluindo a cólera;

- iv) aperfeiçoando os sistemas de vigilância e de notificação das doenças ao nível distrital a fim de permitir um alerta precoce de qualquer epidemia de cólera;

4. SOLICITA aos Estados-membros que elaborem e executem planos nacionais de prevenção e luta contra a cólera;

5. SOLICITA ao Director Regional que:

- i) continue a prestar um apoio aos países afectados pela epidemia de cólera;
- ii) chame constantemente a atenção dos Estados-membros para a importância da luta contra as doenças diarreicas;
- iii) recorde com insistência aos Estados-membros que, doravante, a vacinação contra a cólera não tem lugar no âmbito da luta contra as epidemias de cólera;
- iv) reforce as actividades de formação em tratamento correcto dos casos de diarreia, incluindo a cólera, com particular incidência nos países afectados pela cólera;
- v) continue a mobilizar apoio externo para a luta contra a cólera e as outras epidemias em Africa;
- vi) assegure a coordenação das medidas de luta contra a cólera entre os países vizinhos, em particular durante as situações de epidemia;
- vii) preste aos Estados-membros o apoio técnico apropriado com vista a elaborar e executar os seus planos nacionais de prevenção e luta contra a cólera.

13a sessão, 10 de Setembro de 1991

Quadragésima-primeira sessao

AFR/RC41/R8
10 de Setembro de 1991

ORIGINAL INGLES

INICIATIVA AFRICANA PARA OS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

Tendo analisado o conteúdo do documento DAP/MAC(3)/91.6 sobre a Iniciativa Africana para os Medicamentos Essenciais, apresentado pelo Director Regional;

Considerando a alarmante situação inerente aos medicamentos actualmente reinante num certo número Estados-membros da Região;

Notando, com preocupação, que ainda há demasiados medicamentos em circulação nos países africanos e que muitos destes medicamentos são falsificados, de má qualidade ou de fraco valor terapêutico;

Recordando a decisão unânime tomada pelos Estados-membros de apoiar a descentralização das actividades em conformidade com o Cenário de Desenvolvimento Sanitário, aprovado no decorrer da 35ª sessão do Comité Regional, realizada em Lusaca, Zâmbia, em 1985, que visa reforçar os níveis central, intermédio e distrital e, consequentemente, reforçar as infra-estruturas da OMS a nível dos países;

O COMITE REGIONAL,

1. CONVIDA os Estados-membros a:

- a) apoiar os esforços envidados pelo Director Regional, em colaboração com o Programa de Acção para os Medicamentos Essenciais da Sede Mundial, no sentido de angariar fundos para a implementação da Iniciativa aos níveis regional, sub-regional e nacional;
- b) promover a auto-suficiência, incentivando a participação comunitária nos programas de medicamentos essenciais, graças a projectos como a Iniciativa de Bamaco para promover a saúde materno-infantil e os cuidados primários de saúde em geral;
- c) cooperar com a OMS a fim de nomear um nacional como coordenador, que trabalhará em estreita colaboração com o Representante da OMS em cada país na implementação da Iniciativa Africana para os Medicamentos Essenciais;
- d) intensificar os contactos com o Representante da OMS a nível nacional com vista à implementação do programa de medicamentos essenciais e vacinas;
- e) promover a colaboração com as organizações internacionais, governamentais e não-governamentais com vista à implementação da Iniciativa;

-
- f) criar, no âmbito dos grupos de cooperação económica regionais e continentais, unidades regionais ou sub-regionais de produção farmacêutica;
2. SOLICITA ao Director Regional que:
- a) preste todo o apoio possível - técnico e financeiro - à iniciativa Africana, aos níveis regional, sub-regional e nacional;
 - b) preste apoio técnico à Iniciativa e incentive a criação de mecanismos de financiamento duradouros para o fornecimento de medicamentos essenciais e vacinas;
 - c) coopere com as organizações governamentais e não-governamentais, incluindo os laboratórios farmacêuticos e os organismos doadores, com vista a mobilizar fundos para a Iniciativa;
 - d) colabore com as organizações internacionais relevantes para apoiar a Região africana a criar unidades viáveis de produção de medicamentos;
 - e) apresente um relatório, à 43ª sessão do Comité Regional, sobre os progressos realizados na angariação de fundos, no reforço das Representações da OMS nos países e na implementação dos programas nacionais executados no âmbito da Iniciativa Africana para os Medicamentos Essenciais.

13a sessão, 10 de Setembro de 1991

Quadragesima-primeira sessao

AFR/RC41/R9
10 de Setembro de 1991

ORIGINAL : INGLES

SUBVENCOES PARA ESTUDOS OUTORGADAS PELA OMS

Reconhecendo a importância da formação do pessoal de saúde para a instauração da Saúde para Todos no Ano 2000;

Consciente da necessidade de dar ênfase ao apoio à formação em gestão da saúde e em investigação em saúde, bem como à formação relacionada com os programas nacionais prioritários de saúde;

Consciente da necessidade dos Estados-membros concentrarem os recursos na formação do pessoal de saúde e do pessoal dos sectores afins, aos níveis distrital e intermédio;

Considerando o contributo dado pelas bolsas de estudo da OMS para o desenvolvimento da gestão da saúde nos Estados-membros;

Considerando que as bolsas de estudo, enquanto mecanismo de formação do pessoal requerido para alcançar os objectivos globais da Saúde para Todos no Ano 2000, consomem cada vez mais uma larga parte do orçamento da OMS;

O COMITE REGIONAL,

1. INSTA os Estados-membros a:

- i) analisar as políticas, estratégias e planos existentes em matéria de desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde, por forma a acelerar o desenvolvimento sanitário;
- ii) reforçar a formação do seu pessoal, aos níveis distrital e intermédio;
- iii) racionalizar a utilização do pessoal de saúde formado, com vista a reduzir as disparidades existentes entre meios urbanos e rurais, dedicando uma atenção particular às suas condições de trabalho;
- iv) dar mais ênfase à formação em gestão da saúde e em investigação em saúde, bem como à formação relacionada com os programas nacionais prioritários de saúde;
- v) adoptar cada vez mais mecanismos de formação menos dispendiosos e de maior alcance, por forma a aumentar o impacto da formação no desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde, privilegiando tanto quanto possível a formação nas instituições da Região Africana.

2. SOLICITA ao Director Regional que:

- i) continue a apoiar os esforços dos Estados-membros no desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde;
- ii) promova mecanismos de formação que diminuam os custos e aumentem a cobertura;
- iii) ponha à disposição novas opções, como as subvenções para estudos, que diminuam os custos de apoio à formação individual e colectiva;
- iv) apresente um relatório à 43_a sessão do Comité Regional sobre os progressos realizados na aplicação desta resolução.

13a sessão, 10 de Setembro de 1991

Quadragesima-primeira sessao

AFR/RC41/R10

10 de Setembro de 1991

ORIGINAL : INGLES

IMPLEMENTACAO DO PROGRAMA DE FINANCIAMENTO
DOS CUIDADOS DE SAUDE (HECAFIP)

Considerando os custos crescentes dos serviços de saúde que o orçamento nacional, só por si, desde há muito tempo deixou de poder suportar;

Considerando a redução drástica dos orçamentos de saúde resultante da grave crise económico-financeira que afecta gravemente os Estados-membros;

Considerando as consequências desastrosas desta situação no sector da saúde, a saber: o abrandamento da execução dos programas de saúde, o ressurgimento de certas afecções que haviam sido dominadas durante as décadas anteriores, a rápida propagação de outras doenças, entre as quais a SIDA, a degradação das unidades de saúde, a carência de pessoal de saúde, etc.;

Considerando, por um lado, a baixa real das ajudas externas aos Estados-membros no âmbito da cooperação bilateral ou multilateral e o seu carácter aleatório, e, por outro lado, a necessidade premente de mobilização de recursos suplementares para a saúde;

Considerando os actuais custos excessivos dos serviços de saúde que as comunidades sozinhas não podem suportar;

Reconhecendo as insuficiências em matéria de gestão constatadas nos Estados-membros e a importância de uma repartição equitativa e de uma gestão eficiente e parcimoniosa dos recursos existentes;

Considerando a disponibilidade, numerosas vezes manifestada, das comunidades e o papel determinante que elas devem desempenhar no âmbito de uma mobilização maciça com vista à sua participação efectiva na luta pela saúde;

Reconhecendo a imperiosa necessidade de superar o mais rapidamente possível as dificuldades económicas que entravam a execução dos programas de saúde, graças a acções coordenadas assentes no diálogo social e na colaboração entre os indivíduos, as comunidades, os governos e os organismos externos de financiamento

O COMITE REGIONAL,

1. APOIA a iniciativa tomada pelo Director no sentido de desenvolver um Programa de Financiamento dos Cuidados de Saúde (HECAFIP);

2. CONVIDA o Director Regional a:

- i) acelerar o processo já iniciado de criação de estruturas regionais e sub-regionais de gestão deste programa;

- ii) organizar uma vasta campanha de divulgação do programa nos Estados-membros e no seio da comunidade internacional, com vista a procurar fontes de financiamento;

3. SOLICITA ao Director-Geral que intensifique os seus esforços no sentido de angariar mais apoio para a maioria dos países africanos confrontados com dificuldades económicas, inclusive procurando aliviar o fardo da dívida e investir o montante desta no sector da saúde;

4. CONVIDA os Estados-membros a:

- i) aumentar significativamente a dotação financeira para o sector da saúde;
- ii) tomar as disposições legislativas adequadas e necessárias à execução do programa (legislação em matéria de gestão dos fundos de saúde pelas comunidades, por exemplo);
- iii) criar mecanismos com vista a um verdadeiro diálogo social entre os governos, as populações e os parceiros do desenvolvimento;
- iv) reforçar e dinamizar as Comissões Distritais de Saúde, as Comissões Provinciais de Saúde e as Comissões Nacionais de Coordenação das Actividades de Saúde, que são estruturas de carácter multisectorial encarregadas de promover o diálogo social e determinar as necessidades das comunidades;
- v) pôr à disposição dos Representantes da OMS quadros competentes com vista à criação de Comissões Nacionais do Programa de Financiamento dos Cuidados de Saúde (HECAFIP) e de Grupos Consultivos Técnicos sobre esta questão;

5. CONVIDA a comunidade internacional a apoiar esta iniciativa africana, cujo lançamento e implementação requerem contributos humanos, financeiros e materiais consideráveis;

6. SOLICITA ao Director Regional que apresente à 42a Sessão do Comité Regional um relatório sobre os progressos realizados na execução deste programa.

Quadragésima-primeira sessão

AFR/RC41/R11
10 de Setembro de 1991

ORIGINAL : INGLES

AMAMENTACAO

Recordando as resoluções AFR/RC39/R4 sobre a futura orientação dos programas de nutrição, AFR/RC40/R2 sobre a aceleração da melhoria da saúde materno-infantil, WHA27.43, WHA31.47, WHA33.32, WHA34.22, WHA35.26, WHA37.30 e WHA39.28 sobre a alimentação dos lactentes e das crianças pequenas e WHA41.11 e WHA43.3 sobre a protecção e promoção da amamentação;

Recordando, igualmente, a Declaração Innocenti sobre a Protecção, Promoção e Apoio da Amamentação (Florença, 1990), que apelou a "todos os governos para que até 1995 tomassem medidas para aplicar o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno";

Notando que durante a última década foram envidados grandes esforços para promover a amamentação e regulamentar a comercialização dos substitutos do leite materno e de outros métodos de alimentação dos lactentes, incluindo os alimentos de desmame;

Consciente de que a amamentação continua a diminuir, apesar de se reconhecerem os seus benefícios para a saúde e para a economia;

O COMITE REGIONAL,

1. AGRADECE a todas as organizações internacionais e nacionais que têm apoiado e promovido a amamentação e solicita o seu apoio contínuo;

2. INSTA todos os Estados-membros a:

- i) encorajar a amamentação como alimentação exclusiva durante pelo menos os primeiros quatro a seis meses;
- ii) elaborar legislação nacional apropriada
- iii) assegurar a plena participação do Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno e das resoluções com ele relacionadas em todos os países africanos, como requisito mínimo para auxiliar, desenvolver, apoiar, proteger e promover a amamentação;
- iv) adoptar e pôr em prática as dez medidas destinadas a assegurar o sucesso da amamentação, tal como preceituado na declaração conjunta OMS/UNICEF (1988) no seu todo;

3. SOLICITA ao Director Regional que acompanhe de perto a aplicação do Código em todos os países da Região e que apresente, ao Comité Regional, de dois em dois anos, um relatório sobre os progressos realizados.

13a sessão, 10 de Setembro de 1991

Quadragésima-primeira sessao

AFR/RC41/R12
10 de Setembro de 1991

ORIGINAL : INGLES

ACTIVIDADES DA OMS NA REGIAO AFRICANA:
RELATORIO BIENAL DO DIRECTOR REGIONAL
RELATIVO A 1989-1990

Tendo analisado o relatório bienal sobre as actividades da OMS na Região Africana, em 1989-1990;

Reafirmando a vontade dos Estados-membros de estreitar a colaboração com a OMS, em geral, e com a Sede Regional, em particular;

O COMITE REGIONAL,

1. FELICITA o Director Regional pela qualidade do seu relatório, tanto no que se refere à forma como ao conteúdo, bem como pelos esforços sustentados que a OMS desenvolve, a fim de promover e apoiar o desenvolvimento sanitário na Região Africana;
2. TOMA NOTA, com satisfação, das novas iniciativas tomadas pelo Director Regional durante o biênio, nomeadamente as que visam sensibilizar melhor as instâncias políticas para a importância da saúde no desenvolvimento da Região e para a concretização de um quadro para instaurar a Saúde para Todos;
3. CONGRATULA-SE, por outro lado, com o estreitamento das relações internacionais entre a Sede Regional e outras organizações internacionais, como sejam a ONU, a OUA, o UNICEF, o FNUAP, o PNUD, o Banco Mundial e o BAD;
4. SOLICITA aos Estados-membros que intensifiquem e desenvolvam as actividades destinadas a acelerar a instauração da Saúde para Todos;
5. APROVA o relatório do Director Regional relativo ao período compreendido entre 1989 e 1990.
6. SOLICITA ao Director Regional que prossiga os seus esforços para mobilizar os recursos humanos, técnicos e financeiros para apoiar o programa regional.

13a sessao, 10 de Setembro de 1991

Quadragésima-primeira sessao

AFR/RC41/R13

10 de Setembro de 1991

ORIGINAL : INGLES

RACIONALIZACAO DOS RECURSOS FINANCEIROS
DA SEDE REGIONAL AFRICANA DA OMS

Relembrando o relatório do Director Regional na sua parte relativa ao serviço de orçamento e finanças (parágrafos 7-25 a 7-28) sobre as dificuldades orçamentais;

Tendo presente o elevado custo das suas sessoes, quer para a Sede Regional, quer para os Estados-membros;

Tendo em conta as preocupações expressas pela maioria das delegações, relativamente às múltiplas reuniões anuais de nível ministerial (Comité Regional, Conferência dos Ministros da Saúde da OUA e Assembleia Mundial da Saúde);

Após a análise da ordem do dia e do trabalho preparatório do Subcomité do Programa;

O COMITE REGIONAL,

1. SOLICITA aos Estados-membros, que desejarem acolher um Comité Regional, que tomem a seu cargo a totalidade das despesas suplementares.
2. SUGERE ao Director Regional que reduza a duração das sessoes, propondo uma ordem do dia à dimensão das decisões políticas a nível do continente e confiando as questões técnicas aos especialistas.

13a sessao, 10 de Setembro de 1991

Quadragésima-primeira sessao

AFR/RC41/R14
10 de Setembro de 1991

ORIGINAL : FRANCES

APELO DE BUJUMBURA "UM APELO PARA A AFRICA"
LANCADO DURANTE A 41a SESSAO DO COMITE REGIONAL REALIZADA
EM BUJUMBURA, 4-10 DE SETEMBRO DE 1991

Lembrando a Resolução adoptada em 1986 pela sessao extraordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a crise em Africa, que apelou ao resto do mundo para que nos ajudasse, a nós africanos, se nós mostrássemos que nos ajudamos a nós próprios;

Reavaliando os esforços que envidámos depois deste apelo da Assembleia Geral das Nações Unidas, verificamos que:

- i) Os Chefes de Estado e de Governo da Organização da Unidade Africana (OUA) contribuíram, em 1987, com um apoio significativo através da Declaração AHG/DGL (XXIII) intitulada "Saúde-Base de Desenvolvimento".
- ii) Os Chefes de Estado e de Governo aprovaram a Iniciativa de Bamaco lançada na 37a sessao do Comité Regional e patrocinada pela Sede Regional Africana da OMS e pelo UNICEF para reforçar, através de fundos auto-renováveis de saúde comunitária, a qualidade dos serviços de saúde, sobretudo a nível periférico;
- iii) O Fundo Especial para a Saúde em Africa foi oficialmente lançado em Junho de 1990 a nível da Região e alguns Estados membros lançaram-no, desde entao, a nível nacional;
- iv) O projecto de declaração sobre a actual Crise da Saúde em Africa, preparado pelos Ministros Africanos da Saúde, foi adoptado pelos Chefes de Estado e de Governo, na Cimeira da OUA, em Julho de 1991;
- v) O Comité Regional, no decurso da sua 41a sessao realizada em Bujumbura, Burundi, entre 4 e 10 de Setembro de 1991, aprovou uma resolução destinada a apoiar a implementação de um programa regional de financiamento dos cuidados de saúde (HECAFIP).

CONSIDERANDO:

- i) as taxas inaceitavelmente elevadas de mortalidade infantil e materna;
- ii) a pandemia da SIDA e as graves consequências que daí resultam nos planos social, económico e político;
- iii) o reaparecimento do paludismo como causa principal de morbilidade e mortalidade;
- iv) as nascentes epidemias de cólera e as outras epidemias;

- v) o rápido crescimento demográfico que entrava os nosso esforços de desenvolvimento sanitário;
- vi) o sofrimento dos mais desfavorecidos, em particular das mulheres e crianças, em consequência das "políticas de reforma económica";
- vii) os problemas da dívida que hoje ameaçam a sobrevivência dos nossos Estados-membros;
- viii) a má qualidade da prestação dos serviços de saúde, bem como a deterioração do estado de saúde das populações, em consequência da crise económica;

O COMITE REGIONAL, NA SEQUENCIA DA SUA QUADRAGESIMA-PRIMEIRA SESSAO REALIZADA EM BUJUMBURA, BURUNDI, ENTRE 4 E 10 DE SETEMBRO DE 1991, LANCA HOJE "UM APELO PARA A AFRICA";

1. APELAMOS AOS INDIVIDUOS, FAMILIAS E COMUNIDADES PARA QUE:

- i) assumam a sua responsabilidade individual pela sua própria saúde;
- ii) expressem a sua determinação em se ocuparem da sua própria saúde;

2. APELAMOS AOS NOSSOS GOVERNOS PARA QUE :

- i) dêem maior prioridade à saúde e, conseqüentemente, aumentem, de forma duradoura, o financiamento dos programas de saúde;
- ii) evitem as guerras e os conflitos internos dadas as suas implicações na economia e na saúde;
- iii) asseguem um abastecimento adequado de água potável e melhores condições de saneamento e habitação, a fim de combater a epidemia de cólera;
- iv) perseguem com determinação o objectivo da "Educação para Todos até ao ano 2000", para alargar as possibilidades de instaurar a Saúde para Todos;
- v) concebam mecanismos equitativos, eficazes e eficientes para o financiamento dos cuidados de saúde;

3. APELAMOS A COMUNIDADE INTERNACIONAL PARA QUE:

- i) se mantenha fiel ao compromisso assumido na resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas de 1986, aumentando significativamente o seu apoio à Africa;
- ii) estrite a colaboração com a OMS e disponibilize recursos substanciais para enfrentar os enormes problemas causados pela pandemia da SIDA;
- iii) preste um apoio eficaz aos países nos seus esforços para garantir um abastecimento adequado de água potável e melhores condições de saneamento, a fim de prevenir as doenças de transmissão hídrica, sobretudo a cólera;

APELAMOS AOS NOSSOS CREDORES PARA QUE:

aliviem o pesado fardo da dívida que ameaça a nossa sobrevivência, procedendo pelo menos a uma redução substancial da dívida;

APELAMOS AO SECTOR PRIVADO, PARTICULARMENTE AS ORGANIZACOES NAO GOVERNAMENTAIS, PARA QUE:

apoiem, tao vigorosamente quanto possível, os nossos esforços de desenvolvimento sanitário.

Finalmente, o Comité Regional está firmemente convencido de que, se todos os nossos parceiros responderem a este apelo, nós conseguiremos atingir o objectivo SAUDE PARA TODOS e poderemos, igualmente, assegurar uma vida melhor às nossas crianças e às gerações vindouras dos nossos povos.

13a sessao, 10 de Setembro de 1991

Quadragésima-primeira Sessao

AFR/RC41/R15
10 de Setembro de 1991

ORIGINAL INGLES

MOCAO DE AGRADECIMENTO

Considerando os esforços desenvolvidos pelo povo e pelo Governo do Burundi para garantir o pleno sucesso da 41a Sessao do Comité Regional, que se realizou em Bujumbura, entre 4 e 10 de Setembro de 1991;

Apreciando o acolhimento particularmente caloroso e fraterno que o povo e o Governo do Burundi dispensaram aos delegados;

Considerando o firme empenhamento político dos responsáveis nacionais na aceleração da instauração da Saúde para Todos, utilizando o Cenário Africano de Desenvolvimento Sanitário;

O COMITE REGIONAL,

1. AGRADECE a Sua Excelência o Major Pierre Buyoya, Presidente da República do Burundi, por ter acolhido e por se ter dignado inaugurar pessoalmente os nossos trabalhos;
2. CONGRATULA-SE com o discurso pertinente e tao encorajador pronunciado pelo Senhor Presidente da República na cerimónia de abertura, centrado nos principais problemas de saúde com os quais se debatem os países africanos;
3. EXPRIME, ao Povo e ao Governo do Burundi, a sua sincera gratidão pela excepcional qualidade da sua hospitalidade;
4. SOLICITA ao Director Regional que transmita a Sua Excelência, o Major Pierre Buyoya, Presidente da República, a presente moção de agradecimento.

13a sessao, 10 de Setembro de 1991

PARTE II

INTRODUCAO

1. A quadragésima-primeira sessão do Comité Regional Africano da OMS iniciou os seus trabalhos a 4 de Setembro de 1991, às 10 horas, sob a presidência de Sua Excelência, a Dra. Friendman, Ministra da Saúde da Suazilândia, em substituição do Presidente da quadragésima sessão do Comité Regional, que não pudera estar presente.

2. Participaram nesta sessão :

- O Director-Geral da OMS, Dr. Hiroshi Nakajima;
- O Director Regional da OMS para a Africa, Dr. G.L. Monekosso;
- Os Ministros da Saúde da Região Africana da OMS.

3. Na sua alocução, a Sra. Ministra da Saúde da Suazilândia agradeceu aos seus pares a sua designação, o que constituía uma honra para o seu país, e solicitou o apoio de todos para que os trabalhos se desenrolassem nas melhores condições.

4. Após a aprovação da ordem do dia sem emendas, a Presidente da sessão deu a palavra ao Director Regional para apresentar as actividades da OMS na Região Africana durante o biênio de 1989-1990.

ACTIVIDADES DA OMS NA REGIAO AFRICANA EM 1989-1990 :

RELATORIO DO DIRECTOR REGIONAL

(Doc. AFR/RC41/3 e AFR/RC41/3 Add.1)

5. O Dr. Monekosso começou por desejar as boas-vindas a todos os Ministros e Chefes de Delegações à quadragésima-primeira sessão do Comité Regional, tendo evocado em seguida os diferentes pontos principais do seu relatório bienal.

6. As acções levadas a cabo no decurso do biênio de 1989-1990 tiveram em conta, simultaneamente, a implementação do Quadro Africano de Desenvolvimento Sanitário aprovado em Lusaca (Zâmbia), em 1985, e as diversas orientações dadas pelos sucessivos Comités Regionais.

7. A Africa atravessa um período difícil nos planos político, económico e social, o que se traduz na crise que afecta gravemente o sector da saúde. Perante esta situação, a Sede Regional multiplicou as alianças, por um lado, com as outras instituições da Nações Unidas, nomeadamente o UNICEF, o FNUAP, o PNUD e o Banco Mundial, para só citar algumas e, por outro, com as organizações não-governamentais, em particular no âmbito da vigilância dos doentes com SIDA.

8. Por que motivos estas alianças? No momento em que a saúde é cada vez mais considerada um sector produtivo para o desenvolvimento, torna-se necessário, através da colaboração interagências e multissectorial, aumentar os "dividendos" produzidos pelo sector de saúde, podendo-se citar, a título de exemplo, o crescimento da população, a melhoria do ambiente, a mudança favorável dos comportamentos humanos, etc..

9. O Dr. Monekosso afirmou que era legítimo regozijarmo-nos e felicitar-mos todos os Ministros da Saúde pelo êxito incontestável do Programa Alargado de Vacinação, fruto dos enormes esforços envidados na Região através da colaboração multissectorial.

10. Além disso, realizaram-se progressos significativos no controlo da doença, no abastecimento de água e no saneamento do meio. Mas convém reconhecer que há ainda muito que fazer no domínio dos cuidados nas zonas urbanas e rurais e para evitar o ressurgimento de certas epidemias.

11. No que se refere à cólera, que foi objecto de uma discussão especial durante esta sessão, é inaceitável que a falta de prevenção tenha favorecido a eclosão de epidemias de cólera, com uma taxa de letalidade de cerca de 10% dos casos, quando se sabe perfeitamente que a luta contra esta doença e a sua prevenção passam por um abastecimento de água potável e por uma boa higiene individual e colectiva.

12. A água potável é a chave do problema, o que faz que a colaboração multisectorial e multidisciplinar a nível dos países e entre países vizinhos assumam uma importância primordial.

13. No decorrer do biénio, empreenderam-se algumas actividades particulares que merecem ser mencionadas:

13.1 A regionalização do Programa de Luta contra a SIDA desenrola-se de maneira satisfatória, com a criação de equipas decididas a travar uma luta vitoriosa contra esta pandemia. Se bem que o sucesso desta luta não dependa exclusivamente dos Ministros da Saúde, estes devem no entanto assumir a liderança a fim de promover a colaboração efectiva de todos os sectores interessados, incluindo a população, para que a luta contra a SIDA, do nível distrital até ao nível central de cada país, seja travada de maneira coerente, com garantia de êxito.

13.2 O financiamento dos serviços de saúde constituiu igualmente uma preocupação da Sede Regional na sequência das instruções dos Ministros de Saúde para que fosse partilhado o fardo dos custos em saúde, pois cada país, cada comunidade, cada família e cada indivíduo devem, cada qual ao seu nível, suportar esses custos. E nesta óptica que foi estabelecido o programa de financiamento dos cuidados de saúde, intitulado HECAFIP, cuja implementação a nível de cada país requer a vontade política e o apoio das autoridades ao mais alto nível.

13.3 A fim de estreitar a cooperação técnica da OMS com os países, as Representações da OMS foram reforçadas por equipas pluridisciplinares, em conformidade com o preceituado na resolução da trigésima-quinta sessão do Comité Regional, realizada em Lusaca, que dava ênfase à participação dos nacionais na execução dos programas de cooperação com a OMS. Assim, desde há dois anos criaram-se equipas-países, a fim de constituir em cada país um verdadeiro banco de dados no domínio da saúde, criando assim uma memória útil para os países e para todas as organizações que desejam cooperar com os países nos programas de saúde. O financiamento destas equipas foi até à data suportado pelo Fundo Especial do Director Regional, mas prevê-se que no Orçamento-Programa de 1992 a remuneração dos membros destas equipas far-se-á a nível do AFROPOC dos países. As disposições financeiras para estas equipas são flexíveis e têm em conta as condições locais; contudo, as actividades dos seus membros permitirão assegurar a perenidade dos diferentes programas de saúde nos países. O Director Regional decidiu igualmente disponibilizar 2 por cento do orçamento regional para o funcionamento dessas equipas.

13.4 A cooperação intensiva com os países mais necessitados é uma iniciativa do Director Regional seguida pela Direcção da Cooperação Internacional (ICO), em colaboração com a Sede Regional. Para a Região Africana e tendo em conta o actual contexto de crise generalizada, praticamente todos os países deveriam beneficiar desta cooperação. Os Representantes a nível dos países são os que, em primeira instância, devem determinar com os peritos nacionais a natureza das necessidades que devem ser objecto de uma tal cooperação; o documento assim preparado permitirá à Sede Regional e à Sede Mundial identificar as competências técnicas necessárias para missões específicas conjuntas a empreender a nível dos países, bem como qualquer outra forma de apoio, incluindo a mobilização de recursos. A partir de Outubro, os Representantes participaram, na Sede Regional, numa série de reuniões em grupos restritos, a fim de estabelecer o Orçamento-Programa para 1992 e prevê-se discutir, nessa ocasião, o apoio que a ICO pode prestar a nível dos AFROPOC dos países, a fim de rentabilizar a cooperação com a OMS.

14. Após as avaliações efectuadas entre 1986 e 1989 aos três níveis dos sistemas de saúde, o plano de acção adoptado pelos Estados-membros para 1990-1994 põe uma tónica particular no reforço da gestão através da formação e da investigação. E por isso que é lançado um apelo urgente às diversas instituições, em particular ao PNUD, para que a implementação do Quadro Africano de Desenvolvimento Sanitário possa beneficiar de um financiamento substancial, tendo igualmente em conta as infra-estruturas sanitárias a recuperar, a construir e a equipar, bem como os programas prioritários e as escolhas "à la carte" consoante os países.

15. O Director Regional concluiu a sua apresentação chamando a atenção dos delegados para dois factores que bloqueiam o desenvolvimento sanitário, inclusive o desenvolvimento propriamente dito, da Região Africana :

- i) o resto do mundo tem pouca confiança na África;
- ii) nós mesmos, africanos, temos pouca auto-confiança; assim, nós não podemos esperar dos outros a consideração que nós não nos damos. Um exemplo muito simples é a relutância que demonstram os responsáveis quando se trata de descentralizar as autoridades e as responsabilidades ao nível intermédio e ao nível distrital. E com dificuldade que aceitamos que a comunidade, através das comissões de saúde ou de desenvolvimento, participe como verdadeiro parceiro na gestão dos programas de saúde.

16. O que é não obstante encorajador é o estabelecimento, ao nível dos países, de legislação que realça a auto-gestão a nível dos distritos, tendo como corolário o seu auto-controlo.

17. Cabe aos ilustres Ministros e chefes de delegação estudar o relatório apresentado e propor as orientações que possam reforçar ou melhorar os programas de saúde da Região com vista à Saúde para Todos.

18. A Senhora Presidente da sessão felicitou o Director Regional pela sua exposição rica e completa sobre as actividades da Sede Regional no decurso do biênio e convidou os participantes a contribuírem com as suas intervenções construtivas para enriquecer o importante documento apresentado.

Discussao

19. Vinte e cinco delegados dos países e Representantes das Organizações não Governamentais participaram na discussão, a qual beneficiou também das intervenções do Director-Geral da OMS, do Director Regional do UNICEF para a Africa Oriental e Austral, bem como do Representante do Secretário-Geral da OUA. Todos os intervenientes felicitaram o Director Regional pela clareza do seu relatório, completo e rico em ensinamentos, que retrata fielmente as actividades compreendidas na Região durante o biénio 1989-1990.

20. Entre os problemas levantados pelos delegados, são de citar :

20.1 A implementação do Cenário que prossegue em todos os países da Região com especial relevância para o empenhamento político que permita a criação de um organismo ministerial do tipo Conselho Nacional de Saúde, para promover a abordagem multissetorial e a responsabilização dos outros sectores ligados à saúde. A divisão dos distritos de saúde tende a corresponder à divisão administrativa, completando assim, no sistema piramidal, os níveis intermédio e central, conforme os países. Estão a ser elaborados projectos de lei, bem como textos regulamentares, para organizar a auto-responsabilidade das comunidades, incluindo os aspectos de auto-gestão a nível local. Estas iniciativas são encorajadoras, tal como a planificação sanitária que parte da base, com micro-planos distritais seguidos de planos regionais, etc.. No espírito do quadro africano de desenvolvimento sanitário, a coordenação entre os doadores empenhados no domínio da saúde continua também a evoluir, evitando assim a dispersão de forças e permitindo a coerência nos programas de saúde.

20.2 Crescimento demográfico. A demografia galopante na maioria dos nossos países conduz frequentemente a problemas de saúde, sobretudo para as crianças (malnutrição) e os jovens, que sofrem os efeitos nocivos do frágil ou até nulo crescimento económico. Na aplicação da resolução AFR/RC38/R6, foi criado em Kigali o Centro Regional de Formação e de Investigação em Saúde Familiar, centro operacional de que os Estados-membros devem tirar proveito, enviando para lá estudantes e investigadores e, para lhe dar apoio, professores. O crescimento demográfico evidencia também a necessidade de desenvolver e incrementar os programas de planeamento familiar, a incluir em todos os níveis dos sistemas de saúde, como corolário dos programas de saúde materno-infantil. Todas as actividades coordenadas com os outros sectores interessados, destinadas a controlar o crescimento demográfico, permitirão debelar a ameaça que paira sobre o futuro das gerações vindouras.

20.3 Tecnologias e cuidados de qualidade. Embora os cuidados façam parte dos componentes dos cuidados primários de saúde, a prioridade conferida pelos Estados-membros à prevenção e às orientações emanadas da OMS e de outros organismos de cooperação bilateral ou multilateral resultaram no declínio dos cuidados médicos. Como garanti-los, se os níveis secundário e terciário são negligenciados e não podem desempenhar o seu papel no quadro do conjunto do sistema de saúde ? As necessidades de cuidados de qualidade manifestam-se cada vez mais, tanto no meio urbano como no rural. A quebra de isolamento de certas localidades impõe a existência de infra-estruturas adequadas. A acessibilidade aos cuidados de qualidade permite igualmente reduzir as dispendiosas evacuações sanitárias não só para o estrangeiro como, por vezes, de uma região para outra do mesmo país. Ora esta acessibilidade passa pela reabilitação das infra-estruturas e pela aquisição e manutenção de equipamentos apropriados para os hospitais de referência, os hospitais regionais, os centros médicos, etc.. Deve-se dedicar uma atenção especial a este domínio complementar dos cuidados primários de saúde.

20.4 Cólera e prevenção das epidemias - Chegado o fim da Década Internacional do Abastecimento de Água Potável e do Saneamento, os países da Região vêm-se confrontados com o reaparecimento de epidemias de cólera, que demonstram as carências nas abordagens multissetoriais e pluridisciplinares dos programas de saúde. E igualmente uma indicação da falta de previsão das epidemias. Constatando que o grande réu não é realmente o vibrião da cólera, os delegados verificaram que se impõem, a nível regional, acções coordenadas no âmbito da difusão da informação. Além disso, a organização de uma informação e inclusive a formação dos vários intervenientes no combate à cólera favorecem igualmente a acção multissetorial das várias agências. Tanto a nível nacional como a nível internacional, deve-se dar relevo à água potável e à higiene individual e colectiva. A mobilização de todos deve fazer-se no quadro de um programa planificado de preparação para as situações de emergência e de IEC (Informação, Educação e Comunicação), já que as epidemias não são mais do que situações de emergência sanitária.

20.5 Bolsas de estudo - A ausência de um plano de formação em alguns países da Região, o desconhecimento das regras que definem os tipos de bolsas outorgadas pela OMS, as divergências no procedimento adoptado pela OMS e pelas outras instituições de formação, as necessidades cada vez maiores de especialistas em todos os domínios, para viabilizar os nossos hospitais regionais e de referência, eis os problemas levantados pelos delegados. A estes problemas acresce a escolha dos locais de formação, em regra fora da Região, embora frequentemente existam na Região escolas com o mesmo valor e mais ao corrente das nossas realidades do que as instituições estrangeiras. A proposta das subvenções para formação foi bem acolhida dum ponto de vista pragmático, já que elas completam as bolsas de estudo, sobre as quais foi distribuída aos delegados várias documentação.

20.6 Apoio às faculdades de medicina - Três tipos de escolas e faculdades de medicina foram alvo dos debates, a saber :

- i) as escolas recentemente contruídas, para as quais se levanta o problema do equipamento e dos professores;
- ii) os institutos de carácter regional, cuja reestruturação em termos de objectivos educativos é imperiosa;
- iii) os centros de referência da OMS, para os quais devem ser definidas as contribuições do país anfitrião e dos Estados-membros beneficiários. Esta questão será abordada no decurso das discussões técnicas sobre a formação.

20.7 Os programas de ajustamento estrutural provocaram, em numerosos países, uma suspensão ou uma redução drástica do recrutamento de todas as categorias de pessoal de saúde. A isso seguiu-se um agravamento das disparidades tradicionais, mas igualmente uma sobrecarga de trabalho cada vez menos tolerada pelos prestadores de serviços. As intervenções do Director-Geral e do Director Regional foram solicitadas a fim de tornar mais flexíveis, e inclusive suspender, as medidas restritivas que afectam o recrutamento do pessoal de saúde.

20.8 Combate ao paludismo - O paludismo é, de novo, na Região, a primeira causa de morbilidade e, em alguns países, surpreende pela sua "virulência", ocupando o primeiro lugar relativamente à mortalidade infantil. O aparecimento de "resistências" à cloroquina está por confirmar, tanto mais que a

auto-medicação e os tratamentos inadequados dificultam uma análise da situação. Os problemas da formação do pessoal, a informação e a educação das populações e a investigação operacional foram alguns dos domínios que preocuparam os delegados. Resta-nos a esperança, por um lado, da realização, em Brazzaville, em Outubro próximo, da reunião preparatória da Cimeira Mundial sobre o Paludismo e, por outro lado, dos esforços desenvolvidos para aplicar, em cada país, as medidas de luta recomendadas pela OMS, com o apoio dos vários organismos financiadores.

20.9 Sistema de informação - Na era da informática, a obtenção de dados fiáveis permite aos decisores efectuarem um planeamento adequado. Nos nossos serviços de saúde, ainda não se deu o devido destaque ao sistema de informação e os delegados fizeram sentir a sua falta, não apenas a nível dos países mas também entre países vizinhos. A OMS deveria garantir a formação nesse domínio e apoiar os países na organização ou reestruturação dos seus sistemas de informação sanitária, pois a análise dos progressos realizados passa também pela qualidade desse sistema.

20.10 Financiamento dos cuidados de saúde - Várias causas foram atribuídas à crise da saúde. Mas se, por um lado, alguns delegados pensam no auxílio externo, a maioria dos participantes observou que, em primeiro lugar, é preciso contar connosco. As medidas legislativas tomadas em alguns países a favor da auto-gestão a nível dos distritos demonstram aprovação quase generalizada da Iniciativa de Bamaco e a aceitação das abordagens apresentadas pelo HECAFIP, o programa de financiamento dos cuidados de saúde. Quer se trate de perenizar as conquistas do Programa Alargado de Vacinação, quer se trate de tornar viáveis os centros de saúde rurais pela aquisição de medicamentos, quer se trate ainda de aliviar o peso dos custos elevados dos cuidados médicos, o realismo empurra-nos para o auto-financiamento, o que não implica a exclusão de algum outro auxílio interno ou externo.

20.11 O programa de luta contra a SIDA, inscrito na ordem do dia, foi reservado para discussão posterior.

21. Após felicitar o Presidente e os membros da Mesa pela sua eleição, a Dra. Racelis, Directora Regional do UNICEF para a Africa Oriental e Austral, elogiou o relatório detalhado apresentado pelo Director Regional e realçou a excelente colaboração que une a OMS, o UNICEF e os países. Lembrando os magníficos resultados do Programa Alargado de Vacinação, com uma cobertura vacinal que ultrapassa as previsões feitas em Lusaca, em 1985, a Directora Regional do UNICEF recordou que os factores de base do êxito desse programa eram, especificamente, o empenho político, a mobilização social, a participação multisectorial, uma sólida infra-estrutura de serviços de saúde e a mobilização de recursos externos.

22. Os Chefes de Estado e de Governo já tinham reiterado o seu compromisso; bastava lembrar os resultados de Cimeira Mundial para as Crianças, realizada em Nova Iorque, que contou com a participação do Director Regional do UNICEF e do Director Regional da OMS. Quando se sabe que em Africa uma mulher em cada 23 morre em consequência de gravidez, enquanto na Europa morre uma em cada 10.000, compreende-se que isso é uma injustiça desumana para a qual devemos encontrar não só explicações mas uma solução urgente, pois se a mortalidade materna não ocasiona necessariamente a mortalidade infantil, resulta, frequentemente, em crianças órfãs e marginalizadas. É necessário, portanto, dar especial atenção à saúde da mulher, enquanto mãe, futura mãe e cidadã produtiva para o país.

23. Nesta Década da Infância, lançada pela OUA, o programa de acção a favor da criança deve ser posto em prática em todos os países. O Director Regional da OMS propôs um quadro apropriado, no qual se integram perfeitamente as suas preocupações. Aos Ministros da Saúde presentes e aos Chefes de delegação, a questão que se põe é a de recorrer a todos os meios utilizados para o êxito do Programa Alargado de Vacinação, a fim de reduzir em um terço a mortalidade infantil e em 50% a mortalidade materna. O UNICEF atribui uma grande importância ao programa a favor da mulher e da criança em Africa, pois não existe verdadeiro sucesso económico num contexto em que as mulheres e as crianças são ignoradas. Preservar a saúde das mulheres e das crianças em Africa e em todo o mundo é, na verdade, constituir alicerces sólidos para o futuro, sendo louvável que a OMS e o UNICEF estejam perfeitamente de acordo para alcançar este objectivo.

24. Após estas intervenções dos delegados, o Director Regional na sua resposta fez questão acima de tudo em agradecer aos Ministros e observadores as palavras amáveis, as críticas e os encorajamentos que lhe tinham sido endereçados, e que lhe permitiram orientar melhor a acção da Sede Regional. Fez notar que a reconhecida qualidade do relatório que apresentara se devia à qualidade dos colaboradores de que se dotam os países, mas observou que se o relatório estava sem dúvida bom, a Africa ainda não se encontrava de boa saúde. Por isso, as preocupações dos distintos delegados seriam objecto de um programa de trabalho intensivo, por parte dos seus colaboradores.

25. No que respeita às bolsas de estudo, a OMS deve prestar contas da sua gestão ao Conselho Executivo, pelo que não deve surpreender um certo rigor no quadro da sua atribuição. Na verdade, as informações necessárias deviam ser recolhidas junto dos Representantes a nível dos países, e algumas já tinham sido comunicadas no decurso desta reunião. Por outro lado, a criação das subvenções para estudos vinha completar a vertente de apoio à formação.

26. Para o programa de amamentação, o Director Regional mostrou interesse na realização de uma sessão de trabalho com a IBFAN, a fim de melhor definir uma abordagem comum e útil para os países da Região.

27. Os planos nacionais estabelecidos nos países atingidos pela dracunculose justificam a ambição de apresentar ao Director-Geral, em 1995, para ser assinada, a certidão de óbito desta doença.

28. Há quatro anos, o Comité Regional tinha recomendado que fosse dada especial atenção aos problemas de população. Foi por essa razão que se criou o centro regional de Kigali, e, como muito justamente dizia o delegado do Ruanda, os países são incentivados a para lá enviar não apenas estudantes e investigadores, mas também professores. Foi lançado um apelo para que os organismos financiadores apoiassem este programa nacional.

29. Mais de 70% dos países da Região já dispõem de equipas-país operacionais. Até hoje, a remuneração destas equipas era feita a partir do fundo especial do Director Regional. Para o exercício orçamental de 1992, os meios para a remuneração dos membros destas equipas serão inscritos no âmbito do AFROPOC. Mas as condições variam de país para país e mantêm-se flexíveis. O Director Regional afirmou que tanto ele como os seus colaboradores estavam disponíveis para dar informações detalhadas sobre este assunto aos delegados que o desejassem, sendo toda a respectiva documentação posteriormente comunicada pelos Representantes da OMS nos países.

30. O Fundo Especial para a Saúde em Africa foi já lançado em mais de meia dúzia de países e acaba de se saber que outros países o vão lançar nos próximos tempos. É uma iniciativa que se vai fundir com os esforços das colectividades descentralizadas, únicas beneficiárias deste fundo. O Fundo constitui igualmente um complemento da Iniciativa de Bamaco para resolver os problemas das divisas fortes; este problema pode ser sentido pelas comunidades que recolhem fundos em moeda local, no quadro desta iniciativa, e que não poderao adquirir as mercadorias que lhes são necessárias, se tiverem que pagar em divisas. Neste caso específico, importa reconhecer a importância do fundo especial. O Fundo tem necessidade de um Secretário Executivo e espera-se que os Ministros da Saúde proponham candidatos válidos, capazes de assumir essa função, capital para a sobrevivência do próprio Fundo. Atendendo à presença dos Ministros da Saúde, que são membros do Conselho de Administração do Fundo, realizar-se-á uma reunião desse conselho à margem do Comité Regional.

31. O Director Regional agradeceu aos delegados o seu apoio à iniciativa de financiamento dos cuidados de saúde, ainda na sua fase preparatória, tendo tomado boa nota das sugestões que lhe foram feitas.

32. No que toca à descentralização do programa de luta contra a SIDA, o problema seria discutido mais tarde, na presença do Dr. Merson, director do GPA. O Dr. Monekosso tomou também nota das sugestões sobre a periodicidade dos Comités Regionais, que estavam em consonância com as preocupações da Sede Regional. Se se tivessem em conta todas as reuniões que dentro e fora da Região solicitam os Ministros da Saúde, as preocupações com as poupanças a fazer seriam ainda mais prementes. Por isso, os serviços do Director Regional coligiriam todas as informações sobre as reuniões para as quais os Ministros da Saúde estavam solicitados, incluindo a Assembleia Mundial da Saúde. Tais questões seriam, de qualquer modo, revistas no quadro da ordem do dia.

33. Para terminar, o Director Regional notou que Sua Excelência, o Presidente da República do Burundi, no seu discurso fizera referência ao quadro africano de desenvolvimento sanitário e às vias e meios para acelerar a sua execução. O Director Regional agradeceu novamente aos delegados o apoio que sempre lhe têm concedido.

34. Estando muitos dos temas levantados pelos delegados incluídos na ordem do dia, o Secretariado pôs-se naturalmente à sua disposição para os necessários esclarecimentos. Com o acordo dos delegados, o Director Regional pediu que fosse lançado um apelo a nível da comunidade internacional: "O APELO DE BUJUMBURA PARA O APOIO A ACCAO SANITARIA EM AFRICA".

ORGANIZACAO DOS TRABALHOS DO COMITE REGIONAL

35. Os trabalhos da quadragésima-primeira sessão do Comité Regional começaram às 9H00 do dia 5 de Setembro de 1991, sob a presidência do Dr. Flávio Fernandes, Ministro da Saúde de Angola, Primeiro Vice-presidente da quadragésima-sessão do Comité Regional, que representava o Presidente impossibilitado de estar presente.

36. Em conformidade com os pontos 4 e 5 da ordem do dia aprovada pelos delegados, nomearam-se os seguintes países para constituir a Comissão de Designações : Botsuana, R. Centrafricana, Chade, Congo, Gâmbia, Malawi, Mauritânia, Moçambique, Quênia, Ruanda, Serra Leoa e Tanzânia. A Comissão de Designações foi presidida pelo delegado de Moçambique e tinha como relator o delegado do Congo.

37. O Comité Regional, tendo examinado o relatório da Comissão de Designações e de acordo com o Art. 10º do Regulamento Interno e com a resolução AFR/RC23/R1, elegeu a seguinte Mesa :

- Presidente : Dr. N. Ngendabanyikwa, Ministro da Saúde,
cuja nomeação foi aprovada por aclamação.
- Vice-presidentes : Dr. N. Iyambo, Ministro da Saúde da Namíbia
Dr. L Nobre Leite, Ministro da Saúde de Cabo Verde
- Relatores : Dr. G.A. Williams (Nigéria)
Dr. L. Vignon Devo (Togo)
Dr. Joao Bonfim (Sao Tomé e Príncipe)
- Relatores das Discusões técnicas : Dra. O.G. Dossou (Benim)
Dr. António Maria (Angola)
Dr. Subramanien (Ilhas Maurícias)

38. Na sua alocução de circunstância, o Presidente da quadragésima-primeira sessão do Comité Regional começou por agradecer a todos os delegados a honra que lhe era assim prestada, bem como ao seu país, e, em nome da Mesa eleita, agradeceu à Mesa cessante o importante trabalho realizado em prol do conjunto da Região. Em seguida, o Presidente garantiu aos delegados e ao Director Regional a disponibilidade e o empenho de todos os membros da Mesa ao serviço do Comité Regional para o êxito dos programas de saúde em Africa.

39. O Comité adoptou o seguinte horário de trabalho : 9H00-12H00 e 15H00-18H00.

SESSAO SOLENE DE ABERTURA

40. A Sessão solene de abertura da quadragésima-primeira sessão do Comité Regional realizou-se a 5 de Setembro de 1991, às 17 horas no "Palais des Congrès de Kigobe", sob a presidência de Sua Excelência, o Major Pierre Buyoya, Presidente da República do Burundi e Presidente do Comité Militar para a Salvação Nacional (Comité Militaire pour le Salut National).

41. Nessa ocasião, foram proferidas cinco alocuções, respectivamente pelo Ministro da Saúde de Angola, em representação do Presidente da quadragésima sessão do Comité impossibilitado de estar presente, pelo Doutor Hiroshi Nakajima, Director-Geral da OMS, pelo Representante do Secretário-Geral da OUA, pelo Dr. G.L. Monekosso, Director Regional da OMS para a Africa, e por Sua Excelência, o Major Pierre Buyoya, Presidente da República do Burundi.

42. O Dr. Flávio Fernandes, Ministro da Saúde da República Popular de Angola e Presidente cessante da quadragésima sessão do Comité Regional, fez notar que a abertura da quadragésima-primeira sessão do Comité Regional coincidia com o quarto aniversário da Terceira República do Burundi, tendo elogiado as realizações económicas deste país e a sua atmosfera de paz. Afirmou que a presença do Presidente do Burundi na abertura da quadragésima-primeira sessão era testemunho do apoio do Burundi à OMS e aos seus esforços para resolver os problemas de saúde da Região. Acrescentou que a Região tem vindo a atravessar uma grave crise económica, ainda mais agravada pelo aparecimento da SIDA, que continua a dizimar as forças produtivas e a entrar os esforços envidados para a consecução dos objectivos económicos e sociais.

43. O Dr. Fernandes salientou que, apesar da SIDA e do paludismo representarem hoje ameaças sem precedentes contra a vida humana, os governos tinham decidido nao se deixarem desencorajar, facto que explica a aprovaçao do Cenário de Desenvolvimento Sanitário Africano em Três Fases e da Iniciativa de Bamaco.

44. Em seguida, expressou, em nome de todos os membros do Comité Regional, a sua sincera gratidao aos Chefes de Estado e de Governo africanos pelo seu constante apoio moral, financeiro e material, aos esforços para resolver os problemas do continente.

45. Elogiou o Dr. Hiroshi Nakajima, Director-Geral da OMS, e o Dr. G.L. Monekosso, Director Regional da OMS para a Africa, pela sua dedicaçao e crescente auxílio aos países africanos. Agradecendo a outras instituicoes e agências internacionais e regionais o apoio e assistência que prestaram no passado, apelou para que continuassem a aumentar os seus esforços e auxílio, dada a dimensao dos problemas que a Africa terá que enfrentar nos próximos anos.

46. O Dr. Nakajima, Director-Geral da OMS, agradeceu ao Chefe do Estado do Burundi, Major Pierra BUYOYA, por se ter dignado a abrir a 4^a sessao do Comité Regional Africano da OMS. Declarou que, por todo o mundo, as evoluçoes políticas, sociais e económicas tinham alterado a estratégia mundial para a resoluçao dos problemas, acrescentando que as prioridades já nao podiam confinar-se especificamente aos países, devendo assumir um carácter regional e global.

47. Afirmou que os desafios a enfrentar eram formidáveis, em especial numa época em que a pobreza, o peso da dívida, a recessao económica, o decréscimo de apoios e fundos, os novos conflitos armados e os problemas de liderança adquiriram uma dimensao mundial.

48. No mundo desenvolvido, afirmou verificar-se a fadiga dos doadores e uma tendência para orientar a assistência para "alvos mais rentáveis", recentemente abertos na Europa do Leste. Instou a Africa a adoptar novas abordagens do desenvolvimento humano, a fim de suscitar o desenvolvimento económico, definir prioridades mundiais em vez de nacionais e intensificar o desenvolvimento e a mobilizaçao dos recursos financeiros.

49. Recomendou aos Estados-membros da OMS que prestassem mais atençao aos direitos dos indivíduos e das comunidades, que realçassem as necessidades humanas para melhorar o desenvolvimento sanitário e a qualidade de vida, e que usassem os recursos disponíveis em prol do desenvolvimento sanitário e humano.

50. Em seguida, o Director-Geral definiu o "novo paradigma da saúde " como um quadro viável para desenvolver um programa de trabalho exequível e eficaz, que garanta a correcta implementaçao dos cuidados primários de saúde, os quais têm de ser integrados e globais. Identificou e esboçou ainda cinco áreas que exigem especial atençao : a correlaçao entre o estado da economia mundial e um desenvolvimento sanitário duradouro, com referência especial aos países menos desenvolvidos; a saúde do homem num ambiente físico que se degrada; uma alimentaçao e nutriçao adequadas ao desenvolvimento sanitário; uma abordagem integrada da prevençao e controlo da doença; a difusao de informaçao para fins de promoçao, de educaçao e de ciências da gestao.

51. Afirmou que a magnitude dos problemas (sanitários, sociais e económicos) a enfrentar exigia recursos adicionais. Haveria que reforçar as fontes internas de financiamento e explorar novas possibilidades. A OMS não podia ser deixada sozinha a suportar o peso do desenvolvimento social e sanitário. O Director-Geral declarou ainda que as questões de saúde não podiam ficar ao sabor das forças do mercado, e que, sozinho, nenhum país tinha todas as respostas para a multiplicidade dos problemas sanitários. Solicitou objectivos e estratégias de longo alcance para um desenvolvimento sanitário e social duradouro, acrescentando que era necessário ser criativo na adaptação da tecnologia e no uso dos recursos mobilizados.

52. Concluindo, o Director-Geral da OMS afirmou ter chegado o tempo de redefinir as relações de trabalho dentro do sistema da ONU, de modo a reforçar e atingir um desenvolvimento socio-económico estável e centrado no ser humano. O futuro dos Africanos no século XXI depende disso.

53. O Secretário Geral da Organização da Unidade Africana (OUA) foi representado na sessão inaugural pelo Dr. Ossey-Wawa Leba que, em nome do Dr. Salim Ahmed Salim, apresentou desculpas aos participantes pela ausência deste. O Dr. Leba exprimiu o seu regozijo pelas muitas formas como a República do Burundi tem apoiado a OUA e elogiou a política de tolerância e boa vizinhança do Burundi, a qual muito tem contribuído para a paz no continente.

54. Descreveu a situação peculiar da Africa no contexto geral das mudanças políticas no mundo e da deterioração do clima socio-económico. Afirmou que a 27ª Assembleia dos Chefes de Estado e de Governo adoptara, em Abuja, em Junho de 1991, a Declaração sobre a Resolução da Actual Crise Sanitária em Africa e convidou todos os Estados-membros a elaborar programas e políticas para enfrentar os problemas da saúde. Apontou o interesse especial da OUA pelas actividades da OMS, especialmente porque a Africa é composta por países com grandes carências de auxílio e de desenvolvimento, em todas as suas formas.

55. Louvou os méritos da colaboração entre a OMS e a OUA dentro do quadro do Fundo Especial para a Saúde em Africa e noutras iniciativas, tais como o Programa de Luta contra a SIDA, o Programa Alargado de Vacinação e a Farmacopeia Africana. Regozijou-se com a extensão das actividades do Escritório de Ligação da OMS com a OUA, com vista a cobrirem as regiões norte e oriental de Africa, incluídas na Região do Mediterrâneo Oriental da OMS.

56. O Dr. Leba disse que a OUA estava pronta a cooperar com a OMS na definição das prioridades sanitárias dos Estados-membros, com vista a uma melhor e mais adequada repartição dos recursos.

57. Afirmou que a OUA solicitara à CEA que incluisse a situação sanitária em Africa na ordem do dia da sua sessão de Abril de 1992 e louvou a decisão de realizar no Brasil a Conferência das Nações Unidas sobre o Ambiente e o Desenvolvimento, em Junho de 1992.

58. Instou os Estados-membros da Região Africana da OMS a dedicar a sua atenção a temas relacionados com o meio ambiente do mundo, tais como mudanças climáticas e destruição da camada de ozono, urbanização e problemas de abastecimento de água, uso de adubos e pesticidas, despejo de lixo tóxico, etc., de modo a estarem bem preparados para participar na conferência de 1992 no Brasil. O Dr. Leba afirmou em seguida que a OUA subscrevia sem reservas a criação de um Fundo para a Protecção do Planeta, sob os auspícios das Nações Unidas, como foi sugerido pela India na cimeira dos Países não-alinhados em Belgrado, em Setembro de 1989.

59. Informou os delegados de que em Junho de 1991, em Abuja, Nigéria, os Chefes de Estado e de Governo africanos tinham assinado um tratado que criou a Comunidade Económica Africana e solicitou o apoio contínuo e a parceria da OMS e da comunidade internacional em geral e, em particular, do Escritório de Ligação da OMS com a OUA, no sentido de ajudarem a Africa a alcançar os seus louváveis objectivos.

60. No seu discurso de abertura, o Dr. G.L. Monekosso, Director Regional da OMS para a Africa, agradeceu a Sua Exa., o Major Pierre Buyoya, Presidente da República do Burundi e ao Governo e ao povo do Burundi, a vontade política demonstrada e o apoio incansável dispensado aos esforços tendentes a alcançar a Saúde para Todos. Manifestou o seu profundo apreço pelo convite dirigido ao Comité Regional Africano da OMS para realizar a sua 41ª sessão na bela cidade de Bujumbura.

61. O Director Regional fez notar que uma análise das actividades executadas aos níveis local (distrito) e intermédio (regional e provincial) provara que a Saúde para Todos estava ao nosso alcance. O Cenário Africano de Desenvolvimento Sanitário, aprovado em Lusaca, na Zâmbia, em Setembro de 1985, tinha tido o necessário apoio político a nível das mais altas instâncias governamentais do continente africano. Com a Declaração da OUA, em Julho de 1987, que reconheceu a saúde como "Base de Desenvolvimento", o Cenário também se tinha tornado parte integrante de estratégia operacional do Plano de Lagos.

62. O Dr. Monekosso salientou que as políticas nacionais de saúde tinham de ser revistas, os cuidados primários, secundários e terciários mais rigorosamente definidos e o seu modo de organização e prestação claramente especificados.

63. Convidou os delegados a elaborarem métodos de participação nos custos que não sobrecarreguem os beneficiários ou dificultem a prestação de serviços de saúde adequados. Esboçou as grandes linhas do quadro para a consecução do desenvolvimento sanitário nacional e da Saúde para Todos, que implica : decomposição do objectivo de Saúde para Todos em componentes de cuidados de saúde individuais, familiares e comunitários (que se sobrepoem), como lista de controlo para determinação de prioridades e fixação de metas; criação de distritos sanitários (a localização ideal para a implementação das estratégias de cuidados primários), como unidades operacionais de planeamento, organização e financiamento das actividades de saúde da comunidade; organização de uma rede de desenvolvimento sanitário nacional que forneça apoio (operacional, técnico e estratégico) às actividades desenvolvidas aos níveis local, intermédio e central.

64. Para superar os obstáculos económicos e sociais, o Dr. Monekosso defendeu uma abordagem multissetorial do desenvolvimento sanitário e apelou para a realização de acordos de cooperação técnica e financeira com organismos de cooperação bilateral e multilateral, bem como para a participação de organizações não-governamentais, bancos de desenvolvimento, universidades e institutos de investigação e gestão. Defendeu a assistência mútua através da cooperação entre os povos, a geminação de comunidades e a partilha de peritos de saúde, dos equipamentos e dos custos de financiamento, como outras vias de acelerar a instauração da Saúde para Todos.

65. O Cenário Africano de Desenvolvimento Sanitário, concluiu, tinha demonstrado que os indivíduos, as famílias e as comunidades eram parceiros reais dos governos e de outros organismos de cooperação que trabalham para instaurar a Saúde para Todos.

66. No seu discurso de abertura, o Presidente do Burundi, Sua Excelência o Major Pierre Buyoya, agradeceu ao Dr. Nakajima, Director-Geral da OMS, o seu apoio constante às actividades de saúde em Africa, e ao Dr. G.L. Monekosso, Director Regional da OMS para a Africa, os seus esforços na consecução da Saúde para Todos.

67. O Major Buyoya salientou o seu interesse pela saúde e por uma melhor qualidade dos cuidados de saúde para a população do seu país. Após ter apresentado um quadro económico, social e político bastante pessimista da Africa de hoje, caracterizado por fracos lucros no investimento, programas de ajustamento estrutural desmoralizadores, decréscimo do auxílio financeiro face a uma população que cresce muito mais rapidamente do que o desenvolvimento económico e social, louvou os países africanos pelos corajosos esforços empreendidos na reconstrução da situação sanitária. Acrescentou que os serviços de saúde disponíveis, inadequados e obsoletos, não podiam fazer face a uma situação sanitária que se degrada, com o aparecimento de pandemia da SIDA e o recrudescimento do paludismo, tuberculose, cólera e outras doenças tropicais endémicas. Declarou que a esperança dos africanos reside na acção colectiva, unidade, comunhão de interesses e de perspectivas, e numa abordagem do desenvolvimento centrada na população africana, como força motriz e alvo desse desenvolvimento.

68. O Chefe de Estado do Burundi instou os governos e povos africanos a não desanimarem por causa da deterioração da situação sanitária e exortou-os a reavaliarem as estratégias e a tratarem prioritariamente dos problemas do paludismo, tuberculose, SIDA, tétano neonatal, dracunculose e doenças tropicais endémicas. Para terminar, reafirmou a pertinência da Iniciativa de Bamaco e apelou às agências das Nações Unidas e outras instituições de assistência para intensificarem os seus esforços e continuarem a apoiar a Africa na sua busca do desenvolvimento sanitário.

RELATORIO DE ACTIVIDADES DO PROGRAMA ALARGADO
DE VACINACAO : REALIZACOES E DESAFIOS PARA OS ANOS 90
(Documento AFR/RC41/4)

Apresentação

69. O documento foi apresentado pelo Secretariado da quadragésima-primeira sessão do Comité Regional, em nome do Director Regional.

70. Recordou os princípios directores do programa, em particular as resoluções da Assembleia Mundial da Saúde e do Comité Regional, relativas ao Programa Alargado de Vacinação (PAV). De entre as resoluções aprovadas pelo Comité Regional, há que realçar em particular a da trigésima-primeira sessão, que fixou como objectivo, para 1990, uma cobertura vacinal de pelo menos 75 por cento com os antigénios do programa.

71. Posteriormente, a trigésima-quinta sessão do Comité aprovou a resolução AFR/RC35/R9, que proclamou 1986 como "Ano Africano da Vacinação". Pode dizer-se que esta resolução constitui a trave mestra da aceleração do programa, implicando uma mobilização sem precedentes dos políticos ao mais alto nível, das populações interessadas, dos profissionais da saúde, das organizações internacionais e de toda a comunidade dos doadores.

72. Em finais dos anos 80, os resultados obtidos revelaram uma evolução satisfatória em termos da cobertura vacinal e do impacto sobre a redução da morbidade e da mortalidade ligadas a certas doenças-alvo. A título de exemplo, entre 1985 e 1990 a cobertura vacinal passou de 35% a 79% para o BCG e de 18% a 56% para a vacina tríplice (DPT) e para a 3ª dose da vacina antipoliomielítica oral (VPO-3).

Discussão

73. Os delegados expressaram a sua plena satisfação pelos esforços envidados pelos Estados-membros e pela OMS, em estreita colaboração com o UNICEF e os outros parceiros do PAV, bem como pelos progressos realizados por este programa.

74. Foi igualmente por todos reconhecido que a mobilização social de que o PAV foi objecto a nível dos países e a nível internacional foi um dos elementos-chave da sua evolução actual.

75. A implementação dos programas de vacinação a nível dos países revelou a potencialidade dos sistemas de saúde, bem como as capacidades de gestão e profissionais dos agentes de saúde da periferia, dos supervisores regionais e dos directores dos programas nacionais para alcançar objectivos específicos, desde que as actividades de planeamento, formação, abastecimento e supervisão tenham sido executadas da maneira apropriada.

76. De entre as questões específicas levantadas pelos delegados durante as discussões, são de realçar :

A continuidade do programa

77. Levantou-se a questão de saber em que medida os países africanos eram capazes de manter e melhorar as conquistas do PAV, atendendo ao estado actual dos nossos sistemas de saúde e ao contexto económico internacional desfavorável. Até quando vão os doadores continuar a financiar o PAV?

78. A despeito da vontade manifestada pela comunidade internacional de continuar a apoiar o programa, todos os delegados foram de opinião que era necessário recorrer à imaginação para organizar o financiamento do PAV, nomeadamente a nível comunitário. É escusado dizer que o reforço das infra-estruturas sanitárias contribuirá para assegurar a continuidade das actividades de vacinação.

A integração do PAV nas actividades de cuidados primários de saúde

79. Embora diversos países tenham registado esforços significativos no que se refere às actividades de vacinação no âmbito dos cuidados primários de saúde, este aspecto continua a preocupar o Comité Regional. Com efeito, em certos países o PAV serviu de ponto de entrada para os cuidados primários de saúde e para outras iniciativas, tal como a Iniciativa de Bamaco, enquanto que em outros, a sua gestão tem aspectos mais ou menos verticais.

A cadeia de frio

80. A cadeia de frio é considerada uma importante componente do PAV. Algumas delegações fizeram referência aos problemas decorrentes da utilização de novos tipos de refrigeradores a compressão. Outras expressaram a sua satisfação pela introdução de material de energia solar para a conservação de vacinas.

Os aspectos técnicos do programa

81. Diversas delegações exprimiram a sua preocupação pelas reacções indesejáveis decorrentes do BCG. Esta situação ocorre em geral quando uma estirpe diferente de vacina é fornecida a um país sem informação prévia nem reciclagem adequada do pessoal da saúde nos métodos apropriados de reconstituição e administração da vacina. Se não forem tomadas medidas adequadas, poderá verificar-se a desmobilização das comunidades, e especialmente das maes. O Comité Regional pediu ao Director Regional que seguisse de perto essa situação.

82. A introdução de novas vacinas, particularmente contra a hepatite B e a febre amarela, assim como as estirpes melhoradas, tais como a estirpe para a vacina contra o sarampo, foi acolhida com interesse. Levanta-se, não obstante, o problema do custo ainda muito elevado dessas vacinas. Neste caso também, solicitou-se ao Director-Geral que, em conjugação com o UNICEF e outros organismos financiadores, tomasse iniciativas a fim de pôr à disposição essas vacinas onde as mesmas fossem necessárias.

83. No que respeita aos desafios dos anos 90, o Comité Regional aprovou as grandes orientações propostas pelo Director Regional, nomeadamente no que se refere :

- à manutenção do empenho político e da afectação de recursos;
- à manutenção de uma elevada taxa de cobertura vacinal;
- ao controlo das doenças-alvo, nomeadamente pela melhoria da vigilância epidemiológica;
- à introdução de vacinas novas ou aperfeiçoadas;
- à integração do PAV nos cuidados primários de saúde e à utilização do PAV para promover outras iniciativas em prol da saúde da criança, nomeadamente a administração de vitamina A e de óleo iodado;
- à promoção da investigação operacional.

84. Concluindo, o Comité Regional congratulou-se com os resultados obtidos na implementação do PAV na Região Africana. Expressou a sua satisfação ao Director Regional pelos seus esforços e pelo apoio que ele próprio e a sua equipa prestam aos Estados-membros. O Comité Regional exortou os Estados-membros a tomar todas as disposições úteis para criar os mecanismos necessários à continuação do financiamento endógeno do programa.

85. O Comité fez observar que eram necessárias novas iniciativas para tornar a comunidade auto-suficiente e auto-responsável.

86. Por outro lado, o Comité Regional aprovou as propostas do Director Regional relativas aos desafios a enfrentar nos próximos dez anos em matéria de vacinação. O Comité aprovou a resolução AFR/RC41/R1.

PROGRAMA DE ERRADICACAO DA DRACUNCULOSE (VERME DE GUINE)
NA REGIAO AFRICANA DA OMS : PROGRESSOS REALIZADOS
(documento AFR/RC41/5)

Apresentação

87. O documento foi apresentado pelo Secretariado, em nome do Director Regional. Nos 18 países onde a doença é endémica, a importância do problema deriva essencialmente dos seus efeitos nefastos sobre a saúde, a agricultura e a educação. Nestes países, 120 milhões de pessoas estão em risco; avalia-se a incidência da dracunculose em 10 milhões de casos por ano.

88. Na sequência da resolução AFR/RC38/R13, a Sede Regional, em colaboração com os Estados-membros e os outros parceiros, preparou estratégias de intervenção e um plano de acção regional, tendo como elementos essenciais :

- o rastreio activo dos casos, a fim de elaborar um plano nacional;
- o abastecimento de água potável, com prioridade para as zonas endémicas, a mobilização das comunidades afectadas e a mobilização de recursos.

Discussão

89. Na sua discussão deste tema, o Comité Regional apreciou o relatório do Director Regional. Este evocava a importância que é preciso dar à vigilância epidemiológica nas zonas afectadas, o abastecimento de água potável e a utilização de tecnologias simples, nomeadamente a filtragem da água para beber.

90. Muitos países já terminaram o rastreio activo dos casos e já fixaram datas-limites para elaborar os seus planos de erradicação, enquanto outros solicitam o apoio da OMS para finalizar esta fase do programa.

91. Foi dada ênfase especial à mobilização das comunidades afectadas. Recomendou-se igualmente a protecção dos doentes contra o tétano.

92. Um país (Guiné-Bissau) solicitou a sua inclusão na lista dos países onde se fará a certificação da erradicação desta doença. Foi solicitado ao Director Regional que prosseguisse os esforços de coordenação com os outros doadores, nomeadamente o UNICEF, a Global 2000, o Corpo da Paz, bem como com outras ONG e fundações, a fim de mobilizar os recursos necessários à erradicação desta doença até 1995.

93. O Comité Regional aprovou a resolução AFR/RC41/R20.

INFECCOES RESPIRATORIAS AGUDAS : PROGRAMA
DE COMBATE PARA OS ANOS 90 E RELATORIO DA SITUACAO
(Documento AFR/RC41/6)

Apresentação

94. O tema foi apresentado pelo Secretariado, em nome do Director Regional.

95. Nos países da Região Africana, mais de 1,5 milhões de crianças com idade inferior a 5 anos morrem anualmente de infecções respiratórias agudas (IRA).

96. Além disso, estas doenças são responsáveis por 30 a 50% das consultas pediátricas, bem como por 20 a 40% das hospitalizações.

97. As estratégias de controlo propostas pela OMS centram-se na prevenção, nomeadamente pela vacinação contra o sarampo, a tosse convulsa e a difteria, com diagnóstico precoce e tratamento apropriado dos casos graças à utilização selectiva e racional de medicamentos, em especial antibióticos; para o efeito, a OMS elaborou orientações normalizadas.

98. Um outro elemento é a elaboração de programas nacionais integrados nas outras actividades dos CPS.

99. A Cimeira Mundial para as Crianças, realizada em 1980, recomendou que a mortalidade devida às IRA seja reduzida em um terço até ao ano 2000.

Discussão

100. Os delegados reconheceram a importância do problema suscitado pelas IRA na Região e nos respectivos países. Alguns membros do Comité puseram em destaque o recurso, ainda muito importante, à medicina tradicional, no tratamento destas infecções.

101. O Comité Regional aprovou a estratégia proposta pelo Director Regional e congratulou-se com o interesse crescente que a OMS dedica a este programa.

102. A formação de pessoal de saúde deverá ocupar um lugar de destaque, nomeadamente para que possa dominar melhor o diagnóstico correcto e o tratamento adequado em todos os níveis do sistema de saúde.

103. O Comité Regional recomendou também a elaboração de planos nacionais de controlo baseados numa abordagem integrada, em especial com o PAV e o programa de controlo das doenças diarreicas.

104. Foi finalmente solicitado ao Director Regional que reforçasse o apoio prestado aos países, essencialmente no domínio do planeamento e da formação.

105. O Comité Regional aprovou a resolução AFR/RC41/R30.

RELATORIO DE ACTIVIDADES DA DECADA INTERNACIONAL DO ABASTECIMENTO DE AGUA POTAVEL E DO SANEAMENTO NA REGIAO AFRICANA (Documento AFR/RC41/7)

Apresentação

106. O documento AFR/RC41/7 apresentado pelo Secretariado, em nome do Director Regional, descrevia a situação do abastecimento de água potável e do saneamento nos países da Região, bem como as realizações levadas a cabo no período compreendido entre 1981 e 1988, resultado dos esforços envidados nos domínios da recolha e comparação da informação pelos governos que notificaram à OMS.

107. A primeira parte, intitulada INTRODUCAO E PRINCIPIOS DIRECTORES, analisa as principais resoluções aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Comité Regional Africano, relativas à Década Internacional do Abastecimento de Água Potável e do Saneamento (DIAPPS), e resumia as abordagens da Década

baseadas nos princípios dos cuidados primários de saúde, nomeadamente : i) a complementaridade do desenvolvimento dos dois programas; ii) a tónica particular nas populações urbanas e rurais mal servidas; iii) o recurso a tecnologias apropriadas; iv) a associação das comunidades no processo; v) a relação estreita entre os programas da Década e os dos outros sectores, incluindo outros programas de saúde.

108. Chamou-se a atenção do Comité Regional para o facto de que entre as resoluções do Comité Regional dedicadas à Década, há duas que fazem recomendações específicas relativas às doenças diarreicas (AFR/RC35/R6 aprovada em 1985), e à dracunculose (AFR/RC38/R13, aprovada em 1988).

109. A parte intitulada ANALISE DOS PROGRESSOS REALIZADOS DURANTE A DECADA fornecia informações e analisava a situação relativa aos diferentes domínios, com tónica particular na cobertura de serviços, recursos financeiros, dificuldades registadas e colaboração inter-agências.

Cobertura dos serviços

110. O documento apresentava os progressos realizados até Dezembro de 1988, isto é, durante os primeiros oito anos da década, com base nos dados fornecidos por 34 países entre os 46 da Região, com uma população correspondente a 80% dos habitantes da África Subsariana, à excepção da África do Sul. As constatações mais importantes e sobre as quais se chamou a atenção do Comité Regional foram as seguintes : i) durante o período acima indicado a população total da Região aumentou 28%, tendo a urbana crescido 59% e a rural 18% apenas; ii) a cobertura relativa ao abastecimento de água em meio urbano e rural entre 1980 e 1988 passou de 66% a 83% e de 22% a 31%, respectivamente; iii) em matéria de saneamento do meio, manteve-se estacionária em 54% nas cidades e passou de 20% a 21% apenas nas zonas rurais. De notar, no entanto, que as taxas de cobertura relativamente estáveis correspondem a um número de novos beneficiários da ordem de 13 milhões de habitantes nas zonas rurais e do dobro nas cidades.

111. Calcula-se que ao ritmo dos progressos realizados até 1988, as metas que a Região se fixou para o abastecimento de água não serão atingidas, ficando em 64% a taxa de cobertura total prevista, para os meios rural e urbano. Em matéria de saneamento, a cobertura total das populações rurais e urbanas prevista para 1990 não deveria ultrapassar os 63%.

Recursos financeiros

112. O montante exacto dos recursos financeiros consagrados à implementação da Década Internacional do Abastecimento de Água Potável e do Saneamento na Região Africana é desconhecido. A informação recebida dos países é incompleta. Por outro lado, a multiplicidade das agências de cooperação multilateral ou bilateral que participaram na realização das actividades leva a crer que a informação esperada para o fim da Década será igualmente pouco fiável, neste aspecto.

113. Estima-se, no entanto, que o custo dos investimentos necessários para atingir os objectivos que a Região se fixou para a Década, a fim de servir as populações que não beneficiaram do programa, se eleva a cerca de 13 mil milhões de dólares americanos, dos quais 9.300 milhões dos habituais doadores deste sector. 880 projectos de abastecimento de água e de saneamento estão em curso em 44 países da Região, com apoio financeiro de diversas fontes externas, estimado em cerca de 6 mil milhões de dólares dos Estados Unidos.

Principais dificuldades

114. A implementação da Década Internacional do Abastecimento de Água Potável e do Saneamento encontrou uma série de obstáculos, cuja lista, apresentada no documento, mostra que entre 1980 e 1988 houve quatro tipos de dificuldades que dominaram o processo e que estiveram sempre entre as primeiras : i) limitações de financiamento; ii) insuficiência de pessoal qualificado; iii) dificuldades logísticas; iv) funcionamento e manutenção inadequados.

115. Um factor que nao aparece suficientemente enfatizado entre os obstáculos é o do crescimento demográfico da Regiao, em geral, e o da expansao extraordinária da população das cidades, em particular. Esse factor deve, seguramente, ter pesado sobre os níveis de metas alcançadas.

Colaboração interagências

116. Um número importante de organismos de cooperação bilateral e multilateral, de agências do sistema das Nações Unidas e de ONG esteve envolvido na implementação da Década. Foi destacado o estabelecimento e o reforço da parceria entre o PNUD, o UNICEF, a OMS e o Banco Mundial em acções conjuntas ou coordenadas para apoiar os países africanos.

Discussão

117. Durante a discussão do documento, considerado excelente e rico de informações, concluiu-se que, apesar das dificuldades registadas, a Década Internacional do Abastecimento de Água Potável e do Saneamento contribuiu para uma concentração de esforços e de recursos, que se traduziu num aumento relativamente importante de populações beneficiárias do processo, a saber : i) mais de 94 milhões de pessoas pelo abastecimento de água; ii) cerca de 40 milhões pelo saneamento. No entanto, o impacto qualitativo desse esforço parece pouco significativo porquanto : i) as epidemias de cólera na Regiao Africana multiplicaram-se justamente quando deveríamos começar a registar resultados positivos; ii) a dracunculose continua a ser um sério problema de saúde pública na Regiao, onde apenas dois países conseguiram registar reduções apreciáveis nas respectivas taxas nacionais de prevalência.

118. Os delegados que se pronunciaram sobre o documento relataram os progressos realizados nos seus próprios países, nomeadamente no que respeita às infra-estruturas das instituições e aos mecanismos de coordenação multisectorial, que se traduziram num crescimento progressivo da cobertura de serviços, variável segundo os países. No entanto, quase todos os delegados reconheceram que o sector do saneamento beneficiou de menor atenção, sobretudo no meio rural, o que teve como consequência menor apoio exterior.

119. Os delegados concordaram quase todos com a lista das dificuldades identificadas como sendo as mesmas que nos respectivos países comprometeram as possibilidades de se atingir melhores resultados. Uma tónica particular foi dada ao mau funcionamento e manutenção das infra-estruturas por falta de pessoal formado, de peças sobresselentes e de recursos financeiros.

120. Uma proposta foi avançada no sentido de a OMS proceder a um estudo aturado para se identificarem as razões pelas quais as tecnologias disponíveis nao foram utilizadas.

121. O Comité Regional aprovou por unanimidade o projecto de resolução apresentado sobre o assunto, com algumas modificações.

SEGUNDA AVALIACAO DA IMPLEMENTACAO
DA ESTRATEGIA DA SAUDE PARA TODOS
NO ANO 2000
(Documento AFR/RC41/8)

Apresentação

122. Este ponto da ordem do dia foi apresentado pelo Secretariado, em nome do Director Regional, o qual descreveu as constatações e as lições decorrentes da segunda avaliação (período 1985-1990). Este exercício de auto-avaliação decorreu entre 1 de Outubro de 1990 e 31 de Janeiro de 1991, no quadro do ciclo de acompanhamento e avaliação iniciado em 1983.

123. Foi conduzido com base num guia comum preparado pela OMS (WHO/HST/90.1), e tinha por objectivos :

- medir os progressos, a eficiência, a eficácia e o impacto dos programas de saúde;
- identificar as dificuldades e os obstáculos encontrados;
- utilizar os resultados e a análise para melhorar ou reorientar os planos nacionais de desenvolvimento sanitário e estabelecer prioridades na implementação da estratégia da Saúde para Todos.

124. As tendências descritas no documento dizem respeito à análise dos trinta e nove relatórios recebidos na Sede Regional até 15 de Junho de 1991. E de notar que apenas um país se viu impossibilitado de participar neste exercício.

Situação económica e social

125. Apesar dos efeitos negativos de uma crise política, económica e social sem precedentes, os Estados-membros prosseguiram os seus esforços para reduzir as desigualdades, ainda profundas, entre zonas rurais e urbanas, entre homens e mulheres e entre ricos e pobres.

Desenvolvimentos dos sistemas de saúde

126. A maioria dos países procedeu à reorientação dos seus sistemas de saúde baseados nos cuidados primários de saúde. O distrito de saúde tornou-se uma realidade e a percentagem de distritos operacionais continua a aumentar. Aqui e ali foram notadas dificuldades relacionadas com a supervisão e a motivação do pessoal, o desenvolvimento das infra-estruturas de saúde e a coordenação intersectorial.

Prestação de cuidados de saúde

127. O acesso global à água potável cresceu de modo encorajador, nomeadamente nas zonas urbanas, onde a taxa de cobertura é de cerca de 83%. Em contrapartida, continuam a ser fracos os progressos realizados no domínio do saneamento do meio, em que a cobertura em meios adequados de eliminação dos excreta não ultrapassou os 30%.

128. Os progressos mais espectaculares dizem respeito à vacinação. Com efeito, a percentagem de crianças completamente vacinadas contra as doenças-alvo do PAV passou de 20% em 1985 para 56% em 1990. A cobertura de cuidados pré e pós-natais varia entre 20 e 80%, conforme os países. O acesso global da população aos cuidados locais, incluindo os medicamentos essenciais, também progrediu e situa-se, em média, entre 40% e 80%.

129. No entanto, os programas de maternidade sem riscos continuam pouco desenvolvidos.

Recursos para a saúde

130. O financiamento da saúde é um dos pontos fracos da actual crise económica. Os orçamentos da saúde nao conseguem cobrir as necessidades de funcionamento e de investimento. Cada vez mais se faz apelo à participação dos indivíduos, das famílias e das comunidades.

131. Muito poucos países elaboraram políticas e planos de desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde. A repartição do pessoal entre as zonas urbanas e o meio rural continua a ser bastante desequilibrada na maior parte dos países.

Situação sanitária

132. A mortalidade infantil continua a baixar mas é ainda preocupante (125 por mil em média). Os esforços para reduzir a mortalidade materna parecem ainda insuficientes: ela situa-se entre 5 e 50 por 10.000.

133. O paludismo, a tuberculose, a SIDA, a hipertensão arterial, a diabetes e o cancro representam as principais causas de morbidade e mortalidade dos adultos.

Avaliação dos resultados

134. A implementação da estratégia da SPT registou progressos significativos em matéria de reorientação dos sistemas de saúde para o distrito e para a comunidade. No entanto, é preciso notar que a fraca capacidade de gestão e de apoio informativo, a insuficiência das infra-estruturas e do apoio tecnológico têm dificultado os progressos.

Discussão

135. Ao dirigirem as suas felicitações ao Director Regional pela oportunidade e qualidade do documento apresentado, os delegados registaram, com satisfação, os progressos realizados pelos países, apesar das dificuldades políticas, económicas e sociais encontradas durante o período coberto pelo exercício da avaliação.

136. Incitaram os países a redobrar os esforços e a implicar cada vez mais as comunidades no processo, com vista à aceleração da instauração da Saúde para Todos.

137. Sugeriram que, no futuro, deveria ser dada maior atenção à avaliação da contribuição das mulheres para o desenvolvimento sanitário. Deveriam ser concebidos indicadores e instrumentos de gestão adequados, para facilitar tal avaliação.

138. Finalmente, alguns países puseram à disposição do Secretariado informações complementares que facilitariam a elaboração do relatório final.

GESTAO DO APOIO INFORMATIVO
AO SISTEMA DISTRITAL DE SAUDE
(Documento AFR/RC41/10)

Apresentação

139. O relatório foi apresentado pelo Secretariado, em nome do Director Regional. Tratava-se de um documento de sensibilização para a importância da implementação, a nível distrital, de sistemas de gestão da informação, como parte integrante dos sistemas nacionais de informação sanitária. Efectivamente, o apoio informativo constitui um elemento relevante do processo de gestão em todas as suas etapas, quer se trate do planeamento, de implementação ou da avaliação.

140. Na sua análise da situação, o relatório realça as fraquezas dos sistemas nacionais de informação sanitária existentes, tais como :

- a falta de disponibilidade das informações necessárias à gestão;
- a fraca validade, fiabilidade e pertinência da informação;
- a pouca participação das comunidades na recolha, tratamento, análise e utilização da informação para a gestão;
- a fraca participação da equipa distrital de saúde na análise e utilização da informação;
- o carácter limitado da retroinformação dirigida às comunidades e aos sub-districtos;
- a existência de sub-sistemas de informação "autónomos" e não coordenados, para diferentes programas verticais e para projectos apoiados por vários organismos financiadores.

141. O relatório mencionava as acções empreendidas pelo Director Regional, nomeadamente a elaboração de seis critérios que permitem avaliar a operacionalidade do sistema de saúde do distrito. Para além disso, tomando em consideração a experiência adquirida pela maioria dos países, o Director Regional procede presentemente ao aperfeiçoamento de um guia prático para avaliar a operacionalidade dos districtos. A partir dos 12 indicadores mundiais, foram concebidos 27 indicadores de saúde comunitária, para permitir à equipa distrital de saúde e à comunidade a avaliação dos seus próprios progressos no sentido da instauração da Saúde para Todos.

142. Finalmente, o relatório apresenta um conjunto mínimo de informações necessárias à gestão do distrito, lembrando que a finalidade dessas informações é a tomada de decisões coerentes em matéria de gestão.

Discussão

143. Os delegados aprovaram, no seu conjunto, o documento submetido à sua análise e felicitaram o Director Regional pelos seus esforços desenvolvidos neste domínio.

144. Insistiram na necessidade de conceber sistemas de informação para a gestão sanitária do distrito, como uma componente dum sistema global que cubra os níveis central, intermédio e local do sistema de saúde, tal como definido pelo Cenário Africano de Desenvolvimento Sanitário. A cada nível deverao corresponder instrumentos apropriados de gestão.

145. Assinalaram também as dificuldades encontradas no tratamento de grandes quantidades de informações, exigidas pelo novo quadro da avaliação dos progressos realizados na consecução da SPT/2000. Efectivamente, em muitos países o tratamento da informação é ainda manual. A informatização progressiva do tratamento de dados permitirá reduzir este problema.

146. O papel do pessoal não médico e das próprias comunidades no processo de acompanhamento e avaliação foi posto em relevo. A elaboração dos critérios de operacionalidade dos distritos e dos 27 indicadores de saúde comunitária deveriam facilitar a sua implicação na auto-avaliação dos progressos realizados.

MODALIDADES DE IMPLEMENTAÇÃO DAS RESOLUÇÕES
DE INTERESSE REGIONAL APROVADAS PELA ASSEMBLEIA
MUNDIAL DA SAÚDE E PELO CONSELHO EXECUTIVO
(Documento AFR/RC41/11)

147. O relatório foi apresentado pelo Secretariado. No relatório, o Director Regional assinalava que as decisões tomadas pelos nossos órgãos directivos mundiais eram aplicadas com a utilização de uma parte significativa do orçamento da Organização.

148. Era, por esse motivo, importante que os Estados-membros estivessem continuamente informados sobre a implementação das resoluções dos órgãos directivos.

149. O relatório foi aprovado sem discussão.

INCIDÊNCIAS REGIONAIS DAS ORDENS DO DIA DA 89ª SESSÃO
DO CONSELHO EXECUTIVO E DA 45ª ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE
(Documento AFR/RC41/12)

150. O relatório foi apresentado pelo Secretariado. Deu-se especial atenção ao quadro da página 2 do relatório, no qual figuram as correlações entre o trabalho do Conselho Executivo, da Assembleia Mundial da Saúde e do Comité Regional.

151. O Director Regional observou que o Conselho Executivo tomará medidas para realizar um estudo sobre o Nono Programa Geral de Trabalho que nos levará até ao próximo século (1995-2001). Disse que todos os Estados-membros participariam nesse exercício através de reuniões consultivas apropriadas.

152. O relatório foi aprovado pelo Comité.

METODO DE TRABALHO E DURAÇÃO DA ASSEMBLEIA
MUNDIAL DA SAÚDE : RELATÓRIO DO DIRECTOR REGIONAL
(Documentos AFR/RC41/13 Rev. e Corr.1)

153. O documento foi apresentado pelo Secretariado.

154. Tratava-se, principalmente, de futuras nomeações para o posto de Presidente da Assembleia Mundial da Saúde e para as principais comissões desta, dos membros habilitados a designar uma pessoa para fazer parte do Conselho Executivo, das datas e duração da Assembleia Mundial da Saúde, da cerimónia de encerramento da 45ª Assembleia Mundial da Saúde e da reunião informal do Comité Regional.

155. Após as intervenções do Director Regional e de algumas delegações, foi aprovada a proposta de que se iniciasse a auscultação de opiniões e se realizassem negociações entre os países da Sub-região III para designar candidatos ao cargo de Presidente da 46a Assembleia Mundial da Saúde, a realizar em 1994.

156. Tomaram-se decisões processuais quanto aos membros habilitados a designar uma pessoa para fazer parte do Conselho Executivo, aos membros que farão uso da palavra em nome da Região na cerimónia de encerramento da 45a Assembleia Mundial da Saúde e à pessoa que será o Vice-presidente da Assembleia Mundial da Saúde.

DISCUSSOES TECNICAS DA 45a ASSEMBLEIA
MUNDIAL DA SAUDE (Documento AFR/RC41/14)

157. O documento apresentado pelo Secretariado em nome do Director Regional versava sobre o tema das discussões técnicas que se realizarão à margem da Assembleia Mundial da Saúde, em 1992. O documento resumia muito brevemente a importância da mulher no processo de desenvolvimento económico, o papel ímpar que ela desempenha na saúde da família, em geral, e na das crianças, em particular.

158. O documento esboçava também as dificuldades inerentes à condição feminina nos países em desenvolvimento, em geral, e na Região Africana, em especial, nomeadamente :

- a feminização da pobreza;
- as taxas inaceitavelmente baixas de escolarização das raparigas;
- os elevados índices de desemprego entre as mulheres com habilitações comparáveis às dos homens;
- os problemas de saúde que se traduzem em taxas de mortalidade superiores às dos homens, contrariamente ao que se passa nos países desenvolvidos;
- os problemas de saúde da mulher inerentes à maternidade, etc..

159. O documento relatava igualmente a acção da OMS relativamente aos programas "Mulheres, Saúde e Desenvolvimento", iniciado em 1980, e "Saúde Materno-Infantil/Planeamento Familiar", e fazia alusão à Conferência Internacional sobre a maternidade sem riscos realizada em Nairobi, em 1987, sob os auspícios conjuntos da OMS, Banco Mundial, FNUAP e PNUD.

160. Enfim, o Director Regional sugeria, no mesmo documento, que as delegações ministeriais dos países africanos que participaram na quadragésima-quinta Assembleia Mundial da Saúde integrassem pessoas que possam contribuir de maneira significativa para as discussões técnicas que serão subordinadas ao tema "Mulheres, Saúde e Desenvolvimento".

161. O Comité Regional, através de dois ministros de sexo feminino (entre as cinco presentes), agradeceu à Organização a escolha deste tema para as discussões técnicas e pediu que a OMS, a FNUAP, o PNUD e o UNICEF contribuíssem com os meios necessários para subvencionar a presença de pelo menos uma mulher em cada delegação ministerial dos países africanos à 45a Assembleia Mundial da Saúde.

PROGRAMA DE LUTA CONTRA A SIDA
(Documento AFR/RC41/INF.DOC/5 Rev.1)

162. A convite do Presidente da 4^{la} sessao do Comité Regional, o tema foi apresentado pelo Dr. M.H. Merson, Director do Programa Mundial da OMS de Luta contra a SIDA (GPA/OMS), Sede Mundial da OMS, Genebra.

163. O Dr. Merson agradeceu ao Presidente, ao Comité Regional e ao Director Regional pela oportunidade que lhe era propiciada de se dirigir à 4^{la} Sessao do Comité Regional sobre o tema da pandemia da SIDA. Disse que o número de casos de SIDA continuava a aumentar a nível mundial e que a OMS estimava que 10 milhoes de pessoas estavam infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana. Um milhao dessas pessoas eram crianças com menos de 5 anos de idade. Entre os que estavam infectados, a doença tinha-se desenvolvido em um milhao de adultos e 500 mil crianças.

164. As principais preocupações quanto à disseminação da SIDA em Africa incluíam a sua propagação nas áreas rurais e na Africa Ocidental. Grandes aumentos haviam sido observados também no número de infecções e de casos em partes da Asia e da América do sul. Embora a epidemia fosse mundial, a atenção estava a voltar-se para o mundo em vias de desenvolvimento, no qual a taxa de transmissao estava a aumentar rapidamente devido às relações heterossexuais. A transmissao heterossexual estava também a aumentar nos países industrializados. Devido ao elevado nível de transmissao da mae ao seu filho, decorrente do crescente número de mulheres infectadas, a SIDA em crianças estava a receber maior atenção do que outrora.

165. O Dr. Merson informou que um terço das crianças dadas à luz por maes infectadas estavam infectadas e morriam antes de completarem cinco anos de idade. As outras ficavam órfas ao morrerem as suas maes. Já se estimava que haveria entre 1 e 2 milhoes de órfãos em Africa até ao fim deste século.

166. Outros eventos na pandemia da SIDA incluíam :

- i) o crescente reconhecimento pelos governos da importância de se ter uma abordagem realmente multissetorial da prevenção e luta contra a SIDA;
- ii) a necessidade de mobilizar todos os sectores da sociedade (saúde, educação, indústria, agricultura), assim como todas as pessoas envolvidas (mulheres, jovens e trabalhadores) na luta contra a SIDA;
- iii) a necessidade de trabalhar com os grupos comunitários e as organizações não-governamentais; por esse motivo, o GPA/OMS tinha recomendado que 15% de todos os recursos externos (excepto para o pessoal internacional) fossem dados às ONG;
- iv) a necessidade de que os programas de luta contra a SIDA recebessem apoio do mais alto nível político para obter os recursos adequados e necessários.

167. Para além disso, a OMS estava a esforçar-se por melhorar o seu apoio aos programas nacionais de luta contra a SIDA através da dotação de recursos financeiros e da formação de pessoal de apoio e de gestores de programas nacionais; estava também a negociar alternativas mais baratas ao dispendioso teste Westernblot para a confirmação de casos e a compra, por atacado, em uma ou duas fontes, de reagentes para o teste do HIV, para reduzir o custo da detecção do HIV nos programas nacionais.

168. Quanto à regionalização do programa de luta contra a SIDA, o Dr. Merson informou que o GPA/OMS e o Director-Geral trabalharam em estreita colaboração para assegurar que o processo se realizasse com êxito e com um mínimo de dificuldades administrativas para os países. Até à data, 26 países da Região Africana já estavam descentralizados. Os demais seriam descentralizados em 1992. O GPA/OMS e a Sede Regional estavam também a trabalhar arduamente com os países para descentralizar as actividades de luta contra a SIDA para os seus distritos.

169. O Dr. Merson chamou a atenção do Comité para a questão da Aliança OMS-PNUD. A nova abordagem do PNUD de celebrar acordos bilaterais com os países para proporcionar apoio a projectos de luta contra a SIDA através de execução nacional contrariava o espírito da Aliança. A OMS e o PNUD estavam a dialogar sobre a melhor abordagem para implementar programas e financiar projectos pelo PNUD, para assegurar que fossem evitados a duplicação, o desperdício e a confusão na implementação dos programas nacionais de luta contra a SIDA. Solicitou aos países que insistissem numa abordagem que assegurasse um apoio técnico tão bom e tão coordenado quanto possível para os seus programas e simplificassem os procedimentos administrativos.

170. A OMS está a apoiar a investigação sobre medicamentos e vacinas, para garantir que os materiais úteis se tornem disponíveis e acessíveis, nos tempos mais próximos. As actividades de investigação sobre a SIDA enfrentam enormes dificuldades, dada a natureza do vírus. O único medicamento disponível que foi autorizado não garante a cura. Diversos estudos realizados em vários centros estão a receber apoio da OMS, inclusive o ensaio "Kemron" (Interferon alpha, por via oral) no Uganda, Zimbabwe, Quênia, Ruanda e outros países. Por todo o mundo, os laboratórios farmacêuticos estão a gastar 5 mil milhões de dólares americanos, na investigação de medicamentos contra a SIDA.

171. O GPA/OMS tem consciência do dilema que os países africanos enfrentam, onde um número cada vez maior de casos requerem cuidados e onde ao mesmo tempo é extremamente necessário manter a prioridade para os programas de prevenção da infecção. O Dr. Merson garantiu, em seguida, que a OMS continuará os seus esforços para mobilizar os recursos necessários, desenvolver modelos menos dispendiosos de cuidados comunitários e identificar e partilhar informações sobre abordagens preventivas eficazes.

172. Na discussão que se seguiu 12 Estados-membros e organizações entrevistaram sobre o tema, descrevendo a gravidade da epidemia nos seus países e pedindo esclarecimentos sobre um certo número de questões relacionadas com a epidemiologia, a notificação da SIDA, o tratamento, a investigação e as implicações sociais da pandemia. Outras questões versaram sobre os cuidados baseados na comunidade, a transmissão peri-natal e a recomendação do aborto como uma opção no aconselhamento das mulheres infectadas.

173. Na sua resposta, o Dr. Merson declarou que a política da OMS que recomendava a amamentação dos lactentes de mulheres infectadas permanecia inalterável, a despeito dos resultados de um estudo recentemente publicado, realizado no Ruanda. Os efeitos protectores da amamentação na prevenção da malnutrição, diarreia e infecções respiratórias agudas são indiscutíveis.

174. Quanto à questão de recomendar o aborto como uma opção no aconselhamento das mulheres infectadas, Dr. Merson declarou que tal é uma questão que dizia respeito às autoridades interessadas. Os conselhos dados dependerão muito das leis de cada país.

175. O GPA/OMS publica regularmente um relatório pormenorizado dos resultados da avaliação dos testes disponíveis e recém-desenvolvidos nos centros de colaboração da OMS. O GPA porá doravante à disposição de todos os países o relatório e outras directivas sobre os testes de pesquisa de anticorpos do HIV. O GPA apoia a estreita colaboração entre os programas nacionais de luta contra a SIDA e os programas de luta contra as doenças sexualmente transmissíveis a todos os níveis, em virtude da estreita relação existente entre a SIDA e essas doenças.

176. O GPA recomenda actividades focalizadas de educação e de aconselhamento e apoia plenamente o desenvolvimento dos programas baseados na comunidade para os cuidados e o tratamento dos doentes com SIDA e das suas famílias.

177. A OMS continuará a lutar contra a discriminação em relação à SIDA em todas as suas facetas e intensificará os seus esforços na mobilização de recursos externos para apoiar os programas mundial e nacionais de prevenção e luta contra a SIDA.

RELATORIO DA REUNIAO DO SUBCOMITE DO PROGRAMA
(Documento AFR/RC41/15)

178. O Dr. C. HAMLAYE, das Seychelles, Presidente do Subcomité, apresentou o relatório, referindo a composição da Mesa : Vice-Presidente, Dr. OWONA ESSOMBA dos Camaroes, e Relator, Dr. C. Diouf do Senegal. Sublinhou, com satisfação, a participação construtiva dos membros na discussão dos 14 pontos da ordem do dia e felicitou o Director Regional, em nome do Subcomité, pela qualidade dos documentos de trabalho. Coube ao Dr. C. Diouf apresentar o relatório do Subcomité.

179. Os trabalhos do Subcomité incidiram sobre os seguintes pontos :

Epidemia de Cólera na Região Africana (AFR/RC41/INF.DOC/11)

180. O número de casos de cólera recenseados por 14 países da Região (73.000 casos com 6800 óbitos, representando uma taxa de letalidade próxima dos 10%) mostra que se coloca um problema de tratamento eficaz das diarreias, em geral, e de cólera, em particular. Torna-se imperioso prestar a necessária atenção ao abastecimento de água potável e às medidas de saneamento, no quadro de uma acção multissectorial. O Subcomité fez suas as recomendações do Director Regional e solicitou-lhe que reforçasse o papel da Sede Regional na coordenação das actividades de prevenção e combate à cólera, nomeadamente entre países vizinhos.

181. O Subcomité aprovou o projecto de resolução apresentado em anexo e recomendou ao Comité que fizesse o mesmo.

Iniciativa Africana para os medicamentos essenciais
(AFR/RC41/INF.DOC/10)

182. O Subcomité constatou a existência, nos países, de muitos medicamentos cujo valor terapêutico é duvidoso, e também os elevados custos dos produtos farmacêuticos, o que limita o acesso de uma grande parte da população aos medicamentos. O Subcomité solicitou à OMS que reforçasse a sua colaboração com outras instituições do sistema das Nações Unidas, nomeadamente a ONUDI e o UNICEF, para promover e encorajar a produção farmacêutica nos Estados-membros

da Regiao, zelando para que os projectos de producao sejam viáveis. Para tal fim, os agrupamentos interpaíses parecem oferecer as melhores hipóteses de sucesso. Para combater a circulação de medicamentos falsificados ou ineficazes, o Subcomité recomendou aos Estados-membros que criassem um sistema de registo dos medicamentos e que reforçassem os mecanismos de controlo dos mesmos, respeitando as listas de medicamentos essenciais de cada país.

183. O Subcomité aprovou o projecto de resolução apresentado em anexo e solicitou ao Comité que fizesse o mesmo.

Bolsas de Estudo - Relatório de actividades sobre a implementação da resolução AFR/RC41/R5 relativa à formação de pessoal da saúde e sobre as bolsas de estudo (Documento AFR/RC41/INF.DOC/4).

184. O Subcomité reconheceu o importante papel das bolsas de estudo da OMS na formação do pessoal da saúde. Felicitou o Director Regional pelas novas iniciativas propostas e insistiu na necessidade de melhorar a gestão das bolsas de estudo, assim como no reforço do processo da avaliação destas ao nível nacional. Solicitou à OMS que actualizasse o anuário das instituições de formação, instrumento essencial para ajudar os Estados-membros a promover a formação do pessoal de saúde em Africa. Realçou a responsabilidade dos Estados-membros no que se refere à escolha dos locais de formação na Regiao e no exterior, tendo em conta a preferência pela formação em Africa.

185. Os Estados-membros deviam apoiar-se nas directivas da OMS quanto à formação em ciências da saúde quando negociam no quadro da cooperação bilateral.

Subvenções para estudos outorgadas pela OMS (Documento AFR/RC41/INF. DOC/7)

186. O Subcomité expressou a sua satisfação pela nova forma de apoio à formação lançada pela Sede Regional, que permitirá reforçar a formação do pessoal da saúde e afim que actua a nível intermédio e a nível distrital. Esta abordagem baixará o custo da formação, oferecerá maior flexibilidade que as bolsas de estudo e será igualmente um incentivo à formação nos países.

187. O Subcomité aprovou o projecto de resolução apresentado em anexo e pediu ao Comité que procedesse de igual modo.

Programa de financiamento dos Cuidados de Saúde (HECAFIP), da Sede Regional Africana, para os Estados-membros (Documento AFR/RC41/INF.DOC/9)

188. O Subcomité tomou nota dos diferentes aspectos do novo programa, dos princípios em que se apoia o seu desenvolvimento, dos seus componentes e do quadro da sua implementação.

189. Este programa, embora global, está centrado nos países e é suficientemente flexível para se adaptar às realidades de cada Estado-membro.

190. O HECAFIP prevê uma colaboração entre os indivíduos, as comunidades, os governos e os seus parceiros no domínio do desenvolvimento.

191. O Subcomité do Programa reconheceu que já nao era possível nem razoável que o sector da saúde dependesse de dotações orçamentais limitadas, como fonte única de financiamento dos cuidados de saúde.

192. E, no entanto, necessário :

- i) estudar a experiência dos países africanos e de outros fora de Africa (em especial países em desenvolvimento) relativa aos mecanismos clássicos de financiamento dos cuidados de saúde;
- ii) levar em linha de conta a crise económica, os programas de ajustamento estrutural, a deterioração dos termos de intercâmbio e o fardo da dívida;
- iii) solicitar aos governantes que concedam uma maior prioridade ao sector da saúde;
- iv) preferir a noção de "partilha dos custos" ou de "co-financiamento" à de "recuperação dos custos", cujo sentido é geralmente mal interpretado;
- v) considerar que o financiamento comunitário vem completar, e nao substituir, o orçamento do Estado;
- vi) refletir sobre o financiamento dos cuidados de saúde das pessoas que nao têm seguro contra a doença.

193. Já que nao existe uma solução universal para o financiamento da saúde, é necessário promover um diálogo social em cada país e melhorar a gestao por meio da formação e da investigação.

194. O Subcomité reconheceu igualmente que o orçamento do Ministério da Saúde só representa uma parte das despesas da saúde nos países, e que os gastos do sector privado sao muito importantes. Entre outros, o programa deve ter por objectivo mobilizar os importantes recursos do sector privado.

195. O Subcomité aprovou o projecto de resolução apresentado em anexo e solicitou ao Comité que procedesse de igual modo.

Critérios e fórmulas aplicadas na determinação
das dotações orçamentais para os países
(Documento AFR/RC41/INF.DOC/8)

196. Na sequência da resolução AFR/RC40/R4 sobre o "Melhor aproveitamento possível dos recursos da OMS : Análise da política regional de orçamento/programa", o Subcomité achou oportuno a elaboração deste documento mas, tendo em conta a sua importância, solicitou ao Comité Regional que se pronunciasse sobre os critérios propostos e sugeriu que se concedesse aos países um tempo de reflexão suplementar, que lhes permitisse revê-los antes da reunião do grupo de peritos neste tema.

Segunda atribuição do Prémio Dr. Comlan A.A. Quenum
para actividades de Saúde Pública em Africa
(Documento AFR/RC41/16)

197. O Subcomité sugeriu o aumento dos fundos afectados a este Prémio, por meio de contribuições voluntárias dos funcionários da OMS, de contribuições dos Estados-membros e de dotações regulares oriundas do orçamento da OMS.

198. O Subcomité aprovou também as correcções introduzidas nos critérios de selecção.

Relatório da décima-segunda reunião regional do programa (RPM12)
(Documento AFR/RC41/17)

199. A reunião efectou-se em Brazzaville, entre 5 e 16 de Fevereiro de 1991, tendo por objectivo a elaboração do plano de acção quinquenal da Região (1990-1994). Contou com a participação de 43 dos 44 representantes, do Director Regional do UNICEF para a África Austral e Oriental e do Chefe da Divisão Africana do FNUAP.

200. O Subcomité insistiu na importância das equipas-país, da gestão, da formação e da investigação. Para garantir a implementação do quadro africano de desenvolvimento sanitário, o Director Regional disponibilizou um fundo especial para as actividades das equipas-países no quadro do plano quinquenal, para a melhoria das competências em gestão (1990-1992), para a formação (1991-1993) e para a investigação (1992-1994).

201. O Subcomité reconheceu a pertinência desta estratégia e fez votos para que as modalidades de recrutamento das equipas-país fossem suficientemente flexíveis, acentuando a necessidade da coordenação de esforços entre várias agências do sistema das Nações Unidas, nomeadamente o UNICEF e a OMS.

Relatório da Comissão Consultiva Africana
para o Desenvolvimento Sanitário (CCADS)
(Documento AFR/RC41/18)

202. A CCADS, que se reuniu em Brazzaville, entre 10 e 14 de Junho de 1991, abordou três temas : a formação do pessoal de saúde, as dificuldades económicas e a estratégia de prevenção e luta contra a SIDA.

203. Juntamente com a gestão e a investigação, a formação constitui um dos domínios prioritários de intervenção para acelerar a realização do objectivo SPT/2000. A Comissão evocou as componentes da formação : formação inicial, reciclagem, aperfeiçoamento e especialização. Sendo o distrito o ponto fulcral da prestação de cuidados, a comissão recomendou a formação inicial e contínua dos membros da equipa distrital de saúde, os quais, por sua vez, formarão todos os agentes de saúde das aldeias e as parceiras tradicionais.

204. O Subcomité verificou que a crise da saúde na Região resulta da crise económica que os nossos países atravessam e considerou a proposta do programa de financiamento dos serviços de saúde (HECAFIP) uma iniciativa a encorajar e a promover a nível dos Estados. A estratégia de combate à SIDA deve assentar na formação e reciclagem dos agentes da saúde e na IEC (Informação, Educação e Comunicação).

205. O Subcomité considerou realistas as propostas da CCADS.

Promoção da saúde oral na Região Africana
(Documento AFR/RC41/INF.Doc3/Rev.1)

206. O Subcomité sublinhou o interesse dedicado a este programa na Região e registou que alguns países tinham formulado políticas nacionais nesta matéria.

207. O Subcomité aprovou o quadro esquemático da organização dos cuidados de saúde oral, inspirado no Cenário Africano de Desenvolvimento Sanitário.

Controlo da eliminacao dos resíduos tóxicos
e nucleares para a protecção da saúde em Africa
(Documento AFR/RC41/INF.DOC/2)

208. Este documento foi elaborado na sequéncia da resolução AFR/RC38/R8.

209. O relatório descrevia os esforços envidados pela Sede Regional para recolher as declarações e os testemunhos oficiais dos Estados-membros, analisar a situação das estruturas responsáveis pelas questões ambientais, publicar e difundir as informações relativas aos efeitos dos resíduos tóxicos radioactivos, bem como as relativas às repercussões do acidente de Chernobyl.

Prevenção das perturbações mentais,
neurológicas e psicossociais
(Documento AFR/RC41/INF.DOC/1 Rev.1)

210. O documento foi elaborado na sequéncia da resolução AFR/RC38/R1 para dotar a Africa com um modelo de cuidados de saúde mental a nível das comunidades.

211. Registaram-se diversas experiências. O Subcomité situou a origem de certas perturbações mentais no nascimento, com a prematuridade, a asfixia neonatal, os traumatismos à nascença, e chamou a atenção para a necessidade de criar na Sede Regional um novo programa de saúde do recém-nascido.

Situação relativa à resolução 42/211 da Assembleia Geral
das Nações Unidas
(Coordenação das actividades operacionais das Nações Unidas):
Relatório do Director Regional (Documento AFR/RC41/INF.DOC/6)

212. O Subcomité insistiu na necessidade de reforçar a coordenação a nível nacional das actividades operacionais entre as instituições do sistema das Nações Unidas.

213. Por outro lado, partilhou as reservas indicadas no relatório do Director Regional relativas aos mecanismos de implementação desta resolução.

214. Na discussão subsequente a esta apresentação do relatório do Subcomité, os delegados observaram problemas relativos :

- a) aos medicamentos essenciais perante a resistência dos farmacêuticos;
- b) ao financiamento dos cuidados de saúde que requer iniciativas como o programa HECAFIP e outras inovações como os mecanismos de solidariedade, o co-financiamento e a implementação da Iniciativa de Bamaco;
- c) às bolsas de estudo para as quais se recomenda uma certa flexibilidade no que se refere à duração e aos locais de formação, pondo uma tónica no reforço das instituições regionais;
- d) à associação dos sub-grupos económicos da Região nos programas de saúde, o que favorece a cooperação regional e a aplicação das resoluções do Comité Regional.

CONCLUSAO

215. Na sua resposta, o Director Regional felicitou os membros do Subcomité pelo trabalho realizado e agradeceu-lhe as suas recomendações. Em seguida observou :

- i) a pertinência das reuniões do Subcomité muito antes da realização do Comité Regional e propôs que essas reuniões se realizassem no mês de Junho, em Brazzaville;
- ii) a preocupação das delegados no que se refere à concessão de bolsas de estudo. Será necessária uma certa flexibilidade mas também será preciso respeitar as escolhas prioritárias da Região e as especificidades de cada país no quadro da comissão nacional de bolsas. Convém evitar pedidos para formação que pode ser realizada a nível local. Há acordos celebrados com instituições da Europa e da América do Norte, o que permitirá o intercâmbio com vista ao estágio dos estudantes. Em conformidade com as instruções do guia de formação que foi distribuído, o programa de bolsas será descentralizado para que as decisões sejam tomadas ao nível local pelas comissões nacionais, no âmbito dos planos nacionais de formação a reforçar ou a desenvolver;
- iii) a importância do diálogo para fazer compreender às comissões de saúde e de desenvolvimento o esforço de solidariedade nacional necessário para o financiamento dos cuidados de saúde;
- iv) a existência de uma importante documentação sobre o Fundo Especial, distribuída pela OUA, Sede Regional e Representantes. O Director Regional lembrou o processo democrático instaurado no seio dos distritos que são os membros e os beneficiários do Fundo. Seguidamente, lembrou a criação, por iniciativa do Comité Regional, do Conselho de Administração do Fundo Especial, que é patrocinado pelo UNICEF, OMS, etc.;
- v) a importância dos agrupamentos regionais para o desenvolvimento em geral, e para a saúde, em particular, visto que eles constituem a base do desenvolvimento. Os Representantes da OMS nos países que acolhem esses sub-grupos económicos trabalham com a Sede Regional, o que demonstrou já a sua utilidade para os medicamentos essenciais.

216. O Comité aprovou o relatório do Subcomité do Programa, por aclamação.

217. Foram analisadas e aprovadas 15 resoluções.

DATAS E LOCAIS DE REALIZACAO DAS 42a
E 43a SESSOES DO COMITE REGIONAL
EM 1993 E 1994 (Doc. AFR/RC42/22 e Add.1)

218. Foi também analisado este ponto da ordem do dia. Após debate, o Comité Regional decidiu realizar as suas 42a e 43a sessões em Brazzaville, Congo, em 1992 e 1993, respectivamente, a menos que um país convide o Comité Regional e suporte os custos suplementares decorrentes da realização da sessão do Comité fora da Sede Regional.

ESCOLHA DO TEMA DAS DISCUSOES TECNICAS DE 1992
(Documento AFR/RC41/21)

219. O Comité escolheu o seguinte tema para as discussões técnicas da sua quadragésima-segunda sessão : "Investigação sobre saúde pública" (Decisão processual nº 5).

DESIGNACAO DO PRESIDENTE DAS DISCUSOES TECNICAS DE 1992
(Documento AFR/RC41/20 Rev.2).

220. O Comité Regional designou o Professor Kwesi Nkrumah (Ghana) como Presidente das discussões técnicas da sua quadragésima-segunda sessão (Decisão processual nº 7). Além disso, designou o Professor Nangbele Coulibaly (Côte d'Ivoire) como Presidente substituto.

ESCOLHA DOS TEMAS DAS DISCUSOES TECNICAS DE 1993,1994 e 1995
(Documento AFR/RC41/21 Add.1)

221. O Comité Regional escolheu, para o próximo ciclo trienal, os seguintes temas para as discussões técnicas :

- i) Desenvolvimento das infra-estruturas de saúde, em 1993;
- ii) Selecção e desenvolvimento das tecnologias da saúde, em 1994;
- iii) Financiamento dos cuidados de saúde, em 1995.

ENCERRAMENTO DA QUADRAGESIMA-PRIMEIRA SESSAO

222. O Director Regional agradeceu calorosamente ao Presidente e demais membros da Mesa da quadragésima-primeira sessão, bem como aos representantes da OUA, das organizações das Nações Unidas e outras agências presentes na sessão do Comité Regional.

223. Manifestou o seu pleno empenho na rápida e eficaz implementação das decisões tomadas pelo Comité Regional, tendo igualmente respondido a algumas perguntas formuladas anteriormente pelos delegados e, em particular, informou-os dos recentes progressos registados na implementação do Fundo Especial para a Saúde em Africa.

224. Foi aprovada, por unanimidade, uma moção de agradecimento ao Presidente do Burundi, pela sua participação na cerimónia de abertura da quadragésima-primeira sessão. Na moção, os delegados agradeceram ao Presidente por ter convidado a OMS a organizar a quadragésima-primeira sessão do Comité Regional no Burundi e manifestaram o seu apreço pela calorosa hospitalidade que lhes fora reservada pelo Governo e pelo povo do Burundi.

225. O Presidente do Comité Regional agradeceu a todos os membros a sua participação entusiástica que levou a que a quadragésima-sessão do Comité Regional fosse um êxito retumbante. Felicitou o Director Regional e os seus colaboradores pela elevada qualidade dos documentos apresentados, bem como o secretariado, os intérpretes, os tradutores e todos aqueles que trabalharam arduamente para garantir o êxito da quadragésima sessão do Comité Regional.

226. Em seguida, a sessão foi oficialmente encerrada.

ANEXOS

ORDEM DO DIA PROVISORIA

1. Abertura da 41a Sessao (AFR/RC41/1)
2. Aprovação da ordem do dia provisória (AFR/RC41/2)
3. Constituição da Comissão de Designações
4. Eleição do Presidente, Vice-presidentes e Relatores
5. Designação da Comissão de Verificação de Poderes
6. Actividades da OMS na Região Africana
 - 6.1 Relatório bienal do Director Regional (AFR/RC41/3)
 - 6.2 Relatório de actividades do Programa Alargado de Vacinação: realizações e desafios para os anos 90 (AFR/RC41/4)
 - 6.3 Programa de erradicação da dracunculose (verme de Guiné) na Região Africana da OMS : progressos realizados (AFR/RC41/5)
 - 6.4 Infecções respiratórias agudas : programa de combate para os anos 90 e relatório da situação (AFR/RC41/6)
 - 6.5 Relatório de actividades da Década Internacional da Agua Potável e Saneamento na Região Africana da OMS (AFR/RC41/7)
 - 6.6 Relatório sobre a segunda avaliação da implementação da estratégia da SAUDE PARA TODOS NO ANO 2000, na Região Africana (AFR/RC41/8)
 - 6.7 Gestão do apoio informativo em prol do sistema distrital de saúde (AFR/RC41/10)
7. Correlação entre os trabalhos do Comité Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde.
 - 7.1 Modalidades de implementação das resoluções de interesse regional aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo: Relatório do Director Regional (AFR/RC41/11)
 - 7.2 Incidências regionais das ordens do dia da 89a sessao do Conselho Executivo e da 45a Assembleia Mundial da Saúde (AFR/RC41/12)
 - 7.3 Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde - Decisao WHA40 (10) (AFR/RC41/13)
 - 7.4 Discussões técnicas da 45a Assembleia Mundial da Saúde (AFR/RC41/14)
8. Análise do Relatório do Subcomité do Programa (AFR/RC41/15)
 - 8.1 Relatório do prémio Dr. Comlan A.A. Quenum para actividades de saúde pública em Africa (AFR/RC41/16)

- 8.2 Relatório da reunião regional do programa (AFR/RC41/17)
- 8.3 Relatório da Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário (CCADS) (AFR/RC41/18)
9. Discussões técnicas: Formação do pessoal de saúde: Mobilização de recursos humanos para a saúde (AFR/RC41/TD/1)
 - 9.1 Apresentação do relatório das discussões técnicas (AFR/RC41/19)
 - 9.2 Designação do Presidente e do Presidente suplente das discussões técnicas para 1992 (AFR/RC41/20)
 - 9.3 Escolha do tema das discussões técnicas para 1992 (AFR/RC41/21)
10. Datas e locais de realização das 42a e 43a sessões do Comité Regional, em 1993 e 1994 (AFR/RC41/22)
11. Aprovação do relatório do Comité Regional
12. Encerramento da 41a Sessão.

LIST OF PARTICIPANTS
LISTE DES PARTICIPANTS
LISTA DOS PARTICIPANTES

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

ALGERIE
ALGERIE
ARGELIA

Dr Abdesselam Chakou
Directeur de la Prévention au Ministère de la Santé
Chef de délégation

Dr Yamina Isgueni épouse Chakkar
Médecin-Epidémiologiste chargé de la gestion
des programmes internationaux

ANGOLA

Dr Flávio Fernandes
Ministro da Saúde
Chefe da delegação

Dr Maria António
Delegado Provincial de Saúde de Luanda

Dr Sergio Azevedo Bras
Delegado Provincial de Saúde de Kwanza Sul

BENIN

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

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

BOTSWANA
BOTSOUANA

Hon. Kematlamang Pitsieyosi Morake
Minister of Health
Leader of delegation

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

Mrs Kealeboga M. Makhwade
Assistant Director Hospital Services

BURKINA FASO

M. S. A. Ouiminga
Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de la Famille
Chef de délégation

Dr Larba T. Kangoye
Directeur du Contrôle des Maladies transmissibles

Dr Kelguebsom B. Sondo
Directeur des Etudes et de la Planification

BURUNDI

Dr N. Ngendabanyikwa
Ministre de la Santé
Chef de délégation

Dr E. Maregeya
Directeur général de la Santé publique

Dr D. Nshimirimana
Médecin-Inspecteur général de la Santé

Dr A. Ciza
Directeur de Département des Soins de Santé

Dr F. Bizimana
Directeur PEV/CCCD

Dr G. Fumba
Directeur du Service de Santé des Forces Armées burundaises

Dr L. Bazira
Doyen de la Faculté de Médecine de Bujumbura

Dr J. Marimbu
Service de Santé et infantile
Université du Burundi, Faculté de Médecine

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

M. D. Nyandwi
Directeur général de l'Hydraulique et des Energies rurales
Ministère du Développement rural

Dr Yves-Pierre Nicolas Alexandre
Epidémiologiste/Team Leader/GPA/OMS/Bujumbura

M. E. Ndayiragije
Représentant de la PAFE
Directeur chargé de la Gestion du Personnel

CAMEROON
CAMEROUN
CAMAROES

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

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

CAPE-VERDE
CAP-VERT
CABO VERDE

Dr L. S. Nobre Leite
Ministro da Saude e Promoçao Social
Chefe da delegação

Dr Jorge Eduardo Figueiredo
Director Geral da Saúde

Dr A. Dupret
Delegado de Saúde - Praia

CENTRAL AFRICAN REPUBLIC
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
REPUBLICA CENTRAFRICANA

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

Dr F. Sobela
Directeur général de la Santé publique

CHAD
TCHAD
CHADE

Dr Gakaïtangou Fatchou
Responsable du Programme national de Lutte contre la Lèpre

COMOROS
COMORES

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

M. Chaïbou Bedja Abdou
Conseiller du Ministre de la Santé, chargé de la Coopération

CONGO

M. P. Ndouna
Ministre de la Santé
Chef de délégation

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

Dr B. Ntari
Conseiller sanitaire du Ministre de la Santé

COTE D'IVOIRE

Prof. Kassi Léopold Manlan
Directeur général, Ministère de la Santé et de la Protection sociale
Chef de délégation

M. Idrissa Gueye
Directeur des Ressources humaines
Ministère de la Santé et de la Protection sociale

M. P. Wolf
Ministère de la Santé et de la Protection sociale

EQUATORIAL GUINEA
GUINEE EQUATORIALE
GUINE EQUATORIAL

Dr V. Sima-Oyana
Directeur général de la Santé

ETHIOPIA*
ETHIOPIE
ETIOPIA

GABON
GABAO

Mme L. Mba
Secrétaire d'Etat à la Santé, Ministère de la Santé
Chef de délégation

Dr L. Adandé Menest
Inspecteur général de la Santé publique

Dr C. Atende
Médecin-Directeur du PNLG/Gabon Directeur des Etablissements sanitaires

M. Bengone Bayi
Conseiller du Ministre de la Santé

THE GAMBIA

GAMBIE

GAMBIA

Mrs Louise Antoinette Njie
 Minister of Health and Social Welfare
 Leader of delegation
 Mr Eddie Bright
 Deputy Permanent Secretary, Ministry of Health and Social Welfare

Dr G. Melville Omorlabie
 Director of Health Services

GHANA

GANA

Col. E. Mensah Osei-Owusu
 PNDC Secretary for Health
 Ministry of Health
 Leader of delegation

Dr Moses E. K. Adibo
 Director of Medical Services

GUINEA

GUINEE

GUINE

Dr C. Loua
 Conseiller chargé de la Politique sanitaire
 Ministère de la Santé publique et de la Population

GUINEA-BISSAU

GUINEE-BISSAU

GUINE-BISSAU

Dr Celestino Maria Mendes Costa
 Secretario de Estado da Saúde Publica

KENYA

QUENIA

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

Dr James Mwanzia
 Assistant Director of Medical Services

LIBERIA

Dr Moses K. Galakpai
 Chief of health Services - Deputy Minister Planning
 Leader of delegation

Mr Eric D. Johnson
 Deputy Minister for Planning, Research and Development

MALAWI

Mr Brenner S. Chawani
Deputy Secretary, Ministry of Health
Leader of delegation

Dr Peter Cosmo Chimimba
Chief of Health Services

MALI

Mme Fatoumata Diakité
Ministre de la Santé publique, de l'Action sociale et
de la Promotion féminine
Chef de délégation

Dr Amadou Sékou Diallo
Directeur national de la Santé publique

Dr Sory Ibrahim Kaba
Conseiller technique, Ministère de la Santé publique,
de l'Action sociale et de la Promotion féminine

MAURITANIA
MAURITANIE

Dr Ibrahima Kane
Directeur-adjoint de l'Hygiène et de la Protection sanitaire
Chef de délégation

M. Mah Semetta
Chef du Service SMI, Ministère de la Santé et des Affaires sociales

MAURITIUS
MAURICE
ILHA MAURICIA

Mr Siva Subramanien
Principal Secretary, Ministry of Health

MOZAMBIQUE
MOCAMBIQUE

Dr L. Santos Simao
Ministro da Saúde
Chefe da delegação

Mr Lucas Jeremias Chomera
Director Nacional Adjunto de Saúde

NAMIBIA
NAMIBIE

Hon. Dr N. Iyambo
Minister of Health and Social Services
Leader of delegation

Ms L. Dessa Onesmus
Ministry of Health

Dr Fritz B. Hochobeb
Senior Medical Officer, Ministry of Health and Social Services

NIGER*

NIGERIA

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

Dr Gabisiu Ayodele Williams
Director of Disease Control and International Health
Federal Ministry of Health

Mr E. Aremu Oniyide
Adviser to the Minister of Health

Dr Cleverley A. B. Sule
Deputy Director (International Health)

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

RWANDA
RUANDA

Dr F. X. Nsengumuremyi
Ministre de la Santé
Chef de délégation

Dr J. B. Kanyamupira
Directeur général de la Santé

Mme J. Barushiywanubusa
Chef de Division Formation au Ministère de la Santé

SAO TOME & PRINCIPE
SAO TOME E PRINCIPE

Dr Joao do Sacramento Bonfim
Ministro dos Assuntos Sociais
Chefe da delegação

Dr Antonio Soares Marques Lima
Director do Hospital Dr Ayres de Menezes

SENEGAL

Dr Assane Diop
Ministre de la Santé publique et de l'Action sociale
Chef de délégation

Dr Lamine Cissé Sarr
Directeur de la Santé publique

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

SEYCHELLES
ILHAS SEYCHELLES

Dr Conrad Shamlaye
Principal Secretary
Ministry of Health

SIERRA LEONE
SERRA LEOA

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

Dr Bailah Leigh
Directeur MCH/EPI, Ministry of Health

Prof. George N. Gage (Chairman, Technical Discussions)
Professor, Department of Community Health
College of Medicine and Allied Health Sciences
University of Sierra Leone

SWAZILAND
SOUAZILAND
SUAZILANDIA

Dr F. Friedman
Minister of Health
Leader of delegation

Dr John J. Mbambo
Director of Health Services

Mrs Gladys N. Matsebula
Matron Public Health

TOGO

Dr Vignon Devo
Conseiller technique, Ministère de la Santé publique
Chef de délégation

Dr Komi Kpegba
Médecin-Chef, Subdivision sanitaire de l'Ogou

Prof. B. S. Boukari
Directeur de l'Ecole nationale des Auxiliaires médicaux
et Chef du Service Histologie - Embryologie - CHU, Tokoin

UGANDA
OUGANDA

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

Dr Eriyabu G. N. Muzira
Permanent Secretary/Director of Medical Services

Dr Okoth Oketcho
Assistant Director of Medical Services in charge of Training

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

Dr Konrad A. Mmuni
 Chief Medical Officer
 Leader of delegation

Dr Hababu M. Chwaya
 Director of Preventive Health Services

Dr Ali A. Mzige
 Ag Assistant Chief Medical Officer

ZAIRE*

ZAMBIA
 ZAMBIE

Dr Evarist K. Njelesani
 Permanent Secretary and Director of Medical Services
 Leader of delegation

ZIMBABWE
 ZIMBABUE

Dr Rufaro R. Chatora
 Principal Medical Director
 Leader of delegation

Mr Sam Jogue Tapera
 Acting Director, Health Manpower Development

Mrs Sylvia C. Mupepi
 Assistant Director Community Nursing

2. OBSERVER INVITED IN ACCORDANCE WITH RESOLUTION WHA27.37
 OBSERVATEUR INVITE CONFORMEMENT A LA RESOLUTION WHA27.37
 OBSERVADORE CONVIDADOS EM CONFORMIDADE COM A RESOLUCAO WHA27.37

Dr Ralph Mgijima
 Secretary for Health
 P.O. Box 61884
 Marshalltown
 2107 South Africa

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

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

M. J. Laubhouet-Akadié
 Chargé de Programme FAO au Burundi
 B.P. 1250
 Bujumbura
 Burundi

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

Mrs T. Ndayisenga
Programme Officer in charge of Health Sector
UNDP
B.P. 1490
Bujumbura
Burundi

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

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

Mme B. Abegglen-Verazzi
Représentant de l'UNICEF au Burundi
B.P. 1650
Bujumbura
Burundi

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

M. J. M. Ndiaye
UNICEF
Ouagadougou
Burkina Faso

Dr Solofo Rahary Ramarason
PHC Project Officer - UNICEF
B.P. 1650
Bujumbura
Burundi

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

M. A. Nzokirishaka
Administrateur national de Programme - FNUAP
B.P. 1490
Bujumbura
Burundi

World Health Organization (WHO)
Organisation mondiale de la Santé (OMS)
Organizaçao Mundial da Saude (OMS)

Dr R. J. Kim-Farley
Director, Expanded Programme on Immunization
World Health Organization
Geneve
Switzerland

Dr Habiba H. Wassef
PCO/ICO - WHO, Geneva

Mr Chin-Min Lee
WHO Principal External Relations Officer to the United Nations
2 UN Plaza (Room 960)
New York, NY 10017
USA

Dr B. Nasah
Director, Regional Centre for Training and Reseach in Family Health
WHO Kigali
B.P. 1324
Kigali
Rwanda

Mr D. Aitken
ADG/HQ
Geneva

World Meteorological Organization (WMO)
Organisation météorologique mondiale (OMM)
Organizaçao mundial da Meteorologica (OMM)

Mr S. Chacoury
Regional Director
B.P. 605
Bujumbura
Burundi

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

Mr F. Lau
Programme Officer, HCR
B.P. 307
Bujumbura
Burundi

Mrs J. Emiksen
Programme Officer/HCR, Bujumbura

M. N. K. Mbaidjow
Délégué HCR, Bujumbura

4. REPRESENTATIVES OF INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
 REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES
 REPRESENTANTES DOS ORGANIZACOES INTERGOVERNAMENTAS

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

M. Wawa-Ossay Leba
 Directeur du Département ESCAS (Education, Culture, Sciences,
 Affaires sociales)
 B.P. 3243
Addis Abeba
 Ethiopie

Dr Omar Juma Khatib
 Head Health Bureau - OAU
 Box 3243
Addis Ababa
 Ethiopia

Communauté économique des Pays des Grands Lacs (CEPGL)

M. S. Matata
 Secrétaire exécutif de la CEPGL
 B.P. 58
Gisenyi
 Rwanda

Dr Sambu Nzita
 Expert en Santé/CEPGL - Gisenyi

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

Commonwealth Regional Health Secretariat
Secrétariat sanitaire régional du Commonwealth

Mrs Rosalie M. Kakande
 Regional Coordinator for Nursing Affairs
 Commonwealth Regional Health Community Secretariat for East,
 Central and Southern Africa
 P.O. Box 1009
Arusha
 Tanzania

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

Mrs Nomajoni Ntombela
 President (Swaziland Infant Nutrition Action Network)
 P.O. Box 2758
Mbabane
 Swaziland

Inter-African Committee on Traditional Practices
Comité inter-africain sur les pratiques traditionnelles

Dr I. T. Modupe
 Vice-President
 P.O. Box 6051
Lagos
Nigeria

International Union for Health Education (IUHE)
Union internationale d'Education pour la Santé (UIES)
Uniao Internacional de Educaçao para a Saude

M. C. Pintaud
 15-21, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris Cedex 06
 France

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

M. C. Pintaud
 Représentant IFPMA/FIIM
 11 bis, rue César Franck
75015 Paris
 France

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

Prof. Nimrod Odundo Bwibo
 Director Training Department - AMREF
 P.O. Box 30125
Nairobi
Kenya

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

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

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

ALOCUCAO DO PROFESSOR DR. FLAVIO FERNANDES,
MINISTRO DA SAUDE DA REPUBLICA POPULAR DE ANGOLA,
PRIMEIRO VICE-PRESIDENTE DA 40^a SESSAO
DO COMITE REGIONAL AFRICANO DA OMS

Senhor Presidente da República do Burundi
Ilustres Membros do governo
Senhor Director Geral da OMS
Senhor Director da Regiao Africana da OMS
Senhor Director Regional da UNICEF
Ilustres Representantes das Organizações Internacionais, Regionais e
Nao-Governamentais
Distintos Delegados
Senhores Membros da Comunicação Social
Minhas Senhoras e meus Senhores

Por occasiao da cerimonia formal de abertura da 4¹a Sessao do Comité Regional Africano da OMS, que agora se reúne nesta maravilhosa cidade de Bujumbura, tenho a honra, o privilégio e o agradável dever de usar da palavra perante esta ilustre assembleia, na ausência do presidente da 40^a Sessao do Comité Regional realizada em Brazzaville, na Sede Regional, de 5^a a 12 de Setembro de 1990.

Nao se poderia ter escolhido melhor local nem, sobretudo, melhor altura para esta reuniao, visto que coincide com o quarto aniversário da Terceira República do Burundi. Aproveito, portanto, esta oportunidade para felicitar o Presidente, o Governo e o povo da República do Burundi pelas suas realizações no campo económico, sobretudo nos últimos quatro anos, e pela paz que agora reina soberana no país.

Senhor Presidente, a sua presença aqui, neste momento, é para nós motivo de orgulho e fonte de estímulo. Ela reflecte o seu interesse e apoio à nossa Organização e aos esforços que esta tem desenvolvido para fazer face aos problemas de saúde desta Regiao.

Nos últimos anos, a Regiao tem atravessado uma crise económica devastadora que tem dificultado o nosso caminho rumo à Saúde para Todos no Ano 2000. Para agravar um problema já de si complexo, surgiu também o problema do SIDA que tem afectado, em especial, a força de trabalho produtiva das nossas populações e, por conseguinte, tem abrandado o ritmo dos nossos esforços para a consecução dos nossos objectivos económicos e sociais.

Ultimamente, algumas das doenças mais antigas, em especial a cólera e o paludismo, nao só ressurgiram como estao a assumir proporções epidémicas. No entanto, os nossos governos decidiram nao se deixar subjugar por estes enormes problemas económicos e sociais.

Na verdade, estamos mais decididos do que nunca a prosseguir com todo o vigor a applicação das iniciativas africanas no sector da saúde - em particular, o Cenário de Desenvolvimento Sanitário em Três Fases e a Iniciativa de Bamaco, aprovadas pelo Comité Regional, respectivamente nas 35^a e 38^a sessoes.

Perante a enormidade de tarefas com que nos confrontamos estamos a procurar novas iniciativas para complementar as anteriores, de modo a podermos ultrapassar as dificuldades sociais e económicas que entravam o nosso progresso no sector da saúde.

Como membro do Comité Regional, gostaríamos de expressar a nossa sincera gratidão aos nossos Chefes de Estado e do Governo pelo seu continuado apoio moral financeiro e material que nos permitiu empreender a gigantesca tarefa que se nos depara.

Aproveito esta oportunidade para expressar ao Director Geral da OMS, Dr. Hiroshi Nakajima, ao Director Regional da Sede Regional Africana da OMS, Dr. G.L. Monekosso, assim como ao seu pessoal, a nossa satisfação pelo trabalho realizado, pela decisão e vontade de ajudar que sempre mostraram e pelo seu crescente apoio aos nossos países.

Gostaria também de expressar a nossa profunda gratidão aos nossos amigos e colaboradores pelo esforço que têm feito para conseguirmos o desenvolvimento sanitário da Região. Nos próximos anos e dada a dimensão das tarefas que nos esperam, gostaria de acrescentar que precisamos ainda de maior apoio da sua parte.

Mais uma vez, Sr. Presidente, desejo agradecer-lhe muito sinceramente por ter arranjado tempo, apesar da sua agenda sobrecarregada, para comparecer a esta cerimónia de abertura.

Viva a República do Burundi!
Viva a Cooperação Internacional!
Viva a Organização Mundial de Saúde!

DISCURSO DO DOUTOR HIROSHI NAKAJIMA,
DIRECTOR-GERAL DA ORGANIZACAO MUNDIAL DE SAUDE

Senhor Presidente,
Excelências,
Ilustres Representantes,
Minhas Senhoras e meus Senhores,
Caros Colegas e Amigos,

Sinto-me feliz por me encontrar hoje entre vós em Bujumbura, para a quadragésima-primeira sessão do Comité Regional Africano.

No ano passado, perante este mesmo Comité Regional, eu invoquei a necessidade de fazer com que os anos noventa não fossem uma "década de dívida e pobreza" mas sim uma "década de oportunidades". Adverti também contra o risco de ver estes anos transformados em década de crise e catástrofes, por falta de liderança, de vontade de inovação e de preparação adequada.

Há precisamente um ano, o mundo estava prestes a cair num novo conflito armado, aparentemente "regional". Porém, as suas causas e consequências não enganavam ninguém: tratava-se, efectivamente, de uma crise "mundial". Os canhões, hoje, estão calados e, como sempre, não deixaram atrás de si senão pobreza e desolação. Compete, uma vez mais, às populações locais, com os seus poucos recursos e o apoio da comunidade internacional do desenvolvimento, fazer o possível para reparar os estragos e continuar a viver. Paralelamente, assistimos na Europa Central e Oriental, bem como em numerosos países de todas as regiões do mundo, a profundas transformações políticas e sócio-económicas.

Isto são apenas exemplos suplementares do "incessante vaivém da miséria humana". Deparamos sempre com o mesmo esquema em todas as catástrofes naturais ou causadas pelo homem. Os ciclones e as inundações que este ano afectaram o Bangladesh e a China seguem igualmente o mesmo esquema, bem como os surtos de cólera que atingem neste momento a África e a América do Sul. E ainda o mesmo esquema que se desenha na pandemia mundial da SIDA, problema gravíssimo que atinge actualmente todos os continentes. A incidência crescente do paludismo e da tuberculose testemunha igualmente esta deterioração sócio-económica.

Se compete a cada Estado-membro assegurar um desenvolvimento sanitário duradouro e autónomo dentro das suas fronteiras, é no entanto evidente que as transformações fundamentais a que hoje assistimos no domínio da saúde e no plano sócio-económico transcendem os limites dos países, e até das regiões, necessitando de uma cooperação mundial e de soluções tanto mundiais como locais. Amanha, como hoje, os desafios sanitários ultrapassarão o "sector" convencional da saúde e exigirão que façamos a revisão da nossa percepção da ligação existente entre saúde e economia. Na sua acepção mais lata, a saúde torna-se um elemento essencial do desenvolvimento nacional em geral.

Esta evolução espectacular dos princípios políticos e económicos de base nem sempre foi acompanhada de políticas e estratégias de desenvolvimento coerentes. Nos anos 70, a meta Saúde para Todos no Ano 2000 e a Declaração de Alma-Ata, eram baseadas na hipótese de um equilíbrio dinâmico entre situação económica, progressos científicos e sistemas sociais, tendo em vista o bem-estar da humanidade. Mas, nos anos 80, os sistemas de mercado de tipo

ocidental penderam mais para as economias de mercado, privilegiando, nos países industrializados, as políticas monetárias e fazendo-se acompanhar de um déficit geral dos recursos financeiros disponíveis. Simultaneamente, as economias planificadas reduziram as suas despesas, dando prioridade não ao consumo mas à produção. Devido à evolução destes dois sistemas, as suas redes de segurança foram suprimidas. Quando os condicionalismos sociais deixaram de estar protegidos, estas mudanças provocaram a marginalização de um desenvolvimento social duradouro. Deste modo, quebrou-se a coerência normal entre política económica e política social. Durante este período, numerosos países, ditos do "terceiro mundo", sofriam a recessão económica, enquanto as "soluções" destinadas a operar os ajustamentos estruturais que lhes foram propostos iam travando o desenvolvimento social. As políticas económicas dos anos 80 caracterizaram-se pela sua incapacidade de investir na população. O mundo encontrou-se sem solução pragmática nem modelo exequível de desenvolvimento sócio-económico; em resumo, sem "paradigma".

Se empreguei termos de economia com "princípios de base", "ajustamento estrutural", "marginalização" e "paradigma" a propósito do desenvolvimento humano, foi para sublinhar a amplitude da mudança, os laços existentes entre as questões económicas e sociais subjacentes e a importância da aposta que as oportunidades e soluções que se nos oferecem representam. Insisti nos problemas de disponibilidade, de afectação e utilização dos recursos. Tentei redefinir em termos pragmáticos e realistas as bases da tarefa que nos cabe para chegar a um desenvolvimento duradouro, isto é, a procura de equidade em matéria de saúde, de igualdade e de justiça no acesso aos cuidados de saúde, e de uma repartição mais justa dos recursos, perante as necessidades do ser humano. Em resumo, pedi que a relação entre desenvolvimento económico e desenvolvimento humano, no quadro geral do desenvolvimento social, fosse encarada de um novo ângulo e de modo coerente, de acordo com as políticas de desenvolvimento duradouro da quarta Década das Nações Unidas para o desenvolvimento.

Tanto na OMS como nos seus Estados-membros, deverá ser dada maior relevância às seguintes questões fundamentais: a) os direitos do indivíduo e da comunidade; b) os indicadores das necessidades do homem, do desenvolvimento sanitário e da qualidade de vida; c) a utilização dos recursos para o desenvolvimento sanitário e humano em geral. Qualquer que seja a evolução verificada nestes últimos anos, relativamente ao estado médio de saúde no mundo, devemos infelizmente admitir que a disparidade, para não dizer o fosso, entre ricos e pobres continua a acentuar-se, tanto dentro dos países como entre os países. A equidade do desenvolvimento sanitário é conseguida, quase sempre, com muita lentidão, sofrendo mesmo, às vezes, de uma regressão, como provam os seguintes indicadores: a esperança de vida global, a esperança de vida sem incapacidade, a mortalidade infantil, a vacinação, a incapacidade, a disponibilidade de medicamentos essenciais, o produto nacional bruto por habitante, a balança comercial, a situação alimentar e nutricional, a deterioração do ambiente, o rendimento disponível e a disponibilidade de recursos. E também o que ressalta das disparidades nas infra-estruturas e na capacidade logística. Além disso, a pretensa superioridade de uma economia planificada é posta em causa. Por outro lado, sendo a saúde um direito, não pode estar dependente unicamente das forças do mercado. E é também necessário responder à questão de saber quem paga, quanto paga e porquê, para que a saúde de todos seja garantida. Existirá hoje um único país que tenha resposta para todas estas perguntas?

Na OMS como nos países, cada um de nós deve dar mais atenção ao modo como são administrados os recursos técnicos, materiais, humanos e financeiros de que dispomos. As decisões relativas à utilização dos recursos da OMS para fins de cooperação técnica nos países não devem ser tomadas unicamente em função das prioridades nacionais; devem também reflectir as políticas e as prioridades internacionais do desenvolvimento sanitário. E preciso reagir perante os problemas críticos. Que pretendemos nós produzir ou realizar? Que resultados pretendemos nós conseguir para o bem dos nossos povos e para garantir a eficácia do sistema de saúde? Foi para responder a estas questões que invoquei a necessidade de um "paradigma de saúde". Não se trate de substituir o nosso objectivo comum de Saúde para Todos por este "paradigma" mas de ajudar a definir um quadro possível para a elaboração de um programa de trabalho exequível e eficaz e para encontrar os meios de garantir a sua aplicação pela utilização adequada dos cuidados de saúde. Insisto na palavra "adequada" porque muitos países em desenvolvimento ainda consideram cuidados primários de saúde apenas como uma "iniciativa especial" paralela a uma aplicação "selectiva" e ainda não estabeleceram um sistema de cuidados de saúde baseado em cuidados primários integrados e completos.

Na sua cooperação técnica com os países, a OMS continua a destacar os oito elementos essenciais dos cuidados primários, de acordo com as prioridades definidas a nível nacional. Esses elementos compreendem, pelo menos, a educação sobre os problemas de saúde mais frequentes e os métodos indicados para os prevenir e combater, a promoção do abastecimento alimentar e de uma boa nutrição, o abastecimento suficiente de água potável e o saneamento básico, os cuidados de saúde materno-infantil, incluindo o planeamento familiar, a vacinação contra as principais doenças infecciosas, o combate às doenças endémicas locais, o tratamento adequado das doenças e traumatismos mais correntes e o aprovisionamento de medicamentos essenciais. Para tal, é preciso seleccionar meios de acção que incluam o desenvolvimento humano, o desenvolvimento técnico e o desenvolvimento dos recursos financeiros. Impoe-se um novo pragmatismo e nós devemos criar as bases em que assentará a sua edificação.

Simultaneamente, é necessário que nos adaptemos às novas realidades, exigências e oportunidades. Depois de ter visto estas questões debatidas nos seis Comitês Regionais da OMS, no Conselho Executivo e na Assembleia Mundial da Saúde, procurei salientar alguns dos domínios que requerem uma atenção especial. Nas minhas instruções relativas à preparação do projecto de orçamento/programa para o exercício de 1994-1995, pedi aos directores regionais que atribuíssem um aumento sensível, em termos reais¹, às dotações regionais consagradas aos programas respeitantes a cinco domínios, nomeadamente: i) a relação entre o estado de economia mundial e o desenvolvimento sanitário duradouro, na medida em que aquela afecta os países menos desenvolvidos; ii) a saúde do homem num ambiente físico que se degrada; iii) uma alimentação e uma nutrição adequadas ao desenvolvimento sanitário; iv) uma abordagem integrada do combate às doenças; v) a distribuição de informação para a promoção da saúde e para fins educativos, científicos e de gestão.

1) De pelo menos 5 por cento.

Minhas Senhoras e meus Senhores,
Caros amigos dos Estados-membros da Regiao Africana,

Quando, no próximo ano, fizerem a vossa programação em ligação com a OMS, lembrem-se de contemplar, em particular, estes cinco domínios. Os valores provisórios de planeamento por país para a cooperação técnica com a OMS que vos serao transmitidos pelo Director Regional servirão de base às discussões conjuntas. Mas permitam-me lembrar que todos os recursos da OMS, incluindo as dotações aos países, são comuns a todos os Estados-membros; não pertencem a nenhum país em particular. E preciso que eu disponha de uma margem de manobra suficiente para poder recuperar, reprogramar ou redistribuir os recursos da OMS no seio dos países, entre os programas, ou mesmo entre os países e as regioes, se as necessidades e as prioridades mundiais o exigirem. Pelo vosso lado, também não devem pensar unicamente em termos de actividades que não possam ultrapassar o âmbito específico do pequeno orçamento ordinário da OMS. Devem ser feitos todos os esforços necessários para obter recursos suplementares junto de todas as fontes possíveis, conforme as necessidades. Quando pedirem à OMS a sua colaboração técnica e o seu apoio, seria bom que utilizassem os critérios acordados colectivamente para definir as prioridades do programa.

Na minha qualidade de Director-Geral, sofro pressões constantes no sentido de modificar as prioridades. Convido-vos a reler as 22 funções que cabem à OMS nos termos da sua Constituição; verificarão que a Organização, enquanto autoridade técnica directiva e coordenadora, deve cobrir todo o mundo e a totalidade do domínio da saúde - definido globalmente. Todos se mostram prontos a aconselhar-me novas actividades "altamente" prioritárias mas muito poucos me informam sobre actividades "fracamente" prioritárias. Perguntam-me muitas vezes por que motivo a OMS não se contenta apenas com alguns programas prioritários atraentes e claros, não mais de cinco a dez programas, aos quais se dedicaria, abandonando todos os outros. Eu empreenderia, com a maior disposição, campanhas de grande popularidade, como foi o caso da erradicação da varíola. A nossa luta contra a SIDA não representa uma dessas campanhas? Porém, se tivermos que nos cingir a um orçamento ordinário limitado, esses esforços suplementares somente poderão ser empreendidos à custa de outros problemas importantes de saúde. Se desejarmos empreender novas campanhas, deveremos recorrer às contribuições extra-orçamentais que não nos comprometem indevidamente. Não se trata, não obstante, de deixar que os doadores venham a ser a nossa força motriz; são as necessidades dos Estados-membros, as vossas necessidades, que devemos satisfazer. E o aumento dos fundos extra-orçamentais também não deverá ter repercussões financeiras nefastas sobre o orçamento ordinário.

A situação sanitária e as necessidades imediatas de um país não podem, por si só, ditarem as prioridades da cooperação técnica da OMS, que devem também reflectir os objectivos futuros e as estratégias em prol de um desenvolvimento sanitário e social duradouro. A Saúde para Todos começa, felizmente, a ser bem compreendida no sentido de que toda a vida de uma pessoa deve ser tomada em conta - incluindo a maternidade sem riscos, a sobrevivência e o desenvolvimento da criança, a saúde dos adolescentes, a saúde durante toda a vida produtiva e, finalmente, uma velhice livre de qualquer incapacidade. A questão é saber como gerar e distribuir os recursos necessários para resolver, pela promoção da saúde, do tratamento e da reabilitação, os problemas de saúde que ocorrem em cada fase do ciclo de vida. Consequentemente, deverão envidar-se esforços específicos para identificar os principais problemas de saúde e encontrar os meios de resolvê-los. O processo de tomada de decisões referente à Saúde para Todos deve apoiar-se num princípio básico visando a harmonia, isto é, a equidade entre todos os povos e sua participação, e a criatividade na utilização da tecnologia e dos recursos para esse propósito. Devemos examinar e avaliar constantemente a relação custo-eficácia dos produtos e, definitivamente, a eficácia dos resultados, quanto aos efeitos sobre o desenvolvimento sanitário e sobre o desenvolvimento socio-económico no seu conjunto.

Tal como o poeta Jonh Donne, podemos dizer que nenhum homem é uma ilha, que cada um é único e parte de um grande todo. E somente através da solidariedade internacional, dos grupos regionais em prol de uma acção mundial que se conseguirá progredir. As Nações Unidas representam um foro propício para essa acção, mas acontece que frequentemente os principais acontecimentos políticos escapam à Organização das Nações Unidas e ao seu Conselho de Segurança, que as decisões económicas são tomadas fora do seu campo de acção e que as instituições especializadas, tais como a OMS, se encontram sós para tomarem as medidas sociais que se tornam necessárias. Cabe-nos portanto enfrentar o desafio e, para assegurar o nosso futuro, investir na população. É chegado o momento de definir e estabelecer um quadro de trabalho no seio da família das Nações Unidas, incluindo o PNUD, o Banco Mundial, o FMI e o GATT, para um desenvolvimento sócio-económico duradouro, centrado no desenvolvimento humano.

Ilustres representantes,

A ordem do dia desta sessão é muito longa. Sei que o vosso Presidente dirigirá os vossos trabalhos com competência, com o apoio esclarecido do Doutor Monekosso e do seu Secretariado. Aguardo com grande interesse o resultado dos vossos debates.

ALOCUCAO DO SENHOR WAWA LEBU,
REPRESENTANTE DO SECRETARIO-GERAL
DA ORGANIZACAO DA UNIDADE AFRICANA.

Senhor Presidente,
Sua Excelência, Senhor Presidente da República do Burundi,
Suas Excelências, Senhores Ministros da Saúde e Chefes de Delegação,
Suas Excelências, Senhores Embaixadores e Chefes de Missões Diplomáticas,
Senhor Director-Geral da Organização Mundial de Saúde,
Senhor Director Regional da OMS para a Africa,
Ilustres Delegados,
Distintos Convidados,
Minhas Senhoras e meus Senhores,

E para mim uma grande honra e um privilégio usar da palavra nesta quadragésima-primeira sessão do Comité Regional Africano da OMS, em nome do Dr. Salim Ahmed Salim, Secretário-Geral da Organização da Unidade Africana, o qual, devido a compromissos anteriormente assumidos, não pôde estar aqui entre vós.

Permitam-me, antes de mais, saudar Sua Excelência o Major Pierre BUYOYA, Presidente da República do Burundi, que, apesar da sua agenda sobrecarregada, se dignou participar pessoalmente nesta cerimónia solene de abertura da vossa conferência, dando-lhe assim um realce particular.

Através de Vossa Excelência, Senhor Presidente, gostaria de expressar ao vosso Governo e ao vosso povo a gratidão do Secretário-Geral da OUA pelos múltiplos contributos dados à OUA para a realização dos seus objectivos e, particularmente, pelas virtudes de diálogo e de tolerância que caracterizam a vossa política nacional e a vossa política de boa vizinhança, contribuindo assim para instaurar a paz no continente.

O Secretário-Geral da OUA encarregou-me igualmente de transmitir ao Professor Monekoso, Director Regional da OMS para a Africa, os seus agradecimentos pelo amável convite que lhe endereçou e pela exemplar colaboração existente entre as nossas duas organizações.

Senhor Presidente,
Senhores Ministros e Chefes de Delegação,
Distintos Delegados,
Minhas Senhoras e meus Senhores

Desde a última sessão do vosso Comité Regional, realizada em Brazzaville, em Setembro de 1990, o mundo, em geral, e a Africa, em particular, registaram alterações profundas.

A rivalidade entre as superpotências é cada vez mais substituída por um novo espírito de diálogo, compreensão e apoio recíproco na condução dos negócios do mundo.

O vento das mutações políticas e económicas está a transformar o planeta.

As grandes mutações em Africa, especialmente na Africa do Sul, auguram uma nova era de esperança para o continente, desde que as medidas tomadas sejam prosseguidas e efectivamente postas em prática.

No decorrer da sua vigésima-sétima cimeira, realizada em Abuja, os Chefes de Estado e de Governo da OUA, com a sua sabedoria, debateram a situação na Africa do Sul e adoptaram uma declaração muito significativa. Além disso, analisaram a situação reinante no continente, afectada por guerras civis e conflitos entre Estados, que comprometiam a estabilidade, a segurança e o desenvolvimento.

Tal é o panorama político do continente. No plano sócio-económico a situação não é melhor. A Africa continua a ser o continente onde certas tendências persistem ou se agravam, onde a pobreza aumenta no momento em que o ritmo do crescimento económico é pouco superior ao do crescimento demográfico e onde a dívida externa é mais elevada do que a produção económica total.

A gravidade da situação não deve ser subestimada. Os anos 90 anunciam-se bastante difíceis, com grandes desafios a enfrentar, entre os quais uma situação sanitária extremamente preocupante.

Este tema foi objecto de debate na quarta Conferência de Ministros da Saúde, realizada em Mbabane, Suazilândia, em Abril de 1991.

Das discussões frutuosas da conferência resultou a Declaração AHG/DECL.3 (XXVII) sobre a crise da saúde em Africa, aprovada pela vigésima-sétima cimeira dos Chefes de Estado e de Governo, em Abuja, em Junho de 1991.

Esta declaração, à semelhança da declaração de 1987, reconhece a saúde como a base do desenvolvimento e convida os Estados-membros a aplicar políticas e programas de planeamento que levem em conta as preocupações do sector da saúde.

Por exemplo, a política fiscal deveria ser utilizada para influenciar as escolhas em matéria de saúde (consumo de substâncias nocivas), a promoção do desenvolvimento industrial deveria tomar em consideração a concessão de subsídios e créditos para as indústrias que fabricam produtos que são bons para a saúde e as prioridades nacionais deveriam incluir o encorajamento das actividades científicas, culturais e educacionais no campo da saúde.

O objectivo Saúde para Todos, fixado na declaração de Alma-Ata, em 1978, deveria traduzir-se na consecução de um nível de saúde que permitisse a todos os povos do mundo levar uma vida social e economicamente produtiva.

Desde que um tal nível de saúde esteja alcançado, as condições de desenvolvimento em que os países e os povos são auto-suficientes e fixam eles próprios os seus objectivos traduzirão verdadeiramente o objectivo da participação comunitária na gestão das questões de saúde.

A consecução deste objectivo requer a cooperação intersectorial entre as instituições públicas responsáveis pela legislação e pela definição das principais orientações da promoção da saúde. Assim, os ministérios da agricultura, das obras públicas, da educação nacional e dos assuntos sociais, deveriam reconhecer o impacto das suas actividades sobre a saúde da população e tomar consciência de que os seus próprios campos de acção beneficiam de qualquer melhoria da saúde.

E assim que o desenvolvimento sanitário justifica os seus laços estreitos com o desenvolvimento económico.

A saúde contribui para o desenvolvimento social e económico, do mesmo modo que o próprio desenvolvimento contribui para a saúde.

Senhor Presidente,
Senhores Ministros e Chefes de Delegação,
Distintos Delegados,
Minhas Senhoras e meus Senhores,

A Organização da Unidade Africana dedica uma atenção particular às actividades da Organização Mundial de Saúde devido à importância que os seus objectivos e o seu campo de acção conferem ao indivíduo como força motriz da sociedade para talhar o nosso continente em crise, que é um dos mais pobres do planeta e no qual se encontra a maioria dos países menos desenvolvidos.

No entanto, há motivos de esperança e é bom ver que a África tem vindo a conceber e aplicar estratégias e um quadro de política geral universalmente aceites, a fim de enfrentar os desafios que se lhe deparam.

No campo da saúde, devemos reconhecer o mérito dos projectos e programas executados em cooperação com a Organização Mundial de Saúde, nomeadamente o lançamento do Fundo Especial para a Saúde em África, que é um fundo de povo para povo centrado no indivíduo e que serve de elo de ligação entre os Estados-membros do continente e as outras Regiões do mundo que desejam dar a sua ajuda à África.

Aproveito esta oportunidade para apelar aos Estados-membros, em nome do Presidente do Conselho de Administração do Fundo, para que enviem, tão rapidamente quanto possível, o seus comentários sobre o projecto de estatutos que receberam quer à Mbabane quer através dos canais diplomáticos em Adis-Abeba. De entre as outras iniciativas levadas a cabo no âmbito da cooperação entre a OMS e a OUA incluem-se as declarações da situação sanitária em África, aprovadas na vigésima-terceira e vigésima-sétima cimeiras dos Chefes de Estado e de Governo, bem como os programas de luta contra a SIDA, a vacinação universal e a farmacopeia africana.

Este breve resumo mostra que a cooperação entre a OMS e a OUA, que assenta nos instrumentos jurídicos que as criaram, isto é, a Constituição da OMS (artigo 70^o) e a Carta da OUA (artigo II), incluindo a resolução A/Res./45/13 de 29 de Novembro de 1990 da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a cooperação entre as Nações Unidas e a OUA, deveria ser reforçada pelos órgãos que no seio destas organizações se ocupam da saúde e dos domínios afins.

E por isso que o Dr. Salim Ahmed Salim, Secretário-Geral da OUA, apreciou a decisão tomada pelo Dr. Nakajima, Director-Geral da OMS, para alargar as responsabilidades do Escritório de Ligação da OMS com a OUA, a fim de cobrir a região Norte e Leste da África, que se encontra sob a supervisão da Região do Mediterrâneo Oriental da OMS (EMRO/OMS). Isto permite à OUA acompanhar melhor as actividades de saúde levadas a cabo no território de alguns dos seus Estados-membros, que não fazem parte da vossa Região.

A Organização da Unidade Africana tenciona concertar-se com a Organização Mundial de Saúde sobre a forma de estreitar a cooperação e reactivar o mecanismo de consulta periódica sobre questões de interesse comum, no âmbito da nova estrutura do Escritório de Ligação de Adis-Abeba.

Os votos de uma parceria frutuosa formulados pela OUA não deveriam ocultar o facto de que, quaisquer que sejam as suas boas intenções, a nossa Organização carece de recursos humanos e financeiros. Estamos conscientes de que a OMS não é um organismo de financiamento, mas a OUA e a OMS podem trabalhar em conjunto para obter um consenso entre os Estados-membros sobre as prioridades para afectação dos recursos disponíveis.

A contribuição da OUA no processo de cooperação caracteriza-se por apoio político através das resoluções e recomendações aprovadas a nível continental pela conferência bienal dos Ministros da Saúde, pelas sessões do Conselho de Ministros da OUA e pela Conferência de Chefes de Estado e de Governo. Deste modo, a OUA contribui para a acção política, a coordenação e a difusão da informação sanitária.

Senhor Presidente
Senhores Ministros e Chefes de Delegação,
Distintos Delegados,
Minhas Senhoras e meus Senhores,

Atingir o objectivo "Saúde para Todos no Ano 2000 e além" através da declaração "Saúde - Base do desenvolvimento em Africa", nao será uma tarefa fácil para os Ministros da Saúde. E por isso que a OUA, no âmbito da sua colaboração com a CEA, solicitará aos ministros encarregados do Planeamento e do Desenvolvimento que avaliem este assunto na sua próxima reunião, em Abril de 1992. Esperamos que os especialistas neste domínio dêem os seus pontos de vista aos profissionais da saúde, uma vez que eles também sao responsáveis pela implementação desta declaração dos Chefes de Estado e de Governo.

Senhor Presidente,
Senhores Ministros e Chefes de Delegação,
Distintos Delegados,
Minhas Senhoras e meus Senhores,

Os problemas de protecção do ambiente requerem hoje soluções mundiais. Trata-se de uma questão que está ligada à saúde já que a saúde humana depende de uma ampla gama de factores ambientais da maior importância. E essencial prevenir os riscos para a saúde através da protecção do ambiente e reduzir a poluição a fim de tornar de novo o ambiente salubre e, em seguida, manter e melhorar a saúde e o bem-estar no contexto de um sistema de desenvolvimento duradouro.

Por conseguinte, saudamos a realização da Conferência das Nações Unidas sobre o Ambiente e o Desenvolvimento, no Rio de Janeiro, Brasil, em Junho de 1992, e para a qual a Africa e a comunidade internacional se estão a preparar.

O sector da saúde deveria assumir a responsabilidade da vigilância epidemiológica, recolhendo, compilando e analisando dados e avaliando os riscos para a saúde inerentes aos factores ambientais, bem como informar outros sectores da sociedade e o público em geral das tendências e prioridades de acção.

As questões da deterioração do ambiente através da destruição da camada de ozono e das mudanças climáticas, bem como as questões inerentes ao planeamento do desenvolvimento urbano, ao abastecimento de água potável, às práticas agrícolas, como a utilização de adubos e pesticidas, e à eliminação de resíduos perigosos, sao questões que devem interessar a vossa conferência, no quadro da preparação da Africa para a conferência de Rio de Janeiro.

A Organização da Unidade Africana, que foi instruída no sentido de assistir os Estados africanos nas conferências africanas preparatórias da Conferência do Rio de Janeiro de 1992, esforça-se por convencer a comunidade internacional de que é errado imputar aos países em desenvolvimento a responsabilidade principal das ameaças que pairam sobre o ambiente terrestre, uma vez que as pressões ecológicas exercidas sobre o património mundial comum sao em grande parte da responsabilidade dos países desenvolvidos do Norte.

Com efeito, os países do Norte, que contam apenas com 20 por cento da população mundial, consomem 85 por cento dos recursos energéticos mundiais não renováveis, queimando combustíveis fósseis (carvão e petróleo). O Norte produz, de longe, as mais importantes emissões de gases nocivos para a atmosfera, especialmente dióxido de carbono, que provoca o efeito de estufa, e dióxido de enxofre, que causa as chuvas ácidas.

A vida marinha também está ameaçada pela industrialização do Norte, que despeja toneladas de resíduos tóxicos nos oceanos.

Defendemos a criação de um fundo para a protecção do planeta, sob os auspícios das Nações Unidas, tal como proposto pela Índia na Cimeira dos Países Não-Alinhados, realizada em Belgrado, em 1989.

Senhor Presidente,
Senhores Ministros e Chefes de Delegação,
Distintos Delegados,
Minhas Senhoras e meus Senhores,

Em Abuja, em Junho próximo passado, os Chefes de Estado e de Governo assinaram um tratado que estabeleceu a Comunidade Económica Africana. A criação desta comunidade sócio-económica pressupõe a conjugação de um certo número de factores económicos, primeiramente no interior da África e, evidentemente, também com o resto do mundo, através da cooperação internacional. Neste contexto, a OUA apela uma vez mais à OMS para que prossiga e intensifique a assistência aos Estados-membros, por forma a permitir-lhes tomar as disposições requeridas no sector da saúde.

Senhor Presidente,
Senhores Ministros e Chefes de Delegação,
Distintos Delegados,
Minhas Senhoras e meus Senhores,

Permitam-me assegurar-vos que a OUA está determinada a fazer tudo o que estiver ao seu alcance para superar todos os obstáculos ao desenvolvimento sócio-económico em África. A promoção da Saúde em África é agora vista como um pilar do nosso desenvolvimento sócio-económico e, por conseguinte, deve ser parte integrante das nossas prioridades. Para realizar progressos neste domínio, contamos com a assistência e a parceria da OMS e da comunidade internacional em geral, que, em colaboração com a OUA, apoiarão as nossas actividades e serão para nós parceiros importantes.

Finalmente, gostaria de agradecer às autoridades do Burundi o acolhimento tipicamente africano de que fomos alvo e os meios que puseram à nossa disposição para a realização desta conferência.

Muito obrigado pela vossa atenção.

ALOCUCAO DO DR. G.L. MONEKOSSO,
DIRECTOR REGIONAL

Sua Excelência, Exmo. Senhor Presidente da República do Burundi,
Exmo. Senhor Presidente do Comité Regional,
Suas Excelências, Senhoras e Senhores Ministros da Saúde
e Chefes de Delegação,
Exmo. Senhor Director-Geral da OMS, Dr. HIROSHI NAKAJIMA,
Suas Excelências, Senhores Embaixadores e Chefes de Missoes Diplomáticas,
Sua Excelência, Senhor Representante do Secretário-Geral da OUA,
Excelências,
Minhas Senhoras e meus Senhores,

Permitam-me, antes de mais, agradecer a Sua Excelência, o Major Pierre Buyoya, Presidente do "Comité Militaire pour le Salut National" e Presidente da República do Burundi, bem como ao Governo e ao Povo do Burundi, por terem tido a amabilidade de convidar o Comité Regional Africano da OMS a realizar a sua 4^a Sessão na sua bela capital, Bujumbura, cidade verdejante de clima ameno e agradável, situada à beira do Lago Tanganica, um dos mais prestigiosos lagos do mundo, onde se encontraram, em 1871, os mais célebres exploradores do continente, Stanley e Livingston.

Senhor Presidente, a presença de Vossa Excelência nesta reunião mostra a vontade política do vosso Governo e do povo do Burundi na instauração da Saúde para Todos.

Gostaria de vos expressar a nossa gratidão pela vossa total adesão à cooperação com a OMS e pelo apoio incansável que o vosso Governo presta à nossa Representação, bem como à Equipa Interpaíses de Desenvolvimento Sanitário II, ambas baseadas em Bujumbura.

Exmo. Senhor HIROSHI NAKAJIMA, Director-Geral da OMS, desejo-vos as boas-vindas a esta reunião. A assiduidade de Vossa Excelência aos nossos trabalhos constitui, para nós, uma fonte de estímulo na nossa luta pelo desenvolvimento sanitário, o que muito lhe agradecemos.

Saudamos os membros do Corpo Diplomático, os Representantes das organizações intergovernamentais e não-governamentais e os colegas de todas as agências das Nações Unidas. A vossa presença é uma garantia da vossa vontade comum em intensificar a nossa cooperação e a nossa colaboração para o desenvolvimento sócio-económico das populações da Região Africana.

Senhoras e Senhores Ministros,
Senhoras e Senhores Chefes de Delegação,

Aproveitamos esta oportunidade para vos agradecer o apoio contínuo e os incentivos que V. Exas. nunca deixaram de dar à nossa Organização na Região Africana. Apesar de certos obstáculos inevitáveis, V. Exas. manifestaram um empenhamento total na causa da Saúde para a África.

Excelências,
Minhas Senhoras e meus Senhores,

Todos juntos, demos PRIORIDADE A ACCAO adoptando o CENARIO AFRICANO DE DESENVOLVIMENTO SANITARIO, inspirado na experiência de certos Estados-membros da Regiao, bem como em experiências que nós observámos na América Latina e na Asia, e que fazem da comunidade a finalidade e o parceiro privilegiado dos governos no processo de desenvolvimento sanitário, no sentido mais lato deste conceito.

Consequentemente, nós:

- definimos os papéis respectivos dos diferentes parceiros CONDENADOS A CONSEGUIR o desenvolvimento sanitário da Africa, através de auto-cuidados a nível individual, da auto-responsabilidade familiar e da auto-organização comunitária, a todos os níveis do sistema de saúde;
- constatámos que a SAUDE PARA TODOS estava ao NOSSO ALCANCE se nós puséssemos efectivamente em prática a descentralização que pressupoe ao mesmo tempo a delegação da autoridade, do poder de decisao e dos recursos;
- constatámos que o TREM DA SAUDE ESTAVA EM MARCHA NA REGIAO, como o monstavam as análises das actividades realizadas, respectivamente, aos níveis local (distritos) e intermédio (regioes ou províncias)
- explicitámos A INICIATIVA DE BAMACO e justificámos a criação de um FUNDO ESPECIAL PARA A SAUDE EM AFRICA;
- finalmente, sublinhámos os laços indissociáveis entre a Saúde e o Desenvolvimento.

A SAUDE PARA TODOS E TODOS PARA A SAUDE, tendo por objectivo final uma população saudável num ambiente salubre, eis a estratégia da implementação do Cenário, na qual sao evidenciados prazos estabelecidos para a erradicação de doenças na Regiao, a saber: DRACUNCULOSE E TETANO NEONATAL EM 1995 E POLIOMIELITE NO ANO 2000.

Finalmente, demos ênfase à mobilização comunitária e definimos um novo tipo de parceria entre os povos e os seus governos, na busca comum de um desenvolvimento sanitário sustentado.

Excelências,

Minhas Senhoras e meus Senhores,

Ao ouvirmos os discursos das mais altas autoridades do continente africano, nao nos surpreendemos quando é feita referência ao Cenário de Desenvolvimento Sanitário. Com efeito, desde a Declaração dos Chefes de Estado e de Governo da OUA, em Julho de 1987, que reconheceu a Saúde como "Base do Desenvolvimento Sanitário", o Cenário Africano de Desenvolvimento Sanitário tornou-se parte integrante da estratégia operacional do Plano de Acção de Lagos, adoptado em Abril de 1980, pela Conferência de Chefes de Estado e de Governo da Organização da Unidade Africana (OUA), na sua segunda sessao extraordinária. Este Cenário poe em evidência a base comunitária do desenvolvimento tendo a saúde como pedra angular.

Através do mundo, as vozes mais autorizadas dos responsáveis da Organização Mundial de Saúde, do UNICEF, etc., realçam a importância do desenvolvimento sanitário baseado na comunidade.

De Lusaca a Bujumbura, as nossas acções sucessivas levam-nos hoje a reflectir sobre o tema "INSTAURAR A SAUDE PARA TODOS".

INSTAURAR A SAUDE PARA TODOS

Instaurar a SAUDE PARA TODOS graças à abordagem dos cuidados primários de saúde pressupõe a mobilização de TODOS PARA A SAUDE. Isto implica a busca de soluções para os problemas fundamentais, adoptando um quadro organizacional para o desenvolvimento sanitário nacional e superando os principais obstáculos. É por isso que eu gostaria de evocar neste momento as grandes linhas de um documento de orientação que resume, para os responsáveis pelas políticas de saúde, os múltiplos temas variados e complexos, bem como os problemas e as intervenções correspondentes.

RESOLVER OS PROBLEMAS FUNDAMENTAIS

As políticas nacionais de saúde deverao ser revistas para se obter um consenso sobre os problemas de saúde comunitária, sobre as principais intervenções dos serviços de saúde para resolvê-los e sobre a forma de partilhar os custos desses serviços.

As estratégias nacionais de saúde deverao compreender os elementos indispensáveis ao lançamento, à institucionalização e à perenidade do processo de desenvolvimento sanitário, com vista a transformar o estado de saúde da comunidade, para passar da mediocridade à excelência.

Os serviços nacionais de saúde serao analisados com vista a definir claramente os cuidados primários, secundários e terciários, bem como a maneira como esses serviços serao organizados a diferentes níveis, assegurando ao mesmo tempo que os recursos dos serviços de saúde sao equitativamente repartidos.

ADOPCAO DE UM QUADRO ORGANIZACIONAL

O ESTABELECIMENTO DE UM QUADRO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SANITARIO compreenderá:

- a) a subdivisao do objectivo SAUDE PARA TODOS em diferentes componentes que abrangerao a saúde do indivíduo, da família e da comunidade sob a forma de "checklist", para determinar as prioridades e fixar os objectivos;
- b) a criação de distritos sanitários, locais privilegiados para a implementação dos cuidados primários de saúde, enquanto unidades operacionais para o planeamento, a organização e o financiamento das actividades de saúde comunitária;
- c) a organização de uma rede nacional de desenvolvimento sanitário que poderá prestar apoio operacional, técnico e estratégico às actividades, aos níveis local, intermédio e central.

OS SISTEMAS NACIONAIS DE SAUDE serao reestruturados com base neste quadro. Assim:

- a) as direcções distritais de saúde (nível local) integrarão as iniciativas sanitárias das comunidades com as actividades das equipas de saúde e o apoio em gestao das comissoes de saúde e de desenvolvimento;
- b) as direcções provinciais de saúde "coordenarão" os cuidados médicos, a saúde pública e as actividades relacionadas com a saúde, organizadas respectivamente pelos hospitais, pelas direcções de saúde pública e pelos outros sectores e instituições;
- c) os ministérios da saúde "colaborarão" com outros sectores com vista a prestar apoio às instituições médico-sanitárias, aos programas de saúde pública (promoção da saúde, controlo da doença, cuidados médicos) e aos sistemas de seguro contra a doença.

O DESENVOLVIMENTO DAS CAPACIDADES NACIONAIS far-se-á utilizando o quadro para:

- a) estabelecer ciclos de gestao para o desenvolvimento sanitário a todos os níveis, por forma a estabelecer ligações entre as estruturas de gestao e as instituições de implementação;
- b) assegurar a perenidade das intervenções externas, envolvendo os peritos nacionais nas actividades de saúde, aos níveis comunitário, nacional e internacional;
- c) organizar actividades complementares de desenvolvimento e de saúde a nível local, com vista a fazer da saúde a pedra angular do desenvolvimento social e económico.

SUPERAR OS PRINCIPAIS OBSTACULOS

OS PRINCIPAIS OBSTACULOS ESTRUTURAIIS, ECONOMICOS E SOCIAIS deverao ser superados graças, respectivamente:

- a) à descentralização e integração dos programas de saúde, bem como dos programas relacionados com a saúde a nível local, com o apoio de sistemas simples de informação sanitária;
- b) à promoção de um diálogo nacional com vista à repartição equitativa dos orçamentos da saúde, ao financiamento das actividades de saúde comunitária e à organização do seguro contra a doença;
- c) à mobilização social, à satisfação das necessidades fundamentais ligadas à saúde e ao estabelecimento de um sistema efectivo de educação sanitária do público.

Os ACORDOS DE COOPERACAO TECNICA E FINANCEIRA permitirao superar os obstáculos da seguinte forma:

- a) as organizações nao-governamentais prestarao apoio às iniciativas de saúde comunitária, incentivando a auto-suficiência no planeamento, na organização e no financiamento dos projectos;

- b) os organismos de cooperação multilateral e bilateral, bem como os bancos de fomento, trabalharão com as instituições médico-sanitárias, os programas de saúde pública e os sistemas de seguro contra a doença;
- c) as universidades e os institutos de investigação e de gestão porão em prática estratégias que serão catalizadoras para o desenvolvimento sanitário (informação, educação e comunicação, ciências e tecnologias da saúde, metodologia de melhoria da gestão).

A COOPERACAO DE "POVO PARA POVO" permitirá superar os obstáculos através de ajudas recíprocas. As comunidades trocarão as suas experiências e os seus recursos e, ao fazê-lo, criarão uma cadeia de solidariedade humana para a saúde. Isso reforçará a cooperação intergovernamental suplementar e contribuirá para a aceleração da auto-suficiência comunitária. Estabelecer-se-ão laços:

- a) no interior dos países, entre as comunidades (aldeias) do mesmo distrito e da mesma província e entre as diferentes províncias;
- b) entre os países da mesma região ou do mesmo continente: intercâmbio entre as comissões distritais de saúde, as equipas de saúde e os conselheiros no domínio da saúde;
- c) entre os países dos vários continentes : intercâmbio de experiências nos domínios da saúde, do equipamento e do financiamento.

Mas põe-se agora a questão: O que é que se passa na realidade?

RESOLVER OS PROBLEMAS FUNDAMENTAIS

Na maioria dos países da Região, realizam-se frequentemente reuniões de concertação entre os diferentes intervenientes nos programas de saúde. Além disso, realizam-se regularmente reuniões entre os responsáveis nacionais da saúde e a OMS, para a preparação dos orçamentos/programas. Estes foros constituem ocasiões privilegiadas para rever as políticas, as estratégias e os serviços de saúde dos Estados-membros, o que suscita por vezes reajustamentos "ad-hoc" das orientações das políticas de saúde, em virtude dos problemas específicos que se podem levantar. Apesar de tudo isso, não deixa de ser necessário dedicar uma atenção particular e contínua aos problemas de equidade e de justiça social no domínio da saúde.

ADOPCAO DE UM QUADRO ORGANIZACIONAL

Existem já cerca de 4.000 distritos sanitários na Região, cuja repartição geográfica corresponde às divisões administrativas.

O reforço da liderança no domínio da saúde, o processo de gestão, o fornecimento de equipamento e de medicamentos e a recuperação das infra-estruturas de saúde, são domínios que, no quadro organizacional do sistema de saúde, podem beneficiar dos contributos dos diversos doadores, a fim de superar as eventuais insuficiências.

E igualmente em conformidade com este quadro organizacional que a maioria dos países empreendeu a reestruturação dos seus sistemas de saúde, com o objectivo de reforçar as relações entre o sector da saúde e entre este e os outros sectores afins, o que conduz progressivamente a uma melhor colaboração a nível central, a uma coordenação técnica a nível intermédio e a uma integração das iniciativas comunitárias a nível local. A título de exemplo, podemos sublinhar a reestruturação de certos ministérios da saúde na sequência das reuniões interministeriais que contaram com a participação dos secretários-gerais dos ministérios da Saúde, Agricultura, Desenvolvimento Comunitário, Obras Públicas, Educação, Informação, etc..

Tal é igualmente o caso da criação das administrações de saúde das províncias e dos distritos, para ter em conta o quadro organizacional.

A despeito dos notórios progressos realizados, há ainda muito que fazer no que se refere à auto-suficiência nacional, pois continua a verificar-se a fuga dos cérebros para os países onde os sistemas de saúde estão melhor organizados. Esta condição é frequentemente mais determinante para os técnicos do que o aspecto financeiro.

SUPERAR OS PRINCIPAIS OBSTACULOS

Num certo número de países, aprovaram-se textos legislativos e regulamentares para tornar operacional a descentralização.

A título de exemplo, podemos citar:

- a auto-suficiência de algumas farmácias de aldeia, a nível dos distritos;
- a generalização da utilização dos 27 indicadores pelas próprias comunidades, para medir o seu estado de saúde, a cobertura dos serviços que lhes são prestados e a satisfação das outras necessidades relacionadas com a saúde.

Além disso, convém sublinhar a criação de sistemas nacionais de seguro contra a doença, paralelamente à multiplicação das iniciativas de financiamento dos serviços de saúde em conformidade com a Iniciativa de Bamaco, aprovada pelo Comité Regional, em Setembro de 1987, e pelo Conselho Executivo do UNICEF, em Março de 1988.

A Estratégia Regional de Luta contra a SIDA deu ênfase à educação sanitária do público, bem como à vertente "Informação e Comunicação", através dos diferentes meios de comunicação social: jornais, rádio, televisão, etc..

No domínio dos acordos de cooperação técnica e financeira, há que assinalar o papel extremamente importante desempenhado pelas organizações não-governamentais em certas zonas rurais, onde são as únicas a apoiar o sistema de saúde. Nós agradecemos e felicitamos estas organizações por este apoio ao desenvolvimento sanitário dos países da Região. No entanto, lançamos-lhes um apelo para que incentivem a auto-suficiência no planeamento, na organização e no financiamento de projectos.

Lançamos igualmente um apelo à todos os responsáveis dos serviços de saúde, a fim de que as universidades - estudantes e docentes - possam desempenhar um papel activo na consecução do objectivo final da saúde.

Quanto à COOPERACAO DE "POVO PARA POVO", continua a ser um sector pouco explorado mesmo se podemos citar exemplos limitados de entreaajuda entre as comunidades em Africa, na América e nas Caraíbas. E sobretudo na Asia do Sudeste que existe uma verdadeira "cooperação técnica entre as aldeias".

Tivemos o privilégio de iniciar o FUNDO ESPECIAL PARA A SAUDE EM AFRICA, que foi oficialmente lançado pela OUA, em Julho de 1990, a fim de incentivar as comunidades a gerir os seus próprios fundos para as iniciativas de saúde comunitária, como complemento dos serviços prestados pelos governos. E neste contexto que o intercâmbio de experiências e a geminação de distritos entre os países e entre os continentes poderao suscitar a emulação. E neste mesmo espírito que se instaura cada vez mais na Regiao a competição entre distritos do mesmo país.

Os fundadores do Fundo Especial para a Saúde em Africa esperam que, graças a este fundo, os africanos criarao um património para a saúde, que permanecerá intacto para as gerações vindouras, dado que só os juros decorrentes do fundo serao utilizados.

A guisa de conclusao,

Excelências,
Minhas Senhoras e meus Senhores

Os problemas de saúde que acabámos de evocar têm como denominador comum o seu impacte sobre a saúde, o bem-estar e a sobrevivência dos homens e dos povos. O Cenário Africano de Desenvolvimento Sanitário mostra-nos que o indivíduo, a família e a comunidade sao parceiros efectivos dos governos e das outras agências de cooperação para INSTAURAR A SAUDE PARA TODOS.

Esperamos que este quadro que acaba de ser apresentado estimulará as discussões, as decisões e as acções. Cada país, província ou distrito poderá estabelecer o seu próprio quadro para servir a população interessada, os governos e os parceiros. Devemos tirar partido desta abordagem perante os principais desafios mundiais do momento, a saber: deter a pandemia da SIDA, fazer face aos desastres ecológicos e suster a subida vertiginosa dos custos dos serviços de saúde.

Muito obrigado.

DISCURSO DE SUA EXCELENCIA O MAJOR
PIERRE BUYOYA, PRESIDENTE DA REPUBLICA DO BURUNDI

Ilustres Membros do Comité Central do Partido UPRONA,
Senhor Primeiro Ministro,
Senhor Secretário-Geral do Partido UPRONA,
Senhor Presidente da 4^a Sessao do Comité Regional Africano da OMS,
Senhoras e Senhores Ministros,
Senhor Director-Geral da OMS,
Senhor Director Regional da OMS para a Africa,
Senhoras e Senhores Chefes das Missoes Diplomáticas e Consulares,
Ilustres Delegados,
Excelências,
Ilustres Convidados,
Minhas Senhoras e meus Senhores,

E para nós uma honra e um agradável dever acolher em terra burundinesa esta augusta Assembleia, reunida sob a égide da Sede Regional da Organização Mundial da Saúde, que me dá a oportunidade de forjar o lema desta occasiao: "Na unidade para o progresso sócio-sanitário dos povos africanos, pela solidariedade regional e internacional, mas também, e acima de tudo, com a plena adesao e participacao activa dos povos"

Permitam-me, portanto, exprimir a todos e a cada um de vós as nossas calorosas boas-vindas e a nossa alegria por termos entre nós tantos representantes dos Estados-membros da nossa Regiao e ilustres personalidades do mundo da saúde pública.

Gostaríamos, nesta occasiao, de felicitar o Doutor Hiroshi Nakajima, Director-Geral da Organização Mundial de Saúde, pela perspicácia e inteligência com que dirige a nossa Organização. Agradecemos-lhe solenemente ter aceitado fazer uma visita oficial ao nosso país e honrar com a sua presença esta cerimónia.

Saudamos igualmente o Doutor G.L. Monekosso, Director Regional da OMS para a Africa, pelos seus incansáveis esforços no sentido da instauração da Saúde para Todos em Africa.

Reiteramos, enfim, a nossa gratidão ao Comité Regional que escolheu o Burundi como local para a 4^a sessao ordinária.

Fizemos questao de estar pessoalmente entre vós nesta occasiao solene, para demonstrar o interesse que dedicamos à promoção da saúde e à qualidade de vida das nossas populações. A nossa presença é também um reconhecimento da confiança em nós depositada pelos Estados-membros da nossa Organização ao aceitarem o nosso convite para realizar a sua reuniao em Bujumbura.

Minhas Senhoras,
Meus Senhores,

O nosso continente enfrenta as consequências nefastas da grave crise económica mundial que persiste desde os anos 70. Esforços notáveis sao envidados ao nível de países, das sub-regioes e de toda a Regiao Africana. Nao obstante, tais esforços nao podem ter êxito no contexto sócio-económico dependente e instável que caracteriza o nosso continente.

Os preços das matérias-primas que nós exportamos caem uns após os outros, agravando a deterioração dos termos de intercâmbio. A frequente desvalorização das nossas moedas engrossa a dívida externa, a qual estrangula já as nossas economias. O encravamento geográfico de certas regiões como a nossa onera o nosso comércio externo com custos de transporte difíceis de suportar. O crescimento demográfico galopante entrava os nossos esforços de crescimento económico. O nosso meio-ambiente e o nosso património imobiliário vão-se degradando. A fraca poupança interna, a pouca rentabilidade dos investimentos e o rendimento um pouco ilusório das instituições a quem cabe a promoção do desenvolvimento são algumas das muitas dificuldades que os nossos países devem ultrapassar, agora que os financiamentos externos, sob a forma de donativos, se vão reduzindo, e que a ajuda dos países ricos se desvia da África, em proveito de outros beneficiários. E neste cenário desfavorável que nós temos no entanto que construir e conseguir elevar a situação sanitária do nosso continente a um nível satisfatório.

Mas não ganharemos estes importantes desafios se não tivermos a coragem de adoptar opções novas e apropriadas na gestão política e económica das nossas sociedades.

As escolhas decisivas a tomar deverão depender de todos os que estão envolvidos nessas mesmas escolhas e que nelas deverão participar com responsabilidade.

Nas actuais circunstâncias, a recuperação económica passa por uma lógica e um rigor, em termos de contenção das despesas públicas, em geral, e dos investimentos sociais, em particular. Os programas de reajustamento estrutural, iniciados nos anos 80 para tentar minorar os desequilíbrios económico-financeiros e reestruturar as nossas economias, estimulando os sectores produtivos e o investimento privado, não deram infelizmente ainda os resultados esperados na maioria dos nossos Estados. Para além disso, a dimensão social destes programas não recebe um apoio financeiro suficiente da parte dos nossos parceiros do desenvolvimento.

Não obstante estes entraves materiais, temos a convicção de que os nossos povos respectivos deveriam cimentar e salvaguardar aquilo que possuem de mais valioso e que melhor os definiu como nações. Pensamos, em especial, na nossa unidade, na nossa cultura, nos nossos valores positivos de progresso, na nossa solidariedade, na nossa generosa perspectiva da entidade familiar, no nosso sentido de comunidade, no nosso apego ao respeito pela vida e pela pessoa humana e na coesão do tecido social, tanto no tempo como no espaço.

Tal como as outras políticas, as nossas políticas de saúde provêm assim de uma visão global das nossas sociedades. Deveríamos investir nas gerações vindouras, escolhendo as vias mais esclarecidas para desenvolver os nossos sistemas de saúde e procedendo à avaliação das estratégias utilizadas para atingir o ambicioso mas exequível objectivo de garantir uma "Saúde para todos e por todos no ano 2000".

Essas estratégias devem responder ao nosso contexto de estagnação onde emergem novos flagelos enquanto o crescimento demográfico se torna insustentável.

As doenças tropicais endémicas continuam persistentes e graves, apesar dos meios de combate iniciados com grandes custos.

O paludismo continua a ocupar o primeiro lugar entre as causas de mortalidade e de morbilidade na maioria dos países africanos. Ele está a sair do seu ecossistema tradicional para atingir as nossas populações dos altos planaltos, facto testemunhado pelas recentes epidemias em Madagáscar, Suazilândia, Ruanda e Burundi, entre outras.

Nos últimos anos, a tuberculose tem recrudescido, enquanto a epidemia da SIDA continua alarmante em Africa, revelando-se um peso cada vez maior para os nossos sistemas de saúde.

Embora os desafios sejam, evidentemente, numerosos e importantes, é bom e encorajante constatar que estes grandes problemas de saúde pública foram objecto de análise e de resoluções adequadas, durante a 40^a sessão ordinária do Comité Regional, realizada em Brazzaville, entre 5 e 12 de Setembro do ano transacto. Melhor ainda, algumas destas resoluções foram já traduzidas em acções concretas nos Estados-membros, com o apoio da Sede Mundial e da Sede Regional da OMS.

A 4^a sessão inscreveu na sua ordem do dia outros problemas de saúde pública de igual importância, nomeadamente as infecções respiratórias agudas que todos os anos são responsáveis pela morte de cerca de 13 milhões de crianças com menos de cinco anos de idade.

Presentemente, foram já postos em prática programas operacionais por uma dezena de países africanos. Tenho esperança que após as declarações de intenção, os governos empreendam acções concretas de luta.

A doença causada pelo verme de Guiné, que atinge cerca do dobro da população do Burundi, é notificada em 18 países da nossa Região. A população de risco está estimada em 120 milhões. Não existe actualmente nenhum tratamento satisfatório contra a doença. No entanto, ela é susceptível de ser erradicada através de medidas preventivas que são dispendiosas, mas que permitiriam reduzir os seus efeitos nocivos sobre a saúde, a agricultura e a educação.

Saudamos e encorajamos simultaneamente os esforços já empreendidos pelos nossos Estados e parceiros privilegiados para que este flagelo possa ser definitivamente erradicado até ao ano 2000.

A 4^a sessão convida-nos também a avaliar de modo global os progressos realizados, não apenas no quadro do último biénio, mas também ao longo de toda a década 1980-1990, no que respeita aos principais programas regionais e mundiais de envergadura, nomeadamente o Programa Alargado de Vacinação e o Abastecimento de Água Potável e Saneamento.

Apraz-me constatar que o Programa Alargado de Vacinação contra as seis doenças-alvo contribuiu grandemente para a redução da morbilidade e mortalidade. Há, no entanto, ainda muitos esforços a desenvolver para vencer os desafios desta última década do século, nomeadamente a erradicação da poliomielite e a eliminação do tétano neonatal. Aproveitamos a oportunidade para instar os diferentes parceiros a redobram as energias, a fim de apoiarem a declaração da recente Cimeira Mundial para as Crianças que colocou a vacinação entre os primeiros grandes programas a reforçar prioritariamente no decurso dos anos 90.

O período 1981-1991 foi proclamado "Década Internacional da Água Potável e do Saneamento" pela conferência das Nações Unidas sobre a Água, em Março de 1977. Embora a cobertura seja satisfatória nas áreas urbanas, muito resta ainda a fazer no meio rural e nas zonas periurbanas. Dado o papel primordial do abastecimento de água potável no combate às doenças de transmissão hídrica, é importante que os Estados-membros e os seus parceiros para o desenvolvimento aumentem os seus esforços para intensificar as actividades já iniciadas durante a década passada.

Excelências,
Minhas Senhoras,
Meus Senhores,

A deterioração algo alarmante do estado de saúde de milhões de homens, mulheres e crianças nos nossos países não deveria ser motivo para desmobilizar a nossa Organização e os nossos países respectivos. Tal não foi o caso, felizmente. A OMS e os países membros não cessaram de estudar e de pôr em prática estratégias inovadoras, a fim de fazer face às situações geradas pela crise económica mundial. Foi deste modo que o processo de gestão que constitui o ponto nevrálgico de todo o projecto de desenvolvimento foi objecto de particular atenção. Hoje, todos os nossos países puseram em acção o "Cenário de desenvolvimento sanitário em três fases".

No entanto, na maioria dos casos, as estruturas e as capacidades de gestão dos sistemas de saúde não atingiram ainda níveis aceitáveis de funcionamento. Do mesmo modo, na sequência da situação económica desfavorável acima descrita, os Ministros da Saúde dos Estados Africanos lançaram em 1987, no âmbito do Comité Regional da OMS, o que se convencionou apelidar de "Iniciativa de Bamaco". Esta baseia-se nas comunidades de base e articula-se nas seguintes três condições essenciais:

- melhorar a eficácia dos serviços;
- limitar os custos dos serviços;
- assegurar a continuidade do seu funcionamento.

Quatro anos após a resolução do Comité Regional, é forçoso constatar que há ainda muito a fazer, se quisermos atingir o objectivo universal da Saúde para Todos no ano 2000.

Para podermos responder às necessidades básicas de saúde das populações, é fundamental revitalizar os sistemas de saúde ao nível comunitário, isto é, a nível da comuna ou do distrito. Várias são as condições necessárias para ganhar tal empresa, nomeadamente:

- a participação da comunidade na concepção, realização, acompanhamento e avaliação das actividades;
- um abastecimento permanente de medicamentos essenciais e de material suficiente;
- recursos financeiros regulares, prevendo-se que a comunidade assegure uma participação significativa neste campo.

Revitalizar o sistema de saúde ao nível local depende da vontade de implicar cada vez mais as populações nos esforços tendentes a satisfazer as suas próprias necessidades, tornando-as, deste modo, mais responsáveis pelo seu próprio destino.

Esta atitude está em conformidade com as orientações gerais do Burundi, cuja experiência mostra claramente que a Iniciativa de Bamaco pode ser operacional. Assim, para além do facto de que o nosso sistema de saúde se articula ao nível local, apoiado na estrutura comunal, centro do desenvolvimento comunitário, nós trabalhamos para que a nossa acção no campo da saúde pública se insira numa estratégia global e integrada de desenvolvimento sócio-económico.

Esta acção sanitária dá relevo à divulgação dos cuidados de saúde, particularmente segundo um princípio de equidade e acessibilidade geográfica e financeira. E deste modo que, presentemente, mais de 80% das famílias são atendidas por um centro de saúde a menos de 6 km e que nós criámos um cartão de segurança social capaz de cobrir toda a população dos sectores não estruturados e acessíveis pelo custo de dois dólares e meio por ano e por família.

Mas não é suficiente aumentar a rede das infra-estruturas e garantir os cuidados de saúde à população como se faz actualmente. E em primeiro lugar necessário reflectir sobre as vias e os meios de limitar as despesas correntes, nomeadamente aumentando ao máximo a recuperação de certos custos através de uma maior participação comunitária.

Naturalmente, os governos não devem eximir-se, da noite para o dia, do financiamento de tal sector, mas devem estar em condições de diminuir as despesas até à data quase totalmente suportadas pelo erário público.

Excelências,
Minhas Senhoras,
Meus Senhores,

Seria necessário lembrar a declaração de Alma-Ata em Setembro de 1978 sobre os cuidados de saúde primários como base da instauração da Saúde para Todos? Esta abordagem levou a planos de acção concretos e realistas cujos resultados são hoje mensuráveis.

A avaliação efectuada em Riga em 1988 já tinha revelado um saldo bastante positivo e tudo parece indicar que resultados melhores ainda serão observados na análise do relatório incluído no ordem do dia do vosso trabalho.

Pode-se, portanto, dizer que a Saúde para Todos no Ano 2000 é um objectivo ao nosso alcance.

Vós podeis constatar, não obstante, que persistem ainda grandes dificuldades que se manifestam, às vezes, como desafios. Nós sabemos, por experiência, que depende apenas de nós e da nossa vontade a conjugação dos nossos esforços para superar essas dificuldades, como já temos superado outras.

Assim sendo, apelamos à comunidade internacional para que todas as nações, particularmente as mais favorecidas, redobrem a sua solidariedade em prol de uma causa comum tão vital.

E com este apelo e desejando a todos uma agradável estada e completo êxito nos vossos trabalhos que declaramos aberta a Quadragésima-Primeira Sessão do Comité Regional Africano da Organização Mundial de Saúde.

Viva a Organização Mundial de Saúde!
Viva a solidariedade entre os Povos!
Viva a Saúde para Todos e por Todos!

Muito Obrigado.

RELATORIO DO SUBCOMITE DO PROGRAMA

INTRODUCAO

1. O Subcomité do Programa reuniu-se em Bujumbura, a 2 e 3 de Setembro de 1991, sob a presidência do Dr. C. Shamlaye (Seychelles). Atendendo à ausência da Serra Leoa, país que havia sido eleito para o cargo de Relator durante a 40a sessão, o Dr. F. Diouf do Senegal foi designado como relator substituto.
2. Uma vez que a eleição do Vice-presidente havia sido adiada aquando da abertura da reunião, o Dr. O. Essomba (Camaroes) foi eleito Vice-presidente do Subcomité do Programa.
3. O Dr. G.L. Monekosso, Director Regional, deu as boas vindas aos participantes e explanou resumidamente os programas de saúde da Região Africana. Fez notar que o programa de trabalho do Subcomité era inabitualmente sobrecarregado e manifestou a esperança de que com determinação e trabalhando arduamente o Subcomité do Programa executasse com êxito a sua tarefa. Acrescentou que, com os numerosos documentos que o Subcomité ia estudar e analisar, a tarefa do Comité Regional seria bastante facilitada graças ao relatório que lhe seria submetido. O Dr. Monekosso desejou aos participantes êxito nos seus trabalhos e uma agradável estada em Bujumbura.
4. O Presidente agradeceu ao Director Regional e ao Subcomité a honra que lhe fora prestada a si e ao seu país ao elegerem-no Presidente da sessão, tendo igualmente agradecido a calorosa recepção de que ele e os delegados foram objecto aquando da sua chegada.
5. A lista de participantes consta do Apêndice 1 e o programa de trabalho, aprovado por unanimidade, consta do Apêndice 2.

EPIDEMIA DE COLERA NA REGIAO AFRICANA
(Documento AFR/RC41/INF.DOC/11)

6. O documento AFR/RC41/INF.DOC/11 foi apresentado pelo Secretariado.
7. Desde a primeira manifestação da sétima pandemia de cólera na nossa Região, no início dos anos 70, todos os países foram vítimas de, pelo menos, dois surtos epidémicos. Mas 1991 parece ser o ano em que todos os perigos espreitam.
8. No fim do mês de Agosto, os dados provavelmente incompletos de que dispunhamos sobre 14 países em situação epidémica revelaram 73 mil casos e 6.800 óbitos, ou seja, uma taxa de letalidade de cerca de 10 por cento.
9. Se bem que tenha apenas 19 por cento dos casos notificados no mundo, a Africa regista 67 por cento dos óbitos. Isto significa que se morre mais de cólera em Africa do que nas outras regiões do mundo.
10. Nos países afectados pela cólera levanta-se seriamente o problema do desenvolvimento e extensão do programa de luta contra as doenças diarreicas, em particular no que se refere à capacidade do pessoal dos serviços de saúde e das comunidades para proceder ao tratamento rápido e adequado dos casos de diarreia, pois, se bem que mais dramática, a cólera é uma doença diarreica.
11. O Subcomité do Programa manifestou preocupação pela situação que reina actualmente na Região, no que se refere à epidemia de cólera.

12. A maioria dos países da Região continua confrontada com epidemias. Ninguém ignora, com efeito, que a cólera, a meningite cerebrospinal, a febre amarela, para só citar as mais importantes, grassam regularmente sob forma epidémica, com taxas de letalidade amfide elevadas. A peste e o paludismo sao igualmente notificados sob forma epidémica em alguns países.

13. E bem sabido que a uma epidemia de doença transmissível se segue sempre uma epidemia de pânico. E é nesta situação de pânico mais ou menos generalizado que têm lugar todos os tipos de reacções e de acções. Na maioria dos casos, é formulado um pedido urgente ao Director Regional, amfide sem informação adequada. O Director Regional tenta responder no âmbito dos recursos e das informações disponíveis.

14. Atendendo a que a morte por cólera é essencialmente provocada pela desidratação, é óbvio que se as taxas de acesso e de utilização precoce da re-hidratação oral fossem elevadas, as taxas de letalidade nao seriam tao excessivas. Para fazer face a essa situação, é indispensável proceder à formação dos profissionais de saúde a todos os níveis, incluindo os agentes de saúde comunitária e os membros da comunidade. Ora, a despeito da formação ser uma componente importante do programa de luta contra as doenças diarreicas, verifica-se que os objectivos estao longe de estar alcançados.

15. Por outro lado, os conhecimentos e as estratégias de luta contra a cólera evoluíram de tal modo que é inadmissível que esta doença continue a assumir proporções de epidemia e a provocar tantas mortes.

16. O Subcomité insistiu no facto de a epidemia de cólera estar directamente ligada à falta de abastecimento de água potável, à pobreza e à insuficiência de medidas de saneamento, em particular no que respeita à eliminação dos excreta. Isto requer uma acção de carácter multisectorial.

17. O Subcomité fez suas as recomendações feitas pelo Director Regional no que se refere à repartição das tarefas de prevenção e de luta contra a cólera, aos três níveis dos sistemas nacionais de saúde.

18. Solicitou-se à Sede Regional que reforçasse o seu papel de coordenação das actividades de luta contra a cólera, nomeadamente entre países vizinhos.

19. O Subcomité acordou em submeter um projecto de resolução à apreciação do Comité Regional.

INICIATIVA AFRICANA PARA OS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (Documento AFR/RC41/INF.DOC/10)

20. O Subcomité do Programa, após ter analisado o documento AFR/RC41/INF.DOC/10, felicitou o Director Regional pelo seu conteúdo e pela maneira como fora apresentado. O Subcomité do Programa teceu alguns comentários e levantou algumas questões às quais o Secretariado respondeu.

21. Os membros do Subcomité do Programa notaram que havia demasiados medicamentos em circulação na Região. Alguns deles têm um valor terapêutico limitado e outros sao de qualidade duvidosa. O Subcomité deplorou a penúria de medicamentos que afecta a maioria dos Estados-membros. O elevado custo dos medicamentos foi realçado como um factor que dificulta o acesso aos mesmos por parte da população. O Subcomité deplorou a falta de farmacêuticos no sector público e observou que alguns médicos consideravam as listas de medicamentos essenciais como uma interferência no seu direito de prescrever o que entenderem. Além disso, o Subcomité fez notar que muitos países da Região eram vítimas de perdas de medicamentos devido aos furtos perpetrados pelo próprio pessoal de saúde. O Subcomité aconselhou a OMS a estreitar a cooperação com outras organizações das Nações Unidas, como a UNIDO e o UNICEF, a fim de promover e incentivar a produção de medicamentos nos Estados-membros da Região.

22. Em resposta a algumas destas declarações e questões o Secretariado afirmou que o controlo da circulação de medicamentos falsos só poderia ser efectivamente realizado se :

- i) se criasse um sistema de controlo de qualidade nos Estados-membros;
- ii) se estabelecessem sistemas de registo dos medicamentos;
- iii) os próprios países reforçassem os seus mecanismos de controlo;
- iv) os países respeitassem as suas listas nacionais de medicamentos essenciais e fizessem cumprir a sua utilização racional.

23. Além disso, foi geralmente notado que embora a produção local de medicamentos fosse vital, era preciso ver se esses projectos eram viáveis. Salientou-se que os agrupamentos interpaíses, como a Area de Comércio Preferencial (PTA), a ECOWAS, etc., ofereciam mais probabilidades de êxito devido à "economia de escala".

24. Decidiu-se que a resolução anexa ao documento seria submetida à apreciação do Comité Regional.

BOLSAS DE ESTUDO - RELATORIO DOS PROGRESSOS
REALIZADOS NA APLICACAO DA RESOLUCAO AFR/RC39/R5
(Documento AFR/RC41/INF.DOC/4)

25. Este documento de informação descrevia os progressos realizados na aplicação da resolução AFR/RC39/R5, na qual haviam sido feitas recomendações aos Estados-membros e à OMS sobre a formação do pessoal de saúde e as bolsas de estudo.

26. Os membros do Subcomité reconheceram o papel desempenhado pelas bolsas de estudo da OMS na formação do pessoal de saúde, tendo igualmente sublinhado os seus elevados custos. Manifestaram satisfação pelos progressos realizados e pelas novas iniciativas previstas.

27. O Subcomité do Programa realçou a necessidade de melhorar ainda mais a gestão das bolsas de estudo e de reforçar ainda mais o processo de avaliação a nível nacional.

28. Um delegado realçou particularmente a importância da OMS realizar um inventário das instituições de formação da Região Africana, enquanto instrumento fundamental para os Estados-membros promoverem activamente a realização da formação no seio da Africa.

29. O Subcomité foi informado de que a actualização do inventário existente já havia sido iniciada pelo serviço de bolsas de estudo e que o mesmo seria posto à disposição dos Estados-membros desde que estivesse terminado.

30. O Subcomité realçou a responsabilidade dos Estados-membros na escolha entre formação na Região e formação no estrangeiro e a importância do seu empenhamento com vista a incentivar a formação em Africa.

31. O Subcomité decidiu que as directivas da OMS, que representam a implementação do mandato da Organização no domínio da formação em saúde, podiam igualmente constituir um instrumento útil para os Estados-membros quando estes negociem os contributos dos organismos de cooperação bilateral neste campo.

SUBVENCOES PARA ESTUDOS OUTORGADAS PELA OMS
(Documento AFR/RC41/INF.DOC/7)

32. Este documento de informação explicava as SUBVENCOES PARA ESTUDOS, uma nova forma de apoio à formação criada pela Sede Regional Africana, com vista a reforçar a formação do pessoal de saúde e dos sectores afins, aos níveis distrital e intermédio, e para baixar os custos e alargar a cobertura deste apoio, por forma a aumentar o impacto da formação sobre o desenvolvimento dos recursos humanos em saúde. Foi proposto um projecto de resolução.

32. O Director Regional explicou igualmente que as SUBVENCOES PARA ESTUDOS poderiam propiciar um instrumento mais flexível do que as bolsas de estudo para as quais já havia disposições administrativas que não podiam ser ignoradas.

34. O Subcomité discutiu e deu contributos úteis para o relatório em apreço, tendo felicitado o Director Regional pela sua iniciativa, que aprovou plenamente.

35. O Director Regional acrescentou que a iniciativa visava igualmente incentivar a formação nos próprios países e que os montantes previstos para as SUBVENCOES PARA ESTUDOS no documento poderiam ser objecto de negociações com as autoridades dos Estados-membros.

36. O Subcomité acordou em submeter um projecto de resolução à apreciação do Comité Regional.

PROGRAMA DE FINANCIAMENTO DOS CUIDADOS
DE SAUDE (HECAFIP), DA SEDE REGIONAL AFRICANA DA OMS,
PARA OS ESTADOS-MEMBROS
(Documento AFR/RC41/INF.DOC/9)

37. O Secretariado apresentou o documento AFR/RC41/INF.DOC/9, intitulado "Programa de Financiamento dos Cuidados de Saúde da Sede Regional Africana da OMS (HECAFIP) para os Estados-membros", dando uma breve explicação sobre os vários aspectos deste novo programa, a fundamentação subjacente ao desenvolvimento do programa, as componentes do mesmo e o seu quadro de implementação.

38. Foi realçado que o programa é global mas centrado nos países e que é suficientemente flexível para ser adaptado às realidades de cada Estado-membro que o queira pôr em prática. Foi também sublinhado que a Sede Regional e a sua rede de implementação estão prontas a ajudar os Estados-membros a aplicar este programa, que exige colaboração entre os indivíduos, as suas famílias, as comunidades, os governos e os seus parceiros no desenvolvimento.

39. O Subcomité do Programa felicitou o Director Regional por ter apresentado em devido tempo o documento informativo sobre o novo programa. O debate que se seguiu demonstrou o grande interesse que os Estados-membros atribuem à nova iniciativa.

40. Concordando que já não é possível nem razoável, na maioria dos países da Região, que o sector da saúde esteja dependente de dotações orçamentais limitadas como única fonte de financiamento dos cuidados de saúde e, portanto, que o programa proposto é justificável, os delegados fizeram as seguintes observações sobre o mesmo :

- i) É preciso que todos os países, e até a Sede Regional, observem as experiências dos países africanos e de outros países fora de África (especialmente os em desenvolvimento), relativamente aos diversos mecanismos convencionais de financiamento dos cuidados de saúde. Muito se poderia aprender com essas experiências.
- ii) A crise económica, os programas de ajustamento estrutural, os termos de intercâmbio desfavoráveis e o fardo da dívida são alguns dos factores que contribuem para a diminuição dos recursos que actualmente são disponibilizados para o sector da saúde na maioria dos países. E, portanto, necessário conseguir dos nossos credores um alívio substancial da dívida e procurar recursos externos suplementares para o sector da saúde.
- iii) Os governos dos países da Região deveriam dar maior prioridade ao sector da saúde.
- iv) A "comparticipação nos custos" e o "co-financiamento" deveriam ser um dos objectivos e um dos métodos de qualquer programa ou esquema de financiamento dos cuidados de saúde e não a "recuperação dos custos" dada a má interpretação que normalmente é feita deste último conceito.
- v) O financiamento comunitário da saúde deverá ser encarado mais como um complemento do que como um substituto da dotação orçamental do governo para a saúde.
- vi) Uma larga faixa da população não pode ser adequadamente coberta por um sistema nacional de segurança social; há, portanto, necessidade de identificar o modo de financiar os serviços de cuidados de saúde prestados às pessoas desempregadas, às que trabalham por conta própria, etc..
- vii) A participação nos custos é uma via fundamental para melhorar o sistema de prestação de serviços de saúde.
- viii) Um dos problemas que impede ainda a participação efectiva das comunidades em muitos países é a falta de vontade em que a população participe nas decisões, planeamento, implementação e gestão dos recursos financeiros.
- ix) A "comparticipação nos custos" é ainda inaceitável em muitos países por razões políticas.
- x) Uma abordagem a partir das bases, mais do que a partir das cúpulas, seria uma melhor estratégia para estimular a participação comunitária, em especial no que se refere ao financiamento dos cuidados de saúde.

- xi) Talvez seja necessário incluir a "educação para a saúde" em todos os programas de financiamento dos cuidados de saúde para que estes tenham êxito.
- xii) Os agentes de saúde, e não apenas "os políticos", devem ser tidos em conta juntamente com o resto da população quando se procura eliminar as possíveis fontes de resistência a qualquer programa de financiamento de cuidados de saúde.
- xiii) É necessário conhecer-se a relação, se for caso disso, entre o Fundo Especial para a Saúde em África e a componente "Fundos Auto-renováveis da Comunidade" do novo Programa.

41. O Director Regional respondeu a alguns dos comentários feitos pelas delegações com as seguintes observações :

- i) Alguns dos comentários feitos resultaram quizá do facto de ter sido apresentado um resumo e não o documento integral que descreve o Programa.
- ii) A ideia subjacente ao Programa é de que não há solução universal quanto à maneira de financiar os serviços de saúde; é por essa razão que o Programa realça a necessidade de um diálogo social em cada país para encontrar mecanismos equitativos, acessíveis e viáveis de financiamento dos cuidados de saúde.
- iii) A formação e a educação a fim de preparar os agentes de saúde, administradores, planificadores, etc., para adquirirem competências relevantes (por exemplo, economia da saúde, elaboração de orçamento-programa e gestão financeira), são aspectos importantes de qualquer programa de financiamento de cuidados de saúde; é por esse motivo que o novo programa realça a melhoria da gestão através da formação e da investigação.
- iv) A parte do orçamento nacional atribuída ao sector da saúde pelo Governo é muito inferior ao mínimo de 5 por cento recomendado pela OMS, e, por conseguinte, é necessário que cada Governo aumente a sua dotação orçamental para este sector.
- v) O orçamento do ministério da saúde é apenas uma parte dos gastos em saúde em qualquer país. Em muitos países, os gastos privados com a saúde constituem uma soma significativa. Assim, um dos objectivos do Programa é mobilizar a grande quantidade de recursos provenientes do sector privado para melhorar a eficácia da prestação de cuidados de saúde.
- vi) É necessário que a nossa Região compreenda que não deve esperar que o resto do mundo pague pela saúde dos nossos povos. Esta é mais uma justificação para o Programa proposto.
- vii) O estabelecimento de uma parceria com o povo através de um diálogo social deveria preceder o lançamento da ideia de comparticipação nos custos. Uma vez estabelecida a parceria com o povo, temos possibilidade de êxito em conseguir que este aceite a comparticipação.

viii) O Fundo Especial para a Saúde em Africa é uma forma de apoio ao financiamento da Saúde da Comunidade e aos Fundos Auto-renováveis de Saúde Comunitária, conforme incluídos no Programa, uma vez que estes visam assegurar divisas para a expansão dos serviços de saúde locais.

42. O Secretariado fez comentários adicionais para esclarecer algumas questões levantadas pelos delegados. Finalmente, o Secretariado, ao reafirmar a necessidade da implementação do Programa em consonância com o que o resto do mundo (por exemplo, o Banco Mundial, os doadores, etc.) nos tem ultimamente sugerido, tomou nota das valiosas contribuições feitas pelo Subcomité do Programa, acrescentando que estas seriam extremamente úteis na implementação do Programa.

43. O Subcomité acordou em submeter um projecto de resolução à apreciação do Comité Regional.

DETERMINACAO DAS DOTACOES ORCAMENTAIS A CONSAGRAR
AOS PAISES EM 1994-1995 : ANALISE DOS CRITERIOS E
FORMULAS UTILIZADAS DESDE 1980-1981
(Documento AFR/RC41/INF.DOC/8)

44. Este ponto foi apresentado pelo Secretariado que recordou a resolução AFR/RC40/R4 intitulada "MELHOR APROVEITAMENTO POSSIVEL DOS RECURSOS DA OMS : ANALISE DA POLITICA DE ORCAMENTO/PROGRAMA", que permitiu o Comité Regional dar instruções ao Director Regional para que reexaminasse os critérios e fórmulas aplicadas para determinar a dotação para cada país.

45. Após uma longa e frutuosa discussão, o Subcomité considerou oportuna a elaboração desse estudo e, atendendo à sua importância, solicitou que o Comité Regional, por um lado, se pronunciasse sobre os critérios propostos e, por outro, fosse concedido aos países um tempo de reflexão suplementar para analisar esses critérios, antes que um grupo de peritos se debruçasse sobre o assunto.

46. Por último, o Subcomité não considerou premente a aplicação dos novos critérios para o biênio de 1994/1995 e sugeriu que fosse dado tempo suficiente para analisar esta importante questão.

47. O documento de informação deveria no entanto ser transmitido ao Comité Regional para discussão e eventuais comentários que possa desejar submeter ao Director Regional.

SEGUNDA ATRIBUICAO DO PREMIO DR. COMLAN A.A. QUENUM
PARA ACTIVIDADES DE SAUDE PUBLICA EM AFRICA
(Documento AFR/RC41/16)

48. O Subcomité do Programa apreciou a iniciativa e a entrega do segundo Prémio Comlan A.A. Quenum. Foram feitas sugestões no sentido de aumentar o fundo fiduciário do prémio, graças a contribuições voluntárias por parte dos funcionários, a contributos especiais dos Estados-membros e à afectação regular de fundos do orçamento da OMS.

49. As emendas aos critérios de selecção propostos pela comissão de selecção foram aprovadas.

RELATORIO DA DECIMA-SEGUNDA REUNIAO
REGIONAL DO PROGRAMA (RPM12)
(Documento AFR/RC41/17)

50. O Secretariado apresentou o relatório da décima-segunda reunião regional do programa (RPM12), que se realizou na Sede Regional Africana da OMS, em Brazzaville, entre 5 e 16 de Fevereiro de 1991, tendo por objectivo geral a elaboração do plano quinquenal de acção da Região para o período compreendido entre 1990 e 1994.

51. A reunião, presidida por Sua Excelência, o Dr. Ossebi-Douniam, Ministro da Saúde e dos Assuntos Sociais do Congo, contou com a participação de 43 dos 44 Representantes da OMS, do Dr. Monekosso, Director Regional da OMS para a Africa, do Dr. M. Racelis, Director Regional do UNICEF para a Africa Oriental e Austral, do Sr. Ndiaye, Chefe da Divisao Africana do FNUAP, e de Sua Excelência, o Sr. Pendje Demodeito-Yako, Ministro da Saúde da República do Zaire.

52. Para alcançar os objectivos específicos desta reunião, a saber, o estabelecimento, por cada Representante, das actividades concretas a executar em 1990 e 1991, incluindo as fontes de financiamento e a formação das Equipas-Paises utilizou-se a seguinte metodologia :

- a) em grupo de trabalho, apresentação por cada Representante do seu projecto de programa de acção, que foi em seguida discutido pelos seus pares e emendado em consequência;
- b) apresentação, ao Director Regional, do projecto revisto para apreciar a coerência das actividades escolhidas, bem como os meios financeiros, materiais e humanos previstos para a execução do programa.

53. A aplicação do mesmo processo a nível das equipas interpaíses permitiria identificar as intervenções requeridas pelos países de cada Sub-região. Os programas de cooperação da OMS com certos parceiros, como o UNICEF ou o FNUAP, bem como alguns projectos específicos (Abastecimento de Agua e Saneamento, Medicamentos Essenciais, Saúde materno-infantil, etc.) foram objecto de exposições técnicas, o mesmo tendo acontecido com o programa de luta contra a SIDA e os progressos realizados na descentralização progressiva da gestão deste programa da Sede Mundial da OMS para a Região Africana.

Resultados da RPM.12

54. A análise dos planos de acção elaborados pelos Representantes permitiu fazer as seguintes observações :

- i) Os planos de acção tiveram em conta :
 - a) os programas prioritários da Região, a saber : controlo da doença; saúde materno-infantil/planeamento familiar; abastecimento de água e saneamento do meio;
 - b) as dificuldades económicas contra as quais devem estabelecer-se estratégias como a Iniciativa de Bamaco;
 - c) as dificuldades sociais agravadas pela SIDA e que requerem a mobilização social.

- ii) A cada nível do sistema de saúde correspondem actividades específicas dos programas prioritários e da escolha "à la carte":
- a) a nível periférico, 23 actividades identificadas, entre as quais os medicamentos essenciais, a reabilitação comunitária, uma habitação salubre e a saúde dos jovens;
 - b) a nível intermédio, 14 actividades para o apoio técnico aos cuidados primários de saúde, aos programas de controlo da doença e de inocuidade do sangue e, de entre as escolhas "à la carte", a vigilância da doença, a gestão hospitalar do distrito, o apoio aos laboratórios, a educação para a saúde na escola, a inocuidade da água utilizada para beber e o saneamento em meio urbano;
 - c) a nível central, 12 actividades, entre as quais a reestruturação dos serviços técnicos dos Ministérios da Saúde (31 países), a participação das universidades nas actividades de saúde (29 países), a organização e o apoio das actividades de saúde de carácter multisectorial (28 países) e o estabelecimento de laços com os outros sectores (26 países).
- iii) As Equipas-países, compostas por peritos nacionais de elevado nível técnico, repartidas em três grupos (apoio administrativo e logístico; apoio aos programas prioritários; apoio à aceleração da implementação dos cuidados primários de saúde), revestem-se de uma grande importância. As actividades a executar pelas Equipas Interpaíses, em colaboração com as Equipas/Países, foram igualmente definidas em três domínios, a saber :
- a) gestão (Management) para: avaliar a operacionalidade dos sistemas de saúde, formando formadores para os inquéritos sobre a operacionalidade dos distritos; melhorar a gestão dos programas prioritários e a recolha e difusão da documentação sobre a gestão dos programas, utilizando indicadores apropriados; acompanhar de perto os programas realizados na SAUDE PARA TODOS NO ANO 2000 (STP/2000) e adaptar a metodologia dos inquéritos nos agregados familiares aos seus contextos; elaborar relatórios de actividades de gestão e dos progressos realizados em cada país;
 - b) formação, a partir de três objectivos, a saber: reforçar as competências em matéria de gestão dos programas prioritários; melhorar as competências em matéria de SMI/PF, controlo da doença (incluindo a luta contra a SIDA) e abastecimento de água e saneamento; reforçar as competências na área de elaboração de projectos de desenvolvimento sanitário e, para cada objectivo, identificar as necessidades de formação, e efectuar a concepção ou adaptação dos programas de formação, bem como a organização da formação dos formadores em cada país;
 - c) investigação para: iniciar os operadores na metodologia da investigação operacional; reforçar a capacidade de execução dos projectos de investigação operacional; promover a utilização dos recursos dessa investigação.

55. A fim de ter em conta a similitude dos problemas de saúde entre alguns países, o Director Regional elaborou uma estratégia que agrupa os países insulares (Seychelles, por ex.), países que foram vítimas de guerras (Uganda, por ex.) e países de grande superfície (Nigéria, por ex.).

56. Por outro lado, para assegurar a implementação do quadro africano de desenvolvimento sanitário, o Director Regional estabeleceu um fundo específico para as actividades de Saúde para Todos das Equipas/Países, com vista à melhoria das competências em matéria de gestão (1990-1991), formação (1991-1993) e investigação (1992-1994), desenvolvendo igualmente estratégias destinadas a superar as dificuldades económicas e sociais.

57. A décima-segunda Reunião Regional do Programa pôs em evidência a importância de planos de acção coerentes, o papel das Equipas/Países e Equipas Interpaíses e a harmonização dos métodos de trabalho do conjunto das equipas da OMS para prestar apoio a todos os níveis dos sistemas de saúde dos Estados-membros, com vista à instauração da SPT/2000.

58. Os membros do Subcomité do Programa felicitaram o Director Regional pela clareza do documento apresentado pelo Secretariado e fizeram duas observações, a saber :

- a) a colocação à disposição de critérios e modalidades de recrutamento dos membros das Equipas/Países, que consideraram uma excelente inovação;
- b) a importância dada à coordenação dos esforços entre as organizações do sistema das Nações Unidas, nomeadamente o UNICEF que utiliza o mesmo tipo de profissionais que a OMS e põe à disposição dos países muitos mais meios financeiros.

59. O Secretariado respondeu às questões postas e declarou que o documento relativo ao recrutamento das Equipas/Países seria posto à disposição dos Estados-membros, embora os procedimentos de recrutamento obedecessem às normas da OMS.

60. Por outro lado, o Presidente fez notar o caso dos países em que o espírito de parceria entre a OMS e o país favorece a utilização judiciosa dos recursos humanos disponíveis pelas duas partes.

RELATORIO DA COMISSAO CONSULTIVA AFRICANA
PARA O DESENVOLVIMENTO SANITARIO (CCADS)
(Documento AFR/RC41/18)

61. O Secretariado apresentou o relatório da Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário (CCADS), que realizou a sua 11^a sessão entre 10 e 17 de Junho de 1991, em Brazzaville, sob a presidência do Professor NKRUMAH. O Dr. G.L. Monekosso, Director Regional, que abriu os trabalhos, insistiu no espírito de independência que devia animar esta Comissão e na necessidade de se proporem soluções realistas.

62. Foram debatidos três temas :

i) Formação do pessoal de saúde

- a) A formação de pessoal de saúde que constitui, juntamente com a gestão e a investigação, um dos domínios prioritários de intervenção para a aceleração do processo de instauração da estratégia da SPT/2000, de acordo com o quadro africano de desenvolvimento sanitário. A CCADS reconheceu que a utilização eficaz dos recursos humanos era a finalidade do processo de formação, cujas outras componentes principais são a formação inicial, a reciclagem, o aperfeiçoamento e a especialização.

- b) A CCADS, tendo observado alguns obstáculos entre a vontade política, o empenho das instituições e a aplicação das resoluções aprovadas em matéria de formação, manifestou o seu desejo de que fossem feitos estudos para definir as causas destes obstáculos e encontrar as soluções adequadas a nível de cada país. Além disso, a CCADS recomendou que a composição das estruturas de decisão ao nível central seja alargada, para que possam reflectir o carácter multisectorial da promoção da saúde. No mesmo espírito, deve ser feito um esforço contínuo no campo da formação de pessoal dos sectores ligados à saúde. Sendo o distrito o ponto fulcral dos serviços de saúde, a CCADS recomendou a formação inicial e contínua dos membros das equipas distritais de saúde, para que estas possam, por sua vez, formar os agentes de saúde de aldeia e as parteiras tradicionais.
- c) Como métodos eficazes de formação, a CCADS encorajou a formação no emprego, a informação técnica contínua, a supervisão e o acompanhamento de formação. Em todos os casos, os programas de formação deveriam ter em conta as necessidades expressas e os padrões epidemiológicos das comunidades. A CCADS insistiu na necessidade de manter elevado o moral dos agentes de saúde, de aumentar a produtividade e de travar o êxodo de quadros para fora da nossa Região.
- d) Finalmente, a CCADS sublinhou a necessidade e a importância de se reforçar a rede de estabelecimentos de formação em saúde pública, bem como a importância da investigação que deveria ter uma perspectiva ampla, isto é: investigação clínica, biomédica e sobre sistemas de saúde (especialmente sobre CPS).
- ii) Dificuldades económicas
- a) O segundo tema debatido pela CCADS estava relacionado com a iniciativa da Sede Regional para ajudar os Estados-membros a superar as dificuldades económicas que obstam aos progressos no sector da saúde (HECAFIP);
- b) Notando que a crise de saúde na Região é o resultado da crise económica que os nossos países atravessam e contra a qual alguns países adoptaram programas de ajustamento estrutural que resultam muitas vezes no agravamento da crise da saúde, reduzindo o orçamento da saúde que, na sua repartição, já desfavorece o nível distrital, a Comissão considerou a proposta de programa de financiamento dos serviços de saúde (HECAFIP) como uma iniciativa a encorajar e a aplicar a nível dos Estados.
- c) Para isso, convém dar especial destaque: à vontade política e ao empenho ao mais alto nível em cada país, para adoptar esta iniciativa; à promoção do financiamento dos serviços de saúde tendo em conta a natureza "produtiva" da saúde; à protecção dos pobres e indigentes na recuperação dos custos; ao estabelecimento de planos de seguro contra a doença a nível dos países.

iii) Estratégia de prevenção e de luta contra a SIDA

- a) A estratégia de prevenção e de luta contra a SIDA foi o terceiro tema debatido pela CCADS.
- b) Uma vez que os actuais agentes de saúde da Região foram formados antes da pandemia da SIDA, a CCADS considerou urgente a sua reciclagem para uma melhor compreensão da dimensão do problema e das intervenções a empreender. A informação, a educação e a comunicação em matéria de saúde constituem a estratégia mais eficaz e servem de elo de ligação para os nove domínios de acção da estratégia adoptada para a Região.

63. A CCADS tomou nota da descentralização em curso do programa e encorajou o seu alargamento até ao nível distrital. Destacou também o papel dos homens, tanto na transmissão da SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis, como na tomada das decisões políticas, económicas e sociais. Sublinhou igualmente a importância da investigação, incluindo a investigação social e comportamental. Relativamente ao grupo etário dos 5 aos 19 anos, foi decidido que este merece a maior protecção porque ainda está relativamente poupado.

64. No espírito do quadro africano de desenvolvimento sanitário, a CCADS recomendou que se envidasse um esforço especial para que a comunidade participasse no tratamento dos doentes e o pessoal qualificado fosse encarregado da informação, da educação e da comunicação em matéria de saúde. Finalmente, a CCADS recomendou a criação de uma estrutura suprasectorial de coordenação de luta contra a SIDA em cada país, por forma a que este programa tenha o máximo apoio e eficácia.

65. Os membros do Subcomité do Programa felicitaram o Director Regional pelo excelente documento apresentado pelo Secretariado. Foram feitas duas sugestões de emenda ao parágrafo 24 (ix):

- b) inserir o termo "adequado" após financiamento; deve ler-se: "promoção do financiamento adequado dos cuidados de saúde ...";
- d) acrescentar a expressão "se possível"; deve ler-se: "planos de seguro contra a doença, se possível".

PROMOCAO DA SAUDE ORAL NA REGIAO AFRICANA
(Documento AFR/RC41/INF.DOC/3 Rev. 1)

66. O relatório do Director Regional sobre este tema foi apresentado pelo Secretariado, que começou por historiar as fases que marcaram a evolução do interesse votado ao programa de saúde oral na Região, nomeadamente :

- i) a conferência dos chefes de serviços de saúde oral, em 1969;
- ii) a resolução AFR/RC24/R9, aprovada em 1974, relativa à criação de um serviço consultivo de saúde oral na Sede Regional;
- iii) as discussões técnicas sobre a saúde oral, em 1975;
- iv) a reunião de uma comissão de peritos regionais em 1978;
- v) a resolução AFR/RC30/R4, aprovada em 1980, que preconizava a integração dos cuidados de saúde oral nos cuidados primários de saúde;

- vi) a criação pela Sede Regional, em 1988, em colaboração com o Governo da Nigéria, do lo Centro Experimental Interpaíses de Formação e Investigação em saúde oral, em Jos.

67. Referiu-se que, apesar da existência, na Região, de actividades de saúde oral, são raros os países que formularam políticas nacionais neste campo, que possuem planos nacionais dignos desse nome ou que, tendo ultrapassado o estado de cobertura adequada dos cuidados de urgência, passaram a dedicar-se à organização de serviços de cuidados curativos eficazes, em toda a extensão do território nacional, ou à organização das actividades preventivas.

68. Seguidamente, foi apresentado um quadro esquemático de organização dos cuidados de saúde oral, inspirado no Cenário Africano de Desenvolvimento Sanitário, para servir de base aos países que ainda não fizeram uma reflexão susceptível de colmatar, nos seus respectivos sistemas nacionais de saúde, as lacunas nos cuidados preventivos e curativos e na promoção da saúde oral.

69. O quadro esquemático em questão coloca a tónica em : i) uma distribuição de funções e tarefas aos níveis distrital, provincial e central; ii) uma hierarquização do pessoal necessário, desde os agentes de saúde oral e auxiliares dentários nos distritos, até aos chefes de serviços de saúde oral no Ministério da Saúde, passando pelos dentistas e cirurgiões-dentistas dos hospitais provinciais e de outras instituições dos níveis terciário e quaternário.

70. O documento foi considerado bem elaborado, importante e oportuno, dada a pouca importância que os países da Região atribuem aos problemas de saúde oral, tendo o Director Regional sido felicitado por apresentar este tema.

71. Os delegados forneceram informações relativas às actividades em curso nos seus países, nomeadamente um estudo exaustivo efectuado na Nigéria e que poderia inspirar outros países da Região Africana, e a experiência senegalesa de expansão progressiva das actividades de saúde oral a todo o território, a partir da criação, a nível do Ministério da Saúde, de uma "divisão de saúde oral".

72. Os delegados do Senegal e do Uganda deram conta dos esforços realizados nos respectivos países na formação de pessoal para remediar a insuficiência de quadros de saúde oral de todas as categorias. O Uganda elaborou um plano de saúde oral a incluir nos programas de desenvolvimento sanitário dos distritos e o Senegal atribuiu muita importância às actividades do programa no quadro da saúde escolar, com informação adequada às famílias dos alunos para a prevenção das afecções orais ligadas aos hábitos alimentares.

73. Nas Seychelles, as actividades de saúde oral, negligenciadas até há alguns anos, tornaram-se relevantes aos olhos das autoridades competentes, devido ao alarme suscitado pelo aumento das taxas de prevalência das doenças de abastança, nomeadamente as cáries dentárias, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares. O presidente do Subcomité do Programa chamou a atenção para o facto de os profissionais clássicos de saúde oral serem refractários às actividades de prevenção e promoção da saúde neste domínio. Nas Seychelles foi criada uma nova categoria de "Dental therapists" (terapeutas dentários).

CONTROLO DA ELIMINACAO DOS RESIDUOS
TOXICOS E NUCLEARES PARA A PROTECCAO
DA SAUDE EM AFRICA (Documento AFR/RC41/INF.DOC/2)

74. O documento AFR/RC41/INF.DOC/2 sobre este tema foi apresentado pelo Secretariado, em nome do Director Regional. Este documento fora elaborado na sequência da resolução AFR/RC38/R8, aprovada pelo Comité Regional durante a sua sessão de Setembro de 1988, como reacção às denúncias sobre as deposições de resíduos tóxicos e nucleares em certos países da Região, algumas das quais foram confirmadas.

75. O relatório expunha os esforços empreendidos pela Sede Regional para : i) recolher as declarações e testemunhos oficiais dos Estados-membros sobre a matéria (apenas 25 países responderam); ii) analisar a situação nos países da Região relativamente à existência de estruturas ou mecanismos responsáveis por questões ligadas ao ambiente, aos recursos humanos com ele relacionados e à legislação referente ao assunto; iii) publicar e difundir informações relativas aos efeitos sobre a saúde dos resíduos tóxicos e radioactivos; e iv) difundir a informação sobre as repercussões do acidente de Tchernobyl na saúde em Africa, e, particularmente, sobre os riscos da importação de alimentos contaminados por radioactividade.

76. Em seguida, o relatório fazia referência : i) à participação da Sede Regional Africana da OMS nas actividades relativas à promoção da Rede Mundial de Vigilância das Radiações Existentes no Ambiente (GERMON), e ii) ao plano de base de projectos especiais relativos à nova estratégia mundial de saúde ambiental, alguns dos quais referentes à gestão e controlo de resíduos perigosos. Finalmente, foram apresentadas aos delegados as linhas gerais das actividades previstas na Região, relativas ao combate à poluição do ambiente.

77. A oportunidade da informação foi sublinhada pelos delegados, os quais felicitaram o Director pela qualidade do documento, apesar de pouco extenso.

78. O delegado da Nigéria chamou a atenção dos participantes para os perigos da produção de resíduos tóxicos pelas indústrias nascentes em Africa, em particular das que utilizam o amianto, considerado hoje um perigoso factor cancerígeno para os profissionais que o manuseiam.

79. Os delegados subscreveram uma proposta que solicitava à Sede Regional que tomasse as iniciativas necessárias para i) inventariar as indústrias consideradas perigosas devido à poluição que provocam; ii) elaborar guias capazes de prevenir os efeitos dos sub-productos dessas indústrias sobre a saúde das populações da Região. Seria também apreciado o apoio técnico necessário à formulação de uma legislação adequada.

80. O delegado dos Camarões levantou a questão da coordenação entre as diferentes instituições das Nações Unidas para as actividades a realizar a nível dos países, a propósito de um mal-entendido registado entre os departamentos dos Ministérios da Saúde e do Ensino Superior, que tinham sido solicitados pela OMS e pelo PNUE, respectivamente, para a execução de actividades relacionadas com o ambiente. A discussão permitiu concluir que cabe às autoridades nacionais criar a nível dos países os mecanismos destinados a promover a coordenação das actividades dos organismos de cooperação evitando assim a duplicação de esforços e o esbanjamento dos recursos. Além disso, foi dada a informação de que a nível de Região existe um quadro de cooperação estreita entre a OMS e o PNUE, para questões de interesse comum ligadas ao ambiente.

81. O delegado das Seychelles salientou que, segundo a experiência de um pequeno país insular como o seu, os Estados-membros da Região teriam vantagem em criar um plano bem definido de gestão e protecção do ambiente, se se quiserem preparar para enfrentar os riscos ligados ao ambiente e evitar catástrofes provocadas por decisões extemporâneas, susceptíveis de conduzir a erros. Esses planos de gestão e protecção do ambiente deveriam ser elaborados em estreita ligação com os sectores da saúde e sectores afins.

PREVENCAO DAS PERTURBACOES MENTAIS,
NEUROLOGICAS E PSICOSSOCIAIS
(Documento AFR/RC41/INF.DOC/1 Rev.1)

82. Este relatório foi apresentado pelo Secretariado, em nome do Director Regional.

83. Elaborado na sequência da resolução AFR/RC38/R1, o documento relatava a existência de Grupos Nacionais de Coordenação da Saúde Mental em 26 países da Região, assinalava os progressos obtidos pelo Grupo Africano de Acção para a Saúde Mental, cujos membros passaram dos 13, conhecidos entre 1977 e 1989, para os 28 actuais, e anunciava estar em curso a designação de quatro novos Centros de Colaboração da OMS para a saúde mental em Harare, Kinshasa, Nairobi e Yaoundé, para juntar aos que existiam já em Abeokuta e Ibadan (Nigéria), e Dacar (Senegal).

84. O documento reportava-se ao relatório do Director Regional apresentado na 40a sessão do Comité Regional Africano da OMS sobre os "cuidados comunitários de saúde mental baseados na estratégia do sistema distrital de saúde em Africa", para dar resposta à solicitação, feita em 1988 (resolução AFR/RC38/R1), no sentido de que o Director Regional elaborasse um modelo de cuidados de saúde mental nas comunidades, destinado à Africa.

85. Os membros do Subcomité do Programa foram unânimes em felicitar o Director Regional pelo documento, que classificaram de excelente e útil. O delegado da Nigéria situou no nascimento a origem de certas perturbações mentais, com a prematuridade, a asfixia neonatal, as lesões à nascença, etc., chamando a atenção para a necessidade de criar na Sede Regional, à semelhança do que acontecera na Sede Mundial, um novo programa virado para a saúde do recém-nascido. Foi-lhe respondido que, na Sede Regional, essas questões eram tratadas no âmbito da SMI/PF, em especial nas actividades ligadas à iniciativa da maternidade sem riscos, nomeadamente a consulta pré-natal, o parto assistido e a prevenção do baixo peso à nascença. Foi-lhe apontada a existência do Centro de Colaboração da OMS em neonatologia de Adis-Abeba.

86. O delegado do Senegal evocou a experiência do seu país na gestão das perturbações neurológicas associadas à crise de adaptação à sociedade moderna, pela técnica de reinserção social, onde os valores e referências culturais assumem papel fundamental, numa psicoterapia de grupo desenvolvida no centro hospitalar neuro-psiquiátrico de Fan, em Dacar. Também a experiência nigeriana foi evocada durante a discussão.

87. O Presidente do Subcomité do Programa, o delegado das Seychelles, expôs aos participantes a insuficiência de quadros especializados em saúde mental e o modo como o seu país dependia da cooperação internacional nesta matéria. Apontou ainda a questão do abuso de drogas e de álcool e a frequência crescente de suicídios como problema de saúde pública na Região. Tendo em conta as modificações no estilo de vida e a ocorrência de perturbações neuropsicológicas, é evidente nas Seychelles o interesse pela saúde mental, não só nas estruturas dependentes do Ministério da Saúde como em outros sectores, entre os quais o da educação.

88. O delegado da Suazilândia sublinhou que o seu país não possui especialistas nacionais em saúde mental e que recebera ajuda da Sede Regional da OMS nesse domínio. O ministério tenta ultrapassar essas dificuldades por meio da formação de enfermeiros capazes de, a nível distrital, ocuparem-se dos doentes com perturbações neuropsicológicas. Esta solução alternativa foi referida por outros delegados de países confrontados com o problema da insuficiência de quadros de todas as categorias, no domínio da saúde mental. Foi assinalada a necessidade de dinamizar a cooperação técnica entre os países em vias de desenvolvimento (CTPD).

89. O delegado do Uganda, dando ênfase à pouca importância conferida à saúde mental em numerosos países, sugeriu que a Sede Regional devia fazer os esforços necessários para valorizar os aspectos psíquicos, sociais e culturais da saúde, nos programas de formação do pessoal de saúde. Deu destaque à importância que as populações africanas na generalidade conferem aos "Traditional Healers" (curandeiros tradicionais ou praticantes de medicina tradicional).

SITUACAO DA IMPLEMENTACAO DA RESOLUCAO 44/211
DA ASSEMBLEIA GERAL DAS NACOES UNIDAS
(COORDENACAO DAS ACTIVIDADES OPERACIONAIS DAS NACOES UNIDAS):
RELATORIO DO DIRECTOR REGIONAL (Documento AFR/RC41/INF.DOC/6)

90. O Subcomité do Programa analisou em seguida o relatório do Director Regional sobre a implementação da resolução 44/211 da Assembleia-Geral das Nações Unidas relativa à coordenação das actividades operacionais da ONU.

91. A necessidade de fortalecer a coordenação das actividades operacionais entre as agências da ONU a nível nacional foi realçada pelo Subcomité do Programa.

92. Para além disso, as reservas sobre os mecanismos de implementação indicadas no relatório do Director Regional foram partilhadas pelo Subcomité do Programa.

ATRIBUICAO DE RESPONSABILIDADES
PARA A APRESENTACAO DO RELATORIO
DO SUBCOMITE DO PROGRAMA AO COMITE REGIONAL

93. Foi decidido que o Presidente do Subcomité do Programa faria a introdução do relatório do Subcomité, enquanto o relator o apresentaria ao Comité Regional.

CONCLUSAO

94. O Subcomité do Programa aprovou resoluções sobre os seguintes temas, a fim de serem submetidas ao Comité Regional para aprovação : a epidemia da cólera; a iniciativa africana para os medicamentos essenciais; as subvenções para estudos outorgadas pela OMS; o programa de financiamento dos cuidados de saúde da Sede Regional Africana da OMS.

95. O Subcomité do Programa analisou a maneira de reforçar e melhorar os seus trabalhos, a fim de facilitar ainda mais as sessões do Comité Regional.

96. O Subcomité recomendou por unanimidade que o Comité Regional e o Director Regional encarassem a possibilidade de realizar doravante a reunião do Subcomité dois ou três meses antes da sessão do Comité Regional.

APENDICE 1

LIST OF PARTICIPANTS
LISTE DES PARTICIPANTS
LISTA DOS PARTICIPANTES

CAMAROES

Dr. R. Owona Essomba
Directeur de la Médecine Préventive e rurale

NIGER*

NIGERIA

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

Sr. C.A.E. Sule
Deputy Director (International Health)

RWANDA
RUANDA

Dr. J.B. Kanyamupira
Directeur général de la Santé

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

Dr. Sacramento Bonfim
Ministro dos Assuntos Sociais
Chefe da Delegação

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

SENEGAL

Dr. Fodé Diouf
Médecin Conseiller technique
Ministère de la Santé publique et de l'Action sociale

SEYCHELLES
ILHAS SEYCHELLES

Dr. Conrad Shamlaye
Principal Secretary of Health

* Nao pôde participar

Apêndice 1

SERRA LEONE
SERRA LEOA

Dr. Bailah Leigh
Director, MCH/EPI
Ministry of Health

SWAZILAND
SOUAZILAND
SUAZILANDIA

Dr. Fanny Friedman
Minister of Health Services
Head of Delegation

Dr. J.M. Mbambo
Director of Health Services

Mr. G. Matsebula
Matron, Public Health Unit

TOGO

Dr. R. Vignon Devo
Conseiller technique
Ministère de la Santé Publique

UGANDA
OUGANDA

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

ZAIRE*

* Nao pôde participar

Apêndice 1SECRETARIAT
SECRETARIADO

Dr. G.L. Monekosso
Director Regional

Dr. S. Calvani
Director da Coordenação, Promoção e Informação

Dr. A. D'Almeida
Chefe de Programa, Apoio aos sistemas nacionais de saúde

Dr. M. Boal
Chefe de Programa, Apoio à promoção e
protecção da saúde em geral

Dr. D. Barakamfitiye
Chefe de Programa, Prevenção e controlo
da doença

Dr. Y.A. Angate,
Chefe de Programa, Programa de financiamento
dos cuidados de saúde

Dr. P. Fasan,
Chefe do Programa de luta contra a SIDA

Dr. R. Bail
Coordenador da estratégia da Saúde para Todos

Sr. S. Ngalle Edimo,
Funcionário regional, Serviço de gestão do programa

Dra. A. Sanneh,
Funcionária regional,
Serviço de bolsas de estudo

Dr. E. Chelemu,
Funcionário regional, Programa de medicamentos essenciais e vacinas

Mr. P. Mukassa, BFO
Funcionário regional, Serviço de orçamento e finanças

Mr. A. Yalanzele, BUD
Funcionário regional, Serviço de orçamento

Mr. Bunmi Makiwa, UPI
Funcionário regional, Serviço de Imprensa e Informação

PROGRAMA DE TRABALHO

1. Abertura da sessao
2. Epidemia de Cólera na Regiao Africana (documento AFR/RC41/INF.DOC/11)
3. Iniciativa africana para os medicamentos essenciais (documento AFR/RC41/INF.DOC/10)
- 4(a) Relatório dos progressos realizados na applicação da resolução AFR/RC39/R5 (documento AFR/RC41/INF.DOC./4)
- 4(b) Subvenções para estudos outorgadas pela OMS (doc. AFR/RC41/INF.DOC/7)
5. Programa de financiamento dos cuidados de saúde (HECAFIP) na Sede Regional, para os Estados-membros (documento AFR/RC41/INF.DOC/9)
6. Determinação das dotações orçamentais a consagrar aos países em 1994/1995 - Análise dos critérios e das fórmulas usadas desde 1980/1981 (AFR/RC41/INF.DOC/8)
7. Relatório do Prémio Dr. Comlan A.A. Quenum (documento AFR/RC41/16)
8. Relatório da Reuniao Regional do Programa (documento AFR/RC41/17)
9. Relatório da Comissao Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário (documento AFR/RC41/18)
- 10(a) Promoção da saúde oral na Regiao Africana (documento AFR/RC41/INF.DOC/3 (Rev.1))
- 10(b) Protecção da saúde em Africa : combate à deposição de resíduos tóxicos e nucleares (documento AFR/RC41/INF.DOC/2)
- 10(c) Prevenção das perturbações mentais, neurológicas e psicossociais (documento AFR/RC41/INF.DOC/1 Rev.1)
11. Sessao de informacao dos Directores Regionais sobre a situação da resolução 44/211 da Assembleia Geral das Nações Unidas (documento AFR/RC41/INF.DOC/6)
12. Aprovação do relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC41/15)
13. Atribuição de responsabilidades para apresentação do relatório do Subcomité do Programa ao Comité Regional
14. Encerramento da reuniao.

RELATORIO DAS DISCUSSOES TECNICAS

INTRODUCAO

1. As discussões técnicas da 41ª Sessão do Comité Regional realizaram-se a 7 de Setembro de 1991 e incidiram sobre a "Formação do pessoal de saúde - mobilização dos recursos humanos para a saúde".
2. A Presidência das discussões técnicas foi assegurada pelo Professor Nathaniels Gage, assistido por três relatores eleitos pelo Comité Regional: o Dr. António Maria, para o grupo trilingue (inglês, francês e português), o Dr. S. Subramanien para o grupo anglófono e o Dr. Dossou para o grupo francófono. A composição destes três grupos figura no Anexo 1.
3. Após a apresentação do tema pelo Secretariado, os grupos de trabalho examinaram a questão à luz do documento de trabalho AFR/RC41/TD/1 e do guia AFR/RC41/TD/2 postos à sua disposição. Analisaram muito especificamente as questões fundamentais relacionadas com:
 - o desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde;
 - a formação inicial do pessoal de saúde;
 - a formação contínua do pessoal de saúde;
 - a integração dos sistemas de formação inicial e de formação contínua;
4. O presente relatório é a síntese das suas respectivas contribuições.
5. De modo geral, os participantes apreciaram a qualidade do documento de trabalho (AFR/RC41/TD/1) que consideraram como um quadro susceptível de inspirar os países nos seus esforços para pôr em prática as políticas e os planos nacionais de formação e de mobilização do pessoal de saúde.
6. Da análise das questões fundamentais submetidas à sua apreciação, os participantes fizeram constatações e recomendações, cujo essencial se resume nos parágrafos que se seguem.

DESENVOLVIMENTO DOS RECURSOS HUMANOS PARA A SAUDE

7. Os participantes começaram por passar em revista os problemas que afectam o desenvolvimento do pessoal de saúde nos países da Região Africana. Entre os mais frequentes, identificaram a fragilidade do planeamento dos recursos humanos, a ausência de motivação do pessoal de saúde, a inadequação da formação às necessidades de saúde e ao emprego, a harmonização insuficiente entre as instituições de formação em ciências de saúde, a ausência de coordenação entre as estruturas de formação e de utilização do pessoal de saúde, as capacidades limitadas dos orçamentos nacionais de saúde e a insuficiência da coordenação intersectorial.
8. Os participantes afirmaram também que estes obstáculos e dificuldades se encontravam na origem da frustração dos trabalhadores de saúde, do abandono para sectores mais lucrativos e da fuga de cérebros, para apenas citar as consequências mais graves.

9. Para resolver ou reduzir estes problemas, os participantes insistiram, sobretudo, na necessidade de aplicar, o mais rapidamente possível, políticas e planos de desenvolvimento dos recursos humanos baseados na necessidade de pessoal de saúde e nos planos nacionais de desenvolvimento sanitário e social. Recomendaram também a elaboração de planos de carreira, que tivessem em conta as características e aspirações de cada categoria de profissionais de saúde. A criação de estruturas de coordenação intersectorial deveria facilitar a aplicação da globalidade das alterações e inovações requeridas.

FORMACAO DO PESSOAL DE SAUDE

10. Os participantes consideraram indispensável proceder a uma análise pormenorizada da situação real em cada país, antes mesmo de envidar qualquer esforço para melhorar a pertinência, a eficácia e a eficiência dos sistemas de formação em ciências da saúde.

11. Uma outra exigência admitida pelos participantes foi a de associar todas as partes implicadas, inclusive organizações profissionais, ao processo de revisão dos programas de formação, no âmbito de uma coordenação pluridisciplinar e multissectorial o mais alargada possível.

12. Em resposta a preocupações mais concretas, concordaram que, para garantir a sua pertinência, os programas de formação deveriam apoiar-se nos problemas prioritários de saúde e nas necessidades de formação próprias de cada categoria de pessoal. Destas bases nasceram objectivos de aprendizagem claros e precisos, que conduziram, simultaneamente, ao processo de formação e à avaliação. A descrição dos postos de trabalho constitui uma preciosa referência para este fim.

13. Para garantir a eficácia da formação, haverá que seleccionar estratégias educativas adaptadas às competências a adquirir, tendo em conta as circunstâncias da aprendizagem e os recursos pedagógicos susceptíveis de serem mobilizados. Será igualmente indispensável atribuir uma importância contínua à formação dos formadores. Além disso, haverá que tomar disposições para alargar e variar as experiências e os campos de aprendizagem das ciências de saúde.

14. Para assegurar a eficiência dos programas de formação, os participantes sugeriram a regionalização de certas instituições de formação, por exemplo, as de especialização e de aperfeiçoamento. Reconheceram a necessidade de melhorar a avaliação das competências e dos programas. A racionalização de gestão das bolsas de estudo representat também uma componente que convém não negligenciar.

15. Considerando as estruturas e instituições susceptíveis de melhorar os resultados dos sistemas nacionais de formação, os participantes admitiram a necessidade de criar um órgão de composição multidisciplinar e pluri-sectorial em cada nível de sistema de saúde. Os papéis e as funções dessas comissões dependerão dos níveis onde forem implantadas, bem como dos contextos nacionais. No que respeita às instituições, foram aconselhados os reagrupamentos nacionais e a racionalização da sua utilização. A regionalização, sob a coordenação da OMS, foi de novo encarada como modo de evitar duplicações e reduzir as formações no exterior da Região.

FORMACAO CONTINUA DO PESSOAL

16. Da experiência dos participantes ressalta que certos países da Região já criaram elementos da abordagem descrita no documento de trabalho, nomeadamente ao nível do distrito de saúde. No entanto, os participantes insistiram na necessidade de uma adaptação aos contextos nacionais.

17. As propostas feitas para cada um dos três níveis dos sistemas de saúde são bastante semelhantes às que constavam do documento. Insistiu-se na necessidade de uma estreita coordenação, cuja responsabilidade poderia incumbir ao nível intermédio. O teste desta abordagem nos países da Região permitiria medir a sua exequibilidade, e, conseqüentemente, facilitar a sua generalização.

18. Para tornar esta abordagem mais operacional, os participantes consideraram desejável definir previamente as categorias de pessoal que cada nível (distrital, provincial e nacional) do sistema de saúde seria encarregado de formar. Por outro lado, foi fortemente recomendado, para assegurar maior pertinência e eficácia, que se adoptasse uma estratégia de formação em equipa.

INTEGRACAO DOS SISTEMAS DE FORMACAO INICIAL E CONTINUA

19. Os participantes consideraram que esta integração deveria assentar na supervisão periódica e sistemática do pessoal de saúde e na avaliação da sua actuação em relação às competências adquiridas durante a sua formação. Além disso, admitiram que os próprios formadores deveriam participar neste tipo de exercício, no âmbito de um diálogo permanente entre os sectores da saúde e da educação.

20. Sugeriram a criação de um sistema de recolha de informação em matéria de formação contínua, com vista a organizar e reforçar esse tipo de formação. Foi realçado o papel das universidades, hospitais e instituições de formação em ciências da saúde.

CONCLUSAO

21. Os participantes insistiram no papel de coordenação e de impulsão que a Sede Regional Africana da OMS deveria desempenhar no domínio do desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde. Incentivaram a Sede Regional a continuar a criar órgãos profissionais de coordenação aos níveis sub-regional, regional e, inclusive, continental.

22. Por último, recomendaram que, atendendo à vastidão e à complexidade dos temas que aí são debatidos, as discussões técnicas fossem programadas para um dia inteiro.

ORDEM DO DIA PROVISORIA DA QUADRAGESIMA-SEGUNDA
SESSAO DO COMITE REGIONAL AFRICANO

1. Abertura da quadragésima-segunda sessão
2. Aprovação da ordem do dia provisória
3. Constituição da Comissão de Designações
4. Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores
5. Designação da Comissão de Verificação de Poderes
6. Actividades da OMS na Região Africana
 - 6.1 Relatório sucinto do Director Regional
 - 6.2 Relatório de avaliação do fim da Década Internacional do Abastecimento de Água Potável e do Saneamento
 - 6.3 Programa regional de controlo do paludismo: Progressos realizados e perspectivas para os anos 90
 - 6.4 Situação da epidemia de cólera na Região Africana
 - 6.5 Luta contra a SIDA: situação actual na Região Africana
 - 6.6 Reorientação e reestruturação dos hospitais distritais
 - 6.7 Situação epidemiológica 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 nonagésima sessão do Conselho Executivo e da quadragésima-sexta Assembleia Mundial da Saúde
 - 7.3 Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde
 - 7.4 Discussões técnicas da quadragésima-sexta Assembleia Mundial da Saúde
8. Análise do relatório do Subcomité do Programa
 - 8.1 Projecto de Orçamento-programa para 1994-1995
 - 8.2 Relatório da Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário

-
- 8.3 Relatório sobre os progressos realizados no controlo das doenças transmissíveis
- a) Programa regional de controlo da tuberculose e da lepra: Progressos realizados e perspectivas para os anos 90
 - b) Programa Alargado de Vacinação (PAV): Progressos realizados na implementação da estratégia regional de eliminação do tétano neonatal e de erradicação da poliomielite, e situação das outras iniciativas do programa
 - c) Programa regional de controlo da oncocercose: Progressos realizados
 - d) Programa regional de controlo das doenças diarreicas: Progressos realizados
 - e) Relatório de actividades sobre a preparação e resposta às situações de emergência
- 8.4 Medicina tradicional : Progressos realizados
9. Discussões técnicas : Investigação sobre saúde pública
- 9.1 Apresentação do relatório das Discussões Técnicas
 - 9.2 Designação do Presidente e do Presidente suplente das discussões técnicas de 1993
 - 9.3 Escolha do tema das discussões técnicas de 1993
10. Datas e locais de realização da quadragésima-terceira e quadragésima-quarta sessões do Comité Regional em 1993 e 1994
11. Aprovação do relatório do Comité Regional
12. Encerramento da quadragésima-segunda sessão.

LISTA DOS DOCUMENTOS

- AFR/RC41/INFO/01/Rev.3 - Abertura da 41a Sessao
- AFR/RC41/2 Rev.1 - Ordem do dia provisória
- AFR/RC41/3 - Relatório bienal do Director Regional
Actividades da OMS na Regiao Africana
- AFR/RC41/3/Add.1 - Promoção e desenvolvimento da investigação
sobre sistemas de saúde
- AFR/RC41/4 - Relatório de actividades do Programa Alargado
de Vacinação: realizações e desafios para os
anos 90
- AFR/RC41/5 - Programa de erradicação da dracunculose
(verme de Guiné) na Regiao Africana da OMS:
progressos realizados
- AFR/RC41/6 - Infecções respiratórias agudas: programa de
combate para os anos 90 e relatório da
situação
- AFR/RC41/7 - Relatório de actividades da Década
Internacional da Agua Potável e Saneamento na
Regiao Africana da OMS
- AFR/RC41/8 - Relatório sobre a segunda avaliação da
implementação da estratégia da Saúde para
Todos no Ano 2000, na Regiao Africana
- AFR/RC41/9 - Documento nao publicado
- AFR/RC41/10 Rev.1 - Gestao do apoio informativo em prol do
sistema distrital de saúde
- AFR/RC41/11 - Modalidades de implementação das resoluções
de interesse regional aprovadas pela
Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho
Executivo: Relatório do Director Regional
- AFR/RC41/12 e Corr.1 - Incidências regionais das ordens do dia da
89a sessao do Conselho Executivo e da 45a
Assembleia Mundial da Saúde
- AFR/RC41/13 e Corr.1 - Método de trabalho e duração da Assembleia
Mundial da Saúde - Decisao WHA40 (10)
- AFR/RC41/14 - Discussões técnicas da 45a Assembleia Mundial
da Saúde

-
- | | |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AFR/RC41/15 | - Análise do Relatório do Subcomité do Programa |
| AFR/RC41/16 | - Relatório do prémio Dr. Comlan A.A. Quenum para actividades de saúde pública em Africa |
| AFR/RC41/17 | - Relatório da reuniao regional do programa |
| AFR/RC41/18 | - Relatório da Comissao Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário (CCADS) |
| AFR/RC41/19 | - Relatório das discussões técnicas |
| AFR/RC41/20 e Rev.2 | - Designação do Presidente das discussões técnicas para 1992 |
| AFR/RC41/21 | - Escolha do tema das discussões técnicas para 1992 |
| AFR/RC41/21 Add.1 | - Escolha dos temas das discussões técnicas para 1993, 1994 e 1995 |
| AFR/RC41/22 | - Datas e locais de realização das 43 ^a e 44 ^a sessões do Comité Regional, em 1993 e 1994 |
| AFR/RC41/22 Add.1 | - Custo da realização das sessões do Comité Regional fora da Sede Regional (Brazzaville) |
| AFR/RC41/23 | - Programa de trabalho da reuniao do Subcomité do Programa de 2-3 de Setembro de 1991 |
| AFR/RC41/24 | - Programa de trabalho da reuniao do Subcomité do Programa de 10 de Setembro de 1991 |
| AFR/RC41/25 | - Lista dos participantes |
| AFR/RC41/26 | - Participação dos membros do Subcomité do Programa nas reuniões de interesse programática |
| AFR/RC41/27 | - Repartição por países das funções exercidas durante os comités regionais anteriores |
| AFR/RC41/28 | - Projecto do relatório do Comité Regional |
| AFR/RC41/TD/1 | - Formação do pessoal de saúde: Mobilização de recursos humanos para a saúde |
| AFR/RC41/TD/2 | - Guia das discussões técnicas formação do pessoal de saúde |
| AFR/RC41/SCC/1 | - Relatório |
| AFR/RC41/SCC/2 | - Primeiro relatório da comissão de verificação de poderes |
| AFR/RC41/SCC/3 | - Segundo relatório da comissão de verificação de poderes |
| AFR/RC41/SCC4 | - Terceiro relatório da comissão de verificação de poderes |

-
- | | |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AFR/RC41/INF.DOC/1 Rev.1 | - Prevenção das perturbações mentais, neurológicas e psicossociais |
| AFR/RC41/INF.DOC/2 | - Protecção da saúde em Africa: combate à deposição de resíduos tóxicos e nucleares |
| AFR/RC41/INF.DOC/3 Rev. 1 | - Promoção da saúde oral na Região Africana
Relatório do Director Regional |
| AFR/RC41/INF.DOC/4 | - Relatório dos progressos realizados na aplicação da resolução AFR/RC39/R5 |
| AFR/RC41/INF.DOC/5 Rev.1 | - Programa de luta contra a SIDA na Região Africana |
| AFR/RC41/INF.DOC/6 | - Sessão de informação dos Directores Regionais sobre a situação da resolução 44/211 da Assembleia Geral das Nações Unidas |
| AFR/RC41/INF.DOC/7 | - Subvenções para estudos outorgadas pela OMS |
| AFR/RC41/INF.DOC/8 | - Determinação das dotações orçamentais a consagrar aos países em 1994-1995 - Análise dos critérios e fórmulas usadas desde 1980-1985 |
| AFR/RC41/INF.DOC/9 | - Programa de financiamento dos cuidados de saúde (HECAFIP) da Sede Regional, para os Estados-membros |
| AFR/RC41/INF.DOC/10 | - Iniciativa africana para os medicamentos essenciais |
| AFR/RC41/INF.DOC/11 | - Epidemia de cólera na Região Africana |
| AFR/RC41/Conf.Doc/1 | - Alocução do Ministro da Saúde de Angola, primeiro Vice-presidente da quadragésima sessão do Comité Regional |
| AFR/RC41/Conf.Doc/2 | - Alocução do Dr. Hiroshi Nakajima, Director-geral da Organização Mundial da Saúde |
| AFR/RC41/Conf.Doc/3 | - Alocução de Senhor Wawa Ossay Leba, Representante do Secretário geral da OUA |
| AFR/RC41/Conf.Doc/4 | - Alocução do Dr. G.L. Monekosso, Director Regional da OMS para a Africa |
| AFR/RC41/Conf.Doc/5 | - Alocução de Sua EXcelência Pierre Buyoya, Presidente da República do Burundi |