

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
COMITÉ REGIONAL AFRICANO
37ª SESSÃO

Bamaco
9-16 de Setembro de 1987

RELATÓRIO DO COMITÉ REGIONAL

Brazzaville
Novembro de 1987

ÍNDICE

PRIMEIRA PARTE

Página

DECISÕES PROCESSUAIS

1.	Composição da Comissão de Designações	1
2.	Eleição do Presidente, Vice-Presidente e Relatores	1
3.	Composição da Comissão de Verificação de Poderes	2
4.	Verificação de Poderes	2
5.	Escolha do tema das discussões técnicas em 1988	2
6.	Designação do Presidente das discussões técnicas em 1988	2
7.	Datas e locais de realização das 38ª e 39ª Sessões do Comitê Regional	3
8.	Incidências Regionais das ordens do dia da 81ª Sessão do Conselho Executivo e da 41ª Assembleia Mundial da Saúde	3
9.	Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde	4

RESOLUÇÕES

AFR/RC37/R1	Criação do Prêmio "Dr. Comlan A.A. Quenum para actividades de Saúde Pública em África	6
AFR/RC37/R2	Primeiro relatório anual do Director Regional sobre os progressos realizados na aceleração da instauração da Saúde para Todos a nível de distrito nos Estados Membros da Região Africana	7
AFR/RC37/R3	Vias e meios de pôr em prática as resoluções de interesse regional aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo	8
AFR/RC37/R4	Apoio operacional aos Cuidados Primários de Saúde	9
AFR/RC37/R5	Programa de combate ao SIDA	11
AFR/RC37/R6	A saúde materno-infantil através do financiamento e a gestão dos medicamentos essenciais a nível das comunidades: Iniciativa de Bamaco	14

	<u>Página</u>
AFR/RC37/R7	Programa Especial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Investigação no Campo da Reprodução Humana, nos Estados Membros da Região Africana 17
AFR/RC37/R8	Doenças causadas pela deficiência de iodo 19
AFR/RC37/R9	Actividades da OMS na Região Africana: Relatório bienal do Director Regional sobre as actividades da OMS em 1985-1986 21
AFR/RC37/R10	Colaboração entre a Organização Mundial da Saúde em África e a Organização da Unidade Africana 23
AFR/RC37/R11	Propostas para promover a imagem da OMS através das suas actividades de desenvolvimento sanitário 25
AFR/RC37/R12	Melhor aproveitamento possível dos recursos da OMS: Política em matéria de Orçamento/Programa 28
AFR/RC37/R13	Pessoal de enfermagem e parteiras; recursos vitais para a implementação dos cuidados de saúde a todos os níveis 30
AFR/RC37/R14	Acompanhamento das estratégias de Saúde para Todos : Quadro-guia para o acompanhamento 32
AFR/RC37/R15	Moção de agradecimento 34

SEGUNDA PARTE

	<u>Parágrafos</u>
ABERTURA DA SESSÃO	1 - 31
ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHOS	32 - 34
DESENVOLVIMENTO DOS TRABALHOS - O TRABALHO DA OMS NA REGIÃO AFRICANA EM 1985-1986 ; RELATÓRIO BIENAL DO DIRECTOR REGIONAL	35 - 61
MELHOR APROVEITAMENTO POSSÍVEL DOS RECURSOS DA OMS : POLÍTICA EM MATÉRIA DE ORÇAMENTO/PROGRAMA E	
ANÁLISE DA INTRODUÇÃO DO DIRECTOR-GERAL AO PROJECTO DE ORÇAMENTO/ PROGRAMA DA OMS PARA O BIÊNIO 1988-1989 E DOS COMENTÁRIOS FEITOS PELO CONSELHO EXECUTIVO	62 - 83
COMO ACELERAR A INSTAURAÇÃO DA SAÚDE PARA TODOS NOS ESTADOS MEMBROS DA REGIÃO AFRICANA; ANÁLISE DA SITUAÇÃO SANITÁRIA NOS DISTRITOS	84 - 96
ANÁLISE DO PROGRAMA DE COMBATE AO SIDA	97 - 125
PRÊMIO DR. COMLAN A.A. QUENUM PARA A SAÚDE PÚBLICA EM ÁFRICA	126 - 129
PROGRAMA ESPECIAL DE INVESTIGAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E FORMAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO NO CAMPO DA REPRODUÇÃO HUMANA (HRP) NOS ESTADOS MEMBROS DA REGIÃO AFRICANA	130 - 135
PROPOSTAS PARA PROMOVER A IMAGEM DA OMS ATRAVÉS DA SUAS ACTIVIDADES DE DESENVOLVIMENTO SANITÁRIO	136 - 152
CORRELAÇÃO ENTRE O TRABALHO DO COMITÉ REGIONAL, O CONSELHO EXECUTIVO E A ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE : VIAS E MEIOS DE PÔR EM PRÁTICA AS RESOLUÇÕES DE INTERESSE REGIONAL APROVADAS PELA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE E PELO CONSELHO EXECUTIVO	153 - 160
INCIDÊNCIAS REGIONAIS DAS ORDENS DE TRABALHOS DA 81ª SESSÃO DO CONSELHO EXECUTIVO E DA 41ª ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE	161 - 162
MÉTODO DE TRABALHO E DURAÇÃO DA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE	163 - 166
DISCUSSÕES TÉCNICAS DA 41ª ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE EM 1988	167 - 174
RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA	175 - 181
COMPOSIÇÃO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA	182
DATA E LOCAIS DA REALIZAÇÃO DAS 38ª E 39ª SESSÕES DO COMITÉ REGIONAL EM 1988 E 1989	183 - 184

RELATÓRIO DAS DISCUSSÕES TÉCNICAS : APOIO OPERACIONAL AOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE (NÍVEL LOCAL)	185 - 186
ESCOLHA DO TEMA PARA AS DISCUSSÕES TÉCNICAS EM 1988	187
DESIGNAÇÃO DO PRESIDENTE DAS DISCUSSÕES TÉCNICAS EM 1988	188
CONCLUSÕES	189 - 197

ANEXOS

1. Alocução do Dr. Mahler, Director-Geral da Organização Mundial da Saúde	85
2. Alocução do Sr. James Grant, Director Executivo do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)	95
3. Alocução do Director Regional da OMS, Dr. G.L. Monekosso	107
4. Alocução proferida por Sua Excelência o General Moussa Traoré, Chefe de Estado e Presidente da República do Mali	120
5. Ordem do dia da 37ª Sessão	126
6. Lista dos participantes	128
7. Lista dos documentos	143
8. Relatório do Subcomité do Programa	146
9. Relatório da Reunião do Subcomité do Programa efectuada no dia 15 de Setembro de 1987	177
10. Relatório das discussões técnicas	183
11. Ordem do dia provisória da 38ª Sessão do Comité Regional Africano	195

PRIMEIRA PARTE

DECISÕES PROCESSUAIS

1. Composição da Comissão de Designação

O Comité Regional nomeou uma Comissão de Designações, composta pelos representantes dos seguintes 12 Estados Membros: Angola, Burquina Fasso, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Quênia, Lesoto, Madagáscar, Mauritània, Maurícia e Moçambique. O Dr. Louis Adande Menest (Gabão) foi eleito Presidente.

2ª sessão, 9 de Setembro de 1987

2. Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores

Depois de ter analisado o relatório da Comissão de Designações, o Comité Regional elegeu, por aclamação:

Presidente : Senhora Dona Sidibé Aïssata Cissé, Ministro da Saúde do Mali

Vice-Presidentes : 1. Prof. A.D. Mady, Ministro da Saúde da Côte d'Ivoire
2. Senhor J.L.T. Mothibamele, Ministro da Saúde do Botsuana

Relatores : Dr Louis Adande Menest (Gabão)
Dr. G.W. Lungu (Malauí)
Dr Raul Feio (Angola)

Relatores das Discussões Técnicas :

1. Dr. R. Owona Essomba - Camarões
2. Dr. James Maneno - Quênia
3. Sr. Bonifácio David Cossa - Moçambique

2ª sessão, 9 de Setembro de 1987

3. Composição da Comissão de Verificação de Poderes

O Comité Regional nomeou uma Comissão de Verificação de Poderes, composta por representantes dos 12 Estados Membros seguintes : Camarões, Níger, Nigéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, Suazilândia, Togo, Uganda e Zimbabuê. O Dr. C. Bizimungu do Ruanda foi eleito Presidente.

3ª sessão, 10 de Setembro de 1987

4. Verificação de Poderes

O Comité Regional, agindo por proposta da Comissão de Verificação de Poderes, conheceu a validade das credenciais apresentadas pelos representantes dos seguintes Estados Membros: Argélia, Angola, Benim, Botsuana, Burquina Fasso, Camarões, Cabo Verde, República Centrafricana, Chade, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seychelles, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zaire, Zâmbia e Zimbabuê. A comissão não pde verificar os poderes do Burundi e Serra Leoa.

4ª sessão, 12 de Setembro de 1987

5. Escolha do tema das discussões técnicas em 1988

O Comité Regional escolheu o seguinte tema para as discussões técnicas da sua 38ª Sessão: "Apoio técnico para os cuidados primários de saúde (nível intermédio)".

8ª sessão, 14 de Setembro de 1987

6. Designação do Presidente das discussões técnicas de 1988

O Comité Regional designou o Dr. Fernando Everard de Rosário Vaz para Presidente das discussões técnicas da 38ª Sessão.

8ª sessão, 14 de Setembro de 1987

7. Datas e locais de realização das
38ª e 39ª Sessões do Comité Regional

O Comité Regional decidiu realizar a sua 38ª Sessão em Brazzaville, (Congo), em Setembro de 1988, e a sua 39ª Sessão em Niamey (Níger), em Setembro de 1989. Durante a sua 35ª Sessão, o Comité Regional tinha tomado nota do amável convite feito pela República do Burundo para acolher uma futura Sessão do Comité Regional. A data será fixada de acordo com a Resolução AFR/RC35/R10.

8ª sessão, 14 de Setembro de 1987

8. Incidências Regionais das ordens do dia
da 81ª Sessão do Conselho Executivo
e da 41ª Assembleia Mundial da Saúde

O Comité aprovou a ordem do dia provisória da 38ª Sessão do Comité Regional, proposta pelo Director Regional no Anexo 3 do documento AFR/RC37/12 e convidou o Presidente da 37ª Sessão a ajustar e modificar esta ordem do dia provisória em função da evolução do programa regional.

8ª sessão, 14 de Setembro de 1987

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

Presidente da Assembleia Mundial da Saúde

1. O Dr Dibandala Ngandou-Kabeya será o candidato da Região Africana à Presidência da Assembleia Mundial da Saúde em 1988. Se, por qualquer motivo, o Dr, Ngandou-Kabeya não puder participar na referida Assembleia, o Dr, J.P. Okias, Ministro da Saúde do Gabão, será o seu substituto. Se tanto o Dr Ngandou-Kabeya como o Dr. Okias, não puderem participar o Brigadeiro Gizaw Tshehai, Ministro da Saúde da Etiópia, será o candidato da Região à Presidência da Assembleia.

Vice-Presidente

2. Visto que compete à Região Africana designar o candidato à Presidência da 41ª Assembleia Mundial, ela não pode apresentar um candidato à Vice-Presidência. Assim, o actual Presidente da 37ª Sessão do Comité Regional Africano não assumirá a Vice-Presidência da Assembleia, em 1988.

Comissões principais da Assembleia Mundial da Saúde

3. Antes de cada Assembleia Mundial da Saúde, o Director-Geral analisará se for necessário, em consulta com o Director Regional, quais os delegados dos Estados Membros da Região Africana que poderão eventualmente desempenhar, de um modo eficaz, as funções de:

- i) Presidente de uma das comissões principais (A ou B);
(artigo 34º do Regulamento Interno da Assembleia)
- ii) Vice-Presidentes e Relatores das mesmas comissões.

Membros habilitados a designar uma pessoa para o Conselho Executivo

4. O Estado Membro da Região Africana, cujo mandato expire no termo da 31ª Assembleia Mundial da Saúde é o Lesoto.

5. O Comité decidiu manter a norma de seguir a ordem alfabética inglesa dos nomes dos Estados Membros.

6. O novo membro do Conselho Executivo será designado por Moçambique.

7. Os Estados Membros habilitados a designar uma pessoa para o Conselho Executivo devem indicar a sua disponibilidade, pelo menos um mês antes da Assembleia Mundial da Saúde.

Encerramento da 31ª Assembleia Mundial da Saúde

8. O porta-voz da Região Africana, no encerramento da 41ª Assembleia Mundial da Saúde, será o representante da Zâmbia.

Reunião informal do Comité Regional

9. O Director Regional convocará uma reunião informal do Comité Regional, na 2ª feira, 2 de Maio de 1988, às 10 horas, no Palácio das Nações, Em Genebra, para confirmar as decisões tomadas durante a sua 37ª Sessão.

9ª sessão, 15 de Setembro de 1987

RESOLUÇÕES

AFR/RC37/R1

CRIAÇÃO DO PRÊMIO "DR. COMLAN A.A. QUENUM"
PARA ACTIVIDADES DE SAÚDE PÚBLICA EM ÁFRICA

Considerando as discussões que tiveram lugar durante a 79ª Sessão do Conselho Executivo sobre a proposta de perpetuar a memória do saudoso Dr. Comlan A.A. Quenum, pela criação de um prêmio com o seu nome;

Tendo sido informado da decisão do Conselho Executivo de confiar ao Comité Regional a criação do prêmio, com a redação dos estatutos apropriados e a definição das disposições relativas à selecção do laureado;

Tendo em conta os parágrafos 6.6 e 6.7 do Regulamento Financeiro da Organização Mundial da Saúde.

O Comité Regional :

1. DECIDE criar o "Prémio Dr. Comlan A.A. Quenum para Actividades de Saúde Pública em África".
2. APROVA o estatuto do "Prémio Dr. Comlan A.A. Quenum para Actividades de Saúde Pública em África".
3. SOLICITA ao Director Regional que tome as disposições adequadas para a implementação desta resolução.

8ª sessão, 14 de Setembro de 1987

AFR/RC37/R2

PRIMEIRO RELATÓRIO ANUAL DO DIRECTOR REGIONAL SOBRE OS PROGRESSOS
REALIZADOS NA ACELERAÇÃO DA INSTAURAÇÃO DA SAÚDE PARA TODOS
A NÍVEL DE DISTRITO NOS ESTADOS MEMBROS DA REGIÃO AFRICANA

Considerando o primeiro relatório anual do Director Regional sobre os progressos realizados na aceleração da instauração da SPT/2000 a nível de distrito;

Tendo tomado conhecimento da situação actual da implementação dos CPS a nível de distrito nos Estados Membros da Região;

O Comité Regional :

1. FELICITA o Director Regional pelo seu relatório.
2. AGRADECE ao Director Regional o apoio que a Sede Regional prestou aos países nas suas políticas de reforço dos CPS a nível de distritos.
3. CONVIDA os Estados Membros a reforçar o processo de gestão a nível de distrito, recorrendo, designadamente, às equipas interpaíses de desenvolvimento sanitário baseadas nas diferentes Sub-Regiões.
4. SOLICITA ao Director Regional :
 - i) que continue a prestar o seu apoio às actividades de saúde nos distritos;
 - ii) que reforce a capacidade operacional das equipas interpaíses de desenvolvimento sanitário;
 - iii) que continue a informar o Comité Regional sobre os progressos realizados.

VIAS E MEIOS DE PÔR EM PRÁTICA
AS RESOLUÇÕES DE INTERESSE REGIONAL
APROVADAS PELA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE
E PELO CONSELHO EXECUTIVO

Tendo presente as resoluções AFR/RC33/R2, AFR/RC34/R3, AFR/RC35/R8 e AFR/RC36/R7,

Após análise das propostas do Director Regional sobre as vias e meios de pôr em prática as resoluções de interesse regional, aprovadas pela 40ª Assembleia Mundial da Saúde;

O Comité Regional :

1. APROVA as medidas propostas pelo Director Regional.
2. FELICITA o Director Regional pelas medidas já tomadas.
3. CONVIDA os Estados Membros e o Director Regional a continuar a pôr em prática as referidas resoluções.
4. INSTA os Estados Membros a:
 - i) celebrar o 40º Aniversário da OMS e aproveitar a ocasião para fazer dela um ponto de partida para promover a Saúde para Todos no Ano 2000 no âmbito dum desenvolvimento integrado;
 - ii) reforçar os mecanismos de coordenação conjunta (Governo/OMS);
5. SOLICITA ao Director Regional que continue a apoiar os Estados Membros a pôr em prática as referidas resoluções.

AFR/RC37/R4

APOIO OPERACIONAL AOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE

Tendo tomado nota do relatório das discussões técnicas, Documento AFR/RC37/TD1;

Consciente da importância do nível de distrito para a aceleração da instauração da Saúde para Todos no Ano 2000;

O Comité Regional :

1. CONVIDA os Estados Membros a:

- i) reforçar a implementação dos CPS a nível de distrito;
- ii) dar maior importância à cooperação multisectorial a nível de distrito designadamente com base na composição e no funcionamento regular das "Comissões distritais de desenvolvimento" ;
- iii) descentralizar, tanto quanto for viável, as responsabilidades de gestão, delegando-se às comissões de desenvolvimento e às equipas de saúde distritais, tendo em vista o autofinanciamento progressivo dos CPS;
- iv) reforçar as capacidades de gestão das comissões de desenvolvimento e das equipas de saúde distritais, recorrendo, designadamente, às equipas interpaíses de desenvolvimento sanitário baseadas nas diferentes Sub-Regiões;
- v) criar e/ou melhorar os sistemas de recolha de dados a nível do distrito, recorrendo, designadamente, aos Representantes da OMS nos Países;
- vi) criar e/ou reforçar um mecanismo de coordenação para o melhor aproveitamento possível dos recursos nacionais e exteriores a nível de distrito;

AFR/RC37/R4

2. SOLICITA ao Director Regional que:

- i) assegura a edição e difusão do documento AFR/RC37/TD.1 entre os Estados Membros, para que este documento sirva de guia para o reforço dos sistemas de saúde de distrito e para formação;
- ii) continue a apoiar os países nos seus esforços de implementação dos CPS, designadamente através das equipas interpaíses de desenvolvimento sanitário;
- iii) auxilie os países no que respeita ao desenvolvimento dos seus sistemas de recolha de dados sobre as actividades de saúde a nível de distrito.

8ª sessão, 14 de Setembro de 1987

AFR/RC37/R5

PROGRAMA DE COMBATE AO SIDA

Tendo analisado o relatório do Director Regional sobre o programa de combate ao SIDA;

Reconhecendo que o SIDA, na maior parte dos países da Região, põe em perigo não só a saúde das respectivas populações, mas também o desenvolvimento socioeconómico no seu todo e os progressos rumo à instauração da "Saúde para todos no Ano 2000";

Considerando que a maior parte das recomendações do seminário prático de Bangui, realizado de 22 a 25 de Outubro de 1985, adoptadas pela 36ª Sessão do Comité Regional e a da Conferência Regional sobre o SIDA em África, que teve lugar em Brazzaville de 11 a 13 de Novembro de 1986, foram postas em prática;

Considerando que a epidemia do SIDA é uma emergência mundial que afecta todos os países e constitui um problema sanitário internacional;

Notando, com grande preocupação, as reacções e as pressões sociais crescentes;

Tendo em conta todas as recomendações contidas na resolução WHA 40.26 e, da Assembleia Mundial da Saúde em particular, o papel de coordenação da Organização e as acções empreendidas pela Organização antes e depois da resolução;

O Comité Regional :

1. NOTA com satisfação os progressos realizados pelos programas de combate ao SIDA no desenvolvimento das actividades regionais.
2. EXPRIME a sua sincera gratidão às agências financiadoras, às instituições internacionais e de cooperação bilateral, colaboraram com o programa e lhe deram o seu apoio, sobretudo nos países da Região.

AFR/RC37/R5

3. CONVIDA os Estados Membros a:

- i) intensificarem as suas actividades de combate ao SIDA, no âmbito dos cuidados primários de saúde, dando particular relevo às actividades de educação e informação das populações;
- ii) Promoverem a coordenação das actividades pela criação e/ou reestruturação de comissões nacionais de combate ao SIDA;
- iii) colaborarem com a OMS na troca de informações, incluindo a notificação de casos;
- iv) promover e encorajar a investigação sobre o SIDA.

4. SOLICITA ao Director Regional que:

- i) continue a colaborar com os Estados Membros no desenvolvimento e reforço da implementação dos programas de combate, mediante:
 - a) acompanhamento e avaliação da situação epidemiológica e dos recursos;
 - b) apoio a actividades de formação e investigação, e
 - c) apoio ao reforço das infra-estruturas sanitárias a todos os níveis, particularmente ao nível de distrito;
- ii) continue a colaborar intimamente com o Director-Geral para continuar a elaborar, divulgar e actualizar, conforme necessário, princípios orientadores para a organização de actividades de prevenção e controle;
- iii) continue a colaborar com as outras instituições para dar apoio ao programa;

AFR/RC37/R5

- iv) explore todas as possibilidades de mobilização de recursos extra-orçamentais complementares para apoiar o programa;
- v) proceda à análise sistemática da situação do SIDA e do desenvolvimento do programa de combate ao SIDA e apresente relatórios periódicos ao Comitê Regional.

8ª sessão, 14 de Setembro de 1987

AFR/RC37/R6

A SAÚDE MATERNO-INFANTIL ATRAVÉS DO FINANCIAMENTO E A GESTÃO
DOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS A NÍVEL DAS COMUNIDADES :
INICIATIVA DE BAMACO

REFERINDO-SE :

- a) à Resolução AFR/RC35/R1 sobre a aceleração da instauração da Saúde para Todos a nível dos distritos nos países da Região Africana, segundo um plano trienal;
- b) à Resolução WHA 39.7 pedindo aos Estados Membros que privilegiem o sistema de saúde distrital para implementar os elementos essenciais dos CPS;
- c) à Resolução nº CAMH/ST (II) da Segunda Conferência dos Ministros da Saúde da OUA (Abril de 1987) sobre a saúde como base do desenvolvimento;
- d) à Declaração AHG/ST.1 (XXIII) da Cimeira de Chefes de Estado e de Governo da OUA (Julho de 1987) sobre a saúde como base do desenvolvimento;
- e) à Resolução AHG/Res.163 (XXIII) da Cimeira de Chefes de Estado e de Governo da OUA (Julho de 1987) que proclamou 1988 como Ano da Protecção, da Sobrevivência e do Desenvolvimento da Infância em África;
- f) à importância do distrito para a aceleração da Implementação dos CPS, tendo em vista a instauração da Saúde para Todos no Ano 2000;

AFR/RC37/R6

- g) ao primeiro relatório anual do Director Regional (Análise da Situação sobre os progressos realizados na aceleração da instauração da saúde para todos nos distritos dos Estados Membros da Região;
- h) aos apelos do Director Regional da OMS para a África e do Director Executivo do FISE, a fim de acelerar a implementação dos CPS a nível dos distritos, dando um lugar privilegiado às mulheres e as crianças;
- i) à articulação dos elementos fundamentais dos CPS em volta das mulheres e das crianças e ao facto de as actividades relativas as crianças facilitarem a colaboração entre os outros sectores e a saúde;

O Comité Regional :

1. FELICITA o Director Executivo do FISE pela sua feliz iniciativa de Bamaco (ver o discurso pronunciado pelo Director Executivo do FISE por ocasião de abertura do RC37);
2. RECONHECE a necessidade de um mecanismo de autofinanciamento das actividades dos CPS a nível de distrito;
3. TOMA NOTA, com satisfação, das experiências concludentes de certos países da Região quanto ao reembolso das despesas utilizando a dotação de medicamentos essenciais como fundo de maneiço;
4. CONVIDA os Estados Membros a :
 - i) encorajar as iniciativas de mobilização social para a participação da comunidade nas políticas de medicamentos essenciais e de saúde materno-infantil, a nível dos distritos;
 - ii) assegurar o abastecimento regular de medicamentos essenciais de boa qualidade e de baixo preço, tendo em vista a implementação dos CPS;

AFR/RC37/R6

- iii) definir e implementar um mecanismo de autofinanciamento dos CPS a nível de distrito, aproveitando, designadamente, as dotações de medicamentos essenciais como fundo de maneio;

5. SOLICITA ao Director Regional que :

- i) apoie os esforços dos países que visam a promoção da saúde dando um lugar privilegiado as mulheres e às crianças;
- ii) colabore com os Estados Membros para assegurar a aceleração da implementação dos CPS nos distritos;
- iii) colabore com o FISE e as outras Organizações implicadas para mobilizar os recursos necessários para aplicar na prática a "iniciativa de Bamaco, no espírito da Declaração AHG/ST.1 (XXIII) e a Resolução AHG/Res.163 (XXIII) da 23ª Cimeira dos Chefes de Estado e do Governo da Organização da Unidade Africana e a informar o Comité Regional.

8ª sessão, 14 de Setembro de 1987

AFR/RC37/R7

PROGRAMA ESPECIAL DE INVESTIGAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E FORMAÇÃO
EM INVESTIGAÇÃO NO CAMPO DA REPRODUÇÃO HUMANA,
NOS ESTADOS MEMBROS DA REGIÃO AFRICANA

Recordando a resolução AFR/RC30/R5 sobre a promoção dos programas regionais de investigação e resoluções pertinentes da Assembleia Mundial da Saúde;

Tendo tomado conhecimento do relatório do Director Regional sobre as actividades do Programa Especial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Investigação, no campo da Reprodução Humana;

Reconhecendo os resultados alcançados até à data por este programa;

O Comité Regional:

1. CONGRATULA-SE pelas estratégias especiais que estão a ser postas em prática para reforçar a capacidade de investigação das instituições africanas e pela representação cada vez mais importante dos Estados Membros, nos órgãos directivos e consultivos do Programa.
2. REAFIRMA que as altas taxas de mortalidade materna e infantil e de infertilidade, actualmente existentes em África, poderão ser consideravelmente reduzidas, graças a uma maior disponibilidade e melhor acesso a métodos e serviços apropriados de cuidados ante, intra e pós-natais assim como de espaçamento de nascimentos e de planeamento familiar.

AFR/RC37/R7

3. SUBLINHA a necessidade de desenvolver a investigação sobre todos os aspectos da reprodução humana relacionados com os problemas existentes na Região.
4. CONSTATA que as capacidades de investigação das instituições da Região precisam de ser consideravelmente reforçadas, para que possam "descobrir" os conhecimentos necessários para resolver os referidos problemas, graças a investigação.
5. AGRADECE aos governos e organizações que têm estado a pôr recursos científicos e financeiros à disposição do Programa.
6. INSTA o Director Regional a continuar a identificar instituições na Região e a incitá-las a fazer uma maior utilização das oportunidades oferecidas pelo Programa.

8ª sessão, 14 de Setembro de 1987

AFR/RC37/R8

DOENÇAS CAUSADAS PELA DEFICIÊNCIA DE IODO

Considerando que as doenças causadas pela deficiência de iodo incluem consequências sanitárias e socioeconômicas muito mais graves às quais, até agora, não se tem dado a devida atenção, tais como deficiências da função intelectual e mental nas crianças e nos adultos, surdez e mudez, perturbações neuro-musculares, aumento da incidência de abortos e de nadi-mortalidade maior mortalidade perinatal e infantil, menor capacidade de aprendizagem das crianças e menor produtividade;

Conscientes de que 150 milhões de africanos correm o risco de vir a sofrer de doenças causadas por deficiência de iodo, sendo as mulheres em idade fértil e a população na faixa etária até os 15 anos os mais vulneráveis;

Conscientes de que tecnologias eficazes e de baixo custo, inclusive o uso de sal iodado e óleo iodado, está disponível para a prevenção e o combate às doenças causadas pela deficiência de iodo;

Conscientes de que a Organização da Unidade Africana em 1980, a Assembleia Mundial da Saúde em 1986 (resolução WHA39.31), o Seminário OMS/UNICEF/CCIDDI em 1987, pediram uma nova e urgente iniciativa para o controlo das deficiências de iodo em África;

Conscientes de que a CCA/SCN (Subcomité de Nutrição do Comité Coordenador Administrativo das Nações Unidas) criou uma comissão de Peritos sobre Doenças causadas pela Deficiência de Iodo;

AFR/RC37/R8

O COMITÉ REGIONAL :

1. AGRADECE ao Director Regional da OMS para a África, a sua iniciativa de organizar (em colaboração com a UNICEF e a CCIDDI) de um Seminário Regional sobre controlo das Doenças causadas pela Deficiência de Iodo, realizado em Iaundê, em Março de 1987, e apoia as conclusões e recomendações deste Seminário, em especial que os programas Sub-regionais de controle devam ser encorajados.
2. INSTA os Estados Membros a darem alta prioridade à prevenção e combate às doenças causadas pela deficiência de iodo, sempre que estes problemas existam, através de programas apropriados de nutrição, como parte integrante dos cuidados primários de saúde.
3. RATIFICA a criação de um grupo de intervenção em África para as Doenças causadas pela Deficiência de Iodo, em que participam a OMS, a UNICEF e as agências multilaterais e bilaterais.
4. SOLICITA ao Director Regional da OMS para a África:
 - i) que dê o apoio técnico possível aos Estados Membros, sempre e quando tal for solicitado, para a avaliação, controlo e prevenção das doenças causadas pela deficiência de iodo.
 - ii) que coordene com outras agências inter-governamentais e organizações não-governamentais apropriadas o lançamento de gestão de acções internacionais amplas e intensivas, para combater as doenças causadas pela deficiência de iodo, incluindo a mobilização de recursos financeiros e outros, necessários para tal acção;
 - iii) procurar recursos externos para este programa, sempre que possível;
 - iv) informar o Comité Regional dos progressos neste domínio.

AFR/RC37/R9

ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA

Relatório bienal do Director Regional
sobre as actividades da OMS em 1985-1986

Após análise do relatório do Director Regional sobre as actividades da OMS na Região Africana em 1985-1986 (documento AFR/RC37/3);

Considerando o realismo deste relatório e a sua conformidade com as directivas dadas pelo Comité Regional no decorrer da sua 25ª Sessão (resolução AFR/RC25/R2);

O Comité Regional:

1. FELICITA-SE pela colaboração contínua e eficaz entre os Estados Membros e a sua Organização Regional.
2. REAFIRMA o engajamento dos Estados Membros de reforçar e acelerar a implementação dos cuidados primários a nível distrital, o que permitirá uma abordagem integrada do programa com uma tónica especial na cooperação intersectorial, tendo em vista assegurar os 8 componentes essenciais dos cuidados primários, incluindo a participação das comunidades.
3. ASSINALA a sua preocupação pela actual situação financeira difícil da Organização e dos seus efeitos negativos nas actividades da OMS.
4. FELICITA-SE pelos progressos alcançados em diversas áreas de desenvolvimento sanitário na Região, apesar das calamidades naturais e provocadas pelo homem, durante o período em análise.
5. AGRADECE ao Director Regional pelos seus esforços no sentido de reforçar a cooperação entre a OMS e os Estados Membros.

AFR/RC37/R9

6. APROVA o relatório bienal do Director Regional sobre as actividades da OMS em 1985-1986.
7. INSTA os Estados Membros a reforçar os seus mecanismos de colaboração com a OMS.
8. SOLICITA ao Director Regional que prossiga os seus esforços, especialmente os que visam os sistemas de saúde e os sectores com ele relacionados, dentro do contexto dos cuidados primários de saúde.

8ª sessão, 14 de Setembro de 1987

AFR/RC37/R10

COLABORAÇÃO ENTRE A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE EM ÁFRICA E
A ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE AFRICANA

Felicitando-se pela Resolução AHG/Decl. 1 (XXIII), sobre saúde "uma base para o desenvolvimento", aprovada pela 23ª Sessão Ordinária da Assembleia de Chefes de Estado e Governo da OUA;

Reafirmando a sua aprovação à resolução CAMH/St. 1 (II) sobre Saúde uma base para o desenvolvimento, aprovada pela 2ª Sessão Ordinária da Conferência dos Ministros da Saúde Africanos;

Consciente da definição do Plano de Acção de Lagos, Declaração Final de Lagos e do Programa Prioritário para a Reabilitação Económica de África 1986-1990, e definição da estrutura para o desenvolvimento socioeconómico dos Estados Membros Africanos;

Consciente da crescente colaboração entre a Organização Mundial da Saúde e a Organização da Unidade Africana, que galvanizou a vontade política africana para os objectivos da saúde e desenvolvimento;

O Comité Regional:

1. FELICITA E ENCORAJA o Director Regional da OMS para a Região Africana, pela sua iniciativa em promover a colaboração com a Organização da Unidade Africana.
2. RECONHECE a vontade férrea do Secretário Geral da Organização da Unidade Africana nos seus esforços para fortalecer ainda mais esta colaboração.

AFR/RC37/R10

3. INSTA o Director Regional a trabalhar estreitamente com o Secretariado da OUA, agências internacionais, bilaterais e outras no lançamento de programas de colaboração sobre questões de desenvolvimento sanitário, de acordo com as prioridades identificadas no Plano de Acção de Lagos, Declaração Final de Lagos e Programa Prioritário para a reabilitação Económica de África 1986-1990.
4. SOLICITA ao Director Regional que informe os futuros Comité Regionais sobre os progressos realizados na implementação destes programas de colaboração.

9ª sessão, 15 de Setembro de 1987

AFR/RC37/R11

PROPOSTAS PARA PROMOVER A IMAGEM DA OMS
ATRAVÉS DAS SUAS ACTIVIDADES DE DESENVOLVIMENTO SANITÁRIO

Tendo em conta o papel da OMS como autoridade directora e coordenadora das actividades sanitárias internacionais e as suas múltiplas funções de promoção da saúde;

Constatando os esforços consideráveis desenvolvidos pela OMS, em estreita ligação com os Estados Membros, no combate às doenças, na promoção e protecção da saúde, na organização das infra-estruturas dos sistemas de saúde, especialmente após a adopção pela comunidade internacional da estratégia de Saúde para Todos no Ano 2000, baseada na abordagem "cuidados primários de saúde";

Constatando que, apesar dos resultados encorajadores obtidos pela OMS desde a sua criação, em 7 de Abril de 1948, os papéis, funções e actividades da OMS a nível nacional e das comunidades precisam ser melhor divulgados e conhecidos nos países, junto dos responsáveis pela tomada de decisão nos diversos sectores de desenvolvimento, junto das comunidades e da opinião em geral, tendo em vista melhorar a cooperação interpaíses rumo à Saúde para Todos no Ano 2000;

Tendo em consideração que o dia 7 de Abril de 1988 é o 40º aniversário da OMS e que 1988 coincide com o 10º aniversário da Declaração de Alma-Ata;

O Comitê Regional:

1. CONVIDA os Estados Membros a:

- a) mobilizar os meios de comunicação, tendo em vista divulgar regularmente mensagens claras e precisas sobre: os problemas sociossanitários prioritários no país; as actividades de saúde organizadas nas comunidades com a participação activa da população, no âmbito do desenvolvimento socioeconómico global; o apoio prestado pela OMS a essas actividades de desenvolvimento sanitário; a cooperação intersectorial e inter-agências;
- b) encorajar a organização de clubes, comissões e outras formas apropriadas de associação, susceptíveis de popularizar as actividades rumo à Saúde para Todos no Ano 2000, bem como os papéis e apoio prestado pela OMS a essas actividades;
- c) utilizar o 40º aniversário da OMS como uma oportunidade para concentrar a atenção da opinião pública nas realizações, objectivos, estruturas e actividades da OMS, através da divulgação de informações pertinentes e da organização de diversas manifestações de carácter sanitário, socioeconómico, cultural, desportivo, etc;
- d) promover a colaboração entre o sector da saúde, os outros sectores de desenvolvimento e as organizações não-governamentais, tendo em vista acelerar a realização do objectivo Saúde para Todos e por todos, sobretudo graças à identificação e utilização judiciosa dos diversos recursos mobilizáveis no país;
- e) intensificar os contactos com as Representações da OMS nos países, tendo em vista uma melhor utilização das informações, documentação e outros recursos disponíveis nessas representações, relativos ao desenvolvimento sanitário nacional, regional e internacional;
- f) adoptar um plano de acção sobre a imagem da OMS na Região Africana, tal como apresentado no documento AFR/RC37/10, e contribuir para a sua aplicação prática.

AFR/RC37/R11

2. SOLICITA ao Director Regional que:

- a) assegure uma ampla divulgação do plano de acção regional, através dos países da Região e junto das instituições internacionais, regionais e das organizações não-governamentais activas no sector da saúde;
- b) apoie as iniciativas que sejam tomadas em conjunto pelos Representantes da OMS nos países e as autoridades nacionais, tendo em vista organizar actividades de promoção destinadas a melhorar a imagem da OMS nos países e acelerar/estimular a aplicação prática de actividades rumo à Saúde para Todos no Ano 2000;
- c) transmita a presente resolução ao Director-Geral para informar os órgãos directivos e identificar possíveis apoios por parte da Sede e de outras instituições às actividades regionais e nacionais de promoção da imagem da OMS;
- d) apresente um relatório durante a 38ª Sessão do Comité Regional sobre as acções tomadas a nível regional e nacional.

9ª sessão, 15 de Setembro de 1987

AFR/RC37/R12

MELHOR APROVEITAMENTO POSSÍVEL DOS RECURSOS DA OMS

Política em matéria de Orçamento/Programa

Após análise do relatório do Director Regional sobre o melhor aproveitamento possível dos recursos da OMS (documento AFR/RC37/4);

Referindo-se à resolução AFR/RC36/R3, que convidava os Estados Membros a assumir a sua responsabilidade na preparação e implementação da política regional em matéria de Orçamento/Programa;

Referindo-se à resolução WHA40.15, que mandatava o Comitê Regional a tomar as medidas necessárias para assegurar o melhor aproveitamento possível dos limitados recursos da OMS, no âmbito da letra e do espírito de todas as resoluções pertinentes da Assembleia Mundial e do Conselho Executivo,

O Comitê Regional:

1. DECIDE analisar, todos os anos, a forma como são utilizados os recursos da OMS, na Região, durante o ano precedente, bem como os progressos feitos pelos Estados Membros para pôr em prática a política regional em matéria de Orçamento/Programa.
2. INSTA os Estados Membros a:
 - i) Tomar todas as medidas necessárias para assegurar que as contribuições em atraso sejam pagas ;
 - ii) Pôr em prática, com toda a convicção, a política regional em matéria de Orçamento/Programa e apresentar a Sede Regional Africana em Janeiro de cada ano um relatório sobre os progressos feitos no ano anterior ;

AFR/RC37/R12

- iii) Promover, através destas políticas, o desenvolvimento das estratégias nacionais de Saúde para Todos no Ano 2000 e dos programas nacionais de saúde, que formam uma parte essencial de tais estratégias e que se desenvolvem por si próprios.
- iv) Utilizar as referidas políticas para preparar os orçamentos/ programas nacionais, bem como a utilização racional de todos os recursos nacionais e externos para o desenvolvimento sanitário nacional.

3. SOLICITA ao Director Regional que :

- i) Informe regularmente o Comité Regional das medidas por ele tomadas em relação a esta resolução
- ii) Apoie os países a reforçar ainda mais as suas capacidades de gestão, a fim de pôr em prática as suas estratégias.

AFR/RC37/R13

PESSOAL DE ENFERMAGEM E PARTEIRAS; RECURSOS VITAIS PARA A
IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE A TODOS OS NÍVEIS

Tendo considerado e analisado o documento AFR/RC37/11 Ad.1 sobre pessoal de enfermagem e parteiras;

Tendo presente a resolução WHA36.11, aprovada pela 36ª Assembleia Mundial da Saúde, que incitava os Estados Membros a "desenvolver uma componente global sobre pessoal de enfermagem e parteiras nas suas estratégias nacionais de saúde para todos";

Lembrando a resolução AFR/RC36/R2, que convidava os Estados Membros a "reservar, pelo menos, 5% dos fundos do orçamento ordinário da Organização para o aperfeiçoamento do processo de gestão a nível do distrito;

Considerando que, em todos os países, os recursos em pessoal de enfermagem e parteiras são vitais para a prestação de serviços de saúde a todos os níveis, em especial a nível dos distritos;

O Comité Regional:

1. CONVIDA os Estados Membros a:

- i) dar alta prioridade ao desenvolvimento do pessoal de enfermagem e das parteiras na prestação/supervisão dos serviços de saúde materno-infantil, em casa e nos centros de saúde, para que sejam levados cuidados de saúde apropriados aos indivíduos, às famílias e às comunidades;
- ii) ter em consideração às necessidades dos serviços de enfermagem e das parteiras, especialmente ao nível de distrito na sua programação de actividades para o Orçamento Ordinário da OMS;

AFR/RC37/R13

2. SOLICITA ao Director Regional que:

informe o Comité Regional durante a sua 40ª Sessão sobre os progressos realizados nas actividades relativas ao pessoal de enfermagem e parteiras como parte da estratégia dos CPS.

9ª sessão, 15 de Setembro de 1987

ACOMPANHAMENTO DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE PARA TODOS

Quadro-guia para o acompanhamento

Após análise do quadro-guia para o acompanhamento das estratégias de Saúde para Todos no Ano 2000 e do documento AFR/RC37/15 Ad.1 sobre o acompanhamento dos progressos realizados a nível dos distritos;

Verificando que o referido quadro-guia estabelece os princípios gerais que constam da Estratégia de Saúde para Todos e assinala questões pertinentes que facilitam o processo de acompanhamento;

Verificando igualmente que os relatórios nacionais de avaliação (1985) serão o ponto de referência para avaliar os progressos na implementação das estratégias tendo em vista o próximo relatório em 1988;

Recordando as resoluções AFR/RC35 R1 e WHA39.7 que estabeleceram a elaboração de relatórios sobre o acompanhamento das estratégias, de 3 em 3 anos e

Verificando a necessidade de reforçar os mecanismos distritais de gestão sanitária como uma prioridade urgente para acelerar o desenvolvimento sanitário na Região;

O Comité Regional

1. INSTA os Estados Membros a:

- i) Tomar medidas enérgicas para reforçar o apoio informativo necessário para o acompanhamento e a avaliação dos seus sistemas de saúde baseados nos cuidados primários ;
- ii) Conseguir a colaboração de todos os sectores relacionados com a saúde para criar mecanismos eficazes para o acompanhamento e avaliação coordenados dos progressos realizados para alcançar o objectivo de SPT/2000 e, em particular, a elaboração e utilização de indicadores sanitários e socioeconómicos ;

AFR/RC37/R14

- iii) Criar mecanismos que permitam a recolha de dados pertinentes a nível distrital pelo pessoal do distrito e da comunidade; estes dados deverão ser fáceis de compreender, deverão poder ser utilizados para avaliar os seus próprios progressos e para os países e a OMS acompanharem os progressos ;
- iv) Criar mecanismos apropriados, a nível intermédio (por exemplo, provincial), do sistema de saúde, para o acompanhamento e a avaliação do impacto dos programas de saúde pública, no âmbito das políticas e estratégias nacionais ;
- v) Reforçar os mecanismos nacionais de acompanhamento e avaliação, como parte integrante do processo nacional de gestão, incluindo o apoio informativo que permitirá quantificar os 12 indicadores mundiais.

2. SOLICITA ao Director Regional que:

- i) Promova a cooperação técnica com os Estados Membros a fim de reforçar o apoio à informação sanitária, bem como a elaboração e utilização de indicadores para o acompanhamento do progresso e a avaliação do seu impacto nas estratégias nacionais ;
- ii) Continue a apoiar os países a aperfeiçoar e implementar estratégias e planos de acção nacionais ;
- iii) Promova a cooperação técnica com os Estados Membros, a fim de reforçar a gestão da saúde, a nível distrital, para o acompanhamento e a avaliação do impacto das actividades comunitárias de saúde, utilizando indicadores adaptados à Região Africana ;
- iv) Promova a cooperação técnica com os Estados Membros, a fim de elaborar e utilizar indicadores regionais para o acompanhamento e a avaliação dos programas de saúde pública nos Estados Membros.

MOÇÃO DE AGRADECIMENTO

Considerando os enormes esforços envidados pelo Povo e pelo Governo da República do Mali para assegurar o pleno êxito da 37ª Sessão do Comité Regional Africano da OMS que se realizou em Bamaco, de 9 a 16 de Setembro de 1987;

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

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

O Comité Regional:

1. AGRADECE a sua Excelência o General Moussa Traoré, Secretário Geral da União Democrática do Povo do Mali, Presidente da República e Chefe do Estado do Mali:
 - i) ter querido distinguir com a sua presença a cerimónia de abertura da 37ª Sessão do Comité;
 - ii) a sua pertinente e encorajamente alocução que incidiu, sobretudo, nos problemas de saúde em África e, nomeadamente, no Mali;
2. EXPRIME a sua gratidão ao Governo e ao Povo do Mali pela sua calorosa hospitalidade;
3. CONVIDA o Director Regional a transmitir esta moção de agradecimento a Sua Excelência o General Moussa Traoré, Secretário Geral da União Democrática do Povo do Mali, Presidente da República e Chefe de Estado do Mali.

SEGUNDA PARTE

ABERTURA DA SESSÃO

1. A abertura da 37ª Sessão do Comitê Regional Africano da Organização Mundial da Saúde teve lugar em Bamaco (Mali) no dia 9 de Setembro de 1987, na presença de Sua Excelência, o Presidente Moussa Traoré, General das Forças Armadas, Secretário-Geral da União Democrática do Povo do Mali, Presidente da República e Chefe do Estado do Mali. A esta cerimônia de abertura assistiram membros do Governo e da União Democrática do Povo do Mali, o Corpo Diplomático, Representantes dos Estados Membros e dos Membros associados da Região Africana da OMS, Representantes de várias Organizações Internacionais e não-governamentais e da Imprensa Internacional.

2. A Sra Pilar Djombe de Mbuamangongo, Vice-Ministro da Saúde da Guiné Equatorial e Presidente em exercício da 36ª Sessão do Comitê Regional, observou que a 37ª Sessão do Comitê Regional oferecia uma excelente oportunidade para avaliar o êxito e as deficiências da implementação das estratégias para dominar as principais doenças endêmicas, a fome e a miséria. Desde a última Sessão, a situação econômica tinha-se deteriorado de uma forma drástica, impedindo a plena implementação de muitos programas. Esta experiência deveria dar o impulso necessário para todos redobrem os seus esforços no sentido de conseguir um nível de vida aceitável para a população africana. A Sra. Dyombe Mbuamangongo agradeceu às autoridades da República do Mali, a sua hospitalidade e ao Director Regional pelo excelente trabalho realizado, desde que assumira as suas funções.

3. A Sra. Djombe Mbuamangongo declarou aberta a 37ª Sessão do Comitê Regional e pediu ao Dr. H. Mahler, Director-Geral da OMS, que se dirigisse à todos os presentes.

4. O Director-Geral afirmou (ver anexo 1) que, desde 1986, todos tinham sentido o impacto da crise financeira da OMS. No entanto, tinha sido evitado um desastre total, abrandando o ritmo, em termos da capacidade financeira da OMS para apoiar os países na execução dos seus programas de saúde. Os dois factores principais, inter-relacionados, que estavam na origem desta crise, eram, em primeiro lugar, o baixo nível das receitas provenientes das contribuições e, em segundo lugar, a falta de disciplina no aproveitamento dos recursos da OMS.

5. Era necessário lutar por mais e contentar-se com menos e era por isso que ele tinha tido que reduzir de 35 milhões de dólares norte-americanos as verbas destinadas às actividades de 1987. Ainda há poucos meses, tinha sido preciso mais um corte de 10 milhões de dólares norte-americanos; este corte tinha afectado principalmente a Sede da OMS, tendo-se adiado para 1988 o recrutamento de qualquer candidato exterior.

6. O Dr. Mahler já afirmara repetidamente que, se não melhorasse a gestão das actividades de cooperação, poderia deixar de existir a cooperação técnica pelo orçamento das Regiões, o que iria afectar gravemente e até, talvez, pôr fim às disposições constitucionais relativas às Regiões. O que dizia, não era simplesmente para desabafar, tal como teriam tido ocasião de observar os que estiveram presentes na reunião de Janeiro do Conselho Executivo. Mesmo se ele não tivesse apontado a necessidade de melhorar a gestão dos recursos da OMS, a grande quantidade de relatórios e de críticas vindos do exterior tinham demonstrado que um dia iria rebentar a tempestade. Se a OMS não tivesse sido a primeira a revelar os seus pontos fracos, esta tempestade teria sido um ciclone.

7. Tanto os membros do Conselho como os delegados à Assembleia Mundial da Saúde tinham sublinhado que esta crise era puramente financeira e não uma crise de confiança, mas ele punha isto em dúvida. A OMS podia ser a vítima de uma falta de fé no desenvolvimento ou de um desequilíbrio macro-económico, mas o querer livrar-se de culpas não ajudava ninguém. Era preciso encontrar soluções adequadas.

8. Ele não dispunha de panaceias milagrosas, mas sabia que existiam soluções que consistiam, particularmente, na implementação das políticas sanitárias acordadas, mesmo se o ritmo passasse a ser mais lento, devido à falta de recursos, os quais deveriam ser comprimidos de modo a proporcionar efeitos racionais e óptimos. Insistiu em que era preciso conservar a fé na política e na estratégia da OMS para a saúde para todos. Considerou que a gestão dos recursos da OMS era um ponto importante da ordem de trabalho e reiterou a sua confiança numa gestão descentralizada das actividades de cooperação técnica, desde que fossem executadas em conformidade com as políticas já aceites.

9. Ao implementar os valores, as políticas, as estratégias e os programas mundialmente definidos pela OMS, os Estados Membros seriam os melhores advogados daquilo que representava a saúde para todos, a nível tanto de sonho como de realidade. Assegurando a continuidade da acção as deficiências financeiras poderiam ser convertidas em bons trunfos. No entanto, o êxito no caminho, rumo à Saúde para Todos no Ano 2000, exigirá uma persistente solidariedade internacional que ultrapasse todas as fronteiras regionais e barreiras políticas.

10. O Sr. J. Grant, Director Executivo da UNICEF (anexo 2), disse que o Comité Regional representava o único grupo capaz de conseguir a saúde e o bem-estar das populações africanas. Embora se tivesse registado um progresso considerável em África durante os últimos 25 anos, tendo baixado as taxas de mortalidade infantil e aumentado as taxas de alfabetização e de formação, as secas e as actuais dificuldades económicas mundiais tinham tido um impacto devastador na produção alimentar e nas balanças de pagamento. O aparecimento do SIDA também estava a começar a ter impacto. A parte Austral do Continente tinha além disso sofrido com os conflitos armados e ainda apresentava taxas desproporcionadas de mortalidade infantil e de malnutrição. Os demógrafos previam que as taxas de mortalidade iriam ainda aumentar de uma forma desproporcionada.

11. O Sr. Grant prosseguiu com a análise das possibilidades de alcançar as metas de vacinação universal e de acesso à terapêutica de reidratação oral fixadas para 1990, bem como as metas de redução da mortalidade infantil, fixadas para o ano 2000. Deveria ser possível investir cuidadosamente no futuro, dando uma prioridade mais alta aos programas que trouxessem maiores benefícios para os grupos mais vulneráveis. Nos princípios subjacentes aos cuidados primários de saúde, que foram elaborados há quase 10 anos em Alma-Ata, é necessário encontrar um guia para discernir o que é possível fazer. Apesar de existirem amplas provas da validade desses princípios, os países continuam a colocar demasiada ênfase nas medidas sanitárias curativas e nas zonas urbanas.

12. Os progressos técnicos actuais tinham aumentado a capacidade para comunicar e a comunicação era um instrumento poderoso para a educação sanitária, que permitiria acelerar a aplicação dos princípios dos cuidados primários de saúde. O Sr. Grant felicitou os Estados Membros da Região pelos progressos realizados, apesar das dificuldades existentes, na aceleração significativa do Programa Alargado de Vacinação. Um certo número de países alcançará a meta da vacinação infantil universal no fim do ano de 1987 ou de 1988. Outro progresso era a resolução aprovada na Cimeira da OUA em Adis-Abeba, em Julho de 1987, relativa à vacinação infantil universal em África. Esta resolução declarava o ano de 1988 como ano para a protecção, a sobrevivência e o desenvolvimento da criança africana, aproveitando a vacinação como veículo para alcançar outros objectivos mais amplos.

13. O êxito alcançado no domínio da vacinação ofereceu a oportunidade de considerar outros progressos que poderiam ser possíveis, apesar das más condições existentes no continente. O combate às doenças diarréicas, o acompanhamento do crescimento, a promoção da amamentação ao peito e melhores hábitos de desmame, tudo isto eram sectores dignos de serem estudados.

14. Dois obstáculos principais para alcançar o objectivo da Saúde para Todos no Ano 2000 eram o fornecimento de quantidades adequadas de medicamentos essenciais e vacinas, a maior parte dos quais tinham de ser importados, bem como o financiamento dos custos do pessoal de saúde. Ele perguntou se seria realmente possível encarar um sistema alargado de cuidados primários de saúde em toda a África que, dentro de 5 anos, cobriria as necessidades de medicamentos essenciais de mais de 80% da população e que seria financiado e gerido a nível local. Embora algumas pessoas pudessem considerar que este objectivo era inalcançável, era preciso recordar que, ainda em 1983, a UNICEF tinha tido dificuldades em imaginar que a vacinação infantil universal iria ser possível em África em 1990.

15. O Director da Região Africana da OMS, Dr. G.L. Monekosso, manifestou a sua profunda gratidão ao Presidente, o Governo e o Povo do Mali por acolher esta reunião. Lembrou a contribuição histórica deste país para a civilização africana e exprimiu a sua admiração pela coragem e lucidez da população a braços com graves dificuldades económicas, uma atitude que garantia a consecução dos objectivos da SPT/2000. Também manifestou a sua gratidão a todos os distintos participantes, designadamente a Sua Excelência o Presidente Moussa Traoré, Presidente do Mali, ao Director-Geral da OMS e ao Director Executivo da UNICEF.

16. Achou apropriado, quase dez anos depois da Conferência de Alma-Ata, fazer um balanço das actividades da OMS/AFRO. Assim, o tema da sua alocução foi "AO ALCANCE DAS NOSSAS MÃOS", de modo a determinar se os países membros estavam realmente a fazer progressos ou a iludir-se a si próprios, com expectativas irrealistas. A África estava já tão atrasada em tantos aspectos sanitários, que não pode permitir-se demasiados erros ou novos atrasos.

17. Em consequência das duras realidades da crise económica mundial, os gastos tinham forçosamente sofrido uma considerável redução. Nestas condições, o Secretariado Regional tinha sido reorganizado e reestruturado de modo a poder fazer face a novos desafios e, em particular, a assegurar uma utilização adequada e completa dos recursos da Organização no domínio da cooperação técnica, a permitir a familiarização dos representantes da OMS recrutados internacionalmente com a política de implementação dos CPS a nível de distrito e a dar ênfase às actividades técnicas. Tinham sido criados novos serviços através de uma redistribuição de pessoal sem no entanto criar novos postos.

18. Além disso, informou a assembleia que tinha sido criada uma força de intervenção anti-SIDA, no intuito de minimizar a expansão ameaçadora da epidemia. O objectivo da Saúde para Todos não teria sentido se não se pudesse travar a ameaça crescente do SIDA. Os sistemas de saúde eram já inadequados antes do aparecimento da epidemia do SIDA no Continente africano. Eram necessários esforços muito urgentes no campo da informação das populações.

19. As estratégias pós Alma-Ata, incluindo o abastecimento alimentar, a água e o saneamento, a saúde materno-infantil e planeamento familiar, a logística e os custos das vacinas e a sua distribuição, eram inseparáveis das estratégias agora projectadas para o controlo do SIDA.

20. A Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário coordenará as outras comissões que se ocupam da gestão dos recursos sanitários, do desenvolvimento da liderança para a saúde, da promoção da investigação sanitária e das principais forças de intervenção no domínio da "população, nutrição, saúde", do "meio-ambiente (o habitat e a saúde)", do "modo de vida e da saúde", tanto a nível regional como nas três sub-regiões.

21. Estava a ser elaborado um manual prático para a gestão a nível de distrito. Um outro documento sobre as infra-estruturas a nível intermédio será analisado, juntamente com as experiências dos países, com o objectivo de constituir uma série relativa à instauração da Saúde para Todos. Os conhecimentos sobre ciências da Saúde em África têm de ser facilmente acessíveis a todos. Deste modo, está a ser construída uma biblioteca africana de ciências da saúde que deverá estar concluída antes do final de 1987.

22. Salientou que a OMS está ciente da importância crucial das suas novas políticas. A Organização tinha, por isso, procurado conseguir um empenhamento político ao mais alto nível e apoiado a realização da segunda reunião de Ministros de Saúde da OUA, realizado no Cairo, em Abril de 1987. Aproveitou a oportunidade para prestar homenagem ao Chefe de Estado Egípcio, pela sua calorosa recepção e concordância em acolher esta reunião. Congratulou-se também com o facto de a saúde estar incluída na ordem de trabalhos da Cimeira dos Chefes de Estado da OUA, em Julho de 1987, durante a qual foi aprovada uma declaração que estipula que a saúde é um alicerce do desenvolvimento.

23. Quanto à questão da colaboração dos Estados Membros, agradeceu aos governos da Região a sua firme determinação em apoiar o sector da saúde e em proceder a mudanças estruturais mau grado as graves dificuldades económicas. Muitos países da Região tinham compreendido que a saúde era uma base para o desenvolvimento socioeconómico, tanto assim que a saúde se articula com a agricultura e pequenas indústrias artesanais, bem como pequenas empresas.

24. Era também consolador verificar o entusiasmo com que 1986 tinha sido lançado como o Ano Africano de Vacinação, tendo vários Chefes de Estado africanos dado o exemplo ao vacinar crianças dos seus países.

25. Os Estados Membros tinham aderido de bom grado ao sistema AFROPOC tentando compreender o seu mecanismo e tirado dele o maior proveito. Com despesas pontuais cada vez mais raras, este sistema ainda tinha que ser aperfeiçoado e adaptado às necessidades dos países .

26. Em conclusão, sublinhou a necessidade de esforços concentrados e da melhor utilização possível dos auxílios externos de acordo com os planos nacionais. Manifestou a esperança de que a saúde para Todos no Ano 2000 não se limitasse a ser um mero slogan, mas se tornasse uma realidade para todos os povos africanos e para os povos de todo o Mundo. Em reconhecimento pelos esforços desenvolvidos no Mali para a instauração da Saúde para Todos, Sua Excelência, o General Moussa Traoré, Presidente da República do Mali, foi agraciado com uma medalha comemorativa, por ocasião da abertura da 37ª Sessão do Comité Regional Africano.

27. Sua Excelência, o Presidente da República do Mali, Genral Moussa Traoré (anexo 4) falando em nome do povo do Mali, da União Democrática do Povo do Mali, e do seu governo, disse que o seu país se sentia honrado em receber a trigésima-sétima Sessão do Comité Regional. Elogiou o Director-Geral da OMS e o Director Executivo da UNICEF pelos seus esforços complementares para apoiar os Estados na realização dos seus problemas sanitários. Elogiou igualmente os esforços do Dr. Monekosso e da sua equipa em promover a estratégia regional de desenvolvimento sanitário, para atingir o objectivo da Saúde para Todos no Ano 2000.

28. Os problemas sanitários a discutir na 37ª Sessão estavam na linha das decisões tomadas na recente conferência dos Chefes de Estado da OUA e incluíam-se no quadro dos planos de reabilitação económica elaborados nesse ocasião. O desenvolvimento económico e social não podia estar dissociado do desenvolvimento sanitário. A crise económica que tem vindo a afectar o mundo há mais de 10 anos estava a ter efeitos particularmente dramáticos nos países em desenvolvimento. Estes representavam mais de 65% da população mundial, mas apenas 15% da sua produção. O rendimento per capita dos países em desenvolvimento era, em média, de 14 vezes inferior ao dos países desenvolvidos e provando esta situação devido à deterioração da situação monetária internacional e ao peso da dívida externa. Apesar do aumento da produção alimentar, a fome continua a ser uma dura realidade em países sujeitos a calamidades naturais. Embora a alfabetização estivesse a aumentar, o fosso entre homens e mulheres estava a alargar-se muito embora tudo indicasse que a educação das mulheres e dos jovens nos países em desenvolvimento fosse um factor positivo para a redução da mortalidade infantil e melhoria da saúde das crianças.

29. Referindo-se à resolução da Assembleia Mundial da Saúde, de Maio de 1977, sobre o objectivo social da Saúde para Todos no Ano 2000 e à decisão tomada em Setembro de 1978, em Alma-Ata, de considerar os cuidados primários de saúde como a estratégia de desenvolvimento sanitário apropriada à consecução desse objectivo, salientou que os países tinham feito progressos consideráveis no Programa Alargado de Vacinação, no Combate às Doenças Diarreicas, na saúde materno-infantil, nos medicamentos essenciais, na promoção da medicina tradicional e na investigação aplicada.

30. Ao mesmo tempo, as catástrofes naturais e os conflitos internos e externos puzeram em perigo as realizações conseguidas no campo social. Tanto as incursões militares da África do Sul nos países da linha da frente e a agressões sionistas aos territórios ocupados e à Palestina constituíam fortes obstáculos à correcta implementação das políticas sanitárias.

31. Já na fase preparatória da conferência de Alma-Ata em 1976, o Mali tinha analisado todas as actividades que pudessem ser incluídas no quadro dos cuidados primários de saúde. Os resultados tinham sido animadores. Já tinham sido criados maternidades rurais em duas regiões, equipas de saúde de aldeia em duas zonas piloto e stocks de medicamentos nas federações de cooperativas rurais. Além disso, em Novembro de 1978, o segundo seminário nacional para os trabalhadores sociais e de saúde pública tinha adaptado as conclusões da Conferência de Alma-Ata. A União Democrática do Povo do Mali tinha elaborado as seguintes directivas para a estratégia dos cuidados primários: a saúde constituía para integrante do desenvolvimento económico e social global; a promoção e a protecção da saúde exigiam a educação dos indivíduos, das famílias e das comunidades num espírito de autodeterminação e responsabilidade e, para o seu êxito, era essencial uma abordagem integrada multidisciplinar e multisectorial. A partir de 1978, o Mali tinha feito progressos consideráveis na promoção da saúde da sua população, apesar das dificuldades e falta de recursos. Para tal, tinha sido auxiliado, tanto do ponto de vista metodológico como por recursos financeiros, material e humanos da OMS e pelo apoio dado pela UNICEF e pela comunidade internacional.

ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHOS

32. A ordem de trabalhos aprovada pelo Comité Regional consta do Anexo 5 e a lista dos participantes do Anexo 6.

33. De acordo com a resolução AFR/RC37/R1, o Comité aprovou a constituição da Comissão de Designações (Decisão Processual Nº 1,)

34. A eleição da mesa que dirigirá a sessão e a nomeação de relatores para as discussões técnicas constam da Decisão Processual Nº 2, e a nomeação da Comissão de Verificação de Poderes consta da Decisão Processual Nº 3.

DESENVOLVER DOS TRABALHOS

O TRABALHO DA OMS NA REGIÃO AFRICANA EM 1985-1986

RELATÓRIO BIENAL DO DIRECTOR REGIONAL

Apresentação

35. Apresentando o seu relatório (documento AFR/RC37/3), o Director Regional chamou a atenção para 2 novos aspectos em relação aos anos anteriores. A primeira característica do Relatório é a de se limitar àquilo que realmente aconteceu nos anos 1985-1986. A segunda característica é a de ele ser apresentado com base na recente reestruturação da Sede Regional: assim, a segunda parte cobria as Declarações Sub-Regionais de Desenvolvimento Sanitário, agora conhecidos como Equipas Interpaíses de Desenvolvimento Sanitário.

36. A terceira parte do relatório, que trata dos programas país por país tinha sido escrito pelos Representantes da OMS nos países, em colaboração com funcionários superiores dos governos. Tinha havido algumas críticas em relação à prática passada de ser a própria Sede Regional a elaborar os relatórios.

37. Uma nova característica de muitos relatórios nacionais era o realce dado à implementação, a nível de distrito, dos cuidados primários de saúde e, de modo geral, dava-se agora grande ênfase às actividades a nível de distrito, muito diferente das actividades a nível internacional ou a nível nacional, embora, obviamente continuasse a haver sobreposição dos vários níveis. A reunião consideraria outros possíveis indicadores que pudessem ser usados a nível de distrito, para ajudar a recolher informações em resposta em questões postas pelos doze indicadores globais.

38. O biénio em análise tinha sido caracterizado pela reorganização das estruturas regionais da OMS. A principal tarefa da Sede Regional da OMS é fornecer cooperação técnica através de alguns departamentos e serviços altamente competentes, que abrangem várias áreas programáticas sob a supervisão do Director de Gestão de Programas. O grupo é responsável pela busca de novas maneiras de resolver os problemas de saúde da Região, como resposta aos pedidos dos países membros. Um segundo programa (DCP) é responsável por obter e fornecer informações aos Estados Membros, aos meios de comunicação a outras organizações, etc.. Um outro programa (DSP) é encarregado da administração, orçamento e finanças, pessoal, aprovisionamento e informática.

39. O grupo DGP tem um sistema de informação computadorizada (AFROPOC) que controla as despesas do orçamento regular da OMS com a finalidade de planejar actividades futuras tais como bolsas de estudo, oficinas de aprendizagem e programas, em vez de responder a situação numa base pontual. As autoridades do país implicado e a OMS devem então concordar sobre as actividades propostas, sendo o representante da OMS no país o responsável pela sua implementação, sem necessidade de outro contacto com a Sede Regional.

40. Além da supervisão de todas estas actividades, o Gabinete do Director Regional controla os programas orientados para a Saúde para Todos no Ano 2000, em todos os países, distrito por distrito. O Director Regional pode assim estar ao corrente de qualquer progresso ou falta dele.

41. As três Delegações Sub-Regionais (Equipas Interpaíses de Desenvolvimento Sanitário), estabelecidas durante este biénio em Bamaco, Bujumbura e Hare, destinam-se a estimular e ajudar os países na implementação da Saúde para Todos, dando realce ao nível distrital. Também ajudam a Sede Regional no caso de problemas urgentes tais como calamidades naturais, epidemias, etc. Ainda há margem para melhoramento no funcionamento destas delegações cujo trabalho deve ser mais orientado para o terreno e menos burocrático. Além disso, os Países Membros estão a adaptar-se lentamente às novas funções das delegações Sub-Regionais a medida que cresce a implicação das suas equipas em trabalho no terreno, ajudando os países a avaliar os CPS, identificando novas áreas onde se exige acção e auxílio de fontes externas incluindo um importante subsídio para investigação operacional baseada no conceito de distrito.

42. As representações da OMS nos países sofreram uma importante reorganização já que a experiência da nomeação de nacionais como coordenadores nos inícios dos anos 80 foi considerada sem êxito no fim de 1984, devido a um certo número de problemas, incluindo em particular a falta de autonomia perante os Ministros da Saúde, no que respeita à gestão dos recursos da OMS; o facto dos titulares não terem verdadeiros contactos com a OMS fornecendo, entre outras coisas, seguro de saúde e benefícios para a família; e a relutância dos nacionais em actuar como promotores de alterações dentro dos seus próprios sistemas nacionais. Foi por estas razões que o Comité Regional, em Lusaca, em 1985, concordou com a mudança do sistema. Como resultado, o controle dos recursos da OMS ao nível do país melhorou e tornou-se mais fácil promover alterações nos países Membros e trabalhar com outras agências das Nações Unidas e organismos de cooperação bilateral.

43. Outras modificações nas representações da OMS nos países incluíram a nomeação de assistentes administrativas responsáveis pelo apoio ao representante no país, e de funcionários de informação e documentação sobre saúde responsável pela disseminação de informações sobre o trabalho da OMS através de contactos com os meios de comunicação, pela obtenção de informação relacionada com a participação de outras agências e cooperação técnica estrangeira no campo da saúde, e pela informação ao DCP na Sede Regional. A este respeito, o Director Regional agradeceu aos governos dos Estados Membros a sua cooperação ao permitir as alterações introduzidas, as quais estavam a ter lugar de maneira relativamente suave, considerando a sua importância e o pouco tempo em que tiveram de ser efectuadas. Contudo, é importante mostrar capacidade de adaptação a situações específicas em cada país.

44. Embora a estrutura regional existente seja agora adequada, devem fazer-se melhoramento para resolver certos pontos fracos, especialmente no que respeita às respostas aos governos. Com efeito algumas vezes cartas e telexes não são prontamente respondidos e os fornecimentos de material são lentos. Os representantes dos países apresentam relatórios trimestrais sob a forma de folhas de computador e relatórios escritos mais detalhados de seis em seis meses, que devem ser comunicados aos respectivos governos. Além disso, enviam-se periodicamente ao Director Regional relatórios confidenciais sobre problemas mais específicos.

45. Sobre a situação sanitária geral na Região, o biénio foi caracterizado pelo reaparecimento de certas epidemias como boubas, peste e febre amarela na África Oriental, meningite e tuberculose. A varíola, porém, não voltou a aparecer. O acontecimento mais crítico do biénio foi o alastramento da epidemia de SIDA que afectou principalmente as capitais da África Central, espalhando-se do ocidente para o oriente e para o sul. Desde 1985, doze outros países foram afectados espalhando-se a doença principalmente em zonas urbanas através de contactos heterossexuais. Apesar do embaraço inicial dos responsáveis nacionais em discutir casos de SIDA, a doença é uma ameaça para os cuidados primários de saúde e o problema deve ser encarado de frente se quisermos atingir o objectivo Saúde para Todos no Ano 2000.

46. O Director Regional afirmou que na área da formação de pessoal, houve dois acontecimentos importantes, sendo o primeiro a Conferência Mundial sobre Formação Médica a realizar em Edimburgo em Agosto de 1988. Considerando as necessidades da Região, é necessário rever a formação médica e assim preparar uma contribuição regional à Conferência. Para tal, realizar-se-á em Brazzaville em Outubro de 1987, uma reunião regional, com a participação de administradores de saúde pública, professores e representantes de associações médicas.

47. O segundo acontecimento diz respeito à enfermagem, dado que o papel do pessoal de enfermagem nos cuidados primários de saúde não é bem compreendido na Região. Estabeleceu-se assim um grupo de trabalho regional de enfermagem e espera-se estabelecer grupos de trabalho sub-regionais.

48. A chave para o desenvolvimento de cuidados de saúde é a abordagem distrital dos problemas de saúde. Isto foi experimentado com êxito em alguns países e a experiência obtida, por exemplo na Nigéria e no Zaire, com as suas muitas áreas de governo local, está agora a ser disseminada.

49. Em relação ao combate a oncocercose, já começou a delegação de responsabilidades aos governos nacionais, processo que deve levar cerca de dez anos. Simultaneamente, haverá um aumento do envolvimento dos distritos sanitários nas áreas libertadas da oncocercose.

DISCUSSÕES

50. O Comité Regional felicitou o Director Regional pelo seu relatório sobre o trabalho da OMS na Região Africana durante o biénio 1985-1986, e pela reformulação da sua apresentação, o que fez com que este relatório fosse extremamente pertinente para o período em estudo. O Comité ficou impressionado com os êxitos obtidos durante este período, apesar das graves dificuldades financeiras na Organização.

51. Apontaram-se algumas omissões de acontecimentos importantes nos relatórios de alguns países. O Comité recomendou uma colaboração mais estreita entre os Representantes da OMS e os responsáveis nacionais durante a preparação dos relatórios dos países.

52. O Comité mostrou como apreciava a reestruturação da organização da Região e comentou a sua importância, relevância e oportunidade, especialmente num momento em que era extremamente necessário aproveitar da melhor forma possível os recursos da Organização e resolver rápida e adequadamente os problemas dos países. Alguns representantes acharam que não estavam claramente definidos o lugar, o papel e as funções das Delegações Regionais de Desenvolvimento Sanitário (Equipas Interpaíses de Desenvolvimento Sanitário). Também surgiu uma certa confusão sobre se as Delegações Sub-Regionais de Desenvolvimento Sanitário e as Equipas Interpaíses de Desenvolvimento Sanitário eram nomes diferentes para as mesmas instituições ou dois tipos distintos de instituições. O Comité pediu portanto que o Director Regional explicasse a situação.

53. Relativamente aos problemas financeiros da Organização, num momento em que era extremamente necessário que a OMS colaborasse com os Estados Membros, o Comité recomendou insistentemente aos Estados Membros da Região que e adequadas para cumprir com todas as suas obrigações financeiras para com a Organização.

54. No que respeita à aceleração da implementação dos cuidados primários de saúde a nível de distrito, deram-se exemplos das diferentes medidas que já tinham sido iniciadas num certo número de países. Também se descreveram alguns obstáculos que ainda se estavam a opor ao progresso e que tinham de ser vencidos. O Comité aprovou as medidas tomadas pelo Director Regional para apoiar os Estados Membros na criação e no reforço da infra-estrutura sanitária, a todos os níveis, com ênfase especial nos distritos.

55. Neste contexto, o Comité mencionou as inter-relações entre o desenvolvimento sanitário e o desenvolvimento socioeconómico. Sublinhou a necessidade de um desenvolvimento integrado e de uma abordagem intersectorial, bem como da maior participação comunitária possível na implementação dos programas.

56. O Comité chamou a atenção para as emergências e as crises que continuavam a assolar um certo número de países da Região, como consequência de epidemias de doenças transmissíveis, de calamidades naturais, incluindo a seca e a fome, e especialmente de conflitos armados. Também se chamou uma especial atenção para as graves repercussões na saúde das populações das zonas em estado de guerra e para as implicações sanitárias do "apartheid".

57. O Comitê manifestou apreciação pela resposta rápida e adequada a estas situações de emergência por parte da OMS e de numerosas organizações internacionais e voluntárias. No entanto, chegou-se à conclusão que era preciso fazer ainda muito mais.

58. Foram sublinhados os problemas levantados pelo aparecimento e alastramento do SIDA, bem como o perigo que representam para o desenvolvimento sanitário e a consecução do objectivo social da SPT/2000. O Comitê apreciou profundamente a rápida resposta dada pela OMS às necessidades dos países e, em especial, o papel da liderança e de coordenação assumido pela Organização. O Comitê instou a OMS a prosseguir e reforçar este papel e a intensificar ainda mais a sua colaboração e o seu apoio aos Estados Membros.

59. O Comitê Regional também chamou a atenção para a importância e a utilidade das trocas de informações e de experiências nos diferentes campos, incluindo o da elaboração de programas de medicamentos essenciais, através de visitas aos países e outros mecanismos de CTPD.

60. O Comitê louvou ainda os esforços envidados pela Federação Internacional das Associações de Produtos Farmacêuticos para colaborar com a OMS e os Estados Membros no Programa "Medicamentos Essenciais" da OMS e mencionou, em particular, os esforços da Organização da Unidade Africana para colaborar com a OMS e com outras organizações internacionais, no campo das actividades sanitárias e afins.

61. O Comitê tomou nota da acção empreendida para lutar contra as carências de iodo e de vitamina A e louvou as medidas tomadas para intensificar o apoio técnico à promoção dos CPS a nível de distritos, por intermédio dos serviços dos "Técnicos Profissionais Associados" (TPA).

MELHOR APROVEITAMENTO POSSÍVEL DOS RECURSOS DA OMS

- POLÍTICA EM MATÉRIA DE ORÇAMENTO/PROGRAMA (Documento AFR/RC37/4)

E

ANÁLISE DA INTRODUÇÃO DO DIRECTOR-GERAL AO PROJECTO DE ORÇAMENTO/PROGRAMA DA OMS
PARA O BIÊNIO 1988-1989 E DOS COMENTÁRIOS FEITOS PELO CONSELHO EXECUTIVO
(Documento AFR/RC37/5)

Apresentação

62. O Dr. A. Tekle apresentou os dois pontos da ordem de trabalhos e mencionou que os Estados Membros da Região Africana da OMS tinham aprovado, em Setembro de 1986 uma política regional em matéria de orçamento/programa sobre o melhor aproveitamento possível dos recursos da OMS.

63. Pela Resolução AFR/RC37/R3, o Comité Regional tinha convidado os Estados Membros a assumir a plena responsabilidade pela implementação da política regional em matéria de orçamento/programa. Para tal, o Comité teria de tomar conhecimento do relatório sucinto apresentado por cada Estado sobre o aproveitamento dos recursos da OMS. No intuito de ajudar os Estados Membros a preparar este relatório, o Director Regional tinha enviado aos países um questionário visando a análise da implementação do orçamento/programa ordinário em 1986 em conformidade com 4 capítulos principais: i) pessoal; ii) bolsas de estudo; iii) material de consumo corrente e equipamento e iv) mecanismo de gestão.

64. Dado que nem todos os relatórios nacionais estavam disponíveis na altura da preparação do documento AFR/RC37/4, tinha sido necessário preparar uma adenda. Contudo, a análise baseada nos primeiros 16 relatórios - que representavam mais de um terço dos países da Região - foi corroborada pelos outros relatórios.

65. Um dos princípios directores mais importantes da política regional em matéria de orçamento/programa é apoiar as estratégias nacionais através da cooperação técnica de pessoal permanente ou contratado a curto prazo. Quase todos os países cumpriram a Resolução AFR/RC37/R7 e preencheram o lugar de Representante da OMS com um funcionário internacional. Apenas alguns países tinham suprimido postos, que tinham sido substituídos por consultores a curto prazo mais especializados em determinados campos ou pela concessão de bolsas de estudo a cidadãos nacionais. Não tinha sido substituído postos pela aquisição de equipamento ou material. No entanto, alguns países não tinham preenchido todos os postos vagos em 1986, por várias razões relacionadas com a selecção de candidatos: i) especialidade requerida; ii) contingente de nacionalidades e, iii) aprovação governamental.

66. Em conformidade com a resolução do Conselho Executivo EB71.R6 e a resolução do Comité Regional AFR/RC33/R2, quase todos os países têm um mecanismo de selecção para bolsas de estudo, com base em critérios claramente definidos, no qual participa o Representante da OMS. Entretanto, os países, na sua maioria, não tinham um plano de desenvolvimento de recursos humanos e concederam bolsas de estudo para formação "básica" de certas categoriais de pessoal, no exterior. Além disso, a maioria dos países parecia não fazer distinção entre a formação a curto prazo e participação em reuniões ou seminários.

67. O aproveitamento dos recursos da OMS para material e equipamento deve ser altamente selectivos e estar acompanhado de severas restrições para seguir a política regional. Colocou-se a tónica nas viaturas. Um quarto dos países não utilizou o orçamento ordinário da OMS para a compra de viaturas, em 1986, e mais de metade dos países ocupou-se da manutenção e operação das viaturas.

68. Os mecanismos de gestão especificados na política regional em matéria de orçamento/programa, em conformidade com o documento DGO/83.1 sobre o melhor aproveitamento possível dos recursos da OMS, incluíam um novo mecanismo, a cooperação financeira directa, que deu aos Estados Membros plena responsabilidade na gestão dos recursos da OMS. Consequentemente o questionário focou principalmente este mecanismo, que contudo, foi raramente utilizado: um quarto dos países da Região introduziu-o em menos de 10% das suas verbas bienais previstas. A não utilização deste mecanismo deveu-se principalmente ao facto de que os governos e até mesmo os Representantes da OMS não o conheciam bem.

69. Foram criados em quase todos os países mecanismos conjuntos Governo/OMS para a planificação, implementação e acompanhamento dos recursos da OMS. Esses mecanismos operaram de forma irregular, numa base pontual. No entanto os países, de modo geral compreenderam a necessidade destes mecanismos. É provável que a sua mudança de atitude tenha coincido com a introdução do sistema AFROPOC.

70. Em conclusão, o Comité Regional deverá instar os Estados Membros a implementar a política Regional que adoptaram em Brazzaville em 1986, em particular no que diz respeito ao pessoal, bolsas de estudo, material de consumo corrente e equipamento, pela aplicação rigorosa dos mecanismos de gestão definidos. O Comité foi convidado a fornecer ao Director Regional linhas de orientação claras e firmes de modo a permitir-lhes fornecer um apoio adequado aos Estados Membros.

71. No documento AFR/RC37/5, que trata da introdução do Director-Geral ao orçamento/programa para o biénio 1988-1989, o Dr. Tekle disse que os Comités Regionais tinham sido convidados pela Assembleia Mundial da Saúde a analisar esta Introdução.

72. Ele disse que a crise em que a Organização e os seus Estados Membros se encontravam era apelidada de crise de liquidez mas deveria antes ser chamada de crise de confiança, embora a Organização sempre tivesse estado disposta a identificar as suas falhas e a tentar remediá-las. Ao mesmo tempo o Director-Geral tinha estado muito preocupado com a falta de reacção dos Comités Regionais a esta situação.

73. À Organização cabe um duplo papel, por um lado dirigir e coordenar o trabalho internacional no campo da saúde e, por outro, ser um agente de cooperação técnica com os Estados Membros. Mas, apesar disso, muitos países ainda consideram a OMS como mais uma agência doadora, com alguns países a preparar "lista de compra" com muito pouca relação com a estratégia nacional para a implementação da SPT. Foi lembrado aos países que o Director Regional daria uma resposta favorável aos pedidos dos Governos apenas se estes estivessem em conformidade com as políticas da Organização.

74. O uso óptimo dos recursos da OMS foi, em muitos casos dificultado pela pressa de reservar verbas para material, equipamento e despesas locais numa base pontual no final de cada biénio. Do mesmo modo muitas bolsas de estudo pareciam não ser planificada e muitos bolseiros não estavam a ser devidamente utilizados no seu regresso.

75. O Director-Geral lamentou o modo como a fixação dos números de planificação por País tinham sido feitas durante os biênios passados e referiu a possibilidade de atribuir verbas em conformidade com a coerência de cada país com a política de orçamento/programa, os processos de gestão e o melhor aproveitamento possível dos recursos da OMS.

76. O Conselho Executivo apoiou plenamente a Introdução do Director-Geral à proposta de orçamento/programa para 1988-1989. No entanto, o Conselho duvidou da viabilidade de algumas acções remediadoras propostas pelo Director-Geral. Com base na experiência passada relativamente à resoluções da Assembleia Mundial e do Conselho Executivo, o Conselho manifestou dúvidas de que medidas tais como a instituição de políticas regionais de orçamento/programa e de auditorias financeiras em termos de programa e de política tivessem o efeito desejado.

77. Sobre a melhoria da gestão da cooperação técnica, o Conselho foi de opinião de que a Organização e os seus Estados Membros deveriam empreender acções correctivas.

78. O relatório da discussão do Comité Regional sobre a introdução do Director-Geral será apresentado ao Conselho Executivo para análise na sua 81ª Sessão e para uma nova análise à 41ª Assembleia Mundial da Saúde em Maio de 1988.

Discussão

79. O Comité concordou em manifestar que o relatório do Director Regional (documento AFR/RC37/4) revelava claramente os esforços envidados pelos países africanos para garantir o melhor aproveitamento possível dos recursos da Organização. Alguns membros disseram que os recursos que a OMS e outros organismos punham à disposição deveriam ser considerados como complementares dos esforços nacionais no domínio dos cuidados primários de saúde e que as verbas orçamentais da OMS deveriam ser tidas como parte da globalidade da política nacional de saúde.

80. Outro ponto de vista exposto foi que a melhor solução para a política em matéria de orçamento/programa era assegurar um equilíbrio entre as despesas técnicas e administrativas; uma redução das despesas administrativas a nível da representação da OMS poderia favorecer o financiamento de certas actividades técnicas previstas no programa. Cerca de 34% do orçamento/programa afectado à despesas operacionais podiam em parte ser cobertos, em moeda nacional, pelos orçamentos nacionais. Sugeriu-se que o projecto de resolução sobre este ponto incluísse, como parágrafo operativo, uma enumeração das directivas dadas pela Sede Regional aos Representantes da OMS relativamente à maneira como deverão ser implementados os orçamentos/programas. Também era possível uma retro-informação sobre a implementação da política orçamental, através do sistema AFROPOC que se considerou, na generalidade, como tendo notavelmente racionalizado o processo de gestão. No entanto, era preciso simplificar ainda mais o sistema AFROPOC.

81. Sublinhou-se a necessidade de planos claramente definidos e de uma identificação correcta dos recursos para facilitar uma implementação ordenada e tão perfeita quanto possível dos programas. Por exemplo, era preciso coordenar com mais cuidado as verbas recebidas de fonte de cooperação bilateral e multilateral com os recursos da OMS. Era necessário o apoio da OMS para promover o desenvolvimento e a utilização do pessoal nacional e recursos materiais.

82. Observou-se ainda que a designação de Representantes da OMS nos países tinha melhorado consideravelmente a colaboração entre a OMS e os países e que oficinas de aprendizagem a nível subregional familiarizariam o pessoal de saúde nacional e os Representantes da OMS com o processo de gestão da Organização. Sugeriu-se que a Sede Regional mantivesse os Estados Membros informados sobre a possibilidade de cooperação financeira directa e que a nível das Representações da OMS nos países fossem facilitados os mecanismos para a sua utilização.

83. O Comité concordou que a melhor maneira para atenuar as graves dificuldades financeiras da Organização era o pagamento rápido e por inteiro, por todos os Membros, das quotas fixadas. Era essencial, neste contexto, que o Comité tomasse uma decisão firme de "arrumar a casa".

COMO ACELERAR A INSTAURAÇÃO DA SAÚDE PARA TODOS NOS ESTADOS MEMBROS
DA REGIÃO AFRICANA:
ANÁLISE DA SITUAÇÃO SANITÁRIA NOS DISTRITOS

Apresentação

84. O documento AFR/RC37/6 sobre este tema foi introduzido pela Dra Aboo-Baker, que disse que, durante a 35ª Sessão do Comité Regional (Lusaca, 1985) se tinha decidido acelerar em 1986-1987, a instauração dos CPS a nível de distrito. Esta actividade era a primeira parte do plano trienal: a segunda e a terceira partes referiam-se à acção a nível intermédio (1987-1988) e a nível central (1988-1989). Durante a 36ª Sessão do Comité, em Brazzaville, a Sede Regional encarregou-se de apresentar uma análise da situação sobre os progressos realizados pelos distritos, rumo à SPT/2000.

85. A recolha de dados não foi efectuada segundo nenhum formato normalizado. A informação foi recolhida a partir de documentos oficiais dos Ministérios de Saúde e de relatórios mensais, trimestrais, semestrais e anuais preparados pelos Representantes da OMS nos países.

86. Verificou-se que o conceito de "distrito" era designado por vários nomes, todos com o mesmo significado. Um distrito era uma unidade geográfica/política/administrativa, na qual se materializa a parceria Estado/povo e onde se coordena e desenvolvem actividades sociais e industriais. Este conceito, porém, não se aplica sempre no sector da saúde; um distrito sanitário sobrepunha-se frequentemente a dois distritos administrativos. Em termos quantitativos, embora a informação ainda estivesse incompleta, verificou-se que aproximadamente 24% dos distritos de 41 países (2 países não forneceram qualquer informação) estava "operacionais" no sentido de que tinham sido introduzidos os CPS de acordo com um plano específico, por pessoal adequado. Não se tinham contado os distritos-piloto, nem os distritos abrangidos por uma estratégia nacional.

87. Em 41 países, o distrito é administrado por uma comissão de desenvolvimento distrital, cujo presidente costuma ser um representante do governo. Em muitos casos, contudo, estas comissões não fazem praticamente nada. Conforme o regime político do país, as comissões de desenvolvimento foram substituídas ou completadas por células do partido ou órgãos que realizavam, ao mesmo tempo, campanhas políticas e sanitárias. Em 60% dos casos criaram-se subcomissões de saúde por iniciativa do governo.

88. No que diz respeito às actividades em curso, 17 dos 41 países tinham um sistema de planificação racional, com fixação de prioridades, ao passo que os outros 24 países trabalhavam numa base "ad hoc". Considerando os países num aspecto global, as actividades podiam ser classificadas segundo a ordem de prioridade seguinte: saúde materno-infantil, medicamentos, educação, água, nutrição. Embora se tenha feito alguns esforços para progredir em direcção aos oito componentes dos CPS, tal como definidos em Alma-Ata, as actividades ainda estavam a esparsas e os programas eram demasiado verticais para chegar até o maior número de pessoas. Por isso era difícil realizar o acompanhamento e a avaliação.

89. Os dois pilares constantes da equipa de saúde eram os agentes de saúde comunitários e as parteiras tradicionais, muito embora houvesse uma certa confusão, devido ao facto de que eram ambos trabalhadores de vanguarda. Em geral, a equipa de saúde distrital tinha mais pessoal e funcionava como base de apoio para as equipas de saúde de aldeia (vanguarda).

90. Os países podem ser divididos em 3 categorias, com base na planificação antes da acção: grupo I (17 países), que tem um plano bem definido, com prioridades fixadas em colaboração com o povo e mecanismos para a recolha de dados e a supervisão; grupo II (14 países), em que a planificação não estava tão bem definida e a gestão não era fácil de identificar; grupo III, que realizava algumas actividades, mas no qual não é possível detectar qualquer plano de acção.

91. Estes 3 grupos estavam todos preocupados com as dificuldades encontradas na recolha de dados, na realização da avaliação e, sobretudo, na criação de fundos distritais. Idealmente, os trabalhadores da base deveriam pertencer a três grupos governamentais, comunitários e de entidades de cooperação bilateral/multilateral. No entanto, a maior parte do trabalho no terreno era realizado pelas ONG, ao passo que era precisamente nesse domínio que os governos deveriam criar raízes firmes entre a população.

92. As dificuldades mais importantes encontradas na instauração dos CPS a nível de distrito foram a falta de pessoal habilitado, deficiências de gestão e a falta de apoio logístico. Relativamente à formação de pessoal, 80% dos países realizaram actividades de formação para agentes de saúde comunitários, técnicos de laboratório, pessoal de enfermagem e médicos.

93. A Dra. Aboo-Baker conclui que se deveriam fazer as seguintes observações: o relatório não era exaustivo e, sob certos pontos de vista, estava incompleto e precisava de ser constantemente actualizado; todos os países estavam a fazer esforços trmendos para acelerar a instauração da SPT/2000 a nível de distrito, embora fosse necessário actuar com maior rapidez para alcançar o objectivo fixado para o ano 2000. Nos casos em que existia uma política de descentralização, esperava-se do distrito que tivesse os seus próprios recursos orçamentais, mas a análise mostrou que não era este o caso; se as actividades se concentrassem nas mães e nas crianças, era mais fácil ligá-las aos outros componentes de saúde e com ela associados, tais como os medicamentos, a educação, a água e a nutrição; a falta de pessoal habilitado e as deficiências dos mecanismos de gestão continuavam a constituir obstáculos importantes.

Discussão

94. Vários membros corrigiram a informação estatística contida no documento, relativamente à situação dos cuidados primários de saúde nos seus países, e fizeram um breve relato dos progressos realizados e das dificuldades encontradas na implementação das actividades dos cuidados primários de saúde a nível distrital.

95. Foi observado que o nível distrital constitui o núcleo de desenvolvimento socioeconómico e que é necessária uma abordagem distrito por distrito para nivelar as aptidões de pessoal em todo o país. O Comité salientou a necessidade de uma real descentralização e criação sistemática de equipas distritais de gestão, de insistir nas técnicas de gestão e ligações com outros sectores, com o objectivo de fortalecer a eficiência operacional a nível distrital. Serviços adequados de transporte e comunicações, uma rede eficaz de distribuição de medicamentos e a participação da população no processo produtivo foram também mencionados como importantes factores para a aceleração da SPT/2000. Além disso, foi reconhecido o importante papel do pessoal não-médico, sendo a perspectiva generalizada de que a saúde deve ser enquadrada no contexto mais amplo do bem-estar da população.

96. Finalmente, o Comité foi informado que o Secretariado está a preparar uma série de indicadores para acompanhar os progressos a nível distrital.

ANÁLISE DO PROGRAMA DE COMBATE AO SIDA

Apresentação

97. O documento AFR/RC37/7, sobre este assunto foi apresentado pelo Dr. F. X. HAKIZIMANA. Ele salientou que o relatório do Director Regional, sobre o Programa Regional de combate ao SIDA descreve os progressos alcançados na implementação das recomendações da oficina de aprendizagem realizada em Bangui, de 22 a 25 de Outubro de 1985, e as emanadas da Conferência Regional de Brazzaville, de 11 a 13 de Setembro de 1986. O documento submetido ao Comité foi elaborado em 15 de Abril de 1987. O Comité foi convidado a tomar nota de informações adicionais, recolhidas até 31 de Agosto de 1987.

98. Na sua introdução, do parágrafo 1 a 6, o documento discute os aspectos epidemiológicos e de saúde pública do SIDA. Deverá lembrar-se que os primeiros casos de SIDA foram relatados em 1983. Em 6 de Maio de 1987, 36 países africanos tomaram parte no sistema de vigilância do SIDA, estabelecido pela OMS. Foram detectados em 24 países da Região um total de 4354 casos.

99. Até 31 de Agosto de 1987, 40 países da Região Africana notificaram à OMS 5.000 casos de SIDA, incluindo 831 mortes relatadas por 14 países. Nessa data, seis países ainda não tinham aderido ao sistema de vigilância. Tratava-se de: Guiné Equatorial, Malí, Namíbia, Reunião, Serra Leoa e Sta. Helena. Dos 40 países que notificaram à OMS, nove declararam não haver casos de SIDA no seu país. Tratava-se de Burkina Faso, Comores, Madagáscar, Mauritânia, Maurícia, S. Tomé e Príncipe, Seychelles e Togo. Mais tarde, o LAV-2 foi declarado na África Central e em alguns países da África Oriental.

100. Os parágrafos 7 a 9 discutem a avaliação da implementação do Programa de Combate ao SIDA na Região, até 15 de Abril de 1987. O programa baseia-se na política, estratégia e implementação de recomendações feitas pela OMS e Estados Membros.

101. Os parágrafos 10 a 13 salientam os esforços realizados pelos países na implementação dos programas nacionais de combate ao SIDA e da necessidade dos países que ainda o não fizeram, de criar essas comissões, dado que elas desempenham um papel crucial na implementação dos métodos preventivos e de combate à doença.

102. Os parágrafos 14 a 17 descrevem a avaliação inicial efectuada em 13 países até 15 de Abril de 1987. Em 1 de Setembro de 1987, tinham-se realizado visitas preliminares a 34 países e, em 15 de Outubro de 1987, far-se-ão outras, para concluir planos de acção a curto prazo em 40 países. Os próximos países a serem visitados são: Angola, Comores, Guiné Equatorial, Madagáscar, São Tomé e Príncipe e Seychelles.

103. Os parágrafos 18 a 21 discutem o apoio que a OMS conseguiu dar aos países, com base nesses planos nacionais, no início de 1987 e também a data em que o Programa de Combate ao SIDA foi criado em que começaram a chegar fundos.

104. Vinte e seis países receberam apoio financeiro e técnico da OMS, durante os últimos 6 meses. Treze outros estão em vias de assinar o acordo de serviços técnicos com a OMS, o que significará um rápido desembolso de fundos. Três países ainda não pediram colaboração à OMS: são eles o Chade, a Mauritânia e a Namíbia.

105. Até 31 de Agosto de 1987, tinham sido formulados em 15 países planos quinquenais e tinham sido organizados em 5 outros países reuniões de entidades doadoras. No final destas reuniões, tinham sido mobilizados 20 milhões de dólares para financiar o primeiro ano das actividades de combate ao SIDA nos países.

106. O programa especial de combate ao SIDA, na Sede, financiaria os países no contexto dos planos a curto prazo até um montante de 8 milhões de dólares e tinha designado 2 milhões de dólares para o programa a médio prazo. Estes montantes não incluíram o custo de honorários de consultores nem os salários do pessoal regular.

107. Os parágrafos 22 a 24, descreveram as campanhas massivas de informação (especialmente para grupos de alto risco) e os consideráveis esforços realizados para elevar as actividades educacionais de combate ao SIDA a um nível comparável ao da importância que a educação sanitária deveria desempenhar neste programa. Nos parágrafos 25 a 31, o documento acentuou os esforços envidados pela OMS em apoio à troca de informações. A OMS organizou reuniões, seminários e conferências científicas internacionais na Região Africana e deu assistência financeira aos países da Região para assegurar a sua participação nestas reuniões.

108. No parágrafo 25, deve ser feita referência à 3ª Conferência Internacional sobre o SIDA, realizada em Washington (USA), de 4 a 5 de Junho de 1987, assim como a outras reuniões já programadas. São elas:

- a segunda Conferência sobre o SIDA e cancros afins, a realizar-se em Nápoles (Itália) de 7 a 9 de Outubro de 1987;
- a Conferência Internacional sobre o SIDA, em Paris, em Novembro de 1987;
- a Cimeira Mundial de Ministros de Saúde, em Londres, em Janeiro de 1988;
- a quarta Conferência Internacional sobre AIDS, em Estocolmo (Suécia), em Junho de 1988.

109. O parágrafo 29 menciona a organização da segunda conferência regional sobre o SIDA no Zaire, em Março de 1988. O parágrafo 30, menciona que se realizará uma mesa-redonda sobre laboratórios periféricos, de 12 a 16 de Outubro de 1987 e que serão propostos testes simples para o diagnóstico do SIDA a nível distrital. Como parte dos planos a curto e médio prazos, haverá também cursos de formação, oficinas de aprendizagem e seminários sobre todos os aspectos do programa. A OMS proporcionará os consultores necessários para esta formação.

110. A OMS pretende também organizar cursos curtos de formação para consultores a curto prazo africanos, como parte do combate ao SIDA, para que possam vir a trabalhar em qualquer dos países da Região. Ao parágrafo 31, deverá ser acrescentado o ponto VI: Reunião da OMS sobre critérios de programação do despiste do HIV.

111. Os parágrafos 32 a 34 resumem a aplicação das recomendações feitas pela OMS sobre a mobilização de recursos para o combate nacional ao SIDA. Os parágrafos 35 a 42, discutem o papel da OMS.

112. A conclusão a que se chegou nos parágrafos 43 a 46, era promissora. Ao terminar-se a elaboração do programa de combate ao SIDA, tinha-se observado que o volume das actividades tinha aumentado consideravelmente em relação à mobilização de recursos, assim como em relação à avaliação da situação e ao reforço da infra-estrutura, tanto para a informação como para a consciencialização do público. O Comité Regional foi convidado a analisar o documento e a dar orientações sobre as medidas necessárias para a consecução dos objectivos do programa de combate ao SIDA, como parte da Saúde para Todos no Ano 2000.

Discussão

113. O Comité Regional manifestou o seu apreço pela realização em tempo oportuno das duas importantes acções da OMS em resposta ao aparecimento e difusão de epidemia do SIDA.

114. Em primeiro lugar é de destacar o papel de liderança e de coordenação assumido pela Organização não só ao nível global mas, ainda mais importante, a níveis regional e de país. Sendo o SIDA uma emergência global e não um problema local, que por essa razão exigia toda a cooperação internacional, cabia à Organização assumir este papel e continuar a desempenhá-la. Não obstante, era necessário reforçar ainda mais este papel, especialmente a nível regional e de país. O Comité instou todos os países a serem francos em relação ao SIDA e a colaborarem entre si e com a OMS.

115. A segunda acção foi a rapidez com que a Organização até o momento tem respondido às necessidades dos países ao prestar apoio aos Estados Membros no desenvolvimento de programas nacionais de prevenção e de combate ao SIDA.

116. Observou-se também o papel da Organização na convocação de reuniões de entidades doadoras, para a mobilização de recursos para programas nacionais. Expressou-se o ponto de vista de que a OMS deveria reforçar o seu apoio e colaboração com os países membros. O Comité reconheceu a importância e o papel das Comissões Nacionais contra o SIDA na prevenção e combate ao SIDA e observou com satisfação a criação de tais organismos nos países membros.

117. Descreveram-se as investigações, os estudos especiais e os inquéritos epidemiológicos e neuro-epidemiológicos já concluídos ou em processo de realização em alguns dos Estados Membros. Embora se concordasse em que se deveria intensificar e acelerar a investigação em todos os aspectos do SIDA, o Comité mencionou duas áreas de investigação que deveriam receber atenção especial. A primeira era a investigação visando a identificação dos medicamentos tradicionais que possam vir a ser úteis na prevenção e tratamento do SIDA.

118. O segundo, e mais importante, era a investigação social e sobre o comportamento devido à importância das relações por um lado, entre a transmissão e as implicações sociais da infecção pelo HIV, e pelo outro, entre a cultura e o comportamento humanos.

119. O Comité exprimiu preocupação sobre as possíveis consequências da repatriação de pessoas infectadas pelo HIV e solicitou orientações sobre como proceder em tal situação. Sobre este aspecto, explicou-se que se tratava de uma questão humana e política complexa sobre a qual a OMS emitira já directrizes. Explicou-se, também, que a OMS iniciou acção para a preparação de directrizes para estudantes e trabalhadores migratórios. Neste sentido, acrescentou-se que a OMS não dictava normas, mas somente proporcionava critérios normalizados e instava os Estados Membros a aplicá-los ou adaptá-los, segundo que fossem apropriado.

120. Quanto à definição de casos clínicos pela OMS, o Comité observou que esta era difícil de aplicar em alguns casos, especialmente quando se tratava de pacientes com tuberculose. O Comité recomendou, portanto, que se revisse esta definição para melhorar a sua sensibilidade e especificidade, particularmente nas condições prevalentes em África.

121. O Comité também levantou várias questões importantes sobre a vacinação e o SIDA e foi informado de que todas as vacinas excepto o BCG eram seguras para crianças com sintomas de SIDA. Sobre a questão dos programas de vacinação e o risco da transmissão do HIV, foi dito que o risco não podia ser completamente afastado mas poderá ser reduzido se foram seguidos com rigor os procedimentos apropriados para as injeções, isto é, a esterilização correcta de todos os instrumentos e a utilização de uma seringa e de uma agulha esterilizadas para cada pessoa. O Comité notou também que estão em curso, num dos países da região, ensaios sobre a vacina contra a lepra.

122. Na ausência de um tratamento e vacina eficazes, o Comité registou o desenvolvimento de linhas gerais de orientação a nível nacional sobre o tratamento de pessoas com infecção por HIV e doenças relacionadas mas acentuou a necessidade de a OMS fornecer orientações, especialmente no sentido de reduzir o impacto da infecção por HIV em indivíduos, grupos e comunidades. A este respeito, o Comité tomou nota de uma oficina de aprendizagem a pessoas com infecção por HIV e doenças relacionadas, previsto para ter lugar em Nairobi, Quênia, durante este ano e destinado a países de língua inglesa da África Austral e Oriental.

123. Foi indicado que havia algumas dificuldades em compreender a designação HIV. O Comité foi informado de que a Comissão Internacional para a Taxinomia de Vírus tinha decidido que HIV seria a designação genérica tanto para o LAV como para o HTLV-3. No entanto, quanto ao LAV-2 e ao HTLV-4, o Comité considerou que se tratava de vírus relacionados com o HIV mas notou também as diferenças na sua estrutura e algumas alegadas diferenças na sua patogenicidade, que até agora não permitiram à comissão agrupá-los sob uma única designação, por exemplo HIV-2. Foi também dito que a maior parte das pessoas usa HIV-2 como nome genérico, embora isso não esteja rigorosamente em conformidade com a nomenclatura existente. Foi reconhecida a existência de testes para o HIV-2.

124. Foi apresentado ao Comité o resumo das actividades do programa oficial da OMS sobre o SIDA em geral e em particular, das actividades realizadas em estreita colaboração com a Sede Regional Africana da OMS. A informação incluía o número de países já visitados e a ser visitados, o número de programas a curto e a médio prazo, que têm sido desenvolvidos, o número de reuniões de doadores e a quantidade de recursos mobilizados até ao presente em apoio aos programas nacionais.

125. As funções da força de intervenção rápida sobre o SIDA, recentemente criada, na Sede Regional, foram também apresentadas. Os países que ainda não comunicaram casos de SIDA foram instados a fazê-lo.

PRÊMIO DR. COMLAN A.A. QUENUM PARA A SAÚDE PÚBLICA EM ÁFRICA

Apresentação

126. O documento AFR/RC37/8 sobre este assunto foi apresentado pelo Dr. A. Tekle. Ele disse que, em Setembro de 1986, o Governo da República dos Camarões, tendo decidido tomar a iniciativa de instituir um prêmio que comemorasse a memória do falecido Dr. Comlan Alfred August Quenum, fez uma contribuição de 1.400.000 francos CFA (um milhão e quatrocentos mil CFA) ao fundo criado para este prêmio. Para possibilitar à Assembleia Mundial da Saúde aprovar uma resolução que criasse formalmente o prêmio Quenum para saúde pública, foi, em primeiro lugar, necessário que o Comitê Regional Africano emitisse a sua opinião a este respeito, visto que o Dr. Quenum foi um eminente filho de África, um funcionário internacional de alto nível cuja memória era desejável perpetuar. Achou que uma iniciativa deste gênero encorajaria outros cientistas africanos a dedicar a sua vida à promoção da saúde da maioria dos grupos desfavorecidos que vivem nas áreas rurais e na periferia urbana da região africana. Os vencedores do prêmio com o nome do Dr. Quenum não terão de ser exclusivamente originários da região africana mas poderão ser pessoas, que independentemente da raça, credo ou cor, tenham contribuído significativamente para a promoção da saúde pública em África, dentro ou fora do seu país de origem.

127. Durante a sua 36ª Sessão, que se realizou em Brazzaville (Congo) em Setembro de 1986, o Comitê Regional aprovou por unanimidade a resolução AFR/RC36/R8, na qual recomendava à Assembleia Mundial da Saúde a instituição do "Prêmio Dr. Comlan A.A. Quenum para a Saúde Pública em África".

128. O Conselho Executivo durante a sua 79ª Sessão, em Genebra, em Janeiro de 1987, tendo analisado a recomendação contida na resolução AFR/RC36/R8 decidiu confiar ao Comitê Regional a instituição do prêmio, incluindo a redacção das respectivas normas e o estabelecimento de critérios para a selecção dos vencedores; o prêmio seria apresentado ao vencedor durante a Assembleia Mundial da Saúde, pelo seu presidente.

129. Vários representantes anunciaram a intenção dos seus governos de contribuir para o fundo criado para o Prémio. Um dos representantes sugeriu que, ao parágrafo 4 das directivas, fossem acrescentado os subparágrafos f) e g) do documento original AFR/RC37/8. Observou-se, além disso, que seria preferível considerar como candidatas do Prémio, instituições em vez de indivíduos dado que os progressos em saúde pública são concedidos através de equipas de trabalho. Finalmente, todas as alterações aos estatutos do Prémio deveriam estar sujeitas à aprovação do Comité Regional ou de Assembleia Mundial da Saúde. O Comité foi informado de que as contribuições poderiam provir tanto de indivíduos como dos Estados Membros.

PROGRAMA ESPECIAL DE INVESTIGAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E FORMAÇÃO
EM INVESTIGAÇÃO NO CAMPO DA REPRODUÇÃO HUMANA (HRP)
NOS ESTADOS MEMBROS DA REGIÃO AFRICANA

Apresentação

130. O documento AFR/RC37/9 foi apresentado pelo Dr. Mwambazi da Sede Regional Africana da OMS e pelo Dr. Kasonde da Sede da OMS em Genebra. O Comité foi informado que a participação da Região Africana na Comissão Consultiva de Orientação e Cooperação do HRP tinha passado de 2 a 4 membros, num total de 12. Actualmente os representantes da Região são o Gabão e o Quênia.

131. O comité foi informado que o Banco Mundial, o PNUD, o FNUAP e a Fundação Rockefeller tinham concordado e decidido tornar-se contribuintes regulares do programa o que aumentaria de maneira importante os seus recursos financeiros.

Discussão

132. Duas delegações, Ruanda e Camarões, fizeram intervenções breves. O governo do Ruanda tinha estabelecido um centro para problemas populacionais, incluindo infertilidade, planeamento familiar, educação sobre vida familiar, nas escolas e saúde materno-infantil. O governo deseja procurar a colaboração da OMS.

133. Uma equipa do Programa Especial na Sede em Genebra visitou recentemente a instituição e fez recomendações sobre o potencial para actividades do HRP. A Sede Regional recebeu um convite para participar nas actividades do centro. O Director Regional iniciou uma série de consultas com diferentes entidades dentro e fora da Região para encontrar meios para reforçar o Centro de Kagali como um Centro Regional de Formação e Desenvolvimento da Saúde da Família.

134. O desequilíbrio aparente na utilização dos fundos do HRP a favor dos países de língua inglesa foi também assilado. Pediu-se ao HRP para fazer maiores esforços para ampliar a capacidade necessária para reforçar as actividades de investigação nos países de língua francesa, a fim de melhorar a distribuição de recursos e expandir a sua utilização.

135. O Comité pediu ao Programa Especial para dar maior divulgação aos resultados do trabalho de investigação dos cientistas e instituições que recebem subsídios do HRP. Os Estados Membros podem ser melhor informados a este respeito.

PROPOSTAS PARA PROMOVER A IMAGEM DA OMS ATRAVÉS DAS SUAS ACTIVIDADES DE DESENVOLVIMENTO SANITÁRIO

Apresentação

136. O documento AFR/RC37/10 foi apresentado pelo Sr. Ben Aziza que assinalou que o documento analisava a imagem actual da OMS na Região Africana e apresentava umas certas propostas para conseguir um melhoramento constante dessa imagem através de actividades apropriadas de desenvolvimento sanitário, especialmente a nível local.

137. A introdução cobria os parágrafos 1 a 10.

Os parágrafos 1 e 2 levantavam uma questão crucial: "porque será que a OMS, contrariamente a outras organizações do sistema das Nações Unidas ou a organizações não-governamentais, não tem o mesmo prestígio, embora segundo a sua Constituição (i) seja uma actividade directora e coordenadora das actividades de saúde, e (ii) dê uma grande prioridade às acções de promoção, informação do público e educação para a saúde".

138. Os parágrafos 6 a 8 assinalam que o prestígio da OMS será o resultado de diversos factores, nomeadamente a sua capacidade de reforçar os seus laços com o público, de conservar o seu lugar de instituição de referência científica e tecnológica em matéria de saúde, de intervir de modo eficaz, eficiente e rápido sempre que for solicitada pelos Estados Membros, e de definir uma estratégia política, técnica, operacional e de cooperação.

139. A imagem da OMS depende, em larga medida, da forma como os grupos-alvo compreendem o seu mandato, a sua política e a sua estratégia, as suas estruturas e as suas actividades nos Estados Membros, para proteger, preservar e promover a saúde.

140. O parágrafo 9 apresenta uma lista dos grupos-alvo mais importantes que são parceiros potenciais na promoção da imagem da OMS: o mundo científico, as associações profissionais de saúde, o Ministério da Saúde, o Ministério do Plano, o Ministério dos Negócios Estrangeiros os políticos e os parlamentares, as universidades e os centros de formação de pessoal de saúde, os meios de comunicação de massa, os organismos de financiamento, as organizações não-governamentais, as organizações da família das Nações Unidas e as instituições regionais e subregionais. O parágrafo 10 realça o papel do Representante da OMS como elemento chave na promoção da imagem da OMS.

141. A segunda parte do documento (parágrafo 11 a 42) trata das formas e meios de empreender acções e de cooperar com cada um dos grupos-alvo. Dá a maior importância à divulgação junto destes grupos duma informação clara e apropriada sobre os programas e actividades de SPT/2000 organizadas no país, especialmente a nível local, ao apoio prestado pela OMS às actividades de desenvolvimento sanitário nacional, a cooperação intersectorial e inter-agências e às decisões tomadas pelos organismos directivos da OMS.

142. A terceira parte do documento (parágrafos 43 e 44) resume o plano de acção a curto prazo (1987-1988) proposto para melhorar a imagem da OMS através de actividades de promoção na Região e, em especial, a nível de país. A OMS utilizará principalmente os seus próprios recursos para implementar este plano, em estreita colaboração com peritos nacionais. A lista de actividades dada, não é exaustiva.

143. A principal actividade prevista a nível da Região (parágrafo 43) consistia em projectar e divulgar na Região, material de informação relevante para o público, em especial filmes, fotografias, brochuras, extractos de documentos sobre implementação da SPT/2000, programas de rádio e televisão e um folheto especial para celebrar o 40º aniversário da OMS. Este material seria utilizado pelos meios de comunicação nacionais. Também se previa conceder um prémio anual a um distrito da Região, onde se tivessem feito progressos importantes na implementação dos CPS.

144. A nível nacional (parágrafo 44) propôs-se criar uma comissão OMS nacional que organizasse programas para celebrar o 40º aniversário da OMS e promover a imagem da OMS no país. Deverá colocar-se a tónica na produção e divulgação de material de informação das populações, na mobilização dos meios de comunicação e na organização de diversas competições e acontecimentos sobre o tema da SPT/2000, para jovens e agentes sociais e de saúde.

145. Os últimos parágrafos (45-47) especificavam que a relevância, a transparência e a credibilidade das actividades da OMS condicionariam, em grande medida, a imagem da OMS a nível comunitário, nacional e regional. Dado que estas actividades eram mais claramente ressentidas a nível nacional, o Representante da OMS, em colaboração com as autoridades nacionais, tinha um papel importante a desempenhar para promover a imagem da OMS.

146. Pediu-se ao Comité que fizesse sugestões e recomendações que permitissem que a OMS e os Estados Membros organizassem actividades de promoção para dar, à nossa Organização, a imagem positiva que merece junto das nações e das instituições internacionais.

147. Juntou-se um proposta de resolução ao documento AFR/RC37/10 para consideração e aprovação pelo Comité.

Discussão

148. A maior parte dos participantes pediu a palavra para manifestar a sua percepção do papel da OMS e das suas actividades, bem como dos factores que se opunham a uma melhor compreensão da OMS. Também se apresentaram propostas que favorecessem uma compreensão mais ampla do papel da OMS e realçassem a sua imagem dentro da comunidade, a nível tanto nacional como internacional.

149. O Comité foi da opinião de que a OMS tinha uma imagem aceitável (isto é, satisfatória) no sector da saúde dos países da Região Africana, especialmente desde a adopção da estratégia da Saúde para Todos no Ano 2000 baseada nos cuidados primários de saúde. Contudo, deveria garantir-se que esta imagem continuasse a ser positiva aos olhos da opinião pública, dos meios de comunicação, dos diferentes sectores de desenvolvimento, das universidades e das comunidades científicas.

150. Foram mencionadas as seguintes dificuldades como factores que se opõem ao constante melhoramento da imagem da OMS:

- a) a imagem da OMS traduz o lugar pouco importante que o sector da saúde ocupa no seio do governo;
- b) sendo o papel da OMS um papel essencialmente técnico e "específico", as suas acções nem sempre são visíveis. Estas acções também são mais difíceis de realizar do que as de outras agências e/ou de países doadores, dado que a OMS trata de realizar mudanças fundamentais nos sistemas de saúde e nos comportamentos dos indivíduos, das famílias e das colectividades relativamente a saúde. Isto é mais difícil do que o fornecimento de material de forma pontual, por exemplo de vacinas, contraceptivos, produtos alimentares, material de construção, viaturas, equipamento sanitário, etc...;
- c) devido à sua formação, os médicos pensam que não necessitam de publicidade nem dos meios de comunicação para prestar os seus serviços, o que se traduz frequentemente numa ausência notória de colaboração com os representantes dos meios de comunicação.

151. Reconheceu-se unanimemente que, devido à sua personalidade, os seus conhecimentos especializados, as suas acções, o seu dinamismo, as suas relações com os meios de comunicação e dos diferentes sectores nacionais de desenvolvimento, às suas capacidades de mobilizar recursos, o Representante da OMS é, em grande medida, responsável pela qualidade da imagem da OMS. Os esforços visíveis da OMS devem também proceder dos níveis regionais e mundial da OMS; estes esforços terão a sua continuação a nível dos países.

152. Foram ainda formulados as seguintes propostas/recomendações para reforçar a imagem da OMS:

- a) a nível de país, a OMS não deve limitar-se apenas aos "sector da saúde". Os Representantes da OMS nos países devem manter presente a definição dada pela OMS à saúde e reforçar as suas relações e as suas actividades com os outros sectores de desenvolvimento e as organizações de massa, em particular as associações de mulheres que sempre foram bem sucedidas em matéria de SPT/2000 no âmbito do desenvolvimento integrado. O Representante deverá igualmente associar-se às iniciativas tomadas pelos diferentes sectores de desenvolvimento que possam contribuir para a promoção e a implementação da SPT/2000;
- b) chegou a altura de a OMS adoptar uma atitude mais "agressiva" face aos meios de comunicação de massa. É preciso reforçar e planificar as relações com estes meios, numa base regular, dado que estes meios constituem, efectivamente, o grupo-alvo mais importante, capaz de divulgar mensagens entre o público e vários outros grupos-alvo. Merecem ser prosseguidas e reforçadas as acções realizadas pela OMS durante estes últimos anos para elaborar "slogans" e fixar objectivos associados à SPT/2000 (por exemplo "Saúde para todos, todos pela saúde" ...);
- c) é indispensável a participação da OMS, na maior medida possível, na planificação e implementação de actividades comunitárias de desenvolvimento organizadas pelos sectores de desenvolvimento que contribuem para a saúde: agricultura, habitação, água e saneamento, cultura e desportos;

- d) as actividades de documentação e de informação da OMS deverão ser reforçadas e organizadas de forma regular nos países. Estas actividades também merecem ser realizadas nos pontos centrais e nos lugares estratégicos;
- e) verificou-se que o sistema AFROPOC é um instrumento precioso para a gestão dos recursos da OMS a nível de país; ajudará a tornar mais conhecidas as estruturas e funções da OMS, tanto junto dos gestores e dos responsáveis políticos nacionais, como do público;
- f) a qualidade do pessoal da OMS (por exemplo: qualificação, comportamentos, sociabilidade...) e a qualidade das intervenções da OMS (rapidez, revelância...) constituem factores determinantes da imagem da OMS;
- g) convém garantir que o papel claramente definido da OMS passe a ser conhecido, não só pelos responsáveis políticos e os técnicos de saúde a nível central, mas também pelos responsáveis dos diferentes sectores de desenvolvimento, a todos os níveis, e pelas colectividades. Nalguns países, os responsáveis das colectividades converteram-se nos promotores da imagem da OMS, através da implementação dos CPS. Convém reforçar esta tendência.

CORRELAÇÃO ENTRE O TRABALHO DO COMITÉ REGIONAL, O
CONSELHO EXECUTIVO E A ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE

VIAS E MEIOS DE PÔR EM PRÁTICA AS RESOLUÇÕES
DE INTERESSE REGIONAL APROVADAS PELA ASSEMBLEIA
MUNDIAL DA SAÚDE E PELO CONSELHO EXECUTIVO

Apresentação

153. A Dra MURAPING (Lesoto) apresentou o documento AFR/RC37/11 e Add. 1. Ela disse que este documento revê as actividades passadas, presentes e futuras na Região para implementação de resoluções de interesse regional aprovadas pela 4ª Assembleia Mundial da Saúde.

154. A 40ª Assembleia Mundial da Saúde, aprovou 38 resoluções relacionadas com muitas questões programáticas financeiras e administrativas importantes que a Organização Mundial da Saúde estava actualmente a considerar. Entre elas, os principais eram a situação do pagamento das quotas fixadas, o Orçamento/Programa para 1988-1989 com a respectiva resolução sobre a afectação de verbas, o programa especial de combate ao SIDA, o 8º PGT e as Discussões Técnicas sobre o Apoio Económico às Estratégias Nacionais de Saúde para Todos.

155. Tal como nos anos anteriores, este relatório foi apresentado em moldes que facilitem a sua discussão durante o Comité e a definição de directivas necessárias para o desenvolvimento do programa regional, em conformidade com o parágrafo 1 do dispositivo da resolução AFR/RC37/R12.

156. As decisões do Comité formarão um plano de trabalho para implementação das resoluções e decisões da 38ª Sessão do Comité Regional que facilitará o acompanhamento da execução do programa. O presente relatório contém apenas os parágrafos do disposto das resoluções, com propostas para acção, em relação a cada parágrafo pertinente.

157. As propostas relacionadas com a implementação das resoluções de interesse regional foram apresentadas por programas principais de acordo com a lista classificada de programas, para o período de execução que está enquadrado no 7º PGT.

158. Convidou-se o Comité a alargar e aprofundar a análise das implicações inter-regionais, regionais e nacionais das resoluções da Assembleia Mundial da Saúde, bem como a formular directivas para desenvolvimento do programa regional. Apresentou-se uma proposta de resolução para consideração do Comité.

159. Finalmente, ela referiu-se ao documento AFR/RC37/11 Add. 1 sobre pessoal de enfermagem e parteiras. Um potencial de enfermagem eficiente que utilize da melhor maneira possível as suas capacidades é essencial para permitir que os países ofereçam a todos igual acesso a cuidados de saúde de qualidade, a um custo razoável. Convidou-se o Comité a analisar o projecto de resolução sobre pessoal de enfermagem e parteiras.

Discussão

160. O Comité tomou nota deste documento.

INCIDÊNCIAS REGIONAIS DAS ORDENS DE TRABALHOS DA 81ª SESSÃO DO CONSELHO EXECUTIVO E DA 41ª ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE

161. O documento AFR/RC37/12 sobre este ponto foi apresentado pelo Dr. NTARA (Malauí).

Discussão

162. Tendo analisado a ordem de trabalhos provisória da 38ª Sessão do Comité Regional (Anexo 3 do Documento AFR/RC37/12), o Comité decidiu que havia que acrescentar os temas das doenças diarreicas e dos medicamentos essenciais aos pontos específicos do ponto 6 da ordem do dia, que seria estudado em pormenor pelo Subcomité do Programa. Respondendo a uma proposta apresentada pelo Representante de Angola, o Comité concordou com a inclusão, no ponto 8.1 da ordem do dia, de um novo ponto, que tratasse da organização da infra-estrutura de saúde, a nível de distrito, para lutar contra as epidemias.

MÉTODO DE TRABALHO E DURAÇÃO DA ASSEMBLEIA MUNDIAL
DA SAÚDE

Apresentação

163. O Documento AFR/RC37/13 foi apresentado pelo Dr. Tekle, que disse que o documento se destinava principalmente a facilitar os trabalhos da 41ª Assembleia Mundial da Saúde, em conformidade com a Resolução WHA36.16 sobre o método de trabalho e a duração da Assembleia Mundial da Saúde.

164. O documento trata dos seguintes temas:

- a) Designação do Presidente da 41ª Assembleia Mundial da Saúde. No parágrafo 4, chama-se a atenção do Comité para o facto de que, durante a presente Sessão, o Comité Regional terá que designar o futuro candidato à presidência. Recorda-se que, em Setembro de 1986, durante a sua 36ª Sessão de Brazzaville, o Comité resolveu que os Estados Membros da Sub-Região II deveriam designar o candidato africano à Presidência da Assembleia Mundial da Saúde em 1988.
- b) Os parágrafos 5 e 6 tratam da designação do Vice-Presidente da 41ª Assembleia Mundial da Saúde que terá lugar em Maio de 1988. É preciso notar que a Região, que assume a Presidência da Assembleia Mundial da Saúde não pode preencher nenhum dos 5 postos de Vice-Presidente. Assim, o Comité Regional não designará nenhum Vice-Presidente para a 41ª Sessão da Assembleia Mundial da Saúde.

- c) As duas comissões principais da Assembleia são a Comissão A e a Comissão B. A primeira ocupa-se sobretudo das questões programáticas e orçamentais, ao passo que a segunda trata das questões administrativas, financeiras e jurídicas. Os parágrafos 7 e 12 tratam destes pontos.
- d) Os parágrafos 13 a 16 tratam dos membros da Organização Mundial da Saúde que estão habilitados a designar pessoas para fazer parte do Conselho Executivo.
- e) O parágrafo 17 trata do encerramento da Assembleia Mundial da Saúde.
- f) Os parágrafos 18 a 20 mencionam as disposições que deverão ser tomadas para a reunião informal do Comité Regional durante a 41ª Assembleia Mundial da Saúde.

165. Para facilitar os trabalhos do Comité, juntaram-se ao documento 4, anexos incluindo um projecto de decisão processual.

166. Convidou-se o Comité Regional a analisar o documento e tomar decisões que serão transmitidas ao Director-Geral.

DISCUSSÕES TÉCNICAS DA 41ª
ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE EM 1988

Apresentação

167. O documento AFR/RC37/14 sobre este tema foi apresentado pela Dra. Aboo-Baker. Ela disse que o documento abrangia o Tema escolhido para as discussões técnicas da 41ª Assembleia Mundial da Saúde, em Maio de 1988. Esse tema é: "Desenvolvimento da Capacidade de Liderança tendo em vista a Saúde para Todos".

168. Os parágrafos 1 a 6 da introdução mencionam alguns factos e levavam também algumas questões. Os factos são:

- a) que a SPT/2000 é um objectivo e um processo que engaja todas as nações no melhoramento da saúde do seu povo;
- b) melhorar implica sempre modificar;
- c) o papel da OMS é apoiar os países a introduzir as mudanças que criem oportunidades para que todos os povos possam alcançar o mais elevado nível possível de saúde.

As questões levantadas foram:

- a) quais são as actividades que lançam e estimulam o processo de mudança ?
- b) quem pode provocar a mudança ?
- c) como se pode provocar a mudança ?

169. Estas questões estão relacionadas com a liderança em geral e são a substância das discussões técnicas.

170. O objectivo geral das discussões como se lê no parágrafo b), é esclarecer as funções de liderança necessárias para dar início a uma mudança nas situações nacionais, em resposta ao desafio da SPT e para abordar questões cruciais de implementação.

171. Os antecedentes das Discussões Técnicas tais como a SPT/2000 e a estratégia para a mudança, as questões e o desafio da SPT e a iniciativa para o desenvolvimento da capacidade de liderança tendo em vista a Saúde para Todos constam dos parágrafos 7 a 8, parágrafos 9 a 14 e parágrafos 15 a 21, respectivamente. Essencialmente, estes parágrafos levantaram as seguintes questões:

- a) mudanças fundamentais que representam transferência de valores, por exemplo, assumindo maior responsabilidade pela protecção e a promoção da nossa própria saúde; mudança na organização colectiva das actividades de saúde e promoção da auto-suficiência; mudança na organização e administração do sistema de saúde;
- b) o objectivo da SPT/2000 é realizável ? Os países estão a progredir ? Quais são as dificuldades que os países enfrentam ?
- c) Quais são as qualidades de liderança necessárias ?

172. O documento enumera sete qualidades e algumas das premissoras sobre as "tarefas de liderança" relacionadas com a Saúde para Todos e assinala sete tarefas de liderança.

173. Finalmente, no capítulo "Qual é o intuito das discussões técnicas" (parágrafos 22 a 24), levantam-se cinco questões que se espera estimulem a reflexão sobre a liderança para SPT e os pontos a serem analisados durante as discussões técnicas.

Discussão

174. O Comité tomou nota deste documento.

RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA

175. Os diferentes pontos do relatório do Subcomité do Programa foram introduzidos por membros do Subcomité: o Dr. NTABA apresentou o ponto relativo ao 8º PGT; o Dr. SANOUSSI, o ponto relativo à Análise das Estruturas da Organização; o Dr. TEMBA o ponto relativo ao quadro-guia para o Acompanhamento da Estratégia da SPT/2000 e aos progressos feitos a nível de distrito; o Dr. BOLLA, o relatório das reuniões sub-regionais sobre o desenvolvimento sanitário; e a Sra MANYENEG, o relatório da Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário. (O relatório completo do Subcomité do Programa encontra-se no anexo 8).

176. Comentando o relatório, alguns representantes fizeram notar que seria difícil fornecer as informações relativas aos indicadores, solicitando no Quadro-Guia para o Acompanhamento da Estratégia da SPT/2000 (Documento AFR/RC37/15, ad.1), particularmente, porque alguns indicadores exigiam informações obtidas pelos recenseamentos que só podiam ser feitos de 10 em 10 anos. Sugeriu-se que a Sede Regional apoiasse os Estados Membros no melhoramento dos sistemas de recolha de dados. Aplaudiu-se a sugestão de elaborar indicadores regionais.

177. Em resposta a uma proposta formulada por um representante, no sentido de se elaborar um ponto comum para a ordem de trabalhos das reuniões Sub-Regionais para o Desenvolvimento Sanitário, de forma a poder realizá-lo na Sede Regional da OMS em Brazzaville, o Secretariado explicou que se tinha pedido aos Estados Membros que propusessem pontos a incluir na ordem de trabalhos das suas reuniões sub-regionais. Foram propostos alguns tópicos. Dado que os países tinham mais contactos com as delegações sub-regionais, previu-se que poderiam sugerir mais tópicos de interesse relativos às suas sub-regiões.

178. Exprimiu-se a opinião de que, embora os Representantes da OMS tivessem um papel de relevo, era preciso não esquecer a importância de outros funcionários. Uma centralização excessiva na mão dos Representantes da OMS poderia diminuir a sua motivação.

179. Informou-se o Comité de que a Sede Regional estava a tentar reforçar as equipas da OMS a nível dos países, porque os Representantes não podiam, por si só, empreender todas as actividades nos países. Estavam a ser nomeados jovens funcionários de saúde pública, provenientes tanto do exterior como da própria Região, financiados pelos países mais ricos. Já tinham sido criados 50 postos, financiados pelo Governo da Itália, e esperava-se mais apoio.

180. Finalmente, o Comité fez sua a conclusão do Subcomité do Programa, de que a participação do Director-Geral da OMS na designação de Directores Regionais centralizaria ainda mais a autoridade dentro da Organização e que era preciso melhorar a comunicação e as relações de trabalho, não só entre a Sede da OMS e as Regiões, mas também entre as Regiões e os países.

181. O Comité aprovou o relatório do Subcomité do Programa

COMPOSIÇÃO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA

182. O Presidente anunciou que, de acordo com a Resolução AFR/RC25/R10 e a Decisão Nº 8 tomada durante a 34ª reunião, os seguintes seis Estados Membros tinham saído do Subcomité em 1987, terminando assim o seu mandato: Burquina Fasso, Burundi, Libéria, Madagáscar, Malawi e Tanzânia. O Presidente agradeceu calorosamente a sua contribuição. Em conformidade com os mesmos instrumentos, tornaram-se agora membros do Subcomité do Programa os seguintes 12 países: Argélia, Benim, Botsuana, Cabo Verde, Chade, Comores, Congo, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Côte d'Ivoire e Zâmbia.

DATA E LOCAIS DA REALIZAÇÃO

DAS 38ª e 39ª SESSÕES DO COMITÉ REGIONAL EM 1988 e 1989

183. O Sr. Miller (Secretariado) apresentou o documento AFR/RC37/21, chamando especial atenção para o parágrafo 3, que se refere à necessidade de respeitar o espírito e a letra dos compromissos assumidos, ao abrigo do acordo entre os Governos dos países anfitriões e a OMS.

184. O Comité confirmou a sua decisão de realizar a 38ª Sessão na Sede Regional em Brazzaville, e aceitou por aclamação o convite do Governo da República do Níger, para realizar a sua 39ª Sessão em Niamey. O Comité tomou igualmente nota do convite apresentado pelo Governo do Burundi de receber uma sessão futura do Comité Regional.

RELATÓRIO DAS DISCUSSÕES TÉCNICAS: APOIO OPERACIONAL AOS
CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE (NÍVEL LOCAL)Apresentação

185. O Dr. Ngandou-Kabeya (Zaire), Presidente das Discussões Técnicas, fez a apresentação do relatório. As discussões técnicas tinham sido baseados no documento de trabalho (Documento AFR/RC37/TD/1 preparado pela Sede Regional e que consistia em 5 capítulos principais: i) princípios orientadores; ii) quadro-guia; iii) papel dos sistemas de saúde distritais; iv) acompanhamento dos progressos realizados nos distritos de saúde e v) papel da OMS no apoio às actividades distritais. Ele salientou os pontos principais levantados durante as discussões, que foram sublinhados nos parágrafos 4 e 24 do relatório. Leu as 4 recomendações e as 4 conclusões resultantes das discussões técnicas, cuja lista consta nos parágrafos 25 e 26 do relatório, e chamou a atenção para a proposta de resolução anexa ao relatório, a ser estudada pelo Comité Regional.

Discussão

186. O Comité fez suas as conclusões e aprovou o relatório (o relatório completo aparece no anexo 9).

ESCOLHA DO TEMA PARA AS DISCUSSÕES TÉCNICAS EM 1988

187. O Comité escolheu o seguinte tema para as discussões técnicas da 38ª Sessão: "Apoio técnico aos cuidados primários de saúde (nível intermédio)". O Comité aprovou a decisão Nº 6 sobre este ponto.

DESIGNAÇÃO DO PRESIDENTE DAS DISCUSSÕES TÉCNICAS EM 1988

188. Por proposta do Presidente, o Comité designou o Professor Dr. Fernand Everaldo do Rosário Vaz como Presidente das Discussões Técnicas da 38ª Sessão do Comité Regional.

CONCLUSÕES

189. A 37ª Sessão do Comité Regional foi aberta em 9 de Setembro de 1987, em Bamaco (Mali), na presença de Sua Exa. o Presidente Moussa Traoré, Chefe do Estado do Mali. A cerimónia de abertura incluiu intervenções da Presidente em exercício, Sra Pilar Dyombe de Mbuamangongo, do Director-Geral da OMS, Dr. H. Mahler, do Dr. Executivo da UNICEF, Sr. James Grant e do Director da Região Africana da OMS, Dr. G.L. Monekosso. Sublinhando as realizações da OMS, todos eles expressaram optimismo no futuro da Organização, apesar das dificuldades financeiras com que depara o sistema multilateral internacional, da péssima situação socioeconómica da Região Africana e do aparecimento de novos desafios, tais como a pandemia do SIDA. Instaram os Estados Membros a intensificar a implementação do sistema de saúde da OMS, a fazer o melhor uso do apoio externo e a aumentar os investimentos em programas que beneficiem os grupos populacionais mais vulneráveis.

190. Sob a presidência da Dra. Sidibé Aissata, Ministro da Saúde do Mali, o Comité analisou o trabalho da OMS na Região Africana, que incluía 7 pontos da ordem de trabalhos, a correlação entre o trabalho do Comité Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde, compreendendo 4 pontos da Ordem de Trabalhos, o relatório do Subcomité do Programa, que continha 4 tópicos, e o relatório das Discussões Técnicas.

191. O Comité elogiou o Director Regional pelo seu relatório bienal para 1985-1986 e pela sua nova apresentação, que tornava o relatório de extrema importância para o período abrangido. O Comité mostrou-se impressionado com as realizações desse período, apesar das graves dificuldades financeiras da Organização. Manifestou a sua apreciação pelas medidas de reestruturação tomadas para tornar a Organização mais eficiente e mais capaz de responder às necessidades dos Estados Membros, notando, em particular, a importância, relevância, oportunidade dessas medidas, visto que havia agora uma maior necessidade de otimizar a utilização dos recursos da OMS e de uma resposta pronta aos problemas dos países.

192. Entre os outros pontos considerados pelo Comité, o aparecimento e alastramento do SIDA foram considerados uma séria ameaça ao desenvolvimento da saúde, e à consecução do objectivo da SPT/2000. O Comité manifestou grande apreço pela resposta imediata da OMS às necessidades dos países no combate e prevenção desta doença e, em particular pelo papel de liderança e de coordenação mundial assumido pela Organização.

193. O Comitê tomou também nota das acções empreendidas para o combate às deficiências de iodo e vitamina A e aplaudiu a intensificação do apoio técnico para promover a implementação dos cuidados primários de saúde a nível de distritos através dos serviços dos Técnicos Profissionais Associados (TPA).

194. Sobre a questão da melhor utilização possível dos recursos da OMS, o Comitê notou que a designação de Representantes da OMS nos países recrutados internacionalmente e a introdução do sistema AFROPOC tinham, de modo significativo, racionalizado a utilização dos recursos e fortalecido a colaboração OMS/Governo na Região Africana. Os Estados Membros foram instados a pagar a totalidade das suas contribuições à OMS, de modo a aliviá-la das suas graves dificuldades financeiras actuais.

195. O Comitê aprovou o relatório do Subcomitê do Programa, adaptando, em particular, o 8º Programa Geral do Trabalho, o relatório sobre as reuniões sub-regionais, o relatório da Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário, assim como a conclusão de que a autoridade dentro da Organização não devia continuar a estar centralizada na Sede da OMS em Genebra e de que todos os problemas existentes entre os vários níveis da Organização deveriam ser resolvidos através da melhoria constante das comunicações e das relações de trabalho entre os níveis mundial, regional e nacional.

196. O Comitê também aprovou o relatório das discussões técnicas: apoio operacional aos cuidados primários de saúde (nível local), e sublinhou a importância vital do documento base (AFR/RC37/TD.1) e a necessidade de novos esforços para a implementação das actividades de cuidados primários de saúde a nível de distrito.

197. O Comitê conclui os seus trabalhos com um voto de agradecimento ao Governo e Povo do Mali pela sua excelente hospitalidade e eficiente organização, bem como pela generosa disponibilidade de recursos e esforços para tornar a 37ª Sessão do Comitê Regional um sucesso impar.

ANEXOS

DISCURSO DO DR. MAHLER
DIRECTOR-GERAL DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
CERREMOS FILEIRAS PARA A INSTAURAÇÃO DA SAÚDE PARA TODOS

Senhor Presidente,
Excelências,
Distintos delegados,
Senhoras e Senhores,
Caros colegas e amigos,

1. Como sempre, é para mim, um grande prazer encontrar-me entre vós. Este ano gostaria de vos dizer o que penso da situação da vossa Organização, visto que treze anos, ainda, nos separam do ano 2000. Desde a nossa reunião do ano passado a crise financeira, que a Organização atravessa, atingiu-nos a todos fortemente. Aceleramos o passo, a fim de não sermos apanhados pela catástrofe, mas receio que só parcialmente a tenhamos evitado. E se não é, talvez, propriamente catastrófica, a situação financeira nem por isso deixa de ser muito grave. Paradoxalmente, se conseguirmos evitar um verdadeiro desastre, foi justamente por começarmos a atrasar o andamento, não a nível das nossas políticas, cujo desenrolar prossegue regularmente, mas no plano da nossa capacidade financeira de apoio na execução dos vossos programas fundados nessas políticas. Na realidade, o problema é muito simples e directo: fundos que não entram nas caixas não podem de lá sair. Será desnecessário enumerar em pormenor as razões da nossa crise financeira: todos vós as conheceis bem. Contentar-me-ei, portanto, com um rápido comentário acerca dos dois principais factores que estão na origem desta crise. Um é a insuficiência das entradas provenientes das contribuições dos Estados Membros; o outro é o não aproveitamento dos recursos da OMS da maneira mais eficiente e mais eficaz possível. E os efeitos destes dois factores são indissociáveis.

Anexo 1

2. De nada serve lamentar a falta de contribuições. É um facto que temos que enfrentar. Resta-nos muito simplesmente lutar para obter mais e, "arranjarmo-nos" com menos. Foi por essa razão que eu me vi obrigado este ano a cortar, às nossas actividades, um montante de 35 milhões de dólares, na esperança deliberada de permitir à vossa Organização manter-se solvente. No entanto, este sacrifício revelou-se demasiado modesto, o que me obrigou a proceder, há apenas alguns meses, a uma redução suplementar de 10 milhões de dólares. A maior parte desse esforço pedi-o eu à Sede da OMS ao tomar diversas medidas, não tendo sido a menor a de adiar até ao próximo ano o recrutamento de qualquer candidato do exterior, para um lugar no Secretariado, em Genebra, financiado pelo orçamento ordinário. Infelizmente, vós tivestes que sofrer as respectivas consequências directas ou indirectas. Ouvi comentários cínicos de que esse congelamento não tinha tido qualquer consequência adversa relevante. A verdade é que se vos contentardes em utilizar os vossos recursos colectivos como despesas suplementares, não haverá talvez nenhuma diferença. Mas se utilizardes esses recursos com sensatez, de modo a reforçar a política à qual aderistes vós próprios, os vossos governos e as populações dos vossos países, se realmente agirdes deste modo, é possível que a diferença seja na verdade bastante grande.

3. Desde há três anos que tenho vindo a repetir, tanto perante vós, como perante todos os outros Comitês Regionais, que se a gestão das nossas actividades de cooperação não melhorasse, o elemento "cooperação técnica" no nosso orçamento regional poderia ser criticado até ao ponto de vir a desaparecer. Acrescentei que isto poderia levar a formulação de graves reservas relativamente às disposições constitucionais relativas às regiões e podia mesmo pôr-lhes termo. Eu sei que alguns de vós pensavam: "Deixemos o velho falar; ele sofre pressões de diversos lados e faz-lhe bem desabafar assim connosco". No entanto, os que estiveram presentes na reunião do Conselho Executivo no mês de Janeiro, puderam ter uma visão diferente das coisas. Tanto o vosso Director Regional como eu próprio nos encontramos nesse momento numa situação muito pouco invejável, como alunos repreendidos por mau comportamento.

Anexo 1

4. Claro que vos é lícito retorquir que se eu não tivesse chamado a atenção para a necessidade de melhorar a gestão dos nossos recursos, toda esta questão teria talvez passado despercebida. Mas receio bem que não. Para além do dever de transparência na acção, que todas as organizações devem ter e, com mais razão ainda, tratando-se de uma Organização Mundial a quem a sua constituição confere a tarefa extramamente delicada de actuar, no campo da saúde, como autoridade directora e coordenadora dos trabalhos com carácter internacional, havia também demasiados relatórios externos e demasiados sentimentos críticos - pois os sentimentos não podem ser ignorados - que mostravam bem as nuvens se adensavam rapidamente e que a tempestade não poderia deixar de rebentar de um dia para o outro. Pois bem, ela rebentou e nós estamos mesmo no meio dela. Como sempre, felizmente, nós fomos os primeiros a denunciar as nossas fraquezas, não para as justificar ou lamentar, mas para as converter em novas forças. Se não o tivessemos feito, a tempestade ter-se-ia transformado num ciclona que não se teria limitado às actuais turbulências e teríamos sido vergonhosamente encurralados na defensiva, enquanto que hoje podemos, pelo menos, fazer face aos problemas com dignidade.

5. Sabeis, sem dúvida, minhas senhoras e meus senhores, que os membros do Conselho, bem como os delegados presentes este ano na Assembleia Mundial da Saúde, não se cansaram de repetir que a crise era apenas uma crise financeira e não uma crise de confiança. Estou certo de que eles pensavam verdadeiramente o que diziam, mas, simultaneamente, não posso deixar de me sentir como o doente que se julga vítima de um cancro incurável e que é atormentado por dúvidas que não ousa exprimir, apesar das palavras tranquilizadoras do seu médico. É, na verdade, demasiado fácil, lamentarmos, uns e outros, a nossa sorte e persuadir-nos de que somos inocentes espectadores de uma explosão de cepticismo, relativamente aos esforços de desenvolvimento, ou vítimas de um desequilíbrio macro-económico internacional. No entanto, ninguém poderá encontrar consolo na censura, ao passo que, se se conseguirem encontrar soluções apropriadas, toda a gente tirará proveito.

Anexo 1

6. Receio não ter, nem solução mágica nem panaceia, mas estou convencido que existem remédios capazes de melhorar a situação, na condição de estarmos dispostos a utilizá-los. A respeito destes remédios, não há nada de novo a dizer neste ano de 1987, nove anos após a Declaração de Alma-Ata. Eles não são menos revolucionários. Consistem em prosseguir a execução das nossas revolucionárias políticas de saúde sem nos deixarmos desviar, mesmo que a insuficiência de recursos nos obrigue a continuar o nosso caminho num passo mais lento do que aquele que tínhamos originariamente previsto. Consistem, também, em garantir que os recursos de que dispomos sejam eles quais forem, sejam aproveitados ao máximo na implementação das nossas políticas previamente determinadas. Antes de tentar dar uma ideia do modo como estes remédios poderão ser proveitosamente aplicados, permitam-me uma nota de optimismo, prudente mas realista.

7. A impossibilidade de conhecer o futuro é um dos principais obstáculos a toda a gestão racional. Com efeito, somos apenas humanos e quando não estamos seguros do que nos reserva o dia de amanhã, apenas queremos gozar o presente, mesmo que, para isso, tenhamos de esgotar o nosso parco capital de recursos. "Afim", ouve-se por aí, "se não há amanhã, porquê preocuparmo-nos com isso?". Senhoras e senhores delegados, haverá um amanhã?; esse amanhã está ao nosso alcance. Vale, por isso, a pena fazer por ele um esforço suplementar. A sombra de incerteza financeira está a dissipar-se. Logo que ela desapareça, a certeza impôr-se-nos-á. Será uma certeza sensivelmente reduzida nos anos vindouros e, no entanto, uma certeza altamente tangível, que pode ser explorada ao máximo, que deve, efectivamente, ser explorada ao máximo, se quisermos atingir o nosso objectivo da Saúde para Todos no Ano 2000 e consolidá-lo em seguida.

8. Mesmo que alguns tenham deixado de acreditar em nós, cumpre-nos preservar a nossa fé, mostrando que ela é totalmente fundamentada, não perdendo nunca de vista a nossa escala de valores, insistindo na nossa política e na nossa estratégia da saúde para todos utilizando os recursos colectivos de tal modo que os recursos nacionais sejam real e sistematicamente empregues na execução de políticas de saúde socialmente justas. Precisamente quando se torna necessário proceder a alguns ajustamentos nas políticas existentes, e isso é válido tanto para as políticas sociais, como para as políticas económicas, é precisamente aí que a justiça social se reveste da maior importância. Seria extremamente fácil fazer economias nos sistemas sanitários à custa dos sectores mais desfavorecidos da sociedade, franja essa que talvez nem se tenha ainda apercebido totalmente do poder que dá o direito de voto partindo evidentemente do princípio de que ela o possui. É nesse ponto que a referência à escala de valores colectivamente adoptada na OMS pode ter uma influência política importante.

Evidentemente que é impossível ao sector sanitário ditar políticas de reabilitação económica a governos que se encontram a braços com o problema da sua dívida externa e com a pressão das políticas dos credores estrangeiros. Mas podemos certamente utilizar a consciência colectiva da OMS para chamar vigorosamente a atenção dos governos para o facto da produtividade social ser um pressuposto indispensável à produtividade económica. Os países que ignoram este facto, fizeram-no em seu próprio prejuízo, como bem o demonstram tantos exemplos de políticas económicas reduzidas a zero pelo agitação social.

9. Permite-me, no entanto fazer um instante de advogado do diabo e supor que se volta ao tipo de sistema dominante antes do aparecimento do novo paradigma sanitário da OMS e que, lamento ter de dizê-lo, subsiste ainda em demasiados países. Seria esse sistema menos oneroso e aliviaria eles os orçamentos nacionais para a saúde e o orçamento da OMS que lhes dá amparo? Nem pensar nisso, antes pelo contrário. A estratégia de saúde para todos, fundada nos cuidados primários de saúde, que insiste na criação de uma infraestrutura única para a execução de numerosos programas bem definidos, é uma estratégia pouco dispendiosa por qualquer parâmetro que ela seja julgada. Isto não quer no entanto dizer que ela não custa quase nada. Custa bastante mais do que aquilo que gastam hoje com a saúde a maioria dos países em desenvolvimento, mas muito menos do que com ela gastam os países industrializados. Por isso, os países em desenvolvimento devem lutar para que sejam canalizados mais recursos para a saúde e, tanto os países em desenvolvimento como os países industrializados para que se faça um uso mais racional desses recursos. De qualquer modo, a vossa Organização está pronta a apoiar-vos nessa luta. Mas, para lá chegar, com base no provérbio que diz "Caridade bem ordenada por nós é começada", a vossa Organização deve fazer a prova concreta de utilizar os seus recursos tão sensatamente quanto está consciente de estar metida no meio de uma tempestade financeira.

10. Senhoras e Senhores delegados, a gestão dos recursos da OMS é um ponto particularmente importante da ordem de trabalhos deste ano. Estou certo de que debatareis estas questões tão franca e seriamente como eu vo-las expus no documento de base. Gostaria apenas de sublinhar alguns pontos que me parecem de particular importância. Em primeiro lugar, gostaria de reafirmar a minha confiança pessoal inabalável numa gestão descentralizada das nossas actividades de cooperação técnica, na condição destas actividades se manterem na linha das políticas por vós colectivamente aprovadas no seio da vossa Organização Mundial da Saúde. Nesse caso, poderemos com justiça mostrar-nos orgulhosos do exemplo que daremos a uma democracia responsável. Porém, no caso oposto deveremos passar pela vergonha do espetáculo por nós dado de uma anarquia irresponsável; e isso não o suportarão os governos responsáveis, nem as populações responsáveis o aprovarão.

Anexo 1

11. Tendes a vossa disposição todos os instrumentos de gestão necessários para que a vossa Organização funcione como uma democracia responsável. Tendes as orientações políticas suficientes para a concretização da Saúde para Todos, uma estratégia completa para traduzir estas orientações em acções, um programa geral de trabalho que permite a cada um definir a amplitude e o conteúdo da sua cooperação com a OMS, directivas para preparação de uma política regional em matéria de orçamento/ programa, um método bem definido de programação/orçamentação e os mecanismos de gestão correspondentes. Assim, posso resumir o remédio em poucas palavras. Empregam os instrumentos de que dispomos e utilizem-os correctamente; são, na realidade, instrumentos preciosos.

12. Um dos instrumentos que, na vossa qualidade de Comité Regional, a 33ª Assembleia da Saúde empenhadamente vos pediu que utilizem, mas que receio que já não estejam a empregar, consiste em analisar a acção da OMS em cada um dos Estados Membros da Região. Estou francamente ciente de que todos vós tirareis o máximo proveito de uma análise comum no Comité Regional de modo como cada um dos nossos países progride na vida da Saúde para Todos e como utiliza para esse fim os recursos da OMS. Eu sei que, à primeira vista, a sugestão de ir assim à procura das forças e fraquezas de cada um pode parecer exageradas mas creio que verificareis rapidamente até que ponto esta confiança mútua pode ser útil e como, pelo contrário, ireis tentar lançar-vos numa experiência que poderá ajudar-vos a reduzir muito as vossas fraquezas e a reforçar as vossas forças.

13. Daqui, ouço-vos pensar : "Lá está ele outra vez a sonhar". Mas quantas vezes não teremos nós de nos lembrar que, sem sonhos, a humanidade nunca teria imaginado os valores do nosso tempo nem as realizações do amanhã? A história recente da OMS é disso a prova cabal, apesar do clima financeiro internacional. "Mas que faz então, das sórdidas realidades de hoje ?", podereis vós, com razão perguntar. Pois bem, olhemo-las de frente, vejamos em que consistem na realidade e que podemos fazer para tornar mais atraentes. Perdoai-me, se estou a tentar analisar as vossas realidades guardando em relação a elas, talvez, uma certa distância. Esse distanciamento, no entanto, garanto-vos, não mas faz tomar menos a peito. Tecerei, por isso, os fios dos meus sonhos sobre a trama da realidade, tal como a vejo, e tentarei mostrar como as fraquezas podem ser transformadas em forças.

14. Há quase quarenta anos, quando a OMS nasceu, a maior parte dos vossos países -ainda não tinha conquistado a situação de Estados independentes. Em 1948, a OMS apenas tinha, nesta Região, três Estados Membros, dos quais um era a África do Sul. Hoje sois em número de quarenta e quatro, o que, sem qualquer dúvida, constitui motivo de regozijo. No entanto, é muito fácil considerar este tipo de evolução política como facto adquirido. Naturalmente, vós tendes problemas, problemas muito graves, problemas políticos, problemas económicos, problemas sociais e, muito certamente, também graves problemas de saúde. Mas se há alguns instantes, eu dizia que a OMS, enquanto Organização, pode enfrentar os seus problemas com dignidade -dignidade na adversidade - estou firmemente convencido do que, na vossa qualidade de Estados independentes vós podeis também tratar os vossos próprios problemas com a mesma dignidade. Este sentimento de dignidade, de não ser o mendigo que estende a mão à espera da caridade de um qualquer benfeitor, este sentimento de dignidade é a condição sine qua non da evolução do ser humano. É-vos dada a possibilidade de escolher e, na minha opinião, isso é o suficiente, para vos permitir atenuar os vossos problemas de saúde e os problemas de desenvolvimento que os acompanham. Por intermédio da vossa Organização Mundial da Saúde, haveis elaborado uma vasta gama de opções em matéria de desenvolvimento sanitário, entre as quais podeis escolher aquelas que melhor correspondem às vossas preferências sociais e às vossas bolsas.

15. Eu sei que, hoje, muitos de entre vós sentem a falta do estritamente necessário para manter infra-estruturas de saúde razoavelmente sólidas em todo o território. Mas eu apenas posso reafirmar aqui a minha convicção de que a adversidade económica actual não poderá constituir motivo para abandonar a via em que vos haveis empenhado; antes pelo contrário, ela deverá ser uma razão ainda mais forte para prosseguir esse caminho, ao ritmo, qualquer que seja, que vos permitir a vossa situação económica. Se estiverdes no bom caminho, acabareis por chegar ao nosso destino; se seguirdes outra direcção nunca alcansareis a meta.

16. A vossa OMS está ao vosso lado. Ela aprendeu, há muito tempo, as lições perversas do neocolonialismo e deseja cooperar convosco e não impôr a sua vontade. Penso sinceramente que já lá vai o tempo em que podereis desconfiar de que o auxílio oferecido do exterior pela OMS traria intenções ocultas. A auto-responsabilidade não é sinónimo de auto-suficiência. Ela significa que vós fazeis tudo o que podeis com as forças de que dispondes e que sabeis bem mobilizar as forças de outros para os vossos próprios fins.

Anexo 1

Podeis utilizar o quadro político da OMS para vos assegurardes de um apoio exterior do tipo que necessitais verdadeiramente; por outras palavras, para garantir que todos os vossos parceiros exteriores vos apoiarão dando a expressão que quiserdes à política colectivamente adoptada na OMS. Essa política foi elaborada com a vossa plena participação. No sistema de valores adoptado pela OMS em matéria de saúde para o qual todos haveis contribuído, nunca se perderam de vista as necessidades particulares dos países em desenvolvimento, em geral, e dos países de África, em particular. Mantenho, por isso com firmeza, que podeis fazer progressos muito significativos continuando obstinadamente a ser fieis à nossa política colectiva e adaptando-a às necessidades locais sem, no entanto, a deformar.

17. Claro que não ignoro que estais expostos a terríveis tentações quando outras organizações ou outros Estados Membros se oferecem para investir grandes quantias de dinheiro em actividades sanitárias no vosso território. Lamento ter de dizer que, muitas vezes, não tiraram qualquer lição da história do desenvolvimento. A sua ajuda é demasiadas vezes, paternalista e assemelha-se a uma largada de paraquedistas da saúde vindos do exterior, encarregados de executar rápidas operações potuais e que, quando partem pouco ou nada de tangível deixam ficar. Neste caso eles esbanjam, ao mesmo tempo os seus e os vossos recursos. Uma política correcta, ainda por razões financeiras, tenha de ser aplicada a um ritmo mais lento dará, a longo prazo, resultados infinitamente melhores do que políticas erradas, aplicadas mais rapidamente. Compete-vos assegurar-vos de que todos os vossos recursos e todos os recursos externos para a saúde são utilizados de maneira suficientemente esclarecida e reflectem as políticas colectivas da OMS; e compte àquele dos vossos parceiros externos em matéria de saúde que está mais próximo de vós, isto é, a OMS dar-vos o seu apoio, para que possais lá chegar.

18. Numa nota mais positiva, parece que alguns grandes organismos bilaterais começaram a compreender verdadeiramente o que nós queremos dizer aqui, na OMS, quando falamos de apoio bilateral esclarecido aos países em desenvolvimento. Eles parecem o interesse que têm em investir os seus recursos de modo a dar vida às políticas colectivas da OMS. Ainda até há muito pouco tempo, estes organismos talvez se sentissem mais atraídos pelos programas especiais de investigação. Mas eu sinto despontar agora o desejo de contribuir mais, por meio da OMS, para ajudar os países em desenvolvimento a edificarem infra-estruturas sanitárias permanentes, baseadas nos cuidados primários de saúde, para atingir a meta da saúde para todos. Pela minha parte no meu desejo de compensar as dificuldades da actual situação relativamente ao orçamento ordinários, eu violentei-me e fui até aos limites mais externos que a minha consciência permitiu, tentando encontrar as verbas extra-orçamentais a utilizar para esse efeito. Peço-vos, agora, que façais pela vossa parte, o esforço de imaginação mais extremo para que este tipo de infra-estruturas sanitárias se torne, ao mesmo tempo, uma realidade duradoura e um meio de atrair parceiros externos. Creio que os benefícios dessa parceria ultrapassarão de longe as suas consequências no plano de saúde. Eles indicarão a via para um novo tipo de diálogo Norte-Sul esclarecido, que escape à fria limitação das imposições económicas e que seja aberto aos valores humanos, os quais, a seu tempo, acabarão também por ter importantes repercussões positivas para todos, no plano tanto social como económico.

19. Como podeis ver, o quadro talvez não seja muito animador mas também não é completamente sombrio. Bem pelo contrário, os remédios existem. E estou convencido de que serão administrados, tarde ou cedo mas sempre em tempo útil para nos permitir atingir o nosso objectivo comum. É por esta razão que eu penso que podeis comemorar, no próximo ano o nosso quadragésimo aniversário, não como uma explosão passageira de euforia, mas como a expressão, durante todo o ano, de uma acção decidida com vista à realização do objectivo que nos fixámos a nós próprios. Desejaria, pois pedir-vos veementemente como já o sugeri este ano na Assembleia Mundial de Saúde, que festejasseis no próximo ano, nos vossos países, por meio de actos o duplo aniversário dos quarenta anos da OMS e dos dez anos que decorrem desde a Declaração de Alma-Ata. E insisto no próximo ano, na acção uma dupla celebração: a dos 40 anos da OMS e o 10º aniversário da Conferência de Alma-Ata. Mas chamo-lhes a atenção para a importância de não nos contentarmos apenas com simples palavras, e de assinalar estas comemorações com actos.

Anexo 1

20. Sr. Presidente, e Distintos delegados, ao traduzir em actos os valores, as políticas, as estratégias e os programas que vós próprios haveis definido mundialmente no seio da vossa organização, sereis os melhores advogados do que a saúde para todos represente nos sonhos e na realidade. Acrescentarei que, se actuardes de modo a que 1988 assinale o início de uma longa sucessão de anos bem aproveitados, as acções que então tereis empreendido farão permanentemente parte dos vossos sistemas de saúde. De modo, vós próprios e os povos representais, ajudar-vos-eis mutuamente a viver até ao fim esta grande aventura da saúde e do desenvolvimento, em que estais empenhados através da vossa OMS. Agindo assim, podereis transformar as vossas fraquezas financeiras em forças. Mas para isso, devemos todos dar provas de uma notável capacidade de coesão e de solidariedade internacional em favor da saúde de todos os povos de todo o mundo. Temos de cerrar fileiras e isso é valido para todos os Estados Membros em todo o mundo, para lá das fronteiras regionais e das barreiras políticas, a Norte e a Sul, a Leste e a Oeste em união com o Secretariado, para podermos prosseguir o nosso caminho decidido rumo à Saúde para Todos no Ano 2000 e para além dele.

Muito obrigado.

ALOCUÇÃO DO SR. JAMES GRANT
DIRECTOR EXECUTIVO DO FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS
PARA A INFÂNCIA (UNICEF)

Rumo à Saúde Materno-Infantil para Todos:

"Uma iniciativa de Bamaco"

Excelentíssimo Senhor Presidente da República do Mali,
Senhor Presidente da 36ª Sessão do Comité Regional Africano,
Dr. Mahler,
Dr. Monekosso,
Digníssimos Delegados,
Colegas e Amigos:

É para mim uma grande honra dirigir-vos a palavra aqui em Bamaco. Nesta sala está reunido um grupo com uma capacidade única para influenciar a saúde e o bem estar dos povos da África. Este grupo inclui a grande maioria dos ministros da Saúde deste Continente. Além disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância têm sido aliados valiosos compartilhando os esforços realizados pela África. Junto, as nossas instituições e os nossos funcionários, como pioneiros, sofremos revezes e compartilhamos a satisfação dos êxitos dos governos africanos com os quais cooperamos. Agora estamos reunidos num momento crucial para este Continente. A África enfrenta, por um lado, grandes promessas e por outro, dificuldades económicas de proporções sem precedentes.

Uma medida significativa dos progressos neste Continente durante o último quarto do século, durante o qual a grande maioria dos africanos desfrutaram do seu próprio governo nacional, é a melhoria real do bem-estar das crianças. A taxa de mortalidade infantil diminuiu de 40% desde os princípios da década de 50, quando uma criança em cada três morria antes de completar 5 anos de idade e muitas outras ficavam incapacitadas para sempre devido a múltiplas causas. As taxas de alfabetização e de educação básica elevaram-se vertiginosamente em comparação com a década de 50. Milhões de africanos atingiram elevados níveis de especialização.

Anexo 2

Contudo, acontecimentos mais recentes foram devastadores para países da África ao sul do Sara. A produção alimentar per capita caiu de 5% na década de 80, por exemplo. Todos conhecemos o impacto da seca em muitos países e embora estejamos gratos por ter havido uma pequena recuperação parece que as condições de seca voltam a afectar diversos países. Além disso, é um facto que a crise deixou muitos cicatrizes duradoras.

As dificuldades económicas mundiais da década de 80 afectaram mais gravemente a África e as suas consequências têm sido desastrosas. O rendimento médio caiu de 15% entre 1980 e 1985. O declínio económico do último ano e meio foi ainda mais grave. Em 1986, as receitas da África provenientes das exportações caíram de 19 bilhões de dólares. A transferência líquida de recursos da África para o exterior é actualmente superior aos recursos que para ela afluem e essa diferença é de bilhões de dólares. Até mesmo os países há muito citados como modelos económicos não puderam cumprir os calendários de pagamento das suas dívidas.

Muitos deles estão efectivamente a procurar conseguir melhoramentos nesta área, como vimos durante a Sessão Especial da Assembleia Geral sobre a África em Maio de 1986, uma reunião historicamente sem precedentes. Durante essa reunião os governos africanos comprometeram-se solenemente a implementar reformas nacionais. O relatório do Secretário-Geral a ser publicado na próxima semana documenta a excepcional medida em que muitos governos africanos cumpriram esses compromissos, como o comprovam as declarações feitas durante a recente reunião da OUA em Adis Abeba. É trágico, contudo que apesar desses esforços o apoio dos doadores internacionais tenham reduzido o seu apoio ao cumprimento da sua parte dos acordos.

O Continente africano tem sofrido também, juntamente com o resto do mundo, com o advento do SIDA, cujo impacto começa apenas a fazer-se sentir.

A parte sul do Continente foi arrastada numa interacção nociva de problemas económicos estreitamente ligados à desordem causada por conflitos armados e em alguns casos, por esforços activos para destabilizar economicamente as populações. O impacto de tudo isto sobre as crianças tem sido profundamente devastador. Segundo um relatório intitulado "As Crianças da Linha da Frente", publicado em Janeiro passado pela UNICEF, os países da África Austral mais activamente afectados pelas tentativas de estabilização acusaram taxas de mortalidade infantil e níveis de desnutrição desproporcionadamente elevados: só em Angola e Moçambique morreram 140.000 crianças em 1986 em consequência destas acções de estabilização.

Anexo 2

Um dos aspectos que mais preocupação causa na complexa crise do Continente agravada mas não criada pela recente seca - é que até no fim deste século, e embora a população africana apenas venha a ser 14% da população mundial, os demógrafos calculam que segundo as tendências estimadas mesmo antes do aparecimento da crise do SIDA, a África será responsável por mais de 40% da mortalidade infantil e juvenil em todo o mundo, ao passo que, em 1950, esta proporção era de 15% e em 1986 de 31%. A África é o único Continente no qual o número absoluto de mortes está a aumentar - de 3,8 milhões de mortes estimadas em crianças até 5 anos de idade em 1950 para 4 milhões em 1970 e 4,3 milhões em 1980.

Devemos aceitar essas sombrias projecções como uma descrição do futuro deste nobre Continente, berço da humanidade?

Todos esperamos que o clima económico e político mundial mude. Contudo, a prudência exige que nós, que nos preocupamos com a saúde das crianças e das mães, devemos contar que esse clima continue a ser muito difícil.

Que se pode fazer nessas circunstâncias? Considerando o que temos, quais são as possibilidades? Podemos nós de maneira responsável esperar atingir em 1990 as metas de vacinação universal e acesso virtualmente universal à TRO? Podemos almejar a consecução no Ano 2000 das metas ainda mais difíceis de redução da mortalidade infantil em todos os países para 50 a 60%? Hoje discutirei quatro assuntos críticos que, se adequadamente tratados, farão com que o quase impossível se torne possível.

Reajustamento com face humana

Apesar de óbvios conflitos de interesse entre países, credores e devedores e entre os que tomam a maior parte das decisões económicas e políticas e aqueles que sofrem as suas consequências há uma certa margem para melhorar os resultados em termos de bem-estar humano. Efectivamente, há maior margem de manobra de que muitas vezes se imagina, o que os governos e as instituições internacionais implicadas poderiam, se quizessem, usar construtivamente.

Os cortes e os reajustamentos económicos que muitos países estão a fazer refletem em parte as restrições impostas pelo sistema económico internacional e a maneira como os países reformularam as suas políticas em resposta a essas pressões. Foi a soma desses factores que levaram o Presidente Nyerere da Tanzânia a perguntar com angustia: "devemos matar de fome as nossas crianças para pagar as nossas dívidas?" A nossa resposta ao Presidente Nyerere deve ser um "Não" peremptório - não se deve exigir a morte de crianças

Anexo 2

para pagar a dívida de um país ! Infelizmente, a prática ainda é, com muita frequência em muitos países do mundo, deixar morrer as crianças e como consequência muitas delas continuam ainda a morrer diariamente.

A experiência recente, documentada num importante estudo da UNICEF acabado de publicar com o título "Reajustamento com face humana", mostra que deve haver uma resposta de duas pontas a essa situação. Primeiro, devemos defender vigorosamente a importância do investimento social para o futuro global de um país para que os sectores sociais não sofram cortes desproporcionais, como tem sido muitas vezes o caso. Segundo, igualmente ou talvez mais importante, para todos nós aqui presentes, porque o poder de actuar está grandemente conosco no sector da saúde e em outros sectores sociais, é que os sectores sociais propriamente ditos devem realizar uma reestruturação interna para designar maiores prioridades que gerem o maior benefício para os que são mais vulneráveis.

Além disso, mesmo no contexto de guerra que tão tragicamente afecta milhares de crianças e de mulheres neste Continente, é evidente a preocupação dos pais e dos governos africanos por esses grupos altamente vulneráveis e em dificuldade. Na Nigéria há alguns anos a UNICEF ajudou a salvar crianças em ambos os lados de conflitos; também em 1985, no auge do conflito no Uganda atendeu a necessidade das crianças desse país mediante um corredor de paz através das linhas de combate. Nesse conflito, ambas as partes permitiram que a UNICEF e a ICRC proporcionassem vacinação, remédios e suprimentos médicos para as crianças e as mães nas zonas de guerra para que elas fossem vítimas do conflito devido à falta de serviço de saúde. A determinação de realizar o impossível existe ! Pode-se fazê-lo.

CPS - mais urgentemente necessários e mais viáveis de que nunca

Um ponto de referência para discernir o que se pode fazer na reestruturação do sector da saúde para atenuar os sofrimentos humanos apesar da limitação de recursos encontra-se nos princípios implícitos nos Cuidados Primários de Saúde (CPS). Porém, ainda hoje, quase uma década após a codificação histórica desses princípios na Conferência de Alma-Ata patrocinada conjuntamente pela OMS, e pela UNICEF, e também depois de amplamente comprovada a sua validade nós estamos ainda falando muito mas fazendo muito pouco sobre esta abordagem de grande visão. Na maior parte dos países a grande maioria dos gastos em saúde encontram-se ainda em medidas curativas em vez de preventivas e em grandes instalações urbanas em vez de postos de saúde urbanos e rurais capazes de atender a maioria dos habitantes.

Não obstante, a implementação real dos CPS é actualmente muito mais possível do que até mesmo há uma década. Um factor importante de profundo impacto desde Alma-Ata na direcção desse trabalho é a compreensão de que os desenvolvimentos económicos e técnicos dos últimos anos aumentaram amplamente a capacidade de comunicação. Há actualmente um aumento rápido e crescente na capacidade de comunicação com os pobres do mundo - através do rádio, da imprensa, da televisão, das escolas em todas as aldeias, das milhares de novas associações de fazendeiros de mulheres e de negócios, - e toda uma nova percepção na comunidade internacional do que se pode fazer através da comunicação propaganda como um importante mecanismo para, citando a Declaração de Alma-Ata, "...educação do público sobre os problemas de saúde prevalentes e métodos para a sua prevenção e controle".

Essa nova capacidade permite-nos utilizar técnicas médicas de baixo custo e grande impacto recentemente desenvolvidas aperfeiçoadas ou redescobertas facilmente à nossa disposição a acelerar a aplicação dos princípios de CPS. A UNICEF denominou esta abordagem de Revolução da Sobrevivência e Desenvolvimento das Crianças que pode também servir com uma ponta de lança para o progresso geral dos CPS. As técnicas médicas em si são, naturalmente, do vosso conhecimento e incluem a vacinação contra as seis doenças infantis fatais, a terapia de reidratação oral, o retorno ao sistema de amamentação ao seio com desmame apropriado, o seguimento do crescimento e o espaçamento do número de filho. A combinação desta nova capacidade de comunicação com essas técnicas e tecnologias permitiu que em meados de 1980 houvesse em muitos países uma expansão muito rápida dos programas de vacinação e de reidratação oral em particular.

Eu gostaria de assinalar que estamos muito entusiasmados com a recente publicação conjunta da OMS/UNICEF a ser lançada em 1988 em comemoração do aniversário da Declaração de Alma-Ata e que se intitula "Factos para a Vida". Esse livro apresenta informações básicas de saúde relevantes para famílias, inclusive as mencionadas anteriormente em dez "pacotes informativos", que se forem conhecidos por todas as famílias e o seu uso facilitado pelo apoio governamental e da sociedade poderiam melhorar imensamente a saúde e o crescimento físico e mental das crianças e reduzir em mais da metade a actual mortalidade aproximadamente 4 milhões de crianças por ano.

A capacidade dos países africanos de progredirem na sobrevivência e desenvolvimento das suas crianças através da aceleração dramática dos seus programas ampliados de vacinação apesar da escassez revelar uma brilhante utilização de recursos extremamente limitados. Realmente, este grupo de ministros de Saúde da África merece felicitações. Foram os senhores que durante a Conferência de Lusaca realizada em 1985, declararam 1986 Ano

Anexo 2

de Vacinação e incentivaram a acção de doadores externos inclusive e principalmente os italianos. Em princípios da década de 80 dos 4 milhões de crianças que morriam, mais de 1 milhão morria ou ficava incapacitada para sempre por não terem sido imunizadas contra as seis doenças a um custo de 5 a 15 dólares por criança. A África está hoje verdadeiramente empenhada na prevenção dessa trágica perda mediante a consecução de objectivo, por vós estabelecido da Vacinação Infantil Universal (VIU) até 1990 de pelo menos 75% das crianças com menos de um ano de idade.

Entre 1984 e 1987, mais de 40 países africanos aceleraram acentuadamente os seus programas de vacinação.

A Ilha Maurícia e Seychelles atingiram em 1986 o objectivo Vacinação Infantil Universal. Entre os países que estão actualmente, estão implementados programas acelerados de vacinação e que têm uma boa possibilidade de concretizar em 1987 o seu objectivo de Vacinação Infantil Universal encontram-se: os Camarões, Congo, Lesoto, Marroco e o Senegal. Outros, tais como o Botsuana, a Tanzânia e a Zâmbia deverão atingir esse objectivo em 1988. Eu tive o privilégio de ser observador e participante junto aos Chefes de Governos e ministros da Saúde, desses esforços acelerados que incluem mobilizações sociais nacionais em muitos dos vossos países inclusive os Camarões, Chade, Etiópia, Gâmbia, Moçambique, Nigéria e o Senegal. Essas realizações são realmente notáveis e esses esforços luzem como um farol de esperança em todos os lugares em que as crianças continuam a morrer como vítimas de doenças contra as quais existe vacinação.

Eu não poderia deixar de mencionar a encorajadora resposta mundial através do financiamento externo para essa iniciativa africana em prol da vida. A UNICEF programou de maneira eficiente para 1986-1990 mais de 180 milhões de dólares para o apoio da Vacinação Infantil Universal em África, dos quais 160 milhões de dólares já estão assegurados por fontes internacionais generosas. A comunidade internacional está entusiasmada pela grande fé que os italianos demonstraram para com o vosso Programa Alargado de Vacinação em África que comprovaram ao assegurar para isso 100 milhões de dólares. Contribuições extremamente generosas foram também feitas por outros, incluindo principalmente o Canadá, Estados Unidos e Rotaria Internacional (que já asseguraram 10 milhões de dólares). Outro exemplo da Cooperação Internacional é o Comitê de Coordenação Técnica OMS/UNICEF de Vacinação em África.

Durante a Cimeira da OUA em Adis Abeba em fins de Julho fez-se outro importante progresso para as crianças e para o futuro da África quando os Chefes de Governos aprovaram a "Resolução sobre a Vacinação Universal das Crianças em África". "O Objectivo 1990, como componente para a Protecção, Sobrevivência e Desenvolvimento da Criança Africana". Essa resolução histórica não só declara 1988 como o Ano para Protecção, Sobrevivência e Desenvolvimento da Criança Africana, empregando a vacinação como um veículo para a consecução de outros objectivos mais amplos, mas também pede aos Estados Membros que desempenhem um papel activo na mobilização das comunidades com o propósito de criar uma maior percepção da necessidade de recursos em prol da consecução dos objectivos da Sobrevivência e Desenvolvimento da Criança em geral, e em particular da meta da Vacinação Universal da Criança até 1990. Essa resolução insta também os Estados Membros a assegurar que as questões pertinentes à Sobrevivência e Desenvolvimento da Criança permaneçam na vanguarda em todos os foros nacionais, sub-regionais e continentais. Solicita-se também nessa resolução que o Director da UNICEF facilite a sua implementação mediante a mobilização dos recursos necessários e das comunidades para complementar os esforços nacionais. Senhor Presidente desta Sessão, a UNICEF aceita como directiva essa solicitação de grande alcance e faremos todo o possível para dirigir os nossos esforços para atingir esses objectivos.

Os próximos passos - expansão da mobilização social
e do programa de medicamentos essenciais para todos

O êxito do progresso dos países africanos no sentido da consecução do objectivo estabelecido há dois anos pelos ministros da Saúde da África - os senhores que se encontram nesta sala - tem sido realmente inspirador. Já, como consequência, em decorrência da aceleração dos esforços em prol da VIU em 1990, centenas de milhares de crianças foram salvas da morte ou dos defeitos físicos que causam essas seis doenças. Este êxito leva-nos a perguntar quais são os outros progressos que já se encontram ao alcance dos povos africanos, mesmo levando-se em conta as severas condições que afligem actualmente este Continente.

Anexo 2

Há sem dúvida, outras aplicações importantes deste conceito de educação e mobilização de todos para a saúde - ilustrado na aceleração do Programa Alargado de Vacinação - segundo o qual os ministros da Saúde com tanto êxito mobilizaram outros para promover o seu trabalho: Chefes de Estado, rádio televisão, imprensa, artistas e intelectuais, padres e irmãs, líderes tradicionais, ministros de Educação e Informação e organizações não-governamentais - como no combate e redução das doenças diarreicas, na promoção do controlo do peso e melhores métodos de desmame, etc. Existem realmente agora tecnologias de baixo custo para atingir os objectivos da ONU para o ano 2000 de uma taxa de mortalidade infantil de 50% ou menos para todos os países. Tudo o que se necessita é que as sociedades dêem prioridade suficientemente alta a comunicação deste conhecimento às famílias e facilite sua utilização.

Dois dos principais obstáculos à consecução do objectivo de Saúde para Todos até ao Ano 2000 que ainda persistem mesmo quando se dá alta prioridade à prevenção, a tecnologias de baixo custo e à mobilização social nacional de todos para a saúde, envolvem financiamento: o primeiro deles é como conseguir medicamentos essenciais em quantidades adequadas inclusive vacinas, que se precisa importar, e o segundo como financiador localmente a maior parte dos custos dos postos de saúde e do pessoal da saúde.

Considerando estes dois problemas em conjunto, alguns de nós sonhamos com o que é possível - com um novo passo ousado para o melhoramento da saúde e do bem-estar de todos os povos da África - e peço que me digam, ao despertar da minha reunião consigo aqui em Bamaco, se esse sonho deverá desvanecer-se ou ser activamente examinado e desenvolvido.

Que Sonho é esse ? Que visão é essa ? Imaginem um sistema alargado de CPS em toda a África num período de cinco anos que atendesse as necessidades de medicamentos essenciais da grande maioria, isto é, de mais de 80% - e que fosse em grande parte financiado e administrado localmente. Antes de sucumbirmos a um antigo condicionamento mental e rejeitar tal objectivo gostaria de admitir que muito recentemente, em 1983, até mesmo nós da UNICEF, com todo o nosso optimismo achávamos difícil imaginar que a VIU fosse realizável na África até 1990.

Nós (e creio que posso incluir todos os presentes) estamos descobrindo que há uma chave para fazer funcionar eficazmente os centros da VIU; que há um elemento que quando disponível numa base de confiança e de custo acessível atrai as famílias aos centros, e pelo qual a grande maioria delas está realmente dispostas a pagar.

O componente dos CPS tem a maior probabilidade de desempenhar esse papel catalítico e o aprovisionamento de medicamentos essenciais para todos.

Através de uma programação mais engenhosa de medicamentos essenciais em países tais como: Benim, Quênia e Tanzânia, estamos constatando que se pode fazer mais do que proporcionar suprimentos a custo extremamente baixo. Também aprendemos no Benim por exemplo que o retorno pelo gasto pode ser muito superior ao simples aprovisionamento de medicamentos (que de si não é pequeno).

Efectivamente, o custo do aproveitamento de medicamentos essenciais, é geralmente inferior ao que muita gente imagina e muitíssimo menor do que paga a maioria das pessoas. Na Tanzânia, por exemplo, a UNICEF e a OMS vêm apoiando nestes últimos quatro anos um programa de aproveitamento contínuo de medicamentos essenciais para 20 milhões da população rural a um custo equivalente a cerca de 0,50 dólares por pessoa por ano. Este esquema além de ser realmente de baixo custo é também uma inovação em diferentes sentidos. Segundo esta abordagem, um camião entrega uma vez por mês nos centros regionais desse país todo o seu carregamento de caixas que individualmente contêm 32 medicamentos essenciais para atender as necessidades específicas de um centro de saúde rural típico da Tanzânia, de acordo com as determinações do pessoal distrital de saúde. Essas caixas são entregues pelo Ministro da Saúde aos sub-centros de cada Região. A comunidade é então responsável pela entrega de cada uma delas aos centros de cuidados de saúde que se encontram a uma distância de 5 a 20 milhas. Essa responsabilidade não só estabelece uma medida da contribuição da comunidade ao transporte mas também faz com que esta participe como guardião contra furtos ou vendas ilícitas. O êxito desse programa comprovado pelo facto de que após quatro anos de existência a sua aprovação transcende todas as fronteiras políticas, não sofre virtualmente nenhuma acusação de perda ou fraude e está conseguindo a um custo módico o seu objectivo de proporcionar à população rural um suprimento ininterrupto de medicamentos essenciais.

A UNICEF, assim como a OMS, acredita que modelos de aprovisionamento de medicamentos essenciais semelhantes (que funcionam também com êxito no Quênia e em Moçambique, por exemplo) merecem ser reproduzidos mais amplamente em muitos outros países da África.

Outra inovação muito promissora está sendo implementada pela primeira vez, inter aliás, no Benim. Sabemos que a maioria das pessoas está disposta a pagar pelos seus próprios medicamentos e/o de fazê-lo. Isto é evidentemente em todas as localidades do mundo nos quais os medicamentos se encontram disponíveis. Observa-se no Benim que mesmo quando as pessoas pagam duas ou três vezes mais o que o UNICEF paga pelos medicamentos, o

Anexo 2

o aprovisionamento com controlo de qualidade pode ainda ser feito a taxas acessíveis à maioria. A diferença de preço está sendo utilizada para reforçar o sistema de CPS, e pagar os salários do pessoal de saúde das aldeias e outros custos locais. A gestão rural e distrital é básica neste esquema. A Guiné já tem a funcionar um modelo similar e, a Etiópia e o Burquina Fasso estão elaborando planos para implementar programas similares.

Nesta visão da África e à medida que começamos a ver nestes programas pioneiros - quando custos locais do sistema de CPS são financiados em boa parte mediante a compra de medicamentos essenciais, esse sistema proporciona um maior número de cuidados de saúde, particularmente para a saúde materno-infantil, além da simples distribuição de medicamentos. E quando as famílias se acostumam a utilizar o centro regularmente porque sabem que é uma boa frente de medicamentos, em pouco tempo passam a utilizá-lo também para outros fins. Embora não se possa atrair as pessoas ao centro para instruções sobre hábitos de saneamento básico, por exemplo, eles vêm a eles em busca de medicamentos quando necessitam - e estão dispostos a pagar por eles - especialmente se o aprovisionamento for adequado aos problemas de saúde locais, tiver preço acessível e for confiável. Uma vez que essa receita contribua para o salário do pessoal de saúde e financie a manutenção do centro e que as pessoas utilizem as instruções e ouçam o pessoal de saúde será muito mais provável que participem nos esforços de vacinação dos seus filhos, para conhecer os benefícios dos cuidados pré-natais, do espaçamento do número de filhos, da reidratação oral, da atenção ao crescimento dos seus filhos e do conhecimento sobre os problemas de saúde prevalentes e dos métodos da sua prevenção e controle.

O programa de medicamentos essenciais dá também ao país uma oportunidade de renovar os esquemas de tratamento, de treinar o pessoal de saúde, de iniciar um programa nacional sobre o uso e o abuso de medicamentos assim como de centralizar a produção local. Persiste ainda hoje, obviamente, o problema relativo a divisas, posto que as pessoas utilizam esses serviços somente dispõem de moeda local. É neste aspecto que eu vejo a possibilidade de um novo programa de apoio importante de CPS, semelhante ao que se conseguiu com grande êxito para a VIU 1990. Um programa inicial de 5 anos com 100 milhões de dólares anuais para complementar dotações dos países africanos em divisas seria suficiente para proporcionar não só os medicamentos essenciais para a maior parte daqueles que não são no momento atendidos, mas através da sua venda aos participantes dos cuidados primários de saúde, dar também um maior impulso à concretização do financiamento local para um sistema PHO que possa incluir quase toda a África do Sael durante a década de 90 a assistência externa poderia ser proporcionada mediante a concessão de apoio financeiro e o fornecimento de medicamentos. A perspectiva de um apoio público contínuo no âmbito mundial seria muito fortalecida se a participação nesse programa apoiado internacionalmente se baseasse, primeiro, em programas de comum acordo,

como no caso dos programas por países para a VIU/1990, que assegurem o atendimento das necessidades de medicamentos essenciais da maioria das pessoas - incluindo particularmente as crianças e suas mães que são as mais vulneráveis - até uma data previsível não muito distante, digamos de 5 anos, e segundo, na utilização da venda desses medicamentos, com excepção de vacinas e da pequena minoria completamente incapaz de pagar pelos medicamentos essenciais, para reforçar significativamente o financiamento e a gestão locais de CPS ao nível distrital e das aldeias.

Excelentíssimos Senhores Ministros de Saúde da África,

Gostaria de perguntar: é isto um sonho que deverá escrever-se com realidade do amanhecer, deveríamos nós seriamente examiná-lo juntos mais atentamente? É isto uma consequência adequada da decisão tomada durante a cimeira da OUA em Julho?

Deveria um grupo de países optar por aproveitar-se desta nova possibilidade de assegurar o aproveitamento de medicamentos essenciais para a grande maioria da sua população, fortalecendo ao mesmo tempo o financiamento e a gestão locais de CPS? Eu vos afirmo aqui que o UNICEF está pronto para trabalhar com os governos, juntamente com a OMS, para explorar activamente tanto o estabelecimento de programas integrais de medicamentos essenciais quanto os métodos para a superação das barreiras financeiras políticas e logísticas. Nós empenhámo-nos activamente para levar esta questão à comunidade dos doadores internacionais para conseguir o seu necessário apoio.

O êxito da África na realização de significativo progresso para a consecussão do objectivo de VIU prova a um mundo céptico que a comunidade africana da saúde pode realizar o que parece ser impossível mediante a situação em conjunto.

Uma nova iniciativa sobre medicamentos essenciais ao longo dos delineamentos que acabo de descrever tem a possibilidade de prover vários elementos que faltam no sistema de CPS. Talvez a sua maior relevância esteja em poder atrair os recursos financeiros externos necessários durante os próximos 5 a 15 anos financeiramente difíceis para assegurar, particularmente para os países menos desenvolvidos, quantidades adequadas de medicamentos essenciais, inclusive vacinas, e para iniciar o financiamento local de um sistema de CPS que atenda as necessidades da grande maioria.

Anexo 2

Um sistema localmente auto-sustentável de CPS para toda a África até ao Ano 2000 com crianças imunizadas, pais vinbuidos de conhecimento para promover e proteger a saúde de seus filhos e medicamentos essenciais para todos - Talvez pareça impossível. Com essa visão, não é. Os países africanos, com um aumento modesto do apoio internacional até ao Ano.2000, poderão melhorar a saúde das crianças e das mulheres de tal maneira que reduza para a metade o nível anual de mortalidade infantil superior a 4 milhões e materna de 100.000 acusados em princípios da década de 80. Estamos aprendendo em todo o mundo que não há investimentos mais importantes e de maior custo-benéfico do que em programas como estes para mães e suas crianças. Nós consideramos o abastecimento acessível de medicamentos essenciais como a chave para uma realização assim tão monumental e portanto asseguramos todo o apoio da UNICEF para ajudar o desenvolvimento de um programa para esse propósito.

Muito obrigado.

ALOCUÇÃO DO DIRECTOR REGIONAL DA OMS
À 37ª SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL

Sua Excelência Senhor General MOUSSA TRAORÉ,
Secretário Geral da União Democrática do povo do Mali,
Presidente da República do Mali,

Senhora Presidente do Comité Regional,

Excelentíssimos Senhores Ministros,

Senhor Halfdan Mahler, Director Geral da OMS

Senhor James Grant, Director-Geral do Fundo das Nações Unidas
para a Infância (UNICEF)

Distintos Membros do Corpo Diplomático, das Organizações não-governamentais
e Funcionários das Organizações das Nações Unidas,

Senhoras e Senhores Delegados,

Senhoras e Senhores

Alegro-me por estar entre vós hoje, em Bamako, para a abertura da 37ª
Sessão do Comité Regional da OMS para África.

Senhor Presidente, na pessoa de Vossa Excelência saúdo-o a si, ao seu Governo
e ao seu País por nos terem tão calorosamente recebido o que certamente representa, nos
tempos que correm, muitos sacrifícios. A minha emoção é grande quando realizo a dimensão
deste país tão rico de história e que tanto contribui para a essência da civilização
africana. Berço de África, outrora celeiro de toda a África Ocidental, rota do comércio
rota do ouro, encruzilhada de religiões, Tombouctou misturava a sua riqueza ao gado,
para oferecê-los como presente.

É claro que as épocas mudaram e que a crise económica, a seca e o enclavamento
não facilitam a situação. Mas quem o conheça, reconhece em Vossa Excelência o carácter
temperado de um homem empenhado na reestruturação do seu Povo e do seu País.

Só para falar do domínio sanitário, ninguém ignora quanto Vossa Excelência
se tem esforçado para edificar a pirâmide de saúde. Na sua política tão inteligentemente
pensada, os cuidados primários de saúde melhoram a vida dos aldeões. O equipamento
técnico do hospital de Bamako foi complementamente renovado. Esperamos que os hospitais
regionais e os Centros de Saúde dos 46 distritos existentes sigam o movimento.

Anexo 3

A Escola Nacional de Medicina e de Farmácia do Mali esforça-se por produzir médicos de qualidade. A Escola Secundária de Saúde de Bamako fornece um contingente de enfermeiros, de parteiras e de técnicos de laboratórios de bom nível.

Para breve, e se é que isso ainda não aconteceu, os medicamentos, serão produzidos localmente. Mas, o enchimento das barragens de Selingué e de Manatali, o melhoramento sistemático de poços são, de facto, acções no sentido da colaboração intersectorial para a saúde.

Apesar de todas as dificuldades, a lucidez e a coragem dos malianos permite ter esperança e mesmo a certeza de que estarão presentes ao encontro da Saúde para Todos no Ano 2000. Expressamos-lhe, Sua Excelência Senhor Presidente, toda a nossa admiração. O nosso reconhecimento é dirigido a todo o seu governo por hospedar não só o nosso Escritório da Representação como também uma das três equipas interpaíses de desenvolvimento sanitário. A nossa gratidão vai para a Senhora Ministro da Saúde e para a sua Equipa por colaborarem tão estreitamente com os nossos Representantes com vista a trazer um melhor nível de saúde ao Povo Maliano. A nossa solicitude vai para todos aqueles que, pequenos e grandes, contribuíram para a realização desta 37ª Sessão do Comité Regional.

Contamos aqui com a presença do Senhor James Grant, Director Geral da UNICEF.

Senhor Director, é vão dizer-vos quão significativa é a sua presença entre nós e quanta é também a esperança que temos na luta que travamos, em conjunto, pela vida.

Agradecemos aos Organismos não-governamentais por se terem deslocado e não ignoramos a imensidão das suas tarefas.

Excelentíssimos Senhores Ministros e Senhores Delegados, devemos reconhecer o vosso total engajamento à causa da saúde e por isso estamos muito gratos.

O tema que proponho desenvolver hoje convosco intitula-se: "AO ALCANCE DAS NOSSAS MÃOS" ..Vamos pois ocuparmo-nos dele.

AO ALCANCE DAS NOSSAS MÃOS

Num momento em que as avaliações são tão desejadas e em que África sofre da falta de dados, teremos nós o direito ou estaremos nós em condições de fazer um balanço? Contudo só ele nos poderá dizer qual dos dois, o fracasso ou o sucesso, estará ao alcance das nossas mãos. A crítica e sobretudo a autocrítica têm algo de são, pois que reduzem o homem às suas justas proporções. Elas revelar-lhe-ão se ele adopta uma política de acordo com os seus meios ou se possui os meios para realizar a sua política.

A África atrazou-se já em tantos domínios que não poderá recuperar-se de mais novos encontros falhados. Em caso de inadequação das estratégias em relação às necessidades será para sempre perdido o tempo de recuperação tal como as suas crianças inocentes para sempre perdidas que enterrámos em cemitérios juntamente com os nossos corações e as nossas lágrimas.

Tal como dizia o Cardeal Richelieu, em vez de assumir a condenação da mentira, nós preferimos o perigo da verdade. Neste contrato entre dois parceiros, vós, os Estados Membros, nós as Agências de cooperação técnica, teremos assumido devidamente os nossos papéis e respeitado os nossos termos de referência? Que frutos colheremos com as nossas mãos?

I. O que fizemos nós, Sede Regional Africana da OMS, para colaborarmos convosco eficazmente com vista à instauração da SPT? Antes de mais, teremos agido em conformidade com a nossa constituição que nos define como uma Agência de cooperação técnica e não como uma Agência de cooperação financeira ?

Desde há algum tempo, encontramos-nos confrontados com uma crise económica mundial e com uma moeda de trabalho que não cessa de desvalorizar-se. Só a baixa do dólar dos E.U.A. não contando com os fenómenos de inflação, fez passar, em 3 anos, da 59 para 123 dólares dos E.U.A. e per diem do Mali, por exemplo. O preço de um avião "Charter" Brazzaville-Lusaka era de 29.000 dólares dos E.U.A. em 1985 mas Brazzaville-Bamaco é de 100.000 dólares dos E.U.A. e, 1987. A acrescentar a tudo isto, na Região Africana, tal como as outras regiões, tem sofrido reduções orçamentais apesar da sua situação económica mais que catastrófica.

Anexo 3

Armados com coragem e com o máximo de audácia, foi necessário ajustar a ferramenta técnica em função das necessidades e dos pedidos do dia a dia. Foi assim que não sem mágua e para começar pelos países, os coordenadores nacionais foram substituídos por Representantes internacionais principalmente para melhor gerir os recursos da Organização. Conscientes que estes últimos representavam não só o nosso calcanhar de Aquiles como também o nosso cavalo de batalha, reforçámos o seu papel, a sua autoridade, a sua amplitude de acção e sobretudo a sua independência de decisão. Sendo Representantes e mesmo Diplomatas, já não se encontram encerrados nos seus gabinetes, tendo-se cerrado assim os verdadeiros vectores técnicos da política da Sede Regional Africana da Organização; discutem planos de acção com altos responsáveis do Estado e deslocam-se ao terreno para apoio à acção para acompanhar o seu progresso e remediar os seus desvios.

Empreendemos negociações com países doadores de modo a podermos reforçar o nosso pessoal de terreno; elo frágil da nossa política. Assim, e por nosso intermédio, certos países doadores puseram quadros profissionais (APO) à disposição dos países que os solicitarem. Um certo número de profissionais africanos beneficia igualmente deste regime .

Para além das estruturas ao nível dos países, foram criadas três equipas interpaíses. Apesar da difícil conjuntura económica, mas na medida do possível, provimos estas equipas de pessoal. Ao fim do primeiro ano da sua existência e quando constatámos um certo desvio burocrático, tentámos remediá-lo por forma a que essas equipas se tornassem equipas de apoio técnico no terreno. Marchamos pois no sentido de uma descentralização efectiva pelo reforço da malha periférica, vector indispensável da nossa política de saúde nos distritos. Da mesma maneira que o ponto de entrada em acção se situa na base da pirâmide de saúde somos de parecer que na Região Africana, a maioria do nosso pessoal técnico deve situar-se na base e não no cume da Organização.

Assim, na Sede Regional não houve aumento absoluto de efectivos mas sim distribuição de pessoal e constituição de unidades específicas e adaptadas.

De entre as principais podemos citar:

- Uma unidade de promoção e de acompanhamento de implementação da SPT/2000 foi criada directamente ligada ao Gabinete do Director. Esta unidade tem por fim recolher, através de relatórios, fichas e cartas de infraestruturas sanitárias, todas as informações sobre os cuidados primários de saúde ao nível dos distritos. As informações sobre os programas ou os atrasos no percurso para a SPT são armazenadas, informatizadas e de novo enviadas aos países para prosseguimento e/ou reorientação da acção. Agindo como uma bússula de posicionamento e como órgão de comparação entre os países, esta unidade estabelece e apresenta, a cada Comité Regional, um relatório anual sobre o avanço da SPT nos 43 países membros da Região Africana.

- Uma unidade de mobilização de recursos que é o nosso órgão negociador com os doadores de fundos e também com os bancos principalmente os bancos regionais. Os processos que esta unidade apresenta são enviados pelos países; os nossos especialistas nesses países, juntamente com os especialistas de Sede Regional apoiam os países na elaboração e na apresentação dos referidos processos.

- Um sistema de coordenação das operações do programa (AFROPOC) foi também criado de acordo com os Estados Membros. Tem por fim racionalizar a gestão do orçamento da Organização.

- Uma unidade de socorro de urgência em caso de catástrofes foi igualmente estabelecida e está sobretudo orientada para actuar nos países mais vulneráveis e em risco deste tipo de desastres.

- Tendo em consideração a acuidade do SIDA no mundo e apesar da concepção vertical do seu programa, a Sede Regional viu-se forçada a constituir uma força de intervenção rápida anti-SIDA.

Na Sede Regional a máquina também não funciona plenamente de um dia para o outro; tem sido à custa de um esforço incessante que as coisas se vão ajustando. Por exemplo, o sistema AFROPOC é conhecido como sendo um sistema de orçamentação planificado e eficaz. Contudo, nada impediu que não tivéssemos constatado a sua fragilidade e a sua juventude; mas progressivamente ele vai-se rectificando e nós vamos nos adaptando ao seu funcionamento e às suas exigências. Depois de tantos anos de gestão indisciplinada, não se pode esperar uma mudança brusca de situação como se fosse resultado do toque de uma varinha mágica.

Anexo 3

Os jungamentos demasiados precipitados são nocivos aos progressos trazidos pela mundança
O tempo será o mesmo elemento de ponderação.

Ao empreendermos todas estas reformas, pretendemos poder dispôr, colectivamente, dos meios para acelerar o acesso à SPT/2000, pois que, se a Declaração de Alma-Ata enuncia os resultados de uma política, não explicita como fazê-la. Daí que tenham surgido tentativas louváveis mas incoerentes no domínio sanitário. Os resultados esperados não foram alcançados. Basta tomarmos um exemplo, o da taxa de cobertura vacinal na Região Africana que atingiu somente 30% desde 1978, o ano da assinatura da Declaração de Alma-Ata.

Tendo em conta estas hesitações propusemos e fizemos adoptar, no 35º Comité Regional de Lusaca em 1985, uma estratégia de acção que comporta um plano trienal no qual se analisam os diferentes níveis de infraestruturas sanitárias nos países. Sugerimos que em 1986-1987 a tónica fosse posta, ao nível do distrito pela implementação dos cuidados primários de saúde.

- em 1987-88 ao nível da província com o estudo das infraestruturas hospitalares e de saúde pública assim como com a contribuição dos outros sectores;
- em 1988-89 ao nível central (governamental), com a contribuição do Ministério da Saúde, de outros Ministérios, das Universidades e das organizações não-governamentais.

Durante todo o ano de 1986, trabalhamos com os Estados Membros para conhecermos os seus planos de acção com vista a modelarmo-nos ao seu tipo de trabalho e a podermos ter elementos comuns de acção que permitam a comparação entre países. Tivemos repetidas reuniões com os nossos Representantes por forma a que eles assumissem este plano de acção e para que se adaptassem aquilo que os Estados Membros tinham decidido realizar. Actualmente eles estão completamente capacitados para conduzirem a política do distrito. No decorrer de numerosas reuniões sobre o desenvolvimento sanitário, realizadas nas Sub-Regiões em Fevereiro e Março últimos, foram amplamente analisadas e discutidas as modalidades de acompanhamento e de avaliação dos progressos para a SPT.

Agora que está iniciada a fase de implementação, encetámos a fase da informática com um questionário normalizado para a recolha de dados.

Tínhamos promovido, no decurso deste primeiro ano, um quadro sinóptico dos 43 países membros cujo detalhe segue anexado ao meu relatório sobre a acção nos distritos. Por ocasião da 36ª Sessão do Comité Regional, conscientes de que, nem vós nem nós teríamos os meios para realizar esta política do distrito, solicitamo-vos que votassem 5% do vosso orçamento global para dotar o distrito com os meios necessários para realizar esta política. Um certo número de países, de imediato, disponibilizou efectivamente esse montante. Esperamos que todos os países garantam também os meios para uma política de descentralização. Enquanto aos distritos não for devidamente atribuído um orçamento, será bem árdua a arrancada sanitária e socio-económico.

Engajados na política do distrito, procuramos reforçar os laços entre agências associando-nos com elas em reuniões de trabalho e no terreno, principalmente com a UNICEF. Como prova disto, a reunião dos Directores Regionais da UNICEF e da OMS precedeu este Comité Regional e a presença física do Director-Geral da UNICEF, o infatigável, o dinâmico Senhor James GRANT.

Senhor Director, Nós saudamo-lo.

Apesar do nosso extremo empenhamento para implementar a base da SPT nos distritos, tivemos que fazer face à fúria do SIDA, companheiro imprevisível, portanto não orçamentado. Perante a sua ameaça pandémica e como resposta aos múltiplos pedidos dos países, tivemos que criar na Sede Regional uma força de intervenção rápida anti-SIDA. Estabeleceu-se a cartografia epidemiológica e nos países, os nossos especialistas em conjunto com os da Sede analisam, aconselham e vigiam. Foram organizados numerosos cursos para técnicos de laboratório. Foram identificados centros colaboradores da OMS. Sentimos que temos necessidade de reforçar a nossa equipa da Sede Regional e as nossas equipas interpaíses mas aguardamos luz verde da Sede. Elaboramos programas de pesquisas sobre este tema que serão realizados em África.

Discutimos acesamente com os doadores de fundos de modo a que possam ser improvisadas ou adaptadas as infraestruturas quase inexistentes, deterioradas ou mesmo inadequadas. Preocupados com a expansão dramática desta pandemia e do papel que África pode jogar para quebrar uma malha desta cadeia, lançamo-nos numa operação de verdade e não de omissões e de mentira, com a Fundação France-Liberté. Sob a nossa égide e orientação, está a ser elaborado um filme que será apresentado aos doadores de fundos e organizações do mundo inteiro. Não temos necessidade de pôr a nu os infortúnios da África. A dignidade do homem e sobretudo a dignidade do homem doente será respeitada.

Anexo 3

Gostaríamos de vos dizer qual a acção que desejaríamos realizar mas entre o nosso ideal e a nossa acção, há o fosso da falta de meios. Os laboratórios vão funcionando tanto bem que mal, com faltas de pessoal, de microscópios, de reagentes e até mesmo de tubos de ensaios. Aqui e acolá existem centros de transfusão de sangue principalmente nos complexos hospitalares universitários das cidades. Aliás, o tratamento dos produtos derivados do sangue é somente um conceito mental.

A mulher, charneira de todo o processo de desenvolvimento, vítima transmissora horizontal e vertical, nem sempre é sensibilizada pela informação educação necessárias. O elemento principal da vida, a água, mudou radicalmente a face do ocidente infestado do pós-guerra, por simples medidas de higiene sem recurso a qualquer acção de carácter sanitário ou médico. Entre nós, ela é ainda um manã do céu, enquanto esta, no sub-solo, tão próximo de nós. A água, só por si mudaria seguramente a terrífica propagação do SIDA e de outras doenças venéreas e diarreicas, mortais. Se pudéssemos somente fazer uma única coisa diríamos, à maneira de Coleridge, que seria a água, e mais água e sempre água para África.

Enfim, objecto de numerosas disputas, os medicamentos essenciais são também uma penúria constante. Mesmo que eles não curem o SIDA, um comprimido de nivaquina teria tornado um acesso palustre menos dramático e o doente ficaria mais resistente quando outras condições tal como o SIDA, lhe batessem à porta.

Sem perda de tempo, e de acordo com os países membros, tivemos reuniões nas três sub-regiões e remodelamos os órgãos consultivos. Na sua primeira sessão, o Comité Consultivo, através dos especialistas que foram indicados pelos países, realizou uma tarefa considerável no domínio da saúde e da investigação. O Comité tem agora como tarefa coordenar ou outros (sub) Comités encarregados da gestão dos recursos da saúde, do desenvolvimento da liderança para a saúde, da promoção da investigação sobre a saúde e das equipas de intervenção sobre a população - a nutrição e a saúde; do meio ambiente - o habitate a saúde; do modo de vida e da saúde. Eles são o nosso órgão consultivo que nos orienta, o melhor possível, para as necessidades e para as acções a empreender para apoiar o esforço nacional.

Para facilitar o acesso ao "saber fazer" no domínio da SPT/2000, a Sede Regional da OMS para África preparou, como apoio às aldeias e aos seus comités de saúde, um fascículo de consulta permanente sobre o modo de executar os CPS, sobre a escolha das prioridades e as acções a levar a cabo para concretizar as opções tomadas. Este documento está aqui presente e disponível.

No que respeita ao distrito, está em vias de edição um guia de referência prática. Trata da composição do comité do desenvolvimento do distrito da composição dos membros e dos conselheiros em matéria de desenvolvimento sanitário, do apoio a dar à aldeia para a acção, do tipo de trabalho a efectuar, dos relatórios a redigir a partir das informações coligidas e das modalidades de acompanhamento.

Como em 1987-88 diz respeito ao segundo nível do nosso plano trienal, o documento de base sobre o nível intermédio, objecto das discussões técnicas para 1988, está já disponível. Serve de anteprojecto e será submetido aos países para fins de estudo e de aplicação.

A Sede Regional Africana da OMS, depois de ter definido os princípios gerais de implementação de SPT/2000, a partir dos documentos da Sede, está em processo de produção da sua própria série de documentos com vista à instauração da SPT/2000 nos países da Região Africana.

Para facilitar o acesso ao saber num quadro mais lato, o orçamento que estava votado para a construção de 30 novos escritórios administrativos na Sede Regional em Brazzaville, foi desviado para a construção de um centro de documentação. Disponível e aberto a todos aqueles que querem aperfeiçoar-se ou encontrar obras de referência sobre as ciências da saúde, o centro informatizado estará em contacto, por telecomunicação, com os grandes centros internacionais de documentação.

Enfim, continuando a nossa acção e no sentido de reforçar a SPT ao nível do distrito e abordando com 1987-88 o segundo ano do nosso plano trienal, a tónica geográfica é ao nível da província e a acção situa-se ao nível da escolha das tecnologias, das infraestruturas hospitalares e da saúde pública de modo que, nos finais de 1990, todos os países da Região Africana estejam, pelo menos, nas proximidades da linha de partida senão mesmo já na corrida para a Saúde para Todos no Ano 2000.

Anexo 3

Igualmente convictos de que nada se pode realizar num país sem engajamento político, militamos, por uma segunda reunião dos Ministros da Saúde da OUA. Agradecemos, de novo aqui, ao Governo do Egipto na pessoa do Presidente Hosni Mubarak por ter acolhido, tão colorosamente, esta reunião no Cairo.

Conduzimos também acções junto da OUA para que a saúde fosse inscrita na Agenda da sua Cimeira de Chefes de Estado em Julho de 1987. Assim, a Declaração de Adis-Abeba proclamou "A Saúde como base do desenvolvimento sócio-económico".

II. Senhor Presidente

Senhoras e Senhores

Passo agora a abordar o modo como os Estados Membros colaboraram com a Organização.

Queremos exprimir a nossa gratidão e agradecer aos Governos da Região pela determinação que demonstraram de desenvolvimento da saúde. Apesar de todas as vicissitudes, apoiaram as grandes opções sanitárias internacionais sem descurar os seus planos de acção a nível nacional.

Em vez de um comportamento de esposa passiva ou de criança caprichosa exigindo o seu brinquedo, encarámos com interlocutores responsáveis, plenamente conscientes do marasmo de África e com uma vontade determinada de ultrapassar este estado de coisas.

Mal vos apresentamos o plano trienal sobre a aceleração da instauração de SPT/2000 (RPM/9), 90% de vós afirmaram que o documento estava conforme com o que já estavam a realizar. Aliás, a nossa proposta não continha nenhuma alquimia miraculosa; ela era somente fruto das experiências colhidas nos países ao longo da nossa carreira.

Longe de nós o pensamento de vos impôr ideias que, para a maioria de nós, estavam no passado tecidas em fio branco na escuridão das vossas realidades. Quando quizemos saber qual era a acção a nível dos distritos, o nosso trabalho de levantamento foi árduo pois que nós próprios não tínhamos elaborado um formulário de inquéritos; contudo os dados apareceram. As informações chegadas de todos os países revelaram que 25% dos distritos do continente, que são cerca de 3.000, estão em acção. Alguns países planificaram o seu trabalho e encontram-se já na fase de avaliação.

Quase todos os países que optaram, de imediato, pela implementação conjunto das principais componentes de Alma-Ata, aperceberam-se que a saúde não é senão um dos componentes de desenvolvimento socioeconómico.

É assim que, quase que por todo o lado, a saúde está em vias de se articular com a agricultura, com o pequeno comércio e com a pequena indústria artesanal. A percentagem reduzida dos distritos que se encontram em processo de aceleração do acesso à Saúde para Todos é apenas relativa, pois que a recolha de dados apenas agora se iniciou mas isto prova que o processo está desencadeado.

Aqui e acolá, foram nomeados responsáveis da SPT. É inegável que existe um engajamento pessoal, colectivo e político. Tudo leva a crer que a ratificação da Declaração de Alma-Ata passou já a ser um facto.

Face ao SIDA igualmente nos responderam presente para declararem os casos, presente, para os comités nacionais anti-SIDA e presente ainda para as estratégias de luta. É certo que os meios e as infraestruturas nos fazem terrivelmente falta mas saibam que nos mantemos a vosso lado para angariar os fundos necessários.

Estamos convictos de que, se o SIDA é uma infelicidade para a África, é também verdade que, por outro lado, permitirá implementar um sistema de cuidados primários de saúde digno do ser humano e único denominador válido de todo o progresso socioeconómico. Para o SIDA não existe ainda nenhuma terapêutica específica mas ele partilha de uma plataforma de acção comum aos CPS. Ao estabelecer-se um deles remedeia-se sistematicamente o outro. Um servirá de promoção ao outro mas nenhum se fará em detrimento do outro.

Sentimos o mesmo entusiasmo e o mesmo fervor de engajamento em 1986, ano africano da vacinação. Vimos, da Côte d'Ivoire ao Mali, da Mauritânia à Etiopia, da Zâmbia ao Congo, do Zaire ao Burquina Fasso, todos os Chefes de Estados na vanguarda para vacinar as suas crianças, as nossas crianças. Quanta emoção se alia à razão para vencer a morte daqueles que segurarão não só os nossos bastões de velhice como também as nossas nações.

Anexo 3

Voltemos à gestão dos recursos que a Sede põe à vossa disposição por nosso intermédio. Desde a instauração do Sistema AFROPOC, têm sido obrigados a utilizar os recursos em função da vossa planificação sanitária, por biénio. O sistema, embora rigoroso não é rígido; passaram mesmo pela experiência de renegociações em função de urgências imprevistas. As utilizações são pois judiciosas e não mais existem despesas "ad-hoc". O nosso sistema de controlo permite também assinalar-vos qual é a vossa posição. Este mecanismo de eficacidade comprovada deve ser ainda limado e melhor adaptado, pois permite a supervisão e a serenidade de utilização para projectos previstos evitando-se a influência exagerada de despesas no fim do ano financeiro.

À guiza de conclusão, dizemos-lhes : não abrandemos de esforço, não recuemos perante o trabalho -nós que conhecemos o chicote da escravatura.

Estejamos unidos, metamo-nos à obra todos em conjunto. Saibamos utilizar ao máximo a contribuição exterior, façamo-la enquadrar nos nossos planos nacionais. Como disse o jornal "Le Monde" em relação a um país africano : "Este país teve coragem na desgraça", nós dir-vos-emos audácia e temeridade na adversidade. Uma citação corânica diz que "o sucesso premia os que agem com audácia e nunca bate à porta dos tímidos".

O sucesso não depende de nenhuma alquímia mas sim do trabalho afincado, da vontade inquebrantável e da motivação indomável. Ele está quase ao nosso alcance.

Só então, o sucesso será o fruto que colheremos com ambas as mãos. Teremos então conduzido as nossas crianças até ao 21º século e a nossa Organização terá mostrado fidelidade às suas origens reabilitando a função pública internacional e reforçando também, se isso fosse necessário, a credibilidade das Nações Unidas.

Sua Excelência Senhor Presidente da República
Senhora Presidente do Comitê Regional
Senhoras e Senhores

Agradeço-vos a atenção que me prestaram e a benevolência com que me escutaram. Antes de encerrar, permitam-me deixar aqui uma menção particular aos interpretes sem os quais ter-me-ia ouvido sem me compreenderem.

Desejo plenos sucessos a esta 37ª Sessão do Comitê Regional da OMS para a África.

Que a Saúde para Todos no Ano 2000 não permaneça em slogan vão mas que se torne uma realidade para todo o Povo Africano e para o Povo do mundo inteiro.

ANEXO 4

ALOCUÇÃO PROFERIDA POR SUA EX^ª O GENERAL MOUSSA TRAORE,
CHEFE DO ESTADO E PRESIDENTE DA REPÚBLICA DO MALI
POR OCASIÃO DA ABERTURA DA 37ª SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL AFRICANO
DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

BAMACO, 9 de Setembro de 1987

Exm^o Senhor Presidente da 36ª Sessão do Comité Regional Africano
da Organização Mundial da Saúde,

Exm^o Senhor Director-Geral da Organização Mundial da Saúde,
Exm^o Senhor Director Executivo do Fundo das Nações Unidas para a Infância,
Exm^{os} Senhores Embaixadores e Chefes de Missões Diplomáticas,
Exm^{os} Senhores Delegados,
Senhoras e Senhores,

O Povo do Mali, o seu partido - A UNIÃO DEMOCRÁTICA DO POVO DO MALI - e
o Governo da República do Mali alegam-se por se realizar em Bamaco a 37ª Sessão
do Comité Regional Africano da Organização Mundial da Saúde.

Como seu porta voz em seu nome vos agradeço terem aceiteado o nosso convite
e desejo a todos os participantes, as boas-vindas e uma agradável estadia na terra
africana do Mali.

SENHORAS E SENHORES,

Gostaria de aproveitar este ensejo para felicitar vivamente:

- O Dr. HALFDEN MAHLER, Director-Geral da Organização Mundial da Saúde, cuja luta
persistente por assegurar uma maior justiça na distribuição dos recursos sanitários
favorece a procura de soluções adequadas para os problemas de saúde do Terceiro
Mundo e, em particular, da África;

- O Sr. JAMES GRANT, Director Executivo do FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA,
que, através da sua presença entre nós, dá mostras da sua vontade de privilegiar a
acção complementar da UNICEF e da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, no âmbito do apoio que
estas duas organizações prestam para resolver os problemas de saúde dos nossos
jovens Estados.

A visita ao Mali do Dr. HALFDEN MAHLER, em 1983, e a do Sr. JAMES GRANT, em 1984, foram oportunidades privilegiadas para aprofundar as nossas análises relativas aos problemas de saúde e empreender as acções convenientes.

Gostaria igualmente de render uma merecida homenagem ao Dr. GOTTLIEB MONEKOSSO e a toda a sua equipa pelos louváveis esforços e a habilidade com que implementam a política e a estratégia regionais de desenvolvimento sanitário, tendo em vista alcançar o objectivo social da SAÚDE PARA TODOS NO ANO 2000.

SENHOR PRESIDENTE,
SENHORES DIRECTORES,
EXCELÊNCIAS; SENHORAS E SENHORES,

A 37ª Sessão do Comité Regional Africano da OMS, que tem lugar apenas um mês após a Cimeira da ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE AFRICANA, representa a continuação directa das preocupações do nosso Continente em matéria de saúde.

Efectivamente, a nossa cimeira preconizou uma série de medidas, bem como métodos de cooperação sanitária interafricana, susceptíveis de contribuir para o desenvolvimento sanitário dos nossos países.

Estas medidas inscrevem-se no âmbito da implementação das estratégias do PLANO de LAGOS e do PLANO PRIORITÁRIO DE REABILITAÇÃO ECONÓMICA do nosso Continente.

Actualmente, todos estão de acordo para dizer que é impossível dissociar o desenvolvimento económico do desenvolvimento social, de que faz parte a SAÚDE; a saúde é de facto reconhecida como a componente indispensável para a realização da maior parte dos objectivos económicos.

Ora se a crise económica que tem vindo a abalar o mundo há mais de dez anos tem atingido muito particularmente os países em desenvolvimento, onde os seus efeitos têm por vezes uma natureza dramática.

Efectivamente, com 65% da população mundial, os países em desenvolvimento só contribuem no seu conjunto, para 15% da produção mundial.

Anexo 4

O seu rendimento per capita é em média duas vezes inferior à dos países desenvolvidos.

A deterioração da situação monetária mundial e o peso do serviço da dívida afectam profundamente as nossas débeis economias.

Apesar do aumento da produção alimentar, a fome continua a ser uma dura realidade nos países afectados pelas calamidades naturais.

Embora tenha progredido a taxa de alfabetização, a diferença entre as MULHERES e os HOMENS está em aumento, enquanto tudo aponta para o facto de, a instrução dos JOVENS e das MULHERES constituir, nos países em desenvolvimento, um factor positivo que deverá permitir reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde das crianças.

Para conseguir uma melhor repartição social da acção de solidariedade no domínio da saúde, a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE e a UNICEF tomaram uma série de medidas, que conduziram à:

- aprovação, em Maio de 1977, pela 30ª Assembleia Mundial da Saúde, da Resolução sobre o objectivo social da SAÚDE PARA TODOS NO ANO 2000;
- aprovação, em Setembro de 1978, pela Conferência Internacional de Alma-Ata, dos cuidados Primários de Saúde, como estratégia para o desenvolvimento sanitário que deverá permitir alcançar este objectivo.

A nível continental, os nossos Estados envidaram esforços louváveis para executar programas alargados de vacinação, de combate às doenças diarreicas, de protecção materna e infantil, de medicamentos essenciais, de combate às endemias e epidemias, de promoção da medicina tradicional e de investigação aplicada.

Certo é que as calamidades naturais, bem como os diários conflitos internos e externos tornam ainda mais precárias as conquistas realizadas no domínio social, tanto mais que estes conflitos são alimentados por interesses egoístas e inconfessados.

É neste contexto que se devem condenar firmemente as incursões militares da AFRICA DO SUL os países da LINHA DA FRENTE e as agressões sionistas nos territórios árabes ocupados e a PALESTINA, que entravam perigosamente a implementação de uma política sanitária adequada.

Por seu lado, o Mali já em 1976, durante a fase de preparação da importante conferência de Alma-Ata, tinha feito a listagem de todas as acções que poderiam inscrever-se no âmbito dos Cuidados Primários de Saúde. Os resultados registados eram animadores:

- maternidades rurais em DUAS das nossas regiões, equipas de saúde de aldeia em DUAS circunscrições-piloto e armazens farmacêuticos a nível das federações de cooperativas rurais.

Por outro lado, a aprovação pelo 2º SEMINÁRIO NACIONAL dos Trabalhadores de Saúde Pública e dos Assuntos Sociais, realizados em Novembro de 1978, das conclusões da Conferência de Alma-Ata, integrou-se na lógica das acções governamentais.

Na mesma ordem de ideias, a opção pela construção de um Estado de Democracia Nacional, cuja estratégia é a CONSTRUÇÃO DE UMA ECONOMIA NACIONAL INDEPENDENTE E PLANIFICADA, permitiu que o nosso Partido - UNIÃO DEMOCRÁTICA DO POVO DO MALI adoptasse as seguintes ideias básicas da estratégia de Cuidados Primários de Saúde:

- a saúde é parte integrante do desenvolvimento sócioeconómico global;
- a promoção e a protecção da sua própria saúde exigem a formação dos indivíduos, das famílias e das comunidades, dentro de um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação;
- a abordagem integrada, pluridisciplinar e multi-sectorial dos problemas sanitários continua a ser uma condição essencial para o êxito;

De 1978 até aos nossos dias, o Mali, percorreu um longo caminho, evitando, tanto quanto possível, queimar as etapas fundamentais.

Apesar da escassez dos seus recursos e da multiplicidade das suas dificuldades, a República do Mali tem envidado esforços importantes para promover a saúde da sua população.

Anexo 4

Fiel aos seus compromissos, o Mali está firmemente decidido a prosseguir com as acções de desenvolvimento sanitário, no âmbito da política de Cuidados Primários de Saúde aprovados pelo PARTIDO.

É-me grato sublinhar o excelente apoio prestado pela Organização Mundial da Saúde tanto sob o aspecto metodológico, como a nível de recursos humanos, materiais e financeiros.

Apreciamos profundamente o apoio, tão benéfico, prestado pelo FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA e pela COMUNIDADE INTERNACIONAL, para o desenvolvimento sanitário e social do nosso país.

Senhor Presidente,
Senhores Directores,
Excelências,
Senhoras e Senhores

Estamos a menos de quinze anos do prazo fixado para alcançar o nosso objectivo social.

Tomamos nota, com satisfação de que a vossa Sessão anterior, que teve lugar em Brazzaville, em Setembro de 1986, escolheu como tema das vossas discussões técnicas o "Apoio Operacional aos Cuidados Primários de Saúde (nível local)", um tema que concretizará, deste modo, uma etape importante na implementação da Declaração aprovada pelos Chefes de Estado e de Governo africanos no mês de Julho passado.

Tudo isto confirma a vontade por vós manifestada durante a Sessão de Lusaca, na Zâmbia, de recordar aos vossos países a necessidade de um maior pragmatismo na luta pelo desenvolvimento dos cuidados primários de saúde e pela efectiva instauração da Saúde para Todos no Ano 2000.

A elevada prioridade que atribuímos ao conjunto dos temas que vão ser tratados durante esta Sessão de Bamaco, bem como a sua oportunidade e pertinência, impõem a elaboração de resoluções susceptíveis de responder aquilo que esperam as nossas populações.

A avaliação dos progressos realizados desde que começou a ser implementada a estratégia dos Cuidados Primários de Saúde confirmará que ainda nos encontramos muito longe da meta visada.

É portanto indispensável e a isso vos incito vivamente , reflectir em profundidade sobre os meios para acelerar a instauração da Saúde para Todos no Ano 2000 que se nos apresenta como um desafio.

Na Organização Mundial da Saúde e na sua Direcção Regional Africana, temos o privilégio de dispôr de um instrumento excepcional de concertação e de coordenação para definir estratégias operacionais adaptadas às nossas condições africanas e harmonizadas com o nosso património sociocultural. Cabe-nos aproveitá-lo da melhor forma possível.

Para concluir, gostaria de apelar solenemente a todos vós para que intensifiquem a cooperação sub-regional, regional e internacional, tendo em vista a realização dos nossos objectivos.

É com esta nota de esperança e desejando que os vossos trabalhos sejam coroadas de êxito, que declaro aberta a 37ª SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL AFRICANO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.

Muito obrigado.

ORDEM DO DIA DA 37ª SESSÃO

1. Abertura da 37ª Sessão (Documento AFR/RC37/1)
2. Aprovação da ordem do dia provisória (Documento AFR/RC37/2 Rev.2)
3. Constituição da Comissão de Designações (Resolução AFR/RC37/R1)
4. Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores
5. Designação da Comissão de Verificação de Poderes (Resolução AFR/RC25/R17)
6. Actividades da OMS na Região Africana
 - 6.1 Relatório bienal do Director Regional sobre as actividades da OMS em 1985-1986 (Documento AFR/RC37/3)
 - 6.2
 - i) Relatório sobre o melhor aproveitamento possível dos recursos da OMS (política em matéria de orçamento/programa) (Documentos AFR/RC37/4 e AFR/RC37/4 Ad.1)
 - ii) Análise da introdução do Director-Geral ao Projecto de Orçamento/Programa da OMS para o biénio 1988-1989 e dos comentários feitos pelo Conselho Executivo. (Documento AFR/RC37/5)
 - 6.3 Como acelerar a instauração da Saúde para Todos nos Estados Membros da Região Africana (Documento AFR/RC37/6)
 - 6.4 Análise do programa de combate ao SIDA (Documento AFR/RC37/7)
 - 6.5 Prémio Comlan A.A. Quenum para actividades de saúde pública em África (Documento AFR/RC37/8)
 - 6.6 Programa Especial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Investigação, no campo da Reprodução Humana, nos Estados Membros da Região Africana (Documento AFR/RC37/9)
 - 6.7 Propostas para promover a imagem da OMS, através das suas actividades de desenvolvimento sanitário (Documento AFR/RC37/10)
7. Correlação entre os trabalhos do Comité Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde
 - 7.1 Vias e meios de pôr em prática as resoluções de interesse regional, aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo (Documentos AFR/RC37/11 e AFR/RC37/11 Ad.1)
 - 7.2 Incidências regionais das ordens do dia da 81ª Sessão do Conselho Executivo e da 41ª Assembleia Mundial da Saúde (Documento AFR/RC37/12)
 - 7.3 Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde (Documento AFR/RC37/13)
 - 7.4 Discussões técnicas da 41ª Assembleia Mundial da Saúde (Documento AFR/RC37/14)

Anexo 5

8. Relatório do Subcomité do Programa (Documento AFR/RC37/27)
 - 8.1 Acompanhamento das estratégias de Saúde para Todos no Ano 2000 - Quadro-guia (Documentos AFR/RC37/15 e AFR/RC37/15 Ad.1)
 - 8.2 8º Programa Geral de Trabalho para um período determinado - 1990-1995 (Documento AFR/RC37/16)
 - 8.3 Relatório das reuniões Sub-Regionais para o Desenvolvimento Sanitário (Documento AFR/RC37/17)
 - 8.4 Relatório da Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário (Documento AFR/RC37/18)
 - 8.5 Análise das estruturas da Organização (Documento AFR/RC37/26/Rev.1)
9. Discussões técnicas (Documento AFR/RC37/TD/1)
 - 9.1 Apresentação do relatório das discussões técnicas: "Apoio operacional aos cuidados primários (nível local)"
 - 9.2 Designação do presidente das discussões técnicas em 1988 e do seu suplente (Documento AFR/RC37/20)
 - 9.3 Escolha do tema das discussões técnicas para 1988 (Documento AFR/RC37/22)
10. Datas e locais de realização das 38ª e 39ª Sessões do Comitê Regional em 1988 e 1989 (Documento AFR/RC37/21)
11. Aprovação do relatório do Comitê Regional (Documento AFR/RC37/23)
12. Encerramento da 37ª Sessão.

LIST OF PARTICIPANTS
LISTE DES PARTICIPANTS
LISTA DOS PARTICIPANTES

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

ALGERIA
ALGERIE
ARGÉLIA

M. Mohamed Islam Madanay
Directeur des Relations internationales
Ministère de la Santé publique

Professeur Driss Hammeri
Conseiller pour les Relations avec l'OMS
Ministère de la Santé publique

ANGOLA

Dr Luis Gomes Sambo
Vice-Ministro da Saúde
Chefe da Delegação

Dr Braz Dias Ferreira
Director Provincial da Saúde Pública de Cunene

Filomena Geralda Faria
Ministério da Saúde

Dr Paul Jorge Lopes Feio
Director do Gabinete do Plano
Ministério da Saúde

BENIN
BENIM

M. A. Atchade
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

Dr Hamidou Sanoussi
Directeur général du Ministère de la Santé publique

BOTSWANA
BOTSUANA

Hon. Mr J. L. T. Mothibamele
Minister of Health
Leader of the delegation

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

Annex/Annexe/Anexo 6

BURKINA FASO

Dr (Mme) Azara Bamba
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

Dr L. Tapsoba
Chef des Services extérieurs - Secrétariat général de la Santé
Ministère de la Santé

Dr B. K. M. Sombié
Directeur des Etudes et de la Planification

BURUNDI

Dr P. Mpitabakana
Inspecteur général de la Santé publique

CAMEROON
CAMEROUN
CAMARÕES

Professeur V. Anomah Ngu
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

Dr P. C. Mafiamba
Conseiller technique No 1
Ministère de la Santé publique

Dr R. Owona Essomba
Directeur adjoint de la Médecine préventive
et de l'Hygiène publique

CAPE VERDE
CAP-VERT
CABO VERDE

Dr António Pedro da Costa Delgado
Director Geral da Saúde
Chefe da Delegação

Dr Ildo Austo De Sousa Carvalho
Médico Sanitarista do Gabinete da Coordenação da Saúde Pública

CENTREL AFRICAN REPUBLIC
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
REPÚBLICA CENTRAFRICANA

Dr A. Banga-Bingui
Inspecteur central de la Santé et des Affaires sociales

M. P. N'Goutti
Directeur des Etudes, de la Planification et des Statistiques

CHAD
TCHAD
CHADE

M. Mahamat Senoussi Khatir
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

M. Ngassadi Kinde
Directeur du Génie sanitaire et de l'Assainissement

COMOROS
COMORES

M. Hassanaly Ali Mze Ali
Ministre de la Santé publique et de la Population
Chef de délégation

M. Saïd Omar Ben Achirafi
Directeur des Hôpitaux et des Affaires administratives

CONGO

M. B. Combo-Matsiona
Ministre de la Santé et des Affaires sociales
Chef de délégation

Dr A. Gando
Directeur général de la Santé publique

COTE D'IVOIRE

Professeur M. A. Djedje
Ministre de la Santé publique et de la Population
Chef de délégation

Dr B. A. Bella
Directeur des Relations régionales et internationales

Professeur G. K. Guessennd
Directeur de la Santé publique et de la Population

EQUATORIAL GUINEA
GUINEE EQUATORIALE
GUINÉ EQUATORIAL

Sra Pilar Djombo de Mbuamangongo
Vice-Ministro de Sanidad
Jefe de delegacion

Mr Ngome Mboyaco Bernabe
Jefe Servicio de Planificacion

Annex/Annexe/Anexo 6ETHIOPIA
ETHIOPIE
ETIÓPIA

Mr Hailu Meche
Head, Planning and Programming Bureau
Leader of the delegation

Dr Gebreselassie Okubaghzi
Associate Professor, District Management Coordinator

GABON
GABÃO

Dr J. P. Okias
Ministre de la Santé publique et de la Population
Chef de délégation

Dr L. Adandé Menest
Inspecteur général de la Santé publique

M. Nang-Ekomiye
Conseiller du Ministre

M. B. Ngounango
Attaché de Cabinet du Ministre de la Santé

GAMBIA
GAMBIE
GÂMBIA

Hon. Mrs Louise A. N'Jie
Minister of Health, the Environment, Labour and Social welfare
Leader of the delegation

Mr B. A. Baldeh
Permanent Secretary
Ministry of Health

Dr A. B. Hatib N'Jie
Director of Medical Services

GHANA
GANA

Hon. Dr (Mrs) Mary Grant
PNDC Secretary for Health
Leader of the delegation

Dr Joe Adamafio
Deputy Director of Medical Services
Ministry of Health

GUINEA
GUINEE
GUINÉ

Dr Hamadou Pathé Diallo
Ministre de la Santé et des Affaires sociales
Chef de délégation

Dr Mohamed Sylla
Directeur de Cabinet du Ministre de la Santé
et des Affaires sociales

Dr Mamadou Cissé
Directeur des Maladies transmissibles au Service national de Prévention

GUINEA-BISSAU
GUINEE-BISSAU
GUINÉ-BISSAU

Sr A. Correia Nunes
Ministro da Saúde
Chefe da delegação

Dr J. Graça Sa Nogueira
Director Regional da Saúde

Dr C. M. Mendes Costa
Director Clínico do Hospital Simão Mendes

KENYA
QUÊNIA

Hon. K. S. Njindo Matiba
Minister of Health
Leader of the delegation

Dr J. Maneno
Deputy Director of Medical Services

Professor T. Ogada
Directeur of Medical Services

LESOTHO
LESOTO

Hon. Dr S. T. Makenete
Minister of Health
Leader of the delegation

Mrs N. T. Borotho
Principal Secretary for Health

Dr A. P. Maruping
Ministry of Health

Annex/Annexe/Anexo 6

MADAGASCAR

Dr P. Randimbivahiny
Directeur des Services sanitaires et médicaux
Chef de délégation

M. P. A. Tsilamizara
Conseiller technique du Ministre de la Santé

Dr V. Raharijaona
Inspecteur au Ministère de la Santé

MALAWI

Dr H. M. Ntaba
Chief of Health Services
Leader of the delegation

Dr G. W. Lungu
Senior Medical Superintendent

MALI

Dr (Mme) Aïssata Cissé Sidibé
Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales
Chef de délégation

Dr (Mme) F. L. Barry
Directeur de Cabinet
Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales

M. Zakaria Mahamadine Maïga
Conseiller technique au Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales

M. Abdramane Touré
Conseiller technique au Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales

Dr Seydou Ousmane Diallo
Conseiller technique à la Présidence de la République

M. Hamadou Konaté
Directeur national des Affaires sociales

Dr El Hadj Oumar Tall
Inspecteur en Chef de la Santé publique et des Affaires sociales

Dr Sory Ibrahima Kaba
Directeur national de l'Hygiène publique
et de l'Assainissement

Dr Bocar Touré
Directeur national de la Planification et de la Formation sanitaire
et sociale

M. Elimane Mariko
Direction centrale Santé militaire (Pharmacien chef)

Mlle A. Diallo
Conseiller au Ministère des Affaires étrangères et de la Coopération internationale

M. Fodé Doumbia
Fonctionnaire à la Section des Affaires politiques et religieuses
Ministère de l'Administration territoriale et du Développement à la Base

MAURITANIA
MAURITANIE
MAURITÂNIA

M. N'Diaye Kane
Ministre de la Santé et des Affaires sociales
Chef de délégation

M. Moctar Chérif
Directeur de l'Hygiène et de la Protection sanitaire

MAURITIUS
MAURICE
ILHA MAURÍCIA

Mr J. Goburdhun
Minister of Health
Leader of delegation

Dr A. A. Purran
Principal Medical Officer (Planning)

MOZAMBIQUE
MOÇAMBIQUE

Dr Fernando Everard de Rosário Vaz
Ministro da Saúde
Chefe da Delegação

Dr Abdul Razak Noormahomed
Director da Planificação do Ministério da Saúde

Mr Bonifácio Cardoso David Cossa
Chefe do Departamento da Cooperação Internacional

NIGER

M. Issoufou Ali Kiaffi
Directeur adjoint des Etablissements de Soins
Chef de délégation

Dr Maoude Hamissou
Directeur départemental de la Santé de Niamey

Annex/Annexe/Anexo 6

Dr Amadou Yahaya
Médecin-Chef de la Circonscription médicale de Téra

M. Ibrahima Chaïbou
Chef de la Division Epidémiologie
Ministère de la Santé et des Affaires sociales

NIGERIA

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

Mr P. H. Ehimwenma
Under-Secretary (State and external relations)

Dr (Mrs) M. O. Aromasodu
Chief Consultant (Public Health)

RWANDA
RUANDA

Dr C. Bizimungu
Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales
Chef de délégation

Dr J. B. Kanyamupira
Directeur général de la Santé publique

Dr J. N. Gihana
Médecin-Directeur de la Région sanitaire de Kigali

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

Dr F. S. Henriques Sequeira
Ministro da Saúde

Dr António Soares Marques Lima
Director de Assistência Médica

SENEGAL

M. Thierno Niang
Directeur de Cabinet du Ministère de la Santé
Chef de délégation

Dr Mamadou Seck
Directeur de la Recherche, de la Planification et de la Formation
Ministère de la Santé

SEYCHELLES
ILHAS SEYCHELLES

Mrs H. A. Pragassen
Principal Secretary for Health
Leader of the delegation

Dr Kwasi Pokou Nimo
Director of Health Services

SIERRA LEONE
SERRA LEOA

Dr E. Juxon-Smith
Deputy Chief Medical Officer (PHC)

SWAZILAND
SOUAZILAND
SUAZILÂNDIA

Hon. Siphon Solomon Shongwg
Minister of Health
Leader of the delegation

Dr Ching Qhing Dlamini
Medical Officer for Public Health

TANZÂNIA
TANZANIE

Prof. P. Hiza
Chief Medical Officer
Leader of the delegation

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

TOGO

Professeur Aïssah Agbeta
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

Dr T. Houénassou-Houangbè
Directeur général de la Santé publique

Dr Essosolem Batchassi
Médecin

UGANDA
OUGANDA

Hon. Ruhakana Rugunda
Minister of Health
Leader of the delegation

Dr Jack G. M. Jagwe
Deputy Director of Medical services

Annex/Annexe/Anexo 6

ZAIRE

Dr Dibandala Ngandu-Kabeya
Commissaire d'Etat à la Santé publique et aux Affaires sociales

Dr Kahozi Sangwa
Chef de la Division de Planification et Supervision au Projet SANRU

Dr Kalema Shodu Lomany
Médecin Coordonnateur Information sanitaire - FONAMES/Kinshasa

Cit. Kabemba wa Mutshi
Secrétaire particulier/Santé publique

ZAMBIA
ZAMBIE
ZAMBIA

Hon. Dodson Billy Syatalimi
Minister of State for Health
Leader of the delegation

Dr G. K. Bolla
Assistant Director of Medical Health

ZIMBABWE
ZIMBABUE

Hon. Dr E. M. Pswarayi
Deputy Minister of Health
Leader of the delegation

Mr S. K. Moyo
Under Secretary

Dr M. T. Kadenge
Provincial Medical Director

2. REPRESENTATIVE OF AN ASSOCIATE MEMBER
REPRESENTANT D'UN MEMBRE ASSOCIE
REPRESENTANTE DE UN MEMBRO ASSOCIADO

NAMIBIE
(SWAPO)
NAMÍBIA

Dr M. Shivute
Consultant (specialist), Medical officer

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

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

Mr R. Johnson
Chief Representative fo West Africa
B.P. 1159
Conakry
Guinée

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

International Labour Organization (ILO)
Organisation internationale du Travail (OIT)
Organização Internacional do Trabalho (OIT)

M. H. Hossenmamode
CTP Projet Mali/86/002
S/c PNUD
B.P. 120
Bamako
Mali

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

Dr E. O. Idusogie
Regional Food Policy and Nutrition Officer
FAO Regional Office for Africa
P.O. Box 1628
Accra
Ghana

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

M. C. H. Larsimont
Représentant Résident, PNUD
B.P. 120
Bamako
Mali

Annex/Annexe/Anexo 6

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

Mr James P. Grant
Executive Director of UNICEF
c/o United Nations
New-York, 10017
USA

Mr B. Collins
Regional Director for West and Central Africa
Abidjan
Côte d'Ivoire

Dr M. Racelis
Regional Director for Eastern and Southern Africa
P.O. Box 44145
Nairobi
Kenya

M. Leo Devos
Représentant FISE, Mali

Mr R. N. Tuluhungwa
UNICEF Representative for Nigeria

M. L. Welfens
Représentant FISE, Zaïre

Dr John F. Bennet
WHO/UNICEF Regional Adviser, Community-Based Health Care
Easten and Southern Africa Regional Office
Nairobi
Kenya

Dr F. Falaha
Conseiller régional de SSP, FISE, Mali

Dr Miriam K. Were
Senior PHC Adviser, UNICEF
P.O. Box 1169
Addis Ababa
Ethiopia

Mr Djibril Diallo
Senior Information Officer
UNICEF, 3 UN Plaza
New-York, N.Y. 10017
USA

M. Ferrari
Administrateur de Programme FISE, Mali

M. Stan Adotevi
Representative
UNICEF, Burkina Faso

World Bank
Banque mondiale
Banco Mundial

M. Mana Tapo
Chargé des Opérations
B.P. 1864
Bamako
Mali

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

Mr G. Nahimana
Economic Affairs Officer
P.O. Box 3005
Addis Ababa
Ethiopia

5. REPRESENTATIVES OF OTHER INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
REPRESENTANTS D'AUTRES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES
REPRESENTANTES DE OUTRAS ORGANIZAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS

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

Dr Amin Hanna Salama
Director of OAU Health Bureau
P.O. Box 3243
Addis Ababa
Ethiopia

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

Dr D. Kouka-Bemba
Secrétaire général de l'OCEAC
B.P. 288
Yaoundé
Cameroun

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

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

Annex/Annexe/Anexo 6

Institut Panafricain pour le Développement (IPD)
Panafrican Institute for Development
Instituto de Fomento Pan-Africano

Professeur A. Mondjanagni
Secrétaire général
Institut panafricain pour le Développement
B.P. 4056
Douala
République du Cameroun

M. Malick Fall
IDP/SG
B.P. 4056
Douala
Cameroun

6. REPRESENTATIVES OF NON-GOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS NON-GOUVERNEMENTALES
REPRESENTANTES DE ORGANIZAÇÕES NÃO-GOVERNAMENTAIS

Commonwealth Regional Health Secretariat
Secretariat sanitaire régional du Commonwealth
Secretariado da Saúde dos países da Comunidade Britânica

Mr P. M. Mathenge
Administrative Officer
P.O. Box 1009
Arusha
Tanzania

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

M. le Directeur central
Service de Santé des Armées et de la Sécurité
Membre du CIMPM
B.P. 2172
Bamako
Mali

7. OBSERVERS
OBSERVATEURS
OBSERVADORES

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

Mr C. M. Pintaud
Deputy Member of the Board
St Alban Anlage 37
4002 Bale
Switzerland

World Federation for Medical Education (WFME)
Fédération mondiale pour l'Education médicale (FMEM)
Comunidade Sanitária da África Ocidental

Dr A. K. Abashiya
Executive Director
Yaba, Lagos
Nigéria

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

Dr G. V. Demanya
IBFAN Africa
P.O. Box 6177
Accra-North
Ghana

International Council for Control of Iodine
Deficiency Disorders (ICCIDD)

Dr O. L. V. Ekpechi
Regional Coordinator and Chairman,
IDD Task Force for Africa
c/o College of Medicine
University of Nigeria
Enugu
Nigeria

LISTA DOS DOCUMENTOS

- AFR/RC37/1 - Sessão solene de abertura da 37ª Sessão do Comité Regional Africano da Organização Mundial da Saúde
- AFR/RC37/2 Rev.2 - Ordem do dia provisória
- AFR/RC37/3 - Relatório bienal do Director Regional
- AFR/RC37/4 e
AFR/RC37/4 Ad.1 - Relatório sobre o melhor aproveitamento possível dos recursos da OMS : política em matéria de orçamento/programa
- AFR/RC37/5 - Análise da introdução do Director-Geral ao projecto de orçamento/programa da OMS para o biênio 1988-1989 e dos comentários feitos pelo Conselho Executivo
- AFR/RC37/6 - Como acelerar a instauração da saúde para todos nos Estados Membros da Região Africana
- AFR/RC37/7 - Análise do programa de Combate ao SIDA
- AFR/RC37/8 - Prémio "Comlan A.A. Quenum" para actividades de saúde pública em África
- AFR/RC37/9 - Programa especial de investigação, desenvolvimento e formação em investigação no campo da reprodução humana, nos Estados Membros da Região Africana
- AFR/RC37/10 - Propostas para promover a imagem da OMS através das suas actividades de desenvolvimento sanitário
- AFR/RC37/11 e
AFR/RC37/11 Ad.1 - Vias e meios de pôr em prática as resoluções de interesse regional, aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo
- AFR/RC37/12 - Incidências regionais das ordens do dia da 81ª Sessão do Conselho Executivo e da 41ª Assembleia Mundial da Saúde
- AFR/RC37/13 - Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde
- AFR/RC37/14 - Discussões técnicas da 41ª Assembleia Mundial da Saúde em 1988
- AFR/RC37/15 - Acompanhamento das estratégias de Saúde para Todos no Ano 2000
- AFR/RC37/15 Ad.1 - Como acelerar a instauração das estratégias de "Saúde para Todos no Ano 2000"
- AFR/RC37/16 - 8º Programa Geral de Trabalho para um período determinado 1990-1995 inclusive
- AFR/RC37/17 - Relatório das reuniões sub-regionais para o desenvolvimento sanitário

Anexo 7

- AFR/RC37/18 - Relatório da Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário
- AFR/RC37/19 - Apresentação do relatório das discussões técnicas: "apoio operacional aos cuidados primários (nível local)"
- AFR/RC37/20 - Designação do Presidente das discussões técnicas em 1988 e do seu suplente
- AFR/RC37/21 - Datas e locais de realização das 38ª e 39ª Sessões do Comitê Regional em 1988 e 1989
- AFR/RC37/22 - Escolha do tema das discussões técnicas em 1988
- AFR/RC37/23 - Aprovação do Relatório do Comitê Regional
- AFR/RC37/24 - Distribuição por países das funções exercidas nas sessões anteriores do Comitê Regional
- AFR/RC37/25 - Programa provisório de trabalho do Subcomitê do Programa
- AFR/RC37/26 Rev.1 - Análise das estruturas da Organização
- AFR/RC37/27 - Relatório do Subcomitê do Programa
- AFR/RC37/28 - Lista provisória dos participantes
- AFR/RC37/29 - Participação de membros do Subcomitê do Programa em reuniões de interesse programático 1987-1988
- AFR/RC37/TD1 - Apoio operacional aos cuidados primários : o papel do distrito na marcha rumo à saúde para todos os africanos
- AFR/RC37/TD2 e - Guia para as discussões técnicas
- AFR/RC37/TD2 Ad.1 - Destinado a coligir informações para acompanhar os progressos rumo à Saúde para Todos

- AFR/RC37/Conf.Doc/2 - Alocução do Dr. H. Mahler, Director-Geral da Organização Mundial da Saúde
- AFR/RC37/Conf.Doc/3 - Alocução do Sr. James Grant, Director Executivo do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)
- AFR/RC37/Conf.Doc/4 - Alocução de Abertura do Dr. G. L. Monekosso, Director Regional da OMS para a África
- AFR/RC37/Conf.Doc.5 - Alocução de Sua Excelência o General Moussa Traoré, Chefe de Estado, Presidente da República do Mali
- AFR/RC37/WP/01 - Relatório da Subcomissão de Designações
- AFR/RC37/SCC/1 - Lista dos países que enviaram as suas cartas credenciais
- AFR/RC37/SCC/2 - Relatório do Subcomité de Verificação de Poderes

ANEXO 8

RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA

INTRODUÇÃO

1. O Subcomité do Programa reuniu-se em Bamaco nos dias 7 e 8 de Setembro de 1987, presidido pelo Dr. V.M. Raharijoana de Madagáscar. A lista dos participantes consta do Anexo 2.

2. A Sessão foi aberta pelo Director Regional, Dr. G.L. Monekosso, que deu as boas-vindas aos participantes e observou que o Comité tinha sido convidado para reunir e deliberar sobre questões importantes que afectam o conjunto da OMS, apesar de 1987 não ser um ano de orçamento. A Assembleia Mundial da Saúde e o Conselho Executivo tinham pedido aos Comités Regionais que analisassem questões específicas, tais como a introdução do Director-Geral ao Orçamento de 1988-1989 e o processo de tomada de decisão dentro da Organização. O Director Regional achou que o Sub-Comité do Programa seria de uma grande utilidade para o Comité Regional no desempenho dessa função.

3. O programa de trabalho, tal como aprovado, consta do Anexo 1. Acordou-se em analisar o 8º Programa Geral de Trabalho e a estrutura da Organização como 1º e 2º pontos da ordem de trabalhos, enquanto se aguardava quorum, que acabou por ser atingido no decurso da primeira sessão.

8º PROGRAMA GERAL DE TRABALHO

Apresentação

4. O documento AFR/RC37/16 relativo ao 8º Programa Geral de Trabalho foi apresentado pelo Dr. A. Tekle, Director, Coordenação Promoção e Informação. O Dr. Tekle declarou que, em conformidade com o artigo 28 da Constituição, o Conselho Executivo tinha preparado o projecto do 8º Programa Geral de Trabalho (8º PGT), o qual foi estudado e apresentado pela Assembleia Mundial da Saúde em Maio de 1987 (Resolução WHA40.31). Esta resolução insta os Comités Regionais a garantir que os programas e os orçamentos/programa regionais, sejam elaborados com base no 8º PGT e a implementar em conformidade as políticas de programação/orçamentação regionais.

5. O 8º PGT baseia-se nos trabalhos preparatórios realizados pelo Secretariado em concertação com todos os Comitê Regionais. A contribuição da Região Africana foi estudada e aprovada durante a 36ª Sessão do Comitê Regional, realizada em Brazzaville, em Setembro de 1986 (Resolução AFR/RC36/R5).

6. O 8º PGT é o segundo dos 3 programas gerais que, no seu conjunto, assegurarão um apoio contínuo à estratégia mundial para instaurar a Saúde para Todos no Ano 2000. Descreve as abordagens que serão seguidas pela OMS para promover, coordenar e apoiar os esforços colectivos e individuais dos países do mundo para alcançar os objectivos da Saúde para Todos no Ano 2000.

7. O 8º PGT sublinha a importância do melhor aproveitamento possível dos recursos da OMS, em particular nos países e nos diferentes níveis de organização. A implementação das políticas regionais de programação/orçamentação terá em vista assegurar o melhor aproveitamento possível dos recursos da OMS. Para esse efeito, os governos serão responsáveis pelo aproveitamento dos recursos da OMS. Para esse efeito os governos serão responsáveis pelo aproveitamento dos recursos da OMS nos seus países para as actividades prioritárias que se coadunem com as políticas definidas e aprovadas colectivamente pelos Estados Membros.

8. Em conformidade com os princípios do melhor aproveitamento possível dos recursos da OMS, os recursos limitados do orçamento ordinário da OMS destinam-se a ser utilizados para apoiar os países, no reforço das suas estratégias de planificação e de gestão, na elaboração e realização das suas estratégias, no desenvolvimento das suas infra-estruturas e na implementação dos seus programas técnicos. Para este efeito, cada Região da OMS definiu uma política regional de programação/orçamentação, a fim de assegurar o melhor aproveitamento possível dos recursos da OMS nos países e a nível da Região.

9. O 8º PGT especifica o tipo de critérios a utilizar para escolher áreas programáticas que necessitam a participação da OMS, critérios para determinar a que nível (ou níveis) deverão ter lugar actividades programáticas e ainda os critérios técnicos para realizar estas actividades.

Anexo 8

10. Tal como o 7º PGT fornece esta lista classificada de programa. Poderia pôr-se em dúvida, com toda a justificação, a necessidade desta lista. No entanto, se os 166 Estados Membros utilizassem todos a sua própria lista de programas nas suas relações com a OMS, seria impossível uma acção coordenada. A lista classificada tem que ser usada numa forma muito selectica. É aconselhável analisar sistematicamente esta lista no decorrer do diálogo entre os governos e a OMS e identificar os programas e actividades nela contidos, cuja execução seria útil para cada país.

11. Tal como mencionado mais acima, os programas classificados em conformidade com esta lista são os mesmos que os do 7º PGT, tendo-se acrescentado mais sete programas que reflectem as decisões políticas tomadas e as recomendações feitas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo: Apoio de gestão às políticas e estratégias de Saúde para Todos no Ano 2000 incluindo os componentes sociais e económicos (2.5); Gestão informática (2.6); Tabaco ou Saúde (8.4); Saúde dos Adolescentes (9.2); Avaliação dos riscos para a saúde dos produtos químicos potencialmente tóxicos (11.3); Investogação e Desenvolvimento no campo das vacinas (13.12); e SIDA(13.13) . Acrescentou-se o componente sobre "surdez" ao programa 13.15 que passou a abranger, portanto, a cegueira e a surdez. O título do programa 5, antigamente "Desenvolvimento de Pessoal de Saúde", foi alterado para "Desenvolvimento de recursos humanos para a Saúde". Faz-se notar que o 8º PGT introduz uma novidade, ao descrever as abordagens em função do nível; nacional, regional e mundial.

12. Finalmente, o 8º PGT dá orientações gerais para a implementação, o acompanhamento e a avaliação do programa e reafirma a importância do programação dos recursos da OMS a nível de país, bem como do papel do Comité Regional no domínio do acompanhamento e da avaliação.

13. Chama-se a atenção do Comité para este documento que, em conjunto com o relatório sobre a avaliação da estratégia da SPT/2000 (Resolução WHA39.7) e a política regional, de programação/orçamentação, constitui a base para a elaboração do orçamento/programa para o biénio 1990-1991, que será estudado e aprovado pelo Comité Regional em Setembro de 1988.

Discussão

14. O Comité tomou conhecimento do facto de o documento AFR/RC37/16 já ter sido plenamente discutido e aprovado pelo 36º Comité Regional, e em 1987, pela 40ª Assembleia Mundial da Saúde.

15. O Sub-Comité do Programa verificou que o documento estava completo, dado que continha todos os programas essenciais para o desenvolvimento de sistemas nacionais de saúde.

16. Em resposta a um membro do Sub-Comité que perguntou por que motivo o nome do Programa 5 da lista classificada de programas tinha sido alterado de DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL DE SAÚDE para DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE, o secretário explicou que esta alteração se tinha tornado necessária para traduzir com maior precisão o papel dinâmico das pessoas que trabalham no sistema de saúde.

17. Um delegado explicou como o seu país tinha escolhido 12 áreas-alvo para criar uma infra-estrutura adequada para o desenvolvimento sanitário, com base no documento RPM9/WP/Rev.3, e como tinha encontrado dificuldades durante a fase da criação de comissões locais, devido à incapacidade dos distritos de conseguir as verbas necessárias. Também havia o problema da não disponibilidade permanente de medicamentos, que impedia a concretização dos CPS.

18. Este membro do Sub-Comité foi informado sobre as propostas enviadas aos doadores para a mobilização de verbas extra-orçamentais destinadas à formação em matéria de gestão sanitária a nível de distrito, ao apoio logístico e à implementação de diversos componentes dos CPS. Quando estas verbas estiverem disponíveis, serão utilizadas para reforçar a infra-estrutura sanitária a nível de distrito e para implementar as actividades de CPS nas zonas carentes da Região.

Anexo 8

19. Relativamente à questão da disponibilidade permanente de medicamentos, sugeriu-se que cada país deveria ter uma Política de Medicamentos Essenciais, seguida da formulação do respectivo programa. Os Estados Membros poderiam solicitar a cooperação técnica da OMS para elaborar este programa. Foi também sugerido que é possível mobilizar verbas extra-orçamentais para lançar o programa e que se pode pedir o apoio da UNICEF/UNIPAC para reduzir os custos das compras que são efectuadas por grosso.

20. Para assegurar a continuidade do programa, um país poderá decidir quais os caminhos a seguir para mobilizar verbas nos distritos, utilizando diferentes mecanismos: fundos de maneio, pagamento pelos utentes, etc.,.

21. Um outro mecanismo que ajuda a reduzir os custos é aproveitar a CTPD/CEPD, quer para as compras por grosso, quer para a produção local.

22. Um dos membros do Sub-Comité perguntou como se poderiam abordar, ao abrigo do 8º PGT, problemas tais como a pandemia do SIDA, que não tinha sido prevista inicialmente ao elaborar este programa de trabalho. O Secretariado descreveu algumas medidas tomadas pela OMS para resolver o problema do SIDA. Estas medidas incluem, em particular, a mobilização de verbas extra-orçamentais para apoiar a prevenção do SIDA e os programas de combate a esta doença a nível nacional, programas que tinham sido elaborados de acordo com as políticas da OMS relativas ao SIDA e que tinham recebido o aval dos respectivos governos. Outras iniciativas mais importantes, são a instauração, na Sede da OMS, de um Programa Especial sobre o SIDA, que funciona como ponto de convergência para a estratégia mundial de prevenção e combate ao SIDA, bem como a criação de um Grupo Especial de Combate ao SIDA na Sede Regional Africana. Em particular, estas duas iniciativas programáticas permitem que a Organização preste o seu apoio a uma ampla gama de actividades de cooperação técnica que visam a prevenção e o combate ao SIDA nos Estados Membros.

ANÁLISE DA ESTRUTURA DA ORGANIZAÇÃO

Apresentação

23. O Dr. A. Tekle apresentou este ponto da ordem do dia, informando os participantes que durante a sua 79ª Sessão, em Janeiro de 1987, o Conselho Executivo depois de analisar a introdução do Director-Geral ao Orçamento/Programa para o biénio 1988-1989, tinha solicitado ao seu Comité do Programa que estadasse:

- a) as oportunidades de reforçar as relações entre as Sedes Regionais e a Sede da OMS;
- b) a participação do Director-Geral na designação de todos os Directores Regionais;
- c) o processo de tomada de decisão relativo à implementação das políticas, programas e directivas da OMS nas Regiões.

24. O Director Regional manifestou a opinião de que estas questões importantes, que tratavam da gestão dos recursos da OMS, seriam de interesse para o Comité Regional e que seria conveniente que este Comité as discutisse e sobre elas emitisse as suas opiniões e os seus comentários.

Anexo 8

25. O documento de trabalho AFR/RC37/26 Rev.1 analisa a actual estrutura de gestão da Organização, tendo em conta a preocupação, expressa pelos membros do Conselho Executivo, sobre a necessidade de estreitar as relações entre as Sedes Regionais e a Sede da OMS.

26. O parágrafo 1 do Documento apresenta alguns dos problemas operacionais que requerem um estudo detalhado.

27. Nos parágrafos 2 a 13, são analisadas as oportunidades existentes de reforçar as relações entre as Sedes Regionais e a Sede da OMS. Daí ressalta claramente que uma das funções principais das Sedes Regionais, tal como originalmente definida, é a gestão das actividades de cooperação técnica, sendo uma das missões da Sede da OMS apoiá-las nessa função. Se houver um problema entre os diferentes níveis da Organização não será uma crise de relações, mas apenas uma crise de informação, devida a deficiência de comunicação, incluindo, em muitos casos, a comunicação física, como é o caso das dificuldades com as comunicações telefónicas em África. Para melhorar a comunicação propõem-se as seguintes medidas:

- i) encontros periódicos entre o pessoal das Sedes Regionais e o da Sede da OMS, que trabalham no mesmo programa;
- ii) visitas colectivas de funcionários da Sede da OMS às Sedes Regionais e a Vice-versa, para discussão de problemas com os seus colegas regionais;
- iii) participação de certo pessoal da Sede nas reuniões dos Representantes da OMS nos países;
- iv) visitas periódicas do Director Geral e de alguns funcionários superiores da Sede da OMS às Sedes Regionais, para discutir as oportunidades de reforçar as relações entre as Sedes Regionais e a Sede da OMS.

28. Nos parágrafos 14 a 23, são referidas as possibilidades de participação do Director-Geral na designação de todos os Directores Regionais. Aí se analisam várias iniciativas e sugestões sobre a designação dos Directores Regionais. Como se pode ler no parágrafo 23, o Director Regional propõe que o Conselho Executivo, ouvido o Director Geral, defina o perfil de um candidato a Director Regional, que possa ser aprovado pela Assembleia Mundial da Saúde. Tal perfil deveria ser uma boa base para os Comitês Regionais escolherem os seus Directores Regionais.

29. Nos parágrafos 24 e 37, são analisados os processos de tomada de decisão sobre a implementação na Sede das políticas, programas e directivas da OMS, são igualmente salientadas as disposições e mecanismos de gestão introduzidos na Sede Regional Africana pelo Director Regional, a fim de assegurar um apoio coordenado aos Estados Membros garantindo uma resposta coerente a todos os níveis da Organização.

DISCUSSÃO

30. O Sub-comité revelou-se na generalidade favorável ao estreitamento das relações entre os diversos co-ponentes da Organização. Recusou-se no entanto a dar directivas especiais, na ausência de informação acerca dos problemas específicos que levaram o relacionamento entre a Sede da OMS e a Sede Regional à ordem de trabalhos das reuniões dos órgãos directivos. Deu o seu aval às propostas da Sede Regional para melhorar as comunicações com a Sede da OMS.

31. O Sub-comité apoiou o princípio da preparação de um perfil das qualidades que qualquer candidato deve possuir. No entanto, os Comitês Regionais deverão continuar a propôr apenas um candidato ao Conselho Executivo para nomeação oficial.

32. O Sub-comite achou que o processo de gestão formal da AFRO, incluindo as melhorias recentemente introduzidas, tais como o AFROPOC, seguiram o caminho certo. As análises e avaliações contínuas são de grande utilidade. A OMS pode apoiar este processo reforçando os sistemas de recolha de dados e a planificação.

Anexo 8

33. O Subcomité do Programa achou que, antes de analisar as relações entre a Sede da OMS e as Sedes Regionais, seria primeiro necessário ter um panorama geral dos problemas existentes entre os dois níveis. Foi, portanto, sugerido que o capítulo II do documento AFR/RC37/26 Rev. 1 fosse alterado, de modo a incluir exemplos de problemas, que constituem obstáculo a relações de trabalho eficientes entre os diferentes níveis da Organização.

34. Alguns dos membros do Subcomité deram exemplos de problemas detectados a nível de país, nomeadamente visitas repentinas e não planificadas aos países, por pessoal da Sede da OMS e de consultores, sem coordenação com a Sede Regional. Estas visitas deixam as autoridades nacionais e os Representantes sem dúvida quanto ao verdadeiro papel da Sede Regional.

35. O Subcomité propôs que fosse tomadas medidas destinadas a melhorar continuamente os canais de comunicação e as relações de trabalho, não só entre a Sede da OMS e as Regiões, mas também entre estas e os países. O Subcomité apoiará portanto, as propostas apresentadas no parágrafo 13 do Documento AFR/RC37/26 Rev.1 e sugeriu ainda que este parágrafo seja reforçado, para realçar uma maior descentralização de poder de decisão às Sedes Regionais, a fim de lhes permitir tomar mais iniciativas e reduzir a necessidade de consultas frequentes à Sede da OMS no decurso da gestão dos programas. Foi também sugerido que a aplicação destas propostas seria vantajosa do ponto de vista da relação custo-eficácia.

36. Relativamente à questão da participação do Director-Geral na designação dos Directores Regionais, o Subcomité sublinhou a necessidade do Comité Regional manter a prerrogativa de designar apenas um candidato para o cargo de Director Regional. As propostas apresentadas no parágrafo 23 do documento AFR/RC37/26 Rev.1 foram finalmente apoiadas, dando particular ênfase à necessidade de definir o perfil, bem como as qualidades e a experiência requeridas para o cargo de Director Regional. Alguns membros do Subcomité expressaram a opinião de que qualquer participação do Director-Geral na designação dos Directores Regionais, teria por efeito uma maior centralização dos poderes no seio da organização.

37. Em relação aos processos de gestão, o Subcomité observou que as disposições da constituição da OMS e as resoluções da Assembleia Mundial da Saúde constituem uma base adequada e válida para melhorar os processos de gestão da OMS, e para permitir a participação dos Estados Membros no controle democrático das actividades da Organização. Em resposta a uma questão de um membro, o secretariado explicou que as Equipas Interpaíses de Desenvolvimento Sanitário não eram parte integrante das disposições constitucionais. Estas Equipas foram criadas de acordo com a resolução WHA33.17 que instava o Director-Geral e os Directores Regionais a tomar as medidas necessárias para implementar as actividades de SPT nos Estados Membros dentro do contexto das políticas colectivamente aceites.

38. Sobre a questão da obrigação dos representantes da OMS de prestar contas tanto ao governo como à OMS em relação às actividades da Organização a nível nacional o Subcomité recomendou as seguintes medidas.

- a) Deveriam enviar-se regularmente às autoridades nacionais (Ministério da Saúde), cópias dos diferentes relatórios periódicos preparados pelos Representantes da OMS, incluindo relatórios financeiros. Do mesmo modo, deveriam enviar-se cópias aos Representantes da OMS dos relatórios de avaliação periódica preparados pelas autoridades de saúde nacionais. Crê-se que este tipo de troca de informação melhorará a planificação conjunta pela OMS e os governos das actividades de desenvolvimento sanitário.
- b) Em princípio, os relatórios da OMS, em especial o relatório semestral, deveriam ser preparados conjuntamente pelo Representante da OMS, o pessoal da OMS no país e os peritos de saúde nacionais. O conteúdo deste relatório deveria também ser, em princípio aprovado pelo Ministério da Saúde.
- c) Em muitos países haverá que reforçar a recolha de dados e a sua análise para acompanhar e avaliar os progressos realizados na implementação dos CPS/SPT. Os Representantes da OMS e as suas equipas a nível de país deveriam aplicar todos os seus esforços para procurar e aproveitar a informação obtida sobre a implementação de programas de saúde e reforçar a capacidade do governo para recolher e analisar este tipo de informação.

Anexo 8

d) Deveriam utilizar-se comissões mistas operacionais OMS/Governo para reforçar a planificação, o acompanhamento e a avaliação conjuntos das estratégias nacionais de SPT baseados nos CPS.

39. Finalmente, um dos participantes sugeriu que o parágrafo 37 do documento deveria ser redigido de novo para incluir um ponto que mencionasse que a implementação do Programa Geral de Trabalho, dos programas a médio prazo e do orçamento/programa requer que os países e a OMS disponham de informações adequadas. Qualquer sistema elaborado para aumentar o fluxo de informações facilitará o processo de gestão da OMS.

ACOMPANHAMENTO DAS ESTRATÉGIAS DE SPT/2000

Apresentação

40. O Documento AFR/RC37/15 sobre este tema foi introduzido pela Dra. F. Aboo-Baker.

41. Este documento explica como foi preparado o relatório sobre o acompanhamento dos progressos realizados na implementação de estratégias de SPT/2000. Consiste em duas partes : a primeira refere-se aos temas mais importantes e aos pontos relevantes que deverão ser tomados em consideração pelos Estados Membros nos seus relatórios; a segunda é um anexo que compreende breves notas explicativas sobre temas e pontos contidos na primeira parte.

42. Na página 6 dá-se uma lista de documentos e referências. Recordar-se que os Estados Membros decidiram :

- i) controlar, a intervalos regulares, os progressos realizados na implementação das suas estratégias nacionais para alcançar a SPT, e
- ii) avaliar a eficácia da implementação através de indicadores adequados. Assim, foram apresentados: em 1983, o relatório sobre o controlo do progresso e em 1985, o relatório sobre a avaliação da eficácia da implementação.

43. Na sequência da resolução WHA39.7 (Maio de 1986), os relatórios são agora elaborados de 3 em 3 anos em vez de cada 2 anos, como previamente estabelecido. Assim o próximo relatório deverá ser apresentado ao Comitê Regional de 1988 sob a forma de documento separado e será estudado pelo Conselho Executivo e pela Assembleia Mundial da Saúde em 1989. Terá de ser elaborado utilizando um modelo comum, chamado quadro-guia (DGO/86.1) que foi enviado a todos os países a partir de Fevereiro de 1987 e deve incluir indicadores apropriados: mundiais, regionais e nacionais, bem como considerar os seguintes temas pormenorizados no documento DGO/86.1.

Tema: 1: acompanhamento e avaliação

Temas 2 e 3: políticas e estratégias de saúde nacionais.

44. Desenvolvimento do sistema de saúde, que deve incluir

Tema: 4: organização do sistema de saúde como base nos CPS

Tema: 5: colaboração intersectorial

Tema: 6: participação comunitária

" 7: processos e mecanismos de gestão

" 8: recursos humanos para a saúde

" 9: investigação e tecnologia

" 10: utilização e mobilização de recursos

Acção internacional:

Tema:11: através da transferência de recursos

" 12: através da cooperação interpaíses, e

13: através da cooperação internacional

14: disponibilidade de cuidados de Saúde

15: estado de saúde

16: indicadores sociais e económicos seleccionados

17: indicadores regionais

18: indicadores nacionais

19: comentários gerais

45. Cada um dos temas desenvolvidos deve levar o respectivo número de referência.

Anexo 8

46. Além disso, o relatório sobre a avaliação da eficácia e do impacto da estratégia de SPT/2000 aos níveis nacional, regional e global deverá ser elaborado de seis em seis anos.

47. O Documento AFR/RC37/15 inclui também um projecto de resolução a ser examinado pelo Comité Regional, controlo e seguimento das estratégias destinadas à consecução da SPT/2000 a nível distrital. O mesmo apoio deve ser dado a nível intermédio. O projecto de resolução atribui também ao Director Regional a tarefa de reforçar a cooperação técnica no que respeita ao acompanhamento e a avaliação das estratégias de SPT/2000, e à extensão da cobertura de saúde a todos os países.

48. O Documento AFR/RC37/15Ad.1, sobre o acompanhamento do progresso a nível distrital sintetiza o Documento AFR/PHA/225 Rev.2, intitulado "Como acelerar a instauração das estratégias Saúde para Todos no Ano 2000".

Esse documento descreve os mecanismos para o acompanhamento das estratégias de CPS, com base em três relatórios:

- um relatório trimestral sobre actividades distritais,
- um relatório semestral sobre gestão do distrito,
- um relatório anual sobre os progressos realizados no distrito.

49. Os dois primeiros relatórios elaboraram-se a nível distrital e o terceiro a nível intermédio ou provincial. Os dados a serem recolhidos a nível da aldeia e a nível distrital estão incluídos em questionários computarizados. Os indicadores ainda não existentes podem ser elaborados com base nestes dados.

50. Apresentou-se a Adenda 1, não com o propósito de criar confusão mas sim como auxiliar de memória, posto que o Comité Regional Africano da OMS, em várias ocasiões o discutiu com os seus representantes e delegados nacionais em reuniões sub-regionais e com peritos da Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário.

51. A Sede Regional Africana da OMS fez esta contribuição para auxiliar, tanto quanto possível, os Estados Membros a acelerarem a consecução da SPT/2000.

Discussão

52. O Subcomité considerou difíceis de responder algumas das questões no Documento DGO/86.1, tal como a questão 8.2 sobre a distribuição de recursos humanos em áreas urbanas e rurais. O Subcomité recomendou que essas questões fossem consideradas no contexto geral do desenvolvimento sanitário nacional. Os países poderiam adaptar as respostas às suas estratégias específicas de SPT como às suas circunstâncias económicas, sociais, políticas e culturais.

53. O Director Regional informou o Subcomité que os Representantes da OMS e as Equipas Interpaíses de Desenvolvimento Sanitário discutiriam essas questões com o pessoal nacional competente, e que poderiam expressar comentários e reservas às questões que não fossem relevantes para o contexto nacional.

54. Para evitar a possibilidade de confusão em consequência do uso do termo "nível provincial", o Subcomité sugeriu que se empregasse "nível intermédio".

55. O projecto de resolução submetido ao Subcomité para aprovação figura no Anexo 3.

RELATÓRIO DAS REUNIÕES SUB-REGIONAIS PARA DESENVOLVIMENTO SANITÁRIO

Apresentação

56. O Documento AFR/RC37/17, sobre este tema, foi apresentado pelo Dr. F. Aboo-Baker.

57. As reuniões sub-regionais para desenvolvimento sanitário realizaram-se respectivamente, em Bamaco de 16 a 19 de Fevereiro de 1987, em Harare de 23 a 26 de Fevereiro de 1987 e em Bujumbura de 2 a 5 Março de 1987. A realização dessas reuniões nas sub-regiões insere-se na reestruturação da OMS na Região Africana, aprovada pelo Comité Regional, em Setembro de 1985, em Lusaca.

Anexo 8

58. Discutiram-se quatro temas: (1) o papel das universidades; (2) o sistema da coordenação das operações do programa (AFROPOC); (3) o acompanhamento do progresso realizado a nível distrital; e(4) o papel das delegações sub-regionais de desenvolvimento sanitário.

60. Os participantes sublinharem os obstáculos encontrados na base das experiências dos países que possuem universidades e formularam recomendações para superá-los. Estas recomendações servirão de base a uma conferência regional, que se realizará em Brazzaville, em fins de 1987 e que servirá de preparação para a Conferência sobre o Ensino Médico no Mundo, que terá lugar em Edimburgo, (na Escócia,) em 1988.

61. Essa reunião serviu de foro para um diálogo directo dos Estados Membros com a Sede Regional, para identificar as dificuldades encontradas na utilização do mecanismo de gestão introduzido na região pelo Director Regional (sistema (AFROPOC)).

62. Este mecanismo, que é um instrumento de programação, gestão e acompanhamento da cooperação técnica da OMS com os Estados Membros, só poderá ser realmente eficaz se as diversas partes interessadas Comissão Conjunta de Coordenação permanente entre governo e o Representante da OMS no país e os serviços competentes da Sede Regional.

DiscussõesAcompanhamento dos progressos a nível dos distritos

63. Os participantes descreveram os esforços empreendidos pelos respectivos países para definir o distrito, incorporar a organização administrativa nos distritos sanitários e começar a implementar actividades multisectoriais de desenvolvimento sanitário num certo número de distritos do país. Não obstante, é necessário utilizar indicadores aceitáveis para acompanhar os progressos. Os participantes propuzeram emendas e fizeram recomendações à Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário. O relatório desta comissão foi incluído como um ponto da Ordem de trabalhos do Comité Regional.

64. Teve-se a impressão de que a expressão delegações sub-regionais pode causar confusão por dar a impressão de que existe um nível hierárquico entre a Sede Regional e os países. O Director Regional assinalou que estas delegações não constituem uma estrutura hierárquica no âmbito da OMS, mas sim um mecanismo de intervenção rápida em prol dos Estados Membros, desde que estes tal o solicitem ao Director Regional. Os participantes sugeriram que se modificassem estas designações. Por este motivo o Director Regional propôs a expressão Equipas Interpaíses para o Desenvolvimento Sanitário.

65. A principal função da Equipa Interpaíses para o Desenvolvimento Sanitário é proporcionar total apoio aos CPS. Este apoio deverá ser operacional ao nível periférico, técnico ao nível intermédio e estratégico ao nível central.

66. A Equipa Interpaíses de Desenvolvimento Sanitário é um importante grupo multidisciplinar e multissectorial estando baseado num dos países da zona geográfica de TCDC. Seu papel é de prestar rapidamente o apoio administrativo, técnico e material da OMS aos Estados Membros, para elaborar e pôr em prática os respectivos programas de CPS. Não se trata de um escalão administrativo ou hierárquico entre os países e a Sede Regional. É um conjunto de recursos técnicos à disposição dos países, que actua de maneira interdisciplinar e coordenada. É uma espécie de grupo especial de "cuidados primários de saúde", destinado a intervir rapidamente.

67. A Equipa Interpaíses de Desenvolvimento Sanitário é dirigida por um chefe de equipa com vasta experiência, que depende directamente do Director Regional.

68. O Chefe da Equipa Interpaíses de Desenvolvimento Sanitário colabora intimamente com os representantes da OMS. No país em que está sediada a equipa interpaíses de desenvolvimento sanitário, existe uma delegação da OMS dirigida por um representante. No que se refere às questões de protocolo, o Representante da OMS, na sua qualidade de representante do Director Geral e do Director Regional, assume as funções de representação, mesmo se o Chefe da Equipa goza de pleno estatuto diplomático.

Anexo 8

69. As Equipas subdividem-se em 3 secções:

- (i) - uma secção de apoio estratégico às infraestruturas dos sistemas de saúde;
- (ii) - uma secção de apoio técnico às actividades relativas às ciências e tecnologias de saúde;
- (iii) - uma secção de apoio logístico às actividades de apoio aos programas

70. No documento AFR/PHA/229, anexo ao documento AFR/RC37/17, encontra-se uma descrição detalhada destas secções, das suas actividades interpaíses, dos seus recursos e resultados esperados.

Discussão

PAPEL DAS UNIVERSIDADES

71. Sugeriu-se incluir nesta secção um resumo das principais dificuldades descritas e das recomendações propostas durante as três reuniões sub-regionais sobre este tema.

72. Fizeram-se perguntas sobre se existem Comissões Conjuntas OMS/governo a nível de país e se, nos países em que elas existem, há consulta permanente entre as unidades técnicas nacionais e as correspondentes unidades técnicas da Sede Regional. Propôs-se que se estabelecessem e/ou se tornassem operacionais comissões conjuntas de trabalho de modo a reforçar a coordenação da OMS com os governos.

Acompanhamento dos progressos realizados a nível distrital

73. Sugeriu-se que a lista dos indicadores propostos pelo Director Regional e discutida durante as reuniões sub-regionais fosse acrescentada ao relatório.

Papel das Delegações Sub-regionais de Desenvolvimento Sanitário

74. O Subcomité tomou nota da mudança do título de Delegações Sub-regionais de Desenvolvimento Sanitário para Equipas Interpaíses para o Desenvolvimento Sanitário (EIDS). Estas mudanças foi necessária para esclarecer que as equipas interpaíses para o desenvolvimento sanitário não são um novo nível na estrutura da Sede Regional mas sim um mecanismo para proporcionar aos Estados Membros um apoio técnico rápido desde que estes tal o solicitem. Sublinharam-se também as características multissectoriais e multidisciplinares do conceito de "equipa".

75. O Subcomité também foi informado de que o Chefe da Equipa Interpaíses de Desenvolvimento Sanitário depende directamente do Director Regional. O Chefe da Equipa pode também enviar cópias dos seus relatórios directamente aos Representantes da OMS na Sub-Região servida pela equipa interdisciplinar de Desenvolvimento Sanitário. Considerou-se útil estabelecer um mecanismo de retroinformação para os chefes das equipas interdisciplinares de desenvolvimento sanitário.

76. Um dos membros do subcomité perguntou se seria conveniente estabelecer um perfil para o chefe da equipa interpaíses de desenvolvimento sanitário e perguntou se seria mais apropriado seleccionar para esse cargo nacionais de países da Sub-região.

77. O Director Regional concordou que deveria haver um perfil para todos os postos superiores da Organização, inclusive para o posto de Chefe da Equipa Interpaíses de Desenvolvimento Sanitário. Entretanto, a OMS é uma organização internacional, e não há em nenhuma das instituições que pertencem à ONU qualquer disposição para reservar postos para nacionais de qualquer zona, sub-região ou região geográfica.

Anexo 8

78. O Director Regional forneceu esclarecimentos sobre o conceito de equipas de apoio operacional. Propuseram-se as seguintes emendas ao Documento AFR/PHA/229, anexo ao Documento AFR/RC37/17;

- (i) - formulação e implementação de programas de CPS, em vez de formulação e implementação de programas de Saúde relacionados com os CPS (parágrafo 13.3).
- (ii) - Estas reuniões têm lugar durante o primeiro trimestre de cada ano", em vez de Estas reuniões têm lugar em Março de cada ano (parágrafo 24).
- (iii) - No parágrafo 28 (sobre a localização das Equipas Interpaíses de Desenvolvimento Sanitário) eliminar as datas para o início das actividades destas equipas.
- (iv) - No Anexo 1, "Lista de países por zona geográfica", acrescentar referência à resolução AFR/RC28/R14 sobre agrupamentos sub-regionais independentemente de considerações linguísticas.
- (v) - No Anexo 2, (pessoal de equipa", substituir "Médico chefe da Equipa" por "Chefe da Equipa" com um perfil sucinto.

RELATÓRIO DA COMISSÃO CONSULTIVA AFRICANA
PARA O DESENVOLVIMENTO SANITÁRIO (CCADS)

Apresentação

79. A Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário (CCADS) que foi recentemente reestruturada pelo Director Regional, reuniu em Brazzaville de 15 a 17 de Junho, de 1987 sob a presidência do Dr. Abdou Moudi, Ministro da Saúde do Níger.

80. A comissão examinou:

- i) o papel do CCADS;
- ii) o papel da OMS na consecussão da Saúde para Todos;
- iii) a implementação da estratégia de SPT/2000 a nível dos distritos;
- iv) o acompanhamento dos progressos realizados a nível dos distritos.

PAPEL DA OMS NA CONSECUSSÃO DA SPT/2000

81. O principal papel do Representante da OMS em cada país é o do conselheiro técnico do Ministro da Saúde na definição do quadro das actividades de CPS. O Representante da OMS deverá constituir uma parte integrante da equipa intersectorial e multidisciplinar para a promoção da saúde para todos a nível do distrito.

82. Para o desempenho das suas funções o Representante da OMS necessita de:

Anexo 8

- i) recursos humanos: pessoal da OMS, consultores, técnicos profissionais associados (TPA), voluntários das Nações Unidas, técnicos profissionais nacionais (TPN);
- ii) recursos materiais: o objectivo é renovar aquilo que já existe, dando no entanto um apoio especial ao reforço dos equipamentos, nomeadamente de laboratório, transportes e comunicações;
- iii) recursos financeiros: em primeiro lugar, mobilizar fundos locais, depois atribuir aos distritos 5% dos fundos dos projectos nacionais para melhorar a gestão local; cada comissão distrital deverá ter o seu próprio orçamento; as comunidades deverão ser encorajadas a utilizar os seus impostos locais; e, finalmente, seria também aconselhável encorajar o financiamento internacional, tanto bilateral como multilateral.

83. As Equipas Interpaíses de Desenvolvimento Sanitário deverão conceder o seu apoio aos países para: i) empreender as actividades distritais; ii) apoiar as actividades das delegações de saúde ao nível intermédio e, iii) apoiar a Sede Regional Africana na avaliação dos progressos realizados para a implementação das estratégias. Qualquer que seja a situação, esta será uma acção multidisciplinar destinada à implementação dos CPS a nível de distrito. As actividades das Equipas Interpaíses de Desenvolvimento Sanitário serão postas em prática a pedido das autoridades nacionais, através dos Representantes da OMS.

84. Para a renovação das infraestruturas sanitárias existentes e, se necessário, para as construções de novas unidades que sejam indispensáveis, foi recomendado que a OMS, através da infraestrutura sanitária da Sede Regional, divulgasse e elaborasse documentos apropriados para os Estados Membros. Dese ser dada uma importância especial à manutenção das infraestruturas. Além disso, devem ser tomadas medidas no sentido de ser instalado equipamento adequado nos Centros de Saúde.

Anexo 8

85. Com a sua presente estrutura, a Sede Regional está organizada segundo o conceito de um arco reflexo: i) parte sensorial: Director, encarregado da Coordenação, Promoção e Informação (DCP); ii) Director, encarregado dos Programas de Apoio (DSP) e iii) Director, encarregado da Gestão de Programas (DPM). Para garantir um efectivo das actividades, a Sede Regional da OMS, em colaboração com os países, deverá definir o quadro de uma acção conjunta. Este quadro deverá especificar as obrigações da OMS e dos países. O papel básico da Sede Mundial é apoiar a Sede Regional, fornecendo-lhes serviços especializados adicionais e organizando actividades inter-regionais.

Papel da CCADS

86. A Comissão existe desde 1979. Considerando os problemas de desenvolvimento sanitário e a ausência de políticas sanitárias claramente definidas, o Director Regional achou necessário reestruturar esta Comissão. Decidiu-se, portanto, agrupar as várias comissões, grupos de trabalho ou comissões de carácter consultivo numa única comissão: a Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário. O seu papel é coordenar os esforços e promover a elaboração de políticas sanitárias específicas e explícitas.

87. Os participantes discutiram e aprovaram o mandato da Comissão (anexo 4 do documento AFR/RC37/18) e procedeu-se, em seguida, a uma discussão específica sobre o desenvolvimento da liderança no domínio da saúde.

Implementação da estratégia de SPT/2000
a nível de distrito

88. A própria noção de distrito implica uma área geográfica restrita com autoridade administrativa e política, bem como um apoio técnico multisectorial capaz de incentivar o desenvolvimento económico e social no distrito.

89. No distrito, as actividades sanitárias visam os grupos de indivíduos em risco, as famílias e as comunidades. Enquanto que, para os indivíduos em risco, os principais aspectos são puramente médicos, no que diz respeito à família estes aspectos atingem apenas 50% e baixam para cerca de 25% relativamente à comunidade. Isto prova que a saúde é um campo multidisciplinar.

Anexo 8Acompanhamento dos progressos
a nível de distrito

90. A implementação dos CPS a nível de distrito implica um processo de gestão completo com um planeamento organizado, coordenado e controlado, uma supervisão regular dos agentes de saúde das comunidades com tarefas bem definidas, assim como uma avaliação de todo o sistema baseada em indicadores apropriados para o nível local.

91. Para o acompanhamento dos progressos nos distritos sanitários, deverão ser preparados os seguintes relatórios:

- i) A nível da aldeia, relatórios de actividades trimestrais preparados pela comissão de saúde de aldeia;
- ii) a nível de distrito, relatórios de gestão semestrais preparados pela Comissão de Saúde do distrito;
- iii) A nível de província, relatórios anuais sobre os progressos realizados nos distritos e preparados pela Direcção Provincial de Saúde.

92. Para cada um destes relatórios, uma avaliação empírica poderá fornecer, relativamente aos vários tipos de actividades, dados numéricos que permitam fazer uma comparação entre os vários distritos. No entanto, para se avaliar os progressos, os relatórios exigirão indicadores nacionais que permitam medir o impacto das actividades dos seguintes pontos de vista: i) estado de saúde das comunidades; ii) cobertura sanitária e iii) necessidades básicas relacionadas com a saúde.

93. As discussões incidiram, principalmente, sobre a ponderação dos dados. Em relação às actividades sanitárias de aldeia e às actividades de gestão de distrito, esses dados variavam obviamente, de acordo com a política de cada país. O que é importante é poder comparar os distritos dentro de cada país.

Conclusão

94. A Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário aprovou as suas novas funções e as estruturas propostas pelo Director Regional para coordenar os esforços de todas as comissões e grupos de trabalho de carácter consultivo. A comissão aprovou também o papel dos vários níveis da OMS na consecussão da Saúde para Todos. O reforço das representações nos países e o apoio aos representantes foi considerado indispensável. A utilização de Técnicos Profissionais Associados (TPA) e de Técnicos Profissionais Nacionais (TPN) foi recomendada, na medida em que eles constituem uma parte integrante da equipa de saúde a nível de distrito.

95. A comissão analisou e aprovou as atribuições e a composição das equipas interpaíses: as actividades das equipas interpaíses, essencialmente multidisciplinar, para a implementação dos CPS a nível de distrito serão coordenadas com as autoridades nacionais, utilizando os Representantes como intermediários.

96. Pareceu indispensável estabelecer um sistema de acompanhamento dos progressos realizados a nível de distrito. Foi aprovado o princípio da avaliação por meio de dados numéricos.

DiscussãoO papel da OMS na consecussão da Saúde para Todos

97. Sobre uma pergunta relacionada com as funções das Equipas Interpaíses de Desenvolvimento Sanitário (EIDS), quando não estão em missão, o Secretariado explicou que, além de cumprir missões em países da sub-região, a pedido, as EIDS fornecem um constante apoio ao país em que estão instalados no domínio da planificação, da execução, do acompanhamento e da avaliação das actividades da SPT. Sugeriu-se que este ponto fosse esclarecido no documento AFR/RC37/18, parágrafos 7 e 8, e que as autoridades nacionais fossem devidamente informadas sobre os deveres de cada membro das EIDS.

Anexo 8

98. Para incentivar os países a reservarem verbas mais elevadas, do orçamento que lhes foi atribuído pela OMS, para as actividades de desenvolvimento sanitário a nível de distrito, o Subcomité recomenda que se estabeleça não 5% dessa atribuição mas um mínimo de 5%, conforme se indica na Resolução AFR/RC36/R2. Esta fórmula dá uma maior capacidade de manobra aos países, permitindo-lhes reservar a quantia que desejarem do orçamento da OMS para o país ao apoio à implementação da SPT a nível de distrito.

99. Em virtude da imperiosa necessidade de uma manutenção adequada das infra-estruturas e dos equipamentos médicos, o Subcomité recomenda também que as EIDS sejam integradas por um engenheiro de manutenção.

100. Sobre a questão da adequada qualificação dos TPA para os países africanos, levantada por um membro do Subcomité foi explicado que se prevê que estes sejam submetidos a uma formação adequada numa perspectiva africana, particularmente sobre a implementação dos CPS a nível local e que alguns dos TPA serão originários de países africanos. Foram também prestados esclarecimentos sobre a questão dos técnicos nacionais associados (NPO).

Papel da Comissão Consultiva Africana
para o Desenvolvimento Sanitário

101. A apresentação deste tema (parágrafo 26-27) precisa de ser mais trabalhada. Por exemplo, o mandato da CCADS podia ter sido mencionado nesta apresentação (e não no Anexo 4 do Doc. AFR/RC37/18).

102. Seguiu-se a discussão sobre a estrutura da CCADS. O Subcomité foi informado de que a CCADS é um grupo consultivo, multidisciplinar e multisectorial: inclui representantes de outras importantes comissões consultivas regionais, tais como a Comissão Consultiva Africana de Investigação Sanitária e o Grupo Regional de Mobilização de Recursos para a Saúde. Está a ser preparado pela AFRO um documento que explica, em pormenor, a estrutura, as funções da CCADS e as suas relações com outras comissões e grupos de trabalho que se ocupam de assuntos ou programas específicos de desenvolvimento sanitário.

Acompanhamento dos progressos realizados a nível de distrito

103. Relativamente aos relatórios de gestão a serem elaborados a nível periférico, de distrito e intermédio, foi dito que se devia especificar a finalidade de cada relatório. Deveria estabelecer-se quem terá de preparar o relatório, para quem ele será elaborado e como serão os dados analisados, divulgados e utilizados.

104. Os relatórios elaborados a nível local deverão incluir dados muito simples e, de modo algum, deverão ser mais um documento sem utilidade, imposto aos agentes de saúde locais ou às comissões de saúde locais.

105. As designações dadas aos níveis dos sistemas de saúde no parágrafo 41 deverão ser tidas apenas como orientações gerais: cabe a cada país adoptar para cada nível a designação adaptada à sua estrutura administrativa. Por exemplo, nível periférico poderá significar aldeia, comunidade, etc. Nível intermédio poderá referir-se a província, região, departamento, perfeitura, etc.

CONCLUSÃO

106. O Subcomité do Programa discutiu um certo número de temas incluindo o 8º Programa Geral de Trabalho, a estrutura da Organização e relatórios sobre:

- i) acompanhamento das estratégias de SPT/2000 usando um quadro-guia comum;
- ii) reuniões sub-regionais de desenvolvimento sanitário sobre temas tais como o papel das universidades, o sistema da coordenação das operações do programa, o acompanhamento dos progressos realizados a nível de distrito e o papel das Delegações Sub-regionais de Desenvolvimento Sanitário, que passam a chamar Equipas Interpaíses de Desenvolvimento Sanitário;
- iii) A Comissão Consultiva Africana de Desenvolvimento Sanitário, que examinou: o seu próprio mandato; o papel da OMS na consecução da SPT/2000, a implementação da estratégia de SPT/2000 a nível de distrito e o acompanhamento dos progressos feitos a nível distrital.

107. O Subcomité formulou recomendações apropriadas sobre estes temas, que serão submetidas à apreciação do Comité Regional.

Anexo 8

PROGRAMAS DE TRABALHOS

1. Abertura da reunião.
2. Acompanhamento das estratégias de Saúde para Todos no Ano 2000; quadro-guia para o acompanhamento (Documento AFR/RC37/15 e AFR/RC37/15 Ad. 1).
3. 8º Programa Geral de Trabalho para um determinado período, 1990-1995 inclusive (Documento AFR/RC37/16).
4. Relatório das reuniões Sub-Regionais para o Desenvolvimento Sanitário, (Documento AFR/RC37/17).
5. Relatório da Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário (Documento AFR/RC37/18).
6. Análise das estruturas da Organização (Documento AFR/RC37/26);
 - Oportunidades para reforçar as relações entre as Sedes Regionais e a Sede da OMS em Genebra.
 - Participação do Director-Geral na designação de todos os Directores Regionais.
 - Processo de tomada de decisão sobre a implementação das políticas, programas e directivas da OMS, nas Regiões.
7. Aprovação do relatório do Subcomité do Programa (Documento AFR/RC37/27).
8. Distribuição de tarefas para a apresentação do relatório do Subcomité (Documento AFR/RC37/27);
9. Encerramento da reunião.

ACOMPANHAMENTO DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE PARA TODOS

Quadro-guia comum para o acompanhamento

O Comitê Regional,

Tendo analisado o Quadro-guia comum para o Acompanhamento das Estratégias de Saúde para Todos no Ano 2000 e o documento AFR/RC37/15 Ad.1 relativo ao acompanhamento do progresso a nível de distritos;

Notando que o Quadro-guia comum estabelece os princípios gerais que inspiram a Estratégia de Saúde para Todos e fixa as questões pertinentes que facilitam o processo de acompanhamento;

Notando ainda que para o futuro relatório de 1988, os relatórios de avaliação nacionais de 1985 constituirão o ponto de referência para avaliar o progresso realizado na implementação das estratégias;

Lembrando as Resoluções AFR/RC35/R1 e WHA39.7 que instituíram os relatórios trienais sobre o acompanhamento da estratégia; e,

Considerando a necessidade de reforçar os mecanismos de gestão sanitária a nível de distrito, como uma prioridade urgente para acelerar o desenvolvimento sanitário na Região;

O Comitê Regional:

Anexo 8

1. INSTA os Estados Membros:

- i) a empreender acções vigorosas que visem reforçar a gestão dos seus sistemas de saúde baseados nos cuidados primários de saúde, incluindo o apoio informativo necessário para o seu acompanhamento e a sua avaliação;
- ii) a acelerar os esforços para conseguir a colaboração de todos os sectores afins ao sector da saúde e a elaborar mecanismos efectivos para o seu apoio coordenado, para alcançar os objectivos de saúde e acompanhar e avaliar estes mecanismos, incluindo em particular a elaboração e a utilização de indicadores socioeconómicos e de saúde;
- iii) a estabelecer mecanismos para recolha, a nível de distrito, de dados relevantes, ao pessoal de nível distrital e comunitário, dados que esse pessoal possa compreender com facilidade e que sejam utilizados pelos próprios para avaliar os seus próprios progressos, bem como pelos países e pela OMS;
- iv) a desenvolver/criar mecanismos apropriados de apoio técnico, ao nível intermédio (por ex. provincial) do sistema de saúde, tendo em vista a planificação, gestão, acompanhamento e avaliação do impacto de programas de saúde pública dentro do contexto das políticas e estratégias nacionais;
- v) a reforçar os mecanismos nacionais para acompanhamento e avaliação, como parte integral do processo gestor nacional, incluindo o suporte informativo que tornará possível calcular os 12 indicadores mundiais;

2. SOLICITA ao Director Regional:

- i) que promova a cooperação técnica com os Estados Membros, a fim de reforçar a gestão do seu sistema de saúde, incluindo os mecanismos de suporte informativo e a elaboração e utilização de indicadores mundiais para o acompanhamento e a avaliação das estratégias nacionais;
- ii) que continue a apoiar os países a prosseguir no desenvolvimento e implementação das estratégias e planos de acção nacionais;
- iii) que continue a apoiar os países a reforçar os mecanismos de gestão da saúde a nível de distrito, incluindo o acompanhamento e a avaliação do impacto das actividades sanitárias e afins a nível de distrito e o seu gradual alargamento a todos os distritos do país;
- iv) que apoie os países, elaborando metodologias apropriadas e as correspondentes directivas para o acompanhamento e a avaliação de programas de saúde pública ao nível intermédio (por exemplo provincial) do sistema de saúde dos Estados Membros.

RELATÓRIO DA REUNIÃO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA
EFECTUADA NO DIA 15 DE SETEMBRO DE 1987

INTRODUÇÃO

1. O Subcomité do Programa reuniu-se na Quinta-Feira, 15 de Setembro de 1987, em Bamaco (Mali), imediatamente após o encerramento da 37ª Sessão do Comité Regional. A lista dos participantes consta do Apêndice 1.

2. O Subcomité elegeu, como Presidente o Sr. M.I. Madany (Argélia) como Vice-Presidente, o Delegado do Gana como Relator, o Dr. Mendes Costa Celestino. O Presidente agradeceu aos membros do Subcomité do Programa a honra feita e a confiança depositada tanto no seu país, como na sua própria pessoa, ao elegerem-no Presidente.

3. O programa de trabalho foi aprovado sem emendas (Apêndice 2).

PARTICIPAÇÃO DE MEMBROS DO SUBCOMITÉ
EM REUNIÕES DE INTERESSE PROGRAMÁTICO

4. O Director do Programa de Apoio apresentou o documento AFR/RC37/29 que continha entre outras coisas, a lista das reuniões de interesse programático, nas quais deveriam participar membros do Subcomité do Programa durante o biénio 1987-1988. Após análise do documento, o Subcomité concordou, por unanimidade, com as propostas apresentadas que consta do quadro seguinte.

Anexo 9

REUNIÕES DE INTERESSE PROGRAMÁTICO
EM QUE DEVERÃO PARTICIPAR MEMBROS DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA
EM 1987/1988

Título local e data da reunião	Objectivo	Língua	Membros propostos
<p>1. Reuniões Sub-Regionais</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bamaco - Bujumbura - Harare <p>Fevereiro/Março de 1988</p>	<p>Analisar as modalidades de apoio técnico e logístico aos Estados Membros, nos seus esforços para prestar serviços de cuidados primários às suas populações</p>	I/F/P	<p>Sub-Região I - Argélia</p> <p>Sub-Região II - Chade</p> <p>Sub-Região III - Zâmbia</p>
<p>2. Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário</p> <p>Brazzaville, Junho/Julho de 1987</p>	<p>Preparar plano para criar subcomités que reflectem o carácter multissetorial da C.C.A.D.S.</p>	I/F/P	<p>Sub-Região I - Guiné</p> <p>Sub-Região II - Congo</p> <p>Sub-Região III - Comores</p>
<p>3. Subcomité do Programa</p> <p>Brazzaville, Setembro de 1988</p>	<p>Analisar o Projecto de Orçamento/Programa em nome do Comité Regional de acordo com os pontos i e v das suas tarefas</p>	I/F/P	<p>Todos os 12 membros do Subcomité do Programa</p>

DATA E LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PRÓXIMA REUNIÃO

5. O Presidente informou os membros do Subcomité de que o Secretariado os informaria da data e do local da próxima reunião do Subcomité do Programa, observando que este ponto da ordem do dia não precisava de ser discutido.

ENCERRAMENTO DA REUNIÃO

6. O Presidente agradeceu aos membros o seu apoio e as suas excelentes contribuições às discussões e desejou-lhes as maiores felicidades e uma boa viagem.

LIST OF PARTICIPANTS
LISTE DES PARTICIPANTS
LISTA DOS PARTICIPANTES

ALGERIA
ARGÉLIA

M. Mohamed I. Madany
Directeur des Relations internationales
Ministère de la Santé publique
El Madania
Alger

BENIN*
BENIM*

BOTSWANA*
BOTSUANA

CAPE VERDE
CABO VERDE

Dr. A.P. da Costa Delgado
Director Geral de Saúde
Direcção Geral de Saúde
C.P. 47
Praia

CHAD
CHADE

Dr Kinde Ngassadi
Directeur du Génie sanitaire et de
l'Assainissement
Ministère de la Santé publique
B.P. 440
N'Djamena

COMOROS
COMORES*

* Não participou

Anexo 9Appendix 1

CONGO*

CÔTE D'IVOIRE

Dr B. A. Bella
Directeur des Relations régionales et
internationales
B.P. V.4
Abidjan

GHANA
GANA*GUINEA
GUINÉE

Dr Mohamed Sylla
Directeur de Cabinet du Ministre de
la Santé et des Affaires sociales
Conakry

Dr Mamadou Cissé
Directeur des Maladies transmissibles
au Service national de Prévention
Ministère de la Santé et
des Affaires sociales
Conakry

GUINEA BISSAU
GUINÉE BISSAU

Dr C.M. Mendes Costa
Director clínico do Hospital
Simão Mendes
Ministério da Saúde Pública
C.P. 50
Bissau

ZAMBIA
ZÂMBIA

Dr G.K. Bolla
Assistant Director of Medical Services
Ministry of Health
P.O. Box 30205
Lusaka

* Não participou

PROGRAMA DE TRABALHO

1. Abertura da reunião
2. Eleição do Presidente, Vice-Presidente e do Relator
3. Participação dos membros do Sucomité do Programa nas reuniões de interesse programático (Documento AFR/RC37/29)
4. Data e local de realização da próxima reunião
5. Encerramento da reunião.

RELATÓRIO DAS DISCUSSÕES TÉCNICAS

APOIO OPERACIONAL AOS CUIDADOS PRIMÁRIOS
O PAPEL DO DISTRITO NA MARCHA RUMO À SAÚDE PARA TODOS OS AFRICANOS

INTRODUÇÃO

1. As discussões técnicas da 37ª Sessão do Comité Regional tiveram lugar em Bamaco, a 12 de Setembro de 1987, sob o tema "Apoio operacional aos cuidados primários (nível local)". Foram presididas pelo Dr. Dibandala Ngandou-Kabeya, com o Dr. Martin P. Mandara como presidente suplente, ambos eleitos durante a 36ª Sessão do Comité Regional. Na 37ª Sessão do Comité Regional foram nomeados como relatores das discussões técnicas:

- i) Dr. René Owona Essomba (Camarões)
- ii) Dr. James Maneno (Quênia)
- iii) Sr. Bonifácio David Cossa (Moçambique)

2. As discussões tiveram lugar em três grupos de trabalho, um trilingue, um anglófono e um francófono. Os grupos de trabalho elegeram os seus presidentes:

- i) Dr. Kinde Ngassadi (Chade)
- ii) Professor P.R. Hiza (Tanzânia)
- iii) Dr. Kakozi Sangwa (Zaire)

3. O documento de trabalho AFR/RC37/TD/1, preparado pelo Director Regional com a assistência do Secretariado, foi apresentado pela Professora Abou-Baker. Compõe-se de cinco capítulos. O capítulo 1 trata dos princípios orientadores para os cuidados primários de saúde, o capítulo 2 das estruturas de implementação dos cuidados primários de saúde, capítulo 3 do papel dos sistemas distritais de saúde na implementação dos cuidados primários, o capítulo 4 do acompanhamento dos progressos registados nos distritos sanitários, e o capítulo 5 do papel da OMS no apoio às actividades distritais de saúde.

Anexo 10

CAPÍTULO 1. PRINCÍPIOS ORIENTADORES

4. O documento mostra a estreita relação entre a renda per capita, padrões, de vida e condições de saúde. A maior parte dos países africanos têm a estrutura organizacional para atingir o desenvolvimento socioeconómico através da educação das massas e da mobilização social, e seja qual for o seu tamanho, estão divididos em unidades político-administrativas mais pequenas, das quais a mais distante do centro constitui o distrito. No documento, o distrito está definido como "uma região administrativa bem definida que abrange uma população determinada e onde um determinado tipo de estruturas governamentais ou administrativas assume algumas responsabilidades dos departamentos centrais. O distrito possui as seguintes características:

- i) trata-se de uma unidade geográfica compacta e todas as suas partes são geralmente acessíveis num espaço de 24 horas;
- ii) trata-se de uma unidade administrativa bem definida existente em todas as partes do país;
- iii) é administrado por alguns funcionários principais, o que facilita a ligação e a coordenação entre os representantes locais dos diversos departamentos governamentais e as organizações não-governamentais associadas;
- iv) possui frequentemente uma cidade principal, que é o centro das comunicações e do comércio, aí convergindo várias estradas e meios de transporte e outros serviços importantes;
- v) é uma divisão administrativa suficientemente pequena para compreender os principais problemas e dificuldades e coordenar e gerir os serviços de saúde disponíveis;
- vi) é geralmente uma divisão administrativa suficientemente importante para dispor ou poder criar pessoal de apoio técnico e de gestão com conhecimentos suficientes que permitam descentralizar um grande número de tomadas de decisão.

5. Os participantes concordaram que a definição é adequada e deve servir de base para os Estados Membros elaborarem as suas próprias definições, de acordo com as suas necessidades específicas.

6. O documento acentua o papel fulcral que o distrito pode desempenhar no desenvolvimento socioeconómico local, se os membros das suas comissões de desenvolvimento forem adequadamente orientados. Quando devidamente explorado, o distrito pode constituir uma base adequada para iniciativas de cuidados primários de saúde.

7. O documento assinala que em muitos países em desenvolvimento há comissões de desenvolvimento distrital com diferentes graus de responsabilidade na gestão das actividades locais de desenvolvimento. Infelizmente, essas comissões em muitos casos não são funcionais. Se os membros destas comissões fossem melhor orientados, haveria maior possibilidade de desenvolvimento socioeconómico das micro-economias do distrito. A comissão económica distrital pode ter uma subcomissão de saúde cuja tarefa é assegurar ao máximo possível a obtenção do bem-estar físico, mental e social da população do distrito. Neste empreendimento, a equipa sanitária distrital prestará assistência à subcomissão distrital de saúde para atingir o objectivo social da Saúde para Todos no Ano 2000.

8. Durante as discussões, os participantes acharam que o papel da comissão de desenvolvimento, que deve ser multisectorial, deveria ser claramente definida. Deveria incluir, como sua principal função, a interpretação das políticas governamentais à luz dos problemas e prioridades locais identificados pelas comunidades. Para evitar conflitos com órgãos superiores, deve haver boas comunicações com as autoridades superiores fora das reuniões ordinárias. Outras orientações políticas procedentes do nível nacional, deverão permitir à comissão de desenvolvimento distrital suficiente flexibilidade para preencher os detalhes, conforme determinados pelas prioridades localmente sentidas e identificadas. A comissão de saúde é um organismo de prestação de assistência técnica tanto na planificação quanto na execução de actividades ao nível local. Os participantes opinaram também que os termos de referência da comissão de saúde distrital devem ser claramente definidos pela comissão de desenvolvimento distrital. Foi salientado que as iniciativas para actividades de desenvolvimento devem ser deixadas para as comunidades, e só as actividades identificadas pelas comunidades deveriam ser assumidas pela comissão de desenvolvimento. É essencial a formação dos membros das comissões de desenvolvimento na abordagem dos cuidados primários, na planificação e na gestão.

Anexo 10

9. O documento subdivide o objectivo social de Saúde para Todos no Ano 2000 em objectivos operacionais orientados para grupos de indivíduos (as de alto risco, mais desfavorecidos ou pobres), famílias e comunidades. Estes objectivos operacionais podem ainda ser subdivididos em actividades específicas para cada uma das 8 componentes essenciais dos cuidados primários da saúde. Esta lista de actividades pode ser usada como lista de verificação pelas comissões de saúde da aldeia/comunidade para a selecção de prioridades e estabelecimentos de metas específicas. A Equipa de saúde distrital (em nome da comissão de desenvolvimento distrital), por sua vez, fará a gestão destas actividades, assistirá as comunidades/aldeias na preparação de planos operacionais, proporcionará apoio e supervisão e dará assistência no acompanhamento e na avaliação. Estas actividades relacionadas com a saúde seriam implementadas pelos líderes sanitários da comunidade, pelo pessoal sanitário da comunidade e pelo pessoal baseado na comunidade, procedentes de outros sectores; ao passo que o acompanhamento dos progressos e a avaliação do impacto seriam executados pelo uso de indicadores simples (que sejam empreendidos pelos leigos) do estado de saúde, da cobertura pelos cuidados de saúde e da satisfação das necessidades sociais essenciais.

10. Além disso, o documento salienta que o desafio da saúde para todos os africanos é uma empresa a longo prazo, devendo empreender-se particular esforço para activar as comissões distritais de saúde e de desenvolvimento, numa campanha intensiva de aprendizagem pela prática, visto que muitos países da Região Africana se encontram em diferentes estádios de desenvolvimento sanitário e, dentro dos países alguns distritos se encontram mais avançados do que outros? A presente análise destinada a reforçar a infraestrutura do sistema de saúde através de um plano trienal (1988-1989), deverá permitir a todos os países chegarem ou ultrapassarem a linha de partida para a última etapa (ou etapas), na última década deste século. O documento não recomenda a criação de distritos-piloto, no sentido de investir recursos excepcionais em alguns distritos. No entanto, ele aconselha a experimentação de novas tecnologias em alguns distritos, no intuito de generalizar a sua utilização. Nesta perspectiva, apenas é preciso utilizar recursos "catalíticos" para este ensaio de estratégia/tecnologia.

11. Durante a discussão, sabe-se que a Etiópia o ensaio de novas estratégias a nível de distrito(usando recursos catalíticos), em que o conceito de cuidados primários de saúde com base nos distritos está presentemente a ser desenvolvido, demonstrou fenómenos até agora desconhecidos. São eles:

- i) fortes organizações de massas, ansiosas e prontas a implementar os cuidados primários de saúde;
- ii) forte apoio legal ao nível local;
- iii) abundância de recursos humanos interessados e até hoje inexplorados. Características decepcionantes são a relativa falta de utilização das comissões de desenvolvimento, falta de liderança na saúde a nível distrital, causada pela ausência de um director distrital de saúde e a relativa falta de participação da comunidade nas actividades sanitárias.

CAPÍTULO 2. ESTRUTURA PARA A IMPLEMENTAÇÃO

12. O documento identifica três níveis de execução: o nível da aldeia (comunidade), o nível distrital e o nível provincial. O nível da aldeia é responsável pela planificação, execução e seguimento das actividades relacionadas com a saúde, o nível distrital dá assistência à gestão destas actividades nas aldeias do distrito, e o nível provincial acompanha o progresso destas actividades nos distritos da sua jurisdição. O nível nacional não se envolverá directamente na implementação mas será responsável pela organização de seminários e oficinas de aprendizagem de sensibilização, para as autoridades do nível provincial e distrital.

Anexo 10

CAPÍTULO 3. O PAPEL DO SISTEMA DISTRITAL

13. O papel do sistema distrital de saúde deve ser visto no contexto do sistema de saúde nacional, como um todo. O sistema de saúde modelo inclui um nível central de tomada de decisão, um nível intermédio que harmoniza as linhas de orientação da autoridade central com as iniciativas locais, e os recursos a nível operacional ou distrital. É a este último nível que se pode realmente estabelecer a aliança entre o governo e as comunidades. As actividades a nível distrital incluem actividades de desenvolvimento sanitário patrocinadas pela comunidade, que se misturam de um apoio imperceptível com os serviços distritais de saúde patrocinados pelo governo. O seu sistema do serviço distrital de saúde é geralmente organizado como os três níveis de uma pirâmide, que abrangem cada um deles áreas geográficas progressivamente mais vastas. São eles:

- i) dispensários ou postos de saúde nas aldeias ou comunidades;
- ii) subcentros ou centros de saúde nos subdistritos;
- iii) centros de saúde ou hospitais distritais nos distritos

14. Os utentes ou objectivos dos cuidados de saúde são indivíduos (cuidados individuais) que são membros de agragados familiares (cuidados às famílias) que vivem em comunidades bem definidas (cuidados à comunidade). Em todos estes 3 níveis existem actividades, cada vez mais vastas e complexas, a medida que se vai passando do primeiro nível até ao nível superior. Todas estas actividades estão intimamente ligadas, constituindo o primeiro grupo, um subgrupo do segundo e o segundo, por sua vez, um subgrupo do terceiro. Estas actividades correspondem aos cuidados básicos de saúde ou cuidados essenciais de saúde, definidos na Declaração de Alma-Ata. O primeiro nível deverá incluir os cuidados essenciais mais simples, prestados pelos agentes (ou auxiliares) de saúde das comunidades, designação esta que varia de país para país. O segundo nível deverá incluir uma mistura apropriada de agentes de saúde qualificados, capazes de resolver os problemas básicos dos indivíduos, famílias e comunidades. Este nível deverá igualmente possuir pessoal de apoio administrativo e logístico, devendo o nível de tecnologia ser intermédio entre o nível 1 e o nível 3. Os agentes auxiliares e os agentes de saúde da comunidade deverão igualmente participar nas actividades de saúde. No terceiro nível a prestação de cuidados de saúde é da responsabilidade de uma mistura de profissionais de saúde, segundo o nível de desenvolvimento económico.

O apoio administrativo e tecnológico, por sua vez, deverá ser prestado por pessoal qualificado. É aqui que se encontra o nível mais elevado de tecnologia, embora deva igualmente existir pessoal subalterno e auxiliar, tal como nos outros dois níveis.

15. Assim, o Sistema Distrital de Saúde pode ser representado como uma pirâmide que mostra o número e tipo de unidades sanitárias do distrito. Esta pirâmide mostra também a hierarquia destas unidades sanitárias, esclarecendo o sistema de referência.

16. Os participantes acreditam que o sistema distrital de saúde pode desempenhar um papel decisivo na i) formação educação básica e contínua de pessoal de saúde e de outros sectores (incluindo membros da comissão de saúde e desenvolvimento, na abordagem de cuidados primários de saúde; ii) no fomento do trabalho de equipas entre pessoal de saúde; iii) na integração ao nível comunitário da medicina curativa e preventiva; iv) na concentração da atenção em três outros determinantes da saúde da comunidade, nomeadamente : população, meio ambiente e estilo de vida; v) na supervisão do pessoal da saúde dos níveis hierárquicos inferiores.

17. Os participantes opinaram que a supervisão devia ser hierárquica, isto é que o agente de saúde da comunidade poderia ser supervisionado por um agente de medicina rural, que, por sua vez, seria supervisionado por um técnico de medicina, por seu turno supervisionado pelo médico chefe distrital e, por fim, este seria supervisionado pelo médico chefe provincial. A supervisão deveria ser regular e programada não se prevendo visitas de surpresa, do tipo policial. A supervisão deveria basear-se na participação, em que o supervisionado tomasse uma parte activa na actividade, de modo a proporcionar outro foro para formação. A supervisão deveria ser considerada como um processo de identificação de problemas entre o supervisor e o supervisionado, conduzindo eventualmente à identificação de possíveis soluções. Por fim, deveriam fixar-se de forma explícita objectivos e directivas claras para a supervisão e, no fim da visita de supervisão, o supervisor deveria escrever o relatório, podendo o supervisionado reagir a este relatório, caso seja necessário.

Anexo 10Financiamento de sistemas de saúde de distrito

18. Os participantes identificaram 3 fontes possíveis de financiamento, designadamente:

- i) Verbas das comunidades locais. Estas verbas poderão provir de:
 - a) um fundo de maneiio que aproveite a venda de medicamentos essenciais como ponto de partida;
 - b) contribuições directas das comunidades, utilizando o conceito de fundos cooperativos, seguindo a prática de algumas comunidades para financiar casamentos e outros acontecimentos sociais;
 - c) empresas locais, por exemplo a confecção artesanal de artigos para venda.
- ii) Verbas governamentais provenientes do orçamento do Ministério da Saúde, eventualmente com subsídios do conselho executivo do distrito.
- iii) Verbas não-governamentais, por exemplo de organizações religiosas, ou organizações internacionais, como por exemplo a UNICEF. Nos casos em que uma ONG tenha dado o seu apoio numa emergência (por exemplo seca) deveria fazer-se um esforço para aproveitar o impulso dado com esta ajuda, para elaborar um sistema auto-suficiente e criar um fundo de maneiio.

19. Seja qual for a origem dos fundos, existem três requisitos prévios essenciais, antes de se poder considerar a autonomia para a utilização de verbas a nível de distrito:

- i) É preciso afectar as verbas a uma actividade específica antes de as solicitar ou recolher, por exemplo afectar as verbas da OMS à formação, as da UNICEF aos medicamentos, à cadeia de frio, ao transporte; as contribuições comunitárias à construção de um posto de saúde; as verbas governamentais às despesas correntes;

- ii) É preciso assegurar uma gestão financeira efectiva a nível de distrito, através da formação de pessoal ou afectação do pessoal formado.
- iii) É preciso assegurar uma descentralização suficiente do poder do nível central, para dar o poder ao distrito para a utilização das verbas.

20. Embora o Ministério da Saúde seja descentralizado nalguns países, outros ministérios não seguiram o mesmo caminho. Consequentemente, torna-se difícil a coordenação de actividades com outros ministérios, especialmente o Ministério das Finanças. O Director Regional disse aos participantes que tinha levantado esta questão junto dos Chefes de Estado e de Governo durante a Cimeira da OUA em Julho de 1987; e a Resolução de Adis Abeba, aprovada pelos ministros dos negócios estrangeiros no fim de Julho, abrange este ponto. O representante da OUA no Comité Regional encarregou-se de distribuir exemplares da resolução aos participantes.

21. Os participantes acharam que, fosse qual fosse a situação dos países relativamente à descentralização era necessária uma comissão nacional de coordenação multisectorial que enviasse instruções caso fosse necessário, a todos os sectores, aos níveis mais baixos de hierarquia. Para que os países participassem plenamente na execução de projectos financiados por fontes externas, as verbas deveriam ser canalizadas pelos países, de maneira a que sentissem todos que eram a sua propriedade, sentindo-se assim obrigados a utilizá-las de forma correcta. Estas verbas não deveriam ser concebidas parcelarmente, especialmente por doadores ou por agências financiadoras que abordam os países separadamente. Todos os esforços de financiamento deveriam ser integrados a nível do distrito.

CAPÍTULO 4

ACOMPANHAMENTO DOS PROGRESSOS NOS DISTRITOS DE SAÚDE

22. O Secretariado esclareceu que o nível de aldeia ou comunidade era o nível "operacional", ao passo que o nível de distrito era o "nível de apoio operacional" para as actividades de cuidados primários de saúde realizados ao nível operacional.

23. Os participantes acharam que era preciso elaborar os indicadores bem definidos para efectuar o acompanhamento do caminho rumo à STP/2000, a nível intermédio ou a nível nacional e que estes indicadores deveriam ser simplificados para uso a nível comunitário. Discutiu-se um sistema de cinco elementos, no qual, ao nível mais baixo, os chefes das comunidades, as comissões de saúde comunitárias e os agentes de saúde comunitários seriam responsáveis pela documentação da planificação, de implementação e do seguimento de actividades associadas com a saúde nas aldeias e nas comunidades, informando a nível de distrito sobre estas actividades, ao fim de cada trimestre. A comissão de desenvolvimento distrital, a comissão de saúde de distrito e a equipa de saúde de distrito seriam responsáveis pela documentação do apoio à gestão das actividades de SPT/2000 relacionadas com a saúde, que estejam a ter lugar nas aldeias e comunidades do distrito e pela apresentação de relatórios semestrais ao nível provincial (nível intermédio). O nível provincial, representado pela comissão provincial de desenvolvimento, a comissão provincial de coordenação de saúde e a Direcção Provincial de Saúde analisaria a informação recebida dos distritos que se encontram na sua jurisdição, tendo em vista avaliar os sistemas de saúde, a cobertura pelos cuidados de saúde e as necessidades básicas associadas com a saúde, e apresentaria um relatório anual ao nível nacional. O nível nacional prepararia um relatório cada 3 anos, baseado nos 12 indicadores mundiais e apresentaria este relatório à Assembleia Mundial da Saúde.

CAPÍTULO 5

O PAPEL DA OMS NO APOLO DAS ACTIVIDADES DISTRITAIS

24. Os participantes apreciaram os esforços da OMS para reforçar as Representações da OMS no acompanhamento da SPT/2000, recrutando especialistas de documentação, técnicos profissionais associados, e, ocasionalmente, consultores a curto prazo. Também apreciaram os esforços da OMS para angariar fundos e coordenar o financiamento internacional directo dos Estados Membros. Finalmente, foram aplaudidos os esforços do Director Regional para criar 3 divisões principais na Região Africana da OMS e para instalar uma unidade de acompanhamento da SPT/2000 no seu gabinete.

RECOMENDAÇÕES

25. Os participantes fizeram as seguintes recomendações :

- i) o documento deverá ser impresso, sob a forma de brochura e amplamente distribuído aos Estados Membros para sua melhor utilização.
- ii) Os transparentes deverão ser convertidos em diapositivos, de modo que os Estados Membros, que os desejem utilizar para fins de ensino/formação e o possam fazer e tenham um acesso fácil a material didáctico de alta qualidade.
- iii) Os CPS representam uma nova abordagem e são necessárias muitas actividades de formação tanto para pessoal de saúde como doutros sectores. Recomendou-se, portanto, a formação de um pequeno núcleo de formadores, para cada região, que por sua vez formariam pessoal de todos os sectores para centros de saúde e para o nível distrital.
- iv) Haverá que reforçar as capacidades de gestão a nível de distrito, através de actividades de formação, o que animaria os doadores e o governo central a permitir que o pessoal do nível distrital gastasse recursos, tais como fundos, etc.

CONCLUSÕES

26. As conclusões das discussões técnicas foram as seguintes:

- i) para a correcta implementação dos cuidados primários de saúde a nível de distrito, deve dar-se a responsabilidade final às autoridades administrativas dos distritos, seja qual for a forma dessa autoridade;
- ii) todos os outros sectores de desenvolvimento devem participar na implementação dos CPS a nível de distrito e, portanto, passar a ser membros da comissão distrital de desenvolvimento.
- iii) a mobilização política para a implementação dos cuidados primários de saúde deve respeitar os limites geográficos dos distritos socio-políticos, mesmo no caso de não coincidirem com os "distritos de saúde";
- iv) a implementação dos cuidados primários de saúde num país não implica abolir ou desmantelar o sistema de saúde anterior. A melhor abordagem é inventariar o sistema de saúde existente no intuito de o melhorar e reconstruir ou substituir os componentes que tivessem sido destruídos por inimigos ou catástrofes naturais.

ORDEM DO DIA PROVISÓRIA DA 38ª SESSÃO
DO COMITÉ REGIONAL AFRICANO

(estabelecida a 6 de Agosto de 1987)

1. Abertura da 38ª Sessão
2. Aprovação da ordem do dia provisória
3. Constituição da Comissão de Designações (Resolução AFR/RC23/R1)
4. Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores
5. Designação da Comissão de Verificação de Poderes (Resolução AFR/RC25/R7)
6. Actividades da OMS na Região Africana
 - 6.1 Relatório sucinto do Director Regional sobre as actividades da OMS
 - 6.2 Análise do programa de saúde mental
 - 6.3 Análise dos progressos no combate ao paludismo
 - 6.4 Análise dos progressos no combate à lepra
 - 6.5 Análise do programa de combate ao SIDA
 - 6.6 Análise do programa de combate às doenças diarreicas
 - 6.7 Programa dos medicamentos essenciais
 - 6.8 Prémio Comlan A.A. Quenum
7. Correlação entre os trabalhos do Comité Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde
 - 7.1 Vias e meios de pôr em prática as resoluções de interesse regional, aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo
 - 7.2 Incidências regionais das ordens do dia da 83ª Sessão do Conselho Executivo e da 42ª Assembleia Mundial da Saúde
 - 7.3 Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde
 - 7.4 Discussões técnicas da 42ª Assembleia Mundial da Saúde (1989)

Anexo 11

8. Análise do relatório do Subcomité do Programa
 - 8.1 Relatório sobre o acompanhamento das estratégias para alcançar o objectivo "Saúde para Todos no Ano 2000"
 - 8.2 Organização da infra-estrutura da saúde a nível do distrito para fazer face às epidemias
 - 8.3 Projecto de Orçamento/Programa para o biénio 1990-1991
 - 8.4 Relatório das reuniões sub-regionais
 - 8.5 Relatório da Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário
9. Discussões técnicas
 - 9.1 Apresentação do relatório das discussões técnicas
 - 9.2 Designação do Presidente das discussões técnicas em 1989 e do seu suplente
 - 9.3 Escolha do tema das discussões técnicas em 1989
10. Datas e locais de realização das 39ª e 40ª Sessões do Comité Regional em 1989 e 1990
11. Aprovação do relatório do Comité Regional
12. Encerramento da 38ª Sessão.