

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
SEDE REGIONAL AFRICANA

QUADRAGÉSIMA SÉTIMA SESSÃO
DO
COMITÉ REGIONAL AFRICANO DA OMS,
REALIZADA EM SUN CITY
REPÚBLICA DA ÁFRICA DO SUL
ENTRE 1 E 5 DE SETEMBRO DE 1997

RELATÓRIO FINAL

HARARE
Outubro de 1997

PARTE I

Página

DECISÕES PROCESSUAIS

Decisão 1:	Composição da Comissão de Designações	1
Decisão 2:	Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores	1
Decisão 3:	Composição da Comissão de Verificação de Poderes	2
Decisão 4:	Credenciais	2
Decisão 5:	Substituição dos Membros do Subcomité do Programa	2
Decisão 6:	Ordem do dia da Quadragésima-oitava sessão do Comité Regional	2
Decisão 7:	Ordens do dia da 101ª Sessão do Conselho Executivo e da 51ª Assembleia Mundial da Saúde	2
Decisão 8:	Método de trabalho e duração da 51ª Assembleia Mundial da Saúde	3
Decisão 9:	Futuras Discussões Técnicas	3
Decisão 10:	Datas e locais das 48ª e 49ª sessões do Comité Regional	4
Decisão 11:	Designação dos Representantes da Região na Comissão para as Políticas e a Coordenação do Programa Especial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Reprodução Humana	4
Decisão 12:	Designação de um Representante da Região Africana na Comissão Consultiva da Gestão do Programa de Acção para os Medicamentos Essenciais	4
Decisão 13:	Designação de um Representante da Região Africana no Conselho Conjunto de Coordenação do Programa Especial de Investigação e Formação em Doenças Tropicais	4

RESOLUÇÕES

AFR/RC47/R1	Estratégia regional para socorros de emergência e ajuda humanitária	5
AFR/RC47/R2	Estratégia regional de informação, educação e comunicação para a promoção da saúde nas comunidades africanas	6
AFR/RC47/R3	Reforma da OMS e prioridades de saúde africanas	8
AFR/RC47/R4	Promoção da participação das mulheres na saúde e no desenvolvimento	9

AFR/RC47/R5 Saúde reprodutiva: Estratégia da Região Africana para 1998-2007	10
AFR/RC47/R6 Luta contra o tabaco	11
AFR/RC47/R7 Paz e estabilidade no Congo e na Serra Leoa	12
AFR/RC47/R8 Moção de agradecimento	12

PARTE II

Parágrafos

ABERTURA DA SESSÃO	1-29
ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHOS	30-36
ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA: RELATÓRIO ANUAL DO DIRECTOR REGIONAL (documento AFR/RC47/2)	37 - 194
CORRELAÇÃO ENTRE OS TRABALHOS DO COMITÉ REGIONAL, DO CONSELHO EXECUTIVO E DA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE	195 - 221
Modalidades de implementação das resoluções de interesse regional aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo (documento AFR/RC47/3)	196 - 208
Incidências regionais das ordens do dia da 101ª sessão do Conselho Executivo e da 51ª Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC47/4)	209 - 220
Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC47/5)	221
ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA : ANÁLISE DO RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA (documento AFR/RC47/6)	222-295
Estratégia Regional para Socorros de Emergência e Ajuda Humanitária (documento AFR/RC47/7)	227 - 241
Saúde reprodutiva : Estratégia da Região Africana para 1998-2007 (documento AFR/RC47/8)	242 - 264

Estratégia regional de informação, educação e comunicação para a promoção da saúde nas comunidades africanas (documento AFR/RC47/2)	265 - 277
Relatório sobre a Terceira Avaliação da Implementação da Estratégia de Saúde para Todos (documento AFR/RC47/11)	278 - 285
Contribuição regional para a política de Saúde para Todos para o século XXI (documento AFR/RC47/10)	286 - 295
DATAS E LOCAIS DAS 48ª e 49ª SESSÕES DO COMITÉ REGIONAL (documento AFR/RC47/14)	296 - 299
DISCUSSÕES TÉCNICAS (documentos AFR/RC47/TD/1 e AFR/RC47/TD/2)	300 - 302
Apresentação do relatório das Discussões Técnicas	300 - 302
FUTURAS DISCUSSÕES TÉCNICAS (documento AFR/RC47/13)	303
APROVAÇÃO DO RELATÓRIO DO COMITÉ REGIONAL (documento AFR/RC47/15)	304
ENCERRAMENTO DA 47ª SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL	305 - 311
Intervenção do Director Regional	305 - 307
Moção de Agradecimento	308
Alocação da Presidente da 47ª sessão e encerramento	309 - 311

PARTE III

ANEXOS

	<i>Página</i>
1. Lista dos participantes	43
2. Ordem do dia da 47ª sessão do Comité Regional	54
3. Ordem do dia provisória da 48ª sessão do Comité Regional	56
4. Relatório do Subcomité do Programa	58
5. Relatório da reunião do Subcomité do Programa, efectuada no dia 5 de Setembro de 1997	73

6.	Alocução do Dr. Abdelkrim M'Hatef, Presidente da 46ª sessão do Comité Regional	76
7.	Alocução de abertura do Dr. Ebrahim M. Samba, Director Regional da OMS para África	77
8.(a)	Alocução de abertura do Dr. Hiroshi Nakajima, Director-Geral da Organização Mundial de Saúde	78
8.(b)	Discurso do Dr. Hiroshi Nakajima, Director-Geral da Organização Mundial de Saúde	79
8.	Discurso do Vice-Presidente da África do Sul, Sr. Thabo Mbeki na 47ª sessão do Comité Regional Africano da Organização Mundial de Saúde	84
9.	Alocução do Sr. Laban O. Masimba, Representante da Organização da Unidade Africana	87
10.	Lista dos documentos	89

PARTE I
DECISÕES PROCESSUAIS
E
RESOLUÇÕES

DECISÕES PROCESSUAIS

Decisão Nº 1. Composição da Comissão de Designações

A Comissão de Designações, composta por representantes de 12 Estados-membros, reuniu-se na segunda-feira, 1 de Setembro de 1997. Participaram na reunião: Camarões, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Gâmbia, Guiné-Bissau, Lesoto, Mali, Quênia, Ruanda, São Tomé e Príncipe e Senegal. A Comissão elegeu o Sr. Ousmane Ngom, Ministro da Saúde e da Segurança Social do Senegal, para Presidente.

Segunda sessão, 1 de Setembro de 1997

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

Após ter analisado o relatório da Comissão de Designações e nos termos do Artigo 10º do Regulamento Interno e da Resolução AFR/RC23/R1, o Comité Regional elegeu, por unanimidade, a seguinte Mesa:

Presidente:

Dra. Nkosazana Dlamini Zuma
Ministra da Saúde
África do Sul

1º Vice-presidente:

Prof. Marina d'Almeida Massougbodsi
Ministra da Saúde, da Segurança Social e
da Condição Feminina
Benim

2º Vice-presidente:

Dr. Said Bakarijecha
Ministro da Saúde de Zanzibar
Tanzânia

Relatores:

Dr. Joseph Dawson Otoo
Director dos Serviços Nacionais de Seguro de Saúde
Gana

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

Dr. Sama Kofi
Ministro da Saúde
Togo

Relatores das Discussões Técnicas: Dr. Paulinus L.N. Sikosana
Secretário-Geral da Saúde e do Bem-estar Infantil
Zimbabwe

Dr. Adrien Ware
Director de Medicina Preventiva
Burkina Faso

Dr. Gilberto Frota
Director do Plano, Administração e Finanças
Ministério da Saúde
São Tomé e Príncipe

Segunda sessão, 1 de Setembro de 1997

Decisão Nº 3. Composição da Comissão de Verificação de Poderes

Nos termos do Artigo 16º do Regulamento Interno, o Comité Regional nomeou uma Comissão de Verificação de Poderes, composta por representantes dos 12 seguintes Estados-membros: Botsuana, Cabo Verde, Chade, Eritreia, Etiópia, Gabão, Madagáscar, Malawi, Mali, República Democrática do Congo, Uganda e Zâmbia.

A Comissão reuniu-se a 3 de Setembro de 1997, tendo contado com a presença dos seguintes Estados-membros: Botsuana, Cabo Verde, Eritreia, Gabão, Madagáscar, Malawi, Mali, República Democrática do Congo, Uganda e Zâmbia. A Comissão elegeu o Sr. V. Musowe, Representante da Zâmbia, para Presidente.

Quinta sessão, 3 de Setembro de 1997

Decisão Nº 4. Credenciais

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

Sexta sessão, 3 de Setembro de 1997

Decisão Nº 5. Substituição dos Membros do Subcomité do Programa

O mandato dos seguintes países cessará com o encerramento da Quadragésima-sétima sessão do Comité Regional: Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia e Maurícias. Serão substituídos pelo Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seychelles, Serra Leoa e Suazilândia. São os seguintes os Estados-membros que integrarão o Subcomité pelo último ano neste ciclo: África do Sul, Eritreia, Moçambique, Namíbia, Níger e Nigéria.

Nona sessão, 5 de Setembro de 1997

Decisão Nº 6. Ordem do dia da Quadragésima-oitava sessão do Comité Regional

O Comité Regional aprovou a ordem do dia provisória da sua 48ª sessão (documento AFR/RC47/4 Add.1).

Nona sessão, 5 de Setembro de 1997

Decisão Nº 7. Ordens do dia da 101ª sessão do Conselho Executivo e da 51ª Assembleia Mundial da Saúde

O Comité Regional tomou nota das ordens do dia provisórias da 101ª sessão do Conselho Executivo e da 51ª Assembleia Mundial da Saúde.

Nona sessão, 5 de Setembro de 1997

Decisão N° 8. Método de trabalho e duração da 51ª Assembleia Mundial da Saúde***Presidente da Assembleia Mundial da Saúde***

(1) A Região Africana designará um candidato à Presidência da Assembleia Mundial da Saúde no Ano 2000. A última vez que designou um candidato foi em Maio de 1994.

Vice-presidente

(2) Nos termos da Decisão 5 (3) da Trigésima-terceira sessão do Comité Regional, o Presidente da Quadragésima-sétima sessão do Comité Regional será proposto para uma das vice-presidências da Quinquagésima-primeira Assembleia Mundial da Saúde, em 1998. Se por qualquer motivo o Presidente em exercício do Comité e os dois Vice-presidentes não puderem desempenhar o cargo de Vice-presidente da Assembleia Mundial da Saúde, os Chefes de delegação dos países de origem do Presidente em exercício e dos 1º e 2º Vice-presidentes do Comité Regional assumirão, nessa ordem, uma das Vice-presidências da Assembleia.

Membros habilitados a designar pessoas para o Conselho Executivo

(3) Os Estados-membros da Região Africana cujo mandato cessa no fim da Quinquagésima-primeira Assembleia Mundial da Saúde são a Argélia e o Zimbábue. De acordo com a ordem alfabética habitual, Cabo Verde e a República Centro-Africana substituirão esses países, juntando-se assim a Angola, Benim, Botsuana, Burkina Faso e Burundi.

(4) Os membros (Cabo Verde e República Centro-Africana), habilitados a designar pessoas para o Conselho Executivo deverão confirmar a respectiva disponibilidade pelo menos um mês antes da Quinquagésima-primeira Assembleia Mundial da Saúde.

Principais Comissões da Assembleia Mundial da Saúde

(5) O Director-Geral, em conjunto com o Director Regional, analisarão, se for necessário, antes da 51ª Assembleia Mundial da Saúde, quais os delegados dos Estados-membros da Região Africana susceptíveis de desempenhar eficazmente os seguintes cargos:

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

Reunião informal do Comité Regional

(6) O Director Regional convocará esta reunião para segunda-feira, 11 de Maio de 1998, às 08h00, no Palácio das Nações, em Genebra, para confirmar as decisões do Comité Regional relativamente aos Estados-membros que integrarão as várias comissões da Assembleia Mundial da Saúde.

Nona sessão, 5 de Setembro de 1997

Decisão N° 9. Futuras Discussões Técnicas

O Comité Regional decidiu continuar a realizar Discussões Técnicas durante as suas sessões.

Nona sessão, 5 de Setembro de 1997

Decisão Nº 10. Datas e locais das 48ª e 49ª sessões do Comité Regional

O Comité Regional decidiu realizar a sua 48ª sessão no Senegal, em Setembro de 1998, e a sua 49ª sessão na Namíbia, em Setembro de 1999.

Nona sessão, 5 de Setembro de 1997

Decisão Nº 11. Designação dos representantes da Região na Comissão de Orientação e Coordenação do Programa Especial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Reprodução Humana

Os mandatos da Zâmbia e do Zimbabue cessarão a 31 de Dezembro de 1997. De acordo com a ordem alfabética em inglês, serão substituídos pelo Benim e pelo Botsuana a partir de 1 de Janeiro de 1998, por um período de três (3) anos.

Nona sessão, 5 de Setembro de 1997

Decisão Nº 12. Designação de um Representante da Região Africana na Comissão Consultiva de Gestão do Programa de Acção para os Medicamentos Essenciais

O mandato da Argélia cessará a 31 de Dezembro de 1997. De acordo com a ordem alfabética em inglês, será substituída pelo Benim, a partir de 1 de Janeiro de 1998, por um período de três (3) anos.

Nona sessão, 5 de Setembro de 1997

Decisão Nº 13. Designação de um Representante da Região Africana no Conselho Conjunto de Coordenação do Programa Especial de Investigação e Formação em Doenças Tropicais

O mandato de Angola cessará a 31 de Dezembro de 1997. De acordo com a ordem alfabética em inglês, será substituída pelo Botsuana, a partir de 1 de Janeiro de 1998, por um período de três (3) anos.

Nona sessão, 5 de Setembro de 1997

AFR/RC47/R1: ESTRATÉGIA REGIONAL PARA SOCORROS DE EMERGÊNCIA E AJUDA HUMANITÁRIA

Profundamente preocupado com a crescente frequência e gravidade das situações de emergência que ocorrem em África;

Reconhecendo a magnitude das consequências sanitárias, sociais, políticas e económicas das catástrofes naturais e provocadas pelo Homem;

Preocupado com a inadequação dos mecanismos nacionais e a insuficiência de recursos essenciais para fazer face às situações de emergência e prestar a necessária ajuda humanitária;

Constatando que as comunidades têm sido vistas até agora como meras vítimas e não como potenciais actores nas situações de emergência;

Considerando as Resoluções AFR/RC40/R11, AFR/RC42/R11 e AFR/RC44/R16 e AFR/RC46/R4 do Comité Regional sobre questões relativas aos socorros de emergência e ajuda humanitária, aprovadas no passado;

Tendo analisado cuidadosamente o relatório do Director Regional constante do documento AFR/RC47/7, que propõe uma estratégia regional da OMS para os socorros de emergência e ajuda humanitária;

O COMITÉ REGIONAL,

1. **APROVA** a estratégia proposta com vista a estreitar a cooperação técnica da OMS com os Estados-membros, no campo dos socorros de emergência e ajuda humanitária.
2. **REALÇA** o papel essencial e de liderança da OMS na coordenação das actividades internacionais de preparação e resposta em todos os aspectos sanitários das situações de emergência e catástrofes.
3. **APELA** aos parceiros internacionais para que efectuem as suas intervenções em situações de emergência no âmbito do quadro nacional de saúde e da forma mais flexível possível, por forma a assegurar que todas as populações afectadas beneficiem do seu apoio, sem quaisquer considerações políticas.
4. **CONVIDA** os Estados-membros a:
 - i) desenvolver ou reforçar as suas capacidades para fazer face às situações de emergência, não só graças à formação, mas também através do reforço das capacidades institucionais incluindo a criação de sistemas de alerta precoce e atribuição de recursos suficientes;
 - ii) criar, com urgência, um Fundo Nacional de Emergência, onde o mesmo não existir;
 - iii) integrar os programas e actividades de socorros de emergência e ajuda humanitária nos seus planos nacionais de desenvolvimento sanitário;
 - iv) tomar e/ou intensificar medidas para envolver efectivamente as comunidades nas actividades de preparação e resposta às situações de emergência;
 - v) declarar imediatamente as situações de emergência, incluindo a notificação de epidemias, a fim de permitir uma resposta rápida;
 - vi) identificar, classificar e fazer a cartografia das fontes potenciais de situações de emergência, por forma a facilitar a preparação dos países para lhes fazer face;
 - vii) criar uma comissão multisectorial para emergências, caso não exista;
 - viii) cooperar e apoiar os países vizinhos em assuntos relacionados com emergências.

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

- i) preste o apoio necessário aos Estados-membros com vista a desenvolver as respectivas capacidades para fazer face às situações de emergência;
- ii) estude a possibilidade de organizar um Dia Mundial de Consciencialização sobre as Situações de Emergência, que será usado pelos Estados-membros como uma oportunidade para sensibilizar e mobilizar todos os protagonistas para questões relacionadas com os socorros de emergência e ajuda humanitária;
- iii) forneça orientações e apoio técnico adequados, de modo a facilitar a identificação, a classificação e a cartografia adequadas das fontes potenciais de situações de emergência;
- iv) apoie os esforços que visem estreitar e assegurar uma cooperação eficaz entre os países sobre questões relacionadas com os socorros de emergência e ajuda humanitária;
- v) estabeleça uma lista de peritos africanos em socorros de emergência e ajuda humanitária, e garanta a utilização óptima desses peritos pelos Estados-membros;
- vi) ponha à disposição informação adequada sobre a capacidade das organizações não-governamentais que actuam no campo dos socorros de emergência e ajuda humanitária na Região, e forneça orientações sobre como desenvolver e usar as ONG locais;
- vii) dê elevada prioridade à prestação de apoio a estudos para avaliar o impacto efectivo a médio e a longo prazo das situações de emergência no sector da Saúde;
- viii) apresente um relatório anual ao Comité Regional.

Nona sessão, 5 de Setembro de 1997

AFR/RC47/R2: ESTRATÉGIA REGIONAL DE INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS COMUNIDADES AFRICANAS

Recordando a importância atribuída na Constituição da OMS e na Declaração de Alma-Ata à informação e educação como meio de promover a saúde;

Considerando as Resoluções WHA27.27 e WHA42.44 da Assembleia Mundial da Saúde;

Tendo em conta a recente Declaração de Jacarta sobre a Promoção da Saúde no século XXI;

Reconhecendo a necessidade e a procura prementes de informação que permita às pessoas tomar medidas simples para proteger e promover a saúde;

Consciente do papel crucial que as iniciativas de informação, educação e comunicação sobre saúde podem desempenhar no sentido de levar as pessoas a adoptar comportamentos e estilos de vida saudáveis;

Reconhecendo que as actividades de informação, educação e comunicação sobre saúde são elementos essenciais dos programas de promoção da saúde, podendo contribuir para acelerar a instauração da Saúde para Todos na Região;

O COMITÉ REGIONAL,

1. **APROVA** a Estratégia Regional de Informação, Educação e Comunicação para a Promoção da Saúde nas Comunidades Africanas.

2. **APELA** aos Estados-membros para que:

- i) formulem ou reforcem estratégias de informação, educação e comunicação sobre saúde, como elementos essenciais da promoção da saúde;
- ii) tomem medidas apropriadas para reforçar a infra-estrutura necessária e fornecer recursos adequados a todos os níveis, para implementar as iniciativas de informação, educação e comunicação sobre saúde;
- iii) facilitem a aquisição de equipamento para as actividades de informação, educação e comunicação, como aparelhos de rádio, por exemplo, exonerando-os de taxas alfandegárias;
- iv) intensifiquem a produção e distribuição de materiais apropriados de informação e educação para ajudar as pessoas a proteger e promover a saúde;
- v) promovam a elaboração e ensaio de material de informação sanitária em línguas locais;
- vi) utilizem mais todos os meios de comunicação disponíveis, incluindo os tradicionais, para difundir informação e educação sobre saúde, em apoio dos programas nacionais de cuidados de saúde, e estabeleçam ligações com os meios de comunicação social para assegurar uma melhor promoção das actividades de saúde;
- vii) garantam que as populações das zonas rurais, os desfavorecidos dos centros urbanos e outros grupos desfavorecidos como os cegos e os surdos tenham acesso adequado aos materiais de informação e educação sobre saúde;
- viii) criem mecanismos eficazes de monitorização e avaliação para as actividades de informação, educação e comunicação;
- ix) estabeleçam um sistema de informação sanitária pertinente e atempado que assegure a disponibilidade de informações actualizadas para a educação sanitária.

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

- i) preste apoio aos Estados-membros, para que formulem e implementem métodos alternativos de promoção da saúde para apoiar os programas de Saúde para Todos;
- ii) organize seminários regionais periódicos para os agentes dos meios de comunicação e outros comunicadores sanitários e promova a criação de uma rede de comunicadores e promotores da saúde;
- iii) defina modelos e orientações, sempre que necessário, para ajudar os Estados-membros a produzir materiais eficazes de informação e educação sobre saúde;
- iv) mobilize, em colaboração com outras agências, fundos para apoiar as actividades de informação, educação e comunicação sobre saúde, na Região;
- v) identifique Centros de Colaboração que ajudem a promover a investigação, a formação e a disseminação eficaz da informação sanitária;
- vi) inventarie os métodos e práticas eficazes de informação, educação e comunicação sobre saúde existentes na Região e comunique-os aos Estados-membros;
- vii) publicite os êxitos alcançados na área da informação, educação e comunicação sobre saúde, na Região Africana;
- viii) apoie os esforços feitos para promover actividades interpaíses de IEC;

- ix) apresente, por ocasião da quadragésima-nona sessão do Comité Regional, um relatório sobre os progressos realizados na implementação da estratégia.

Nona sessão, 5 de Setembro de 1997

AFR/RC47/R3: REFORMA DA OMS E PRIORIDADES DE SAÚDE AFRICANAS

Profundamente preocupado com a deficiente situação sanitária em África, a lentidão dos progressos registados no campo da Saúde que exige um envolvimento mais activo dos africanos nas actividades da OMS e ainda a falta de progressos concretos na implementação da Iniciativa Especial do Sistema das Nações Unidas para a África desde o seu lançamento em 1996;

Reconhecendo que os problemas e as necessidades de saúde de África constituem um desafio não apenas para o continente africano mas para toda a comunidade internacional;

Notando, por exemplo, que a Região Africana tem:

- i) quarenta por cento das pessoas que vivem em situação de pobreza absoluta;
- ii) dois terços de todas as pessoas com HIV/SIDA, em todo o mundo;
- iii) noventa por cento de todos os óbitos por paludismo, em todo o mundo;
- iv) quarenta e três por cento de todas as crianças que morrem de doenças evitáveis pela vacinação, em todo o mundo;
- v) trinta e cinco por cento das crianças menores de cinco anos que sofrem de malnutrição crónica;
- vi) menos de quarenta por cento de mães com acesso a pessoal qualificado durante o parto;

Considerando que a dotação orçamental atribuída à Região Africana não é proporcional à magnitude dos problemas e necessidades de saúde existentes na Região;

Consciente das reformas em curso na OMS, em particular da criação de um grupo especial do Conselho Executivo para analisar a Constituição da OMS;

Notando que continua a haver uma situação de desigualdade na representação da África entre os funcionários ao mais alto nível da Organização;

O COMITÉ REGIONAL,

1. **SOLICITA** ao Conselho Executivo que:

- (i) assegure que os problemas de saúde em África sejam considerados como um desafio mundial e que beneficiem da mais elevada prioridade;
- (ii) defina critérios mais objectivos, equitativos e práticos para a atribuição do orçamento global da OMS, tomando em consideração as necessidades de saúde prioritárias da Região;
- (iii) tome medidas apropriadas para dar as mesmas possibilidades de representação às pessoas designadas pelos Estados-membros para o Conselho Executivo, a fim de evitar que um dado grupo de Estados-membros exerça uma influência excessiva na Organização.

2. **SOLICITA** ao Director-Geral que:

- (i) forneça todas as informações e apoio processual que permitam ao Conselho Executivo tratar os pontos acima da forma mais rápida e completa;

- (ii) se assegure do cumprimento das disposições do Artigo 35º da Constituição da OMS, que estipula que a consideração primordial no emprego do pessoal deverá, *inter alia*, garantir que o carácter internacional da representação a nível do Secretariado seja mantido ao mais alto nível, tendo na devida conta a importância de recrutar o pessoal na mais ampla base geográfica possível.

Nona sessão, 5 de Setembro de 1997

AFR/RC47/R4: PROMOÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DAS MULHERES NA SAÚDE E NO DESENVOLVIMENTO

Considerando a Resolução WHA50.16 da Assembleia Mundial da Saúde sobre o emprego e a participação das mulheres nas actividades da OMS;

Considerando, igualmente, as iniciativas mundiais de vários países e outras organizações sobre o mesmo assunto;

Reconhecendo o papel estratégico das mulheres para se alcançar um desenvolvimento sustentável e o valor adicional que uma força de trabalho equilibrada pode trazer às actividades de saúde, aos níveis nacional e internacional;

Tendo notado, com apreciação, as medidas tomadas pela Sede Regional para aumentar a participação das mulheres nas actividades da Organização;

O COMITÉ REGIONAL,

1. **EXORTA** os Estados-membros a:

- (i) envidar esforços sistemáticos no sentido de apoiar as estratégias da Sede Regional, identificando candidatas qualificadas para desempenhar cargos de responsabilidade e preparando-as para o desempenho de futuros cargos;
- (ii) designar mulheres para participar nas actividades da Organização, nomeadamente nas reuniões dos órgãos directivos, bem como nas reuniões científicas, técnicas e consultivas, e nos painéis de peritos;
- (iii) nomear “pontos focais” em todos os ministérios da saúde, não apenas para facilitar e promover o contributo das mulheres para a saúde e o desenvolvimento aos níveis regional e nacional, mas também para reforçar a sua participação nas actividades da OMS.

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

- (i) identifique os obstáculos ao recrutamento e retenção de mulheres em postos profissionais, e elabore e implemente um plano apropriado para superar esses obstáculos;
- (ii) exorte continuamente os Estados-membros a incentivar e promover a participação de mulheres no desenvolvimento sanitário nacional, bem como nas actividades da OMS;
- (iii) apele, sempre que necessário, aos “pontos focais” dos ministérios da saúde para promover a igualdade entre sexos;
- (iv) avalie, periodicamente, os progressos realizados neste sentido.

Nona sessão, 5 de Setembro de 1997

AFR/RC47/R5: SAÚDE REPRODUTIVA: ESTRATÉGIA DA REGIÃO AFRICANA PARA 1998-2007

Considerando a importância que a OMS atribui à saúde reprodutiva, como meio que contribui para a saúde e o desenvolvimento de todas as pessoas;

Preocupado com os contínuos e inaceitavelmente elevados níveis de morbidade e mortalidade devidas à deficiente saúde reprodutiva na Região;

Tendo devidamente em conta os esforços envidados pelos Estados-membros e pelos seus parceiros desde Alma-Ata (1978) para melhorar a saúde e o bem-estar das suas populações, em particular no campo da saúde reprodutiva;

Reconhecendo que é urgente adoptar uma abordagem mais coerente e melhor coordenada para a definição das prioridades, bem como para a elaboração e gestão dos programas, por forma a garantir serviços de saúde reprodutiva na Região;

Considerando as Resoluções WHA48.10, AFR/RC44/R11 e AFR/RC45/R7 adoptadas em anos anteriores, bem como os planos de acção aprovados pelos Estados-membros na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, e na Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres, realizada em Beijing, em 1995;

Tendo analisado, atentamente, o relatório apresentado pelo Director Regional no documento AFR/RC47/8 que propunha uma estratégia regional da OMS para a saúde reprodutiva;

O COMITÉ REGIONAL,

1. **APROVA** a estratégia proposta, cujo objectivo é reforçar a capacidade dos Estados-membros para facultar às suas populações meios destinados a promover e proteger a saúde e o bem-estar em todos os aspectos da saúde reprodutiva.
2. **SOLICITA** aos Estados-membros que:
 - i) estabeleçam e promovam uma abordagem mais eficaz da saúde reprodutiva, fazendo intervir todos os actores de modo a assegurar acções multisectoriais nesta área;
 - ii) revejam ou actualizem as políticas, estratégias e programas pertinentes, por forma a que o leque completo das questões de saúde reprodutiva seja tratado de maneira coerente e integrada, em particular a definição das prioridades;
 - iii) adaptem as estruturas de saúde a este novo conceito da saúde reprodutiva, no âmbito dos cuidados primários de saúde;
 - iv) promovam o conceito de saúde reprodutiva junto dos decisores, profissionais de saúde e populações;
 - v) tomem medidas apropriadas para alcançar os grupos mal servidos até à data, como os jovens, os adolescentes, as populações desfavorecidas e, sempre que necessário, os refugiados e os deslocados no interior do seu país;
 - vi) criem os mecanismos necessários para garantir que a informação e os cuidados de saúde reprodutiva sejam de boa qualidade, culturalmente aceitáveis, completos e acessíveis, em particular a nível da comunidade;
 - vii) elaborem material de Informação, Educação e Comunicação (IEC) apropriado e culturalmente adaptado, por forma a favorecer a adopção de comportamentos e estilos de vidas saudáveis sobre saúde reprodutiva e desencorajar os comportamentos de risco, em particular nos jovens e adolescentes;
 - viii) empreendam estudos operacionais para definir intervenções com boa relação custo-eficácia e culturalmente adaptadas;

- ix) criem um quadro regulamentar que facilite a implementação do conceito de saúde reprodutiva.

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

- i) preste a todos os países o apoio necessário em todas as fases de elaboração dos programas, incluindo a avaliação das necessidades de saúde reprodutiva, a elaboração de políticas e princípios orientadores com base nas práticas mais eficazes, a definição das prioridades, a mobilização de recursos internos e externos, o desenvolvimento das capacidades institucionais e comunitárias, a monitorização e a avaliação;
- ii) promova a colaboração e o estabelecimento de redes entre países dentro e fora da Região, com vista ao intercâmbio de informação sobre as práticas mais eficazes e as experiências inovadoras no campo da saúde reprodutiva;
- iii) tome as medidas requeridas para reforçar a capacidade da Sede Regional e das Representações da OMS nos países, para prestar atempadamente e de maneira integrada um apoio técnico eficaz aos programas nacionais de saúde reprodutiva;
- iv) desempenhe um papel catalisador na criação ou reforço dos mecanismos de coordenação existentes entre os principais intervenientes e parceiros nas actividades de saúde reprodutiva, a fim de melhorar a relação custo-eficácia dessas actividades, aos níveis nacional e regional, entre os Estados-membros e outros intervenientes-chave;
- v) mantenha e intensifique o apoio à formação de profissionais de saúde em saúde reprodutiva, nos Estados-membros;
- vi) apresente um relatório sobre a implementação da estratégia de saúde reprodutiva à Quadragésima-nona sessão do Comité Regional, em 1999.

Nona sessão, 5 de Setembro de 1997

AFR/RC47/R6: LUTA CONTRA O TABACO

Tendo notado que, até ao ano 2030, ocorrerão em todo o mundo 10 milhões de mortes por tabagismo, a maioria das quais nos países em desenvolvimento;

Notando, com preocupação, que estando o consumo de tabaco a diminuir nos países desenvolvidos, há uma tendência por parte das companhias tabaqueiras de promover os seus produtos nos países em desenvolvimento;

Consciente de que esses produtos serão utilizados para induzir nos adolescentes e nas crianças o vício de fumar;

Reconhecendo que o Governo dos Estados Unidos da América tem feito progressos para chegar a um acordo com as companhias tabaqueiras a nível nacional, sobre o controlo da publicidade e venda do tabaco;

O COMITÉ REGIONAL, reunido em Sun City, na África do Sul, por ocasião da sua 47ª sessão,

1. **EXORTA** o Director-Geral a :

- (i) apelar ao Governo dos Estados Unidos para que inclua na versão final do seu acordo interno cláusulas que impeçam as companhias tabaqueiras de exportar esta ameaça à saúde para os países em desenvolvimento com pouca legislação e capacidade de controlo;
- (ii) apoiar os países africanos a introduzir medidas eficazes de combate ao tabaco;

- (iii) acelerar a elaboração da prevista Convenção Internacional sobre a Luta Antitabágica, garantindo a plena participação da África;
 - (iv) identificar, na Região Africana, um Centro de Colaboração para a Luta Antitabágica.
2. **SOLICITA** ao Director Regional que apresente ao Comité, por ocasião da sua 49ª sessão, um relatório sobre os progressos alcançados.

Nona sessão, 5 de Setembro de 1997

AFR/RC47/R7: PAZ E ESTABILIDADE NO CONGO E NA SERRA LEOA

Profundamente preocupado com os numerosos conflitos que afectam muitos países africanos e ocasionam movimentos transfronteiriços e deslocações internas de populações, com consequências incalculáveis para a saúde das populações afectadas;

Preocupado com os actuais conflitos que afectam particularmente o Congo e a Serra Leoa;

Convencido de que a paz e a estabilidade são pré-requisitos para a saúde e o desenvolvimento;

Consciente do facto de que esses conflitos causam danos incalculáveis, a destruição da infraestrutura sanitária e a morte de profissionais de saúde;

O COMITÉ REGIONAL,

1. **LANÇA UM APELO** solene às partes envolvidas nos conflitos para que tomem as medidas necessárias para resolvê-los pacificamente e ponham termo à desnecessária perda de vidas humanas.
2. **APELA** a todos os países africanos para que apoiem, num espírito de solidariedade, todas as iniciativas que estão a ser tomadas para ajudar os países afectados a restabelecer a paz e a estabilidade.
3. **SOLICITA** ao Director Regional que:
 - (i) preste o apoio necessário a esses países, em particular para prevenir as epidemias e outros problemas de saúde decorrentes desses conflitos;
 - (ii) transmita a presente resolução aos Chefes de Estado dos países da Região, ao Secretário-Geral da OUA e ao Director-Geral da OMS.

Nona sessão, 5 de Setembro de 1997

AFR/RC47/R8: MOÇÃO DE AGRADECIMENTO

Considerando o tempo, esforços e recursos consagrados pelo Governo da África do Sul para garantir o êxito da 47ª sessão do Comité Regional, que teve lugar em Sun City de 1 a 5 de Setembro de 1997;

Apreciando o acolhimento excepcionalmente caloroso e amistoso do Governo e do Povo da África do Sul ao Comité Regional;

Plenamente consciente do facto de que esta é a primeira vez que a África do Sul está tão intimamente envolvida na planificação e organização do Comité Regional;

O COMITÉ REGIONAL,

1. **AGRADECE** muito sinceramente a Sua Excelência, o Presidente da República da África do Sul, Sr. Nelson Mandela, por acolher a quadragésima-sétima sessão do Comité e pelo alto nível de eficácia demonstrado e a exemplar hospitalidade e consideração dispensadas aos delegados.
2. **REGOZIJA-SE** com a inspiradora mensagem do Sr. Thabo M. Mbeki, Vice-Presidente da República da África do Sul, na cerimónia de abertura, em nome do Chefe de Estado, na qual salientou o enorme desafio colocado à nossa Região pela epidemia do HIV/SIDA.
3. **TORNA EXTENSIVA** a sua gratidão à Ministra da Saúde, Dra. N. Dlamini Zuma, pelos esforços incansáveis para preparar a 47ª sessão do Comité Regional e pela maneira eficaz como conduziu os trabalhos.
4. **ELOGIA** o Governo e o Povo da África do Sul pela sua calorosa hospitalidade.
5. **SOLICITA** ao Director Regional que transmita esta moção de agradecimento a Sua Excelência, o Presidente da República, ao Governo e a todo o Povo da África do Sul.

Nona sessão, 5 de Setembro de 1997

PARTE II

RELATÓRIO DO COMITÉ REGIONAL

ABERTURA DA SESSÃO

1. A quadragésima-sétima sessão do Comité Regional Africano foi aberta em Sun City, na África do Sul, na segunda-feira, 1 de Setembro de 1997, por Sua Excelência, o Vice-Presidente da República da África do Sul, Sr. T. M. Mbeki. A cerimónia de abertura contou igualmente com a presença das seguintes personalidades: Sr. P. Molefe, Primeiro Ministro da Província do Noroeste da África do Sul; Ministros da Saúde e outros Chefes das Delegações dos Estados-membros; Dr. Hiroshi Nakajima, Director-Geral da OMS; Dr. E.M. Samba, Director Regional da OMS para África; e Membros do Corpo Diplomático.
2. O Mestre de Cerimónias, o Dr. M.P. Sefularo, deu as boas-vindas a todos os delegados e aos outros participantes na cerimónia de abertura. Recordou a morte trágica e repentina de Lady Diana, Princesa de Gales, que se empenhara muito activamente nas questões de saúde e afins, e pediu que se respeitasse um minuto de silêncio, em sua memória.
3. Na sua alocução de abertura, o Dr. Abdelkrim M'Hatef, Presidente da Quadragésima-sexta sessão do Comité Regional, exprimiu, em nome dos delegados, a sua gratidão ao Presidente e ao Povo da República da África do Sul por terem acolhido a Quadragésima-sétima sessão do Comité Regional.
4. Recordou em seguida o apoio prestado pelo Presidente Mandela às actividades conducentes à erradicação da poliomielite.
5. Fez notar que, desde a Quadragésima-sexta sessão do Comité Regional, tinham-se verificado alguns acontecimentos infelizes na Região, nomeadamente guerras civis em alguns países e surtos epidémicos frequentes e disseminados, tendo sublinhado que o Director Regional fornecera apoio técnico, material e financeiro adequado aos países afectados. Acrescentou que estava confiante de que a esperança não estava perdida e que havia possibilidades de alcançar os objectivos de desenvolvimento sanitário na Região.
6. Na sua alocução, o Dr. Ebrahim M. Samba, Director Regional da OMS para África, indicou que 1997 tinha sido um ano com coisas boas e más para a OMS na Região Africana. De entre os acontecimentos negativos, assinalou os crescentes problemas levantados pelas situações de emergência e pelos refugiados, tendo referido, como um acontecimento positivo, a discussão de questões de saúde extremamente importantes no decorrer da Cimeira dos Chefes de Estado e de Governo da Organização de Unidade Africana, em Harare.
7. Recordou os problemas políticos em alguns países da África Central e agradeceu ao Presidente da República da África do Sul os seus esforços no sentido de instaurar a paz na Região. Também manifestou a sua gratidão aos Ministros da Saúde da Região pelas medidas que haviam tomado para garantir que as actividades da Sede Regional Africana da OMS não fossem interrompidas pela crise em Brazzaville, a qual obrigara a evacuar o pessoal da Sede Regional. A este propósito, agradeceu à Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC) por ter posto à disposição da Sede Regional escritórios em Harare com capacidade para mais de 80 funcionários, e realçou os esforços envidados nesse sentido pelo Presidente da República do Zimbabwe e pelo seu Ministro da Saúde.
8. Fez notar que o que acontecera em Brazzaville deveria ser encarado como um desafio para descentralizar ainda mais as actividades da Organização na Região para as Representações da OMS nos países, de modo a que no futuro tais acontecimentos não afectem negativamente essas actividades.
9. Na sua alocução, o Dr. Hiroshi Nakajima, Director-Geral da OMS, agradeceu ao Governo e ao Povo da República da África do Sul as disposições tomadas para acolher a Quadragésima-sétima sessão do Comité Regional.
10. Realçou os progressos notáveis registados na República da África do Sul. Referiu que a comunidade internacional havia perfeitamente reconhecido isso e louvou a determinação do Povo sul-africano em ser bem sucedido.
11. Acrescentou que a Organização estava empenhada em colaborar com os países para melhorar a saúde das populações.

12. Referiu-se aos problemas de segurança em Brazzaville, que haviam obstado a que a Sede Regional Africana continuasse a funcionar de maneira eficaz. Manifestou a esperança de que a actual sessão do Comité Regional deliberasse sobre a forma como iria o escritório funcionar no futuro.
13. Na sua alocução, o Sr. L. Masimba, representante do Secretário-Geral da Organização de Unidade Africana, informou os delegados que a OUA tinha grande prazer em participar na Quadragésima-sétima sessão do Comité Regional e agradeceu ao Governo e ao Povo da República da África do Sul as excelentes disposições tomadas para acolher a sessão.
14. Enumerou em seguida os obstáculos com que o sector da saúde está confrontado nos países da Região, nomeadamente: economias estagnadas; elevadas taxas de crescimento populacional; degradação do ambiente; guerras e conflitos civis; falta de segurança e abastecimento alimentares numa base sustentável. Acrescentou, no entanto, que a situação não era desesperada, dado que estavam a ser envidados esforços por todo o continente para inverter a situação, tendo sublinhado que seria necessário documentar esses esforços.
15. Manifestou apreço pelo papel desempenhado pelo Presidente Mandela nos esforços de erradicação da poliomielite em África.
16. Recordou a recente Declaração dos Chefes de Estado e de Governo da OUA sobre a prevenção e combate ao paludismo.
17. Frisou que no âmbito da implementação da Declaração sobre o HIV/SIDA e da Iniciativa para o Controlo das Perturbações por Carência de Micronutrientes, a OUA tinha elaborado e enviado questionários aos países. Exortou os países que ainda não tinham preenchido os respectivos questionários a fazê-lo.
18. Fez notar que as dotações orçamentais para o sector da Saúde tinham sido sempre baixas e sublinhou a necessidade de corrigir a situação.
19. Na sua alocução, a Dra. N. Dlamini Zuma, Ministra da Saúde da República da África do Sul, declarou que era uma honra e um privilégio para o seu país acolher a presente sessão do Comité Regional. Agradeceu aos delegados o seu apoio durante a luta pela paz e pela democracia na África do Sul e apelou à OMS e aos Estados-membros que continuassem a apoiar o seu país com vista a fazer face aos vários problemas decorrentes do novo processo democrático.
20. Declarou que a África deveria estar bem preparada para o próximo milénio, donde a necessidade de avaliar os progressos realizados na implementação da Saúde para Todos e de formular estratégias apropriadas para resolver os vários problemas de saúde da Região. Sublinhou igualmente a necessidade de garantir a paz, cuja falta tem constituído uma séria ameaça para a saúde na Região.
21. Exortou os delegados a dedicar os quatro dias restantes da sessão à discussão e apresentação de medidas tendentes a resolver os principais problemas de saúde na Região.
22. Para concluir, a Dra. Zuma deu as boas-vindas aos delegados à Quadragésima-sétima sessão do Comité Regional.
23. No seu discurso, Sua Excelência, o Vice-Presidente da República da África do Sul, Sr. T.M. Mbeki, deu as boas-vindas aos delegados e aos outros convidados presentes na cerimónia de abertura, em nome do Presidente Mandela.
24. Fez notar que, embora as deliberações da presente sessão do Comité Regional ocorressem num contexto de melhorias significativas das condições de vida e de avanços tecnológicos por todo o mundo, muitas partes do continente ainda não tinham beneficiado desses progressos. Declarou que tal era devido à pobreza, seca, fome, pesado fardo da dívida, desemprego, rápida urbanização e elevadas taxas de crescimento populacional, doenças infecciosas, acesso inadequado a serviços essenciais, analfabetismo, guerras e deslocação de numerosas populações.

25. Acrescentou que para que a África fizesse parte dos continentes que beneficiariam das melhorias das condições de vida e dos avanços tecnológicos, haveria que eliminar os obstáculos que estavam na origem do atraso do continente africano. Declarou que, para o efeito, seria importante assegurar a democratização das nossas sociedades e a manutenção da paz.

26. O Sr. Mbeki realçou que o aumento da esperança de vida das pessoas contribuíra para aumentar a proporção de pessoas idosas, o que fez com que alguns países africanos já estejam confrontados com um aumento dos problemas causados por doenças crónicas.

27. Declarou que o crescente problema do HIV/SIDA com as suas consequências sócio-económicas teria de ser resolvido, o mesmo sucedendo com os problemas de abuso de substâncias tóxicas, em particular drogas, álcool e tabaco. Para resolver estes problemas, os países da Região teriam de aprender com os êxitos de outros países.

28. Desejou aos delegados uma reunião frutífera e recordou-lhes que deveriam fornecer orientações sobre a forma de resolver alguns dos principais problemas de saúde da Região.

29. Em seguida, o Sr. Mbeki declarou oficialmente aberta a Quadragésima-sétima sessão do Comité Regional.

ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHOS

Constituição da Comissão de Designações

30. O Comité Regional nomeou uma Comissão de Designações composta por representantes dos seguintes 12 Estados-membros: Camarões, Comores, Congo (República), Côte d'Ivoire, Gâmbia, Guiné-Bissau, Lesoto, Mali, Quénia, Ruanda, São Tomé e Príncipe e Senegal. A Comissão de Designações elegeu o Sr. Ousmane Ngom, Ministro da Saúde e da Segurança Social do Senegal, como seu Presidente.

Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores

31. Após ter analisado o relatório da Comissão de Designações e nos termos do Artigo 10º do Regulamento Interno e da Resolução AFR/RC46/R1, o Comité Regional elegeu, por unanimidade, a seguinte Mesa:

Presidente	:	Dra. N. Dlamini Zuma Ministra da Saúde, África do Sul
1º Vice-Presidente	:	Prof. Marina D'Almeida-Massougbodsi Ministra da Saúde, da Segurança Social e da Condição Feminina, Benim
2º Vice-Presidente	:	Dr. Said Bakarijecha Ministro da Saúde, Zanzibar, Tanzânia
Relatores	:	Dr. Joseph Dawson Otoo Director dos Serviços Nacionais de Seguro de Saúde, Gana
		Dr. Humberto Cossa Director Nacional de Planificação e Cooperação Ministério da Saúde, Moçambique
		Dr. Sama Koffi Ministro da Saúde, Togo

Relatores das Discussões Técnicas: Dr. Paulinus L.N. Sikosana
Zimbabue (Inglês)

Dr. Adrien Ware
Burkina Faso (Francês)

Dr. Gilberto Frota
São Tomé e Príncipe (Português)

Nomeação dos Membros da Comissão de Verificação de Poderes

32. O Comité Regional nomeou como membros da Comissão de Verificação de Poderes os representantes dos seguintes 12 Estados-membros: Botsuana, Cabo Verde, Chade, Eritreia, Etiópia, Gabão, Madagáscar, Malauí, Mali, República Democrática do Congo, Uganda e Zâmbia.

33. A Comissão de Verificação de Poderes reuniu-se a 3 de Setembro de 1997, tendo contado com a presença de delegados dos seguintes países: Botsuana, Cabo Verde, Eritreia, Gabão, Madagáscar, Malawi, Mali, República Democrática do Congo, Uganda e Zâmbia. A Comissão elegeu o Sr. V. Musowe, da Zâmbia, para Presidente.

34. A Comissão de Verificação de Poderes informou o Comité Regional de que tinha analisado as cartas credenciais de quarenta e dois Estados-membros e que as mesmas estavam em ordem. O Comité Regional aprovou o relatório da Comissão.

Adopção da ordem do dia

35. A Presidente da Quadragésima-sétima sessão do Comité Regional, a Dra. N. Dlamini Zuma, Ministra da Saúde da África do Sul, submeteu a ordem do dia provisória (documento AFR/RC47/1) à apreciação do Comité Regional, que a adoptou sem emendas.

Adopção do horário de trabalho

36. O Comité Regional adoptou o seguinte horário de trabalho: 9H00 - 12H30 e 14H00 - 17H30, com um intervalo em cada período.

ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA: RELATÓRIO ANUAL DO DIRECTOR REGIONAL (documento AFR/RC47/2)

37. O Director Regional declarou que, atendendo a que o Director-Geral participava pela última vez no Comité Regional Africano, queria que ficasse registado no relatório que o Dr. Nakajima sempre o tratara mais como um irmão do que como colega. Agradeceu-lhe calorosamente o seu apoio ao desenvolvimento sanitário na Região, tendo-se os delegados levantado nesse momento para aplaudir o Dr. Nakajima.

38. Sublinhou, em seguida, que as actividades da OMS na Região, em 1996, tinham sido satisfatórias, tendo-se registado progressos significativos graças ao apoio dos ministros da saúde e do respectivo pessoal. Realçou a dedicação exemplar dos funcionários da Sede Regional, acrescentando que, apesar dos problemas de segurança em Brazzaville, os documentos da Quadragésima-sétima sessão do Comité Regional tinham sido produzidos e distribuídos a tempo. Pediu desculpa por alguns problemas de tradução na língua portuguesa.

39. Referindo-se às relações da Sede Regional com os seus parceiros, declarou que a colaboração com a Sede Mundial da OMS, (Director-Geral, Directores-Gerais Adjuntos e Directores de Divisões) era excelente. Por seu turno, os organismos de cooperação multilateral e bilateral, bem como as organizações não-governamentais, estavam a fornecer cada vez mais fundos extra-orçamentais. Mencionou em particular o Rotary Internacional, que apoiara actividades conducentes à erradicação da poliomielite.

40. Finalmente, declarou que, atendendo ao apoio prestado pelos ministros e pelos parceiros, bem como ao elevado nível de empenhamento do pessoal, estava convencido de que o futuro da saúde em África era promissor. Em seguida, pediu ao Director da Gestão dos Programas e aos Directores das Divisões da Sede Regional que apresentassem, sucessivamente, as partes do relatório anual relativas às suas Divisões respectivas.

Desenvolvimento e administração do conjunto dos programas

41. O Director da Gestão dos Programas, o Dr. A.M. D'Almeida, indicou, que a sua apresentação do Relatório Anual do Director Regional relativo a 1996 incidiria sobre o Desenvolvimento e Administração do Conjunto dos Programas, tendo referido que as apresentações dos outros directores abrangeriam três assuntos importantes, designadamente: implementação dos programas a nível da Região e dos países, durante o ano; implementação das resoluções aprovadas na 46ª sessão do Comité Regional; progressos realizados em determinados programas.

42. Sublinhou que se adoptara um método inovador de consulta entre os Representantes da OMS, por um lado, e os funcionários técnicos e directores dos programas regionais, por outro, por forma a harmonizar as actividades prioritárias e o planeamento conjunto aos níveis dos países e da Região. Prevê-se aperfeiçoar o método, alargando as consultas aos três níveis da Organização nos anos seguintes, a fim de melhorar a eficácia do planeamento, programação, implementação, monitorização e avaliação dos programas, a nível dos países.

43. Assinalou que, na 19ª Reunião Regional do Programa, realizada durante o ano em apreço, fora tomada a decisão de elaborar planos de acção bienais, em vez de anuais, por forma a harmonizar o período abrangido pelos orçamentos-programas com o planeamento detalhado da execução dos orçamentos.

44. Sublinhou que, no decorrer do ano em apreço, tinham-se envidado esforços no sentido de dedicar importância acrescida ao mecanismo de monitorização e avaliação, com instrumentos apropriados. A periodicidade e o formato dos relatórios sobre as actividades nacionais e interpaíses foram revistos e simplificados.

45. Por outro lado, a Sede Regional procedeu a uma avaliação anual dos programas, a meio do biénio de 1996-1997, com o objectivo de garantir a execução atempada dos planos de acção e facilitar a tomada de decisões pelo "Conselho de Direcção" no que respeita à reorientação ou reprogramação das actividades para o resto do biénio.

46. O Dr. D'Almeida acrescentou, em seguida, que a Sede Regional e as Representações da OMS tinham continuado a prestar apoio aos países com vista à reforma do sector da Saúde. Contudo, não foram muitos os progressos realizados na implementação da componente "Saúde" da Iniciativa Especial do Sistema das Nações Unidas para África. Em contrapartida, os esforços envidados no sentido de mobilizar mais recursos extra-orçamentais para a implementação das actividades programáticas permitiram alcançar resultados positivos. Os recursos mobilizados só no ano 1996 eram 50 por cento superiores aos que haviam sido mobilizados em todo o biénio de 1994-1995.

47. O Comité manifestou a forte necessidade de dispor de um Subcomité que tivesse um papel semelhante ao do Conselho Executivo e tratasse de questões técnicas e administrativas. O Conselheiro legal, Sr. Topping, referiu a experiência da Região Europeia para explicar a legalidade desse Subcomité. Avisou, contudo, que para definir com clareza o mandato de um Subcomité desse tipo e garantir que ele trabalhe com eficácia, seria necessário estudar o assunto mais aprofundadamente.

48. O Comité Regional solicitou ao Secretariado que estudasse melhor o assunto e apresentasse um relatório à sua 48ª sessão. Esse relatório deveria explicitar com clareza, entre outras coisas, não só o mandato como a composição do Subcomité. O Director Regional aderiu às recomendações e propôs que, entretanto, o Subcomité do Programa se reúna mais frequentemente e com a antecedência suficiente para que o seu relatório seja enviado aos países pelo menos um mês antes do Comité Regional.

49. Sob a orientação da Presidente do Comité, os delegados iniciaram a discussão do relatório do Director Regional relativo a 1996, tendo aprovado o novo formato e referido que este último era ao mesmo tempo claro e conciso.

50. Referindo-se aos problemas de segurança em Brazzaville, os delegados louvaram a serenidade e a coragem que caracterizara a gestão de uma situação tão difícil, o que permitira a evacuação segura do pessoal da Sede Regional, enquanto as actividades administrativas tinham prosseguido sem incidentes.
51. O Comité sublinhou que os planos e os programas da OMS deveriam reflectir as prioridades conjuntas dos países, no âmbito de um processo de consulta adequado.
52. Finalmente, o Dr. D'Almeida declarou que o papel da OMS e do Banco Mundial na implementação da Iniciativa Especial do Sistema das Nações Unidas para a África deveria ser melhor definido, a fim de evitar as duplicações, tendo acrescentado que a implementação dessa Iniciativa deveria incentivar a auto-suficiência nos países.
53. O Sr E. Elmendorf, do Banco Mundial, informou o Comité de que quinze países africanos eram candidatos activos ao apoio no contexto de uma abordagem sectorial abrangente do desenvolvimento sanitário. Referiu que haviam sido mobilizados 3,5 mil milhões de dólares no quadro de um programa de investimentos sectoriais em dez países. Salientou que a principal mensagem que passara do relatório sobre os progressos realizados na componente "Saúde" da Iniciativa foi a de que, se os países apresentassem programas credíveis, preparados em conjunto com os seus parceiros externos, não teriam problemas em preencher os requisitos para o financiamento externo.
54. Os delegados manifestaram o seu apreço pelo novo estilo de gestão em curso na Região e notaram, com satisfação, que o novo ciclo de apresentação de relatórios e o respectivo formato estavam em consonância com os planos de acção e os exercícios orçamentais.
55. Contudo, sublinharam que a redução do volume do Relatório Anual do Director Regional não devia ser feita em detrimento da integralidade da informação, particularmente no respeitante à informação financeira. Frisaram que gostariam de receber informação numa forma que facilitasse a avaliação do programa de cooperação técnica da OMS em termos de custo-eficácia.
56. Os delegados apoiaram a abordagem do Director Regional de descentralizar as actividades da OMS, centrando-as nos países. Notaram, porém, que era necessário prosseguir os esforços no sentido de reforçar ainda mais a posição dos Representantes da OMS, por forma a que pudessem ser mais eficazes na gestão dos programas de cooperação da OMS com os países.
57. Sugeriram que os resultados da avaliação anual dos programas feita pela Sede Regional fossem partilhados com os Estados-membros, com vista a melhorar a eficácia da cooperação técnica da OMS com estes últimos.
58. Reconhecendo a importância do apoio prestado aos países na formulação de políticas de saúde, os delegados sublinharam a necessidade da Sede Regional prestar apoio técnico à elaboração de políticas e planos relativos a determinados programas.
59. Os delegados felicitaram o Director Regional pelos esforços envidados no sentido de mobilizar fundos extra-orçamentais adicionais. Contudo, realçaram que os recursos externos não deveriam entravar a capacidade de utilizar eficientemente os recursos internos.
60. Referiram que havia necessidade de se criar e manter um banco de dados sobre peritos africanos em desenvolvimento sanitário.
61. Fizeram notar que a reforma da OMS deveria incidir sobre as prioridades. A este propósito, acolheram favoravelmente a revisão em curso dos critérios de atribuição das verbas do orçamento ordinário da OMS aos países.
62. O Dr. D'Almeida agradeceu aos delegados os seus comentários e sugestões construtivas sobre o relatório do Director Regional, tendo-lhes dado garantias de que os seus contributos seriam devidamente tidos em consideração.
63. Referiu que numa decisão anterior relativa à duração das suas sessões, o Comité Regional solicitara que se tirasse melhor partido da competência técnica do Subcomité do Programa, procedendo à revisão do seu mandato. Declarou que a partir de 1998 seriam tomadas medidas apropriadas para maximizar o contributo do Subcomité do Programa para os trabalhos do Comité Regional.

64. No respeitante ao processo de gestão na Sede Regional, foram dadas garantias ao Comité de que seriam prosseguidos os esforços no sentido de reforçar a adequação dos mecanismos de planeamento e programação, no âmbito das reformas de gestão na OMS, a nível mundial. A avaliação dos programas continuaria a ser uma das principais preocupações da Sede Regional.

65. Salientou-se que a definição das prioridades tinha sido feita em concertação com os países, através dos Representantes da OMS, tendo-se sublinhado que as orientações da Sede Regional visavam assegurar o respeito das prioridades definidas pelos Órgãos Directivos da Organização.

66. Finalmente, referiu-se que, deliberadamente, o relatório do Director Regional apresentado à presente sessão não entrava muito em detalhes e que as informações pormenorizadas solicitadas pelos delegados seriam fornecidas no relatório bienal a apresentar em 1998.

Desenvolvimento dos serviços de saúde

67. A secção do relatório sobre o Desenvolvimento dos Serviços de Saúde foi apresentada pelo Dr. L.G. Sambo do Secretariado.

68. Mencionou os principais êxitos alcançados em 1996, designadamente: 34 dos 46 países da Região elaboraram ou actualizaram as suas políticas ou planos estratégicos nacionais de saúde, no âmbito das reformas em curso no sector da Saúde; iniciaram-se consultas a nível dos países com vista à elaboração da nova política mundial de saúde; lançou-se o programa de qualidade dos cuidados e intensificou-se o apoio aos países nas áreas da elaboração de políticas de medicamentos essenciais e do controlo de qualidade dos medicamentos.

69. Além disso, prestou-se apoio a 15 países na formulação de políticas nacionais de saúde ou no planeamento estratégico. Por outro lado, após se terem identificado os problemas que obstam à operacionalidade de 1.145 dos 4.100 distritos de saúde estimados na Região, elaborou-se um programa de formação em gestão, para apoiar o reforço da gestão da saúde a nível distrital.

70. O Dr. Sambo acrescentou que as actividades empreendidas em 18 países no âmbito do Projecto de Investigação em Sistemas de Saúde, na África Oriental e Austral, haviam incidido sobre a formação de formadores em metodologia da investigação, apoio aos países para reforçar as suas unidades de investigação, publicação e divulgação de estudos de investigação, e reuniões interpaíses para o intercâmbio de experiências.

71. Referiu que os países que estavam a proceder à reforma do sector da Saúde haviam reconhecido a importância de elaborar políticas e planos de recursos humanos para a saúde, tendo-se realizado três seminários interpaíses sobre planeamento dos recursos humanos para a saúde.

72. Assinalou que se procedera a uma avaliação das necessidades em matéria de formação de pessoal de enfermagem e obstetrícia, em 43 países, tendo declarado que, quando estivesse pronto, o respectivo relatório seria um documento de referência para futuras reuniões regionais, na área do desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. Acrescentou que tais reuniões tinham em vista a elaboração da estratégia regional de desenvolvimento e gestão de recursos humanos e teriam lugar proximamente.

73. Salientou que a gestão do programa de bolsas de estudo melhorara graças a uma melhor colaboração com os Estados-membros, em particular no respeitante à selecção dos candidatos, ao equilíbrio entre candidatos de ambos os sexos e à colocação dos bolseiros em estabelecimentos de formação na Região. Referiu que as áreas que careciam de melhoramento eram o planeamento das bolsas de estudo, a avaliação das competências dos bolseiros, bem como a sua utilização.

74. Declarou que, em colaboração com a OMS, vinte países tinham finalizado as suas políticas farmacêuticas nacionais, doze tinham elaborado projectos de políticas e quatorze outros tinham iniciado discussões preliminares sobre o assunto. Apesar desses esforços, a cobertura, a acessibilidade e a disponibilidade de medicamentos continuam deficientes, sendo necessário envidar esforços acrescidos no sentido de melhorar o acesso aos medicamentos, em particular para os pobres. Por outro lado, elaborou-se um projecto para melhorar a disponibilidade de medicamentos de qualidade na Região, que contém aspectos de selecção e compra, armazenagem e distribuição, controlo de qualidade e legislação farmacêutica.

75. O Dr. Sambo assinalou que fora criado um grupo regional de peritos em tecnologias essenciais de saúde, tendo-lhe sido confiada como primeira tarefa a elaboração de directrizes para facilitar a elaboração de políticas nacionais de tecnologias essenciais de saúde, nos países. Essas directrizes estarão disponíveis no princípio de 1998.
76. Sessenta por cento dos países da Região declararam estar a empreender actividades relacionadas com a qualidade dos cuidados e realizou-se uma reunião regional destinada a definir directrizes para a elaboração de programas nacionais. Além disso, realizou-se, no Níger, uma reunião interpaíses sobre a implementação dos programas de qualidade dos cuidados para países francófonos e de língua oficial portuguesa, estando prevista uma outra para os países anglófonos no último trimestre de 1997, no Lesoto.
77. Após a intervenção do Dr. Sambo, os delegados sublinharam a necessidade de a Sede Regional prestar apoio acrescido com vista à criação de sistemas nacionais apropriados de informação sanitária, em apoio da vigilância epidemiológica e da melhoria da gestão do programa.
78. Realçaram, igualmente, a necessidade de maior flexibilidade nas políticas existentes, o que permitiria conceder bolsas para estudos universitários em algumas disciplinas a candidatos de países sem universidade, tendo-se referido que os países irmãos deveriam proporcionar vagas para esse efeito.
79. Declararam que a OMS deveria identificar organizações regionais apropriadas, como a Escola Médica de Pós-graduação da África Ocidental, capazes de facultarem em toda a Região, programas de formação e outro apoio técnico, em particular na área da formação de formadores.
80. Referiram que o desenvolvimento das capacidades nacionais deveria ter por objectivo criar uma massa crítica de profissionais de saúde para garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde.
81. Acrescentaram que os países deveriam tomar medidas tendentes a assegurar que os bolseiros que regressam sejam devidamente colocados.
82. Finalmente, sublinharam amplamente a necessidade de formular e difundir uma estratégia regional, para ajudar a reforçar as capacidades nacionais na área da investigação em sistemas de saúde.
83. Em resposta aos comentários dos delegados, o Dr. L.G. Sambo informou o Comité de que seria organizada dentro em breve uma reunião sobre o desenvolvimento de recursos humanos. Recordou que a fuga de cérebros no sector da Saúde era abordada no documento AFR/RC47/INF.DOC/1.
84. Referiu que a Sede Regional estava a envidar esforços para alargar o programa sobre investigação em sistemas de saúde aos países francófonos da África Ocidental. Referindo-se à utilização da medicina tradicional e da farmacopeia, recordou o papel desempenhado pelos Centros de Colaboração da OMS nessa área. Finalmente, acolheu favoravelmente a proposta de se proceder a uma avaliação da Iniciativa de Bamaco.

Promoção e protecção da saúde

85. A Dra. R. Tshabalala, do Secretariado, apresentou a secção do relatório relativa à promoção e protecção da saúde. Recordou ao Comité que os programas da sua Divisão constituíam componentes essenciais para o desenvolvimento dos indivíduos, das famílias e das comunidades, sendo por isso elementos-chave do desenvolvimento sanitário nacional.
86. Referiu que, em 1996, a Divisão da Promoção e Protecção da Saúde efectuara uma avaliação das prioridades, estratégias e abordagens, por forma a racionalizar a utilização dos recursos disponíveis. Na área da saúde reprodutiva, assinalou a formulação de uma estratégia centrada nos distritos para 10 anos, com o apoio da NORAD, da Sede Mundial da OMS, de peritos africanos e outros.
87. Frisou que a Reunião Consultiva Regional sobre a Iniciativa África 2000, realizada em Brazzaville, em Julho de 1996, culminara na adopção de um plano de acção e de uma declaração, que o Director Regional enviara aos Chefes de Estado e de Governo, Organizações Internacionais, Agências das Nações Unidas e OUA. Acrescentou que os países vítimas dos surtos de cólera haviam beneficiado de apoio técnico para criar microprojectos nas comunidades afectadas, centrados na educação para a higiene, construção de latrinas e abastecimento de água potável. Além disso assinalou o apoio prestado com vista à formação de nacionais e à preparação de planos de gestão e manutenção dos sistemas de abastecimento

abastecimento de água, tendo igualmente referido que vários países haviam lançado programas relativos à Iniciativa África 2000, enquanto outros tinham iniciado actividades de sensibilização para a segurança química.

88. Fez notar que a implementação do projecto "Cidades Saudáveis" prosseguira na Região e que também se prestara apoio ao programa «Escolas Saudáveis». Sublinhou, em particular, a aceleração da expansão da metodologia participativa na educação para a higiene, em colaboração com o Centro de Colaboração da OMS no Burkina Faso.

89. Declarou que a Conferência Regional sobre Micronutrientes, realizada em Abril de 1996, em Harare, mostrara que cerca de 59 por cento dos países tinham elaborado programas com o apoio da OMS, UNICEF e outros parceiros. Além disso, mais de 50 por cento dos países elaboraram planos de acção nacionais para a nutrição, tendo-se posto uma tónica na promoção da amamentação com o envolvimento dos profissionais de saúde, organizações não-governamentais, administradores hospitalares e comunidades rurais.

90. Assinalou que os progressos registados na promoção do bem-estar dos deficientes eram muito lentos.

91. Referiu que haviam sido criados programas de saúde oral em alguns países e que estava a ser elaborado material de educação sanitária para utilização a nível dos países.

92. No respeitante à promoção da saúde mental, declarou que alguns Estados-membros tinham sido apoiados na formulação de políticas e programas, tendo-se angariado recursos para os países devastados pela guerra, com vista a apoiar o desenvolvimento de capacidades e a prestação de serviços.

93. Realçou que a OMS pusera à disposição dos Estados-membros africanos e das suas populações intervenções, abordagens e estratégias para promover a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. Acrescentou que para se ter uma Região Africana saudável no futuro, era necessário o empenhamento dos governos. Além disso, os países teriam necessidade de elaborar e implementar planos nacionais vocacionados para a promoção da saúde, a fim de enfrentar os crescentes desafios e conduzir a África rumo ao próximo milénio.

94. Finalmente, mencionou as experiências positivas de países nas áreas da saúde mental, saúde oral, micronutrientes e tratamento integrado das doenças infantis.

95. Durante os debates que se seguiram, os delegados manifestaram satisfação pelas medidas tomadas pelo Governo dos Estados Unidos da América, no âmbito da luta contra o tabagismo e a publicidade ao tabaco nos EUA pelas companhias americanas. Solicitaram à OMS que lançasse um apelo ao Governo americano para que alargasse essas restrições sobre a publicidade ao tabaco às suas companhias, em todo o mundo.

96. A experiência de um país na utilização de pessoal de nível médio para melhorar a cobertura em áreas como a saúde mental, saúde oral, nutrição e cirurgia, foi mencionada como uma abordagem susceptível de ser adoptada por outros países da Região.

97. Em resposta aos comentários feitos pelos delegados, a Dra. R. Tshabalala manifestou a sua satisfação pela formação em saúde mental realizada em Moçambique.

98. Prometeu que, a pedido dos Estados-membros, a OMS continuaria a publicar directrizes relativas a determinadas questões de saúde específicas, como a amamentação e os cuidados de saúde oral.

99. O Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC47/R6 relativa à Luta contra o Tabaco.

Prevenção e luta integrada contra a doença

100. O Dr. D. Barakamfitye, do Secretariado, apresentou a secção do relatório anual do Director Regional relativa à prevenção e luta integrada contra a doença. Começou por sublinhar o papel dominante das doenças transmissíveis no perfil sanitário da Região, especialmente em termos de óbitos evitáveis e prematuros, bem como o seu impacto negativo nas economias nacionais.

101. Referiu que, segundo as estimativas, mais de 8 milhões de pessoas morrem de doenças infecciosas por ano e quase 2 mil milhões de dólares norte-americanos são perdidos anualmente, apenas devido ao paludismo, donde a crescente ênfase dada pela Sede Regional ao programa de prevenção e luta integrada contra a doença.

102. Fez incidir a sua apresentação em duas das sete componentes programáticas, isto é: o Tratamento Integrado das Doenças da Infância (TIDI); a vigilância epidemiológica e controlo das doenças emergentes e reemergentes, com particular incidência nas epidemias.

103. Sublinhou que a abordagem TIDI tinha sido delineada em resposta às preocupações muitas vezes expressas pelo Comité Regional e pelos Estados-membros quanto à inexistência de um método eficiente de integrar as actividades de sobrevivência das crianças, em particular a nível operacional. Acrescentou que o TIDI incidia sobre as 5 principais doenças responsáveis pela morte de crianças na nossa Região, nomeadamente, as infecções agudas das vias respiratórias, o paludismo, a diarreia, a malnutrição e o sarampo, responsáveis por mais de 70 por cento da mortalidade nas crianças menores de cinco anos.

104. Frisou que oito países já haviam começado a implementar a abordagem, tendo todos os outros países manifestado a intenção de fazê-lo. Dois dos principais parceiros da OMS – USAID e DFID (antiga ODA) – já prestaram apoio significativo à Sede Regional para reforçar a implementação do TIDI. Em Maio de 1996, os países da África Ocidental e os respectivos Representantes da OMS reuniram-se em Niamey e concordaram com a estratégia e o processo de implementação nos seus países. Está prevista uma reunião semelhante em Harare, para os países anglófonos da África Austral.

105. No respeitante à vigilância epidemiológica e controlo das doenças emergentes e reemergentes, assinalou particularmente dois factos importantes, designadamente: i) o programa de apoio regional para acelerar o reforço das capacidades a nível distrital, nas áreas da epidemiologia, vigilância da doença e prevenção e controlo das epidemias; ii) a iniciativa do Director Regional para estreitar a cooperação entre países vizinhos na área da prevenção e controlo de epidemias. Esta última iniciativa já beneficiou de apoio da USAID e da Comunidade Europeia.

106. Na segunda secção da sua apresentação, o Dr. Barakamfitye informou os delegados do grau de implementação das resoluções do Comité Regional relativas à prevenção e luta integrada contra a doença, tendo particularmente sublinhado as medidas gratificantes tomadas pelos países no sentido de reforçar os seus sistemas e programas de prevenção e controlo das doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV/SIDA, o que fora facilitado pela muito estreita colaboração existente entre a Sede Regional e o Programa ONUSIDA.

107. Declarou que, atendendo a que o paludismo continuava a ser uma das principais causas de doença e de morte na Região, prestara-se uma maior atenção ao apoio técnico aos países, nas seguintes áreas: formulação ou actualização de políticas de combate ao paludismo; definição de políticas nacionais de medicamentos antipalúdicos e de protocolos de tratamento baseados em estudos normalizados sobre a eficácia dos medicamentos; promoção da utilização de material impregnado de insecticida; prevenção e controlo das epidemias de paludismo.

108. Referiu que, como expressão do empenho político ao mais alto nível, os Chefes de Estado e de Governo da OUA, por ocasião da sua Cimeira realizada em 1997, tinham aprovado a Declaração de Harare sobre o paludismo.

109. Declarou que, a pedido dos Ministros da Saúde da Região, o Director-Geral da OMS disponibilizara 9 milhões de dólares norte-americanos para a Região, para apoiar o programa acelerado de prevenção e combate ao paludismo.

110. Por outro lado, fez notar que a tuberculose tornara-se igualmente um problema com proporções epidémicas em muitos países da Região, numa altura em que apenas 31 por cento dos novos casos recebiam tratamento correcto. Para fazer face a esta situação, a Sede Regional teve de reforçar o seu serviço de combate à tuberculose e melhorar a sua capacidade de apoio técnico. No entanto, muito continua por fazer, dado que apenas 35 por cento dos doentes com tuberculose que começam o tratamento ficam curados, um terço deles morre no prazo de dois anos e o outro terço abandona o tratamento ou tem recaída. Por outro lado, a emergência de resistência à polioquimioterapia e o impacto da epidemia do HIV/SIDA agravaram a situação, na maioria dos países.

111. O Dr. Barakamfitye realçou que se tinham registado progressos significativos no Programa Alargado de Vacinação (PAV), na Região. A cobertura com a maioria dos antigénios continuou a aumentar e um número cada vez maior de Estados-membros começou a comprar vacinas do PAV com verbas dos seus orçamentos nacionais. Dezassete países estavam a financiar parcialmente ou totalmente a compra de vacinas do PAV com verbas dos seus orçamentos nacionais, em comparação com três apenas, há dois anos.

112. Sublinhou que, sob a direcção do Presidente Mandela, uma comissão composta por personalidades eminentes promoveu amplamente o programa regional de erradicação da poliomielite. Neste contexto, trinta países organizaram Jornadas/Dias Nacionais de Vacinação para a erradicação da poliomielite. Uma forte aliança com o Rotary Internacional e os Estados Unidos (CDC e USAID), e numerosos acordos de apoio bilateral a nível dos países, permitiram que mais de 70 milhões de crianças menores de cinco anos fossem vacinadas nas jornadas nacionais de vacinação, organizadas em 1996. Igualmente gratificante foi o facto de, para além de muitos serviços voluntários comunitários prestados pela sociedade civil e pelos líderes políticos comunitários, se terem mobilizado localmente mais de 12 milhões de dólares norte-americanos, para apoiar essas jornadas.

113. Referiu que o impacto das Jornadas Nacionais de Vacinação começara já a sentir-se para além dos objectivos de erradicação da poliomielite. Os programas nacionais de rotina do PAV foram reforçados e alargados, a vigilância das doenças-alvo do PAV foi intensificada e os laboratórios de apoio reforçados. As várias alianças que se constituíram a nível dos países, a sensibilização cada vez maior das populações para as questões relacionadas com a saúde e as redes de mobilizadores e voluntários que se criaram deverão a seu tempo contribuir para os esforços globais de desenvolvimento sanitário dos países participantes.

114. Durante as discussões que se seguiram, os delegados colocaram especial ênfase nos seguintes programas: combate ao paludismo, prevenção e luta contra o HIV/SIDA e outras DST, combate à tuberculose, vigilância e controlo das epidemias, incluindo a varíola dos símios e a tripanossomiase, tratamento integrado das doenças infantis e programa alargado de vacinação.

115. De uma forma geral, o Comité Regional apreciou os esforços feitos pelos Estados-membros e pela Sede Regional. Os delegados expressaram a sua satisfação pela prioridade dada ao combate ao paludismo e sublinharam a necessidade de a Sede Regional dar continuidade ao seu esforço de mobilização de recursos e ao apoio técnico. Os delegados elogiaram a iniciativa de levar o problema do paludismo à atenção dos Chefes de Estado e de Governo durante a última Cimeira da OUA, em Harare. A Declaração de Harare foi considerada um instrumento precioso no reforço da prevenção e combate ao paludismo em África. Os delegados também agradeceram ao Director-Geral a sua promessa de atribuir, mais uma vez, a quantia de 10 milhões de dólares à África, a distribuir na mesma proporção entre a Sede Regional Africana e a do Mediterrâneo Oriental, a partir deste ano. Assinalou-se também que, em alguns países, os próprios distritos tinham elaborado planos de acção para o combate ao paludismo.

116. Relativamente à prevenção e luta contra o HIV/SIDA e outras DST, os delegados expressaram mais uma vez a sua preocupação por este problema, que está a assumir dimensões cada vez mais importantes. Foi levantada a complexa questão da terapia combinada (três medicamentos) com os novos antiretrovirais, tendo sido feita uma referência especial à acessibilidade dos medicamentos, que ainda são demasiado caros. Embora alguns países estejam a testemunhar uma alteração do comportamento sexual, o que contribui para a estabilização e mesmo para a redução das taxas de prevalência, em muitos outros países a tendência é para piorar.

117. Pediu-se também ao Director Regional que apoiasse a implementação da Declaração de Dakar sobre o HIV e a SIDA e que desse particular atenção ao uso de remédios tradicionais no tratamento dos sintomas de SIDA.

118. Os delegados consideraram que a situação da tuberculose era grave, como atestado pelo aumento exponencial do número de novos casos. A cobertura dos doentes com tuberculose pela estratégia "DOTS" é ainda demasiado baixa e a sua implementação demasiado lenta em praticamente todos os países da Região.

119. Por essa razão, pediu-se ao Director Regional que tomasse novas medidas para acelerar a implementação da estratégia "DOTS". Por seu lado, os países deverão reforçar o seu empenhamento no combate à tuberculose atribuindo mais verbas que ajudem a reforçar os seus programas técnicos.

120. Sublinhou-se que um dos objectivos do Comité Regional era intensificar a cooperação entre os países de uma dada região na prevenção e controlo das epidemias. Esta iniciativa deveria ser alargada a todas as partes da Região. Pediu-se ainda ao Director Regional que garanta a monitorização e implementação dos protocolos de cooperação e dos planos de acção aprovados. A Sede Regional deverá manter e melhorar a sua capacidade de responder prontamente às epidemias e outras situações de emergência.

121. Realçou-se que a Sede Regional deveria também dar especial atenção ao controlo da tripanossomiase, de que se encontram 90% dos casos em dois países da Região. A investigação sobre doenças emergentes e reemergentes, tais como a varíola dos símios e as febres hemorrágicas, deveria ser incentivada.

122. O tratamento integrado das doenças infantis (TIDI) foi muito apreciado pelos delegados. A este respeito, os países elogiaram a formulação da abordagem e a maioria deles pediu ao Director Regional que lhes desse apoio para iniciarem a sua implementação.

123. O Comité Regional elogiou os progressos feitos nas iniciativas do PAV, em especial na erradicação da poliomielite, e felicitou o Director Regional pelo êxito conseguido na mobilização dos parceiros para obter um apoio financeiro substancial.

124. Foi feita uma referência especial à generosa contribuição recebida do Rotary International.

125. O Comité registou, com satisfação, que dezassete países estavam a financiar em parte ou totalmente a compra de vacinas para o PAV, enquanto outros introduziram a vacina da hepatite B no seu programa de rotina. Em muitos países, é ainda necessário envidar grandes esforços para elevar ou, pelo menos, manter os níveis da cobertura vacinal.

126. Relativamente ao impacto da formação em tratamento de casos de paludismo sobre a mortalidade, foi apresentado um relatório sobre a experiência do Burkina Faso, que demonstrou que o tratamento adequado dos casos a nível das comunidades resultou numa redução do número de casos graves e complicados, bem como da mortalidade. Esta formação deverá ser acompanhada de uma supervisão adequada e de um abastecimento regular de medicamentos.

127. Além disso, recomendou-se que a Sede Regional definisse indicadores para a avaliação da relação custo-eficácia das estratégias e iniciativas lançadas pela Organização.

128. Foram feitas outras sugestões no sentido de se reforçar o apoio técnico da Sede Regional às actividades de prevenção e combate ao paludismo em alguns países, particularmente para a vigilância da sensibilidade do *Plasmodium* aos antipalúdicos e para o controlo dos vectores a nível das comunidades.

129. O Director Regional respondeu às preocupações expressas pelos delegados, prometendo que a Sede Regional reforçaria o apoio da OMS aos Estados-membros, de acordo com as directrizes apresentadas durante as discussões.

Coordenação externa e promoção dos programas

130. A Dr^a N. Nhiwatiwa, do Secretariado, apresentou a secção do relatório relativa à coordenação externa e promoção dos programas, tendo lembrado ao Comité que as principais atribuições da Divisão dizem respeito aos órgãos directivos e à informação sanitária das populações.

131. Referiu que, no período em análise, tinham-se registado progressos consideráveis na prestação de apoio aos Estados-membros na divulgação e troca de informação sobre questões de saúde.

132. Fez notar que a troca de informação sanitária entre os Estados-membros intensificara-se através da publicação "AFRO in the Press", da troca de material audiovisual e da divulgação de relatórios sobre as visitas que o Director Regional efectuou aos países. Para facilitar essa divulgação e a troca de informação sanitária, foram estabelecidas ligações à Internet e instalado o correio electrónico entre a Sede Regional, as Representações nos países e os Estados-membros. Foi também criado um centro audiovisual que constitui um banco de dados de material audiovisual sobre o desenvolvimento sanitário na Região, o que permitirá produzir materiais adequados para distribuição aos Estados-membros, bem como avaliá-los e reorientar a sua utilização.

133. Referiu que a Sede Regional dera apoio aos Estados-membros na promoção da educação sanitária sobre tabaco e luta contra o HIV/SIDA. A sensibilização para os riscos que o tabaco representa para a saúde aumentou em toda a Região e 18 países publicaram legislação para instaurar a proibição de fumar em locais públicos. Criou-se uma rede escolar de promoção da saúde entre 15 países da África Austral e Oriental, bem como uma equipa especial para elaborar uma política e um plano de acção. Além disso, 15 profissionais de saúde do Gabão foram formados em técnicas de planeamento, implementação e avaliação dos programas integrados de promoção da saúde.

134. Assinalou que fora dado apoio a cinco países para lhes permitir avaliarem a situação da literatura sobre informação sanitária. Em resposta às crescentes solicitações de literatura e informação sanitária a nível de distrito, foi criada, inicialmente na África de língua francesa, uma biblioteca portátil, com o nome de "Biblioteca Azul". O Quinto Congresso da Associação para Informação e Bibliotecas de Saúde em África (AHILA) realizou-se na Sede Regional. A Associação manifestou a sua adesão ao Programa Regional de Literatura e Informação Sanitária (1996-2000) e fez sugestões úteis sobre as actividades a desenvolver nos Estados-membros.

135. Declarou que uma análise do sistema de distribuição da documentação sanitária e biomédica resultara numa redução do volume e tamanho das publicações da Sede Regional sendo dado relevo à documentação fácil de ler e compreender. Um grande volume de materiais tinha sido distribuído aos Estados-membros. A elaboração dos Módulos de Informação Sanitária registou grandes progressos ao longo do ano; o projecto de documento foi analisado pelas divisões técnicas da Sede Regional e por peritos em comunicação, num seminário que se realizou em Cotonou, no Benim, que apreciaram a sua qualidade.

136. A Dra. Nhiwatiwa referiu que houvera um notável aumento na cobertura mediática das questões relacionadas com a saúde, assim como uma melhoria acentuada na troca de informação sanitária entre os países ao longo do ano. O funcionamento dos órgãos directivos registou melhorias significativas.

137. Nos debates que se seguiram, os delegados solicitaram que a iniciativa "Bibliotecas Azuis" fosse alargada a todos os países interessados da Região e que deveriam ser feitos esforços para acelerar a disponibilidade dessas bibliotecas em inglês e português.

Administração e finanças

138. O Sr. J. Donald, do Secretariado, apresentou a secção do relatório relativa à administração e finanças. Afirmou que se tinham feitos progressos significativos na criação de ficheiros actualizados, correctos, completos e acessíveis abrangendo toda a Sede Regional. Esta necessidade básica de informação sobre gestão foi particularmente conseguida em relação aos registos da contabilidade e do orçamento da Sede Regional.

139. Sublinhou que as recomendações de auditoria a todas as áreas administrativas tinham sido prontamente cumpridas e realçou a formação de todo o pessoal administrativo em técnicas automatizadas.

140. Referiu que os ficheiros de pessoal haviam sido melhorados com a criação de uma base de dados para o pessoal e para os candidatos. O recrutamento de mulheres devidamente habilitadas continuou a aumentar.

141. Declarou que, para além da ligação telefónica por satélite, a Sede Regional instalara uma rede integrada local e correio electrónico com ligação à Internet.

142. Assinalou que tinham sido comprados medicamentos e vacinas no valor de 2,5 milhões de dólares para apoiar a implementação da Iniciativa de Bamaco, nos países. Além disso, a Sede Regional tinha já adquirido em 1996, medicamentos no valor de 8 milhões de dólares para os países da Região.

143. O Sr. J. Donald concluiu que 1996 foi um ano produtivo, em que se fizeram progressos consideráveis no acerto dos procedimentos e dos métodos.

144. Nos debates que se seguiram, a situação de insegurança no Congo-Brazzaville, onde se situa a Sede Regional, foi referida por alguns delegados, que agradeceram ao governo do Zimbabue o acolhimento provisório da Sede Regional, tendo sido manifestado o desejo de que a paz regresse a Brazzaville, para que a Sede Regional possa para lá voltar o mais rapidamente possível.

145. Os delegados manifestaram a necessidade de os países receberem mais frequentemente, pelo menos trimestralmente, informação relativa à implementação do orçamento.
146. Alguns países manifestaram o desejo de receber informação mais detalhada sobre o emprego das mulheres na OMS.
147. Embora manifestando a sua apreciação pelos progressos realizados na informatização da Sede Regional, o Comité fez sentir a necessidade de alargar esse processo aos sistemas nacionais de saúde a todos os níveis.
148. A Sra. Asha Singh Williams, Coordenadora para o emprego e participação da Mulher na Sede Mundial, sublinhou na sua intervenção a importância do desenvolvimento de capacidades, especialmente a educação das mulheres.
149. A Sra. Williams apoiou a meta estabelecida pelo Director Regional de atribuir às mulheres 50% das bolsas da OMS na Região.
150. Relembrando a Resolução WHA50.16 sobre mulheres e força de trabalho, sugeriu que fosse criada uma Comissão Directiva das Mulheres para estudar regularmente a saúde da mulher na Região e afirmou que a representação das mulheres nas categorias profissionais deveria contemplar a sua plena participação na tomada de decisões.
151. O Sr. J. Donald afirmou, nas suas observações, que o Relatório Bienal de 1996/1997 fornecerá dados mais completos sobre as actividades da Sede Regional. Tomou também nota do pedido que foi feito sobre a necessidade de fazer corresponder os recursos investidos com as realizações alcançadas em termos de saúde pública.
152. Foi recordado que a candidatura do Dr. Ebrahim Malick Samba tinha sido aprovada, por unanimidade, pela Cimeira da OUA, em Harare, e que ele era o candidato da África.
153. O Director Regional, Dr. Ebrahim Malick Samba, apresentou os seus agradecimentos aos delegados que manifestaram a sua apreciação pelo trabalho da Sede Regional e, mais do que isso, aos que fizeram críticas, prometendo ter em consideração todas as observações e recomendações feitas pelos delegados.
154. Reafirmou que as prioridades a nível dos países deveriam ser sempre definidas pelas autoridades nacionais, tendo prometido organizar mais reuniões interpaíses sobre a prevenção de epidemias, como a que se realizou em Kigali, no Ruanda, em Agosto de 1997 e jornadas nacionais de vacinação. Para além disso, prometeu redobrar os esforços para o controlo do paludismo e apoiar a formação universitária, conforme pedido pelos delegados.
155. Relativamente ao apoio às organizações sub-regionais sobre questões sanitárias, encarregou o Secretariado de explorar todas as possibilidades, apesar das persistentes restrições orçamentais.
156. Informou também o Comité de que estão a ser tomadas medidas para disponibilizar a "Biblioteca Azul" em todas as línguas oficiais da OMS, incluindo o português.
157. Referindo-se à Iniciativa Especial do Sistema das Nações Unidas para África, lembrou que a repartição do trabalho tinha sido claramente definida, estando a OMS encarregada da coordenação técnica, sendo o Banco Mundial responsável pelo financiamento. Neste momento, não há disponibilidade de fundos específicos mas a Sede Regional prosseguirá os seus esforços em colaboração com o Banco Mundial e outros parceiros.
158. Dirigindo-se aos países que apoiaram a sua candidatura ao cargo de Director-Geral da OMS, o Director Regional exprimiu a sua gratidão e declarou estar preparado para servir onde quer que os seus serviços sejam requeridos.
159. A seguir, tomaram a palavra o Dr. H. Nakajima, Director-Geral da OMS, o Sr. A.M. Serrano do Rotary International, o Dr. Piot Director do Programa ONUSIDA e a Sra. Shahida Azfar, Directora Regional do UNICEF para a África Oriental e Austral.

160. No seu discurso, o Dr. H. Nakajima, Director-Geral da OMS, disse que, em 1998, ao celebrarem o 50º aniversário da OMS e o 20º aniversário da Conferência de Alma-Ata, assim como ao adoptarem, pela primeira vez, uma Carta da Saúde, os Estados-membros reafirmariam "a identidade da OMS e o seu papel e responsabilidades próprias no seio do sistema das Nações Unidas e da comunidade da saúde."

161. Relativamente à preparação do documento "Saúde para Todos no séc. XXI", pediu a continuação da contribuição de todos os ministros para melhorar o respectivo quadro de orientação de modo crítico, avaliando os fracassos e os êxitos e definindo a abordagem que deveria ser mantida ou revista.

162. Passando em revista as principais realizações do desenvolvimento sanitário a nível mundial, o Dr. Nakajima afirmou que o trabalho da OMS tem sido mais visível e reconhecido na área da prevenção e controlo das doenças infecciosas, erradicação da varíola, redução da morbilidade e mortalidade infantil através do PAV, etc.. Saliu que era importante que a comunidade internacional mantivesse uma vigilância constante sobre as potenciais ameaças de doenças infecciosas. A OMS tinha criado um programa sobre doenças emergentes e reemergentes e instalado uma rede mundial para estimular a cooperação mundial neste domínio.

163. Declarou que a OMS contribuíra e continua a contribuir para os esforços desenvolvidos em todo o mundo e programara novas abordagens para as actividades de saúde pública, incluindo contra a pandemia do HIV/SIDA.

164. Referiu que a OMS desenvolvera abordagens conceptuais mais amplas ao passar do planeamento familiar para a saúde reprodutiva, da maternidade sem risco para a saúde da mulher, de doenças específicas da criança para o tratamento integrado da criança doente, da definição restrita de higiene e saneamento para as questões gerais relacionadas com a saúde e o ambiente. Ao longo dos anos, as funções normativas da OMS tornaram-se cada vez mais importantes.

165. Fez notar que, no século XXI, o papel da OMS e a nova política de Saúde para Todos seriam implementados num contexto caracterizado pela necessidade de estratégias e intervenções intersectoriais, pela integração das preocupações sanitárias em todas as políticas públicas, por novas investigações sobre o desenvolvimento sanitário e por uma colaboração acrescida entre as agências do sistema das Nações Unidas.

166. Sublinhou que o debate sobre a nova política de saúde deveria permitir que todas as partes interessadas chegassem a um consenso susceptível de ser implementado, devendo ter em conta a especificidade da cultura, a história, o grau de desenvolvimento e os recursos do país ou dos países em causa.

167. O Dr. Nakajima afirmou que aos Comités Regionais cabe um papel primordial para assegurar a relevância e eficácia das ideias da OMS e mostrou-se confiante em que o Comité Regional Africano continue a garantir a melhor liderança e a melhor política possíveis para a OMS nos anos vindouros.

168. O Sr. M. Serrano transmitiu ao Comité Regional as saudações e os melhores votos do Presidente do Rotary Internacional, Glen Kinross, e do Presidente da Fundação Rotária, Cliff Dochterman. Felicitou a Região Africana pelo sucesso da sua campanha de erradicação da poliomielite em 1996. Como um parceiro maior da Organização Mundial de Saúde, do UNICEF e dos Centros para a Prevenção e Controlo das Doenças, o Rotary Internacional orgulhava-se de participar na campanha "Chute a Polio para fora de África", que em 1996 conduziu à vacinação de mais de 74 milhões de crianças em 27 países.

169. Lembrou que, depois da erradicação da poliomielite nas Américas, a Organização Mundial de Saúde reconhecera que a erradicação mundial desta doença não era apenas um sonho, mas poderia tornar-se realidade desde que pudesse contar com o serviço voluntário massivo, bem organizado e decidido que os Rotários prestaram nas Américas. O Rotary Internacional tem colaborado desde 1988 com as autoridades nacionais e as organizações internacionais de saúde no esforço de erradicar a poliomielite em todo o mundo.

170. Sublinhou que o próprio Rotary tinha definido a erradicação da poliomielite a nível mundial como um objectivo da máxima prioridade. Desde Junho de 1997, os Rotários destinaram 287 milhões de dólares norte-americanos para ajudarem a proteger desta terrível doença as crianças do mundo. No ano 2005, o empenhamento do Rotary deverá cifrar-se em 400 milhões de dólares norte-americanos, um feito sem paralelo em organizações privadas.

171. Declarou que, em 1997, o Rotary Internacional planeava concentrar os seus maiores esforços em África. Até ao momento, o Rotary já destinou mais de 82 milhões de dólares norte-americanos à erradicação da polio neste continente e tenciona destinar mais 18 milhões de dólares norte-americanos até ao fim do Século XX. Cem milhões de dólares norte-americanos representam um quarto do total do empenhamento do Rotary, a nível mundial, para a erradicação da polio.

172. Alertou, entretanto, para o facto de que o sucesso não deveria dar lugar à complacência, já que havia ainda grandes desafios a enfrentar, como por exemplo, populações de difícil acesso, conflitos civis internos e uma miríade de problemas de saúde que afectam tanto as crianças como adultos. Mesmo os países livres da poliomielite deveriam manter-se vigilantes, já que o respectivo vírus pode atravessar fronteiras e regressar aos países que erradicaram esta doença incapacitante.

173. Acrescentou que o Programa "Polio Plus Partners" do Rotary International propiciara novas e inovadoras oportunidades aos Rotários de todo o mundo para participarem activamente nos esforços de erradicação da polio. De momento este programa está a financiar projectos em 13 países africanos, para satisfazer necessidades que vão desde equipamento laboratorial até materiais e actividades de mobilização social.

174. Concluiu com a afirmação de que trabalhando em conjunto poderíamos atingir o objectivo de um mundo livre de poliomielite no ano 2000. Esta seria uma prenda preciosa que poderíamos e devíamos dar aos nossos filhos e aos filhos dos nossos filhos - a oportunidade de crescerem num mundo onde a sua vida ou os seus membros não mais fossem ameaçados pela poliomielite.

175. O Dr. P. Piot, Director Executivo do Programa ONUSIDA, descreveu a situação epidemiológica do HIV/SIDA em África, ainda o mais afectado dos continentes, com cerca de 15 milhões de pessoas a viverem com HIV/SIDA.

176. Citou em seguida o discurso do Vice-Presidente da África do Sul, que mencionara o Renascimento Africano e confirmara o empenhamento ao mais alto nível dos Chefes de Estado e de Governo Africanos no combate à SIDA.

177. Sublinhou a necessidade da OMS e do Programa ONUSIDA darem continuidade à Declaração de 1992 da OUA.

178. Continuando, louvou os resultados positivos conseguidos pelo Uganda, onde a epidemia começara a declinar, e pelo Benim e Senegal, onde parece ter estabilizado.

179. Passou depois brevemente em revista os sucessos do Programa ONUSIDA, entre os quais a criação de grupos temáticos, de duas equipas de apoio interpaíses e a formulação de planos conjuntos de apoio por parte do sistema das Nações Unidas.

180. Declarou que o Programa ONUSIDA destinara um orçamento de 12 milhões para actividades na Região Africana, que incluíam tanto o financiamento de base para os programas nacionais de luta contra a SIDA, como também os fundos catalíticos para intensificar a resposta contra a epidemia. Estes fundos, porém, não se destinavam ao salário do pessoal.

181. Sublinhou que o envolvimento do Sistema das Nações Unidas tinha aumentado consideravelmente, tendo o Secretário-Geral dado mostras duma liderança crescente na defesa do programa.

182. Realçou que a colaboração reforçada entre o Programa ONUSIDA e a Sede Regional resultara numa clara repartição de responsabilidades em áreas técnicas, o que fora comunicado ao pessoal dos países numa carta conjunta. O Programa ONUSIDA prestou apoio financeiro e humano à Sede Regional em várias áreas.

183. O Dr. P. Piot destacou algumas importantes áreas de interesse prioritário para o Programa ONUSIDA, nomeadamente: desenvolvimento de instrumentos de planificação estratégica, maior acesso aos cuidados, incluindo aos medicamentos relacionados com o HIV, o que se tornou num dos desafios mais importantes do nosso tempo e é uma grande prioridade do Programa ONUSIDA.

184. Referiu que enquanto, por um lado, era fácil de conseguir um melhor acesso aos medicamentos para infecções oportunistas, o problema do acesso a medicamentos anti-retrovirais não só apresenta sérios obstáculos técnicos como também económicos e políticos. O Programa ONUSIDA, juntamente com a OMS, UNICEF e Banco Mundial, formularam uma estratégia multisectorial para tratar desta questão, com base em parcerias a vários níveis e no realismo.

185. Mencionou iniciativas especiais com base em parcerias entre os sectores público e privado, com várias empresas farmacêuticas da Côte d'Ivoire, e uma outra baseada na participação das comunidades no acesso aos cuidados de saúde, no Mali, Gana, Tanzânia e Zâmbia.

186. Relativamente à transmissão mãe-filho, sublinhou que era preciso tratar do acesso a testes voluntários, aconselhamento, cuidados pré-natais, prevenção e cuidados pós-testes.

187. No que se refere à aceitação dos contraceptivos femininos, sublinhou que deveriam ser objecto de uma maior divulgação e promoção, agora que o Programa ONUSIDA conseguira negociar preços mais baixos.

188. A participação da sociedade civil, nomeadamente os chefes religiosos, as pessoas com HIV/SIDA, e parcerias com o sector privado, foi referida como elemento importante.

189. O Dr. P. Piot concluiu prevendo três grandes desafios para o futuro, nomeadamente: reforçar e sustentar a liderança; implementar uma resposta multisectorial verdadeiramente sustentável; dar uma maior eficácia às medidas de prevenção, de forma a reduzir o número de pessoas infectadas e ter assim um maior acesso aos portadores de HIV.

190. A Sra. Shahida Azfar, Directora Regional do UNICEF para a África Oriental e Austral, lembrou que a Iniciativa de Bamako, lançada pelo Comité em 1987, em colaboração com o UNICEF, tinha contribuído significativamente para a revitalização dos cuidados primários de saúde em África.

191. Referiu-se também aos progressos realizados na vacinação das crianças, em particular nas actividades de erradicação da poliomielite, no uso mais alargado da terapia de reidratação oral, na amamentação e na erradicação da dracunculose e iodização universal do sal.

192. No entanto, sublinhou a importância dos desafios que ainda se nos deparam, tais como a fraca cobertura dos serviços básicos de saúde, o paludismo, os altos níveis de mortalidade materna, a mutilação genital das mulheres, o HIV/SIDA e a malnutrição, incluindo as perturbações provocadas por carência de micronutrientes.

193. Lembrando a Convenção sobre os Direitos da Criança, a Carta da OUA para a Infância e a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra as Mulheres, sublinhou que a conquista da saúde, tal como definida holisticamente pela OMS, era um meio importante para cumprir os objectivos das convenções acima referidas.

194. Concluiu apelando para a continuação da coordenação e das parcerias entre organizações regionais e sub-regionais, com vista à consecução de objectivos colectivos.

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

195. A Dr^a Nhiwatiwa, do Secretariado, apresentou os documentos AFR/RC47/3, AFR/RC47/4 e AFR/RC47/5 e convidou o Comité Regional a analisar e dar orientações sobre as estratégias propostas para a implementação das várias resoluções de interesse para a Região Africana aprovadas pela Quinquagésima Assembleia Mundial da Saúde e pela Nonagésima-nona sessão do Conselho Executivo, sobre as incidências regionais das ordens do dia da Centésima-primeira sessão do Conselho Executivo e da Quinquagésima-primeira Assembleia Mundial da Saúde, assim como sobre o método de trabalho e a duração desta última.

Modalidades de implementação das resoluções de interesse regional adoptadas pela Assembleia Mundial de Saúde e pelo Conselho Executivo (documento AFR/RC47/3)

196. Em relação ao documento AFR/RC47/3, o Comité Regional reconheceu a necessidade de implementar na totalidade as resoluções adoptadas pelos órgãos directivos, tendo sublinhado que as capacidades técnicas e administrativas da nova liderança da Sede Regional facilitariam esse processo.
197. O Director Regional assegurou aos delegados que seria preparada e apresentada ao Comité Regional uma lista de todas as resoluções adoptadas pelos órgãos directivos e do seu grau de implementação.
198. O Comité Regional expressou a necessidade de se proceder a um inventário dos Centros de Colaboração da OMS na Região. Assinalou-se que deveria ser criado um Centro de Colaboração da OMS para a luta antituberculosa em África, tendo-se observado que a África do Sul tinha possibilidades para acolher esse centro.
199. O Secretariado reconheceu o importante papel que o Centro de Colaboração da OMS para a Investigação em Doenças Tropicais, sediado em Ndola, na Zâmbia, podia desempenhar e prometeu tomar as medidas necessárias para reestabelecer o apoio da OMS.
200. Foi referida a necessidade de a OMS apoiar a criação de um laboratório de controlo da qualidade dos produtos farmacêuticos em Angola, podendo os serviços desse laboratório ser utilizados pelos países vizinhos. Os países que já têm este tipo de instalações poderiam também ajudar a criar este novo laboratório, dentro do espírito da CTPD.
201. Sugeriu-se que as medidas a tomar sobre a publicidade transfronteiriça, bem como sobre a promoção e a venda de produtos médicos através da Internet podia aguardar a decisão da Assembleia Mundial da Saúde.
202. Em virtude do impacto dos desastres e catástrofes sobre as populações da Região Africana, a transferência de verbas do Fundo Especial do Conselho Executivo para a Conta Especial para os Desastres e Catástrofes Naturais mereceu um forte apoio.
203. Referiu-se que o plano de acção para a prevenção da violência deveria assentar em planos preparados nos países, com base nas directrizes estabelecidas pela OMS. Foi sublinhado que se devia proceder à formação de mais técnicos de estatística e mais epidemiologistas, a fim de melhorar a recolha de informação. Há também a necessidade de reforçar a formação do pessoal de saúde para tratar as vítimas da violência.
204. Salientou-se que deveria haver transparência nos relatórios sobre os progressos realizados no combate à tuberculose, na Região. Além disso, deveria ser dada ampla divulgação não só aos progressos como também à ausência de progressos.
205. Relativamente ao recrutamento do pessoal, o Director Regional forneceu uma explicação pormenorizada sobre os procedimentos de recrutamento e garantiu ao Comité Regional que seriam feitos mais esforços para dar a maior divulgação possível a todos os anúncios para as vagas existentes.
206. O Comité Regional reconheceu as estratégias e os esforços da OMS para aumentar a percentagem de mulheres nos postos profissionais. Ao mesmo tempo que apelou à OMS para que esses esforços sejam vigorosamente prosseguidos e para que desenvolva um sistema de monitorização, o Comité Regional pediu aos Estados-membros que também tomassem medidas concretas para facilitar esse processo, identificando «pontos focais» nacionais e apresentando à OMS os nomes e os C.V. de mulheres competentes.
207. Assinalou-se que a questão do emprego e participação das mulheres deveria envolver não apenas a OMS mas todas as agências, e, em particular, as autoridades nacionais.
208. No final dos debates, o Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC47/R4 sobre a promoção da participação das mulheres na saúde e no desenvolvimento.

Incidências regionais das Ordens do Dia da 101ª sessão do Conselho Executivo e da 51ª Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC47/4)

209. O Comité Regional tomou nota das ordens do dia provisórias da Centésima-primeira sessão do Conselho Executivo e da Quinquagésima-primeira Assembleia Mundial da Saúde.

210. Relativamente à nomeação para o cargo de Director-Geral da OMS, diversas delegações registaram com satisfação a decisão unânime dos Chefes de Estado e de Governo da OUA de apoiarem a candidatura do Director da Região Africana da OMS, Dr. E. M. Samba.

211. Foi sugerido que, ao rever a Constituição da OMS, poderia ser considerada a criação de um órgão na Região Africana equivalente ao Conselho Executivo.

212. Reconheceu-se que, dada a sua dimensão, os problemas de saúde e necessidades da África representavam um desafio não apenas para a África mas para toda a comunidade internacional. Por isso, a OMS deveria dar-lhes a mais elevada prioridade.

213. Foi sublinhado que embora a Região Africana receba dezoito por cento do orçamento da OMS, essa dotação não é proporcional à dimensão dos seus problemas e carências no sector da Saúde, quando comparados com outras regiões.

214. O Director Regional explicou que estavam a ser estabelecidos novos critérios para as dotações orçamentais e que estas deveriam basear-se, principalmente, nas necessidades dos países, na sua capacidade para satisfazer essas necessidades e na disponibilidade de outros recursos.

215. Sublinhou-se a necessidade de analisar a questão da presença quase-permanente de representantes de alguns Estados-membros no Conselho Executivo, que, com efeito, confere a esses Estados-membros o poder de controlar as decisões do Conselho Executivo.

216. Tendo em vista a importância do reforço da presença da OMS nos países, foi proposto que as Representações da OMS nos países fossem objecto de discussão na próxima sessão do Comité Regional.

217. Referiu-se que havia pouca consciência da importância dos prémios atribuídos pela OMS, sobretudo porque a informação sobre estes chegava muito tarde aos países. Foi proposto que este assunto fosse um ponto da ordem do dia da 48ª sessão do Comité.

218. O Comité Regional exprimiu o desejo de que a ordem do dia da Assembleia Mundial da Saúde incluísse pontos relacionados com: HIV/SIDA, paludismo, saúde reprodutiva dos adolescentes e prevenção das incapacidades e reabilitação. A ordem do dia do Conselho Executivo devia também incluir pontos como: equidade, redução da pobreza, capacidade de acompanhar as mudanças e saúde como direito do Homem.

219. Foi expressa a preocupação de que a tendência emergente de dar particular atenção às doenças não transmissíveis viesse a eclipsar a real prioridade da Região, que continua a ser as doenças transmissíveis.

220. O Comité Regional decidiu criar um grupo de trabalho *ad hoc* para redigir um projecto de resolução sobre as reformas da OMS e as prioridades da saúde em África.

Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC47/5)

221. O Comité Regional tomou conhecimento do conteúdo deste documento.

ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA: ANÁLISE DO RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA (documento AFR/RC47/6)

222. Na sua apresentação do relatório do Subcomité do Programa, o Presidente do Subcomité, o Sr. R. Mudhoo, informou que onze dos doze membros do Subcomité tinham participado nas suas deliberações, além dos quatro membros do Conselho Executivo originários da Região que tinham sido convidados a participar, em conformidade com uma sugestão anterior do Conselho Executivo.

223. Informou que dos 5 documentos analisados pelo Subcomité, quatro eram documentos estratégicos e um era um relatório da última avaliação da implementação da estratégia de Saúde para Todos na Região, antes do virar do século. Os cinco documentos técnicos eram, no entanto, complementares, e o facto esteve presente no espírito do Subcomité durante a sua análise.

224. Acrescentou que o Subcomité do Programa analisara cuidadosamente os documentos depois da sua apresentação por membros do Secretariado e fizera comentários e sugestões pertinentes, que podiam ampliar a sua abrangência e qualidade.

225. O Subcomité do Programa redigiu duas resoluções - uma sobre informação, educação e comunicação e outra sobre socorros de emergência e ajuda humanitária - que eram submetidas à aprovação do Comité Regional.

226. Concluiu que, para estimular o desenvolvimento sanitário na Região:

- (i) a paz e boa governação deveriam ser encaradas como pré-requisitos para a saúde e o desenvolvimento;
- (ii) deveria ser dada uma grande prioridade à saúde em termos de dotação orçamental;
- (iii) deveria minimizar-se a ocorrência de emergências e catástrofes causados pelo Homem;
- (iv) as pessoas deveriam ser investidas de poderes e meios acrescidos no sentido de se responsabilizarem pela sua própria saúde através de uma educação sanitária eficaz;
- (v) deveriam ser documentadas e partilhadas as melhores práticas no que toca às iniciativas locais de desenvolvimento sanitário.

Estratégia regional para socorros de emergência e ajuda humanitária (documento AFR/RC47/7)

227. A parte do relatório relacionada com a Estratégia Regional para Socorros de Emergência e Ajuda Humanitária foi apresentada pelo Dr I. Kane (Mauritânia). Referiu que o documento pretendia proporcionar um quadro que intensificasse a cooperação entre os Estados-membros e a Sede Regional da OMS.

228. Entre os princípios orientadores focou a prevenção e a preparação, bem como a responsabilidade da OMS no aspecto sanitário das situações complexas de emergência. O Subcomité do Programa notou que, no que toca à acção da OMS, o documento abordava duas vertentes principais: o reforço das capacidades dos países e a mobilização de recursos.

229. Referiu que o Subcomité do Programa estava preocupado com o facto de, em alguns casos, a gestão das situações de emergência ser complicada pela politização da ajuda. O Subcomité fez comentários e sugestões para melhorar a abrangência e a qualidade do documento sobre a estratégia. Acrescentou que fora preparado um projecto de resolução para discussão e aprovação pelo Comité Regional.

230. O Comité Regional exprimiu a sua concordância com a necessidade de a OMS criar um quadro de orientação explícito e orientações estratégicas para a sua acção na área dos socorros de emergência e ajuda humanitária. Acrescentou que a OMS deveria defender um empenhamento ao mais alto nível, em todos os países. Quanto ao reforço das capacidades e mobilização de recursos, a OMS deveria identificar os países com mais carências e centrar-se neles.

231. Foi recomendado que a OMS apoiasse os países na criação de serviços de emergência médica, porque o nível de resposta no que toca à mobilização de pessoal e abastecimento ainda era baixo em alguns países. A capacidade técnica de detecção e o aviso atempado, em especial no que respeita a catástrofes naturais, mereceram atenção especial.

232. Referiu-se que, a fim de empenhar eficazmente as populações numa resposta rápida, seria necessário criar materiais para dar formação a membros das comunidades locais.

233. Foi reconhecida a necessidade de a OMS apoiar os Estados-membros na criação de bases de dados sobre situações de emergência e de facultar informação relevante sobre estas últimas em toda a Região. Os dados e a informação seriam úteis para a educação e a partilha de experiências, fornecendo uma base de partida para a monitorização e a avaliação adequadas das actividades dos países e da OMS.

234. O Comité Regional notou que os sucessos de alguns países deviam ser dados a conhecer. Acentuou que a cooperação transfronteiras era essencial e devia ser organizada, incluindo a criação de comissões conjuntas bilaterais, como mecanismos permanentes.

235. Referiu que os países com maior experiência e maiores recursos humanos e materiais deviam assumir responsabilidades acrescidas, de acordo com o espírito de solidariedade africana.

236. O Comité Regional registou com agrado a utilidade e eficiência dos três armazéns sub-regionais de emergência em Brazzaville, Dacar e Harare, bem como os esforços da OMS para reforçar uma acção concertada a nível sub-regional, tendo em vista a gestão das situações de emergência, em especial das epidemias.

237. Notando que a rápida urbanização em alguns países exigia uma melhor coordenação entre o sector da Saúde e os serviços de urbanismo, sobretudo para minimizar o risco causado por infra-estruturas débeis, foi recomendado que se envidassem esforços no sentido de integrar as actividades de Socorros de Emergência e Ajuda Humanitária e promover os princípios do projecto «Cidades Saudáveis».

238. O Dr. A. Bassani, Director da Divisão de Socorros de Emergência e Ajuda Humanitária da Sede Mundial, referiu os progressos alcançados na coordenação dos esforços da OMS a todos os níveis, na base da complementaridade. Informou o Comité Regional de que a Divisão de Socorros de Emergência e Ajuda Humanitária fora reorganizada de modo a dar resposta a novas necessidades de instalações para formação, informação para a gestão, planeamento e investigação sobre situações de emergência. A Divisão dedicaria mais atenção aos movimentos de populações em massa e à colaboração interagências.

239. O Director Regional exprimiu a opinião de que deviam ser atribuídos à OMS recursos adequados, dada a sua responsabilidade e o seu papel no terreno, antes, durante e depois das crises. Fez um apelo aos países para apoiarem a criação de um Fundo de Emergência para a África.

240. No final dos debates, o Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC47/R1.

241. Devido à íntima ligação existente entre socorros de emergência e ajuda humanitária e a instabilidade política e social generalizada na Região, muito especificamente a busca de paz e estabilidade no Congo e na Serra Leoa, o Comité Regional aprovou igualmente a Resolução AFR/RC47/R7.

Saúde reprodutiva: Estratégia da Região Africana para 1998-2007

(documento AFR/RC47/8)

242. Na sua apresentação da secção do relatório do Subcomité do Programa relativa à estratégia de saúde reprodutiva, o Dr. S. Khotu, da delegação sul-africana, explicou que esta estratégia resultava de anteriores resoluções sobre esse assunto, aprovadas pelos Estados-membros na Assembleia Mundial de Saúde, no Comité Regional e noutras instâncias internacionais, incluindo a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994. A estratégia propõe um enquadramento completo como resposta ao limitado impacto dos programas existentes na redução dos elevados níveis das doenças da reprodução, na Região.

243. Sublinhou que o documento da estratégia realçava a visão a longo prazo das principais melhorias que os países deveriam alcançar nos próximos 25 anos e propunha um conjunto de princípios, principais áreas de intervenção, objectivos e metas relevantes.

244. Assinalou que a estratégia definia com clareza o papel da OMS no processo de elaboração de programas nacionais completos e integrados, e requeria o reforço da capacidade da Sede Regional da OMS e das Representações nos países, para apoio aos Estados-membros, com base nas suas necessidades prioritárias, além de promover uma coordenação e parcerias eficazes com o sector da Saúde, outros sectores governamentais relevantes, agências das Nações Unidas, organizações não governamentais e demais parceiros.

245. Acrescentou que o Subcomité do Programa analisara a estratégia proposta e fizera algumas observações, apresentando sugestões para a sua melhoria, tendo presente a complexidade do novo conceito de saúde reprodutiva, assim como a sua importância para todos os grupos etários durante toda a sua vida.

246. O Subcomité sublinhou também a necessidade de se definir claramente o papel de outras agências das Nações Unidas, de modo a reforçar a colaboração e a coordenação a todos os níveis, incluindo aos níveis comunitário e interpaises, e para evitar a concorrência entre as agências.

247. Além das sugestões e recomendações específicas contidas no Relatório do Subcomité do Programa, o Comité Regional deu outros contributos importantes para melhorar o documento.

248. A Presidente, ao abrir a discussão, lembrou ao Comité o nível alarmante da mortalidade materna na Região, que é equivalente a 1.000 aviões a jacto Jumbo cheios de mulheres grávidas, que se despenhassem todos os anos. Ainda mais chocante é o facto de poucos progressos terem sido feitos no sentido da redução da mortalidade materna, em forte contraste com o esforço e os recursos consideráveis que estão a ser atribuídos às actividades para a sobrevivência da criança.

249. O facto de o documento da estratégia regional incluir apenas alguns aspectos da saúde reprodutiva foi elogiado como uma boa abordagem, por permitir aos países centrarem os seus programas nas principais áreas prioritárias, as quais favorecerão uma consecução mais rápida dos objectivos desejados. No entanto, a natureza multisectorial da saúde reprodutiva deve estar sempre presente.

250. Sublinhou que, a longo prazo, o âmbito da estratégia tinha de ser alargado, de modo a incluir a violência sexual e a violência contra as mulheres e as crianças. A este respeito, foi sugerido que, além da necessidade de educação, é essencial uma reorientação eficaz do pessoal de saúde e do sistema judicial, se quisermos inverter uma tendência que normalmente é adversa às vítimas. A Presidente chamou a atenção do Comité para a tendência que se observa de uma ocorrência cada vez maior de abuso sexual de crianças, por se pensar que há um risco menor de infecção pelo HIV ou que o adulto infectado é purificado por esses actos.

251. O Comité recomendou que se fizesse referência, tanto à Conferência Internacional do Cairo sobre População e Desenvolvimento como à Conferência de Beijing. Um empenhamento político e uma promoção eficaz foram considerados fundamentais e, portanto, deveriam beneficiar de maior proeminência no documento da estratégia.

252. Sublinhou que era preciso reforçar a componente "Investigação" no documento sobre a estratégia da saúde reprodutiva, por exemplo, sobre métodos contraceptivos para o homem. As componentes Monitorização e Avaliação foram também consideradas fracas e algumas das metas vagas ou muito ambiciosas.

253. Referiu-se que os objectivos a médio e longo prazos para a saúde reprodutiva em África deveriam contemplar uma maior incidência sobre o recém-nascido, bem como o tratamento de complicações da gravidez e do parto. Foi considerado inaceitável que tantas mulheres ainda tenham fistulas (vesico-vaginais) e outras sequelas igualmente evitáveis, decorrentes da complicação da gravidez e da debilidade dos cuidados de saúde.

254. Assinalou-se que o documento deveria também abordar as complexas questões da saúde reprodutiva, tais como o papel dos homens e adolescentes, a atribuição de meios e poderes acrescidos às mulheres, as considerações éticas, os direitos de reprodução e as crenças culturais.

255. Recomendou-se com muita firmeza a cessação imediata de todas as formas de punição contra as mulheres que fizerem aborto. Sublinhou-se a necessidade premente de aconselhamento pré e pós-aborto, assim como de serviços eficazes de tratamento do aborto, se se quiser reduzir rapidamente as elevadas taxas de mortalidade materna na Região.

256. Os inquéritos para a avaliação das necessidades em saúde reprodutiva, a nível das comunidades, começando nas famílias e terminando nos serviços de saúde, foram considerados essenciais para o planeamento e promoção das actividades. A OMS criou instrumentos de inquérito apropriados, que devem ser adaptados e utilizados pelos Estados-membros interessados.

257. Pediu-se à OMS que ajudasse os Estados-membros a criarem uma base de dados de informação fiável sobre saúde reprodutiva e melhores mecanismos para uma eficaz coordenação interagências a nível dos países. Pediu-se ainda à OMS que ajudasse os países a coordenar os esforços dos doadores no domínio da saúde reprodutiva, para assegurar a “pertença” dos programas, por parte dos países.

258. O Comité foi informado de que o governo do Ruanda tinha empreendido a reabilitação do Centro de Formação em Saúde Reprodutiva de Kigali, que tinha sido destruído. A OMS foi convidada a utilizá-lo como centro de formação regional para o desenvolvimento de recursos humanos em apoio da nova estratégia.

259. Assinalou-se que passava este ano (1997) uma década desde que a Iniciativa da Maternidade Sem Risco fora lançada em Nairobi e a OMS, em conjunto com outras agências, efectuará uma reunião técnica para tirar lições e definir como melhor acelerar os progressos nesta área, na próxima década.

260. Referiu-se que o tema para o Dia Mundial da Saúde de 1998 - **Maternidade sem Risco** - vinha, por isso, muito a propósito, sendo notável o facto de coincidir com o 50º aniversário da OMS. Isto dá aos Estados-membros oportunidade de demonstrarem o seu empenhamento no objectivo geral da Organização “**equidade na saúde**”, e reconsiderarem o indicador de saúde que mostra a maior discrepância entre os ricos e os pobres.

261. Foi reforçada a ideia de que o empenhamento só por si não chega, e que o próximo ano trará também a oportunidade de incidir em acções concretas que podem ser levadas a cabo, para que as mulheres não precisem de correr risco de vida no processo de dar à luz.

262. A Sra. V. Ofosu-Amaah, Directora da Divisão Africana do FNUAP, concordou com a recomendação do Subcomité do Programa de clarificar as atribuições das várias agências e doadores na implementação da estratégia da saúde reprodutiva aprovada pelo Comité.

263. Na sua opinião, as áreas potenciais de colaboração entre o FNUAP, a OMS e outras agências das Nações Unidas na Região Africana relativamente à saúde reprodutiva são: investigação; análise da situação e determinação das necessidades; promoção; formulação de regulamentos, normas e directivas; preparação de planos de desenvolvimento de recursos humanos; eliminação da mutilação genital das mulheres; promoção da saúde reprodutiva dos adolescentes; sistemas de informação para a gestão; mobilização de recursos; formulação de políticas e estratégias nacionais sobre saúde reprodutiva.

264. A maioria dos oradores apoiou o documento da estratégia regional, tendo o Comité Regional aprovado a Resolução AFR/RC47/R5.

Estratégia regional de Informação, Educação e Comunicação para a saúde nas comunidades africanas (documento AFR/RC47/9)

265. Na sua apresentação da secção do relatório sobre a estratégia regional de IEC, o Dr L. Rajonson (Madagáscar) explicou que a estratégia visava proporcionar, até ao ano 2010, a todas as populações da Região, acesso a uma informação que facilite a protecção e promoção da sua saúde. Visava ainda motivá-las para atingir as necessárias mudanças de comportamento que possam resultar numa melhoria visível da situação sanitária até ao ano 2025.

266. Referiu que a estratégia implicava o reforço da capacidade dos Estados-membros de criar e implementar programas integrados e sustentáveis de informação, educação e comunicação sobre saúde, em benefício de todas as populações. Isso deveria conseguir-se apoiando o reforço dos serviços de IEC dos Ministérios da Saúde, realizando programas de formação para profissionais dos media e pessoal de saúde, produzindo e distribuindo materiais de promoção e informação sanitária, e usando as línguas locais para os difundir.

267. Acrescentou que o Subcomité do Programa discutira e propusera emendas pertinentes e sugestões para melhorar a estratégia e aumentar o sucesso da sua implementação. O Subcomité redigira também um projecto de resolução sobre IEC e recomendara que fosse submetido à apreciação do Comité Regional, para aprovação.

268. O Comité Regional insistiu na necessidade de se estabelecer um quadro legal para apoio aos programas e actividades de promoção e protecção da saúde. Assim, a estratégia regional devia sublinhar a necessidade de adoptar legislação contra produtos nocivos.

269. Os delegados sublinharam a importância de envolver as comunidades visadas na elaboração, produção e distribuição de mensagens de promoção da saúde.

270. Foi chamada a atenção para o potencial de «edutainment» - fusão de **educação** com **divertimento** - como meio de promover a saúde. Também os meios de comunicação tradicionais deveriam ser revitalizados.

271. Houve repetidas referências à importância da educação e da alfabetização funcional, especialmente das mulheres, para garantir uma promoção eficaz da saúde. Foi proposto que se desse a máxima prioridade à educação para a saúde e que as escolas que promovem a saúde incidissem as suas actividades sobre o combate às DST e ao HIV/SIDA, bem como sobre a luta antibiótica.

272. O Comité sublinhou mais uma vez a necessidade de partilhar a informação sobre os melhores métodos de utilizar as estratégias de IEC para promover e proteger a saúde.

273. Os delegados sugeriram que a OMS criasse uma rede africana de comunicadores de saúde e organizasse seminários sobre IEC. Foi também pedido à Organização que auxiliasse os Estados-membros a ministrar cursos de formação sobre o pré-teste de materiais de IEC e sobre os métodos de avaliação de projectos de IEC.

274. Referiu-se que a OMS deveria traçar planos de acção para apoiar os Estados-membros na formulação e implementação das suas políticas e planos nacionais de IEC, assim facilitando a implementação da estratégia regional de IEC.

275. A Organização deveria ainda encorajar e apoiar acções inter-sectoriais sobre IEC a nível dos países. Os sectores envolvidos seriam, entre outros, a educação, a saúde e a informação. O papel de cada sector devia ser claramente definido. A OMS precisaria também de consultar a UNESCO, para garantir que esta incorporasse actividades ou intervenções de IEC na sua cooperação técnica com os Estados-membros.

276. Os delegados fizeram muitos comentários e sugestões que contribuíram para tornar a estratégia mais abrangente e melhorar a qualidade do documento. Foram ainda sugeridas melhorias no projecto de resolução, que foi aprovado posteriormente com as emendas propostas.

277. O Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC47/R2.

Relatório sobre a Terceira Avaliação da implementação da estratégia de Saúde para Todos (documento a AFR/RC47/11)

278. A secção do relatório do Subcomité do Programa relacionada com a Terceira Avaliação da estratégia de implementação da Saúde para Todos foi apresentado pelo Dr. H. Cossa (Moçambique), que lembrou ao Comité que a avaliação abrangia o período de 1991 a 1996.

279. Fez notar que a Terceira Avaliação revestira-se de particular importância por ser a última antes do ano 2000 e porque serviria de base às discussões sobre o desenvolvimento sanitário nas próximas décadas.

280. Referiu que o Subcomité do Programa considerara que, ao apresentar as suas conclusões, seria essencial ter em consideração não só o contexto geral e as experiências mais comuns, como ainda a diversidade entre os países da Região. Os êxitos e as tendências positivos da Região deviam ser divulgados, de modo a revelarem oportunidades potenciais.

281. Concluiu afirmando que o Secretariado iria completar e rever o documento (AFR/RC47/11) e preparar a sua publicação em 1998, a qual incluiria os relatórios dos países.

282. O Comité Regional concordou com as recomendações do Subcomité do Programa no que toca às emendas necessárias ao documento.

283. Foi notado que o documento transmitia uma visão geral muito crítica do estado da Região, mas que era importante ser-se objectivo e também aceitar os desafios que nos esperam.

284. Salientou-se que as respostas a esses desafios poderiam ser encontradas na revitalização de programas nas áreas do desenvolvimento sustentável e da saúde pública. Foi ainda notado que os esforços no sentido de atingir a Saúde para Todos não eram só da responsabilidade dos ministérios da saúde, havendo necessidade de parcerias mais alargadas.

285. Sublinhou-se ser necessário envidar mais esforços no sentido de uma abordagem coordenada do planeamento da saúde, da prestação de serviços e do desenvolvimento de infra-estruturas. Além disso, deviam ser fixados objectivos específicos e definidos indicadores adequados, para facilitar a monitorização e avaliação do processo.

Contribuição Regional para a política mundial da OMS de Saúde para Todos no século XXI (documento AFR/RC47/10)

286. Na sua apresentação da secção do relatório do Subcomité do Programa sobre a contribuição regional para a nova política mundial de saúde, o Dr. C.J.G. Orjioko (Nigéria) indicou que a redacção do documento se baseara em relatórios de reuniões consultivas nos países, na Terceira Avaliação da implementação da estratégia de Saúde para Todos, na Reunião Consultiva sobre o Desenvolvimento Sanitário a longo prazo na Região Africana, realizada em Libreville, em Março de 1997, e ainda nas recomendações da Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário e Investigação (CCADSI).

287. Acrescentou que o documento focava os principais sucessos e obstáculos ao desenvolvimento sanitário da Região, as características dos contextos interno e externo em que o desenvolvimento sanitário era prosseguido, os intervenientes-chave no desenvolvimento sanitário e respectivos papéis, as possíveis tendências dos factores de desenvolvimento sanitário e os determinantes essenciais da saúde na Região. O documento focava também várias dimensões da resposta estratégica regional.

288. Concluiu dizendo que o Subcomité identificara alguns factores adicionais com impacto significativo no desenvolvimento sanitário da Região e fizera alguns comentários e sugestões úteis para melhorar a qualidade e a abrangência do documento. Foram também feitas sugestões a fim de reformular certas partes do documento para, entre outros aspectos, apresentar o futuro do desenvolvimento sanitário da Região em tom menos pessimista.

289. O Comité Regional solicitou à OMS que colaborasse com todas as agências das Nações Unidas e outras instituições, incluindo ONG, envolvendo-as no processo de elaboração da nova política mundial de saúde, a fim de evitar uma situação em que cada organização desenvolvesse a sua própria política de saúde. A multiplicidade das políticas causa frequentemente confusão dentro dos países.

290. Foi acentuado que seria necessário continuar a consultar os Estados-membros e que estes deviam dar mais contributos, sublinhando-se que a contribuição regional devia realçar os princípios de equidade, solidariedade e paz. O Director Regional declarou que os contributos dos Estados-membros iriam ser recolhidos imediatamente após esta sessão do Comité.

291. O Dr. D. Yack da Sede Mundial da OMS informou que estava em curso um processo de consultas, aos níveis regional e mundial. Todos os dados registados seriam incorporados no novo projecto do documento da política mundial de saúde, que será discutido no Conselho Executivo e na Assembleia Mundial da Saúde, em 1998.

292. Foram assinalados três elementos principais que era necessário incluir na política mundial:

- empenhamento na equidade, o que exigiria que as necessidades especiais a longo prazo da África fossem explicitamente satisfeitas pela comunidade internacional;
- complementaridade da acção mundial com as acções nacionais, o que será essencial para o desenvolvimento sanitário em África;
- busca da paz, o que está estreitamente ligado à obtenção da Saúde para Todos.

293. O relatório do Subcomité do Programa foi aprovado e a Presidente agradeceu aos membros do Subcomité pelo excelente trabalho.

294. O Director Regional afirmou que nem todos os países da Região tinham elevadas taxas de mortalidade materna. Alguns países já tinham atingido reduções significativas na mortalidade materna e infantil e apontou os sucessos das Maurícias e das Seychelles. Acrescentou que a Sede Regional iria mais tarde promover reuniões de alto nível sobre as melhores práticas de saúde pública em África.

295. O Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC47/R3.

DATAS E LOCAIS DAS 48ª E 49ª SESSÕES DO COMITÉ REGIONAL

(documento AFR/RC47/14)

296. O Comité foi informado dos países que tinham mostrado interesse em acolher a sua 48ª sessão e algumas das posteriores.

297. Depois de longa discussão, ficou estabelecido que as 48ª e 49ª sessões do Comité Regional teriam lugar, respectivamente, no Senegal e na Namíbia. Ficou ainda decidido que o Burkina Faso teria a primeira oportunidade de acolher o Comité fora de Brazzaville depois de 1999.

298. Foi acentuada a necessidade de se definirem e aplicarem critérios relevantes para a selecção dos países para acolher o Comité Regional. O Secretariado foi incumbido de apresentar propostas sobre critérios pertinentes na 48ª sessão do Comité.

299. A 48ª e 49ª sessões do Comité Regional terão lugar, como habitualmente, durante a primeira semana do mês de Setembro.

DISCUSSÕES TÉCNICAS (documentos AFR/RC47/TD/1 e AFR/RC47/TD/2)

Apresentação do relatório das Discussões Técnicas

300. O Sr. Alex Quarmyne, Presidente das Discussões Técnicas, apresentou o respectivo relatório ao Comité Regional. Referiu que o relatório enumerava assimetrias adicionais identificadas na implementação das actividades de informação, educação e comunicação (IEC), e recomendava medidas suplementares a tomar aos níveis da Região e dos países, para remediar a situação. Sublinhou que embora os países tivessem objectivos comuns na área da IEC, as suas experiências variavam, havendo necessidade de partilhá-las.

301. O Comité tomou nota do relatório das Discussões Técnicas.

302. O Dr. Mandil da Sede Mundial da OMS fez uma apresentação e demonstração ao vivo sobre informática em saúde e telemedicina.

FUTURAS DISCUSSÕES TÉCNICAS (documento AFR/RC47/13)

303. As duas opções propostas no documento AFR/RC47/13, nomeadamente, acabar com as Discussões Técnicas ou realizá-las durante a sessão do Comité Regional, foram cuidadosamente analisadas pelo Comité. Após alguma discussão, o Comité decidiu manter a prática actual. Consequentemente, as Discussões Técnicas continuarão a realizar-se durante as sessões subseqüentes do Comité Regional.

APROVAÇÃO DO RELATÓRIO DO COMITÉ REGIONAL (documento AFR/RC47/15)

304. Após proceder a umas ligeiras alterações, o Comité Regional aprovou o relatório da 47ª Sessão.

ENCERRAMENTO DA 47ª SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL

Intervenção do Director Regional

305. Na sua intervenção final, o Director Regional, Dr. E.M. Samba agradeceu à Presidente da 47ª sessão do Comité Regional pela forma eficiente como conduziu os debates, o que permitiu terminar a 47ª sessão a tempo. Agradeceu igualmente aos delegados pelo apoio, orientações e directivas pertinentes dadas ao Secretariado, bem como ao Governo e ao povo da República da África do Sul pelo extraordinário acolhimento prestado aos delegados.

306. Em nome do Secretariado, pediu desculpa por eventuais deficiências na preparação dos documentos e na organização da reunião.

307. Concluiu que a 47ª sessão do Comité Regional tinha sido um sucesso estrondoso do princípio ao fim e exprimiu a sua gratidão aos delegados por darem-lhe a oportunidade e o privilégio de transmitir a Moção de Agradecimento (Resolução AFR/RC47/R8) ao Governo e ao Povo da República da África do Sul.

Moção de Agradecimento

308. Esta moção foi previamente apresentada pelo Dr. Koffi Sama, Ministro da Saúde do Togo, em nome dos delegados.

Alocução da Presidente da 47ª sessão e encerramento

309. A Presidente da 47ª sessão do Comité Regional agradeceu aos delegados por darem à África do Sul a oportunidade de organizar esta reunião pela primeira vez e exprimiu a sua gratidão pela assistência ao seu país, para que a reunião fosse coroada de êxito.

310. Elogiou a equipa de apoio sul-africana pelo seu árduo trabalho e exprimiu a sua gratidão aos delegados por terem-na escolhido para Presidente da 47ª sessão e por lhe facilitarem a sua tarefa.

311. Desejou aos delegados e participantes uma boa viagem de regresso e declarou encerrada a 47ª sessão do Comité Regional Africano.

PARTE III

ANEXOS

**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**

Dr Pascal Dossou-Togbé
Directeur Adjoint de Cabinet

Dr Smatl Mesbah
Directeur général
Institut national de la Santé publique

**BOTSWANA
BOTSOUANA
BOTSUANA**

Prof. Abdelhamid Aberkane
Président du Conseil exécutif

Mr C. J. Butale
Minister of Health

Dr Abdelkrim M'Hatef
Directeur des Relations internationales

Mrs K. J. Gasennelwe
Deputy Permanent Secretary

Dr Jean-Paul Granlaud
Directeur de la Prévention de la Santé

Mrs Matsae Balosang
Principal Health Officer II - Health Education

ANGOLA

Dr. A. A. P. Sicato
Ministro da Saúde

Dr Patson Mazonde
Paediatrician

Dr. Joaquim Saweka
Director do Gabinete de Intercâmbio Internacional

Mr L. T. Lesetedi
Chief Health Officer

BURKINA FASO

Dra. A. F. R. da Costa Hembe
Directora Nacional de Saúde Pública

Dr Alain Ludovic Tou
Ministre de la Santé

Senhora Maria Júlia Navalha
Técnica Média de Enfermagem

Dr M. Arlette Sanou Ira
Directrice des Etudes et la Planification

Dra. Evelize J. J. Da Cruz Fresta
Directora Nacional de Recursos Humanos

Dr Adrien Ware
Directeur de la Médecine préventive

Sr. Pedro José António
Delegado de Saúde, Luanda

Mr Hamado Nana
Journaliste

BURUNDI

Dr. José Narciso
Perito, Ministério das Relações Exteriores

Dr J. Mohamed Kariburyo
Ministre de la Santé publique

**BENIN
BENIM**

Prof. Marina d'Almeida Massougbodji
Ministre de la Santé, de la Protection sociale et de la
Condition féminine

Dr Emmanuel Maregeya
Directeur général de la Santé

**CAMEROON
CAMEROUN
CAMARÕES**

M. Charles B. Etoundi
Ministre de la Santé

Dr René Owona-Essomba
Directeur de la Santé communautaire

Mrs C.M. Soppo
Journaliste au Ministère de la Santé

Dr B. Yaou
Chef de Division de la Coopération

Dr Georges Niat
Chargé de Mission à la Présidence

**CAPE VERDE
CAP-VERT
CABO VERDE**

Dr. J. B. F. Medina
Ministro de Saúde e Promoção Social

Dr. Ildo A. Sousa Carvalho
Assessor do Ministro da Saúde e Promoção Social

**CENTRAL AFRICAN REPUBLIC
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
REPÚBLICA CENTRAFRICANA**

Dr E.B. Mokodopo
Ministre de la Santé publique et de la Population

Dr G.D. Nzikil'Koue
Directeur général de la Santé publique et de la Population

Dr E. Kiteze
Directeur des Etudes et de la Planification

Dr M. Hoza
Chef de Service de Santé des Adolescents et de l'Education sexuelle

**CHAD¹
TCHAD
CHADE**

**COMOROS
COMORES**

Mr M. Bourhane
Ministre de la Santé et de la Population

Dr Mbaé Toyb
Directeur général de la Santé

CONGO

Dr Gaston Bikandou
Ministre de la Santé

Dr Daniel Bouanga
Directeur-général de la Santé publique

Dr Paul Nzaba
Conseiller socio-sanitaire,
Ministère de la Santé publique

Dr Jeannette Kouangwa
Coordinatrice au PNL-S-MST, Congo

CÔTE D'IVOIRE

Prof. Guikahue M. Kakou
Ministre de la Santé publique

Prof. Yapo Felix Boa
Directeur des Etablissements et Professions
sanitaires

Dr Alimata Jeanne Diappa Nama
Directeur de la Santé communautaire

M. Christophe Assi
Chef du Service national IEC/Santé

M. Anpa R. Gbary
Conseiller technique au Ministère de la Santé

M. Sylvestre Aka,
Premier Conseiller
Ambassade de Côte d'Ivoire en Afrique du Sud

M. Jeannot Aboui
Conseiller économique,
Ambassade de Côte d'Ivoire en Afrique du Sud

**DEMOCRATIC REPUBLIC OF CONGO
REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DO CONGO**

Dr Jean-Baptiste Sondji
Ministre de la Santé publique, Affaires sociales et Famille

¹ Unable to attend/N'a pas pu participer/Não pôde participar

Prof. Dr. K.G. Gasana
Conseiller médical du Ministre de la Santé
communautaire

Dr Florimond Tshioko Kweteminga
Epidemiologiste/Equipe OMS/PAYS (DPC)

Dr Nyandu Basambombo
Médecin-Directeur du PEV-Limete

Dr P. Lokadi Optha
Directeur de l'Epidémiologie et des Grandes
Endémies

Prof. Dimomfu Lapika
Professeur d'Université/EXPERT

EQUATORIAL GUINEA¹
GUINEE EQUATORIALE
GUINÉ EQUATORIAL

ERITREA
ERYTHREE
ERITREIA

Dr B. G. Ghilagaber
Director-General, Department of Health Services

Dr Ephrem Zewoldi Feseha
Clinical Services Division

ETHIOPIA²
ETHIOPIE
ETIÓPIA

GABON
GABÃO

M. Faustin Boukoubi
Ministre de la Santé

M. Hilaire Djambo
Attaché de Cabinet du Ministre de la Santé

Dr M. Toung Mve
Directeur général de la Santé publique

Dr Gabriel Malonga Mouelar
Directeur de la Réglementation et de la Qualité
des Soins, MSPP

Dr Paul Kombila
Directeur général adjoint

M. Jean Nzikoko-Loba Seau
Conseiller du Ministre de la Santé chargé de
l'Education sanitaire

M. J. Ehoumba
Ambassadeur du Gabon en Afrique du Sud

Mme Julienne N'Govoni
Conseiller à l'Ambassade du Gabon en Afrique du
Sud

Mme Nathalie Oliveira
Conseiller technique du Ministre de la Santé

THE GAMBIA
GAMBIE
GÂMBIA

Mme Isatou Njie-Saidy
Vice-President and Secretary of State for
Health, Social Welfare and Women's Affairs

Mr Sulayman Samba
Permanent Secretary, Department of State for
Health, Social Welfare and Women's Affairs

Dr Alieu Gaye
Director of Medical Services, Department of State
for Health, Social Welfare and Women's Affairs

GHANA
GHANA

Nana Paddy Acheampong
Deputy Minister of Health

Joseph D. Otoo
Director, National Health Insurance Scheme

GUINEA
GUINEE
GUINÉ

Dr Mohamed Sylla
Secrétaire Général
Ministère de la Santé

GUINEA-BISSAU
GUINEE-BISSAU
GUINÉ-BISSAU

Dr. Brandão Gomes Co
Ministro da Saúde Pública

Dr. Maria da Conceição Lopes Ribeiro
Directora Geral da Saúde Pública

¹ Unable to attend/N'a pas pu participer/Não pôde participar

² Unable to attend/N'a pas pu participer/Não pôde participar

Dr Tomé Cá
Estatístico em Demografia
Ministério da Saúde Pública

**KENYA
QUÉNIA**

Dr Julius S. Meme
Director, Kenyatta National Hospital

Mrs Margaret W. Ngure
Chief Nursing Officer

Dr James N. Mwanzia
Director of Medical Services

**LESOTHO
LESOTO**

Mr Tefo Mabote
Minister of Health and Social Welfare

Dr Ntutulu Mapetla
Director-General of Health Services

Dr Makhetha Mosotho
Director and Medical Superintendent

Mr Dan Mofokeng Maketha
Chief Health Educator

Mrs Matseuso Mei
Principal Economic Planner

Dr Mpolai Maseila Moteetee
DPHC

**LIBERIA
LIBÉRIA**

Dr G. Fahn-Boah Dakinah
Minister of Health

Mr Eric D. Johnson
Health Economic Adviser

Dr Peter Coleman
Chief Medical Officer, J.F.Kennedy University
Hospital

**MADAGASCAR
MADAGÁSCAR**

Prof. Henriette Rhantalalao
Ratsimbazafimahefa
Ministre de la Santé

Dr Norolala Rakoto Rabarijon
Chef de Service de la santé familiale

Dr Rolland N. Rajonson
Chef de Service de l'Information, Education et
Communication

MALAWI

Dr Harry I. Thomson
Minister of Health and Population

Dr Wesley Sangala
Principal Secretary

Mr David T. Muva
Deputy Secretary

Mr Winson G. Bomba
Chief Health Education Officer

Mrs Agnes L. Katsulukuta
Deputy EPI Programme Manager

Mrs F. Elida Nkhata
Senior Nursing Officer

Mr. C. M. Singo
Administrative Officer

Mr Ellos E. Lodzeni
Special Assistant to the Minister of Health and
Population

MALI

Dr Zakaria M. Maïga
Secrétaire général du Ministère de la Santé,
de la Solidarité et des Personnes âgées

Prof. Moussa Adama Maïga
Conseiller technique au Ministère de la Santé
de la Solidarité et des Personnes âgées

Dr Lsseni Konaté
Directeur national de la Santé publique

**MAURITÂNIA
MAURITANIE**

Dr Ould Mohamadou
Conseiller, Ministère de la Santé et des
Affaires sociales

M. Ibrahima Kane
Directeur de la Protection sanitaire

**MAURITIUS
MAURICE
MAURÍCIAS**

Mr Nunkeswarsingh Deerpalsingh
Minister of Health and Quality of Life

Mr R. Mudhoo
Permanent Secretary

**MOZAMBIQUE
MOÇAMBIQUE**

Dr. A. Razak Noormahomed
Vice-Ministro da Saúde

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

Dr. Romão P. Mondlane
Director Nacional de Saúde Adjunto

**NAMÍBIA
NAMIBIE**

Rev. Zedekia K. Mujoro
Deputy Minister; Health and Social Services

Dr Kalumbi Shangula
Permanent Secretary

Mr Puumue J. Katjuanjjo
Head, Epidemiology & Disease Prevention and Control

Dr Icorbinian Vizcaya Amutenya
Principal Medical Officer

NÍGER

M. Harouna Niandou
Ministre de la Santé publique

Dr Fatimata Moussa
Directrice de la Promotion de la Santé

Mr Baare I. Issa
Directeur, Prévention sanitaire et Assainissement

NIGÉRIA

Dr Ihechukwu C. Madubuike
Hon. Minister of Health

Dr Suleiman Sani
Director-General
Federal Ministry of Health

Dr Kabba Joiner
Executive Director
Federal Ministry of Health

Dr Casimir J. G. Orjioko
Director, Primary Health Care & Disease Control

Dr E. C. Chidomere
Special Assistant to the Hon. Minister of Health

Dr M. F. Gboun
Member of the Delegation

**RWANDA
RUANDA**

Dr Vincent Biruta
Ministre de la Santé

Dr Thomas Karengera
Directeur des Soins de Santé

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

Dr. E. do Carmo Ferreira de Matos
Ministro da Saúde

Dr. G. José da Costa Frota
Director do Plano, Administração e Finanças

SENEGAL

M. Ousmane Ngom
Ministre de la Santé et de l'Action sociale

M. A. B. Wane
Conseiller technique au Ministère de la Santé

Dr Abou B. Gaye
Directeur adjoint de l'Hygiène et de la Santé publique
Chef du Service national des Grandes Endémies

**SEYCHELLES
ILHAS SEYCHELLES**

Mr Jacquelin Patrick Dugasse
Minister of Health

Mr Lunez. L. Jude Padayachy
Director General, Planning, Research & Statistics

Mr Louise Noellie Alexander
Principal Secretary

SIERRA LEONE¹
SERRA LEOA

SOUTH AFRICA
AFRIQUE DU SUD
ÁFRICA DO SUL

Nkosazana Clarice Dlamini-Zuma
Minister of Health
Head of the delegation

Dr Olive Shisana
Director -General of Health
Alternate

Molefi Paul Sefularo
Member of the Executive Council for Health:
North West Province
Alternate

Glaudine Mtshali
Chief Director, National Programmes,
Adviser

Ohile Maurice Bada Pharasi
Chief Director, Registration, Regulations and
Procurement,
Adviser

Dr Shaheen H. Khotu
Director, National Health Information System,
Adviser

Malvin Freeman
Director, Mental Health
Adviser

Christile Chatherina Kotzenberg
Director, Chronic Diseases and Disabilities
Adviser

Catherine Makwakwa
Director, International Health Liaison
Adviser

Roland Edgar Mhlanga
Director, Maternal and Child Care
Adviser

Lindiwe Ntombizethu Mhlanga
Health Attaché, Africa and the Middle East
Adviser

Mrs. Nontshukumo Beatrice Phama
Foreign Service Officer
Department of Foreign Affairs
Adviser

SWAZILAND
SOUAZILAND
SUAZILÂNDIA

Dr Phetsile K. Dlamini
Minister of Health and Social Welfare

Mr Meshack M.L. Shongwe
Director, Prime Minister's Office

Mr Sandile S. Mdziniso
Under Secretary, Ministry of Health

Dr S.V. Shongwe
Deputy Director of Health Services

Mrs Nester T. Shongwe
Chief Nursing Officer

Miss Nelisiwe Sikhosana
Health Statistician

TOGO

Dr Koffi Sama
Ministre de la Santé

Dr Essosolem Batchassi
Directeur général de la Santé

UGANDA
UGANDA

Dr C. W. C. B. Kiyonga
Minister of Health

Dr David Kihumuro Apuuli
Director General Health Services

Dr John Bosco Rwakimari
Technical Assistant to the Director-General of
Health Services

Ms Ruth Molly Ondoru Lematia
Chief Health Training Officer

Dr James M. Mugume
District Medical Officer

¹ Uable to attend/N'a pas pu participer/Não pôde participar

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

Dr Aaru D. Chiduo
Minister of Health, Tanzania

Mr Said Bakari Jecha
Minister of Health, Zanzibar

Dr Hassan Attas
Director-General

Dr Peter Kilima
Director of Preventive Services

**ZÂMBIA
ZAMBIE**

Dr Katele Kalumba
Minister of Health

Dr M. E. Limbambala
Director, Monitoring and Evaluation

Mr Oliver Hazemba
Managing Director of Medical Stores Ltd.

ZIMBABWE

Dr Timothy J. Stamps
Minister of Health and Child Welfare

Dr Paulinus Sikosana
Secretary for Health

Dr Brono Piotti
Head of NHIS Unit

Mrs Regina Masangwi
Provincial Nursing Officer

Mr Samuel Tsoka
Health Education Officer

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

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

Mr Georges Codjia
FAO Sub-Regional Food and Nutrition Officer
P.O. Box 3730
Harare,
Zimbabwe

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

Mr J. David Whaley
UNDP Resident Representative
U.N. House
Metropark Building
351 Schoemam Street
P.O. Box 6541
Pretoria 0001
South Africa

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

Madame Shahida Azfar
Regional Director for Eastern and Southern
Africa
UNICEF Eastern and Southern Africa
P.O. Box 44145
Nairobi
Kenya

Dr Iyorlumun J. Uhaa
Regional Health Adviser
UNICEF Eastern and Southern Africa
Regional Office
P.O. Box 44145
Nairobi

Dr Abdelwahed El Abassi
Conseiller régional en Santé (BRAOC)
UNICEF
B.P.443
Abidjan - 04
Côte d'Ivoire

Kenya

Mr Martin Mogwanja
Deputy Regional Director (WACARO)
UNICEF,
B.P. 443
Abidjan 04
Côte d'Ivoire

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

**United Nations Education, Scientific and Cultural Organization (UNESCO)
Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura**

Mr Hubert J. Charles
Education Advisor, Pretoria Office
UNESCO
P.O. Box 11667
Tramshed, Pretoria 0002
South Africa

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

Mris V. Ofosu-Amaah
Director, Africa Division
UNFPA
220E 42nd Street
New York, NY 10017
USA

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

Dr Peter Piot
WHO/Geneva
Switzerland

World Bank/Banque Mondiale/Banco Mundial

Mr A. Edward Elmendorf
 Leader, Health Specialists - African Region
 1818 H Street, N.W.
Washington DC, 20008
 USA

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

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

M. Laban O. Masimba
 Representative of OAU
 Chief Nutrition Division
 P.O. Box 3243
Addis Ababa
 Ethiopia

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

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

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

Msrs Annie E. Bangura
 Principle Officer, Social Affairs
 ECOWAS
 6 King George V Road, Onikan
 P.O. Box 12745
Lagos
 Nigeria

**Organization for Coordination and Cooperation in the Control of Major Endemic
 Diseases (OCCGE)
 Organisation de Coordination et de Coopération pour la Lutte contre les Grandes
 Endémies (OCCGE)
 Organização de Coordenação e de Cooperação para o Combate às Grandes
 Endemias (OCCGE)**

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

**West African Economic and Monetary Union
Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine
União Económica e Monetária da África Ocidental**

Mr Pedro A. G. Gomes
Commissaire de l'Union Economique et
Monétaire Ouest-Africaine
01 B.P. 543,
Ouagadougou
Burkina Faso

Mr Isidor Boutche
Directeur de la Santé et de la Promotion
féminine
01 B.P. 543,
Ouagadougou
Burkina Faso

**Commonwealth Regional Health Community Secretariat
Secrétariat régional du Commonwealth pour la Santé
Secretariado Regional do Commonwealth para a Saúde**

Mr L. Otis S. Maniziba
Administrative Secretary
Commonwealth Regional Health Community Secretariat
P.O. Box 1009
Arusha
United Republic of Tanzania

**West African Health Community (WAHC)
Communauté sanitaire de l'Afrique de l'Ouest
Comunidade Sanitária da África Ocidental**

Dr Kabba Joiner
Executive Director
WAHC
6 Taylor Drive
P.M.B. 2023
Yaba, Lagos
Nigeria

**4. REPRESENTATIVES NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS NON-GOUVERNEMENTALES
REPRESENTANTES DE ORGANIZAÇÕES NÃO-GOVERNAMENTAIS**

Rotary International - Trustee of the Rotary Foundation

Mr Antonio M. Serrano
Rotary International - Trustee of the Rotary Foundation
P.O. Box 1416
Bedfordview
2008 - South Africa

**International Federation of Pharmaceutical Manufacturers' Association
Fédération internationale de l'Association des Fabricants Pharmaceutiques
Federação Internacional da Associação dos Fabricantes Farmacêuticos**

Mrs M. W. Kirkman
Head, Scientific and Regulatory Affairs,
(PMA) South Africa
P.O. Box 9,
1211 Geneva 18,
Switzerland

**World Federation of Proprietary Medicine Manufacturers
Fédération mondiale des Producteurs
Federação Mundial dos Produtores**

Dr H. Cranz
Vice-President for Europe and Africa
WFPMM
c/o AESGP
7, Avenue de Tervuren
B-1040 Brussels
Belgium

Mr E. J. Gezzi
Vice President - Latin Americas
c/o Zarraga 3922 (1427)
Buenos Aires
Argentina

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

Dr I. Nyoman Kandun
Director - Environmental Health
Directorate General CDC & Environmental Health
Ministry of Health Representative of Indonesia
Jakarta 10560
Indonesia

Dr M.H. Widodo Soetao
Senior Adviser to the Minister of Health
Jalan H.R. Rasuna Said Kav.X.5-9
Jakarta 12950
Indonesia

Ms Sophia N. Nciza
Vice President
Democratic Nursing Organization of Sout Africa (DENOSA)
P.O. Box 1280
Pretoria
South Africa

**Agency for More Health for All
Agence Santé Plus pour Tous
Agência Mais Saúde para Todos**

Mr A. Thiam Bouba N'Diaye
Exert-Conseil, I.E.C/SANTE
B.P. 216 - 108 Rue Moussé Diop (Blanchot)
Dakar
Sénégal

**Medical Women's Association
Association des Femmes Médecins
Associação das Mulheres Médicas**

Mr Mervat Roushdy El-Rafie
Professor of Public Health-Medical Women's Association
Faculty of Medicine, Cairo University Public Health
Cairo
Egypt

**ORDEM DO DIA
DA 47ª SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL**

1. Abertura da sessão
2. Constituição da Comissão de Designações
3. Eleição do Presidente, Vice-presidentes e Relatores
4. Aprovação da ordem do dia (documento AFR/RC47/1)
5. Nomeação da Comissão de Verificação de Poderes
6. Actividades da OMS na Região Africana. Relatório anual (1996) do Director Regional (documento AFR/RC47/2):
 - 6.1 Implementação dos programas regionais e nacionais
 - 6.2 Implementação das resoluções da 46ª sessão do Comité Regional
 - 6.3 Relatório sobre os progressos realizados em determinados programas - Prevenção das incapacidades e reabilitação - Saúde oral - Saúde mental - Combate ao Paludismo em África - Combate à Tuberculose - Luta contra o HIV e a SIDA - Implementação da estratégia regional - Programa Alargado de Vacinação - Erradicação do tétano neonatal e da poliomielite - Qualidade dos cuidados de saúde
 - 6.4 Relatório sobre os progressos realizados em determinados assuntos levantados na quadragésima-sexta sessão
7. Correlação entre os trabalhos do Comité Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde
 - 7.1 Modalidades de implementação das resoluções de interesse regional aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo (documento AFR/RC47/3)
 - 7.2 Incidências regionais das ordens do dia da 101ª sessão do Conselho Executivo e da 51ª Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC47/4)
 - 7.3 Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC47/5)
8. Relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC47/6)
 - 8.1 Estratégia regional para socorros de emergência e ajuda humanitária (documento AFR/RC47/7)
 - 8.2 Saúde reprodutiva - Estratégia regional para o período 1998-2007 (documento AFR/RC47/8)
 - 8.3 Estratégia regional de informação, educação e comunicação para a promoção da saúde nas comunidades africanas (documento AFR/RC47/9)
 - 8.4 Contribuição regional para a nova política mundial da OMS de Saúde para Todos, para o século XXI (documento AFR/RC47/10)
 - 8.5 Relatório sobre a Terceira Avaliação da Implementação da Estratégia de Saúde para Todos (documento AFR/RC47/11)

9. Discussões Técnicas “Informação e Comunicação - Colmatar os fossos”
(documento AFR/RC47/TD/1)
 - 9.1 Apresentação do relatório das Discussões Técnicas: “Informação e Comunicação - Colmatar os fossos” (documento AFR/RC47/12)
 - 9.2 Discussões técnicas futuras (documento AFR/RC47/13)
10. Decisões processuais - Designação dos representantes da Região Africana nos seguintes órgãos:
 - i) Comissão de Orientação e Coordenação do Programa Especial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Reprodução Humana
 - ii) Conselho Conjunto de Coordenação do Programa Especial de Investigação e Formação em Doenças Tropicais
 - iii) Comissão Consultiva de Gestão do Programa de Acção para os Medicamentos Essenciais
11. Datas e locais de realização das 48ª e 49ª sessões do Comité Regional
(documento AFR/RC47/14)
12. Aprovação do relatório do Comité Regional (documento AFR/RC47/15)
13. Encerramento da 47ª sessão do Comité Regional

ORDEM DO DIA PROVISÓRIA DA 48ª SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL

1. Abertura da sessão
2. Constituição da Comissão de Designações
3. Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores
4. Aprovação da ordem do dia
5. Nomeação da Comissão de Verificação de Poderes
6. Actividades da OMS na Região Africana
 - 6.1 Relatório bianual do Director Regional (1996-1997)
 - 6.2 Implementação das resoluções da 47ª sessão do Comité Regional, a nível da Região e dos países
 - 6.3 Relatório sobre os progressos realizados em determinados programas
7. Correlação entre os trabalhos do Comité Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde
 - 7.1 Modalidades de implementação das resoluções de interesse para a Região Africana aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo
 - 7.2 Incidências regionais das ordens do dia da 101ª sessão do Conselho Executivo e da 51ª Assembleia Mundial da Saúde
 - 7.3 Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde
8. Relatório do Subcomité do Programa
 - 8.1 Projecto de Orçamento/Programa (2000-2001)
 - 8.2 Estratégia regional de vigilância integrada das doenças, na Região Africana
 - 8.3 Cenários, visão e política a longo prazo para um desenvolvimento sanitário sustentável na Região Africana
 - 8.4 Estratégia de saúde mental para a Região Africana
 - 8.5 Reforço dos sistemas distritais de saúde
 - Situação actual e perspectivas futuras na Região Africana
9. Decisões Processuais - Designação dos representantes da Região Africana nos seguintes órgãos:
 - i) Comissão de Orientação e Coordenação do Programa Especial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Reprodução Humana
 - ii) Conselho Conjunto de Coordenação do Programa Especial de Investigação e Formação em Doenças Tropicais
 - iii) Comissão Consultiva de Gestão do Programa de Acção para os Medicamentos Essenciais

-
10. Datas e locais das 49ª e 50ª sessões do Comité Regional
 11. Aprovação do relatório do Comité Regional
 12. Encerramento da 48ª sessão do Comité Regional

RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA

ABERTURA DA REUNIÃO

1. O Subcomité do Programa reuniu-se em Sun City, República da África do Sul, entre 29 de Agosto e 1 de Setembro de 1997. A Mesa, eleita a 9 de Setembro de 1996, em Brazzaville, no Congo, foi reconstituída do seguinte modo:

Presidente:	Sr. R. Mudhoo (Maurícias)
Vice-presidente:	Dr. I. Kane (Mauritânia)
Relatores:	Dr. S. Khotu (África do Sul)
	Dr. R. Rajonson (Madagáscar)

2. A lista dos participantes encontra-se no Apêndice 1.

3. O Director Regional, Dr. Ebrahim M. Samba, deu as boas-vindas aos membros do Subcomité do Programa e agradeceu o amável convite do Governo da República da África do Sul para acolher a quadragésima-sétima sessão do Comité Regional.

4. Recordou que o Conselho Executivo, numa sugestão feita anteriormente, tinha solicitado ao Comité Regional que envolvesse alguns membros do Conselho das suas regiões respectivas nos trabalhos do Comité Regional. Explicou que, nesse contexto, quatro membros do Conselho Executivo da Região Africana tinham sido convidados a participar na quadragésima-sétima sessão do Comité, designadamente os Drs. Antonica Hembe, Pascoal Dossou-Togbe, Juma Mohamed Kariburyo e T. Stamps, respectivamente de Angola, Benim, Burundi e Zimbabwe. Estes quatro membros participariam nas sessões do Subcomité do Programa e do Comité Regional.

5. O Presidente do Subcomité do Programa, Sr. R. Mudhoo, manifestou o seu apreço pela sua eleição para a presidência do Subcomité. Deu as boas-vindas aos membros do Subcomité e recordou-lhes que, atendendo aos prementes problemas de saúde e afins, como as situações de emergência (naturais e causadas pelo Homem), as elevadas taxas de mortalidade materna e neo-natal e a relativamente baixa esperança de vida à nascença prevaletentes na Região Africana, deveriam seguir completa e atentamente os trabalhos da reunião e não se deixarem distrair pelas distrações existentes no local.

6. Por último, salientou que os membros do Subcomité deveriam orgulhar-se do seu trabalho no final dos dois dias de deliberações, submetendo ideias inovadoras e propostas concretas ao Comité Regional.

7. O Programa de Trabalho provisório (Apêndice 2) foi aprovado. O Subcomité do Programa aprovou, igualmente, o seguinte horário de trabalho: 8h30 - 12h30 e 14h00 - 17h30, com um intervalo em cada período. A ordem do dia consta do Apêndice 3.

ESTRATÉGIA REGIONAL PARA SOCORROS DE EMERGÊNCIA E AJUDA HUMANITÁRIA (documento AFR/RC47/7)

8. Na sua apresentação do documento, o Dr. A.M. D'Almeida, do Secretariado, descreveu os fundamentos e as principais questões abordadas no documento, tendo igualmente sublinhado o que se esperava do Subcomité.

9. Referiu que as situações de emergência tinham ocorrido com mais frequência e afectado mais pessoas na Região Africana. Tal devera-se a numerosos factores, de entre os quais são de assinalar: um ambiente rigoroso e a frequente ocorrência de catástrofes naturais; a crescente pressão populacional; as crescentes disparidades entre ricos e pobres; a cada vez maior crise da dívida e uma instabilidade política generalizada.

10. Acrescentou que as situações de emergência e as suas consequências haviam entravado os esforços de desenvolvimento e, infelizmente, a maioria dos países da Região Africana não dispusera de mecanismos para lhes fazer face de maneira eficaz. Por falta deste importante elo de ligação, entre outras coisas, houvera necessidade de delinear a presente estratégia regional para socorros de emergência e ajuda humanitária.

11. Após apresentar o quadro de orientação, o Dr. D'Almeida declarou que o documento descrevia pormenorizadamente a estratégia, bem como a respectiva implementação e gestão. Acrescentou que os princípios orientadores punham em destaque: mecanismos abrangentes, descentralizados e centrados nos países para a preparação e resposta a situações de emergência; a prevenção, preparação e prontidão; os aspectos sanitários das situações de emergência no âmbito do programa da ONU para as situações de emergência; a complementaridade e as parcerias para uma maior eficácia; o papel das Representações da OMS nos países; a paz como condição prévia para a saúde.

12. Fez notar que o objectivo a longo prazo da estratégia regional era contribuir para a diminuição geral do sofrimento, invalidez, morbilidade e mortalidade decorrentes das situações de emergência. Além disso, definiram-se objectivos específicos que abrangem os aspectos relativos à prevenção, preparação e prontidão para fazer face a situações de emergência. As duas principais vertentes da estratégia são o desenvolvimento de capacidades nos Estados-membros e no seio da OMS, e a mobilização de recursos.

13. Destacou que a implementação da estratégia implicaria o lançamento de intervenções prioritárias pelas autoridades, comunidades, instituições nacionais e a OMS, a todos os níveis. Os principais intervenientes seriam uma comissão intersectorial, a ONU e outras agências, as autoridades locais, os líderes comunitários e religiosos, o Serviço de Socorros de Emergência e Ajuda Humanitária da Sede Regional (EHA/AFRO) e as divisões correlacionadas da Sede Mundial da OMS.

14. O Dr. D'Almeida referiu que as actividades a empreender por cada estrutura ou instituição, bem como o papel da OMS em cada situação, haviam sido identificadas, tendo igualmente assinalado que as verbas para financiar a implementação teriam de vir de todas as fontes.

15. Frisou que a gestão da implementação requereria a criação de mecanismos de coordenação na Sede Regional e entre esta e a Sede Mundial, bem como entre as diferentes agências envolvidas. Além disso, requereria a monitorização e avaliação aos níveis regional e dos países.

16. Por último, sublinhou que, atendendo a que a estratégia tinha por objectivo estreitar a cooperação técnica entre a Sede Regional e os Estados-membros no campo da gestão das situações de emergência, esperava-se que o Subcomité do Programa fizesse uma análise crítica da estratégia proposta e fornecesse as orientações necessárias que facilitarão a sua implementação eficaz.

17. Analisando as experiências dos países da Região Africana no campo da gestão dos socorros de emergência e ajuda humanitária, o Subcomité do Programa constatou o seguinte:

- as crises provocadas por situações de emergência, quer naturais quer provocadas pelo Homem, têm vindo a ocorrer com cada vez mais frequência, sendo mais graves e prolongadas;
- a paz e os direitos do Homem são valores fundamentais a ter em conta nos socorros de emergência e ajuda humanitária, pelos governos, OMS e outros parceiros dos países; há que dedicar particular atenção ao desenvolvimento de capacidades locais;
- o papel e a responsabilidade dos indivíduos e das comunidades deveriam ser mais claramente reconhecidos e reforçados;
- o sector da Saúde, aos níveis nacional e internacional, tem um papel particular a desempenhar e uma certa vantagem comparativa para ser directamente envolvido e investido de poderes e meios acrescidos na prevenção, preparação e resposta a qualquer situação de emergência;
- a resposta a situações de emergência é frequentemente complicada pela politização.

18. Referiu-se que, em virtude dos laços estreitos existentes entre os conflitos políticos, a agitação social e as situações de emergência sanitária, a Organização Mundial de Saúde e os ministérios da saúde deveriam proceder a uma sensibilização contínua dos decisores e dos responsáveis políticos, para que incentivem a paz e a boa governação como pré-requisitos da saúde e do desenvolvimento.

19. Foi sugerido o seguinte:

- ajudar os Estados-membros a identificar e classificar os vários tipos de situações de emergência predominantes nos seus territórios respectivos, para permitir-lhes melhorar o seu nível de preparação e resposta a essas situações;
- ajudar os países a desenvolver as capacidades nacionais na área da gestão das situações de emergência e ajuda humanitária, incluindo a gestão dos «stocks» de emergência;
- formar profissionais de saúde nacionais e agentes comunitários em aspectos sanitários da gestão das catástrofes;
- incentivar a colaboração e a coordenação sub-regional interpaíses, no campo dos socorros de emergência e ajuda humanitária.

20. Referiu-se que as Representações da OMS existentes em todos os 46 países da Região estavam presentes no local das catástrofes e situações de emergência antes, durante e depois da respectiva ocorrência. A OMS continuaria a desempenhar um papel de coordenação importante na preparação e resposta a situações de emergência, bem como na reabilitação posterior. Este papel tem vindo a ser cada vez mais reconhecido pelo sistema das Nações Unidas e pela comunidade internacional, devendo ser reforçado.

21. Frisou-se que a preparação e resposta a situações de emergência deveria ser parte integrante das políticas e planos nacionais de desenvolvimento sanitário. Além disso, o desenvolvimento de capacidades nacionais na área da preparação e resposta a situações de emergência deveria incluir a promoção, a formação, a criação de mecanismos apropriados, o envolvimento da comunidade, exercícios de simulação e a mobilização de recursos. Sublinhou-se que para efectuar uma boa preparação havia necessidade de se dispor de uma base de dados fiável, com uma classificação exacta das situações de emergência.

22. Assinalou-se que os grupos vulneráveis, em particular as mulheres, as crianças, os deficientes e os pobres eram, regra geral, as principais vítimas de situações de emergência complexas e, por isso, deveriam estar no centro das preocupações. Além disso, a politização da ajuda deveria ser evitada.

23. Os ministérios da saúde e a OMS deveriam dedicar particular atenção à necessidade de se lançar rapidamente o alerta em caso de perigo. Nesse sentido, o papel dos ministérios da saúde e das ONG africanas deveria ser reforçado.

24. Por outro lado, a declaração atempada das situações de emergência e epidemias pelos governos era importante, para facilitar uma resposta apropriada, rápida e coordenada dos parceiros nacionais e internacionais. Seria igualmente necessário definir um modelo de gestão apropriado para promover a preparação e resposta aos níveis dos países e interpaíses.

25. Além disso, as partes em conflito e as comunidades deveriam ser exortadas a preservar as unidades de saúde existentes e a respeitar a vida e a integridade física dos profissionais de saúde. Por outro lado, seria necessário reforçar os recursos da comunidade, para permitir uma resposta adequada a nível local.

26. Em resposta às questões levantadas, o Director Regional declarou que o problema das situações de emergência tinha-se tornado crítico na Região. Sublinhou o papel essencial da Organização Mundial de Saúde em todas as fases de preparação e resposta a situações de emergência, isto é, antes, durante e depois da ocorrência efectiva das catástrofes, em particular a nível dos países.

27. Finalmente, salientou que a OMS tomaria medidas apropriadas para promover a sensibilização e a mobilização dos parceiros nacionais e internacionais, por exemplo, através de dias especiais ou reuniões sobre socorros de emergência e ajuda humanitária.

28. O Subcomité do Programa aprovou o documento AFR/RC47/7 com algumas emendas e decidiu submeter um projecto de resolução sobre o assunto à aprovação do Comité Regional.

SAÚDE REPRODUTIVA: ESTRATÉGIA DA REGIÃO AFRICANA PARA O PERÍODO 1998-2007 (documento AFR/RC47/8)

29. A Dra. Tshabalala, do Secretariado, apresentou o documento AFR/RC47/8.

30. Explicou que, em resposta às várias resoluções aprovadas pelos Estados-membros sobre a saúde reprodutiva e atendendo ao impacto limitado dos programas existentes no sentido de reduzir os persistentes elevados níveis de má saúde reprodutiva, houvera necessidade premente, para a Região Africana da OMS, de delinear o quadro estratégico global proposto no documento.

31. Frisou que à luz das melhorias significativas que deveriam ser alcançadas a longo prazo pelos países graças à utilização de um conjunto definido de princípios, tinham-se identificado quatro vertentes principais, designadamente: maternidade sem risco e cuidados aos recém-nascidos; prevenção de gravidezes não desejadas; combate às doenças sexualmente transmissíveis e ao HIV/SIDA; eliminação da mutilação genital feminina e redução da violência doméstica e sexual.

32. A Dra. Tshabalala fez notar que no documento eram propostos sete objectivos e metas pertinentes para as vertentes supramencionadas. O quadro estratégico proposto permitiria aos países preparar planos completos no que respeita ao seguinte:

- i) promoção e mobilização social de todos os intervenientes na área da saúde reprodutiva;
- ii) promoção de um comportamento favorável à saúde reprodutiva, com particular incidência nos jovens;
- iii) igualdade de acesso a serviços de saúde reprodutiva básicos e de qualidade, com particular incidência nas comunidades rurais;
- iv) desenvolvimento e manutenção de capacidades institucionais, a todos os níveis;
- v) promoção da investigação, parcerias e criação de redes, por forma a permitir a todas as pessoas interessadas interiorizar o novo conceito de saúde reprodutiva; do documento consta uma matriz com um quadro de planificação das intervenções prioritárias.

33. Destacou que a estratégia definia claramente o papel da OMS no processo de elaboração de programas nacionais completos e integrados: Tal requeria o reforço da capacidade da Sede Regional e das Representações da OMS, com vista a apoiar os Estados-membros na base das suas necessidades prioritárias, assegurando uma coordenação e parcerias eficazes com o sector da Saúde, outros sectores governamentais pertinentes, organizações não-governamentais e todos os outros parceiros. Além disso, o documento propunha mecanismos para mobilizar os recursos necessários e monitorizar o desenvolvimento dos programas e os respectivos resultados.

34. Finalmente, a Dra. Tshabalala convidou o Subcomité a fazer uma análise crítica da estratégia de saúde reprodutiva proposta para o período entre 1998 e 2007, e a fornecer orientações para acelerar a implementação dos programas pertinentes na Região.

35. O Subcomité do Programa analisou o documento e forneceu orientações com vista à respectiva melhoria.

36. Destacou-se a complexidade do conceito de saúde reprodutiva e a sua incidência em todos os grupos etários durante toda a vida, bem como a necessidade de dedicar particular atenção aos problemas de saúde reprodutiva dos refugiados e dos deslocados a nível interno, durante as situações de emergência.

37. Sublinhou-se a necessidade de alargar as componentes relativas ao planeamento familiar, sexualidade dos jovens e adolescentes e envolvimento dos homens. Também se realçou a necessidade dos governos considerarem seriamente os efeitos dos abortos ilegais, a fim de reduzir as elevadas taxas de óbitos ao mesmo ligadas. Além disso, realçaram-se as questões éticas, a especificidade cultural e a necessidade de investigação operacional.

38. Referiu-se que a estratégia proposta no documento no que respeita ao desenvolvimento de capacidades deveria incluir o sistema distrital de saúde. Também se observou que os líderes religiosos desempenhavam um papel importante na saúde reprodutiva.

39. O Subcomité do Programa recomendou que o papel das outras agências das Nações Unidas fosse definido, por forma a intensificar a colaboração e a coordenação, a todos os níveis, incluindo aos níveis comunitário e interpaíses, e para evitar a concorrência entre agências.

40. Finalmente, o Subcomité convidou o Comité Regional a analisar e adoptar a estratégia proposta e a dar orientações para a sua implementação na Região.

ESTRATÉGIA REGIONAL DE INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS COMUNIDADES AFRICANAS (documento AFR/RC47/9)

41. O documento AFR/RC47/9 foi apresentado pela Dra. N. Nhiwatiwa, do Secretariado.

42. Recordou que a saúde era crucial para o desenvolvimento e que as actividades de informação, educação e comunicação (IEC) desempenhavam um papel-chave na promoção da saúde. Referiu que a crise económica que os países africanos atravessavam tornara difícil aos governos e indivíduos obter recursos financeiros suficientes para fazer face às necessidades de cuidados de saúde, daí resultando sofrimento, doença e mortes evitáveis. Para fazer face a esta situação, houvera necessidade de delinear estratégias alternativas acessíveis, de modo a utilizar mais eficazmente a informação, a educação e a comunicação para a promoção da saúde e para a prevenção e controlo das doenças.

43. Fez notar que a importância de utilizar as actividades de informação e comunicação para promover a saúde estava consignada na Constituição da OMS e recomendada na Declaração de Alma-Ata de 1978, no Nono Programa Geral de Trabalho e em várias resoluções da Assembleia Mundial da Saúde.

44. A Dra. N. Nhiwatiwa frisou em seguida que a maioria das vítimas da deprimente situação sanitária na Região Africana eram pessoas que viviam nas zonas rurais e nos bairros pobres das zonas urbanas, e que não tinham acesso à informação sanitária. A sua situação poderia contudo ser melhorada se elas fossem sistematicamente informadas e estimuladas a tomar medidas simples para proteger e promover a sua saúde.

45. Realçou que a estratégia proposta tinha por objectivo proporcionar, sistematicamente, a todas as pessoas da Região Africana, até 2007, o acesso a informação que poderiam utilizar para proteger e promover a sua saúde, bem como motivá-las para efectuar as necessárias mudanças comportamentais que resultariam em melhorias notáveis na situação sanitária.

46. Referiu que a estratégia implicaria o reforço da capacidade dos Estados-membros para estabelecer e implementar programas integrados e sustentáveis de informação, educação e comunicação sobre saúde, em benefício de todas as pessoas. Tal seria alcançado através de:

- um maior apoio aos serviços de informação, educação e comunicação (IEC) dos ministérios da saúde, com vista a melhorar a respectiva capacidade para delinear, publicar e distribuir material de promoção e informação sobre saúde;
- a adopção de técnicas de *marketing* social;
- a criação de programas de formação para os profissionais da informação, a fim de melhorar a respectiva compreensão das questões de saúde e a respectiva competência para relatá-las e interpretá-las;
- a formação dos profissionais de saúde em comunicação, por forma a capacitá-los para fornecerem mais eficazmente a informação pertinente disponível às pessoas;
- a produção e distribuição de informação sanitária e promoção de material devidamente estruturado e apresentado numa linguagem simples;

- a utilização de línguas locais para a disseminação desse material; uma utilização mais sistemática e eficaz de todos os meios de comunicação existentes, para difundir a informação sanitária.

47. Por último, a Dra. N. Nhiwatiwa convidou o Subcomité do Programa a analisar a estratégia proposta e a dar as orientações necessárias sobre a forma como os Estados-membros incluiriam a informação, a educação e a comunicação em todos os seus programas de cuidados de saúde.

48. O Subcomité do Programa sublinhou a necessidade de se considerar as questões de saúde num contexto político e social mais amplo, tendo realçado que a boa governação era fundamental para criar um contexto propício ao fluxo livre da informação sanitária.

49. Fez notar que a África, mais do que qualquer outro continente, tinha necessidade de actividades de IEC e que seria necessário envidar esforços no sentido de utilizar os meios tradicionais e modernos para disseminar a informação sanitária na Região. O Subcomité também concordou com a proposta de intensificar a utilização das línguas locais para disseminar a informação sanitária, tendo sublinhado que havia que ter presente e respeitar constantemente a natureza multicultural da África.

50. O Subcomité concordou, igualmente, com a necessidade de promover uma revolução em duas áreas, isto é, melhor utilização das novas tecnologias e revitalização dos mecanismos e métodos de comunicação tradicionais.

51. Salientou-se que a tecnologia apropriada de informação só existia nas zonas privilegiadas e que era necessário partilhá-la para colmatar o fosso existente. Os meios de comunicação social deveriam desempenhar um papel-chave e ser utilizados nas actividades de IEC. A utilização de uma infra-estrutura comum de comunicação e informação a nível local, por todos os departamentos governamentais, contribuiria para melhorar a relação custo-eficácia desses investimentos.

52. Solicitou-se à OMS que inventariasse as melhores práticas de IEC existentes nos países da Região e comunicasse os resultados aos Estados-membros.

53. Recomendou-se que as actividades de IEC sobre a saúde abrangessem, igualmente, o nível comunitário, para além dos níveis distrital e nacional. Referiu-se que era necessário pôr termo à sonegação da informação médica e sanitária, e desmistificar as questões de saúde.

54. Sublinhou-se a necessidade de utilizar pessoas influentes e com popularidade para disseminar informação sobre questões de saúde prioritárias. Além disso, destacou-se a importância de organizar discussões em grupo direccionadas e da comunicação interpessoal para estabelecer mensagens adequadas, bem como de utilizar os líderes locais e o *marketing* social.

55. Frisou-se que os especialistas em educação e informação sanitárias deveriam trabalhar em estreita colaboração com os profissionais de saúde e as comunidades, por forma a evitar mal-entendidos e informações erradas.

56. Realçou-se que era necessário dispor de mecanismos e infra-estruturas para apoiar os novos comportamentos positivos adoptados. Além disso, seria necessário assegurar a monitorização e a avaliação contínuas do processo de IEC e do respectivo impacto.

57. Por último, o Subcomité sublinhou a necessidade de reforçar o serviço de IEC na Sede Regional, a fim de capacitá-lo para desempenhar melhor o seu papel de apoio técnico aos países.

58. Reagindo a algumas observações feitas durante a discussão, o Director Regional declarou que seria efectuado um inventário das melhores práticas de IEC existentes nos países, cujos resultados seriam partilhados em seminários regionais. Acrescentou que, atendendo a que a rádio continuava a ser o melhor meio de alcançar as comunidades, não deveriam poupar-se esforços no sentido de que os aparelhos de rádio beneficiassem da isenção de direitos aduaneiros, e de produzir e comercializar aparelhos simples e de baixo custo.

59. O Subcomité concordou com a estratégia proposta e decidiu submeter um projecto de resolução sobre o assunto à aprovação do Comité Regional.

RELATÓRIO SOBRE A TERCEIRA AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE PARA TODOS (documento AFR/RC47/11)

60. O documento foi apresentado pelo Dr. N. B. Khan, do Secretariado, que declarou que a Terceira Avaliação abrangia o período compreendido entre 1991 e 1996 e revestia-se de particular importância, dado que era a última avaliação antes do ano 2000 e serviria de base às discussões sobre o desenvolvimento sanitário nas próximas décadas.
61. Referiu que a introdução do documento continha um resumo dos principais resultados e conclusões da última avaliação (1985-1990), para servir de referência para a presente avaliação.
62. Acrescentou que ao analisar o contexto político regional, bem como os determinantes económicos, sociais e demográficos, o documento punha em evidência algumas realidades que haviam condicionado o desenvolvimento sanitário. Além disso, realçava algumas questões que teriam de ser melhor tidas em consideração no futuro, designadamente: a paz, a estabilidade política e social, a saúde e o desenvolvimento, a boa governação, os efeitos dos programas de ajustamento estrutural, a exclusão e o empobrecimento de determinados grupos populacionais.
63. O Dr. Khan fez notar que o documento descrevia a situação existente e as tendências do ambiente no passado, a disponibilidade e utilização de recursos para a saúde, o desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, e a actual situação sanitária. Observou-se que a maioria dos países tinha-se empenhado numa reforma do sector da Saúde. Alguns resultados da avaliação serviriam como elementos necessários a ter em conta na definição das futuras políticas e estratégias, designadamente: definir uma visão global do desenvolvimento económico, social e sanitário; realçar a qualidade dos cuidados; reforçar o processo de gestão nacional; investir as comunidades de poderes e meios acrescidos.
64. No respeitante à situação sanitária, referiu que o documento fornecia factos e números, os quais tinham tornado possível avaliar os progressos, bem como identificar as lacunas e desafios que se colocam ao desenvolvimento sanitário na Região.
65. Frisou que, na sua conclusão, o documento continha um resumo dos principais resultados da Terceira Avaliação, definia algumas questões estratégicas e propunha uma visão para o desenvolvimento sanitário a longo prazo na Região.
66. Finalmente, convidou o Subcomité do Programa a verificar se o relatório reflectia correctamente a situação e as tendências gerais dos países, bem como a analisar os resultados e conclusões referentes às principais questões estratégicas para o futuro.
67. Na opinião do Subcomité, tanto a situação geral e as experiências mais comuns, como a diversidade existente entre os quarenta e seis países da Região, deveriam ser tidas em conta na apresentação dos resultados, para evitar generalizações. Ao mesmo tempo, realçou que era necessário fornecer informação adicional de modo a melhorar o relatório. Os êxitos alcançados ou as tendências positivas na Região Africana deveriam ser incluídos no relatório, a fim de mostrar oportunidades potenciais.
68. Os membros do Subcomité sublinharam a importância dos princípios consignados na Declaração de Alma-Ata e concordaram que os mesmos continuavam a ser válidos e deveriam continuar a beneficiar de elevada prioridade, particularmente no respeitante à tecnologia apropriada e à adaptação das estratégias.
69. O Subcomité do Programa observou que embora estivesse a entrar o desenvolvimento sanitário em alguns países, a instabilidade política era parte integrante do processo de mudança. Além disso, o Subcomité realçou o estabelecimento de organizações sub-regionais, que propiciam mecanismos para a cooperação interpaíses, bem como o aparecimento de sinais do Renascimento Africano.
70. A implementação dos programas de ajustamento estrutural e as suas consequências no sector da Saúde foram assinaladas. No respeitante aos indicadores macroeconómicos, referiu-se que a importância de que se revestem as escolhas políticas e a definição de prioridades, incluindo as dotações orçamentais, deveria ser igualmente tida em conta a fim de superar os obstáculos.

71. Frisou-se que o nível de desenvolvimento sanitário era uma condição e um factor que influía na produtividade e, por conseguinte, as melhorias realizadas na saúde da população estimulariam o desenvolvimento económico.
72. Sublinhou-se que as tendências sócio-culturais emergentes constituíam um motivo de preocupação, em particular os fenómenos das mães solteiras e das "crianças da rua".
73. Realçou-se que o crescimento populacional na Região não devia ser tido em conta de forma isolada, mas em relação com as tendências económicas.
74. No respeitante à situação do ambiente, o Subcomité do Programa manifestou preocupação pelos problemas levantados pelos insecticidas, pesticidas e lixos tóxicos, em particular os importados.
75. Sobre a utilização da ajuda externa, mencionaram-se os problemas relacionados com a pertinência e a sustentabilidade de alguns programas, que na realidade são "propriedade" dos doadores, bem como as dificuldades encontradas por alguns países em aceitar os condicionalismos à ajuda impostos por alguns parceiros.
76. Sublinhou-se que continuava a haver falta de envolvimento das estruturas comunitárias nos mecanismos de coordenação intersectoriais existentes. Frisou-se que devia haver maior sinergia entre os sectores privado e público, tendo-se realçado que o sector público tinha o dever de continuar a prestar cuidados de saúde essenciais a toda a gente, em particular aos grupos vulneráveis.
77. Referiu-se que, para além de documentos de política geral, havia necessidade de elaborar planos nacionais de saúde e políticas específicas sobre questões de saúde particulares. Além disso, sublinhou-se a necessidade de se definirem normas sobre a manutenção das infra-estruturas de saúde.
78. A realização de dias/jornadas nacionais de vacinação e a introdução da vacina contra a hepatite B em alguns países foram assinaladas como êxitos significativos na Região.
79. Referiu-se que a adopção da Declaração sobre a Luta Antipalúdica aprovada pelos Chefes de Estado e de Governo da OUA propiciara uma liderança eficaz para acelerar a implementação dos programas antipalúdicos na Região.
80. Foram feitas recomendações ao Secretariado para advogar as causas da saúde, da paz e do desenvolvimento, bem como prestar apoio aos países para definirem políticas de saúde apropriadas, partilharem a informação sobre os êxitos alcançados e apoiarem estudos sobre a descentralização.
81. O Secretariado informou os membros do Subcomité do Programa de que o documento seria revisto à luz dos comentários do Subcomité e do Comité Regional, e o documento final seria publicado em princípios de 1998. Os relatórios dos países seriam incluídos no documento a publicar. Finalmente, o Subcomité decidiu convidar o Comité Regional a aprovar o relatório sobre a Terceira Avaliação da implementação da estratégia de Saúde para Todos.

CONTRIBUIÇÃO REGIONAL PARA A POLÍTICA MUNDIAL DE SAÚDE PARA TODOS, PARA O SÉCULO XXI (documento AFR/RC47/10)

82. O documento AFR/RC47/10 foi apresentado pelo Dr. L.G.Sambo, do Secretariado, que salientou os respectivos fundamentos e as principais orientações nele contidas.
83. O Dr. Sambo recordou ao Subcomité que a nova política mundial de saúde seria lançada em 1998. O processo de elaboração da política incluíra a realização de reuniões consultivas e o envio de relatórios nacionais às Sedes Regionais, os quais haviam servido de base para elaborar as contribuições regionais para a política mundial. Acrescentou que o documento AFR/RC47/10 fora por conseguinte elaborado para servir de projecto de contribuição da Região Africana para a nova política mundial de saúde.
84. Fez notar que o documento fora elaborado em grande parte com base nos resultados da Reunião Consultiva sobre o Desenvolvimento Sanitário a longo prazo na Região Africana (organizada pela Sede Regional, em Libreville, entre 25 e 27 de Março de 1997), bem como nas recomendações da Comissão Consultiva Africana para a Investigação e o Desenvolvimento Sanitário.

85. Assinalou que os principais êxitos alcançados no campo do desenvolvimento sanitário, bem como os principais obstáculos a esse desenvolvimento, haviam sido destacados a fim de fornecer informação básica pertinente para a elaboração do documento. Além disso, referiu que o documento descrevia o contexto regional em que a estratégia de Saúde para Todos era implementada. Concretamente, o documento apresentava uma caracterização dos aspectos-chave dos contextos interno e externo.

86. O Dr. Sambo frisou em seguida que o documento propunha as bases para formular a resposta estratégica regional à luz dos resultados da análise da situação, as quais incluíam os actores-chave e os respectivos papéis previstos, as tendências prováveis dos factores de desenvolvimento sanitário, as incertezas futuras e os determinantes fundamentais do desenvolvimento sanitário na Região.

87. Referiu que o documento propunha as seguintes dimensões da resposta estratégica regional para a renovação da Saúde para Todos:

- reafirmação do apoio da Região ao objectivo 'Saúde para Todos';
- atributos da Saúde para Todos na Região Africana;
- visão da Saúde para Todos;
- objectivos de desenvolvimento sanitário na Região;
- orientações políticas prioritárias; orientações e acções estratégicas.

88. Além disso, o documento descrevia o papel da Sede Regional na implementação da nova política de saúde.

89. Finalmente, o Dr. Sambo referiu que, na sequência dos comentários do Comité, o documento seria revisto, finalizado e enviado à Sede Mundial como contributo da Região para a formulação da nova política mundial.

90. O Subcomité do Programa analisou o documento e fez comentários e sugestões úteis para melhorar a sua qualidade e torná-lo mais completo.

91. Assinalou, entre outros, os seguintes factores adicionais que tinham um impacto significativo no desenvolvimento sanitário na Região: as mudanças climáticas adversas, as mudanças de estilo de vida e de comportamento, a globalização do comércio, as viagens e as migrações, a tecnologia, o *marketing* social, a privatização, os acidentes de viação e as minas terrestres.

92. Sugeriu que alguns dos factores biológicos ou físicos enumerados no parágrafo 12 do documento fossem reformulados como "disponibilidade e utilização racional de recursos, e gestão dos ecossistemas".

93. Foram igualmente feitas sugestões no sentido de melhorar a apresentação nos parágrafos 14, 15 e 17 do documento.

94. O Subcomité propôs que o parágrafo 20 do documento fosse reformulado do seguinte modo: «Os factores susceptíveis de influenciar negativamente o desenvolvimento sanitário na Região no futuro são o desemprego e a pobreza, as guerras e os conflitos, as epidemias, a insuficiência de recursos para a saúde, a má gestão dos orçamentos, a persistência de desigualdades no acesso a cuidados de saúde de qualidade, o mau saneamento, um crescimento populacional não controlado e a prevalência acrescida de doenças transmissíveis e não transmissíveis».

95. Realçou-se que os êxitos notificados pelos países da Região relacionados com alguns dos factores supramencionados seriam indicativos de esperança e progressos no futuro. Além disso, seria necessário envidar esforços suplementares no sentido de superar os obstáculos supramencionados nos países, de modo a reforçar o desenvolvimento sanitário nos próximos anos.

96. O Subcomité alertou para a necessidade de não se ficar agarrado ao passado no que respeita à implementação dos cuidados primários de saúde. Concretamente, recomendou que se explorassem abordagens inovadoras locais e «autóctones», para garantir a implementação bem sucedida dos cuidados primários de saúde.

97. No referente à secção relativa à resposta regional à renovação da estratégia de Saúde para Todos, o Subcomité fez vários comentários e sugestões que deveriam ser tidos em conta na revisão do documento e na finalização da política regional de desenvolvimento sanitário a longo prazo.

98. O Subcomité do Programa sugeriu que:

- O parágrafo 26 fosse reformulado do seguinte modo: “o objectivo geral de desenvolvimento sanitário na Região, nas próximas décadas, será garantir que as pessoas sejam económica, física, social, espiritual e mentalmente saudáveis”.
- No parágrafo 27, o Secretariado definisse objectivos gerais e específicos que permitissem alcançar mais rapidamente o objectivo geral de desenvolvimento sanitário na Região, tomando em consideração a visão da Saúde para Todos, bem como os comentários e sugestões feitos noutros documentos estratégicos anteriormente analisados pelo Subcomité.
- O parágrafo 28 fosse melhorado e formulado de forma mais explícita.

99. Manifestou-se preocupação quanto à falta de medidas concretas na área da prevenção das incapacidades e reabilitação, tendo-se sublinhado que era necessário dedicar atenção prioritária ao reforço dos serviços encarregues desta área nos ministérios da saúde.

100. O Secretariado anotou pormenorizadamente todos os comentários e sugestões feitos pelos membros do Subcomité do Programa e garantiu que os mesmos seriam incorporados na versão final do documento.

101. O Secretariado recordou ao Subcomité do Programa que a elaboração da política regional de desenvolvimento sanitário a longo prazo em África ainda não estava terminada e que a apresentação do documento AFR/RC/44/10 ao Comité Regional era parte integrante do processo de recolha de ideias para a elaboração dessa política, que seria a contribuição regional para a política mundial de saúde. Assinalou que estava previsto o envolvimento de membros do Subcomité do Programa no processo, tendo sublinhado que os países também continuariam a ser envolvidos neste último.

102. Finalmente, o Subcomité convidou o Comité Regional a aprovar o projecto de contribuição regional para a política mundial de Saúde para Todos (documento AFR/RC47/10), tal como emendado pelo Subcomité, e a dar outras eventuais instruções para a respectiva melhoria.

APROVAÇÃO DO RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA (documento AFR/RC47/6)

103. Após terem analisado, discutido aprofundadamente e feito diversas emendas, os membros do Subcomité do Programa aprovaram o respectivo relatório.

ATRIBUIÇÃO DE RESPONSABILIDADES PARA APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA AO COMITÉ REGIONAL

104. O Subcomité do Programa concordou em atribuir as responsabilidades para apresentação do seu relatório ao Comité Regional como a seguir indicado:

PONTO	PARÁGRAFOS	APRESENTADOR
1. Abertura e Introdução	1 - 7	Sr. M. Mudhoo
2. Estratégia regional para socorros de emergência e ajuda humanitária (documento AFR/RC47/7)	8 - 28	Dr. I. Kane
3. Saúde reprodutiva - Estratégia da Região Africana para o período 1998-2007 (documento AFR/RC47/8)	29 - 40	Dr. S. Khotu
4. Estratégia regional de informação, educação e comunicação para a promoção saúde nas comunidades africanas (documento AFR/RC47/9)	41 - 59	Dr. R. Rajonson
5. Relatório sobre a Terceira Avaliação da implementação da estratégia de Saúde para Todos (documento AFR/RC47/11)	60 - 81	Dr H. Cossa
6. Contribuição regional para a política mundial de Saúde para Todos para o século XXI (documento AFR/RC47/10)	82 - 102	Dr. C. J. G. Orjioko

ENCERRAMENTO DA REUNIÃO

105. O Presidente agradeceu aos membros do Subcomité do Programa por lhe terem facilitado o desempenho do seu cargo e deu-lhe os parabéns pelo seu excelente contributo.

106. O Director Regional louvou as orientações fornecidas pelos membros do Subcomité do Programa e reafirmou que todas as recomendações seriam devidamente tidas em conta pelo Secretariado. Felicitou calorosamente o Presidente pelo excelente trabalho realizado.

107. O Presidente do Subcomité declarou a reunião encerrada.

APÊNDICE 1

LISTA DOS PARTICIPANTES

1. ESTADOS-MEMBROS DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA

ERITREIA

Dr. Ephrem Zewoldi
Direção dos Serviços Clínicos

NÍGER

Dra. Fatimata Moussa
Directora da Promoção da Saúde

LIBÉRIA

Dr. Peter Coleman
Director Nacional de Saúde

NIGÉRIA

Dr. C. L. G. Orjioko
Director dos Cuidados Primários de Saúde

MADAGÁSCAR

Dr. Rolland Rajohnson
Chefe do Serviço IEC

ÁFRICA DO SUL

Dr. Eddie Mulanga
Director da Saúde Materno-Infantil

MALAUI

Dr. Dais T. Muva
Secretário-Geral Adjunto

2. MEMBROS DO CONSELHO EXECUTIVO

MALI

Dr. Moussa Maiga
Conselheiro Técnico

ANGOLA

Dra. Antonica Hembe
Directora Nacional de Saúde Pública

MAURITÂNIA

Dr. Ibrahima Kane
Director da Protecção da Saúde

BENIM

Dr. Pascal Dossou-Togbe
Director-adjunto do Gabinete do Ministro

MAURÍCIAS

Dr. R. Maudhoo
Secretário-Geral

BURUNDI

Dr. Juma Mohamed Karibuyo
Ministro da Saúde Pública

MOÇAMBIQUE

Dr. Humberto Costa
Director Nacional de Planificação e Cooperação

ZIMBABUE (Observador)

Dr. T. Stamps
Ministro da Saúde e do Bem-Estar das Crianças

NAMÍBIA

Dr. Kalumbi Shangula
Secretário-Geral

APÊNDICE 2**PROGRAMA DE TRABALHO****1º dia - Sexta-feira, 29 de Agosto****Sessão 1**

- 8h30 - 8h40 - Abertura da reunião (Ponto 1 da ordem do dia)
- 8h40 - 8h50 - Eleição da Mesa (Ponto 2 da ordem do dia provisória)
- 8h50 - 9h00 - Aprovação da ordem do dia (Ponto 3 da ordem do dia provisória)

Sessão 2

- 9h00 - 11h00 - **Ponto 4 da ordem do dia:** Estratégia regional para socorros de emergência e ajuda humanitária (documento AFR/RC47/7)
- 11h00 - 11h30 - Intervalo
- 11h30 - 12h30 - **Ponto 5 da ordem do dia :** Saúde reprodutiva - Estratégia da Região Africana para (1998-2007)
- 12h30 - 14h00 - Almoço
- 14h00 - 15h00 - Saúde reprodutiva - Estratégia da Região Africana para (1998-2007) (Cont.)
- 15h00 - 16h00 - **Ponto 6 da ordem do dia:** Estratégia regional de informação, educação e comunicação para a promoção da saúde nas comunidades africanas (documento AFR/RC47/9)
- 16h00 - 16h30 - Intervalo
- 16h30 - 17h30 - Estratégia regional de informação, educação e comunicação para a promoção da saúde nas comunidades africanas (documento AFR/RC47/9) (Cont.)

2º dia - Sábado, 30 de Agosto

- 8h30 - 10h30 - **Ponto 8 da ordem do dia:** Relatório sobre a Terceira Avaliação da Implementação da Estratégia de Saúde para Todos no ano 2000, na Região Africana (documento AFR/RC47/11)
- 10h30 - 11h00 - Intervalo
- 11h00 - 13h00 - **Ponto 7 da ordem do dia:** Contribuição regional para a política mundial da OMS de Saúde para Todos, para o século XXI (documento AFR/RC47/10))
- 13h00 - 16h00 - Almoço

Apêndice 2**Sessão 3**

- | | | |
|---------------|---|---|
| 16h00 - 17h00 | - | Aprovação do Relatório do Subcomité do Programa |
| 17h00 - 17h30 | - | Atribuição de responsabilidades |
| 17h30 - 18h00 | - | Sessão de encerramento. |

ORDEM DO DIA

1. Abertura da reunião
2. Eleição do Presidente, Vice-presidente e Relatores
3. Adopção da ordem do dia (documento AFR/RC47/16)
4. Estratégia regional para socorros de emergência e ajuda humanitária (documento AFR/RC47/7)
5. Saúde reprodutiva - Estratégia da Região Africana para (1998-2007) (documento AFR/RC47/8)
6. Estratégia regional de informação, educação e comunicação para a promoção da saúde nas comunidades africanas (documento AFR/RC47/9)
7. Contribuição regional para a nova política mundial da OMS de Saúde para Todos, para o século XXI (documento AFR/RC47/10)
8. Relatório sobre a Terceira Avaliação da Implementação da Estratégia de Saúde para Todos no ano 2000, na Região Africana (documento AFR/RC47/11)
9. Aprovação do Relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC47/6)
10. Apresentação do Relatório do Subcomité do Programa ao Comité Regional - Atribuição de responsabilidades
11. Encerramento da reunião.

RELATÓRIO DA REUNIÃO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA EFECTUADA EM 5 DE SETEMBRO DE 1997

INTRODUÇÃO

1. O Subcomité do Programa, composto por representantes dos seguintes Estados-membros (Eritreia, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Maurícias, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria e África do Sul) reuniu-se na sexta-feira, 5 de Setembro de 1997, em Sun City, África do Sul, imediatamente após a 47ª sessão do Comité Regional. A lista dos participantes encontra-se no Apêndice 1.

ELEIÇÃO DO PRESIDENTE, VICE-PRESIDENTE E RELATOR

2. O Subcomité do Programa elegeu o Dr. Casimir J.G. Orjioko, Director dos Cuidados Primários de Saúde e Combate às Doenças, da Nigéria, para Presidente. No que se refere à eleição do Vice-Presidente e do Relator, o Subcomité do Programa decidiu aguardar a próxima reunião em que deverão estar presentes todos os novos membros.

3. O Presidente agradeceu aos membros do Subcomité a confiança que lhe tinham manifestado a si e ao seu país ao elegerem-lhe para Presidente.

ADOÇÃO DO PROGRAMA DE TRABALHO

4. O Subcomité do Programa adoptou o Programa Provisório de Trabalho (Apêndice 2).

ORIENTAÇÕES PARA OS NOVOS MEMBROS

5. O Secretariado informou os membros do Subcomité que são os Estados-membros do Comité Regional que são nomeados para fazer parte do Subcomité do Programa. Assim, compete a cada Estado-membro nomear o seu representante, podendo eventualmente substituí-lo. Só é necessário um representante por país.

DATA E LOCAL DA PRÓXIMA REUNIÃO

6. O Presidente informou os membros do Subcomité que a data e o local da próxima reunião lhes serão comunicados ulteriormente pelo Secretariado.

ENCERRAMENTO DA REUNIÃO

7. O Presidente agradeceu aos membros do Subcomité pelo apoio que lhe tinha prestado, desejou-lhes uma boa viagem de regresso aos seus países e declarou encerrada a reunião.

LISTA DOS PARTICIPANTES

ERITREIA

Dr. Ephrem Zewoldi
Direcção dos Serviços Clínicos
Ministério da Saúde

LIBÉRIA

Dr. Peter Colemanura
Director-Geral de Saúde

MADAGÁSCAR

Dr. Rolland Rajohnson
Chefe do Serviço IEC
Ministério da Saúde

MALAUÍ

Dr. Dais T. Muva
Secretário-Geral Adjunto
Ministério da Saúde

MALI

Dr. Moussa Maiga
Conselheiro Técnico
Ministério da Saúde

MAURÍCIAS

Dr. R. Mudhoo
Secretário-Geral
Ministério da Saúde

MAURITÂNIA

Dr. Ibrahim Kane
Director da Protecção da Saúde
Ministério da Saúde

MOÇAMBIQUE

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

NAMÍBIA

Dr. Kalumbi Shangula
Secretário-Geral
Ministério da Saúde

NÍGER

Dra. Fátima Moussa
Directora da Promoção da Saúde
Ministério da Saúde

NIGÉRIA

Dr. C.J.G. Orjioko
Director dos Cuidados Primários de Saúde
e Combate às Doenças
Ministério da Saúde

ÁFRICA DO SUL

Dr. Eddie Mhlanga
Director da Saúde Materno-infantil
Ministério da Saúde

APÊNDICE 2

PROGRAMA DE TRABALHO PROVISÓRIO

1. Abertura da reunião
2. Eleição do Presidente, Vice-Presidente e Relator
3. Adopção do Programa de Trabalho Provisório
4. Orientação dos novos membros
5. Data e local da próxima reunião
6. Encerramento da reunião

**ALOCUÇÃO DO DR. ABDELKRIM M'HATEF
PRESIDENTE DA 46ª SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL**

Sua Excelência, Senhor Vice- Presidente da República da África do Sul
Excelentíssimas Senhoras e Senhores Ministros da Saúde dos países da Região Africana da OMS
Senhor Secretário Geral da Organização da Unidade Africana
Senhor Director-Geral da Organização Mundial da Saúde
Senhor Director Regional da Organização Mundial da Saúde
Senhoras e Senhores Chefes de Missões Diplomáticas
Senhoras e Senhores Representantes das Organizações Internacionais
Minhas Senhoras e meus senhores

Em nome de todos os Ministros e Chefes de Delegação que participam nesta 47ª Sessão do Comité Regional, gostaria de exprimir a Sua Excelência o Presidente da República da África do Sul, ao Governo e ao Povo sul-africano os sentimentos de maior gratidão pelo acolhimento que nos foi dispensado e pelo ambiente maravilhoso em que decorrem os nossos trabalhos.

Desde a nossa última reunião em Brazzaville, em Setembro de 1996, numerosos acontecimentos perturbaram a nossa Região. Temos ainda presente a vaga de epidemias que atingiram certos países da Região, sem esquecer os conflitos internos que ainda afectam alguns outros.

No que se refere às epidemias, saudámos os esforços desenvolvidos pelos países afectados para debelá-las rapidamente, com o apoio técnico, material e financeiro constante da nossa Sede Regional. Esta contribuiu igualmente para reduzir o sofrimento das populações de refugiados e de deslocados, cujo número infelizmente não pára de aumentar.

Por outro lado, prosseguiram os esforços para reforçar as Representações da OMS nos países, bem como as iniciativas destinadas a dar uma maior eficácia à cooperação técnica com os países da Região. Neste sentido, foram elaboradas estratégias regionais para facilitar o apoio aos países no campo das emergências, saúde reprodutiva e comunicação para a promoção da saúde. Teremos a ocasião de examinar estes pontos, durante a actual sessão do Comité Regional.

O Director Regional, quando apresentar o seu relatório anual, descreverá as realizações mais significativas dos programas regionais. No entanto, permitam-me assinalar os progressos inegáveis registados no Combate à Poliomielite, onde a acção pessoal do Presidente Nelson Mandela e o apoio do Rotary International, da USAIDS e de outros parceiros tem sido determinante.

Permitam-me igualmente exprimir a minha gratidão ao Director-Geral pela sua contribuição especial e significativa em prol da luta contra o paludismo em África.

Como vêem, apesar dos obstáculos e dificuldades que entravam os nossos esforços, subsistem ainda numerosas razões de esperança que permitirão que todos os países alcancem os seus objectivos de desenvolvimento sanitário.

Sua Excelência, Senhor Vice-presidente, Excelentíssima Senhora Ministra da Saúde da República da África do Sul, gostaria mais uma vez de agradecer-vos os sacrifícios feitos pelo vosso maravilhoso país para assegurar o êxito da 47ª sessão do Comité Regional.

Muito obrigado pela vossa atenção.

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

Os meus maiores e mais sinceros agradecimentos vão para Sua Excelência, o Senhor Presidente Mandela, o seu governo e o seu povo, pela cordialíssima recepção e as excelentes condições que nos foram oferecidas para esta quadragésima-sétima sessão do nosso Comité Regional.

1997 tem sido um ano ambíguo. Começando pelas más notícias, a África continua a pagar dolorosamente pelos problemas político-sociais que normalmente levam à subversão da lei e da ordem. Mais de 6 milhões de refugiados e 27 milhões de deslocados vivem em condições de extrema pobreza e sofrem de malnutrição, doenças evitáveis, epidemias e traumas mentais. O fardo financeiro de mais de 400 mil milhões de dólares norte-americanos é insuportável. Existem ajustamentos sociais que limitam a capacidade do nosso sector social para dar resposta às exigências crescentes e também às expectativas de uma população em crescimento.

Quanto ao lado positivo, a Cimeira de Harare trouxe-nos esperança. Os Chefes de Estado africanos assumiram uma postura decidida em favor da paz, da estabilidade política, do crescimento económico e do desenvolvimento. Estes são importantíssimos factores determinantes da saúde. Assinaram uma resolução sobre o combate ao paludismo e reiteraram a sua posição sobre o combate eficaz à difusão do HIV/SIDA. Decidiram ainda “apoiar a candidatura do Dr Samba como único candidato africano ao lugar de Director-Geral da OMS”.

Como sempre, Senhores Ministros, o vosso apoio e colaboração têm sido notáveis. O relatório de auditoria sobre a nossa Região foi positivo, pela primeira vez em muitos anos. Estais a pôr em prática a vossa resolução sobre a gestão das bolsas de estudo. O orçamento (AFROPOC) está a ser agora muito mais bem gerido do que dantes. A nossa cooperação técnica com os países está a ser mais eficaz desde que a ênfase deixou de incidir nas actividades realizadas e passou para os resultados dessas actividades. Os resultados das Jornadas Nacionais de Vacinação contra a Poliomielite foram excelentes. A este ritmo a polio estará muito em breve erradicada de África. O paludismo está também a ser frontalmente atacado, o que nos aumenta a esperança de esse “super assassino” das populações da nossa Região ser em breve “derrotado”.

Temos todos os motivos para estarmos gratos aos nossos parceiros. Os fundos extra-orçamentais têm afluído numa percentagem maior do que alguma vez tínhamos experimentado. Estamos também a receber apoio técnico de organizações multilaterais, bilaterais e ONG. De facto, as nossas relações de trabalho tornaram-se mais harmoniosas e os esforços pela sinergia resultam mais visíveis.

Finalmente, desejo agradecer aos funcionários. São maravilhosos e estão prontos a enfrentar os desafios. Disso é prova evidente o modo como trabalharam sem descanso para garantir que os documentos para esta sessão do Comité Regional chegassem aos países em devido tempo, apesar de estarmos desalojados da Sede Regional em Brazzaville em consequência da crise política local.

Concluindo, estou mais seguro do que antes de que se os nossos Chefes de Estado e de Governo; vós, distintos Ministros e os vossos conselheiros; os nossos parceiros exteriores e todo o pessoal da Organização na Região, incluindo a minha humilde pessoa, continuarmos a assumir os nossos papéis ao melhor nível das nossas capacidades, iremos atingir não só a saúde para todos, mas também a saúde para cada um na Região, num futuro não distante.

Muito obrigado, e que Deus vos abençoe a todos.

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

Sua Excelência, Senhor Vice-presidente da República da África do Sul, Sr. Thabo Mbeki
Excelentíssima Senhora Ministra da Saúde da República da África do Sul
Dr. Samba,
Dr. M'Hatef,
Excelências, Colegas,
Minhas Senhoras e meus Senhores,

É um grande privilégio e um prazer estar hoje convosco em Sun City, para participar nesta 47ª Sessão do Comité Regional Africano da OMS.

Em nome da Organização Mundial de Saúde e de todos os seus Estados-membros, desejo exprimir os mais calorosos agradecimentos e felicitar o povo e o governo da República da África do Sul pela sua generosa hospitalidade e pelas excelentes disposições tomadas, no sentido de garantir o sucesso da reunião e uma estadia aprazível. Tal como toda a comunidade internacional, nós prestamos homenagem ao notável trabalho desenvolvido pelo governo da África do Sul, sob a direcção do seu mui respeitado Presidente, Senhor Nelson Mandela e Vice-Presidente Senhor T.M. Mbeki.

Perante desafios económicos e sociais formidáveis num difícil enquadramento regional e mundial, o povo da África do Sul e os seus representantes democraticamente eleitos dão provas duma fé inquebrantável no futuro do seu país. A sua determinação em trabalharem juntos pela paz e pela reconciliação grangearam-lhes a estima e admiração de todos. A coesão social exige que todos os cidadãos tenham igual acesso aos serviços de saúde, à educação e ao emprego, num ambiente seguro e são. Na África do Sul, como em todos os outros países, o Ministério da Saúde e os seus parceiros dos sectores público e privado têm um papel essencial a desempenhar: cabe-lhes estimular um desenvolvimento social e económico sustentado e acessível a todos. A OMS está totalmente empenhada em trabalhar ao vosso lado, para o reforço dos vossos recursos sanitários e a melhoria da cooperação regional e mundial para a saúde.

A cooperação técnica e humanitária entre os países duma mesma região é essencial para criar sinergia e também para fazer face aos múltiplos factores transnacionais - positivos e negativos - que influenciam a saúde dos povos a nível local e nacional. A África tem experimentado não só a tragédia resultante da violência e dos conflitos armados como também a esperança e o conforto proporcionados pela solidariedade africana, no campo da saúde, nomeadamente no combate ao HIV/SIDA e ao paludismo.

Presentemente, por razões de segurança a Sede Regional Africana já não pode operar em Brazzaville. No entanto o trabalho continua na Sede da OMS em Genebra, para onde se deslocaram o Director Regional e um pequeno núcleo dos seus colaboradores. Apesar destas difíceis circunstâncias, conseguimos manter o apoio da OMS aos países da Região Africana. Durante esta 47ª Sessão, o Comité quererá debruçar-se sobre o modo de proceder no futuro.

Num mundo onde emergem novos obstáculos, mas também novas oportunidades, um ponto importante da Ordem do Dia deste Comité aborda a Carta para a Saúde e a política que a Organização deve definir a fim de, no século XXI, nos proporcionar um progresso na via do nosso objectivo Saúde para Todos. É apropriado que esta questão venha a ser estudada num país que é um símbolo da vontade de mudança e da capacidade para aceitar o passado, partindo dele para edificar uma sociedade mais justa e um futuro mais radioso para todos. Que este exemplo nos inspire e guie no nosso trabalho durante estes dias e nos meses futuros.

Muito obrigado.

**DISCURSO DO DR. HIROSHI NAKAJIMA,
DIRECTOR-GERAL DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE**

Sr. Presidente,
Excelências,
Distintos Colegas,
Minhas Senhoras e meus Senhores

Em Maio de 1998, daqui a alguns meses, estaremos a comemorar o quinquagésimo aniversário da Organização Mundial da Saúde. 1998 é também o ano do vigésimo aniversário da Conferência de Alma-Ata e da adopção dos cuidados primários de saúde como a estratégia mais adequada para se conseguir um acesso equitativo à Saúde para Todos. Ao adoptar, pela primeira vez, uma Carta para a Saúde, estamos a renovar o nosso empenho nos valores fundamentais da justiça e da solidariedade que inspiram a Constituição da OMS e a nossa acção para a paz, através do desenvolvimento sanitário e da cooperação internacional. Ao fazê-lo estamos a reafirmar a identidade da OMS e o seu papel e responsabilidades próprias no seio do Sistema das Nações Unidas e da comunidade sanitária.

O mundo sofreu grandes transformações desde a fundação do Sistema das Nações Unidas e da OMS e mesmo desde a Conferência de Alma-Ata. É necessário descobrir novas abordagens para a saúde e uma acção intersectorial, a todos os níveis geográficos e institucionais, para permitir o acesso à Saúde para Todos num mundo em mutação. A resposta da OMS às transformações reveste-se de dois objectivos. Em primeiro lugar, pusemos em marcha um processo interno de reforma de modo a adaptarmos as nossas estruturas e métodos de trabalho. Tenho feito longos relatórios sobre este processo aos nossos órgãos directivos, às Regiões e aos Estados-membros. Em segundo lugar, realizámos uma ampla consulta aos Estados-membros e a muitos outros parceiros do sector da saúde, para analisarmos os desafios com que nos deparamos no campo da saúde.

Preparámos um projecto de política, **Saúde para Todos no século XXI**, que deverá ser discutido por todos os comités regionais da OMS. A vossa contribuição é essencial para nos ajudar a melhorar ainda mais este enquadramento político antes de ele ser apreciado pela Assembleia Mundial de Saúde no próximo ano. Uma análise crítica da experiência acumulada da OMS ajudar-nos-á a alcançar um melhor entendimento dos ingredientes do êxito e do fracasso. A terceira avaliação da implementação da nossa estratégia mundial de Saúde para Todos está a ser finalizada. Além disso, desde 1995, temos procedido a avaliações anuais da situação sanitária a nível mundial, publicando os resultados nos nossos relatórios sobre a saúde no mundo. A nossa visão sobre as perspectivas da saúde para o primeiro quarto do século XXI está apresentada em pormenor na edição de 1998 do **Relatório sobre a Saúde no Mundo**. Com base nela, poderemos decidir quais as abordagens a manter e quais deverão ser reformuladas quando dermos a forma final à nossa política de Saúde para Todos.

Relativamente ao desenvolvimento da saúde a nível mundial, a comunidade internacional conseguiu bastante por intermediação da Organização Mundial de Saúde e isso tem de ser reconhecido e deverá constituir uma fonte de esperança renovada e de confiança para todos nós.

Tradicionalmente, as actividades da OMS têm sido mais visíveis e mais reconhecidas na área da prevenção e controlo das doenças infecciosas. Em 1980, a Assembleia Mundial da Saúde conseguiu declarar finalmente a erradicação da **Variola**. Estimulada pelo êxito dessa experiência, a Organização tem continuamente reforçado as suas campanhas e o apoio técnico aos países contra as doenças infecciosas.

O Programa Alargado de Vacinação (PAV) tem sido particularmente bem sucedido na redução da morbidade infantil e das incapacidades e mortalidade com ela relacionadas. Em 1974, a taxa mundial de vacinação das crianças com menos de um ano de idade era inferior a 5%. No início dos anos oitenta, ainda era apenas cerca de 20%. Em 1994 atingiu quase 80% para as seis doenças infantis que são alvo do PAV.

Calcula-se que, antes do início do Programa, ocorressem em todo o mundo 140 milhões de casos de **sarampo**, doença que matava cerca de 8 milhões de crianças por ano. Em 1996, a incidência mundial baixou para 42 milhões de casos (uma redução de 70%) e o número de mortes para cerca de um milhão (uma redução de 88%).

Em 1990, para fazer avançar os objectivos de vacinação da Cimeira Mundial sobre a Infância, lançou-se a Iniciativa de Vacinação das Crianças para promover a investigação e a criação de vacinas, reunindo prestadores de serviços de saúde, utentes e industriais. Estão também a ser criadas alianças mundiais e novas parcerias para apoiar as campanhas especiais de **erradicação e eliminação** que os países estão a levar a cabo. O alvo dessas campanhas têm sido flagelos para a saúde pública como a poliomielite, a dracunculose, a lepra, o tétano neonatal, as deficiências em micronutrientes e a doença de Chagas.

Entre 1988 e 1996, o número de casos notificados de **poliomielite** a nível mundial baixou mais de 90%. A poliomielite já foi erradicada na Região Americana, que registou o seu último caso em 1991. Na Região Africana, entre 1989 e 1995, a incidência da polio registou uma baixa notável de 70%. Em 1996, os governos **africanos**, a OMS, o Rotary International e outros parceiros lançaram uma campanha de vacinação em massa para três anos, com vista a mais rapidamente atingir o objectivo de erradicação. Em todos os países, a organização de Jornadas Nacionais de Vacinação revelou-se uma estratégia eficaz para aumentar as taxas de cobertura.

Em 1986, a incidência mundial da **dracunculose** estava avaliada em 3,5 milhões de casos. Em 1996 só foram registados 130.000 casos, 70% dos quais ocorreram num único país. Foi reconhecido que vinte e um países anteriormente endémicos estavam libertos da transmissão da doença e, em muitos outros, a sua incidência reduziu-se para menos de uma centena de casos.

Entre 1985 e 1996 a incidência da **lepra** a nível mundial foi reduzida em 82%, em grande parte graças à duração fixa e à vasta implementação da poliquimioterapia, que presentemente é administrada a mais de 90% de todos os casos registados.

Em 1994, depois de 20 anos de actividade, a **oncocercose** foi eliminada em 11 países da África Ocidental, o que significa a protecção de cerca de 36 milhões dos 90 milhões de pessoas em risco em todo o continente africano. Um milhão e meio de pessoas previamente infectadas escaparam ao risco de cegueira e 25 milhões de hectares de terra foram recuperadas para reocupação humana. Estão em desenvolvimento programas de eliminação, combinando o combate ao vector e a distribuição de ivermectina com o apoio da indústria, em outros 19 países africanos e em seis na América Latina. Além disso, a OMS celebrou recentemente uma nova aliança de âmbito mundial com várias organizações não-governamentais e fundações, para eliminar o **tracoma** até ao ano 2020. O tracoma que, presentemente, afecta cerca de 147 milhões de pessoas em todo o mundo, já causou cegueira irreversível em cerca de 6 milhões de pessoas.

Na América Latina foi lançada em 1991 a Iniciativa do Cone Austral, para eliminação da doença de Chagas. Esta infecção parasítica, causadora de deficiências crónicas e de complicações cardíacas que comportam risco de vida, foi eliminada pelo Uruguai em 1996. O Chile em 1997, o Brasil em 1998 e a Argentina em 1999 deverão ter certificada a eliminação completa. Na Bolívia e no Paraguai estão em curso programas de luta contra a doença.

Formalmente criado em 1995, o programa da OMS sobre doenças emergentes e outras doenças transmissíveis criou redes mundiais de vigilância e luta contra as doenças infecciosas e contra a resistência antimicrobiana. Já deu provas da sua capacidade de mobilizar uma resposta rápida e eficiente às ameaças à saúde pública, tais como os recentes surtos de cólera, peste, meningite, difteria, dengue, febre hemorrágica do tipo Ébola e encefalopatites espongiiformes transmissíveis.

Em anos recentes certas doenças de grande expressão como o paludismo e a tuberculose tiveram um ressurgimento mortífero em muitas partes do mundo, e doenças até aqui desconhecidas têm-se manifestado com rapidez. Isto é causado pela pobreza, conflitos armados, novos riscos ecológicos e industriais, cortes orçamentais e alterações nas políticas públicas de desenvolvimento social e sanitário, com a consequente degradação das infraestruturas básicas e de saúde pública.

Neste contexto é essencial que mantenhamos uma vigilância constante sobre potenciais ameaças de infecção. O programa da OMS sobre doenças emergentes está a proporcionar-nos um mecanismo eficaz para uma cooperação a nível mundial neste campo. No entanto, ele exige o apoio e a participação de todos para que, no futuro, a comunidade internacional da saúde não repita o erro trágico do início da década de oitenta, altura em que o potencial epidémico do vírus da imunodeficiência humana só foi reconhecido quando já era demasiado tarde para travar a sua difusão.

Durante mais de dez anos, até que a responsabilidade mundial foi confiada à ONUSIDA em 1995, o Programa Mundial da OMS de Combate à SIDA (GPA) deu um enorme contributo ao esforço mundial de luta contra a pandemia HIV/SIDA, e definiu novas estratégias para as actividades de saúde pública em geral. O GPA elaborou a estratégia mundial de prevenção e combate ao HIV/SIDA e recomendou o seu alargamento às outras doenças sexualmente transmissíveis. O GPA auxiliou ainda os países de todas as regiões a instalar as suas comissões e programas nacionais de luta contra a SIDA, mobilizando para eles fundos e fornecimento de medicamentos. Finalmente, o GPA foi inovador no modo como se abriu às associações baseadas nas comunidades e às pessoas infectadas com HIV/SIDA, que associou a si com plenos direitos na definição e implementação de políticas e de actividades.

Hoje em dia, existem tratamentos anti-retrovírus com uma associação de 3 medicamentos para o combate à SIDA, e a OMS está profundamente envolvida na avaliação da sua aplicação clínica. Garantir a segurança e o acesso aos cuidados essenciais, o fornecimento de medicamentos e vacinas para todos está no centro das nossas políticas. Isto é uma preocupação constante no nosso apoio contínuo à investigação sobre doenças como HIV/SIDA, paludismo, leishmaníase e filiaríase linfática. As investigações recentes conduziram à criação de um tratamento eficaz e de uma estratégia simples contra a filiaríase linfática, usando uma dose anual de dois medicamentos: ivermectina e DEC ou albendazol. Os fabricantes, tendo recentemente acedido à nossa solicitação, concordaram em doar, através da OMS, os medicamentos necessários à eliminação desta doença, que de momento afecta cerca de 120 milhões de pessoas em 73 países.

Em 1993 a Organização Mundial de Saúde declarou a tuberculose uma emergência a nível mundial e lançou o Programa Mundial de Luta contra a Tuberculose para mobilizar fundos, empenhamento político e esforços de investigação. Hoje em dia existe uma estratégia simples e eficaz, o Tratamento sob Supervisão Directa - em sigla, DOTS - que é acessível a todos os países para a cura de doentes tuberculosos e, ao mesmo tempo, reduz o risco de resistência aos medicamentos. Podemos agora realisticamente antecipar a prevenção de cerca de 50 milhões de casos e de 20 milhões de mortes por tuberculose nas próximas três décadas.

A **investigação** biomédica, epidemiológica e sobre sistemas de saúde são outras áreas em que se fizeram grandes progressos nos últimos vinte anos. Uma poderosa base de dados e de informação foi criada por programas da OMS em colaboração com a nossa rede mundial de centros de colaboração, investigadores e instituições. A OMS tem coordenado muitos projectos multi-centros e multi-países sobre a epidemiologia de **doenças não transmissíveis** e doenças como cancro, diabetes, doenças cardiovasculares, abuso de drogas, violência e perturbações mentais.

Embora se sinta ainda a falta de muita informação sobre doenças específicas, grupos populacionais, grupos etários e factores relacionados com o sexo, já é possível formar uma ideia mais exacta sobre o estado de saúde das populações e acompanhar a ocorrência de doenças, afecções e incapacidades. **Os dados epidemiológicos e a sua análise** podem ser usados pelos decisores e gestores da saúde na prevenção de carências e na avaliação de actividades e resultados. O nosso conhecimento dos factores biomédicos, ambientais e comportamentais que condicionam a saúde e das suas interacções também se desenvolveu muito. Isto permite-nos definir estratégias mais eficazes na promoção da saúde e prevenção da doença.

Nessa base concebemos abordagens conceptuais mais amplas, que se reflectem nas nossas novas estratégias de saúde e na estrutura dos programas. Assim, passámos do planeamento familiar para a saúde reprodutiva, da maternidade sem risco para a saúde da mulher e de intervenções compartimentadas nas doenças diarreicas e infecções respiratórias agudas para o tratamento integrado da criança doente. A abordagem da saúde familiar contempla a saúde das populações ao longo de toda a sua vida, no enquadramento natural proporcionado pelas famílias e as comunidades.

Do mesmo modo passámos de uma definição estrita de higiene e sanidade para um conceito mais vasto, que abrange parâmetros de âmbito mundial relacionado com a saúde e o desenvolvimento. Entre estes contam-se a fiabilidade e a qualidade do abastecimento de água, o controlo da poluição atmosférica, desenvolvimento industrial e saúde ocupacional, saúde urbana, mudanças climáticas e ainda segurança química e nuclear.

No âmbito do desenvolvimento de sistemas de saúde baseados nos cuidados primários de saúde, passamos a nossa atenção da cobertura para o acesso, das abordagens verticais para as integradas, da acção sectorial para a global e das intervenções exclusivamente médicas para as inter-sectoriais. Optámos

também por dar ênfase à descentralização e participação das populações, a fim de aumentar a auto-suficiência e a sustentabilidade graças ao melhoramento dos recursos humanos locais.

Ao longo dos anos as nossas **funções normativas** tornaram-se cada vez mais importantes. Num passado recente ajudámos a formular e harmonizar padrões técnicos e éticos a nível mundial, em vários aspectos das políticas, dos produtos e das práticas relacionados com a saúde, tais como fármacos, produtos biológicos, substitutos do leite materno, contraceptivos, transplante de órgãos, inocuidade dos alimentos, qualidade da água e drogas causadoras de dependência. Levámos também a cabo a revisão do Regulamento Sanitário Internacional e estamos neste momento a trabalhar sobre as implicações dos acordos comerciais na saúde.

A nossa nova política de Saúde para Todos terá de reflectir a crescente importância da ética, dos direitos humanos e das complexas responsabilidades sociais e legais que eles acarretam para os políticos e os profissionais de saúde. Ela há-de ainda reflectir o nosso reconhecimento de que os progressos gerais no estado da saúde estão intimamente ligados a um desenvolvimento sustentável e centrado no homem, e, em particular, ao acesso da mulher à saúde, à educação e à autonomia. Os programas técnicos da OMS fizeram, desde há anos, um esforço especial para incluir as perspectivas das mulheres nas suas actividades de investigação e desenvolvimento, e esta postura deve ser reforçada no futuro.

No século vinte e um, o papel da OMS e a nova política de Saúde para Todos irão ser condicionados por muitos factores primordiais para a saúde, tais como:

- envelhecimento da população mundial e redução da força de trabalho global;
- aumento de problemas de saúde relacionados com o estilo de vida, tais como tabaco, abuso de drogas, alimentação inadequada, violência, acidentes e perturbações mentais;
- movimentos populacionais, incluindo deslocados e refugiados;
- pobreza e exclusão social;
- alterações ambientais e ecológicas, incluindo o surgimento de novos agentes infecciosos;
- mundialização do comércio, da tecnologia, dos fluxos financeiros e da economia;
- desenvolvimento mundial das tecnologias de comunicação e da informática, em particular nas áreas da educação médica e telemedicina;
- mudanças na aplicação dos recursos financeiros públicos e crescimento da saúde privatizada ou financiada por cooperativas.

Neste contexto, torna-se claro que o desenvolvimento sanitário só pode ser alcançado e mantido por meio de estratégias e intervenções **inter-sectoriais**. Ele exige uma luta constante pela integração das questões sanitárias em todas as políticas, bem como um empenhamento político ao mais alto nível. Exige ainda novas abordagens da **investigação sobre o desenvolvimento sanitário**, com uma melhor comunicação entre investigadores e utilizadores sobre as necessidades da saúde pública e as aplicações potenciais da ciência. O sector da saúde deve abrir-se e aprender a trabalhar com todos os sectores sociais com ele relacionados.

No âmbito do sistema das Nações Unidas, há que levar mais longe a cooperação inter-agências para alcançar sinergia e fazer render ao máximo as potencialidades específicas de cada parceiro na sua própria esfera de competência. A reforma do sistema das Nações Unidas visa aumentar a sua capacidade para responder rapidamente às necessidades sempre em mutação dos Estados-membros. As mesmas preocupações nortearam o processo de reforma interna da OMS. A busca de complementaridade de acção com os nossos parceiros e a racionalização das nossas estruturas e programas deverá melhorar os nossos recursos e capacidade de acção no apoio à saúde e à formação de quadros nos países.

O objectivo final do sistema das Nações Unidas é construir a paz e a prosperidade para todas as populações, em todos os países. Fazemo-lo advogando a democracia e um desenvolvimento sustentável para todos, num espírito de equidade, solidariedade e respeito pelos direitos humanos. O mandato da OMS no campo da saúde internacional deve também ser visto nesta perspectiva.

No nosso empenhamento para prosseguir estes objectivos e valores no quadro da política de saúde para todos no século vinte e um, algumas das mais espinhosas questões que teremos de enfrentar são as seguintes: - Como reconciliar a equidade no acesso aos serviços de saúde com a viabilidade económica do sistema? Como traduzir a solidariedade em mecanismos institucionais e financeiros que promovam a justiça e a coesão social, ao mesmo tempo que evitem abusos ou a falência do sistema de saúde? Como poderemos, no sistema de saúde, lidar com imperativos e responsabilidades que são conflituosos entre si? Sabemos que é forçoso desenvolver a educação sanitária, porque ela levará as pessoas a fazer as escolhas certas para a saúde. Esta é uma contribuição eficaz para a prevenção da doença e, a médio prazo, para a contenção dos seus custos. Ao mesmo tempo temos de reconhecer que, a curto prazo, podemos estar a estimular um consumo crescente de cuidados, do qual resulta uma pressão sobre os fundos e os serviços públicos. A actual evolução demográfica agravará este dilema em todos os países. O envelhecimento e a crescente necessidade de tratar e apoiar doentes crónicos aumentarão as exigências impostas aos serviços de saúde, enquanto que os recursos terão de ser gerados por uma população activa que se reduz em idêntica proporção.

Não existe qualquer solução universal ou fácil para este problema da equidade e da sustentabilidade dos sistemas de saúde. Será preciso que haja em cada país um debate público entre todas as partes interessadas, a fim de alcançar um consenso funcional. Nesses debates há que levar em conta a cultura específica, a história, o ritmo de desenvolvimento, os recursos e o perfil epidemiológico do país em questão. Mais uma vez, devemos reconhecer que a Saúde para Todos só se pode alcançar com a participação de todos. A OMS está totalmente empenhada em trabalhar com os países para definir as opções e implementar as suas decisões.

Existimos para servir os Estados-membros e as suas populações. Sempre recorri aos comités regionais para obter conselhos e apoio, porque considero que lhes cabe um papel crucial para garantir a relevância e a eficácia da acção da OMS. Esta é a última vez que participo neste Comité Regional como Director-Geral da Organização Mundial de Saúde. Desejo exprimir a todos a mais sincera gratidão pela vossa colaboração e também pela vossa amizade. Estou certo de que quereis preservar o trabalho que conseguimos fazer em conjunto, realçar os valores profissionais e éticos que partilhamos e assegurar para a OMS a melhor liderança e a melhor política possíveis nos anos futuros.

Mas ainda não é a hora de dizer adeus, e temos de nos empenhar no trabalho que nos espera.

Muito obrigado

DISCURSO DO VICE-PRESIDENTE DA ÁFRICA DO SUL, SR. THABO MBEKI

Introdução

Em nome do nosso Presidente, Nelson Mandela, e do nosso Governo, apresento aos Delegados as boas-vindas ao nosso país e a esta conferência, em especial aos nossos irmãos e irmãs de outras nações africanas. Desejo também dar as boas-vindas aos meus colegas do Parlamento, à Comissão Parlamentar de Saúde e aos Directores Provinciais da Saúde.

As nossas deliberações nesta reunião ocorrem no contexto de grandes mudanças das condições de vida e de avanços tecnológicos em todo o mundo. Na última metade do século ocorreram grandes melhorias nas comunicações, automatização, métodos de diagnóstico e tratamento, habitação condigna, acesso a água potável, alimentação reforçada com os nutrientes adequados, melhores condições de trabalho etc.. Estes progressos tiveram um impacto positivo sobre a longevidade e a saúde das populações.

Infelizmente, em muitas partes do nosso continente há milhões de homens, mulheres e crianças que não beneficiaram significativamente destes progressos no nível de vida e no desenvolvimento tecnológico. As condições que impedem muitos africanos de gozar de tais benefícios incluem a pobreza; a seca e a fome; um pesado fardo de dívidas; o desemprego; a rápida urbanização e crescimento demográfico; doenças infecciosas; acesso inadequado a serviços essenciais; analfabetismo, guerra e deslocamento de vastas populações.

Democracia e Paz

Se queremos que a África se encontre entre os continentes que beneficiarão dos progressos no nível de vida e no desenvolvimento tecnológico, teremos que reduzir os obstáculos que nos retardam a marcha. Uma das acções-chave que assumimos nesse sentido é a democratização das nossas sociedades.

Nos últimos anos vimos muitos países, incluindo o nosso, encaminhar-se para a democracia e a paz. Estou certo que todos comungamos na ideia de que o estabelecimento da democracia é uma das condições que mais incrementam a saúde, pela qual todos nós devemos empenhar-nos. Do mesmo modo, a paz proporciona condições para ir ao encontro de necessidades básicas, tais como água potável, saneamento, acesso à educação, aos serviços de saúde e segurança alimentar, em vez de suportarmos as despesas sempre crescentes relacionadas com a repressão e a guerra.

O surgimento, no nosso continente, de sociedades centradas nas pessoas permitir-nos-á criar e sustentar um ambiente socioeconómico que conduza à prestação dos Cuidados Primários de Saúde, cujos pilares já são bem conhecidos e que incluem: incidência no bem-estar físico, mental e social; ênfase na participação da comunidade na prestação dos serviços de saúde; e a importância da colaboração intersectorial (a qual implica reconhecer de que a água, educação, saneamento, habitação e emprego são tão importantes para a saúde como os hospitais e as clínicas).

Envelhecimento da população

Em muitos países as populações vivem mais tempo do que há meio século atrás, o que leva ao aumento da percentagem de população envelhecida. Este fenómeno é por um lado positivo mas também uma fonte de problemas. Quem tem vida longa pode prestar um contributo social graças à sua valiosa experiência. O aspecto negativo é que quem vive mais tempo tem mais possibilidades de desenvolver doenças crónicas, como cancro, hipertensão, cardiopatias, diabetes, etc. Estas doenças crónicas exigem um tratamento médico prolongado de alto custo. Muitos países africanos, como o nosso, estão a enfrentar, ou enfrentarão logo no início do próximo século, o desafio de um maior fardo de doenças crónicas, para além do fardo das doenças infecciosas.

HIV/SIDA

Uma destas é o HIV/SIDA. Esta epidemia dá-nos um panorama exemplar da devastação que as doenças podem causar nas comunidades e países. É uma doença que atinge pessoas que tradicionalmente eram as mais saudáveis e constituíam o sector economicamente mais activo da população. Os países com elevadas percentagens de prevalência sofrem o duplo inconveniente de inundarem os frágeis sistemas de saúde com um grande número de pessoas que não “cabem nos orçamentos”, enquanto que a sua economia perde grande número de trabalhadores, alguns com nível educativo e competência técnica adquiridos por alto preço, que são difíceis de substituir. As implicações sociais da adequação da resposta dos países ao grande número de órfãos que resultam da pandemia irão ter reflexo num futuro longuíquo.

A pandemia alastrou a todos os continentes. Apesar dos esforços para descobrir uma cura, vacina ou medicamento para combater o HIV/SIDA, do recurso a estratégias de prevenção, esta doença por ventura põe a humanidade perante um dos maiores desafios que ela tem de enfrentar presentemente. O combate à doença está associado à atribuição de mais responsabilidades e meios às mulheres, à transferência de conhecimentos aos jovens sobre estilos de vida saudáveis e ainda ao empenhamento dos diversos sectores da comunidade numa acção conjunta de combate à doença. Teremos de continuar a deliberar sobre o problema do HIV/SIDA na perspectiva de descobrir uma única abordagem comum que evite mais sofrimentos e mais mortes a ela associados. Todos devemos empenhar-nos em ajudar a evitar o alastramento desta doença e tratar os que dela sofrem com dignidade.

Abuso de substâncias

Em todo o mundo, muitas pessoas estão a mudar os seus estilos de vida. A rápida urbanização e os problemas decorrentes da industrialização parecem estar a ter alguns efeitos negativos relacionados com alterações na alimentação e no comportamento, que afectam o estado de saúde e os tipos de doenças. Infelizmente, as alterações dos estilos de vida levam à adopção de diversos mecanismos compensatórios. Isso tem contribuído para um aumento generalizado do abuso de substâncias.

Abuso/mau uso de drogas

Tem, assim, havido um consumo crescente e generalizado de narcóticos. O tráfico de droga tornou-se um problema para a maioria dos governos, tanto nos países em desenvolvimento como nos desenvolvidos. Enquanto se tem verificado uma intensa investigação em drogas ilícitas usadas nos países industrializados, como o cannabis, a heroína e a cocaína, há muito pouca investigação sobre drogas longamente consumidas em muitos países em desenvolvimento.

Dado o aumento constatado no tráfico de drogas, é imperioso que os países africanos colaborem para cortar as vias de abastecimento, bem como consciencializar as populações para os perigos do uso ilícito de drogas. Todos nós podemos tirar lições das experiências de países irmãos como o Togo e a Tunísia, que criaram uma Comissão Nacional de Combate à Droga e uma Agência Nacional de Combate aos Narcóticos e às Substâncias Psicotrópicas.

Abuso/mau uso do álcool

O abuso do álcool tem enormes consequências, quer nos países em vias de desenvolvimento, quer nos industrializados. Os acidentes rodoviários, a violência (incluindo a violência doméstica e o crime) bem como o abuso infantil têm aumentado com o aumento do consumo do álcool.

Enquanto procuramos meios de reduzir a mortalidade infantil e juvenil e de aumentar a esperança de vida das nossas populações, enfrentamos também o desafio de melhorar a qualidade de vida das pessoas, enfrentando com eficácia o desafio levantado pela violência, em especial sobre os indefesos.

Uso do tabaco

Apesar da grande publicidade aos malefícios do tabaco, uma percentagem considerável da população mundial continua a fumar. Isto pode atribuir-se ao facto de o tabaco causar habituação e à agressividade publicitária das tabaqueiras. Enquanto o consumo de tabaco diminui no mundo desenvolvido, testemunhamos aumentos significativos nas regiões em vias de desenvolvimento, onde as companhias tabaqueiras encontram uma oportunidade única de operarem com menos restrições.

Por isso, é crucial que os trabalhadores da saúde e os governos africanos se unam para criar estratégias que travem a comercialização anárquica e uso de tabaco neste continente. Em alguns países o tabaco é um produto comercialmente importante e haverá que definir estratégias para garantir que as medidas de combate ao tabaco não colidam com as economias desses países. Estou certo de que todos podemos aprender com o Mali que, em Junho de 1996, publicou legislação restringindo a publicidade e o uso do tabaco. A África do Sul tem uma legislação semelhante.

Conclusão

Para terminar, desejo a todos uma reunião muito frutuosa. De vós esperamos orientações para lidarmos com os grandes problemas de saúde pública atrás mencionados, e outros. A vossa sabedoria colectiva orientar-nos-á para mantermos as doenças sob controlo, dentro e fora das nossas fronteiras, para que as crianças africanas tenham vidas mais longas e saudáveis.

ALOCUÇÃO DO SR. LABAN O. MASIMBA REPRESENTANTE DA ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE AFRICANA

O Secretariado da Organização da Unidade Africana tem o maior prazer em participar na 47ª sessão do Comité Regional Africano.

O sector da saúde em África está a enfrentar desafios crescentes que se tornaram obstáculos importantes à prestação de serviços de saúde eficazes às comunidades, especialmente aos grupos vulneráveis.

Eis alguns exemplos destes desafios:

- A estagnação e/ou declínio do desenvolvimento social e económico afectam de modo adverso os recursos consagrados ao sector da saúde, numa altura em que o sector deveria estar a expandir-se para cobrir todas as comunidades.
- As altas taxas de crescimento populacional levaram a uma maior procura do sector da saúde, que não está a desenvolver-se.
- A degradação do ambiente e a poluição tornaram as comunidades altamente vulneráveis.
- Os conflitos civis mitigam os avanços alcançados no sector da saúde e tornam difícil conter a propagação das doenças.
- A falta de segurança alimentar e nutricional, que está na base de comunidades saudáveis, bem como a persistência da fome e da malnutrição tornam ineficazes os serviços médicos curativos.

Todos estes problemas tornaram o sector da saúde menos capaz de enfrentar a reemergência de doenças que se pensava estarem extintas (como a tuberculose), o aparecimento de novas doenças como a febre hemorrágica Ebola e o HIV/SIDA, bem como a maior frequência e intensidade do paludismo e das epidemias de meningite.

Sua Excelência,
Minhas Senhoras e meus Senhores,

A situação do sector da saúde, em África, não é tão desesperada como parece. Há investigadores e instituições profundamente empenhados em descobrir a cura do paludismo, da febre tifoide, do HIV/SIDA, etc. Infelizmente, não existe uma forma organizada de documentar todas as coisas que estão a ser feitas para melhorar a saúde em África.

O Secretariado da OUA gostaria de exprimir a sua profunda gratidão a Sua Excelência o Presidente Nelson Mandela, pela sua liderança da campanha de vacinação contra a poliomielite em África. É importante sublinhar que a taxa de vacinação das crianças nalguns países africanos é superior à de alguns países do mundo desenvolvido.

Os nossos Chefes de Estado e de Governo empenharam-se em melhorar a situação do sector da saúde. Este empenho está ilustrado nas declarações e resoluções aprovadas nos últimos anos. Eis algumas:

- Declaração de Harare sobre a Prevenção e o Combate ao Paludismo.
- Declaração da OUA sobre o HIV/SIDA.
- Resoluções sobre a nutrição e o controlo das deficiências em micronutrientes.

O Secretariado da OUA tem vindo a fazer esforços desde 1995 para acompanhar a implementação das Declarações sobre o HIV/SIDA.

Logo nesse ano, enviou uma matriz de notificação a todos os Estados-membros. A referida matriz tem por objectivo obter informações sobre os êxitos, as dificuldades e os desafios do processo de implementação. A análise das informações poderá servir para conceber melhores métodos de implementação. Além da matriz, o Secretariado visitou 4 Estados-membros em Maio e Junho de 1997. Estas visitas foram úteis ao dar um impulso ao processo de implementação. Dificuldades financeiras limitaram porém as nossas visitas, pois gostaríamos de visitar todos os Estados-membros, durante o mesmo ano. Outra grande contrariedade é o facto que as respostas são muito lentas; desde 1995, só recebemos respostas de 17 Estados-membros.

Este ano, o Secretariado enviou outro questionário para obter informações sobre a implementação da Resolução sobre o Controlo das Deficiências em Micronutrientes. O questionário foi enviado ao Ministério dos Negócios Estrangeiros com uma cópia ao Ministério da Saúde.

Espero que Vossas Excelências e os directores dos ministérios da saúde acelerem o processo de preenchimento dos questionários e os enviem com urgência ao Secretariado da OUA, para que possamos preparar um relatório para o próximo Conselho de Ministros.

Cópias da Declaração sobre o Paludismo e da Resolução sobre o Controlo das Deficiências em Micronutrientes estão à disposição.

Sua Excelência,
Minhas Senhoras e meus Senhores,

Em conclusão, uma das melhores estratégias para reforçar o sector da saúde é reconsiderar o processo de distribuição do orçamento governamental. Na maior parte dos casos, as despesas do sector da saúde são consideradas como gastos, que desencorajam a poupança que é essencial para o crescimento económico. Em consequência, o sector da saúde não recebe o financiamento adequado do orçamento nacional.

Devemos mudar esta maneira de pensar e aceitar que a saúde é um investimento (não um gasto) no desenvolvimento dos recursos humanos. Sem uma população saudável não pode haver capacidade de criação e produtividade. Grandes investimentos noutros sectores, persistindo a falta de saúde e de segurança alimentar e nutricional, não induzirão produtividade.

O Secretariado da OUA exprime a sua gratidão ao Presidente e ao Governo da República da África do Sul por ter acolhido esta reunião.

LISTA DOS DOCUMENTOS

- AFR/RC47/1 - Ordem do dia
- AFR/RC47/2 - Actividades da OMS na Região Africana - Relatório anual do Director Regional (1996)
- AFR/RC47/3 - Modalidades de implementação das resoluções de interesse regional aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo
- AFR/RC47/4 - Incidências regionais das ordens do dia da 101ª sessão do Conselho Executivo e da 51ª Assembleia Mundial da Saúde
- AFR/RC47/5 - Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde
- AFR/RC47/6 - Relatório do Subcomité do Programa
- AFR/RC47/7 - Estratégia regional para socorros de emergência e ajuda humanitária
- AFR/RC47/8 - Saúde reprodutiva - Estratégia regional para o período 1998-2007
- AFR/RC47/9 - Estratégia regional de informação, educação e comunicação para a promoção da saúde nas comunidades africanas
- AFR/RC47/10 - Contribuição regional para a nova política mundial da OMS de Saúde para Todos, para o século XXI
- AFR/RC47/11 - Relatório sobre a Terceira Avaliação da Implementação da Estratégia de Saúde para Todos
- AFR/RC47/12* - Relatório das Discussões Técnicas - "Informação e Comunicação - Colmatar os fossos"
- AFR/RC47/13 - Discussões Técnicas futuras
- AFR/RC47/14 - Datas e locais de realização das 48ª e 49ª sessões do Comité Regional
- AFR/RC47/15 - Relatório do Comité Regional
- AFR/RC47/16 - Ordem do dia da reunião do Subcomité do Programa
- AFR/RC47/TD/1 - Discussões Técnicas "Informação e Comunicação - Colmatar os fossos"
- AFR/RC47/TD/2 - Guia das Discussões Técnicas
- AFR/RC47/R1 - Estratégia regional para socorros de emergência e ajuda humanitária

* Documento não publicado

- AFR/RC47/R2 - Estratégia regional de informação, educação e comunicação para a promoção da saúde nas comunidades africanas
- AFR/RC47/R3 - Reforma da OMS e prioridades de saúde africanas
- AFR/RC47/R4 - Promoção da participação das mulheres na saúde e no desenvolvimento
- AFR/RC47/R5 - Saúde reprodutiva: Estratégia da Região Africana para 1998-2007
- AFR/RC47/R6 - Luta contra o tabaco
- AFR/RC47/R7 - Paz e estabilidade no Congo e na Serra Leoa
- AFR/RC47/R8 - Moção de agradecimento
- AFR/RC47/Conf.Doc./1 - Alocução do Dr. Abdelkrim M'Hatef
Presidente da 46ª sessão do Comité Regional
- AFR/RC47/Conf.Doc./2 - Alocução de abertura do Dr. Ebrahim M. Samba,
Director Regional da Organização Mundial de Saúde
- AFR/RC47/Conf.Doc./3(a) - Alocução de abertura do Dr. Hiroshi Nakajima,
Director-Geral da Organização Mundial de Saúde
- AFR/RC47/Conf.Doc./3(b) - Discurso do Dr. Hiroshi Nakajima,
Director-Geral da Organização Mundial de Saúde
- AFR/RC47/Conf.Doc./4 - Discurso do Sr. Thabo Mbeki,
Vice-Presidente da África do Sul
- AFR/RC47/Conf.Doc./5 - Alocução do Sr. Laban O. Masimba,
Representante da Organização da Unidade Africana
- AFR/RC47/INF.DOC./01 - Relatório do Grupo de Trabalho especial sobre a
constituição da OMS e o Problema da Fuga de Quadros em
África
- AFR/RC47/INF/01 - Boletim informativo sobre a África do Sul
- Lista dos participantes