
**QUADRAGÉSIMA NONA SESSÃO
DO COMITÉ REGIONAL AFRICANO DA OMS,
REALIZADA EM WINDHOEK, NAMÍBIA,
ENTRE 30 DE AGOSTO E 3 DE SETEMBRO DE 1999**

RELATÓRIO FINAL

©
Sede Regional Africana da OMS
(1999)

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

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

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

Impresso na República do Zimbabwe

ÍNDICE

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	1
Decisão 4 :	Credenciais	2
Decisão 5 :	Substituição de Membros do Subcomité do Programa	2
Decisão 6 :	Ordem do dia da Quinquagésima sessão do Comité Regional	2
Decisão 7 :	Ordens do dia da 105ª sessão do Conselho Executivo e da 53ª Assembleia Mundial da Saúde	3
Decisão 8 :	Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde	3
Decisão 9 :	Escolha do tema das Discussões Técnicas para o ano 2000	4
Decisão 10:	Datas e locais da Quinquagésima e Quinquagésima-primeira sessões do Comité Regional	4
Decisão 11:	Designação de representantes da Região na Comissão de Orientação e Coordenação do Programa Especial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Reprodução Humana	4

RESOLUÇÕES

AFR/RC49/R1	Indigitação do Director Regional	5
AFR/RC49/R2	Reforma do Sector da Saúde na Região Africana da OMS: Estado da Implementação e Perspectivas	5
AFR/RC49/R3	Estratégia Regional para a Saúde Mental	7
AFR/RC49/R4	Diagnóstico e Tratamento Integrados das Doenças da Infância (DITIDI): Plano Estratégico para 2000-2005	9
AFR/RC49/R5	Medicamentos Essenciais na Região Africana da OMS: Análise da Situação e suas Tendências	11
AFR/RC49/R6	Análise da Implementação da Iniciativa de Bamaco	13
AFR/RC49/R7	Política Regional de Saúde para Todos no Século XXI: Horizonte 2020	15
AFR/RC49/R8	Moção de Agradecimento	17

PARTE II

Parágrafos

CERIMÓNIA DE ABERTURA	1 - 40
ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHOS	41 - 50
Constituição da Comissão de Designações	41
Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores	42
Composição da Comissão de Verificação de Poderes	43 - 48
Aprovação da ordem do dia	49
Aprovação do horário de trabalho	50
ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA:	
RELATÓRIO ANUAL DO DIRECTOR REGIONAL PARA 1998	51 - 154
Introdução	51-57
Desenvolvimento e gestão do conjunto dos programas	58 - 81
Desenvolvimento dos serviços e sistemas de saúde	82 - 94
Saúde reprodutiva e familiar	95 - 101
Prevenção e controlo das doenças transmissíveis	102 - 116
Ambiente saudável e desenvolvimento sustentável	117 - 121
Prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis	122 - 138
Coordenação externa e promoção do programa	139 - 147
Administração e Finanças	148 - 154
Declaração da Representante da UNICEF	155 - 158
Declaração do Representante da ONUSIDA	159 - 164
INDIGITAÇÃO DO DIRECTOR REGIONAL	165
CORRELAÇÃO ENTRE OS TRABALHOS DO COMITÉ REGIONAL, DO CONSELHO EXECUTIVO E DA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE	166 - 174
Modalidades de implementação das resoluções de interesse regional aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo	167 - 169
Incidências regionais das ordens do dia da 105ª Sessão do Conselho Executivo e da 53ª Assembleia Mundial da Saúde	170 - 172
Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde	173 - 174
RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA	175 - 247
Reforma do sector da saúde na Região Africana:	
Análise da implementação e perspectivas	179 - 191
Política regional de Saúde para Todos no Século XXI	192 - 200
Estratégia regional para a saúde mental	201 - 206
Diagnóstico e Tratamento Integrados das Doenças da Infância (DITIDI):	
Plano Estratégico para 2000-2005	207 - 214

Medicamentos essenciais na Região Africana: Análise da situação e suas tendências.....	215 - 222
Política de tecnologias da saúde na Região Africana	223 - 233
Análise da implementação da Iniciativa de Bamaco	234 - 247
DISCUSSÕES TÉCNICAS	248 - 254
Apresentação do relatório das Discussões Técnicas	248 - 252
Escolha do tema das Discussões Técnicas para o ano 2000	253
Designação do Presidente e Presidente Substituto das Discussões Técnicas do ano 2000.....	254
DATAS E LOCAIS DAS 50ª E 51ª SESSÕES DO COMITÉ REGIONAL	255
APROVAÇÃO DO RELATÓRIO DO COMITÉ REGIONAL	256
ENCERRAMENTO DA 49ª SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL	257 - 267
Intervenção final do Director Regional	257 - 260
Moção de agradecimento.....	261
Alocação da Presidente da 49ª sessão e encerramento	262 - 267

PARTE III

	<i>Página</i>
ANEXOS	
1. Lista dos participantes	61
2. Ordem do dia da quadragésima-nona sessão do Comité Regional	71
3. Relatório da reunião do Subcomité do Programa de 14 a 18 de Junho de 1999 ...	73
4. Relatório da 2ª reunião do Subcomité do Programa efectuada a 2 de Setembro 1999	96
5. Relatório das Discussões Técnicas	97
6. Alocação de boas-vindas da Dra. Libertina Amathila, Ministra da Saúde da Namíbia.....	104
7. Alocação de abertura do Dr. T.J. Stamps, Presidente da 48ª Sessão do Comité Regional Africano	106
8. Alocação de abertura do Director da Região Africana da OMS, Dr. Ebrahim M. Samba	109
9. Alocação da Directora-Geral da OMS, Dra. Gro Harlem Brundtland	115
10. Alocação de Sua Excelência o Presidente da República da Namíbia, Dr. Sam Nujoma	125
11. Ordem do dia provisória da 50ª sessão do Comité Regional	131
12. Lista dos documentos	133

Parte I

DECISÕES PROCESSUAIS
E
RESOLUÇÕES

DECISÕES PROCESSUAIS

Decisão nº 1: Composição da Comissão de Designações

A Comissão de Designações, composta por representantes dos seguintes Estados-Membros: África do Sul, Angola, Botswana, Comores, República do Congo, Côte d'Ivoire, Gâmbia, Libéria, Moçambique, Ruanda, Senegal e Zâmbia, reuniu-se na segunda-feira, 30 de Agosto de 1999.

A Comissão elegeu como Presidente o Dr. Léon Alfred OPIMBAT, Ministro da Saúde, Solidariedade e Acção Humanitária da República do Congo.

Segunda sessão, 30 de Agosto de 1999

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 seu Regulamento Interno e da Resolução AFR/RC23/R1, o Comité Regional elegeu, por unanimidade, a seguinte Mesa:

Presidente :	Dra. Libertina Amathila <i>Ministra da Saúde e dos Serviços Sociais da Namíbia</i>
1º Vice-Presidente :	Sr. Faustin Boukoubi <i>Ministro da Saúde Pública e População do Gabão</i>
2º Vice-Presidente:	Sra. Diakite Fatoumata Ndiaye <i>Ministra da Saúde e da Solidariedade do Mali</i>
Relatores:	Sr. Saleh Meky <i>Ministro da Saúde da Eritreia</i> Professora Henriette Ratsimbazafimabefa <i>Ministra da Saúde de Madagáscar</i> Sra. Rosa Maria Silva <i>Directora-Geral da Saúde de Cabo Verde</i>

Segunda sessão, 30 de Agosto de 1999

Decisão nº 3: Composição da Comissão de Verificação de Poderes

Nos termos do Artigo 16º do seu Regulamento Interno, o Comité Regional nomeou uma Comissão de Verificação de Poderes, composta por representantes dos 12 seguintes Estados-Membros: Argélia, Benim, Camarões, República Democrática do Congo, Malawi, Maurícias, Níger, São Tomé e Príncipe, Suazilândia, Seychelles, Togo e Uganda.

A Comissão reuniu-se a 30 de Agosto de 1999, tendo contado com a presença de representantes dos seguintes Estados-Membros: Argélia, Benim, Camarões, República Democrática do Congo, Malawi, Maurícias, Níger, São Tomé e Príncipe, Suazilândia, Seychelles, Togo e Uganda. Elegeu o Sr. Jacquelin Dugasse, Ministro da Saúde das Seychelles, como Presidente.

Terceira sessão, 31 de Agosto de 1999

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, República Centrafricana, Chade, Comores, República do Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícias, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, Suazilândia, Togo, Uganda, República Unida da Tanzânia, Zâmbia e Zimbabwe.

Terceira sessão, 31 de Agosto de 1999

Decisão nº 5: Substituição de Membros do Subcomité do Programa

O mandato dos seguintes países cessará com o encerramento da Quadragésima-nona sessão do Comité Regional: Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seychelles, Serra Leoa e Suazilândia. Serão substituídos por Angola, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burundi e Camarões.

Nona sessão, 2 de Setembro de 1999

Decisão nº 6: Ordem do dia da Quinquagésima sessão do Comité Regional

O Comité Regional aprovou a ordem do dia provisória da sua Quinquagésima sessão.

Nona sessão, 2 de Setembro de 1999

Decisão nº 7: Ordens do dia da 105ª sessão do Conselho Executivo e da 53ª Assembleia Mundial da Saúde

O Comité Regional tomou nota da ordem do dia provisória da 105ª sessão do Conselho Executivo.

Nona sessão, 2 de Setembro de 1999

Decisão nº 8: Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde

Presidência da Assembleia Mundial da Saúde

- 1) O Presidente da Quadragésima-nona sessão do Comité Regional Africano será designado Presidente da quinquagésima-terceira Assembleia Mundial da Saúde a realizar em Maio de 2000. A última vez que a Região Africana designou um candidato à Presidência da Assembleia foi em Maio de 1994.

Principais Comissões da Assembleia Mundial da Saúde

- 2) A Directora-Geral, em conjunto com o Director Regional, analisarão, se for necessário, antes de cada Assembleia Mundial da Saúde, quais os delegados dos Estados-Membros da Região Africana susceptíveis de desempenhar eficazmente os seguintes cargos:
 - Presidentes das Comissões Principais A e B
(Artigo 34º do Regulamento Interno da Assembleia Mundial da Saúde);
 - Vice-Presidentes e Relatores das Comissões Principais.

Membros habilitados a designar pessoas para o Conselho Executivo

- 3) Segundo a ordem alfabética inglesa, o Chade, Comores, República do Congo e Côte d'Ivoire designaram pessoas para o Conselho Executivo, a partir da 104ª sessão do Conselho Executivo, imediatamente após a 52ª Assembleia Mundial da Saúde, juntando-se assim ao Burundi, Cabo Verde e República Centrafricana (Anexo 3).
- 4) O mandato do Burundi cessará com o encerramento da 53ª Assembleia Mundial da Saúde. O Burundi será substituído pela Guiné Equatorial, a qual participará na 106ª sessão do Conselho Executivo.
- 5) O Estado-Membro (Guiné Equatorial) habilitado a designar uma pessoa para o Conselho Executivo deverá confirmar a sua disponibilidade, pelo menos seis semanas antes da Quinquagésima-terceira Assembleia Mundial da Saúde.

-
- 6) Através da Resolução WHA51.26, a 51ª Assembleia Mundial da Saúde decidiu que os Estados-Membros habilitados a designar pessoas para o Conselho Executivo deveriam designá-los como representantes do país, tecnicamente qualificados no campo da Saúde.

Reunião informal do Comité Regional

- 7) O Director Regional convocará esta reunião para Segunda-feira, 15 de Maio de 2000, às 08h00, no Palácio das Nações, em Genebra, para confirmar as decisões da 49ª sessão do Comité Regional.

Nona sessão, 2 de Setembro de 1999

Decisão nº 9: Escolha do tema das Discussões Técnicas para o ano 2000

Por ocasião da sua 47ª sessão, o Comité Regional decidiu continuar a realizar Discussões Técnicas, à margem das suas sessões. Consequentemente, o Comité Regional escolheu a "Redução da Mortalidade Materna: Um Desafio para o Século XXI", como tema das Discussões Técnicas no ano 2000.

Nona sessão, 2 de Setembro de 1999

Decisão nº 10: Datas e locais da Quinquagésima e Quinquagésima-primeira sessões do Comité Regional

De acordo com o seu Regulamento Interno, o Comité Regional aceitou a oferta do Burkina Faso para acolher a 50ª Sessão em Ouagadougou, com início em Agosto de 2000. O Congo (Brazzaville) ofereceu-se para acolher a 51ª Sessão, devendo uma decisão a este respeito ser tomada na 50ª Sessão do Comité Regional.

Nona sessão, 2 de Setembro de 1999

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

Os mandatos de Angola e da Argélia cessarão a 31 de Dezembro de 1999. De acordo com a ordem alfabética inglesa, serão substituídos pelo Burkina Faso e Burundi que se juntarão ao Benim e Botsuana, a partir de 1 de Janeiro de 2000, por um período de três anos.

Nona sessão, 2 de Setembro de 1999

RESOLUÇÕES

AFR/RC49/R1: Indigitação do Director Regional

Tendo em conta o artigo 52º da Constituição,
E em conformidade com o artigo 52º do seu Regulamento Interno,
O COMITÉ REGIONAL,

1. INDIGITA o Dr. Ebrahim Malick Samba para Director da Região Africana
2. SOLICITA à Directora-Geral que proponha ao Conselho Executivo a renomeação do Dr. Ebrahim Malick Samba para um período de 5 anos, a partir de 1 de Fevereiro de 2000.

Quarta sessão, 31 de Agosto de 1999

AFR/RC49/R2: Reforma do Sector da Saúde na Região Africana da OMS: Estado da Implementação e Perspectivas

Lembrando que a adopção do Quadro Africano de Desenvolvimento Sanitário e da Iniciativa de Bamaco pelo Comité Regional, respectivamente em 1985 e 1987, assinalou os primeiros esforços regionais para reorientar e reforçar os sistemas nacionais de saúde da Região, que tinham sido fortemente enfraquecidos pelas reformas económicas efectuadas em resposta à crise económica dos anos 80;

Observando que a maioria dos países da Região encetou, desde o início da década, uma reforma dos seus sectores da Saúde, para reforçar a sua capacidade de enfrentar os crescentes problemas de saúde e, finalmente melhorar o estado de saúde das populações;

Preocupado pelo facto de os esforços realizados neste domínio serem, na sua maioria, fragmentários e não globais e pelo facto de, em alguns países, esses esforços serem liderados, não pelos governos, mas pelos parceiros externos;

Reconhecendo que, para que a reforma do sector da Saúde consiga atingir o objectivo de melhorar o estado de saúde das populações, terá primeiro de produzir alterações que conduzam ao desenvolvimento e reforço dos sistemas de saúde como pré-requisitos para melhorar o desempenho dos serviços de saúde;

Tendo analisado o relatório do Director Regional, apresentado no documento AFR/RC49/7, sobre o estado de implementação e perspectivas da reforma do sector da Saúde nos países da Região;

Registando com satisfação os esforços feitos pelas agências das Nações Unidas, sob a liderança da Organização Mundial de Saúde e do Banco Mundial, para organizar reuniões interpaíses, que têm permitido a todos os países da Região, que se encontram em vários estádios do processo de reforma do sector da Saúde, partilharem experiências sobre este importante assunto;

O COMITÉ REGIONAL,

1. APROVA o relatório do Director Regional.
2. EXORTA os Estados-Membros a:
 - i) intensificar os seus esforços para efectivação de reformas adequadas do sector da Saúde, que estejam em consonância com as políticas nacionais de saúde;
 - ii) envolver activamente nesses esforços todos os interessados - o sector privado, a sociedade civil, as comunidades e os parceiros externos - e agências governamentais e parceiros externos ao Ministério da Saúde;
 - iii) garantir que o governo assuma a liderança em cada estágio do processo de reforma e assegure o apoio necessário dos parceiros nacionais e internacionais;
 - iv) cooperar uns com os outros, no contexto da cooperação técnica entre países em desenvolvimento, na concepção e implementação das respectivas reformas do sector da Saúde;
 - v) advogar e promover a reforma dos outros sectores relacionados com a saúde, por forma a que as reformas do sector da Saúde conduzam a um desenvolvimento sanitário sustentável.
3. SOLICITA ao Director Regional que:
 - i) elabore uma síntese das experiências de reforma do sector da Saúde, com base nos relatórios dos países da Região, e a divulgue amplamente nos Estados-Membros;
 - ii) estabeleça, com base nessa síntese das experiências, um quadro que oriente os Estados-Membros na concepção, implementação e avaliação das respectivas reformas do sector da Saúde;
 - iii) crie mecanismos eficazes para um apoio oportuno e apropriado aos Estados-Membros e para contribuir para reforçar as capacidades nacionais e a gestão da tecnologia e das infra-estruturas, a fim de garantir um desenvolvimento sanitário sustentável;

-
- iv) dê os passos necessários para intensificar ainda mais a colaboração entre a Organização Mundial de Saúde, o Banco Mundial, o Banco Africano de Desenvolvimento e as outras agências interessadas das Nações Unidas, de modo a assegurar que a implementação da componente sanitária da Iniciativa Especial da ONU para África facilite o processo de reforma do sector da Saúde em cada um dos países;
 - v) informe a quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional sobre os progressos alcançados na implementação da reforma do sector da Saúde nos Estados-Membros e sobre o *valor acrescentado* da implementação da componente sanitária da Iniciativa Especial da ONU para África.
4. APELA ao Banco Africano de Desenvolvimento, aos doadores bilaterais e às agências das Nações Unidas, incluindo o Banco Mundial, para que prestem maior apoio aos esforços de reforma do sector da Saúde empreendidos pelos governos dos países da Região.

Quinta sessão, 1 de Setembro de 1999

AFR/RC/49/R3: Estratégia Regional para a Saúde Mental

Consciente da dimensão e da relevância para a saúde pública dos problemas mentais, neurológicos e psicossociais que têm sido agravados pelo estigma que lhes está associado;

Preocupado com o aumento da pobreza, a frequência crescente das catástrofes naturais e a escalada das guerras e de outras formas de violência e perturbações sociais que estão na origem de problemas psicossociais cada vez mais numerosos, tais como o alcoolismo e toxicod dependência, a prostituição, o fenómeno das crianças da rua, o abuso de crianças e a violência doméstica;

Evocando as resoluções da Assembleia Mundial da Saúde WHA28.81 (1975), sobre a avaliação de problemas relacionados com o alcoolismo, e WHA30.45 (1977), sobre a criação do Grupo Africano de Acção para a Saúde Mental, assim como as resoluções do Comité Regional AFR/RC40/R9 (1990), que pediu aos Estados-Membros que implementassem cuidados comunitários de saúde mental, com base na abordagem do sistema distrital de saúde, e AFR/RC44/R14 (1994), sobre a aceleração do desenvolvimento da saúde mental na Região Africana;

Apreciando os esforços já desenvolvidos pelos Estados-Membros e seus parceiros para melhorar a saúde mental das suas populações e prevenir e lutar contra o abuso de substâncias psicoactivas;

Reconhecendo a necessidade de analisar as abordagens existentes nesta área e de desenvolver um quadro estratégico global para a saúde mental e a prevenção e luta contra o abuso de substâncias psicoactivas, nos países da Região Africana;

Tendo analisado cuidadosamente o relatório do Director Regional, contido no documento AFR/RC49/9, que estabelece a estratégia regional da OMS para a saúde mental;

O COMITÉ REGIONAL,

1. APROVA a estratégia proposta que se destina a reforçar a capacidade dos Estados-Membros para melhorar a qualidade de vida das suas populações, promovendo estilos de vida saudáveis e prevenindo e combatendo as perturbações mentais, neurológicas e psicossociais.
2. SOLICITA aos Estados-Membros que:
 - i) tenham em consideração os problemas de saúde mental nas suas políticas e estratégias nacionais de saúde; reconheçam a necessidade da abordagem multisectorial e integrem a saúde mental nos seus serviços gerais de saúde, particularmente a nível distrital, com uma participação adequada das comunidades;
 - ii) criem ou actualizem programas e planos de acção nacionais para a implementação das actividades de saúde mental e de prevenção e luta contra o abuso de substâncias psicoactivas, de acordo com as suas prioridades;
 - iii) promovam a saúde mental e um comportamento saudável, aproveitando a comemoração do Dia Mundial da Saúde Mental (10 de Outubro);
 - iv) elaborem ou actualizem a legislação existente, em matéria de saúde mental e de prevenção e luta contra o abuso de substâncias psicoactivas;
 - v) designem um ponto focal no Ministério da Saúde, destinado a gerir o programa de saúde mental assim criado;
 - vi) disponibilizem recursos financeiros para a implementação das respectivas actividades e estudem a possibilidade de criar esquemas de comparticipação nos custos das mesmas, se necessário;
 - vii) intensifiquem o desenvolvimento de capacidades, tendo em conta a dimensão da saúde mental na elaboração dos planos nacionais de desenvolvimento de recursos humanos e usem as instituições regionais de formação em saúde;
 - viii) garantam a inclusão nos seus programas nacionais de uma cultura de investigação;

-
- ix) efectuem intervenções de reabilitação psicossocial de base comunitária que visem os grupos vulneráveis e de alto risco, particularmente os deslocados, refugiados, vítimas de minas terrestres, profissionais de saúde e indivíduos com perturbações crónicas do foro mental e neurológico, assim como as pessoas infectadas pelo HIV/SIDA.
3. SOLICITA ao Director Regional que:
- i) preste apoio técnico aos Estados-Membros para elaboração de políticas e programas nacionais de saúde mental e de prevenção e luta contra o abuso de substâncias psicoactivas, bem como a elaboração ou revisão da legislação sobre saúde mental;
 - ii) tome as medidas apropriadas para reforçar a capacidade da OMS de fornecer apoio técnico oportuno e eficaz, a nível regional e nacional, aos programas nacionais de saúde mental e de prevenção e luta contra o abuso de substâncias psicoactivas;
 - iii) intensifique o apoio à formação de profissionais de saúde mental aos diferentes níveis do sistema de saúde e promova o uso da medicina tradicional no contexto da realidade africana;
 - iv) facilite a mobilização de recursos adicionais para a implementação da estratégia da saúde mental nos Estados-Membros;
 - v) elabore planos operacionais para a implementação da estratégia regional no período de 2000-2001;
 - vi) apresente à 51ª sessão do Comité Regional um relatório sobre os progressos realizados na implementação da estratégia regional de saúde mental.

Quinta sessão, 1 de Setembro de 1999

AFR/RC49/R4: Diagnóstico e Tratamento Integrados das Doenças da Infância (DITIDI): Plano Estratégico para 2000 - 2005

Lembrando a Resolução WHA 48.12 da Assembleia Mundial da Saúde, que aprovou o Diagnóstico e Tratamento Integrados das Doenças da Infância, em Maio de 1995, como uma estratégia com uma boa relação custo-eficácia para a sobrevivência e desenvolvimento da criança;

Lembrando o *Quadro de Orientação Regional para a Cooperação Técnica com os Estados-Membros*, que confirmou o DITIDI como uma estratégia apropriada e eficaz a implementar na Região;

Considerando que 70% das mortes infantis se devem a infecções respiratórias agudas, doenças diarreicas, sarampo, paludismo e malnutrição, e que o DITIDI constitui uma estratégia apropriada para combater estas doenças mortais da infância;

Tendo presente o espírito de importantes eventos internacionais, tais como a Conferência de Alma Ata de 1978 sobre os Cuidados Primários de Saúde, a aprovação da Convenção sobre os Direitos da Criança em 1989 e a Cimeira Mundial para a Infância de 1990, durante a qual os Chefes de Governo se comprometeram a construir um futuro melhor para as crianças;

Consciente das elevadas taxas de mortalidade infantil e juvenil nos países da Região e da necessidade de apoiar o desenvolvimento do sector sanitário num cenário alargado que proporcione oportunidades para implementar intervenções preventivas, promotoras, curativas e de reabilitação;

Reconhecendo que o Diagnóstico e Tratamento Integrados das Doenças da Infância ajudará a reduzir a morbilidade e mortalidade dos menores de 5 anos e que essa estratégia conseguirá melhorar a relação custo-eficácia das intervenções;

Considerando o actual estágio da implementação do DITIDI na Região Africana e a necessidade de prestar um apoio mais intenso à implementação deste plano estratégico;

Reconhecendo o precioso apoio que os parceiros da cooperação multilateral e bilateral têm, até hoje, prestado aos países para a implementação do DITIDI;

O COMITÉ REGIONAL,

1. APROVA o plano estratégico regional para o Diagnóstico e Tratamento Integrados das Doenças da Infância (DITIDI), tal como está apresentado no documento AFR/RC49/10.
2. INCITA os Estados-Membros a:
 - i) incluírem a estratégia do DITIDI nas suas políticas e planos de acção nacionais de saúde;
 - ii) acelerarem a implementação do DITIDI, mantendo uma abordagem gradual e atendendo à qualidade, particularmente durante a fase de expansão;
 - iii) tomarem as medidas necessárias para garantir uma maior disponibilidade de recursos humanos e financeiros e para reforçar os sistemas distritais de saúde, com vista a uma implementação sustentável do DITIDI;

-
- iv) reformulem a sua lista de medicamentos essenciais, para facilitar a implementação da estratégia DITIDI;
 - v) reforçarem a recuperação nutricional das crianças doentes.
3. SOLICITA ao Director Regional que:
- i) apoie os Estados-Membros no reforço e aceleração da implementação do plano estratégico;
 - ii) desenvolva recursos humanos e mobilize recursos orçamentais e extra-orçamentais para apoiar a implementação do plano estratégico;
 - iii) monitorize a implementação do plano estratégico nos países e crie condições para a partilha de experiências e das lições colhidas entre os Estados-Membros;
 - iv) apresente à 51ª sessão do Comité Regional um relatório dos progressos alcançados na implementação do plano estratégico.
4. SOLICITA aos parceiros internacionais e outros, empenhados na implementação do DITIDI na Região Africana, que intensifiquem o seu apoio aos países, para implementação do plano estratégico do DITIDI.

Quinta sessão, 1 de Setembro de 1999

**AFR/RC49/R5: Medicamentos Essenciais na Região Africana da OMS:
Análise da Situação e suas Tendências**

Relembrando as resoluções WHA39.27, WHA41.16, WHA43.20, WHA45.27, WHA47.12, WHA47.13, WHA47.16, WHA47.17, WHA49.14 e WHA52.19 da Assembleia Mundial da Saúde relativas à estratégia revista da OMS sobre medicamentos e as resoluções do Comité Regional AFR/RC37/R6 sobre medicamentos essenciais e vacinas, AFR/RC38/R18 sobre a Iniciativa de Bamaco e AFR/RC38/R19 sobre a produção local de medicamentos essenciais;

Relembrando as resoluções WHA22.54, WHA31.33, WHA41.19, WHA42.43 e WHA44.33 da Assembleia Mundial da Saúde e as resoluções do Comité Regional AFR/RC28/R3, AFR/RC33/R3 e AFR/RC36/R9 sobre o uso de medicamentos tradicionais;

Preocupado com o facto de mais de 50% da população da Região não ter ainda um acesso regular aos medicamentos essenciais, apesar da existência de políticas farmacêuticas nacionais;

Preocupado igualmente com o facto de as dificuldades económicas e os efeitos das reformas estruturais sobre o sector social estarem a afectar negativamente o acesso aos medicamentos essenciais;

Notando com satisfação a criação do Programa Intensificado de Medicamentos Essenciais para a Região Africana, de modo a ajudar a vencer os correntes e futuros desafios do sector farmacêutico;

Reafirmando o empenho dos Estados-Membros na formulação, implementação e monitorização das políticas e programas nacionais de medicamentos, no sentido de melhorarem a disponibilidade e a acessibilidade de medicamentos de qualidade comprovada e garantir o seu uso racional;

O COMITÉ REGIONAL,

1. APROVA o relatório do Director Regional sobre medicamentos essenciais na Região Africana da OMS.
2. EXORTA os Estados-Membros a:
 - i) estabelecer mecanismos de consulta entre o Ministério da Saúde e outros ministérios pertinentes para acompanhar de perto o impacto da globalização do comércio, dos acordos de comércio internacionais, das reformas económicas e das reformas do sector da Saúde sobre o acesso aos medicamentos essenciais;
 - ii) rever e aplicar legislação e regulamentação sobre o comércio ilícito de produtos farmacêuticos e o uso de medicamentos tradicionais, e reconhecer o direito dos farmacêuticos de substituir medicamentos, por produtos genéricos onde tal for apropriado;
 - iii) colaborar entre si, particularmente a nível sub-regional, e coordenar os seus esforços de produção local de medicamentos essenciais e de implementação de compras agrupadas de medicamentos essenciais;
 - iv) reforçar as autoridades nacionais reguladoras de medicamentos e os mecanismos de garantia de qualidade e, quando possível, criar laboratórios nacionais de controlo de qualidade, usando com eficácia os laboratórios regionais existentes;
 - v) colaborar activamente com a OMS e com os outros parceiros na implementação do Programa Intensificado de Medicamentos Essenciais para a Região Africana.
3. SOLICITA ao Director Regional que:
 - i) continue a apoiar os Estados-Membros no que respeita à formulação e implementação de legislação e regulamentação farmacêuticas, políticas farmacêuticas nacionais e programas de medicamentos essenciais;

-
- ii) colabore com os Estados-Membros no estabelecimento de instrumentos, directivas e metodologias para a avaliação e monitorização dos programas;
 - iii) apoie os Estados-Membros:
 - a) na monitorização e análise das implicações sobre o sector farmacêutico e a saúde pública decorrentes da globalização do comércio e dos acordos de comércio internacionais e regionais, tais como os relativos à Organização Mundial do Comércio (OMC) e aos aspectos relacionados com o comércio dos direitos de propriedade intelectual (TRIPS);
 - b) na promoção da colaboração interpaíses no domínio da produção local, em particular de medicamentos essenciais genéricos;
 - c) na aquisição agrupada de medicamentos;
 - d) no desenvolvimento dos seus recursos humanos no domínio farmacêutico;
 - e) na mobilização de recursos para a implementação do Programa Intensificado de Medicamentos Essenciais para a Região Africana, a nível dos países;
 - f) na realização da investigação sobre plantas medicinais e na promoção do seu uso nos sistemas de prestação de cuidados de saúde;
 - iv) apresente, à 51ª sessão do Comité Regional, um relatório sobre os progressos realizados e os problemas encontrados na implementação do Programa Intensificado de Medicamentos Essenciais para a Região Africana.

Quinta sessão, 1 de Setembro de 1999

AFR/RC49/R6: Análise da Implementação da Iniciativa de Bamaco

Relembrando a Resolução AFR/RC37/R6 do Comité Regional sobre a melhoria da saúde das mulheres e das crianças, através do financiamento e gestão dos medicamentos essenciais a nível das comunidades;

Relembrando ainda o pedido que a 47ª Sessão do Comité Regional fez ao Director Regional, para que procedesse a uma análise dos progressos feitos ao cabo de uma década de implementação da Iniciativa de Bamaco;

Tendo em consideração as recomendações feitas durante a análise da implementação da Iniciativa de Bamaco na Região Africana, numa reunião organizada conjuntamente pelo governo do Mali, a OMS e a UNICEF, e realizada em Bamaco, no Mali, de 8 a 12 de Março de 1999;

Considerando o apelo feito nessa reunião para análise da Iniciativa de Bamaco, para que seja prestado aos Estados-Membros um apoio que permita continuar a implementação da Iniciativa;

Reconhecendo o papel fundamental da Iniciativa de Bamaco como estratégia pertinente para atingir os objectivos dos cuidados primários de saúde e para melhorar a acessibilidade e cobertura dos serviços de saúde;

Tendo examinado cuidadosamente o relatório do Director Regional, contido no documento AFR/RC49/13 - Análise da Implementação da Iniciativa de Bamaco;

O COMITÉ REGIONAL,

1. RECONHECE as significativas realizações alcançadas pelos Estados-Membros.
2. REGISTA as dificuldades encontradas e as lições tiradas da implementação da Iniciativa de Bamaco.
3. APROVA o relatório do Director Regional e a sua proposta para elaborar um quadro de implementação, para reforçar a dimensão comunitária da reforma do sector da Saúde.
4. CONVIDA os Estados-Membros a:
 - i) incluírem a Iniciativa de Bamaco na sua agenda de reforma do sector da Saúde e a implementarem a Iniciativa como dimensão comunitária da reforma;
 - ii) assegurarem que as políticas e estratégias nacionais tenham uma forte incidência comunitária, a reforçarem a autonomia dos indivíduos e das famílias para melhorarem a sua própria saúde e bem-estar, e a desenvolverem as capacidades das comunidades para efectuarem a co-gestão dos serviços essenciais de saúde;
 - iii) desenvolverem um novo quadro nacional para a implementação da Iniciativa de Bamaco, incluindo um pacote essencial de cuidados adaptado às actuais áreas prioritárias, nomeadamente: Fazer Recuar o Paludismo, Diagnóstico e Tratamento Integrados das Doenças da Infância, Iniciativa da Maternidade sem Risco e Prevenção e Luta contra a Tuberculose e o HIV/SIDA;

-
- iv) reforçarem a igualdade de acesso através da promoção de mecanismos nacionais e locais de solidariedade para o financiamento dos cuidados de saúde, em especial para os grupos mais vulneráveis, tais como as mulheres, as crianças, os adolescentes, pessoas com HIV/SIDA e pessoas que vivem em zonas remotas;
 - v) melhorarem a coordenação entre todos os intervenientes, especialmente os governos, as comunidades e os parceiros na implementação, monitorização e avaliação da Iniciativa de Bamaco.
5. SOLICITA ao Director Regional que:
- i) desenvolva um novo quadro em que a Iniciativa de Bamaco esteja ligada às actividades geradoras de rendimento a nível comunitário e, com o apoio dos governos, operacionalize esse quadro, contribuindo para reduzir a pobreza e permitir o desenvolvimento sustentável;
 - ii) continue a promover as actividades para a saúde, com base nas comunidades e nas famílias, visando os programas e iniciativas prioritárias de saúde pública, nomeadamente: Fazer Recuar o Paludismo, Diagnóstico e Tratamento Integrados das Doenças da Infância, Iniciativa da Maternidade sem Risco e a Prevenção e Luta contra a Tuberculose e HIV/SIDA;
 - iii) crie um mecanismo com os outros parceiros, especialmente a UNICEF, para melhorar a coordenação e apoio aos Estados-Membros na implementação, monitorização e avaliação da Iniciativa de Bamaco;
 - iv) informe a 52ª sessão do Comité Regional sobre os progressos realizados na implementação do novo quadro da Iniciativa de Bamaco.
6. APELA aos parceiros para que intensifiquem o seu apoio aos Estados-Membros na implementação da Iniciativa de Bamaco, no contexto do desenvolvimento global do sector nacional da saúde.

Quinta sessão, 1 de Setembro de 1999

AFR/RC49/R7: Política Regional de Saúde para Todos no Século XXI - Horizonte 2020

Confirmando a pertinência dos princípios e valores subjacentes à abordagem dos cuidados primários de saúde para a implementação da política de Saúde para Todos e o facto de que esses princípios e valores constituem uma fonte de inspiração para os países africanos;

Considerando a magnitude e a persistência dos problemas de saúde associados, por um lado, às doenças transmissíveis, aos riscos ligados à gravidez e ao parto e às numerosas afecções infantis, e, por outro lado, a ambientes insalubres e às atitudes e comportamentos nefastos para a saúde, mas também à falta de eficácia dos serviços de saúde, às situações de emergência complexas e aos conflitos armados, bem como as suas consequências dramáticas para as populações;

Convicto de que, no limiar do terceiro milénio, é necessário propor às nações africanas um quadro de referência para as políticas nacionais de desenvolvimento sanitário, por forma a que estas últimas possam fornecer soluções duradouras para os vários problemas de saúde com que os países estão confrontados;

Considerando a adopção, em Maio de 1998, pela Assembleia Mundial da Saúde, da “Declaração Mundial sobre a Saúde” que insiste em particular na necessidade de implementar a política mundial de Saúde para Todos no Século XXI, por meio da implementação de políticas regionais e nacionais adequadas;

Tendo analisado a proposta de política regional para o século XXI e a Agenda Saúde 2020 (documento AFR/RC49/8(b) Rev.1);

O COMITÉ REGIONAL,

1. FELICITA o Director Regional pelos esforços envidados e pela análise aprofundada do processo de desenvolvimento sanitário na Região no decorrer das últimas décadas, bem como pela reflexão prospectiva tendo como horizonte o ano 2020.
2. NOTA, com satisfação, os progressos realizados a nível da Região na formulação de uma política regional de desenvolvimento sanitário que põe a tónica nas prioridades regionais e recomenda aos Estados-Membros que procedam a consultas suplementares a nível nacional envolvendo os outros sectores e o conjunto dos intervenientes e parceiros, de modo a obter um contributo tão importante quanto possível para a elaboração da política regional de Saúde para Todos.
3. CONVIDA o Director Regional a:
 - i) reflectir, desde já, nos programas de cooperação com os Estados-Membros para 2000-2001, as prioridades regionais, a saber: a prevenção e luta contra o paludismo, o HIV/SIDA e a tuberculose; a sobrevivência da criança; a maternidade com um mínimo de riscos; a saúde mental; a resposta às situações de emergência complexas e às epidemias; a reforma do sector da Saúde; a promoção da saúde; a redução da pobreza;

-
- ii) organizar uma reunião de carácter intersectorial e multidisciplinar sobre a proposta de Política Regional de Saúde para Todos no Século XXI, e para a qual serão convidadas instituições e agências internacionais interessadas no desenvolvimento sanitário da Região;
 - iii) apresentar para adopção, à 50ª Sessão do Comité Regional, o documento de Política Regional de Saúde para Todos no Século XXI e um quadro estratégico de acção tendo como horizonte o ano 2020.

Quinta sessão, 1 de Setembro de 1999

AFR/RC49/R8: Moção de Agradecimento

Plenamente consciente do tempo, esforços e recursos dispensados pelo Governo da Namíbia para garantir o bom andamento da 49ª sessão do Comité Regional;

Agradecendo o excepcionalmente caloroso e amigoso acolhimento dispensado a todos os Representantes dos Estados-Membros e outros participantes, por parte do Governo e do povo da Namíbia;

Tendo plena consciência de que é a primeira vez que a Namíbia se envolve tão intimamente no planeamento e organização do Comité Regional;

O COMITÉ REGIONAL,

1. AGRADECE muito sinceramente a Sua Excelência o Presidente da República da Namíbia, Dr. Sam Nujoma e ao seu Governo por terem acolhido esta sessão do Comité Regional.
2. EXPRESSA o seu profundo apreço a Sua Excelência o Presidente da República da Namíbia por aceder gentilmente a presidir à sessão de abertura do Comité Regional e por ter proferido um discurso inaugural tão inspirador.
3. EXPRIME igualmente a sua gratidão à Ilustre Ministra da Saúde da Namíbia, Dra. Libertina Amathila, pelos seus esforços incansáveis na preparação exaustiva desta sessão do Comité Regional, assim como pelo modo eficiente como soube conduzir os trabalhos da reunião.
4. AGRADECE muito sinceramente ao Governo e ao povo da Namíbia pela sua calorosa hospitalidade.
5. SOLICITA ao Director Regional que transmita esta moção de agradecimento a Sua Excelência o Presidente da República, bem como ao Governo e ao povo da Namíbia.

Décima sessão, 3 de Setembro de 1999

Parte II

RELATÓRIO DO COMITÉ REGIONAL

CERIMÓNIA DE ABERTURA

1. A Quadragésima-nona sessão do Comité Regional Africano da OMS foi aberta no Centro de Conferências Safari, em Windhoek, na Namíbia, na Segunda-feira 30 de Agosto de 1999, por Sua Excelência, o Presidente da República da Namíbia, Dr. Sam Nujoma. Entre os distintos dignatários presentes no acto contavam-se: Ministros do Governo da Namíbia; Ministros da Saúde e Chefes das delegações dos Estados-Membros; o Sr. E. Ngatjizeko, Presidente da Câmara de Windhoek; a Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora-Geral da OMS, o Dr. Ebrahim M. Samba, Director da Região Africana da OMS; membros do Parlamento da Namíbia; representantes de agências das Nações Unidas e de Organizações Não-Governamentais, e membros do Corpo Diplomático (*ver lista dos participantes, no Anexo 1*).
2. O Mestre de Cerimónias, Dr. K. Shangula, Director-Geral do Ministério da Saúde e Serviços Sociais da Namíbia, deu as boas-vindas aos delegados e outras individualidades presentes na cerimónia de abertura.
3. Na sua alocução, a Dra. Libertina Amathila, Ministra da Saúde e Assuntos Sociais da Namíbia, deu as boas-vindas aos delegados e evocou, com gratidão, o apoio que os Estados-Membros prestaram à Namíbia durante a sua luta pela independência.
4. Referiu que, desde a independência e sob a competente e distinta liderança de Sua Excelência, o Presidente Sam Nujoma, se tinham feito esforços no sentido de melhorar os serviços de saúde na Namíbia. O sistema nacional de saúde foi reorganizado, para poder dar melhor resposta às necessidades das populações.
5. Convidou os delegados a aproveitarem a oportunidade da sua presença em Windhoek para aprenderem mais sobre o país, visitando locais com interesse. Concluiu afirmando que o Governo e o povo da Namíbia fariam todos os possíveis para que os delegados se sintam em casa (*texto integral no Anexo 6*).
6. O Dr. T. J. Stamps, Presidente da 48ª sessão do Comité Regional Africano, ao dirigir-se à assembleia pediu aos presentes que observassem um momento de silêncio em memória das pessoas que perderam recentemente a vida em Bujumbura, devido a conflitos civis, e das vítimas de um ciclone na Cidade do Cabo, África do Sul, e do terramoto na Turquia.
7. O Dr. Stamps observou que, sendo a 49ª sessão do Comité Regional a última a realizar-se neste milénio, a mesma oferecia a oportunidade de reflectir sobre o passado, consolidar o presente e planear o futuro.

8. Relembrou os sucessos do passado na área do desenvolvimento sanitário da Região, designadamente: a virtual eliminação da poliomielite, em quase todos os países da Região Africana; a criação de um dispositivo na base do qual se edificará um mecanismo sustentável para “Fazer Recuar o Paludismo”, o que permitirá que os esforços nacionais se traduzam em conquistas regionais, cabendo à Dra. Brundtland e ao Dr. Samba os créditos por esse sucesso; uma maior consciência da gravidade da pandemia da SIDA; a aceitação da importância da estratégia dos cuidados primários de saúde, com as suas oito componentes; a crescente aceitação da necessidade de se adoptar uma abordagem sectorial integrada e coerente no desenvolvimento sanitário; um maior reconhecimento do ciclo vicioso da ignorância, má saúde e subdesenvolvimento.
9. O Dr. Stamps observou que as mudanças ocorridas nos anos recentes deram lugar simultaneamente à esperança e à precaução. Uma dessas mudanças está relacionada com as novas descobertas na área das ciências biomédicas. Frisou que, ao invés do que aconteceu no passado, é importante que a investigação levada a cabo em África dê resposta a questões de saúde prioritárias do continente.
10. Em África, os desafios futuros são o impacto negativo da crescente globalização, migrações, viagens, turismo e comunicações, e as mudanças nos perfis demográficos e epidemiológicos dos países que podem causar problemas relacionados com a pobreza e com elevados padrões de vida.
11. O Dr. Stamps alertou para o facto de, num momento em que os contextos sociais e geopolíticos estão a mudar tão rapidamente, não se deve mudar desnecessariamente de liderança, ao nível nacional e internacional. Alterações na liderança só deverão ocorrer para benefício das populações e não por moda ou devido a qualquer outro conceito exterior.
12. Em conclusão, o Presidente cessante do Comité Regional sublinhou a necessidade de precaução face a forças divisionistas e apelou a todos no sentido de se unirem em favor da saúde valorizando os objectivos comuns e minimizando as diferenças (*texto integral, Anexo 7*).
13. Na sua alocução, o Director Regional, Dr. Ebrahim Samba, agradeceu a Sua Excelência, o Presidente da Namíbia, Dr. Sam Nujoma, por ter convidado a OMS a realizar em Windhoek a sua última sessão do Comité Regional do Século XX e pelos excelentes preparativos no sentido de garantir o seu sucesso.

14. O Dr. Samba exprimiu também a sua sincera gratidão ao Presidente Robert Mugabe, ao Governo e ao povo do Zimbabwe, pelo refúgio concedido ao pessoal da Sede Regional, forçado a sair temporariamente de Brazzaville. Referiu que os funcionários da OMS ainda estavam na situação de refugiados, com o “stress” e as contrariedades inerentes a essa situação.
15. O Director Regional fez um relato pormenorizado dos acontecimentos que conduziram à saída da Sede Regional de Brazzaville e do modo como esta foi temporariamente instalada em Harare. Realçou que a permanência da Sede Regional em Harare era apenas temporária.
16. Frisou que, apesar das difíceis circunstâncias em que os funcionários da Sede Regional Africana têm trabalhado, o seu desempenho foi muito encorajador, tendo melhorado as relações com a Sede Mundial e aumentado apoio dela recebido. Além disso, os parceiros do desenvolvimento, tais como as agências de cooperação multilateral e bilateral e as organizações não-governamentais, não têm poupado esforços no sentido de prestar o apoio necessário. Em consequência, os financiamentos voluntários mais que quintuplicaram nos últimos quatro anos, tendo passado de 30 milhões de dólares EUA, em 1995, para 156 milhões, em Julho de 1999.
17. O Dr. Samba afirmou que a colaboração com os Estados-Membros melhorou e, com o apoio da Directora-Geral, foi dada mais autoridade às representações da OMS nos países, especialmente em assuntos financeiros e de pessoal. Daí resultou uma resposta mais rápida e eficaz às necessidades dos países.
18. O Director Regional destacou resumidamente os progressos alcançados nas áreas da reforma do sector da Saúde no contexto da Iniciativa Especial das Nações Unidas para África, da Iniciativa Africana de luta contra o Paludismo em conjunto com a iniciativa “Fazer Recuar o Paludismo”, luta contra o HIV/SIDA, erradicação da poliomielite, saúde reprodutiva, igualdade dos sexos, desenvolvimento de recursos humanos, reforço institucional e investigação em saúde em África.
19. Concluindo, o Dr Samba afirmou que, apesar da enormidade dos problemas hoje enfrentados, se podiam obter ainda mais progressos no sentido de melhorar a saúde e a qualidade de vida das populações africanas no Século XXI. Para alcançar esse objectivo, já existem os seguintes ingredientes: o total empenhamento dos Estados-Membros, o apoio da Directora-Geral e dos outros funcionários da Sede Mundial, a confiança dos parceiros para o desenvolvimento na capacidade de acção da OMS e o pessoal altamente motivado e dedicado da Região (*texto integral, Anexo 8*).

20. No seu discurso, a Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora-Geral da OMS, agradeceu ao Governo e ao povo da República da Namíbia pelo acolhimento dispensado à 49ª sessão do Comité Regional Africano.
21. Afirmou que gostaria de aproveitar a oportunidade para partilhar, com o Comité Regional, a orientação da actividade da Organização após um ano de mudança.
22. A Directora-Geral sublinhou que, para fazer a diferença na saúde a nível mundial, a OMS tem de fazer a diferença em África. Ao mesmo tempo que aspira à liderança do desenvolvimento sanitário a nível internacional, a OMS deve dar provas da sua real liderança na Região Africana. Acentuou também a necessidade de aliar visão, empenhamento, liderança bem sucedida, eficácia na organização e trabalhar em conjunto como uma única organização, para que a OMS reduza o fardo das mortes prematuras e das excessivas deficiências na Região Africana.
23. A Dra. Brundtland enumerou as quatro orientações estratégicas de âmbito mundial para a OMS, a saber: 1) reduzir o fardo do excesso de mortalidade e de deficiências, especialmente entre as populações pobres e marginalizadas; 2) fazer face às ameaças potenciais para a saúde que resultam das crises económicas, ambientes insalubres e comportamentos de risco; 3) ajudar os países a desenvolver os seus sistemas de saúde, para que contribuam para a redução das desigualdades sanitárias, dêem resposta às necessidades legítimas das populações e sejam financeiramente equitativos; 4) agir no sentido de colocar a saúde no centro da agenda para o desenvolvimento.
24. Referiu que as políticas e orçamentos nacionais devem dar prioridade a intervenções com boa relação de custo-eficácia e cuja funcionalidade esteja comprovada, designadamente: a luta em múltiplas frentes contra as principais doenças responsáveis pela morte de crianças e a epidemia do HIV/SIDA; a implementação das iniciativas “Parar a Tuberculose”, “Fazer Recuar o Paludismo” e “Tornar a Maternidade mais Segura”. A elaboração e implementação de uma agenda global de investigação sobre tuberculose que dê verdadeiramente resposta às necessidades das pessoas, famílias e comunidades, bem como a implementação com sucesso do plano da Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação seriam passos importantes no âmbito da primeira das orientações estratégicas de âmbito mundial indicadas.
25. A Directora-Geral declarou que a emergente epidemia do consumo de tabaco, que está prestes a atingir os países em desenvolvimento, deve ser combatida por meio dos esforços mundiais de luta contra o tabagismo que já tiveram

-
- início. Acrescentou que a reunião agendada do Grupo de Trabalho sobre a Convenção-Quadro da OMS para a luta contra o tabagismo acolheria de bom grado representantes africanos.
26. Em relação aos sistemas de saúde, a Dra. Brundtland afirmou que o desafio consiste em garantir uma cobertura de serviços de saúde para todos. Isso implicará decidir quais os serviços que os governos devem assegurar e como os cuidados devem ser financiados, bem como definir que objectivos os sistemas de saúde devem alcançar e como avaliar o seu desempenho.
 27. No atinente ao colocar da saúde no centro da agenda para o desenvolvimento, a Directora-Geral salientou que uma das áreas onde a OMS será mais activa e interveniente, nos próximos anos, é a redução da dívida. A OMS defenderá não só novos fluxos de recursos mas também a redução da dívida. Além disso, a OMS defenderá que no processo de reformulação dos orçamentos e de regularização das dívidas os investimentos específicos e essenciais na área da Saúde sejam protegidos.
 28. Observou que, face ao crescente número de intervenientes no desenvolvimento sanitário, a OMS necessitaria de reajustar o seu papel e ver de que modo poderia melhor servir os Estados-Membros. A OMS deveria definir as áreas em que tem vantagem comparativa, as funções que deveria deixar para outras organizações ou para os governos e as tarefas que deveriam ser cometidas aos seus Centros Colaboradores. A OMS funcionaria mais eficazmente como elemento catalisador, ao nível nacional e internacional. Por outras palavras, a OMS assumiria na sua acção uma abordagem estratégica, e focalizaria mais na obtenção de resultados concretos a nível nacional.
 29. A Dra. Brundtland descreveu os sucessos alcançados em África no passado, os quais incluem: o estabelecimento de um notável sistema de vigilância das doenças; o controlo de doenças complexas, como a oncocercose; e a redução da mortalidade infantil em muitos países, antes de a pandemia SIDA ter começado a minar as conquistas sanitárias de muitas décadas. Estes são bons exemplos de como a cooperação regional e o apoio dos doadores podem conduzir à melhoria das condições de saúde.
 30. A Directora-Geral concluiu o seu discurso prestando homenagem aos enormes esforços feitos pelos profissionais de saúde em condições muito difíceis. Acrescentou que muitos outros países podiam aprender valiosas lições com as inovadoras políticas e práticas africanas na área da Saúde, sobretudo aquelas que se baseiam em vastas redes de envolvimento comunitário (*texto integral, Anexo 9*).

31. No seu discurso de abertura, Sua Excelência, o Presidente da República da Namíbia, Dr. Sam Nujoma, deu as boas-vindas aos delegados e outros participantes na presente sessão do Comité Regional. Saudou de modo especial a Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora-Geral da OMS, que ele tinha conhecido quando ela era a Primeira-Ministra da Noruega aquando da sua visita de Estado àquele país, em 1993.
32. Observou que a sessão ia ter lugar num momento em que, em África, os sistemas de prestação de cuidados de saúde estão confrontados com muitos desafios. Afirmou que o seu Governo reconhece a importantíssima ligação entre a saúde e o desenvolvimento e, conseqüentemente, cerca de 16% do orçamento operacional do Estado tem sido por norma afectado a actividades relacionadas com a saúde.
33. O Presidente Nujoma observou que os sucessos relacionados com a melhoria do estado de saúde das populações, sob a liderança da OMS, incluem: a erradicação da varíola; a quase eliminação da poliomielite; o controlo eficaz de algumas das outras doenças que ameaçam vidas; a divulgação de informação sanitária. Contudo, ainda havia desafios a enfrentar, nomeadamente a pandemia do HIV/SIDA, que anulou algumas conquistas do passado, representa o maior desafio para a ciência, acrescentou um fardo adicional nos sistemas da prestação de cuidados de saúde, produziu um impacto negativo no desenvolvimento sócioeconómico e ameaça a sobrevivência da unidade familiar.
34. Observou que a pandemia da SIDA exige estratégias inovadoras no campo da sua prevenção e novas abordagens para cuidar dos infectados e dos viúvos e órfãos que provoca. Além disso, é necessário empenhamento político e coordenação dos esforços para lutar contra a pandemia. Acrescentou ainda que, face ao fardo desproporcionado das doenças que a África suporta, com apenas 20% da população mundial, é necessário que todos os protagonistas intensifiquem os seus esforços para melhorar as deterioradas condições sanitárias em África.
35. Declarou que Governo da Namíbia subscreve o princípio de que a saúde é um dos direitos fundamentais de cada ser humano, sendo esta a base em que assenta o desenvolvimento sanitário nacional.
36. O Presidente Nujoma sublinhou o facto de a paz e a estabilidade serem pré-requisitos necessários ao desenvolvimento sanitário. Por isso, os conflitos civis que se verificam em muitos países africanos são motivo de preocupação,

- sobretudo pelas suas sequelas, que incluem numerosos refugiados e deslocados, sistemas de saúde enfraquecidos, famílias desfeitas e serviços sanitários em ruptura. Felicitou a OMS pela bem sucedida campanha de vacinação na República Democrática do Congo, acrescentando ser evidente que os profissionais de saúde estão sempre prontos a apoiar as populações, mesmo em tempo de conflitos.
37. Expressou a sua preocupação sobre as minas terrestres, acrescentando que as vítimas eram populações inocentes, sendo por isso necessário eliminar a produção, armazenagem e utilização das minas terrestres. Referiu que a Namíbia tomou uma atitude de apoio a esta posição, ao subscrever e ratificar a Convenção de Otava sobre minas terrestres.
 38. A fim de alcançar os objectivos de saúde definidos para o ano 2000, aconselhou os países a apoiar-se nos seus sucessos e analisar as falhas, para identificar as razões pelas quais as metas não foram atingidas.
 39. O Presidente acrescentou que os Chefes de Estado e de Governo africanos sempre se interessaram por abordar importantes questões de saúde, nas suas cimeiras anuais. Têm, além disso, agido empenhadamente para encontrar um fim pacífico para os conflitos que têm assolado a África e causado um incalculável sofrimento humano.
 40. Concluindo, o Presidente Nujoma desejou aos delegados deliberações frutuosas e declarou formalmente aberta a 49ª Sessão do Comité Regional (*texto integral, Anexo 10*).

ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHOS

Constituição da Comissão de Designações

41. O Comité Regional nomeou uma Comissão de Designações, constituída por representantes dos seguintes Estados-Membros: África do Sul, Angola, Botswana, Comores, República do Congo, Côte d'Ivoire, Gâmbia, Libéria, Moçambique, Ruanda, Senegal, e Zâmbia. A Comissão elegeu para seu Presidente o Dr. Leon Alfred Opimbat, Ministro da Saúde, Solidariedade e Acção Humanitária da República do Congo.

Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores

42. Após analisar o relatório da Comissão de Designações e nos termos do artigo 10º do Regulamento Interno do Comité e da Resolução AFR/RC40/R1, o Comité Regional elegeu por unanimidade a seguinte Mesa:

Presidente :	Dra. Libertina Amathila Ministra da Saúde e Serviços Sociais da Namíbia
1º Vice-Presidente:	Sr. Faustin Boukoubi Ministro da Saúde Pública e População do Gabão
2º Vice-Presidente:	Sra. Diakité Fatoumata Ndiaye Ministra da Saúde, das Pessoas Idosas e da Solidariedade do Mali
Relatores:	Sr. Saleh Meky Ministra da Saúde da Eritreia Prf. Henriette Ratsimbazafimahefa Ministra da Saúde de Madagáscar Dra. Rosa Maria Soares Silva Directora-Geral da Saúde de Cabo Verde

Relatores das Discussões Técnicas

- Dr. Saidi M. Egwaga (Tanzânia)
Dr. Gagara Magagi (Níger)
Dra. Aida Libombo (Moçambique)

Composição da Comissão de Verificação de Poderes

43. O Comité Regional nomeou representantes dos seguintes 12 Estados-Membros para a Comissão de Verificação de Poderes: Argélia, Benim, Camarões, República Democrática do Congo, Malawi, Maurícias, Níger, São Tomé e Príncipe, Seychelles, Suazilândia, Togo e Uganda.
44. A Comissão de Verificação de Poderes, reunida a 30 de Agosto de 1999, elegeu para seu Presidente o Sr. Jacquelin Dugasse, Ministro da Saúde das Seychelles.
45. A Comissão verificou as credenciais apresentadas pelos delegados dos seguintes Estados-Membros: África do Sul, Angola, Argélia, Benim, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, República Centrafricana, Chade, Comores, República do Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Mali, Maurícias, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quénia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, Suazilândia, Togo, Uganda, República Unida da Tanzânia, Zâmbia e Zimbabue e, tendo-as achado conformes, recomendou a sua aceitação.

-
46. A Comissão não conseguiu verificar as credenciais do Malawi.
 47. No entanto, a Comissão decidiu que o seu Presidente verificasse as credenciais do Malawi, em nome da Comissão, e que informasse directamente o Comité Regional.
 48. Consequentemente, o Presidente verificou as credenciais apresentadas pelos delegados do Malawi e encontrou-as em ordem. Recomendou a sua aceitação ao Comité Regional e este aprovou o seu relatório.

Aprovação da ordem do dia

49. A Presidente da 49ª sessão do Comité Regional, Dra. Libertina Amathila, Ministra da Saúde e Serviços Sociais da Namíbia, apresentou a ordem do dia provisória (documento AFR/RC49/1Rev.4), que foi adoptada sem emendas.

Aprovação do horário de trabalho

50. O Comité Regional adoptou o seguinte horário de trabalho :
9h às 12h30 e 14h às 17h30, incluindo intervalos.

ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA: RELATÓRIO ANUAL DO DIRECTOR REGIONAL PARA 1998 (documento AFR/RC49/2)

Introdução

51. Na sua introdução, o Director Regional, Dr. Ebrahim M. Samba, sublinhou o facto de o relatório ser fruto de um trabalho de equipa envolvendo pessoal da Sede Regional e das Representações nos países, sob a liderança do novo Director da Gestão dos Programas, Dr. L. G. Sambo.
52. O Dr. Samba explicou que decidira abordar com algum pormenor a situação da Sede Regional na sua alocução de abertura, em benefício de Sua Excelência o Presidente Sam Nujoma, e pediu a autorização do Comité para que fossem os directores das várias Divisões da Sede Regional a apresentar as secções do relatório mais relevantes para as respectivas áreas programáticas.
53. Delegados de vários Estados-Membros levantaram questões sobre o regresso da Sede Regional a Brazzaville.
54. A delegação congoleza apresentou um vídeo mostrando os progressos alcançados na restauração da normalidade no seu país. A delegação insistiu em que o regresso da Sede Regional a Brazzaville deveria processar-se segundo a Resolução AFR/RC48/R6 e adiantou que o Governo da República do Congo faria total reparação dos danos e perdas sofridos pela OMS e pelo seu pessoal, tendo na realidade já iniciado esse processo.

-
55. Respondendo, o Director Regional afirmou regozijar-se por verificar, pelo vídeo, que a situação em Brazzaville tinha aparentemente melhorado em relação a um mês atrás, quando uma missão da Sede Regional visitara a cidade na companhia do Ministro. Realçou que a localização oficial da Sede Regional é ainda em Brazzaville e que a sua actual localização em Harare nunca passou de temporária.
56. O Consultor Jurídico da Sede Mundial da OMS, Sr. T.S.R. Topping, afirmou que, em 1952, na sua 9ª sessão, o Conselho Executivo tinha decidido fixar em Brazzaville a localização da Sede Regional Africana da OMS e que, desde então, nenhuma outra decisão veio alterar essa posição. Em 1997, o Director Regional e o então Director-Geral, face à situação na República do Congo, tomaram a decisão administrativa de evacuar o pessoal da OMS de Brazzaville e de instalar temporariamente a Sede Regional, primeiro em Genebra e seguidamente em Harare. Essa decisão foi comunicada aos chefes das delegações numa reunião privada durante a sessão do Comité Regional em Sun City, África do Sul, em 1997, mas não foi aprovada qualquer resolução formal. Em 1998, a 48ª sessão do Comité Regional adoptou a Resolução AFR/RC48/R6, que definiu a política geral para o regresso da Sede, deixando ao Secretariado as medidas de implementação, incluindo a necessidade de cumprir as normas de segurança das Nações Unidas. Essa resolução ainda está em vigor. O Consultor Jurídico lembrou ao Comité que Brazzaville ainda se encontra em Fase 4 de Segurança, o que só autoriza a presença de pessoal das Nações Unidas empenhado em missões de emergência e humanitárias.
57. Finalmente, o Sr. Topping referiu que a Directora-Geral constituíra um grupo de trabalho de alto nível, constituído pelo Director Regional e outros funcionários superiores da Sede Regional e Mundial, para acompanhar de perto a localização temporária da Sede em Harare e o seu regresso a Brazzaville, desde que as circunstâncias o permitam.

Desenvolvimento e gestão do conjunto dos programas

58. Ao apresentar esta secção do relatório, o Dr. L.G. Sambo, Director da Gestão dos Programas da Sede Regional Africana da OMS, explicou que a Sede Regional introduzira alterações na sua estrutura e funcionamento, de modo a ficar em sintonia com as reformas introduzidas na Sede Mundial. As mudanças dão também resposta a problemas prementes com que o desenvolvimento sanitário na Região Africana se depara.

-
59. Em resultado, a Sede Regional tem agora sete Divisões, compreendendo as seguintes áreas programáticas:
- i) Desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde
 - ii) Saúde reprodutiva e familiar
 - iii) Prevenção e controlo das doenças transmissíveis
 - iv) Ambiente saudável e desenvolvimento sustentável
 - v) Prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis
 - vi) Coordenação externa e promoção do programa
 - vii) Administração e finanças.
60. O Dr. Sambo afirmou que as principais áreas de colaboração com os Estados-Membros são as seguintes: reforma do sector da Saúde, para melhorar o funcionamento dos sistemas de saúde e o estado de saúde das populações; desenvolvimento de recursos humanos para a saúde; prevenção e controlo das doenças transmissíveis; resposta a situações de emergência e epidemias; saúde reprodutiva; aceleração das estratégias e iniciativas para a sobrevivência das crianças; promoção e advocacia da saúde; promoção de uma maior coordenação entre os parceiros para o desenvolvimento sanitário, ao nível nacional e regional.
61. O Director da Gestão dos Programas informou o Comité de que os resultados da avaliação da implementação do orçamento-programa para 1996-1997 serviram de base ao planeamento pormenorizado e à execução do orçamento-programa para 1998-1999.
62. Relatou os progressos realizados nas seguintes áreas: saúde no desenvolvimento socioeconómico; coordenação e política de investigação; gestão dos recursos interagências; situações de emergência e ajuda humanitária; produção de documentos sobre questões de saúde.
63. Sublinhando a limitada capacidade da Organização para financiar as solicitações dos Estados-Membros, o Dr. Sambo sugeriu que a OMS se dedicasse mais às necessidades normativas e às prioridades nacionais, visando obter resultados mais tangíveis sob a liderança dos governos, em colaboração com os outros parceiros.
64. Muitos delegados louvaram a qualidade do relatório do Director Regional, bem como a crescente descentralização e a delegação de competências nos Representantes da OMS nos países, que permitiu à Organização responder mais aceleradamente às solicitações e necessidades dos países. Acrescentaram que o reforço da Unidade da Cooperação Técnica com os Países, na Sede Regional, facilitará ainda mais a prontidão e adequação das respostas.

65. Em resposta a um comentário sobre a apresentação do relatório do Director Regional pelos Directores de Divisões, muitos delegados louvaram este método que reflecte um estilo de gestão caracterizado por um espírito de equipa.
66. Muitos delegados louvaram o discurso inspirador da Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora-Geral da OMS. Acharam particularmente bem-vindas as reformas que introduziu, desde que assumiu o cargo, bem como as quatro novas orientações estratégicas mundiais da OMS, que apresentou. Os delegados consideraram que os países da Região colherão grandes benefícios da implementação destas novas orientações estratégicas.
67. O Comité solicitou à OMS que: documentasse e divulgasse práticas bem sucedidas nos vários aspectos das reformas do sector da Saúde em curso nos países; ajudasse os Estados-Membros a melhor compreenderem as abordagens sectoriais integradas (ASI), com vista à adopção dessas abordagens no desenvolvimento sanitário; apoiasse os países nos seus esforços visando garantir maiores dotações orçamentais para a saúde e também para conceber estratégias sustentáveis de financiamento de cuidados de saúde, incluindo esquemas de pré-pagamento; reforçasse a capacidade dos países para melhorarem a eficácia das dotações; garantisse uma maior redução da dívida, e que as poupanças resultantes sejam usadas no apoio aos programas e serviços de redução da pobreza; influenciasse os doadores no sentido de apoiarem financeiramente os países em tempo oportuno, para implementarem os seus programas prioritários de saúde.
68. Alguns países solicitaram exemplares do documento sobre esquemas inovadores de financiamento dos cuidados de saúde na Região Africana, que está a ser finalizado pela Sede Regional.
69. Tendo reconhecido e louvado o apoio que a OMS prestou para enfrentar situações de emergência nos países da Região, os delegados solicitaram à OMS que ajudasse os países não só a preparar-se para as situações de emergência mas também a dar-lhes uma resposta mais eficaz.
70. Uma vez que as doenças não conhecem fronteiras políticas, muitos delegados insistiram na necessidade de países vizinhos planearem em conjunto o combate às situações de emergência e instaram a OMS a assumir um papel activo na coordenação desses esforços.
71. Os delegados louvaram o modo como os conflitos políticos da Região têm sido resolvidos pelos próprios governantes africanos, esperando que se verifiquem idênticos esforços na prossecução do desenvolvimento sanitário.

72. Foi amplamente sentido que as missões da OMS nos países deveriam ser efectuadas em resposta às necessidades e prioridades destes últimos, e não para promover as necessidades de programas específicos da Organização.
73. Foi notado que, embora a África esteja a ser usada como laboratório para realizar muitos programas de investigação, nem sempre os países africanos beneficiaram dessas investigações. Esta tendência deverá ser contrariada.
74. O Director Regional lembrou aos delegados uma resolução da 45ª sessão do Comité Regional que instou os países a aumentar a sua dotação orçamental para a saúde para um mínimo de 11%. Assim, a Namíbia foi louvada por destinar 16% do seu orçamento a actividades relacionadas com a saúde.
75. No que respeita à crescente frequência de situações de emergência nos Estados-Membros, o Director Regional lembrou aos delegados que a OMS esteve sempre presente nos países antes, durante e após as situações de emergência. Prometeu que a OMS reforçará a capacidade dos Estados-Membros na área da preparação e resposta a situações de emergência.
76. O Dr.L.G.Sambo, Director da Gestão dos Programas, informou os delegados de que estão a ser levadas a cabo ou a ser apoiadas actividades de investigação nas áreas cobertas pelas diversas divisões ou unidades técnicas da Sede Regional Africana. Admitiu, no entanto, que ainda não se investigara o suficiente, sendo essa uma das razões que levaram à reactivação do Conselho Consultivo para a Investigação e Desenvolvimento Sanitário.
77. Lembrou ao Comité que a criação de duas novas divisões na Sede Regional (a Divisão de Ambiente Saudável e Desenvolvimento Sustentável e a Divisão de Prevenção e Controlo das Doenças não Transmissíveis) veio dar resposta a recomendações da 48ª sessão do Comité Regional.
78. Garantiu aos delegados que os documentos sobre mecanismos inovadores de financiamento dos cuidados de saúde na Região Africana contêm experiências dos Estados-Membros e que a publicação estará disponível para os países a partir do primeiro trimestre do ano 2000.
79. A Directora-Geral agradeceu as intervenções dos delegados sobre o seu discurso, acrescentando que um dos temas que havia ressaltado dos debates era a necessidade de conceber um sistema de saúde funcional, que preste serviços equitativos, acessíveis e de qualidade.
80. Fez notar a necessidade de construir alianças para a reforma do sector da Saúde e prometeu que a OMS empreenderia actividades concretas para apoiar os Estados-Membros nos seus esforços de reforma do sector da Saúde.

Concordou que a OMS deve actuar como uma só organização para apoiar os governos nacionais que têm a responsabilidade do desenvolvimento sanitário. Assim, devem-se fazer esforços para eliminar qualquer inconsistência na abordagem da OMS, ao apoiar os países.

81. A Dra.Brundtland garantiu aos delegados que a OMS melhorará a documentação e a divulgação das melhores práticas, incluindo o financiamento dos serviços de saúde.

Desenvolvimento dos serviços e sistemas de saúde

82. O Dr.B.K.Nguyen, Director Interino do Programa de Desenvolvimento dos Serviços e Sistemas de Saúde, informou o Comité de que, em 1998, as actividades daquela divisão haviam contribuído para o desenvolvimento das capacidades nacionais, graças ao apoio prestado nas seguintes áreas: reforço da capacidade institucional e técnica na área da organização e gestão dos sistemas de saúde; desenvolvimento de recursos humanos para a saúde e reforço da capacidade das comunidades para participarem adequadamente no desenvolvimento sanitário; formulação de políticas de tecnologias de saúde em concordância com as necessidades, normas e padrões; programa sobre a qualidade dos cuidados; desenvolvimento das capacidades nacionais em investigação; e produção e uso de informação sanitária, para a formação de políticas e uma gestão baseada em dados factuais.
83. Quanto ao desenvolvimento dos sistemas de saúde, o Dr. Nguyen informou que se atendera sobretudo à revisão da Política Regional de Saúde para Todos no Século XXI, apoio aos países para formulação de políticas e para a preparação de planos estratégicos nacionais de desenvolvimento sanitário. Nesse processo, a OMS tomou conhecimento das reformas do sector da Saúde em curso nos Estados-Membros, com especial atenção para o seu impacto nos sistemas distritais de saúde.
84. O Dr.Nguyen acrescentou ainda que a produção de informação baseada em dados factuais, para a definição de políticas e para a gestão, havia impulsionado a expansão das actividades de investigação sobre sistemas de saúde e ampliado a cooperação no reforço dos sistemas de informação baseados na escolha de indicadores de saúde essenciais, feita pelas autoridades nacionais.
85. Informou o Comité de que a Sede Regional produziu guias de orientação e instrumentos para auxiliar os Estados-Membros na análise e formulação das políticas. No que toca a bolsas de estudo, a OMS continuou a implementar as resoluções relevantes do Comité Regional, encorajando a colocação de bolseiros em instituições de formação africanas, incluindo no próprio país de origem.

-
86. O Dr. Nguyen concluiu informando o Comité sobre os progressos realizados na produção local de medicamentos essenciais na Região Africana e a promoção dos programas de qualidade dos cuidados. Afirmou que se verificou um significativo desenvolvimento institucional na medicina tradicional, tanto do ponto de vista programático como dos recursos humanos.
 87. O Comité considerou que, na sequência dos encontros interpaíses sobre a reforma do sector da Saúde, a fase seguinte do apoio da OMS deverá orientar-se para os países, tendo em conta as aspirações específicas de cada um. A este respeito, torna-se necessário ir além das políticas e estratégias e passar à acção, devendo dar-se ênfase especial às estratégias de financiamento dos cuidados de saúde, incluindo esquemas de pré-pagamento, com afectação preferencial dos recursos aos cuidados primários de saúde, de modo a garantir a sustentabilidade e a equidade.
 88. No processo de reforma do sector da Saúde, as políticas e estratégias nacionais devem traduzir-se em actividades e intervenções ao nível local, a fim de assegurar o reforço dos sistemas distritais de saúde com o envolvimento efectivo das comunidades. As melhores práticas a nível das comunidades e distritos devem ser devidamente documentadas com o apoio da OMS, e as suas experiências partilhadas no seio da Região.
 89. Há necessidade de conceber e implementar estratégias para abordar questões relacionadas com os recursos humanos para a saúde, sobretudo o problema da perda de pessoal e fuga de cérebros. A OMS e os outros parceiros do desenvolvimento devem colaborar com os países com vista à adopção de medidas de motivação e incentivos, necessários para se atrair e reter profissionais de saúde qualificados.
 90. O sistema de referência deve ser reforçado, particularmente nos países que recuperam de situações de conflito. Deve dar-se especial atenção ao apoio aos laboratórios de saúde pública, no campo da investigação e da prestação de serviços de diagnóstico.
 91. Há mais trabalho a fazer na melhoria dos sistemas de comunicação, em apoio ao sistema de informação sanitária. A OMS deverá apoiar os Estados-Membros no uso da tele-medicina e da tele-saúde, sobretudo onde haja carência de especialistas.
 92. Devem fazer-se esforços concertados para melhorar, nos países da Região, o acesso aos medicamentos essenciais de boa qualidade a um custo acessível. A esse respeito, a produção local de medicamentos deve ser apoiada pela criação de indústrias para servir blocos sub-regionais. A OMS poderia apoiar esse processo.

-
93. Dada a sua importância em providenciar o acesso a cuidados de saúde na Região, os delegados sublinharam que se deve conceder maior prioridade à medicina tradicional, especialmente na área da investigação.
 94. O Dr. B. K. Nguyen agradeceu aos delegados os seus valiosos comentários, sobretudo nas áreas do desenvolvimento de recursos humanos, financiamento dos serviços de saúde e documentação das melhores práticas nos sistemas distritais de saúde e nas abordagens comunitárias. Acrescentou que a medicina tradicional será objecto da necessária atenção e anunciou que a Sede Regional está a organizar um "Forum Africano sobre Medicina Tradicional" que terá lugar em Fevereiro do ano 2000.

Saúde reprodutiva e familiar

95. A Dra. T.R. Tshabalala, Directora da Divisão de Saúde Reprodutiva e Familiar, apresentou a secção correspondente do relatório.
96. Afirmou que seis dos dez países que tinham iniciado o processo de avaliação das necessidades, para a maternidade segura haviam completado a tarefa. A informação reunida seria utilizada para uma programação global da saúde reprodutiva, nos planos distritais.
97. Informou o Comité de que, em colaboração com a UNICEF e ONUSIDA, a OMS prestará apoio a vários dos países mais duramente atingidos pela epidemia da SIDA, no planeamento da prevenção da transmissão mãe-filho da infecção por HIV.
98. A Dra. Tshabalala referiu que foi iniciada a elaboração de uma estratégia regional para a saúde dos adolescentes, que estará pronta para ser apresentada à próxima sessão do Comité Regional.
99. Informou que a OMS providenciou apoio financeiro e técnico a dez países da Região para a elaboração de planos nacionais de eliminação da mutilação genital feminina. Verificaram-se também progressos na definição da magnitude e tipos de violência contra as mulheres e as crianças. Dos estudos dos países, torna-se evidente que a prevalência do abuso de crianças pode alcançar os 30% em alguns países.
100. Ao sublinhar alguns obstáculos à promoção da saúde reprodutiva e familiar, a Dra. Tshabalala mencionou a debilidade do planeamento intersectorial e da coordenação dos contributos dos vários parceiros, a inadequada adaptação do conceito de saúde reprodutiva nas instituições de formação, a ruptura dos serviços de saúde pública devido a situações de conflito e a falta de recursos adequados, como os mais importantes.

-
101. O Comité Regional louvou os progressos realizados na promoção da saúde reprodutiva e da maternidade sem risco, como um dos programas prioritários, e sublinhou a necessidade de documentar as melhores práticas na elaboração dos modelos distritais e de criar sistemas eficazes de referência, a fim de se enfrentar o problema da mortalidade materna. Os delegados regozijaram-se com as medidas tomadas na prevenção da transmissão mãe-filho da infecção por HIV e insistiram na necessidade do apoio da OMS para fazer com que terapia anti-retroviral pertinente esteja disponível nos Estados-Membros.

Prevenção e controlo das doenças transmissíveis

102. O Dr.A.Kaboré, Director Interino da Divisão de Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis, apresentou a secção correspondente do relatório.
103. Iniciou a sua apresentação expondo a missão da divisão, a qual consiste em prestar orientação técnica e apoio aos Estados-Membros, na área das doenças transmissíveis.
104. Referiu que, em 1998, a divisão foi reorganizada em quatro áreas funcionais, designadamente: i) vigilância e resposta; ii) prevenção e controlo; iii) erradicação e eliminação; iv) investigação e desenvolvimento. Existem ainda dois programas principais, nomeadamente "Fazer Recuar o Paludismo" e Luta contra o HIV/SIDA.
105. O Dr.Kaboré observou que a vigilância epidemiológica, enquanto instrumento de prevenção de surtos epidémicos, foi responsável por um grande sucesso - os progressos na detecção precoce de doenças potencialmente epidémicas e na organização de respostas rápidas e bem organizadas. Um novo Programa - Vigilância Integrada das Doenças (IDS) - foi criado para acelerar a implementação da estratégia regional adoptada pela 48ª sessão do Comité Regional.
106. No âmbito da Iniciativa de Erradicação da Poliomielite, cujo objectivo é erradicar a pólio em todo o mundo até ao ano 2000, estão a ser usadas as seguintes estratégias: a) manutenção de níveis elevados de cobertura por vacinação de rotina com a vacina oral da poliomielite; b) realização de jornadas nacionais de vacinação (JNV); c) estabelecimento de uma vigilância eficaz da paralisia flácida aguda (PFA); d) realização de actividades de repescagem. As JNV foram bem sucedidas quanto à cobertura alcançada, à criação de comissões nacionais de coordenação inter-agências e aos progressos na área de mobilização social. Elas permitiram também reapetrechar o aparelho logístico,

melhorar a cadeia de frio e o acesso a grupos populacionais que nunca tinham sido alcançados antes. No fim de 1998, todos os países com pólio endémica, à excepção de um, tinham efectuado pelo menos uma série de JNV.

107. O Dr.Kaboré concluiu a sua apresentação abordando o negro panorama do HIV/SIDA na Região, o qual continua a receber uma atenção prioritária. Foi lançado um plano conjunto OMS/ONUSIDA para o biénio de 1998-1999, com uma contribuição conjunta no valor de 1.250.000 dólares EUA para a sua implementação. Foram elaboradas e testadas no terreno orientações para métodos equitativos, seguros e eficazes de prestação de terapia anti-retroviral, inocuidade do sangue e cuidados domiciliários. Foram nomeados, em oito países, responsáveis nacionais (NPO) de projecto.
108. Os delegados sublinharam a importância da iniciativa "Saúde para a Paz", que abrange a Gâmbia, Guiné-Bissau e Senegal, bem como a necessidade de apoiar e de alargar a outros países da Região. Foi também reconhecido o importante papel dos blocos epidemiológicos e da disponibilidade de um bom sistema de comunicação para o combate às epidemias.
109. O Comité Regional registou os progressos alcançados na erradicação da poliomielite com a implementação das Jornadas Nacionais de Vacinação e a vigilância da paralisia flácida aguda, por parte dos Estados-Membros. A implementação das estratégias de erradicação da poliomielite veio demonstrar como os países africanos podem ter um bom desempenho quando as intervenções sanitárias são focalizados, com metas bem definidas e com um financiamento adequado.
110. O Comité considerou que é necessário fazer mais para melhorar os sistemas nacionais de vacinação, que deverão, por rotina, prestar serviços de vacinação com qualidade e integrar novas vacinas. A Aliança Mundial para as Vacinas, recentemente estabelecida, que está a criar o fundo para as vacinas das crianças, suscita esperança de maior apoio, para que se possa proporcionar mais protecção às crianças da Região.
111. O Comité Regional reconheceu a importância atribuída na Região ao problema do paludismo, e à continuação do apoio da OMS aos Estados-Membros no contexto da iniciativa "Fazer Recuar o Paludismo". Manifestaram, no entanto, preocupação quanto aos esforços que estão a ser efectuados para banir o DDT e solicitaram uma postura mais empenhada, para que se encontrem alternativas acessíveis e adequadas ao DDT, antes que se tomem medidas para o banir.

112. Os delegados solicitaram à OMS que redobrasse de esforços a fim de: disponibilizar medicamentos anti-retrovirais a quem deles precise na Região Africana; melhorar o desempenho dos laboratórios, para que possam monitorizar a terapia anti-retroviral; alargar os serviços de cuidados com base na comunidade às pessoas que vivem com SIDA nos países da Região; tomar as medidas adequadas para dar orientações quanto ao respeito do sigilo, no que se refere ao HIV/SIDA.
113. Foi solicitada a organização de um seminário de orientação sobre o Diagnóstico e Tratamento Integrados das Doenças da Infância (DITIDI) para os países lusófonos. São Tomé e Príncipe ofereceu-se para acolher esse seminário.
114. Respondendo às intervenções dos delegados, o Director Regional reafirmou que a Sede Regional Africana continuará a apoiar a cooperação interpaíses, bem como a reforçar a comunicação para o controlo das epidemias. Deverão fazer-se esforços para garantir que se deixará de usar o DDT no combate ao paludismo de maneira faseada, para que produtos alternativos possam ser descobertos e distribuídos pelos países da Região.
115. O Dr Kaboré asseverou ao Comité que a Sede Regional se empenhará activamente em colaboração com a Sede Mundial e a ONUSIDA para: disponibilizar medicamentos anti-retrovirais a quem necessite; melhorar o apoio aos laboratórios, para tratamento do HIV/SIDA; divulgar as recomendações sobre sigilo produzidas numa reunião consultiva que teve recentemente lugar em Windhoek, na Namíbia.
116. Informou ainda o Comité Regional de que está a ser planeado um seminário de orientação sobre o DITIDI para os países lusófonos, no primeiro trimestre do ano 2000, e agradeceu a São Tomé e Príncipe a disponibilidade para o acolher.

Ambiente saudável e desenvolvimento sustentável

117. A Sra. E. Anikpo, Directora Interina da Divisão de Ambiente Saudável e Desenvolvimento Sustentável, lembrou que esta divisão foi criada em reconhecimento de que o estado de saúde das populações pode ser consideravelmente melhorado graças a intervenções nos ambientes físico, social, económico e cultural.
118. A missão da nova divisão consiste em apoiar os países na identificação, monitorização, prevenção e controlo dos efeitos adversos do ambiente na saúde, e em colocar a saúde em plano destacado na agenda do desenvolvimento sustentável.

119. Informou o Comité de que a função principal no domínio de **Protecção do Ambiente Humano** é proceder à promoção e protecção da saúde contra um grande número de factores de risco. A Sede Regional tem três programas neste domínio, a saber:

- i) **Avaliação dos Riscos Ambientais**, incluindo a segurança química. As actividades desenvolvidas em 1998 abrangem a gestão dos lixos hospitalares, a elaboração de perfis nacionais de segurança química, a prevenção da poluição marinha, a criação de centros anti-venenos, a promoção de campanhas de sensibilização sobre o impacto nocivo na saúde resultante da desertificação em África, e ainda a organização de um seminário sobre segurança química.
- ii) **Saúde, Água e Saneamento**: A Sede Regional apoiou técnica e financeiramente a promoção da Iniciativa África 2000 e organizou missões preparatórias para a organização de seminários nacionais sobre o funcionamento e manutenção dos sistemas de abastecimento de água e saneamento. Ajudou ainda a preparar planos de acção sobre Higiene Participativa e Transformação Sanitária, delineou políticas nacionais de saúde ambiental, e fez a avaliação da situação do abastecimento de água e saneamento nas zonas atingidas pela cólera. Para além disso, a Sede Regional colaborou na preparação e realização do primeiro Forum Consultivo, em Abidjan, Côte d'Ivoire, tendo também organizado a Segunda Reunião Consultiva Regional sobre a Iniciativa África 2000, em Harare, Zimbabwe.
- iii) **Cidades Saudáveis, Aldeias Saudáveis e Ilhas Saudáveis**: Este programa adoptou uma abordagem integrada na promoção e protecção da saúde nos aglomerados humanos. O seu objectivo estratégico é promover a saúde com base na participação comunitária, cooperação intersectorial e parcerias. As crises urbanas no continente africano continuarão a ser um desafio importante no próximo século. Por essa razão, o programa foi reformulado no último trimestre de 1998, através da preparação intensiva de seminários de planeamento de cidades saudáveis, destinados aos países francófonos da Região Africana. Seminários semelhantes foram preparados para finais de 1999, destinados aos países anglófonos e aos PALOP.

-
120. A Sra. Anikpo salientou ainda que foram criados nesta área dois programas. O primeiro - Desenvolvimento Sanitário a Longo Prazo (LHD) concentra-se no desenvolvimento de capacidades para planear a longo prazo, realizar estudos sobre o futuro da saúde, e prever as mudanças ambientais a nível nacional e internacional, as quais são cada vez mais complexas e imprevisíveis.
 121. O outro programa - Pobreza e Má Saúde (PIH) foi criado para ajudar a quebrar o ciclo vicioso da pobreza, degradação do ambiente e má saúde, promovendo desse modo um desenvolvimento sustentável.

Prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis

122. O Dr. M. Belhocine, Director Interino da Divisão de Prevenção e Controlo das Doenças Não-Transmissíveis, apresentou a parte correspondente do relatório.
123. Informou que a missão desta nova divisão é promover estilos de vida saudáveis e ajudar os Estados-Membros a reduzir o fardo das doenças não-transmissíveis.
124. Para salientar a magnitude do fardo representado pelas doenças não-transmissíveis, o Dr. Belhocine afirmou que, em 2020, as mesmas podem vir a ser responsáveis por 60% do total de doenças (em comparação com 41% em 1990), e por 73% da mortalidade total, a nível mundial.
125. Foram destacados quatro grupos principais de doenças que constituem três quartos do fardo total atribuível às doenças não-transmissíveis, a saber:
 - i) perturbações psíquicas e neurológicas;
 - ii) doenças cardiovasculares e diabetes;
 - iii) cancro;
 - iv) doenças respiratórias.Mencionou ainda certas doenças genéticas, de importância em Saúde Pública como a anemia das células falciformes.
126. Sublinhou que, à excepção deste último grupo, os outros três possuem factores de risco comuns, nomeadamente a obesidade, a hipertensão e a diabetes.
127. O Dr. Belhocine informou que foram levadas a cabo várias acções no campo da saúde mental, a Iniciativa Antitabágica, o tratamento da diabetes e das doenças cardiovasculares, assim como a criação de um sistema de vigilância dos cancros ginecológicos. Também se executaram actividades nas áreas da reabilitação com base na comunidade, da nutrição e da saúde oral.
128. Informou ainda que será submetida à apreciação da 50ª sessão do Comité Regional uma estratégia regional para prevenção e controle das doenças não-transmissíveis.

129. O Dr. Belhocine concluiu afirmando que alguns países receberam apoio nas áreas da saúde dos idosos e de saúde ocupacional.
130. Os delegados exprimiram a sua aprovação às políticas da OMS em relação ao combate ao tabaco, já que o consumo deste vai assumindo dimensões de epidemia na Região.
131. Foi expressa a necessidade de uma melhor avaliação da magnitude de todos os aspectos do problema do tabaco na Região. Como oposição à poderosa máquina de propaganda das companhias transnacionais de tabaco, há necessidade de delinear novas, fortes e eficazes estratégias de informação e que advoguem esta causa.
132. Os Estados-Membros e a OMS devem pôr de lado as tradicionais fórmulas negativas (*os não*) das mensagens educativas em relação à luta contra o tabaco, trocando-as por outras mais positivas, que encorajem comportamentos saudáveis.
133. Reconheceu-se que a luta antitabágica é difícil, exigindo esforços a longo prazo que necessitam não só do empenhamento político dos governos, como da formação de vastas alianças que abranjam todos os interessados, incluindo as próprias comunidades.
134. Foi referido que a legislação e regulamentação visando a diminuição do tabagismo estão a ser elaboradas e implementadas em muitos países da Região.
135. Foi solicitado à OMS que providencie apoio técnico aos países, com vista a criarem condições que ajudem as pessoas a deixar de fumar.
136. Na opinião dos delegados deve dar-se prioridade à luta contra o abuso de substâncias psicoactivas, concebendo-se estratégias baseadas na comunidade para a prevenção e para o tratamento e reabilitação das pessoas afectadas.
137. Foi reconhecido que as doenças do foro mental são um problema muito importante nos países da Região e que devem ser adoptadas abordagens com base na comunidade para tratar deste problema. É também necessário cuidar da saúde mental dos próprios profissionais de saúde que, muitas vezes, trabalham em situações muito difíceis, em toda a Região.
138. O Comité foi de opinião que deverá dar-se atenção às doenças crónicas, tais como hipertensão, diabetes e anemia por células falciformes, devendo promover-se a investigação nestas áreas e definir programas com objectivos bem claros.

Coordenação externa e promoção do programa

139. A Dra. N. Nhiwatiwa, Directora da Coordenação Externa e Promoção do Programa, apresentou esta parte do relatório.
140. Informou o Comité de que a principal finalidade da divisão em 1998 foi melhorar a difusão de informação sanitária e desenvolver as capacidades dos comunicadores e promotores da saúde nos Estados-Membros.
141. Sublinhou que tinham sido distribuídos aos Estados-Membros 22.000 exemplares dos Módulos de Informação Sanitária, intitulados "**Como Tratar as Doenças Mais Comuns**". Os Módulos foram também traduzidos em algumas línguas locais. O Segundo Módulo, intitulado "**Saúde Reprodutiva**", está agora a ser distribuído.
142. A Dra. Nhiwatiwa afirmou que a Biblioteca Azul, destinada a dar resposta às necessidades básicas de informação dos trabalhadores distritais de saúde, já foi distribuída à maioria dos países francófonos, tendo já começado a sua distribuição pelos países anglófonos.
143. No campo do desenvolvimento de capacidades, informou que foram organizadas quatro seminários de formação para representantes dos meios de comunicação social nos Estados-Membros, tendo em vista ajudá-los a transmitir informação sanitária essencial ao público em geral. Participaram nesses seminários um total de 92 jornalistas e de produtores de programas de rádio e de televisão.
144. A Dra. Nhiwatiwa informou ainda que tinha sido criada uma Home Page AFRO na Internet.
145. Tecendo comentários ao relatório do Director Regional, os delegados afirmaram que a Biblioteca Azul é extremamente importante e pediram informações sobre quando estaria disponível em português.
146. Outros delegados, comentando a intervenção do Director Regional, afirmaram que o HIV/SIDA é um problema difícil de controlar em África, dada a falta de informação sanitária e de educação sobre o assunto.
147. A Dra. Nhiwatiwa informou os delegados de que a versão da Biblioteca Azul em português está quase pronta e será enviada aos países dentro de muito pouco tempo.

Administração e Finanças

148. O Sr. Bernard Chandra, Director da Administração e Finanças, apresentou-se e abordou a secção correspondente do relatório.
149. Informou que o Serviço do Pessoal fora reorganizado e que muitos postos importantes estão a ser preenchidos, para completar este exercício.

-
150. O Sr. Chandra informou o Comité de que o Serviço de Administração-Geral se encontra, de momento, ocupado com a instalação da Sede Regional noutra área de Harare, em instalações oferecidas pelo governo do Zimbabwe, o que permitirá instalar todo o pessoal sob o mesmo tecto. Presentemente, a sede Regional ocupa dois edifícios distintos.
 151. Explicou que o Serviço de Orçamento e Finanças foi totalmente reorganizado. Foram criados vários postos adicionais, os quais reforçarão os controlos internos e as actividades de verificação. A fim de reforçar a capacidade dos quadros administrativos superiores nas representações da OMS nos países, tiveram início na Sede Regional diversos seminários de formação com a duração de duas semanas. O primeiro teve lugar em Julho de 1999 com 26 participantes e o segundo realizar-se-á em Novembro de 1999 para um número idêntico de funcionários. Os seminários prosseguirão depois regularmente, de 3 em 3 meses. Espera-se que este tipo de formação venha a ser extensível a outras categorias de pessoal, tanto da Sede Regional como das representações da OMS nos países. Tiveram início visitas obrigatórias à Sede Regional com a duração de uma semana para todos os funcionários profissionais recentemente nomeados, para que possam ser esclarecidos nos aspectos técnicos e administrativos.
 152. A fim de fornecer orientações e apoiar as representações da OMS nos países, o Sr. Chandra informou que se estava a iniciar um programa, segundo o qual cada representação da Região será visitada, uma vez por ano, por quadros administrativos superiores da Sede Regional, que darão apoio às actividades das representações e analisarão o cumprimento por estas das normas e regulamentos da OMS. Foram revistos os níveis dos fundos de maneio (Imprest), sobretudo para actividades importantes como as Jornadas Nacionais de Vacinação. Os Representantes da OMS receberam igualmente mais delegação de poderes, o que lhes permitirá recrutar pessoal a curto prazo.
 153. Concluindo, o Sr. Chandra afirmou que, com a tomada destas medidas, estava confiante na melhoria dos serviços de contabilidade e finanças e certo de que haverá menos perguntas por parte dos auditores, bem como uma maior delegação de poderes e mais apoio às representações da OMS. Garantiu ao Comité que a Divisão de Administração e Finanças está empenhada em melhorar a qualidade e a metodologia de trabalho na Região.

-
154. Tendo analisado cuidadosamente o relatório anual do Director Regional, secção a secção, o Comité aprovou todo o relatório, tal como contido no documento AFR/RC49/2.

Declaração da Representante da UNICEF

155. A Directora Regional da UNICEF para a África Ocidental e Central, Sra. Rima Salah, expressou o seu apreço pelo convite que a OMS lhe endereçou para participar e usar da palavra no Comité Regional.
156. Chamou a atenção do Comité para o facto de que, apesar de progressos significativos realizados na maioria das outras áreas, poucas melhorias foram alcançadas em matéria de controlo da mortalidade infantil, juvenil e materna. Realçou, igualmente, o papel do HIV/SIDA no aumento da mortalidade e morbidade, bem como o perigo de infecção entre os jovens, em particular do sexo feminino.
157. A Sra. Salah relatou as lições aprendidas na análise da Iniciativa de Bamaco efectuada em Março de 1999 com a participação de 43 países. Em particular, tomou-se consciência da necessidade de investir as comunidades de poderes para que adoptem estilos de vida saudáveis e cuidem da sua própria saúde, bem como da necessidade de se concentrar nos problemas de saúde prioritários, incluindo o HIV/SIDA, no âmbito do pacote mínimo de saúde.
158. Evocou as áreas de colaboração bem sucedida entre a UNICEF e a OMS, tais como o Programa Alargado de Vacinação, a Iniciativa de Bamaco, a erradicação da dracunculose e da poliomielite, a Iniciativa "Fazer Recuar o Paludismo" e o Diagnóstico e Tratamento Integrados das Doenças da Infância (DITIDI). Comprometeu-se a prosseguir a colaboração da sua organização enquanto a saúde das mães e crianças continuarem a ser um problema. Ela terminou com uma nota de optimismo e de esperança no bem-estar das mulheres e das crianças em África.

Declaração do Representante da ONUSIDA

159. O Dr. P. Piot, Director Executivo da ONUSIDA, exprimiu o seu apreço pela estreita colaboração que manteve com o Director Regional fazendo votos de continuar a trabalhar em conjunto na luta contra o HIV/SIDA na Região.
160. À luz do discurso de Sua Excelência o Presidente da Namíbia, do relatório do Director Regional e das intervenções dos delegados, concluiu que fica claro que o Comité considerou a SIDA como um problema escaldante em África, que requer acções contínuas e urgentes.

-
161. O Dr. Piot informou o Comité que havia uma crescente mobilização de esforços contra a SIDA em África, bem como uma verdadeira mudança no que respeita à consciencialização sobre a SIDA e ao empenhamento político para fazer face à epidemia. A Parceria Internacional contra a SIDA em África criou uma ampla aliança de governos, organizações multilaterais, agências de desenvolvimento bilateral, organizações não-governamentais e o sector privado. Através de grupos temáticos das Nações Unidas a nível dos países, a maioria dos quais presididos pelos Representantes da OMS nos países, os co-patrocinadores têm vindo a tomar consciência de que a SIDA é uma prioridade institucional para todos eles, uma situação de bom augúrio para alargar a base dos recursos, para o apoio à luta contra o HIV/SIDA.
 162. Informou igualmente ao Comité Regional que o Secretário-Geral da ONU, o Sr. Kofi Annan, está pessoalmente empenhado nesta luta.
 163. O Dr. Piot lançou um apelo à intensificação dos esforços contra a estigmatização e a discriminação associadas à SIDA, dado que tal se tornou um obstáculo importante às actividades de prevenção e combate.
 164. Declarou que o nível de desigualdade no acesso aos medicamentos anti-retrovirais se tornara inaceitável. A ONUSIDA continuou a trabalhar com outros parceiros e a indústria farmacêutica, para melhorar o acesso aos medicamentos anti-retrovirais. Esses medicamentos não devem no entanto ser vistos como uma panaceia para a epidemia; são necessários muito mais esforços para prevenir e para melhorar o acesso ao tratamento eficaz de infecções oportunistas. Concluiu a sua declaração, afirmando que as negociações com os laboratórios farmacêuticos continuam a progredir e que toda a gente tem uma posição consonante para resolver o complexo problema do HIV/SIDA que ameaça o futuro da África.

INDIGITAÇÃO DO DIRECTOR REGIONAL

165. Numa reunião à porta fechada, realizada a 31 de Agosto de 1999, o Comité Regional, nos termos do Artigo 52º da Constituição da OMS e do Artigo 52º do seu Regulamento Interno, indigitou o Dr. Ebrahim Malick Samba para um segundo mandato de cinco anos como Director da Região Africana da OMS. O Comité aprovou a Resolução AFR/RC49/R1, para o efeito.

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

166. Em nome do Director Regional, a Dra. Nhiwatiwa, Directora da Coordenação Externa e Promoção do Programa, apresentou os documentos AFR/RC49/3, AFR/RC49/4 e AFR/RC49/5, relativos aos pontos 8.1, 8.2 e 8.3 da ordem do dia, respectivamente.

Modalidades de implementação das resoluções de interesse regional aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo (documento AFR/RC49/3)

167. O relatório do Director Regional, contido no documento AFR/RC49/3, versava sobre as modalidades de implementação das resoluções de interesse regional, aprovadas pela Quinquagésima-Segunda Assembleia Mundial da Saúde e pela Centésima-Terceira sessão do Conselho Executivo.
168. O relatório contém parágrafos extraídos da parte operacional (acções a implementar) das resoluções da Quinquagésima-Segunda Assembleia Mundial da Saúde, sendo cada resolução acompanhada de uma proposta das medidas a implementar ou informação sobre acções já em curso.
169. O Director Regional convidou o Comité a analisar e tecer comentários às estratégias propostas para implementar resoluções de interesse para a Região Africana e a fornecer orientações para a implementação dos programas regionais da OMS.

Incidências regionais das ordens do dia da Centésima-Quinta sessão do Conselho Executivo e da Quinquagésima-Terceira Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC49/4 Rev.1)

170. O documento AFR/RC49/4 Rev.1 continha o relatório do Director Regional sobre as incidências regionais das ordens do dia da Centésima-Quinta sessão do Conselho Executivo e da Quinquagésima-Terceira Assembleia Mundial da Saúde, que serão realizadas em Janeiro e Maio de 2000, respectivamente. O relatório também continha um projecto de ordem do dia provisória da Quinquagésima sessão do Comité Regional, a realizar em Setembro de 2000.
171. O relatório foi apresentado nos termos da Resolução AFR/RC33/R6 do Comité Regional, que aprovou o procedimento para coordenar as ordens do dia dos órgãos directivos aos níveis mundial e regional. O Comité foi convidado a tomar nota da correlação existente entre os trabalhos do Comité

Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde no que respeita às seguintes questões que constam das ordens do dia dos três órgãos directivos:

- a) Luta contra o HIV/SIDA/DST.
 - b) Projecto de Orçamento-Programa para 2002-2003.
 - c) Método de trabalho e duração da Quinquagésima-Terceira Assembleia Mundial da Saúde.
 - d) Promoção da saúde (Resolução WHA51.12).
172. O Comité foi convidado a analisar a ordem do dia provisória da sua Quinquagésima sessão e a decidir sobre questões a recomendar à Centésima-Quinta sessão do Conselho Executivo e à Quinquagésima-Terceira Assembleia Mundial da Saúde, nos termos do Artigo Quinquagésimo da Constituição da OMS, do parágrafo 4 (3) da Resolução WHA33.17 e da Recomendação 116 do Grupo de Trabalho do Conselho Executivo.

Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC49/5)

173. O documento AFR/RC49/5 tinha por objectivo facilitar os trabalhos da Quinquagésima-Terceira Assembleia Mundial da Saúde em conformidade com decisões pertinentes do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde, no que se refere ao método de trabalho e duração da Assembleia.
174. O Comité Regional tomou nota das informações contidas nos documentos AFR/RC49/3, AFR/RC49/4 e AFR/RC49/5 como foram apresentados.

RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA (documento AFR/RC49/6)

175. O Dr. Malick Niang (Senegal), Presidente do Subcomité do Programa, informou o Comité Regional de que onze dos doze países membros do Subcomité tinham participado na reunião realizada em Harare, entre 14 e 18 de Junho de 1999.
176. Além disso, participaram na reunião membros do Conselho Executivo da OMS originários do Burundi, Cabo Verde e República Centrafricana, em conformidade com uma decisão anterior do Comité Regional.
177. O Dr. Niang assinalou que o Subcomité do Programa decidiu que seria feita uma única apresentação do seu relatório pelo respectivo presidente, em nome do Subcomité.

-
178. Após ter expressado a gratidão dos membros do Subcomité ao Director Regional e aos funcionários da Sede Regional pela qualidade dos documentos, o Dr. Niang apresentou um relatório sobre cada um dos documentos de trabalho, como abaixo indicado.

Reforma do sector da saúde na Região Africana: Análise da implementação e perspectivas (documento AFR/RC49/7)

179. O Dr. Niang declarou que o Subcomité aprovou: a definição operacional proposta para a reforma do sector da Saúde; a maneira como a reforma foi caracterizada; o quadro proposto no documento para ligar a reforma do sector da Saúde à melhoria do estado de saúde; as principais lições aprendidas e os factores-chave de sucesso destacados; os futuros desafios e as perspectivas identificadas.
180. Acolhendo favoravelmente a adopção de uma abordagem sectorial, integrada e coerente para a reforma do sector da Saúde, o Subcomité alertou contudo para a necessidade de se prestar a devida atenção aos programas de saúde prioritários, alguns dos quais têm sido até à data implementados com êxito como programas verticais.
181. O Subcomité sublinhou a necessidade de a OMS ajudar os países a formular estratégias comuns que possam ser adoptadas, por forma a garantir que os doadores aceitem e sigam as prioridades de saúde e os planos nacionais de desenvolvimento sanitário.
182. Na discussão desta parte do relatório do Subcomité do Programa, o Comité registou com satisfação a definição da reforma do Sector da Saúde, tal como vem no relatório. Foi reconhecido que o processo de reforma deverá ser apoiado pela elaboração de políticas sanitárias nacionais explícitas e concretizado a nível distrital e comunitário.
183. O Comité Regional sublinhou o facto de que uma reforma do sector da Saúde não será em si suficiente para garantir a sustentabilidade ou alcançar os resultados esperados, sobretudo quanto à melhoria do estado de saúde das populações. Consequentemente, o Comité recomendou que outros sectores pertinentes na construção de consenso sejam incluídos no processo de reforma do sector da Saúde e da sua implementação.
184. Foi observado que, embora a descentralização da gestão dos serviços de saúde e da tomada de decisões na área do desenvolvimento sanitário seja, hoje em dia imprescindível, em muitas situações a descentralização dos serviços de saúde não ocorreu concomitantemente com a descentralização administrativa.

-
- Daí resultaram incongruências nas fronteiras dos distritos administrativos e sanitários. Assim, o Comité solicitou à Sede Regional que efectue estudos para análise dos problemas resultantes dessa situação.
185. O Comité considerou que compete ao Estado dar maior relevância à descentralização. O Estado, além disso, deve continuar a desempenhar um papel normativo e regulamentador, afirmando o seu desejo de implementar intervenções de saúde pública que beneficiem a totalidade das populações. A experiência da subcontratação de serviços está a ganhar grande dimensão e deverá contribuir para proporcionar um quadro legal para as relações entre o Estado, as comunidades e os vários prestadores privados de cuidados, lucrativos e não lucrativos.
 186. A gestão dos recursos humanos levanta um grande obstáculo que deve ser levado em conta nas reformas, particularmente no que respeita à disponibilidade de pessoal com as adequadas competências técnicas e de gestão e a retenção dos profissionais da saúde onde são necessários.
 187. Foi solicitado à Sede Regional que apoie os países a conceber estratégias de financiamento alternativas e justas, capazes de garantir a sustentabilidade dos serviços e a sua acessibilidade por parte da maioria da população.
 188. Foi referido que as experiências dos países no financiamento e gestão dos recursos, no contexto da implementação das reformas, demonstra que os condicionalismos dos parceiros e dotações orçamentais nacionais insuficientes contribuíram grandemente para o baixo índice de implementação dos programas. O Comité solicitou à OMS que organize uma reunião consultiva regional sobre este tema, reunindo funcionários do ministério das finanças, os departamentos financeiros dos ministérios da saúde e ainda parceiros multilaterais, incluindo o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, para a análise deste problema.
 189. Face às vantagens que os países podem retirar da aprendizagem com as experiências bem sucedidas de outros países, o Comité solicitou à Sede Regional que produzisse e divulgasse, nos países, um documento que resuma as experiências regionais na área das reformas; e prever nas próximas reuniões do Comité Regional intercâmbio de documentos entre os países, sobre as experiências nos diferentes domínios do desenvolvimento sanitário.
 190. O Secretariado registou os comentários, sugestões e solicitações do Comité, para acção posterior.
 191. O Comité aprovou a Resolução AFR/RC49/R2.

Política regional de Saúde para Todos no Século XXI

(documento AFR/RC49/8 (b) Rév.1)

192. O Dr. Niang informou que o Subcomité achou que o documento era demasiado extenso como documento de orientação e demasiado complexo para ser compreendido, tendo igualmente assinalado algumas incongruências no mesmo.
193. O Subcomité sublinhou a necessidade de consultas multisectoriais, multidisciplinares e multi-agências, para formular uma política adequada de desenvolvimento sanitário a longo prazo, atendendo ao papel limitado dos ministérios da saúde em alguns determinantes da saúde.
194. Consequentemente, o Subcomité propôs uma nova estrutura e um novo conteúdo para o documento, bem como o processo a seguir para a sua finalização.
195. Na discussão deste aspecto do relatório do Subcomité do Programa, o Comité Regional aprovou as etapas propostas para o processo de análise do documento de orientação e insistiu na necessidade de se obter um largo consenso. Para tal, o Comité recomendou a organização de consultas ao nível nacional, sub-regional e nacional.
196. Para que o documento de política possa efectivamente funcionar como quadro de referência ao qual outros parceiros se possam também reportar, o Comité Regional acentuou a necessidade de, após as consultas nacionais propostas, se realizar um fórum que reúna as várias instituições e parceiros interessados aos níveis regional e sub-regional (OUA, BAD, SADC, CDEAO, etc.) e internacional (UNICEF, FNUAP, PNUD, Banco Mundial, FMI e União Europeia).
197. O Comité Regional registou os esforços que alguns países têm feito para dar ao processo de desenvolvimento sanitário uma perspectiva de planeamento a longo prazo e louvou os esforços da Sede Regional para elaborar um quadro de orientação para o exercício de planeamento sanitário a longo prazo. Solicitou à OMS que intensificasse os seus esforços nesse sentido.
198. O Comité Regional também notou que o HIV/SIDA e o seu impacto na esperança de vida, assim como os problemas crescentes da saúde mental deveriam ser mencionados explicitamente na secção relativa à análise da situação do projecto do documento de orientação.
199. O Dr. L.G. Sambo, do Secretariado, garantiu ao Comité que as várias sugestões e pedidos foram anotados para acção apropriada.
200. O Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC49/R7.

Estratégia regional para a saúde mental (documento AFR/RC49/9)

201. O Dr. Niang informou o Comité que o Subcomité acolheu favoravelmente o documento, que versava sobre um crescente problema de saúde que infelizmente não recebeu a devida atenção. O aumento da toxicodependência, a elevada frequência de conflitos e guerras civis, a deterioração das condições económicas e sociais, a violência doméstica contra as mulheres e as crianças, e o aumento do desemprego, em particular entre os jovens que não terminam os seus estudos, contribuíram para o aumento dos problemas da saúde mental.
202. O Subcomité sublinhou a necessidade de: rever a legislação existente sobre o tratamento dos doentes mentais; explorar o papel que os curandeiros e praticantes da medicina tradicional poderiam desempenhar na implementação da nova estratégia regional; e igualmente explorar a possibilidade de cobrar impostos sobre produtos que constituem um risco para a saúde, para financiar os serviços de saúde, em geral, e a saúde mental, em particular.
203. Nas suas discussões sobre esta parte do relatório do Subcomité do Programa, o Comité Regional acolheu favoravelmente o documento e sublinhou a necessidade de considerar a saúde mental entre as prioridades regionais.
204. Além disso, o Comité destacou as seguintes áreas-chave que deveriam ser consideradas:
 - Saúde mental dos profissionais de saúde (prevenção e controlo de problemas relacionados com o “stress”)
 - Saúde mental das crianças e dos adolescentes (desenvolvimento psicossocial na primeira infância e prevenção e combate ao abuso de substâncias psicoactivas nos jovens)
 - Reabilitação psicossocial baseada na comunidade, em países saídos de conflitos
 - Formulação ou revisão de políticas e programas nacionais, bem como legislação em apoio à saúde mental e prevenção e combate às substâncias psicoactivas
 - Estimular o interesse pela saúde mental e a formação de pessoal neste domínio, de acordo com as necessidades de cada país
 - Definição de mecanismos para a colaboração multisectorial com outros departamentos governamentais, organizações não-governamentais, etc.
 - Estudo de algumas das experiências anteriores que integraram o papel da medicina e práticas tradicionais no tratamento dos doentes mentais (por exemplo, no hospital Aro, na Nigéria), com vista a formular estratégias para colaborar eficazmente com os praticantes de medicina tradicional nesse domínio.

205. O Secretariado informou o Comité Regional que o exercício de planeamento conjunto 2000-2001 já tinha começado e que os países seriam apoiados nos seus esforços para reforçar os programas de saúde mental, tendo em conta as suas prioridades e os recursos disponíveis.
206. O Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC49/R3.

**Diagnóstico e Tratamento Integrados das Doenças da Infância (DITIDI):
Plano estratégico para 2000-2005 (documento AFR/RC49/10)**

207. O Dr. Niang informou o Comité Regional do que o Subcomité observara que o DITIDI era uma estratégia importante (e não um programa) que deveria ser incluída na agenda da reforma do sector da Saúde, com vista à redução da morbilidade e mortalidade de crianças de menos de cinco anos.
208. Sublinhou a necessidade de introduzir o DITIDI nos currícula de formação básica dos profissionais de saúde como forma de institucionalizar a estratégia. Além disso, o Subcomité identificou alguns factores-chave para garantir o sucesso da implementação do DITIDI.
209. Atendendo à importância do DITIDI, o Subcomité exprimiu o desejo que se alargasse a sua implementação a todos os países da Região.
210. Durante a discussão desta parte do relatório do Subcomité do Programa, o Comité Regional sublinhou que o Diagnóstico e Tratamento Integrados das Doenças da Infância constitui uma boa estratégia, que pode poupar recursos e também servir como modelo para a integração dos serviços de saúde. Para que a implementação desta estratégia tenha êxito, foi salientada a importância da disponibilidade de medicamentos e de recursos humanos, de sistemas de referência eficazes, assim como do adequado envolvimento da comunidade. A OMS foi solicitada a dar apoio aos países na criação destas condições essenciais.
211. Os delegados sugeriram que a estratégia deveria ser adaptada às realidades locais. Por exemplo, em locais com alta prevalência do HIV/SIDA, como acontece em muitos países da Região, o HIV/SIDA deveria ser integrado no DITIDI, atendendo ao número cada vez maior de crianças infectadas. Os delegados solicitaram também vários tipos de apoio técnico, para iniciar ou acelerar a implementação da estratégia nos seus países.
212. O Dr. A. Kaboré, do Secretariado, reafirmou que o DITIDI constitui uma estratégia destinada a integrar, coordenar e otimizar as intervenções em curso nos países, que beneficiam as crianças com menos de cinco anos. Acrescentou que, com o objectivo de estender a abordagem DITIDI aos países de língua portuguesa, uma reunião de orientação está planificada para o início do ano 2000.

-
213. Concordou que a estratégia deverá ser adaptada aos contextos epidemiológicos e socioculturais de cada país. Reconhecendo a importância do envolvimento comunitário na implementação do DITIDI, informou o Comité de que a Sede Regional tinha reforçado as suas capacidades para tratar dos aspectos comunitários desta estratégia.
214. O Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC49/R4.

Medicamentos essenciais na Região Africana:

Análise da situação e suas tendências (documento AFR/RC49/11)

215. O Dr. Niang informou o Comité Regional que o Subcomité tinha examinado as várias dimensões dos problemas encontrados na área dos medicamentos, que são motivo de preocupação, nomeadamente: a limitada disponibilidade de medicamentos essenciais; a falta de acesso regular a medicamentos essenciais de qualidade; o uso inadequado de medicamentos; a falta de normas, regulamentação e legislação relevantes; o impacto dos acordos comerciais internacionais no fabrico local de medicamentos; a elevada proporção de medicamentos importados que são falsificados ou ilegais.
216. O Subcomité sublinhou a necessidade de se encorajar compras agrupadas para reduzir os custos dos medicamentos; fazer um controlo mais sistemático da qualidade dos medicamentos; envidar esforços com os parceiros interessados para fazer face ao problema de medicamentos falsificados e ilegais e garantir a disponibilidade de medicamentos essenciais a todos os níveis de prestação de cuidados de saúde.
217. Durante os debates sobre esta parte do relatório do Subcomité do Programa, o Comité Regional convidou a OMS a formular uma estratégia sobre o papel da medicina tradicional na prestação de cuidados de saúde e a desempenhar um papel mais activo no apoio à investigação sobre plantas medicinais.
218. Recomendou aos países que procedessem a uma revisão da sua política de impostos, com a finalidade de baixar os preços dos medicamentos essenciais. Os delegados também pediram à OMS que apoiasse a Associação de Armazéns Médicos Centrais na compra agrupada de medicamentos essenciais.
219. O Comité foi de opinião que a dimensão e a gravidade do comércio de medicamentos ilegais e falsificados constitui uma séria ameaça à saúde pública e exige uma campanha concertada a nível regional para se encontrar uma solução rápida. Pediu, por isso, à OMS que formulasse uma estratégia regional para combater a ameaça dos medicamentos ilegais e falsificados.

-
220. O Comité solicitou igualmente o alargamento da implementação do Programa Intensificado de Medicamentos Essenciais na Região Africana e solicitou a participação activa da OMS nas futuras negociações OMC sobre os acordos ADPIC, cujos resultados terão uma influência significativa no preço dos medicamentos essenciais.
 221. O Secretariado garantiu ao Comité que, tal como tinha sido solicitado, seria dispensada especial atenção à medicina tradicional nas seguintes áreas: investigação e aplicação dos conhecimentos sobre plantas medicinais; produção e fornecimento de remédios tradicionais de eficácia comprovada; modalidades de integração da prática da medicina tradicional nos serviços de cuidados de saúde.
 222. O Comité aprovou a Resolução AFR/RC49/R5.

Política de tecnologias da saúde na Região Africana

(documento AFR/RC49/12)

223. O Dr. Niang informou o Comité Regional que o Subcomité acolhera favoravelmente o documento e considerava-o um contributo importante, dado que a maioria dos países da Região não tinha políticas claramente definidas ou estratégias coerentes sobre a gestão das tecnologias de saúde.
224. Identificaram-se áreas potenciais de cooperação técnica entre países da Região na área das tecnologias de saúde, tendo-se sublinhado a necessidade de se desenvolver e promover uma cultura de manutenção nesse domínio.
225. Na discussão desta parte do relatório do Subcomité, os delegados observaram que o principal desafio para os países reside em cooperarem efectivamente nos aspectos relacionados com a aquisição, utilização e manutenção de tecnologias da saúde. A OMS poderá desempenhar um papel importante, facilitando e promovendo a tão necessária cooperação neste domínio, através da elaboração de orientações pertinentes.
226. Foi salientada a necessidade de uma gestão mais adequada por parte dos governos. Por exemplo, as ordens de aquisição de equipamento não deveriam ser efectuadas sem um plano específico de formação dos responsáveis pelo funcionamento e manutenção do equipamento.
227. Os delegados referiram com preocupação que certas doações de equipamentos de saúde não têm em conta as capacidades técnicas e económicas dos países, nem a sua situação epidemiológica. Além disso, referiram que algum do equipamento doado é, por vezes obsoleto. Assim, solicitaram à OMS que orientasse os países de forma a garantir que as doações tenham em conta as necessidades dos países.

228. Assinalou-se que o Pacote Essencial de Tecnologias da Saúde associa procedimentos clínicos essenciais identificados a vários níveis do sistema de prestação de cuidados de saúde às tecnologias adequadas, indicando as implicações financeiras do seu ciclo de vida e as exigências em recursos humanos e em estruturas de apoio. Foi referido que todos os países estarão interessados no referido pacote e que, por isso, a OMS deverá prosseguir no seu apoio aos países, definindo pacotes essenciais de tecnologias da saúde para os vários tipos de unidades de saúde ou para os níveis dos sistemas de prestação de cuidados de saúde.
229. O Dr. M. Belhocine, do Secretariado, lembrou que, em 1994, o Comité Regional tinha adoptado uma resolução sobre as tecnologias da saúde que, entre outros aspectos, recomendava a preparação e divulgação de directrizes para uso dos países e a definição de um pacote essencial de tecnologias. Desde então, a Sede Regional trabalhou sobretudo em três direcções: melhorar as orientações da OMS aos países, reforçar a capacidade institucional dos países e dar resposta às suas solicitações.
230. Em finais de 1996, a Sede Regional em colaboração com a Sede Mundial e outros parceiros, criou uma equipa de peritos que estabeleceu um guia para a elaboração de uma política nacional de equipamento biomédico. A finalização desse documento foi retardada, de certo modo, pela deslocação da Sede Regional. No entanto, no fim do ano corrente o guia deverá estar pronto para distribuição aos Estados-Membros.
231. O Dr. Belhocine acrescentou que o problema de doação de equipamento foi discutido em pormenor na Sede Mundial da OMS, já que outras regiões sentem o mesmo problema. Foi preparado um guia com a participação de peritos africanos, o qual se encontra no prelo e estará brevemente disponível.
232. Frisou que para reforço da capacidade institucional, a OMS tem encorajado o desenvolvimento de uma metodologia para a escolha de pacotes de equipamento essencial. Essa tarefa foi confiada a um Centro de Colaboração da OMS, na África do Sul. A metodologia já está disponível, na forma de um programa informático completo.
233. Para terminar, o Dr. Belhocine acrescentou que a formação de técnicos e gestores de nível superior está a ser encorajada pela Sede Regional e concluiu afirmando que as sugestões e recomendações do Comité serão tidas em conta, na preparação de futuros planos de acção e de programas de cooperação com os países.

Análise da implementação da Iniciativa de Bamaco

(documento AFR/RC49/13)

234. O Dr. Niang informou o Comité Regional de que embora a Iniciativa de Bamaco tenha sido considerada pertinente para fazer face aos problemas de saúde, particularmente a nível comunitário, na opinião do Subcomité do Programa, os governos não deveriam abdicar da sua responsabilidade de pôr serviços de saúde essenciais à disposição de todas as suas populações. Por outras palavras, os esforços da comunidade deveriam ser vistos unicamente como complementares aos esforços do Governo.
235. O Subcomité identificou obstáculos à implementação da Iniciativa, que o documento omitira.
236. Além disso, sublinhou a necessidade de a OMS providenciar um novo quadro para a implementação da Iniciativa no contexto das reformas do sector da Saúde em curso.
237. Ao discutir este aspecto do relatório do Subcomité do Programa, os delegados afirmaram que os governos não deviam ser encarados como o único prestador de cuidados de saúde e que as comunidades deviam participar activamente na melhoria da sua própria saúde e bem-estar.
238. Foi solicitado ao Director Regional que acelerasse a proposta do novo quadro operacional para a implementação da Iniciativa de Bamaco, conforme recomendado pelo Subcomité do Programa.
239. A OMS deverá ajudar os países a efectuar uma avaliação do impacto da Iniciativa de Bamaco, após uma década da sua implementação, e promover um intercâmbio de experiências.
240. A nível comunitário, há necessidade de aproximar o programa de medicamentos essenciais da Iniciativa de Bamaco, bem como de formular novas abordagens para permitir às pessoas cuidar da sua própria saúde.
241. Além disso, há também necessidade de ligar a Iniciativa de Bamaco às questões macroeconómicas, nos Estados-Membros. A este propósito, os ministros da saúde deveriam trabalhar em estreita colaboração com os ministérios das finanças para desenvolver essa ligação.
242. Em resposta, o Dr. Sambo do Secretariado lembrou ao Comité que a saúde é um Direito Humano fundamental que tem de ser assegurado pelos Estados, embora apoiado numa participação activa das comunidades. Salientou que a questão da pobreza e do fraco poder de compra das comunidades deveria também ser tida em consideração, ao abordar este problema.

-
243. Concluiu, informando o Comité Regional que a OMS, em colaboração com a UNICEF, convocaria uma reunião de um grupo de trabalho técnico composto por nacionais e peritos, para formular o novo quadro operacional da implementação da Iniciativa de Bamaco. Neste contexto, a ligação da Iniciativa de Bamaco com iniciativas geradoras de rendimentos seria desenvolvida, para tratar da questão da sustentabilidade.
 244. O Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC49/R6.
 245. No termo do seu debate sobre as várias partes do relatório do Subcomité do Programa, o Comité Regional agradeceu aos membros do Subcomité do Programa o excelente trabalho efectuado e aprovou o respectivo relatório.
 246. O Presidente recordou ao Comité que os mandatos do Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seychelles, Serra Leoa e Suazilândia como membros do Subcomité do Programa cessariam após o encerramento da 49ª sessão e seriam substituídos por Angola, Benim, Botswana, Burkina Faso, Burundi e Camarões. Os novos membros deveriam designar os seus representantes no Subcomité do Programa.
 247. O Comité Regional anotou em seguida a nova composição do Subcomité do Programa, composto por representantes dos seguintes Estados-Membros: Angola, Argélia, Benim, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabue. O representante da Tanzânia foi eleito Presidente do Subcomité do Programa. A primeira reunião realizar-se-á em Harare, em Julho do ano 2000, e as datas exactas serão comunicadas mais tarde pelo Secretariado.

DISCUSSÕES TÉCNICAS

(documentos AFR/RC49/TD/1 e AFR/RC49/TD/2)

Apresentação do relatório das Discussões Técnicas

(documento AFR/RC49/14)

248. Paralelamente ao trabalho do Comité Regional, as Discussões Técnicas versaram o tema “Combate às Doenças na Região Africana no século XXI”.
249. O relatório das Discussões Técnicas foi apresentado pelo seu Presidente, Prof. Peter Ndumbe.
250. O Comité manifestou o seu apreço pela excelente qualidade do relatório e a pertinência das suas recomendações, que se dirigiam à OMS, aos Estados-Membros e aos seus parceiros.

-
251. O Director Regional agradeceu ao Presidente, ao Vice-presidente e aos participantes o contributo que tinham dado para o êxito destas Discussões Técnicas e acrescentou que as recomendações seriam levadas à prática.
252. O Comité tomou nota do relatório das Discussões Técnicas que será incluído como anexo no Relatório do Comité Regional.

Escolha do tema das Discussões Técnicas para o ano 2000

(documento AFR/RC49/15)

253. O Comité Regional escolheu o seguinte tema para as Discussões Técnicas na quinquagésima sessão, no ano 2000: *“Reduzir a mortalidade materna: um desafio para o Século XXI”*.

Designação do Presidente e do Presidente Substituto das Discussões Técnicas do ano 2000 (documento AFR/RC49/16)

254. O Comité indicou o Professor Kelsey Atangamuerino Harrison (Nigéria) como Presidente e a Dra. Maria do Rosário de Fátima Madeira Rita (Angola) como Presidente Substituta das Discussões Técnicas da quinquagésima sessão do Comité Regional Africano, no ano 2000.

DATAS E LOCAIS DAS 50ª E 51ª SESSÕES DO COMITÉ REGIONAL

(documento AFR/RC49/16)

255. De acordo com o seu Regulamento Interno, o Comité Regional aceitou a oferta do Burkina Faso para acolher a 50ª Sessão em Ouagadougou, com início em 28 de Agosto de 2000. A República do Congo (Brazzaville) ofereceu-se para acolher a 51ª Sessão, devendo uma decisão a este respeito ser tomada na 50ª Sessão do Comité Regional.

APROVAÇÃO DO RELATÓRIO DO COMITÉ REGIONAL

(documento AFR/RC49/18)

256. Após proceder a umas ligeiras alterações, o Comité Regional aprovou o relatório da 49ª sessão.

ENCERRAMENTO DA 49ª SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL

Intervenção final do Director Regional

257. O Director Regional agradeceu aos delegados por terem tornado esta sessão do Comité num êxito e numa reunião histórica, não só no que se refere ao número de participantes como ao interesse e empenho demonstrado, dando orientações ao Secretariado sobre os passos a empreender para melhorar a situação sanitária na Região.
258. Assinalou, em seguida, que tinham sido identificados, durante a reunião, problemas que precisam de ser resolvidos com urgência e que tinham sido dadas directivas sobre o que seria necessário empreender nos próximos anos para resolvê-los. Prometeu que o Secretariado começaria imediatamente a tomar medidas concretas.
259. O Director Regional exprimiu a sua gratidão aos Estados-Membros pelo segundo mandato que lhe tinham confiado e agradeceu a Deus pela oportunidade que lhe deu de servir o Continente Africano. Uma vez que este mandato lhe foi confiado pelo Comité Regional, estaria ao serviço de todos os países e não de um grupo de países, acrescentou.
260. Concluiu lançando um apelo aos delegados no sentido de colaborarem uns com os outros, segundo a tradição africana, para pôr um termo à divisão da África, feita pelos colonialistas.

Moção de Agradecimento

261. O Comité Regional aprovou uma moção de agradecimento ao Governo e ao povo da Namíbia apresentada pelo Ilustre Ministro da Saúde da Eritreia, Dr. Saleh Meky.

Alocação da Presidente da 49ª sessão e encerramento

262. A Presidente da 49ª sessão, Dra. Libertina Amathila, agradeceu aos delegados pelo alto nível e qualidade dos debates, o que demonstrara que tinham vindo à reunião com a missão de entrar no novo milénio com uma finalidade bem precisa, uma visão clara e a determinação de encontrar soluções para os problemas de saúde do Continente Africano.
263. Acrescentou que, uma vez que os problemas de saúde do Continente eram enormes e que as resoluções adoptadas não eram em si suficientes para eliminá-los, os delegados deveriam sair desta reunião com a determinação firme de traduzir as referidas resoluções em acções concretas.

-
264. Os governos teriam de mostrar preservância e determinação e fazer muitos sacrifícios para que a África não permaneça para sempre no primeiro degrau da escala do desenvolvimento sanitário, nem campeã das doenças da pobreza. Para tal, seria necessário elaborar novas políticas, estratégias e planos de saúde ou implementar as já existentes, introduzir ou completar reformas e tomar rapidamente outras medidas necessárias com a maior dedicação e determinação.
265. A Presidente da 49ª sessão assinalou em seguida que os delegados tinham manifestado a sua confiança no Director Regional e na sua equipa, ao votarem pela continuidade e solicitou ao Director Regional e aos membros do Secretariado que intensificassem os seus esforços. Instou igualmente os demais parceiros no desenvolvimento a prosseguirem o seu apoio.
266. Exprimiu a sua gratidão aos delegados pela cooperação que lhe tinham prestado no exercício das suas funções, o que tinha contribuído para o êxito da reunião.
267. A Presidente declarou encerrada a 49ª sessão do Comité Regional.

Parte III

ANEXOS

ANEXO 1 : LISTA DOS PARTICIPANTES

1. Representantes dos Estados-Membros

Argélia

M. Abbas Mohamed Larbi
*Secrétaire général du Ministère de la Santé
et de la Population*
Chef de Délégation

Dr Mohamed Lamine Chergui
Chargé des Relations internationales
M. Tefiani Mohamed
Ambassadeur d'Algérie en Namibie

Angola

Dr Adelino Manassas da Silva Neto
Ministro da Saúde
Chefe da Delegação

Dr Augusto Rosa Mateus Neto
*Director do Gabinete do Intercâmbio
Internacional*

Dra Maria Filomena Wilson
Directora do Programa IEC

Dr Carlos Alberto António
Director de Comunicação

Dr. Gonçalves António Miguel
Funcionário do Ministério das Relações Exteriores
Sra. Maria Julia Navalha
Secretária

Benim

Dr Marina d'Almeida-Massougboji
Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation

Dr Pascal Dossou-Togbé
*Secrétaire général du
Ministère de la Santé publique*

Dr Antonin Jacques Hassan
Directeur national de la Protection sanitaire
M. Ahlin Achille Massougbojji
*Vice-Doyen, Faculté des Sciences de la Santé,
Université nationale du Bénin*

M. Hilaire Comlanvi
*Assistant du Directeur de Cabinet,
Ministère de la Santé publique*

Botsuana

Hon. Dr Chapson J. Butale
Minister of Health
Head of Delegation

Dr John Katatu M. Mulwa
*Permanent Secretary,
Ministry of Health (MOH)*

Mr John Botsang
Chief Pharmacist

Mr L. T. Lesetedi
*Chief Principal Officer,
Primary Health Care*

Mrs K. Mmatli
Principal of Lobatse Institute of Health Sciences

Mrs Virginia S. Chakalisa,
Mental Health Coordinator

Mr Steven Kebakile
Chief Planning Officer, Ministry of Health

Mr M. D. Matlhape
Planning Officer, Ministry of Health

Burkina Faso

M. Alain Ludovic Tou
Ministre de la Santé
Chef de Délégation

Dr Arlette Sanou/ Ira
Conseiller technique du Ministre

Dr Célestin Traoré
*Responsable du Bureau de la Planification
DEP Santé*

Dr Sibiri Clément Zidouemba
*Chef du Service de la Surveillance
épidémiologique*

Burundi

Dr Juma Mohamed Kariburyo
Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation
Dr Jean Rirangira
Directeur général de la Santé publique
Ambassadeur Jean Baptiste Mbonyingingo
Chef de Mission
Présidence de la République
Ambassadeur Balthazar Habonimana
Directeur général, Amérique du Nord,
Europe et Organisations internationales
Ministère des Relations extérieures
et de la Coopération
M. Gédéon Magete
Ambassadeur du Burundi en
République Sud-Africaine

Camarões

Prof. Gottlieb Lobe Monekosso
Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation
Dr Yaou Boubakari
Inspecteur général,
Ministère de la Santé publique
Dr (Mme) Cécile Bomba-Nkolo
Chef de Division de la Coopération,
Ministère de la Santé publique
Dr Basile Kollo
Directeur de la Santé Communautaire,
Ministère de la Santé publique
Dr Martin Ekéké Monono
Provincial Delegate of Health,
South-West Province

Cabo Verde

Dr J. B. Ferreira Medina
Ministro da Saúde
Chefe da Delegação
Dr Rosa M. Soares Silva
Directora-Geral da Saúde

República Centrafricana

Dr Prosper Thimossat
Ministre de la Santé publique et de la Population
Chef de Délégation
Dr Gilbert Nzil'Koué Dimanche
Directeur général de la Santé publique et de la
Population
Prof. Jean-Luc Mandaba
Membre du Conseil exécutif de l'OMS

Chade

S. E. M. Kedella Younous Hamid
Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation
Dr Mosurel Ndeikoundam Ngangro
Chef de la Division des maladies transmissibles
Membre suppléant du Conseil exécutif de l'OMS

Comoros

M. Mohamed Nassur Mohamed
Ministre de la Santé publique, des Affaires sociales
et de la Condition féminine
Chef de Délégation
Dr Mbaé Toyb
Directeur général de la Santé

Congo (República do)

Dr Léon-Alfred Opimbat
Ministre de la Santé, de la Solidarité et
de l'Action humanitaire, Chef de Délégation
Dr Damase Bodzongo
Directeur général de la Santé
Dr André Enzanza
Conseiller à la Santé du Ministre de la Santé,
de la Solidarité et de l'Action humanitaire
Mme Valérie Antoinette Ossie
Directrice de la Coopération
M. Paul Hervey Kengouya
Conseiller juridique et administratif du Ministre
M. Anatole Kondo
Ambassadeur du Congo en
République Sud-Africaine
M. Alphonse Ndzanga Konga
Chargé d'Affaires a.i. du Congo en Namibie

República Democrática do Congo

M. Oscar Kambu Kabangu
Vice-Ministre de la Santé
Chef de Délégation
M. Kambu Mwakasa
Secrétaire particulier du Vice-Ministre de la Santé

Côte d'Ivoire

M. Pannan Souleymane Coulibaly
Directeur de Cabinet du Ministre de la Santé
Chef de Délégation
Prof. Auguste Kadio
Chef de Service des Maladies infectieuses
Prof. Alimata Jeanne Diarra-Nama
Directeur de l'Institut National de Santé publique
Dr David Koffi
Directeur de la Santé communautaire

Guiné Equatorial

S. E. Juan Antonio Bibang Nchuchuma
Ministre de la Santé et du Bien-Etre social
Chef de Délégation
Dr Edelmiro Castano Bizantino
Directeur général de la Santé publique
et de la Planification
Dr Manuel Nguema Ntuntumu
MPN/WCT/EQG

Eritreia

Hon. Mr Saleh Mcky
Minister of Health
Head of Delegation
Dr Mismay Gebrehiwet
Director of Primary Health Care,
Ministry of Health

Etiópia

Dr Lamesso Hayesso
Vice-Minister of Health
Head of Delegation
Mr Alemayehu Seifu
Head of Epidemiology & AIDS Department

Gabão

M. Faustin Boukoubi
Ministre de la Santé publique et de la Population
Chef de Délégation
Prof. Pierre-André Kombila
Professeur de Cardiologie, Directeur général
de la Santé
M. Eugène Abel Lengota
Attaché de Cabinet

Gâmbia

H. E. Mrs Isatou Njie-Saidy
Vice-President and Secretary of State for Health,
Social Welfare and Women's Affairs
Head of Delegation
Mr Abdoulie Mam Njie
Permanent Secretary, Department of State
for Health, Social Welfare and Women's Affairs
Mr William John Joof
Permanent Secretary, Office of the President
Mr Chernob Jallow
Deputy Permanent Secretary
Department of State for Foreign Affairs
Dr Yankuba Kassama
Director of Medical Services, Department of State
for Health, Social Welfare and Women's Affairs

Gana

Dr Nana Paddy Acheampong
Deputy Minister of Health
Head of Delegation
Dr Abdulai Issaka-Tinorgah
Ag. Director of Medical Services
Dr N. A. Coleman
Director, Policy Planning, Monitoring and
Evaluation
Dr Issac Kofi Asare
Regional Director of Health Services Brong Ahafo

Guiné

Dr Mohamed Sylla
Secrétaire général du Ministère de la Santé
Chef de Délégation
Dr Momo Camara
Coordinateur national PEV/SSP/ME

Guiné-Bissau

Dr Justino Amadu Fadia
Ministro da Saúde e Assuntos Sociais
Chefe da Delegação
Dr Francisco Dias
Director-Geral da Saúde
Sr António Paulo Gomes
Chefe de Gabinete

Quénia

Dr Richard Muga
Director of Medical Services
Head of Delegation
Mrs Grace Kandie
Chief Nursing Officer

Lesoto

Hon. Tefo Mabote
Minister of Health and Social Welfare
Head of Delegation
Dr M. Mosotho
Principal Secretary
Dr T. Ramatlapeng
Director-General of Health Services
Dr Pearl Ntsekhe
Director, Disease Control

Libéria

Dr Nathaniel S. Bartee
Deputy Minister/Chief Medical Officer
Head of Delegation
Dr Ben Kanwee, A.P.
County Health Officer, Sinoe County

Madagáscar

Prof. H. Ratsimbazafimahefa
Ministre de la Santé
Chef de Délégation
Dr D. Rakotondramarina
Directeur de la Lutte contre les Maladies
transmissibles

Malawi

Mrs Lilian Estella Patel
Minister of Health and Population
Head of Delegation
Dr Wesley O. Sangala
Principal Secretary for Health and Population
Mrs Lillian D. Ng'oma
Director, Nursing Services

Mali

Mme Diakité Fatoumata N'Diaye
Ministre de la Santé, des Personnes âgées
et de la Solidarité
Chef de Délégation
Dr Lasséni Konaté
Conseiller technique, Ministère de la Santé, des
Personnes âgées et
de la Soidarité
M. Niaza Coulibaly
Conseiller technique chargé de la Communication
Ministère de la Santé, des Personnes âgées et de la
Solidarité
Dr Mamadou Adama Kané
Directeur national de la Santé publique
Ministère de la Santé, des Personnes âgées
et de la Solidarité

Mauritânia

Mme Ba Diyé
Ministre le Santé et des Affaires sociales
Chef de Délégation
Dr Mohamed Ould Menou
Directeur de la Prévention sanitaire

Maurícias

Mr Kaviraj R. Mudhoo

Permanent Secretary

Head of Delegation

Dr Neerunjun Gopee

WLO Mauritius

Moçambique

Dr Abdul Razak Noormahomed

Vice-Ministro da Saúde

Chefe da Delegação

Dr Aida Theodomira de Nobreza Libombo

Director Nacional de Saúde Adjunto

Dr João Fernando Lima Schwalbach

Director da Faculdade de Medicina

Universidade Eduardo Mondlane

Dr Olimpio Durão Mola

Director Provincial de Saúde, Sofala

Dr Judithe Perpétua Nehemias Machava

*Chefe do Departamento de Cooperação
Internacional*

Namíbia

Hon. Dr Libertina Amathila

Minister of Health and Social Services

Head of Delegation

Dr Rev. Zedekia K. Mujoro

Deputy Minister of Health and Social Services

Mrs Hulda Shipanga

Adviser to the Minister of Health

Dr Kalumbi Shangula

Permanent Secretary, Ministry of Health

Dr Nestor Shivute

Undersecretary, Health Care Services

Mr Abner Axel Xoagub

Adviser to Namibian Delegation

Mrs Marianne Nujoma

*Chief, Foreign Relations Officer in charge of
Multilateral Organizations*

Mrs Kautoo Mutirua

*Director, Policy, Planning and Human Resource
Development*

Dr Magda L. Nghata Nga

Director, MOHSS

Mrs Elizabeth W. Lottering

Regional Director, MOHSS, Otjiwarongo

Dr Ndahafa A. Ngifindaka

Director, International Affairs

*Office of the President, Department
of Women Affairs*

Niger

M. Maman Sani Malam Maman

Ministre de la Santé publique

Chef de Délégation

Dr Gagara Magagi

Directeur de la Promotion de la Santé

Dr Hamidine Mahamane

Directeur départemental de la Santé d'Agadez

Nigéria

Hon. Dr Tim Menakaya

Minister of Health

Head of Delegation

Mr Alhaji S. A. Suleiman

Permanent Secretary,

Federal Ministry of Health

Dr Shehu Sule

Director, Planning, Research and Statistics,

Federal Ministry of Health (FMOH)

Dr E. A. Abebe

Director, PHC and Disease Control, FMOH

Dr Ololade O. Ojo

Deputy Director (Epidemiology), FMOH

Dr O. Salawu

Deputy Director (PHC) IMCI, FMOH

Ms C. Bob-Osamor

Special Assistant to the Minister of Health,

Ruanda

Dr Ezéchias Rwabuhiri
Ministre de la Santé
Chef de Délégation
Dr Thomas Karengera
Directeur des Soins de Santé
Dr Fabienne Shumbusho
Médecin à l'Hôpital Kabutare
M. Joseph Karemera
Ambassadeur du Rwanda en Afrique du Sud,
Johannesbourg

São Tomé e Príncipe

Dr. António Marques de Lima
Ministro da Saúde
Chefe da Delegação
Sra. Elisabeth Agostinho de Carvalho
Resp. Programa, Saúde Reprodutiva

Senegal

M. Assane Diop
Ministre de la Santé
Chef de Délégation
Dr Malick Niang
Directeur de la Santé
Dr Abdoulaye Ndiaye
Conseiller technique No 1
du Ministre de la Santé

Ilhas Seychelles

Mr Jacquelin P. Dugasse
Minister of Health
Head of Delegation
Dr Rubell E. Brewer
Commissioner of Health Services

Serra Leoa

Hon. Dr Ibrahim Tejan-Jalloh
Minister of Health and Sanitation
Head of Delegation
Dr Kamara Sheku Tejan
Director-General of Medical Services

África do Sul

Dr Mantombazana Tshabalala Msimang
Minister of Health
Head of Delegation
Dr A. Ntsaluba
Director-General, Department of Health
Dr Roland E. Mhlanga
Cluster Manager, Maternal Child and
Women's Affairs
Dr H. Zokufa
Deputy Permanent Secretary
Ms C. Makwakwa
Director, International Health Liaison
Mrs N. T. Molai
Director, Health Technology Policy
Dr E. N. Madela-Mntla
Deputy Director, Mental Health
and Substance Abuse
Dr N. Cameron
Director, Communicable Disease Control
Mr J. Van den Berg
Deputy Director
Dr M. Mazizi
Vaccines Manager

Suazilândia

Dr Phetsile K. Dlamini
Minister of Health and Social Welfare
Head of Delegation
Dr John Mandla Kunene
Deputy Director of Health Services
Ministry of Health and Social Welfare
Mr Sydney Nkambule
Health Educator
Ministry of Health and Social Welfare

Togo

Prof. Kondi Charles Agba
Ministre de la Santé
Chef de Délégation
Dr Essosolem Batchassi
Directeur général de la Santé
Prof. A. M. D'Almeida
S/c WR - Cotonou

Uganda

Mr Philip Byaruhanga
Minister of State for Health
Head of Delegation
Mr J. W. Wagonda-Muguli
Permanent Secretary, Ministry of Health

República Unida da Tanzânia

Dr Aaron Daudi Chiduo
Minister of Health
Head of Delegation
Dr Saidi M. Egwaga
Acting Director, Preventive Services,
Ministry of Health

Zâmbia

Hon. Nkandu Luo
Minister of Health
Head of Delegation
Dr Gavin B. Silwamba
Director-General, Central Board of Health
Mr Alfred Malijani
Executive Secretary - Food and Drugs,
Ministry of Health

Mrs Grace Manyinza
District Director of Health
Mrs A. Mulenga
Nurse

Zimbabwe

Hon. Dr T. J. Stamps
Minister of Health and Child Welfare
Head of Delegation
Mr Thomas A. Zigora
Deputy Permanent Secretary
Alternate Head of Delegation
Dr Christopher Zishiri
Provincial Medical Director (Midlands)
Dr B. Makunike
Director, Epidemiology and Disease Control
Ministry of Health
Mrs Nyandoro
Assistant Director,
Family and Child Health
Ministry of Health

2. Representantes das Nações Unidas e suas instituições especializadas**Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO)**

Dr Emelia Ethel Timpo
FAO Representative for Namibia
Sanlam Building
P.O. Box 24185, Windhoek
Namibia

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)

Mr Odovar Jakobsen
Deputy Resident Representative, UNDP
Private Bag 13329, Windhoek
Namibia

Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)

Mrs Rima Salah
Directeur régional
B. P. 443, Abidjan 04
Côte d'Ivoire

Mr David Bwangamoe Pulkol
Deputy Regional Director
UNICEF, ESARO
P.O. Box 44145, Nairobi
Kenya

Dr Abdelwahed El Abassi
Regional Adviser Health
UNICEF, WCARO
B.P. 443, Abidjan 04
Côte d'Ivoire

Dr Jean-Michel Ndiaye
Conseiller régional, Santé/PEV
Bureau régional, UNICEF, WCARO
B.P. 443, Abidjan 04
Côte d'Ivoire

Mr Nathan Kenya-Mugisha
Senior Projet Officer, Health
UNICEF, ESARO
P.O. Box 44145
Nairobi
Kenya

Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

Mr Johnny A. McClain
UNESCO Representative to Namibia
5 Brahms St, Windhoek 9000
Namibia

Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP)

Mr Kemal Mustafa
UNFPA Representative in Namibia
Private Bag 13329, Windhoek
Namibia

Mr Mohamed Baraket
UNFPA/CST Adviser
P.O. Box 4775, Harare
Zimbabwe

Programa Conjunto das Nações Unidas contra o HIV/SIDA (ONUSIDA)

Dr Peter Piot
Directeur Exécutif, ONUSIDA
Genève,
Suisse

Luta contra a Oncocercose na Região da Bacia do Rio Volta

Dr B. Boatin
Chief of Planning, Evaluation and Transfer Unit, OCP
Ouagadougou
Burkina Faso

Dr A. Seketeli
Administrateur du Programme APOC
B.P. 549, Ouagadougou
Burkina Faso

Banco Africano de Desenvolvimento

Mr Walter Muchenje
Principal Health Analyst
B.P. V 316, Abidjan
Cote d'Ivoire

Banco Mundial

Dr C. O. Pannenberg
Regional Director for Health, Nutrition and Population, African Region
1818 H. Street, N.W. , Washington, D.C.
USA

3. Representantes de organizações inter-governamentais

Conselho Africano e Malgaxe para o Ensino Superior

Dr Rambré Moumouni Ouiminga
Secrétaire général du CAMES
01 B.P. 134, Ouagadougou
Burkina Faso

Secretariado Regional do Commonwealth para a Saúde

Dr Steve Shongwe
Coordinator of Family and Reproductive Health
P. O. Box 1009, Arusha
Tanzania

Comunidade Sanitária da África Ocidental

Dr Kabba T. Joiner
Executive Director
6 Taylor Drive, PMB 2023, Yaba, Lagos
Nigeria

4. Representantes de organizações não-governamentais

Federação Internacional das Associações dos Fabricantes Farmacêuticos

Dr Lorinda M. Kroukamp
Representative for IFPMA
(International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Association)
Smithkline Beecham
Private Bag X13, Sunwinghill, Johannesburg
South Africa

União Económica e Monetária da África Ocidental

M. Pedro A. Godinho Gomes
Commissaire chargé du Département des Ressources humaines
Commission de l'UEMOA
01 B.P. 543, Ouagadougou
Burkina Faso

Dr Amadou Moctar Mbaye
Chargé de la Santé et Promotion de la Femme
01 B.P. 543, Ouagadougou
Burkina Faso

5. Observadores e convidados especiais

Agência Canadiana para o Desenvolvimento Internacional

Ms Sylvia Barrow
Health Specialist, Africa and the Middle East Branch
Pan Africa Programme
200, Promenade du Portage, Hull, Québec
Canada

Federação das Associações dos Funcionários Internacionais

Mr Alvaro José Da Silva Durao
General Secretary
Geneva,
Switzerland

Fundação Calouste Gulbenkian
Dr Victor Nunes Sá-Machado
Presidente da Fundação Calouste Gulbenkian
Avenida de Berna No 45 1050, Lisboa
Portugal

Dr Carmelo Rosa
Avenida de Berna No 45 1050, Lisboa
Portugal

North West Directorate
Dr Naftal T. L. Hamata
Regional Director
North West Directorate
P/Bag 5538, Oshakati
Namibia

Liga das Mulheres
Mrs Maria Da Conceição Lourence
P.O. Box 173, Windhoek
Namibia

ANEXO 2 : **ORDEM DO DIA DA 49ª SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL**

1. Abertura da sessão
2. Constituição da Comissão de Designações
3. Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores
4. Adopção da ordem do dia (documento AFR/RC49/1 Rév.4)
5. Nomeação da Comissão de Verificação de Poderes
6. Actividades da OMS na Região Africana 1998 (documento AFR/RC49/2)
 - Relatório Anual do Director Regional
 - Relatório sobre os progressos realizados em determinadas áreas programáticas : Saúde Reprodutiva - Qualidade dos cuidados - Vigilância epidemiológica - Erradicação da Poliomielite - Reabilitação com base nas comunidades - Estratégia regional de informação, educação e comunicação para a promoção da saúde nas comunidades africanas - Combate ao tabagismo - HIV/SIDA
 - A situação da Sede Regional Africana
7. Eleição do Director Regional
8. Correlação entre os trabalhos do Comité Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde
 - 8.1 Modalidades de implementação das resoluções de interesse para a Região Africana aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo (documento AFR/RC49/3)
 - 8.2 Incidências regionais das ordens do dia da 105ª sessão do Conselho Executivo e da 53ª Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC49/4)
 - 8.3 Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC49/5)
9. Relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC49/6)
 - 9.1 Reforma do sector da Saúde na Região Africana - Análise da implementação e perspectivas (documento AFR/RC49/7)
 - 9.2 Política regional de Saúde para Todos no século XXI (documento AFR/RC49/8)
 - 9.3 Estratégia regional para a saúde mental (documento AFR/RC49/9)
 - 9.4 Diagnóstico e tratamento integrados das doenças da infância (DITIDI) - Plano estratégico para 2000-2005 (documento AFR/RC49/10)
 - 9.5 Medicamentos essenciais na Região Africana - Análise da situação e suas tendências (documento AFR/RC49/11)

-
- 9.6 Política de tecnologias da saúde na Região Africana
(documento AFR/RC49/12)
 - 9.7 Análise da implementação da Iniciativa de Bamaco -
(documento AFR/RC49/13)
 10. Discussões Técnicas - Combate às doenças na Região Africana no século XXI
(documento AFR/RC49/TD/1)
 11. Apresentação do relatório das Discussões Técnicas (documento AFR/RC49/14)
 12. Escolha do tema das Discussões Técnicas do ano 2000
(documento AFR/RC49/15)
 13. Designação do Presidente e do Presidente substituto das Discussões Técnicas
do ano 2000 (documento AFR/RC49/16)
 14. Decisões Processuais
 15. Datas e locais da 50ª e 51ª sessões do Comité Regional
(documento AFR/RC49/17)
 16. Aprovação do relatório do Comité Regional (documento AFR/RC49/18)
 17. Encerramento da 49ª sessão do Comité Regional

ANEXO 3 : RELATÓRIO DA REUNIÃO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA DE 14 A 18 DE JUNHO DE 1999

Abertura da reunião

1. O Sucomité do Programa reuniu em Harare, na República do Zimbabwe, de 14 a 18 de Junho de 1999. A mesa teve a seguinte composição:
Presidente: Dr. Malick Niang (Senegal)
Vice-Presidente: Dr. Hassan A. Attas (Tanzânia)
Relatores: Dr. Gilberto José da Costa Frota (S. Tomé e Príncipe)
Dr. Paulo Sikosana (Zimbabwe)
2. A lista de participantes consta do Apêndice 1.
3. O Director Regional, Dr. Ebrahim M. Samba, deu as boas-vindas aos participantes e aproveitou para exprimir a sua gratidão ao Governo e ao povo da República do Zimbabwe por tudo o que fizeram para acolher e instalar confortavelmente o pessoal da Sede Regional Africana da OMS. Acrescentou que, apesar dos esforços empreendidos, a Sede está ainda sob o estatuto de refugiado e, conseqüentemente, há muitos problemas por resolver.
4. O Director Regional lembrou aos participantes as novas atribuições do Subcomité do Programa e salientou que os comentários e recomendações do Subcomité servirão de base para a discussão dos documentos técnicos durante a sessão do Comité Regional.
5. O Presidente do Subcomité do Programa, Dr. M. Niang, exprimiu a sua gratidão e a do seu país pela sua eleição como Presidente, tendo agradecido ao Director Regional as suas palavras de boas-vindas. Acrescentou que o Subcomité do Programa confiaria na competência do Secretariado para facilitar as suas deliberações. Por último, felicitou o Director Regional e o pessoal da Sede Regional pelo trabalho efectuado, apesar das dificuldades ligadas à realocação temporária da Sede Regional de Brazzaville para Harare.
6. O programa provisório de trabalho (Apêndice 2) foi aprovado sem emendas.
7. O Subcomité do Programa aprovou também o seguinte horário de trabalho: das 8h30 às 12h30 e das 14h00 às 17h0, incluindo em ambos os períodos um intervalo. A ordem do dia consta do Apêndice 3.

Reforma do sector da saúde na Região Africana:

Situação da implementação e perspectivas (documento afr/rc49/7)

8. O documento foi apresentado pelo Dr. L.G. Sambo, do Secretariado.
9. O Dr. Sambo lembrou que, após duas décadas de crescimento e desenvolvimento socioeconómico significativo na maioria dos países africanos independentes, os anos 80 atravessaram um período de recessão económica mundial que teve um impacto negativo nas economias da maioria dos países da Região Africana da OMS. As taxas de crescimento económico entraram em franco declínio, chegando mesmo a atingir níveis negativos. Este contexto socioeconómico em transformação exigiu as mais variadas reformas económicas, algumas das quais tiveram efeitos nefastos sobre o sector da Saúde. Em muitos países, os sistemas de prestação de cuidados de saúde encontravam-se tão enfraquecidos, que eram incapazes de dar resposta aos crescentes desafios da saúde e às necessidades de uma população em crescimento, população esta que estava cada vez mais esclarecida acerca dos seus direitos a cuidados de saúde de qualidade.
10. Observou ainda que a situação acima mencionada exigiu a reforma do sector da Saúde, que é um processo de mudança destinado a melhorar a precariedade da situação sanitária. Todos os países da Região empreenderam, de uma forma ou de outra, a reforma do sector da Saúde, embora o campo de acção variasse de país para país.
11. O documento em apreço, preparado pelo Director Regional para informar o Comité Regional sobre o estágio da implementação das reformas do sector da Saúde nos países da Região e perspectivas de futuro, foi organizado em 6 partes: Introdução (parágrafos 1-6); Contexto da reforma do sector da Saúde (parágrafos 7-13); Contéudo da reforma do sector da Saúde em curso (parágrafos 14-18); Estádio de implementação da reforma do sector da Saúde na Região (parágrafos 19-35); Desafios e perspectivas de futuro (parágrafos 36-49); Conclusão (parágrafos 50-56).
12. O Dr. Sambo salientou ainda que o Comité Regional era convidado a analisar o relatório dos progressos e:
 - i) a pronunciar-se sobre: a definição operacional apresentada de reforma do sector da Saúde; o modo como o processo de reforma era caracterizado; o quadro proposto para estabelecer a interligação entre a reforma do sector da Saúde e a melhoria do estado de saúde;

-
- as principais lições retiradas da análise das experiências dos países; os factores-chave de sucesso observados; e os futuros desafios e perspectivas enumerados;
- ii) a fornecer orientações e directivas adequadas à Sede Regional, de modo a permitir que esta possa apoiar com eficácia os Estados-Membros nos seus esforços de reforma.
13. Os participantes elogiaram o Secretariado pela pertinência, oportunidade, boa qualidade e clareza do documento.
 14. Embora concordassem que não existe uma matriz para a reforma do sector da Saúde, os participantes sublinharam a necessidade de utilizar os princípios enumerados no documento como guia para a reforma do sector da Saúde, em todos os países da Região. Exprimiram igualmente a necessidade de se apresentarem resultados concretos, de modo a facilitar a formação de consensos ao longo de todo o processo de reforma do sector da Saúde.
 15. O Subcomité apoiou: a definição operacional da reforma do sector da Saúde que foi apresentada; o modo como a reforma do sector da Saúde foi caracterizada; o quadro apresentado no documento, interligando a reforma do sector da Saúde com a melhoria do estado de saúde; as principais lições colhidas, bem como os factores-chave de sucesso destacados; e ainda os futuros desafios e perspectivas enumerados.
 16. Foi referida a necessidade de a reforma do sector da Saúde incidir sobre o HIV/SIDA, a tuberculose e o paludismo, que representam grande parte do fardo das doenças na Região. Ao mesmo tempo que se saudou o recurso a abordagens de âmbito sectorial (SWAps) na reforma do sector da Saúde, foi sublinhada a necessidade de se dar a devida atenção aos programas de saúde prioritários, alguns dos quais têm sido executados com sucesso numa perspectiva vertical, no contexto das SWAps.
 17. O Subcomité referiu também que o sucesso das reformas do sector da Saúde tem sido afectado por factores que escapam ao controlo dos Ministérios da Saúde, incluindo a ausência de boa governação e a oposição às reformas por parte de indivíduos e/ou grupos de interesses alheios ao Ministério da Saúde.
 18. Embora seja importante, como parte do processo de reforma, que haja uma redistribuição dos recursos a favor dos cuidados primários de saúde, foi sublinhada a necessidade de os cuidados secundários e terciários não serem negligenciados. Além disso, uma afectação mais elevada de recursos aos serviços distritais de saúde deverá ter em conta a capacidade de absorção que existe a esse nível.

19. O Subcomité chamou a atenção para o facto de a descentralização não dever ser encarada como panaceia para todos os problemas da saúde, embora ela seja um importante aspecto da reforma do sector, sobretudo no que respeita à organização e gestão dos serviços sanitários.
20. Foi referido que os doadores muitas vezes empreenderam intervenções, sem terem na devida conta as realidades e prioridades locais em matéria de saúde. O Subcomité sublinhou a necessidade de a OMS apoiar os países na definição de estratégias comuns, que poderão ser adoptadas para garantir que os doadores se conformem com os planos de desenvolvimento e as políticas nacionais de saúde.
21. O Secretariado tomou nota de alguns comentários específicos efectuados, com vista a melhorar o documento.
22. O Director Regional, Dr. Ebrahim Samba, agradeceu aos participantes os seus úteis comentários e sugestões. Acrescentou que, posteriormente, seriam sintetizadas e divulgadas as experiências dos países da Região na reforma do sector da Saúde, tal como foram apresentadas na reunião interpaíses organizada pelo Banco Mundial. Acentuou a necessidade de os governos assumirem um papel de liderança em todas as fases do processo de reforma.
23. O Subcomité do Programa preparou um projecto de resolução para análise e aprovação pelo Comité Regional.

Política regional de saúde para todos no século XXI

(documento AFR/RC49/8 Rev.1)

24. O Dr. L.G. Sambo, do Secretariado, apresentou o documento.
25. Informou que o documento estava dividido em duas partes, a saber: um resumo de 3 páginas e um corpo principal de 37 páginas. Este último contém seis secções: a primeira faz um historial; a secção 2 apresenta uma panorâmica geral do desenvolvimento sanitário na Região; a secção 3 apresenta futuros cenários; a secção 4 contém uma visão do desenvolvimento sanitário em África; a secção 5 comporta questões fundamentais e planos estratégicos; e a secção 6 contém a agenda para a saúde no ano 2020.
26. Acrescentou que a política proposta foi formulada por etapas, ao longo de muitos anos, e que a sua formulação foi iniciada a nível dos países, tendo prosseguido com algumas reuniões consultivas.
27. A política baseia-se numa retrospectiva do passado, numa análise do presente e numa exploração sistemática do futuro, reflectindo, por um lado, a aspiração das populações a um melhor estado de saúde e, por outro, a visão inspirada no melhor dos cenários previstos, susceptível de conduzir à "Dignidade e Saúde".

28. A visão do desenvolvimento sanitário nas próximas décadas, tal como definida no documento, abrange vários cenários possíveis, induzidos por factores de incerteza que podem influenciar o desenvolvimento sanitário. Dois destes factores, nomeadamente a pobreza e a disponibilidade de cuidados de saúde essenciais, são cruciais. A pobreza tem um impacto directo sobre o estado de saúde das populações e sobre os determinantes da saúde, afectando igualmente o acesso aos serviços sociais. A disponibilidade de cuidados de saúde essenciais é afectada não só pela governação e pelas atitudes, como também pela motivação dos vários intervenientes.
29. O cenário preferencial baseia-se em pressupostos positivos relacionados com as tendências da pobreza e com a disponibilidade de cuidados de saúde essenciais. Designado de "Dignidade e Saúde", o cenário reflecte uma política coesa de desenvolvimento humano e de eficácia no desenvolvimento da saúde e implica que, no ano 2020, as populações se terão libertado da pobreza e da exclusão, que os cuidados de saúde serão prestados com eficácia, particularmente aos grupos mais desfavorecidos da população, as doenças associadas à pobreza e ignorância terão sido minimizadas e a África enfrentará o futuro com dignidade.
30. Como quadro de política de saúde, o documento aborda a questão das acções a executar. A Agenda Saúde 2020 para a África é uma lista de opções estratégicas, traduzidas em objectivos, domínios de acção, intervenientes envolvidos, factores de sucesso e resultados esperados. As opções estratégicas resultam das modalidades escolhidas para concretizar a visão dentro do calendário temporal estabelecido, constituindo essas escolhas respostas às perguntas relacionadas com o modo como a visão se deve concretizar.
31. A Agenda Saúde 2020 traduzir-se-á em acções concretas através de programas de acção e de intervenções específicas no sector da Saúde e, inevitavelmente, noutros sectores de desenvolvimento humano.
32. Como o êxito na implementação de qualquer política depende muito do grau de envolvimento e do consenso entre os diferentes intervenientes, deu-se uma atenção especial ao papel e à responsabilidade dos intervenientes, incluindo os governos e a Organização Mundial de Saúde e, em especial, dos indivíduos, das comunidades e da sociedade civil, em geral.
33. A política de desenvolvimento sanitário proposta baseia-se na política de Saúde para Todos, conforme adoptada na Assembleia Mundial da Saúde (WHA51) em 1998, e nos seus valores e princípios. A Agenda Saúde 2020 reflecte as prioridades e as metas que foram definidas para a acção, de modo a impulsionar o desenvolvimento sanitário global.

-
34. O Dr. Sambo concluiu pedindo ao Subcomité que fizesse comentários e sugestões relativamente à relevância, estrutura, conteúdo e extensão do documento, assim como sobre o processo que deveria ser seguido para finalizá-lo.
 35. O Director Regional, Dr. E. M. Samba, observou que, ao contrário de outros documentos apresentados ao Subcomité, que relatam o estado actual da implementação de alguns programas ou iniciativas ou têm uma perspectiva a médio prazo, o documento de orientação é futurista e visionário, mas servirá como documento de referência para orientar o desenvolvimento sanitário na Região durante, pelo menos, os próximos vinte anos. Salientou ainda que se trata de uma primeira versão do documento e que o Secretariado estará pronto a reformulá-lo, se necessário. Pediu em seguida ao Subcomité que fornecesse as orientações necessárias.
 36. O Subcomité felicitou o Secretariado pelo trabalho que tinha tido com a preparação de um documento tão pormenorizado e que aborda uma matéria muito importante. Foi opinião geral que o documento faz um estudo aprofundado do processo de desenvolvimento sanitário na Região e, com base nesse estudo, tenta traçar o caminho mais indicado para o desenvolvimento sanitário nos próximos vinte anos. No entanto, o Subcomité observou que o documento é demasiado extenso como documento de orientação e que é bastante difícil de compreender. Na sua presente forma, o documento contém também algumas incoerências.
 37. Uma vez que alguns dos factores que afectarão o desenvolvimento sanitário no futuro estão fora do controlo do Ministério da Saúde, e uma vez que o cenário do desenvolvimento sanitário escolhido exigirá mais do que os contributos que o Ministério da Saúde pode fornecer, o desenvolvimento do documento de orientação requer uma consulta mais vasta aos níveis nacional e regional. Isso envolverá outros sectores e parceiros da área da Saúde, devendo essas consultas ser multissetoriais, multidisciplinares e multi-agências.
 38. Para tornar o documento mais compreensível, haverá necessidade de: elaborar um glossário para alguns dos conceitos nele utilizados; pôr certas partes do documento como anexos; e simplificar a apresentação, para que pessoas sem formação técnica a possam compreender.
 39. Após análise mais detalhada do documento, foi observado que ele deveria ainda ter em conta o seguinte: não dar à visão um tom demasiado ambicioso; abordar o papel que caberá à medicina tradicional no próximo século e o impacto do crescimento populacional no desenvolvimento sustentável; analisar

mais profundamente os dados demográficos e epidemiológicos e as estratégias de outros sectores/agências que contribuem para a redução da pobreza e a eliminação da ignorância.

40. Depois de prolongada discussão, o Subcomité acordou em que sejam tomadas as seguintes medidas, para uma futura versão:

Estrutura e conteúdo

Foi proposto um documento de orientação dividido em quatro partes, mais curto e de mais fácil leitura, compreendendo:

- i) Prefácio
- ii) Análise da situação, destacando os pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças (SWOT)
- iii) Uma visão com objectivos e metas bem definidos, elaborada a partir das conclusões de (ii), bem como o cenário para a concretizar
- iv) Agenda Saúde 2020.

Processo

- i) Redigir uma segunda versão provisória, à luz dos comentários e sugestões do Subcomité
- ii) Apresentar esta segunda versão à 49ª sessão do Comité Regional, para análise e orientações
- iii) Elaborar uma terceira versão que contemple os comentários e orientações da 49ª sessão do Comité Regional
- iv) Realizar uma reunião de carácter multissectorial, multidisciplinar e multi-agências, para obtenção de consenso
- v) Preparar uma quarta versão, que contemple os comentários e sugestões emanados da reunião para obtenção de consenso, mas mantendo as orientações-chave do Comité Regional
- vi) Rever a quarta versão no âmbito do Subcomité do Programa, em Junho do ano 2000, e apresentá-la à 50ª sessão do Comité Regional, para análise e aprovação.

Este processo já foi, em grande parte, utilizado por, pelo menos, outra Região da OMS, ao melhorar um documento regional semelhante.

41. O Secretariado expressou a sua gratidão pelos valiosos comentários, sugestões e orientações para o futuro apresentados pelo Subcomité, e assegurou aos membros que o documento, depois de revisto, será remetido aos países em fins de Julho de 1999, a fim de estes disporem de tempo suficiente para a sua análise, antes da 49ª sessão do Comité Regional.

Estratégia regional para a saúde mental (documento AFR/RC49/9)

42. O documento foi apresentado pelo Dr. M. Belhocine, do Secretariado.
43. Afirmou que a saúde mental é parte fundamental e integrante da saúde, tal como esta é definida na Constituição da Organização Mundial de Saúde. Assim como a saúde não é apenas a ausência de doença, também a saúde mental não é simplesmente a ausência de perturbações ou doenças mentais, pois implica também um estado positivo de bem-estar mental.
44. Fez notar que o consumo e abuso de substâncias psicoactivas (álcool, tabaco e drogas) se estão a tornar numa preocupação cada vez maior de saúde pública na Região. Muitos dos países africanos são usados como vias de passagem para drogas ilegais, que em seguida se infiltram nos países, numa cultura da droga que agrava os problemas já existentes de consumo de *cannabis* a nível local. Em muitos países do Norte, a procura de tabaco estava ameaçada, daí resultando uma pressão crescente para aumentar as vendas nos países em desenvolvimento, onde o consumo está em crescimento acelerado e as crianças começam a fumar muito novas.
45. Muitos países da Região estão envolvidos em guerras civis, que têm um impacto negativo no bem-estar mental das populações atingidas. A infecção pelo HIV agravou consideravelmente os problemas psicossociais já existentes em muitos países, exigindo o apoio e aconselhamento aos indivíduos afectados e o tratamento dos membros da família sobreviventes, em especial as crianças.
46. Lembrou ao Subcomité que o contributo da saúde mental como componente essencial da saúde individual e comunitária tinha sido sublinhado em diferentes resoluções aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde, pelo Comité Regional, pela Assembleia-Geral das Nações Unidas e pelo Programa das Nações Unidas para o Combate à Droga (PNUCD). No entanto, as anteriores abordagens à saúde mental na Região Africana não tinham sido capazes de identificar as áreas prioritárias, nem de desenvolver as estratégias apropriadas para as enfrentar. Foi por isso que se elaborou o documento de estratégia.
47. Salientou o conteúdo do documento do seguinte modo: os parágrafos 1 a 5 sublinham a necessidade de rever as estratégias existentes e de desenvolver um quadro estratégico global de saúde mental e de prevenção e luta contra o abuso de substâncias psicoactivas; os parágrafos 6 a 13 apresentam uma panorâmica global da magnitude do problema, dos factores que determinam o estado de fraca saúde mental na Região Africana e dos recursos disponíveis para resolver os problemas de saúde mental e para a prevenção e luta contra o

abuso de substâncias psicoactivas; os parágrafos 14 e 16 apresentam a finalidade, objectivos, visão e princípios orientadores para a implementação da estratégia; os parágrafos 19 a 26 contêm as intervenções prioritárias; e os parágrafos 27 a 34 apresentam informação pormenorizada sobre o quadro de implementação.

48. A estratégia regional de saúde mental e de prevenção e luta contra o abuso de substâncias psicoactivas, para o período de 2000-2010, foi apresentada como instrumento para ajudar os Estados-Membros e os outros parceiros interessados a identificar prioridades e a elaborar e implementar programas a vários níveis do sistema de saúde, com especial relevo para o que se pode fazer a nível de distrito e das comunidades.
49. O Subcomité do Programa foi convidado a analisar o documento e a dar as orientações necessárias para a sua melhoria e aprovação para implementação.
50. O Subcomité do Programa exprimiu a sua apreciação pelo documento e sublinhou a necessidade de reforçar a sensibilização para os problemas de saúde mental, bem como de assegurar mudanças de atitude, por forma a reduzir a estigmatização e a discriminação contra as pessoas com doenças mentais.
51. O Subcomité do Programa notou que a saúde mental continuará a constituir um grande problema devido à crescente toxicodependência, à prevalência de conflitos e guerras civis, à deterioração da situação económica e social, à violência doméstica contra as mulheres e as crianças, bem como ao crescimento do desemprego, em especial entre os jovens escolarizados.
52. Referiu-se que o desenvolvimento de capacidades seria importante para resolver com eficácia este cada vez mais grave problema de saúde. Isso envolveria, entre outras coisas, a introdução de módulos de saúde mental no currículo de formação do pessoal de saúde geral, assim como a formação de especialistas, principalmente mulheres, em saúde mental.
53. Observou-se que as legislações existentes sobre o tratamento de doentes mentais, antiquadas e draconianas, precisam de ser revistas.
54. Observou-se também que, dada a importância do programa, o documento deveria ser mais agressivo, de modo a convencer os governos e os outros parceiros relevantes da necessidade urgente de tomarem acções apropriadas.
55. A necessidade de tomar medidas adequadas para reduzir a violência doméstica contra as mulheres e as crianças e providenciar serviços de aconselhamento e reabilitação, particularmente aos toxicodependentes, foram identificadas como importantes intervenções adicionais.

-
56. O Subcomité do Programa reconheceu o importante papel que os curandeiros e praticantes tradicionais têm desempenhado no tratamento das pessoas com doenças mentais e recomendou que isso fosse tido em conta na implementação da estratégia.
 57. Referiu-se que os impostos sobre produtos que representam um perigo para a saúde, como o tabaco e o álcool, deviam ser destinados ao financiamento dos serviços gerais de saúde, incluindo a saúde mental.
 58. O Subcomité do Programa fez ainda outras observações e sugestões específicas no sentido de melhorar o documento.
 59. O Director Regional agradeceu aos membros do Subcomité as úteis observações que apresentaram e concordou que a saúde mental não recebeu, até ao presente, a prioridade que merece. Observou que, com a ruptura dos sistemas de apoio familiar, o aumento da pobreza, etc., as doenças mentais se tornaram num grave problema de saúde pública, que requer bastante mais atenção.
 60. O Subcomité do Programa preparou um projecto de resolução para análise e aprovação pelo Comité Regional.

**Diagnóstico e tratamento integrados das doenças da infância (DITIDI):
Plano estratégico para 2000-2005 (documento AFR/RC49/10)**

61. O documento foi apresentado pelo Dr. Kaboré, do Secretariado.
62. Realçou que aproximadamente 11 milhões de crianças menores de 5 anos morrem anualmente de afecções comuns evitáveis, designadamente infecções respiratórias agudas, diarreia, paludismo, sarampo e malnutrição, tendo igualmente assinalado que projecções baseadas numa análise do fardo mundial da doença, efectuada em 1996, indicavam que essas afecções continuariam a contribuir significativamente para a morbilidade e a mortalidade no ano 2020, a menos que se envidassem esforços consideráveis no sentido do seu controlo.
63. Acrescentou que, desde 1995, a Sede Regional Africana da OMS intensificou o seu apoio aos Estados-Membros, adoptando a estratégia de Diagnóstico e Tratamento Integrados das Doenças da Infância (DITIDI) com vista à redução da morbilidade e mortalidade deste grupo vulnerável. Em Dezembro de 1998, a estratégia estava a ser implementada em 22 países da Região.
64. O Dr. Kaboré fez notar que, apesar das conquistas potenciais alcançadas graças ao DITIDI, existia um certo número de obstáculos, tais como insuficiência de recursos humanos e financeiros e debilidades nos sistemas de saúde, aos níveis regional, nacional e distrital, que exigiam particular atenção a fim de acelerar a implementação da estratégia.

-
65. Frisou que o documento apresentava os motivos subjacentes à implementação do DITIDI, fornecia uma clara análise da situação do actual estágio de implementação nos países e descrevia o plano estratégico regional do DITIDI para 2000-2005. Além disso, do documento constavam os princípios orientadores da estratégia DITIDI, bem como os seus objectivos, resultados esperados e intervenções prioritárias susceptíveis de serem implementadas e monitorizadas aos níveis nacional, distrital e comunitário. O papel dos Estados-Membros, da OMS e dos parceiros tinha sido claramente identificado no quadro de implementação e os factores-chave do sucesso haviam sido definidos.
 66. Finalmente, sublinhou que o plano estratégico do DITIDI para 2000-2005 seria apresentado ao Comité Regional para análise e adopção, a fim de acclerar a implementação da estratégia DITIDI na Região.
 67. O Subcomité do Programa felicitou o Secretariado por ter elaborado o plano estratégico do DITIDI, tendo realçado que, em vez de um programa, o DITIDI era uma estratégia importante para fazer face às doenças comuns nas crianças, de maneira integrada. O Subcomité sublinhou a necessidade de incorporar o DITIDI como uma das estratégias importantes no âmbito da implementação da reforma do sector da Saúde na Região.
 68. Salientou igualmente que o DITIDI era uma estratégia que requeria recursos consideráveis, o que era susceptível de ser um entrave à sua implementação.
 69. Sublinhou-se a necessidade de institucionalizar o DITIDI, por forma a torná-lo sustentável. Uma das formas de fazê-lo consistia em introduzir o DITIDI como parte dos programas de formação básica dos profissionais de saúde.
 70. Referiu-se que, para garantir o sucesso da implementação do DITIDI, seria necessário: obter um consenso nacional sobre a utilidade da estratégia DITIDI; alterar certas políticas, nomeadamente no que respeita a programas verticais e aos medicamentos; prestar apoio adequado aos distritos, bem como assegurar o uso eficaz das acções de informação, educação e comunicação, para alcançar as comunidades cujo envolvimento na implementação da estratégia DITIDI de forma faseada e contínua era extremamente importante.
 71. O Subcomité do Programa fez notar que as experiências adquiridas em 22 países onde a estratégia já estava a ser implementada estavam a ser usadas para nortear o alargamento da implementação a outros países da Região.

-
72. Após ter pedido esclarecimentos sobre algumas questões ao Secretariado, o Subcomité fez vários comentários e sugestões para melhorar o documento, entre as quais a necessidade de realçar a importância de que se reveste para os países a definição de indicadores para monitorizar a implementação da estratégia aos níveis distrital e comunitário.
 73. O Subcomité do Programa frisou que o prazo de cinco anos estabelecido para a implementação do plano estratégico do DITIDI era diferente do prazo estabelecido para outras estratégias (dez anos), bem como da política da Saúde para Todos (vinte anos) e interrogou-se se não seria melhor proceder a uma harmonização. Em resposta, o Secretariado explicou que a política da Saúde para Todos era uma visão a longo prazo do desenvolvimento sanitário na Região, ao passo que o plano estratégico do DITIDI era um plano a médio prazo para acelerar a implementação da estratégia DITIDI. Além disso, as outras estratégias que estavam a ser definidas para um período de 10 anos requeriam um plano a médio prazo de três a cinco anos para a sua implementação.
 74. O Subcomité preparou um projecto de resolução, para análise e aprovação pelo Comité Regional.

Medicamentos essenciais na Região Africana da OMS:

Análise da situação e suas tendências (documento AFR/RC49/11)

75. O documento foi apresentado pelo Dr. B.K. Nguyen, do Secretariado.
76. Lembrou que a publicação da primeira Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS em 1977 marcou o início da promoção do conceito de "medicamentos essenciais" pela Organização. A elaboração do Programa de Acção para os Medicamentos Essenciais (PAME) em 1981 acelerou a formulação e a implementação das políticas nacionais de medicamentos. Presentemente, 33 Estados-Membros da Região Africana dispõem de políticas nacionais de medicamentos e mais de 40 possuem listas nacionais de medicamentos essenciais. Acrescentou que, embora o Comité Regional tenha aprovado algumas resoluções sobre medicamentos essenciais, não tinha sido apresentado anteriormente nenhum relatório sobre o progresso global do trabalho realizado. O documento foi, portanto, preparado para informar os Estados-Membros sobre as realizações conseguidas e sobre as actividades da OMS nos últimos 10-15 anos.
77. Salientou que os parágrafos 1 a 3 contêm uma declaração sobre a missão da OMS na área dos medicamentos essenciais; os parágrafos 4 a 7 apresentam um panorama global e regional da situação económica, sociopolítica, demográfica e

sanitária que influencia a elaboração e a implementação das políticas nacionais de medicamentos essenciais; os parágrafos 8 a 27 apresentam uma análise das tendências e realizações de algumas componentes das políticas nacionais de medicamentos; os parágrafos 28 a 34 descrevem alguns dos desafios a enfrentar e o quadro de acção; e os parágrafos 35 a 38 esboçam algumas das perspectivas de futuro e o papel da OMS.

78. O Subcomité foi convidado a registar os lentos mas firmes progressos registados na elaboração e implementação de políticas nacionais de medicamentos, bem como os sérios desafios que a Região enfrenta no domínio do fornecimento de medicamentos essenciais, apesar das anteriores estratégias desenvolvidas e dos esforços feitos pelos Estados-Membros para fazer face a esses desafios. O Subcomité foi também convidado a analisar as componentes do Programa Intensificado de Medicamentos Essenciais para a Região Africana e a dar orientações sobre as modalidades de apoio à colaboração na implementação do programa e à angariação de fundos para a sua implementação.
79. O Director Regional sublinhou a importância dos medicamentos essenciais nos sistemas nacionais de prestação de cuidados de saúde, especialmente a nível distrital, tendo acrescentado que, por essa razão, tinha sido organizada uma reunião regional da OMS em Cabo Verde, em 1988, para estudar os vários aspectos da produção local de medicamentos essenciais, incluindo a identificação das áreas de colaboração entre os países. Pediu, por isso, ao Subcomité que desse orientações sobre esse importante aspecto.
80. O Subcomité do Programa notou vários aspectos da área dos medicamentos que suscitam grande preocupação, nomeadamente a limitada disponibilidade e a falta de acesso regular a medicamentos essenciais de qualidade, o uso inadequado de medicamentos e a falta de padrões, regulamentos e legislação relevante.
81. Foi referido que a compra agrupada envolvendo muitos países oferece a possibilidade de reduzir o custo dos medicamentos, melhorando assim a sua acessibilidade financeira.
82. O Subcomité notou o impacto dos acordos internacionais de comércio sobre o fabrico local de medicamentos e as implicações da resolução da Assembleia Mundial da Saúde sobre a estratégia farmacêutica revista. Os países devem ter muito seriamente em conta as implicações destes acordos e todas as partes envolvidas (ministérios da saúde, comércio e indústria) devem ser implicadas na protecção dos interesses da saúde pública.

83. O Subcomité sugeriu que os profissionais de saúde colaborem com os praticantes de medicina tradicional, a fim de ampliar o emprego de produtos medicinais de eficácia e inocuidade comprovadas. Nesta área, foi lembrado ao Subcomité que a OMS está a preparar uma estratégia sobre o papel da medicina tradicional na prestação dos cuidados de saúde.
84. Foi notado que é possível comprovar a eficácia e a inocuidade dos produtos medicinais à base de ervas por meio de estudos científicos e testes clínicos.
85. O Subcomité acentuou a necessidade de garantir a disponibilidade de medicamentos essenciais em todos os níveis do sistema de saúde, para melhorar a eficácia na implementação dos programas prioritários (por exemplo, paludismo, tuberculose e HIV/SIDA), bem como das estratégias prioritárias (por exemplo, DITIDI).
86. Recomendou que as listas de medicamentos essenciais para os vários níveis do sistema de saúde fossem revistas periodicamente, para ter em conta as doenças emergentes e reemergentes, a resistência aos medicamentos existentes e os novos desenvolvimentos na indústria farmacêutica.
87. O Subcomité manifestou particular preocupação pela elevada proporção de medicamentos importados falsificados ou ilícitos. Foi sugerido que a OMS envidasse esforços coordenados com os parceiros interessados no sentido de resolver este problema aos níveis nacional, regional e mundial.
88. Embora reconhecendo que há diferentes interesses em jogo no que respeita às questões relativas aos medicamentos, o Subcomité recomendou que as políticas nacionais de medicamentos deveriam satisfazer as necessidades de população, em particular as relacionadas com a implementação do pacote mínimo de saúde a nível distrital.
89. O Secretariado tomou nota das observações e sugestões específicas feitas pelo Subcomité, para melhorar o documento.
90. O Subcomité preparou um projecto de resolução, para análise e aprovação pelo Comité Regional.

Política de tecnologias da saúde na Região Africana

(documento AFR/RC49/12)

91. O Dr B.K. Nguyen, do Secretariado, apresentou o documento.
92. Lembrou ao Subcomité que o desenvolvimento tecnológico tinha desempenhado, e continua a desempenhar, um papel essencial na promoção da prestação de cuidados de saúde. A introdução das tecnologias na Região está, presentemente, a ser mais influenciada por pressões dos produtores e utentes das tecnologias do que pelas necessidades dos países. Esta situação deriva de

-
- uma forte pressão do mercado, a nível mundial e nacional, de falta de normalização do equipamento médico e da doação de equipamento oriundo de várias fontes.
93. Acrescentou que o âmbito das tecnologias da saúde é muito vasto e que, por isso, o relatório apresentado ao Comité se debruçava sobre o equipamento biomédico, que constitui uma das maiores preocupações dos países da Região.
 94. Os parágrafos 5 a 9 do relatório apresentam a política de tecnologias de saúde proposta, a qual visa reforçar a capacidade dos países em otimizar a aquisição, gestão e uso dos recursos tecnológicos, para garantir um acesso universal e equitativo a cuidados de qualidade. São propostos três princípios orientadores, para garantir uma eficaz implementação da política. Os parágrafos 11 a 19 do relatório contêm as conclusões de uma análise da situação das tecnologias de saúde na Região enquanto que os parágrafos 20-29 providenciam as justificações para a política. A estratégia de implementação da política proposta encontra-se nos parágrafos 30 a 51, em termos de objectivos, resultados esperados e intervenções prioritários. Os parágrafos 52 a 56 apresentam o quadro de implementação da política proposta. Os factores-chave de uma implementação bem sucedida constam dos parágrafos 57 e 58.
 95. Uma implementação bem sucedida desta estratégia regional dependerá, entre outros aspectos, de um empenhamento político a longo prazo, da criação de condições reais para que os Estados-Membros se apropriem da implementação da política, da permanente disponibilidade de um grupo essencial de pessoal técnico qualificado, de uma eficaz mobilização de recursos e de um financiamento adequado.
 96. Concluindo, disse esperar que o Subcomité do Programa analisasse os vários elementos da política regional de tecnologias de saúde proposta e que apresentasse sugestões tendentes a melhorá-la, tendo em vista a sua aprovação. O Comité deveria também discutir o melhor modo de apoiar os Estados-Membros na formulação de políticas nacionais de tecnologias da saúde, baseadas na política regional, e na concepção de planos coerentes, capazes de melhorar a qualidade e quantidade da prestação de cuidados de saúde e, ao mesmo tempo, reduzir as despesas e a dependência externa.
 97. O Director Regional lembrou que as tecnologias da saúde devem abranger o equipamento e os procedimentos. Acrescentou que as tecnologias da saúde, no contexto da Região, devem ser entendidas como comportando componentes tanto importados como locais.

-
98. O Subcomité do Programa exprimiu a sua apreciação pelo documento e descreveu-o como um avanço importante na Região, dado que a maioria dos países não têm políticas claramente definidas ou estratégias coerentes em matéria de tecnologia da saúde, uma situação que está na origem da debilidade nas várias componentes da gestão da tecnologia da saúde, nomeadamente a selecção, compra, utilização, manutenção e substituição do equipamento.
 99. O Subcomité notou que as potenciais áreas de cooperação técnica entre países da Região no que respeita à tecnologia da saúde incluíam a formação do pessoal encarregado da manutenção do equipamento e tecnologia da saúde, a compra em conjunto e a utilização de tecnologia moderna.
 100. O Secretariado forneceu esclarecimentos sobre as várias questões levantadas pelo Subcomité.
 101. Sublinhou-se a necessidade de fazer um inventário das tecnologias da saúde importadas e locais, por muito rudimentares que sejam, bem como do respectivo grau de funcionalidade e adequação. A informação decorrente desse exercício poderia ser usada para melhor planear a selecção futura de tecnologias apropriadas.
 102. Realçou-se, igualmente, a necessidade de desenvolver uma cultura de manutenção das tecnologias da saúde o que implicaria a orçamentação de verbas para a manutenção do equipamento, bem como a instauração de uma manutenção preventiva.
 103. O Subcomité pediu o apoio da OMS na formulação de directivas que contribuam para: i) harmonizar os tipos de tecnologias da saúde aos vários níveis dos sistemas de saúde e/ou unidades de saúde; ii) regulamentar os dons ou compras de tecnologias da saúde.
 104. Observou que embora fosse necessário proceder à formação de um número adequado de pessoal de manutenção, era igualmente importante garantir uma boa motivação, a fim de assegurar a respectiva retenção.
 105. O Secretariado tomou nota dos vários comentários e sugestões feitos para melhorar a qualidade do documento e garantiu ao Subcomité que os mesmos seriam incorporados durante a revisão do documento.
 106. O Subcomité recomendou que o documento de orientação sobre tecnologias da saúde fosse adoptado e que a sua implementação tomasse em consideração a Resolução AFR/RC44/R15 sobre a selecção e desenvolvimento das tecnologias da saúde, a nível distrital.

Análise da implementação da Iniciativa de Bamaco

(documento AFR/RC49/13)

107. O documento foi apresentado pelo Dr.B.K.Nguyen, do Secretariado.
108. Recordou que tinham decorrido 12 anos desde que, em 1987, a Iniciativa de Bamaco foi lançada, com o objectivo de reforçar os Cuidados Primários de Saúde (CPS). Em Setembro de 1997, o Comité Regional, por ocasião da sua 47ª sessão, solicitou que se procedesse a uma análise da implementação da Iniciativa na Região Africana e, em resposta, a Sede Regional Africana da OMS, juntamente com o Governo do Mali e a UNICEF, organizou para o efeito uma reunião em Bamaco, no Mali, entre 8 e 12 de Março de 1999.
109. Acrescentou que o documento apresentava os resultados dessa reunião, bem como o quadro de implementação da Iniciativa de Bamaco no futuro. Além disso, definia o papel da Iniciativa nas reformas do sector da Saúde em curso nos países da Região.
110. Indicou que os parágrafos 6 a 9 do documento providenciavam uma análise dos resultados alcançados e das lições colhidas. A Iniciativa de Bamaco é largamente considerada uma abordagem pertinente para atingir os objectivos dos CPS. Nos países que a implementaram em grande escala, a Iniciativa contribuiu para melhorar a acessibilidade e a cobertura dos serviços de saúde. Graças à Iniciativa, criou-se um quadro jurídico para a participação comunitária e alcançou-se uma melhoria na gestão dos medicamentos com a recuperação dos respectivos custos, o co-financiamento e a retenção de fundos ao nível comunitário. Além disso, a maioria dos países definiu um pacote mínimo de cuidados de saúde a nível distrital e a Iniciativa também desempenhou um importante papel catalisador no reforço do sistema distrital de saúde.
111. O Dr.Nguyen realçou algumas das lições importantes aprendidas durante o processo de implementação da Iniciativa, nomeadamente a necessidade de assegurar a vontade e a estabilidade políticas, de envolver os outros sectores - incluindo o sector privado - e de evitar uma dependência excessiva do financiamento externo.
112. Fez notar que as perspectivas para o futuro constavam dos parágrafos 10 a 13 do documento, tendo acrescentado que a Iniciativa de Bamaco deveria ter em conta a dimensão comunitária das reformas no sector da Saúde. Consequentemente, a Iniciativa deveria continuar a incidir sobre a concessão de poderes acrescidos às comunidades para melhorarem a sua própria saúde no contexto das actuais reformas. Haveria necessidade de interligar a Iniciativa

-
- de Bamaco com actividades geradoras de rendimentos a nível comunitário, num esforço no sentido de contribuir para aliviar a pobreza e para o desenvolvimento sustentável.
113. Finalmente, assinalou que no parágrafo 13 do relatório, propunha-se um novo quadro de implementação. A Iniciativa de Bamaco continua a ser uma estratégia pertinente e eficaz para promover o acesso universal a cuidados de saúde de qualidade, sendo propostas acções a emprender no contexto de uma forte liderança das autoridades nacionais, de modo a se conseguir atingir o objectivo definido.
 114. O Subcomité do Programa foi convidado a registar os resultados significativos conseguidos pelos Estados-Membros na implementação da Iniciativa de Bamaco, bem como a aprovar o novo quadro de implementação proposto no relatório do Director Regional. Além disso, o Subcomité foi convidado a fornecer orientações sobre a melhor maneira de levar os países a assumir o compromisso de implementarem a Iniciativa de Bamaco, como a dimensão comunitária da reforma do sector da Saúde, bem como levar os parceiros nacionais e internacionais a apoiarem efectivamente os esforços das comunidades neste domínio.
 115. O Subcomité do Programa fez notar que os países que implementaram a Iniciativa de Bamaco consideraram a abordagem pertinente e relevante para resolver os principais problemas de saúde que as comunidades enfrentam. Na realidade, as comunidades tornaram-se mais intervenientes e activas no tratamento das questões que dizem respeito à sua própria saúde.
 116. Foi expressa uma certa preocupação quanto à necessidade de os governos continuarem a desempenhar o seu papel na prestação dos melhores cuidados possíveis à população, tendo-se realçado que o contributo da comunidade deveria complementar os esforços dos governos. O Subcomité pediu à OMS para ajudar a influenciar os governos, no sentido destes continuarem a desempenhar o seu papel fundamental.
 117. Foi salientado que o presente documento não referia os obstáculos à implementação da Iniciativa de Bamaco. A este propósito, foram feitas as seguintes observações:
 - Sempre que a implementação da Iniciativa de Bamaco for lançada sem uma adequada preparação das comunidades, encontrará inevitavelmente dificuldades.

-
- Para poder ter êxito, a recuperação dos custos deverá ser apoiada num quadro legislativo favorável, devendo igualmente haver uma provisão para aqueles que não têm meios para contribuir. A vacinação também deverá ser excluída da recuperação dos custos.
 - É importante garantir uma correcta responsabilização e transparência na gestão dos recursos locais.
 - A questão da sustentabilidade deverá ser abordada desde o início e os fundos dos doadores devem ser dirigidos às necessidades prioritárias de saúde, conforme identificadas pelas comunidades.
 - O abastecimento de medicamentos para apoiar a Iniciativa de Bamaco deverá ter em conta as necessidades específicas dos doentes com HIV/SIDA.
 - Medicamentos genéricos falsificados podem fácil e rapidamente infiltrar-se nas unidades de saúde comunitárias e periféricas.
 - Nunca será demais insistir na necessidade de garantir cuidados de saúde de qualidade.
118. O Subcomité sublinhou a necessidade de se criar um ambiente favorável aos parceiros e às ONG, para fornecerem recursos para apoiar a Iniciativa de Bamaco e para analisarem o papel eficaz e relevante da Medicina Tradicional. Salientou igualmente a importância do diálogo e da colaboração com outros sectores e a necessidade da OMS de contribuir para este efeito nos países.
119. Sobre o novo quadro de implementação, o Subcomité registou que há mais países a considerar a introdução ou um maior desenvolvimento da Iniciativa de Bamaco. Por esta razão, será necessário definir mais operacionalmente o novo quadro de implementação da Iniciativa e que a OMS forneça apoio e orientações claras. Com base neste quadro, será necessário identificar as transformações previstas no âmbito das reformas do sector da Saúde.
120. O Subcomité preparou um projecto de resolução, para análise e aprovação pelo Comité Regional.

Adopção do relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC49/6)

121. Após análise e discussão do documento e algumas alterações, o Subcomité do Programa adoptou o relatório com as modificações introduzidas.

Atribuição de responsabilidades para apresentação do relatório ao Comité Regional

122. O Subcomité do Programa decidiu que o seu Presidente, Dr. Malick Niang, apresentaria o relatório ao Comité Regional e caso ele não pudesse participar o Vice-Presidente, Dr. H. A. Attas, apresentá-lo-ia ao Comité Regional.

Encerramento da reunião

123. O Presidente agradeceu aos membros do Subcomité do Programa e aos membros do Conselho Executivo que participaram na reunião por lhe terem facilitado a sua tarefa e felicitou-os pela excelência das suas contribuições. Em nome do Subcomité, também exprimiu a sua gratidão ao Director Regional, aos membros do Secretariado e aos intérpretes pelo seu contributo ao êxito dos trabalhos.
124. O Director Regional agradeceu aos membros do Subcomité do Programa e aos membros do Conselho Executivo que participaram na reunião pelas orientações fornecidas e assegurou-lhes que as recomendações seriam devidamente tomadas em consideração pelo Secretariado. Felicitou calorosamente o Presidente do Subcomité do Programa pelo excelente trabalho realizado.
125. Por último, o Director Regional informou o Subcomité do Programa que fora obrigado a ausentar-se brevemente da reunião para receber contribuições extra-orçamentais de 2 doadores. Graças a estas contribuições, os fundos extra-orçamentais tinham passado de US\$30 milhões em 1995 para US\$155 milhões actualmente e havia indicações que poderiam mesmo atingir 200 milhões em finais de 1999. Atribuiu este êxito à confiança dos doadores não só no Secretariado da OMS, mas também no Comité Regional e no Subcomité do Programa.
126. O Presidente do Subcomité do Programa declarou encerrada a reunião.

Apêndice 1 - Lista dos participantes

1. Estados-Membros do Subcomité do Programa

ARGÉLIA*

M. Mohamed Liamine Chergui
Directeur des Etudes chargé des Relations
internationales au Ministère de la Santé

RUANDA

Dr D. Ndushabandi
Secretary General, Ministry of Health

SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

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

SENEGAL

Dr Malick Niang
Directeur de la Santé

SEYCHELLES

Dr Rubell E. Brewer
Commissioner of Health Services

SIERRA LEOA

Dr Noah Conteh
Deputy Director-General of Medical Services

SUAZILÂNDIA

Dr Steven V. Shongwe
Deputy Director of Health Services

TANZÂNIA

Dr Hassan A. Attas
Director-General for Health (Zanzibar)
Dr Said Egwaga
Ag. Director, Preventive Services

TOGO

Prof. Aissah Agbetra
Professeur de Médecine

UGANDA

Dr Alex A. Opio
Assistant Commissioner of Health Services

ZÂMBIA

M. Nelson L. Magolo
Deputy Permanent Secretary

ZIMBABWE

Dr P.L.N. Sikosana
Secretary for Health and Child Welfare

2. Membros do Conselho Executivo

Dr Juna Mohamed Kariburyo
Ministre de la Santé publique
Burundi

Dr Ildo Carvalho
Adviser to the Minister of Health
Cape-Verde

Prof. Jean-Luc Mandaba
Ancien Ministre de la Santé
Ancien Premier Ministre, Chef du Gouvernement,
Professeur de Chirurgie infantile,
Chef du Service République centrafricaine

* Não pôde participar.

Apêndice 2 - Programa de trabalho

Dia 1: Segunda-feira, 14 de Junho de 1999

- 09h00 - 12h30 - Chegada dos membros do Subcomité do Programa
- Orientação dos Membros
- Leitura dos documentos
- 12h30 - 14h00 - Almoço
- Sessão 1 - Pontos 1, 2, 3, 4 e 6 da ordem do dia**
- 14h00 - 14h10 - **Ponto 1** da ordem do dia : Abertura da reunião
- 14h10 - 14h20 - **Ponto 2** da ordem do dia: Eleição do Presidente, do Vice-Presidente e dos Relatores
- 14h20 - 14h30 - **Ponto 3** da ordem do dia: Aprovação da ordem do dia (documento AFR/RC49/19)
- 14h30 - 16h00 - **Ponto 4** da ordem do dia: Reforma do sector da Saúde na Região Africana: Análise da implementação e perspectivas (documento AFR/RC49/7)
- **Ponto 6** da ordem do dia: Estratégia Regional para a Saúde Mental (documento AFR/RC49/9)
- 16h30 - 17h30 - **Ponto 6** da ordem do dia: (Continuação)

Dia 2: Terça-feira, 15 de Junho de 1999

- Sessão II - Pontos 7, 8 e 9 da ordem do dia**
- 09h00 - 11h00 - **Ponto 7** da ordem do dia: Diagnóstico e tratamento integrados das doenças da infância (DITIDI) - Plano estratégico para 2000-2005 (documento AFR/RC49/10)
- 11h00 - 11h30 - Intervalo
- 11h30 - 12h30 - **Ponto 8** da ordem do dia: Medicamentos essenciais na Região Africana - Análise da situação e suas tendências (documento AFR/RC49/11)
- 12h30 - 14h00 - Almoço
- 14h00 - 16h00 - **Ponto 8** da ordem do dia: (Continuação)
- **Ponto 9** da ordem do dia: Política de tecnologias da saúde na Região Africana (documento AFR/RC49/12)
- 16h00 - 16h30 - Intervalo
- 16h30 - 17h30 - **Ponto 9** da ordem do dia: (Continuação)

Dia 3: Quarta-feira, 16 de Junho de 1999

- Sessão III - Ponto 5 da ordem do dia: Projectos de Resolução para os pontos 4, 5, 6 e 9 da ordem do dia**
- 10h00 - 11h00 - **Ponto 5** da ordem do dia: Política regional de Saúde para Todos no século XXI (documento AFR/RC49/8)
- 11h00 - 11h15 - Intervalo
- 11h15 - 12h30 - **Ponto 5** da ordem do dia (Continuação)
- 12h30 - 14h00 - Almoço
- 14h00 - 15h30 - **Ponto 5** da ordem do dia (Continuação)
- 15h30 - 16h00 - Intervalo
- 16h00 - 17h00 - Discussão e aprovação dos Projectos de Resolução para os pontos 4, 5, 6 e 9 da ordem do dia

Dia 4: Quinta-feira 17 de Junho de 1999

- Sessão IV - Ponto 10 da ordem do dia: Projecto de Resolução para o ponto 10 da ordem do dia**
- 09h00 - 11h00 - **Ponto 10** da ordem do dia: Análise da implementação da Iniciativa de Bamaco: Relatório do Director Regional (documento AFR/RC49/13)
- Discussão e aprovação do Projecto de Resolução para o ponto 10 da ordem do dia
- 11h00 - Suspensão da sessão (Preparação do relatório)

Dia 5: Sexta-feira 18 de Junho de 1999

- Sessão V - Pontos 11, 12 e 13 da ordem do dia**
- 16h00 - Aprovação do relatório
- Atribuição de responsabilidades
- Encerramento da sessão

Apêndice 3 - Ordem do dia

1. Abertura da sessão
2. Eleição do Presidente, Vice-Presidente e Relatores
3. Adopção da ordem do dia (documento AFR/RC49/19)
4. Reforma do sector da Saúde na Região Africana : Análise da implementação e perspectivas (documento AFR/RC49/7)
5. Política regional de Saúde para Todos no século XXI (documentos AFR/RC49/8 a) e 8b))
6. Estratégia regional para a saúde mental (documento AFR/RC49/9)
7. Diagnóstico e tratamento integrados das doenças da infância (DITIDI) - Plano estratégico para 2000-2005 (documento AFR/RC49/10)
8. Medicamentos essenciais na Região Africana - Análise da situação e suas tendências (documento AFR/RC49/11)
9. Política de tecnologias da saúde na Região Africana (documento AFR/RC49/12)
10. Análise da implementação da Iniciativa de Bamaco (documento AFR/RC49/13)
11. Adopção do Relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC49/6)
12. Apresentação do Relatório do Subcomité do Programa ao Comité Regional - Atribuição de responsabilidades
13. Encerramento da reunião

ANEXO 4 : RELATÓRIO DA 2ª REUNIÃO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA EFECTUADA A 2 DE SETEMBRO DE 1999

Introdução

1. O Subcomité do Programa, composto por representantes dos seguintes Estados-Membros (Argélia, Angola, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe) reuniu-se na 5ª feira, 2 de Setembro de 1999 em Windhoek, Namíbia, imediatamente após a 49ª sessão do Comité Regional.

Eleição do Presidente

2. O Subcomité do Programa elegeu o representante da Tanzânia, Vice-Presidente em exercício, para Presidente.
3. O Subcomité do Programa concordou em eleger o Vice-Presidente e o Relator, aquando da próxima reunião.
4. O Presidente agradeceu aos membros do Subcomité a confiança que lhe tinham manifestado a si e ao seu país ao elegerem-no para Presidente.

Orientações para os novos membros

5. Informou-se os novos membros do Subcomité que são os Estados-Membros que são nomeados para fazer parte do Subcomité do Programa. Assim, compete a cada um deles 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.

ANEXO 5 : RELATÓRIO DAS DISCUSSÕES TÉCNICAS

Combate às Doenças na Região Africana no Século XXI

Introdução

1. As Discussões Técnicas realizaram-se em Windhoek, a 1 de Setembro de 1999, durante o Comité Regional, tendo contado com a participação de representantes dos Estados-Membros. A Mesa foi constituída do seguinte modo:
Presidente: Professor Peter Ndumbe (Camarões)
Vice-Presidente: Professor Auguste Kadio (Côte d'Ivoire)
2. A lista dos participantes encontra-se no apêndice 1.
3. Após comentários introdutórios pelo Dr. A. Kaboré, Director da Divisão da Prevenção e Combate às Doenças Transmissíveis, e pelo Dr. M. Belhocine, Director da Divisão de Combate às Doenças Não-Transmissíveis, o Presidente apresentou o documento de trabalho (AFR/RC49/TD1).
4. O Presidente sublinhou o facto de que as conquistas alcançadas no combate às doenças transmissíveis a nível mundial, alcançadas no Século XX, têm sido anuladas à medida que nos aproximamos do Século XXI. Para além disso, as doenças não-transmissíveis têm aumentado significativamente. Tal deve-se ao facto de as conquistas contra as doenças transmissíveis e as mudanças nos estilos de vida não serem duradouras, bem como à ocorrência frequente de conflitos na Região, que provocaram um aumento das doenças não-transmissíveis.
5. O Dr. Ndumbe destacou as metas e objectivos gerais do combate às doenças no Século XXI, os pré-requisitos para o êxito do combate às doenças no Século XXI, as prioridades regionais no combate às doenças, bem como o combate às doenças nos Estados-Membros. Os participantes foram convidados a responder às seguintes questões:
 - i) Quais são os compromissos políticos governamentais que poderão garantir, de maneira optimizada, um bom combate às doenças transmissíveis e não-transmissíveis no Século XXI?
 - ii) Quais serão os requisitos óptimos para estabelecer um programa de vigilância integrada e detecção das doenças nos países, incluindo a preparação para fazer face às doenças emergentes?
 - iii) Como definir as prioridades nacionais no combate às doenças?
 - iv) Quais devem ser as responsabilidades dos vários intervenientes nas iniciativas de combate às doenças: comunidades, governos, OMS e parceiros para o desenvolvimento?

-
- v) Quais são as condições necessárias para assegurar a sustentabilidade dos programas de combate às doenças?
 - vi) Que mecanismos são necessários para garantir que os países cumpram as recomendações das Discussões Técnicas?

Organização e método do trabalho

6. O Professor Kadio, Vice-Presidente, explicou a seguir o método de trabalho das Discussões Técnicas. Os participantes foram repartidos por 3 grupos: anglófono, francófono e trilingue (francês, inglês e português). Reuniram-se em 3 salas diferentes, tendo cada grupo eleito um Presidente e um Relator, a saber:

Grupo anglófono:	Presidente:	Dr. B. Makunike (Zimbabwe)
	Relator:	Dr. Saidi Egwaga (Tanzânia)
Grupo francófono:	Presidente:	Professor Alimata Diarra-Nama (Côte d'Ivoire)
	Relator:	Dr. Magagi Gagara (Níger)
Grupo trilingue:	Presidente:	Dr. R. E. Brewer (Seychelles)
	Relator:	Dra. Aida Libombo (Moçambique)

As discussões técnicas não fazem parte dos trabalhos do Comité Regional. O Presidente das Discussões Técnicas apresentará, contudo, um relatório ao Comité, no âmbito do ponto 11 da ordem do dia (documento AFR/RC49/14).

Compromissos políticos óptimos

7. Os participantes identificaram em plenário os compromissos políticos óptimos: existência de uma política nacional (legislação), que destaque claramente iniciativas de combate às doenças, incluindo um plano estratégico e uma estimativa dos custos; disponibilidade de recursos (humanos e financeiros); formação apropriada dos profissionais de saúde e sua motivação; gestão racional e transparente de recursos; descentralização e desconcentração de recursos; integração de programas, especialmente a nível distrital; responsabilização e envolvimento das comunidades.
8. Foi igualmente sugerida a promoção e intensificação da cooperação sub-regional e da planificação interpaíses.

Vigilância integrada das doenças

9. Sublinhou-se a necessidade de os países elaborarem directrizes para a vigilância da doença, baseadas nas orientações fornecidas pela OMS. Essas directrizes deveriam identificar os dados básicos necessários, definições-

-
- padrões de casos e instrumentos-padrão para a recolha, notificação e análise de dados.
10. Frisou-se que é necessário criar laboratórios nacionais e regionais de referência, bem como uma rede funcional de laboratórios para alertar os países para as doenças emergentes e reemergentes. Sublinhou-se igualmente a necessidade da formação de pessoal (incluindo a sua motivação), especialmente a nível distrital, ser devidamente considerada pelos países. Todos os profissionais da saúde deverão ser sensibilizados para a vigilância das doenças.
 11. Deve ser criada uma equipa de resposta rápida a todos os níveis do sistema de saúde, incluindo os níveis sub-regional e regional. Essas equipas deverão ter à sua disposição sistemas rápidos de comunicação. Deverão ser elaborados planos de preparação e resposta às situações de emergência, devendo para isso ser disponibilizados os recursos adequados.

Determinação das prioridades nacionais de combate às doenças

12. Esta determinação será feita com base no seguinte: fardo das doenças; relação custo-eficácia das intervenções; percepção do fardo das doenças pela comunidade; prioridades a nível sub-regional, regional e mundial.

Responsabilidades dos vários intervenientes

13. As **Comunidades** deverão participar na definição das prioridades, geração de recursos e notificação das doenças, devendo, tanto quanto possível, ser responsáveis pela sua própria saúde. O **Governo** deve formular políticas nacionais de luta contra as doenças, atribuir os recursos adequados, coordenar o apoio externo e garantir a equidade, a divulgação da informação e a participação de grupos comunitários como o dos curandeiros tradicionais.
14. A **OMS** deve, acima de tudo, assumir um papel de liderança no apoio aos países à prestação de serviços de saúde em geral e ainda de apoio aos Ministérios da Saúde para a formulação e teste das políticas e orientações, assim como mobilizar o apoio técnico para os países.
15. Outros **parceiros do desenvolvimento** deverão também apoiar as políticas e orientações governamentais e não criar esquemas paralelos. O sector privado deverá ser convencido a participar no combate às doenças, desde que isso não implique a promoção de desigualdades. Subentende-se que os indivíduos participarão no combate às doenças adoptando estilos de vida saudáveis e informando-se regularmente sobre os problemas de saúde.

Sustentabilidade

16. O Ministério da Saúde deverá assumir a liderança no combate às doenças, com o apoio de outros parceiros, procedendo a dotações orçamentais concretas, fornecendo uma estrutura funcional, garantindo a formação contínua dos profissionais de saúde, facilitando a participação das comunidades e usando as intervenções com a melhor relação custo-eficácia.

Cumprimento das recomendações das Discussões Técnicas

17. Os países serão encorajados a cumprir as recomendações das Discussões Técnicas, definindo indicadores-chave e marcos para a monitorização dos progressos realizados e disponibilizando os recursos adequados. A OMS deve acompanhar os progressos através das suas representações nos países e promover reuniões a nível nacional, interpaíses e sub-regionais.
18. Os resultados das Discussões Técnicas devem ser amplamente divulgados a todos os interessados.

Conclusão

19. Em conclusão, os participantes concordaram que o combate às doenças na Região Africana no Século XXI será muito facilitado pelo seguinte:
 - existência de paz e democracia em todos os países;
 - existência de uma boa governação;
 - produção e distribuição equitativa de riqueza para atenuar a pobreza;
 - coerência das escolhas feitas ;
 - integração de serviços de saúde a todos os níveis, na medida do possível.

Recomendações

20. Os participantes nas Discussões Técnicas fizeram as seguintes recomendações:
 - i) Os programas destinados ao combate a doenças específicas deverão encontrar meios de reforçar o desenvolvimento dos serviços de saúde, de modo que a integração dos serviços possa ser facilitada, para aumentar a eficácia e a eficiência no combate às doenças;
 - ii) Aumento das dotações orçamentais nacionais para a saúde até um mínimo de quinze por cento em todos os países;
 - iii) Os países devem acelerar a implementação do processo de reforma do sector da Saúde, de modo a assegurar uma base sólida para o desenvolvimento sanitário;
 - iv) Os recursos humanos e financeiros das Representações da OMS deveriam ser aumentados, para lhes permitir prestar o apoio tão necessário de que as iniciativas de combate às doenças precisam.

Apêndice 1 - Composição dos grupos de trabalho

Grupo de Trabalho Nº 1 (Inglês)

1. Botsuana	Dr. L T Lesetedi
2. Gâmbia	Dr. Yankuba Kassana
3. Gana	Dr. A Timorgah, Dr. Kofi Asare
4. Quênia	Dr. R O Muga, Sr0. Grace Kande
5. Lesoto	Dr. T Ramatlapeng, Dr. P Ntsekhe
6. Libéria	Dr. B A P Kanwee
7. Namíbia	Dr. N T Hamata, Sr. Abner A Xoagub
8. Nigéria	Dr. E A Abebe, Dr. Shehu Sule
9. Serra Leoa	Dr. S T Kamara
10. África do Sul	Dr. Neil Cameron
11. Suazilândia	Dr. J M Kunene
12. Tanzânia	Dr. Saidi M Egwaga
13. Uganda	Dr. Alex Opio
14. Zimbábwe	Dr. D Makunike, Sr0. M T Nyandoro
Observador:	Dr Kabba T. Joiner, Director Executivo da Comunidade Sanitária da África Ocidental

Grupo de Trabalho Nº 2 (Francês)

1. Burkina Faso	Dr. S. C. Zidouemba, Dr. C Traoré
2. Comores	Dr. Toyb Mbaé
3. Congo	Dr. A Enzanza, Sr0. VA Ossie
4. Côte d'Ivoire	Dr. Koffi David, Prof. Diarra Nama Alimata
5. Gabão	Prof. P A Kombila
6. Madagáscar	Prof. Dinissa Rakoton Dramarina
7. Mali	Dr. M A Kané
8. Níger	Dr. Gagara Magagi
9. Rep. Dem. do Congo	Prof. Nampuza Ma Miezi
10. Senegal	Dr. A Ndiaye
11. Chade	Dr. Ndeikoundam Ngangro Mosurd
12. Togo	Dr. Batchassi Essosolem, Dr. Moustafa Sidatt

Grupo de Trabalho Nº 3 (Inglês, Francês e Português)

- | | |
|-----------------------|---|
| 1. Angola | Dra. Filomena Wilson, Dr. A. R. Mateus Neto |
| 2. Benim | Dr Hassan Jacques |
| 3. Burundi | Dr Jean Rirangira |
| 4. Camarões | Dr B. Kollo, Dr M. Ekeke Monono |
| 5. Guiné | Dr Momo Camara |
| 6. Guiné-Bissau | Dr Francisco Dias |
| 7. Moçambique | Dr A. T. N. Libombo, Dr O. D. Mola |
| 8. Rep. Centrafricana | Dr D. G. Nzil'koue |
| 9. Seychelles | Dr R. E. Brewer |
| 10. Zâmbia | Mrs Nanyinza, Mrs Mulenga |

Secretariado da OMS

(para os três grupos): Dr. L.Ramos, Dr. Houenassou Houangbe,
Dr. Y Kassankogno, Dr. A Ntabona, Dr. L. C. Sarr, Dr. Lusamba-Dikassa e
Dr A. Ndikuyeze

Apêndice 2 - Programa de trabalho

Data:	1 de Setembro de 1999
Línguas:	Inglês, Francês e Português
8.00 - 9.00	Primeiro plenário <ul style="list-style-type: none">- Observações preliminares pelo Dr. A. Kaboré, Director da Divisão de Prevenção e Combate às Doenças Transmissíveis e pelo Dr. M. Belhocine, Director da Divisão de Doenças Não-Transmissíveis na Sede Regional Africana da OMS- Apresentação do documento de trabalho (AFR/RC49/TD/1) pelo Prof. P. Ndumbe, Presidente das Discussões Técnicas- Apresentação do Guia das Discussões Técnicas pelo Prof. A. Kadio, Vice-Presidente das Discussões Técnicas- Perguntas e esclarecimentos
9.00 - 9.15	Formação dos grupos de trabalho
9.15 - 10.30	Trabalho de grupo (inglês, francês e multilingue) <ul style="list-style-type: none">- Eleição dos presidentes de cada grupo- Debates- Recomendações
10.30 - 11.00	Intervalo
11.00 - 13.00	Continuação do trabalho de grupo
13.00 - 14.00	Almoço
14.00 - 15.30	Sessão de encerramento <ul style="list-style-type: none">- Apresentação e síntese dos relatórios dos grupos- Recomendações
15.30 - 17.00	Preparação do relatório do Presidente

**ANEXO 6 : ALOCUÇÃO DE BOAS-VINDAS
DA DRA. LIBERTINA AMATHILA,
MINISTRA DA SAÚDE DA NAMÍBIA**

Sr. Mestre de Cerimónias,
Senhor Presidente,
Sra. Directora-Geral de Organização Mundial de Saúde, Dra. Brundtland,
Sr. Representante do Secretário-Geral da OUA, Dr. Salim Ahmed Salim,
Sr. Secretário Geral da PAWO, Sra. D. Assetou Koite,
Sr. Director da Região Africana da OMS, Dr. Ebrahim M. Samba,
Ilustres Ministros da República da Namíbia,
Ilustres Ministros da Saúde dos países da Região Africana da OMS,
Srs. Membros do Corpo Diplomático,
Distintos Delegados,
Minhas Senhoras e meus Senhores,

Cabe-me o especial privilégio de, em nome do governo e do povo da Namíbia, vos dar as boas-vindas a esta cerimónia de abertura da 49ª Sessão do Comité Regional Africano da OMS.

Temos sempre o maior prazer de receber aqui, neste belo canto do nosso continente, os nossos irmãos e irmãs de outros países africanos. Nunca poderemos esquecer o apoio que os vossos países nos deram durante a nossa longa luta de libertação contra o colonialismo e o racismo e uma vez mais vos agradecemos esse apoio. A vossa presença aqui, hoje, comprova o êxito desse combate. Esperamos que durante a vossa estadia no nosso país tenham a oportunidade de ver e apreciar os frutos dessa luta e do vosso apoio.

Desde o nosso acesso à independência, em 1990 e sob a ilustre liderança do Presidente Sam Nujoma, temos feito tudo o que está ao nosso alcance para melhorar a saúde e o bem-estar geral do nosso povo. Conseguimos êxitos notáveis, mas a luta continua.

O Ministério da Saúde transformou os serviços de saúde, até então caracterizados pela segregação racial e pela fragmentação, em serviços de saúde modernos, de unidade e coesão e com capacidade de resposta às necessidades da nação. Adoptámos um quadro director que se baseia nos princípios da igualdade de acesso,

acessibilidade e participação das comunidades. Aprovámos as Directivas Nacionais de Cuidados Primários de Saúde baseados nas comunidades, que constituem a base dos nossos serviços de prestação de cuidados de saúde.

Criámos programas de luta contra o HIV/SIDA, a tuberculose, o paludismo e outras doenças transmissíveis. Criámos também a Carta do Doente, a Política de Medicamentos, a Política de Saúde Oral e a Política de Transportes, para só referir algumas. Instituímos um sistema uniforme para as pensões de velhice e outros benefícios sociais para os grupos vulneráveis da nossa sociedade.

Colegas Ministros da Saúde e Distintos Delegados,

Sabemos que tereis, nos próximos cinco dias, importantes deliberações e decisões a tomar. No entanto, sabemos que, para alguns de vós, é a primeira e, provavelmente, a única oportunidade de visitar a Namíbia. Esperamos, por isso, que durante a sessão e depois dela, haja tempo para visitar alguns locais de interesse da nossa cidade e do nosso país. A lista de locais dignos de uma visita ser-vos-á distribuída durante a semana.

Queremos que todos se sintam em casa. Sinceramente, queremos que se sintam em casa e que disfrutem da tradicional hospitalidade namibiana.

Desejo-vos uma estadia agradável e uma sessão frutífera.

ANEXO 7: ALOCUÇÃO DE ABERTURA DO DR. T. J. STAMPS PRESIDENTE DA 48ª SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL AFRICANO

Tenho a honra e o prazer de apresentar o meu relatório como Presidente do Conselho dos Ministros da Saúde da Região Africana, nos últimos 12 meses.

Embora 2000 seja um número como os outros, o facto que este encontro seja a última reunião do Comité Regional neste milénio, dá-nos ensejo para reflectir sobre o passado, consolidar o presente e planificar o futuro.

Na saúde, tal como na religião, devemos conceber as nossas acções como se hoje fosse o último dia da nossa existência, planificando, ao mesmo tempo, como se o futuro estivesse assegurado. Em África, isto é talvez mais importante do que em qualquer outra parte do mundo.

Neste último ano, fomos testemunhas de numerosos progressos no campo da saúde, em África. A eliminação virtual da poliomielite em quase todos os países e os enormes progressos recentemente realizados no controlo dos vírus selvagens em zonas endémicas específicas deveriam ser motivo de orgulho nacional e continental. Podemos eliminar a doença no início do próximo milénio, que segundo alguns não começará em Janeiro próximo mas em Janeiro de 2001. (*Não houve ano 0*).

Por outro lado, acabamos de estabelecer a infra-estrutura que vai acolher um mecanismo sustentável para Fazer Recuar o Paludismo em África; estamos muito gratos à nossa Directora-Geral e ao nosso Director Regional pela coordenação das actividades que estão a ser empreendidas e que permitirão traduzir os esforços nacionais em "sucessos" da Região.

Todos nós reconhecemos a gravidade da pandemia da SIDA e a necessidade de pôr termo aos debates inúteis sobre a existência ou não deste síndrome, que na última década tanto nos distraíram e atrasaram. A ideia de uma geração liberta da SIDA deverá traduzir-se rapidamente num país e eventualmente num continente libertos da SIDA.

O objectivo "Saúde para Todos no Ano 2000" parece ter sido demasiado optimista. No entanto, o valor do conceito dos Cuidados Primários de Saúde e dos seus 8 princípios adoptados em Alma Ata, ensinaram-nos ou recordaram-nos os ingredientes essenciais **na via rumo** a um continente saudável, que os anteriores

programas verticais não possuíam. A evolução registada, a partir deste conceito de uma abordagem global da saúde, nutrição e questões de população, na visão dos principais actores no campo da saúde, a nível internacional, foi um marco significativo e os nossos países devem aproveitar esta oportunidade para extraírem as nossas populações do círculo vicioso da ignorância, pobreza, falta de saúde e subdesenvolvimento.

As mudanças verificadas nos últimos anos são motivo de grande esperança mas também de prudência. As descobertas nas ciências biomédicas trouxeram oportunidades de mudar o nosso futuro, de uma forma que há apenas algumas décadas seria pura ficção científica. As manipulações genéticas para encontrar soluções a problemas mundiais, como a criação/desenvolvimento de corações humanóides em porcos para transplantes, e cereais resistentes a pragas e à decomposição, constituem novos desafios e perigos que teremos de enfrentar no futuro imediato. Sonhei há pouco tempo, que seria possível induzir uma manipulação genética da planta do tabaco, de forma a produzir uma cura simples da infecção pelo HIV e da tuberculose.

Os novos desafios para a África não se limitam ao nível mundial. O perfil demográfico do nosso continente foi em grande medida o resultado do impacto das doenças transmissíveis tradicionais. À medida que a mundialização, as migrações, as viagens, o turismo e as comunicações se desenvolvem exponencialmente, estamos a ser confrontados com o duplo risco dos padrões de doenças não-juguladas do passado mais o perfil das doenças não-transmissíveis do mundo desenvolvido. Em alguns países africanos, particularmente as pequenas ilhas do Oceano Índico, esta transição já está a ocorrer, e a diabetes, a hipertensão, as doenças cardiovasculares e o cancro já estão a suplantam as doenças infecciosas como causas principais da mortalidade.

Gostaria de terminar, com um apelo à prudência. No passado, era frequente encontrar novos ministros, todos os anos; no Commonwealth foi mesmo moda dizer que a data de expiração de um ministro da saúde era menos de um ano e meio. Estou muito reconhecido ao meu Presidente, Robert Mugabe, não só por me ter nomeado para o cargo mais elevado que ocupei na minha vida, mas também por ter tido confiança em mim, nas minhas capacidades e na minha integridade para manter-me como Ministro da Saúde durante este tempo todo. Esta experiência foi-me extremamente benéfica, especialmente numa altura em que as mudanças são tão

rápidas na nossa disciplina, e espero também ter dado a minha contribuição para o progresso, embora lento, rumo à Saúde para Todos. É minha profunda convicção que a liderança não deverá significar a denominação da África, sejam os romanos utilizando os leões para matar os cristãos na arena, os traficantes europeus ou árabes no comércio de escravos, ou os colonos que talharam o nosso continente há mais de um século. Eles aproveitaram-se da nossa falta de unidade, atirando-nos uns contra os outros, segundo as etnias, a religião ou a região.

Na minha opinião, a unidade é um imperativo para alcançar o nosso objectivo. Devemos avançar rumo à unidade para a saúde, dando a maior importância ao nosso objectivo comum e pondo de parte as nossas diferenças. Assim venceremos. Temos que alcançar a Unidade para a Saúde e assim seremos todos vencedores.

ANEXO 8 : ALOCUÇÃO DE ABERTURA DO DIRECTOR DA REGIÃO AFRICANA DA OMS, DR. EBRAHIM M. SAMBA

Excelentíssimo Senhor Presidente Sam Nujoma,
Excelentíssimo Senhor Presidente do Comité Regional,
Excelentíssima Senhora Directora-Geral da OMS, Dra. Gro Harlem Brundtland,
Excelentíssimos Senhores Ministros, Representantes governamentais e Povo deste magnífico país, a Namíbia,
Excelentíssimos Senhores Ministros e Chefes de Delegação dos 46 países da Região Africana,
Senhores Membros do Corpo Diplomático,
Senhor Representante do Secretário-Geral da OUA,
Senhores Representantes das agências do sistema das Nações Unidas, das organizações de cooperação multilateral e bilateral e das organizações não-governamentais,
Senhores Delegados,
Senhoras e Senhores,

Antes de mais, gostaria de agradecer ao Senhor Presidente Sam Nujoma por nos ter convidado para Windhoek, para este histórico encontro - a última sessão do Comité Regional do Século XX. Estamos gratos a Sua Excelência, o Senhor Presidente, bem como ao seu governo, pelo acolhimento caloroso que nos foi dispensado e pelas excelentes disposições tomadas para garantir o êxito do nosso encontro.

Também gostaria, em nome de todos os Estados-Membros da Região Africana da OMS, de expressar a nossa sincera gratidão ao Presidente Robert Mugabe, ao seu governo e ao povo do Zimbabwe, por nos terem acolhido durante os momentos difíceis em que a Sede Regional foi forçada a sair de Brazzaville. Actualmente, o número de funcionários da Sede Regional em Harare eleva-se a cerca de trezentos.

Porque é que viemos para Harare ? Já respondi a esta questão em Sun City, em Setembro de 1997 e em Harare, em Setembro de 1998.

O Governo do Zimbabwe e as autoridades do Hospital Parirenyatwa não têm poupado esforços no sentido de tornar a nossa estada em Harare tão confortável quanto possível. Contudo, continuamos numa situação de refugiados, com o "stress" e as tensões inerentes a essa situação, a qual não tem sido fácil de gerir. Alguns funcionários ficaram gravemente traumatizados, tendo perdido os seus bens e as

suas famílias sido separadas, com as correspondentes consequências psicológicas. Pessoalmente, passo muito tempo a tratar dos efeitos negativos da nossa transferência de Brazzaville para Harare.

A Secção III do documento AFR/RC49/2 versa sobre este assunto e não tenho dúvida que o ilustre Ministro da Saúde da República do Congo terá algo mais a dizer sobre a situação em Brazzaville. No que me respeita, gostaria apenas de realçar que estamos em Harare temporariamente, em conformidade com as resoluções que Vossas Excelências aprovaram em Sun City e Harare. Tenho mantido contactos com as autoridades de Brazzaville e deveríamos ter começado a regressar progressivamente a esta cidade em Janeiro de 1999, mas a agitação recomeçou em Dezembro de 1998.

Distintos Ministros e Senhores Delegados,

Em vosso nome e em meu nome pessoal, gostaria de agradecer aos funcionários da Sede Regional o seu excepcional desempenho, apesar da nossa situação de refugiados.

Por exemplo, graças à dedicação dos funcionários da Sede Regional, todos os 46 Estados-Membros receberam os documentos da presente sessão pelo menos um mês antes do seu início.

Gostaria no entanto de apresentar desculpas por eventuais falhas verificadas em matéria de tradução e impressão. Em Brazzaville, nós dispunhamos de equipamento de impressão de alto gabarito, mas actualmente temos de subcontratar no exterior a impressão da nossa documentação.

Contudo, apesar das difíceis circunstâncias em que trabalhamos, o desempenho da Sede Regional tem sido encorajador.

As relações com a Sede Mundial da OMS e o apoio desta última têm vindo a melhorar de dia para dia. A Directora-Geral, Dra. Brundtland, e os funcionários em Genebra apoiam-nos em permanência e mantêm contactos constantes connosco através de comunicações telefónicas, vídeoconferências, reuniões e outros meios. Aquando da minha eleição em 1994, prometi melhorar a colaboração com a Sede Mundial. A Dra. Brundtland diz constantemente que "Só há uma OMS, devemos trabalhar conjuntamente".

Os nossos parceiros na área do desenvolvimento, isto é, as organizações de cooperação multilateral e bilateral, e as organizações não-governamentais, não têm poupado esforços no sentido de nos prestarem o necessário apoio. Em

consequência, o financiamento voluntário que recebemos este ano é cinco vezes superior ao recebido em 1995. Quando tomei posse em 1995, as verbas extra-orçamentais eram de 30,5 milhões de dólares EUA. Em Julho de 1999, essas verbas elevavam-se a 156 milhões de dólares e continuam a aumentar.

A colaboração com os Estados-Membros tem vindo a melhorar de dia para dia. Com o apoio da Directora-Geral, delegámos poderes acrescidos nas representações da OMS nos países, em particular no que respeita às questões de pessoal e finanças, o que se traduziu numa resposta mais rápida e mais eficaz para fazer face às necessidades dos países. Considero que a minha ida às representações da OMS nos países é extremamente útil e, na realidade, visitei a grande maioria delas, a convite. Todas as 46 representações da OMS na Região dispõem de correio electrónico e, no que me respeita, disponho de um computador portátil, para que possa manter-me em contacto permanente com a Sede Regional e os países. Além disso, todos que intervêm em meu nome têm plena autoridade para decidir.

Neste contexto, gostaria de vos dar alguns exemplos:

i) *Reforma do Sector da Saúde*

No âmbito da Iniciativa Especial das Nações Unidas para África, e em colaboração com o Banco Mundial, o PNUD, a UNICEF, o FNUAP, a UNESCO, organizações não-governamentais e outros parceiros, tivemos encontros úteis em Cotonou para a África Ocidental e do Norte, em Adis Abeba para a África Oriental e Central, e em Maputo para a África Austral e os países insulares do Oceano Índico, esta última há apenas alguns meses. Tal permitiu-nos abranger todos os 46 países da Região Africana. Um relatório pormenorizado será apresentado na devida altura. Em todos os encontros, sublinhámos a importância dos africanos assumirem a liderança. As nossas actividades não devem ser dirigidas pelos doadores.

ii) *Combate ao Paludismo*

Lançámos a Iniciativa Africana de Combate ao Paludismo. Posteriormente, a Dra. Brundtland lançou a Iniciativa “Fazer Recuar o Paludismo”. Juntamente, temos agora o projecto “Fazer Recuar o Paludismo”, com a África como principal protagonista. No decorrer da presente sessão, o Dr. Kaboré da Sede Regional fornecer-vos-á informações pormenorizadas sobre os impressionantes progressos registados no âmbito do projecto “Fazer Recuar o

Paludismo". Ontem, no aeroporto, recebi um telefonema para me informar que o Canadá decidiu dar 500.000 dólares EUA directamente à Sede Regional Africana. A Sede Mundial faz a coordenação e parte da angariação de verbas a nível internacional, enquanto a Sede Regional efectua igualmente parte da angariação de verbas e apoia os países a implementar as actividades de combate às doenças.

A força de trabalhar em conjunto tem sido demonstrada - a maioria dos recursos vem de fora da África, mas a grande parte das operações desenrolam-se em África.

iii) *Luta contra o HIV/SIDA*

A pandemia do HIV/SIDA tem efeitos devastadores em África e, para combatê-la, continuamos a não poupar esforços. Neste mesmo hotel, há algumas semanas, tivemos um encontro sobre as questões capitais da confidencialidade, notificação e direitos humanos. Temos de proteger e cuidar dos doentes com HIV/SIDA, mas também temos de cuidar das pessoas que não estão infectadas. Graças aos esforços dos Estados-Membros e ao apoio dos nossos parceiros estamos a avançar paulatinamente.

Recentemente, divulgámos os impressionantes resultados obtidos pelo Uganda. Dentro de algumas semanas, alguns Estados-Membros receberão 'stocks' de medicamentos e equipamento para cuidar dos doentes com HIV/SIDA.

O Dr. Peter Piot, Director Executivo do programa ONUSIDA, chegará brevemente a esta sessão e dará informações suplementares sobre a nossa colaboração.

iv) *Luta contra a poliomielite*

Juntamente com os nossos parceiros - Estados-Membros, Sede Mundial da OMS, UNICEF, USAID, Rotary Internacional e outros - temos vindo a realizar progressos significativos no sentido da erradicação da poliomielite da África. Quando decidimos organizar Jornadas Nacionais de Vacinação na República Democrática do Congo, muitas pessoas pensaram que estávamos loucos. Para o efeito, lançámos um apelo às autoridades congolenses, ao Secretário-Geral das Nações Unidas, a eminentes personalidades africanas, ao Rotary Internacional e a outros parceiros. A primeira ronda das Jornadas de Vacinação terminou há pouco nesse país em guerra e os resultados ainda estão

a chegar, mas podemos desde já dizer que os mesmos são impressionantes. Em todo o país, vacinámos cerca de 90 por cento dos 10 milhões de crianças-alvo. Tivemos alguns problemas em Kisangani, como é sabido, mas mesmo aí a cobertura atingida foi de cerca de 70 por cento.

v) *Saúde reprodutiva*

A Sede Regional lançou uma estratégia regional para combater os problemas associados à saúde reprodutiva, dado que a mortalidade materna, as gravidezes na adolescência e a violência sobre as mulheres ainda são problemas importantes em África. Actualmente, estamos a traduzir a estratégia em actividades, em colaboração com os Estados-Membros.

vi) *Igualdade entre sexos*

Para mim, a participação equitativa das mulheres na nossa sociedade é mais do que um voto piedoso. Nos anos 60, tive dificuldades em ajudar a colocar uma rapariga na nossa escola local. Por isso, decidi construir uma escola onde as raparigas pudessem beneficiar das mesmas condições de acesso que os rapazes. Essa escola foi aberta em 1975 e é agora a maior escola no meu país, contando com mais de 2000 alunos.

Desde 1995, como Director Regional, aumentei significativamente o número de mulheres que ocupam cargos superiores na Região. Tal assenta na convicção de que, atendendo a que mais de metade da população africana são mulheres, o nosso desenvolvimento só pode ser sustentado se as mesmas participarem plenamente a todos os níveis.

vii) *Desenvolvimento de recursos humanos, reforço institucional e investigação em África*

Realizámos avanços significativos nestas três áreas. O nosso apoio aos Estados-Membros através do programa de Bolsas de Estudo está agora mais bem direccionado e relevante. Os nossos Centros de Colaboração em África, patrocinados pela OMS, reuniram-se em Harare e fizeram recomendações realísticas e operacionais, que estamos a implementar em conjunto.

Recentemente, representantes da Associação dos Cientistas Africanos tiveram uma reunião comigo para discutir a melhor maneira de melhorar os resultados da investigação em África. Dentro de algumas semanas, terá lugar um importante encontro em Harare, para formular uma visão das necessidades e das actividades de investigação a implementar em África, nos próximos vinte anos.

As iniciativas e actividades atrás mencionadas, são apenas algumas das nossas iniciativas e actividades destinadas a melhorar a situação sanitária em África.

Excelentíssimo Senhor Presidente,
Senhores Ministros,
Senhores Delegados,
Senhoras e Senhores,

Em conclusão, gostaria de agradecer-vos muito sinceramente por me terem proporcionado a oportunidade de desempenhar o cargo de Director Regional nos últimos quatro anos. Foi um desafio, uma grande honra e um privilégio especial ter sido o comandante desse navio da esperança que é a Sede Regional Africana da OMS.

Penso que gostariam de saber agora como é que eu vejo, após quatro anos como Director da Região Africana da OMS, as perspectivas na área da Saúde em África, no limiar do século XXI.

Devo dizer que, com base nos quatro anos em que dirigi a Região Africana da OMS e na minha experiência no bem sucedido programa de combate à oncocercose na África Ocidental, estou extremamente optimista. Apesar dos graves problemas que enfrentamos actualmente, estou convicto de que podemos alcançar sucessos significativos nos nossos esforços para melhorar a saúde dos nossos povos e a sua qualidade de vida no século XXI.

As condições para o sucesso existem actualmente: os Estados-Membros estão totalmente empenhados; a Directora-Geral e a Sede Mundial da OMS estão altamente empenhados em prestar-nos apoio; os nossos parceiros na área do desenvolvimento têm cada vez mais confiança na nossa capacidade de acção; os funcionários da Região trabalham agora como uma equipa altamente motivada e dedicada; em todas as actividades de colaboração com os nossos parceiros a assunção da respectiva liderança pelos africanos é um elemento-chave.

Estes são os pré-requisitos do sucesso. Haverá obstáculos inevitáveis no caminho, mas estou confiante em que, com o tempo adequado e o vosso apoio contínuo, teremos sucesso.

Muito obrigado pela vossa atenção.

ANEXO 9 : ALOCUÇÃO DA DIRECTORA-GERAL DA OMS DRA. GRO HARLEM BRUNDTLAND

Senhor Presidente,
Senhores Ministros,
Dr. Samba,
Excelências,
Senhoras e Senhores,

É grande o prazer que tenho em estar convosco neste belo país, e neste grande continente que está bem no centro da atenção mundial. Estamos todos agradecidos ao Governo da Namíbia por acolher esta sessão do Comité Regional da OMS.

Gostaria de aproveitar esta oportunidade para compartilhar convosco a orientação do trabalho da Organização Mundial de Saúde após um ano de mudanças. Sabemos qual é o nosso mandato, partilhamos os mesmos valores e empenho: desejamos uma melhor solução para a saúde do mundo. Uma melhor solução, cujo objectivo principal é oferecer um futuro melhor e mais saudável a todos, mas especialmente aos pobres.

Para melhorar a saúde no mundo, a OMS tem de melhorar a saúde em África. Aspirando à liderança no desenvolvimento internacional, a OMS deve demonstrar verdadeira liderança nesta Região.

Combinando visão, empenho, liderança bem sucedida e organização eficaz, podemos conseguir, trabalhando em conjunto, realizações notáveis nos próximos anos.

Se o conseguirmos, muitas das pessoas pobres do mundo não sofrerão mais dos fardos actuais de morte prematura e deficiência excessiva, o que terá um impacto directo sobre os níveis de pobreza. Mas tal não surgirá espontaneamente. Serão necessários esforços extraordinários por parte dos governos, da sociedade civil, de instituições financeiras e do sector privado. Será necessário um melhor acordo para distribuir recursos, compartilhar inovações e assegurar a disponibilidade de medicamentos, remédios e vacinas para as pessoas e países que deles necessitam.

Sr. Presidente,

Há muitos anos que ouve a OMS pedir Saúde para Todos. É uma ampla visão de justiça e acesso equitativo.

Já só faltam poucos meses para o ano 2000. Pelo menos mil milhões de pessoas - mais de metade das quais vive nesta Região - entrará no próximo Século sem ter beneficiado dos sucessos da revolução sanitária do Século XX.

É isto que devemos mudar. Os conhecimentos que produziram a revolução das últimas décadas ainda podem trazer para o nosso lado esses mil milhões de excluídos.

Trabalhar em conjunto mais eficazmente, como uma única OMS, é essencial. Isto é verdade para todos nós: quando os desafios são muitos e discordantes, todos devemos aprender a *concentrar-nos* nas questões de saúde mais importantes - e devemos convencer os nossos parceiros a fazer o mesmo. Nós, OMS, não podemos fazer tudo, mas o que decidimos fazer, devemos fazê-lo bem.

Precisamos de dar ao nosso trabalho nos países e com os países um novo *realce*. Precisamos de nos concentrar mais profundamente na melhor forma de utilizar os nossos escassos recursos humanos e financeiros. Devemos ser claros sobre o que poderão esperar da OMS. Em conjunto, devemos ser claros sobre as nossas responsabilidades comuns. Isto faz parte do melhor acordo.

Permitam-me que compartilhe hoje convosco a nossa avaliação do nosso trabalho na Região Africana, com base em **quatro** orientações estratégicas mundiais.

Primeiro, temos de reduzir o fardo da excessiva mortalidade e deficiências, especialmente o que afecta as populações pobres e marginais - os mil milhões de excluídos a que atrás me referi.

Em muitos países da Região Africana, cinco das afecções infantis são responsáveis por quarenta por cento das doenças da infância. As políticas e os orçamentos nacionais que dão prioridade a intervenções que nós sabemos que resultam poderão ter maior impacto sobre a saúde dos mais pobres, mesmo os com os actuais recursos limitados.

Isso significa maior concentração nas principais causas de mortalidade infantil e, além disso, uma atenção especial à luta contra o HIV/SIDA, paludismo e tuberculose.

De todos os desafios sanitários que a África tem de enfrentar, a epidemia de HIV/SIDA é certamente uma das mais graves e mais difíceis de combater. Sob a coordenação da ONUSIDA, e através da sua Sede Regional, a OMS tem ajudado a reforçar as capacidades dos países para enfrentar a epidemia. As autoridades

nacionais e internacionais e a comunidade de doadores estão a renovar o seu empenho perante uma verdadeira crise que se desenvolve especialmente nos países da África Austral, onde, devido ao impacto da SIDA, a esperança de vida pode ter sido reduzida de 10 a 15 anos.

O empenho da OMS na luta contra o HIV/SIDA em todo o mundo é inabalável e estamos a combater em todas as frentes, desde as questões de segurança do sangue e transmissão de mãe para filho, ao uso de tratamentos anti-retrovirais e cuidados a pessoas com HIV e, evidentemente, às epidemias duplas de HIV e tuberculose. Lutaremos por novos medicamentos e eventualmente pela vacina contra o HIV. E lutaremos por qualquer acordo capaz de pôr estas inovações à disposição de todos, principalmente neste continente.

Mesmo sem o HIV como aliado mortal, a tuberculose é uma importante ameaça mundial para a saúde, e exige uma resposta urgente e global. No mês passado, orientei todos os esforços da OMS de combate à tuberculose para a Iniciativa "Acabar com a Tuberculose". Esta irá redobrar os seus esforços para fazer entrar novos parceiros na coligação que trabalha para combater a tuberculose, e tem por objectivo duplicar os gastos a nível mundial para o combate à tuberculose, no prazo de três anos.

Também pedi ao Programa Especial de Investigação em Doenças Tropicais para ser responsável pela elaboração de um projecto de investigação sobre tuberculose a nível mundial que corresponda verdadeiramente às necessidades das pessoas, famílias e comunidades.

Na Região Africana, todos devemos empenhar-nos para atingir uma cobertura de 100% no ano 2005 com a estratégia de combate à tuberculose - o Tratamento sob Observação Directa (DOTS) - estratégia essa nascida em África.

Tal como os nossos esforços de luta contra o HIV/SIDA e a tuberculose, a iniciativa "Fazer Recuar o Paludismo" é um elemento essencial para melhorar a saúde no mundo. Todos os anos os pobres do mundo enfrentam, devido ao paludismo, um fardo crescente. Contudo, no ano 2010, seria possível reduzir para metade a mortalidade causada pelo paludismo, se as intervenções existentes forem utilizadas segundo os dados factuais disponíveis. À medida que os serviços de saúde se concentrarem mais em ajudar as comunidades a fazer face às doenças prioritárias, tal objectivo pode ser atingido.

A parceria mundial para fazer recuar o paludismo foi lançada em Outubro passado e consolidada em Dezembro. Em Junho, os parceiros reuniram-se em Harare para apoiar as actividades em África, um esforço que beneficia do apoio dos dirigentes da OUA sob a liderança da Sede Regional Africana da OMS. Responsáveis sanitários em mais de 40 nações estão actualmente a trabalhar com outros sectores do governo, sociedade civil, sector privado, comunidade científica e agências de desenvolvimento para estabelecer a melhor maneira de fazer recuar o paludismo nos seus países. Estão a estudar as lições tiradas da luta contra o paludismo e a examinar novos conceitos, com base em investigações e avaliações recentes.

Para fazer recuar o paludismo de maneira duradoura haverá necessidade de melhores intervenções, novas medidas preventivas e tratamentos. Precisamos de ser inovadores. Para que haja sucesso, são essenciais novas alianças para uma investigação eficaz e desenvolvimento de produtos, tais como a iniciativa de Medicamentos para a Aliança contra o Paludismo e a Iniciativa Multilateral sobre Paludismo.

Deve ser realizada desde agora uma investigação conveniente, destinada a desenvolver produtos eficazes e economicamente acessíveis. A acção e a investigação devem avançar de mãos dadas. Quero ver um sistema bem desenvolvido que permita ao Gabinete Mundial, quando me reúno com os Directores Regionais, saber onde o paludismo está a recuar e onde não está, e onde um pouco mais de apoio por parte da OMS poderia mudar significativamente a situação.

Noutras áreas, também não poupamos esforços.

Estamos na recta final da campanha de erradicação da pólio e, para atingir tal fim, precisamos de nos empenhar todos os dias até ao fim do próximo ano. Um mundo livre da pólio. Que dádiva para as gerações do próximo século! Aqui em África, precisamos de fazer toda a pressão possível sobre as facções em luta e conflito, para que respeitem as tréguas necessárias de forma a que todas as crianças possam ser vacinadas.

Nos próximos anos, vamos intensificar o nosso trabalho para reduzir a mortalidade materna, uma questão de importância crucial na África. Mais de 20 nações africanas têm taxas de mortalidade materna tão altas que são inaceitáveis. Para fazer avançar o programa da saúde reprodutiva, a OMS elaborou uma estratégia para tornar a maternidade mais segura, e um projecto tem estado a circular entre os nossos colegas da Região para recolha de opiniões. A Iniciativa para Tornar a Maternidade

mais Segura irá encorajar os governos e os nossos parceiros internacionais a assegurarem na agenda política um lugar destacado à maternidade segura, uma questão de responsabilidade social de bom senso económico.

No que respeita à vacinação, durante o último ano, a OMS e os seus principais parceiros - UNICEF, Banco Mundial, doadores bilaterais e sector privado - analisaram a questão das vacinas e da vacinação.

Todos concordámos que, embora já tendo uma gama de abordagens que funcionam, é preciso intensificar os esforços para melhorar o acesso a serviços duráveis, introduzir novas vacinas eficazes e de custo acessível, e acelerar o desenvolvimento de novas vacinas, especialmente contra o HIV, a tuberculose e o paludismo.

Para atingir este fim, concordámos em estabelecer uma Aliança Mundial para Vacinas e Vacinação, com a participação de todas as partes interessadas, e presidida pela OMS durante os seus dois primeiros anos.

A nova aliança cobrirá de *facto* as áreas de actuação da Iniciativa da Vacinação Infantil, (IVI) estabelecida em 1992. Os co-fundadores da IVI, que fazem parte da Aliança decidiram, assim, pôr termo à Iniciativa. Um dos novos instrumentos financeiros para ajudar a acelerar os esforços é o estabelecimento na UNICEF de um Fundo para Vacinas da Infância.

Sr. Presidente,

Permitam-me que evoque rapidamente a **segunda** orientação estratégica. Não são apenas as doenças que é preciso enfrentar. Há também necessidade de **enfrentar ameaças potenciais para a saúde** resultantes de crises económicas, ambientes insalubres e comportamentos de risco.

Referirei uma ameaça que já se instalou entre nós - uma epidemia prestes a atacar o mundo em desenvolvimento. Refiro-me ao tabaco.

Os países africanos já sofrem o peso de demasiadas doenças sem a ameaça de uma epidemia de tabaco. A indústria tabaqueira está agora a concentrar a sua atenção e poder publicitário no mundo em desenvolvimento e na África - e especialmente nas mulheres e crianças africanas.

Temos uma oportunidade de evitar sobrecarregar a África com outro fardo. Pedi uma acção concertada a nível regional para apoiar os nossos esforços mundiais de luta contra o tabaco. Tenho, o prazer de constatar que o desenvolvimento de uma

resposta panafricana à epidemia de tabaco já se iniciou, e que irá continuar durante uma reunião de parlamentares africanos de língua francesa, a realizar em Outubro. No fim desse mês, receberemos representantes africanos numa reunião em Genebra do grupo de trabalho da Convenção-Quadro da OMS sobre a Luta contra o Tabaco.

Contudo, algumas pessoas dizem que ao fim e ao cabo o tabaco pode ser bom para a economia por criar oportunidades de emprego e impostos para o governo. Mas isto é sem dúvida discutível. A saúde é um assunto que diz respeito à OMS, por isso deixamos o Banco Mundial responder a esta questão, o que faz no seu último relatório "Curbing the Epidemic", onde diz claramente que o tabaco não só é mau para a saúde, como também é mau para a economia.

Sr. Presidente,

A **terceira** orientação estratégica refere-se a sistemas de saúde. A OMS deve concentrar-se em ajudar os países a desenvolverem sistemas de saúde que contribuem para reduzir as desigualdades em saúde em cada sociedade, que deêm resposta às necessidades legítimas das pessoas, e que sejam economicamente acessíveis.

O desafio é assegurar *uma cobertura de cuidados de saúde para todos*. Essa é a mensagem-chave do Novo Universalismo que a OMS sublinhou no Relatório Mundial da Saúde deste ano. Significa, em resumo, que temos de melhor definir as prioridades.

As escolhas serão difíceis: não só para decidir quais os serviços que os governos devem assegurar, mas para determinar como os cuidados de saúde devem ser financiados. Os cuidados de saúde têm que ser pagos, mas a solidariedade através de um tipo de sistema de pré-pagamento é um fardo menor para os pobres do que o pagamento a pronto. É cada vez mais evidente que o pré-pagamento é uma política financeira eficaz e justa.

Quando, durante as minhas visitas aos países e durante a Assembleia Mundial, falo com ministros e profissionais de saúde, ouço as suas inúmeras preocupações sobre a reforma dos sistemas de saúde, esperando a orientação da OMS. Eles querem a nossa opinião sobre a maneira de enfrentar o crescimento rápido dos cuidados médicos privados e aproveitar as energias do sector privado, para fins públicos. Nós responderemos a este pedido.

Devemos ser claros sobre os objectivos que esperamos sejam atingidos pelos sistemas de saúde, e os meios pelos quais avaliamos as suas actuações. Melhor saúde é um indicador, mas, se estivermos interessados em equidade, então também precisamos de saber como são repartidas pela população as melhorias no campo da saúde.

Precisamos de ser capazes de compreender por que razão o sistema de saúde de um país funciona melhor do que um outro. Devemos utilizar os nossos êxitos em áreas como a vacinação, como exemplos para enfrentar problemas mais vastos. Esta compreensão do sucesso, fracasso e melhor prática precisa de estar na base da nova agenda para a reforma dos sistemas de saúde. Para sublinhar a sua importância, todo o próximo Relatório sobre Saúde no Mundo, 2000, é dedicado a este assunto.

Sr. Presidente,

A **quarta** orientação diz respeito à própria agenda do desenvolvimento. Tenho-me empenhado tanto quanto posso em colocar a saúde no topo dessa agenda, lugar que lhe é devido como elemento essencial do desenvolvimento e do progresso da humanidade.

Permitam-me mencionar uma área onde proponho que, nos próximos anos, a OMS seja mais activa e eloquente. Refiro-me à redução da dívida.

A Iniciativa de Colónia para a redução da dívida abrange 42 países pobres altamente endividados, dos quais 34 são da África Subsariana, representando cerca de três quartos da população de 700 milhões. Em muitos destes países, a esperança de vida não chega a 50 anos, e a mortalidade infantil pode ser 17 vezes mais alta do que nas nações ricas.

A Iniciativa de Colónia é um passo importante para sanear a situação difícil da dívida, mas é só uma base para mais esforços. A OMS trabalhará, em várias frentes, com os países endividados, os G8, o FMI, o Banco Mundial e outros.

Em primeiro lugar, vamos defender que a redução da dívida deve ser considerada na totalidade dos recursos de que os governos necessitam para enfrentar crises sociais urgentes, incluindo o HIV/SIDA e o paludismo. A redução da dívida deve ser acompanhada de novos recursos.

Em segundo lugar, vamos defender que os investimentos sanitários específicos e essenciais sejam protegidos aquando da revisão dos orçamentos e da amortização da dívida. Os pormenores de tais investimentos essenciais precisam de ser mais trabalhados e adaptados a cada país, incluindo a participação justa dos mais atingidos pelas crises sociais. Nos próximos meses, anunciarei as medidas específicas que se devem tomar para ajudar a garantir a utilização eficiente da rápida redução da dívida para melhoria da saúde dos mais pobres.

Sr. Presidente,
Senhores Ministros,

Tereis de lidar com muitos intervenientes no campo do desenvolvimento - e todos nós lidamos com muitos intervenientes na área da saúde a nível internacional. Como organização líder no campo da saúde com um vasto mandato, a OMS tem de redefinir o seu papel e encontrar a melhor maneira de servir os nossos Estados-Membros. Deixem-me compartilhar convosco algumas das questões que sem dúvida chamarão a vossa atenção quando iniciarmos a planificação do orçamento para 2002-2003. Neste processo, o Representante da OMS terá um papel crucial, identificando as necessidades com cada Estado-Membro. Depois mobilizaremos toda a OMS para apoiar a execução de outros programas de trabalho que identificaremos em conjunto.

Em todas as áreas, desde o HIV/SIDA até à maternidade segura, precisamos de perguntar a nós próprios onde é que está realmente a vantagem comparativa da OMS. Quais são as funções que estamos melhor equipados para desempenhar? O que é que devemos deixar para outras organizações ou governos? Ou em que caso devemos fazer participar os nossos centros de colaboração? Estes desempenham um papel essencial. Fizemos a revisão do processo de definição e redefinição dos centros de colaboração e as novas práticas serão apresentadas ao Conselho Executivo, em Janeiro próximo.

A OMS é uma agência técnica, não um doador importante. Também precisamos de nos considerar como um *agente catalisador*, forjando alianças e estabelecendo acordos em muitos contextos diferentes, a nível nacional e internacional. Este papel catalisador está na base de todas as nossas funções essenciais e será um tema dominante durante a preparação do nosso orçamento para o biénio de 2002-2003.

Centralizar o nosso trabalho significa ter prioridades mais claras. Isto, por sua vez, significa parar com algumas das nossas actividades actuais para podermos ter maior impacto onde as necessidades são maiores. Há o famoso exemplo de um país a

quem foram atribuídos 4,9 milhões de dólares EUA do orçamento ordinário da OMS, para cobrir o custo de 428 actividades, em 44 programas nacionais de saúde diferentes. Esta não é a melhor maneira de fazer a diferença e deve ser considerada uma lição.

Em muitos países, os nossos recursos são repartidos por demasiadas actividades diferentes, havendo pouca coordenação entre as actividades das Regiões e a Sede Mundial. Isto está a ser alterado e esperamos o vosso apoio neste processo.

Ao contrário dos problemas de saúde, os recursos da OMS não se multiplicaram de um dia para o outro. Há necessidade de discussões mais explícitas com os nossos Estados-Membros, para melhor focalizar a nossa acção. Uma abordagem mais estratégica indica um corte com práticas passadas, de várias maneiras. Significará uma preocupação muito maior com os resultados. Devemos ser capazes de mostrar que o nosso contributo para o desenvolvimento sanitário obtém resultados. Resultados que influenciam de maneira positiva as vidas dos pobres.

Gostaria de concluir com alguns comentários sobre a resolução da Assembleia Mundial da Saúde sobre o orçamento e o trabalho actualmente em curso. A Assembleia decidiu não nos compensar pelo aumento dos gastos. E além disso pediu para transferirmos recursos de áreas consideradas pouco prioritárias para áreas de grande prioridade.

Tem sido um trabalho árduo - mas acredito que encontrámos uma solução realista, que evita cortes nas nossas actividades essenciais.

Ao rever as opções para obter mais eficácia, estudei primeiro medidas aplicáveis a toda a OMS. Por exemplo, estamos decididos a cortar nas nossas despesas de viagem, e a considerar de maneira crítica o que publicamos e o que adquirimos. Globalmente, fixei uma verba para medidas de eficiência de cerca de 50 a 60 milhões de dólares EUA, de acordo com o que a Assembleia Mundial de Saúde pediu. Pedirei a vossa cooperação como ministros, quando chegar a altura de atribuirmos os fundos poupados a áreas de saúde prioritárias nos vossos países.

Sr. Presidente,
Senhores Ministros,
Senhoras e Senhores,
Vou concluir com algumas palavras de admiração.

Estamos legitimamente concentrados nos problemas e desafios da África. O fardo das doenças é muitas vezes atarrador. Nas últimas décadas, o sector social africano teve de fazer mais com menos recursos. A África tem visto sair do continente, para pagar mercadorias e dívidas de serviços, mais dinheiro do que o recebido como auxílio e como pagamento da venda dos seus produtos. O agregado familiar africano médio consome, hoje em dia, muito menos do que há 25 anos. Precisamos de inverter estas tendências e podem contar com o apoio da OMS.

Mas, perante a informação sobre desafios atarradores na área da saúde, a história das importantes realizações africanas é demasiadas vezes ignorada. A África estabeleceu um sistema notável de vigilância das doenças. A África abriu o caminho, controlando doenças complexas como a oncocercose (cegueira dos rios). A África tem dado exemplos brilhantes sobre a maneira como a cooperação regional e a capacidade de acção de doadores podem conduzir a condições de saúde francamente melhores.

Antes da epidemia da SIDA ter principiado tão tragicamente a destruir as conquistas sanitárias obtidas durante décadas de trabalho árduo, a mortalidade infantil tinha diminuído de maneira importante em muitos países. Contra obstáculos tão fortes, a África tem no entanto demonstrado que as tendências de má saúde podem ser invertidas.

Hoje a minha mensagem é a mesma que quando viajei em África, em Abril: devemos prestar homenagem aos esforços tremendos feitos pelos profissionais de saúde em condições difíceis. Sem o seu trabalho dedicado, a situação sanitária em muitos países africanos seria muitíssimo pior. Muitos outros países podem tirar lições valiosas das políticas e práticas sanitárias inovadoras da África, baseadas em vastas redes de participação comunitária.

Muito obrigada.

ANEXO 10 : ALOCUÇÃO DE SUA EXCELÊNCIA O PRESIDENTE DA REPÚBLICA DA NAMÍBIA, DR. SAM NUJOMA

Exmo. Senhor Mestre de Cerimónias,
Exma. Senhora Ministra da Saúde e dos Serviços Sociais, Dra. Libertina Amathila,
Exmos. Senhores Ministros dos Estados-Membros da Organização Mundial de Saúde,

Exmos. Senhores Deputados,

Exma. Senhora Directora-Geral da Organização Mundial de Saúde, Dra. Gro A. Brundtland

Exmo. Senhor Director Regional da Organização Mundial de Saúde, Dr. Ebrahim M. Samba,

Exmos. Senhores Membros do Corpo Diplomático,

Exmo. Senhor Presidente da Câmara de Windhoek,

Minhas Senhoras e Meus Senhores,

É com muito prazer que vos dirijo a palavra esta manhã. Tal como a minha Ministra de Saúde e dos Serviços Sociais, Dra. Libertina Amathila, gostaria de vos dar sinceramente as boas-vindas à República da Namíbia.

Quando fui convidado a abrir esta sessão, não hesitei em disponibilizar-me para este momento, pela simples razão de que o meu Governo reconhece a grande importância da ligação que existe entre saúde e desenvolvimento. Esse reconhecimento encontra expressão concreta no facto de quase 16% do orçamento operacional anual do meu Governo ser consistentemente atribuído a actividades relacionadas com a saúde. Constitui, portanto, uma grande alegria para mim o facto de a Namíbia ter sido escolhida para acolher a 49ª sessão do Comité Regional Africano da OMS, apenas a 123 dias do início do novo milénio.

Permitam-me que dirija uma palavra especial de boas-vindas à Namíbia à Directora-Geral da Organização Mundial de Saúde, Dra. Gro Harlem Brundtland. Ainda conservo gratas recordações da minha visita de Estado à Noruega em 1993, quando a Dra. Brundtland era Primeira Ministra do seu país. Peço-vos que se sintam em casa entre irmãos e irmãs e que aproveitem a hospitalidade que a Namíbia vos oferece.

Exmo. Senhor Mestre de Cerimónias,

A 49ª sessão do Comité Regional Africano da OMS realiza-se numa altura em que os sistemas de prestação de serviços de saúde no nosso continente se deparam com inúmeros desafios. A Organização Mundial de Saúde foi criada com a finalidade de coordenar e promover esforços e programas que se destinam a melhorar o estado

de saúde da humanidade. É agradável registar que no curto período de cinquenta e um anos da sua existência, a Organização Mundial de Saúde alcançou conquistas importantes no capítulo da melhoria do estado de saúde de milhões de pessoas em todo o mundo. Isto é especialmente verdadeiro quando se fala das regiões em desenvolvimento do sul.

Há, realmente, várias histórias de sucesso. Podemos citar a erradicação de varíola como exemplo importante. Podemos também citar a redução de muitas doenças fatais que estão agora controladas, não só em termos de incidência e de ocorrência, como ainda em termos de perda de vidas humanas.

Isto leva-nos a ter a esperança de que outras doenças e, em especial, a poliomielite, venham a ser erradicadas. Constituem outros êxitos a divulgação de informação sobre doenças e epidemias, particularmente no que diz respeito à prevenção, tratamento e controle.

Contudo, e apesar destes êxitos, a população mundial ainda se confronta com inúmeros desafios ao entrar no Novo Milénio. Novas infecções, nomeadamente o HIV/SIDA, ameaçam inverter as conquistas alcançadas durante as últimas décadas. O HIV/SIDA tornou-se na maior ameaça à saúde pública e no maior desafio que se põe à ciência moderna no campo da saúde.

Como todos nós sabemos, o vírus que provoca a SIDA alastra rapidamente em todo o mundo. Além disso, é importante notar que o Continente Africano carrega o fardo mais pesado dessa doença. Para ser mais directo, a África é o continente mais atingido pela pandemia da SIDA.

A epidemia está a constituir um fardo muito pesado para os nossos sistemas de prestação de cuidados de saúde e tem um impacto grave e negativo sobre o nosso desenvolvimento socioeconómico. Os sectores economicamente produtivos das nossas populações, especialmente os jovens, são os que correm maior risco de infecção. A epidemia tem também efeitos devastadores sobre o tecido social, em especial sobre a sobrevivência da unidade familiar. A questão que se nos coloca é: o que é que vamos fazer para resolver esta situação?

Não há dúvida de que esta epidemia exige estratégias inovadoras para a sua prevenção. Exige uma abordagem de humanidade e compreensão no contacto com as pessoas infectadas e afectadas, incluindo as viúvas e viúvos, os órfãos e mesmo a família mais alargada. Sobretudo, exige dedicação e vontade política por parte dos

governos e de todos os interessados. Exige ainda a mobilização e atribuição de recursos financeiros num esforço concertado e orientado, para que se possa enfrentar e combater a pandemia da SIDA.

Exmo. Senhor Mestre de Cerimónias,

Sabemos todos que a Região Africana carrega um desproporcionado fardo de doenças, quer transmissíveis, quer não transmissíveis. Além do HIV/SIDA, esta é a Região do mundo com o maior número de casos de tuberculose, paludismo e outras doenças infecciosas. Contudo, a atribuição global de recursos financeiros não é condizente com o fardo, nem com o impacto das doenças que afectam o nosso continente. Por isso, louvo os esforços que a Directora-Geral faz para tratar estes problemas de forma mais sistemática. Espero também que todos os interessados, incluindo os governos, o sector privado e as ONG, intensifiquem os seus esforços no sentido de fazerem face à degradação da situação sanitária em África. É, de facto, uma injustiça, que algumas partes do mundo gozem do melhor que as ciências da saúde e médicas têm para oferecer, enquanto a maior parte da humanidade sofre por falta das necessidades médicas básicas.

Exmo. Senhor Mestre de Cerimónias,

O Governo da República da Namíbia subscreve o princípio da Organização Mundial de Saúde de que um dos direitos fundamentais de todo o ser humano é beneficiar do mais elevado nível de saúde possível. A Constituição da República da Namíbia garante esse direito **humano fundamental**. Esse princípio constitui a base da política de saúde da Namíbia, abrangendo os elementos da igualdade, acesso, acessibilidade e participação das comunidades. A este respeito, estamos empenhados no desenvolvimento de sistemas de saúde apropriados, que possam responder adequadamente às necessidades das nossas populações no domínio de saúde. Por seu turno, isso contribuirá de modo positivo para o desenvolvimento económico e para os nossos esforços de desenvolvimento socioeconómico.

Não há dúvida de que o desenvolvimento dos serviços de saúde, tal como em todas as áreas da actividade humana, apenas frutificará num ambiente de paz e estabilidade, sem guerras, conflitos e outras hostilidades. Constitui, por isso, grande preocupação que, de entre os Estados-Membros da Organização Mundial de Saúde da Região Africana, nada menos do que vinte países estejam envolvidos numa ou noutra forma de conflito armado.

Os conflitos armados provocam morte, incapacidades, deslocação de populações e destruição da propriedade. O êxodo e a grande mobilidade dos refugiados e das pessoas internamente deslocadas impõem maior esforço à capacidade dos sistemas de saúde de fornecerem serviços de saúde adequados. Como todos sabemos, as circunstâncias da elevada mobilidade das populações e as condições de agitação e insegurança social podem igualmente aumentar os riscos de doenças. As famílias são frequentemente separadas e as redes e estruturas protectoras de segurança social, que prestam apoio em tempo de necessidade, deixam de existir. Os serviços de saúde de rotina, tais como a vacinação, os cuidados pré-natais, bem como o tratamento geral das doenças podem deixar de existir. Do mesmo modo, os estabelecimentos de saúde, a logística e as redes de comunicação podem ser destruídos, privando assim as populações em risco dos serviços de saúde de que necessitam.

É meu desejo felicitar a OMS pelos louváveis esforços que tem desenvolvido, e que apesar da guerra na República Democrática do Congo lhe permitiram ter conseguido mobilizar as campanhas de vacinação contra a poliomielite nesse país. É bom saber que essas campanhas atingiram uma cobertura de 90% da população-alvo.

Isto prova que, mesmo em tempo de guerra, os nossos profissionais de saúde estão prontos a ajudar as populações necessitadas de cuidados de saúde. Isto prova também que, com uma vontade política sustentada e a atribuição de recursos suficientes, se podem abrir caminhos, mesmo em situações que parecem insustentáveis.

Exmo. Senhor Mestre de Cerimónias,

Outro assunto que me preocupa é a questão das minas terrestres. Nove anos após o final da luta armada de libertação nacional na Namíbia, os nossos cidadãos continuam a ser vítimas da explosão de minas. A explosão de minas terrestres continua a matar e mutilar muitas pessoas em países que, de uma maneira ou de outra, foram afectados pela guerra. As minas terrestres são inimigos invisíveis que afectam, sobretudo, os membros inocentes e vulneráveis das nossas sociedades, provocando morte, destruição e incapacidades.

Como meio de contribuir para a eliminação das minas terrestres como armas de guerra, a Namíbia assinou a Convenção para a Proibição do Uso, Armazenamento, Produção e Transferência de Minas Anti-pessoais e sua destruição. Essa Convenção foi ratificada pelo Parlamento da Namíbia, em 21 de Setembro de 1998, e já depositámos os instrumentos necessários junto da Organização das Nações Unidas.

Como já afirmei, esta sessão realiza-se na véspera do Novo Milénio. Tratar-se, portanto, de uma óptima oportunidade para rever os objectivos que foram definidos para o Ano 2000 no sector da Saúde, tanto em cada um dos países como a nível internacional. Ao fazê-lo, é importante reflectir sobre as nossas insuficiências, para determinar por que razão alguns dos nossos programas não obtiveram os resultados desejados e algumas das nossas metas não foram atingidas. É também importante analisar os nossos êxitos e capitalizar sobre eles.

Gostaria ainda de sublinhar a importância de interdependência das nações, através da cooperação internacional, nos seus esforços para melhorar o estado de saúde da humanidade. O nosso apelo hoje deverá ir no sentido de um esforço colectivo, se quisermos ser bem sucedidos na nossa acção para melhorar o nível de vida e o nível de saúde dos nossos povos.

Igualmente importante é a questão da autonomia das mulheres. As mulheres desempenham um papel fulcral nas nossas sociedades. Não apenas são mães como também mentoras, produtoras e fornecedoras de alimentos. Elas são enfermeiras e parteiras, em especial nas comunidades que sofrem da falta de infra-estruturas básicas de saúde. A concessão de poderes acrescidos às mulheres deverá, portanto, ser considerada como a porta de entrada para a melhoria do bem-estar da família, assim como para a melhoria da saúde e do desenvolvimento socioeconómico das nossas sociedades.

Exmo. Senhor Mestre de Cerimónias,

Nos próximos dias, cabe-vos a tarefa de examinar vários problemas de saúde importantes na Região Africana. Ser-vos-á pedido que façam uma reflexão colectiva sobre estas questões escaldantes e que procurem soluções para salvar a África dos graves problemas de saúde que afectam o nosso Continente. Posso garantir-vos que, neste domínio, podereis contar com o apoio inequívoco dos meus colegas Chefes de Estado e de Governo. Em nome dos meus colegas Chefes de Estado e de Governo desejo-vos todo o sucesso e deliberações frutuosas.

Todos nos lembramos, evidentemente, da Declaração de Harare sobre Paludismo, feita pelos Chefes de Estado e de Governo da OUA. A 35ª sessão ordinária dos Chefes de Estado e de Governo da OUA, que se realizou na Argélia, de 12 a 14 de Julho de 1999, também aprovou as Declarações de Windhoek sobre as Mulheres e o HIV/SIDA, feitas pela Conferência Regional da Organização Pan-africana das Mulheres. Isto prova que os líderes africanos não poupam esforços no sentido de encontrar soluções para os problemas de saúde do nosso continente.

Estamos também a trabalhar incansavelmente para trazer um final pacífico aos conflitos e agitação que têm assolado a África e provocado um sofrimento humano indizível às nossas crianças. O nosso objectivo é garantir que a África encontre a paz. Queremos garantir que a África passe a estar em paz consigo própria e com o resto do mundo. Gostaria mais uma vez de sublinhar que só com um clima de paz e estabilidade social a África pode orientar as suas energias para a melhoria do nível de vida das suas populações. Isto é particularmente verdade para a melhoria da prestação de serviços de saúde adequados e de qualidade ao nosso povo tão martirizado.

Com estas palavras, tenho agora todo o prazer de declarar oficialmente aberta a 49ª sessão do Comité Regional Africano da OMS.

Muito obrigado.

ANEXO 11 : ORDEM DO DIA PROVISÓRIA DA QUINQUAGÉSIMA SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL

1. Abertura da sessão
2. Constituição da Comissão de Designações
3. Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores
4. Adopção da ordem do dia (documento AFR/RC50/1)
5. Nomeação da Comissão de Verificação de Poderes
6. Actividades da OMS na Região Africana em 1998-1999 (documento AFR/RC50/2)
 - Relatório Bienal do Director Regional
 - Progressos realizados em determinadas áreas programáticas
 - A situação da Sede Regional Africana
7. Correlação entre os trabalhos do Comité Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde
 - 7.1 Modalidades de implementação das resoluções de interesse para a Região Africana aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo (documento AFR/RC50/3)
 - 7.2 Incidências regionais das ordens do dia da 107ª sessão do Conselho Executivo e da 54ª Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC50/4)
 - 7.3 Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC50/5)
8. Relatório do Subcomité do Programa
 - 8.1 Projecto de Orçamento-Programa 2002-2003
 - 8.2 Política de Saúde para Todos no Século XXI na Região Africana
 - 8.3 Promover o Papel da Medicina Tradicional nos Sistemas de Saúde: Estratégia para a Região Africana
 - 8.4 Saúde dos Adolescentes e Desenvolvimento: Estratégia Regional
 - 8.5 Doenças Não-Transmissíveis: Estratégia Regional
 - 8.6 Quadro de Implementação da Estratégia de HIV/SIDA/DST para a Região Africana
 - 8.7 Quadro de Implementação da Iniciativa Fazer Recuar o Paludismo na Região Africana
9. Discussões Técnicas “Reduzir a Mortalidade Materna: Um Desafio para o Século XXI”

-
10. Apresentação do relatório das Discussões Técnicas
 11. Escolha do tema das Discussões Técnicas do ano 2001
 12. Designação do Presidente e do Presidente substituto das Discussões Técnicas do ano 2001
 13. Decisões Processuais
 14. Datas e locais da 51ª e 52ª sessões do Comité Regional
 15. Aprovação do relatório do Comité Regional
 16. Encerramento da 50ª sessão do Comité Regional

ANEXO 12 : LISTA DOS DOCUMENTOS

Referência	Título do documento
AFR/RC49/INF/01	- Boletim Informativo
AFR/RC49/1 Rev.4	- Ordem do dia
AFR/RC49/2	- Actividades da OMS na Região Africana 1998: -Relatório Anual do Director Regional
AFR/RC49/3	- Modalidades de implementação das resoluções de interesse para a Região Africana aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo
AFR/RC49/4	- Incidências regionais das ordens do dia da 105ª sessão do Conselho Executivo e da 53ª Assembleia Mundial da Saúde
AFR/RC49/5	- Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde
AFR/RC49/6	- Relatório do Subcomité do Programa
AFR/RC49/7	- Reforma do sector da Saúde na Região Africana - Análise da implementação e perspectivas
AFR/RC49/8(b) Rev.1	- Política regional de Saúde para Todos no Século XXI
AFR/RC49/9	- Estratégia regional para a saúde mental
AFR/RC49/10	- Diagnóstico e tratamento integrados das doenças da infância (DITIDI) - Plano estratégico para 2000-2005
AFR/RC49/11	- Medicamentos essenciais na Região Africana - Análise da situação e suas tendências
AFR/RC49/12	- Política de tecnologias da saúde na Região Africana
AFR/RC49/13	- Análise da implementação da Iniciativa de Bamaco
AFR/RC49/TD/1	- Discussões Técnicas - Combate às doenças na Região Africana no Século XXI
AFR/RC49/TD/2	- Guia para as Discussões Técnicas
AFR/RC49/14	- Relatório das Discussões Técnicas

-
- | | | |
|---------------------|---|---|
| AFR/RC49/15 | - | Escolha do tema das Discussões Técnicas no ano 2000 |
| AFR/RC49/16 | - | Designação do Presidente e do Presidente Substituto das Discussões Técnicas do ano 2000 |
| AFR/RC49/17 | - | Datas e locais da 50ª e 51ª Sessões do Comité Regional Africano |
| AFR/RC49/18 | - | Relatório do Comité Regional |
| AFR/RC49/19Rev.1 | - | Ordem do dia do Subcomité do Programa |
| AFR/RC49/INF.DOC/1 | - | Implementação da componente Saúde da Iniciativa das Nações Unidas para a África (UNSIÁ) |
| AFR/RC49/Conf.Doc/1 | - | Alocação de boas-vindas da Dra. Libertina Amathila, Ministra da Saúde Social da Namíbia |
| AFR/RC49/Conf.Doc/2 | - | Alocação de abertura do Dr. T.J.Stamps, Presidente da 48ª sessão do Comité Regional |
| AFR/RC49/Conf.Doc/3 | - | Alocação de abertura do Ebrahim M. Samba, Director da Região Africana da OMS |
| AFR/RC49/Conf.Doc/4 | - | Alocação da Dra. Gro H. Brundtland, Directora-Geral da Organização Mundial de Saúde |
| AFR/RC49/Conf.Doc/5 | - | Alocação do Presidente da República da Namíbia, Sua Excelência Dr. Sam Nujoma |
| AFR/RC49/Conf.Doc/6 | - | Alocação de abertura da Dra. Libertina Amathila, Ministra da Saúde da Namíbia e Presidente da Quadragésima-nona sessão do Comité Regional |
| AFR/RC49/Conf.Doc/7 | - | Alocação da Senhora Rima Salah, Directora Regional do UNICEF para a África Central e do Oeste |