

Uma década de transformação 2015-2024:

Melhoria da Saúde
das Populações Africanas



Organização
Mundial da Saúde

Região Africana

Uma década de transformação 2015-2024:

Melhoria da Saúde
das Populações Africanas



Organização
Mundial da Saúde

Região Africana

Índice

Prefácio	IV
Agradecimentos	VI
Siglas e acrónimos	VII
Lista de figuras e quadros	XI
Resumo	XIII
Reflexões sobre os dez anos da Dr. ^a Moeti no cargo de Directora Regional	XXXIII

1. Introdução 1

1.1 Breve história da criação da OMS e dos problemas de saúde em África	3
1.2 Conceitualizar a Agenda de Transformação	6
1.3 Âmbito do relatório e públicos a que se destina	9

2. Compreender a Agenda de Transformação 13

2.1 A Agenda de Transformação	15
2.2 Objectivo, áreas de foco e resultados esperados	17
2.3 Principais acções estratégicas iniciadas pela Directora Regional durante os primeiros 100 dias do seu mandato	21
2.4 Institucionalizar a Agenda de Transformação – O Programa Africano de Transformação da Saúde	23
2.5 Avaliação da Fase 1 da Agenda de Transformação	25
2.6 Principais realizações durante a Fase 2 da implementação da Agenda de Transformação	27
2.7 Consolidar a Agenda de Transformação – O segundo mandato da Directora Regional	29

3. Transformar o Secretariado 31

3.1 Construir uma cultura de excelência na saúde	33
3.2 Melhorar a capacidade da força de trabalho para uma mudança sustentada	37
3.3 Melhorar a eficiência operacional	45
3.4 Melhorar a governação e a responsabilização	51
3.5 Reforçar as parcerias	53

4. Reforçar os sistemas de saúde rumo à cobertura universal de saúde 57

4.1 Medir os progressos conseguidos rumo à cobertura universal de saúde	59
4.2 Reforçar o pessoal da saúde em África de modo a permitir a prestação de serviços de saúde de qualidade	63
4.3 Alargar o acesso a medicamentos essenciais, vacinas e produtos de saúde	65
4.4 Combater a resistência aos antimicrobianos	67
4.5 Proteger as pessoas contra o empobrecimento relacionado com as despesas de saúde	70
4.6 Reforçar os serviços de diagnóstico e laboratoriais	74
4.7 Reforçar os sistemas e as capacidades de produção, análise e utilização de dados	77
4.8 Reforçar a liderança e a governação no domínio da saúde	82
4.9 Reforçar a investigação para uma tomada de decisões informada	85
4.10 Promover a saúde através de inovações digitais	88

5. Melhorar a saúde e o bem-estar ao longo da vida	91
5.1 Acabar com a compartimentação dos cuidados de saúde	93
5.2 Promover a saúde das mulheres	95
5.3 Promover a saúde e o desenvolvimento de todas as crianças	103
5.4 Melhorar a saúde e o bem-estar dos adolescentes	109
5.5 Promover a saúde e o bem-estar das pessoas idosas	114

6. Fazer avançar os esforços de controlo e eliminação das doenças transmissíveis	117
6.1 Intensificar o apoio aos sistemas de prevenção e controlo de doenças e à governação	119
6.2 Doenças tropicais e transmitidas por vectores	121
6.3 VIH, tuberculose e hepatite	126
6.4 Doenças evitáveis pela vacinação	132

7. Combater as doenças não transmissíveis e cuidar da saúde mental	141
7.1 Doenças não transmissíveis (DNT)	143
7.2 Saúde mental	154

8. Dar resposta aos determinantes sociais da saúde	159
8.1 O desafio da equidade na saúde	161
8.2 Envolver as comunidades para promover a saúde, fazer face aos determinantes sociais e dar resposta às emergências	163
8.3 Dar resposta ao duplo fardo da malnutrição e garantir a segurança sanitária dos alimentos	170
8.4 Fazer face aos riscos relacionados com a saúde ambiental e promover proactivamente a adaptação às alterações climáticas	176
8.5 Prevenir os ferimentos, eliminar a violência contra as mulheres e as crianças, reduzir as desigualdades na saúde vividas pelas pessoas com deficiência e reforçar os serviços de reabilitação	183

9. Melhorar a segurança sanitária em África	189
9.1 Da crise à resiliência	191
9.2 Informação sanitária e avaliação dos riscos	194
9.3 Apoio Operacional e Logístico (AOL)	201
9.4 Preparação para situações de emergência: prender com o passado, preparar o futuro	207
9.5 Resposta de emergência: Acção rápida, impacto real	210

10. Desafios e lições aprendidas	215
---	------------

11. Conclusões e perspectivas futuras	225
--	------------

Prefácio

É uma honra escrever o prefácio deste livro, que narra o percurso de transformação da Região Africana da OMS sob a liderança da Dr.^a Matshidiso Moeti. Agora que a sua década de mandato como Directora Regional chega ao fim, esta publicação é um reflexo merecido do legado extraordinário que deixa.

A nomeação da Dr.^a Moeti em 2015 ocorreu numa altura de enormes desafios e oportunidades. O devastador surto de Ébola de 2014 expôs lacunas fundamentais nos sistemas de saúde e na preparação para emergências em toda a Região. Ao mesmo tempo, havia uma dinâmica emergente entre os Estados-Membros e parceiros para reforçar os sistemas de saúde e acelerar o progresso em direcção à cobertura universal de saúde.

Demonstrou que é possível fazer mudanças, mesmo diante de imensos desafios, e inspirou uma geração de líderes da saúde a maiores ambições e a almejar mais.

Com o foco, a determinação e o espírito de colaboração que lhe são característicos, a Dr.^a Moeti traçou um trajecto ousado rumo ao futuro. A Agenda de Transformação, que lançou no início de seu mandato, constituiu o roteiro para mudanças transformadoras enraizadas na responsabilização, nos resultados e em valores, posicionando a OMS na Região Africana como um parceiro confiável e credível.

Um dos principais pilares de sua visão foi um programa de emergências mais responsivo e resiliente. Esta reformulação provou-se valiosa, como ficou provado pela melhoria na capacidade da Região para responder rápida e eficientemente a surtos de Ébola, de COVID-19, de varíola símia, de cólera e a outras emergências.

A Dr.^a Moeti compreendeu que as mudanças sustentáveis começam com as pessoas. Através de iniciativas como o Programa Vias para a Liderança, reforçou as capacidades de liderança não apenas da equipa da OMS, mas também de líderes nos Ministérios da Saúde em toda a Região Africana.

A experiência e a visão da Dr.^a Moeti também foram inestimáveis na delineação do trajecto de transformação mundial da Organização, que confere um lugar de primazia aos princípios de responsabilização, às medidas orientadas para resultados e a mudanças culturais.

Agora que a Dr.^a Moeti conclui seu mandato, celebramos suas conquistas e reconhecemos o profundo impacto que teve na saúde pública em África e para lá do continente. Demonstrou que é possível fazer mudanças, mesmo diante de imensos desafios, e inspirou uma geração de líderes da saúde a maiores ambições e a almejar mais.

Em nome de toda a família da OMS, manifesto a minha mais profunda gratidão à Dr.^a Moeti. O seu legado perdurará, moldando o futuro da OMS e a saúde das pessoas em toda a Região Africana.

Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus
Director-Geral da OMS



Agradecimentos

Este livro sobre o legado da Dr.^a Moeti, Directora Regional do Escritório Regional da OMS para a África foi preparado por uma equipa central do Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para a África, sob a orientação da Dr.^a Matshidiso Moeti. A equipa foi coordenada pelo Dr. Alex Gasasira.

Os principais redactores deste livro foram: Diana Caelers, Rufaro Chatora e Emil Asamoah-Odei.

Os outros membros da equipa central são: Francis Kasolo, Owen Kaluwa, Ambrose Talisuna, Kizito Nsarhaza, Benson Droti, Adeniyi Aderoba, Akpaka Kalu, Kofi Nyarko, Tesfaye Fikru, Helena O'Malley, Egide Rwamatwara e Otto Bakano.

Também contribuíram em diversas fases do processo de elaboração do relatório os seguintes funcionários do Escritório Regional da OMS para a África: Tesfaye Erbetto, Affoué Assohou-Luty, Hyppolite Kalambay, Yahaya Ali Ahmed, Hani Mohamed, Sheick Coulibaly, James Asamani, Ogochukwu Chukwujekwu, Sam Omar, Mohamed Ismail, Yuka Makino, Chido Rwafa Madzvamutse, Kouamivi Agboyibor, Cheick Diallo, Antonio Armando, Issimouha Dille Mahamadou, Sharon Kapambwe, Julius Muron, Kaitesi Mukara, Terence Totah, William Maina, Nivo Ramanandraibe Ravosson Ratsimbazafy, Akudo Ikpeazu, Charles Wiysonge, Dorothy Achu, Elizabeth Juma, Liliane Bizimana, Usman Abdulmumini, Viviane Molokwu, Pamela Drameh, Mariama Bah, Andrea Luciani, Patrick Kabore, Salla Ba, Doris Kirigia, Laetitia Ouedraogo Nikiema, Lusubilo Mwamakamba, Binta Sako, Chiara Retis, Guy Mbayo, Zita Monjoa Monono, Brama Kone, Peter Phori, Auge Ondon, Aminata Kobie, Godwin Akpan, Thierno Balde, Fiona Braka, Dick Chamla, Ishata Conteh, Abdramane Diabate, Sara Hollis, Zinedine Kada, Etien Koua, Charles Okot Lukoya, Charles Njuguna, Joseph Okeibunor, Sabs Quereshi, Patrick Otim Ramadan, Fatima Tafida, Janet Kayita, Triphonie Nkuruynziza, Leopold Ouedraogo, Geoffrey Bisoborwa, Abdoulaye Konate, Zandile Zibwowa, Amaka Onyiah, Irene De'Angelis, Prossy Nakitandwe.

Este livro foi editado e traduzido por Elisabeth Kouaovi, Damian Foncha, Ntsama Onana e Isabel Gomes Okatha, da Unidade de Tradução, Interpretação e Impressão (TIP) do Escritório Regional da OMS para a África. A concepção e a apresentação gráfica do livro ficaram a cargo de Matthias Reichwald. As questões administrativas foram tratadas por N'djah Assali.

Por último, gostaríamos de agradecer à equipa de gestão executiva do Escritório Regional da OMS para a África, composta por Joseph Caboré, Lindiwe Makubalo, Kambou Fofana, Abdou Salam Guèye, Kasonde Mwinga, Adelheid Onyango e Benido Impouma, pela sua orientação e apoio.

Siglas e acrónimos

AACHRD	Comité Consultivo Africano para a Investigação e o Desenvolvimento em Saúde	CDC de África	Centros Africanos de Prevenção e Controlo de Doenças
AAM	Agência Africana de Medicamentos	CER	Comunidades Económicas Regionais
AAS	Academia Africana das Ciências	CFC	Coordenação centrada nos países
ACO	África Central e Ocidental	COESP	Centro de Operações de Emergência de Saúde Pública
ACT	Terapêutica combinada à base de artemisinina	COP	Conferências das Partes
ADI	Declaração de Adis Abeba sobre Vacinação	CPEA	Avaliação da eficiência inter-programática
AfDB	Banco Africano de Desenvolvimento	CPI	Preparação dos países para situações de emergências sanitárias e do RSI
AFR EDPLN	Rede de Laboratórios de Agentes Patogénicos Perigosos Emergentes da Região Africana	CQLA OMS	Convenção-Quadro da OMS para a Luta Antitabágica
AHFP	Programa emblemático de saúde dos adolescentes	CRB	Reabilitação de base comunitária
AHO	Observatório Africano da Saúde	CSP	Cuidados de saúde primários
AHOP	Plataforma do Observatório Africano da Saúde sobre Sistemas e Políticas	CUS	Cobertura universal de saúde
AHSBA	Avaliação de obstáculos em serviços de saúde para adolescentes	cVDPV2	variante circulante do poliovírus tipo 2
AHTP	Programa Africano de Transformação da Saúde	DCS	Despesa corrente em saúde
AMS	Assembleia Mundial da Saúde	DDPD	Despesas directas suportadas pelo utente
AMVIRA	Implementação acelerada da iniciativa da vacina contra o paludismo em África	DEV	doenças evitáveis pela vacinação
AOA	África Oriental e Austral	DHIS2	Software de informação sanitária a nível distrital, versão 2
AOL	Apoio operacional e logística	DNT	Doenças não transmissíveis
ARNm	ácido ribonucleico mensageiro	DPIS	despesa pública interna na área da saúde
ARV	anti-retrovirais	DR-TB	Tuberculose resistente aos medicamentos
ASV	actividades suplementares de vacinação	DTN	Doenças tropicais negligenciadas
AT	Agenda de Transformação	DTN-QP	Doenças tropicais negligenciadas tratáveis por quimioterapia preventiva
ATACH	Aliança para uma Acção Transformadora sobre o Clima e a Saúde	DTP3	terceira dose da vacina da difteria-tétano e tosse convulsa
AVAREF	Fórum Africano para a Regulamentação das Vacinas	EAI	Equipas de Apoio Interpaíses
AVoHC	Corpo Africano de Voluntários da Saúde	eCHIS	Sistema eletrónico de informação sanitária da comunidade
AWHC	Iniciativa Mulheres Africanas Defensoras da Saúde	EDCTP	Parceria entre a Europa e os Países em Desenvolvimento para a Realização de Ensaios Clínicos
BMGF	Fundação Bill e Melinda Gates	EIOS	Informação de Fontes de Acesso Livre sobre Epidemias
CBM	Christian Blind Mission	EMA	vigilância antimicrobiana

EMO	Operações de emergência	HiAP	Saúde em Todas as Políticas
EMP	preparação para emergências	HIR	Informação sobre emergências de saúde e avaliação do risco
EMR	resposta a emergências sanitárias	HNAP	Planos Nacionais de Adaptação no domínio da Saúde
EPG	Relações Externas, Parcerias e Órgãos Directivos [Unidade]	HSE	Segurança e as Emergências Sanitárias
EPR-TAG	Grupo Técnico Consultivo para a Preparação e Resposta a Emergências	IA	Inteligência artificial
ESPMI	Emergência de Saúde Pública de Dimensão Internacional	IAHO	Observatório Africano Integrado da Saúde
ESPEN	Programa Especial Alargado para a Eliminação das Doenças Tropicais Negligenciadas	ICOPE	Cuidados integrados para os idosos
EVIPNet	Rede de políticas baseadas em dados factuais	IHM	Gestão de Riscos Infecciosos
FENSA	Quadro de Colaboração com Actores Não Estatais	INB	Órgão Intergovernamental de Negociação
FHV	Febres hemorrágicas virais	INFOSAN	Rede Internacional de Autoridades de Segurança Sanitária dos Alimentos
GATS	Inquérito Mundial aos Adultos sobre o Tabaco	IST	Infeções sexualmente transmissíveis
GAVI	GAVI, A Aliança para as Vacinas	ITM	Gestão das tecnologias da informação
GBV/SEA	Violência de género e exploração e abuso sexuais	JEAP	Plano de Acção Conjunto para Emergências
GC-DTN	Gestão de casos de doenças tropicais negligenciadas	JMP	Programa de controlo conjunto
GFP	Gestão das finanças pública	KPI	Principais indicadores de desempenho
GGA	Objectivo Mundial de Adaptação	LME	Lista de Medicamentos Essenciais
GIDI	Gestão Integrada das Doenças Infantis	MCAT	Equipas atribuídas a vários países
GISP	Iniciativa Mundial de Apoio aos Países	MCV2	segunda dose da vacina contra o sarampo
GLASS	Sistema Mundial de Vigilância da Resistência e do Uso de Antimicrobianos	MdE	Memorando de entendimento
GLLP	Programa Mundial de Liderança Laboratorial	MDR-TB	tuberculose multirresistente
GMC	Administração Geral e Coordenação [Cluster]	MGF	Mutilação genital feminina
GROWE	Orientações para a avaliação da força de trabalho no sector da reabilitação	mhGAP	Programa de acção para reduzir as lacunas na saúde mental
GS	Serviços Gerais	MHPSS	Saúde mental e apoio psicossocial
HALE	Esperança de vida saudável	MT	Medicina Tradicional
HBHI	Elevado impacto em países com carga elevada	NAPTC	Plano de Acção Nacional para o Controlo do Tabaco
HDC	conjuntos colaborativos de dados de saúde	NITAG	Grupo consultivo técnico nacional para a vacinação
		NPO	Funcionária Nacional da Categoria Profissional
		NQPS	Políticas e estratégias nacionais de qualidade
		NSA	Actores não estatais
		nVOP2	Nova vacina oral contra a poliomielite do tipo 2

OBRA	Equipa Independente de Avaliação da Resposta	RMTI	Redes Mosquiteiras Tratadas com Insecticida
ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio	RSI	Regulamento Sanitário Internacional
ODS	Objectivos de Desenvolvimento Sustentável	SDSR	Saúde e direitos sexuais e reprodutivos
OMS	Organização Mundial da Saúde	SEA	Exploração e Abuso Sexual
ONS	Observatórios nacionais da saúde	SGI	Sistema de gestão de incidentes
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas para a SIDA	SHF	Fundo de Saneamento e Higiene
PANSS	Plano de Acção Nacional para a Segurança Sanitária	SIDA	Agência Sueca para o Desenvolvimento Internacional
PCN	Planos de continuidade do negócio	SIG	Sistema de informação geográfica
PEID	Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento	SIGS	Sistema de informação para a gestão sanitária
PFA	Paralisia flácida aguda	SLIPTA	Processo Gradual de Melhoria Laboratorial para a Acreditação
PGT12	Décimo segundo Programa Geral de Trabalho	SMG	Sistema de Monitorização Geoespacial
PGT13	Décimo terceiro Programa Geral de Trabalho	SMN	Saúde materna e neonatal
PHIO	Responsável em informação de saúde pública	SNIS	Sistema nacional de investigação em saúde
PPrE	Profilaxia pré-exposição	SPAR	Relatório Anual de Auto-Avaliação dos Estados Partes
PRE	Preparação e resposta a emergências	SRMNIA	Saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e do adolescente
PRET	Preparação e resiliência para ameaças emergentes	SRO	Solução de reidratação oral
PROSE	Promover a Resiliência dos Sistemas para Situações de Emergência	STAR	Conjunto de ferramentas estratégicas para a avaliação dos riscos
PRSEAH	Prevenção da exploração, do abuso e do assédio sexuais	STEPS	Abordagem STEPwise à Monitorização
PSE	Participação do sector privado	SURGE	Reforço e utilização de grupos de resposta a situações de emergência
PVS 1	Poliovírus selvagem do tipo 1	TAI	Iniciativas da Agenda de Transformação [Unidade]
PVVS	Pessoas que vivem com o VIH/SIDA	TAR	Terapêutica anti-retroviral
QRE	Quadro de resposta a emergências	TASS	Transformar os Sistemas de Vigilância em África
R4H	Investigação em saúde	TB	Tuberculose
RAM	Resistência aos antimicrobianos	TIBA	Combater as infecções em benefício de África
RCEV	Registo civil e estatísticas vitais	TMM	Taxa de mortalidade materna
RDHub	Plataforma Regional de Dados sobre a Saúde	TrACSS	Acompanhamento do inquérito de autoavaliação nacional sobre a RAM
RGa	Guia de acção para a reabilitação	TV	transmissão de VIH de mãe para filho
RIFA	Rede Internacional Francófona de Idosos	UIP	União Interparlamentar
		UIT	União Internacional de Telecomunicações

UNECA	Comissão Económica das Nações Unidas para a África
UNFCCC	Convenção-Quadro das Nações Unidas para as Alterações Climáticas
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para a População
UNHRD	Depósito de Resposta Humanitária das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VA	Vigilância ambiental
VCR	Vacina contra a rubéola
VNU	Voluntários das Nações Unidas
VOPm2	vacina oral da poliomielite monovalente do tipo 2
VPH	vírus do papiloma humano
VRID	Vigilância e resposta integradas às doenças
WARN-TB	Rede Regional da África Ocidental e Central para o controlo da tuberculose
WASH	Água, saneamento e higiene
WHE	Programa da OMS para as Emergências Sanitárias
WHO PEN	Pacote de intervenções essenciais da OMS contra doenças não transmissíveis ao nível de cuidados de saúde primários em contextos de poucos recursos
WHO TDR	Programa especial para a investigação e formação em doenças tropicais

Lista de figuras e quadros

Figuras

1	Cobertura das MCAT nos escritórios de país na Região Africana da OMS	XIV
2	Tendências do equilíbrio entre os géneros (representação das mulheres) na Região Africana da OMS desde 2015	XV
3	Tendência ascendente na mobilização de recursos na Região Africana da OMS, 2014/2015-2022/2023	XVI
4	Despesas directas na Região Africana da OMS	XVII
5	Taxa de mortalidade materna (mortes / 100 000 nados-vivos) na Região Africana da OMS, 2020	XX
6	Tendências das taxas de mortalidade neonatal e de menores de cinco anos (mortes / 1 000 nados-vivos) na Região Africana da OMS	XXI
7	Prazo de entrega na Região Africana da OMS antes e depois da operacionalização do armazém temporário no centro de emergência regional do Quénia	XXVIII
8	Mapa dos Responsáveis de Relações Externas e Parcerias na Região Africana da OMS	35
9	Metodologia das análises funcionais	38
10	Cobertura das MCAT nos escritórios de país na Região Africana da OMS	39
11	Tendências do equilíbrio entre os géneros (representação das mulheres) na Região Africana da OMS desde 2015	41
12	Tendências na utilização de Voluntários das Nações Unidas (UNV) 2019–2024	42
13	Tendência ascendente na mobilização de recursos na Região Africana da OMS, 2014/2015-2022/2023	54
14	Esperança de vida saudável à nascença na Região Africana da OMS	60
15	Tendências do índice de cobertura de serviços de cobertura universal de saúde, por região da OMS	61
16	Taxa de dádivas de sangue por 1 000 habitantes em 2022	66
17	Despesas actuais de saúde per capita a nível nacional na Região Africana da OMS	71
18	Despesa pública interna em percentagem da despesa pública total na Região Africana da OMS	71
19	Despesas directas na Região Africana da OMS	72
20	Número cumulativo de países que implementam o DHIS2 na Região Africana da OMS, 2011-2023	78
21	Tendências da TMM (mortes / 100 000 nados-vivos) na Região Africana da OMS	96
22	Taxa de mortalidade materna (mortes / 100 000 nados-vivos) na Região Africana da OMS, 2020	97
23	Densidade de pessoal de saúde qualificado em comparação com a TMM na Região Africana da OMS	98
24	Tendências das taxas de mortalidade neonatal e de menores de cinco anos (mortes / 1 000 nados-vivos) na Região Africana da OMS	104
25	Tendências na cobertura de intervenções específicas importantes para a saúde materna, neonatal e infantil na Região Africana da OMS	105
26	Áreas de bem-estar dos adolescentes	110
27	Casos relatados de poliomielite na Região Africana da OMS	137

28	Progressos dos países em relação aos seis objectivos de nutrição estipulados pela Assembleia Mundial da Saúde para cumprimento até 2025 na Região Africana da OMS	171
29	Tendências na prevalência e no número de crianças com menos de cinco anos que sofrem de atraso de crescimento na Região Africana da OMS	174
30	Programa Conjunto de Monitorização da OMS-UNICEF. Acesso aos serviços WASH a nível do agregado familiar, 2023	178
31	Avaliações WASH nas unidades de saúde, 2021	180
32	Percentagem de países com reduções nas estimativas de mortes por acidente rodoviário na Região Africana da OMS, 2010-2021	184
33	Número de países com estratégias nacionais de segurança rodoviária na Região Africana da OMS, 2021	185
34	Estrutura do programa HIR e adaptações durante a Agenda de Transformação	195
35	Prazo de entrega na Região Africana da OMS antes e depois da operacionalização do armazém temporário no centro de emergência regional do Quénia	203
36	As 10 principais actividades de entrada/saída com repartição por operação de resposta; armazém do Quénia (Setembro de 2022-Junho de 2024)	204
37	As 10 principais actividades de entrada/saída por operação de resposta; entreposto do Senegal (Janeiro de 2024-Junho de 2024)	206

Quadros

1	Áreas de foco e objectivos da Agenda de Transformação	18
2	Fluxos de trabalho estratégicos da Fase 2	28
3	Resultados das análises funcionais em 47 escritórios de país: Todos os cargos por categoria	38
4	Áreas técnicas cobertas pelas MCAT	40
5	Progressos em direcção aos marcos de 2020 e 2025 nos países HBHI, com um intervalo de incerteza de 95% entre parênteses	123
6	Indicadores das DTN 2015-2026	125
7	Carga da doença e cobertura dos serviços nos países visados pela OMS na resposta às hepatites virais	130

Resumo

Este Livro de Legado, que reflecte uma década de conquistas da Directora Regional da OMS, a Dr.^a Matshidiso Moeti, e da sua equipa no Secretariado da OMS na Região Africana entre 2015 e 2025, presta homenagem ao estilo de liderança arrojado da primeira mulher a ocupar este cargo no continente. Sem receio de tomar decisões e de exercer a autoridade exigida pelo seu cargo, embora disposta a aconselhar-se extensamente, a Dr.^a Moeti guiou a Região Africana da OMS através de uma avalanche de crises de saúde pública, nomeadamente o surto de Ébola na África Ocidental e a pandemia de COVID-19, momentos em que a necessidade de uma OMS mais resiliente, reactiva e eficaz em África nunca fora tão grande.

Transformar o Secretariado

A Agenda de Transformação serviu de roteiro para as soluções criativas e as parcerias que marcaram a estratégia de reforma, cujo principal objectivo era satisfazer da melhor forma possível as necessidades de saúde

dos Estados-Membros. Desde a melhoria do apoio técnico através das novas Equipas de Atribuição Multipaíses (MCAT), até aos importantes avanços no sentido da paridade de género e do concomitante desenvolvimento da liderança, a Agenda de Transformação colocou os povos de África no centro da mudança. Também tem sido uma influência fundamental nos esforços mundiais de transformação da OMS, tendo conseguido reposicionar a OMS da Região Africana como uma instituição credível e reactiva.

Durante os seus primeiros 100 dias no cargo, a Dr.^a Moeti iniciou esforços de reestruturação e tomou medidas cruciais, incluindo visitas oficiais a países afectados pelo Ébola e a mobilização de recursos para combater epidemias como a cólera e a meningite. Promoveu também parcerias mais robustas, criando um Grupo Consultivo Independente para prestar aconselhamento político estratégico. Além disso, melhorou os processos internos relacionados com as finanças, os recursos humanos e as aquisições, melhorando

Áreas de incidência da Agenda de Transformação:



Valores orientados para os resultados:

Dar ênfase à responsabilização, à equidade e à integridade no seio da Organização.



Enfoque técnico inteligente:

Alinhar os esforços da OMS com as prioridades regionais e acelerar os progressos no sentido do controlo das epidemias, dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e da cobertura universal de saúde (CUS).



Operações estratégicas reactivas:

Reforçar a transparência, a eficiência e a capacidade de gestão, nomeadamente a nível da gestão financeira e dos recursos.



Comunicação e parcerias eficazes:

Reforçar as comunicações internas e a colaboração externa com as partes interessadas.

Resultados dignos de nota no domínio da saúde pública:



A Região Africana da OMS foi certificada como estando livre do poliovírus selvagem autóctone em Agosto de 2020.



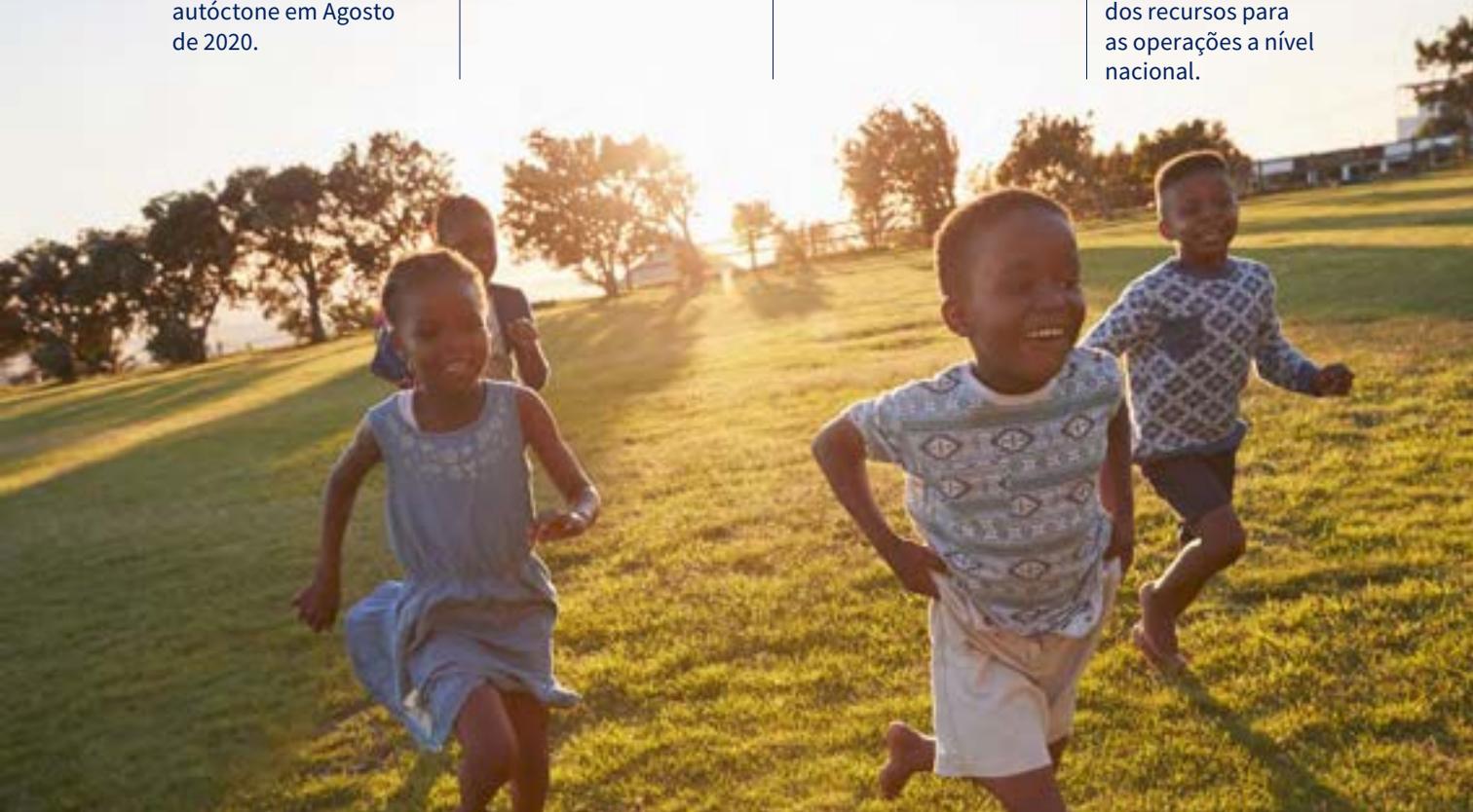
Melhoria da resposta aos surtos de doença.



Progressos na redução das taxas de mortalidade materna.



Melhoria da eficiência operacional e da gestão dos custos, assegurando a canalização eficaz dos recursos para as operações a nível nacional.



50-50

igual número de homens e mulheres em posições de liderança em 2016, pela primeira vez na história da OMS na Região Africana

29,9%-
36,7%

aumento da percentagem de mulheres nas categorias profissionais e superiores (2017-2023)

a eficiência operacional da OMS.

O Programa de Transformação da Saúde em África (2015-2020) foi criado especificamente para institucionalizar a Agenda de Transformação. Com a cobertura universal de saúde no seu cerne, para garantir o acesso de todos os africanos aos serviços essenciais de saúde, este quadro estratégico também sublinhou a urgência de reforçar a segurança sanitária, através de uma melhor preparação para as ameaças emergentes e do reforço das capacidades para sustentar o papel da OMS na promoção dos resultados sanitários.

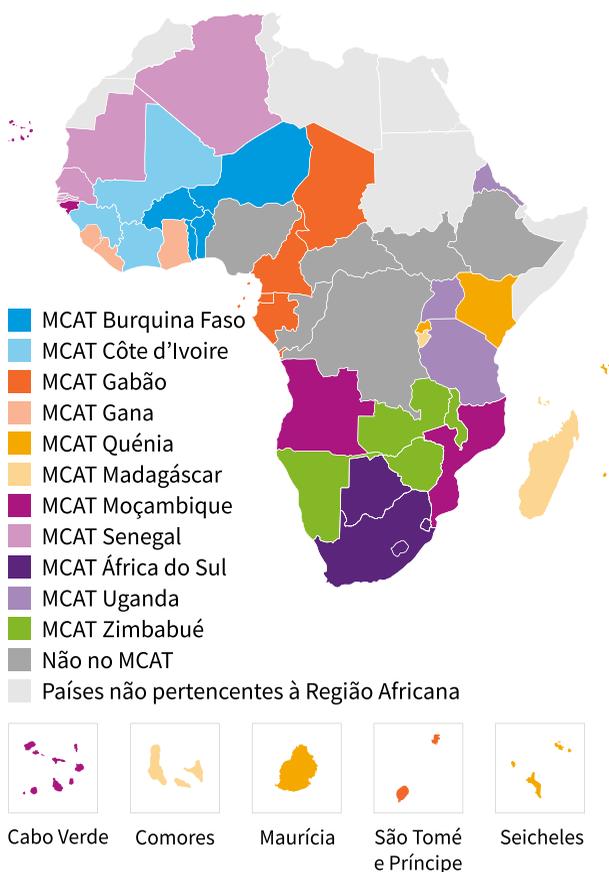
A transformação abrangente do Secretariado da OMS na Região Africana centrou-se na criação de uma cultura de excelência através de reformas organizacionais, desenvolvimento da liderança, melhoria da eficiência operacional e alinhamento dos recursos

humanos com as prioridades nacionais de saúde.

A mudança na cultura interna da OMS na Região Africana teve um papel crucial, e foi conseguida através do reforço das capacidades de liderança e do confronto com questões sensíveis, como a igualdade de género e o assédio. A Dr.^a Moeti e os principais dirigentes desempenharam um papel fundamental na defesa desta mudança, dando o exemplo de transparência e de trabalho de equipa, ao mesmo tempo que capacitavam os funcionários para abraçarem novas formas de trabalho.

Juntamente com a implementação das MCAT inovadoras, que fizeram face às limitações de recursos através de um modelo em que os peritos técnicos dedicavam as suas competências a um pequeno número

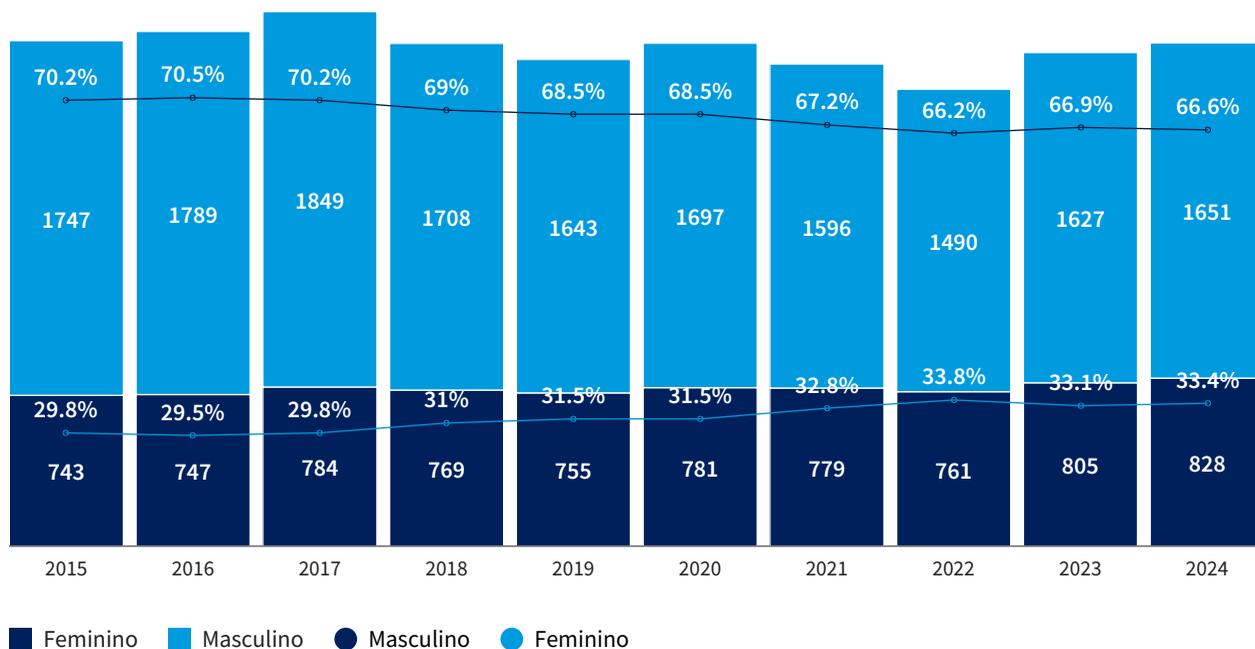
Figura 1: Cobertura das MCAT nos escritórios de país na Região Africana da OMS



Âmbito de aplicação dos MCATS / Cobertura dos escritórios de país

Localização	Portefólio	Língua
Burquina Faso	Burquina Faso, Níger, Togo e Benim	Francês
Côte d'Ivoire	Côte d'Ivoire, Guiné e Mali	Francês
Gabão	Gabão, Chade, Camarões, Guiné Equatorial	Francês
Gana	Gana, Serra Leoa, Libéria e Gâmbia	Inglês
Quênia	Quênia, Seicheles, Maurícia e Ruanda	Inglês
Madagáscar	Madagáscar, Comores e Burundi	Francês
Moçambique	Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe	Português
Senegal	Senegal, Mauritânia e Argélia	Francês
África do Sul	África do Sul, Essuatíni, Botsuana, Lesoto	Inglês
Uganda	Uganda República Unida da Tanzânia, Eritreia	Inglês
Zimbabué	Zimbabué, Zâmbia, Maláui, Namíbia	Inglês

Figura 2: Tendências do equilíbrio entre os géneros (representação das mulheres) na Região Africana da OMS desde 2015



+90%
das recomendações de auditoria foram implementadas

45-65
número de recomendações cumpridas em 2016-2021, respectivamente

de países em simultâneo, as intervenções para alcançar a paridade de género aumentaram significativamente o número de mulheres em cargos de chefia e em categorias profissionais. As reformas no recrutamento e programas como o Women in Leadership Speaker Series abriram um caminho para as mulheres poderem ascender dentro da Organização.

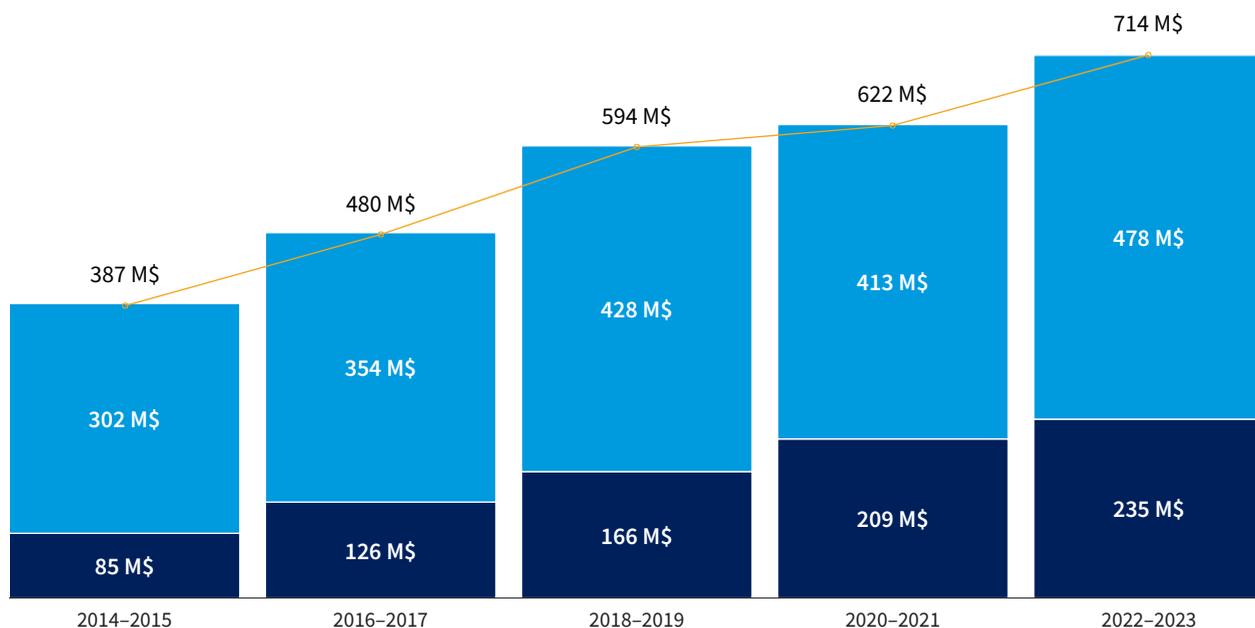
Para melhorar a eficiência operacional, desenvolvimentos como as transacções de dinheiro móvel revolucionaram a forma como as iniciativas de saúde pública eram financiadas, reduzindo os atrasos e aumentando a transparência. A OMS também adoptou plataformas de saúde digital para recolher dados em tempo real, melhorando a resposta a surtos e reforçando os sistemas nacionais de saúde. A pandemia de COVID-19, que ensombrou o segundo mandato da Dr.^a Moeti, acelerou esta mudança, com a introdução de reuniões virtuais, telemedicina e programas de formação online para assegurar a continuidade dos serviços essenciais de saúde.

As reformas da governação destinavam-se

a reforçar a supervisão financeira e a melhorar a conformidade, a fim de aumentar a confiança dos doadores e das partes interessadas. Entre as principais medidas estiveram a implementação de novos sistemas de gestão financeira e o cumprimento de um número significativo de recomendações de auditoria. Nomeadamente, entre 2016 e 2021, o número de recomendações cumpridas disparou de 45 para 65. Com efeito, isto significa que mais de 90% das recomendações foram implementadas, o que representa uma melhoria significativa das estruturas de governação da Organização.

A Agenda de Transformação também melhorou significativamente os resultados em matéria de saúde em África através do reforço das parcerias estratégicas. As estratégias utilizadas incluíram a descentralização das relações externas, o envolvimento de intervenientes não estatais (INE) e a realização do Fórum Africano da Saúde no Ruanda, em 2017, e em Cabo Verde, em 2019. Estas medidas reforçaram a capacidade da OMS para mobilizar recursos e apoiar os Estados-Mem-

Figura 3: Tendência ascendente na mobilização de recursos na Região Africana da OMS, 2014/2015-2022/2023



- Dólares americanos (US\$) mobilizados directamente pelos escritórios de país da OMS na Região Africana
- Dólares americanos (US\$) mobilizados directamente pelo Escritório Regional da OMS para a África

46 anos a 55 anos

aumento da esperança de vida na Região Africana da OMS, 2000-2019

bros. Em termos práticos, o sucesso nesta frente é evidente não só no aumento do financiamento, mas também na melhoria do envolvimento das partes interessadas e em sistemas de saúde mais resilientes, especialmente durante a pandemia de COVID-19.

Reforçar os sistemas de saúde com vista à cobertura universal de saúde

Uma das maiores histórias de sucesso do continente, e um momento de especial orgulho para a Dr.^a Moeti, foi a comunicação oficial da OMS, em Agosto de 2022, de que o aumento da esperança de vida na Região Africana tinha ultrapassado outras regiões do mundo, aumentando em média 10 anos por pessoa nos 19 anos decorridos até 2019.

Embora ainda muito abaixo da média mundial de 64 anos, o aumento deu provas estatísticas dos progressos transformadores em áreas-chave da saúde, incluindo serviços e infra-estruturas essenciais de saúde, avanços na saúde reprodutiva, materna, neonatal e

infantil, e a luta contra as doenças infecciosas e as doenças não transmissíveis (DNT).

Alargar o acesso aos serviços de saúde, melhorar os resultados de saúde e fazer face aos desafios sistemáticos são passos fundamentais para alcançar a cobertura universal de saúde (CUS) e, com a OMS a impulsionar a evolução, a Região registou um aumento modesto no índice de cobertura dos serviços de CUS, de 23 para 44 em 100 (2000-2021). Para atingir o valor de 60 até 2030, garantindo o acesso a serviços essenciais a mais de metade da população africana, será necessário um investimento significativo nos sistemas de saúde.

Reconhecendo que o pessoal da saúde é fundamental na cobertura universal de saúde, a OMS apoiou o aumento da capacidade de formação dos profissionais de saúde, conseguindo uma melhoria de 70%. Entre 2018 e 2022, o número de licenciados aumentou de 150 000 para mais de 255 000 em 39 países – prova de que os governos investiram for-

1,6 M-5,1 M

aumento do número de profissionais da saúde, 2013-2022

72%

dos profissionais de saúde são actualmente mulheres

28%-35%

aumento da percentagem de mulheres médicas, 2019-2022

11-27

aumento do rácio de profissionais de saúde por cada 10 000 habitantes, 2019-2022

temente na criação e manutenção de mais de 4000 estabelecimentos de formação no domínio da saúde.

A Região Africana conta actualmente com um número recorde de profissionais de saúde, triplicando o número entre 2013 e 2022, de 1,6 milhões para 5,1 milhões, incluindo 850 000 agentes comunitários de saúde. Este incremento teve um impacto directo no acesso aos serviços de saúde para as populações do continente, com o rácio de profissionais de saúde por cada 10 000 indivíduos a aumentar de 11 para 27 (2013-2022).

A paridade entre os géneros também melhorou, sendo agora 72% dos profissionais de saúde mulheres. A percentagem de mulheres médicas aumentou de 28% para 35% entre 2019 e 2022. Os esforços para resolver as disparidades nas funções de liderança continuam em curso.

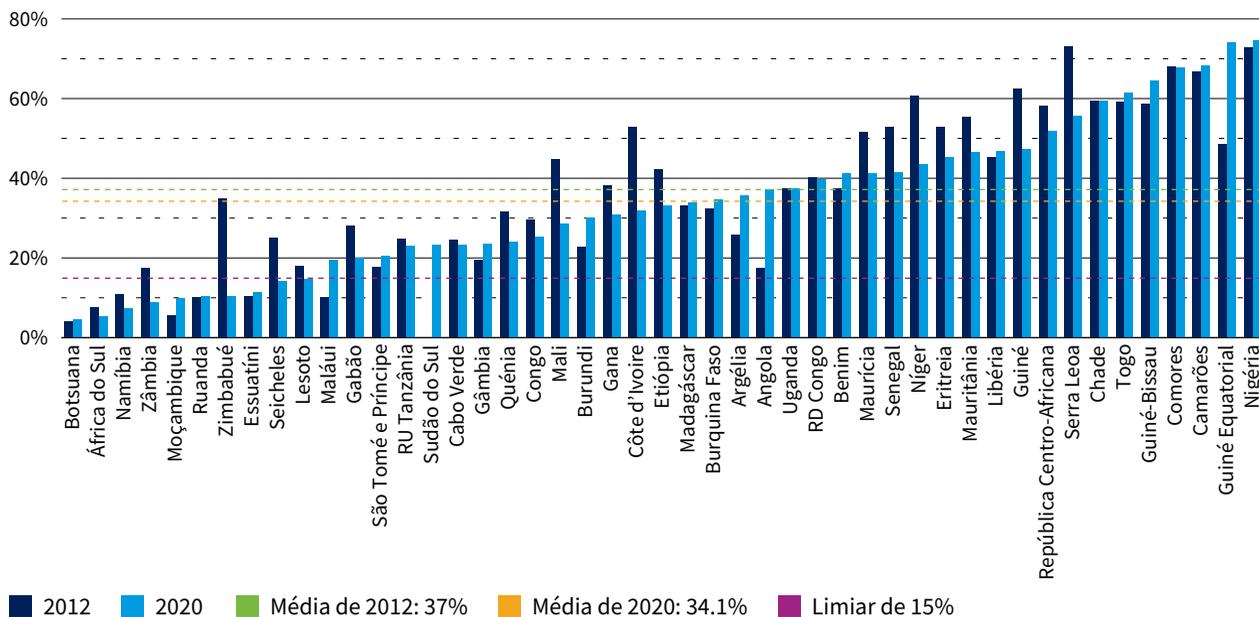
A cobertura universal de saúde exige que todas as pessoas tenham acesso a toda a gama de serviços de saúde de qualidade de que necessitam, no momento e no local em que deles precisam. Embora continue a ser

uma luta constante, exacerbada pela COVID-19, a OMS foi bem-sucedida no apoio ao estabelecimento de listas nacionais de medicamentos essenciais em todos os países africanos, um primeiro passo importante no processo. Iniciativas como a Agência Africana de Medicamentos (AMA) e os programas de aquisição conjunta também melhoraram o acesso a produtos de saúde a preços acessíveis.

A adopção de normas regulamentares unificadas para os medicamentos, as vacinas e outros produtos de saúde será fundamental para o futuro, juntamente com uma melhor coordenação entre as partes interessadas, um financiamento adequado e cadeias de abastecimento resilientes. Duas lacunas em que a OMS terá um papel futuro particularmente significativo a desempenhar incluem o fabrico local de produtos médicos e a monitorização dos sistemas regulamentares para garantir a conformidade.

Para fazer face à ameaça que a resistência aos antimicrobianos (RAM) representa para a cobertura universal de saúde, a OMS apoiou

Figura 4: Despesas directas na Região Africana da OMS



Fonte: Base de dados mundial de despesas de saúde



4-36

número de países com um sistema laboratorial organizado entre 2015-2023

88%

dos países têm um director nacional/chefe de serviços laboratoriais

68%

dos países têm uma política laboratorial nacional

80%

dos países têm um plano estratégico para os laboratórios nacionais

um aumento notável do número de países com planos de acção nacionais conexos, de 4% para 100% entre 2015 e 2024.

As elevadas despesas de saúde directas continuam a ser um motivo de preocupação, empobrecendo milhões de pessoas em todo o continente africano. Embora a percentagem destas despesas tenha diminuído, persistem as disparidades entre países. Para ajudar a inverter a maré, as intervenções da OMS incluíram a assistência a 32 Estados-Membros para melhorar os seus sistemas de financiamento da saúde através de estratégias baseadas em dados factuais, ao mesmo tempo que proporcionavam formação relevante aos 47 Estados-Membros.

Um domínio em que a COVID-19 acelerou os progressos, em vez de os impedir, foi o dos serviços de diagnóstico e laboratoriais. Ao longo da última década, a OMS na Região Africana dedicou-se a apoiar a criação de direcções ou unidades laboratoriais ao abrigo dos ministérios da saúde, para melhorar a prestação de serviços laboratoriais a nível nacional.

Os serviços de diagnóstico são essenciais para reforçar a vigilância das doenças e a

capacidade de diagnóstico e, consequentemente, para otimizar a prestação de cuidados de saúde. Em 2022, a OMS e os CDC de África lançaram uma rede de laboratórios para reforçar a sequenciação genómica do vírus da COVID-19 e, um ano mais tarde, a OMS lançou oficialmente o seu centro de tecnologia de vacinas de ARNm na África do Sul.

Entre 2015 e 2023, o número de países com um sistema laboratorial organizado aumentou de quatro para 36, e 41 dos 47 Estados-Membros da Região Africana (88%) têm agora um director nacional/chefe de serviços laboratoriais, sendo que 32 (68%) têm uma política laboratorial nacional e 38 (80%) um plano estratégico laboratorial nacional.

À medida que os sistemas de informação sanitária amadurecem, tornam-se uma ferramenta cada vez mais valiosa para fazer avançar os países rumo à cobertura universal de saúde, fornecendo um roteiro para uma melhor afectação de recursos e alargando o alcance dos serviços de saúde. Como tal, a OMS melhorou os sistemas de informação sanitária promovendo a utilização de ferramentas como o Software de Informação Sanitária Distrital, versão 2 (DHIS2), uma

44%-91%

número de países que recolhem, comunicam, analisam e divulgam dados relativos a indicadores de saúde cruciais entre 2015-2023

5%-40%

países que produzem dados de boa qualidade sobre a mortalidade

plataforma de software gratuita e de código aberto. O número de países que utilizam o DHIS para recolher, comunicar, analisar e divulgar informações sobre saúde duplicou entre 2015 e 2023, passando de 21 (45%) para 43 (91%). Este aumento melhorou, nomeadamente, a disponibilidade e a fiabilidade dos dados de saúde de rotina, estando agora acessíveis dados de rotina de alta qualidade relativos a pelo menos 80% dos indicadores de saúde cruciais.

Sendo a boa governação e uma liderança forte elementos fundamentais para alcançar a cobertura universal de saúde e os ODS relacionados com a saúde, a OMS na Região Africana concentrou-se em apoiar os Estados-Membros na actualização das suas políticas nacionais de saúde e dos seus planos estratégicos. Em 2023, 34 países dispunham de políticas ou planos estratégicos nacionais abrangentes e actualizados para o sector da saúde, que definiam uma visão clara, objectivos estratégicos e acções e investimentos relevantes.

O reforço da liderança dos ministérios da saúde através de formação, orientação, reforço das capacidades e apoio no local também tem estado no centro dos esforços de apoio aos países, centrados na criação de mecanismos de coordenação do sector da saúde institucionalizados e com múltiplos intervenientes. Este trabalho conjunto melhorou o alinhamento das políticas nacionais com as prioridades mundiais de saúde, enquanto as colaborações com o sector privado e as parcerias entre as várias partes interessadas impulsionaram a prestação de serviços e a mobilização de recursos.

Para desenvolver as capacidades de investigação e apoiar os cientistas africanos, a OMS estabeleceu uma parceria com a Parceria entre a Europa e os Países em Desenvolvimento para a Realização de Ensaios Clínicos (EDCTP), a Abordagem de Combate às Infecções para Beneficiar África (TIBA), a Academia Africana das Ciências (AAS) e os CDC de África, entre outros, para apoiar os países na realização de ensaios clínicos e no sequenciamento genómico, bem como no desenvolvimento de contrame-

didadas contra a COVID-19 durante a pandemia. Foram também estabelecidas parcerias com instituições académicas que, juntamente com quadros para a elaboração de políticas baseadas em dados factuais, permitiram aos países africanos enfrentar os desafios locais em matéria de saúde.

No final de 2023, a OMS tinha apoiado o desenvolvimento de estratégias nacionais de cibersegurança em 38 países africanos, com 18 países a implementar intervenções para melhorar a literacia no âmbito da saúde digital. Em colaboração com a União Internacional de Telecomunicações (UIT), a OMS também criou um currículo de saúde digital e formou mais de 200 participantes em 47 países no domínio da inteligência artificial.

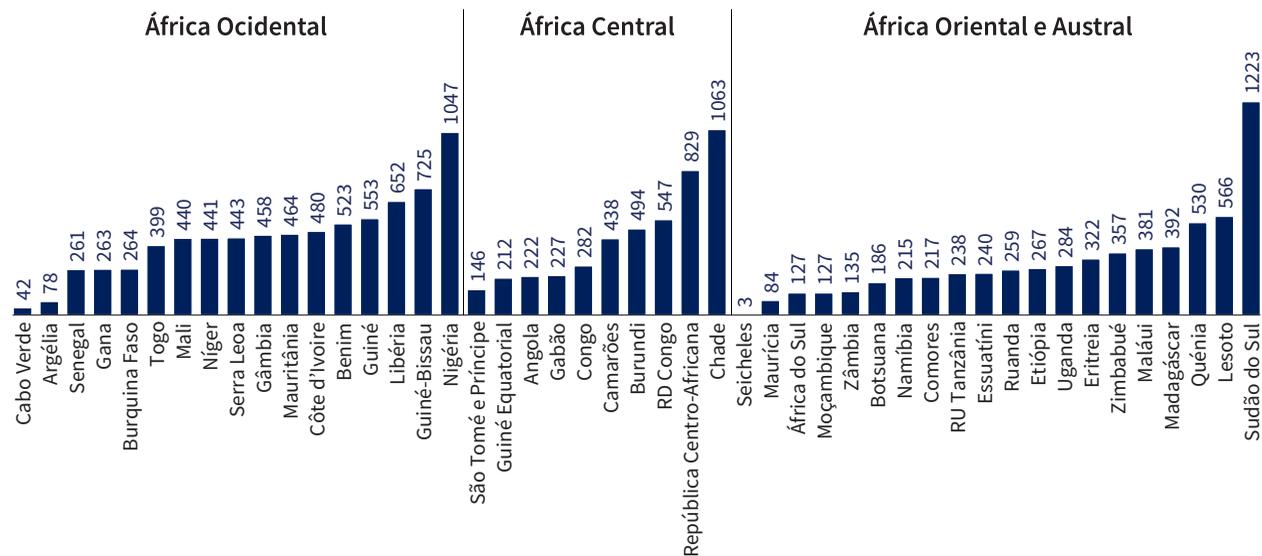
Melhorar a saúde e o bem-estar ao longo da vida

Durante a era dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), a maioria dos países da Região Africana da OMS centrou-se principalmente em pacotes básicos de saúde, visando doenças e desafios de saúde específicos através de intervenções verticais. A abordagem da OMS de visar todo o curso da vida marcou uma mudança de paradigma essencial para melhorar as perspectivas de África de atingir os ODS da próxima geração, que entraram em vigor em 2016.

Integrando os serviços de saúde em todas as fases da vida – infância, adolescência, idade adulta e velhice –, a abordagem visa assegurar a continuidade, ao mesmo tempo que dá uma resposta abrangente à evolução das necessidades de saúde. O reforço dos cuidados de saúde primários (CSP) esteve na base da abordagem, acompanhado da promoção de comportamentos saudáveis e da melhoria da resiliência durante crises como a pandemia de COVID-19.

No início da implementação da Agenda de Transformação, em 2015, a Região Africana enfrentava desafios significativos no que diz respeito aos CSP e à saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e do adolescente (SRMNIA), dois elementos críticos da abordagem ao longo da vida. Em resposta, a OMS

Figura 5: Taxa de mortalidade materna (mortes / 100 000 nados-vivos) na Região Africana da OMS, 2020



Fonte: IGME da ONU (Grupo de Trabalho Interações da ONU sobre estimativas da mortalidade infantil)

Redução de

38%

da taxa de mortalidade materna, 2000-2020

54%-74%

aumento da assistência qualificada ao parto, 2012-2022

Redução de

53%

da mortalidade de menores de cinco anos desde 2000

defendeu esta causa, desenvolveu políticas e estratégias, reforçou capacidades, divulgou directrizes e prestou assistência técnica crucial para a implementação de planos estratégicos no sector da saúde, mobilizando também mais de 100 milhões de dólares para esta área de trabalho ao longo da última década.

Estes progressos traduziram-se numa diminuição de 38% da taxa de mortalidade materna entre 2000 e 2020. A assistência qualificada ao parto aumentou de 54% para 74% (2012-2022), juntamente com um maior acesso a serviços de planeamento familiar e a métodos contraceptivos modernos. No entanto, a mortalidade materna continua a ser desproporcionalmente elevada nos países da África Ocidental, exigindo investimentos contínuos na qualidade dos cuidados e nas inovações no domínio da saúde.

A promoção da saúde e do desenvolvimento de todas as crianças era uma prioridade para a OMS, reforçada pelo potencial da população jovem africana, em rápido crescimento, para impulsionar um crescimento regional considerável. Com êxitos notáveis, incluindo uma redução de 53% na mortali-

dade de menores de cinco anos desde 2000, países como o Maláui, o Ruanda e São Tomé e Príncipe registaram reduções superiores a 75%.

Os esforços da OMS para revitalizar as estratégias de saúde infantil também melhoraram a cobertura da vacinação e o diagnóstico precoce das doenças. No entanto, é preciso que os países acelerem os progressos para cumprirem as metas dos ODS relativas à mortalidade neonatal e de menores de cinco anos até 2030.

Com o objectivo de melhorar a saúde e o bem-estar dos 250 milhões de adolescentes da África Subsariana, a OMS lançou o Programa Emblemático de Saúde dos Adolescentes, orientando os governos para a implementação de intervenções baseadas em dados factuais. O acesso dos adolescentes aos serviços de saúde melhorou, com 40 países a implementarem actualmente planos estratégicos. No entanto, são necessários mais esforços para combater a gravidez na adolescência e os casamentos precoces, bem como para melhorar o acesso aos serviços de saúde sexual.

O rápido crescimento da população idosa,

com a expectativa de que a população com idade igual ou superior a 60 anos irá triplicar até 2050 na África Subsaariana, representa novos desafios para a saúde. A OMS tem sido uma importante defensora de programas destinados a melhorar a saúde e o bem-estar dos idosos, em conformidade com os princípios da Década das Nações Unidas para o Envelhecimento Saudável (2021-2030). No âmbito do programa da Década do Envelhecimento Saudável, a OMS ajudou os países a combater a discriminação com base na idade, a criar ambientes adaptados a pessoas idosas, e a prestar cuidados integrados às pessoas idosas (ICOPE).

Através da sua liderança estratégica, da colaboração multissetorial e do envolvimento da comunidade, a OMS tem impulsionado mudanças transformadoras em todas as áreas do ciclo de vida. No entanto, para alcançar progressos sustentáveis, os países terão de dar resposta aos desafios persistentes, garantir a equidade de género e adoptar inovações digitais para monitorizar os resultados da saúde e melhorar a prestação de cuidados.

Fazer avançar os esforços de controlo e eliminação das doenças transmissíveis

A COVID-19 interrompeu muitos dos progressos reais realizados na Região Africana em

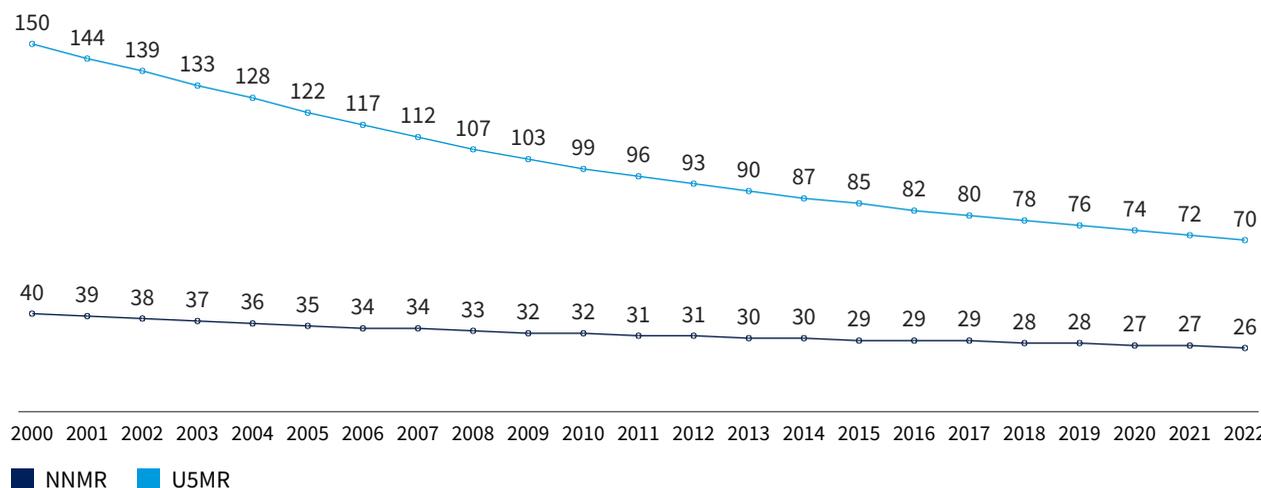
materia de prevenção e controlo de doenças, incluindo a redução da incidência do paludismo, da tuberculose, da poliomielite, do VIH, do sarampo e da hepatite B, bem como a introdução de novas vacinas e os esforços para aumentar o acesso a água potável e saneamento.

A adopção da CUS ofereceu a oportunidade de mudar o pensamento a respeito dos sistemas, e a OMS reorganizou os grupos da Região Africana para catalisar a restauração dos serviços aos níveis pré-pandémicos a curto prazo, mas também para investir em sistemas mais robustos com a capacidade de resistir a futuras emergências de saúde.

Registaram-se progressos significativos na luta contra as doenças transmissíveis através de estratégias inovadoras, parcerias e esforços de reforço da resiliência. Foram publicadas novas estratégias e orientações para acelerar as medidas prioritárias, incentivando os países a mudar a sua abordagem dos programas verticais de controlo das doenças para abordagens integradas e transversais.

O controlo do paludismo registou avanços significativos com a introdução de vacinas como a RTS,S e a R21, reduzindo os casos de paludismo grave em 30% e de mortalidade infantil em 13% no Gana, no Quênia e no Maláui (2019-2024). Países como Cabo Verde

Figura 6: Tendências das taxas de mortalidade neonatal e de menores de cinco anos (mortes / 1 000 nados-vivos) na Região Africana da OMS



Fonte: IGME da ONU (Grupo de Trabalho Interações da ONU sobre estimativas da mortalidade infantil)

Redução de

7,3 M-6,7 M

de crianças com zero doses (2022-2023)

74%

de cobertura das três doses da vacina contra a DTP a nível regional

50 M

de crianças vacinadas contra a poliomielite em cinco países

conseguiram eliminar o paludismo, demonstrando o impacto dos programas de controlo de vectores e das intervenções específicas. No entanto, o paludismo continua a ser um desafio em países com elevada incidência, exigindo esforços sustentados.

Na luta contra as doenças tropicais negligenciadas (DTN), o Togo tornou-se o primeiro país do mundo a eliminar quatro DTN, reflectindo o êxito do Projecto Especial Alargado para a Eliminação das Doenças Tropicais Negligenciadas (ESPEN) da OMS. Além disso, 13 países foram oficialmente validados ou certificados como tendo eliminado pelo menos uma doença tropical negligenciada como problema de saúde pública (2015-2024). Os compromissos de financiamento, como os 1,5 mil milhões de dólares mobilizados na Cimeira de Kigali em 2022, revigoraram os esforços para atingir os objectivos de eliminação para 2030, embora continuem a existir défices de financiamento.

A Região Africana deu grandes passos em frente no controlo do VIH, com sete países a atingirem as metas 95-95-95 estabelecidas pela ONUSIDA. A sub-região da África Oriental e Austral (AOA) reduziu em mais de metade o número de novas infecções por VIH e de mortes relacionadas com a SIDA (57% e 58%, respectivamente) desde 2010. A sub-região da África Ocidental e Central (AOC) também conseguiu fazer progressos notáveis, reduzindo as novas infecções pelo VIH em 49% e as mortes relacionadas com a SIDA em 52%. O Botsuana e a Namíbia foram reconhecidos por reduzirem as taxas de transmissão do VIH de mãe para filho, enquanto o acesso à terapêutica anti-retroviral (TAR) foi alargado, aumentando a esperança de vida entre as pessoas que vivem com o VIH/SIDA. No entanto, persistem lacunas que exigem mais investimentos e reformas políticas.

Entretanto, os esforços de controlo da tuberculose beneficiaram do aumento das ferramentas de diagnóstico e de regimes de tratamento mais curtos, com uma redução na incidência da tuberculose de 23% entre 2015 e 2022. De futuro, os desafios persistentes incluem o aumento de estirpes resistentes aos

medicamentos. A OMS promoveu serviços integrados de tuberculose e VIH para melhorar os resultados e garantir cuidados holísticos.

No caso da hepatite, os progressos continuam a ser desiguais, com apenas 18% dos recém-nascidos a receberem a dose de vacina contra a hepatite B à nascença. A OMS apoiou a criação de planos estratégicos nacionais (PEN) relativos à hepatite, mas o programa regional enfrenta um subfinanciamento significativo, necessitando de um maior investimento interno e de mecanismos de financiamento inovadores.

Os programas de vacinação alcançaram marcos importantes, apesar das perturbações causadas pela COVID-19. A Semana Africana da Vacinação de 2023 foi marcada pela campanha Big Catch-Up (a Grande Repescagem), um esforço mundial da OMS e dos parceiros para chegar às crianças subvacinadas e com zero doses, e reforçar os programas de vacinação de rotina. Por exemplo, no final desse ano, a cobertura das três doses da vacina contra a DTP tinha aumentado para 74% a nível regional, enquanto o número de crianças com zero doses diminuiu de 7,3 milhões para 6,7 milhões (2022-2023).

As melhorias no financiamento interno para a vacinação estão a apoiar o aumento, com mais países a cobrir os custos das vacinas através de recursos governamentais. Entre 2018 e 2022, a fatia do governo nas despesas com vacinas utilizadas para a vacinação de rotina aumentou de 35% para 59%, marcando uma tendência positiva para o financiamento sustentável.

Os ganhos foram sustentados pela abordagem abrangente da OMS no sentido de melhorar os programas de vacinação, reforçar a vigilância das doenças, promover a investigação e a inovação, e colaborar com os parceiros. A assistência aos países assumiu a forma de planeamento estratégico e orientação; vigilância e monitorização de doenças; lançamento de novas vacinas; intervenções no âmbito de doenças específicas; monitorização da cobertura vacinal; e criação e capacitação de redes de laboratórios.

A importação do poliovírus selvagem (PVS)



do Paquistão para o Maláui, comunicada em Janeiro de 2022, exigiu uma resposta rápida, com a vacinação de mais de 50 milhões de crianças em cinco países, o que levou à interrupção da transmissão em 2024. As inovações em matéria de vacinas, como a introdução da nova vacina oral contra a poliomielite de tipo 2 (nVOP2), a primeira vacina a ser autorizada ao abrigo da Lista de Utilização de Emergência da OMS, reflectem o empenho da Organização em esforços de vacinação sustentáveis.

Outras novas vacinas incluíram a vacina contra a rubéola (VCR), introduzida por 75% dos países da Região Africana, e a segunda dose da vacina contra o sarampo (VCS2), introduzida por 91% dos países. No entanto, a equidade e a acessibilidade das vacinas continuam a ser preocupações críticas, especialmente em zonas remotas.

Apesar dos desafios persistentes, a abordagem integrada da OMS, conjugada com o aumento do investimento nacional e das parcerias estratégicas, proporciona um caminho para progressos significativos no sentido da eliminação das doenças e da segurança da saúde pública até 2030.

Combater as doenças não transmissíveis e saúde mental

O peso crescente das doenças não transmissíveis e os desafios em matéria de saúde mental na Região Africana, onde a OMS prevê que as doenças não transmissíveis se tornem a principal causa de morte até 2030, exigem estratégias fundamentais de prevenção, tratamento e reforma das políticas, sustentadas por sistemas de saúde integrados.

Em 2019, as doenças não transmissíveis foram responsáveis por 37% das mortes, impulsionadas por factores de risco como o tabagismo, o consumo nocivo de álcool, a alimentação inadequada e a inactividade física. Apesar de se verificarem algumas melhorias – registou-se um pequeno declínio na mortalidade por doenças não transmissíveis padronizada por idade, de 616 para 587 mortes por 100 000 habitantes (2013-2019) –, as desigualdades persistem. Em muitos países, os sistemas de saúde continuam mal equipados e o acesso limitado a serviços de diagnóstico, medicamentos e cuidados preventivos afecta de forma desproporcionada as populações vulneráveis.

A OMS tem apoiado activamente os países na implementação de intervenções de saúde pública dirigidas a factores de risco modificáveis. A adopção da Convenção-Quadro da

Diminuição de
13,5%-9,5%
no tabagismo,
2015-2023

70,6-52,2
por 100 000 habitantes –
diminuição das mortes
atribuíveis ao álcool,
2016-2019

Redução de
22,1%-16%
da inactividade
física, 2016-2022

OMS para a Luta Antitabágica (CQLA OMS) e o pacote de medidas MPOWER fizeram baixar o tabagismo de 13,5% para 9,5% (2015-2023).

Os esforços para reduzir o uso nocivo do álcool, incluindo a iniciativa SAFER, estão a registar progressos, com uma diminuição constante das mortes atribuíveis ao álcool de 70,6 para 52,2 por 100 000 pessoas (2016-2019). A estratégia SHAKE da OMS para a redução do consumo de sal e os impostos sobre as bebidas açucaradas foram também implementados em vários países, e a Região registou uma redução na inactividade física de 22,1% para 16% (2016-2022) – tornando-a a única região bem encaminhada para cumprir o objectivo mundial de redução de inactividade até 2030.

Com vista a resolver o desafio da capacidade limitada dos cuidados de saúde, a OMS apoiou a implementação do Pacote de Intervenções Essenciais contra as Doenças Não Transmissíveis (PEN) ao nível dos cuidados primários, adoptado por 34 países africanos. Com base nesse sucesso, a iniciativa PEN-Plus, lançada em 2022, dava resposta

à necessidade crescente de cuidados mais abrangentes. Através desta iniciativa, a OMS apoiou os países no reforço das capacidades dos hospitais distritais e de outros serviços de encaminhamento de primeiro nível.

Os serviços de saúde mental, historicamente subfinanciados e estigmatizados, estão a ganhar força. As políticas nacionais de saúde mental foram alargadas, com 70% dos países a alinharem as suas políticas com as normas internacionais de direitos humanos. O Programa de Acção para Superar Lacunas em Saúde Mental (mhGAP), juntamente com a Iniciativa Direitos de Qualidade, promove a integração da saúde mental nos cuidados primários e capacita os profissionais de saúde não especializados.

Fazer face aos determinantes sociais da saúde

Para fazer face ao papel crítico dos determinantes sociais, económicos e ambientais nos resultados da saúde na Região Africana, a OMS sublinhou a necessidade de uma colaboração multisectorial que tenha em conta



factores como a pobreza, a desigualdade, a educação, a urbanização e as alterações climáticas, a fim de alcançar melhorias sustentáveis na saúde.

Embora a Região Africana tenha registado melhorias nos padrões de vida, persistem profundas desigualdades sociais, com as populações vulneráveis, como as pessoas com deficiência, a enfrentarem barreiras desproporcionais no acesso aos cuidados de saúde. Por exemplo, apenas 17% a 37% das pessoas que necessitam de dispositivos de assistência, como próteses, os recebem, enquanto a esperança de vida das pessoas com deficiência é 20 anos inferior à média.

A pandemia de COVID-19, os conflitos e as catástrofes naturais puseram e continuam a pôr em evidência a fragilidade dos sistemas de saúde, expondo as desigualdades subjacentes. Para enfrentar estes desafios, a OMS promoveu uma abordagem de todo o governo e de toda a sociedade, alinhando esforços entre sectores para melhorar os resultados sanitários e a resistência às crises.

Países como o Botsuana implementaram a abordagem “Saúde em Todas as Políticas” (HiAP), promovendo a colaboração entre sectores para integrar considerações de saúde em áreas como os transportes e a aplicação da lei. A OMS também lançou a Rede de Cidades Saudáveis, em que cidades de todo o continente implementaram intervenções para prevenir as doenças não transmissíveis e as lesões, incluindo políticas alimentares, controlo do tabagismo, segurança rodoviária, mobilidade segura e activa ou monitorização da qualidade do ar. Abidjan e Dakar, por exemplo, criaram normas nutricionais para reduzir o consumo excessivo de sal nas escolas públicas, enquanto Freetown sensibilizou os vendedores para os perigos do consumo excessivo de sal e deu-lhes formação para comunicarem a mensagem aos seus clientes.

A Região enfrenta um duplo fardo no âmbito da malnutrição, com subnutrição e taxas crescentes de obesidade e de doenças relacionadas com a alimentação, como a diabetes. Apesar dos esforços envidados, a insegurança alimentar continua a ameaçar

as populações vulneráveis, exacerbada pelas alterações climáticas e pelos conflitos. No entanto, as iniciativas apoiadas pela OMS, como o programa de aleitamento materno exclusivo da Serra Leoa, demonstram o potencial de mudança. A Serra Leoa ultrapassou a meta de 50% de aleitamento materno, na sequência de esforços sustentados impulsionados por campanhas comunitárias e reformas legais. Além disso, a OMS promoveu a segurança sanitária dos alimentos, colaborando com os países para melhorar a higiene nos mercados tradicionais e monitorizar os riscos de contaminação alimentar.

As alterações climáticas representam uma ameaça significativa para a saúde pública em África, com fenómenos meteorológicos extremos, poluição atmosférica e escassez de água a contribuírem para crises sanitárias em todo o continente. A OMS apoiou os países na elaboração de planos de adaptação no domínio da saúde e de sistemas de saúde resistentes às alterações climáticas, tendo 29 países assumido o compromisso de criar sistemas de saúde resilientes no âmbito da Iniciativa de Saúde da COP26 (até Dezembro de 2024).

Para reduzir a incidência dos acidentes de viação, a principal causa de mortes relacionadas com traumatismos em África, a OMS apoiou os Estados-Membros na implementação de intervenções de segurança rodoviária robustas, multissetoriais e baseadas em dados factuais, que conduziram a reduções num terço dos países.

A prevenção da violência contra crianças é uma prioridade na agenda da OMS, orientada por intervenções baseadas em dados factuais contidas no quadro INSPIRE, produzido pela OMS e pelos parceiros em 2016. A República Unida da Tanzânia lidera a Região com estratégias abrangentes de prevenção da violência no âmbito dos sistemas de saúde, educação e serviços sociais, enquanto a Namíbia dispõe de um quadro político e legislativo robusto sobre a protecção das crianças contra a violência e o abuso, juntamente com um Plano de Acção Nacional 2022-2025 para prevenir e dar resposta à violência contra as crianças.

A violência de género e a exploração e abuso sexuais (VG/EAS) continuam, entretanto, a ser ameaças importantes para a saúde pública. A OMS apoiou 20 países da Região na implementação das suas directrizes para combater estes flagelos através do quadro RESPECT, lançado em 2019, que fornece orientações aos decisores políticos para reforçar e intensificar os esforços de prevenção da violência contra as mulheres.

Melhorar a segurança sanitária em África

Através de parcerias estratégicas, sistemas de dados inovadores e logística reforçada, a OMS tem apoiado os Estados-Membros a fazer progressos significativos na preparação e resposta a emergências de saúde pública, reforçando simultaneamente os sistemas para resistirem a crises futuras.

Assumindo o maior peso das crises de saúde pública a nível mundial, a Região regista mais de 100 surtos e emergências todos os anos, provocados por doenças, conflitos e catástrofes naturais. Além do Ébola e da COVID-19, estes surtos incluem a cólera, o sarampo, a febre-amarela, a poliomielite, a meningite e a varíola símia, sendo as pop-

ulações vulneráveis as mais afectadas, e os sistemas de saúde severamente postos à prova.

O visionário Quadro de Colaboração de 2016 entre a OMS e a Comissão da União Africana para o Estabelecimento e a Operacionalização dos CDC de África para Melhorar a Segurança Sanitária em África, juntamente com as várias iterações daquilo que se tornou o Grupo de Preparação e Resposta a Emergências (PRE) em 2019, que se concentra no reforço das defesas da Região contra ameaças à saúde e contra crises humanitárias, acabou por mudar a forma como a Região responde a epidemias e surtos.

As três iniciativas emblemáticas de PRE anunciadas em 2022 – Promover a Resiliência dos Sistemas perante Emergências (PROSE); Transformar os Sistemas Africanos de Vigilância (TASS); e Reforçar e Utilizar Grupos de Resposta para Emergências (SURGE) – reforçaram o apoio aos países para se prepararem, detectarem e responderem a emergências de saúde pública.

A existência de dados fiáveis e de sistemas de vigilância é essencial para o rastreio das doenças e para a elaboração de respostas



Melhoria de

50%

na prontidão da
detecção de surtos

Redução de

60%

no tempo necessário
para conter os surtos

24 horas

para activar as equipas
de gestão de incidentes

rápidas. O Programa de Informação e Avaliação de Riscos em Situações de Emergência Sanitária (HIR) da PRE, em conjunto com o novo centro de análise de dados e inovação, The Data Sphere, lançado em 2024, levou a reduções significativas no tempo necessário para detectar surtos.

Enquanto o surto de Ébola em 2014 registou mais de 28 000 casos e mais de 11 000 mortes, um surto semelhante na República Democrática do Congo em 2022 foi detectado em apenas 29 dias. A doença foi controlada num período extraordinariamente curto de 37 dias, com apenas um caso e uma morte. Entre 2015 e 2023, 17 dos 18 surtos de Ébola e de Marburgo foram controlados sem propagação transfronteiriça. A prontidão da detecção de surtos registou uma melhoria de 50%, o que se traduziu na evitação de doenças e na salvação de vidas, enquanto o tempo global para conter os surtos diminuiu 60%, passando de 156 para 63 dias (2017-2023).

As equipas de gestão de incidentes são agora activadas no prazo de 24 horas em mais de 90% de todos os eventos classificados, com mais de 1700 funcionários a receberem formação em resposta a emergências sanitárias para ajudar a colmatar as lacunas em matéria de competências e a montar uma resposta mais robusta.

Também se registaram grandes progressos na incorporação de inovações e tecnologias para melhorar as actividades de informação sobre saúde pública, com o lançamento da plataforma Epidemic Intelligence from Open Sources (EIOS). A EIOS contribui agora para a detecção de mais de um terço de todos os eventos de saúde pública na Região.

Os avanços na vigilância genómica foram fundamentais durante a pandemia de COVID-19, com um aumento na capacidade de sequenciação de 12 para 42 países, reforçando a preparação da Região para futuros surtos. A OMS na Região Africana e os CDC de África estabeleceram conjuntamente uma rede de laboratórios de sequenciação genómica para a COVID-19 e outros agentes patogénicos emergentes em Setembro de 2020.

Além de aumentar as capacidades nacionais de sequenciação, a OMS também formou pessoal de laboratório na utilização de testes rápidos de diagnóstico de antígenos (Ag-RDT), apoiou o estabelecimento de vigilância das águas residuais para agentes patogénicos com potencial epidémico e pandémico, e realizou formações em bioinformática.

Os desafios logísticos durante as situações de emergência, como os atrasos na entrega de produtos durante a crise do Ébola em 2014, sublinharam a necessidade de melhorar os sistemas. Em resposta a esse desafio, a OMS lançou centros regionais de emergência no Quênia, no Senegal e na África do Sul (em curso), reduzindo os prazos de entrega de 67 para apenas três dias. Estes centros, com fornecimentos pré-posicionados e reservas eficientes, permitem respostas mais rápidas às crises, reduzindo simultaneamente a dependência de fontes externas. Os centros também serviram como centros de formação para mais de 3000 equipas de emergência, melhorando a preparação e a eficiência operacional da região.

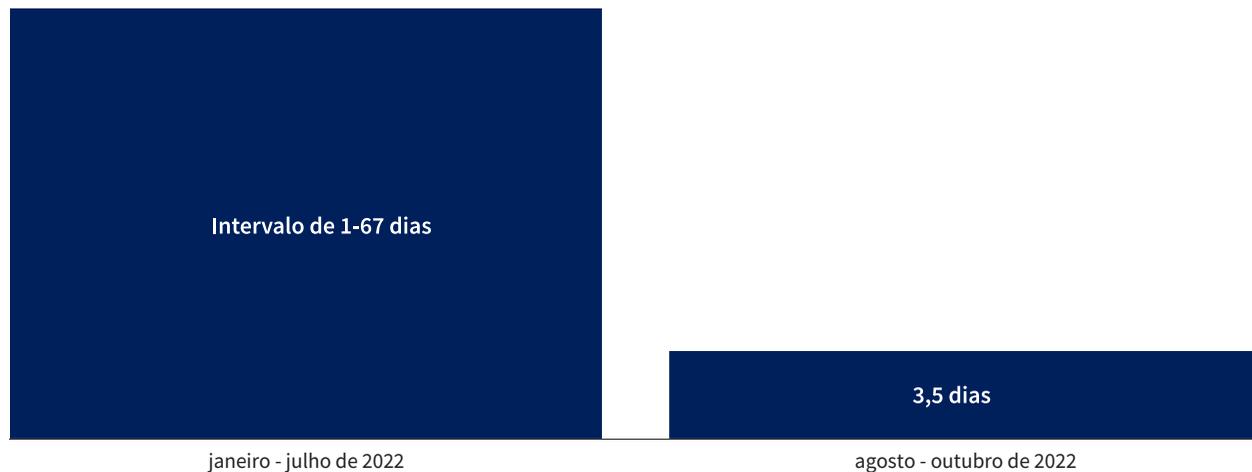
A OMS também apoiou a criação de ferramentas de avaliação de riscos, como o Conjunto de Ferramentas Estratégicas de Avaliação dos Riscos (STAR), que será utilizado por 31 países para estabelecer perfis de risco abrangentes e desenvolver planos multiriscos até 2023. As melhorias na governação, incluindo novas parcerias como a que existe com a União Interparlamentar, reforçaram os quadros jurídicos para a segurança sanitária em todo o continente.

Desafios e lições aprendidas

Com mais de 100 emergências anuais, incluindo surtos de Ébola, COVID-19 e varíola símia, a Região tem enfrentado numerosas crises com financiamento limitado e infra-estruturas de saúde desafiantes. No entanto, apesar destes obstáculos, foram alcançados progressos incrementais em matéria de preparação e resposta, com a melhoria das capacidades de base alinhadas com o Regulamento Sanitário Internacional (RSI, 2005).

As alterações climáticas agravaram os

Figura 7: Prazo de entrega na Região Africana da OMS antes e depois da operacionalização do armazém temporário no centro de emergência regional do Quênia



desafios em matéria de saúde pública, provocando mais catástrofes naturais, como inundações e secas, e impulsionando o aumento das doenças zoonóticas. Os países estão a adoptar tecnologias digitais para antecipar, rastrear e dar resposta aos riscos para a saúde induzidos pelo clima, demonstrando como a inovação pode colmatar as lacunas em matéria de recursos e criar resiliência.

O subfinanciamento crónico e a falta de 6,1 milhões de profissionais de saúde prejudicaram os resultados no domínio da saúde. No entanto, os investimentos em talentos locais e os programas de formação alargados começaram a dar resposta aos desafios no âmbito da força de trabalho. Os esforços para travar a “fuga de cérebros”, criando oportunidades para os profissionais de saúde nos seus países de origem, estão a contribuir de forma constante para a criação de sistemas de saúde mais auto-suficientes.

A pandemia de COVID-19 revelou muito claramente a dependência da Região em relação a produtos médicos e vacinas importados. No entanto, países como o Gana, o Senegal e a África do Sul estão a promover a produção local de vacinas para reforçar a auto-suficiência. Além disso, os organismos reguladores estão a receber apoio para garantir que os produtos produzidos local-

mente cumprem as normas internacionais, reduzindo a vulnerabilidade às perturbações no abastecimento mundial.

Embora a saúde materna continue a ser um desafio, com elevadas taxas de mortalidade, as ferramentas digitais inovadoras estão a ajudar a acompanhar as gravidezes e a prevenir complicações. A Região está também a lutar contra o peso crescente das doenças não transmissíveis, e os países estão a promover campanhas de sensibilização do público e a integrar os cuidados relativos às doenças não transmissíveis nos cuidados de saúde primários para reduzir os factores de risco e melhorar o acesso.

As colaborações com a União Africana, os CDC de África, os governos nacionais e as partes interessadas do sector privado transformaram a forma como a Região faz face às crises. Os centros regionais de emergência reduziram os tempos de resposta, assegurando que os fornecimentos que salvam vidas chegam mais rapidamente às comunidades afectadas. Além disso, o envolvimento da comunidade tem-se revelado essencial, promovendo a confiança e a cooperação durante os surtos.

Conclusões e perspectivas futuras

Embora os sistemas de saúde permaneçam

frágeis, continuando as desigualdades e o acesso limitado aos cuidados de saúde a constituir barreiras significativas, os progressos alcançados pela Região Africana da OMS reflectem resiliência, inovação e adaptabilidade, como é evidente no resumo detalhado apresentado acima. Através de investimentos contínuos na força de trabalho, na tecnologia, em parcerias e no envolvimento da comunidade, estão a ser feitos progressos no sentido de melhorar a segurança e a equidade na saúde, aproximando-se do objectivo da cobertura universal de saúde até 2030.

A Agenda de Transformação conduziu a melhorias em áreas-chave como a detecção e resposta a surtos, a erradicação da poliomielite, a saúde materna e a eliminação das doenças tropicais negligenciadas, enquanto as reformas organizacionais promoveram uma cultura de responsabilidade, transparência e parceria. Estas melhorias resultaram numa maior mobilização de recursos e numa colaboração mais eficaz entre os doadores.

A pandemia de COVID-19 pôs à prova a resiliência da Região, mas as lições retiradas de emergências anteriores permitiram à OMS e aos parceiros dar uma resposta eficaz. A melhoria da vigilância, a preparação para situações de emergência e a colaboração com os Estados-Membros foram fundamentais para gerir a crise, demonstrando a importância dos investimentos na segurança sanitária.

Como defensora empenhada da abordagem dos cuidados de saúde primários (CSP), a OMS promoveu a integração dos cuidados, e o reforço da governação, do financiamento e da força de trabalho para apoiar a consecução da cobertura universal de saúde. O reforço da equidade no domínio da saúde através do aumento do financiamento nacional da saúde e da redução dos pagamentos directos tem sido uma área de incidência importante para garantir que ninguém é deixado para trás.

A Agenda de Transformação também deu prioridade aos determinantes sociais da saúde, procurando uma colaboração multissetorial em factores como a pobreza, a educação e o ambiente. A luta contra a malnutrição, a segurança sanitária dos alimentos

e as doenças não transmissíveis melhorou os resultados em matéria de saúde. No entanto, as alterações climáticas continuam a ser um desafio premente, afectando de forma desproporcionada as populações vulneráveis e agravando os riscos para a saúde pública.

As tecnologias digitais estão a transformar a prestação de cuidados de saúde em África. As soluções e ferramentas de inteligência artificial, a vigilância geoespacial e as aplicações móveis de saúde melhoraram a prestação de serviços e a participação do público. A OMS continua a apoiar os Estados-Membros no desenvolvimento de estratégias nacionais de saúde digital para tirar partido destas inovações de forma responsável, fazendo face, simultaneamente aos riscos emergentes, como as ameaças à cibersegurança.

A manutenção dos progressos exigirá investimentos contínuos em sistemas de saúde resilientes, parcerias e envolvimento da comunidade. A OMS deve continuar a alinhar os seus esforços com as prioridades nacionais e os ODS, centrando-se na cobertura universal de saúde e na equidade na saúde. O percurso em direcção à segurança sanitária e ao desenvolvimento sustentável está longe de estar concluído, mas as lições colhidas na última década constituem uma base sólida para o êxito futuro.

Com planeamento estratégico, inovação e acção colectiva, a Região Africana está bem posicionada para alcançar melhorias significativas e duradouras em matéria de saúde, assegurando que a saúde se torne uma realidade para todos.

“Queria que todos compreendessem que tinham não só o direito, mas também a responsabilidade de partilhar as suas opiniões. Caso contrário, corre-se o risco de perder algumas ideias muito boas.”

Dr.^a Matshidiso Moeti



Reflexões sobre os dez anos da Dr.^a Moeti no cargo de Directora Regional

Quando chegou ao Escritório Regional da OMS para a África, a Dr.^a Matshidiso Moeti foi advertida por um colega sénior de que deveria guardar os seus conselhos para si própria e não turvar as águas da autoridade. No entanto, com as suas raízes profundas fincadas na tradição cultural Tsuana de equidade, diálogo e direito a ser ouvido, essa não era uma opção. De facto, o estilo de liderança da Dr.^a Moeti, reconhecido como um elemento-chave do sucesso da sua década como Directora Regional, reflecte uma líder corajosa, sem medo de tomar decisões e de exercer a autoridade exigida pela sua posição, mas que também está disposta a ouvir toda a gente, independentemente do seu estatuto profissional.

“Estava determinada a pôr de lado a ideia de que as pessoas precisavam de rastejar. Queria que todos compreendessem que tinham não só o direito, mas também a responsabilidade de partilhar as suas opiniões. Caso contrário, corre-se o risco de perder algumas ideias muito boas. Por isso, trabalhei

arduamente. Tive várias reuniões do pessoal e adoptámos uma política de portas abertas, para que todos os funcionários sentissem valorizados, podendo e devendo contribuir, tendo eles direitos e por isso poderem falar livremente”, declarou a Dr.^a Moeti.

Sendo uma mulher que enfrentou escolhas difíceis ao seguir a sua carreira médica, a Dr.^a Moeti é franca ao afirmar que as preocupações com a igualdade de género foram um dos principais motores da sua decisão de se candidatar ao cargo, e que dar voz às mulheres na Região Africana da OMS foi naturalmente uma prioridade. Afinal, a saúde pública não fora a sua primeira escolha; o facto de ter sido mãe e de o seu país natal, o Botsuana, não ter uma escola de medicina onde pudesse prosseguir os seus estudos em pediatria, como desejado, tinha-a colocado num novo caminho.

Agora brinca dizendo que, com o seu passado familiar na área da saúde pública – os seus pais dedicaram-se aos cuidados e à política de saúde – pensou: “Bem, vou estu-





dar Saúde Pública”. Esta situação coincidiu, no entanto, com o início da epidemia de VIH, sendo o Botsuana o país mais afectado a nível mundial nessa altura. Reconhecida por liderar a Iniciativa “3 por 5” da OMS em África no auge da epidemia, conseguiu o aumento significativo do acesso à terapia anti-retroviral para as pessoas que vivem com VIH e começou a colaborar com líderes políticos e parceiros mundiais, desenvolvendo os seus conhecimentos e realizações.

“Fiquei muito feliz por poder inspirar, espero eu, as colegas que trabalham comigo e mostrar que é possível – mesmo que continue a ser um desafio – alcançar a equidade de género a níveis de liderança na saúde, como em todos os outros sectores de desenvolvimento.”

“Tive a oportunidade de trabalhar na ONU a nível nacional, regional e mundial. Trabalhei com a ONUSIDA na sede em Genebra, com a UNICEF num escritório regional e com a OMS a nível nacional como Representante da OMS. Aprendi sobre saúde pública, política de saúde, saúde mundial, trabalhando a diferentes níveis e pensei na altura que seria um privilégio partilhar a minha experiência e as minhas competências para liderar a OMS na Região Africana.” Com toda a franqueza, acrescenta: “Também achei que já era altura

de uma mulher fazer este trabalho”.

A Dr.^a Moeti acreditava que podia ser um modelo para outras colegas, mostrando que era de facto possível para as mulheres profissionais, apesar dos múltiplos papéis que desempenham na família e na sociedade, chegarem a essa posição e cumprirem o seu papel. “Por isso, fiquei muito feliz por poder inspirar, espero eu, as colegas que trabalham comigo e mostrar que é possível – mesmo que continue a ser um desafio – alcançar a equidade de género a níveis de liderança na saúde, como em todos os outros sectores de desenvolvimento”, salientou.

O trabalho árduo estava apenas a começar, como rapidamente descobriu. Os países africanos fizeram alguns progressos em relação aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), nomeadamente no que se refere ao aumento das taxas de vacinação infantil e à redução concomitante da mortalidade infantil e materna. É importante referir que atribui as vitórias alcançadas a uma abordagem colectiva, com países, governos e parceiros a trabalharem em conjunto para o objectivo comum de melhorar a saúde em África. A ameaça das doenças transmissíveis estava também a tornar-se cada vez mais evidente, sendo ainda necessários muitos mais progressos em áreas como o paludismo, o VIH e a tuberculose.

No entanto, foi uma prova de fogo, uma vez que a Dr.^a Moeti assumiu o cargo durante o

surto de Ébola na África Ocidental, sobretudo numa altura em que a OMS na Região Africana enfrentava o duro escrutínio público sobre a sua resposta a esse e a outros surtos de doenças e emergências de saúde pública. Ouviu em alto e bom som, dos Estados-Membros, parceiros e outros, que queriam uma OMS mais reactiva, mais responsável pelas suas acções e mais centrada nos resultados no que se refere à forma como investia e levava a cabo as suas actividades.

Ouviu em alto e bom som, dos Estados-Membros, parceiros e outros, que queriam uma OMS mais reactiva, mais responsável pelas suas acções e mais centrada nos resultados no que se refere à forma como investia e levava a cabo as suas actividades.

“Foi um período muito desafiante para nós, enquanto Organização, e para mim, quando assumi a liderança da OMS na Região Africana. Mas esse momento despertou, em toda a equipa de gestão executiva que criei, a determinação de reformar a metodologia de trabalho da Região – o que deu origem à nossa Agenda de Transformação” destacou.

Durante o seu primeiro mandato, a tónica foi colocada nos resultados, nos dados, na elaboração de planos com os Estados-Membros, na identificação das prioridades de

acção com a sede da OMS, em mais pró-actividade, com foco no terreno e consolidando parcerias sustentáveis. A nível interno, a Dr.^a Moeti sabia que a responsabilização dos funcionários na afectação de recursos tinha de ser reforçada. Os doadores e parceiros tinham de ser capazes de ver o valor do dinheiro e de outros activos entregues à OMS, para, em última análise, ajudar os Estados-Membros a produzirem melhores resultados.

“Desenvolvemos um programa bastante elaborado e específico de controlo da forma como gerimos os recursos, assim como o pessoal da OMS e, de como lidamos com a responsabilidade. Lembro-me de termos alargado a equipa de conformidade que encontrei aqui, introduzindo um mecanismo de monitorização regular para identificar os países que estavam a ter um bom desempenho na gestão dos recursos da OMS e na apresentação atempada de relatórios aos doadores. Sabíamos que essa era uma área que precisava muito de ser melhorada, e conseguimos fazê-lo. Quando assumi as minhas funções e que tínhamos cerca de 1000 relatórios de dados que estavam adiados e atrasados. E agora, com o esforço e o investimento que fizemos no acompanhamento a nível nacional, esses relatórios são apenas cerca de 30 ou 40 apenas. Por isso, foi uma grande mudança” sublinhou a Dr.^a Moeti.

A equidade no acesso aos cuidados de



“Quando assumi as minhas funções e que tínhamos cerca de 1000 relatórios de dadores que estavam adiados e atrasados. E agora, com o esforço e o investimento que fizemos no acompanhamento a nível nacional, esses relatórios são apenas cerca de 30 ou 40 apenas. Por isso, foi uma grande mudança.”

saúde foi outro domínio prioritário, especialmente entre as zonas urbanas e rurais dos Estados-Membros. Embora os cuidados de saúde primários fossem geralmente aceites como a solução, a centralização do financiamento estava a criar desequilíbrios na distribuição dos recursos e, por extensão, na capacidade dos níveis periféricos. Um programa emblemático para promover a descentralização durante o primeiro mandato da Dr.ª Moeti, que foi consolidado durante o seu segundo mandato. A OMS passou a trabalhar com os países no sentido de influenciar o alinhamento dos investimentos nos cuidados de saúde primários e melhorar a eficiência dos sistemas de saúde. A Dr.ª Moeti afirma que os países sabiam que, se garantissem o pessoal médico, os fornecimentos e o equipamento para este primeiro nível de cuidados, permitindo assim que as pessoas fossem tratadas perto do seu local de residên-

cia, a eficiência dos hospitais aumentaria consideravelmente.

“Penso que alguns dos ensinamentos do primeiro mandato são o facto das abordagens verticais muito específicas serem importantes para obter um impacto inicial significativo num problema. Mas temos de encontrar formas de combinar esse trabalho. Por exemplo, nas crises humanitárias prolongadas, temos também o maior número de crianças não vacinadas, de mães que morrem durante o parto e de outros problemas de saúde. Há, portanto, uma oportunidade para fazer progressos mundiais se conseguirmos continuar a prestar cuidados essenciais em crises como essas”, declarou a Directora Regional.

A mudança de mentalidades sobre os benefícios do investimento interno na saúde, incluindo no pessoal de saúde, foi outro ponto-chave, e a OMS na Região Africana introduziu um programa para aconselhar os países sobre as formas mais inteligentes e eficientes de financiar as necessidades de saúde a partir dos recursos nacionais. Sendo esta área frequentemente desconhecida, foi necessário lutar contra crenças enraizadas de que o investimento na saúde é um poço sem fundo e sem retorno. Por conseguinte, foi fundamental educar e sensibilizar para conseguir maiores dotações para a saúde. Os





recursos humanos para a saúde constituem um elemento crucial, e neste sentido, a Dr.^a Moeti orgulha-se do lançamento, em Maio de 2024, da Carta de Investimento no Pessoal da Saúde que serve para combater a emigração do pessoal da saúde dos países africanos e estabelece regras e princípios para o investimento em recursos humanos.

Se o Ébola marcou o início do primeiro mandato da Dr.^a Moeti, foi a pandemia de COVID-19 que a manteve acordada durante o segundo mandato. Nunca antes fora tão evidente a necessidade de investir em sistemas de saúde que sejam resistentes a emergências e surtos de doenças.

Se o Ébola marcou o início do primeiro mandato da Dr.^a Moeti, foi a pandemia de COVID-19 que a manteve acordada durante o segundo mandato. Nunca antes fora tão evidente a necessidade de investir em sistemas de saúde que sejam resistentes a emergências e surtos de doenças. A maior consequência que subsiste é a crise das crianças não vacinadas, impedidas de aceder às vacinas de rotina devido aos confinamentos, que se manifesta agora em grandes surtos de sarampo em todo o continente, para citar apenas um exemplo. As taxas de mortalidade materna aumentaram, enquanto o acesso ao

tratamento de problemas de saúde como o VIH, a tuberculose e o paludismo também foi afectado negativamente.

“A fase de recuperação que se seguiu pôs em evidência a necessidade de cuidados de saúde primários e o imperativo de criar uma ligação entre os recursos disponíveis que, de outro modo, seriam investidos apenas em doenças individuais. Estou muito entusiasmada por ver que alguns dos nossos países estão a adoptar e a implementar o que chamamos de abordagem da saúde centrada nas pessoas. Desta forma, poderemos garantir que não perdemos oportunidades quando certas pessoas, em qualquer fase da vida, entram em contacto com o sistema de saúde. Por exemplo, uma criança com menos de cinco anos que venha para ser vacinada deve também ser rastreada para outras doenças infantis e considerada para outras vacinas, sendo relevantes as informações de saúde partilhadas com os pais e os prestadores de cuidados de saúde. Esta abordagem ajudar-nos-á a ser mais eficientes na forma como investimos os recursos dos governos e dos parceiros” explicou a Directora Regional.

A Dr.^a Moeti descreve o seu segundo mandato como um período de consolidação, um dos períodos mais dolorosos que testemunhou da ocorrência de incidentes de exploração e abuso sexual durante a resposta ao décimo surto de Ébola na República



“Uma criança com menos de cinco anos que venha para ser vacinada deve também ser rastreada para outras doenças infantis e considerada para outras vacinas, sendo relevantes as informações de saúde partilhadas com os pais e os prestadores de cuidados de saúde. Esta abordagem ajudar-nos-á a ser mais eficientes na forma como investimos os recursos dos governos e dos parceiros.”

Democrática do Congo. Assume a responsabilidade pelo facto de esses incidentes terem ocorrido num Estado-Membro da Região Africana, e pela exploração das pessoas que a OMS deveria estar a servir – mulheres das comunidades locais – é uma experiência que jamais esquecerá. “Mas também deixo claro que considero imperioso que cada um dos nossos funcionários deve estar ciente disso. Criámos canais para que os funcionários que observam este tipo de comportamento por parte dos colegas possam denunciá-lo em segurança, indicando de forma segura que ocorreu algo de errado. Espero sinceramente que os funcionários acreditem nesse mecanismo, na garantia do seu anonimato, e sejam capazes de fazer parte da solução. Conseguimos dar uma resposta forte, enquanto OMS, trabalhando a todos os níveis, sensibilizando amplamente os nossos funcionários para esta questão e, a certa altura, começaram a surgir

cada vez mais relatórios da Região Africana. Encarei isso como um sinal positivo de que as pessoas se sentem capazes de, ao ver uma infração ser cometida, utilizar o sistema para dizer: ‘isto precisa de atenção’”, afirmou a Directora Regional.

Quanto aos pontos altos, a Dr.^a Moeti diz que estes se centram nas suas viagens pelo continente, ao ter visto as equipas dos escritórios de país da OMS a trabalharem com as autoridades nacionais para pôr em prática algumas das estratégias promovidas pela Organização. Recorda um exemplo em que o ministro da saúde de um país que investia a nível central em bons hospitais especializados não podia aceitar o facto de um país vizinho mais pobre registar taxas de mortalidade materna mais baixas, graças à sua abordagem de cuidados de saúde primários. Através de uma análise dos dados, conseguiram ilustrar a necessidade de investimento não só em cuidados especializados nas capitais, juntamente com o valor acrescentado, mas também nos resultados e no impacto do investimento ao nível mais local.

“Assim, as mulheres que estão prestes a dar à luz terão acesso a cuidados e acompanhamento perto do seu local de residência, incluindo nas zonas rurais. Sendo o risco maior, as mulheres podem ser transferidas para mais perto num hospital com instalações para fazer uma cesariana. Esta transferência deverá ser feita de uma forma intencional,



o que contribuirá para a redução de mortes maternas. O que realmente me agrada é que o Representante da OMS e o Ministro trabalharam para mudar completamente a forma como o governo estava a investir na saúde e influenciaram outros parceiros a seguir este exemplo, com os dados já a comprovar o impacto” explicou a Dr.ª Moeti.

Está muito entusiasmada com o programa dos voluntários da Nações Unidas (UNV), que conta com cerca de 200 voluntários nomeados, 80% dos quais são mulheres. No entanto, a Dr.ª Moeti diz que também foi feito muito trabalho com a liderança ao nível do Escritório Regional e dos escritórios de país, investindo na procura de mulheres candidatas a cargos.

Fica também sempre encantada por conhecer as mulheres inteligentes, qualificadas, flexíveis e inovadoras que são voluntárias da ONU e por ouvir as histórias da diferença que estão a fazer. Tirar fotografias com elas é um dos seus maiores prazeres, ilustrando que a equidade de género não acontece apenas nos discursos, mas evolui com acções da OMS, em parcerias que abrem caminho à transição de voluntários para cargos profissionais. É algo que a Dr.ª Moeti gostaria de ver crescer, com mais apoio por parte dos líderes masculinos que compreendem que não se trata de uma competição, mas sim de um exemplo de um verdadeiro aproveitamento de um recurso que é desesperadamente necessário nos sistemas da OMS.

Para o seu sucessor, a Directora Regional afirma que o trabalho em matéria de igualdade entre homens e mulheres deve continuar a ser uma área prioritária, a fim de aproveitar os progressos realizados. Está muito entusiasmada com o programa dos voluntários da Nações Unidas (UNV), que conta com cerca de 200 voluntários nomeados, 80% dos quais são mulheres. No entanto, a Dr.ª Moeti diz que também foi feito muito trabalho com a liderança ao nível do Escritório Regional e dos escritórios de país, investindo





na procura de mulheres candidatas a cargos. Para tal, foram necessárias sessões especiais para as mulheres, a fim de aumentar a sua confiança através de formações, sessões de informação e orientação, para garantir a sua candidatura às vagas em todos os níveis.

“Assim, na minha opinião, o que precisa de mudar, e reconheço que o papel que a OMS poderá vir a desempenhar e que nós nos esforçamos de desenvolver é de ser esse elo de ligação entre a investigação, os seus resultados e a rápida adopção de políticas, de novos conhecimentos e ferramentas inteligentes a nível nacional.”

O seu próximo conselho é que se concentre no aumento dramático das doenças não transmissíveis, que não dispõe de iniciativas de financiamento mundial. “Precisamos efectivamente de acelerar a implementação dos cuidados de saúde primários e expandir o pacote essencial de serviços de saúde, com base nos investimentos já realizados e melhorando as capacidades mundiais dos nossos sistemas de saúde. Temos de compreender que as pessoas não têm apenas tuberculose ou VIH, mas têm também diabetes, doenças cardíacas, hipertensão e outros tipos de doenças. Se alargarmos as nossas listas de medicamentos essenciais, formarmos as pessoas e lhes dermos o equipamento de rastreio e os conhecimentos de prevenção necessários, podemos enfrentar o desafio com uma abordagem centrada no indivíduo, sem necessidade de um movimento mundial por detrás”, afirmou.

As mesmas ligações aplicam-se igualmente às doenças transmissíveis, acrescenta, como no caso do cancro do colo do útero, que é causado principalmente pela transmissão do vírus do papiloma humano (VPH). “Durante o rastreamento das mulheres para o VIH, quando vão às clínicas de VIH para tratamento, aproveitemos a oportunidade para descobrir se também podem ser infectadas pelo vírus do papiloma vírus humano. É uma

oportunidade para as tratar precocemente e curar deste cancro (completamente tratável), para que não morram da mesma forma que estão a morrer agora. É fundamental que os riscos para a saúde e para os sistemas de saúde decorrentes das alterações climáticas também recebam a atenção necessária”, adverte a Dr.^a Moeti. Continuou dizendo que: “A nossa Região alberga seis dos dez países mais afectados por catástrofes no mundo, com ondas de calor, inundações, ciclones e incêndios florestais que afectam a saúde e os meios de subsistência de milhões de pessoas. Lançamos uma base sólida para as medidas concretas que os países podem tomar, no sentido de enfrentar estes desafios. Contudo, temos de continuar a apoiá-los na construção de sistemas de saúde resilientes e sustentáveis e fazer da saúde uma parte integrante das negociações sobre a adaptação às alterações climáticas e a atenuação dos seus efeitos”.

As relações com os dirigentes dos Estados-Membros e os líderes políticos africanos, incluindo a União Africana, também são fundamentais e devem ser desenvolvidas. A Dr.^a Moeti passou muito do seu tempo a viajar por países, a encontrar-se com Chefes de Estado, a defender o investimento na saúde e os problemas de saúde prioritários. “Vemos a União Africana a investir na sua própria capacidade institucional e há várias instituições a emergir, e penso que isso é excelente. Trata-se de uma forma de os líderes políticos africanos se apropriarem, até às comunidades políticas, das principais instituições que irão provocar uma mudança na saúde das populações africanas, em parceria com organizações como a nossa e outros parceiros internacionais. Temos de continuar a investir nessas relações, certificar-nos de que adaptamos as nossas formas de trabalhar. É preciso continuar a apoiar e permitir que estas instituições surjam e colaborem para resolver os problemas de saúde de África”, recomendou.

O seu último conselho diz respeito à população jovem de África, que a Dr.^a Moeti descreve como um “enorme trunfo”, espe-



cialmente nos domínios da tecnologia e da inovação. A inovação é de suma importância, incluindo o investimento em investigação, diz ela, e os jovens estão cheios de boas ideias sobre como as coisas poderiam funcionar de forma diferente, como a tecnologia poderia ser utilizada para expandir o alcance das diferentes acções. “Penso que podemos tirar partido das competências dos jovens em matéria de tecnologia e inovação para encontrar soluções para a África. Isso exige que nós, enquanto OMS, reforcemos a nossa ligação com os jovens, fortaleçamos a nossa associação e as nossas parcerias com o sector privado, porque é aí que muitos jovens podem, com uma ideia inteligente e inovadora, encontrar investimento e geri-lo como um negócio para, em última análise, melhorar a prestação de serviços em África.”

O investimento que vai transformar a inovação e a investigação em serviços de saúde efectivos nos países africanos é uma prioridade”, acrescenta. “Ainda estamos numa fase em que grande parte da investigação em África é financiada a partir do exterior do continente, com instituições académicas e organizações doadoras a financiar investigadores individuais em África. Assim, embora vejamos várias vezes grandes ideias e inovações a serem desenvolvidas com o envolvimento de cientistas africanos, vai ser preciso muito tempo para que estas sejam efectivamente adoptadas pelos países africanos nos seus métodos de trabalho. Assim, na minha opinião, o que precisa de mudar, e reconheço que o papel que a OMS poderá vir a desempenhar e que nós nos esforçamos de desenvolver é de ser esse elo de ligação entre a investigação, os seus resultados e a rápida adopção de políticas, de novos conhecimentos e ferramentas inteligentes a nível nacional”, declarou.

Ao despedir-se da OMS após uma década ao leme da Região Africana, a Dr.^a Moeti expressa a sua gratidão ao marido, filhos e família em geral pela sua compreensão e apoio recordando: “Tenho de reconhecer que o equilíbrio entre a vida profissional e pessoal tem sido um dos meus maiores desafios, de

facto, e reconheço-o. Acontece que cheguei directamente na altura do surto de Ébola e tive de intervir. Quando estava a iniciar o meu segundo mandato, surgiu a pandemia da COVID-19. No meu primeiro mandato, consegui fazer exercício físico regularmente, socializar adequadamente, mas devo confessar que, após a COVID-19, ainda não recuperei esse equilíbrio. Um dos aspectos infelizes da pandemia de COVID-19 é o facto de nos ter ensinado a trabalhar 24 horas por dia, 7 dias por semana. Mas recomendo ao meu sucessor, a todos os que se seguirem e aos dirigentes, que prestemos atenção ao estabelecimento de limites. Devo confessar que não é uma coisa fácil de se aprender.”

No entanto, a Directora Regional diz que nunca esquecerá os laços humanos criados com os colegas a todos os níveis da Organização assim como com os actores da saúde em África, de um modo geral, em todo o mundo. Reconhece também as oportunidades que teve de viajar pelo continente africano, interagindo e aprendendo sobre as diferentes culturas, aperfeiçoando o seu francês, testemunhando melhorias nos países graças ao apoio prestado e sentindo-se orgulhosa por ter contribuído para isso.

E, claro, a Dr.^a Moeti gosta “muito” de comida, e as suas experiências com a rica oferta do continente foram um prazer inesperado.

“Penso que podemos tirar partido das competências dos jovens em matéria de tecnologia e inovação para encontrar soluções para a África. Isso exige que nós, enquanto OMS, reforçemos a nossa ligação com os jovens, fortaleçamos a nossa associação e as nossas parcerias com o sector privado, porque é aí que muitos jovens podem, com uma ideia inteligente e inovadora, encontrar investimento e geri-lo como um negócio para, em última análise, melhorar a prestação de serviços em África.”

Dr.^a Matshidiso Moeti

Introdução

1

1.1	Breve história da criação da OMS e dos problemas de saúde em África	3
<hr/>		
1.2	Conceitualizar a Agenda de Transformação	6
<hr/>		
1.3	Âmbito do relatório e públicos a que se destina	9

Breve história da criação da OMS e dos problemas de saúde em África

Em 1892, mais de um século antes de a pandemia de COVID-19 nos ter recordado para sempre que as doenças não respeitam fronteiras físicas, os surtos fatais de cólera na Europa aceleraram, após várias tentativas infrutíferas, a adopção da Convenção Sanitária Internacional para a cooperação internacional na prevenção e controlo de doenças.¹ A Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) só seria aprovada 54 anos depois, em 1946, depois do fim da Segunda Guerra Mundial. No entanto, essas tentativas mundiais de criar mecanismos de cooperação internacional para prevenir e controlar surtos de doenças transmissíveis anunciavam a constatação do valor de uma resposta mundial colaborativa para preservar a saúde e salvar vidas.

Depois da criação da sua sede em Genebra,

de seis Escritórios Regionais² e de pelo menos 150 escritórios de país e outros escritórios em todo o mundo, a OMS estava mandatada para interligar nações, parceiros e pessoas para promover a saúde, manter o mundo seguro e, em particular, servir os vulneráveis. A África, com o seu contexto de doenças especialmente desafiador, resultante duma combinação de doenças tropicais virulentas e do comércio com a Eurásia através do Egipto, que introduziu doenças pandémicas como a peste, representava um desafio desde o início.³

Quando a OMS separou os seus Estados-Membros em regiões, princípio central da governação e da prática da Organização, o cenário político era complicado, dado que todos os países africanos ainda tinham o estatuto de colónias, com a excepção de quatro

1 [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(02\)11244-X.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(02)11244-X.pdf)

2 O Escritório Regional para a África (AFRO) para a Região Africana; o Escritório Regional para o Mediterrâneo Oriental (EMRO) para a Região do Mediterrâneo Oriental; o Escritório Regional para o Sudeste Asiático (SEARO) para a Região do Sudeste Asiático; o Escritório Regional para as Américas (AMRO) para a Região das Américas; o Escritório Regional para o Pacífico Ocidental (WPRO) para a Região do Pacífico Ocidental; e o Escritório Regional para a Europa para a Região Europeia.

3 <https://www.aehnetwork.org/wp-content/uploads/2022/04/Health-in-Africa-for-AEHN-Handbook-FINAL-3-May-2022.pdf>

países⁴. O paludismo galopante, e outras doenças transmissíveis, acrescentavam uma camada adicional de complexidade, causando níveis comparativamente elevados de doença e morte em África. As pessoas apoiavam-se principalmente na medicina tradicional, embora estivessem a ser desenvolvidos, em áreas urbanas emergentes, serviços de saúde modernos.

Em 2015 um aumento da esperança de vida saudável para 52,3 anos, em comparação com 46 anos em 2000, uma redução na taxa de mortalidade materna de 830 para 542 por 100.000 nascimentos vivos durante o mesmo período, e uma redução acentuada da taxa de mortalidade infantil.

O Escritório Regional para a África foi o último a ser criado, e a primeira sessão do Comité Regional teve lugar em Genebra no final de 1951.⁵ Reflectindo as atitudes da época em relação ao continente, o primeiro Director Regional para a África, François Daubenton, teria solicitado à OMS que “promovesse a participação de ‘Africanos esclarecidos’ capazes de conseguir a compreensão e a cooperação do povo”.⁶ Só dois anos depois foi o Escritório Regional da OMS para a África transferido para o solo africano e sediado em Brazzaville, no que era então a África Equatorial Francesa (agora a República do Congo).

Embora o novo Escritório Regional tenha lançado inquéritos, programas de formação para profissionais de saúde, projectos de saneamento e estudos de doenças infecciosas, como a febre-amarela, os peritos consideram que a aparente falta de urgência, na altura, em dar resposta aos inúmeros desafios sanitários do continente criou um precedente infeliz. Por exemplo, em 1955, a Assembleia Mundial da Saúde decidiu excluir a África do planeamento

de um programa de erradicação do paludismo, considerando as estradas em mau estado, as grandes populações rurais e os sistemas de saúde precários como sendo impedimentos para alcançar no continente os objectivos do programa.

Ainda hoje, o continente africano suporta um fardo desproporcional de doenças em relação ao resto do mundo, exacerbado por recursos gravemente limitados, e um contexto complexo para a tomada de decisões colectivas. Se acrescentarmos os factores geográficos, incluindo os desastres naturais recorrentes e o baixo desempenho económico, esta combinação está a produzir indicadores de saúde insuficientes que, apesar de um orgulhoso historial de resultados, representam sérios desafios para o desenvolvimento geral.

Isto destaca a importância da União Africana e das suas agências de saúde, assim como das comunidades económicas regionais (CER).

Em 2006, o então Director Regional para a África, Dr. Luís Sambo, ainda expressava a sua preocupação perante os milhões de Africanos que morriam desnecessariamente todos os anos com doenças evitáveis e tratáveis, incluindo o paludismo, o VIH e a tuberculose, além dos problemas de saúde relacionados com a gravidez. Também começaram a surgir doenças crónicas, como a hipertensão e o diabetes. A grande maioria, disse ele na altura, ainda não beneficiava da investigação médica e dos progressos na saúde pública.⁷

Avançando para 2015, quando a Dr.^a Mathidiso Moeti assumiu as funções do Dr. Sambo, a África ainda enfrentava preocupações de saúde mais sérias do que as outras regiões do mundo, apesar de muitos dos seus países terem feito progressos significativos, embora altamente variáveis, em direcção à concretização dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) das Nações Unidas, elaborados para impulsionar os esforços de

4 Egipto, Etiópia, Libéria, África do Sul

5 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5055806/>

6 Organização Mundial da Saúde. Comité Regional para a África, Resumo da Declaração feita por Brock Chisholm, 31 de Julho de 1952, p 21, Segunda Sessão, Monróvia, Comité Regional e Relatório do Director Regional 4 de Agosto de 1952, Terceira Sessão, Kampala, Comité Regional, 13 de Agosto de 1953, p. 24

7 https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/african_regional_health_report2006_0.pdf

desenvolvimento.

Na altura, os progressos mais notáveis incluíam em 2015 um aumento da esperança de vida saudável para 52,3 anos, em comparação com 46 anos em 2000, uma redução na taxa de mortalidade materna de 830 para 542 por 100.000 nascimentos vivos durante o mesmo período, e uma redução acentuada da taxa de mortalidade infantil.

No entanto os objectivos não se concretizaram, uma situação que foi atribuída, entre outras coisas, a promessas não cumpridas de assistência oficial ao desenvolvimento da parte dos países desenvolvidos.⁸ A Região Africana da OMS atingiu apenas uma meta – travar e iniciar a reversão da propagação do VIH. Mesmo a impressionante redução de 49% na mortalidade materna, até 2013, não conseguiu atingir a meta de 75% até 2015 incluída nos ODM.⁹ Mais tarde naquele ano, os ODM foram substituídos pelos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), mais amplos e abrangentes, que criavam um novo quadro para a acção sanitária não só na Região Africana, mas a nível mundial.

Para melhorar a saúde e o bem-estar mundial, a OMS define as suas prioridades estratégicas de cinco em cinco anos. Durante o primeiro mandato da Dr.^a Moeti, estava em vigor o décimo segundo Programa Geral de Trabalho (PGT12), válido de 2014 a 2019, que tinha por finalidade reforçar os sistemas de saúde, promover a cobertura universal de saúde (UHC), garantir a segurança da saúde mundial, abordar o aumento da carga de doenças não transmissíveis, reduzir as disparidades na saúde e fomentar o desenvolvimento e a adopção de tecnologias e abordagens sanitárias inovadoras para melhorar os resultados de saúde.

O seu mandato seguinte coincidiu com o décimo terceiro Programa Geral de Trabalho, 2019-2025 (PGT13), focado em alcançar as três metas dos mil milhões: aumentar a cobertura da CUS para mil milhões de pessoas, melhorar a protecção contra emergências sanitárias para mil milhões de pessoas, e melhorar a saúde e o bem-estar de mil milhões de pessoas.

⁸ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7122698/>

⁹ Actividades da OMS na Região Africana, 2014-2015. Relatório Bial da Directora Regional. Brazzaville: Escritório Regional da OMS para a África, 2015 (<https://www.afro.who.int/sites/default/files/2018-03/9789290232926.pdf>, consultado em 19 de Julho de 2024).



Conceitualizar a Agenda de Transformação

A Dr.^a Moeti sabia que, se a Região quisesse ter alguma hipótese de alcançar as metas dos ODS de desenvolvimento da saúde, seriam necessárias reformas significativas, rápidas e eficazes. Perante sistemas de saúde fracos nos Estados-Membros e maus resultados sanitários, evidenciados pela incapacidade dos países de alcançar os ODS relacionados com a saúde, os desafios eram, nas próprias palavras da Dr.^a Moeti, extremamente intimidadores.

A Região Africana da OMS também estava a responder ao maior surto de doença por vírus Ébola da história¹⁰, e a lutar para conter surtos de poliovírus selvagem tipo 1 (PVS1). O aumento dos sentimentos negativos relacionados com a gestão geral da Região e a falta de responsabilização e de conformidade com as regras da OMS criava uma camada adicional numa já longa lista de obstáculos.

A resposta da Dr.^a Moeti concretizou-se

na Agenda de Transformação, desenvolvida para traduzir os seus compromissos em acções concretas. O seu ambicioso objectivo era de acelerar a reforma do Secretariado da OMS na Região Africana, para oferecer uma Organização mais eficaz e reactiva, melhor preparada para atender às necessidades dos Estados-Membros, e para apoiar a prestação de cuidados de saúde ideais a todos os Africanos, independentemente de onde vivam.

Seguiram-se consultas alargadas, nomeadamente com alguns dos críticos mais severos da Região Africana, que foram convidados pela Dr.^a Moeti a participar nos seus esforços para elaborar um roteiro para a reforma e definir novas prioridades. O objectivo era fazer regressar a confiança e o orgulho na Organização. A Dr.^a Moeti foi categórica ao afirmar que ela e os seus colegas nunca mais teriam que explicar os maus resultados de auditoria aos órgãos directivos regionais e

¹⁰ <https://www.who.int/emergencies/situations/ebola-outbreak-2014-2016-West-Africa#:~:text=2016%20%2D%20West%20Africa-Overview,outbreak%20than%20all%20others%20combined>



mundiais da OMS.

A reestruturação do Secretariado foi, sem dúvida, um dos maiores sucessos. Contudo as melhorias da monitorização, do desempenho das auditorias e da responsabilidade pelos recursos, além dos processos de recrutamento, também foram essenciais. Conseguir o apoio da sede da OMS, dos Estados-Membros e dos parceiros foi fundamental, e não foi fácil, mas o objectivo era claro: Transformar o Secretariado da OMS na Região Africana numa organização voltada para o futuro, pro-activa, reactiva, orientada para os resultados, transparente, responsável e com recursos adequados.

“A Agenda de Transformação é uma visão e uma estratégia para a mudança destinada a facilitar o aparecimento da OMS que o pessoal e as partes interessadas desejam.”

Dr.ª Matshidiso Moeti, Directora Regional da OMS para a África

Principalmente, o roteiro focou-se na criação de um sistema robusto para melhorar a eficiência e a responsabilização do Secretariado, com a ajuda da monitorização constante da gestão administrativa, financeira e dos recursos humanos. Outra prioridade crítica era a de fornecer apoio de qualidade aos Estados-Membros nas principais áreas técnicas e, em última análise, apoiar o seu progresso em direcção a melhores resultados sanitários, com o objectivo abrangente de garantir em todos os Estados-Membros o acesso universal a um conjunto de serviços essenciais de saúde.

Isto exigiu um investimento significativo na melhoria das estruturas de gestão, incluindo o desenvolvimento e a introdução de principais indicadores de desempenho da gestão, vinculados a acções correctivas para responder às lacunas identificadas, em todo o Escritório Regional e em todos os escritórios de país. As equipas do Escritório Regional e dos escritórios de país tiveram

de ser reorganizadas estrategicamente para responder melhor e produzir resultados com impacto nos Estados-Membros, com o apoio das Equipas de Afectação Multipaíses (MCAT), que tinham a capacidade de prestar apoio técnico especializado de qualidade a nível nacional, aí onde este era mais necessário.

“A pandemia de COVID-19 representou uma oportunidade única para fazer um balanço, adaptar e consolidar a Agenda de Transformação para uma mudança sustentável e com impacto. Chegámos a um ponto de viragem no nosso caminho de transformação na Região Africana, e agora estamos preparados para a Fase de Consolidação da Agenda de Transformação do Escritório Regional para a África.”

Dr.^a Matshidiso Moeti, Directora Regional da OMS para a África

de Transformação Mundial da OMS, e a OMS na Região Africana foi amplamente considerada como tendo influenciado várias das iniciativas destinadas a transformar a OMS numa organização internacional moderna.¹³

A partir de 2021, a Agenda de Transformação entrou na sua Fase de Consolidação, destinada a desenvolver-se a partir da base sólida dos seis anos anteriores, mas notavelmente impactada pela pandemia de COVID-19, que rapidamente expôs a fragilidade dos sistemas de saúde no continente. Os seus objectivos, que incluíam um foco renovado na priorização do impacto a nível dos países, estavam alinhados com o compromisso mundial da OMS de reforçar os escritórios de país com recursos e pessoal essenciais. Esta abordagem estratégica visava permitir que a OMS apresentasse resultados tangíveis aí onde são mais importantes – a nível dos países.

Melhorar a paridade de género, nomeadamente nos funcionários de nível superior e intermédio, foi uma das prioridades da Agenda de Transformação, sustentada por iniciativas como o Programa de Voluntários das Nações Unidas (UNV)¹¹ e o Programa “Vias para a liderança” do Escritório Regional da OMS para a África¹².

A implementação da Agenda de Transformação começou em 2015, e foi dividida em duas fases distintas: A Fase 1 (2015-2017) focou-se numa estratégia de gestão da mudança voltada, entre outras coisas, para a concretização de resultados a nível de condado, e para a mudança da cultura organizacional. A Fase 2 (2018-2020) sublinhou a necessidade de um ambiente de trabalho saudável, respeitoso e justo, responsabilizando as pessoas e as equipas pelas iniciativas de mudança essenciais. O seu valor depressa foi reconhecido na sede, e dois anos após a sua implementação, foi lançado o Programa

¹¹ <https://www.unv.org/>

¹² <https://www.afro.who.int/news/transformation-begins-pathway-leadership>

¹³ <https://www.afro.who.int/regional-director/transformation-agenda/journey-map/2021-and-beyond#:~:text=The%20AFRO%20Transformation%20Agenda%20consolidation,a%20reality%20on%20the%20continent>

Âmbito do relatório e públicos a que se destina

Este documento de legado é um esforço colectivo para reflectir sobre as conquistas durante o mandato da Dr.^a Moeti como Directora Regional para a África, durante os 10 anos entre 2015 e 2025, diante de obstáculos que incluíram a alta rotatividade do pessoal, em particular nas funções principais. Deseja-se mostrar as soluções engenhosas e inovadoras implementadas para trabalhar com países e parceiros e contornar os desafios e, mesmo quando as metas não foram totalmente alcançadas, apoiar os Estados-Membros Africanos a alcançar resultados sanitários muitas vezes impressionantes.

Sem o trabalho de base, muitas vezes não referido, que marcou as fases iniciais da Agenda de Transformação, muitos dos avanços que chamaram a atenção talvez nunca tivessem sido possíveis.

Este recurso estará acessível a uma ampla gama de leitores, desde funcionários do gov-

erno e peritos em saúde, até funcionários da OMS, estudantes em áreas relacionadas com a saúde, e até mesmo membros do público em geral. Pretende-se que sirva de registo das mudanças que foram realizadas, do investimento financeiro e humano significativo necessário para tal, e de como essas mudanças contribuíram para a melhoria geral da saúde na Região Africana.

Embora elementos como a conformidade com a regulamentação, a optimização dos recursos e as directrizes técnicas para melhorias possam não ser tão empolgantes para os leitores quanto os avanços como a introdução da primeira vacina anti-palúdica, ou o fim do surto de poliovírus selvagem, esses elementos representam um nível significativo de investimento nos elementos constitutivos que abriram o caminho para resultados críticos na saúde. Sem o trabalho de base, muitas vezes não referido, que marcou as fases iniciais da Agenda de Transformação, muitos dos avanços que chamaram a atenção talvez nunca tivessem sido possíveis.



Nos próximos 10 capítulos deste livro, os leitores terão acesso a um panorama único sobre como a OMS na Região Africana, sob a liderança da Dr.^a Moeti, iniciou a inovadora Agenda de Transformação, e depois trabalhou em estreita colaboração com os Estados-Membros e parceiros para guiar o continente através dos desafios impostos pela maior pandemia da história moderna, emergindo com um orgulhoso registo de progresso em direcção à concretização do objectivo final da cobertura universal de saúde. Este livro também especifica a dimensão do trabalho que ainda está por vir, e inclui alguns dos conselhos da Dr.^a Moeti para o seu sucessor, e para o pessoal da OMS presente e futuro, sobre as prioridades de saúde do continente de aqui em diante.

O capítulo 2 intitulado “Compreender a Agenda de Transformação” apresenta uma visão aprofundada do percurso da Agenda de Transformação desde 2015, examinando os seus objectivos, áreas de foco e resultados esperados. Destaca as principais acções es-

tratégicas tomadas nos primeiros 100 dias da Dr.^a Moeti, durante os quais colocou a Agenda de Transformação em movimento, e as fases subsequentes, detalhando os esforços para institucionalizar o programa, e abranger os vários processos de avaliação para monitorizar o progresso.

O capítulo 3 intitulado “Transformar o Secretariado” examina os passos dados pelo Secretariado para operacionalizar a Agenda de Transformação, nomeadamente com a reestruturação da Organização na Região, o aperfeiçoamento das capacidades de liderança, especialmente ao nível dos países, e confronta com clareza os desafios da equidade de género e de um ambiente de trabalho mais saudável, livre de abuso e assédio.

O capítulo 4 intitulado “Reforçar os sistemas de saúde rumo à cobertura universal de saúde” destaca o progresso e o caminho a seguir em relação aos esforços para acelerar o progresso nos países da Região Africana em direcção à cobertura universal de saúde. Examina as medições do progresso pela

perspectiva dos desafios, nomeadamente a escassez de força de trabalho; a acessibilidade a medicamentos essenciais e outros produtos; as elevadas despesas directas com a saúde; e as limitações nos meios de diagnóstico, nos laboratórios, na geração de dados e na investigação, tudo complicado pela ameaça prevalente da resistência aos antimicrobianos.

O capítulo 5 intitulado “Melhorar a saúde ao longo da vida” explora a mudança de paradigma da Organização, que se afastou duma abordagem isolada dos cuidados de saúde, tendo constatado que todas as etapas da vida estão intrinsecamente conectadas e, portanto, necessitam de uma resposta colaborativa. Isto também põe em evidência o foco de promoção da saúde das mulheres na Região.

O capítulo 6 intitulado “Fazer avançar os esforços para controlar e eliminar doenças transmissíveis” apresenta detalhes da resposta a doenças transmissíveis, para fazer progredir a Região em direcção à realização da meta 3.3 dos ODS. Estes esforços incluem iniciativas de aceleração do apoio técnico aos países, para aumentar a sua preparação para as pandemias, bem como a prevenção e controlo de doenças. Também apresenta uma sinopse dos desafios e conquistas em relação a doenças como o paludismo, as doenças tropicais negligenciadas (DTN), o VIH, a tuberculose e a hepatite.

O capítulo 7 intitulado “Enfrentar as doenças não transmissíveis e a saúde mental” faz um balanço do crescente ónus das DNT e das estratégias implementadas pela OMS na Região Africana para conter esse avanço. Inclui detalhes das quatro principais DNT letais com impacto nos Estados-Membros Africanos: As doenças cardiovasculares, os cancros, o diabetes e as doenças respiratórias crónicas, e discute a necessidade urgente de melhorar as medidas de prevenção para abordar os factores de risco dessas doenças que sejam modificáveis. Aqui são abordados todos os desafios da saúde mental, nomeadamente a necessidade urgente de todos os países terem políticas ou planos de saúde

mental autónomos, para orientar as actividades de saúde mental e abordar esta área essencial da saúde.

O capítulo 8 intitulado “Abordar os determinantes sociais da saúde” investiga os factores não médicos que influenciam os resultados de saúde, como as condições em que as pessoas nascem, e nas quais crescem, trabalham, vivem e envelhecem. Estes factores contribuem significativamente para as desigualdades na saúde, e para a situação do bem-estar das pessoas. Este capítulo detalha por conseguinte o foco que a OMS colocou na capacitação das comunidades, abordando o duplo fardo da malnutrição e da garantia da segurança sanitária dos alimentos, além de lidar com os factores de risco ambientais a que estão ligados, ajudando os países a adaptar-se proactivamente às mudanças climáticas.

O capítulo 9 intitulado “Melhorar a segurança sanitária em África” foca-se nos imperativos cruciais de gestão de emergências de saúde, apoiando os países a criar sistemas de saúde mais resilientes, com a capacidade de suportar e mitigar futuras crises. Examina os principais ganhos da última década, alcançados por meio de intervenções, nomeadamente para uma melhor inteligência em saúde pública, capacidade de sequenciação genómica, resolução de estrangulamentos das cadeias de abastecimento, e desenvolvimento de um pessoal qualificado para a saúde de emergência.

Os dois últimos capítulos, **capítulo 10** e **capítulo 11**, abordam os desafios e as lições retiradas, e apresentam respectivamente uma conclusão, e o caminho a seguir.



Compreender a Agenda de Transformação

2

2.1	A Agenda de Transformação	15
<hr/>		
2.2	Objectivo, áreas de foco e resultados esperados	17
<hr/>		
2.3	Principais acções estratégicas iniciadas pela Directora Regional durante os primeiros 100 dias do seu mandato	21
<hr/>		
2.4	Institucionalizar a Agenda de Transformação – O Programa Africano de Transformação da Saúde	23
<hr/>		
2.5	Avaliação da Fase 1 da Agenda de Transformação	25
<hr/>		
2.6	Principais realizações durante a Fase 2 da implementação da Agenda de Transformação	27
<hr/>		
2.7	Consolidar a Agenda de Transformação – O segundo mandato da Directora Regional	29

A Agenda de Transformação

“Examinei cuidadosamente as nossas deliberações nesta assembleia e examinei a literatura científica e as informações que chegam através de nossas estratégias de cooperação com os países. Identifiquei cinco prioridades interdependentes e sobrepostas. São elas: i) a melhoria da segurança sanitária; ii) o reforço dos sistemas de saúde nacionais; iii) o foco contínuo nos ODM/ODS relacionados com saúde; iv) a resposta aos determinantes sociais da saúde; e v) a transformação do Secretariado da OMS na Região Africana numa organização reactiva e orientada para os resultados. Estas são as prioridades a que me vou dedicar, e pelas quais gostaria de ser responsabilizada durante o meu mandato como Directora Regional da OMS para a África.”

Dr.^a Matshidiso Moeti, Directora Regional da OMS para a África

Foi com esses fortes compromissos que a Dr.^a Moeti, da República de Botsuana, aceitou a sua nomeação como Directora Regional da OMS para a África, diante do Comité Regional da OMS para a África, o órgão de decisão da Organização na Região Africana, durante a sua sexagésima quarta sessão em Novembro de 2014 em Cotonou, no Benim. Reiterou esse compromisso durante o seu discurso de investidura na 136.^a sessão do Conselho Executivo da OMS em Genebra, na Suíça, em Janeiro de 2015¹⁴, definindo as bases da sua inovadora Agenda de Transformação.

Perante o imperativo de acelerar o programa de reforma da OMS na Região Africana, dada a inquietação da comunidade internacional com a resposta da Organização à epidemia de doença por vírus Ébola em 2014 na África Ocidental, o fardo que pesa-

va sobre a Dr.^a Moeti quando esta assumiu oficialmente o cargo em 1.^o de Fevereiro de 2015 era um fardo pesado.

Os Estados-Membros e as partes interessadas regionais e mundiais esperavam que apresentasse uma nova e melhor maneira de a Organização na Região Africana funcionar, implementando as reformas mundiais da OMS¹⁵ iniciadas em 2012 para tornar a Organização adequada à sua finalidade, e melhor equipada para enfrentar os desafios sanitários cada vez mais complexos do século 21. Os três componentes das reformas foram programáticos (melhorar a saúde das pessoas), relacionados com a governação (aumentar a coerência da saúde mundial) e de gestão (procurar a excelência organizacional). Os Estados-Membros e as partes interessadas queriam ver uma OMS adequadamente fi-

14 Discurso de aceitação da Dr.^a Matshidiso Rebecca Moeti, Directora Regional da OMS para a África, na 136.^a Sessão do Conselho Executivo da OMS em Genebra – Janeiro de 2015; URL: <https://www.afro.who.int/regional-director/speeches-messages/acceptance-speech-dr-matshidiso-rebecca-moeti-who-regional>

15 Resolução da Assembleia Mundial da Saúde sobre a Reforma da OMS (WHA65/9); URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65-REC1/A65_REC1-en.pdf#page=25

nanciada e equipada, que pudesse reforçar os sistemas de saúde nacionais, gerir e controlar com eficácia a prevenção de doenças e a preparação e resposta a surtos, e iniciasse acções supranacionais em apoio à segurança sanitária mundial.

A resposta da Dr.^a Moeti foi a Agenda de Transformação do Secretariado da OMS na Região Africana 2015–2020¹⁶, resultado de um processo inclusivo que abrangeu amplas consultas, conduzido por uma Equipa de Transição e outras partes interessadas,¹⁷

encarregadas de dar vida à sua visão de uma mudança positiva. Enquanto programa para acelerar a implementação da reforma da OMS na Região Africana, foi o primeiro passo em direcção a “uma OMS que o pessoal e as partes interessadas desejam”¹⁸ – previdente, proactiva, reactiva, orientada para os resultados, transparente, responsável, adequadamente financiada, equipada para cumprir o seu mandato, e uma organização que responde às necessidades e expectativas das suas partes interessadas.

16 Agenda de transformação do Secretariado da Organização Mundial de Saúde na Região Africana: (2015-2020) 978-929023282-7 (Classificação NLM: WA 541.1) URL: https://www.afro.who.int/sites/default/files/pdf/generic/Transformation_agenda_portuguese.pdf

17 A Equipa de Transição: Membros do pessoal da OMS na Região Africana; membros do corpo diplomático acreditado na República do Congo; ministros da saúde e decisores políticos de alto nível dos Estados-Membros que trabalham na área da saúde

18 A Equipa de Transição definiu “O Escritório Regional da OMS para a África que desejamos” como um Secretariado da OMS na Região Africana em que os membros do pessoal são plenamente qualificados, tecnicamente competentes, apoiados, reactivos às necessidades dos Estados-Membros; um Secretariado proactivo na identificação das necessidades dos Estados-Membros, e que orienta países e parceiros sobre as coisas certas a fazer; um Secretariado menos burocrático, mais aberto e transparente, e que responde às necessidades dos países e das partes interessadas de maneira oportuna; um Secretariado inovador – uma organização que incentiva novas ideias e apoia a sua validação e adopção; e um Secretariado que abraça uma cultura empreendedora caracterizada pela reactividade, o oportunismo, a proactividade e a excelência.



Objectivo, áreas de foco e resultados esperados

Com as suas quatro áreas de foco – valores orientados para os resultados, foco técnico inteligente, operações estratégicas reactivas e comunicações e parcerias eficazes – e objectivos claros e resultados esperados (Quadro 1), a Agenda de Transformação foi, durante o período de 1 de Fevereiro de 2015 a 31 de Janeiro de 2020, um roteiro que orientou a evolução do Secretariado da OMS na Região Africana durante o primeiro mandato da Dr.^a Moeti como Directora Regional. O objectivo era ver a Organização cumprir o seu potencial de principal líder no desenvolvimento da saúde em África, e assumir o seu papel de protector fiável e eficaz da saúde em África.

Para alcançar os resultados esperados, foram definidas acções estratégicas para três períodos separados – acções a iniciar nos primeiros 100 dias; acções estratégicas para os primeiros dois anos (prazo, Janeiro de 2017); e acções que continuariam nos anos posteriores ao mandato da Dr.^a Moeti, até Janeiro de 2020. Dado que a responsabilização constituía o impulso central da Agenda de Transformação, também foi desenvolvido um Quadro de Monitorização e Avaliação de Desempenho.

Quadro 1: Áreas de foco e objectivos da Agenda de Transformação

Área de foco	Objectivos	Resultados esperados
Valores orientados para os resultados	Fomentar a emergência de uma cultura organizacional definida pelos valores de excelência, trabalho de equipa, responsabilização, integridade, equidade, inovação e abertura.	<ul style="list-style-type: none"> • Maior responsabilização das pessoas e das equipas. • Maior equidade nas recompensas. • Reconhecimento e sanções para os funcionários. • Equipas reactivas, inclusivas, e com capacidade de apoio. • Melhoria das normas éticas para o pessoal
Foco técnico inteligente	Garantir que as áreas técnicas de trabalho da OMS na Região Africana estão alinhadas com os compromissos e prioridades regionais, e que as intervenções se baseiam em dados factuais, inovações, e lições retiradas da experiência.	<ul style="list-style-type: none"> • Epidemia controlada da doença por vírus Ébola • Capacidades regionais reforçadas para a segurança sanitária, incluindo a preparação eficaz e a resposta oportuna a surtos de doenças e emergências, e a erradicação da poliomielite. • Progresso acelerado dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), e implementação dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). • Abordagem funcional de sistemas transversais na Região Africana da OMS, facilitando o progresso em direcção à cobertura universal de saúde (CUS). • Gestão melhorada dos conhecimentos
Operações estratégicas reactivas	Evoluir para uma organização com funções facilitadoras que apoia com eficácia a disponibilização de programas, bens e serviços.	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos, financeiros e materiais alinhados com as prioridades identificadas. • Capacidade reforçada da OMS em matéria de recursos humanos • Maior transparência na contratação, na colocação e na gestão do desempenho • Melhor eficiência e responsabilização nas áreas das finanças, aquisições e administração geral • Aproveitamento e utilização aperfeiçoados das tecnologias e ferramentas disponíveis, nomeadamente o Sistema Mundial de Gestão (GSM) e os painéis de controlo da inteligência empresarial.
Comunicação e parcerias eficazes	Fomentar uma organização mais reactiva e interactiva, tanto a nível interno, entre os funcionários, como externo, com as partes interessadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria da comunicação interna em cada nível e entre os três níveis da Organização. • Comunicação externa melhorada. • Parcerias estratégicas reforçadas.





elimSafe SL
Safety Box


BIOHAZARD

©2018 World Health Organization

Principais acções estratégicas iniciadas pela Directora Regional durante os primeiros 100 dias do seu mandato

“Estou confiante de que as mudanças que iniciámos, e o nosso compromisso em trabalhar com os Estados-Membros e os parceiros de uma maneira mais reactiva, centrada nos resultados e objecto de responsabilização irão contribuir de modo significativo para melhorar a nossa eficácia. Estamos determinados em ajudar a acelerar a construção de sistemas de saúde resilientes que previnam e façam a gestão das doenças, garantam a segurança sanitária, e melhorem a saúde e o bem-estar das pessoas na Região Africana da OMS.”

Dr.^a Matshidiso Moeti, Directora Regional da OMS para a África

A Directora Regional começou com energia e entusiasmo, centrando-se nas cinco áreas prioritárias que definiram o rumo de seu primeiro mandato de cinco anos. Foram estas: A melhoria da segurança sanitária; o fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde; a manutenção do foco nos ODM relacionados com saúde; a resposta aos determinantes sociais da saúde; e a transformação do Escritório Regional para a África numa organização reactiva e orientada para os resultados.

Para avigorar parcerias, a Dr.^a Moeti entrou em contacto com vários parceiros essenciais, para com eles partilhar a sua visão do desenvolvimento da saúde, chegando com êxito a acordos com estes em relação a mecanismos de colaboração claros. A Directora Regional também constituiu um Grupo Consultivo Independente de peritos de alto nível, seleccionados pela sua experiência pessoal, formações profissionais, género, origens geográficas, e prestígio e afiliações internacionais. Garantiu deste modo que receberia os melhores conselhos estratégicos

e políticos possíveis para abordar as prioridades sanitárias da Região Africana.

Além disso, iniciou um projecto para melhorar os processos de negócio existentes, nomeadamente a gestão financeira e de recursos humanos, a aquisição e definição do complemento de pessoal necessário para conduzir de forma optimizada o trabalho da OMS na Região, em particular a implementação de vários modelos de prestação de serviços, de modo a aumentar a eficiência e a relação custo-benefício.

Os principais êxitos durante este período incluíram:



A reestruturação do Escritório Regional* para melhor atender às prioridades de saúde predominantes, e para definir com clareza a direção e o caminho futuros;



Esforços de lobbying e mobilização do apoio internacional para:

- construir sistemas de saúde resilientes depois do Ébola;
- ajudar a travar as epidemias de cólera em países como o Maláui, Moçambique e a República Unida da Tanzânia; e
- ajudar a acabar com uma epidemia de meningite no Níger, incluindo a mobilização, com os principais parceiros, de 880 000 doses da vacina tetravalente contra a meningite, o que levou a uma diminuição significativa dos óbitos.



Uma liderança nos esforços de criação de uma nova entidade para doenças tropicais negligenciadas (DTN), que mais tarde ficou conhecida como o Projecto Especial Alargado para a Eliminação das Doenças Tropicais Negligenciadas (ESPEN), e entrou em vigor em Janeiro de 2016.

* O Grupo de Segurança e Emergências Sanitárias foi criado para se fundir com os então existentes programas de Resposta aos Surto, do Regulamento Sanitário Internacional, e da Resposta a Catástrofes e Emergências; o Grupo de Doenças Não Transmissíveis foi criado para abordar a ameaça emergente das DNT e os seus factores de risco, bem como a saúde mental, a violência e os traumatismos; o Grupo de Doenças Transmissíveis (CDS) foi criado para se concentrar nas principais prioridades na Região Africana, como o VIH, a tuberculose, o paludismo, as DTN, e a saúde pública e o ambiente; o Grupo de Saúde Familiar e Reprodutiva (FRH) foi criado para se concentrar na saúde ao longo do ciclo de vida, na nutrição e na vacinação; o grupo orgânico Administração Geral e Coordenação (GMC) foi criado para ajudar a Região a garantir melhor conformidade e responsabilização financeira em todo o seu trabalho; o Grupo de Sistemas e Serviços de Saúde (HSS) tinha por função de se concentrar no desenvolvimento de políticas de saúde, no financiamento e no acesso, na prestação integrada de serviços, e na gestão de informações e de conhecimento em saúde. Essencialmente, o HSS tinha por finalidade contribuir para a realização da CUS na Região. Um novo Programa de Erradicação da Poliomielite foi criado no Gabinete da Directora Regional, e uma nova Unidade de Promoção da Saúde e Determinantes Sociais e Económicos foi criada no Gabinete do Director da Gestão dos Programas, dada a natureza transversal dessa função.



Institucionalizar a Agenda de Transformação – O Programa Africano de Transformação da Saúde

O ano de 2015 foi um ano agitado, dado que o primeiro ano de implementação da Agenda de Transformação coincidiu com o planeamento e a preparação do orçamento-programa da OMS para 2016–2017.¹⁹ Foi também o ano da adopção dos 17 Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)²⁰ e das 169 metas para orientar o desenvolvimento mundial ao longo dos 15 anos seguintes até 2030, em particular o Objectivo 3 de “garantir uma vida saudável e promover o bem-estar de todas as pessoas em todas as idades”. Estes, juntamente com as lições retiradas durante os primeiros 100 dias²¹, preparam o terreno para a próxima etapa no processo da Agenda de Transformação; o desenvolvimento do Programa Africano de Transformação da Saúde.

O Programa Africano de Transformação da Saúde 2015-2020: Uma visão para a cobertura universal de saúde²², ancorado nas prioridades da Agenda de Transformação, foi uma estrutura estratégica que guiou a contribuição da OMS para o desenvolvimento sustentável na África. Criado para operacionalizar a Agenda de Transformação, a sua finalidade abrangente era garantir o acesso universal a um conjunto de serviços essenciais de saúde para todos na Região Africana, acelerando o progresso em direção à CUS, com um mínimo de obstáculos financeiros, geográficos e sociais para os serviços de saúde.

As suas três áreas de foco estratégico prioritário incluíam a melhoria da segurança sanitária, respondendo às doenças com

19 Décimo segundo Programa Geral de Trabalho (2014-2019): https://www.int/about/resources_planning/twelth-gpw/en

20 <https://sdgs.un.org/goals>

21 A necessidade de reforçar a segurança da saúde na Região; para que os países construam sistemas nacionais de saúde robustos que sejam adequadamente financiados, dotados de pessoal, resilientes a ameaças sanitárias e acessíveis a todos; repensar e procurar fundos para o Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública de modo a produzir com urgência um investimento; e aprofundar o diálogo comunitário.

22 O Programa Africano de Transformação da Saúde 2015-2020: Uma Visão para a Cobertura Universal de Saúde: ISBN: 978-929 023 302.2 (Classificação NLM: WA 541 HA1); (<https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/full%20repoty.pdf>)



tendência epidémica, às emergências e às novas ameaças sanitárias; impulsionando o progresso em direcção à equidade e à cobertura universal de saúde; e fortalecendo a capacidade da OMS na Região Africana. Estas estavam, por sua vez, ligadas às seis categorias de trabalho do décimo segundo Programa Geral de Trabalho da OMS (PGT12) – doenças

transmissíveis; doenças não transmissíveis; promoção da saúde ao longo da vida; sistemas de saúde; preparação, vigilância e resposta; e serviços corporativos e funções de facilitação. O Programa também articulava realizações essenciais durante o mandato de cinco anos da Dr.^a Moeti, até Janeiro de 2020.

Avaliação da Fase 1 da Agenda de Transformação

Dois anos depois do início da sua implementação, uma avaliação intercalar independente²³ (2015 a Fevereiro de 2017) da Agenda de Transformação revelou uma lista de realizações principais que já tinham sido alcançadas.

A avaliação também reconheceu o progresso na componente de recursos humanos da Agenda de Transformação, especificamente na reestruturação do Escritório Regional, tendo sido constituídos quatro dos seis grupos, e na introdução de um programa de iniciação obrigatório para os novos funcionários, assim como um programa de estágio. Também constatou o início dos esforços para reforçar os escritórios de país, e as nomeações cruciais de alto nível da Dr.^a Moeti no Escritório Regional e nos escritórios de país.

No seu conjunto, a avaliação concluiu que o Escritório Regional tinha realizado

progressos adequados na direcção de um apoio mais eficaz, oportuno e eficiente aos Estados-Membros, e destacou a mudança emergente nos comportamentos e nas mentalidades. Fundamentalmente, houve um amplo reconhecimento, incluindo da parte dos parceiros, de que o trabalho da Agenda de Transformação tinha começado a mudar a tendência das dificuldades de imagem vividas depois da crise do Ébola. Graças ao seu alinhamento com a reforma mundial da OMS, também estava a lançar novamente o foco na reforma na Região Africana.

Por outro lado, a avaliação levantou questões sobre atrasos nas actividades planeadas que, segundo esta, tinham travado o progresso. As fraquezas na comunicação e no apoio à gestão da mudança, por exemplo, impediram a compreensão pelo pessoal e o seu envolvimento na Agenda de Transformação.

²³ Relatório da avaliação intercalar da Agenda de Transformação do Secretariado da OMS na Região Africana, Gabinete de Avaliação da OMS, Maio de 2017 <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-08/Report%20of%20the%20midterm%20evaluation%20of%20the%20Transformation%20Agenda%20of%20the%20WHO%20Secretariat%20in%20the%20African%20Region.pdf?ua=1>

Para além da contribuição para controlar a epidemia de Ébola e manter o ímpeto em direcção à erradicação da poliomielite na Região Africana, essas realizações incluíam:

- ✓ a criação do Projecto Especial Alargado para a Eliminação das DTN;
- ✓ o apoio à União Africana na criação dos Centros Africanos de Prevenção e Controlo de Doenças;
- ✓ o lançamento do Projecto de Reforço da Responsabilização e Controlo Interno;
- ✓ a criação do Comité de Conformidade e Gestão de Riscos;
- ✓ a introdução dos principais indicadores de desempenho (KPI) administrativos e de gestão; e
- ✓ a criação de um posto de Ombudsman a tempo inteiro no Escritório Regional.

mação. Reconhecendo que a reforma exigia tanto uma mudança de comportamento como o tempo para tomar raiz, a avaliação

no entanto recomendou o aperfeiçoamento da comunicação interna, complementado por um sistema de apoio à gestão da mudança.



Principais realizações durante a Fase 2 da implementação da Agenda de Transformação

A Dr.^a Moeti lançou a Fase 2 da Agenda de Transformação²⁴ (2018–2020), focada em “colocar as pessoas no centro da mudança”, em Abril de 2018. Essa fase integrou o contributo dos resultados da avaliação independente, e foi alinhada com as ambiciosas três metas dos mil milhões do Director-Geral da OMS – mais mil milhões de pessoas que beneficiam da CUS, mais mil milhões de pessoas melhor protegidas das emergências sanitárias, e mais mil milhões de pessoas desfrutando de melhor saúde e bem-estar.

A Fase 2, guiada por seis fluxos de trabalho estratégicos (Quadro 2), alterou a sua ênfase, para promover um ambiente de trabalho saudável, respeitoso e justo; envolvendo continuamente os membros do pessoal e melhorando o seu empenho na mudança; identificando e incentivando as atitudes e comportamentos desejados; trabalhando individual e colectivamente para a prestação eficaz de resultados de qualidade; e responsabilizando pessoas e equipas. Reforçou o compromisso da OMS com a melhoria dos resultados de saúde na Região Africana, graças a uma melhoria do foco técnico e do desempenho, de parcerias mais eficazes e de uma gestão otimizada dos recursos.

²⁴ Fase II da Agenda de Transformação: Colocar as Pessoas no Centro da Mudança <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2018-05/Transformation%20Agenda%20Phase%202020-%20Putting%20people%20at%20the%20center%20of%20change.pdf>

A Fase 2 decorreu durante a transição do trabalho do Secretariado em 2019 para o décimo terceiro Programa Geral de Trabalho da OMS²⁵, que elaborou a estratégia da OMS para alcançar o ODS 3 – “Garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todas as

peças em todas as idades”. Centrado numa abordagem liderada pelo país, as mudanças estratégicas do PGT 13 incluíram a transição das seis “categorias de trabalho” especificadas no PGT 12, para os 10 “resultados” do PGT 13.

²⁵ Programa Geral de Trabalho da décima-terceira Assembleia Mundial da Saúde http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_4-en.pdf?ua=

Quadro 2: Fluxos de trabalho estratégicos da Fase 2

Fluxos de trabalho estratégicos	Ações estratégicas
Reforçar os processos de gestão da mudança e melhorar a cultura de valores	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer a gestão da mudança. • Desenvolver um grupo central de líderes da saúde. • Garantir um maior e mais significativo envolvimento dos funcionários nas actividades da Agenda de Transformação. • Promover um ambiente de trabalho saudável e respeitoso, incluindo a prevenção do bullying e do assédio sexual. • Aperfeiçoar o trabalho das estruturas de governação da Agenda de Transformação.
Melhorar a abordagem de foco no país para um maior impacto	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidar a implementação das recomendações das avaliações funcionais dos escritórios de país, e prosseguir com o envolvimento contínuo do pessoal do escritório de país.
Foco mais forte na entrega de resultados de qualidade	<ul style="list-style-type: none"> • Reforço da utilização dos KPI para gerir os resultados. • Continuação da implementação dos Programas Emblemáticos da Região Africana. • Promoção das inovações e melhores práticas do país. • Melhoria da gestão do conhecimento.
Promoção da eficiência, da responsabilização, da qualidade e da optimização dos recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da capacidade em recursos humanos a todos os níveis. • Melhoria da transparência, da eficiência, da qualidade e da responsabilização nos processos da OMS, incluindo as aquisições e a prestação de serviços.
Alargamento da participação dos Estados-Membros e dos parceiros	<ul style="list-style-type: none"> • Maximização das interacções da Directora Regional com os Estados-Membros. • Consolidação dos compromissos da Directora Regional com parceiros, doadores e outras partes interessadas essenciais.
Garantia de uma comunicação aperfeiçoada do trabalho do Secretariado para melhorar os resultados sanitários na Região	<ul style="list-style-type: none"> • Reforço das comunicações externas. • Reforço da comunicação interna, em particular a comunicação intra e inter-grupo.

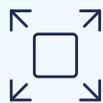
Consolidar a Agenda de Transformação – O segundo mandato da Directora Regional

Os Estados-Membros da Região Africana elegeram a Dr.^a Moeti como Directora Regional para um segundo mandato de cinco anos decorrendo de Fevereiro de 2020 a Janeiro de 2025, e esse ano foi marcado pelos melhores e piores momentos. A Região Africana foi declarada livre do vírus da poliomielite selvagem, mas o aparecimento da COVID-19, e a sua declaração pela OMS como emergência de saúde pública de dimensão internacional (PHEIC) e pandemia global, mudou tudo.

Apesar da ameaça sem precedentes aos ganhos obtidos com a Agenda de Transformação, a OMS na Região Africana trabalhou em estreita colaboração com os Estados-Membros e os parceiros para montar uma resposta robusta, aproveitando as lições retiradas para adaptar e implementar uma “fase de consolidação”. O Secretariado e os escritórios de país, focados em mudanças impactantes e sustentáveis à medida que os países entravam em modo de recuperação, concentraram-se em capacitar e apoiar os Estados-Membros, enquanto continuavam o trabalho para construir uma organização sustentável e adaptável.

A demonstração destes sucessos está detalhada nos capítulos seguintes.

Seguem abaixo algumas das principais realizações da Fase 2:



O reposicionamento da OMS:

A Agenda de Transformação reposicionou a Organização para melhor servir os Estados-Membros, aproveitar novas oportunidades e enfrentar novos desafios. Isso também ajudou a alinhar melhor as actividades com os objectivos a longo prazo e as metas estratégicas da instituição, para reforçar a nível mundial o desempenho e a eficácia. Sobretudo, esses esforços ajudaram a manter a relevância e a credibilidade da OMS perante as mais importantes partes interessadas, incluindo funcionários, Estados-Membros e governos nacionais, bem como parceiros.



Mudanças na cultura organizacional:

Os processos de recrutamento de pessoal foram reforçados, juntamente com a introdução de desenvolvimento da liderança, o envolvimento do pessoal e as iniciativas de prevenção da exploração sexual, abuso e assédio (PRSEAH), e o fortalecimento de padrões éticos com um Comité de Conformidade e Gestão de Riscos e um Ombudsman a tempo inteiro. A avaliação de Transformação Global da OMS de 2021 validou mudanças positivas na cultura organizacional no Escritório Regional para a África, e a Unidade Conjunta de Inspeção das Nações Unidas declarou a Agenda de Transformação como sendo um modelo para a reforma da cultura no local de trabalho.



Um foco mais forte nos resultados ao nível dos países:

A adaptação aos ambientes cultural, político, económico e de parceria de Estados-Membros por natureza diferentes optimizou a capacidade da OMS de servir efectivamente os Estados-Membros e alcançar os objectivos propostos. Além disso, ao focar-se nas operações a nível dos países, a OMS aumentou o apoio à Agenda de Transformação pelas partes interessadas locais, incluindo funcionários, parceiros, organizações não governamentais e autoridades governamentais. Isto cria uma base sólida para uma transformação bem-sucedida e sustentável.



Realizações na saúde pública:

Estas realizações incluem a melhoria na detecção de surtos e nos tempos de resposta, a contenção de surtos agudos e o progresso em direcção à erradicação da poliomielite, a redução das taxas de mortalidade materna, e a eliminação das DTN.



A utilização racional de recursos:

A Agenda de Transformação priorizou a “optimização dos recursos”, reduzindo os custos operacionais e melhorando o desempenho financeiro. Através de uma gestão financeira transparente e do uso óptimo dos recursos disponíveis, a Organização conseguiu economizar fundos e aumentar significativamente a alocação de recursos para os escritórios de país e o apoio aos Estados-Membros. Outras conquistas incluem a melhoria na comunicação com os doadores e a conformidade.

* Avaliação da Transformação da OMS, Gabinete de Avaliação da OMS, Maio de 2021
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/evaluation-office/who-transformation-final-report.pdf?sfvrsn=c20b7baa_5

Transformar o Secretariado

3

3.1	Construir uma cultura de excelência na saúde	33
<hr/>		
3.2	Melhorar a capacidade da força de trabalho para uma mudança sustentada	37
<hr/>		
3.3	Melhorar a eficiência operacional	45
<hr/>		
3.4	Melhorar a governação e a responsabilização	51
<hr/>		
3.5	Reforçar as parcerias	53

Construir uma cultura de excelência na saúde

O percurso transformador do Secretariado da OMS em África não se cingiu apenas a uma reestruturação, mas também a uma mudança cultural impulsionada por pessoal capacitado, partes interessadas empenhadas e acções orientadas por uma visão partilhada para a saúde. Consciente de que os recursos humanos de qualquer organização constituem o seu activo mais importante e de que o calibre do seu pessoal é fundamental para o seu sucesso, o realinhamento dos recursos humanos em função das prioridades e necessidades nacionais em matéria de saúde foi identificado como uma componente crítica da Agenda de Transformação. Para o efeito, foram introduzidas as análises funcionais dos 47 escritórios de país da OMS.

O reforço das capacidades de liderança foi crucial para sustentar a mudança, tal como a necessidade de sistemas administrativos e de apoio com uma nova aparência e uma abordagem mais ágil em matéria de gestão das finanças, dos recursos e das tecnologias. A criação, pela Dr.^a Moeti, do grupo orgâni-

co Subdirectora Regional (ARD) em 2019 foi uma iniciativa ambiciosa, concebida especificamente para combater a fragmentação no seio da Organização, reduzir a duplicação de esforços e promover sinergias entre os diferentes departamentos técnicos, a fim de reforçar o apoio aos Estados-Membros.

Foi também aberto um escritório offshore em Pretória, na África do Sul, como forma de reforçar a capacidade de resposta das operações de apoio aos escritórios de país. Pretória foi seleccionada devido às suas ligações aéreas ideais para destinos na Região, à sua infra-estrutura de comunicações disponível, essencial para o apoio remoto e as reuniões virtuais, e às vantagens em termos de custos.

Esta transformação implicou também o confronto directo com algumas das questões mais difíceis e sensíveis, especialmente a equidade de género e um ambiente de trabalho mais saudável, livre de abusos e assédio. A resolução desta última questão tornou-se uma pedra angular desta mudança



cultural, especialmente na sequência de crises que expuseram vulnerabilidades no seio da Organização. O Secretariado comprometeu-se não só a enfrentar estas ameaças, mas também a erradicá-las, construindo assim um ambiente de trabalho mais seguro e mais inclusivo.

A Agenda de Transformação nunca foi concebida como um processo estático, mas antes como um processo que privilegia a aprendizagem e a melhoria contínuas.

A Agenda de Transformação nunca foi concebida como um processo estático, mas antes como um processo que privilegia a aprendizagem e a melhoria contínuas. À medida que a OMS na Região Africana avançava nas diferentes fases ao longo da última década, as estratégias eram aperfeiçoadas de acordo com o contributo constante do pessoal, dos parceiros e das partes interessadas. Isto garantiu que a Organização continuasse a responder ao panorama dinâmico da saúde no continente africano, com as lições retiradas a fornecerem, em última análise, um modelo de transformação organizacional que foi adoptado como estratégia institucional pela Directora-Geral em 2018 e reproduzido noutras regiões.

Um dos factores mais importantes para o seu sucesso foi a liderança forte e visionária, particularmente da Dr.^a Moeti e da equipa de gestão sénior. Desempenharam um papel fundamental na defesa das iniciativas de mudança, definindo uma visão clara e comunicando de forma consistente a importância da transformação a toda a Organização. O empenho activo da Dr.^a Moeti enviou uma mensagem forte a todo o pessoal de que a transformação não era uma iniciativa temporária, mas sim uma reorientação fundamental da forma de funcionamento da Organização, colocando em primeiro plano a responsabilização, a transparência e a inovação.

Ao demonstrarem o seu próprio compromisso para com estes princípios, encorajaram toda a Organização a adoptar as mudanças, o que se revelou especialmente importante para ultrapassar a resistência inicial. Esta liderança visionária ajudou a criar confiança, o que foi fundamental para manter a moral e o empenho do pessoal.

No cerne desta transformação estiveram quatro pilares fundamentais: O grupo orgânico Administração Geral e Coordenação (GMC), a Unidade de Iniciativas da Agenda de Transformação (TAI), a Unidade de Acção e Coordenação centradas nos Países (CFC) e

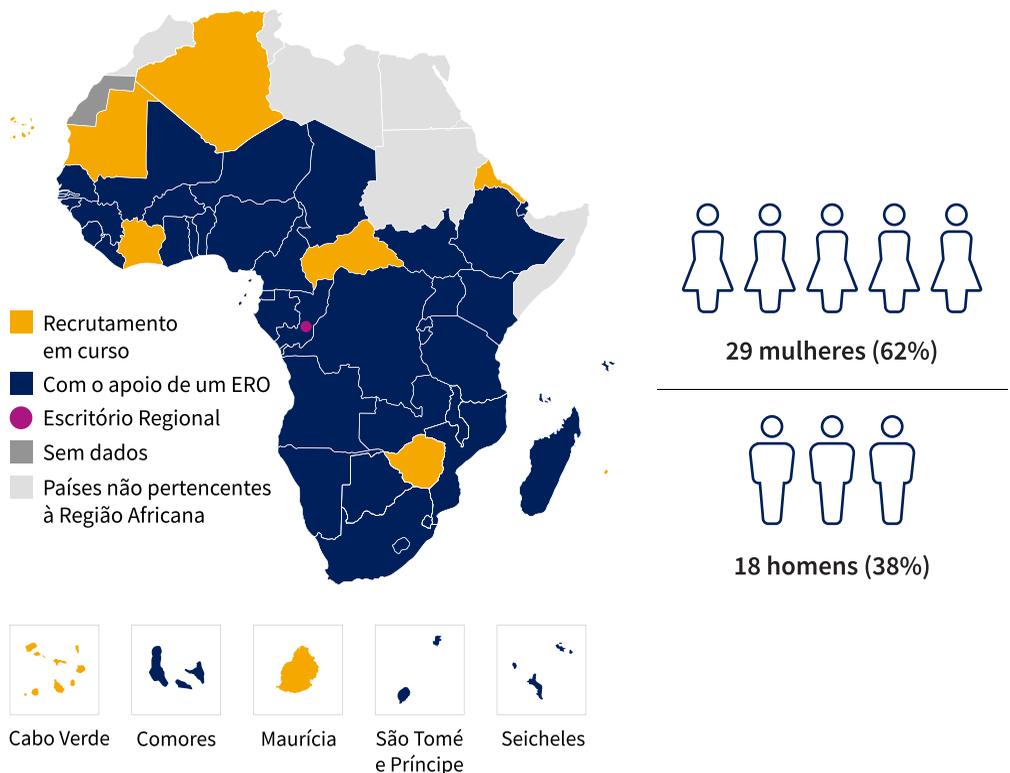
a equipa de Relações Externas, Parcerias e Órgãos Directivos (EPG), com cada um dos programas a dar o seu contributo único.

O grupo orgânico Administração Geral e Coordenação (GMC), que foi incumbido de gerir e coordenar eficazmente o apoio à prestação de serviços nas áreas das finanças, operações, administração geral e gestão de recursos humanos nos escritórios regionais e nacionais, assumiu também a responsabilidade de melhorar a governação, a eficiência operacional e a conformidade. As suas funções essenciais relacionadas com a prestação de apoio aos escritórios de país foram transferidas para o escritório de Pretória, a fim de reforçar a capacidade de resposta das operações de apoio. Ao racionalizar os processos de gestão, reforçar a supervisão financeira e promover uma cultura de responsabilização, o GMC lançou as bases para uma OMS mais transparente, eficiente e eficaz na Região Africana.

Por seu turno, a Unidade TAI liderou os esforços para impulsionar a mudança cultural, fomentar o desenvolvimento da liderança e promover um local de trabalho mais inclusivo e ético. As suas iniciativas visaram uma mudança na cultura organizacional para que esta dê prioridade à excelência, ao trabalho em equipa, à equidade e à integridade. Ao capacitar o pessoal através de programas de mentoria e liderança e a equidade de género mediante iniciativas de empoderamento das mulheres, a Unidade TAI assegurou que as operações quotidianas estavam consistentemente alinhadas com os valores da OMS.

A Unidade de Acção e Coordenação centradas nos Países desempenhou um papel fundamental no alinhamento dos escritórios de país da OMS com as necessidades e prioridades sanitárias específicas de cada um dos Estados-Membros que servem. Através de revisões e reestruturações funcionais robustas e exaustivas, a Unidade assegurou que os

Figura 8: Mapa dos Responsáveis de Relações Externas e Parcerias na Região Africana da OMS



Os quatro objectivos principais da Agenda de Transformação:



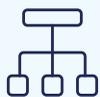
Melhorar o alinhamento da força de trabalho:

Para tal, foi necessário rever as estruturas de pessoal, a fim de garantir que os escritórios de país dispunham dos conhecimentos especializados adequados com base nas prioridades e necessidades nacionais em matéria de saúde. A Agenda também procurou abordar a questão de longa data da escassez de pessoal e distribuir os profissionais de saúde de forma mais estratégica em toda a Região.



Melhorar a eficiência operacional:

A fragmentação das operações e a lentidão na prestação de serviços têm sido desafios constantes. A Agenda de Transformação tinha por objectivo racionalizar estas operações, promovendo uma melhor coordenação entre os escritórios regionais e nacionais, reduzindo os atrasos burocráticos e introduzindo inovações digitais para melhorar a prestação de serviços.



Melhorar a governação e a responsabilização:

A ausência de estruturas de governação fortes constituía um obstáculo significativo à eficácia da OMS. A Agenda de Transformação procurou resolver este problema através da criação de quadros de governação robustos que promovessem a responsabilização, a transparência e a gestão dos riscos.



Reforçar as parcerias:

A crise do Ébola pôs em evidência a necessidade de a OMS na Região Africana promover parcerias mais fortes com os governos, as organizações internacionais, a sociedade civil e outras partes interessadas na área da saúde. No âmbito da transformação, a Organização trabalhou para construir relações mais estratégicas e colaborativas.

escritórios de país dispunham da combinação correcta de competências técnicas e recursos para produzir impacto. Em 2021, foi lançada a iniciativa Equipas de Afectação Multipaíses (MCAT) como uma solução inovadora para maximizar recursos limitados, colocando peritos técnicos num único local para servir vários países em simultâneo.

Por último, a equipa EPG revelou-se crucial na mobilização com êxito de recursos para operacionalizar o mandato da OMS através do décimo terceiro Programa Geral de Trabalho, 2019-2025. As expectativas dos doadores e parceiros foram concretizadas, ao passo que os esforços para diversificar as parcerias estratégicas e reforçar o envolvimento dos parceiros foram ampliados através de várias acções. Estas incluíram o reforço dos escritórios de país com responsáveis de relações externas (ERO) de alto nível recrutados a nível internacional na maioria dos Estados-Membros, a obtenção de um maior retorno do investimento, a diversificação da

base de parceiros, a demonstração de uma maior responsabilização através de relatórios de qualidade e atempados, o aumento da participação em programas conjuntos das Nações Unidas e em fundos comuns, e o reforço das relações com o sector privado e os actores não estatais.

Trabalhando em conjunto, estes programas promoveram uma abordagem mais integrada e coesa à prestação de cuidados de saúde em África, estabelecendo o quadro para a concretização dos quatro objectivos principais da Agenda de Transformação.

Dez anos volvidos, o resultado é uma organização mais bem equipada para responder às necessidades de saúde das populações africanas, mais reactiva à evolução do panorama da saúde global e mais responsável perante as suas partes interessadas. Tanto os sucessos como as lições da última década constituem uma base sólida para um crescimento e inovação contínuos.

Melhorar a capacidade da força de trabalho para uma mudança sustentada

A iniciativa da Unidade de Acção e Coordenação centradas nos Países, cujo objectivo era garantir que os recursos humanos da OMS estivessem alinhados com as prioridades de saúde específicas de cada Estado-Membro, foi um dos elementos mais transformadores no percurso de transformação da OMS na Região Africana. Muitos escritórios de país tinham-se confrontado anteriormente com problemas de falta de alinhamento do pessoal, conhecimentos técnicos inadequados e lacunas em termos de liderança, o que debilitou a sua capacidade de atender às necessidades de saúde locais.

Entre 2017 e 2019, foi realizado um extenso processo de revisão funcional em todos os 47 escritórios de país, que avaliou exaustivamente o pessoal, as capacidades técnicas e as necessidades operacionais de cada escritório. Estas análises exaustivas revelaram-se cruciais para a identificação de lacunas em termos de conhecimentos especializados e de má afectação de recursos, tendo servido de base a recomendações adaptadas a cada país.

Ao alinhar as capacidades da força de trabalho com as prioridades nacionais em matéria de saúde, a Unidade assegurou que cada escritório estivesse mais bem equipado para enfrentar os desafios de saúde específicos do seu respectivo país. No entanto, a Região precisou de um total de 314,5 milhões de USD para implementar plenamente as competências necessárias identificadas nessas análises. Com apenas 183,5 milhões de USD disponíveis, tal deixou um défice de financiamento significativo de 131 milhões de USD, sublinhando a necessidade de mobilização estratégica de recursos para suprir o défice e alcançar o impacto desejado.

Um dos resultados mais significativos da iniciativa foi o aumento drástico do número de pessoal técnico nos escritórios de país. A OMS na Região Africana expandiu significativamente a sua força de trabalho para ajudar a garantir que cada escritório tivesse não só os números, mas também os conhecimentos técnicos necessários para responder eficazmente aos desafios da saúde. Este aumento

Figura 9: Metodologia das análises funcionais

Objectivos

Assegurar um melhor alinhamento da força de trabalho e das operações da OMS com a situação, as necessidades e as prioridades sanitárias dos países de acolhimento



Realização simultânea de **prioridades estratégicas**, **recursos financeiros sustentados** e uma **gestão adequada dos escritórios de país** é fundamental para reforçar os escritórios de país da OMS.

Resultados esperados

- 1** Força de trabalho ideal capaz de cumprir as **prioridades estratégicas**
- 2** **Estrutura revista** com um número adequado de **cargos e competências**
- 3** Práticas de gestão melhoradas que **promovem a integração** para um **impacto ótimo** e que permitem à OMS **influenciar as intervenções sanitárias**
- 4** Um escritório de país que **capte a atenção dos parceiros e atraia o seu apoio para sustentar as intervenções do escritório de país**

Quadro 3: Resultados das análises funcionais em 47 escritórios de país: Todos os cargos por categoria

Categoria	Prioridade 1	Outras prioridades	N.º total de cargos
Serviços gerais (GS)	745	358	1103
Funcionários nacionais da categoria profissional (NPO)	515	434	949
Funcionários da categoria profissional e categorias superiores (IP)	323	146	469
Voluntários da ONU	28	42	70
Total	1611	980	2591

da capacidade foi especialmente importante para os países que enfrentam crises sanitárias complexas, como surtos de doenças infecciosas e desafios crónicos do sistema de saúde.

Foram criados mais de 2500 novos cargos em áreas prioritárias, tendo o grupo orgânico GMC sido fundamental para garantir que o efectivo estivesse alinhado com as necessidades de saúde, melhorando assim a prestação de intervenções sanitárias especí-

ficas, a fim de reforçar os sistemas nacionais de saúde.

A introdução de Equipas de Afectação Multipaíses (MCAT) em 2021 foi um resultado especialmente inovador da iniciativa de revisão funcional, em resposta a uma necessidade identificada de a OMS recuperar o seu papel de liderança na prestação de apoio técnico de alto nível na Região. Para satisfazer as expectativas, eram necessárias alterações

significativas a nível dos escritórios de país, mas na ausência de recursos suficientes para financiar as funções essenciais e críticas, era necessária uma solução criativa. Esta traduziu-se numa mudança do anterior modelo das Equipas de Apoio Interpaíses (IST), em que apenas três equipas partilhavam a responsabilidade por toda a Região, para um número muito maior de MCAT, cada uma servindo três a quatro países.

As MCAT representaram uma solução economicamente vantajosa para contextos com recursos limitados, uma vez que os seus peritos só trabalharam nos países que lhes foram atribuídos, garantindo um acesso mais dedicado e abrangente aos conhecimentos técnicos da OMS. Além de aproveitar ao máximo os recursos da OMS, a abordagem também promoveu uma maior colaboração

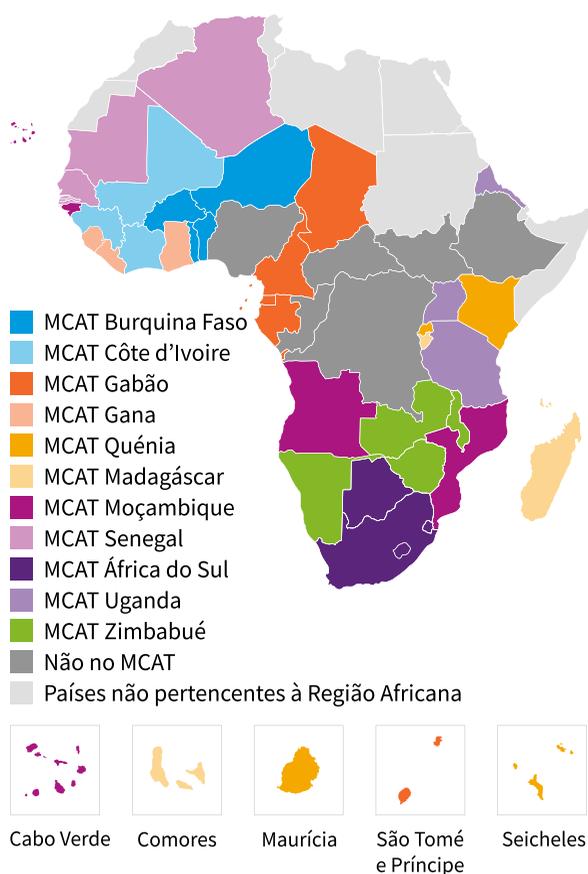
regional e a partilha de conhecimentos entre países vizinhos.

Actualmente, 38 funcionários do MCAT estão destacados em 11 locais, cobrindo seis áreas de saúde (ver Figura 10 e Quadro 4).

Embora a implementação das MCAT continue em curso, a maioria dos inquiridos num inquérito de 2021–2024 para avaliar o seu impacto relatou uma melhoria significativa na qualidade e na prestação do apoio técnico da OMS. Nas áreas em que o desempenho da MCAT foi considerado o melhor, o sucesso foi atribuído, em grande medida, ao elevado calibre dos seus peritos, que possuem uma vasta experiência internacional, um conhecimento profundo dos contextos locais de saúde pública, bem como um extenso conhecimento da epidemiologia das doenças.

A MCAT do Burquina Faso, que engloba

Figura 10: Cobertura das MCAT nos escritórios de país na Região Africana da OMS



Âmbito de aplicação dos MCATS / Cobertura dos escritórios de país

Localização	Portefólio	Língua
Burquina Faso	Burquina Faso, Níger, Togo e Benim	Francês
Côte d'Ivoire	Côte d'Ivoire, Guiné e Mali	Francês
Gabão	Gabão, Chade, Camarões, Guiné Equatorial	Francês
Gana	Gana, Serra Leoa, Libéria e Gâmbia	Inglês
Quênia	Quênia, Seicheles, Maurícia e Ruanda	Inglês
Madagáscar	Madagáscar, Comores e Burundi	Francês
Moçambique	Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe	Português
Senegal	Senegal, Mauritânia e Argélia	Francês
África do Sul	África do Sul, Essuatíni, Botsuana, Lesoto	Inglês
Uganda	Uganda República Unida da Tanzânia, Eritreia	Inglês
Zimbabué	Zimbabué, Zâmbia, Maláui, Namíbia	Inglês



Quadro 4: Áreas técnicas cobertas pelas MCAT

Área	N.º pessoal MCAT
VIH, tuberculose, hepatite	6
Financiamento da saúde	5
Doenças não transmissíveis	5
Nutrição	4
SRMNI	9
Doenças tropicais e de transmissão vectorial	9
Serviços de diagnóstico e de laboratório	0
Sistemas de prestação de serviços	0
Vigilância ambiental no terreno da poliomielite	0

igualmente o Benim, o Níger e o Togo, registou, por exemplo, progressos significativos nos esforços para superar desafios sanitários prioritários. O Benim formou mais de 400 profissionais de saúde para combater eficazmente as doenças infantis emergentes e reemergentes, enquanto o Burquina Faso melhorou a monitorização das mortes maternas e desenvolveu um plano director para combater as doenças não transmissíveis, centrado na descentralização do rastreio e dos cuidados.

Na África do Sul, o escritório da OMS no país e a MCAT, que também engloba o Botswana, a Essuatíni e o Lesoto, defenderam efectivamente que as doenças tropicais negligenciadas, nomeadamente a esquistosomose, fossem incluídas na lista de doenças transmissíveis prioritárias.

A flexibilidade, a adaptabilidade e a rápida mobilização das MCAT têm constituído os seus pontos fortes, permitindo-lhes responder eficazmente a diversos desafios na Região.

Contudo, o sucesso contínuo depende do apoio e da colaboração permanente a todos os níveis, particularmente dos representantes e dos Grupos Orgânicos da OMS. O reforço destas parcerias é essencial para preservar e acelerar os ganhos já alcançados.

3.2.1 Paridade de género

A equidade de género foi um pilar central dos esforços de transformação da OMS na Região Africana, um reflexo da importância atribuída à diversidade na liderança e na tomada de decisões. A OMS definiu objectivos ambiciosos para resolver os desequilíbrios de género na força de trabalho, gerando assim um aumento constante da percentagem de mulheres nas categorias profissionais e superiores, de 29,9% para 36,7% (2017–2023). Tal, por sua vez, gerou um ambiente de trabalho mais inclusivo, não só para o pessoal da OMS, mas também para o sector da saúde em geral em todo o continente.

Em 2016, foi alcançado um marco significativo em termos de paridade de género, quando a direcção executiva da OMS na Região Africana tinha um número igual de homens e mulheres em cargos de liderança,

pela primeira vez na história da Organização.

A Dr.^a Moeti orgulhou-se particularmente de programas como a Série de Palestras sobre Mulheres em Cargos de Liderança e a Aula Magistral sobre Mulheres em Cargos de Liderança, que visam ajudar a criar um viveiro de líderes femininas, dando a mais mulheres a possibilidade de aspirar a cargos superiores. Estas iniciativas foram complementadas por reformas em matéria de recrutamento que deram prioridade à equidade de género, assegurando que as mulheres tivessem oportunidades iguais de liderança e crescimento profissional dentro da Organização.

A atracção de jovens talentos foi outra área prioritária, com uma parceria com o Programa de Voluntários das Nações Unidas (UNV) a aumentar o número de UNV na Região e, da mesma forma, a atrair um grande número de jovens profissionais qualificados para os Estados-Membros. A iniciativa Mulheres Africanas Paladinas da Saúde (AWHC) é especialmente celebrada por ter acrescentado um grande número de mulheres jovens e talentosas à força de trabalho regional (ver Figura 11).

A Unidade TAI também promoveu iniciativas destinadas a criar um ambiente de

Figura 11: Tendências do equilíbrio entre os géneros (representação das mulheres) na Região Africana da OMS desde 2015

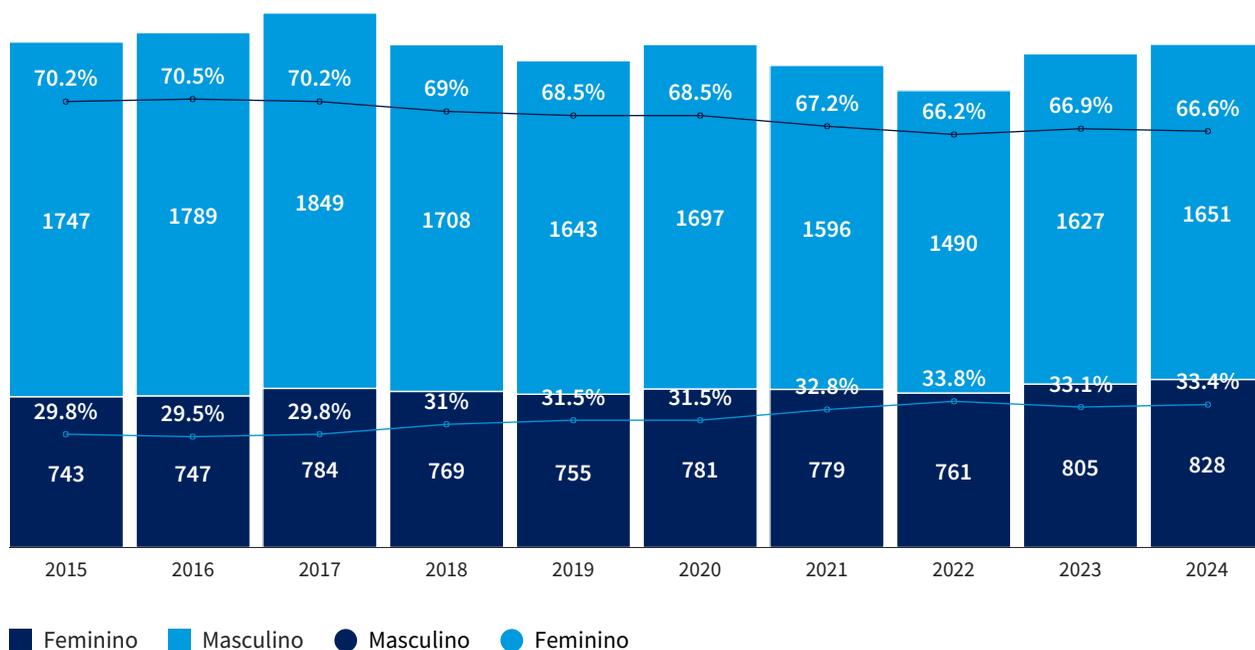
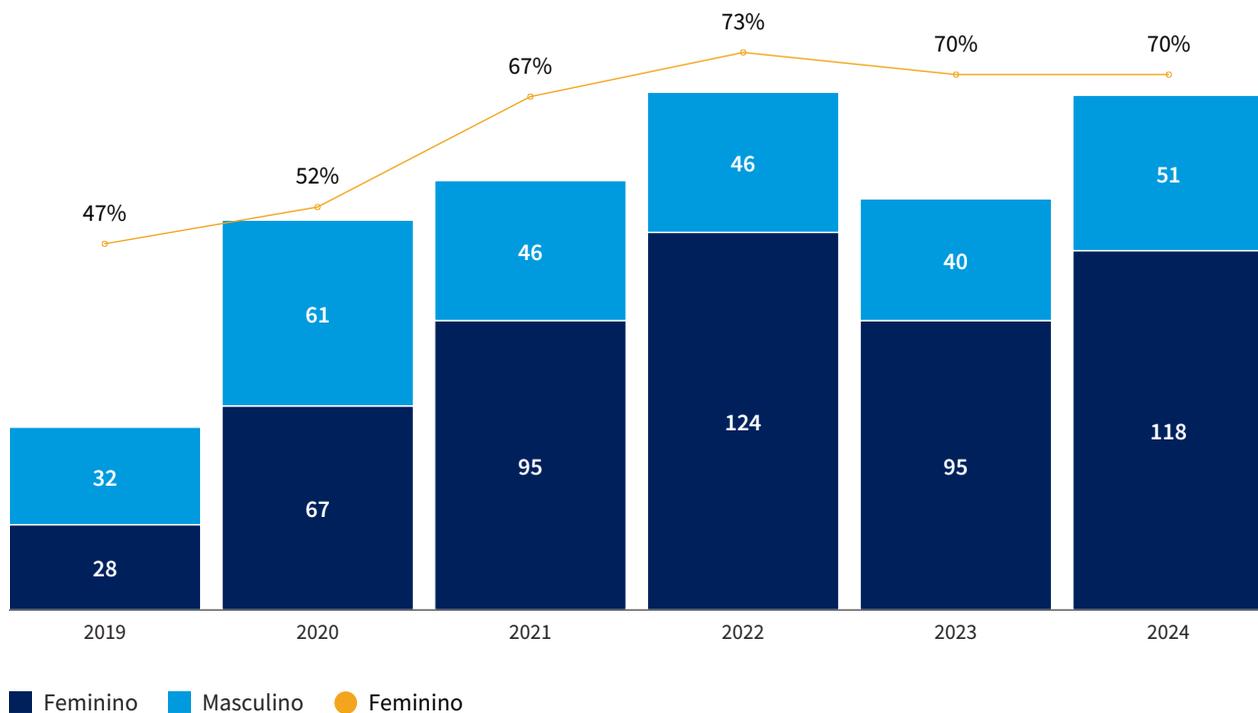


Figura 12: Tendências na utilização de Voluntários das Nações Unidas (UNV) 2019–2024



trabalho livre de assédio, abuso e discriminação. A introdução da política de tolerância zero em relação ao assédio sexual, juntamente com a criação de mecanismos mais sólidos de denúncia e apoio aos sobreviventes de abusos, foram passos fundamentais para fomentar uma cultura de respeito e inclusão.

O Botsuana e o Sudão do Sul adaptaram as recomendações da OMS para actualizar as suas directrizes nacionais para a prevenção e gestão da violência de género no sector da saúde, incluindo o quadro RESPECT²⁶ para os profissionais de saúde da linha da frente. Além disso, o Gana e a África do Sul possuem agora directrizes nacionais para a operacionalização da integração da perspectiva de género na saúde e de uma política de género no sector da saúde, respectivamente, ao passo que a Nigéria dispõe de seis equipas centrais zonais de cuidados e apoio à violên-

cia de género, na sequência de uma formação apoiada pela OMS.

3.2.2 Mudança de cultura organizacional

Um dos resultados mais profundos e duradouros da transformação foi a mudança cultural no seio da OMS na Região Africana, com a Unidade TAI a liderar os esforços para reformular a sua cultura interna, pondo fim aos departamentos compartimentados, às estruturas hierárquicas e à comunicação limitada.

O leque de iniciativas implementadas para ajudar a quebrar o trabalho de forma compartimentada, incentivar a colaboração e promover o comportamento ético incluiu a Rede de Agentes de Mudança, composta por mais de 100 membros do pessoal, equipada para liderar iniciativas de mudança em toda a Organização. Seleccionados a partir

²⁶ <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-18.19>

O pessoal foi capacitado a propor novas ideias, a assumir riscos e a experimentar novas abordagens aos desafios da saúde pública, sabendo que as suas contribuições eram valorizadas e apoiadas pela liderança.

de diferentes níveis e departamentos para garantir que a transformação fosse conduzida por um grupo diversificado de pessoas com um profundo conhecimento da dinâmica interna da Organização, tal assegurou que a transformação não fosse simplesmente um processo de cima para baixo, mas antes um processo sustentado através de esforços a partir da base.

Juntamente com outras iniciativas da Unidade TAI, a Rede ajudou a promover uma cultura em que o pessoal era responsabilizado pelo seu desempenho e incentivado a assumir a responsabilidade pelo seu trabalho. Esta mudança de mentalidade não só

melhorou o desempenho individual, como também promoveu um ambiente de trabalho mais colaborativo e inovador. O pessoal foi capacitado a propor novas ideias, a assumir riscos e a experimentar novas abordagens aos desafios da saúde pública, sabendo que as suas contribuições eram valorizadas e apoiadas pela liderança.

O Programa Vias para a Liderança, que tinha por objectivo dotar o pessoal de nível superior e intermédio das aptidões e competências necessárias para liderar a Organização durante a transformação, foi também fundamental para impulsionar a mudança. Uma combinação de seminários, coaching e projectos práticos permitiu que centenas de membros do pessoal beneficiassem desta atenção dada ao desenvolvimento das principais qualidades de liderança, como o pensamento estratégico, a tomada de decisões e a gestão de equipas.

O programa não se limitou ao pessoal da OMS. Também se dirigiu aos líderes externos



no domínio da saúde nos Estados-Membros, dotando-os das competências de liderança e gestão necessárias para dirigir os seus sistemas nacionais de saúde. Este foco externo ajudou a construir parcerias mais fortes entre a OMS e os governos nacionais, criando uma abordagem mais colaborativa para o reforço do sistema de saúde em todo o continente.

Este foco externo ajudou a construir parcerias mais fortes entre a OMS e os governos nacionais, criando uma abordagem mais colaborativa para o reforço do sistema de saúde em todo o continente.

Além do desenvolvimento da liderança, o Programa de Mentoria da Região foi um reconhecimento da importância da mentoria como um instrumento para fomentar a transferência de conhecimentos e o crescimento profissional. O programa juntou membros do pessoal menos experientes com profissionais experientes, oferecendo uma plataforma de orientação, apoio e partilha de conhecimentos institucionais.

Esta iniciativa foi especialmente importante para assegurar que os membros mais jovens do pessoal, ou os novos membros da Organização, pudessem aprender com a experiência dos seus colegas mais antigos. As relações de mentoria foram cuidadosamente seleccionadas para emparelhar indivíduos com interesses ou objectivos profissionais comuns, criando um ambiente de apoio que promoveu o crescimento pessoal e organizacional.

3.2.3 Comunicação eficaz

A transformação realçou o papel crítico da comunicação regular e transparente na gestão da mudança, e a OMS na Região Africana deu prioridade a uma comunicação aberta desde o início, para garantir que o pessoal estava bem informado sobre o processo, os seus objectivos e os resultados esperados.

Uma das estratégias mais eficazes foi a comunicação coerente e clara da visão e dos progressos realizados, com a preparação e

divulgação de actualizações regulares, conhecidas como Change Highlights, a todo o pessoal dos três níveis da OMS. As Iniciativas da Agenda de Transformação também estiveram na génese da concepção e do lançamento do micro-sítio da Agenda de Transformação na página da internet do Escritório Regional para a África, a fim de facilitar as comunicações externas.

Além disso, os contributos regulares para o boletim informativo do pessoal e as reuniões do pessoal, presididas pela Dr.ª Moeti, ajudaram a manter os funcionários a par dos progressos, mas também das razões subjacentes às mudanças. Este envolvimento com o pessoal ajudou a desmistificar o processo, aliviando as preocupações e reduzindo a ansiedade. Também foi dada ao pessoal a possibilidade de dar feedback através de inquéritos, grupos de discussão e debates informais, o que contribuiu para um sentimento de apropriação. Esta comunicação bidireccional permitiu que a liderança identificasse áreas potenciais de resistência numa fase inicial e resolvesse as preocupações antes que estas se agravassem.

Além disso, a tónica na transparência da comunicação contribuiu para a criação de uma cultura de diálogo aberto no seio da Organização. Ao promover um ambiente em que os funcionários se sentiam à vontade para expressar as suas ideias, preocupações e sugestões, a OMS conseguiu tirar partido do conhecimento colectivo e da criatividade da sua força de trabalho. Esta abordagem colaborativa não só melhorou a qualidade da tomada de decisões, como também assegurou que a transformação fosse inclusiva e reflectisse as diversas perspectivas da Organização.

Melhorar a eficiência operacional

A vasta e variada geografia da Região Africana, associada a infra-estruturas limitadas em muitas zonas, apresenta desafios únicos para a prestação de cuidados de saúde. No início do mandato da Dr.^a Moeti, houve um amplo consenso de que a inovação digital seria fundamental para fazer avançar as intervenções no domínio da saúde pública e reforçar a capacidade operacional, com as soluções digitais a oferecerem oportunidades para colmatar as lacunas.

Para permitir intervenções de saúde mais eficientes, transparentes e atempadas nos países africanos, a OMS trabalhou proactivamente com vista a integrar a tecnologia em múltiplas facetas do seu trabalho, desde as operações financeiras à gestão de dados de saúde, para racionalizar processos e maximizar o impacto.

3.3.1 Pagamentos digitais: Revolucionar o financiamento da saúde pública

Uma das inovações mais revolucionárias durante o mandato da Dr.^a Moeti foi a introdução

de pagamentos digitais através de dinheiro móvel ou transferências bancárias para apoiar a implementação no terreno de actividades financiadas pela OMS. As intervenções tradicionais baseadas em dinheiro eram, desde há muito, propensas a atrasos e ineficiências, juntamente com um risco acrescido de gestão indevida, particularmente durante iniciativas de saúde em grande escala. Os pagamentos digitais transformaram estes processos, oferecendo um método seguro, transparente e rápido de transferência de fundos.

No contexto das emergências de saúde pública, como, por exemplo, as campanhas de vacinação em massa, as opções de pagamento digital tornaram-se uma ferramenta inestimável. Ao permitir transferências directas e em tempo real de fundos para os profissionais de saúde e as equipas locais, os recursos podem chegar ao terreno de forma rápida e segura. Particularmente benéficos em áreas remotas ou carenciadas onde a infra-estrutura bancária tradicional era limitada ou inexistente, os pagamentos digitais



eliminaram a necessidade de transacções físicas em dinheiro, reduzindo os riscos de roubo, fraude ou atrasos logísticos.

Uma das inovações mais revolucionárias durante o mandato da Dr.^a Moeti foi a introdução de pagamentos digitais através de dinheiro móvel ou transferências bancárias para apoiar a implementação no terreno de actividades financiadas pela OMS.

A transparência proporcionada pelos pagamentos digitais representou também um grande salto em frente. Cada transacção poderia ser rastreada digitalmente, proporcionando uma pista de auditoria clara tanto para a OMS na Região Africana como para os governos nacionais. Este nível de responsabilização tranquilizou os doadores e as partes interessadas, que puderam ver exactamente como e onde os fundos estavam a ser utilizados, permitindo, ao mesmo tempo, um acompanhamento em tempo real das despesas. Tal ajudou a garantir que os fundos eram

distribuídos de forma eficiente e utilizados de acordo com os objectivos do projecto.

Durante as crises sanitárias, como a pandemia de COVID-19, a OMS conseguiu alargar os pagamentos e o desembolso de recursos aos trabalhadores da linha da frente na Região, sem os atrasos que normalmente caracterizam os métodos financeiros tradicionais. Esta agilidade foi fundamental para gerir as exigências do ritmo acelerado da resposta à pandemia, em que os atrasos no financiamento poderiam significar atrasos na execução de intervenções que salvam vidas.

3.3.2 Estratégias mais alargadas de saúde digital: Melhorar a saúde pública baseada em dados

Sendo as plataformas digitais cruciais para a recolha, monitorização e divulgação de dados, a fim de aumentar a eficiência e a eficácia das intervenções sanitárias, sobretudo durante crises sanitárias de grande escala, a OMS também adoptou uma série de estratégias mais alargadas de saúde digital para reforçar o seu impacto.

Exemplo disso é o lançamento de uma série de plataformas de ciber saúde concebidas para recolher e gerir dados de saúde em tempo real. Essenciais para a vigilância e monitorização de doenças, particularmente durante surtos, estas plataformas recolhem dados a nível local, agregando-os depois em sistemas centralizados. Na prática, estas plataformas permitem às autoridades sanitárias responder rapidamente às ameaças emergentes.

Tal foi especialmente importante durante a pandemia de COVID-19, quando os dados em tempo oportuno foram cruciais para acompanhar a propagação do vírus, monitorizar a capacidade do sistema de saúde e gerir recursos, incluindo camas hospitalares e material médico.

A exactidão e a pontualidade dos dados de saúde pública beneficiaram enormemente com isso. As campanhas de vacinação são

um bom exemplo, com plataformas digitais que permitem comunicar em tempo real o número de pessoas vacinadas, a localização dos locais de vacinação e a disponibilidade de vacinas. Este nível de pormenor ajudou a garantir que os recursos eram aplicados onde eram mais necessários, evitando o desperdício e garantindo um acesso equitativo aos serviços de saúde.

A longo prazo, estas plataformas proporcionaram uma base para uma tomada de decisões mais orientada por dados, permitindo à Organização e às autoridades sanitárias nacionais planear e afectar melhor os recursos para futuras intervenções no domínio da saúde.

Um dos principais êxitos destas plataformas digitais reside na sua integração nos sistemas nacionais de saúde. Ao alinhar as ferramentas digitais de saúde da OMS com os quadros nacionais existentes, a Organ-



ização conseguiu reforçar a capacidade das autoridades de saúde locais, melhorar a coordenação e promover parcerias mais fortes. Esta integração garantiu que os benefícios das estratégias de saúde digital não se limitassem a projectos de curto prazo, mas, ao invés, fossem sustentados no âmbito de esforços mais amplos de reforço do sistema de saúde na Região.

3.3.3 Reforçar a colaboração através de fluxos de trabalho de coordenação

A abordagem de fluxos de trabalho de coordenação do grupo orgânico ARD, essencial para apoiar as suas prioridades fundamentais de integração, coordenação e coerência, a fim de prestar um maior apoio aos Estados-Membros, demonstrou efectivamente o poder da colaboração, apesar de enfrentar desafios significativos em termos de financiamento e de pessoal.

Em termos de integração de dados, duas intervenções especialmente significativas iniciadas pelo grupo orgânico ARD incluíram a Plataforma Regional de Dados sobre a Saúde (RDHub), um sistema baseado na nuvem que consolida várias formas de dados e sistemas de dados existentes em diferentes programas de doenças, e liga os dados a nível nacional.

O seu fluxo de trabalho sobre cuidados de saúde primários, um de um total de oito centrados em áreas-chave (incluindo a saúde digital e os dados e análises), facilitou o apoio conjunto à Serra Leoa, produzindo uma série de impactos positivos. A disponibilização de ferramentas e directrizes contribuiu para a redução da mortalidade materna e neonatal, por exemplo, enquanto os conhecimentos especializados em matéria de dados e análises impulsionaram a monitorização dos dados de saúde.

Em termos de integração de dados, duas intervenções especialmente significativas iniciadas pelo grupo orgânico ARD incluíram a Plataforma Regional de Dados sobre a Saúde

(RDHub), um sistema baseado na nuvem que consolida várias formas de dados e sistemas de dados existentes em diferentes programas de doenças, e liga os dados a nível nacional. Depois, reconhecendo que a integração de dados depende tanto da tecnologia como das pessoas, foi publicada a primeira versão do Quadro Regional de Governança de Dados para dar orientações ao Escritório Regional e aos Estados-Membros sobre os principais elementos da segurança dos dados.

A adopção pelo Comité Regional da OMS para África, em Agosto de 2024, do quadro para a integração dos dados de saúde nacionais e regionais na Região Africana: Plataforma Regional de Dados sobre a Saúde 2024-2030, marcou um passo crucial que promete impulsionar o projecto nos próximos cinco anos. A plataforma tem a capacidade de revolucionar a gestão de dados da Região, estabelecendo protocolos de governança robustos para proteger os dados dos Estados-Membros.

3.3.4 Transição sustentável para um ambiente sem papel

O compromisso do Secretariado da OMS na Região Africana para com a sustentabilidade e a eficiência operacional foi exemplificado pela sua mudança para um ambiente sem papel, uma iniciativa que fazia parte de um esforço mais amplo para modernizar os processos de fluxo de trabalho, reduzir os custos e minimizar o impacto ambiental.

A implementação de fluxos de trabalho electrónicos permitiu que a Organização deixasse os processos tradicionais baseados em papel que eram frequentemente lentos, pesados e propensos a erros humanos. As principais tarefas administrativas, como a aprovação de documentos, os relatórios financeiros e a afectação de recursos, foram todas digitalizadas, permitindo tempos de processamento mais rápidos e uma maior eficiência. Com os sistemas de aprovação em linha, os membros do pessoal também podem apresentar e acompanhar documentos em tempo real, reduzindo drasticamente o tempo gasto em procedimentos burocráticos.

A transição reduziu consideravelmente as

despesas. Ao diminuir a necessidade de papel, impressão e espaço de armazenamento físico, os custos operacionais associados a estes recursos sofreram uma redução de cerca de 80%. Além disso, os benefícios ambientais desta mudança foram consideráveis. Com menos árvores cortadas para a produção de papel e um menor consumo de energia para a impressão e transporte de documentos, a iniciativa digital da Organização apoiou os objectivos globais em matéria de sustentabilidade, contribuindo simultaneamente para uma pegada organizacional mais ecológica.

A iniciativa sem papel estendeu-se para além dos fluxos de trabalho internos, incluindo reuniões e conferências importantes. As aplicações de reuniões digitais forneceram bibliotecas de documentos e sistemas de gestão de agendas, permitindo aos participantes aceder a materiais digitalmente em vez de dependerem de cópias impressas. Tal não só simplificou a gestão de eventos de grande escala, como também contribuiu para uma abordagem mais sustentável e economicamente vantajosa à governação.

As plataformas digitais facilitaram a comunicação à distância, as sessões de formação virtuais e a telemedicina, todas elas cruciais para ajudar a garantir a prestação ininterrupta de cuidados e intervenções de saúde à luz de enormes perturbações.

3.3.5 Inovações relacionadas com a pandemia de COVID-19

A pandemia de COVID-19 limitou a interacção física devido às medidas de distanciamento social, sublinhando ainda mais a importância da transformação digital, uma vez que a dependência das soluções digitais se tornou ainda mais acentuada. As plataformas digitais facilitaram a comunicação à distância, as sessões de formação virtuais e a telemedicina, todas elas cruciais para ajudar a garantir a prestação ininterrupta de cuidados e intervenções de saúde à luz de enormes perturbações.

A OMS na Região Africana apoiou a im-

plantação de serviços de telemedicina em colaboração com os governos nacionais, permitindo aos doentes de zonas remotas consultarem os prestadores de cuidados de saúde sem terem de se deslocar às unidades de saúde. Este facto não só reduziu a pressão sobre os sistemas de saúde, como também protegeu as populações vulneráveis de uma potencial exposição ao vírus.

A Organização também fez uma rápida transição dos seus programas de formação e reforço de capacidades para plataformas virtuais. Tal assegurou que os profissionais de saúde e os funcionários da saúde pública em todos os Estados-Membros continuassem a receber formação essencial sobre a gestão da pandemia, apesar das restrições de viagem e dos confinamentos. A capacidade de realizar sessões híbridas do Comité Regional relacionada com a COVID-19, assegurando a continuidade das sessões durante a pandemia e uma maior participação após a mesma.

A Unidade de Gestão das Tecnologias de Informação (ITM) desempenhou um papel fundamental na promoção da transformação digital nos Estados-Membros, desenvolvendo e acompanhando a aplicação dos planos de continuidade das actividades (PCA) em toda a Região. Como medida preventiva contra os riscos susceptíveis de perturbar as operações da OMS, todos os escritórios de país da OMS na Região dispõem agora de PCA activos, que foram utilizados eficazmente durante crises como a pandemia de COVID-19 para assegurar a continuidade das actividades.



Melhorar a governação e a responsabilização

Lideradas pelo grupo orgânico GMC, as melhorias em matéria de governação e responsabilização foram fundamentais para a transformação da OMS, que deixou de ser uma organização que se debatia com numerosos desafios relacionados com a gestão financeira, a qualidade da prestação de serviços e o cumprimento das suas regras e procedimentos internos.

Um dos objectivos centrais do Grupo GMC consistia em reforçar a supervisão e a conformidade financeiras, tendo as reformas subsequentes conduzido a progressos notáveis no sentido do reforço dos mecanismos de auditoria interna e de conformidade, ambos cruciais para manter a confiança dos Estados-Membros, dos doadores e de outras partes interessadas.

O grupo orgânico introduziu novos sistemas de gestão financeira que simplificaram os processos de orçamentação, aquisição e relato. Ao reforçar os controlos financeiros e os mecanismos de responsabilização, o Grupo GMC assegurou que os recursos fossem

utilizados de forma mais eficaz e transparente, ao mesmo tempo que trabalhava para normalizar os procedimentos operacionais nos escritórios de país, a fim de aumentar a adesão às melhores práticas na prestação de serviços. Esta normalização conduziu a intervenções de saúde mais consistentes e fiáveis, sobretudo durante as emergências de saúde pública.

Um indicador importante deste progresso foi o aumento drástico do número de recomendações de auditoria que foram encerradas. Por exemplo, entre 2016 e 2021, o número de recomendações que tinham sido resolvidas disparou, passando de apenas 45 para 65. Com efeito, tal significa que mais de 90% das recomendações foram implementadas, o que representa uma melhoria substancial nas estruturas de governação da Organização.

A redução do número de relatórios de auditoria insatisfatórios, um compromisso fundamental assumido pela Dr.^a Moeti no início do seu primeiro mandato, juntamente



com o encerramento das recomendações de auditoria pendentes, melhorou a transparência da OMS e reforçou a confiança dos doadores, abrindo caminho a um maior financiamento para os programas de saúde.

Outro avanço importante foi a iniciativa de aquisições agrupadas, que se tornou uma boa prática em contextos de recursos limitados, visando a sustentabilidade e a relação custo-eficácia na prestação de cuidados de saúde. Sendo particularmente eficaz para os Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento (PEID), permitiu-lhes racionalizar os processos de aquisição, adquirindo e fornecendo produtos e equipamentos médicos a preços reduzidos, graças a pedidos conjuntos ou agrupados.

O impacto foi profundo, com os Estados-Membros a beneficiarem de uma redução de 40% no preço dos produtos médicos nos PEID, o que demonstra claramente o poder da negociação colectiva. Além de reduzir os custos, o modelo promoveu a utilização sustentável dos recursos, diminuindo a duplicação e o desperdício ao longo da cadeia de abastecimento. Ao racionalizar os processos de aquisição e centralizar as encomendas, as ineficiências logísticas foram de facto mini-

mizadas, assegurando uma distribuição mais eficaz de material médico em toda a Região.

Acresce que, a adopção de ferramentas digitais, incluindo um novo sistema de gestão das traduções, simplificou os processos e melhorou a relação custo-benefício. Foi dada uma atenção constante à melhoria da relação custo-benefício dos serviços de tradução, interpretação e impressão, com as intervenções mais recentes a incluírem o recrutamento de mais intérpretes locais, o emparelhamento de intérpretes seniores e juniores e a recuperação dos custos de coordenação dos serviços de interpretação. Estas medidas permitiram realizar poupanças de custos significativas, só entre Julho de 2023 e Junho de 2024, num montante superior a 632 590 de USD.

Entretanto, a introdução de ferramentas de ponta de tradução assistida por computador e de gestão de terminologia, incluindo a tradução automática neural, aumentou a produtividade em 32%. No âmbito do esforço de contenção de custos, as taxas para traduções contratadas externamente foram racionalizadas, levando a uma poupança significativa de custos de tradução para toda a região e contribuindo significativamente para a eficiência organizacional geral.

Reforçar as parcerias

O reforço das parcerias constituiu desde o início uma prioridade estratégica. A Dr.^a Moeti partilhou activamente a sua visão para o desenvolvimento da saúde com os principais parceiros e celebrou acordos sobre mecanismos de colaboração. Foi criado um grupo consultivo independente de especialistas de alto nível que tinha por função fornecer conselhos estratégicos e políticos para abordar as prioridades de saúde da Região.

Durante o seu mandato, a Dr.^a Moeti participou em mais de 300 reuniões de alto nível com líderes políticos, em diálogos e reuniões com parceiros estratégicos e realizou visitas a vários países.

3.5.1 Passar da mobilização às parcerias

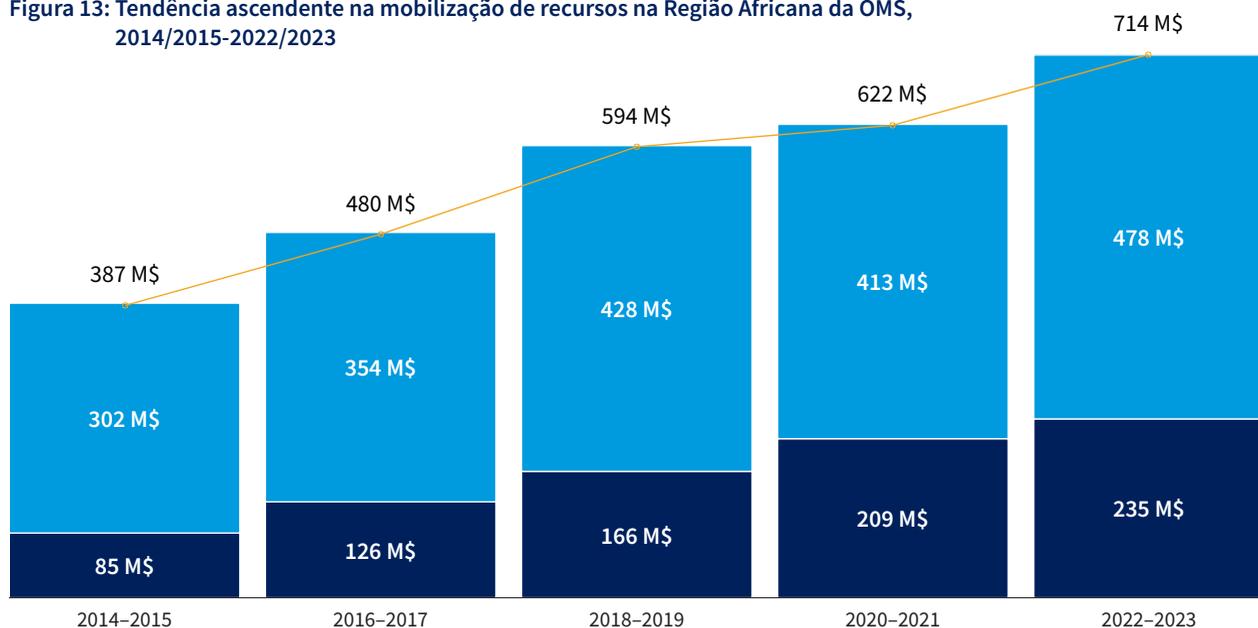
Historicamente, a mobilização de recursos era vista como um processo unidireccional, com os “doadores” da OMS na Região Africana a providenciarem recursos financeiros, enquanto a OMS supervisionava a implementação. Através da Agenda de Transformação, este modelo foi transformado em relações de

colaboração em que a OMS e os seus “parceiros” desempenhavam um papel activo na co-criação e contribuição para a melhoria dos resultados em matéria de saúde na Região. Tal resultou num aumento do financiamento, tanto dos antigos como dos novos parceiros.

A Organização elaborou planos de envolvimento abrangentes a nível regional e nacional para desenvolver e manter estas relações críticas, tirando partido de ferramentas digitais como o sistema de Gestão do Envolvimento dos Contribuidores (CEM) para obter análises e inteligência empresarial sobre fontes de financiamento, diversificando, assim, a sua base de financiamento.

No total, todos esses investimentos proporcionaram um aumento de 84% nos recursos mobilizados entre 2015/2016 e 2022/2023, passando de 387 milhões de USD para 714 milhões de USD (ver Figura 13). Este aumento do financiamento tem sido crucial para reforçar a assistência técnica aos Estados-Membros em domínios críticos como a vacinação, as DTN, as DNT, as emergências

Figura 13: Tendência ascendente na mobilização de recursos na Região Africana da OMS, 2014/2015-2022/2023



- Dólares americanos (US\$) mobilizados directamente pelos escritórios de país da OMS na Região Africana
- Dólares americanos (US\$) mobilizados directamente pelo Escritório Regional da OMS para a África

sanitárias, o reforço dos sistemas de saúde, a saúde sexual e reprodutiva, a saúde materno-infantil e a nutrição, entre outros.

3.5.2 Envolver os actores não estatais (ANE)

O Quadro de Colaboração com Actores Não Estatais (FENSA) adoptado pela Assembleia Mundial da Saúde em Maio de 2016 também foi um factor importante no reforço das parcerias com actores não estatais (ANE). O objectivo do FENSA é ancorar e racionalizar as relações da OMS com os ANE, incluindo organizações não governamentais, fundações e parceiros do sector privado. Estes actores estão gozando de uma posição privilegiada para complementar financeira e tecnicamente o trabalho da OMS, sobretudo a nível comunitário. Desde 2020, a OMS na Região Africana melhorou significativamente o seu envolvimento com os ANE, registando um aumento de 193%.

Além disso, a OMS diversificou a sua carteira de parceiros estratégicos através de

esforços concertados a nível nacional e regional, para incluir filantropos, instituições financeiras internacionais, bancos multilaterais de desenvolvimento, fundações empresariais, organizações da sociedade civil, universidades e ONG. Tal reforçou a capacidade da OMS cumprir o seu mandato, melhorando, ao mesmo tempo, a sustentabilidade do financiamento.

3.5.3 Garantir a sustentabilidade da mudança

A Agenda de Transformação sublinhou igualmente a importância da monitorização e da avaliação, bem como do reforço de capacidades a nível nacional, como um instrumento para garantir a sustentabilidade. Nesse sentido, foram desenvolvidos principais indicadores de desempenho para acompanhar a evolução do trabalho no domínio das relações e parcerias externas, permitindo uma melhoria e adaptação contínuas. A utilização de um painel de controlo interactivo de dados em tempo real para monitorizar

os relatórios em tempo real melhorou ainda mais a conformidade, a responsabilização e a transparência, que são fundamentais para a sustentabilidade das parcerias. Tal resultou na redução dos relatórios técnicos e financeiros em atraso aos parceiros, de mais de 12% do total em 2020, para apenas 3% em 2024.

Além disso, foi criado um programa de Aulas Magistrais em Relações Externas, Parcerias e Mobilização de Recursos para a Saúde a fim de reforçar as capacidades de todo o pessoal das relações externas e parcerias da OMS. Este programa foi alargado a mais de 500 funcionários técnicos e administrativos, reforçando de forma considerável as competências em matéria de relações externas e parcerias na Região.

3.5.4 Fortes parcerias políticas, de liderança e estratégicas

Uma lição fundamental aprendida foi a suma importância de fortes parcerias políticas, de liderança e estratégicas. A Agenda de Transformação destacou o valor do envolvimento dos líderes políticos aos mais altos níveis para defender as prioridades de saúde e garantir um melhor financiamento interno para a implementação de programas de saúde. Os esforços colaborativos com os Estados-Membros, a União Africana, comunidades económicas regionais e outras partes interessadas foram essenciais para impulsionar o progresso e garantir o alinhamento com as prioridades nacionais.

A Agenda de Transformação destacou o valor do envolvimento dos líderes políticos aos mais altos níveis para defender as prioridades de saúde e garantir um melhor financiamento interno para a implementação de programas de saúde.

Uma prioridade específica da Agenda de Transformação foi fortalecer a parceria e a colaboração entre a OMS e a UA para acelerar os progressos rumo à concretização das metas previstas na Agenda de 2063 da UA e na Agenda de 2030 para o Desenvolvimento

Sustentável. Na última década, à medida que a UA foi alargando o seu enfoque na saúde e promovendo a criação de várias agências de saúde, a OMS na Região Africana trabalhou em colaboração com a UA e os seus vários órgãos. Por exemplo, em 2016, o Escritório Regional da OMS para a África apoiou a criação dos Centros Africanos de Prevenção e Controlo de Doenças (CDC de África). Este tema é abordado mais pormenorizadamente no Capítulo 9.

Para melhorar ainda mais a coordenação além da OMS com vista à concretização dos ODS, o Escritório Regional criou um quadro para reforçar e apoiar as parcerias do sector da saúde a nível nacional. O Fórum Africano da Saúde facilitou uma participação mais ampla de todas as partes interessadas, ao passo que as interacções regulares com a Comissão da União Africana (CUA) aumentaram a sinergia nos papéis e funções de ambas as organizações.

Além disso, o Escritório Regional apoiou activamente a criação da Agência Africana de Medicamentos, aumentando a sensibilização sobre o tratado e promovendo-o ao mais alto nível para incentivar a ratificação por parte dos Estados-Membros. A Organização também destacou pessoal para a CUA para apoiar a operacionalização da Agência.

Para amplificar a voz colectiva dos Estados-Membros africanos na arena mundial, o Secretariado realizou briefings regulares destinados aos Estados-Membros, a fim de aumentar a sua participação em reuniões mundiais de alto nível e nas sessões do órgão directivo da OMS. Durante a pandemia de COVID-19, especificamente, foram convocados briefings conjuntos com o CDC África e a Comissão Económica das Nações Unidas para África. Este envolvimento proactivo revelou-se especialmente importante durante as negociações pós-pandemia, incluindo os debates sobre um novo acordo sobre as pandemias e as negociações para alterar o RSI (2005) e sobre o financiamento sustentável da OMS.

Os esforços colaborativos da OMS, da Comissão da União Africana, dos CDC de

África e da Agência da União Africana para o Desenvolvimento (NEPAD têm sido fulcrais para ajudar os Estados-Membros a traduzir os seus compromissos em acções concretas. Esses esforços aumentaram a eficácia das respostas a emergências de saúde pública, como a COVID-19, a doença por vírus Ébola, a cólera e os mais recentes surtos de varíola símia. O trabalho conjunto também está a ajudar os Estados-Membros a fortalecerem os seus sistemas nacionais de saúde, reforçando o pessoal de saúde, aumentando a capacidade local para fabricar produtos médicos localmente e reduzindo a mortalidade materna no continente.

À medida que a OMS na Região Africana olha para o futuro, o desafio é garantir que os progressos significativos feitos no âmbito da Agenda de Transformação sejam sustentados e intensificados. Para tal, é necessário concentrar-se na institucionalização de práticas principais, na manutenção de um forte compromisso para com o desenvolvimento do pessoal e na promoção de uma cultura de inovação e adaptabilidade.

Entretanto, o reforço das parcerias entre a OMS, as Comunidades Económicas Regionais (CER) e a Organização das Primeiras-Damas Africanas para o Desenvolvimento contribuíram para o progresso em várias áreas prioritárias no domínio da saúde. Estas incluem segurança sanitária, programas de controlo de doenças, tais como o VIH/SIDA, e o desenvolvimento do pessoal de saúde, entre outros. A OMS também reforçou as suas parcerias com o Banco Africano de Desenvolvimento (BAD) e outros bancos de desenvolvimento, incluindo o Banco Mundial, o Banco Islâmico de Desenvolvimento e o Banco Europeu de Investimento. Estas colaborações têm sido fundamentais para o avanço das iniciativas de saúde em toda a Região Africana.

Para ajudar a monitorizar os progressos na implementação dos ODS na Região, a OMS

assinou um memorando de entendimento em 2018 com a Comissão Económica das Nações Unidas para África (UNECA). Através desta colaboração, a OMS ajudou a desenvolver a capacidade dos Estados-Membros para monitorizar o progresso rumo à concretização das metas dos ODS ao nível nacional.

Este empenho e liderança proactiva têm sido fundamentais para reforçar as parcerias e criar confiança entre os parceiros no continente africano e a nível mundial, ao mesmo tempo que angaria o apoio dos principais doadores tradicionais e não tradicionais. Entre estes contam-se novos parceiros, como a Fundação Rockefeller, o Helmsley Charitable Trust, a Fundação Susan Thompson Buffett, o Fundo do Qatar para o Desenvolvimento e o Fundo da OPEP para o Desenvolvimento Internacional. As parcerias foram ainda mais reforçadas por meio do desenvolvimento de estruturas de acção plurianuais com parceiros-chave, como o Reino Unido, a Fundação Gates e o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA. Esta robusta rede de alianças permitiu à OMS prestar apoio essencial aos Estados-Membros.

À medida que a OMS na Região Africana olha para o futuro, o desafio é garantir que os progressos significativos feitos no âmbito da Agenda de Transformação sejam sustentados e intensificados. Para tal, é necessário concentrar-se na institucionalização de práticas principais, na manutenção de um forte compromisso para com o desenvolvimento do pessoal e na promoção de uma cultura de inovação e adaptabilidade.

Reforçar os
sistemas de saúde
rumo à cobertura
universal de saúde

4

4.1	Medir os progressos conseguidos rumo à cobertura universal de saúde	59
4.2	Reforçar o pessoal da saúde em África de modo a permitir a prestação de serviços de saúde de qualidade	63
4.3	Alargar o acesso a medicamentos essenciais, vacinas e produtos de saúde	65
4.4	Combater a resistência aos antimicrobianos	67
4.5	Proteger as pessoas contra o empobrecimento relacionado com as despesas de saúde	70
4.6	Reforçar os serviços de diagnóstico e laboratoriais	74
4.7	Reforçar os sistemas e as capacidades de produção, análise e utilização de dados	77
4.8	Reforçar a liderança e a governação no domínio da saúde	82
4.9	Reforçar a investigação para uma tomada de decisões informada	85
4.10	Promover a saúde através de inovações digitais	88

Medir os progressos conseguidos rumo à cobertura universal de saúde

Quando Cabo Verde obteve a sua independência em 1975, havia apenas 13 médicos em toda a pequena nação de 10 ilhas do Oceano Atlântico. A esperança média de vida era de 55 anos e a mortalidade infantil era elevada, com 108 mortes por 1000 nascimentos. Em 2019, o país tinha conseguido reduzir a mortalidade infantil para pouco mais de 15 mortes por 1000 nascimentos; existiam seis hospitais e a esperança de vida era de 79 anos para as mulheres e de 71 anos para os homens²⁷.

Foram melhorias como estas, atribuídas à prioridade dada pelo Governo de Cabo Verde ao acesso aos cuidados de saúde universais

(CUS) e à disponibilização de serviços de cuidados de saúde primários, que contribuíram para uma das maiores histórias de sucesso do continente, e um momento de especial orgulho para a Dr.^a Moeti. Em Agosto de 2022, a OMS anunciou oficialmente que as melhorias na esperança de vida na região africana tinham ultrapassado as de outras regiões do mundo, aumentando em média 10 anos por pessoa nos 19 anos que decorreram até 2019. Na altura, a Dr.^a Moeti afirmou:

“O aumento acentuado da esperança de vida saudável verificado ao longo as duas últimas décadas é um testemunho do esforço da região para melhorar a saúde e o bem-estar da população. No fundo, significa que mais pessoas estão a viver de forma mais saudável e durante mais tempo, com menos ameaças de doenças infecciosas e com melhor acesso a cuidados e serviços de prevenção de doenças.”

Em Agosto de 2022, a OMS anunciou oficialmente que as melhorias na esperança de vida na região africana tinham ultrapassado as de outras regiões do mundo, aumentando em média 10 anos por pessoa nos 19 anos que decorreram até 2019.

²⁷ <https://www.afro.who.int/news/cabo-verde-shows-us-health-care-progress-we-want-see-across-africa>

Embora a média regional ainda estivesse muito abaixo da média mundial de 62 anos, o aumento da esperança de vida saudável de 46 (2000) para 55 anos representou provas estatísticas dos impactos das melhorias dos cuidados de saúde nas seguintes áreas-chave: Prestação de serviços essenciais de saúde; conquistas na área da saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil; bem como progressos na luta contra as doenças infecciosas e as doenças não transmissíveis (Figura 14).²⁸

A prova incontestável destas melhorias reside na classificação do Índice de Cobertura de Serviços (ICS) da CUS.²⁹ Introduzido em 2015 como uma medida composta para avaliar a extensão e a qualidade dos serviços de saúde prestados às populações, o ICS avalia a disponibilidade e a utilização de serviços essenciais de saúde, a fim de medir a eficácia

dos sistemas de saúde na prestação de cuidados. À medida que acompanha os progressos dos países em termos da CUS, também identifica lacunas e áreas a melhorar.

Visto pelo lado positivo, a Região Africana foi classificada como tendo uma classificação ICS da CUS de 44 em 2021 (ver Figura 15), representando praticamente uma duplicação a partir de 23 em 2000.³⁰ As melhorias na prevenção ou no tratamento de doenças infecciosas desempenharam um papel importante na condução desta evolução na cobertura dos serviços de CUS.

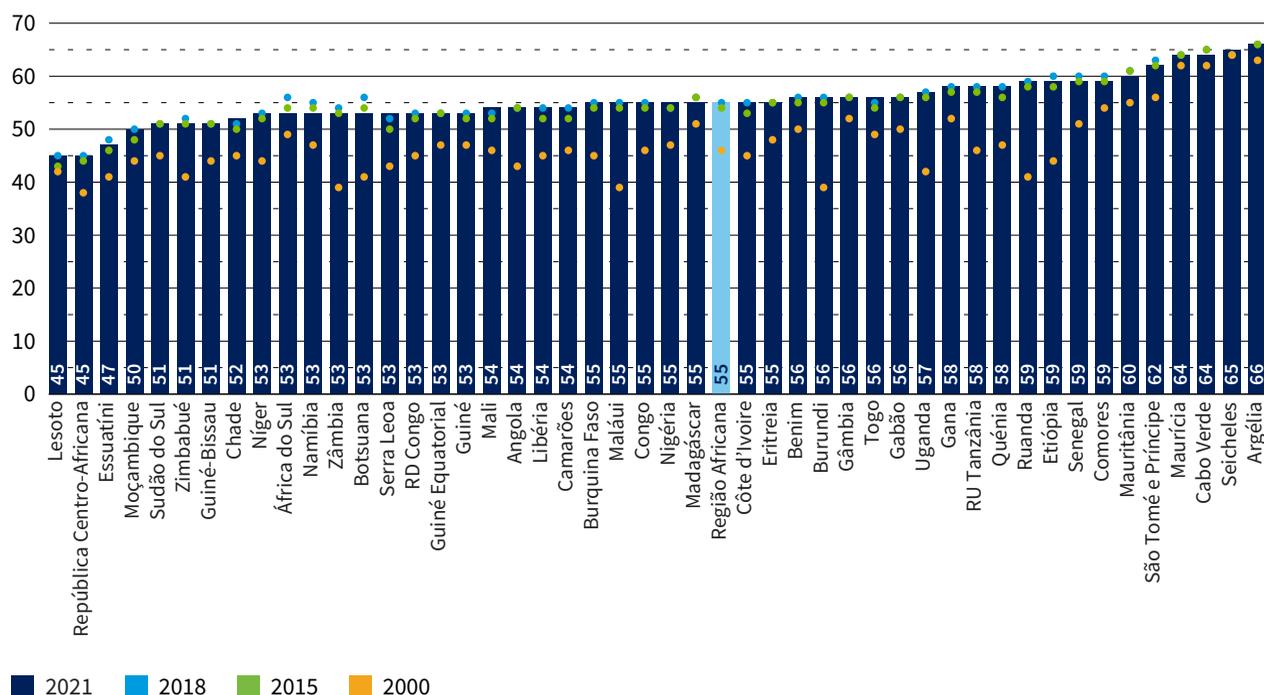
No entanto, na realidade, as estatísticas indicam que menos de metade de todas as pessoas na Região têm acesso aos serviços de saúde de que necessitam, o que realça a quantidade de trabalho ainda a fazer para criar um quadro de serviços de saúde ver-

28 OMS (2020). Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>, consultado a 12 de Julho de 2024).

29 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-uhc>

30 OMS (2023). Índice de cobertura universal de saúde. (<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage>, consultado a 12 de Julho de 2024).

Figura 14: Esperança de vida saudável à nascença na Região Africana da OMS

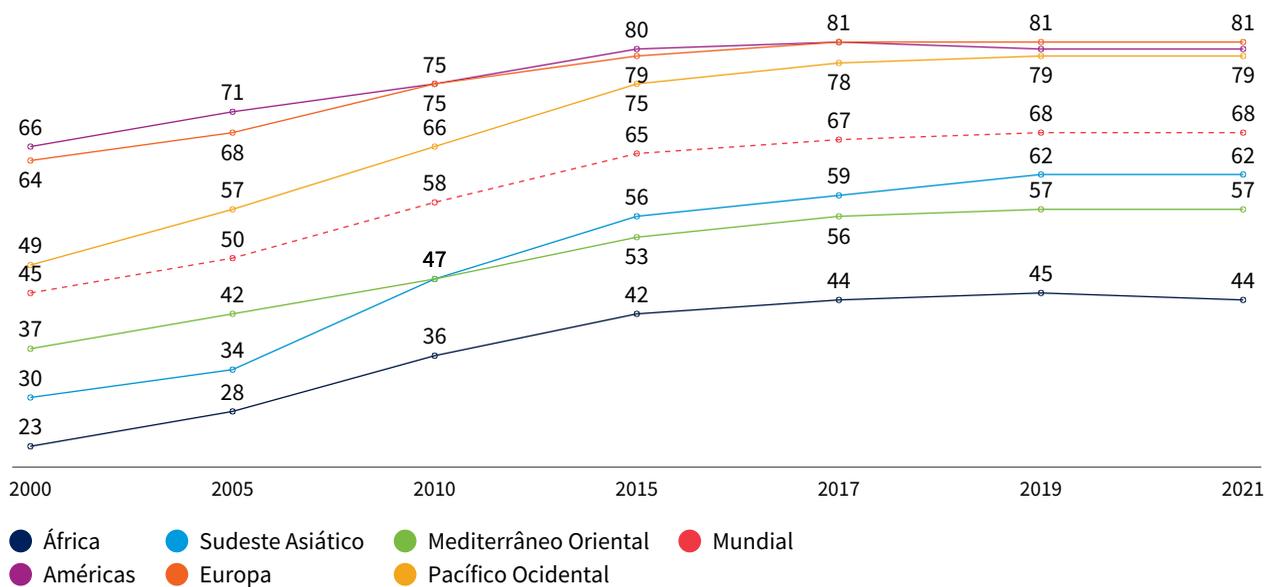


Fonte: OMS 2023

dadeiramente inclusivo no continente. Para atingir sequer a pontuação mínima de 60 até 2030, a Região Africana deve redobrar os seus esforços para alcançar e manter uma taxa de crescimento de pelo menos 2,5% ao ano. Além disso, pelo menos 60% dos Estados-Membros – ou seja, 30 países – terão de

pôr em prática intervenções destinadas a aumentar a cobertura dos serviços e a combater as desigualdades. A capacidade dos sistemas de saúde também precisa de um impulso significativo, dos actuais 29% para, pelo menos, 40%.

Figura 15: Tendências do índice de cobertura de serviços de cobertura universal de saúde, por região da OMS



Fonte: OMS 2023



Reforçar o pessoal da saúde em África de modo a permitir a prestação de serviços de saúde de qualidade

“Ao investirmos no pessoal da saúde, não só fazemos face aos desafios do sector, como também geramos dividendos na educação, no emprego e na igualdade de género.”

Dr.^a Matshidiso Moeti, Directora Regional da OMS para a África

Em Maio de 2024, o Escritório Regional da OMS para a África, juntamente com os seus parceiros, lançou a primeira carta de investimento no pessoal da saúde da Região, em Windhoek, a última de uma longa lista de intervenções destinadas a resolver a escassez de profissionais de saúde no continente.³¹

Uma capacidade adequada em termos de profissionais de saúde é reconhecida como fundamental para a consecução da cobertura universal de saúde, e o papel central da OMS na resposta a este desafio crítico incluiu o apoio a uma abordagem de toda a sociedade em relação ao planeamento, ao desenvolvimento e à gestão da força de trabalho no sector da saúde, aumentando simultaneamente a disponibilidade e a implementação de políticas/estratégias nacionais no âmbito do pessoal da saúde e ajudando os países a adoptarem contas nacionais do pessoal da saúde para melhorar as capacidades de

monitorização e de comunicação. Através das iniciativas da OMS, os países reforçaram as suas capacidades para acompanhar os dados relativos ao pessoal da saúde e para realizar análises do mercado de trabalho no sector da saúde, que têm servido de base crucial às reformas políticas e para estimular a criação de emprego.

O aumento da capacidade para prestar formação aos profissionais de saúde tem sido outra área prioritária, sendo a taxa de melhoria de 70% um resultado significativo. Entre 2018 e 2022, por exemplo, o número de licenciados aumentou de 150 000 para mais de 255 000 em 39 países – prova de que os governos investiram fortemente na criação e manutenção de mais de 4000 estabelecimentos de formação no domínio da saúde para formar uma vasta gama de profissionais de saúde, adaptados às necessidades de saúde das suas populações. É interessante notar

³¹ <https://www.afro.who.int/news/african-regions-first-ever-health-workforce-investment-charter-launched>

que pelo menos 40% deste desenvolvimento de capacidades provém do sector privado.

Apesar dos desafios que subsistem, a Região Africana conta actualmente com um número recorde de profissionais de saúde, que triplicou entre 2013 e 2022, passando de 1,6 milhões para 5,1 milhões, incluindo 850 000 agentes comunitários de saúde. Continua a existir disparidade entre os géneros, mas também nesta área se registaram progressos notáveis, com as mulheres a representarem actualmente 72% do pessoal da saúde. Além disso, a proporção de mulheres médicas aumentou de 28% para 35% entre 2019 e 2022.

Este crescimento na formação de pessoal da saúde teve um impacto directo no acesso aos serviços de saúde por parte das pessoas no continente, com o rácio de profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, parteiros, dentistas e farmacêuticos a au-

mentar de 11 para 27 por 10 000 indivíduos entre 2013 e 2022.³²

No entanto, nem todos os países estão a progredir ao mesmo ritmo, o que tem impacto no progresso geral rumo à cobertura universal de saúde no continente. Alguns países conseguiram passar dos 25% piores para os 25% melhores no que respeita ao desenvolvimento de pessoal da saúde, mas 12 países³³ continuam a enfrentar dificuldades e necessitarão de um apoio sistemático e intensificado no futuro.

À medida que os países se esforçam para atingir o objectivo audacioso de reduzir para metade a escassez crítica de 6,1 milhões de profissionais de saúde na Região Africana até 2030³⁴, a maximização dos resultados da formação será crucial, particularmente entre aqueles que trabalham ao nível dos cuidados primários, onde o impacto é mais significativo.

32 Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para a África, *A Decade Review of the Health Workforce in the WHO African Region, 2013-2022*.

33 Chade, Gâmbia, Guiné, Madagáscar, Maláui, Mali, Níger, República Centro-Africana, República Unida da Tanzânia, Senegal, Sudão do Sul e Togo.

34 <https://www.afro.who.int/news/african-regions-first-ever-health-workforce-investment-charter-launched>



Alargar o acesso a medicamentos essenciais, vacinas e produtos de saúde

A cobertura universal de saúde exige que todas as pessoas tenham acesso a toda a gama de serviços de saúde de qualidade, quando e onde quer que sejam necessários. No entanto, ao longo dos seus 76 anos de história, a OMS tem tido dificuldade em melhorar o acesso aos medicamentos, sobretudo em África, onde a posição do continente no fim da fila da vacina contra a COVID-19 evidenciou a amplitude do desafio.

O facto de todos os 47 países da Região Africana terem agora uma lista nacional de medicamentos essenciais (LME) é um passo em frente notável. Reflecte os esforços incansáveis da Região Africana da OMS para apoiar os Estados-Membros na avaliação, revisão e formulação de políticas e estratégias baseadas em dados factuais e relacionadas com medicamentos essenciais, vacinas e produtos de saúde. O número de países que

aplicam a sua política nacional de medicina tradicional também aumentou, de 18 para 28³⁵ entre 2010 e 2020, na sequência do apoio da OMS para otimizar e consolidar o papel das medecinas tradicionais (MT) nos sistemas nacionais de saúde.

A segurança do sangue e a acessibilidade a ele também melhoraram, com o número de países africanos com uma política nacional de sangue plenamente operacional a aumentar de 37 em 2015 para 43 em 2022. A quantidade média de unidades de sangue obtidas de dadores voluntários e involuntários, por 1000 indivíduos, duplicou entre 2015 e 2022, passando de 5,2 para 10 unidades. O Escritório Regional da OMS para a África estabeleceu o objectivo segundo o qual os países devem adquirir um mínimo de 80% do seu sangue de dadores voluntários e não remunerados. Em 2022, 18 países (38%) tinham atingido

³⁵ Benim, Burquina Faso, Camarões, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Madagáscar, Maláui, Mali, Mauritânia, Moçambique, Nigéria, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

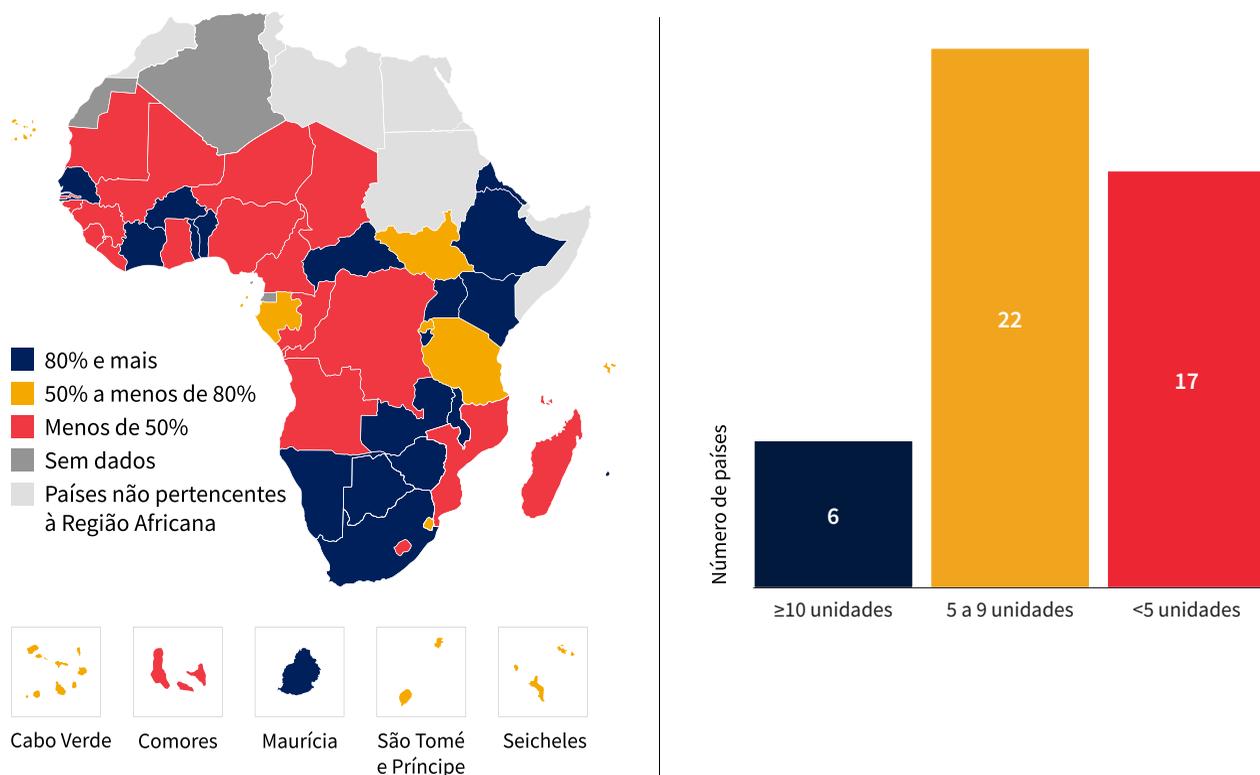
este objectivo (ver Figura 16), prevendo-se mais progressos no futuro.

Em conformidade com o seu mandato de prestar aconselhamento fiável e estabelecer parâmetros de referência sobre a qualidade, segurança e eficácia dos produtos de saúde, a OMS apoiou a criação da Agência Africana de Medicamentos (AMA), defendendo a ratificação do Tratado AMA e prestando apoio técnico no âmbito da sua implementação. Além disso, a OMS na Região Africana desempenhou um papel na criação de um programa de aquisição conjunta destinado aos Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento (PEID), servindo como seu Secretariado. Ambas as iniciativas resultaram num melhor acesso a artigos de saúde, tendo os PEID assinado acordos de longo prazo com os

fornecedores seleccionados.

A melhoria no acesso a produtos médicos de alta qualidade para atingir os níveis necessários para a CUS exigirá fundamentalmente normas regulamentares unificadas para medicamentos, vacinas e outros produtos de cuidados de saúde, juntamente com uma melhor coordenação entre as partes interessadas, financiamento adequado e cadeias de abastecimento resilientes. Duas lacunas em que a OMS terá de desempenhar um papel futuro particularmente significativo são o fabrico local de produtos médicos e a monitorização dos sistemas regulamentares para garantir a conformidade e travar o peso crescente dos medicamentos e outros produtos médicos contrafeitos e de qualidade inferior no continente.

Figura 16: Taxa de dádivas de sangue por 1 000 habitantes em 2022



Combater a resistência aos antimicrobianos

“As infecções resistentes aos antimicrobianos causaram 1,27 milhões de mortes a nível mundial em 2019, mais do que o VIH/SIDA e o paludismo em conjunto. Os países da África Subariana carregam o maior fardo de taxas de mortalidade associadas à RAM, com 99 mortes por 100 000 pessoas.”

Dr.^a Matshidiso Moeti, Directora Regional da OMS para a África

A luta contra a resistência aos antimicrobianos e os esforços para alcançar a cobertura universal de saúde não podem ser separados, uma vez que a primeira representa uma ameaça significativa à obtenção de serviços de saúde acessíveis a todos. Dado que a sua incidência crescente irá certamente tornar a prestação de cuidados de saúde mais difícil, menos eficaz e mais dispendiosa, a RAM é uma prioridade da OMS na Região Africana.

Na sequência de uma resolução da Assembleia Mundial da Saúde sobre a RAM, em Maio de 2014, e da elaboração de um plano de acção mundial sobre a RAM³⁶ no ano seguinte em reconhecimento da profunda ameaça que a RAM representa para a saúde humana e da necessidade de uma resposta

“Uma Só Saúde”, a abordagem proactiva da OMS conseguiu progressos notáveis.

As intervenções incluíram a assistência aos países na elaboração de planos de acção nacionais (PAN) e o reforço das suas capacidades de implementação eficaz. Nomeadamente, o número de países com PAN sobre RAM no âmbito da abordagem “Uma Só Saúde” aumentou de dois (4%) em 2015 para a totalidade dos 47 Estados-Membros (100%) em 2024. O número de países com mecanismos de coordenação multisectorial da RAM estabelecidos aumentou de 13 (27%) em 2017 para 41 (87%)³⁷ em 2024. A OMS também ajudou 16 países³⁸ a utilizar a sua ferramenta de cálculo de custos e orçamentação para dar prioridade às intervenções contra a RAM

36 Plano de Acção Mundial sobre a Resistência aos Antimicrobianos, OMS 2015, (https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/193736/9789241509763_eng.pdf?sequence=1).

37 África do Sul, Argélia, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Cabo Verde, Chade, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Essuatíni, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Maláui, Mali, Maurícia, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Ruanda, República Unida da Tanzânia, Senegal, Serra Leoa, Sudão do Sul, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

38 Burundi, Comores, Gâmbia, Guiné Equatorial, Maurícia, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, República Unida da Tanzânia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Serra Leoa, Sudão do Sul, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

e melhorar a sensibilização, o envolvimento das partes interessadas e a mobilização de recursos. Consequentemente, mais de 220 coordenadores de custos em toda a Região estão agora mais bem equipados e apoiam outros países.

Para impulsionar a monitorização das tendências da RAM, a OMS introduziu, em 2016, o Inquérito de Auto-Avaliação dos Países sobre o Acompanhamento da RAM (TrACSS), no âmbito de uma estratégia global “Uma Só Saúde”, que se revelou fundamental para acompanhar os progressos realizados pelos países para fazer face às inquietações relativas à RAM.

Para impulsionar a monitorização das tendências da RAM, a OMS introduziu, em 2016, o Inquérito de Auto-Avaliação dos Países sobre o Acompanhamento da RAM (TrACSS), no âmbito de uma estratégia global “Uma Só Saúde”, que se revelou fundamental para acompanhar os progressos realizados

pelos países para fazer face às inquietações relativas à RAM. O número de países participantes no Sistema Mundial de Vigilância da RAM e Respectiva Utilização (GLASS), lançado em 2015 para estabelecer e reforçar os sistemas de vigilância, registou um aumento apreciável entre 2016 e 2024, passando de sete (15%) para 41 (87%).³⁹ O GLASS normaliza a recolha e análise de dados para facilitar a tomada de decisões.

O número de países que utilizam a ferramenta de monitorização, introduzida em 2022 para acompanhar e comunicar os progressos dos PAN sobre RAM, aumentou ligeiramente, de 27 (57%) para 29 (61%)⁴⁰ entre 2022 e 2024. Esta ferramenta melhorou a eficiência e a responsabilização da implementação dos PAN sobre RAM na Etiópia, no Quênia e no Zimbabué, melhorando os compromissos de comunicação e orientando os esforços de mobilização de recursos.

O número de países com orientações nacionais para a utilização adequada de antimicrobianos e a implementação da vigilância antimicrobiana em unidades de cuidados de

39 África do Sul, Angola, Argélia, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camarões, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Essuatíni, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Lesoto, Libéria, Madagascar, Maláui, Mali, Maurícia, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Sudão do Sul, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

40 Argélia, Benim, Burquina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camarões, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Essuatíni, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Lesoto, Libéria, Madagascar, Mali, Maláui, Namíbia, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, República Unida da Tanzânia, Seicheles, Serra Leoa, Sudão do Sul e Uganda.



saúde seleccionadas duplicou entre 2017 e 2024, passando de 10 (21%) para 20 (42%).⁴¹ Além disso, os dados nacionais sobre o consumo de antibióticos no Burquina Faso, no Burundi e na Côte d'Ivoire mostraram que 75%, 90% e 82% dos antibióticos consumidos, respectivamente, pertencem ao grupo Access.⁴² Esta abordagem está em conformidade com as recomendações da OMS, que sugerem que pelo menos 60% do consumo de antibióticos para o tratamento de infecções de primeira e segunda linha deve provir deste grupo. Os dados foram utilizados para defender a utilização responsável de antibióticos.

No futuro, o acesso a diagnósticos laboratoriais precoces e de alta qualidade para a detecção de RAM será fundamental para identificar e monitorizar os padrões de RAM.

Para fazer face ao impacto ambiental da produção de antibióticos, a OMS desenvolveu uma directriz técnica⁴³ que salienta normas rigorosas para a gestão de resíduos e a contaminação cruzada, que os inspec- tores devem ter em conta regulamentares durante as inspecções de rotina às instalações de fabrico de produtos farmacêuticos. Além disso, através de orientações estratégicas e intervenções específicas para dar resposta às prioridades nacionais, juntamente com a divulgação de histórias de sucesso e boas práticas, a OMS promoveu a sensibilização e a colaboração com diversos parceiros para mel-

horar a implementação dos PAN sobre RAM.

Outras intervenções incluíram a preparação de produtos regionais sobre o estatuto da resistência à RAM (2021)⁴⁴, a sensibilização e educação (2024)⁴⁵, e a gestão (2024)⁴⁶, que forneceram informações valiosas para a análise da situação e a tomada de decisões. O número de países que realizam campanhas de sensibilização para a RAM a nível nacional para promover a compreensão e incentivar a mudança de comportamentos também aumentou exponencialmente entre 2017 e 2024, de dois (4%) para 16 (34%).⁴⁷

No futuro, o acesso a diagnósticos laboratoriais precoces e de alta qualidade para a detecção de RAM será fundamental para identificar e monitorizar os padrões de RAM, tal como a produção de dados factuais com base em programas regionais para identificar lacunas e definir intervenções políticas eficazes.

Para otimizar a utilização adequada dos agentes antimicrobianos, em especial nas unidades de cuidados de saúde, a OMS terá um papel fundamental a desempenhar, ajudando os países a aumentar a sensibilização e a desenvolver e implementar quadros legislativos e regulamentares, juntamente com outras intervenções estratégicas.

41 África do Sul, Argélia, Botsuana, Côte d'Ivoire, Essuatíni, Etiópia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Libéria, Maláui, Mali, Namíbia, Nigéria, Quênia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Uganda e Zimbabué.

42 Os antibióticos do grupo Access têm um espectro de actividade estreito, um custo mais baixo, um bom perfil de segurança e um potencial de resistência geralmente baixo. São frequentemente recomendados como opções de tratamento empírico de primeira ou segunda escolha para infecções comuns.

43 Technical guidance and aide-mémoire on good manufacturing practice inspection of pharmaceutical manufacturing facilities with focus on reducing incidence of antimicrobial resistance, 2024, ISBN: 9789290313953.

44 Antimicrobial Resistance in the WHO African Region: A Systematic Literature Review, World Health Organization. Escritório Regional para a África. (2021). Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

45 Status of antimicrobial resistance education and awareness in the WHO African Region 2017–2021, Região Africana da OMS 2024, ISBN: 9789290315063.

46 Status on national core elements for antimicrobial stewardship programmes in the WHO African Region, Região Africana da OMS 2024, ISBN: 9789290313946.

47 Argélia, Benim, Burundi, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Quênia, República Unida da Tanzânia e Ruanda.

Proteger as pessoas contra o empobrecimento relacionado com as despesas de saúde

Desde o início do seu primeiro mandato, a Dr.^a Moeti já manifestava a sua preocupação com as elevadas despesas directas com a saúde, que, segundo ela, estavam a empobrecer as famílias e a limitar o acesso aos serviços de saúde. Um exemplo dessa preocupação ocorreu durante a Conferência sobre a Confiança nos Sistemas de Saúde, realizada na África do Sul em 2016, em que lamentou o facto de alguns países dedicarem menos de 60 dólares per capita aos cuidados de saúde, o que descreveu como um investimento totalmente insuficiente para fazer avançar o reforço dos sistemas de saúde.⁴⁸

Estudos indicam que, para atingir a CUS, os países devem afectar 249-279 dólares per capita aos cuidados de saúde (Stenberg et al., 2017). Em 2020, cinco países da Região Africana (África do Sul, Botsuana, Maurícia, Namíbia e Seicheles) investiram um mínimo de 271 dólares per capita na saúde. Em contrapar-

tida, os restantes países gastaram menos de 249 dólares per capita (ver Figura 17).

Apesar do aumento da despesa por parte de 28 governos entre 2012 e 2020, esta tendência variou entre uma média de 6,3% em 2012 e 7,3% em 2020, ficando muito aquém do objectivo de 15% da despesa pública geral na área da saúde do objectivo de recursos internos estabelecido pela União Africana (UA) na Declaração de Abuja de 2001 (ver Figura 18).

Durante o período de 2000-2019, que incluiu o primeiro mandato da Dr.^a Moeti como Directora Regional, o número de pessoas empobrecidas ou empurradas para uma situação de maior pobreza devido a despesas directas de saúde caiu para metade, de 302 milhões para 152,2 milhões, uma redução que se deve parcialmente aos esforços globais de redução da pobreza. Entre 2012 e 2020, a média regional de despesas directas diminuiu de 37%

⁴⁸ <https://www.afro.who.int/news/dr-matshidiso-moeti-who-regional-director-africa-calls-change-approach-health-systems>

Figura 17: Despesas actuais de saúde per capita a nível nacional na Região Africana da OMS

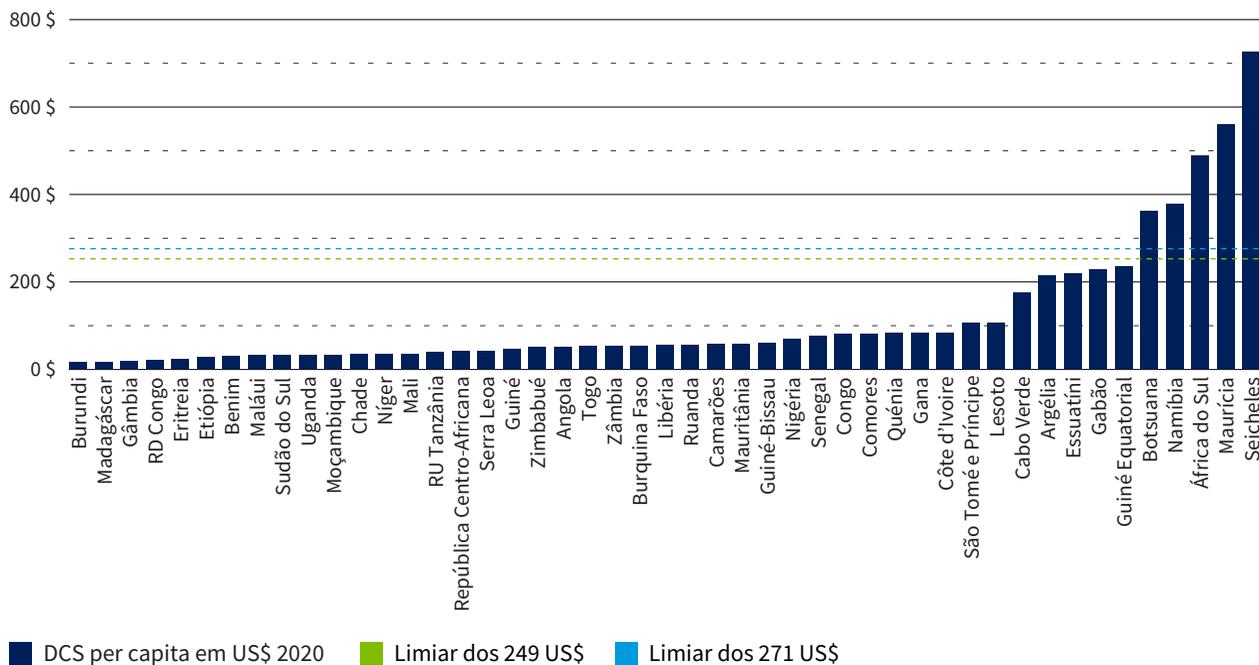
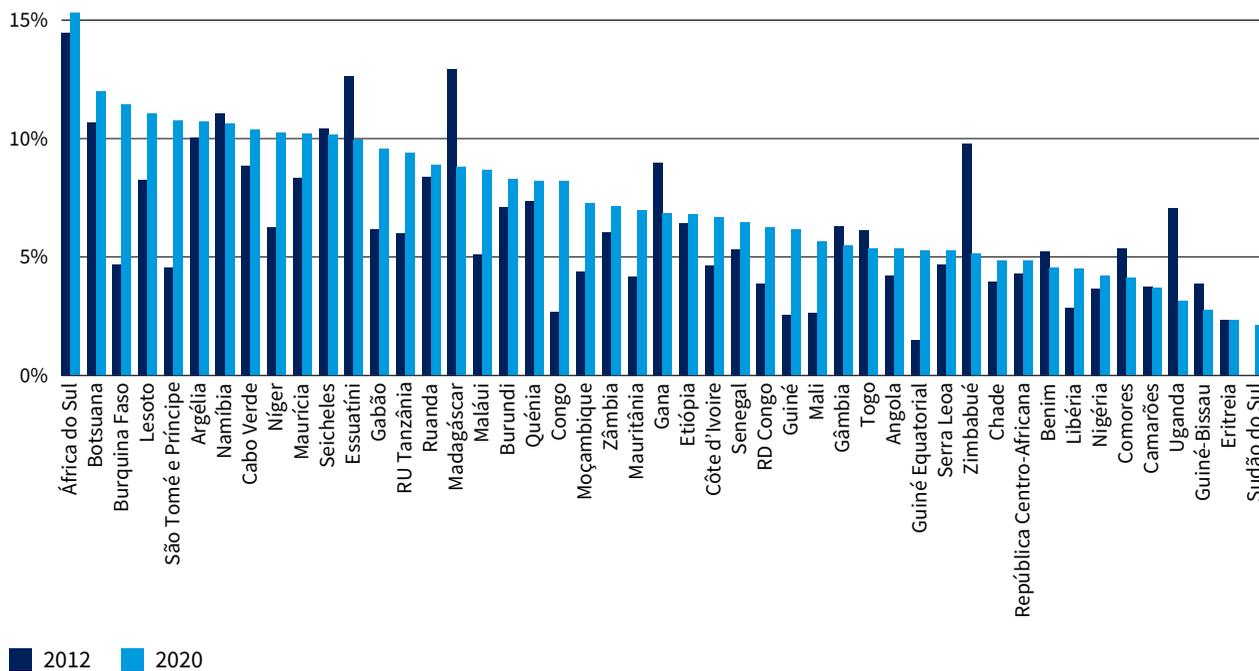


Figura 18: Despesa pública interna em percentagem da despesa pública total na Região Africana da OMS



Fonte: Base de dados mundial de despesas de saúde

para 34,1%, o que representa uma redução de 8%. Mais uma vez, as variações significativas entre países, que vão desde 5% no Botsuana até 75% na Nigéria (ver Figura 19), revelam o desafio que ainda temos pela frente.

Para ajudar a inverter a maré destas despesas, que podem ter impactos catastróficos nas famílias, as intervenções da OMS incluíram a assistência prestada a 32 Estados-Membros⁴⁹ para melhorar os seus sistemas de financiamento da saúde através de estratégias baseadas em dados factuais, ao mesmo tempo que proporcionaram formação relevante aos 47 Estados-Membros. Dos primeiros, 31 países⁵⁰ receberam orientação técnica em

avaliações do financiamento da saúde através da Matriz de Progresso do Financiamento da Saúde. A fim de orientar as decisões e as reformas políticas em matéria de financiamento da saúde, foi realizado um reforço das capacidades em matéria de análise da eficiência interprogramática (AEIP) em 10 países⁵¹, tendo sido disponibilizado apoio técnico a 19 países.⁵² As práticas de gestão das finanças públicas (GFP) foram adaptadas para um financiamento eficaz da saúde em 17 países.⁵³

Um esforço de colaboração com o Programa de Economia da Saúde dos Centros Africanos de Prevenção e Controlo de

49 África do Sul, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camarões, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Essuatíni, Etiópia, Gana, Guiné, Libéria, Maurícia, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia/Zanzibar, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

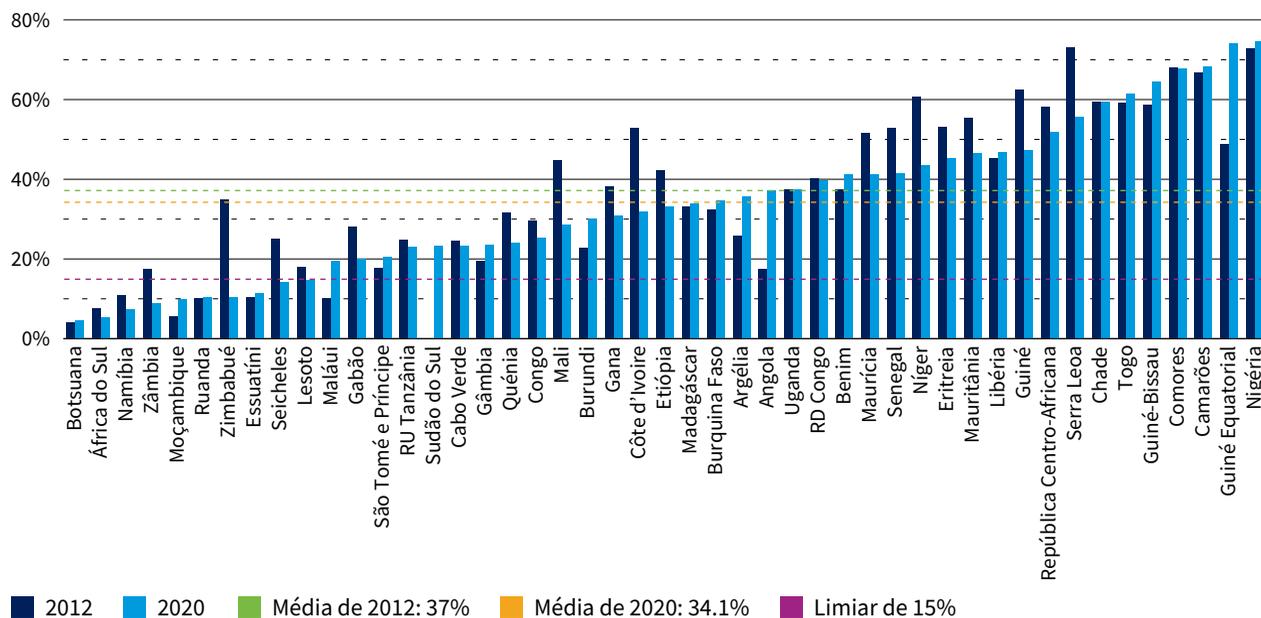
50 África do Sul, Argélia, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Camarões, Chade, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Essuatíni, Gabão, Guiné, Lesoto, Madagascar, Maláui, Mali, Mauritânia, Namíbia, Níger, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

51 África do Sul, Camarões, Comores, Côte d'Ivoire, Gana, Moçambique, Nigéria, Quênia, República Unida da Tanzânia e Uganda.

52 África do Sul, Burquina Faso, Chade, Comores, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Madagascar, Mali, Níger, Nigéria, Quênia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Togo, Uganda e Zâmbia.

53 África do Sul, Argélia, Benim, Burquina Faso, Burundi, Camarões, Congo, Côte d'Ivoire, Gabão, Gana, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Quênia, República Unida da Tanzânia, Uganda e Zâmbia.

Figura 19: Despesas directas na Região Africana da OMS



Fonte: Base de dados mundial de despesas de saúde

Doenças (CDC de África) e com outros parceiros prestou formação a 23 países⁵⁴ sobre abordagens de definição de prioridades baseadas em dados factuais para a criação ou revisão de pacotes de benefícios de saúde. A OMS também trabalhou com a UA e outros parceiros para racionalizar e melhorar a coordenação das actividades de monitorização dos recursos.

O apoio aos países na aplicação de um processo de tomada de decisão baseado em dados factuais não se traduz automaticamente numa aplicação eficaz; o êxito depende antes, em grande medida, da vontade e da dedicação políticas. Tendo em conta as restrições orçamentais dos países, a OMS sugere que os esforços devem começar pelos

cidadãos mais pobres e mais vulneráveis, oferecendo cobertura dos principais factores de despesa directa, como os medicamentos.

Num discurso proferido na conferência regional africana sobre o financiamento da cobertura universal de saúde e da segurança sanitária, realizada no Gana em Outubro de 2023, a Dr.^a Moeti apelou a uma maior vontade política e a uma acção concertada para travar a tendência de agravamento das dificuldades financeiras no continente: “Precisamos de aumentar a cobertura dos mecanismos de protecção social das pessoas e continuar a aproveitar todas as oportunidades para defender um maior investimento na saúde e traduzir em realidade o compromisso dos governos para com a saúde”, observou.

⁵⁴ Burkina Faso, Cabo Verde, Comores, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Libéria, Madagáscar, Mali, Maurícia, Nigéria, Quênia, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Seicheles, Sudão do Sul, Togo e Uganda.



Reforçar os serviços de diagnóstico e laboratoriais

A estratégia regional para os serviços e sistemas de diagnóstico e de laboratório para 2023-2032 é muito clara quanto ao papel dos serviços de diagnóstico e de laboratório na cobertura universal de saúde. Estipula: “Melhorar a disponibilidade e o acesso aos serviços de diagnóstico é essencial para alcançar a cobertura universal de saúde e os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados com a saúde.” Uma das suas prioridades é a integração dos meios de diagnóstico nos serviços essenciais de saúde, com o intuito de melhorar a prestação de cuidados de saúde, o controlo das doenças e a resposta aos surtos.

Nos últimos 10 anos, a OMS na Região Africana tem-se dedicado a apoiar a criação

de direcções ou unidades laboratoriais nos ministérios da saúde, como parte do apoio técnico para melhorar a prestação de serviços laboratoriais a nível nacional. A eclosão da COVID-19 acelerou certamente os progressos da seguinte forma: Em 2020, a OMS e os CDC de África lançaram uma rede de laboratórios para reforçar a sequenciação genómica do vírus⁵⁵; em 2021, para reforçar a capacidade de testagem da COVID-19, a OMS doou equipamento e material de laboratório à Etiópia⁵⁶, à Libéria⁵⁷ e à Serra Leoa⁵⁸, entre outros países; e, em 2023, a OMS lançou oficialmente o seu centro tecnológico de vacinas de ácido ribonucleico mensageiro (ARNm) na África do Sul.⁵⁹

As estatísticas reflectem uma melhoria

55 <https://www.afro.who.int/news/covid-19-genome-sequencing-laboratory-network-launches-africa>

56 <https://www.afro.who.int/news/world-health-organization-donates-laboratory-equipment-and-supplies-strengthen-laboratory>

57 <https://www.afro.who.int/news/who-donates-essential-medicines-and-laboratory-supplies-covid-19-and-evd-testings-government>

58 <https://www.afro.who.int/news/who-boosts-sierra-leones-covid-19-response-and-disease-surveillance-600000-worth-laboratory>

59 <https://www.who.int/news/item/20-04-2023-mrna-technology-transfer-programme-moves-to-the-next-phase-of-its-development>

substancial dos serviços laboratoriais na Região Africana da seguinte forma: Entre 2015 e 2023, o número de países com um sistema laboratorial organizado aumentou de quatro para 36.⁶⁰ Um total de 41 países⁶¹ (88%) têm agora um director/chefe nacional de unidades laboratoriais, 32⁶² (68%) têm uma política laboratorial nacional e 38⁶³ (80%) têm um plano estratégico laboratorial nacional.

Cerca de 70% das decisões em matéria de cuidados de saúde são tomadas com base em resultados de testes de diagnóstico; no entanto, e apesar dos avanços verificados em África, os serviços de diagnóstico recebem apenas 3-5% dos orçamentos dos cuidados de saúde.

Os progressos registados têm as suas raízes em resoluções e estratégias lideradas pela OMS. Estas tiveram início em 2015 com o lançamento de um Guia relativo ao processo gradual de melhoramento laboratorial com vista à acreditação (SLIPTA)⁶⁴, e uma lista de verificação para orientar os Estados-Membros na implementação do processo de melhoria da qualidade nos serviços laboratoriais. Actualmente, todos os Estados-Membros da Região Africana utilizam regularmente o documento de orientação e a lista de verificação SLIPTA para gerir a qualidade dos serviços.

Dois anos mais tarde, foi criada a Rede de Laboratórios de Agentes Patogénicos Perigosos Emergentes da Região Africana da OMS (AFR EDPLN), que inclui 14 laboratórios na-

cionais de referência de agentes patogénicos perigosos emergentes (EDP). A rede facilitou a normalização das abordagens relativas aos testes de diagnóstico, à partilha de conhecimentos, competências e às amostras de laboratório, bem como a criação de um sistema de avaliação externa da qualidade e de um biobanco regional.

Em 2022, o Programa Mundial de Liderança Laboratorial (GLLP) foi lançado em África, tendo 25 cidadãos de cinco países da África Central⁶⁵ recebido formação aprofundada sobre o reforço e a manutenção dos sistemas laboratoriais nacionais. O programa tem o potencial de melhorar a governação dos laboratórios, pelo que deve ser alargado a toda a região.

Este é outro domínio que exige uma mudança de paradigma nas atitudes em relação ao financiamento atribuído. Cerca de 70% das decisões em matéria de cuidados de saúde são tomadas com base em resultados de testes de diagnóstico; no entanto, e apesar dos avanços verificados em África, os serviços de diagnóstico recebem apenas 3-5% dos orçamentos dos cuidados de saúde. De futuro, é provável que esta tendência tenha um impacto particular nos serviços de imagiologia médica e nos elevados custos associados com o acompanhamento da rápida evolução do panorama digital.

60 África do Sul, Angola, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Camarões, Chade, Congo, Essuatíni, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné Equatorial, Libéria, Madagáscar, Maláui, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Seicheles, Senegal, Serra Leoa, Sudão do Sul, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

61 África do Sul, Angola, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camarões, Chade, Comores, Congo, Essuatíni, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Libéria, Madagáscar, Maláui, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Seicheles, Senegal, Serra Leoa, Sudão do Sul, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

62 África do Sul, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Camarões, Chade, Congo, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné Equatorial, Libéria, Madagáscar, Maláui, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Seicheles, Senegal, Serra Leoa, Sudão do Sul, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

63 África do Sul, Angola, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Camarões, Chade, Comores, Congo, Guiné Equatorial, Eritreia, Essuatíni, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Libéria, Madagáscar, Maláui, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Seicheles, Senegal, Serra Leoa, Sudão do Sul, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

64 Processo gradual de melhoramento laboratorial com vista à acreditação (SLIPTA).

65 Chade, Congo, Gabão, República Centro-Africana e República Democrática do Congo.



Reforçar os sistemas e as capacidades de produção, análise e utilização de dados

À medida que os sistemas de informação sanitária amadurecem, tornam-se cada vez mais valiosos como instrumentos para os países monitorizarem, avaliarem e melhorarem os sistemas de saúde com vista à cobertura universal de saúde. A informação constitui um roteiro eficaz para os países, na medida em que lhes permite afectar os recursos de forma mais eficaz, melhorar os serviços de saúde e alargar o seu alcance.

Reconhecendo o potencial de uma análise robusta dos dados de saúde e da geração de conhecimentos para reforçar os sistemas de saúde, a OMS envidou esforços significativos para melhorar as capacidades regionais. Estas incluem o desenvolvimento e a promoção de ferramentas inovadoras, de apoio técnico e de formação, a defesa de melhorias nos sistemas de saúde, o fornecimento de informações atempadas e de qualidade para a tomada de decisões com base em dados factuais, a realização de monitorização e avaliação, e a participação em iniciativas de investigação e desenvolvimento.

A utilização do Software de Informação Sanitária Distrital versão 2 (DHIS2), uma plataforma de software gratuita e de código aberto para a recolha, comunicação, análise e divulgação de dados, duplicou entre 2015 e 2023, passando de 21 (45%) a 43 países (91%) (ver Figura 20). Esta tendência melhorou notavelmente a disponibilidade e a fiabilidade dos dados sanitários de rotina, estando agora acessíveis dados de rotina de alta qualidade relativos a pelo menos 80% dos indicadores de saúde cruciais. Estão a ser envidados esforços para implementar o DHIS2 nos restantes quatro países.

A OMS formulou e promoveu vários quadros e várias ferramentas regionais para apoiar a produção, análise e utilização de dados, desenvolvendo simultaneamente ferramentas abrangentes para avaliar as informações sanitárias a nível nacional, consolidar dados ao longo do ciclo de vida, acompanhar o desempenho do sector da saúde, e analisar dados sobre morbilidade e mortalidade. Em colaboração com parceiros (Fundação Bill &

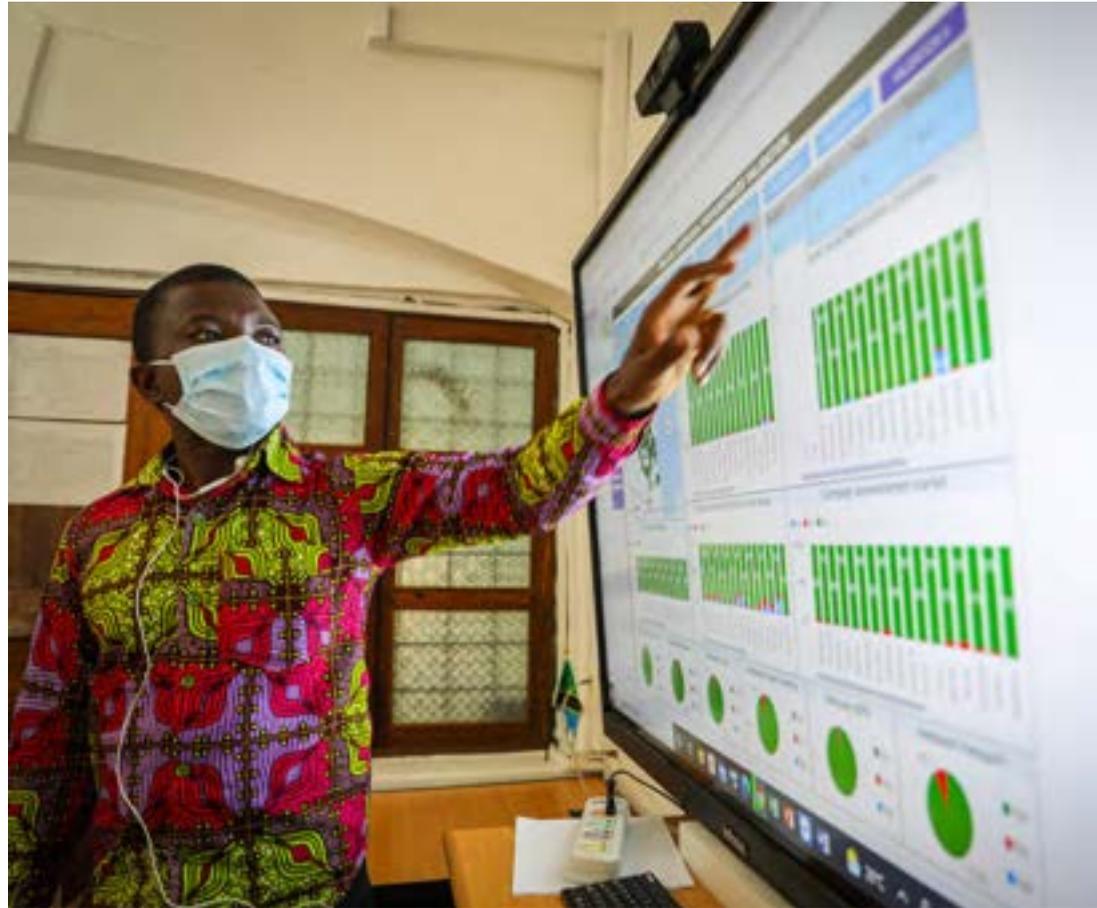
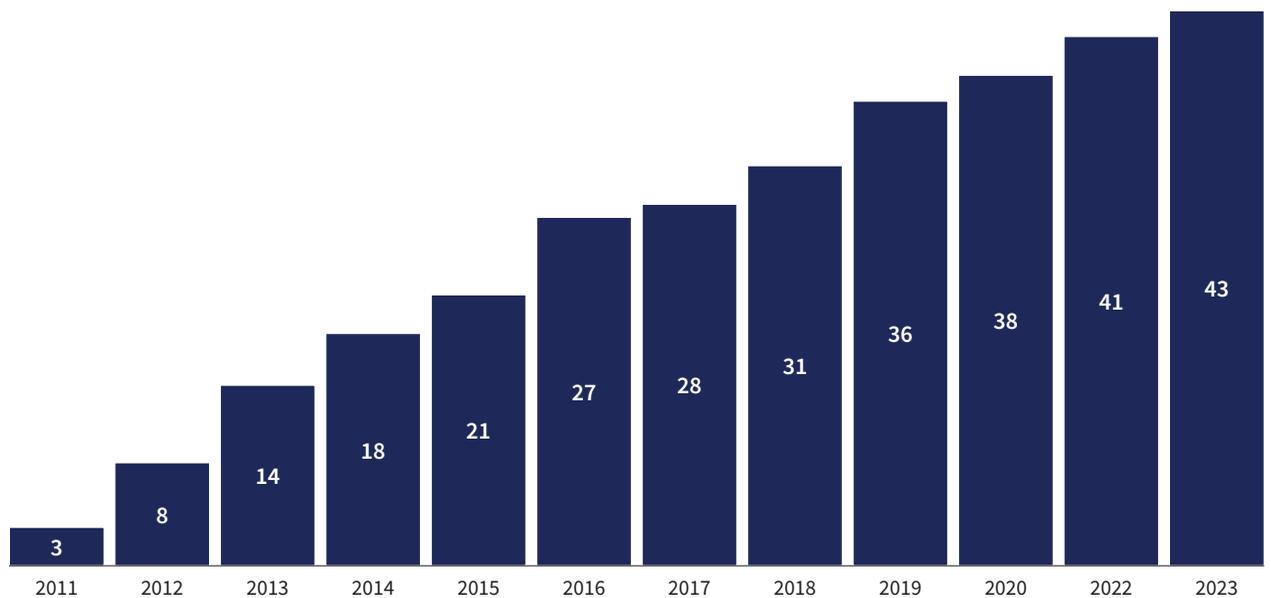


Figura 20: Número cumulativo de países que implementam o DHIS2 na Região Africana da OMS, 2011-2023





Melinda Gates, Observatório Europeu, London School of Economics e cinco instituições académicas em África⁶⁶), foi criada a Plataforma do Observatório Africano da Saúde sobre Sistemas e Políticas de Saúde (AHOP) para promover decisões políticas baseadas em dados factuais.

O Observatório Africano Integrado da Saúde (iAHO), que evoluiu a partir do Observatório Africano da Saúde em 2020, juntamente com os observatórios nacionais da saúde complementares (ONS), forneceram informações vitais sobre as conquistas relacionadas com a CUS e os ODS, bem como outros indicadores regionais e nacionais específicos do programa. Em 2024, 41 países⁶⁷ tinham operacionalizado as suas ONS.

Através de outra parceria com vári-

as agências⁶⁸, a OMS apoiou todos os Estados-Membros africanos no reforço dos sistemas de registo civil e de estatísticas vitais (RCEV). Esta iniciativa gerou melhorias significativas na disponibilidade, qualidade e utilização de dados sobre nascimentos, óbitos e causas de morte. Além disso, a OMS, em colaboração com o Conselho de Investigação Médica da África do Sul e a Universidade Nelson Mandela, desenvolveu uma plataforma online para a formação de médicos em matéria de certificação e codificação da causa de morte.

Todos os países da Região Africana dispõem agora de sistemas para melhorar a notificação de nascimentos e mortes, incluindo a vigilância da mortalidade; a disponibilidade de dados de qualidade sobre

66 Universidade de Adis Abeba, Grupo de Investigação sobre Políticas Sanitárias da Universidade da Nigéria, Instituto Pasteur de Dakar, Instituto de Investigação Médica do Quênia e Universidade do Ruanda.

67 África do Sul, Angola, Benim, Burquina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camarões, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Essuatíni, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Maláui, Mali, Maurícia, Maurítânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Seicheles, Senegal, Serra Leoa, Sudão do Sul, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

68 Comissão Económica das Nações Unidas para África, CDC de África, Estados Unidos da América, Vital Strategies, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA), Banco Mundial e Banco Africano de Desenvolvimento.

mortalidade melhorou de menos de 5% há 10 anos para cerca de 40% actualmente.

Países como o Botsuana, a Maurícia, a Namíbia e as Seicheles têm uma taxa de notificação de óbitos quase universal, enquanto que a África do Sul, o Essuatíni, o Gana, o Maláui, o Quénia e o Ruanda atingiram taxas de notificação superiores a 80%. Entretanto, os registos de nascimento continuam a melhorar, embora lentamente, passando de 51% das crianças registadas em 2010 para 55% em 2022.⁶⁹

O Observatório Africano Integrado da Saúde (iAHO), que evoluiu a partir do Observatório Africano da Saúde em 2020, juntamente com os observatórios nacionais da saúde complementares (ONS), forneceram informações vitais sobre as conquistas relacionadas com a CUS e os ODS, bem como outros indicadores regionais e nacionais específicos do programa.

Uma parceria com a Agência Sueca de Cooperação para o Desenvolvimento Internacional (SIDA), a UNFPA, a UNICEF e o Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA (ONUSIDA) permitiu à OMS ajudar os países a reforçar os sistemas de informação sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos.

O Centro Regional de Dados (RDHub) é outra medida fundamental da parte da OMS para monitorizar o progresso e o desempenho da Região Africana, que serve para integrar os dados disponíveis, gerar informação e melhorar a análise avançada, incluindo a inteligência artificial (IA). Prevê-se que o centro, que terá interoperabilidade com os sistemas de dados nacionais e um portal que fornecerá informações específicas sobre cada país, resolverá a fragmentação de dados prev-

alecente e servirá como uma fonte única de informação na região. Foram também criados em 13 países centros colaborativos de dados de saúde (HDC), que potenciam parcerias de dados para melhorar os resultados no domínio da saúde.⁷⁰

Os produtos analíticos regionais para monitorizar os padrões e as tendências na área da saúde na Região Africana da OMS incluem O Estado da Saúde na Região Africana, o Atlas das Estatísticas da Saúde em África, Monitorizar a Cobertura Universal de Saúde na Região Africana da OMS 2022 e os perfis dos países do PGT13, entre outros. Foram elaboradas várias notas de informação técnicas para aconselhar os países sobre uma série de questões, incluindo o investimento adequado para melhorar a funcionalidade dos sistemas de saúde e a produção de dados factuais sobre intervenções eficazes nos serviços de saúde, a forma de alinhar os mecanismos de financiamento da saúde com os objectivos dos sistemas de saúde e a gestão da mudança a diferentes níveis. Estas foram complementadas por análises regionais sobre resiliência dos sistemas de saúde, fornecendo colectivamente dados aprofundados e abrangentes sobre o estado da saúde, bem como sobre os desafios e as oportunidades para a consecução da cobertura universal de saúde e dos objectivos de saúde relacionados com os ODS.

A nível dos sistemas nacionais de saúde, as avaliações efectuadas incluíram a avaliação SCORE de 2019⁷¹ do estado dos sistemas de informação sanitária em todos os países da Região Africana e avaliações exaustivas do estado da saúde em cinco países⁷², sendo as informações geradas utilizadas para colmatar as lacunas identificadas. Nos últimos 10 anos, foram efectuadas 43 avaliações de unidades de saúde apoiadas pela OMS, 22 das quais

69 UNICEF, 2022. A Statistical update on birth registration in Africa.

70 Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Camarões, Etiópia, Gâmbia, Níger, Quénia, República Unida da Tanzânia, Sudão do Sul, Togo, Uganda e Zâmbia.

71 SCORE é um acrónimo de: Survey of Populations, Count of Births, Optimization of routine or facility information system, Review of health sector strategies and policies, and Enabling data use (Inquérito sobre Populações, Contagem de Nascimento, Optimização do sistema de informação de rotina ou das unidades de saúde, Análise das estratégias e políticas do sector da saúde e Permissão da utilização dos dados).

72 Angola, Cabo Verde, Guiné Equatorial, Madagáscar e Maurícia.

ocorreram nos últimos quatro anos. Estas ofereceram dados valiosos para melhorar a disponibilidade de serviços e as capacidades das unidades.

A OMS apoia firmemente o princípio da utilização de dados nos pontos de recolha, como as unidades de saúde, o que aumenta a disponibilidade e a qualidade dos dados, uma vez que os profissionais de saúde reconhecem a sua importância.

Relativamente aos sistemas distritais de saúde, a OMS desenvolveu instrumentos e apoiou a avaliação da funcionalidade dos sistemas distritais de saúde em 18 países.⁷³ Isto permitiu que os países avaliassem a sua capacidade de supervisão, de gestão e dos serviços de saúde e orientou as acções adaptadas ao longo dos últimos quatro anos. A OMS apoia firmemente o princípio da utilização de dados nos pontos de recolha, como as unidades de saúde, o que aumenta a dis-

ponibilidade e a qualidade dos dados, uma vez que os profissionais de saúde reconhecem a sua importância. Garantir a comunicação de dados por parte das unidades de saúde privados é também importante para melhorar a completude dos dados.

As soluções digitais revelaram-se inestimáveis em melhorarem a qualidade e a actualidade da comunicação de dados, o que, por sua vez, gera conhecimentos e percepções fundamentais para orientar a tomada de decisões em matéria de saúde eficaz no futuro. Para que os países mantenham e acelerem os progressos já efectuados, é fundamental um reforço da liderança governamental. Os compromissos de dar prioridade às actividades dos sistemas de informação sanitária devem ser apoiados por mecanismos funcionais de coordenação dos parceiros e dos sistemas de dados, bem como por uma força de trabalho suficientemente qualificada.

⁷³ Botsuana, Burundi, Camarões, Chade, Essuatíni, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Maláui, Mali, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Senegal, Serra Leoa e Uganda.



Reforçar a liderança e a governação no domínio da saúde

Dada a centralidade da governação para a consecução dos ODS relacionados com a saúde⁷⁴, e os papéis fundamentais tanto da governação como de uma liderança eficaz na obtenção de uma funcionalidade optimizada dos sistemas de saúde para permitir a CUS⁷⁵, a OMS na Região Africana trabalhou arduamente durante os dois mandatos da Dr.^a Moeti para apoiar os Estados-Membros na actualização das suas políticas nacionais de saúde e dos seus planos estratégicos.

Segundo a OMS, a governação dos sistemas de saúde assenta na “existência de quadros políticos estratégicos, conjugados com uma supervisão eficaz, a formação de ligações, a

regulamentação, a atenção à concepção dos sistemas e a responsabilização”. Em 2023, 34 países⁷⁶ da Região tinham políticas nacionais abrangentes e actualizadas para o sector da saúde ou planos estratégicos que descreviam visões claras, objectivos estratégicos e as medidas e os investimentos necessários para atingir as suas metas.

A Parceria para a CUS, uma colaboração fundamental que promove uma abordagem de toda a sociedade para dar resposta às prioridades de saúde e capacitar as pessoas para participarem activamente na tomada de decisões que afectam a sua saúde e o seu bem-estar, presta assistência aos 47 Esta-

74 Nações Unidas. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Nova Iorque: Nações Unidas, 2015.

75 Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43918/9789241596077_eng.pdf

76 África do Sul, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camarões, Chade, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Libéria, Maláui, Maurícia, Mauritânia, Namíbia, Níger, Nigéria, República Centro-Africana, República Unida da Tanzânia, São Tomé e Príncipe, Seicheles, Senegal, Serra Leoa, Sudão do Sul, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

dos-Membros e disponibiliza consultores de política de saúde a mais de 34 países⁷⁷. Para apoiar a implementação do quadro Saúde em Todas as Políticas, uma abordagem sobre os direitos e as obrigações relacionados com a saúde que visa melhorar a responsabilização dos decisores políticos pelos impactos na saúde, a OMS realizou actividades de reforço de capacidades junto de 50 decisores políticos em 15 países⁷⁸.

O reforço da liderança dos ministérios da saúde através de formação, orientação, reforço das capacidades e apoio no local tem estado na vanguarda dos esforços de apoio aos países centrados na criação de mecanismos institucionalizados e multilaterais de coordenação do sector da saúde.

O reforço da liderança dos ministérios da saúde através de formação, orientação, reforço das capacidades e apoio no local tem estado na vanguarda dos esforços de apoio aos países centrados na criação de mecanismos institucionalizados e multilaterais de coordenação do sector da saúde. Consequentemente, países como a África do Sul, o Burquina Faso, o Congo, a Côte d'Ivoire, a Etiópia, o Gana, o Quênia, o Senegal, o Sudão do Sul e o Zimbabuê dispõem agora de mecanismos de coordenação da saúde em funcionamento.

Para além de promover a responsabilização mútua entre os intervenientes no sistema de saúde e o alinhamento com os parceiros para a CUS e a aceleração dos ODS, o trabalho melhorou a implementação na-

cional das prioridades mundiais de saúde, o mapeamento de recursos, a mobilização, a resposta a emergências e a coordenação da saúde.

A colaboração entre os governos e o sector privado, que desempenha um papel central na prestação de cuidados de saúde às populações africanas, também melhorou. Através de eventos de sensibilização e diálogos políticos, a OMS reforçou o envolvimento do sector privado na saúde, um feito crucial, dado que o sector privado na Região Africana presta cerca de 52% dos cuidados ambulatorios.

Consequentemente, 18 países⁷⁹ da Região foram apoiados para intensificar os esforços de melhoria, incluindo estratégias nacionais, diálogos políticos e cimeiras nacionais. Quatro países⁸⁰ criaram comités de envolvimento do sector privado a nível nacional no âmbito dos seus ministérios da saúde, ao passo que três países⁸¹ reviram os seus memorandos de entendimento com o sector privado.

Países como a Côte d'Ivoire e a Etiópia levaram o compromisso ainda mais longe e receberam apoio para desenvolver estratégias nacionais para uma colaboração eficaz com o sector privado, a fim de fazer avançar os objectivos relacionados com a CUS. Além disso, foi realizada uma avaliação abrangente da legislação actual sobre saúde pública na Região para orientar a criação e/ou revisão de leis de saúde pública específicas ao contexto.

Além disso, foram aprovados numerosos compromissos e quadros regionais na Região Africana, incluindo o Quadro para o desenvolvimento dos sistemas de saúde rumo à CUS no âmbito dos ODS⁸², adoptado no Sexagésimo Sétimo Comité Regional da

77 África do Sul, Botsuana, Burquina Faso; Cabo Verde, Camarões, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Essuatíni, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Lesoto, Libéria, Maláui, Mali, Maurícia, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Sudão do Sul, Togo e Zâmbia.

78 África do Sul, Benim, Botsuana, Burundi, Camarões, Essuatíni, Lesoto, Madagascar, Moçambique, Namíbia, Quênia, Senegal, Uganda, Zâmbia e Zimbabuê.

79 Angola, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Cabo Verde, Chade, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Etiópia, Mauritânia, Nigéria, Quênia, Senegal, Serra Leoa, Sudão do Sul, Uganda e Zâmbia.

80 Camarões, Côte d'Ivoire, Nigéria e Serra Leoa.

81 Gana, Serra Leoa e Uganda.

82 <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2018-01/AFR-RC67-10%20Framework%20for%20health%20systems%20development-Rev%2023.09.17.pdf>

Região Africana da OMS, em 2017. “The UHC in Africa: A Framework for Action”⁸³ (2016), juntamente com um fórum regional para altos funcionários dos ministérios da saúde, culminou num plano de acção para o planeamento estratégico, prioridades de investimento e monitorização dos progressos. Este fórum foi complementado por directores anuais de planeamento de cimeiras regionais de 2017 a 2020, com a participação dos 47 países, que foram infelizmente interrompidas pela pandemia de COVID-19. Estão a ser envidados esforços para retomar estes diálogos políticos.

Para tirar partido das suas recentes conquistas, a OMS precisa de alavancar a sua cultura de colaboração, sustentar a cooperação interna a todos os níveis e fornecer um conjunto de medidas de apoio interdisciplinares e abrangentes aos países para enfrentar os desafios.

O êxito destas colaborações transmitiu a mensagem decisiva de que as parcerias são cruciais para reforçar o apoio aos países, ao mesmo tempo que uma abordagem multisectorial ao desenvolvimento e à implementação eficazes dos sistemas e das políticas de saúde é inegociável, especialmente durante situações de emergência como os surtos de Ébola e a pandemia de COVID-19. Políticas e planos actualizados também ajudam na mobilização e no alinhamento de recursos com as prioridades dos países.

O poder da abordagem da OMS reside no reconhecimento de que a natureza multifacetada da governação da saúde exige esforços de colaboração a todos os níveis. Para tirar partido das suas recentes conquistas, a OMS precisa de alavancar a sua cultura de colaboração, sustentar a cooperação interna a todos os níveis e fornecer um conjunto de medidas de apoio interdisciplinares e abrangentes aos países para enfrentar os desafios. Manter a sua liderança estratégica, coordenando o apoio de vários parceiros conforme necessário, é igualmente fundamental.

83 <https://www.afro.who.int/publications/universal-health-coverage-africa-framework-action>



Reforçar a investigação para uma tomada de decisões informada

Os sistemas de saúde amplamente divergentes e os desafios de saúde específicos a cada país exigem intervenções contextualizadas em matéria de cuidados de saúde para avançar rumo à CUS, redobrando a necessidade de os países africanos colocarem em primeiro plano a produção de dados factuais contextualizados para servirem de base a soluções para os desafios locais.

Num contexto de fraca capacidade de investigação e de recursos inadequados que continuam a impedir a investigação de qualidade na Região, a OMS deu prioridade à prestação de orientação estratégica para ajudar os Estados-Membros a reforçar os seus sistemas nacionais de investigação em saúde, incluindo a definição das suas próprias agendas de saúde e a contribuição para as

agendas regionais.

Para melhorar a governação, o financiamento e as infra-estruturas da investigação em saúde, foi lançado, em Dezembro de 2015, o primeiro barómetro dos Sistemas Nacionais Africanos de Investigação em Saúde (SNIS)⁸⁴ (com 17 parâmetros), no âmbito do quadro estratégico regional de investigação adoptado nesse ano. As pontuações médias regionais do barómetro registaram um progresso constante ao longo dos oito anos até 2022: A governação da investigação para a saúde (R4H) aumentou de 62% para 73% entre 2014 e 2022. A capacidade⁸⁵ de criar e manter a investigação melhorou de 40% para 65% durante o mesmo período, e o número de países com uma rubrica orçamental e financiamento específicos para R4H aumentou de 51% para 62%.

⁸⁴ Kirigia JM, Ota MO, Senkubuge F et al. (2016) Developing the African national health research systems barometer. *Health Research Policy and Systems* 14, 53. Esta ferramenta avalia o desempenho de 17 parâmetros, incluindo a governação, o financiamento, os recursos humanos e infra-estruturais, bem como a produção e o uso da investigação em saúde.

⁸⁵ A avaliação da capacidade baseia-se em: disponibilidade de uma unidade de promoção da investigação no domínio da saúde no âmbito do ministério da saúde, universidades/faculdades com um programa de formação em investigação no domínio da saúde, e disponibilidade de um instituto/conselho nacional de investigação no domínio da saúde.

A criação de plataformas de tradução de conhecimentos, tais como as redes de políticas baseadas em dados factuais (EVIPNets), tem tido um impacto na promoção da elaboração de políticas baseadas em dados factuais de forma mais alargada.

Realçando o valor das parcerias de colaboração no avanço das capacidades de investigação e no apoio aos cientistas, a OMS estabeleceu uma parceria com a Parceria entre a Europa e os Países em Desenvolvimento para a Realização de Ensaio Clínicos (EDCTP), a Abordagem de Combate às Infecções para Beneficiar a África (TIBA), a Academia Africana das Ciências (AAS) e os CDC de África, entre outros, para apoiar os países africa-

nos na realização de ensaios clínicos e na sequenciação genómica, bem como no desenvolvimento de medidas de combate à COVID-19.

Além disso, durante a pandemia, a OMS criou protocolos de investigação normalizados para áreas cruciais, a fim de acelerar a investigação. Foram realizados estudos de seroprevalência da COVID-19 e de eficácia das vacinas em 31 países⁸⁶. Consequentemente, foram fornecidas recomendações políticas adaptadas aos países e baseadas nos resultados, para reforçar e manter os esforços de vacinação num contexto de percepção generalizada de um risco reduzido de doença.

A criação de plataformas de tradução de conhecimentos, tais como as redes de políticas baseadas em dados factuais (EVI-

86 África do Sul, Argélia, Burquina Faso, Camarões, Congo, Côte d'Ivoire, Essuatíni, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Libéria, Madagáscar, Maláui, Mali, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Senegal, Serra Leoa, Sudão do Sul, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.



PNets), tem tido um impacto na promoção da elaboração de políticas baseadas em dados factuais de forma mais alargada. Um mapeamento de 2023 das plataformas de tradução de conhecimentos na Região Africana revelou que 13⁸⁷ Estados-Membros (41%) tinham estabelecido EVIPNets, com o nível de implementação da investigação a aumentar significativamente entre 2014 e 2023. O número de propostas de investigação apresentadas à OMS quase quadruplicou entre 2015 e 2023, passando de sete para 26. Além disso, o Comité Consultivo Africano para a Investigação e Desenvolvimento encentou diálogos políticos multidisciplinares e intercâmbios de conhecimentos para facilitar a investigação na região.

Além disso, mais de 100 jovens investigadores receberam apoio na realização de investigação, em colaboração com múltiplos parceiros, tendo os seus resultados acrescentado um valor significativo às intervenções de saúde pública na Região.

Para encorajar o acesso a dados e conhecimentos científicos através de programas de formação e digitalização, com vista a melhorar o acesso a dados científicos e a melhorar as capacidades de investigação, a OMS realizou acções de reforço das capacidades no âmbito da Hinari/Research4Life⁸⁸ em todos os Estados-Membros africanos. A Hinari disponibiliza acesso online a conteúdos académicos e revistos por pares profissionais a instituições de países de rendimento médio e baixo

Para promover a continuidade e a documentação das lições aprendidas com o Programa Africano de Combate à Oncocercose (PACO), criado com o objectivo de eliminar a oncocercose dos países africanos onde a doença permanecia endémica, a OMS digitalizou todos os materiais num arquivo

acessível e estruturado. Estas intervenções contribuíram para melhorar o acesso à informação para futuras iniciativas de investigação e de saúde pública.

Para celebrar essas conquistas, a OMS, em parceria com o Prémio Africano Hideyo Noguchi⁸⁹, reconheceu vários cientistas africanos pelos seus contributos mundiais para a investigação médica e os serviços médicos. Desde então, os vencedores têm sido fundamentais na orientação de jovens cientistas. Além disso, mais de 100 jovens investigadores receberam apoio na realização de investigação, em colaboração com múltiplos parceiros (OMS/Programa Especial de Investigação e Formação em Doenças Tropicais (OMS/TDR), Comité Consultivo Africano para a Investigação e Desenvolvimento no domínio da Saúde (AACHRD) e Parceria entre a Europa e os Países em Desenvolvimento para a Realização de Ensaios Clínicos (EDTCP)), tendo os seus resultados acrescentado um valor significativo às intervenções de saúde pública na Região.

São necessários mais esforços para estabelecer e manter sistemas funcionais de investigação no domínio da saúde, incluindo a atribuição de financiamento adequado, a criação de parcerias estratégicas com instituições académicas, e o reforço das capacidades locais de investigação. As avaliações regulares da funcionalidade dos sistemas de investigação no domínio da saúde para oferecer soluções baseadas em dados factuais traduzir-se-ão em melhorias muito necessárias na investigação no domínio da saúde.

87 Burquina Faso, Camarões, Essuatíni, Etiópia, Gana, Maláui, Mali, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, República Unida da Tanzânia, Uganda e Zâmbia.

88 A Hinari faz parte do Research4Life, o nome colectivo de cinco programas, sendo a Hinari centrada na saúde.

89 <https://www.jsps.go.jp/english/e-noguchiafrica/gaiyo.html>

Promover a saúde através de inovações digitais

Em 2018, no Benim, a Dr.^a Moeti afirmou, na segunda Conferência Internacional dos Ministros da Saúde e da Economia Digital sobre Segurança Sanitária em África (CIMSA) que “as soluções digitais são o futuro dos cuidados de saúde equitativos e de qualidade e dos sistemas de saúde resilientes”. Referiu, nomeadamente, que as aplicações móveis estavam a ser utilizadas na altura para recolher e transmitir dados sobre o ra-

streio de contactos e alertas durante o surto de Ébola na República Democrática do Congo.⁹⁰ O lançamento de um portal electrónico também permitiu a todos os parceiros de resposta aceder a dados epidemiológicos e a informações sobre pontos de entrada e infra-estruturas de saúde, o que aumentou significativamente a compreensão da dinâmica do surto.

No final de 2023, a OMS tinha apoiado a criação de estratégias nacionais de ciber saúde em 38 países africanos⁹¹, com 18 países⁹² a implementar intervenções para melhorar a literacia em saúde digital. Em colaboração com a União Internacional de Telecomunicações (UIT), a OMS desenvolveu um currículo de saúde digital e prestou for-

No final de 2023, a OMS tinha apoiado o desenvolvimento de estratégias nacionais de ciber saúde em 38 países africanos, com 18 países a implementar intervenções para melhorar a literacia no âmbito da saúde digital.

90 <https://www.afro.who.int/news/maximising-digital-health-technology-improve-quality-and-patient-safety-africa>

91 África do Sul, Angola, Benim, Botsuana, Burundi, Cabo Verde, Camarões, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Essuatíni, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Libéria, Madagáscar, Maláui, Mali, Maurícia, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Sudão do Sul, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabuê.

92 Benim, Comores, Congo, Gabão, Gana, Guiné-Bissau, Maláui, Moçambique, Níger, Nigéria, Quênia, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Sudão do Sul, Togo, Uganda e Zâmbia.

mação sobre IA a mais de 200 participantes em 47 países.

Além disso, a OMS também apoiou os países da Região na implementação de iniciativas de saúde móvel, incluindo o mDiabetes no Senegal, o MomConnect na África do Sul, e a Detecção e Notificação Auto Visual da Paralisia Flácida Aguda (AVADAR) para a vigilância comunitária da poliomielite em 11 países.⁹³ A África do Sul, o Gana, a Nigéria, o Ruanda e o Uganda receberam apoio na implementação de oportunidades de telessaúde e telemedicina, e a OMS apoiou todos os países na implementação da Vigilância e Resposta Integradas e Electrónicas às Doenças (e-VRID), do Sistema de Informação Geográfica (SIG) e de intervenções de teledetecção para permitir a monitorização e a resposta em tempo real durante os surtos.

As plataformas do Desafio para a Inovação e do Mercado para a Inovação da OMS foram evidência um ecossistema vibrante de inovadores, o que levou à selecção de 30 inovações promissoras para receberem apoio futuro e para alargamento.

Foi desenvolvido e implementado um conjunto de ferramentas integradas de digitalização de campanhas em vários países, especificamente redes mosquiteiras tratadas com insecticida (digitalização de MTI) no Sudão do Sul em 2020, e o Sistema Electrónico Comunitário de Informação Sanitária (e-SCIS), uma plataforma digital para digitalizar o pessoal da saúde comunitária do Quénia e promover a CUS, em 2023. As plataformas do Desafio para a Inovação e do Mercado para a Inovação da OMS foram criadas em 2018 para identificar, apresentar e apoiar inovações promissoras no domínio da saúde. As mais de 2400 candidaturas puseram em evidência um ecossistema vibrante de inovadores, o que levou à selecção de 30 inovações promissoras para receberem apoio

futuro e para alargamento. O seu sucesso demonstrou o valor da criação de plataformas que ligam inovadores, financiadores e decisores políticos.

As intervenções de saúde digital bem sucedidas exigem a colaboração de múltiplos sectores, ao passo que as ferramentas digitais têm um papel fundamental a desempenhar na gestão dos surtos de doenças, incluindo o rastreio da população, o acompanhamento das infecções e a minimização do contacto humano directo. Por outro lado, uma liderança forte é crucial para definir prioridades, mobilizar recursos e construir uma compreensão partilhada dos potenciais benefícios da saúde digital, sobretudo à medida que as tecnologias de IA se tornam cada vez mais integradas nos cuidados de saúde e suscitam considerações éticas.

À medida que a OMS prossegue o seu trabalho para manter esta dinâmica e tirar partido dos êxitos alcançados até à data, a concentração na promoção de uma cultura de inovação ajudará a conseguir o reforço dos sistemas de saúde digital nacionais que ainda é necessário. O reforço da colaboração e das parcerias será fundamental para o sucesso do alargamento das inovações digitais nos países africanos, tal como a necessidade de garantir uma utilização ética e responsável das tecnologias.

93 Burquina Faso, Camarões, Chade, Libéria, Mali, Níger, Nigéria, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Serra Leoa e Sudão do Sul.



Melhorar a saúde
e o bem-estar
ao longo da vida

5

5.1	Acabar com a compartimentação dos cuidados de saúde	93
<hr/>		
5.2	Promover a saúde das mulheres	95
<hr/>		
5.3	Promover a saúde e o desenvolvimento de todas as crianças	103
<hr/>		
5.4	Melhorar a saúde e o bem-estar dos adolescentes	109
<hr/>		
5.5	Promover a saúde e o bem-estar das pessoas idosas	114

Acabar com a compartimentação dos cuidados de saúde

Durante a era dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), a maioria dos países da Região Africana da OMS estava centrada sobretudo em pacotes de saúde básicos que visavam doenças e desafios de saúde específicos, através de intervenções verticais ou compartimentadas. A abordagem ao longo da vida da OMS marcou uma mudança de paradigma essencial para melhorar as perspectivas da África de concretizar os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da próxima geração, que entraram em vigor em Janeiro de 2016, um ano após a tomada de posse da Dr.ª Moeti.

Foi uma altura de transformação, em que a abordagem ao longo da vida adoptava uma perspectiva temporal e societal da saúde e do bem-estar dos indivíduos e das gerações. O modelo reconhece que todas as fases da vida estão intrinsecamente interligadas, não só com os nossos pares, mas também com as vidas e os meios de subsistência das gerações passadas e futuras.

As doenças não transmissíveis constituíam

um imenso desafio emergente no domínio da saúde, tal como as situações de multimorbilidade, como a diabetes e as doenças cardíacas. Esta tendência acentuou a necessidade de serviços de saúde abrangentes para combater não só as doenças isoladas, mas também o desenvolvimento saudável, a prevenção de doenças, a promoção da saúde e a manutenção da saúde a longo prazo.

Esta abordagem, fundamental para a consecução da CUS e dos ODS, exige acções de colaboração entre sectores para combater os determinantes sociais da saúde e prestar cuidados abrangentes e contínuos em todas as fases da vida – gravidez, primeira infância, infância, adolescência, idade adulta e velhice.

No início da Agenda de Transformação, em 2015, a Região Africana enfrentava desafios significativos no que diz respeito aos cuidados de saúde primários (CSP) e à saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e do adolescente (SRMNIA), ambos elementos cruciais da abordagem ao longo da vida. No rescaldo do surto de Ébola de 2014-2016, na

Esta abordagem, fundamental para a consecução da CUS e dos ODS, exige acções de colaboração entre sectores para combater os determinantes sociais da saúde e prestar cuidados abrangentes e contínuos em todas as fases da vida – gravidez, primeira infância, infância, adolescência, idade adulta e velhice.

África Ocidental, os serviços essenciais de saúde em ambientes rurais e urbanos foram contemplados na Declaração de Astana, que reconhecia a urgência de reforçar os sistemas de CSP como um passo essencial para alcançar a cobertura universal de saúde.

Apesar destes compromissos, a pandemia de COVID-19 deixou os sistemas de saúde em dificuldades a partir de 2020, causando perturbações generalizadas em todos os canais de prestação de serviços, incluindo os cuidados primários e os serviços essenciais de

tratamento de doenças transmissíveis e não transmissíveis, a saúde mental, a SRMNIA e a nutrição. No caso da Região Africana, a crise também proporcionou lições valiosas que levaram à adopção de estratégias e inovações para fazer face a perturbações nos serviços e, crucialmente, para reforçar a resiliência dos sistemas de saúde para futuras emergências.

A pandemia sublinhou a relevância de uma abordagem ao longo da vida, conjugada com sistemas robustos de CSP, cujas estratégias já começaram a gerar melhorias graduais em áreas-chave na Região, incluindo nas taxas de mortalidade materna, neonatal e infantil, no acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva (SSR) de qualidade, e a serviços no âmbito do envelhecimento saudável. Os progressos devem ser significativamente acelerados para colmatar as lacunas remanescentes no sentido de alcançar as metas dos ODS.



Promover a saúde das mulheres

A OMS desempenhou um papel fundamental nos progressos significativos realizados na última década para aumentar o acesso e a disponibilidade de serviços de SSR na Região Africana, com conquistas notáveis, incluindo a redução da taxa de mortalidade materna (TMM), o reforço da assistência qualificada ao parto, o aumento da utilização do planejamento familiar moderno, o avanço dos quadros jurídicos e políticos para os serviços de SSR, e a redução de práticas nocivas como a violência de gênero e a mutilação genital feminina (MGF).

A Organização promoveu, desenvolveu políticas e estratégias, reforçou capacidades, divulgou orientações e prestou assistência técnica crucial para a implementação dos planos estratégicos do sector da saúde. A mobilização de recursos era uma das principais prioridades, e a OMS na Região Africana

ajudou a angariar mais de 100 milhões de dólares para esta área de trabalho ao longo da última década.

Muitos países beneficiaram da assistência técnica contínua da OMS para integrar elementos do sistema de saúde nas subvenções da GAVI e do Fundo Mundial, e para desenvolver e aplicar políticas, estratégias e iniciativas nacionais de qualidade para melhorar a segurança dos doentes e a prevenção e controlo de infecções. Foram também divulgadas directrizes e realizados webinars e acções de formação para o reforço das capacidades.

Além disso, a OMS liderou diálogos políticos de alto nível e iniciativas de envolvimento para ajudar os países a elaborar planos estratégicos abrangentes no âmbito da SRMNIA e, juntamente com parceiros, apoiou 27 países⁹⁴ na elaboração de planos de aceler-

⁹⁴ África do Sul, Burquina Faso, Burundi, Chade, Comores, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gana, Guiné, Lesoto, Libéria, Madagascar, Maláui, Mali, Moçambique, Nigéria, Quênia, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Sudão do Sul, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

ação para a saúde materna e neonatal (SMN). Estes planos visavam dar prioridade a acções específicas para atingir os objectivos estabelecidos até 2025.

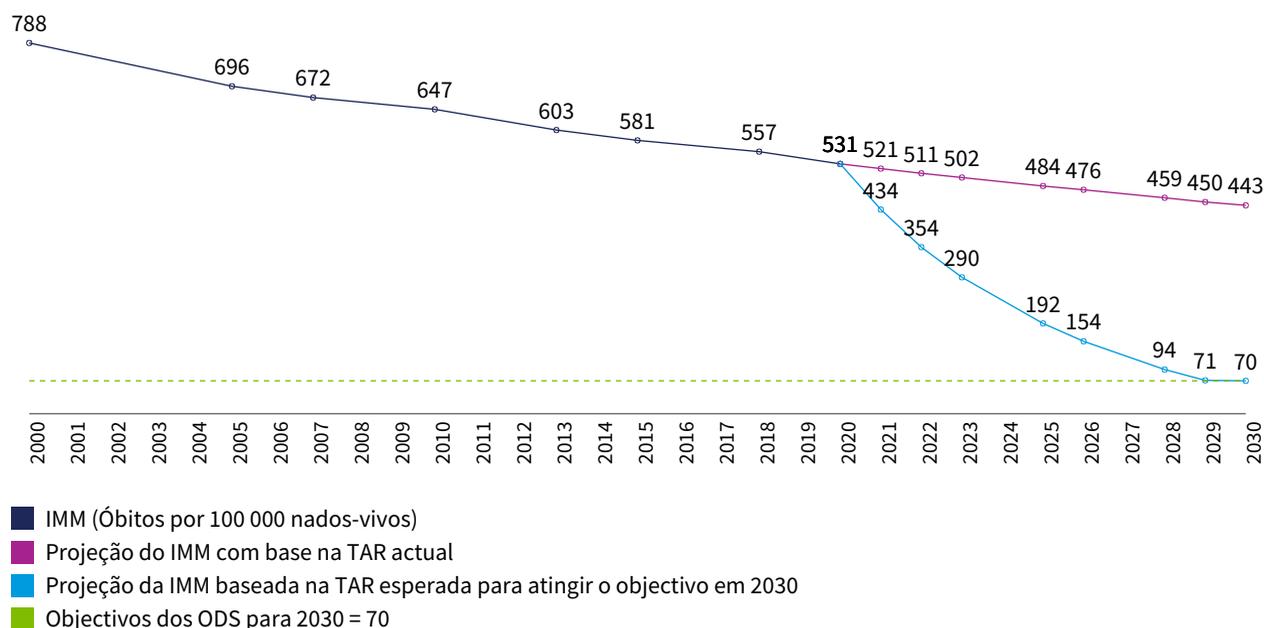
O valor das intervenções reflecte-se nas taxas de mortalidade materna, que têm vindo a diminuir gradualmente na Região Africana, revelando melhorias fundamentais na saúde das mulheres. A TMM por 100 000 nados-vivos diminuiu 38% (equivalente a uma redução média anual de 2%), passando de 857 para 531 entre 2000 e 2020. É de salientar que a taxa de declínio foi mais rápida entre 2000 e 2010 (3,3% por ano), em comparação com o período entre 2010 e 2020 (1,5% por ano). Esta discrepância pode dever-se aos investimentos consideráveis destinados a reduzir

a mortalidade materna e infantil durante a era dos ODM.

No entanto, ao aprofundar os dados estatísticos, a TMM revela disparidades preocupantes entre países, com os países da África Ocidental a registarem tipicamente taxas de mortalidade materna mais elevadas em comparação com outras sub-regiões do continente (ver Figuras 21 e 22). Por exemplo, as estimativas relativas ao Chade, à Nigéria e ao Sudão do Sul são particularmente elevadas, excedendo 1000 por 100 000 nados-vivos. Um total de 43 países⁹⁵ adoptaram políticas, directrizes e leis nacionais para notificar, auditar e/ou rever todas as mortes maternas como estratégia para melhorar a qualidade dos cuidados prestados às mães e acabar com

95 África do Sul, Angola, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camarões, Chade, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Essuatíni, Etiópia, Gabão, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Maláui, Mali, Maurícia, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Seicheles, Senegal, Serra Leoa, Sudão do Sul, Togo, Zâmbia e Zimbabué. (Fonte: Inquérito da OMS sobre a política de SRMNA, 2023).

Figura 21: Tendências da TMM (mortes / 100 000 nados-vivos) na Região Africana da OMS

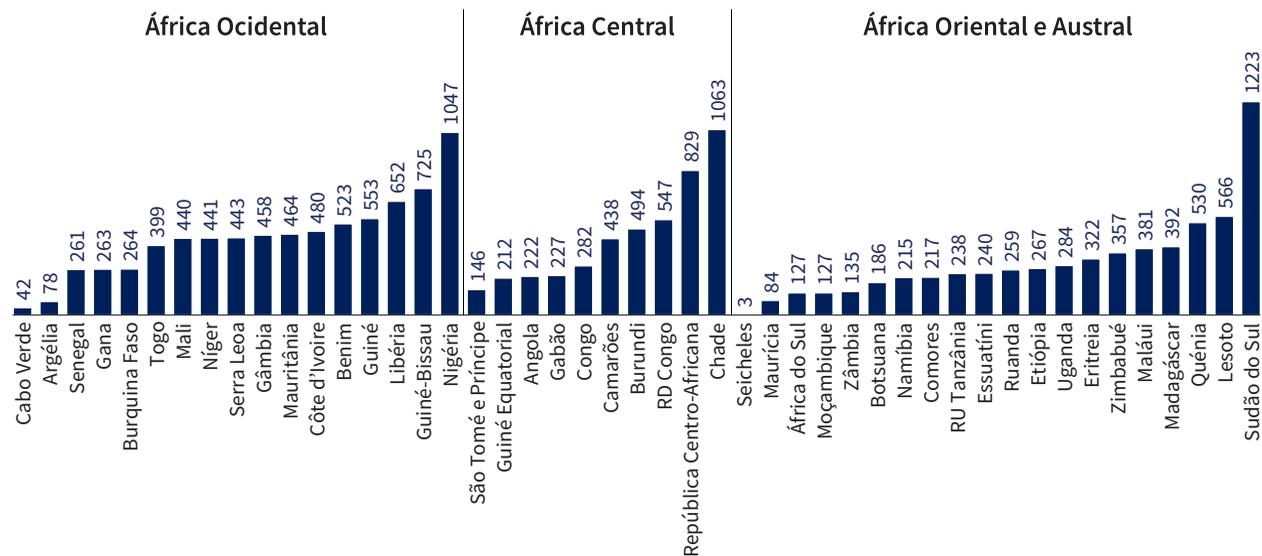


Taxa anual de redução (TAR), 2015-2020: -1.8%

TRA prevista para atingir o objectivo dos ODS, 2020-2030: -20,3%

Fonte: Tendências da mortalidade materna de 2000 a 2020: Estimativas da OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo do Banco Mundial e UNDESA/Divisão da População

Figura 22: Taxa de mortalidade materna (mortes / 100 000 nados-vivos) na Região Africana da OMS, 2020



Fonte: IGME da ONU (Grupo de Trabalho Interações da ONU sobre estimativas da mortalidade infantil)



as mortes evitáveis.

Os progressos realizados para melhorar o acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade, nomeadamente no domínio da saúde materna e reprodutiva, foram especialmente evidentes no domínio da prevenção do VIH. A percentagem de mulheres grávidas que vivem com o VIH e que receberam antirretrovirais eficazes para prevenir a transmissão do vírus aos seus filhos (excluindo a nevirapina em dose única), por exemplo, aumentou de 71% para 84% entre 2012 e 2022, o que representa um aumento de 17%. A percentagem de países com mais de 60% de cobertura de cuidados pós-natais também aumentou, de 28% para 46% entre 2010 e 2023.

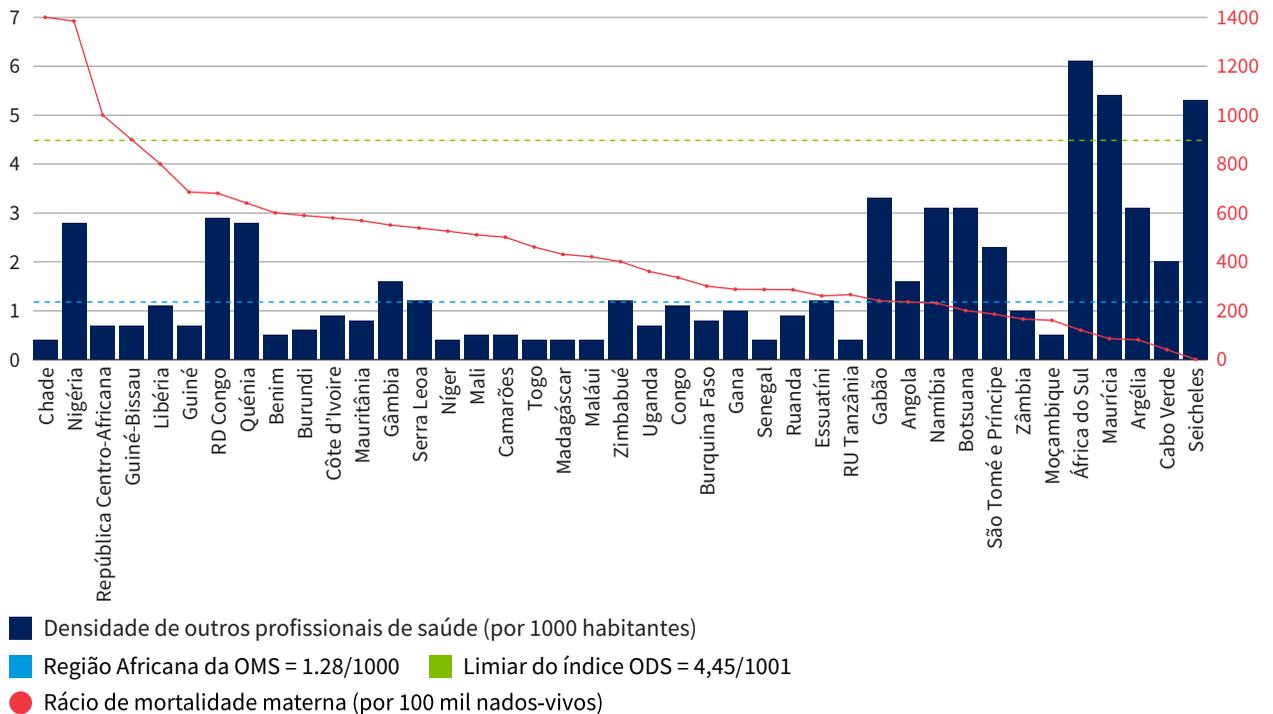
Outra melhoria importante foi a percentagem de partos assistidos por profissionais

de saúde qualificados, que aumentou 20%, passando de 54% em 2012 para 74% em 2022. O número de países onde mais de 80% dos partos são assistidos por profissionais de saúde qualificados também aumentou, de 13 (28%) em 2010 para 28⁹⁶ (60%) em 2023. Na Região Africana, uma maior densidade de profissionais de saúde, incluindo assistentes de parto qualificados, como médicos, parteiros e enfermeiros, está associada a taxas de mortalidade materna mais baixas (ver Figura 23).

No que diz respeito ao planeamento familiar eficaz, a proporção de mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos na Região Africana cujas necessidades foram satisfeitas por métodos contraceptivos modernos aumentou de 47% para 58% entre

96 África do Sul, Argélia, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Cabo Verde, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Essuatíni, Gabão, Gâmbia, Gana, Lesoto, Libéria, Maláui, Maurícia, Namíbia, Quênia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Seicheles, Serra Leoa, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

Figura 23: Densidade de pessoal de saúde qualificado em comparação com a TMM na Região Africana da OMS



Fonte: World Health Organization Global Health Observatory

2010 e 2022. Cinco países⁹⁷ ultrapassaram os 80%, ao passo que outros 10⁹⁸ atingiram uma percentagem entre 60% e 80%. Entre as mulheres casadas ou que mantêm uma relação na África Subsariana, a utilização de métodos contraceptivos modernos aumentou de 25% para 30% entre 2015 e 2023. Em 2022, cerca de 41% das raparigas adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos que pretendiam utilizar métodos contraceptivos modernos estavam a utilizá-los, com o apoio de agentes comunitários de saúde a contribuir para o aumento da sua utilização em países como a Nigéria.

As práticas nocivas, incluindo a MGF e a violência sexual/de género, particularmente entre os grupos etários mais jovens, registaram um declínio encorajador, de 41% para 34% entre 2010 e 2019, entre mulheres e raparigas com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos. Contudo, e também aqui, a prevalência varia significativamente de país para país, uma vez que a MGF continua a constituir uma grande preocupação nas sub-regiões ocidental e oriental, onde a Eritreia, a Guiné, o Mali e a Serra Leoa registam as taxas mais elevadas.

Foram realizados progressos significativos em todos os países no sentido da criação de quadros jurídicos e políticos favoráveis aos serviços de saúde e direitos sexuais e reprodutivos (SDSR), incluindo os cuidados no aborto. A OMS apoiou 21 países⁹⁹ na adopção de directrizes actualizadas sobre cuidados no aborto, bem como no reforço das competências e capacidades dos prestadores de cuidados de saúde para prestarem serviços de elevada qualidade no âmbito do aborto.

Em 2021, o Benim e a República Democrática do Congo (RDC) reviram as suas leis para alargar o acesso aos serviços de aborto e

estão em curso revisões legais semelhantes no Maláui, na Serra Leoa e no Zimbabué. Actualmente, 41 países¹⁰⁰ autorizam o aborto em condições específicas, como a violação, o incesto, a deficiência fetal e em situações que ponham em perigo a saúde materna. Na África do Sul, em Cabo Verde, Moçambique e São Tomé e Príncipe, a interrupção voluntária da gravidez é permitida a pedido das mulheres até um determinado limite de gestação. Estes avanços levaram a um aumento da utilização de serviços de aborto, um importante contributo para a redução da morbilidade e mortalidade maternas.

Apesar das conquistas obtidas, continuam a existir elevadas taxas de mortalidade materna devido a atrasos no acesso ou na recepção de cuidados, à prestação de cuidados de qualidade inferior, e à não-utilização de práticas baseadas em dados factuais na gestão de complicações obstétricas. De futuro, os países são incentivados a otimizar a utilização das inovações na saúde digital no acompanhamento das mães, permitindo uma monitorização mais próxima desde os cuidados pré-natais até aos cuidados pós-natais.

97 Botsuana, Essuatíni, Lesoto, Namíbia e Zimbabué.

98 África do Sul, Argélia, Cabo Verde, Etiópia, Madagáscar, Maláui, Quênia, Ruanda, Uganda e Zâmbia.

99 Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Cabo Verde, Chade, Congo, Etiópia, Gabão, Gana, Guiné Equatorial, Maláui, Moçambique, Nigéria, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Ruanda, Serra Leoa, Sudão do Sul, Zâmbia e Zimbabué.

100 Argélia, Angola, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Camarões, Chade, Comores, Côte d'Ivoire, Eritreia, Essuatíni, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Lesoto, Libéria, Maláui, Mali, Maurícia, Mauritânia, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Seicheles, Senegal, Serra Leoa, Sudão do Sul, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

Moçambique: Reduzir a mortalidade materna



“O hospital cuida muito bem dos seus doentes. Correu tudo bem e estamos os três bem até hoje.”

Maulete Joaquim

1 em 160

o número mulheres em Moçambique morriam de complicações na gravidez ou no parto em 2000

223

o número de mortes maternas por 100 000 nascimentos vivos em Moçambique em 2023, representando uma redução de mais de 50% em relação ao ano 2000

15%

o aumento na força de trabalho do sector de saúde geral entre 2017 e 2021

Desde 2018, Maulete Joaquim teve dois partos sem complicações no Hospital Rural do Songo, na província ocidental de Tete, em Moçambique, o mais recente dos quais ocorreu em 2023.

Durante muitos anos, não foi esse o caso das mulheres em Moçambique, onde uma guerra civil prolongada tinha arrasado os serviços e as infra-estruturas de saúde pública. Em grande parte devido a este historial, em 2000 Moçambique tinha uma das taxas de mortalidade materna mais elevadas do mundo, com cerca de uma em cada 160 mulheres a morrer de complicações na gravidez ou no parto.

No entanto, desde então, o país deu passos significativos para inverter a tendência, dando prioridade à saúde materna e salvando a vida de milhares de mulheres como Maulete Joaquim. Em 2023, a TMM em Moçambique era de 223 mortes por 100 000 nados-vivos, o que equivale a uma melhoria de mais de 50% desde 2000.

Várias intervenções cruciais contribuíram para esta reviravolta dramática. Entre elas, as autoridades sanitárias envidaram esforços concertados para expandir tanto as infra-estruturas do sector como a sua força de trabalho. Entre 2017 e 2021, foram inauguradas 106 novas unidades de saúde em todo o país, aumentando o acesso aos serviços de saúde. Durante o mesmo período, o complemento global da força de trabalho no sector da saúde aumentou cerca de 15%, com um aumento semelhante no número de técnicos de saúde.

“Uma das medidas que mais contribuiu para os nossos esforços foi a formação de enfermeiros de saúde materna e infantil, que desempenham um papel extremamente importante”, afirma o Dr. Caetano Pereira, Presidente da Comissão Nacional de Mortes Maternas, Neonatais e Perinatais do Ministério da Saúde.

A OMS tem sido um parceiro fundamental no apoio a Moçambique para estabelecer um sistema de vigilância e resposta à morte materna e na prestação de apoio técnico e financeiro ao Ministério da Saúde em 2019 para actualizar o conjunto de materiais de formação sobre cuidados obstétricos e neonatais de emergência. Seguiu-se a formação de 40 formadores nacionais nas 11 províncias do país.

Além disso, em 2021, a OMS colaborou com as autoridades sanitárias para elaborar uma estratégia abrangente de saúde comunitária. A implementação teve início em 2022, centrando-se no aumento da capacidade dos agentes comunitários de saúde para a identificação precoce de riscos junto das mulheres grávidas.

“Moçambique tem feito esforços louváveis para reduzir a mortalidade materna”, diz o Dr. Severin Ritter von Xylander, Representante da OMS em Moçambique. “Se o país conseguir manter a redução anual que se tem verificado, está no bom caminho para atingir o ODS sobre mortalidade materna até 2030, salvando inúmeras vidas no processo.”





Promover a saúde e o desenvolvimento de todas as crianças

Dado o potencial da população jovem de África, em rápido crescimento, de impulsionar um crescimento regional considerável, os Estados-Membros e os parceiros estão fortemente motivados para contrariar os desafios persistentes dos nados-mortos evitáveis e da mortalidade materna, neonatal e infantil na Região. No entanto, os países terão de respeitar os seus compromissos de alto nível de promoção da saúde e do bem-estar das crianças, a fim de acelerar os progressos demasiado lentos na concretização dos objectivos de saúde dos ODS relacionados com as crianças.

As histórias de sucesso no continente são a prova daquilo que é possível fazer. Por exemplo, cinco¹⁰¹ países com rendimentos altos, médios-altos e médios-baixos alcançaram a meta dos ODS para a mortalidade de menores de cinco anos, enquanto outros nove¹⁰², incluindo países com baixos rendimentos,

registaram reduções notáveis nas suas taxas de mortalidade de menores de cinco anos entre 2000 e 2022. O Maláui, o Ruanda e São Tomé e Príncipe conseguiram reduzir a mortalidade de menores de cinco anos em mais de 75%, enquanto Angola, o Burundi, a Etiópia, o Senegal, a República Unida da Tanzânia e o Uganda registaram reduções de mais de dois terços nas suas taxas de mortalidade de menores de cinco anos.

Durante a última década, as taxas de mortalidade infantil em toda a Região continuaram a diminuir, tendo a taxa de mortalidade de menores de cinco anos por 1000 nados-vivos diminuído 53% (equivalente a 2,5% ao ano), de 150 para 70, entre 2000 e 2022 (Figura 24). A taxa de redução foi mais rápida entre 2000 e 2010 (aproximadamente 4% ao ano), em comparação com 2010 a 2022 (cerca de 3% ao ano).

De modo semelhante, a taxa de mortali-

101 Argélia, Cabo Verde, Maurícia, São Tomé e Príncipe e Seicheles.

102 Angola, Burundi, Etiópia, Maláui, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, República Unida da Tanzânia, Uganda

“Quando mudamos o início da história, mudamos toda a história. Lembrem-se de que a saúde e a sobrevivência maternas têm um grande impacto no crescimento psicossocial das crianças. Este nível de sucesso na sobrevivência de mulheres e crianças justifica agora a necessidade de investir para garantir que as nossas crianças não só sobrevivem como crescem até ao seu potencial máximo.”

Dr. Charles Sagoe-Moses
Representante da OMS, República Unida da Tanzânia

idade neonatal por 1000 nados-vivos diminuiu 35% (ou 2% por ano), passando de 40 para 26 entre 2000 e 2022. Se a taxa de redução estimada entre 2000 e 2022 se mantiver, as taxas de mortalidade de menores de cinco anos e neonatal por 1000 nados-vivos serão de 34 e 21 em 2030, respectivamente. No entanto, estas taxas ainda não atingiriam as metas dos ODS para 2030 relativas às taxas de mortalidade de crianças menores de cinco anos (máximo de 25 por 1000 nados-vivos) e neonatal (máximo de 12 por 1000 nados-vivos).

Para apoiar o progresso em direcção às metas dos ODS, a OMS na Região Africana assumiu a liderança no desenvolvimento de

um quadro para melhorar os serviços integrados centrados na criança para as idades 0 a 19 no contexto dos CSP.¹⁰³ Enraizado nos ODS e harmonizada com estes, e também com a estratégia mundial para a saúde da mulher, da criança e dos adolescentes (2016-2030), o quadro operacional dos CSP e o quadro da OMS para serviços de saúde integrados e centrados na pessoa, este quadro foi co-criado com vários Estados-Membros e programas de saúde, e delineia princípios orientadores fundamentais, áreas de acção estratégica, resultados esperados e impactos desejados.

A OMS também liderou diálogos políticos de alto nível e iniciativas de envolvimento, ajudou os países a desenvolver planos estratégicos abrangentes para a SRMNIA, e ajudou a formular planos de aceleração/operacionais incidindo em várias fases da vida. Estes esforços implicaram a concepção de pacotes de serviços essenciais de saúde destinados a pessoas de todos os grupos etários ao longo de todo o ciclo de cuidados, juntamente com o reforço da capacidade de implementação e o acompanhamento dos progressos.

Para ajudar a capacitar os países a prestar os cuidados de elevada qualidade necessários, a OMS forneceu orientações práticas para integrar as normas nos sistemas de saúde,

103 Documento em fase de finalização.

Figura 24: Tendências das taxas de mortalidade neonatal e de menores de cinco anos (mortes / 1 000 nados-vivos) na Região Africana da OMS



Fonte: IGME da ONU (Grupo de Trabalho Interações da ONU sobre estimativas da mortalidade infantil)

trabalhando com os parceiros para facilitar o intercâmbio de conhecimentos entre países. Deste modo, houve uma adoção das melhores práticas e inovações, que melhoraram a qualidade dos cuidados de saúde materna, neonatal e infantil, revitalizaram a estratégia de Gestão Integrada das Doenças da Infância (GIDI) através da adoção de uma abordagem sistémica da implementação, e integraram os cuidados e a atenção às crianças nos sistemas de saúde.

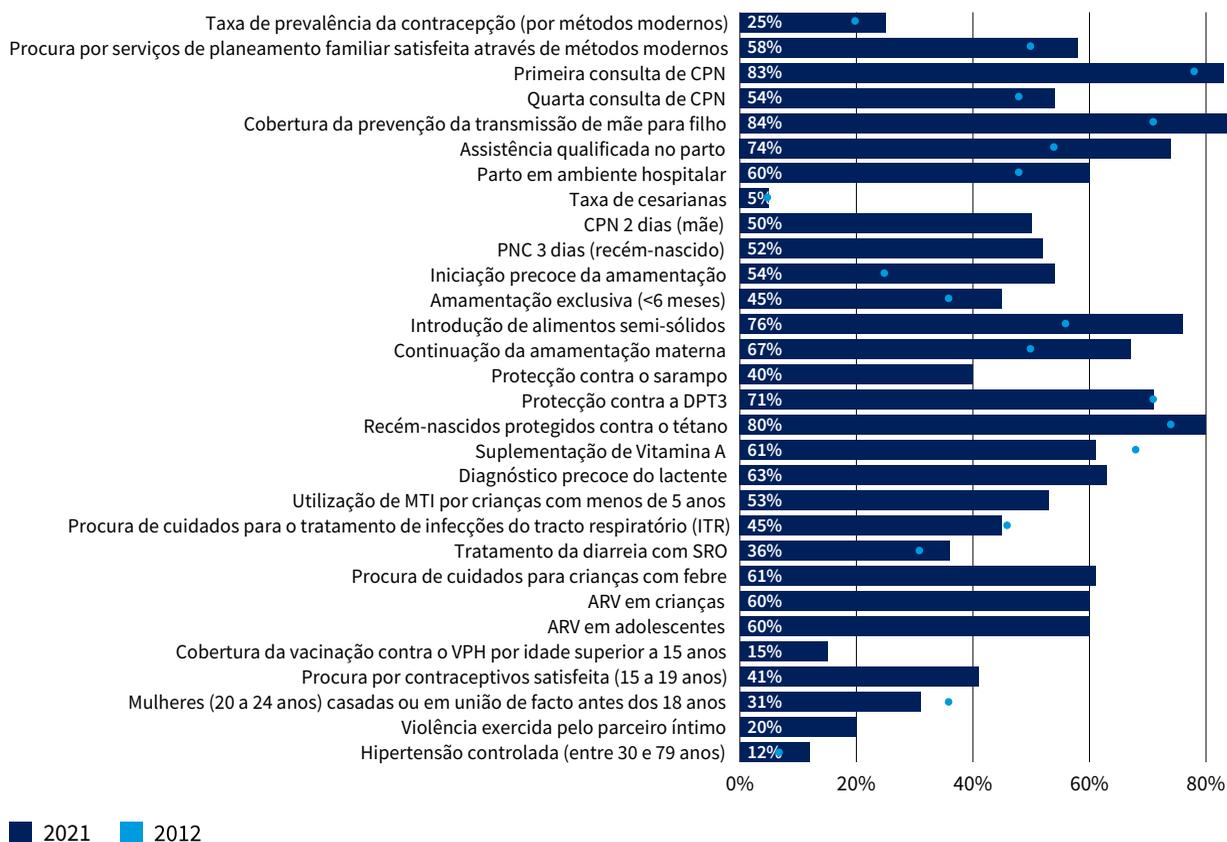
A cobertura das intervenções no domínio dos cuidados de saúde infantil registou um aumento entre 2015 e 2022. Para além das parteiras qualificadas quando do nasci-

mento, as melhorias verificam-se em áreas que incluem o início precoce do aleitamento materno, os cuidados pós-natais para os recém-nascidos, o diagnóstico precoce do VIH nos bebés, o aleitamento materno exclusivo, os antibióticos para a pneumonia, as soluções de reidratação oral (SRO) e a utilização de zinco para a diarreia (embora partindo de um valor muito baixo), a utilização de redes tratadas com insecticida contra o paludismo e o TAR para o VIH.

No terreno, as estratégias para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços integrados de saúde infantil (ver Figura 25) melhoraram. Um total de 35 países¹⁰⁴ (74%) têm políticas

104 África do Sul, Angola, Burundi, Benim, Burquina Faso, Chade, Côte d'Ivoire, Camarões, Comores, Essuatíni, Etiópia, Gana, Guiné, Lesoto, Libéria, Madagascar, Maláui, Mali, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Sudão do Sul, Togo, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabué. (Fonte: 2023 SRMNCAH Policy Survey).

Figura 25: Tendências na cobertura de intervenções específicas importantes para a saúde materna, neonatal e infantil na Região Africana da OMS



ou diretrizes nacionais sobre GDI, enquanto 32¹⁰⁵ (70%) têm padrões nacionais de qualidade de cuidados para os cuidados maternos e neonatais. Para além disso, 37¹⁰⁶ países (77%) adoptaram políticas, diretrizes e leis nacionais para documentar cada morte de recém-nascido e para os nado-mortos, enquanto 24 países¹⁰⁷ (55%) têm uma estratégia nacional ou um plano de implementação para a expansão dos cuidados aos recém-nascidos pequenos e doentes.

O desenvolvimento na primeira infância, que abrange o crescimento cognitivo, físico, linguístico, motor, social e emocional das crianças desde a concepção até aos oito anos de idade, é outra área de incidência. A partir da concepção, os primeiros anos, em particular os primeiros 1000 dias, são caracterizados por um rápido desenvolvimento do cérebro, com experiências precoces que exercem uma influência significativa. O investimento em cuidados de saúde para o desenvolvimento na primeira infância não só afecta a sobrevivência, a progressão saudável e o amadurecimento das crianças, como também influencia o envelhecimento saudável, ilustrando assim a necessidade e as vantagens de adoptar uma perspectiva de curso de vida.

Nos cinco anos que decorreram desde o lançamento, num evento paralelo à 71.^a Assembleia Mundial da Saúde (2018), do quadro de cuidados à criança para o desenvolvimento na primeira infância, para ajudar as crianças a sobreviver e a prosperar, a OMS apoiou uma série de iniciativas de progresso positivo. À data de Dezembro de 2023, 32 Estados-Membros da Região Africana¹⁰⁸ tinham adoptado

políticas nacionais multisectoriais que criam um ambiente favorável à prestação de cuidados à criança. No âmbito desta abordagem, a resposta do sector da saúde é particularmente importante, dadas as oportunidades de capitalizar as interações frequentes que as crianças pequenas e as pessoas que delas cuidam têm com o sistema de saúde.

A Etiópia e o Ruanda, por exemplo, estão a operacionalizar estes planos multisectoriais em estratégias do sector da saúde, delineando conjuntos de cuidados, em pontos de contacto determinados, com crianças pequenas e os seus cuidadores, e reforçando a capacidade dos profissionais de saúde para incorporar nos sistemas de saúde os cuidados às crianças, em benefício do desenvolvimento na primeira infância, a fim de chegar a todas as crianças pequenas.

A OMS também apoiou os países na adopção e aplicação de diretrizes destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados às mulheres, crianças e adolescentes. Estas incluem o Plano de Acção Mundial Todos os Recém-Nascidos (2014), as Normas da OMS para melhorar a saúde materna e neonatal (2016), as crianças e os jovens adolescentes e o Guia operacional para a auditoria e análise da mortalidade pediátrica com base nas unidades de saúde (2018). Outras incluem diretrizes e normas para recém-nascidos pequenos e doentes (2020), recomendações da OMS para os cuidados a prestar a bebés prematuros ou com baixo peso à nascença (2022), recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência de gravidez positiva (2016), recomendações da

105 Benim, Burquina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camarões, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Guiné Equatorial, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Libéria, Madagáscar, Maláui, Mali, Maurítânia, Namíbia, Níger, Quénia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Sudão do Sul, Togo, Uganda e Zâmbia. (Fonte: Rastreo AMME e ENAP até 2023).

106 África do Sul, Angola, Burundi, Benim, Burquina Faso, Cabo Verde, Camarões, Chade, Comores, Côte d'Ivoire, Essuatíni, Etiópia, Gana, Guiné, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Maláui, Mali, Maurícia, Maurítânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quénia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Sudão do Sul, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué. (Fonte: 2023 Inquérito sobre políticas de SRMNCAH).

107 Benim, Burundi, Cabo Verde, Camarões, Chade, Comores, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Libéria, Maláui, Namíbia, Nigéria, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Sudão do Sul, Togo e Uganda.

108 África do Sul, Angola, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Camarões, Comores, Congo, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Lesoto, Libéria, Maláui, Mali, Maurítânia, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quénia, República Centro-Africana, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Seicheles, Serra Leoa, Uganda.

As Seicheles celebram 50 anos a salvar a vida de crianças através da vacinação

99%

a taxa de cobertura para a primeira dose da vacina contra difteria-tétano-coqueluche (DTP1) em 2022

97%

a taxa de cobertura para a terceira dose da vacina contra difteria-tétano-coqueluche (DTP3) em 2022

98%

a taxa de cobertura para a primeira dose da vacina contra o sarampo (MCV1) em 2022

>95%

a taxa de cobertura vacinal para vacinas essenciais da infância, considerada ideal para prevenir surtos de doenças

Matteo Pragassen tem quase um ano de idade e a sua mãe, Diane Uranie, levou-o ao centro de saúde de Beau Vallon, em Victoria, capital das Seicheles, para ser vacinado contra o sarampo, a papeira e a rubéola. Pouco depois da chegada, a enfermeira Brigitte Mathiot administra habilmente a injeção e está tudo acabado.

A imunização infantil de rotina é um elemento essencial dos serviços de saúde e sobrevivência infantil prestados pelo Ministério da Saúde nas Seicheles. O programa de vacinação do país foi formalmente criado em 1974, com o apoio da OMS, e celebrou o seu 50.º aniversário em 2024, juntamente com o Programa Alargado de Vacinação da OMS.

As Seicheles alcançaram uma elevada cobertura de vacinação para as vacinas infantis essenciais, atingindo mais de 95%, o que é ótimo para evitar na população surtos de doenças evitáveis pela vacinação. Em 2022, a cobertura para a primeira e terceira doses da vacina contendo difteria-tétano-pertussis (DTP1 e DTP3), e a primeira dose da vacina contra o sarampo (MCV1), foi estimada em 99%, 97% e 98%, respectivamente, significativamente mais elevada do que as médias regionais. O país também resistiu muito bem às perturbações causadas pela COVID-19, regi-

stando apenas uma ligeira queda na cobertura em 2021, antes desta ser reposta em níveis pré-pandémicos no ano seguinte.

Também não houve um único caso de sarampo ou de rubéola nas Seicheles desde 2020, e os esforços de vacinação colocaram o país no caminho certo para se tornar o primeiro na Região Africana a receber a certificação de eliminação do sarampo.

O sucesso do programa de vacinação é multifacetado. Os serviços de saúde infantil gratuitos e acessíveis permitem às mulheres dar à luz em unidades de saúde, garantindo a administração atempada de vacinas à nascença. A vacinação também está integrada noutras intervenções de sobrevivência infantil, e os profissionais de saúde educam as mães sobre a importância da vacinação desde o início.

“Começamos a promover a vacinação junto das mães a partir das consultas pré-natais, passando pelo parto e pela clínica pós-natal, até as crianças irem para a escola”, diz Marylene Lucas, Directora dos Serviços de Saúde Comunitária do Ministério da Saúde das Seicheles.

A economia estável das Seicheles e o compromisso político de alto nível traduziram-se em recursos financeiros sustentáveis, e numa rubrica orçamental dedicada à vacinação

“Como parte dos meus cuidados pós-natais, a clínica informou-me sobre as diferentes vacinas que Matteo teria de tomar à medida que crescesse e que são necessárias para a protecção contra várias doenças. Estou contente por ele estar a tomar as vacinas porque isso ajuda o seu corpo a ficar imune às doenças.”

Diane Uranie



que não pode ser utilizada para outras intervenções. As elevadas taxas de literacia e o acesso aos meios de comunicação e à informação facilitam a aceitação generalizada da vacinação pela população.

Matteo crescerá protegido contra todas as doenças preveníveis pela vacinação graças à dedicação da sua mãe e a um sistema de saúde consolidado. “Compreendo porque é que o Matteo precisa de tomar as suas injeções. Não quero que fique doente porque não seguimos os conselhos que nos deram”, diz Uranie.

“A OMS felicita o Governo das Seicheles pelo seu empenho na vacinação infantil. A Organização esteve presente há 50 anos, quando o país criou o programa, e continuou a estar presente nas últimas cinco décadas, e esperamos continuar a estar presentes quando o país atingir marcos ainda mais elevados.”

Dr. Rex Mpazanje
Representante da OMS nas Seicheles

OMS: Cuidados intra partum para um parto positivo (2018) e recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva (2022).

Além disso, a OMS apoiou os países na adopção de normas para uma experiência pré-natal e pós-natal positiva, e na gestão das doenças infantis através da estratégia GIDI. O pleno potencial desta estratégia inovadora centrada na criança ainda está por concretizar. Na sequência de uma consulta às partes interessadas em Novembro de 2022 na República Unida da Tanzânia, foi feita uma recomendação para uma agenda de “renovação da GIDI”, destinada a tirar proveito da revitalização em curso dos CSP e do alinhamento existente entre os dois.

Investir nos cuidados às crianças para o desenvolvimento na primeira infância influencia a sobrevivência, o crescimento e o desenvolvimento saudáveis das crianças e também tem impacto no envelhecimento saudável (ver 5.5). A integração dos cuidados às crianças em todas as interações que envolvem crianças pequenas e os seus cuidadores, no quadro dos sistemas de saúde existentes, é viável e tem o potencial de melhorar a qualidade geral da interacção entre os profissionais de saúde e os cuidadores.

As iniciativas em curso para reforçar as bases dos CSP para a CUS, a segurança sanitária e a melhoria da saúde das populações, juntamente com o quadro da OMS para serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas, estão todas ligadas, uma vez que, no seu conjunto, desempenham um papel central no apoio a uma agenda abrangente de promoção da saúde e do bem-estar das crianças. A coordenação e a colaboração eficazes entre programas de saúde, bem como entre os vários sectores, são condições prévias essenciais para reformular a trajectória dos progressos no domínio da saúde infantil.

Melhorar a saúde e o bem-estar dos adolescentes

Com uma estimativa de 250 milhões de adolescentes (com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos), só na África Subsaariana, em 2020, o que representa um quinto de todos os adolescentes a nível mundial, e prevendo-se que esta percentagem aumente para 24% até 2030, a crescente população jovem da Região Africana oferece uma importante janela de oportunidade para beneficiar do dividendo demográfico e melhorar o capital humano.

A promoção de comportamentos saudáveis durante a adolescência, e a adopção de medidas para melhor proteger os jovens dos riscos para a saúde, são fundamentais para a prevenção de problemas de saúde não só durante esta fase da vida, mas também do seu impacto na idade adulta. Isto é particularmente verdadeiro nos contextos sociais difíceis específicos dos adolescentes que crescem no continente, onde a pobreza, o

abandono escolar precoce, o casamento e a gravidez infantis, a baixa literacia em saúde, o fraco comportamento de procura de cuidados de saúde, e uma carga relativamente elevada de doenças infecciosas, têm um impacto negativo no estado de saúde desses adolescentes.

Depois de constatar a gravidade do desafio, criou-se em todo o continente um compromisso governamental de alto nível sobre intervenções multissetoriais. Em Abril de 2023, os ministros da educação, da saúde, do género e da juventude dos países da África Ocidental e Central assinaram um compromisso para garantir uma população adolescente instruída, saudável e próspera. Um compromisso semelhante tinha sido assumido três anos antes por países da África Oriental e Austral, enquanto os governos de 10 países africanos¹⁰⁹ prometeram o seu apoio à Agenda de Acção para a Saúde e o

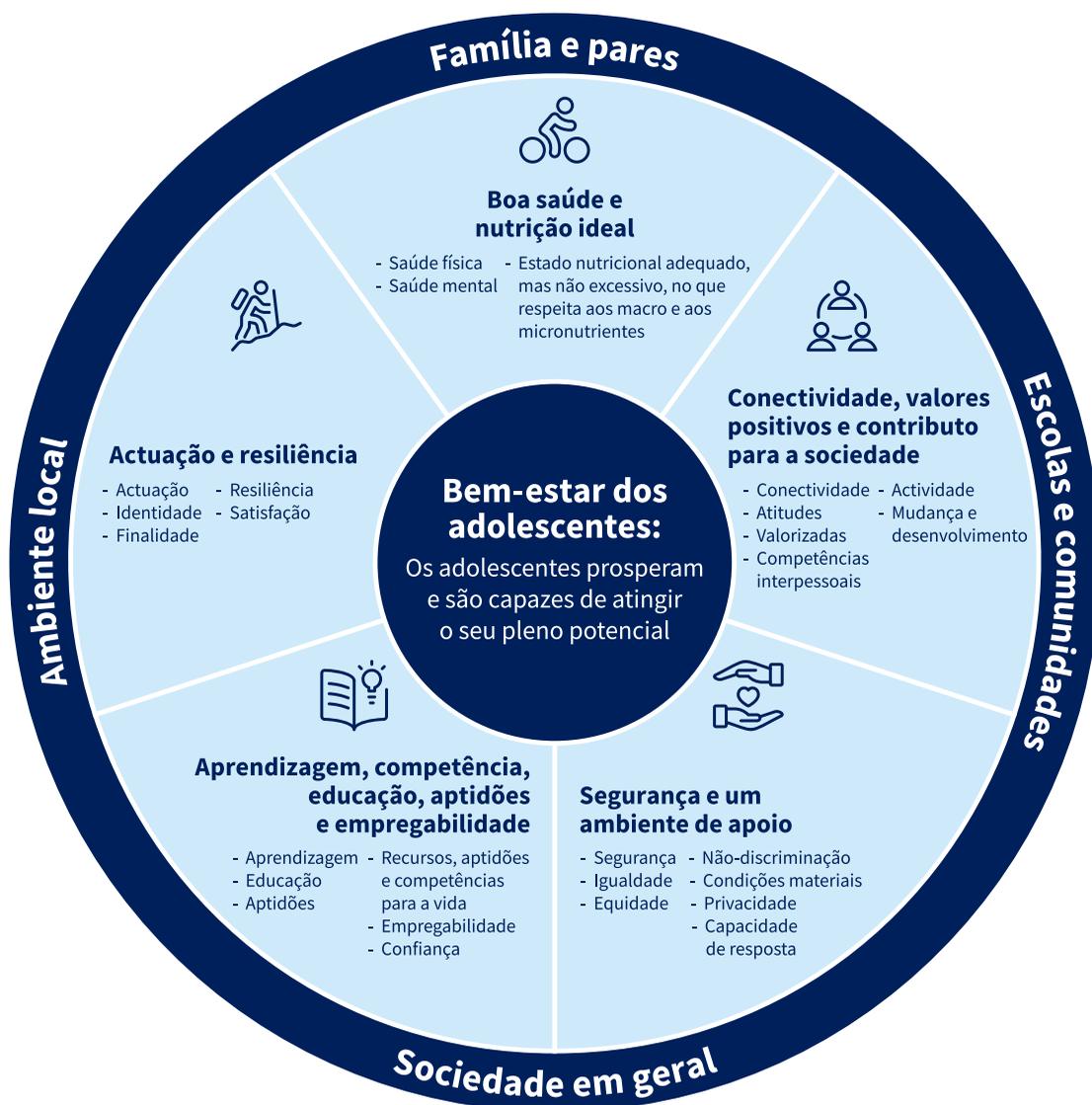
109 África do Sul, Botsuana, Congo, Etiópia, Gana, Libéria, Maláui, Namíbia, Nigéria e Zâmbia.

Bem-Estar dos Adolescentes durante o Fórum Mundial para os Adolescentes em Outubro de 2023. Uma das mudanças notáveis foi a diminuição da gravidez na adolescência, de 114 por 1000 nados-vivos em 2010 para 96 em 2023 – uma redução de 16%.

Em 2017, no início do seu primeiro mandato como Directora Regional para África, a Dr.ª Moeti lançou o Programa Emblemático de Saúde dos Adolescentes para melhorar a saúde e o bem-estar dos adolescentes. Esse programa apresentava orientações e

apoio aos países para a implementação de intervenções baseadas em dados factuais, em conformidade com as orientações da Acção Mundial Acelerada para a Saúde dos Adolescentes (AA-HA!). O programa, com o financiamento catalisador inicial da Directora Regional, reforçou significativamente a capacidade de liderança da OMS. Este facto foi demonstrado pelo diálogo político com os governos e pela colaboração e mobilização das agências das Nações Unidas, e de outros parceiros para o desenvolvimento, em tor-

Figura 26: Áreas de bem-estar dos adolescentes



no de uma agenda comum de programação sistemática e abrangente, liderada pelos governos, para garantir a saúde e o bem-estar deste grupo vulnerável.

Com base nas lições retiradas, e orientada pela segunda edição do AA-HA! lançada em Outubro de 2023, a OMS propôs-se reformular a abordagem de implementação do programa, tornando-a numa abordagem holística e interdisciplinar. Internamente, no Escritório Regional para a África, a principal função do programa é coordenar transversalmente as acções dos grupos, para facilitar o apoio integrado aos países e a responsabilização a alto nível pelos resultados alcançados, incluindo a apresentação de relatórios. A OMS também facilitou os diálogos sobre políticas, as consultas aos Estados-Membros e a criação de consensos entre as partes interessadas, impulsionando uma mudança estratégica, dos projectos liderados por ONG para programas

nacionais, em benefício da saúde dos adolescentes e liderados pelos governos.

Actualmente, 40 países¹¹⁰ desenvolveram planos estratégicos centrados na saúde e no bem-estar dos adolescentes, contribuindo para uma melhoria significativa nas últimas décadas, e incorporaram componentes da orientação AA-HA! Os países também estão a abordar as desigualdades de género nos serviços de saúde para adolescentes. Com o apoio da OMS, 33 países¹¹¹ estão agora a utilizar a ferramenta de avaliação das barreiras aos serviços de saúde para adolescentes (AHSBA), com um grupo de 15 consultores formados que fornece apoio contínuo. Esta ferramenta é utilizada para a análise da situação, a fim de contribuir para o desenvolvimento de políticas e estratégias nacionais transformadoras em relação ao género, centradas na equidade e baseadas nos direitos.

110 África do Sul, Angola, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, Chade, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Essuatíni, Etiópia, Gabão, Gana, Guiné, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Maláui, Mali, Mauritânia, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Níger, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seicheles, Serra Leoa, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

111 África do Sul, Argélia, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Cabo Verde, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Mali, Mauritânia, Namíbia, Níger, Nigéria, República Democrática do Congo, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Sudão do Sul, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.



O diálogo político de alto nível, com o subsequente empenhamento do governo, é fundamental para facilitar a implementação de programas transformadores. Os compromissos ministeriais da África Oriental e Austral (2020) e da África Ocidental e Central (2023) em matéria de educação, saúde e bem-estar dos adolescentes e dos jovens estão a facilitar com êxito a programação multissetorial em benefício da saúde e do bem-estar dos adolescentes. Países como a África do Sul, o Botsuana e as Seicheles solicitaram o apoio da OMS com esse propósito.

É igualmente necessário dar mais atenção à mudança de mentalidade de todas as partes interessadas, para que os programas de saúde para adolescentes passem de uma abordagem médica centrada na doença para uma abordagem centrada no bem-estar, o que exige acções intersectoriais.

Muito importante também, as políticas e leis inibidoras estão a ser revistas para melhorar o acesso dos adolescentes aos serviços de saúde. Por exemplo, o Benim, com o apoio da OMS e do UNFPA, reviu a sua lei de saúde sexual e reprodutiva em 2021, a fim de criar um quadro para os cuidados de aborto e outros serviços de saúde sexual e reprodutiva. Nove países¹¹² criaram sistemas de acreditação de unidades de saúde amigas dos adolescentes e dos jovens, utilizando as normas da OMS. Entre 2018 e 2021, 7910 unidades de saúde foram avaliadas e 5532 certificadas como amigas dos adolescentes. Além disso, os países estão a intensificar as intervenções na área da saúde dos adolescentes, incluindo a vacinação contra o vírus do papiloma humano (HPV) para as raparigas dos nove aos 14 anos em 28 países.¹¹³ A OMS

apoiar estes países na integração da vacinação contra o HPV em cuidados mais alargados centrados nas pessoas.

Uma das lições retiradas é a de que o envolvimento dos adolescentes é um princípio fundamental. No Quênia e no Zimbabué, as organizações lideradas por jovens aumentaram a sensibilização durante a pandemia de COVID-19, e facilitaram o acesso aos serviços de saúde, chegando a 7926 adolescentes através da rádio local e dos meios de comunicação social.

Para ajudar a contrariar a disponibilidade limitada de dados específicos sobre adolescentes, que impede a tomada de decisões baseada em dados factuais, a OMS apoiou 12 países¹¹⁴ na revisão dos seus sistemas de informação para a gestão sanitária (SIGS) e do Software de Informação Sanitária Distrital versão 2 (DHIS2), de modo a incluir dados desagregados sobre adolescentes e jovens. Desde 2018, estes países têm vindo a recolher e a comunicar dados desagregados que já serviam de contributo para o desenvolvimento de políticas e estratégias na Côte d'Ivoire, na Nigéria, na República Democrática do Congo, e no Zimbabué.

Os compromissos de alto nível assumidos pelos governos no sentido de aumentar os investimentos e melhorar as políticas e os programas em favor dos adolescentes têm a capacidade de produzir resultados com impacto no futuro. É igualmente necessário dar mais atenção à mudança de mentalidade de todas as partes interessadas, para que os programas de saúde para adolescentes passem de uma abordagem médica centrada na doença para uma abordagem centrada no bem-estar, o que exige acções intersectoriais.

112 África do Sul, Camarões, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Etiópia, Maláui, Nigéria, República Democrática do Congo, Serra Leoa e Zimbabué.

113 África do Sul, Botsuana, Burquina Faso, Cabo Verde, Camarões, Côte d'Ivoire, Eritreia, Essuatíni, Etiópia, Gâmbia, Lesoto, Libéria, Maláui, Maurícia, Mauritânia, Moçambique, Nigéria, Quênia, República Unida da Tanzânia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Seicheles, Senegal, Serra Leoa, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

114 África do Sul, Burquina Faso, Côte d'Ivoire, Etiópia, Libéria, Moçambique, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Senegal e Zimbabué.

República Democrática do Congo: Melhorar os serviços de saúde dos adolescentes e dos jovens

1/3

parte da população na República Democrática do Congo com idade entre os 10 e 24 anos

17%

a percentagem dos jovens e adolescentes com acesso a serviços de saúde em 2021

600

o número de adolescentes que visitaram o Centro Hospitalar Saint Clément entre julho e dezembro de 2020, um aumento em relação a 280 no mesmo período do ano anterior

Armande*, de dezanove anos, recorda a sua desastrosa primeira visita a um centro de saúde. “Foi horrível”, diz a adolescente de Kongo Central, no oeste da República Democrática do Congo. “Eu era mais nova e procurava informações sobre o VIH, e a enfermeira gozou comigo à frente de toda a gente por causa da minha idade.”

Na República Democrática do Congo, o governo está a trabalhar para proporcionar acesso a serviços de SSR de qualidade para adolescentes e jovens. Segundo o Plano Estratégico para a Saúde e o Bem-Estar dos Adolescentes e Jovens (2021-2025), um terço da população tem entre 10 e 24 anos de idade. No entanto, apenas 17% dos jovens e adolescentes acedem a serviços de saúde em 2021.

A OMS apoiou a implementação de um projecto inovador de aprendizagem em colaboração, apoiado pelo Fundo Mundial. Os prestadores de serviços trabalham em conjunto para identificar, discutir e propor soluções para problemas comuns, reforçando simultaneamente as capacidades e desenvolvendo atitudes positivas, que depois se reflectem nos serviços de saúde prestados aos adolescentes.



Para além de fornecer orientação técnica para o projecto, a OMS apoiou formações, e a concepção de materiais de qualidade para os prestadores.

O projecto foi lançado em seis distritos das províncias do Kasai Ocidental (Mbuji-Mayi) e de Kinshasa, em 2018 e 2019. Jeannette Mudipanu, uma enfermeira do Centro Hospitalar Saint Clément de Makala, que participou numa das formações, diz que sentiu uma profunda mudança de perspectiva.

Os dados disponíveis mostram que cerca de 600 adolescentes visitaram o centro entre Julho e Dezembro de 2020, contra 280 no mesmo período do ano anterior. As entrevistas à saída revelaram uma taxa de satisfação de 100%.

A nova abordagem foi imediatamente evidente para Armande. “Foi como a noite e o dia”, diz ela, comparando-a com a sua primeira experiência. “A primeira coisa que notei foi a forma como fui recebida. A enfermeira atendeu-me num espaço privado e respondeu às minhas perguntas sem me julgar. Mais importante ainda, corrigiu algumas das informações erradas que andavam por aí”.

* O nome foi alterado.

“É importante compreender a pessoa. A partir daí, temos de dedicar algum tempo a ouvir, com paciência e sem juízos de valor.”

Jeannette Mudipanu
Enfermeira do Centro Hospitalar Saint Clément de Makala

“Os jovens e os adolescentes precisam de serviços que lhes estejam adaptados”, afirma Fidèle Mbadu Muanda, Directora do Programa Nacional de Saúde dos Adolescentes. “A aprendizagem em colaboração consiste em reforçar as capacidades e mudar as atitudes dos prestadores de serviços. Alinhámos as normas e políticas ligadas aos serviços de saúde orientados para os jovens com as orientações da OMS”.

Promover a saúde e o bem-estar das pessoas idosas

Com a redução das taxas de natalidade e o aumento da longevidade, a esperança de vida a nível mundial duplicou desde 1900 e continua a aumentar.¹¹⁵ Prevê-se que a população com mais de 60 anos na África Subsariana triplique até 2050, o que exige que os países resolvam a histórica implementação inadequada de políticas elaboradas para pessoas idosas, e criem sistemas para satisfazer as suas necessidades de cuidados de saúde.

A esperança de vida saudável (HALE) aumentou na Região Africana de 46 anos em

2000 para 55 anos em 2019, e o número de pessoas idosas cresce mais rapidamente em África, prevendo-se que triplique de 54 milhões em 2020 para 163 milhões em 2050.¹¹⁶

Até à data, os ministros da saúde africanos aprovaram um quadro regional para o envelhecimento saudável (2021-2030) em 2021, e 30 países¹¹⁷ desenvolveram posteriormente estratégias nacionais para um envelhecimento saudável. Além disso, 12 países¹¹⁸ criaram comités de coordenação multisectorial sobre o envelhecimento, e 29¹¹⁹ promulgaram

115 Década das Nações Unidas para o Envelhecimento Saudável (2021–2030). Em: United Nations General Assembly Seventy-Fifth session. Agenda item 131: Global health and foreign policy. New York (NY): The United Nations; 2020 (<https://undocs.org/en/A/75/L.47> consultado a 13 de Abril de 2021).

116 Nações Unidas, Departamento dos Assuntos Económicos e Sociais, Divisão da População (2023). World Population Ageing 2023: Challenges and opportunities of population ageing in the least developed countries, UN DESA/ POP/2023/TR/NO.5

117 Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camarões, Chade, Comores, Congo, Eritreia, Gabão, Gana, Guiné, Lesoto, Madagáscar, Maláui, Mali, Maurícia, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, República Unida da Tanzânia, Senegal, Serra Leoa, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

118 Botsuana, Cabo Verde, Eritreia, Gana, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Quênia, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal e Zimbabué.

119 África do Sul, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Guiné Equatorial, Gabão, Gana, Guiné, Lesoto, Madagáscar, Maláui, Mali, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Níger, Senegal, Serra Leoa, Togo, Quênia, RDC, República Unida da Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

legislação para combater a discriminação com base na idade. Vinte e um¹²⁰ países conceberam igualmente políticas para prestar serviços gratuitos aos idosos no sector público e 18¹²¹ iniciaram o processo de criação de ambientes favoráveis às pessoas idosas.

“Criar contextos favoráveis à idade para reduzir a desigualdade e transformar a compreensão do envelhecimento e da saúde são primeiros passos fundamentais. Trabalhar com os sistemas nacionais de saúde para os ajudar a adaptar-se às necessidades dos idosos e a investir em pessoal adequado também deve ser uma prioridade.”

Dr.^a Matshidiso Moeti, Directora Regional da OMS para a África

A OMS tem sido uma importante sensibilizadora para os programas destinados a melhorar a saúde e o bem-estar dos idosos, em conformidade com os princípios da Década das Nações Unidas para o Envelhecimento

Saudável (2021-2030). No âmbito do programa da Década do Envelhecimento Saudável, a OMS ajudou os países a combater a discriminação com base na idade, a criar ambientes favoráveis à idade e a prestar cuidados integrados às pessoas idosas (ICOPE).

Especificamente, a OMS apoiou cinco países¹²² a adaptar as suas directrizes e ferramentas, para poder implementar uma abordagem ICOPE. Esta mudança para o ICOPE permitiu que os prestadores de cuidados de saúde compreendessem melhor e satisfizessem as necessidades específicas das pessoas idosas nos CSP. Em 2021, a OMS também colaborou com a HelpAge International para lançar uma campanha de sensibilização para a discriminação com base na idade (ageism). Os esforços da OMS neste domínio foram distinguidos com o Prémio Honorário Amadou Mahtar Mbow, durante a Primeira Cimeira Internacional de Anciãos Africanos e da Diáspora (SIAAD 2022), organizada pela Rede Internacional Francófona de Anciãos (RIFA), no Senegal, em 2022.

120 África do Sul, Argélia, Burundi, Cabo Verde, Comores, Guiné Equatorial, Eritreia, Gana, Lesoto, Madagáscar, Moçambique, Namíbia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Sudão do Sul, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

121 Benim, Botsuana, Cabo Verde, Chade, Congo, Eritreia, Guiné, Madagáscar, Maláui, Mali, Níger, Nigéria, Quênia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Serra Leoa, Ruanda e Zimbabué.

122 Botsuana, Maurícia, Nigéria, Quênia e Senegal.





Fazer avançar os
esforços de controlo
e eliminação
das doenças
transmissíveis

6

6.1	Intensificar o apoio aos sistemas de prevenção e controlo de doenças e à governação	119
6.2	Doenças tropicais e transmitidas por vectores	121
6.3	VIH, tuberculose e hepatite	126
6.4	Doenças evitáveis pela vacinação	132

Meta 3.3 dos ODS:

Até 2030, acabar* com as epidemias de SIDA, tuberculose, paludismo e DTN, e combater a hepatite, as doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis.

***Acabar” é utilizado para descrever um processo de definição de objectivos, tal como prescrito pelos ODS, com metas mensuráveis que são monitorizadas e avaliadas através de indicadores determinados cientificamente.*

Intensificar o apoio aos sistemas de prevenção e controlo de doenças e à governação

Antes do surgimento da COVID-19, a Região Africana da OMS tinha feito progressos reais na prevenção e controlo de doenças. A Região tinha reduzido a incidência do paludismo, da tuberculose, da poliomielite, do VIH, do sarampo e da hepatite B, introduzido novas vacinas e melhorado o acesso à água potável e ao saneamento. No entanto, assim como 92% dos países do mundo, o continente não escapou às profundas perturbações nos serviços de saúde causadas pela pandemia. A incidência do paludismo e da tuberculose aumentou, as mortes por tuberculose a nível mundial subiram pela primeira vez desde 2015 e 22,7 milhões de crianças não receberam a vacinação básica.

Mais especificamente, na Região Africana, a pandemia representou uma grande ameaça aos progressos alcançados, nomeadamente a eliminação da poliomielite em 2020, e as reduções significativas no número de novas infecções por VIH e de 22% nos novos casos de tuberculose, (2015-2020). A dinâmica em direcção aos Objectivos de Desenvolvimento

Sustentável (ODS) para 2030 estagnou, e a pandemia expôs a fragilidade dos sistemas de saúde de África, sublinhando a necessidade urgente de restaurar os serviços a níveis pré-pandémicos a curto prazo, assim como a importância de investir em sistemas mais fortes capazes de suportar emergências de saúde no futuro.

Antes da adopção da cobertura universal de saúde (CUS) em 2015, a saúde mundial centrava-se na concretização dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), que davam prioridade ao controlo de doenças e a uma implementação sobretudo verticalizada. A adopção da CUS constituiu uma oportunidade para passar a pensar em sistemas, incluindo a integração da prestação de serviços de saúde. Para a sua promoção, a OMS reorganizou os grupos, para estes se concentrarem na CUS e na integração.

Uma das mudanças estratégicas foi a fusão dos grupos de doenças transmissíveis e não transmissíveis (DNT), anteriormente separados, num só, que tem a cobertura

universal de saúde por direcção estratégica abrangente. Este facto levou à criação, em 2019, do Grupo de Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis da Cobertura Universal de Saúde (UCN). As limitações do planeamento sectorial e vertical e da execução dos programas já eram bem conhecidas antes da pandemia, tal como salientado no capítulo anterior. Chegara o momento de adoptar uma nova abordagem integrada dos sistemas de prevenção, controlo, eliminação e erradicação de doenças.

Chegara o momento de adoptar uma nova abordagem integrada dos sistemas de prevenção, controlo, eliminação e erradicação de doenças.

Foram publicadas novas estratégias e orientações para acelerar as acções prioritárias, incentivando os países a passar da sua abordagem dos programas verticais de controlo de doenças para abordagens integradas e transversais. Posteriormente, a introdução de quatro iniciativas especiais¹²³ informadas por sucessos nacionais e internacionais pós-pandémicos, acelerou o apoio técnico aos países na melhoria da preparação para pandemias na Região. As iniciativas interdependentes visavam intensificar o apoio aos sistemas de prevenção e controlo de doenças e à governação, e estimular novas parcerias com instituições africanas para alargar a reserva de apoio técnico localizado à disposição das autoridades sanitárias nacionais. Além disso, centraram-se no aumento dos investimentos em ciência dos dados para impulsionar ainda mais a tomada de decisões baseada em dados factuais, e reforçar a investigação e a inovação.

Para implementar a estratégia “Erradicar a doença em África: Visão, estratégias e iniciativas especiais, 2023-2030”, a equipa de prevenção e controlo de doenças da Região

foi também reorganizada em quatro equipas temáticas: Doenças tropicais e transmitidas por vectores, incluindo o paludismo e as doenças tropicais negligenciadas (DTN); VIH, tuberculose e hepatite; doenças não transmissíveis e saúde mental (abordadas no Capítulo 7); e doenças evitáveis pela vacinação). A reestruturação incluiu também uma iniciativa emblemática especial, designada programa especial alargado para as DTN, e duas equipas transversais: Medições de precisão da saúde pública, centrada no reforço das capacidades de produção e utilização de dados para as intervenções na área das doenças; e planeamento estratégico e políticas, centrada em políticas e estratégias coerentes para todas as doenças, e em parcerias estratégicas.

¹²³ Estas iniciativas interdependentes foram concebidas para dinamizar e diversificar os modelos de apoio técnico prestado pela OMS, graças a um apoio intensivo aos sistemas de prevenção e controlo de doenças e à governação; as novas parcerias com instituições e órgãos Africanos, para alargar a reserva de apoio técnico localizado à disposição das autoridades sanitárias nacionais; os investimentos nas capacidades em ciência de dados para uma tomada de decisões baseada em dados factuais; e o reforço da investigação e da inovação para responder às actuais e futuras prioridades de saúde pública na Região Africana.

Doenças tropicais e transmitidas por vectores

6.2.1 Paludismo

Duas vacinas seguras e eficazes, a RTS,S e a R21, recomendadas pela OMS, uma inovação para o controlo do paludismo, foram introduzidas em programas-piloto de vacinação antipalúdica no Gana, no Maláui e no Quénia. Estes programas chegaram a mais de 2,5 milhões de crianças entre 2019 e 2024, resultando numa redução de 30% do paludismo grave, numa queda de 13% no total de mortes infantis, e em reduções substanciais nas hospitalizações. Em 2024, a OMS na Região Africana também lançou a Iniciativa Acelerada de Implementação da

Vacina Antipalúdica em África (AMVIRA), para alargar ainda mais a adesão e a administração da vacina.

Em Janeiro de 2024, Cabo Verde tornou-se o terceiro país da Região a ser certificado para a eliminação do paludismo, depois das Maurícias em 1973 e da Argélia em 2019, no que constituiu um triunfo significativo da saúde pública no continente. Foi uma mudança radical em relação a 2015, quando a Dr.^a Moeti assumiu o cargo, uma altura em que o financiamento para o paludismo tinha começado a estagnar no meio de crescentes ameaças socioeconómicas e biológicas emergentes. Apesar dos progressos anteriores, que levaram a incidência do paludismo a diminuir em 41% e as taxas de mortalidade em 62%¹²⁴, graças a uma maior utilização de ferramentas de controlo de vectores, meios de diagnóstico e terapêuticas combinadas à base de artemisinina (ACT), o paludismo

Em Janeiro de 2024, Cabo Verde tornou-se o terceiro país da Região a ser certificado para a eliminação do paludismo, depois das Maurícias em 1973 e da Argélia em 2019, no que constituiu um triunfo significativo da saúde pública no continente.

124 RMP 2016

continuava a ter um impacto devastador.

Foram fixados objectivos regionais para reduzir a incidência do paludismo e as taxas de mortalidade em pelo menos 90% (2015-2030). Além disso, os objectivos visavam eliminar o paludismo de, pelo menos, seis países onde a transmissão existia em 2015, e impedir o reaparecimento do paludismo em todos os países livres de paludismo. Foram definidos objectivos para 2025, 2028 e 2030, que impõem que os Estados-Membros apresentem relatórios sobre as ameaças biológicas e o acesso aos serviços.¹²⁵ A OMS prestou apoio com uma série de iniciativas especiais, incluindo o Projecto AFRO II sobre Gestão Integrada de Vectores, um projecto de investigação inovador lançado em 13 países¹²⁶ (2016-2022), que aumentou a capacidade de planeamento e implementação contínuos e baseados em dados factuais das intervenções de controlo de vectores. O projecto mostrou ser capaz de reduzir a utilização de DDT de 433,1 toneladas em 2017 para 114,5 toneladas em 2021 (uma redução de 73,6%) e defendeu técnicas de controlo de vectores respeitadoras do ambiente para reduzir a transmissão.

A iniciativa “Da carga elevada ao elevado impacto” (HBHI), lançada em 2018 pela OMS e pela Parceria RBM (Acabar com a paludismo), foi concebida para apoiar os 11 países com a maior carga de paludismo,¹²⁷ 10 dos quais em África. A iniciativa tinha por objectivo reforçar a vontade política de reduzir a carga do paludismo, garantir a utilização direccionada de informações estratégicas, fornecer melhores orientações e coordenar a resposta de forma eficaz. Entre 2020 e 2022, as mortes por paludismo nos 10 países HBHI

diminuíram 5%, de 443 771 para 420 468, as maiores reduções tendo acontecido no Burkina Faso (13%) e no Mali (11%).

A eliminação do paludismo na Argélia e em Cabo Verde foi galvanizada pela iniciativa E2020, que prestou apoio técnico e financeiro a 21 países, incluindo seis¹²⁸ em África, e a iniciativa E2025 em 2021 resultou numa redução de 25% e 5% dos casos de paludismo no Botsuana e no Essuatíni, respectivamente. A nível regional, registou-se uma diminuição de 8,6% nos casos e uma redução de 12,6% nas mortes por paludismo entre 2015 e 2022, estando cinco países¹²⁹ no bom caminho para atingir a meta de redução da mortalidade por paludismo do ETM, e cinco¹³⁰ para atingir uma redução adequada da incidência.

Em Março de 2024, os Ministros da Saúde dos 10 países HBHI reuniram-se para renovar o seu compromisso de acabar com as mortes por paludismo, assinando a Declaração de Yaoundé.¹³¹ A Nigéria foi o primeiro destes países a convocar uma reunião ministerial nacional para repensar a eliminação do paludismo no contexto de reformas mais amplas do sector da saúde, e do aumento dos orçamentos nacionais.

A OMS desempenhou um papel central ao longo da última década, fornecendo apoio técnico para análises de dados, estratificação de riscos e adaptação subnacional das intervenções. Todos os 44 países endémicos¹³² foram apoiados na realização de avaliações dos programas de luta contra o paludismo e na revisão dos seus planos estratégicos nacionais, e a OMS também iniciou o reforço das capacidades em matéria de estratificação dos riscos para a adaptação subnacional (SNT)

125 Quadro integrado para o controlo, a eliminação e a erradicação das doenças tropicais e transmitidas por vectores na Região Africana 2022-2030.

126 África do Sul, Botsuana, Essuatíni, Gâmbia, Libéria, Madagascar, Moçambique, Namíbia, Quênia, Senegal, Uganda, Zâmbia, Zimbabué.

127 Burkina Faso, Camarões, Gana, Índia, Mali, Moçambique, Níger, Nigéria, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia e Uganda

128 África do Sul, Botsuana, Cabo Verde, Comores, Essuatíni, São Tomé e Príncipe

129 África do Sul, Cabo Verde, Etiópia, São Tomé e Príncipe, Zimbabué.

130 África do Sul, Cabo Verde, Etiópia, Ruanda, Zimbabué

131 <https://www.who.int/news-room/events/detail/2024/03/06/default-calendar/malaria-ministerial-conference-tackling-malaria-in-countries-hardest-hit-by-the-disease>

132 África do Sul, Angola, Botsuana, Camarões, Chade, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gana, Guiné, Madagascar, Mali, Nigéria, República Democrática do Congo, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Uganda.

Quadro 5: Progressos em direcção aos marcos de 2020 e 2025 nos países HBHI, com um intervalo de incerteza de 95% entre parênteses

Indicadores/variável	Base de referência (2015)	Dados mais recentes (2022)	Objectivo para o período (2022)	Observação
Incidência de casos de paludismo	243,6 por 1000 habitantes em risco	222,6 por 1000 habitantes em risco	106,7 por 1000 habitantes em risco	52% aquém do objectivo
Taxa de mortalidade por paludismo	63,5 por 100 000 habitantes em risco	55,5 por 100 000 habitantes em risco	27,8 por 100 000 habitantes em risco	50% aquém do objectivo
Número de países que eliminaram o paludismo	0	2 (em 2024)	2 (em 2024)	No bom caminho
Percentagem da população que utiliza uma rede mosquiteira tratada com insecticida (RMTI)	53%	49% (56% em mulheres grávidas e crianças com menos de cinco anos)	Pelo menos 80%	Aumento da utilização de RMTI nos grupos de incidência e estagnação do acesso e da utilização de redes mosquiteiras na população em geral, devido a atrasos nas campanhas de massa em consequência da pandemia de COVID-19
Percentagem de mulheres grávidas que frequentam a clínica pré-natal e que receberam tratamento preventivo intermitente (TPI) pelo menos três vezes	<20%	42%	Pelo menos 80%	Aumento significativo, mas ainda aquém do objectivo devido a oportunidades perdidas na prestação de serviços integrados centrados nas pessoas
Número de crianças tratadas com pelo menos uma dose de quimioprevenção do paludismo sazonal (SMC)	5 870 382 (nove países)	4 371 905 (17 países)	N/D	Aumento da cobertura do SMC em termos de âmbito e escala
Percentagem de países que comunicam ameaças biológicas ao paludismo	N/D	23* (49%)	90%	Resistência generalizada aos insecticidas e detecção de resistência parcial à artemisinina desde 2016
Número de países que introduziram a vacina antipalúdica	0	8†		
Número de crianças a quem foi administrada a vacina antipalúdica	0	2 500 000 (oito países)		

* África do Sul, Angola, Burquina Faso, Burundi, Camarões, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gana, Libéria, Madagascar, Maláui, Mali, Moçambique, Níger, Nigéria, Quénia, Senegal, Serra Leoa, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

† Benim, Burquina Faso, Camarões, Côte d'Ivoire, Gana, Libéria, Maláui, Quénia, Serra Leoa, Sudão do Sul (até Julho de 2024).

em 30 países endémicos¹³³ e universidades em 2023.

6.2.2 Doenças tropicais negligenciadas

Dado que a região africana representa mais de um em cada três dos mais de 1,6 mil milhões de casos de doenças tropicais negligenciadas (DTN) a nível mundial, a resposta tem sido direccionada, eficaz e eficiente, com um impressionante catálogo de avanços para fazer face ao considerável estigma associado, à dor debilitante, à desfiguração grosseira e à morte.

Apesar de todos os 47 países da Região Africana serem endémicos para pelo menos uma DTN e 42¹³⁴ serem co-endémicos para pelo menos cinco, a OMS apoiou 13 países¹³⁵ na sua validação ou certificação oficial de eliminação de pelo menos uma DTN como problema de saúde pública (2015-2024), incluindo a dracunculose, cuja meta é a erradicação. O Togo tornou-se o primeiro país da Região e, de facto, a nível mundial, a ser validado pela OMS para a eliminação de quatro DTN¹³⁶ em 2022.

Três países¹³⁷ foram certificados como livres da transmissão da dracunculose depois de 2015, elevando para 42 o número total de países certificados na Região, enquanto quase todos os países¹³⁸ alcançaram e mantiveram a eliminação da lepra, e oito¹³⁹ estão perto de alcançar a interrupção da transmissão. Quatro países¹⁴⁰ suspenderam também a quimioterapia preventiva (QP) para o helminto transmitido pelo solo, na sequência da redução da carga para níveis

em que a QP já não é necessária, para mais de 17 milhões de pessoas.

Outras realizações incluíram 12 países¹⁴¹ que se tornaram elegíveis para certificação como livres de piã, e oito países (incluindo o Togo) que eliminaram a tripanossomiase humana africana como problema de saúde pública.¹⁴² Também se registaram progressos significativos na redução da carga de outras DTN, como a leishmaniose visceral, com mais de 4000 mortes evitadas anualmente através da detecção precoce de casos e do tratamento imediato. O número de casos de úlcera de Buruli notificados diminuiu de 5871 em 1573 para 2004 em 2023, representando uma redução notável de mais de 70%.

A introdução pela OMS, em 2016, do projecto especial alargado para a eliminação das DTN (ESPEN) foi uma intervenção fundamental, um projecto emblemático para dar resposta a cinco DTN tratáveis por quimioterapia preventiva (DTN-PC) que representam 90% da carga. A ESPEN coordenou a assistência técnica ao desenvolvimento de capacidades nacionais para o planeamento de programas integrados de DTN, e fornecimento direccionado baseado em dados factuais de medicamentos para administração em massa a países endémicos.

O programa de DTN foi mais tarde integrado no programa de doenças tropicais e transmitidas por vectores (TVD) como forma de tirar proveito dos recursos regionais e nacionais existentes, para fazer face a múltiplas doenças que coexistem nas comunidades. Para tal, foi necessário reforçar os serviços

133 Benim, Burquina Faso, Camarões, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Libéria, Madagáscar, Mali, Moçambique, Níger, Quénia, República Centro-Africana, República Unida da Tanzânia, Senegal, Serra Leoa, Sudão do Sul, Togo, Uganda, Zâmbia, Zimbabué; Universidade do Maláui, Universidade de Nairobi, Universidade Muhimbili de Saúde e Ciências Afins, Universidade da Zâmbia, Escola de Saúde Pública da Universidade Makerere, Universidade do Zimbabué e Universidade de Antananarivo.

134 Todos os 47 países africanos são co-endémicos para pelo menos cinco DTN, excepto Cabo Verde, as Comores, a Maurícia, São Tomé e Príncipe, e as Seicheles.

135 Benim, Chade, Côte d'Ivoire, Guiné Equatorial, Gana, Togo, Uganda (tripanossomiase humana africana); Malavi, Ruanda, Togo (filariose linfática); Uganda (tripanossomiase humana africana), Benim, Gâmbia, Gana, Maláui, Mali, Togo (tracoma).

136 Dracunculose (doença do verme da Guiné), tripanossomiase humana africana (doença do sono), filariose linfática, tracoma.

137 Gana (2015), Quénia (2018), República Democrática do Congo (2022).

138 Excepto as Comores.

139 Argélia, Botsuana, Cabo Verde, Essuatíni, Lesoto, Maurícia, São Tomé e Príncipe e Seicheles.

140 Burquina Faso, Gana, Mali, Níger.

141 África do Sul, Argélia, Botsuana, Cabo Verde, Eritreia, Essuatíni, Lesoto, Mauritânia, Maurícia, Namíbia, Seicheles e São Tomé e Príncipe.

142 Benim, Côte d'Ivoire, Gana, Guiné Equatorial, Ruanda, Togo, Uganda.

de cuidados de saúde primários, e utilizar a análise integrada de dados para a prestação direccionada de cuidados de saúde integrados e centrados no doente, recorrendo a estratégias e ferramentas inovadoras. Especificamente, o programa regional de DTN está organizado em duas subcategorias: As que beneficiam de quimioterapia preventiva (PC-NTD) e as que são tratadas através da gestão de casos (CN-NTD).

O trabalho é orientado por vários manuais e orientações políticas e operacionais da OMS, que apoiam os países na definição de prioridades claras e específicas, na adopção de estratégias eficazes e na mobilização de recursos nacionais, entre outros aspectos. A cimeira de Kigali sobre as DTN e o paludismo, em Junho de 2022, mobilizou 1,5 mil milhões de dólares em compromissos financeiros, e foram doados pelas empresas farmacêuti-

cas 18 mil milhões de comprimidos. Durante o Fórum “Reaching the Last Mile 2023” na COP28 no Dubai, os doadores comprometeram-se a disponibilizar mais de 777 milhões de dólares para ajudar a acelerar os progressos no sentido de alcançar o roteiro da OMS para 2030 no que respeita às metas de DTN.¹⁴³ A ESPEN também angariou mais de 74 milhões de dólares até Setembro de 2023, fornecendo financiamento a 44 países¹⁴⁴ na Região. No entanto, subsistem défices significativos no financiamento das DTN, especialmente devido a interrupções relacionadas com a pandemia, que dificultam a continuação dos esforços.

¹⁴³ <https://www.reachingthelastmile.com/rlm-forum/>

¹⁴⁴ Todos, excepto a Argélia, a Maurícia e as Seicheles

Quadro 6: Indicadores das DTN 2015-2026

Indicadores/variável	Base de referência (2015)	Dados mais recentes (2024)	Objetivo para o período (2026)	Observação
Percentagem da população que necessita de intervenções e que recebeu ou está a receber intervenções para pelo menos uma DTN	65 [*]	54 [†]	75	Diminuição (de 65% em 2019) da cobertura devido à pandemia de COVID-19 em 2020-2021, e inquéritos de avaliação do impacto em 2021-2022. Os dados sobre a pandemia de COVID-19 para 2023 ainda estão a ser analisados.
Número de países totalmente mapeados para as DTN	41 [‡]	47	47	
Número de países que actualizaram ou concluíram os seus planos directores nacionais	-	42	47	
Número de países com planos para as DTN integrados nos planos nacionais de saúde	-	35 [§]	47	

* Representa 2016

† Representa 2022

‡ À data de 2016: Relatório anual do CDS da OMS 2016_versão web, página 26

§ Situação das DTN e progressos no desenvolvimento de PNP nos Estados-Membros, Maio de 2024

VIH, tuberculose e hepatite

6.3.1 VIH

A Região Africana tem a maior carga de VIH do mundo e, comparativamente, menos recursos humanos dedicados à luta contra a epidemia. No entanto, é a região que lidera a nível mundial os avanços no sentido da concretização dos objectivos 95-95-95 da ONUSIDA¹⁴⁵ para otimizar os cuidados de saúde para o VIH até 2030, e sete países¹⁴⁶ já atingiram esses objectivos. Globalmente, a Região Africana alcançou até à data 90-82-76, com 92-83-77 para a África Oriental e Austral e 80-76-69 para a África Ocidental e Central.

Os dados¹⁴⁷ confirmam os progressos notáveis realizados pela África Oriental e Austral (AOA), a sub-região com a maior carga de VIH, que reduziu o número de novas infecções por VIH e de mortes relacionadas com a SIDA em mais de metade (57% e 58%,

respectivamente) desde 2010. A sub-região da África Ocidental e Central (AOC) também registou progressos notáveis, reduzindo as novas infecções pelo VIH em 49% e as mortes relacionadas com a SIDA em 52%.

Entretanto, os esforços para reduzir a transmissão vertical do VIH permitiram que o Botsuana (silver tier/nível prata, 2021) e a Namíbia (bronze tier/nível bronze, 2024) atingissem os indicadores necessários para os critérios do “Caminho para a eliminação do VIH” introduzidos em 2017. O estatuto de nível Prata exige uma taxa de casos de VIH inferior a 500 por 100 000 nados-vivos, uma taxa de transmissão vertical do VIH inferior a 5% e a prestação de cuidados pré-natais e de tratamento anti-retroviral a mais de 90% das mulheres grávidas.

Esta mudança na trajetória da epidemia

¹⁴⁵ 95% das pessoas que vivem com o VIH/SIDA conhecem o seu estatuto serológico, 95% das pessoas que conhecem o seu estatuto estão a receber tratamento para o VIH e 95% das pessoas em tratamento estão viralmente suprimidas.

¹⁴⁶ Botsuana, Essuatíni, Maláui, Quênia, Ruanda, Zâmbia, Zimbabué.

¹⁴⁷ Dados da ONUSIDA de 2023 Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA; 2023.

na Região ao longo dos últimos 10 anos, que reflecte os êxitos no controlo e na resposta ao VIH, é evidenciada por uma série de principais indicadores. Estes incluem uma diminuição das novas infecções pelo VIH e um aumento do número de diagnósticos de pessoas que vivem com o VIH/SIDA, e das que alcançaram a supressão viral graças ao tratamento. Marcando um momento crucial na batalha mundial contra o vírus, as novas infecções por VIH diminuíram de 56% durante esse período, e as novas infecções ocorrem agora mais fora da África Subsariana, pela primeira vez na história da epidemia.

Marcando um momento crucial na batalha mundial contra o vírus, as novas infecções por VIH diminuíram de 56% durante esse período, e as novas infecções ocorrem agora mais fora da África Subsariana, pela primeira vez na história da epidemia.

O impacto na saúde das crianças tem sido particularmente notável, e o número de novas infecções na faixa etária dos 0-14 anos diminuiu muito drasticamente de 60% (244 000 para 98 000) entre 2010 e 2023. Esta situação resultou directamente do aumento

do número de pessoas diagnosticadas como vivendo com VIH que beneficiam de serviços de prevenção e tratamento, o que acelerou as reduções das novas infecções, das mortes relacionadas com a SIDA e das taxas de transmissão vertical. Especificamente na AOA, 93% das mulheres grávidas que vivem com o VIH receberam terapêutica anti-retroviral para prevenir a transmissão vertical do VIH, e cinco países¹⁴⁸ atingiram uma taxa de transmissão vertical <5% em 2022. São necessários mais esforços na AOC, onde apenas 53% das mulheres grávidas que vivem com VIH recebem terapêutica anti-retroviral. Do mesmo modo, o número de pessoas que morrem de causas relacionadas com o VIH diminuiu em mais de metade (56%) entre 2010 e 2023, e o número de mortes de crianças por causas relacionadas com o VIH caiu de 680 000 para 65 000, uma diminuição de 78%. Em comparação, a diminuição nos adultos foi de 51%.

A tónica nas crianças foi reforçada em 2023 com o lançamento formal da Aliança Mundial, uma iniciativa destinada a prevenir as infecções pediátricas pelo VIH e a aumentar a cobertura dos testes e do tratamento. Um total de 12 países¹⁴⁹ da Região, que representam 80% das necessidades mundiais não satisfeitas para esta população, comprometeu-se a

148 África do Sul, Botsuana, Essuatíni, Namíbia, Ruanda.

149 África do Sul, Angola, Camarões, Côte d'Ivoire, Moçambique, Nigéria, Quênia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.



acelerar os esforços para controlar a epidemia de VIH nas crianças e melhorar a resposta. Actualmente, todos estes países realizaram análises da sua epidemia pediátrica de VIH e da sua resposta, e elaboraram planos de aceleração.

O aumento do acesso à terapêutica anti-retroviral, que salva vidas, tem sido fundamental para conseguir esses ganhos, e o número de pessoas que recebem tratamento aumentou de 5,04 milhões para 21,3 milhões nos 13 anos até 2023. O alargamento deste acesso contribuiu para um aumento na esperança média de vida das pessoas que vivem com o VIH/SIDA na Região, passando de 56,3 anos em 2010 para 61,1 anos em 2023. A Região Africana está também a implementar métodos biomédicos eficazes de prevenção do VIH. A maioria das pessoas a nível mundial que iniciaram a profilaxia pré-exposição (PrEP) em 2022 encontrava-se em África¹⁵⁰ (1 milhão em 1,6 milhões), e os países adoptaram e implementaram rapidamente as recomendações da PrEP e garantiram opções, tornando cada vez mais disponível a PrEP oral e injectável de longa duração e o anel vaginal de dipivefrina.

Desde 2016, estas realizações têm sido orientadas pelas políticas e orientações operacionais e manuais da OMS, mais recentemente o Quadro para uma Resposta Multissetorial Integrada à tuberculose, VIH, IST e hepatite na Região Africana da OMS 2021-2030, que dá prioridade a intervenções integradas utilizando uma abordagem de cuidados de saúde primários.

As diferenças acentuadas na incidência e na resposta ao VIH entre as duas sub-regiões são uma fonte de preocupação. Os progressos registados nos países da AOC têm sido incoerentes, tendo alguns ficado muito para trás, com a cobertura do teste do VIH, do tratamento e da supressão viral inferior a 50%. As disparidades foram atribuídas

ao facto de a AOA estar historicamente no centro da epidemia mundial de VIH e, por conseguinte, ter recebido grande atenção internacional durante vários anos. A AOC, por outro lado, sempre recebeu níveis mais baixos de atenção, financiamento e outros recursos, e os governos dessa sub-região têm sido mais lentos a mostrar empenho político na resposta ao VIH.

A maior parte das novas infecções por VIH em crianças deve-se ao facto de as mães não receberem tratamento antiretroviral durante a gravidez e a amamentação, em combinação com taxas de despistagem desiguais entre as mulheres grávidas. Por exemplo, a cobertura de testes inferior a 5% em quatro países,¹⁵¹ e inferior a 50% em cinco outros,¹⁵² levou à elevada taxa de 21% de transmissão vertical registada na AOC no final de 2022, o que mostrou a necessidade de um aumento urgente da cobertura do tratamento do VIH para mulheres grávidas e lactantes que vivem com o VIH.

6.3.2 Tuberculose

O reforço dos programas nacionais de luta contra a tuberculose, e a melhoria do acesso a meios de diagnóstico, tratamentos e cuidados de qualidade foram prioridades essenciais para reduzir a morbilidade e a mortalidade inaceitavelmente elevadas da tuberculose na Região Africana em 2015, com a finalidade de atingir uma taxa de detecção de 70% em 2022, a mais elevada de sempre na Região. Embora este facto ilustre os progressos significativos realizados durante o mandato da Dr.^a Moeti, cerca de 2,5 milhões de pessoas adoeceram com tuberculose e cerca de 424 000 morreram da doença nesse mesmo ano.

Os esforços de controlo foram dificultados pelas baixas taxas de detecção de casos, pelos maus resultados do tratamento, pela ameaça crescente da tuberculose resistente aos medicamentos, pelo acesso inadequado

150 Dados da ONUSIDA de 2023 Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA; 2023.

151 Benim, Cabo Verde, Libéria, Mauritânia: https://www.childrenandaids.org/sites/default/files/2023-11/231130%20WCARO_Snapshot_HIV%20FINAL_0.pdf

152 Congo, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Gabão, Níger: https://www.childrenandaids.org/sites/default/files/2023-11/231130%20WCARO_Snapshot_HIV%20FINAL_0.pdf

a um tratamento apropriado, por sistemas de saúde fracos e por programas nacionais de tuberculose subfinanciados. Em resposta, a Região adoptou a Estratégia para o Fim da tuberculose em 2017, com o objectivo de aumentar a utilização de ferramentas de diagnóstico molecular rápido, com regimes de tratamento mais curtos e eficazes para a tuberculose e para a tuberculose multirresistente (MDR-TB). A Região também alargou a terapêutica preventiva da tuberculose às pessoas que vivem com o VIH/SIDA.

Em 2022, a incidência da tuberculose tinha diminuído de 255 para 205 por 100 000 pessoas, o que representa uma redução de 23%. Durante o mesmo período, a taxa de mortalidade por tuberculose diminuiu 38%, de 67 para 42 por 100 000, e a proporção de doentes com tuberculose resistente a medicamentos que receberam tratamento adequado aumentou de 54% para 72%. A taxa de sucesso do tratamento aumentou de 83,5% em 2019 para 85,2% em 2022, enquanto a cobertura dos testes rápidos para a tuberculose quase duplicou entre 2015 e 2022, de 24% para 48%, reflectindo um progresso acentuado na utilização dos meios de diagnóstico rápidos recomendados pela OMS.

Em 2022, a incidência da tuberculose tinha diminuído de 255 para 205 por 100 000 pessoas, o que representa uma redução de 23%. Durante o mesmo período, a taxa de mortalidade por tuberculose diminuiu 38%, de 67 para 42 por 100 000.

Embora a sub-região AOA tenha sido um dos principais motores da redução da incidência da tuberculose, com taxas que diminuíram de 466 para 229 por 100 000 habitantes (2000-2022) e as mortes por tuberculose de 153 para 52 por 100 000, a sub-região AOC registou apenas reduções marginais na incidência (309 para 286 por 100 000). A África Ocidental conseguiu, no entanto, reduzir para metade as mortes relacionadas com a tuberculose, de 66 para 32 por 100 000.

Tal como no caso do VIH, a diversidade

dos resultados a nível nacional sublinha a importância de estratégias adaptadas e de intervenções específicas. O Congo e o Gabão registaram aumentos nas taxas de mortalidade por tuberculose, por exemplo, enquanto a Etiópia e a República Unida da Tanzânia registaram taxas reduzidas constantes. Entretanto, a África do Sul, Cabo Verde, e o Essuatíni e conseguiram reduções da incidência da tuberculose de 50% ou mais, enquanto Moçambique e a República Democrática do Congo registaram aumentos.

As intervenções e acções da OMS centraram-se em cinco áreas principais: Diagnóstico e tratamento precoces; tratamento preventivo; procura activa de casos; cuidados e apoio centrados no doente; reforço dos sistemas laboratoriais; e gestão da tuberculose resistente aos medicamentos. Através da Rede Regional da África Ocidental e Central para o controlo da tuberculose, a OMS também apoiou os países no reforço da vigilância da tuberculose e na realização de investigação sobre implementação. Especificamente, foram efectuadas 29 avaliações de programas nacionais de combate à tuberculose, 17 em 2022 e 12 em 2023.

A colaboração com os parceiros ajudou a alargar o acesso a novos medicamentos e regimes para a tuberculose, melhorando os resultados do tratamento. A criação de uma rede regional de investigação sobre a tuberculose facilitou a produção de dados factuais para abordagens inovadoras, e a promoção da integração dos serviços de tuberculose com outros serviços de cuidados de saúde primários para melhorar o acesso e a cobertura. A integração dos serviços de tuberculose com outros programas de saúde, nomeadamente o VIH, revelou-se eficaz devido à partilha de recursos, ao melhor acompanhamento dos doentes e às abordagens holísticas dos cuidados.

6.3.3 Hepatite

A hepatite viral é a segunda principal causa infecciosa de morte a nível mundial. Embora a Região Africana suporte 63% do peso das novas infecções por hepatite B, só 18%

dos seus recém-nascidos recebem a dose de vacina contra a hepatite B à nascença.¹⁵³ Estão a ser feitos progressos, e a OMS está a apoiar 21 países¹⁵⁴, para desenvolver planos estratégicos nacionais (PEN) para a hepatite, e 17 outros¹⁵⁵ para pôr em prática directrizes de teste e tratamento da hepatite. No entanto, é urgente aumentar significativamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento para salvar vidas e proteger a saúde.

Embora vários parceiros invistam em iniciativas para combater a hepatite viral, o programa enfrenta desafios financeiros significativos e está gravemente subfinanciado. O financiamento interno é o principal pilar que apoia a eliminação da hepatite na

maioria dos países da Região Africana, apesar dos dados factuais resultantes de vários modelos com custo-benefício, que mostram que a eliminação mundial da hepatite B e C evitaria 4,5 milhões de mortes prematuras entre 2016 e 2030.

Na Região Africana, onde quase 65 milhões de pessoas vivem com hepatite B e quase 8 milhões com hepatite C, regista-se anualmente um total de 770 000 novas infecções por hepatite B e 172 000 novas infecções por hepatite C. Só em 2022, mais de 270 000 pessoas morreram de hepatite B e mais de 35 000 de hepatite C.¹⁵⁶

A resposta regional é antes de tudo orientada pelos esforços da OMS e dos seus

153 <https://www.who.int/news/item/09-04-2024-who-sounds-alarm-on-viral-hepatitis-infections-claiming-3500-lives-each-day>

154 África do Sul, Argélia, Benim, Burundi, Burquina Faso, Camarões, Etiópia, Gana, Guiné, Mali, Mauritânia, Maurícia, Níger, Nigéria, Quênia, Ruanda, Senegal, Sudão do Sul, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Senegal, Sudão do Sul, Uganda.

155 Argélia, Benim, Burquina Faso, Burundi, Camarões, Etiópia, Gana, Guiné, Mali, Moçambique, Níger, Nigéria, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Sudão do Sul e Zâmbia.

156 Global hepatitis report 2024: action for access in low- and middle-income countries. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2024.

Quadro 7: Carga da doença e cobertura dos serviços nos países visados pela OMS na resposta às hepatites virais

Países	Hepatite B (2022)			Hepatite C (2022)		
	Total de infecções	Cobertura do diagnóstico (de todos os infectados)	Cobertura do tratamento (de todos os infectados)	Total de infecções	Cobertura do diagnóstico (de todos os infectados)	Cobertura do tratamento (de todos os infectados)
África do Sul	2 741 289	23.1%	0.1%	243 978	24%	1%
Camarões	1 617 773	1,9%	0,2%	157 542	17%	11%
Côte d'Ivoire	2 155 631	1.5%	0.1%	211 114	8%	0%
Etiópia	7 660 095	4.8%	0.0%	691 928	8%	1%
Gana	2 865 177	0.7%	0.0%	442 797	5%	0%
Nigéria	14 385 770	0.6%	0.1%	1 349 056	5%	1%
RD Congo	2 785 244	2.4%	0.4%	432 499	13%	0%
RU Tanzânia	1 855 605	4.5%	0.0%	99 576	7%	0%
Ruanda	207 232	66.8%	4.0%	62 170	100%	50%
Uganda	1 123 667	35.3%	0.5%	356 043	9%	0%

Fonte: Relatório mundial sobre a hepatite 2024: Acção para o acesso nos países de baixo e médio rendimento

parceiros no sentido de garantir a adesão e a implementação das estratégias mundiais do sector da saúde para as hepatites virais para o período 2022-2030. Isto é realizado graças ao Quadro 2021-2030 para uma Resposta Multisseccional Integrada à tuberculose, VIH, IST e hepatite na Região Africana da OMS. O objectivo ambicioso é a redução de 90% dos novos casos de hepatite B e C, e uma redução de 65% dos óbitos associados a essas hepatites até 2030.

No futuro, a adesão política de alto nível será essencial para desenvolver a capacidade dos serviços de cuidados de saúde primários, incluindo a força de trabalho e a capacidade técnica, de modo a melhorar estas estatísticas.

Para o conseguir, a dose à nascença da vacina contra a hepatite B deve ser introduzida em 35 Estados-Membros, e um terço das pessoas infectadas deve ser diagnosticado e um terço colocado em tratamento. Actualmente, apesar de alguns progressos, a percentagem de pessoas que vivem com hepatite B e C e que foram diagnosticadas com a doença é muito baixa, sendo de 4,2% e 13%, respectivamente, e apenas 5,5% (hepatite B) e 3% (hepatite C) estão a receber tratamento. Para além disso, a cobertura da vacina contra a hepatite B à nascença continua a ser baixa, cerca de 18%.

No Dia Mundial contra a Hepatite, em 2022, a OMS lançou também uma Quadro de pontuação da hepatite para comparar os dados de 2019 a 2021. Os países estão agora a utilizar esses dados para a sensibilização e o planeamento estratégico. Para apoiar este esforço, está a ser prestada uma formação em 15 módulos, que os países estão a utilizar para actualizar o seu próprio material de formação nacional e de formação descentralizada. Além

disso, estão a ser organizados webinars sobre temas prioritários, como a eliminação da transmissão vertical da hepatite. A OMS também está a apoiar a divulgação virtual e presencial de orientações sobre a hepatite, em colaboração com os responsáveis técnicos da sede da OMS, para melhorar a qualidade dos cuidados e dos serviços de hepatite. Estão a ser envidados esforços para dar uma resposta ao desafio da apresentação de pedidos de financiamento ao Fundo Mundial, relacionados com a aceleração da integração das intervenções na área da hepatite viral.

Os Estados-Membros continuaram também a insistir em melhorias, em especial no que respeita à disponibilidade, qualidade e pontualidade da vigilância de rotina, e à monitorização e avaliação dos sistemas de vigilância de rotina da hepatite. Por exemplo, todos os países puderam utilizar os conjuntos de dados disponíveis sobre a hepatite (inquéritos, dados de programas de rotina, dados individuais de clínicas privadas), que contribuíram para o último relatório mundial sobre a hepatite, utilizando dados de 2022.¹⁵⁷ Alguns países também manifestaram fortes esforços de governação para aumentar o acesso aos serviços de combate à hepatite.

Contudo, em 2023, apenas três países¹⁵⁸ ofereciam diagnóstico e tratamento gratuitos da hepatite B, e dois¹⁵⁹ prestavam outros serviços parcialmente gratuitos (no sector da saúde pública). Relativamente à hepatite C, dois países¹⁶⁰ disponibilizaram auto-diagnóstico, diagnóstico e tratamento gratuitos, enquanto o Gana prestou tratamento gratuito e o Benim tratamento parcialmente gratuito.¹⁶¹ No futuro, a adesão política de alto nível será essencial para desenvolver a capacidade dos serviços de cuidados de saúde primários, incluindo a força de trabalho e a capacidade técnica, de modo a melhorar estas estatísticas.

157 Global hepatitis report 2024: action for access in low- and middle-income countries. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

158 África do Sul, Ruanda, Uganda.

159 Benim, Burquina Faso.

160 África do Sul, Ruanda.

161 Global hepatitis report 2024: action for access in low- and middle-income countries. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

Doenças evitáveis pela vacinação

Quando a Dr.^a Moeti lançou a Agenda de Transformação em 2015, o controlo das doenças, incluindo doenças evitáveis pela vacinação (DEV), foi identificado como uma importante área prioritária. Não se perdeu tempo e a OMS na Região Africana promoveu a Declaração de Addis sobre Vacinação em 2016 e a aprovação da Agenda de Vacinação 2030 para assegurar o acesso universal a vacinas até 2030.

No entanto, o início da COVID-19 teve um impacto extremamente negativo, com vários indicadores de vacinação de rotina a registarem retrocessos, assim ameaçando os ganhos obtidos antes da pandemia.

No entanto, o início da COVID-19 teve um impacto extremamente negativo, com vários indicadores de vacinação de rotina a registarem retrocessos, assim ameaçando os ganhos obtidos antes da pandemia. Por exemplo, entre 2019 e 2022, a cobertura para a terceira

dose da vacina contendo DTP (DTP3) caiu de 77% para 73%, o que abriu caminho ao ressurgimento da difteria, ao passo que o número de crianças com “zero doses” (crianças que nunca receberam uma única dose da vacina) e crianças subvacinadas aumentou 16%. Vários países da Região também relataram surtos de poliovírus derivado de vacina circulante, sarampo, meningite meningocócica e febre amarela.

A Semana Africana de Vacinação em 2023 foi marcada pela campanha Big Catch-Up (Grande Repescagem), um esforço global da OMS, em colaboração com a UNICEF, GAVI, A Aliança para as Vacinas e outros parceiros para chegar a essas crianças e reforçar os programas de vacinação de rotina. Até ao final desse ano, a cobertura da DTP3 tinha subido para 74% a nível regional, enquanto o número de crianças com “zero doses” diminuiu de 7,3 milhões em 2022 para 6,7 milhões em 2023.

Considerando as estatísticas para todo o período de 2015 a 2023, registaram-se várias melhorias apesar da pandemia: A cobertura

da DTP3 aumentou de 70% para 74%, enquanto 17¹⁶² dos 47 (38%) países africanos mantiveram uma alta cobertura da DTP1 (90%); a cobertura da vacina BCG contra a tuberculose melhorou de 77% para 83%; e, no final de 2023, cerca de 368 milhões de pessoas (32% da população da Região) tinham completado a série de vacinação primária contra a COVID-19. Além disso, 440 milhões de pessoas (37% da população da Região) receberam pelo menos uma dose da vacina contra a COVID-19.

Entre 2000 e 2022, as mortes anuais por sarampo caíram 76%, calculando-se que tenham sido evitadas 19,5 milhões de mortes nos últimos 22 anos. Nos 10 anos anteriores a 2024, realizaram-se 135 campanhas preventivas de vacinação em massa contra o sarampo que resultaram na vacinação de mais de 729,7 milhões de crianças.

Entre 2000 e 2022, as mortes anuais por sarampo caíram 76%, calculando-se que tenham sido evitadas 19,5 milhões de mortes nos últimos 22 anos. Nos 10 anos anteriores a 2024, realizaram-se 135 campanhas preventivas de vacinação em massa contra o sarampo que resultaram na vacinação de mais de 729,7 milhões de crianças.

Além disso, até 2024, 43 países¹⁶³ tinham alcançado a eliminação do tétano materno e neonatal, o que evidencia os progressos nos esforços de controlo da doença. Relativamente à febre-amarela, o número de surtos na Região diminuiu de 12 para apenas 3 entre 2013 e 2023, ao passo que as mortes por

meningite registaram uma descida drástica de 39% entre 2000 e 2019. Em 2023, pelo menos 377 milhões (86%) das pessoas em Estados-Membros de alto risco estavam protegidas contra a febre-amarela.

Um total de 14 países¹⁶⁴ introduziram a vacina contra a meningite nos programas de vacinação de rotina e, no final de 2023, mais de 350 milhões de pessoas em risco que vivem no cinturão da meningite tinham sido vacinadas contra a meningite A. A meningite A, que costumava ser a principal causa de meningite epidémica no cinturão da meningite, agora foi efectivamente eliminada do cinturão. As actividades bem-sucedidas de vacinação suplementar para epidemias de meningite C na Nigéria e no Níger vacinaram, até Maio de 2024, mais de 1 milhão de pessoas entre os 1 e os 29 anos de idade com a nova vacina conjugada multivalente para a meningite, pré-qualificada pela OMS.

Os esforços para aumentar a cobertura da vacina contra o vírus do papiloma humano (VPH) na Região também estão a surtir efeito, com as meninas em 28 países¹⁶⁵ (87%) a beneficiarem da sua introdução nos programas de vacinação de rotina até 2023, enquanto meninos em três¹⁶⁶ países agora também têm acesso à vacina. A cobertura da primeira dose de VPH entre meninas na Região aumentou para 40% no final de 2023.

Outras novas vacinas introduzidas incluíram a vacina contra a rubéola (VCR) por 75% dos países da Região Africana e a segunda dose da vacina contra o sarampo (MCV2) por 91% dos países.

As melhorias no financiamento interno para a vacinação estão a contribuir para esta subida, sendo que cada vez mais países co-

162 Argélia, Botsuana, Burquina Faso, Cabo Verde, Eritreia, Gana, Quênia, Lesoto, Maurícia, Níger, Ruanda, Senegal, Seicheles, Serra Leoa, Uganda, República Unida da Tanzânia e Zimbabué.

163 Argélia, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camarões, Chade, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Eritreia, Essuatíni, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Libéria, Madagascar, Maláui, Mali, Mauritània, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Níger, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seicheles, Serra Leoa, África do Sul, Togo, Uganda, República Unida da Tanzânia, Zâmbia e Zimbabué.

164 Benim, Burquina Faso, República Centro-Africana, Chade, Côte d'Ivoire, Eritreia, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Mali, Níger, Nigéria e Togo.

165 Botsuana, Burquina Faso, Cabo Verde, Camarões, Côte d'Ivoire, Eritreia, Essuatíni, Etiópia, Gâmbia, Quênia, Lesoto, Libéria, Maláui, Mauritània, Maurícia, Moçambique, Nigéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seicheles, Serra Leoa, África do Sul, Uganda, República Unida da Tanzânia, Togo, Zâmbia e Zimbabué.

166 Cabo Verde, Camarões e Maurícia.

brem os custos das vacinas com recursos públicos. Por exemplo, a percentagem das despesas com vacinas utilizadas para a vacinação de rotina pagas pelos governos aumentou de 35% para 59% entre 2018 e 2022, o que marca uma tendência positiva rumo ao financiamento sustentável. No final de 2023, a OMS também tinha apoiado 43¹⁶⁷ Estados-Membros a criar grupos consultivos técnicos nacionais para a vacinação (NITAG), o que aponta para melhores estruturas de governação para os programas de vacinação.

A abordagem abrangente da OMS para melhorar os programas de vacinação, fortalecer a vigilância de doenças, promover a investigação e a inovação, e colaborar com parceiros contribuiu para estes ganhos. A assistência aos países assumiu a forma de planeamento estratégico e orientação, vigilância e monitorização de doenças, novas vacinas e intervenções específicas para doenças, monitorização da cobertura da vacinação e o estabelecimento e a capacitação de redes laboratoriais para diagnóstico de DEV e sequenciação genómica.

Foram criadas redes regionais de laboratórios e vigilância para fornecer confirmações laboratoriais precisas e oportunas de infeções – uma componente essencial dos sistemas de vigilância de doenças – com a OMS a ocupar-se da coordenação da vigilância laboratorial das DEV. Uma dessas redes é a Rede de Vigilância de Doenças Bacterianas Invasivas Evitáveis pela Vacinação. Além disso, a OMS prestou assistência técnica e forneceu ferramentas de dados para ajudar a identificar lacunas e melhorar esses sistemas.

A OMS também estabeleceu o Fórum Africano para a Regulamentação das Vacinas (AVAREF) em 2016, uma plataforma para desenvolver a ética e a capacidade regulamentar em matéria de ensaios clínicos em África e garantir o acesso a vacinas seguras, eficazes e de qualidade. Ao fomentar a colab-

oração entre as principais partes interessadas por meio de revisões conjuntas e da partilha de trabalhos e conhecimentos, o AVAREF contribuiu para o combate contra doenças, como a COVID-19, o vírus do Ébola, a meningite, o paludismo, o rotavírus e a pneumonia pneumocócica.

As principais lições extraídas para reforçar ainda mais os esforços de vacinação no continente incluem a necessidade de sistemas de saúde robustos para garantir o acesso equitativo às vacinas às diversas populações, o investimento na infra-estrutura da cadeia de frio, a integração da vacinação com outros programas e o reconhecimento do papel fundamental desempenhado pelos agentes comunitários de saúde na construção da confiança, na desconstrução de mitos e na promoção da aceitação da vacina.

6.4.1 Erradicação da poliomielite

A certificação da Região Africana como livre de poliovírus selvagem em 2021 assinalou uma conquista significativa no âmbito dos esforços em matéria de saúde pública. Este marco foi, por um lado, um testemunho da dedicação inabalável e do progresso rumo à erradicação da doença a nível mundial e, por outro, uma demonstração da eficácia das campanhas de vacinação e dos sistemas de vigilância na prevenção da propagação da poliomielite. Este feito seguiu-se à interrupção bem-sucedida da transmissão do poliovírus selvagem endémico (PVS) na Nigéria, tendo o último caso sido relatado em 2016.

No entanto, os esforços de erradicação da poliomielite sofreram um revés quando o PVS reconquistou terreno em África. Embora o vírus importado do Paquistão para o Maláui não tenha alterado a certificação da Região como livre de poliovírus selvagem autóctone, deixou nove crianças paralisadas no Maláui e em Moçambique, antes de ser travado.

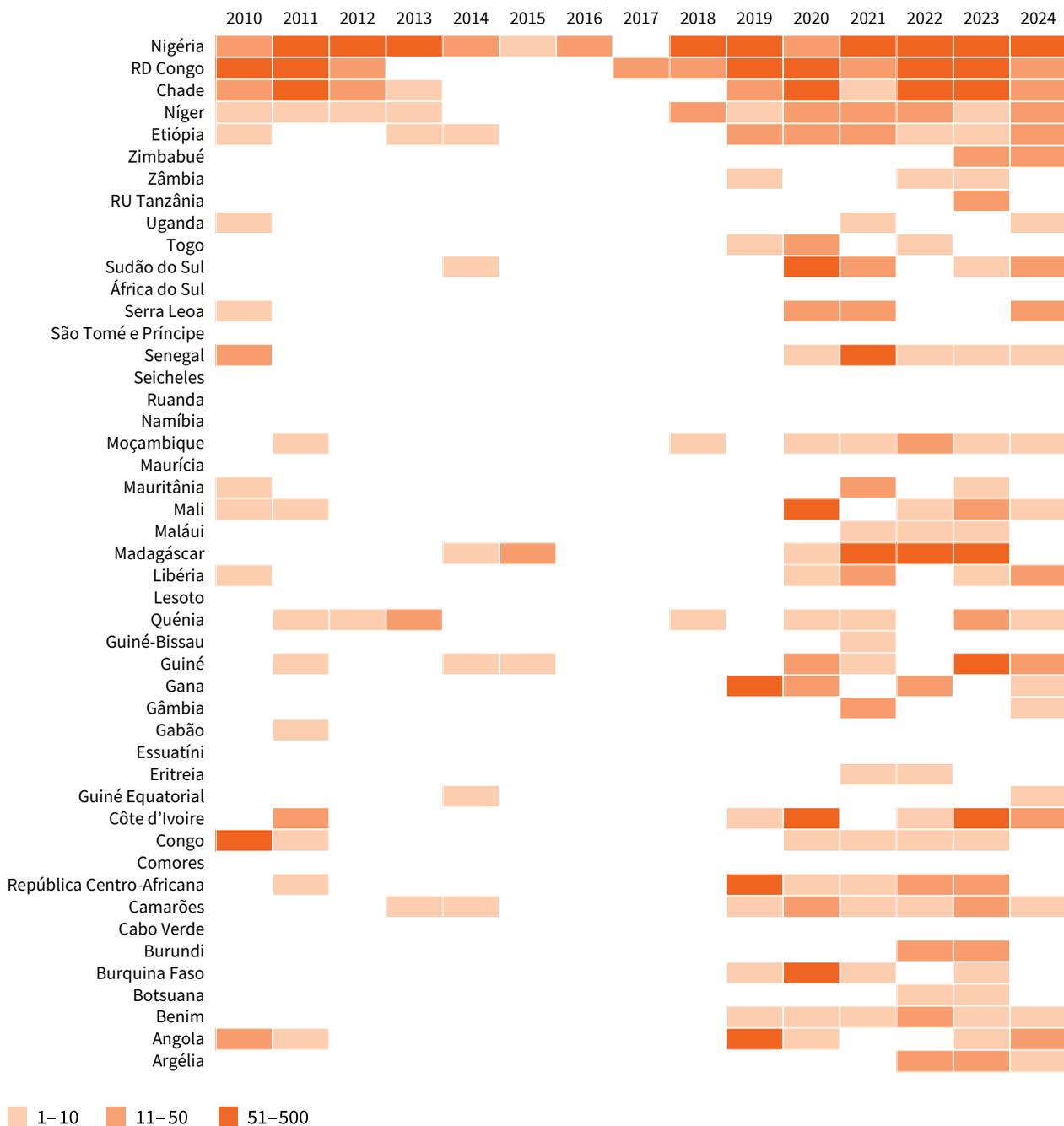
A OMS apoiou uma resposta sub-regional

167 Argélia, Angola, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Camarões, Chade, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Eritreia, Essuatíni, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Maláui, Mali, Mauritânia, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seicheles, Serra Leoa, África do Sul, Sudão do Sul, Togo, Uganda, República Unida da Tanzânia, Zâmbia e Zimbabué.





Figura 27: Casos relatados de poliomielite na Região Africana da OMS



Fonte: OMS/UNICEF, revisão 2023

concertada, que passou pela vacinação de mais de 50 milhões de crianças contra a poliomielite em cinco países da África Austral,¹⁶⁸ o que conduziu à interrupção da transmissão do poliovírus selvagem em 2024. Tal seguiu-se às avaliações no Maláui e em Moçambique realizadas por uma equipa independente de avaliação da resposta a surtos de poliomielite, que recomendou o encerramento do surto. Através de uma vigilância robusta, de campanhas de vacinação de qualidade e do reforço do envolvimento comunitário, ambos os países controlaram eficazmente a propagação do vírus, salvaguardando a saúde e o bem-estar das crianças.

“Os profissionais de saúde têm sido os verdadeiros heróis do programa de poliomielite da África. Diariamente, superam conflitos, atravessam pântanos para chegar a aldeias remotas e estabelecem confiança com as comunidades para garantir que todas as crianças recebem vacinas contra a poliomielite que salvam vidas. Em toda a África, precisamos de investir e capacitar os profissionais de saúde, garantindo que têm a formação, as competências e os incentivos para continuar a servir as nossas comunidades.”

Dr.^a Matshidiso Moeti, Directora Regional da OMS para a África

A estratégia para travar o surto baseou-se num microplaneamento pormenorizado, incluindo o mapeamento das comunidades transfronteiriças, das rotas migratórias, dos pontos de entrada/saída transfronteiriços e das rotas de trânsito para cada um dos postos fronteiriços. A sincronização e coordenação dos planos de vacinação entre os cinco países, bem como a monitorização das actividades de vacinação, foram essenciais

para identificar e alcançar todas as crianças elegíveis nas zonas transfronteiriças. Os esforços de vacinação prosseguiram em 2024, com campanhas porta-a-porta de vários âmbitos e escalas em 12 países¹⁶⁹ no primeiro trimestre de 2024. Como resultado, mais de 88 milhões de crianças receberam pelo menos uma dose da vacina contra a poliomielite.

A vacinação contra a poliomielite recebeu um impulso significativo em 2020, quando a nova vacina oral contra a poliomielite de tipo 2 (nOPV2) se tornou na primeira vacina a ser autorizada ao abrigo da Lista de Utilização de Emergência da OMS. A vacina foi inicialmente lançada para uso limitado em países para combater surtos do poliovírus do tipo 2 derivado da vacina circulante (cVDPV2). Esta variante assolou 20 países¹⁷⁰ na Região em 2023, sendo a República Democrática do Congo o mais afectado, com 223 casos.

A nOPV2, uma versão modificada da vacina oral contra a poliomielite monovalente (mOPV2) do tipo 2, oferece protecção comparável contra o poliovírus do tipo 2, mas com maior estabilidade. Tal significa que há menos risco de mutações e do regresso da virulência, o que, por sua vez, reduz o risco de paralisia relacionada com a poliomielite entre as crianças que vivem em zonas com baixa cobertura de vacinação e não abrangidas por campanhas de vacinação em massa direccionadas. Em última análise, a nOPV2 apresenta menos risco de gerar novos surtos de poliomielite.

Com a vigilância da paralisia flácida aguda (PFA) a ser o método de referência para a detecção do poliovírus, os Estados-Membros africanos, com o apoio de parceiros, instituíram sistemas de vigilância robustos para detectar casos de PFA. Este trabalho de vigilância é apoiado por 16 laboratórios na Região, que fazem parte da Rede Mundial de Laboratórios de Poliomielite. Cada país

168 Maláui, Moçambique, República Unida da Tanzânia, Zâmbia e Zimbabué.

169 Argélia, Benim, Camarões, República Centro-Africana, Congo, República Democrática do Congo, Quênia, Mauritânia, Níger, Nigéria, Sudão do Sul e Zimbabué.

170 Burundi, Benim, Burquina Faso, República Centro-Africana, Chade, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Etiópia, Guiné, Quênia, Madagáscar, Mali, Moçambique, Mauritânia, Níger, Nigéria, Sudão do Sul, República Unida da Tanzânia, Zâmbia e Zimbabué.

tem um laboratório de referência onde as suas amostras são testadas. Mais de 24 000 casos de AFP são relatados anualmente e as amostras de fezes são testadas no âmbito da vigilância.

A utilização de sistemas de monitorização geoespacial (GTS) para monitorizar os vacinadores e visualizar a cobertura em tempo real tem sido importante para as actividades de reforço para combater a poliomielite, a fim de garantir que a vacinação chega a todas as crianças.

A Rede de Laboratórios de Poliomielite da Região Africana, que conta com 16 laboratórios, está presente em 15 países diferentes¹⁷¹ e é apoiada por dois laboratórios de concentração de amostras de vigilância ambiental (VA) em outros dois países.¹⁷² Estes esforços visam aumentar a capacidade laboratorial, incluindo a expansão das capacidades de sequenciação através de várias metodologias e novas tecnologias. Prevê-se o aumento do número de laboratórios de sequenciação dos actuais 2 para 16, ao mesmo tempo que novos laboratórios não relacionados com a poliomielite também estão a ser adicionados à rede em seis países¹⁷³ para realizar a sequenciação do poliovírus usando nova tecnologia.

A VA é fundamental para a detecção do poliovírus, mas é condicionada na Região Africana pela disponibilidade limitada de redes de esgoto formais, atrasos no transporte de amostras além fronteiras, restrições financeiras e pessoal sem formação adequada. Em 2017, a OMS criou o Centro de Sistema de Informação Geográfica (SIG), com programas de desenvolvimento das capacidades em todos os 47 Estados-Membros a fim de melhorar a utilização do SIG e das inovações tecnológicas para apoiar uma variedade de programas de vigilância de doenças, inclu-

do, mais tarde, a COVID-19. A utilização de sistemas de monitorização geoespacial (GTS) para monitorizar os vacinadores e visualizar a cobertura em tempo real tem sido importante para as actividades de reforço para combater a poliomielite, a fim de garantir que a vacinação chega a todas as crianças.

A vigilância também foi aprimorada nos dois anos anteriores a 2024 através do estabelecimento de 15 novos locais de vigilância de águas residuais em países afectados pelo surto de PVS importado. Estes locais desempenharam um papel crítico na detecção da circulação silenciosa do poliovírus nas águas residuais, ao assegurarem o envio de amostras de qualidade para laboratórios para confirmação e resposta atempadas à presença do poliovírus.¹⁷⁴ A vigilância ambiental começou na Nigéria em 2011 e alargou-se a todos os países da Região, excepto às Comores, onde não há locais adequados para a VA. Mais de 500 locais de recolhas de amostras iniciaram a VA.

171 África do Sul, Argélia, Camarões, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gana, Madagascar, Nigéria (2), Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Senegal, Uganda, Zâmbia, Zimbabuê.

172 Angola, Níger.

173 Angola, Eritreia, Maláui, Moçambique, Ruanda, República Unida da Tanzânia.

174 <https://www.afro.who.int/news/timely-outbreak-response-enhanced-surveillance-halts-wild-poliovirus-transmission-southern>



Combater as
doenças não
transmissíveis
e cuidar da
saúde mental

7

7.1	Doenças não transmissíveis (DNT)	143
<hr/>		
7.2	Saúde mental	154

Meta 3.4 dos ODS:

Até 2030, reduzir para um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis através da prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar

Meta 3.a dos ODS:

Luta antitabágica: Reforçar a implementação da Convenção-Quadro da OMS para a Luta Antitabágica em todos os países, quando aplicável

Meta 3.5 dos ODS:

Abuso de substâncias: Reforçar a prevenção e o tratamento da toxicod dependência, incluindo o abuso de estupefacientes e o consumo excessivo de álcool

Doenças não transmissíveis (DNT)

“O crescente fardo das doenças não transmissíveis constitui uma grave ameaça para a saúde e a vida de milhões de pessoas em África: Mais de um terço das mortes na Região devem-se a estas doenças. O que é particularmente preocupante é que as mortes prematuras por doenças não transmissíveis estão a aumentar entre as pessoas com menos de 70 anos.”

Dr.^a Matshidiso Moeti, Directora Regional da OMS para a África

7.1.1 A ascensão das DNT na Região Africana

Desde o início do século, a incidência de doenças não transmissíveis em África aumentou. Lar de 54 países de baixos e médios rendimentos, o continente deverá registar a nível mundial o maior aumento de mortes relacionadas com as DNT na próxima década, com a OMS a prever que estas doenças se vão tornar na principal causa de morte na Região Africana até 2030.

Ao contrário das batalhas mais familiares contra doenças infecciosas, as DNT muitas vezes avançam silenciosamente, mas o seu impacto é profundo. Trata-se de uma questão de desenvolvimento sustentável, na medida em que criam um fardo significativo para a saúde e a economia, ao mesmo tempo que devastam famílias e comunidades. Em 2019, estes assassinos silenciosos foram responsáveis por 37% das mortes na Região,

uma subida acentuada face a 24% no ano 2000. Sem intervenções significativas, deverão superar as doenças transmissíveis e os problemas de saúde maternal, neonatal e nutricional em conjunto nos próximos cinco anos.

O primeiro passo para desenvolver uma resposta integral é compreender as DNT comuns e os factores de risco que partilham. As quatro doenças mais letais, que juntas representam 80% das mortes prematuras relacionadas com as DNT a nível mundial,¹⁷⁵ são: As doenças cardiovasculares, os cancro, a diabetes e as doenças respiratórias crónicas. Calcula-se que cerca de 80% das DNT sejam evitáveis, o que torna ainda mais premente uma maior prevenção e mudanças no estilo de vida a fim de atacar os factores de risco modificáveis.

Os principais factores de risco incluem o tabagismo, um inimigo bem conhecido da

175 <https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X%2819%2930370-5/fulltext>

saúde que está ligado a doenças cardíacas, cancro e doenças respiratórias crónicas; o uso nocivo do álcool, que contribui para doenças hepáticas e certos tipos de cancro, ao mesmo tempo que agrava os problemas de saúde mental e aumenta o risco de acidentes e lesões; e a má alimentação devido a uma mudança para alimentos processados ricos em sal, açúcar e gorduras não saudáveis; e a inactividade física.

A urbanização e as mudanças nos estilos de vida levaram a níveis reduzidos de actividade física entre muitas populações africanas. Este estilo de vida sedentário, aliado a maus hábitos alimentares, contribuiu significativamente para o crescente fardo das DNT. Um aumento na obesidade, impulsionado pela má alimentação e inactividade física, por exemplo, aumentou de forma considerável a prevalência da diabetes e hipertensão, enquanto o fardo da saúde mental adicionou outra camada de complexidade. Mais de 100 milhões de pessoas na Região são afectadas por perturbações mentais, neurológicas e resultantes do consumo de substâncias.

A prevalência de doenças cardiovasculares duplicou nas últimas três décadas em África, ao passo que menos de um terço das pessoas que vivem com hipertensão na Região Africana estão em tratamento. Apenas cerca de 12% das pessoas com este problema potencialmente fatal têm o problema controlado.

Estes factores de risco não são apenas comportamentos isolados, estão profundamente enraizados no contexto socioeconómico, cultural e ambiental da Região. A resposta a estes problemas exige uma abordagem holística que vai além da mudança dos comportamentos individuais para endereçar os determinantes mais amplos da saúde.

Quando a Dr.^a Moeti assumiu o cargo em 2015, a resposta foi guiada pelo Plano de

Acção Mundial para a Prevenção e o Controlo das DNT 2013–2020 (prorrogado até 2030). Cada um dos Estados-Membros comprometeu-se a reduzir a carga evitável das DNT e o número de mortes prematuras por DNT em 25% até 2025.

Entre 2013 e 2019, a mortalidade por DNT normalizada por idade apresentou um declínio modesto, de 615,9 para 587,1 por 100 000 pessoas na Região Africana. A probabilidade de morrer de doenças cardiovasculares, cancro, diabetes ou doenças respiratórias crónicas na faixa etária dos 30 aos 70 anos também registou uma melhoria ligeira, diminuindo de 22% para 20,8%.

No entanto, a desigualdade de acesso a cuidados que estão prontamente disponíveis em países de rendimentos mais elevados¹⁷⁶ ainda significava que, em 2020, uma criança de 10 anos com diabetes na África Subariana viveria menos 40 anos do que o seu par na Europa. Em 2021, a África tinha a segunda menor despesa relacionada com a diabetes (13 mil milhões de USD), representando apenas 1% da despesa mundial relacionada com a diabetes,¹⁷⁷ apesar de a Região Africana ter a maior proporção de casos de diabetes não diagnosticados: 54%.

Além disso, a prevalência de doenças cardiovasculares duplicou nas últimas três décadas em África, ao passo que menos de um terço das pessoas que vivem com hipertensão na Região Africana estão em tratamento. Apenas cerca de 12% das pessoas com este problema potencialmente fatal têm o problema controlado.

Os progressos contra as DNT também sofreram retrocessos devido a interrupções nos serviços essenciais de saúde resultantes da pandemia da COVID-19. Cerca de 80% dos países da Região relataram interrupções nos serviços de saúde entre Maio e Setembro de 2021, incluindo nos cuidados prestados à diabetes¹⁷⁸ e ao cancro¹⁷⁹, em virtude da baixa resiliência dos sistemas de saúde.

176 <https://www.bmj.com/content/383/bmj.p2382>

177 https://files.who.int/afahobckpcontainer/production/files/iAHO_Diabetes_Regional_Factsheet.pdf

178 <https://www.afro.who.int/news/covid-19-more-deadly-africans-diabetes>

179 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10656081/>

Para ajudar a reduzir o fardo evitável de mortes, doenças e deficiências relacionadas com as DNT, a OMS providencia conhecimentos técnicos aos países para que estes elaborem e implementem estratégias de intervenção eficazes e monitorizem os progressos. A Organização também desenvolveu um conjunto de medidas práticas e economicamente vantajosas que os países podem implementar ao nível dos cuidados de saúde primários. Estas medidas destacam a promoção da saúde e a prevenção de doenças e incluem acções como aumentar os impostos sobre o tabaco, restringir a publicidade às bebidas alcoólicas reformular os produtos alimentares para que tenham menor teor de sal, açúcar e gordura, vacinar as meninas contra o cancro do colo do útero e tratar a hipertensão e a diabetes.

7.1.2 Vigilância dos factores de risco das DNT – a abordagem STEPS

Para combater efectivamente as DNT, é crucial compreender a extensão e a distribuição destas doenças, bem como os seus factores de risco entre as populações. A vigilância dos factores de risco das DNT fornece os dados necessários para formular políticas, orientar a afectação de recursos e conceber intervenções direccionadas. No entanto, em muitos países africanos, a recolha de dados

fiáveis sobre as DNT e os factores de risco tem sido um desafio constante, prejudicado por recursos limitados, prioridades de saúde concorrentes e sistemas de informação sanitária subdesenvolvidos.

Reconhecendo esta lacuna, a OMS desenvolveu um método normalizado conhecido como abordagem STEPwise à vigilância (STEPS). A STEPS prevê uma estrutura simples, mas abrangente, para a recolha, análise e disseminação de dados sobre os principais factores de risco das DNT. Tal permite que os países acompanhem as tendências das DNT e os respectivos factores de risco ao longo do tempo, identifiquem grupos de alto risco e avaliem a eficácia das intervenções.

A estratégia foi concebida para ser flexível e adaptável a diferentes realidades nacionais, tornando-a particularmente adequada para contextos com recursos limitados. O primeiro passo na estratégia implica reunir informações sobre os principais factores de risco comportamentais. Tal inclui o tabagismo e o consumo de álcool, a inactividade física e a má alimentação, bem como factores de risco biológicos, como o excesso de peso e a obesidade, a elevada pressão arterial e níveis de glicose no sangue e lipídios sanguíneos anormais. Normalmente, estes dados são recolhidos através de inquéritos às famílias utilizando questionários normalizados.



Por exemplo, no Burquina Faso, os resultados da abordagem STEPwise de 2021 da OMS ao inquérito de vigilância revelaram uma prevalência de 18,2% da hipertensão na faixa etária dos 18 aos 69 anos, sublinhando a necessidade de intervenções. Agora, o Burquina Faso, com o apoio da OMS e do Governo da Dinamarca, disponibiliza serviços de DNT nas unidades de saúde distritais, descentralizando-os dos hospitais terciários a fim de alargar o acesso.

Na Mauritânia, o inquérito STEPS de 2008 revelou que 22,6% dos adolescentes do país com idades entre os 13 e os 15 anos consumiam tabaco, devido ao acesso fácil por parte de todas as pessoas, incluindo crianças, a produtos do tabaco.

Na Mauritânia, o inquérito STEPS de 2008 revelou que 22,6% dos adolescentes do país com idades entre os 13 e os 15 anos consumiam tabaco, devido ao acesso fácil por parte de todas as pessoas, incluindo crianças, a produtos do tabaco. Em resposta, foram adoptadas medidas legais para introduzir advertências gráficas de saúde nos maços de tabaco, com o Inquérito Mundial sobre o Tabagismo entre os Adultos de 2021 a mostrar uma redução de 8% do tabagismo na Mauritânia, entre 2012 e 2021, passando de 18% para 10%.

O segundo passo implica recolher medições físicas, como altura, peso e pressão arterial. Estas medições ajudam a identificar os principais indicadores de risco de DNT, incluindo a prevalência do excesso de peso e da obesidade, bem como da pressão arterial elevada.

O último passo é a recolha de medições biológicas como os níveis de glucose no sangue e colesterol. Estes biomarcadores dão informações sobre a prevalência de problemas de saúde como a diabetes e a dislipidemia. Na Maurícia, o STEPS revelou uma prevalência elevada da diabetes, o que conduziu à imple-

mentação de programas nacionais de rastreio e intervenções para promover estilos de vida mais saudáveis.

Ao utilizarem esta abordagem normalizada, os países podem monitorizar as tendências dos factores de risco das DNT ao longo do tempo, comparar dados entre diferentes regiões e identificar ameaças sanitárias emergentes. Entre 2014 e 2024, 24¹⁸⁰ países da Região Africana levaram a cabo inquéritos STEPS, alguns mais do que uma vez, o que permitiu obter imensos dados para orientar as estratégias nacionais de luta contra a epidemia das DNT.

No entanto, a aplicação da abordagem STEPS não está isenta de desafios. Em alguns países, os condicionalismos logísticos, o financiamento limitado e a falta de pessoal qualificado dificultaram a recolha e a análise regulares dos dados. Não obstante estes desafios, as histórias de sucesso demonstram que, quando estão disponíveis dados fiáveis, estes podem despoletar mudanças políticas e intervenções de saúde pública relevantes. Também permitem que os países acompanhem o progresso rumo à concretização das metas mundiais, em especial o ODS 3.4, para reduzir em um terço a mortalidade prematura por DNT até 2030.

7.1.3 Prevenção das doenças não transmissíveis através de factores de risco modificáveis

A sensibilização e a educação para a saúde pública são elementos essenciais da resposta global. A OMS apoiou vastas campanhas de partilha de informações sobre os principais factores de risco associados às DNT, incluindo o tabagismo, a má alimentação, a inactividade física e o uso nocivo do álcool. Estes esforços também visam melhorar a literacia em saúde e promover mudanças comportamentais.

Além disso, foram implementadas intervenções baseadas na comunidade, incluindo

¹⁸⁰ Argélia, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Cabo Verde, República Centro-Africana, Essuatíni, Etiópia, Gâmbia, Gana, Quênia, Libéria, Maláui, Maurícia, Moçambique, Níger, Nigéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Togo, Uganda, República Unida da Tanzânia e Zâmbia.

programas de educação e rastreio, com vista a aumentar a sensibilização e melhorar a detecção precoce de DNT.

Endereçar o tabagismo

O tabagismo é uma das causas mais evitáveis de DNT, ainda assim continua a ser uma importante ameaça de saúde pública. Nesse sentido, os países da Região Africana implementaram várias estratégias para conter o consumo de tabaco. A Convenção-Quadro da OMS para a Luta Antitabágica (CQLA), que foi ratificada por 45¹⁸¹ dos 47 Estados-Membros, tem sido uma pedra basilar destes esforços, dotando os países de um conjunto abrangente de políticas e intervenções para reduzir o tabagismo.

52% da população (632 milhões de pessoas) na Região já está coberta por advertências gráficas de saúde nos maços de tabaco e mais de 89% (1,1 mil milhões de pessoas) estão protegidas por leis de locais sem fumo.

Além disso, a OMS apoiou a implementação acelerada de importantes estratégias de redução da procura de tabaco no pacote MPOWER, um pacote de políticas que se baseia nas medidas da CQLA que já demonstraram reduzir a prevalência do tabagismo por meio da monitorização do consumo do tabaco, da protecção das pessoas do tabagismo passivo, da oferta de ajuda para a cessação tabágica, da aplicação de proibições à publicidade ao tabaco e do aumento dos impostos aplicáveis aos produtos do tabaco.

Em 2022, a Maurícia empreendeu uma campanha concertada para reduzir o tabagismo, introduzindo uma série de novas medidas, incluindo regulamentações anti-tabagismo e tributação mais apertadas,

ao mesmo tempo que alargou as campanhas de sensibilização e o apoio grátis à cessação tabágica. Tudo isto faz parte do Plano Nacional de Acção para o Controlo do Tabaco (NAPTC) 2022-2026, que fez da Maurícia o terceiro país a nível mundial e o primeiro na Região Africana a adoptar todas as medidas MPOWER ao mais alto nível. A Maurícia também se tornou no primeiro país africano a implementar com sucesso embalagens simples, com um conjunto de oito advertências gráficas de saúde rotativas.

Um total de 22¹⁸² países também ratificaram o Protocolo para a Eliminação do Comércio Ilícito de Produtos de Tabaco, com as intervenções a contribuírem para que quase metade dos países da Região estejam no bom caminho para alcançar uma redução relativa de 30% na prevalência do “actual consumo do tabaco diário” até 2025, com base nos pontos de partida de 2010. A prevalência do tabagismo entre os adultos com mais de 15 anos caiu significativamente, de 13,5% para 9,5% (2015–2023),¹⁸³ prevendo-se que a prevalência desça ainda mais até 2025,¹⁸⁴ para 8,9%.

Entretanto, 52% da população (632 milhões de pessoas) na Região já está coberta por advertências gráficas de saúde nos maços de tabaco e mais de 89% (1,1 mil milhões de pessoas) estão protegidas por leis de locais sem fumo. Além disso, a percentagem do imposto total médio do preço de venda ao público de um maço de 20 cigarros para as marcas mais populares aumentou de 37% para 41% (2016–2023).¹⁸⁵

Dezanove por cento dos Estados-Membros conseguiram reduzir em mais de 10%, entre 2008 e 2018, a exposição ao tabagismo passivo para as crianças com idades compreendidas entre os 13 e os 15 anos.¹⁸⁶ Do mesmo modo, quase 20% dos Estados-Mem-

181 Excepto Eritreia e Sudão do Sul.

182 Benim, Burquina Faso, Cabo Verde, Chade, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Quênia, Madagascar, Mali, Maurícia, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, Seicheles e Togo.

183 WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2030. Geneva: World Health Organization; 2024.

184 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240088283>

185 Relatório da OMS sobre a epidemia mundial do tabaco, 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164>

186 Relatório sobre os progressos na implementação da estratégia regional para a prevenção e luta contra o cancro afr/rc69/inf.doc/3



brothers registaram uma redução de 10% na exposição passiva ao fumo do tabaco para as crianças com idades compreendidas entre os 13 e os 15 anos, graças a campanhas eficazes de promoção da saúde.

As explorações agrícolas livres do tabaco no Quênia têm sido uma intervenção particularmente inovadora para conter o cultivo de tabaco no país. Em 2021, o Quênia uniu forças com a OMS e uma coligação de parceiros internacionais para ajudar os agricultores de tabaco a mudarem para culturas resilientes ao clima, como o feijão e o milho. Estas constituem uma fonte de rendimentos mais saudável e melhoram a segurança alimentar.

O projecto, que começou com centenas de agricultores no Quênia em 2022, está a ser alargado a outras regiões produtoras de tabaco. Estes esforços são mais do que apenas de cariz económico, na medida em que também representam uma mudança significativa na forma como as comunidades olham para a sua saúde e o futuro.

Consumo nocivo do álcool

Há muito que o álcool faz parte das práticas culturais e sociais em muitas sociedades africanas, mas o seu consumo nocivo contribui

de forma considerável para as DNT, incluindo doenças hepáticas, doenças cardiovasculares e determinados tipos de cancro. O consumo excessivo de álcool também exacerba problemas de saúde mental e aumenta o risco de acidentes e lesões, representando um peso considerável para os sistemas de saúde.

A iniciativa SAFER da OMS, cujo nome decorre das cinco¹⁸⁷ intervenções com a melhor relação custo-benefício para reduzir os danos relacionados com o álcool, apresentou um quadro estratégico para os países endereçarem o uso nocivo do álcool através, nomeadamente, do aumento dos impostos aplicáveis às bebidas alcoólicas, da aplicação de leis de condução sob efeito de álcool e da melhoria do acesso ao rastreio e ao tratamento de perturbações relacionadas com o consumo de álcool.

Por exemplo, na Etiópia, a implementação de políticas para limitar a comercialização de álcool, aumentar a tributação sobre bebidas alcoólicas e promover programas educativos de base comunitária resultou numa quebra significativa no consumo de álcool per capita, de 6,3 litros em 2016 para 4,2 litros em 2020.

A nível regional, as mortes imputáveis ao álcool por 100 000 pessoas caíram de 70,6

¹⁸⁷ Reforçar as restrições à disponibilidade de álcool; avançar e aplicar medidas de combate à condução sob o efeito do álcool; facilitar o acesso a rastreios, intervenções breves e tratamento; aplicar proibições ou restrições abrangentes à publicidade, ao patrocínio e à promoção do álcool; aumentar os preços do álcool através de impostos especiais sobre o consumo e políticas de fixação dos preços.





para 52,2 (2016–2019), reflectindo um declínio constante no consumo de álcool desde 2015, com indicações de uma redução relativa de 20% ou mais no consumo de álcool per capita. Contudo, esta diminuição é impulsionada por apenas cerca de metade dos Estados-Membros da Região.¹⁸⁸ O relatório da OMS sobre Estatísticas Mundiais de Saúde de 2023 estimou, por exemplo, que no Uganda uma pessoa consumia 12,2 litros de álcool por ano, cerca do dobro da média regional.¹⁸⁹

O quadro para a implementação do plano de acção mundial sobre o álcool 2022-2030 na Região Africana, que foi apresentado ao Comité Regional da OMS para a África em 2023, deverá acelerar estes ganhos. Este quadro actualiza a estratégia anterior (que já tinha 13 anos) mediante a operacionalização de novas medidas no plano de acção mundial sobre o álcool e a superação dos desafios na implementação de actividades de redução de danos relacionados com o álcool na Região.

A Região Africana registou uma diminuição significativa da prevalência da inactividade física, passando de 22,1% para 16% entre 2016 e 2022. Este resultado torna a Região na única que está no rumo certo para cumprir a meta global de redução até 2030.

Alimentação saudável e actividade física

À medida que a urbanização continua a reformular as sociedades africanas, tornou-se imperativo promover uma alimentação saudável e a actividade física em prol da saúde pública, com pessoas com excesso de peso ou obesas a terem um maior risco de desenvolver uma série de DNT graves, incluindo diabetes do tipo 2, hipertensão, doenças cardíacas e alguns tipos de cancro.

Norteada pelo pacote ACTIVO da OMS, que

estabelece metas para atingir uma redução relativa nos níveis mundiais de inactividade física de 10% até 2025 e 15% até 2030, a Região Africana registou uma diminuição significativa da prevalência da inactividade física, passando de 22,1% para 16% entre 2016 e 2022. Este resultado torna a Região na única que está no rumo certo para cumprir a meta global de redução até 2030.¹⁹⁰

No entanto, estilos de vida sedentários associados à crescente urbanização ou às mudanças nos meios de transporte em muitos países continuam a contribuir de forma significativa para a obesidade, exacerbada por hábitos alimentares como o consumo de alimentos com um elevado teor energético. Além disso, a ausência de políticas robustas em sectores importantes – nomeadamente, na saúde, na agricultura, no planeamento urbano e no meio ambiente – que promovam estilos de vida mais saudáveis, representa uma ameaça aos ganhos obtidos.

A prevalência da obesidade em África varia entre 4,5% e 32,5%, enquanto a prevalência da hipertensão relacionada com o excesso de peso/obesidade em crianças e adolescentes é de cerca de 18,5%. Na África do Sul e na Nigéria, dois países da África Subsariana com a maior prevalência da hipertensão, um estilo de vida sedentário associado a uma transição de uma vida rural para uma vida urbana ou ocidentalizada têm sido referidos como um dos principais factores subjacentes à elevada prevalência da hipertensão.¹⁹¹

A OMS na Região Africana tem apoiado os países na promoção de uma alimentação saudável e na criação de um ambiente alimentar saudável através da adopção e implementação de intervenções no domínio fiscal e regulatório em relação à produção, ao transporte e à comercialização de produtos alimentares, incluindo a rotulagem dos pro-

188 Dados comparativos sobre o consumo de álcool per capita, publicações de 2018 e 2024 sobre o Relatório mundial de situação sobre álcool e saúde.

189 <https://www.afro.who.int/countries/uganda/news/whos-safer-initiative-timely-intervention-reduce-alcohol-related-harm-uganda>

190 Global levels of physical inactivity in adults: off track for 2030

191 <https://www.nature.com/articles/s41371-024-00913-6#:~:text=Obesity%20prevalence%20in%20Africa%20ranges,approximately%2018.5%25%20%5B97%5D>

alimentos, as directrizes dietéticas baseadas em alimentos e a tributação de bebidas açucaradas. Em 2022, 31¹⁹² dos 47 países tinham implementado políticas fiscais nacionais sobre bebidas açucaradas para combater a obesidade entre as crianças e os adultos.

A OMS também ajudou a reformular produtos alimentares para reduzir o teor de gorduras saturadas, gorduras trans, açúcares livres e sal/sódio, e eliminar as gorduras trans produzidas industrialmente. Os pacotes técnicos da OMS para promover uma alimentação saudável incluem: O SHAKE para a redução do sal, com o primeiro seminário regional interpaíses sobre a redução do teor de sal a ter lugar no Maláui em 2018;¹⁹³ e o REPLACE para eliminar as gorduras trans artificiais dos produtos alimentares nacionais.

Os Estados-Membros comprometeram-se a travar o aumento da diabetes e da obesidade entre os adultos e os adolescentes, e o excesso de peso infantil, bem como a reduzir a ingestão de sal em 30%, até 2025. Através de um programa multiparceiros chamado Programa Global de Capacitação Regulatória e Fiscal (RECAP), o Quénia, o Uganda e a República Unida da Tanzânia registaram progressos na adopção da modelagem de perfis nutricionais e normas de rotulagem de produtos alimentares, como um precursor para regulamentações sobre a comercialização de alimentos e bebidas não alcoólicas.

O Burquina Faso, o Mali e a Serra Leoa também alinharam as suas políticas nacionais em matéria de rotulagem nutricional com a estratégia regional e as normas do Codex¹⁹⁴, ao mesmo tempo que reforçaram os regulamentos em matéria de rotulagem nutricional para reduzir os factores de risco

das DNT relacionadas com a alimentação.¹⁹⁵

7.1.4 Tratamento e gestão das doenças não transmissíveis

A prevenção é fundamental, mas deve ser dada a mesma atenção ao acesso a serviços de saúde de qualidade para aqueles que já vivem com uma DNT, a fim de aumentar a detecção precoce, o tratamento e a gestão com o objectivo último de salvar vidas. Em muitos países africanos, tradicionalmente os sistemas de saúde centram-se nas doenças infecciosas agudas e o acesso limitado a serviços de rastreio contribui para a manifestação tardia de DNT, o que gera piores resultados e taxas de mortalidade mais elevadas.

Para colmatar esta lacuna, é necessária uma utilização eficiente dos recursos de saúde, juntamente com mecanismos de financiamento de saúde sustentáveis, acesso a diagnósticos básicos e medicamentos essenciais, e sistemas organizados de informação e encaminhamento médicos, prestados de forma equitativa ao nível dos cuidados de saúde primários.

Através de colaborações e parcerias, a OMS na Região Africana assinalou alguns progressos na integração das DNT nos cuidados de saúde primários, designadamente através da adopção do Pacote de Intervenções Essenciais da OMS para as Doenças Não Transmissíveis ao Nível dos Cuidados de Saúde Primários (PEN) nos cuidados de saúde primários em 34¹⁹⁶ dos 47 países da Região. Publicado pela primeira vez em 2010, o PEN preconizou uma abordagem inovadora e activa, dando prioridade a um conjunto de intervenções economicamente vantajosas que poderiam ser aplicadas com uma qual-

192 Benim, Burquina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camarões, República Centro-Africana, Côte d'Ivoire, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gana, Guiné-Bissau, Quénia, Madagáscar, Maláui, Mali, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Níger, Ruanda, Senegal, Seicheles, África do Sul, Sudão do Sul, Togo, Uganda, República Unida da Tanzânia, Zâmbia e Zimbabué.

193 <https://www.afro.who.int/news/malawi-hosts-first-salt-reduction-intercountry-workshop-african-region>

194 Programa Conjunto FAO/OMD sobre Normas Alimentares que serve como o código internacional de segurança alimentar

195 https://www.afro.who.int/sites/default/files/2023-03/WHO%20AFRO%20UHP%20brochure_0.pdf

196 Angola, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Cabo Verde, Congo, Eritreia, Essuatíni, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Quénia, Lesoto, Libéria, Mali, Mauritânia, Maurícia, Namíbia, Níger, Nigéria, Madagáscar, Moçambique, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seicheles, Serra Leoa, Sudão do Sul, Togo, Uganda, República Unida da Tanzânia, Zâmbia e Zimbabué.

idade aceitável, mesmo em contextos com poucos recursos.¹⁹⁷

O pacote permitiu que a OMS ajudasse os países a começarem a descentralizar a gestão das DNT, oferecendo serviços de rastreio e outros serviços, incluindo diagnóstico, tratamento, modificação do estilo de vida, educação do paciente e autogestão, ao nível dos cuidados de saúde primários.

Por exemplo, a Etiópia estabeleceu clínicas de DNT em hospitais distritais, alargando a sua capacidade de diagnóstico e gestão de problemas de saúde, como o cancro e as doenças respiratórias crónicas, disponibilizando serviços que incluem quimioterapia, terapia respiratória especializada e gestão avançada da diabetes.

Um paciente que beneficiou do pacote foi Samuel, um agricultor de 45 anos de uma aldeia rural na Zâmbia. Há meses que o Samuel sentia sintomas de fadiga, micção frequente e visão turva, mas não conseguia arcar com o custo de cuidados especializados. Quando o centro de saúde local implementou o PEN da OMS, foi finalmente diagnosticado com diabetes do tipo 2 e iniciou o tratamento, incluindo medicação e aconselhamento sobre estilo de vida. Com visitas regulares de seguimento, aprendeu a gerir o problema de saúde, prevenindo complicações e melhorando a sua qualidade de vida.

Aproveitando o sucesso do PEN da OMS, a iniciativa PEN-Plus foi lançada em 2022 para atender à crescente necessidade de cuidados mais abrangentes. Através do PEN-Plus, a OMS prestou apoio a países no reforço da capacidade dos hospitais distritais e de outras instalações de referência de primeiro nível para o diagnóstico precoce e a gestão subsequente de DNT graves.

Por exemplo, a Etiópia estabeleceu clínicas

de DNT em hospitais distritais, alargando a sua capacidade de diagnóstico e gestão de problemas de saúde, como o cancro e as doenças respiratórias crónicas, disponibilizando serviços que incluem quimioterapia, terapia respiratória especializada e gestão avançada da diabetes.

Os programas de formação de profissionais de saúde, realizados em conjunto com as iniciativas PEN e PEN-Plus, também foram alargados para aumentar a capacidade de prevenção, diagnóstico e tratamento das principais DNT. Tal foi possível através das estratégias PEN e PEN-Plus da OMS, bem como do pacote HEARTS, que oferece uma abordagem estratégica para os decisores políticos e os gestores de programas melhorarem a prestação de cuidados de saúde cardiovascular ao nível dos cuidados de saúde primários nos países.

Outros quadros apoiaram estas intervenções, incluindo a Estratégia Regional de Saúde Oral (2016–2025), adoptada em 2016 para catalisar a acção dos Estados-Membros para prevenir e controlar doenças orais; o quadro regional para integrar serviços essenciais de doenças não transmissíveis nos cuidados de saúde primários,¹⁹⁸ adoptado em 2017; e o quadro para a implementação da estratégia mundial para acelerar a eliminação do cancro do colo do útero¹⁹⁹ como um problema de saúde pública na Região Africana da OMS (2021).

Enquanto isso, o Escritório Regional também está a trabalhar no Plano contra a Diabetes ao abrigo do quadro do Pacto Mundial contra a Diabetes, a iniciativa mundial da OMS para o controlo da diabetes lançada em 2021, para marcar o centenário da descoberta da insulina.

197 https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789241506557_eng.pdf

198 Quadro Regional para a Integração de Serviços Essenciais para as Doenças Não Transmissíveis ao Nível dos Cuidados de Saúde Primários. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334349/AFR-RC67-12-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

199 Quadro de implementação da Estratégia mundial para acelerar a eliminação do cancro do colo do útero enquanto problema de saúde pública na Região Africana da OMS. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345324/AFR-RC71-9-eng.pdf>

Saúde mental

Há uma década, a saúde mental era uma área pouco reconhecida e extremamente estigmatizada, tanto a nível mundial quanto regional, apesar de ser um elemento crítico da saúde e do bem-estar e um direito humano básico. Pese embora 24²⁰⁰ dos 47 países da Região Africana tivessem políticas ou planos de saúde mental independentes para orientar as actividades de saúde mental, apenas 41% desses planos ou políticas estavam em conformidade com os instrumentos internacionais de direitos humanos.

Os problemas de saúde mental afectam cerca de uma em cada oito pessoas a nível mundial e representam 6% do fardo total

das doenças em África. Embora a resposta ao fardo da saúde mental tenha sido lenta, a Região assinalou progressos significativos na melhoria dos serviços de saúde mental e na abordagem a esta importante área no domínio da saúde.

Em 2020, três quartos dos países da Região tinham uma política nacional de saúde mental, seja isolada ou integrada em outros planos nacionais de saúde, para ajudar a direccionar as actividades de saúde mental.²⁰¹ Quase 70% dos países que participaram no inquérito do Atlas da Saúde Mental 2020 possuíam políticas de saúde mental em conformidade com os instrumentos internacionais de direitos

200 Argélia, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, República Centro-Africana, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Libéria, Madagáscar, Mali, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe, África do Sul, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

201 ATLAS da Saúde Mental 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>): 29 dos 39 países da Região Africana que responderam ao Atlas da Saúde Mental de 2020. Argélia, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Quênia, Libéria, Madagáscar, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, África do Sul, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

humanos,²⁰² ao passo que 54% tinham leis de saúde mental em conformidade com os instrumentos internacionais de direitos humanos,²⁰³ o que representa um aumento face a 31% em 2014.

No início do primeiro mandato da Dr.^a Moeti, o investimento financeiro em cuidados de saúde mental na Região era limitado, com os países a gastarem em média apenas 0,10 USD per capita por ano em saúde mental em 2017. Havia uma grave escassez de profissionais especializados em saúde mental, incluindo enfermeiros de saúde mental, psiquiatras, psicólogos clínicos, assistentes sociais clínicos e terapeutas ocupacionais, com 1,4 profissionais especializados em saúde mental por cada 100 000 habitantes.

O investimento financeiro em cuidados de saúde mental na Região era limitado, com os países a gastarem em média apenas 0,10 USD per capita por ano em saúde mental em 2017.

Além disso, os profissionais dos cuidados primários tinham recebido formação muito limitada em termos de saúde mental. Apenas 0,6% dos médicos e 4% dos enfermeiros e parteiras ao nível dos cuidados primários na Região tinham recebido essa formação. Em vez disso, a saúde mental centrava-se em grande parte nos cuidados farmacológicos, muitas vezes prestados em hospitais de referência de nível terciário com integração limitada nas estruturas de cuidados de saúde primários e de saúde comunitária.²⁰⁴ Tal aumentou o estigma em torno dos desafios de

saúde mental e limitou gravemente o acesso a cuidados, tratamento e apoio adequados.

Em 2020, os esforços para reforçar a força de trabalho em saúde mental estavam a surtir efeito. Desde 2014, a Região registou um aumento estimado de 14% no número de profissionais especializados em saúde mental, passando de 1,4 para 1,6 de profissionais de saúde mental por 100 000 habitantes.²⁰⁵ Através da descentralização e integração da saúde mental, incluindo o desenvolvimento das capacidades ao nível dos cuidados de saúde primários, 79% dos países ministraram formação em saúde mental a profissionais de saúde dos cuidados primários em 2020.

O Escritório Regional liderou o desenvolvimento e a aprovação pelos Estados-Membros do quadro regional para reforçar a implementação do Plano de Acção Integral de Saúde Mental 2013–2030 na Região Africana da OMS.²⁰⁶ Foram definidos indicadores claros para monitorizar os progressos e os relatórios de acompanhamento deste quadro serão apresentados ao Comité Regional em 2025 e 2028.

A OMS incentiva os países a proceder à reforma ou à elaboração de políticas e planos de saúde mental que estejam em conformidade com os instrumentos internacionais em matéria de direitos humanos. Através da Iniciativa de Direitos de Qualidade, a Organização forneceu orientação e formação a profissionais de saúde, a pessoas com experiência vivida, a organizações não governamentais e a outras partes sobre como implementar uma abordagem de direitos humanos e recuperação nos cuidados de saúde mental.²⁰⁷

Este programa está a ser implementado a

202 ATLAS da Saúde Mental 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>): 26 dos 39 países da Região Africana que responderam ao Atlas da Saúde Mental de 2020. Argélia, Benim, Botsuana, Burundi, Cabo Verde, Chade, República Democrática do Congo, Eritreia, Essuatíni, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Libéria, Maurícia, Namíbia, Niger, Nigéria, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, África do Sul, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbábue.

203 ATLAS da Saúde Mental 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>): 21 dos 39 países: Argélia, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Libéria, Maurícia, Namíbia, Níger, Senegal, Seicheles, África do Sul, Uganda, República Unida da Tanzânia e Zâmbia

204 Estratégia regional para a saúde mental: <https://iris.who.int/handle/10665/1941>

205 ATLAS da Saúde Mental 2020: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

206 Relatório do Secretariado: Quadro para o reforço da implementação do Plano de Acção Integral de Saúde Mental 2013-2030 na Região Africana da OMS: <https://iris.who.int/handle/10665/361849>

207 Materiais dos "Direitos de Qualidade" para formação, orientação e transformação: <https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>



nível regional,^{208, 209} mudando mentalidades e melhorando a qualidade dos cuidados de saúde mental. Por exemplo, no Gana, a OMS apoiou o país na elaboração de planos de melhoria da qualidade para três hospitais psiquiátricos e cinco hospitais gerais com unidades psiquiátricas, em 2023.^{210, 211} Agora, no âmbito dos esforços de melhoria da qualidade, o Conselho de Enfermagem e Obstetrícia do Gana obriga os enfermeiros que trabalham em unidades psiquiátricas a terem um certificado de Direitos de Qualidade.²¹²

Através do pacote de formação do Programa de Ação para Reduzir as Lacunas na Saúde Mental (mhGAP),²¹³ foi prestado apoio aos países sob a forma de um pacote de for-

mação padrão sobre saúde mental integrada nos cuidados de saúde primários destinada aos profissionais de saúde não especialistas.

Este programa tem sido implementado na Região como educação médica durante o serviço ou contínua^{214, 215, 216, 217} e agora está a ser incluído por alguns países no programa curricular de escolas de medicina e enfermagem como parte da formação pré-serviço em saúde mental.^{218, 219} Tal está a ter um impacto transformador na abordagem à formação em saúde mental, capacitando não-especialistas e instituindo uma abordagem integrada aos cuidados de saúde mental.

Por exemplo, no Zimbabué, a OMS, através

208 Direitos de Qualidade em Saúde Mental – Projecto do Gana – Ministério da Saúde (Gana): <https://www.moh.gov.gh/qualityrights-in-mental-health-ghana-project>

209 A human rights assessment of a large mental hospital in Kenya | Semantic Scholar (Quênia): <https://www.semanticscholar.org/paper/A-human-rights-assessment-of-a-large-mental-in-Muhia-Jaguga/36cef9717b1fe02f146a63a8937687a2a20a41d1>

210 Iniciativa Especial da OMS para a Saúde Mental – Gana: <https://www.who.int/initiatives/who-special-initiative-for-mental-health/ghana#>

211 Materiais dos “Direitos de Qualidade” para formação, orientação e transformação: <https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>

212 Iniciativa Especial da OMS para a Saúde Mental – Gana: <https://www.who.int/initiatives/who-special-initiative-for-mental-health/ghana#>

213 mhGAP Intervention Guide – Version 2.0: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790>; Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278>

214 Training on Mental Health using the Mental Health – GAP (mh-GAP) Guideline | OMS | Escritório Regional para a África (Eritreia): <https://www.afro.who.int/news/training-mental-health-using-mental-health-gap-mh-gap-guideline>

215 A survey of the mental healthcare systems in five Francophone countries in West Africa: Benin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Niger and Togo – PMC: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6735152/>

216 Health and care system assessment aimed at cultural adaptation of MhGAP modules | European Psychiatry | Cambridge Core (Nigéria): <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/health-and-care-system-assessment-aimed-at-cultural-adaptation-of-mhgap-modules/FA4C1B8AF3C2E03ACBA6C0EEC0EBD0A4>

217 Mainstreaming mental health in Ethiopia (who.int) (Etiópia): <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/mhgap-ethiopia>

218 WHO Mental Health Gap Action Programme Intervention Guide (mhGAP-IG): the first pre-service training study | International Journal of Mental Health Systems | Texto integral (biomedcentral.com) (Libéria, Nigéria, Serra Leoa): <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-020-00379-2>

219 Enhancing mental health pre-service training with the mhGAP Intervention Guide: experiences and lessons learn: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240007666>

da Iniciativa Especial para a Saúde Mental e o mhGAP, ministrou formação a profissionais de saúde sobre saúde mental e apoio psicossocial. Tal contribuiu para que mais 1,8 milhões de pessoas no país tivessem acesso a serviços cruciais de saúde mental, sendo que, em 2023, mais de 3000 pessoas receberam pela primeira vez serviços para problemas de saúde mental, neurológicos e resultantes do consumo de substâncias.²²⁰

As mudanças tiveram um impacto especialmente significativo na taxa de suicídio da Região, que, embora permaneça inaceitavelmente alta, registou uma diminuição de 21% (taxas de suicídio normalizadas por idade) entre 2014 e 2020, de 14,2 para 11,2 por 100 000 habitantes.^{221, 222} O programa de formação mhGAP tem sido fundamental, no âmbito da assistência que Cabo Verde e a Côte d'Ivoire têm recebido para realizar análises da situação do suicídio a nível nacional.²²³

A OMS também transmitiu liderança e orientação sobre a resposta de saúde mental a situações de crise, colaborando com a Christian Blind Mission (CBM), a World Vision International e a UNICEF a fim de desenvolver o guia de facilitação regional africano para prestar primeiros socorros psicológicos durante a crise do Ébola.²²⁴ Durante a pandemia

da COVID-19, a Organização coordenou uma avaliação rápida do seu impacto nos serviços de saúde mental e consumo de substâncias na Região, fornecendo recomendações sobre como os países poderiam adaptar melhor os serviços de saúde mental durante crises.²²⁵

Tendo em vista o aumento do financiamento destinado à saúde mental, a OMS tem defendido financiamento mais estruturado e consistente para os cuidados de saúde mental nos Estados-Membros,²²⁶ ao mesmo tempo que dá orientações sobre o desenvolvimento de argumentos para o investimento em saúde mental.²²⁷

Com esta orientação, vários países conseguiram incluir os cuidados de saúde mental nos seus planos nacionais de seguro de saúde,^{228, 229, 230, 231} enquanto outros desenvolveram argumentos de investimento em saúde mental.^{232, 233, 234} As despesas públicas em saúde mental, embora ainda estejam muito aquém da média mundial, aumentaram mais de 0,30 USD per capita na Região (de 0,1 USD em 2014 para 0,46 USD em 2020).^{235, 236} Em 2022, o Quênia, o Uganda e o Zimbabué, com o apoio da OMS, desenvolveram argumentos de investimento em saúde mental, que agora estão a ser utilizados para advogar mais investimento financeiro em saúde

220 WHO Special Initiative for Mental Health – Zimbabwe: <https://www.who.int/initiatives/who-special-initiative-for-mental-health/zimbabwe>

221 Atlas da Saúde Mental 2014: <https://www.who.int/publications/i/item/mental-health-atlas-2014>

222 ATLAS da Saúde Mental 2020: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

223 Inverter o suicídio e a crise de saúde mental em África | OMS | Escritório Regional para a África: <https://www.afro.who.int/news/reversing-suicide-mental-health-crisis-africa>

224 Facilitation manual: Psychological first aid during Ebola virus disease outbreaks: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548977>

225 O impacto da COVID-19 nos serviços de tratamento de perturbações mentais, neurológicas e resultantes do consumo de substâncias: resultados de uma avaliação rápida na Região Africana | OMS | Escritório Regional para a África: <https://www.afro.who.int/publications/impact-covid-19-mental-neurological-and-substance-use-services-results-rapid>

226 https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618_eng.pdf

227 Mental health investment case: a guidance note: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240019386>

228 News (Gana): <https://www.nhis.gov.gh/News/nhis-benefit-package-to-be-expanded-to-include-mental-health-treatment--5561>

229 Cobertura Universal de Saúde no Ruanda | OMS | Escritório Regional para a África (Ruanda): <https://www.afro.who.int/node/9169>

230 Strengthening the National Health Insurance Bill for mental health needs: response from the Psychological Society of South Africa – Sharon Kleintjes, Daniel Hilbrand den Hollander, Sunitosh R Pillay, Anne Kramers-Olen, 2021 (África do Sul): <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0081246320954317>

231 Relatório Técnico HFG: <https://www.hfgproject.org/wp-content/uploads/delightful-downloads/2017/02/Insurance-Report-JG-10.5.16-2016-MCDV-4-FINALwith-PEPFAR.pdf>

232 Investment case for Ghana (Gana): <https://www.who.int/publications/m/item/investment-case-for-ghana>

233 Kenya Mental Health Investment Case 2021 – Mental Health (MdS Quênia) (Quênia): <https://mental.health.go.ke/download/kenya-mental-health-investment-case-2021/>

234 Investment case for Zimbabwe (2) (Zimbabué): [https://www.who.int/publications/m/item/investment-case-for-zimbabwe-\(2\)](https://www.who.int/publications/m/item/investment-case-for-zimbabwe-(2))

235 Atlas da Saúde Mental 2014: <https://www.who.int/publications/i/item/mental-health-atlas-2014>

236 ATLAS da Saúde Mental 2020: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

Uma década de contribuições para a melhoria da saúde mental:



Fornecendo uma direcção estratégica.*



Travando mortes pelo suicídio evitáveis.^{†,‡}



Fortalecendo a força de trabalho em saúde mental para melhorar o acesso aos cuidados de saúde mental.[§]



Transformando os sistemas de saúde mental ao descentralizar e integrar a saúde mental nos cuidados de saúde primários.



Defendendo um aumento do investimento financeiro em cuidados de saúde mental (de 0,1 USD para 0,46 USD per capita de 2014 a 2020).^{¶, #}



Reforçando as métricas e os dados de saúde mental para fundamentar políticas e investimentos.**

* Relatório do Secretariado: Quadro para o reforço da implementação do Plano de Acção Integral de Saúde Mental 2013-2030 na Região Africana da OMS: <https://iris.who.int/handle/10665/361849>

† Atlas da Saúde Mental 2014: <https://www.who.int/publications/i/item/mental-health-atlas-2014>

‡ ATLAS da Saúde Mental 2020: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

§ ATLAS da Saúde Mental 2020: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

¶ Atlas da Saúde Mental 2014: <https://www.who.int/publications/i/item/mental-health-atlas-2014>

ATLAS da Saúde Mental 2020: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

** ATLAS da Saúde Mental 2020: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

mental.^{237, 238, 239}

O número de países da Região Africana que recolhem dados específicos de saúde mental para os sectores público e privado aumentou de 3% para 11% entre 2014 e 2020.²⁴⁰ Em 2020, 28% dos países participantes no Inquérito do Atlas da Saúde Mental tinham integrado com sucesso a saúde mental e o apoio psicossocial

(SMAPS) nos seus planos de preparação para catástrofes²⁴¹. Na Etiópia, o Ministério da Saúde, com o apoio da OMS, melhorou a sua capacidade de fornecer SMAPS através da formação de 1230 profissionais de saúde nas regiões afectadas pela guerra de Tigray, Afar e Amhara, em 2023.²⁴²

237 Investment case for Zimbabwe (2): [https://www.who.int/publications/m/item/investment-case-for-zimbabwe-\(2\)](https://www.who.int/publications/m/item/investment-case-for-zimbabwe-(2))

238 Investment case for Ghana: <https://www.who.int/publications/m/item/investment-case-for-ghana>

239 Kenya Mental Health Investment Case 2021 – Mental Health (Mds Quénia): <https://mental.health.go.ke/download/kenya-mental-health-investment-case-2021/>

240 ATLAS da Saúde Mental 2020: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

241 ATLAS da Saúde Mental 2020: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

242 Reforçar a saúde mental e o apoio psicossocial em contextos de conflito | OMS | Escritório Regional para a África: <https://www.afro.who.int/countries/ethiopia/news/scaling-mental-health-and-psycho-social-support-conflict-settings>

Dar resposta aos determinantes sociais da saúde



8.1	O desafio da equidade na saúde	161
<hr/>		
8.2	Envolver as comunidades para promover a saúde, fazer face aos determinantes sociais e dar resposta às emergências	163
<hr/>		
8.3	Dar resposta ao duplo fardo da malnutrição e garantir a segurança sanitária dos alimentos	170
<hr/>		
8.4	Fazer face aos riscos relacionados com a saúde ambiental e promover proactivamente a adaptação às alterações climáticas	176
<hr/>		
8.5	Prevenir os ferimentos, eliminar a violência contra as mulheres e as crianças, reduzir as desigualdades na saúde vividas pelas pessoas com deficiência e reforçar os serviços de reabilitação	183

O desafio da equidade na saúde

Os determinantes sociais da saúde são os factores não médicos que influenciam os resultados em matéria de saúde, tais como as condições em que as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, e o conjunto mais vasto de forças e sistemas que moldam as suas vidas todos os dias. Incluem políticas e sistemas económicos, agendas de desenvolvimento, normas sociais, políticas sociais e sistemas políticos, todos eles com um impacto importante nas desigualdades em matéria de saúde – as diferenças injustas e evitáveis no estado de saúde dentro de cada país e entre países, que muitas vezes significam a diferença entre a vida e a morte. A saúde e a doença obedecem a um gradiente social a todos os níveis de rendimento dos países: quanto mais baixo é o estatuto socioeconómico das pessoas, pior é a sua saúde.

Os estudos sugerem que os determinantes sociais da saúde são responsáveis por entre 30% e 55% dos resultados em matéria de saúde; logo, é evidente que a saúde não é influenciada apenas pelos cuidados médi-

cos prestados em hospitais e clínicas. Aliás, as estimativas mostram que a contribuição dos sectores não ligados à saúde para os resultados de saúde das populações excede a do próprio sector da saúde. Exemplos disso são as crises recentes e actuais, incluindo a pandemia de COVID-19, as inundações generalizadas e o conflito no Sudão, que deslocou centenas de milhares de pessoas.

Neste contexto, a Dr.^a Moeti procurou realçar estas ligações desde o início, dando prioridade a uma abordagem de todo o governo e de toda a sociedade para dar resposta aos determinantes sociais, ambientais e económicos da saúde e do bem-estar na Região Africana, incluindo o género, a equidade e os direitos humanos. Esta abordagem baseou-se no longo historial de colaboração da OMS com governos e parceiros para minimizar as ameaças à saúde impostas pela actividade humana e pelas alterações climáticas.

Factores como a urbanização rápida e não planeada, a globalização de estilos de vida



pouco saudáveis, a fraca capacidade reguladora e de aplicação da lei, juntamente com os impactos bem fundamentados das alterações climáticas na saúde já estavam a ameaçar os progressos significativos alcançados através dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. Embora o nível de vida tenha melhorado para alguns, a prosperidade partilhada estava longe de ser equitativa e as desigualdades sociais estavam a aumentar, particularmente na Região Africana.

Os estudos sugerem que os determinantes sociais da saúde são responsáveis por entre 30% e 55% dos resultados em matéria de saúde; logo, é evidente que a saúde não é influenciada apenas pelos cuidados médicos prestados em hospitais e clínicas.

Com base nos resultados alcançados no âmbito dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, o décimo terceiro Programa Geral de Trabalho da OMS, que constituiu uma abordagem unificada para acelerar os progressos no sentido dos ODS, visava as metas dos Três Mil Milhões. As metas consistiram em mais mil milhões de pessoas a beneficiarem de cobertura universal de saúde, em mil milhões mais bem protegidas contra emergências de saúde, e em mil milhões a usufruírem de melhor saúde e bem-estar. Para dar resposta à vasta gama de impactos na saúde na Região Africana, foram necessárias intervenções para ajudar as pessoas e os sistemas de saúde a tornarem-se mais resistentes às alterações climáticas, reduzindo simultaneamente a

poluição atmosférica e melhorando o acesso à água, ao saneamento e à higiene (WASH), entre outras coisas. Os governos também precisavam de apoio para combater eficazmente os outros vários factores que contribuem para a falta de saúde, incluindo o uso nocivo do tabaco e do álcool, tal como salientado no capítulo anterior, a má alimentação e o impacto da violência nas crianças.

As pessoas com deficiência constituem uma percentagem significativa da população: estima-se que uma em cada seis pessoas em todo o mundo viva com uma deficiência significativa. Na maior parte dos casos, estas pessoas não recebem os cuidados de saúde de que necessitam. É mais provável que vivam na pobreza, com habitações de pior qualidade e níveis mais baixos de escolaridade e emprego. Enfrentam constantemente obstáculos aos cuidados de saúde que têm um impacto negativo nos resultados de saúde em todos os indicadores do Objectivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (ODS 3).

Na Região Africana, os dados de quatro países revelaram que apenas 26% a 55% das pessoas com deficiência receberam a reabilitação médica de que necessitavam, ao passo que apenas 17% a 37% receberam dispositivos de assistência, como cadeiras de rodas, próteses e aparelhos auditivos. As pessoas com deficiência também vivem, em média, menos 20 anos do que as pessoas sem deficiência, têm mais problemas de saúde e têm duas vezes mais probabilidades de desenvolver doenças como a diabetes, acidentes vasculares cerebrais e depressão.

Envolver as comunidades para promover a saúde, fazer face aos determinantes sociais e dar resposta às emergências

Um dos principais objectivos do trabalho da OMS na Região, que regista pelo menos 100 eventos públicos de grande importância todos os anos, incluindo surtos de doenças e catástrofes naturais ou provocadas pelo homem, tem sido envolver e capacitar as comunidades para que possam dar resposta a estes determinantes sociais da saúde. A premissa é simples: capacitar as comunidades, melhorar a sua compreensão da saúde e dar-lhes as ferramentas para gerirem o seu próprio bem-estar são medidas que constituem a base para alcançar melhorias sustentáveis em matéria de saúde pública.

O Botsuana é um exemplo de boas práticas em termos de envolvimento multissectorial desde os primeiros momentos do mandato da Dr.^a Moeti. Em 2015, o país introduziu a abordagem “Saúde em Todas as Políticas”, com um grupo de trabalho de colaboração multissectorial que continua activo e que inclui a saúde, os transportes, a polícia e outras partes interessadas. Através do trabalho realizado pela OMS com o Fundo de Acidentes

com Veículos Motorizados, a saúde foi incorporada nas medidas de conformidade da segurança rodoviária, tais como a utilização do cinto de segurança como uma questão de saúde e de conformidade, enquanto as operações de bloqueio de estradas incluem laboratórios móveis de testagem rotineira para identificar motoristas que conduzem sob o efeito do álcool. Esta abordagem dissuade a condução sob o efeito do álcool, ajudando a reduzir os acidentes e a salvar vidas. Entretanto, o Ministério das Finanças introduziu impostos sobre o tabaco (2014) e sobre as bebidas açucaradas (2021). O aumento do preço destes produtos leva a uma redução do consumo, reduzindo também a exposição a estes factores de risco de doenças não transmissíveis.

No mesmo ano, a abordagem das Cidades Saudáveis foi lançada na Região, levando à criação de uma Parceria para as Cidades Saudáveis à escala africana em 2017, coordenada pelo Escritório Regional para a África e parceiros. Cada uma das cidades seleccionou uma

de 14 intervenções para prevenir as doenças não transmissíveis e os ferimentos, tais como a política alimentar, o controlo do tabaco, a segurança rodoviária, a mobilidade activa e segura e a monitorização da qualidade do ar. Por exemplo, Abidjan e Dakar desenvolveram normas nutricionais para reduzir o consumo excessivo de sal nas escolas públicas, enquanto Freetown sensibilizou os vendedores para os perigos do consumo excessivo de sal e prestou-lhes formação para comunicarem a mensagem aos seus clientes. Ouagadougou desenvolveu normas nutricionais e uma política para os alimentos servidos nas escolas e nos hospitais, com especial incidência na redução do consumo de sal e de açúcar.

Kigali introduziu dias sem carros duas vezes por mês, com várias estradas bloqueadas para que as pessoas possam caminhar, correr ou andar de bicicleta livremente.

Adis Abeba também melhorou as suas leis sobre condução sob o efeito do álcool, com vista a melhorar a segurança rodoviária,

através do programa de aceleração político, ao passo que Kumasi melhorou as infra-estruturas para reduzir os ferimentos e as mortes na estrada. A Cidade do Cabo aumentou o número de espaços sem fumo, alterando as políticas locais relativas ao cumprimento da proibição de fumar em edifícios públicos, e Kigali introduziu dias sem carros duas vezes por mês, com várias estradas bloqueadas para que as pessoas possam caminhar, correr ou andar de bicicleta livremente.

Durante as emergências de saúde, incluindo o surto da doença por vírus Ébola (DVE) de 2014-2016 na África Ocidental e os surtos posteriores de DVE na República Democrática do Congo, a pandemia de COVID-19 e o número crescente de surtos de cólera desde 2022, a OMS e os seus parceiros esforçaram-se por incluir grupos de trabalho técnicos relativos ao envolvimento da comunidade nos mecanismos de resposta. Esta medida ajudou a garantir que as intervenções incluíam esforços para atenuar os impactos adversos nos determinantes sociais da saúde.

Por exemplo, na resposta à cólera na Etiópia, no Maláui, em Moçambique, no





World Health Organization

World Health Organization



O abastecimento de água potável melhora a saúde nos Camarões

1500

o número de furos que forneceram água potável e segura aos residentes do terceiro distrito municipal de Duala pela primeira vez

Como parte da iniciativa do Laboratório Regional de Governança Urbana para a Saúde e o Bem-Estar, que capacita as cidades a desenvolver estruturas e sistemas para dar resposta aos determinantes sociais, económicos e ambientais da saúde, em 2020 a cidade de Douala, nos Camarões, adoptou um modelo de governação para identificar e fazer face a desafios comuns.

Todos os departamentos municipais, as comunidades e os seus líderes, as organizações religiosas, os proprietários de empresas, as associações de táxis e motociclos, e muitas outras partes interessadas participaram em debates sobre as melhores formas de estabelecer prioridades relativamente aos desafios.

O resultado foi um plano de acção multisectorial, sem precedentes e com custos calculados, com impactos práticos, incluindo o fornecimento, pela primeira vez, de água potável e segura a partir de 1500 furos aos residentes do terceiro distrito municipal da cidade. Esta medida tem implicações significativas para a saúde, uma vez que a água contaminada pode transmitir doenças frequentemente fatais, incluindo diarreia, cólera, disenteria, febre tifóide e poliomielite.

A comunidade também elegeu um comité de gestão da água para supervisionar a utilização e a manutenção dos furos para garantir a sustentabilidade.

Quénia, no Sudão do Sul, na Zâmbia e no Zimbabué, estas estratégias reforçaram com êxito as abordagens de vigilância das doenças, de prevenção e tratamento das infeções, promovendo simultaneamente o envolvimento da comunidade e reforçando a coordenação multisectorial para melhorar as normas de saneamento e garantir o acesso à água potável. Em particular, o mecanismo de feedback da comunidade ajudou a criar confiança e a garantir um acesso equitativo à assistência e aos serviços, tendo em conta factores como o género e a inclusão, bem como as dinâmicas de poder e as necessidades a nível de protecção.

Quando a OMS efectuou uma avaliação exhaustiva da Estratégia Regional de Promoção da Saúde (2013-2022) em 2023, os resultados revelaram tanto progressos como lacunas persistentes. Um total de 29²⁴³ (61,7%) dos 47 Estados-Membros da Região tinham elaborado ou revisto as suas políticas e os seus planos estratégicos nacionais de promoção da saúde, e 18²⁴⁴ (40%) já os tinham lançado. Oito países²⁴⁵ estavam a implementar estratégias multisectoriais e multidisciplinares, abordando tanto os factores de risco como os determinantes sociais da saúde; 26²⁴⁶ (58%) tinham criado uma direcção de promoção da saúde nos seus ministérios da saúde; e

243 Benim, Botsuana, Burquina Faso, Cabo Verde, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Libéria, Madagáscar, Maláui, Mali, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quénia, República Centro-Africana, Ruanda, Seicheles, Senegal, Serra Leoa, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

244 Benim, Burquina Faso, Cabo Verde, Congo, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Libéria, Madagáscar, Maláui, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, Serra Leoa e Uganda.

245 Botsuana, Chade, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gâmbia, Mauritânia, Quénia e Seicheles.

246 África do Sul, Angola, Argélia, Burquina Faso, Burundi, Cabo Verde, Chade, Comores, Congo, Eritreia, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Madagáscar, Maláui, Moçambique, Níger, Nigéria, Quénia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Seicheles, Togo, Uganda e Zâmbia.



25²⁴⁷ (56%) tinham estabelecido mecanismos de coordenação multisectorial. Além disso, a avaliação revelou que 22²⁴⁸ (49%) Estados-Membros tinham criado pelo menos um mecanismo nacional para o envolvimento multisectorial sobre financiamento inovador, utilizando sistemas fiscais.

No entanto, embora 18²⁴⁹ (40%) países tenham comunicado que haviam realizado investigação relacionada com a promoção da saúde, quase toda a investigação se centrou na COVID-19. Vinte e sete²⁵⁰ (60%)

Estados-Membros dispunham de instituições nacionais de formação académica com um módulo básico de promoção da saúde, mas 18²⁵¹ (40%) ainda não dispõem de instituições nacionais de formação com capacidade para ministrar um módulo básico de promoção da saúde. Por último, mais de metade dos países que responderam ao inquérito (58%) não dispunham de um quadro para o planeamento, a execução e a avaliação de actividades de promoção da saúde.

Por exemplo, na Libéria, um inquérito na-

247 África do Sul, Botsuana, Burquina Faso, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Eritreia, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Libéria, Madagascar, Maláui, Mali, Maurícia, Moçambique, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Ruanda, Senegal, Serra Leoa e Uganda.

248 África do Sul, Angola, Argélia, Cabo Verde, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Madagascar, Maláui, Mali, Moçambique, Níger, Quênia, República Centro-Africana, Seicheles, Senegal, Sudão do Sul, Uganda e Zâmbia.

249 África do Sul, Angola, Argélia, Benim, Botsuana, Burundi, Cabo Verde, Eritreia, Gâmbia, Gana, Moçambique, Quênia, República Centro-Africana, Ruanda, Seicheles, Senegal, Uganda e Zâmbia.

250 África do Sul, Angola, Argélia, Benim, Botsuana, Cabo Verde, Comores, Congo, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Libéria, Madagascar, Maláui, Moçambique, Níger, Nigéria, Quênia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Seicheles, Serra Leoa, Togo, Uganda e Zimbabué.

251 Burquina Faso, Burundi, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, Eritreia, Essuatíni, Guiné, Guiné-Bissau, Lesoto, Mali, Maurícia, Mauritânia, Namíbia, Níger, República Centro-Africana, São Tomé e Príncipe e Sudão do Sul.

cional sobre literacia no domínio da saúde, realizado em Janeiro de 2024, revelou que, em quase metade (45,5%) dos inquiridos, o grau de literacia em saúde era inadequado, com um comportamento proactivo limitado na procura de informação sobre saúde, em especial entre os adultos mais velhos. Este facto assinalou a necessidade urgente de programas abrangentes de educação para a saúde, adaptados a diferentes grupos etários e a diferentes níveis de literacia. Muitas pessoas também disseram que tinham dificuldade em encontrar, compreender e navegar as informações disponíveis online sobre saúde, o que realça a importância de melhorar a literacia digital em matéria de saúde e de disponibilizar recursos acessíveis.

A necessidade de colmatar as lacunas no envolvimento da comunidade e nas estratégias de promoção da saúde à luz das

realidades culturais, sociais e económicas no terreno, e não apenas em tempos de crise, levou à adopção, em 2023, de uma estratégia multisectorial para promover a saúde e o bem-estar na Região Africana. Com base na abordagem “Saúde em Todas as Políticas”, propõe um envolvimento deliberado entre a saúde e outros sectores, com o bem-estar da população no centro de uma agenda partilhada.

Os médicos também têm um papel fundamental a desempenhar na melhoria da literacia em saúde. Quando receberam formação em estratégias de comunicação eficazes e na educação consistente dos doentes em matéria de saúde durante as consultas, podem ter um impacto significativo na compreensão das questões de saúde pública, especialmente nas intervenções de promoção e prevenção.



Dar resposta ao duplo fardo da malnutrição e garantir a segurança sanitária dos alimentos

Na Região Africana, a malnutrição manifesta-se sob duas formas aparentemente contraditórias: a subnutrição e o aumento igualmente alarmante da incidência de excesso de peso e obesidade. Em muitas comunidades, ambos os extremos coexistem no mesmo agregado familiar, ou mesmo no mesmo indivíduo, um fenómeno conhecido como o duplo fardo da malnutrição.

Os principais factores deste encargo complexo são múltiplos e inter-relacionados. O acesso inadequado a alimentos nutritivos e suficientes conduz à subnutrição, ao passo que o consumo excessivo de alimentos altamente transformados e densos em energia, associado a baixos níveis de actividade física, contribui para o excesso de peso, a obesidade e as doenças conexas, como a diabetes

tipo 2 e as doenças cardiovasculares.^{252, 253} Se se mantiverem as tendências actuais, o objectivo de acabar com a fome e com todas as formas de malnutrição até 2030 não será alcançado.²⁵⁴

O desafio é agravado por uma grave deterioração da segurança alimentar na região, uma crise que se faz sentir de forma mais aguda no Grande Corno de África, em Madagáscar e no Sahel, devido às alterações climáticas, aos conflitos e aos surtos de doenças. Esta situação tem um impacto profundo nas populações vulneráveis, incluindo as mulheres, as crianças pequenas e as pessoas deslocadas internamente, que correm cada vez mais riscos de contrair doenças e de sofrer de malnutrição grave.

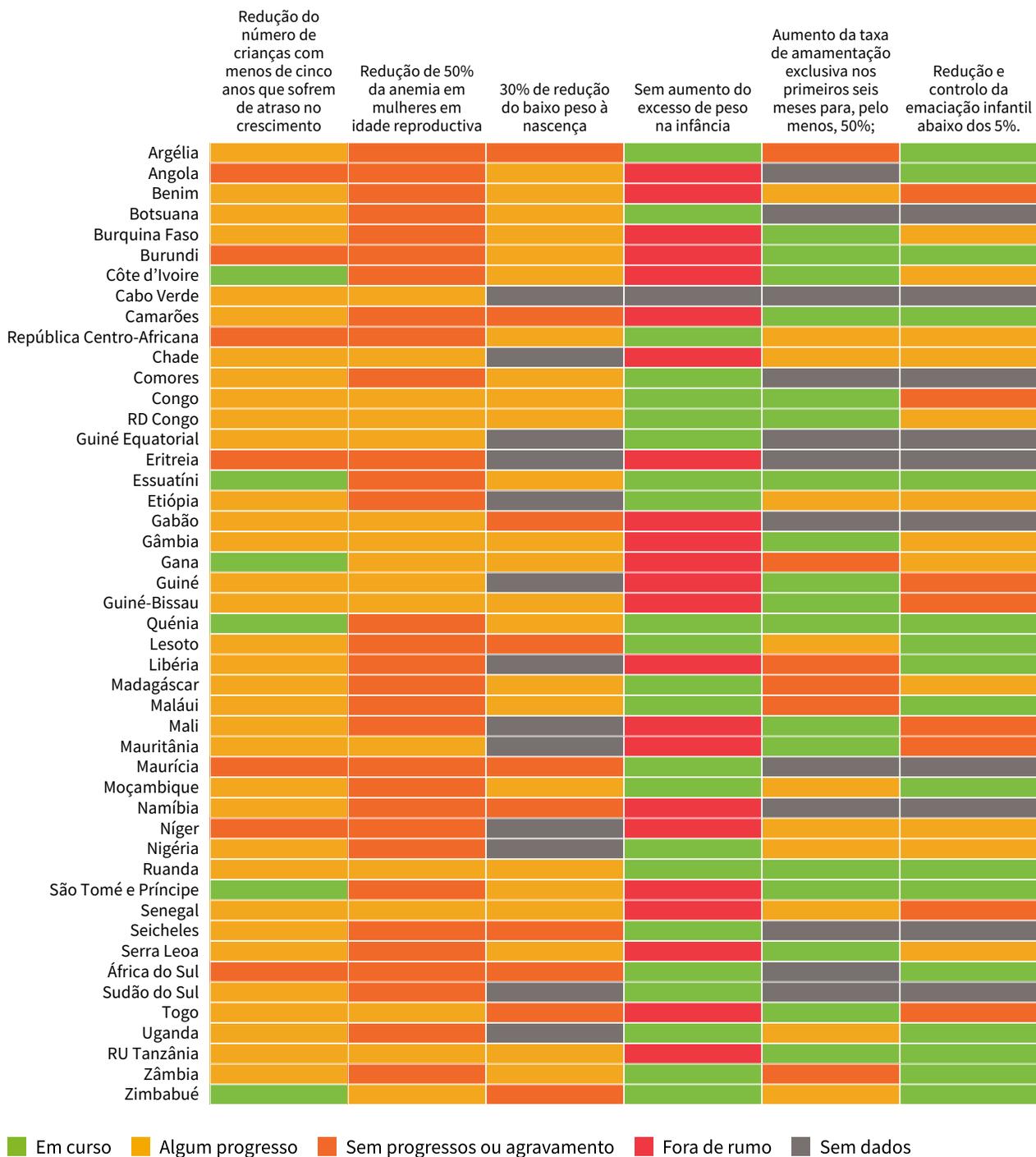
Actualmente, poucos países estão no bom

252 Swinburn BA et al. The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission Report. Publicado online a 27 de Janeiro de 2019 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8) (consultado a 12 de Janeiro de 2023).

253 FAO, IFAD, UNICEF, PAM e OMS. 2022. The State of Food Security and Nutrition in the World 2022. Repurposing food and agricultural policies to make healthy diets more affordable. Roma, FAO. <https://doi.org/10.4060/cc0639en>

254 Global Nutrition Report. 2021 Global Nutrition Report: The state of global nutrition. Bristol, Reino Unido: Iniciativas de desenvolvimento. Disponível em <https://globalnutritionreport.org/reports/2021-global-nutrition-report/>

Figura 28: Progressos dos países em relação aos seis objectivos de nutrição estipulados pela Assembleia Mundial da Saúde para cumprimento até 2025 na Região Africana da OMS



Fonte: Global Nutrition Report 2021: <https://globalnutritionreport.org/reports/2021-global-nutrition-report/>

caminho para atingir os objectivos de nutrição para 2025 definidos na Assembleia Mundial da Saúde em 2012 (ver Figura 28). No que respeita aos objectivos em matéria de atraso de crescimento, é provável que apenas seis países²⁵⁵ consigam reduzir o número de crianças com atraso de crescimento em 40% em relação aos níveis de 2012. O problema do excesso de peso e da obesidade infantil continua a ser persistente, com a prevalência a estagnar em cerca de 4% (2012-2022). Com disparidades significativas entre os países, a prevalência está a aumentar, nomeadamente no Leste, no Sul e nos Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento.

Algumas melhorias específicas incluem o aumento do aleitamento materno exclusivo entre os bebés com menos de seis meses, de 41,9% para 48% (2012-2022). Com base em dados de 35 países, 18 estão bem posicionados para atingir a meta de 2025 de pelo menos 50% de aleitamento materno exclusivo.

Entretanto, existem poucos dados sobre o baixo peso à nascença. As estimativas mais recentes datam de 2015, altura em que parecia

improvável que a Região conseguisse cumprir o objectivo de redução de 30% até 2025, em relação à linha de base de 2012. A anemia entre as mulheres em idade reprodutiva foi outro desafio preocupante, com uma prevalência constante de 40% entre 2012 e 2019. Apesar de alguns progressos verificados em 16 países,²⁵⁶ é provável que nenhum país atinja o objectivo mundial de uma redução de 50% até 2025.

No entanto, apesar destes desafios, há alguns sinais de esperança. Um exemplo notável do papel fulcral que a OMS desempenha na Região Africana foi a implementação do roteiro para o Ano da Nutrição da União Africana, 2022. Um dos principais resultados foi a adopção da Declaração de Abidjan sobre Nutrição, que exortou os Estados-Membros a dar prioridade ao investimento na nutrição como catalisador da transformação económica, e ajudou a elevar o peso da agenda da nutrição em todo o continente.

Algumas melhorias específicas incluem o aumento do aleitamento materno exclusivo entre os bebés com menos de seis meses, de 41,9% para 48% (2012-2022). Com base em dados de 35 países, 18²⁵⁷ estão bem posicio-

255 Côte d'Ivoire, Essuatíni, Gana, Quênia, São Tomé e Príncipe e Zimbabué.

256 Cabo Verde, Chade, Congo, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Mauritânia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Togo e Zimbabué.

257 Burquina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Camarões, Congo, Essuatíni, Gâmbia, Guiné, Guiné-Bissau, Mali, Mauritânia, Quênia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Serra Leoa, e Togo.



A Serra Leoa ultrapassa o objectivo relativo ao aleitamento materno exclusivo

52,7%

a taxa de amamentação exclusiva alcançada na Serra Leoa até 2022, superando a meta mundial de 50% até 2025

21%

o número de crianças de 0 a 23 meses que ainda são alimentadas a biberão na Serra Leoa

Numa pequena clínica rural na Serra Leoa, as novas mães reúnem-se para aprender sobre amamentação. Há muito que a prática do aleitamento materno exclusivo é considerada um passo fundamental no combate à malnutrição infantil e, na Serra Leoa, tornou-se uma história de sucesso.

Em 2022, o aleitamento materno exclusivo no país atingiu 52,7% de 31,2% em 2010, ultrapassando a meta mundial de 50% até 2025. Este feito notável é um testemunho dos esforços conjuntos do governo, da OMS e outros parceiros e dos agentes comunitários de saúde, que estão empenhados em garantir que todas as crianças tenham o melhor começo de vida possível.

O ponto de viragem ocorreu quando o país adoptou a Lei dos Substitutos do Leite Materno em 2021 e lançou a campanha “Sem Água, Mais Forte Só com Leite Materno”. A campanha visa dissipar ideias erradas sobre o aleitamento

materno, em especial a crença nociva de que os recém-nascidos precisam de água para além do leite materno. Através de uma educação e de um envolvimento direccionados, a campanha teve grande impacto junto das mães, e a taxa de aleitamento materno exclusivo na Serra Leoa aumentou de forma constante.

No entanto, 21% das crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 23 meses ainda são alimentadas a biberão, e as crenças tradicionais sobre o colostro e as necessidades nutricionais dos bebés do sexo masculino persistem, salientando as nuances culturais que continuam a afectar os comportamentos em matéria de saúde.

Apesar dos desafios que ainda persistem, a história da Serra Leoa é um exemplo de como um enfoque dedicado à nutrição materna e infantil, associado a uma legislação forte e a intervenções de base comunitária, pode mudar a trajectória do perfil nutricional de um país.

nados para atingir a meta de 2025 de pelo menos 50% de aleitamento materno exclusivo.²⁵⁸

Através das suas directrizes normalizadas e baseadas em dados factuais, e do reforço das capacidades institucionais dos serviços governamentais, a OMS também ajudou a melhorar a prevenção e a gestão da malnutrição aguda em crianças com menos de cinco anos, contribuindo para melhores resultados e para a redução da mortalidade. Por exemplo, o apoio que prestou a centros de estabilização em áreas de elevada incidência, como o Sudão do Sul, conjuga serviços de saúde de qualidade com práticas seguras de WASH, melhorando significativa-

mente as taxas de sobrevivência de crianças que sofrem de malnutrição aguda grave e de complicações médicas.²⁵⁹

Apesar das estatísticas gerais relativas ao atraso de crescimento, uma análise mais detalhada da situação nutricional nos países da Região mostra uma diminuição significativa na sua prevalência entre crianças menores de cinco anos, de 35,8% para 31,0% (2012-2022) (ver Figura 29). Embora o crescimento populacional tenha levado a um aumento do número absoluto de crianças com atraso de crescimento, de 54,3 milhões para 56,2 milhões durante esse período, seis países²⁶⁰ na Região estão no bom caminho para atingir o objectivo nacional de uma redução de 40%

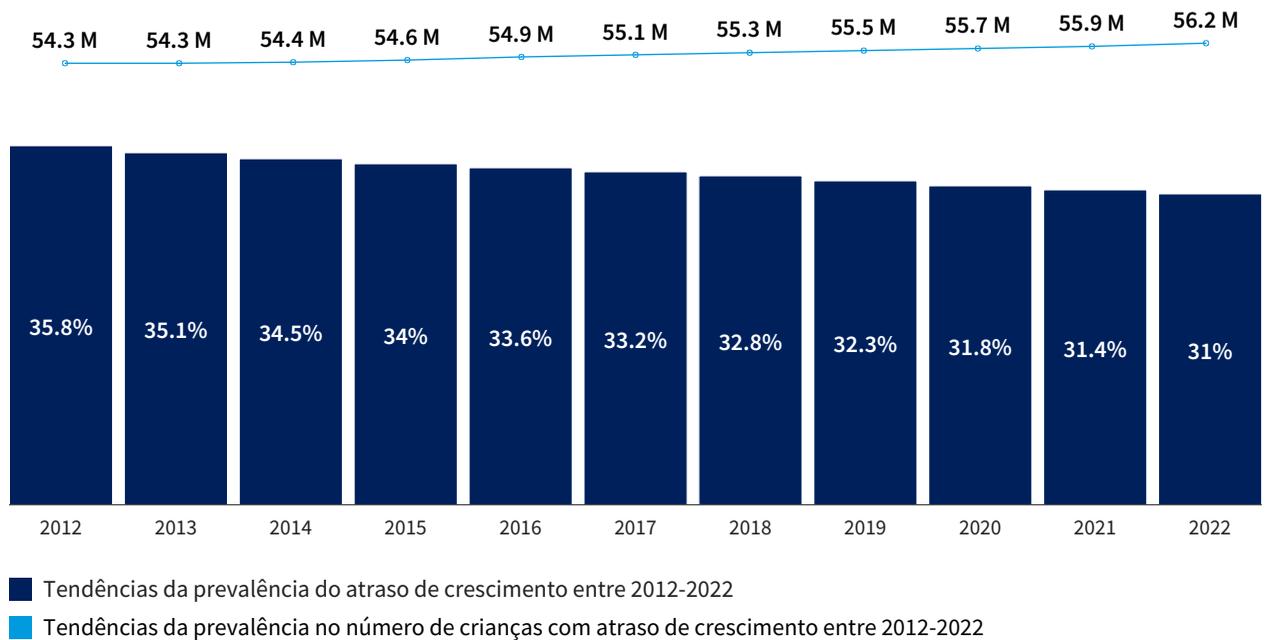
258 Global nutrition report 2021.

259 <https://www.afro.who.int/news/who-supports-stabilization-centres-treat-malnourished-children-south-sudan>

260 Côte d'Ivoire, Essuatíni, Gana, Quénia, São Tomé e Príncipe e Zimbabué.



Figura 29: Tendências na prevalência e no número de crianças com menos de cinco anos que sofrem de atraso de crescimento na Região Africana da OMS



Fonte: United Nations Children's Fund (UNICEF), WHO, World Bank Group Joint Malnutrition Estimates, May 2023 edition

no número de crianças com atraso de crescimento, a partir da linha de base de 2012. Estas reduções podem ser atribuídas a um forte empenho político, a uma governação eficaz em matéria de nutrição, a uma concentração na nutrição materno-infantil durante os primeiros 1000 dias, e à implementação de intervenções específicas e sensíveis à nutrição através de abordagens multisectoriais.

Registaram-se progressos significativos em toda a Região no sentido de reforçar a segurança sanitária dos alimentos para melhorar a saúde pública, através da adesão e participação activas na Rede Internacional de Autoridades de Segurança Sanitária dos Alimentos. Entre 2016 e 2023, o número de países com um ponto de contacto de emergência designado aumentou de 30 para 45.²⁶¹ Desde o lançamento oficial do Fundo Fiduciário do Codex 2 em 2016, a partir de 2022, um programa de mentoria gerido em colaboração com a FAO ajudou 28 países²⁶² a obter financiamento para a implementação de projectos que reforçam as normas alimentares, em conformidade com o Codex

Alimentarius. Além disso, 240 operadores de empresas do sector alimentar e cerca de 170 peritos nacionais receberam formação.

Por exemplo no Senegal, estas medidas levaram à criação de um sistema de recolha e análise de dados sobre o consumo alimentar e a contaminação dos amendoins em zonas de elevada exposição. Desde então, o país tem contribuído com dados para o Comité do Codex para os Contaminantes nos Alimentos. Além disso, 20 países²⁶³ receberam apoio na concepção e implementação de iniciativas de promoção de segurança sanitária dos alimentos baseadas nas “Cinco Chaves da OMS para uma Alimentação mais Segura”, e a OMS desempenhou um papel fundamental no apoio aos países para a implementação da Iniciativa dos Mercados Alimentares Saudáveis, destinada a melhorar as práticas de higiene e saneamento nos mercados alimentares tradicionais. Entre 2015 e 2023, foram criados, com êxito, projectos de melhoria dos mercados nos Camarões, na Guiné, no Mali, no Senegal e no Togo.

261 África do Sul, Angola, Argélia, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camarões, Chade, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Essuatíni, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Maláui, Mali, Mauritânia, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, República da Guiné, República Unida da Tanzânia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Seicheles, Sudão do Sul, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

262 Benim, Burquina Faso, Burundi, Cabo Verde, Comores, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Libéria, Madagáscar, Maláui, Mali, Maurícia, Níger, Nigéria, Quênia, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Sudão do Sul, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

263 Angola, Benim, Burquina Faso, Cabo Verde, Chade, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Gâmbia, Gana, Guiné, Lesoto, Mali, Mauritânia, Moçambique, Níger, Togo, Senegal e Serra Leoa.



Fazer face aos riscos relacionados com a saúde ambiental e promover proactivamente a adaptação às alterações climáticas

A degradação ambiental e a saúde estão indissociavelmente ligadas: as alterações climáticas não só danificam os ecossistemas, como também ameaçam a vida humana directamente. A escassez de água, a poluição atmosférica e os fenómenos meteorológicos extremos, como as inundações e as secas, anunciam uma crise de saúde pública sem precedentes, sendo África o continente mais vulnerável.

A OMS reconhece esta interligação, e tem estado na vanguarda dos esforços para ajudar os países africanos a adaptarem-se às crescentes ameaças colocadas pelas alterações climáticas. Embora ainda haja muito a fazer para implementar os compromissos da Declaração de Libreville, assinada por 52 países africanos em 2008, o apoio técnico e financeiro fundamental prestado pela OMS ao longo da última década ajudou a colocar este desafio firmemente na agenda regional.

Entre as primeiras medidas adoptadas para implementar a declaração, a OMS apoiou 26 países na realização de avaliações de vulnerabilidade e na elaboração de planos nacionais de adaptação no domínio da saúde. Destes países, 21²⁶⁴ receberam apoio para desenvolver planos nacionais de adaptação no domínio da saúde no âmbito de planos nacionais de adaptação para fazer face ao impacto das alterações climáticas na saúde das pessoas e nos sistemas de saúde. Os resultados positivos incluíram a formação de mais de 50 peritos regionais e 300 intervenientes nacionais para a realização destas avaliações. Infelizmente, a falta de recursos dificultou a sua implementação.

Nas Conferências das Partes (COP) da Convenção-Quadro das Nações Unidas (ONU) sobre Alterações Climáticas, a OMS juntou-se a outras partes interessadas na defesa da acção climática em prol da saúde. Estes es-

264 Benim, Burquina Faso, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gana, Guiné, Libéria, Madagáscar, Maláui, Mali, Moçambique, Níger, Nigéria, Quénia, República Unida da Tanzânia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Togo e Zâmbia.

forços culminaram no lançamento de uma iniciativa de saúde na COP26 em 2021. Esta comprometia os países a criar sistemas de saúde resistentes às alterações climáticas, sustentáveis e com baixas emissões de carbono. Durante a COP27, em 2022, a OMS defendeu a criação da Aliança para uma Acção Transformadora sobre o Clima e a Saúde e, através de uma sensibilização continuada e da colaboração com as presidências das COP, a COP28 incluiu o primeiro Dia da Saúde, com diálogos ministeriais, uma declaração sobre saúde e novas oportunidades de financiamento para apoiar a adaptação e a criação de resiliência nos sistemas de saúde.

Entre 2015 e 2022, a cobertura populacional de unidades de saneamento geridas de forma segura aumentou ligeiramente, de 22% para 24% (e de 30% para 34% no caso do saneamento básico), e as taxas de defecação ao ar livre diminuíram de 21% para 17%.

A OMS na Região Africana mobilizou proactivamente os países para aderirem a estas iniciativas, com 29 países²⁶⁵ a assinarem o compromisso de saúde da COP26 e a aderirem à Aliança para uma Acção Transformadora sobre o Clima e a Saúde. Cerca de 15 ministros da saúde africanos e representantes de alto nível participaram no Dia da Saúde na COP28, renovando os compromissos com a construção de sistemas de saúde resilientes e com a implementação da Declaração de Libreville durante uma série de diálogos interministeriais. O Grupo Africano de Negociadores liderou a contribuição da OMS para o desenvolvimento da posição comum africana, um esforço de defesa que resultou na inclusão de conteúdos de saúde no objectivo mundial sobre adaptação.

Como parte da acção de acompanhamento em várias frentes por parte do Secretariado

durante 2024, a OMS está a colaborar com o Grupo Africano de Negociadores para definir indicadores de saúde relevantes para África para o objectivo mundial sobre adaptação, e a prestar formação a peritos em saúde para futura participação nas negociações sobre o clima. Além disso, a OMS está a trabalhar com os governos para mobilizar recursos oriundos de novas oportunidades de financiamento, como o Fundo de Adaptação, e o Escritório Regional para a África apresentou a primeira proposta de projecto liderada pela OMS para apoiar a criação de sistemas de saúde resilientes ao clima na Guiné, em São Tomé e Príncipe e no Quénia. Se forem bem sucedidos, estes esforços permitirão angariar 14 milhões de dólares em apoio aos três países.

Na área da higiene/WASH, um Programa Conjunto de Monitorização (PCM) da OMS/UNICEF monitoriza regularmente a cobertura em ciclos centrados nas comunidades (cobertura da população), nas unidades de saúde e nas escolas. Entre 2015 e 2022, a cobertura populacional de unidades de saneamento geridas de forma segura aumentou ligeiramente, de 22% para 24% (e de 30% para 34% no caso do saneamento básico), e as taxas de defecação ao ar livre diminuíram de 21% para 17%. Um total de 31% da população beneficiou de unidades de provisão de água geridas de forma segura em 2022, contra 27% em 2015, ao passo que a cobertura dos serviços básicos de água aumentou de 59% para 65% durante esse período. Proporcionalmente, a dependência das fontes de água de superfície diminuiu de 10% para 6%.

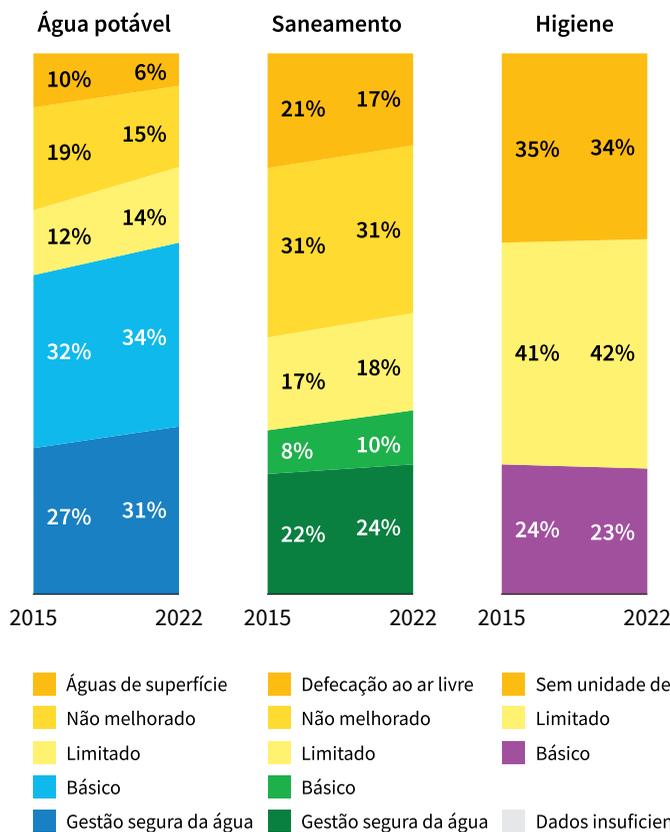
Embora se tenham registado pequenas melhorias nos serviços comunitários de água e saneamento, os serviços de higiene estagnaram em cerca de 24% entre 2015 e 2022, sendo provável que poucos países consigam cumprir as metas de WASH estipuladas no ODS6 até 2030.

As avaliações de WASH nas unidades de saúde em 2019 constataram que quase três

²⁶⁵ Botsuana, Burquina Faso, Cabo Verde, Congo, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gabão, Gana, Guiné, Libéria, Madagáscar, Maláui, Mauritânia, Moçambique, Níger, Nigéria, Quénia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Seicheles, Senegal, Serra Leoa, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.



Figura 30: Programa Conjunto de Monitorização da OMS-UNICEF.
Acesso aos serviços WASH a nível do agregado familiar, 2023



- Para alcançar o acesso universal mundial a serviços de água potável geridos de forma segura até 2030, será necessário sextuplicar as actuais taxas de progresso (**20 vezes nos países menos desenvolvidos, 19 vezes em contextos frágeis**).
- Para alcançar o acesso universal mundial a serviços de saneamento geridos de forma segura até 2030, será necessário quintuplicar as actuais taxas de progresso (**16 vezes nos países menos desenvolvidos, 15 vezes em contextos frágeis**).
- Para alcançar o acesso universal mundial a serviços de higiene básicos geridos de forma segura até 2030, será necessário triplicar as actuais taxas de progresso (**12 vezes nos países menos desenvolvidos, Oito vezes em contextos frágeis**).



quartos (73%) tinham instalações de higiene das mãos nos pontos de atendimento – 87% no caso dos hospitais e 68% nos outros tipos de unidades, representando um ligeiro aumento a partir de 84% e 64%, respectivamente (2016-2019). Um estudo realizado em 30 países demonstrou que uma higiene adequada das mãos nos hospitais reduz a transmissão de bactérias e vírus nocivos entre os doentes, reduzindo assim o risco de surtos na comunidade.²⁶⁶

O PCM relativo às unidades de cuidados de saúde constatou que a cobertura do serviço básico de água estagnou entre 2016 (51%) e 2021 (52%). Mais preocupante foi a constatação de que a cobertura correspondente relativa aos serviços de saneamento básico

caiu de 23% em 2016 para 13% em 2021.²⁶⁷ No entanto, este declínio drástico pode advir de uma melhor monitorização, na sequência do apelo de 2018 por parte do Secretário-Geral da ONU para melhorar o acesso aos serviços WASH nas instalações de saúde, com vista a fazer face às condições inadequadas prevalentes.

Entretanto, todos os países da OMS em África receberam formação sobre a utilização da ferramenta de melhoria das instalações de WASH, a WASHFIT, criada pela OMS e pela UNICEF para avaliar o WASH nas unidades de saúde. Partindo de seis países em 2015, 33 países²⁶⁸ implementaram agora a WASHFIT nas suas unidades com o apoio directo da OMS, e muitos mais adoptaram-na com o

266 OMS/UNICEF (2020) Global Progress report on WASH in health care facilities: Fundamentals First. https://www.washinhcf.org/wp-content/uploads/2021/07/WHO_UNICEF_GlobalProgressReportWASHinHCF_forWeb_2020V2.pdf

267 PCM da OMS-UNICEF sobre WASH nas unidades de cuidados de saúde, 2022.

268 Angola, Benim, Burundi, Burquina Faso, Chade, Comores, Essuatíni, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Maláui, Mali, Mauritânia, Moçambique, Níger, Nigéria, Quênia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Sudão do Sul, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

apoio de outros parceiros.

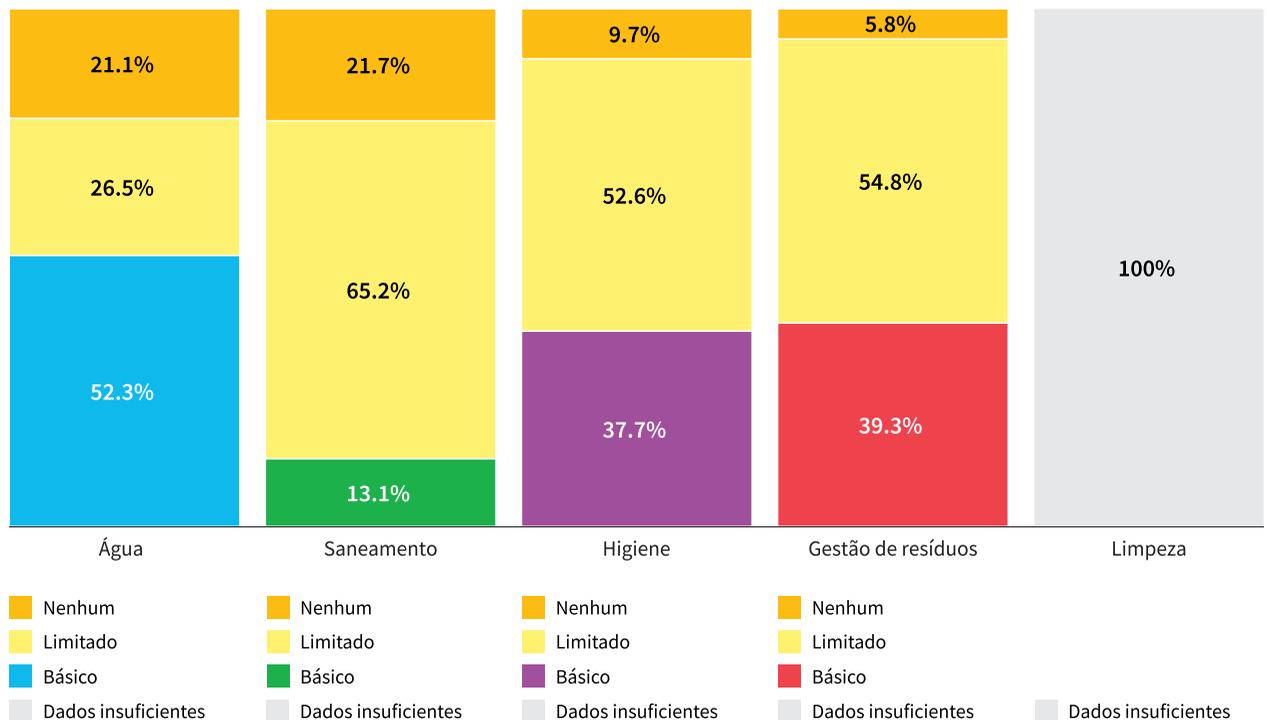
Em colaboração com o Fundo de Saneamento e Higiene e a UNICEF, a OMS também apoia os países a criarem contas de WASH utilizando a metodologia TrackFin, com o objectivo de calcular as despesas relacionadas. Esta fornece informações úteis para o desenvolvimento de casos de investimento para defender o aumento dos orçamentos de fontes internas e externas, e para melhorar a disponibilidade e a qualidade dos dados para o acompanhamento do investimento. Em 2015, o Gana era o único país da Região a criar contas WASH, mas em 2024 este número

tinha aumentado para 15.²⁶⁹

A avaliação da contribuição da OMS para a Estratégia Mundial de WASH 2018-2025 na Região Africana está em curso, e espera-se que identifique os pontos fortes e as lacunas na capacidade regional e nacional. Tendo em conta a lentidão dos progressos observados, e alguns retrocessos na cobertura de WASH durante a última década, as avaliações complementares são essenciais para compreender como acelerar o progresso no sentido dos indicadores de WASH estipulados pelo ODS6.

269 Benim, Burquina Faso, Chade, Gana, Madagáscar, Maláui, Mali, Mauritània, Moçambique, Níger, Nigéria, Quénia, Serra Leoa, Senegal e Uganda.

Figura 31: Avaliações WASH nas unidades de saúde, 2021



15% das instalações nos países de rendimento baixo e médio-baixo da África Subsaariana não tinham qualquer acesso a energia.

Fonte: WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply, Sanitation and Hygiene (JMP)





Prevenir os ferimentos, eliminar a violência contra as mulheres e as crianças, reduzir as desigualdades na saúde vividas pelas pessoas com deficiência e reforçar os serviços de reabilitação

8.5.1 Acidentes de viação e mortes relacionadas

À medida que África passa por um rápido processo de urbanização, com as pessoas a dependerem maioritariamente de carros particulares e motociclos como principal meio de transporte, a desvantagem é o aumento concomitante dos acidentes rodoviários, que constituem actualmente a principal causa de morte relacionada com ferimentos em todo o continente. Ao longo da última década, as mortes na estrada aumentaram

significativamente na Região Africana, sendo responsáveis por quase um quinto de todas as mortes na estrada a nível mundial, com quase 250 000 vidas perdidas nas estradas do continente só em 2021.²⁷⁰

O aumento é atribuível a uma série de factores, incluindo legislação e normas de segurança rodoviária inadequadas. Além disso, as classificações de segurança das infra-estruturas rodoviárias são incrivelmente baixas, com apenas uma pequena percentagem a cumprir normas aceitáveis para os vários utentes da estrada.

Apesar desta tendência alarmante, há sinais de progresso, com os Estados-Membros a implementarem várias medidas para fazer face a este crescente fardo para a saúde pública. Por exemplo, o aumento das mortes na estrada não é uniforme em toda a Região: o relatório da OMS sobre a situação da segurança rodoviária em 2023 para a Região

“As conclusões do [relatório da OMS sobre a situação da segurança rodoviária em 2023 na Região Africana] apontam para um grave problema de saúde pública nos países africanos, com centenas de milhares de vidas perdidas desnecessariamente.”

Dr.^a Matshidiso Moeti, Directora Regional da OMS para a África

270 <https://www.afro.who.int/news/road-traffic-deaths-rise-african-region-down-globally-who-report>



Africana revela que houve reduções em mais de um terço dos países (ver Figura 32).

Dos 17 países²⁷¹ com reduções, três²⁷² conseguiram reduções entre 40% e 49%, e dois²⁷³ outros entre 30% e 39%. Quando analisadas por nível de rendimento, as taxas

mais elevadas de mortalidade na estrada são observadas nos países de rendimento baixo e médio-baixo, o que representa 91% de todas as mortes por acidente rodoviário estimadas na Região.

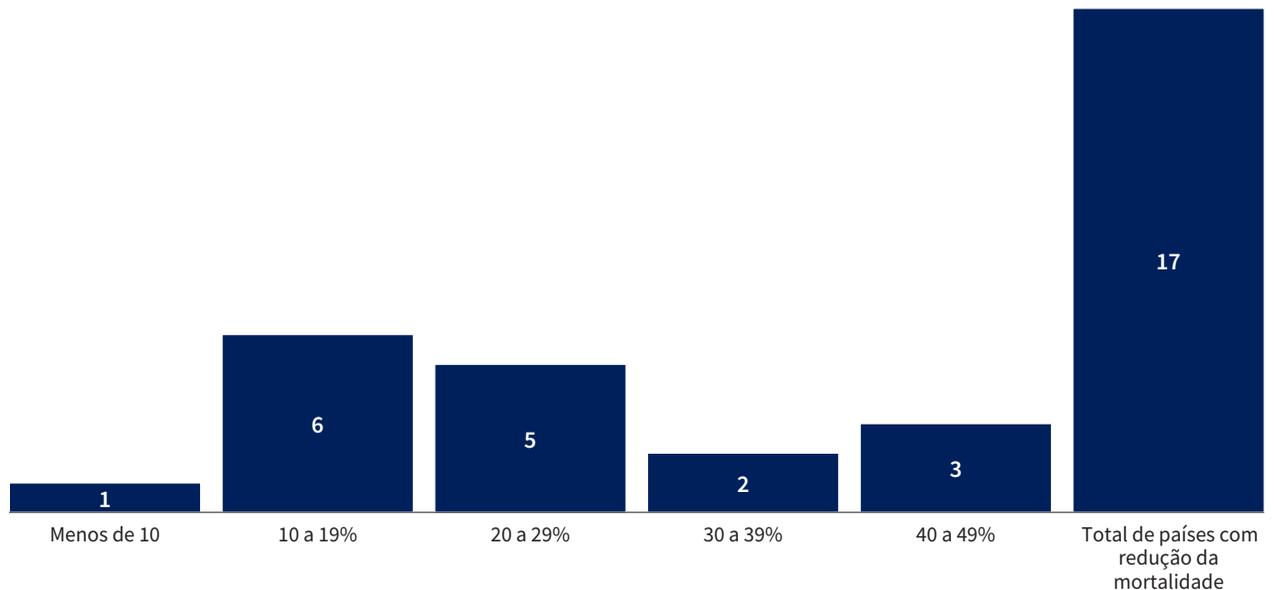
Estes sucessos representam lições valiosas

271 África do Sul, Burundi, Cabo Verde, Camarões, Congo, Eritreia, Gabão, Lesoto, Libéria, Maurícia, Mauritânia, República Democrática do Congo, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Seicheles, Serra Leoa e Sudão do Sul.

272 Congo, Mauritânia e Seicheles.

273 Burundi e Camarões.

Figura 32: Percentagem de países com reduções nas estimativas de mortes por acidente rodoviário na Região Africana da OMS, 2010-2021



para a Região, demonstrando que intervenções de segurança rodoviária robustas, multissetoriais e baseadas em dados factuais, juntamente com uma implementação eficaz, podem fazer uma diferença significativa. Assim, a apologia de estudos específicos à região e o reforço da capacidade de investigação são fundamentais para identificar e documentar as intervenções eficazes centradas em África para uma reprodução mais alargada.

Um total de 35 países²⁷⁴ na Região dispõem de estratégias nacionais de segurança rodoviária, a maioria das quais está alinhada com objectivos mundiais, mas apenas 21²⁷⁵ destes dispõem de objectivos específicos para reduzir as mortes provocadas por acidentes rodoviários.

A resposta da Região Africana da OMS é orientada pelos planos de acção mundiais da OMS para a primeira (2011-2020) e segunda (2021-2030) décadas de acção relativa à segurança rodoviária, apoiando os países através de uma abordagem de “sis-

temas seguros”. Esta abordagem coloca a segurança do indivíduo no centro de todas as componentes da segurança rodoviária, desde o planeamento urbano e os modos de transporte alternativos até às infra-estruturas rodoviárias, à segurança dos veículos, ao comportamento dos utentes e à resposta pós-acidente.

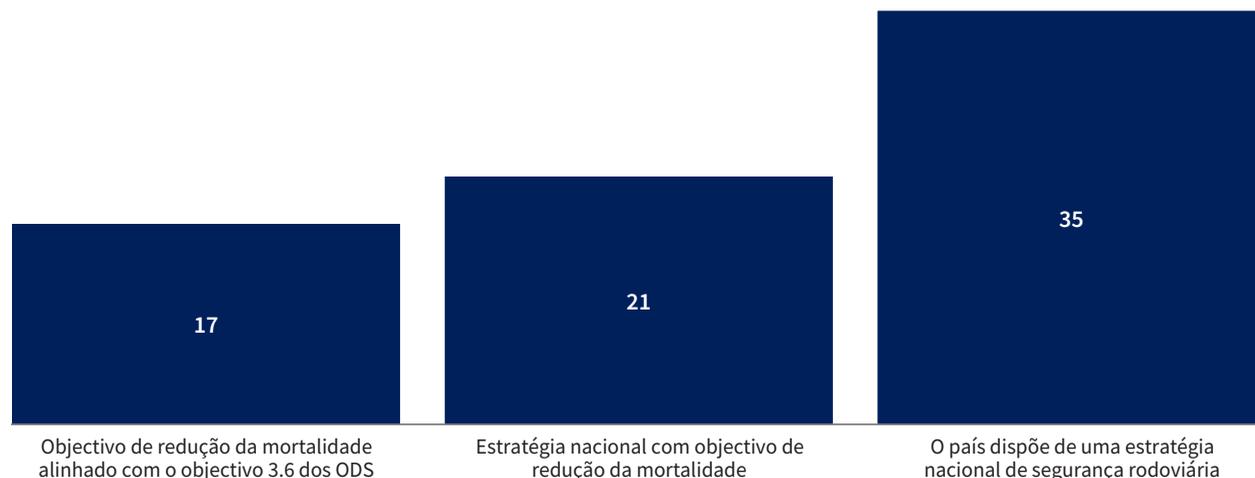
Os esforços regionais ao longo dos últimos 10 anos incluíram assistência técnica para reforçar a legislação nacional sobre factores de risco de acidentes rodoviários na Etiópia, no Gana, no Quénia, na República Unida da Tanzânia e no Uganda, através da Iniciativa Bloomberg para a Segurança Rodoviária Mundial, e em Moçambique. Embora nenhum país da Região disponha actualmente de legislação que cumpra as normas de boas práticas relativas aos cinco²⁷⁶ factores de risco comportamentais fundamentais para a segurança rodoviária, registaram-se pequenas melhorias na aplicação da gestão da velocidade, das leis relativas ao uso de cinto de segurança, à condução sob o efeito do ál-

274 África do Sul, Argélia, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Lesoto, Madagáscar, Maláui, Mali, Maurícia, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quénia, República Centro-Africana, República Unida da Tanzânia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Serra Leoa, Togo, Uganda e Zâmbia.

275 África do Sul, Argélia, Benim, Cabo Verde, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Lesoto, Maláui, Mali, Maurícia, Mauritânia, Namíbia, Nigéria, Serra Leoa, Uganda e Zâmbia.

276 Excesso de velocidade, condução sob o efeito do álcool, não-utilização de capacetes para motociclos, de cintos de segurança e de sistemas de retenção para crianças.

Figura 33: Número de países com estratégias nacionais de segurança rodoviária na Região Africana da OMS, 2021



cool e aos sistemas de retenção para crianças.

Dar es Salaam, na República Unida da Tanzânia, com o seu ambicioso sistema de Bus Rapid Transit, adoptou a abordagem de “sistemas seguros” da OMS para se tornar um modelo de sincronia entre o planeamento urbano e as reformas no âmbito da segurança rodoviária. Lançado em 2016, o sistema proporcionou um sistema de transporte mais seguro e eficiente a cerca de 200 000 pessoas todos os dias, dando resposta simultaneamente ao congestionamento do tráfego e ao conseqüente potencial para acidentes rodoviários.

Uma história de sucesso vem de Dodoma, capital da República Unida da Tanzânia, onde uma escola local implementou o quadro INSPIRE depois de testemunhar vários casos de abuso de crianças na comunidade. Os professores receberam formação para reconhecer os sinais de abuso, e foi criado um sistema de notificação para garantir a tomada de medidas rápida quando as crianças estivessem em risco. O número de casos de violência registados diminuiu drasticamente no primeiro ano de aplicação.

A disponibilidade de dados fiáveis sobre o panorama da segurança rodoviária e o peso dos acidentes de viação é essencial para servir de base às políticas e às intervenções atempadas que salvam vidas. Por conseguinte, a OMS prestou assistência técnica para reforçar a capacidade de gestão dos dados sobre o tráfego rodoviário, com melhorias notáveis verificadas na Côte d’Ivoire, no Senegal e na Zâmbia. Consequentemente, o relatório de segurança rodoviária de 2023 registou uma redução significativa de 50% nas discrepâncias entre as estimativas da OMS e os dados sobre mortes comunicados pelos países.

8.5.2 Violência contra mulheres e crianças

O combate à violência contra as crianças é uma das principais prioridades do Governo da Namíbia. Como um dos 38 países do Pathfinding²⁷⁷ empenhados em acabar com este flagelo, 13²⁷⁸ dos quais se situam na Região Africana, a Namíbia dispõe de uma política e de um quadro legislativo robustos para proteger as crianças da violência e do abuso, juntamente com um plano de acção nacional 2022-2025 para prevenir e fazer face à violência contra as crianças.

Este plano multisectorial está alinhado com o quadro INSPIRE, criado pela OMS e pelos seus parceiros em 2016 como um documento orientador com intervenções baseadas em dados factuais para reduzir a violência contra as crianças. Além da Namíbia, o quadro orientou o reforço das capacidades e o aumento das intervenções no Uganda e no Zimbabué, e a República Unida da Tanzânia lidera a Região com estratégias abrangentes de prevenção da violência nos sistemas de saúde, da educação e dos serviços sociais.

O quadro, que inclui intervenções como a prestação de apoio a pais e cuidadores, a aplicação da legislação e a alteração das normas sociais, tem sido transformador na República Unida da Tanzânia, onde novos programas informam as crianças em idade escolar sobre os seus direitos e ensinam-nas como se protegerem dos abusos. Os pais recebem formação em técnicas de parentalidade positiva que realçam formas não violentas de disciplina, e a OMS está a ajudar a alargar estas intervenções para todo o país.

Uma história de sucesso vem de Dodoma, capital da República Unida da Tanzânia, onde uma escola local implementou o quadro INSPIRE depois de testemunhar vários casos de abuso de crianças na comunidade. Os professores receberam formação para reconhecer os sinais de abuso, e foi criado um sistema de notificação para garantir a to-

277 <https://violenceagainstchildren.un.org/content/pathfinding-countries>

278 África do Sul, Botsuana, Burquina Faso, Côte d’Ivoire, Etiópia, Guiné, Namíbia, Nigéria, Quênia, República Unida da Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

mada de medidas rápida quando as crianças estivessem em risco. O número de casos de violência registados diminuiu drasticamente no primeiro ano de aplicação.

A OMS também colaborou com parceiros para elaborar o primeiro relatório mundial abrangente sobre a prevenção da violência contra as crianças em 2020. Através do quadro INSPIRE, traçou o progresso dos países no sentido de alcançar o ODS 16.2 para acabar com o abuso, a exploração, o tráfico e todas as formas de violência e tortura contra as crianças. A segunda edição do relatório está actualmente a ser preparada.

Além disso, a OMS na Região Africana estabeleceu uma forte parceria com a UNICEF através da Iniciativa Mundial de Apoio aos Pais, que foi lançada durante a pandemia de COVID-19, quando se verificou uma maior necessidade de apoio aos pais e cuidadores na Região Africana.

Entretanto, a violência de género e a exploração e o abuso sexual constituem uma importante ameaça de saúde pública. A OMS apoiou 20 países²⁷⁹ da Região no âmbito da implementação das suas directrizes para fazer face a este flagelo através do quadro RESPECT, que foi lançado em 2019 em colaboração com a ONU Mulheres e outros parceiros. O quadro baseado em dados factuais presta apoio aos decisores políticos no reforço e na intensificação dos esforços de prevenção da violência contra as mulheres.

No Ruanda, em 2021, a OMS, a ONU Mulheres e outros parceiros lançaram o site RESPECT Women, uma plataforma online que visa impulsionar medidas específicas para prevenir e dar resposta à violência contra as mulheres e as raparigas. Descreve uma série de passos orientados para a acção para ajudar os decisores políticos e os implementadores de programas a elaborar, planear, implementar, monitorizar e avaliar programas que utilizam estratégias para prevenir a

violência contra as mulheres.

O Botsuana e o Sudão do Sul adaptaram as recomendações da OMS para actualizar as suas orientações nacionais para a prevenção e gestão da violência de género através do sector da saúde, incluindo o quadro RESPECT relativamente aos profissionais de saúde na linha da frente. A África do Sul e o Gana dispõem agora de orientações nacionais para operacionalizar a integração das questões de género na saúde e nas políticas de género no âmbito do sector da saúde, respectivamente.

Na Nigéria, foram criadas seis principais equipas zonais de cuidados e apoio em matéria de violência de género, na sequência de uma acção de formação apoiada pela OMS, e, no Ruanda, as reformas 4x4²⁸⁰ no âmbito dos recursos humanos para a saúde foram revistas com vista a melhorar a sua capacidade de resposta às questões de género.

8.5.3 Integrar a reabilitação nos sistemas de saúde

A reabilitação tem sido reconhecida como uma componente essencial da continuidade dos cuidados de saúde desde a Declaração de Alma-Ata de 1978, mas continua a não ser considerada prioritária na Região Africana. Na maioria das vezes, é enquadrada como um serviço para pessoas com deficiência no contexto de estruturas de reabilitação de base comunitária, ou como uma resposta pós-conflito para os feridos. Com o lançamento, em 2017, da iniciativa Reabilitação 2030, a OMS reafirmou a importância da reabilitação como um conjunto de serviços essenciais no âmbito dos sistemas nacionais de saúde.

Na Região Africana e em todo o mundo, o Botsuana foi um dos primeiros países a testar o guia de acção para a reabilitação da OMS de 2017, que reconhece a necessidade de os países identificarem as suas próprias necessidades de reabilitação e desenvolverem estratégias de resposta específicas. A

279 África do Sul, Angola, Botsuana, Burquina Faso, Essuatíni, Gana, Guiné, Lesoto, Mali, Maláui, Maurítânia, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Quênia, República Democrática do Congo, Senegal, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

280 A estratégia 4x4 tem como objectivo quadruplicar o número de profissionais de saúde no país até 2027, de modo a cumprir a recomendação da OMS de pelo menos quatro profissionais de saúde por cada 1000 habitantes.



“No decurso da luta contra a violência, os ferimentos e a deficiência na Região Africana, testemunhámos em primeira mão a necessidade premente de serviços de reabilitação robustos. Esta necessidade não é apenas uma resposta a uma preocupação crescente de saúde pública; é também um veículo para alcançar a cobertura universal de saúde e as metas relacionadas com a saúde dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável.”

Dr.^a Adelheid Onyango
Directora do Grupo de Cobertura Universal de Saúde /
Populações Mais Saudáveis da Região Africana da OMS

ferramenta orienta os governos através de um processo de quatro fases de avaliação, planeamento e implementação.

Até 2024, 13 países²⁸¹ da Região receberam apoio para desenvolver planos estratégicos nacionais de reabilitação. Outros conjuntos de ferramentas técnicas implementados através da iniciativa Reabilitação 2030 in-

cluem o guia para o conjunto de ferramentas de avaliação da força de trabalho de reabilitação implementado no Ruanda; a integração de dados de reabilitação nos sistemas de informação sanitária de rotina no Burquina Faso, na Etiópia e na República Unida da Tanzânia; e o pacote básico de cuidados de reabilitação / módulos clínicos no Gana e no Uganda, para ampliar a disponibilidade de reabilitação nos cuidados de saúde primários.

Embora os serviços de reabilitação na Região estejam a conseguir progressos significativos, ainda há muito a fazer. Para continuar a desenvolver estes serviços, é essencial integrar a reabilitação nos cuidados de saúde primários e assegurar que esta se torna uma parte fundamental do sistema de saúde. É crucial o desenvolvimento de uma força de trabalho qualificada e dedicada à reabilitação, tal como a promoção de soluções inovadoras para a prestação eficaz destes serviços, sobretudo em contextos com recursos limitados.

281 África do Sul, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Etiópia, Guiné-Bissau, Moçambique, Namíbia, Ruanda, República Unida da Tanzânia, Seicheles e Uganda.

Melhorar a segurança sanitária em África

9

9.1	Da crise à resiliência	191
<hr/>		
9.2	Informação sanitária e avaliação dos riscos	194
<hr/>		
9.3	Apoio Operacional e Logístico (AOL)	201
<hr/>		
9.4	Preparação para situações de emergência: prender com o passado, preparar o futuro	207
<hr/>		
9.5	Resposta de emergência: Acção rápida, impacto real	210

Da crise à resiliência

Desde a crise da DVE (2014-2016) na África Ocidental até à pandemia de COVID-19 em 2020, e depois disso, os surtos e as emergências expuseram repetidamente as vulnerabilidades dos sistemas de saúde pública de África, deixando na sua esteira perturbações nos serviços essenciais, dificuldades económicas e comunidades a lutar contra a doença e a insegurança.

A Região Africana da OMS suporta o maior cargo de crises de saúde pública do mundo, com, todos os anos, mais de 100 surtos e emergências causados por doenças, conflitos e catástrofes naturais. Para além da DVE e da COVID-19, as outras doenças incluem a cólera, o sarampo, a febre-amarela, a poliomielite, a meningite e, mais recentemente, a varíola símia, pondo seriamente à prova os sistemas de saúde, e afectando mais as populações vulneráveis.

Tendo presente que as emergências de saúde não respeitam fronteiras e que, por isso, exigem uma abordagem abrangente e colaborativa, a Dr.^a Moeti deu prioridade a

uma estratégia que realçasse não só a necessidade de gerir as emergências, mas também de construir sistemas de saúde mais fortes e resistentes, capazes de suportar e mitigar o impacto de crises futuras.

O Grupo de Segurança Sanitária e Emergências foi criado em 2015 e, em 2016, passou a designar-se Programa de Emergências Sanitárias da OMS (WHE), no seguimento das recomendações que resultaram do surto de DVE na África Ocidental. Em 2019, o grupo recebeu uma nova designação, passando a chamar-se grupo de preparação e resposta a emergências (EPR).

Apesar da mudança de nome, o objectivo do grupo tem sido sempre o de reforçar as defesas da Região contra as ameaças de saúde pública e as crises humanitárias. Por exemplo, o Grupo de Segurança Sanitária e Emergências juntou peritos e recursos vindos de programas separados centrados em surtos e crises humanitárias, em três unidades operacionais.

Com a criação do WHE em 2016, foram

normalizadas cinco áreas programáticas em todas as regiões e na sede da OMS. Estas incluíam a Preparação Nacional para Emergências Sanitárias e o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), as Operações de Emergência (EMO), a Informação sobre Emergências Sanitárias e Avaliação do Risco (HIR), a Gestão de Riscos Infecciosos e a Gestão e Administração (MGA). A mudança para o EPR em 2019, em consonância com a reestruturação da sede, reduziu o número de áreas programáticas para três: Informação sobre Emergências de Saúde e Avaliação do Risco (HIR), Preparação para Emergências (EMP) e Resposta a Emergências (EMR). Em 2021, foi acrescentada uma quarta unidade, Apoio às Operações e Logística (OSL), para garantir a rápida distribuição de material médico em situações de emergência.

Esta colaboração visionária preparou o terreno para parcerias que combinaram os pontos fortes das partes interessadas e que, em última análise, mudaram a forma como as epidemias e os surtos são enfrentados.

Ainda em 2015, em resposta à necessidade urgente de um quadro de responsabilização para a segurança sanitária em África, o Escritório Regional para a África, a Comissão da União Africana e outros parceiros começaram a lançar as bases²⁸² para a criação dos Centros Africanos de Controlo de Doenças (CDC de África). O memorando de entendimento (MoU) foi assinado em 2016, no que a Dr.^a Moeti descreveu como um dos seus primeiros actos mais importantes como Directora Regional (ver Nas palavras da Dr.^a Moeti: O percurso da parceria estratégica da OMS com o CDC de África, mais adiante neste capítulo).

Intitulada Quadro de Colaboração entre a OMS e a Comissão da União Africana para a Criação e Operacionalização dos Centros Africanos de Prevenção e Controlo de Doenças

para Melhorar a Segurança Sanitária em África, esta colaboração visionária preparou o terreno para parcerias que combinaram os pontos fortes das partes interessadas e que, em última análise, mudaram a forma como as epidemias e os surtos são enfrentados.

Com base nos esforços para reforçar os sistemas de EPR na Região, foram anunciados no início de 2022 três programas emblemáticos para ajudar os países a preparar-se, detectar e responder a emergências de saúde pública. Esses programas resultaram de amplas consultas com mais de 30 ministros de governos africanos, partes interessadas técnicas, parceiros de todo o continente e instituições regionais como o CDC de África. São eles: Promover a Resiliência dos Sistemas para Situações de Emergência (PROSE); Transformar os Sistemas de Vigilância em África (TASS) e Reforço e utilização de Grupos de Resposta para Situações de Emergência (SURGE).

Desde a sua criação, o grupo apoiou os Estados-Membros em mais de 200 emergências de saúde pública, trazendo esperança às comunidades, e posicionando a OMS como a principal agência de resposta a emergências na Região Africana. Agora, no prazo de 48 horas depois do surgimento de uma emergência, é posto em marcha um conjunto de respostas coordenadas. Em primeiro lugar, a OMS classifica a gravidade da ameaça para a saúde, activando assim um sistema de gestão de incidentes, que utiliza para organizar e gerir cada resposta de emergência. Os centros de Operações de Emergência de Saúde Pública são criados no escritório regional e nos escritórios de país, para que o pessoal de gestão de emergências possa coordenar as informações e os recursos operacionais.

O financiamento essencial é disponibilizado pelo Fundo de Contingência da OMS para Situações de Emergência, para permitir o rápido destacamento de pessoal de emergência e a activação de reservas de material crítico, incluindo equipamento de protecção individual, medicamentos e vacinas. São

282 <https://www.afro.who.int/news/who-and-african-union-commission-are-working-establish-african-centre-disease-control-and>

também rapidamente criadas redes de comunicação, montados campos de base sempre que necessário, e iniciados os esforços para alertar as comunidades afectadas e os países vizinhos através dos procedimentos oficiais do RSI. Esta resposta rápida e estruturada ajudou a garantir uma resposta eficaz aos surtos, mesmo em contextos problemáticos

e de acesso difícil. Desde o desenvolvimento de sistemas de informação sanitária de ponta até à criação de polos de emergência regionais, os progressos no âmbito da segurança sanitária põem em evidência a determinação e a colaboração. Os desafios são imensos, mesmo no âmbito desta abordagem transformada, mas a determinação também o é.



Informação sanitária e avaliação dos riscos

9.2.1 Aproveitar o poder dos dados

O acesso a informações de saúde exactas, oportunas e de alta qualidade para uma tomada de decisões eficaz é a base sobre a qual se constrói a preparação para as emergências de saúde pública. Nas palavras do falecido Kofi Annan, antigo Secretário-Geral da ONU: “Sem bons dados, voamos às cegas. Se não se consegue ver, não se consegue resolver”.

Nos anos que se seguiram ao surto de DVE de 2014-2016, esta foi uma das mais importantes lições retiradas, por destacar a importância de dados fiáveis para permitir às autoridades de saúde acompanhar a propagação das doenças, afectar recursos e comunicar eficazmente com o público. A dependência de registos em papel, telégrafos e comunicação oral para notificar casos era lenta e propensa a erros, contribuindo para atrasos na resposta potencialmente fatais.

No âmbito do grupo EPR, o programa de Informação sobre Emergências Sanitárias e Avaliação do Risco tem sido um elemento fundamental na ambiciosa missão de revolu-

cionar os sistemas de informação sanitária. O objectivo era criar uma plataforma única de recolha, análise e divulgação de dados de saúde através da integração dos sistemas de vigilância, da adopção de ferramentas digitais, e da formação de profissionais de saúde na gestão e análise de dados.

Ao longo da última década, o programa cresceu e adaptou-se para se tornar um ponto de referência e uma fonte de informação comprovada para todas as emergências de saúde pública na Região. Inicialmente composto por três unidades (ver Figura 34), o seu âmbito de trabalho foi posteriormente alargado para incluir uma quarta unidade centrada na genómica e nos diagnósticos laboratoriais.

A realização mais recente, em 2024, foi o lançamento de um novo Centro de Análise e Inovação de Dados, “The Data Sphere”, no Polo Regional de Emergência da OMS em Dakar, no Senegal. Trata-se de uma ferramenta suplementar destinado a apoiar os países na criação de capacidades nacionais

e subnacionais em matéria de vigilância epidemiológica, análise e inovação de dados, a fim de melhorar a detecção e a resposta a emergências de saúde pública.

O impacto resultante é evidente nas estatísticas. O surto de DVE de 2014 em três países da África Ocidental sobrecarregou a capacidade, resultando em mais de 28 000 casos e mais de 11 000 mortes, em grande parte devido a deficiências nos sistemas de vigilância, que impediram a detecção precoce e a resposta. Em 2022, depois destes esforços generalizados para reforçar os sistemas de vigilância africanos e melhorar a eficácia do pessoal da informação sanitária, um surto semelhante na República Democrática do Congo foi detectado em apenas 29 dias. A doença foi controlada num período extraordinariamente curto de 37 dias, com apenas um caso e uma morte.²⁸³

9.2.2 Implementação exaustiva do quadro de vigilância e resposta integradas às doenças

O quadro de vigilância e resposta integradas às doenças (VRID) é desde 1998 o modelo

para a vigilância da saúde pública na Região Africana. No entanto, embora tenha atingido vários marcos durante a sua primeira década de aplicação, os Estados-Membros continuaram a ter dificuldades em prevenir, detectar e responder a emergências sanitárias.

O Escritório Regional respondeu criando marcos e objectivos claros na estratégia regional para a VRID 2020-2030 adoptada pelo Comité Regional para a África em 2019. O programa emblemático TASS foi desenvolvido em 2022 para acelerar a implementação da estratégia regional. É uma plataforma importante para mobilizar as partes interessadas e os recursos para preservar os progressos, e acelerou, nomeadamente, a apresentação semanal em linha dos dados VRID dos Estados-Membros graças a uma plataforma de dados centralizada.

Houve desafios, como unidades de saúde em áreas remotas com acesso limitado à electricidade e à Internet, e profissionais de saúde sobrecarregados e com poucos recursos, que tinham de se adaptar às novas tecnologias e protocolos de notificação. No entanto, a maré começou a mudar.

283 <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON411>

Figura 34: Estrutura do programa HIR e adaptações durante a Agenda de Transformação



Principais estatísticas que demonstram o impacto:



28 Estados-Membros*

receberam um financiamento catalítico crítico de

14 783 860

dólares americanos para enfrentar os desafios e reforçar a capacidade da VRID.†



46‡ dos 47
Estados-Membros

adaptaram e actualizaram as suas orientações nacionais de vigilância à terceira edição das orientações técnicas e dos materiais de formação da VRID.



A cobertura da comunicação semanal de dados VRID melhorou de

10 para 39§
Estados-Membros

(2022-2024), a taxa de exaustividade dos dados melhorou de

21% para 83%

e a pontualidade melhorou de

11% para 66%.



Foram distribuídos mais de

47 000

exemplares de materiais VRID em

10 Estados-Membros.¶



Mais de

12 000

profissionais de saúde em

17 Estados-Membros#

receberam formação sobre vários aspectos da VRID, para melhorar as competências e as capacidades nas principais funções de vigilância.



Em resultado do apoio do TASS,

apenas três países**

continuam a ter dificuldades na elaboração de relatórios de VRID.

* África do Sul, Angola, Botsuana, Camarões, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Quênia, Lesoto, Madagáscar, Maláui, Mali, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Ruanda, Senegal, República Unida da Tanzânia, Togo e Uganda.

† Dados de Agosto de 2023.

‡ Excepto a Argélia.

§ África do Sul, , Angola, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Camarões, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Essuatíni, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Maláui, Mali, Mauritânia, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, República Unida da Tanzânia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Sudão do Sul, Togo, Uganda e Zâmbia.

¶ Botsuana, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Madagáscar, Mauritânia, Namíbia, Níger, Quênia e Togo.

África do Sul, Botsuana, Camarões, Congo, Côte d'Ivoire, Gâmbia, Gana, Guiné, Madagáscar, Mali, Mauritânia, Maurícia, Namíbia, Níger, Quênia, Togo e Uganda.

** A Argélia (sem ter adoptado a VRID) planeia partilhar dados de vigilância através do intercâmbio de sistemas; as Comores e a Guiné Equatorial (onde estão em curso esforços com consultores apoiados pela OMS).

9.2.3 Melhorar a informação sobre saúde pública através de tecnologias inovadoras

Na última década, registaram-se também progressos significativos na incorporação da inovação e da tecnologia para melhorar as actividades de informação sobre saúde pública. A iniciativa Epidemic Intelligence from Open Sources (EIOS)²⁸⁴ é um exemplo disso.

Quase quatro milhões de artigos foram analisados exaustivamente entre 2018 e 2023, num esforço gigantesco para recolher e analisar informações relevantes, a fim de garantir respostas atempadas e precisas a crises sanitárias emergentes.

Desde a sua introdução na Região Africana, em Maio de 2018, o EIOS tem sido utilizado diariamente por responsáveis formados em informação sobre saúde pública, e é o principal sistema de monitorização dos meios de comunicação social. Em consequência disso, quase quatro milhões de artigos foram analisados exaustivamente entre 2018 e 2023, num esforço gigantesco para recolher e analisar informações relevantes, a fim de garantir respostas atempadas e precisas a crises sanitárias emergentes.

Para além de utilizar o EIOS como ferramenta interna, o programa HIR apoiou a sua expansão significativa para reforçar a nível nacional as actividades de vigilância baseadas em eventos. A plataforma contribui actualmente para a detecção de mais de um terço de todos os eventos de saúde pública na Região. Em particular, o número de Estados-Membros ligados ao EIOS aumentou

de dois apenas em 2019, para 38²⁸⁵ em 2024; mais de 1200 utilizadores do EIOS foram formados em 38²⁸⁶ Estados-Membros, devendo os restantes países estar ligados até ao final de 2024; e o EIOS alcançou uma taxa de detecção em tempo oportuno de 84% (detecção no prazo de sete dias após o início) para a maioria dos surtos de doenças na Região.

9.2.4 Capacidade de sequenciação genómica

Os progressos significativos na vigilância laboratorial e genómica reforçaram ainda mais a preparação da Região para futuros surtos, com ganhos particularmente evidentes durante a pandemia de COVID-19. Em Fevereiro de 2020, quando o primeiro caso foi documentado na Região Africana, apenas quatro²⁸⁷ países tinham capacidade efectiva para sequenciar o SARS-CoV-2 e comunicar os dados de sequenciação. Em Dezembro de 2020, apenas 5000 (1%) sequências tinham sido notificadas pela Região.

O Escritório Regional para a África e o CDC África criaram uma rede de laboratórios de sequenciação do genoma para a COVID-19 e outros agentes patogénicos emergentes em Setembro de 2020.²⁸⁸ Para além de aumentar a capacidade nacional de sequenciação, a OMS formou pessoal de laboratório na utilização de testes rápidos de diagnóstico de antigénios, apoiou a criação de uma vigilância dos agentes patogénicos com potencial epidémico e pandémico nas águas residuais, e deu formação em bioinformática.

Foram desenvolvidas e testadas ferramentas adicionais, incluindo uma ferramenta de cálculo de custos da vigilância genómica, e uma ferramenta de monitorização e avaliação

284 A iniciativa líder mundial em matéria de informações de fonte aberta para a tomada de decisões no domínio da saúde pública é uma ferramenta importante para melhorar as actividades de monitorização dos meios de comunicação social.

285 África do Sul, Angola, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Essuatíni, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Maláui, Mali, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Quénia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Seicheles, Serra Leoa, Sudão do Sul, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

286 África do Sul, Angola, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Essuatíni, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Maláui, Mali, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Quénia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Seicheles, Serra Leoa, Sudão do Sul, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

287 África do Sul, Nigéria, Quénia e Senegal.

288 <https://www.afro.who.int/news/covid-19-genome-sequencing-laboratory-network-launches-africa>

Principais estatísticas que demonstram o impacto:



O número de países com capacidade nacional de sequenciação aumentou de

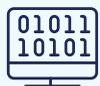
12 para 42*

(2020–2022).



47 Estados-Membros

terão criado laboratórios nacionais para testes de reação em cadeia da polimerase até 2021.



Um total de

96 participantes

receberam formação em bioinformática.†



A produção de dados de sequenciação aumentou de

5000 para > 150 000

(2020–2022), e as visitas de seguimento no terreno a



Instalação de plataformas de sequenciação, formação no terreno e mapeamento de plataformas de sequenciação em

46 Estados-Membros§

(98%).

44 Estados-Membros‡

(94%), para apoiar a expansão da vigilância genómica, aumentaram 30 vezes.

* Excepto o Burundi, as Comores, a Eritreia, a Libéria e o Sudão do Sul.

† Em colaboração com os Centros de Controlo de Doenças dos EUA e o Instituto Nacional de Bioinformática da África do Sul.

‡ Excepto as Comores, a Eritreia e o Sudão do Sul.

§ Excepto o Sudão do Sul.

para acompanhar o desempenho das visitas aos países destinadas a reforçar a vigilância genómica.

Foram retiradas lições importantes. São necessários recursos financeiros e humanos robustos, incluindo um financiamento interno sustentável, para garantir o reforço efectivo dos sistemas de vigilância e a aplicação da VRID. A integração e a interoperabilidade dos sistemas de dados são também essenciais para uma vigilância eficaz das doenças, e a transição para sistemas de notificação electrónica melhora significativamente a exactidão e a pontualidade dos dados.

O envolvimento da comunidade é fundamental para a sustentabilidade das actividades de vigilância, assim como a construção de relações fortes com as partes interessadas locais para melhorar o cumprimento e a participação. Entretanto, a

formação dos profissionais de saúde, a todos os níveis, em gestão da informação e princípios de vigilância, garante uma força de trabalho bem preparada, capaz de gerir as crises sanitárias.

Por último, a utilização de ferramentas e plataformas avançadas para a análise de dados e a previsão de surtos mostrou ser um factor de grande mudança, pondo em evidência a necessidade de uma inovação contínua nas tecnologias de vigilância. As parcerias eficazes e a monitorização e avaliação contínuas são também essenciais para adaptar as estratégias e melhorar os resultados em matéria de saúde.



COVAX

EPI



Unicef



COVAX

CEPI



unicef



ACT Accelerator

Emirates

118" 241/242
750/750

125" 88/96"

125

Apoio Operacional e Logístico (AOL)

9.3.1 Quebrar o impasse logístico do abastecimento médico

Embora tenha havido um salto significativo no desenvolvimento de sistemas de informação sanitária, o desafio crítico da logística manteve-se. A capacidade de mobilizar rapidamente material médico é um pilar fundamental da resposta a emergências, mas tem sido uma das áreas mais fracas da resposta em África, e para a OMS na Região Africana.

Muitos países têm as suas próprias reservas de material médico e canais de aquisição internacional, mas são muitas vezes ultrapassados pelas necessidades crescentes das suas populações em situações de emergência, e dependem do apoio da OMS. As zonas de difícil acesso, que constituem frequentemente o epicentro dos surtos, são particularmente vulneráveis ao isolamento devido a infra-estruturas deficientes, transportes limitados e cadeias de abastecimento inadequadas.

Durante o surto de DVE (2014-2016), os

desafios logísticos da entrega de material médico, do transporte de doentes e da coordenação das operações no terreno criaram estrangulamentos que dificultaram a resposta, sublinhando a necessidade urgente de sistemas robustos de apoio logístico e operacional, e realçando a necessidade de um reajustamento.

Era necessário desenvolver sistemas de apoio logístico e operacional mais sofisticados, melhorar os mecanismos de coordenação, e reforçar a capacidade de armazenar e distribuir rapidamente o material médico. Reconhecendo a necessidade de uma unidade dedicada à gestão dos complexos desafios logísticos e operacionais das emergências de saúde pública, a OMS desenvolveu o quadro de Apoio às Operações e Logística (AOL) em 2021.

Isto constituiu uma melhoria em relação aos dias em que a função de AOL estava integrada no programa de resposta a emergências, e tinha uma falta crónica falta de pessoal. Nessa altura, a África não

dispunha de reservas próprias de material médico de emergência, e dependia do armazém da OMS no Dubai e do Depósito de Resposta Humanitária da ONU no Gana. A dependência de outros parceiros exacerbou as ineficiências, e os envios do Gana para outras partes do continente demoravam até 25 dias.

Por exemplo, no início de 2022, foram precisos mais de três meses para entregar bens essenciais a países à beira da fome no Grande Corno de África, e houve países que esperaram 21 dias pela primeira remessa de equipamento de protecção, como máscaras, na sequência do surto pandémico de COVID-19 em 2020.

9.3.2 Dos estrangulamentos aos avanços

O impacto devastador da COVID-19 foi um alerta para que os países africanos dessem prioridade aos esforços de construção de sistemas de saúde resilientes, que pudessem prestar serviços de saúde essenciais e de qualidade, enquanto enfrentavam as emergências sanitárias. Ao mesmo tempo, a necessidade de os países africanos trabalhar em estreita colaboração em tempos de crise nunca foi tão clara.

Em termos reais, o novo programa reduziu o prazo de resposta aos pedidos de fornecimentos de emergência dos Estados-Membros, que passou de uma média de três semanas para menos de três dias.

O mundo assistiu à incapacidade dos países africanos, mesmo os que estavam dispostos a pagar um preço mais elevado no mercado privado, de obter material essencial, incluindo equipamento de protecção individual, ventiladores e vacinas, para proteger os seus cidadãos.

Com a sua vantagem competitiva em termos de presença no terreno e décadas de experiência de trabalho na Região Africana, a OMS respondeu em 2021 com o lançamento da sua ambiciosa Estratégia Regional para a Segurança Sanitária e Emergências (2022-2030), que visa melhorar a prepa-

ração, detecção e resposta dos países às emergências sanitárias até 2030, através de 12 objectivos. Todos os 47 ministros da saúde africanos aprovaram a estratégia em 2022.

Também em 2022, foram lançadas as três iniciativas emblemáticas referidas anteriormente neste capítulo para apoiar a implementação da estratégia regional, em particular para promover uma abordagem liderada pelos Estados-Membros, que abrangia todo o governo e toda a sociedade. Para apoiar as iniciativas emblemáticas e a missão mais alargada da EPR, foi lançado um programa adicional específico, incluindo um novo programa AOL para colmatar as lacunas no apoio operacional e reforçar as competências logísticas.

A decisão de criar um programa AOL independente, liderado por um logístico altamente experiente, apoiado por especialistas em cadeia de abastecimento, operações, logística da saúde, alfândegas e aquisições, foi uma alteração considerável em relação às operações EPR habituais, e um avanço para a Região. Em termos reais, o novo programa reduziu o prazo de resposta aos pedidos de fornecimentos de emergência dos Estados-Membros, que passou de uma média de três semanas para menos de três dias.

Um dos principais avanços, no quadro do AOL, foi a criação de polos regionais de emergência, localizados estrategicamente em regiões propensas a crises sanitárias, para actuarem como centros de comando das operações de emergência. Foi uma iniciativa importante e ambiciosa; as localizações dos polos no Quênia (2022), no Senegal (2023) e na África do Sul (em curso) foram escolhidas devido às suas infra-estruturas bem desenvolvidas, à proximidade de aeroportos internacionais modernos e ao acesso a portos marítimos.

Estrategicamente localizados e equipados para maximizar a eficiência e a eficácia, os polos no Quênia e no Senegal já estão a acelerar a entrega de bens durante as crises. Para aproveitar as economias de escala, estão também disponíveis para serem utilizados por outras agências das Nações Unidas, para

dar formação em situações de emergência e crises humanitárias, incluindo gestão de conflitos, segurança alimentar, logística e recuperação.

Muito mais do que simples armazéns, os polos melhoram a coordenação sub-regional, permitindo uma cooperação estreita com os governos para gerir eficazmente emergências complexas em vários países, descentralizando eficazmente a resposta a emergências, armazenando e mobilizando rapidamente materiais e equipamento de emergência.

Servem também como centros de excelência para a Região, promovendo a aprendizagem entre países, e fornecendo um espaço vital de formação para 3000 profissionais de resposta multidisciplinar africanos. Cada polo é especializado para aproveitar os pontos fortes regionais. Assim, o Senegal centra-se na cadeia de abastecimento, nos dados, na inovação e na inteligência, enquanto o Quênia se centra na cadeia de abastecimento e no desenvolvimento da força de trabalho. Uma vez operacional, o polo da África do Sul centrar-se-á na investigação e desenvolvimento, e na vigilância genómica.

a) Os primeiros sucessos

Melhorias significativas nos tempos de saída de remessas

Em consonância com o objectivo fundamental de reduzir significativamente o prazo de resposta aos pedidos dos Estados-Membros, e de entregar os fornecimentos de emergência às comunidades no prazo de 24 horas, a operacionalização do armazém temporário no polo do Quênia em Setembro de 2022 reduziu imediatamente os prazos de entrega de três semanas ou mais para uma média de três dias. Por exemplo, entre Janeiro e Julho de 2022, a entrega demorou em média 17 dias (o prazo de entrega mais longo foi de 67 dias). Desde Setembro de 2022, este tempo foi reduzido para uma média de três dias e meio (ver Figura 35).

b) Melhoria da resposta a emergências

Uma vez que a melhoria da resposta a emergências é essencial para uma gestão eficaz das crises e para garantir uma acção rápida para salvar vidas e reduzir o sofrimento, a Região registou melhorias na resposta a várias crises, incluindo a COVID-19, a cólera no Maláui e em Moçambique, o ciclone, as inundações e os deslizamentos de terras em Madagáscar, o surto da doença do vírus de Marburgo (DVM) no Gana e o surto de DVE

Figura 35: Prazo de entrega na Região Africana da OMS antes e depois da operacionalização do armazém temporário no centro de emergência regional do Quênia

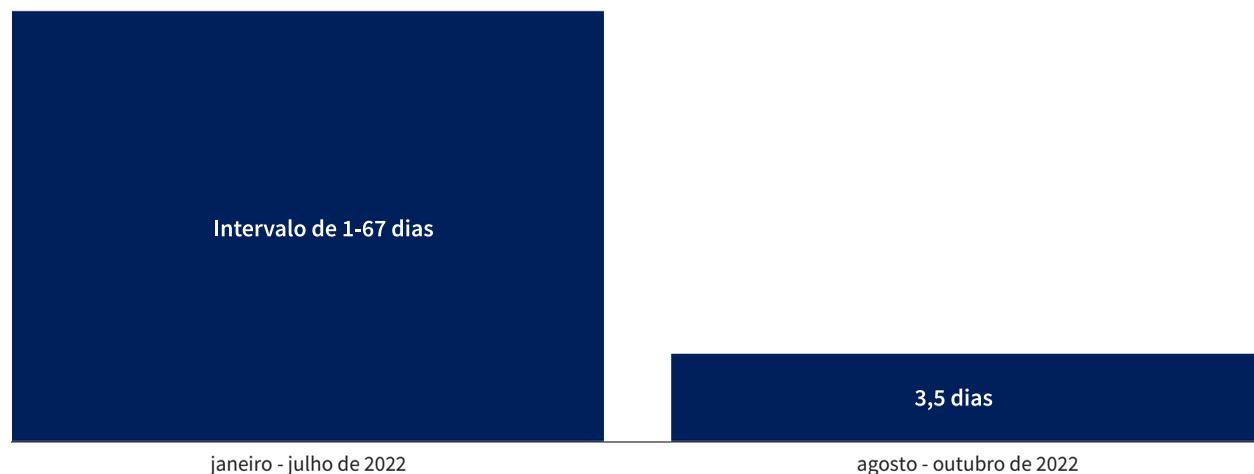
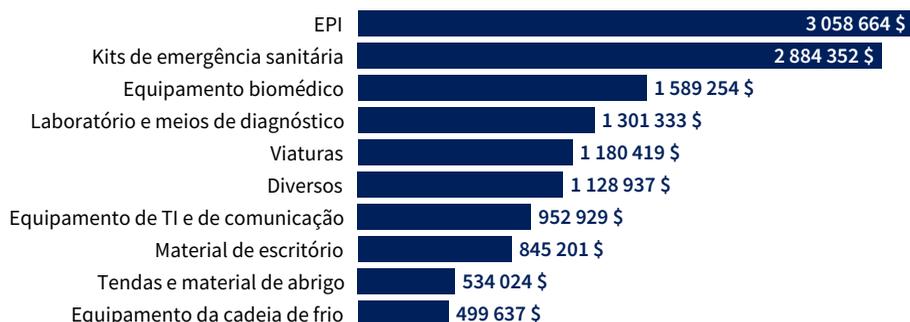


Figura 36: As 10 principais actividades de entrada/saída com repartição por operação de resposta; armazém do Quénia (Setembro de 2022-Junho de 2024)

Actividades de entrada (armazenagem)

As 10 principais categorias de compras:



 Ordem de compra: **275 transportes de entrada**

 Valor do artigo: **15 035 845 \$**

Actividades de saída (resposta a emergências)

Países por valor de libertação de stock:



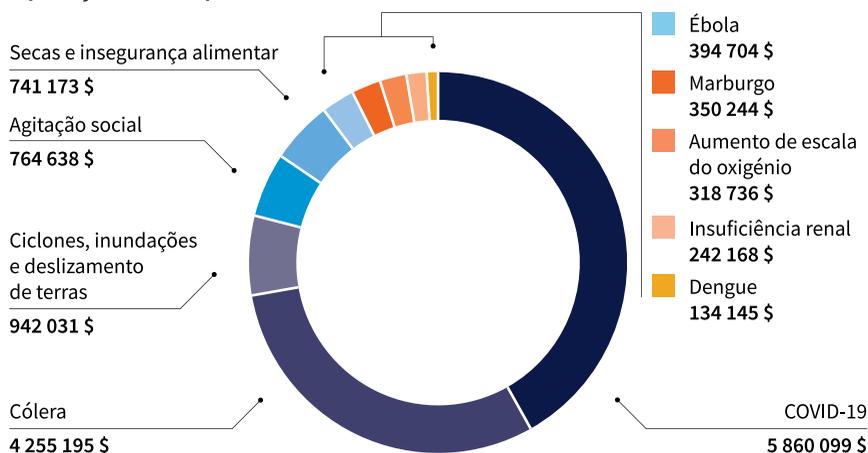
 Libertação de stock: **267 expedições, 5 fornecimentos diretos a 45 países**

 Valor do artigo: **15 533 844 \$**

 Peso: **1 090 346kg**

 Volume: **6469,48 CBM**

Operações de resposta



14 Emergências:
Insuficiência renal aguda, acidentes e traumatismos, cólera, agitação civil, COVID-19, ciclones, inundações e deslizamentos de terras, dengue, seca e insegurança alimentar, Ébola, operações centrais e capacitação, Marburgo, paludismo, Mpox, oxigénio, reforço da escala, SVT, febre amarela, apoio regular da OMS aos Estados-Membros

Emergências classificadas:
Cólera, dengue, difteria, ciclones, inundações e deslizamento de terras, Marburgo, febre amarela.

no Uganda (ver Figura 35).

Por exemplo, entre Setembro de 2022 e Junho de 2024, os armazéns do Quênia e do Senegal processaram em conjunto mais de 280 remessas de saída avaliadas em 16 milhões de dólares americanos, para apoiar a resposta de emergência em mais de 47 países da Região (ver Figuras 36 e 37).

c) Aumento da capacidade de reserva

Uma reserva robusta ajuda a reduzir o risco de interrupções na cadeia de abastecimento. Em tempos de crise, os desafios logísticos podem dificultar a entrega de bens, mas uma reserva bem abastecida garante que os artigos essenciais estão disponíveis quando necessários, independentemente de factores externos. Esta fiabilidade é fundamental para manter um apoio ininterrupto durante as operações de emergência.

Ao manter uma maior reserva de materiais essenciais, a OMS na Região Africana assegurou uma resposta rápida e eficaz às crises, reduzindo significativamente o tempo necessário para prestar assistência crucial às populações afectadas. Por exemplo, em Junho de 2024, os armazéns do Quênia e do Senegal tinham armazenado em conjunto mais de 10 milhões de dólares americanos em materiais de emergência, através do processamento da entrada de mais de 330 remessas.

Por exemplo, o transporte de 30 toneladas de materiais do Dubai para os países africanos custa cerca de 450 000 dólares americanos, em comparação com 75 000 dólares americanos de Nairobi para a África Oriental e Austral, o que representa uma redução de custo de 83,3%.

As reservas incluíam material e equipamento de emergência, desde kits de emergência sanitária (cólera, traumatismos, emergência sanitária inter-agências e malnutrição) e equipamento (biomédico, laboratorial e de diagnóstico, cadeia de frio, apoio no terreno, TI e comunicações), até tendas e materiais de abrigo (ver figuras 36 e 37).

d) Redução drástica dos custos de aquisição e entrega de materiais de emergência

A operacionalização dos armazéns temporários teve um impacto transformador significativo no aprovisionamento regional, no pré-posicionamento e na movimentação dos materiais. Isto foi feito com a promoção de uma abordagem das aquisições “em África”, contribuindo assim para reforçar a produção local, ao mesmo tempo que reduz significativamente os custos, em especial no que se refere ao transporte de mercadorias. Também reduz a dependência de armazéns que se encontram fora do continente africano.

O polo do Quênia trabalhou com as equipas de garantia de qualidade da OMS na qualificação dos fabricantes e fornecedores regionais que cumprem as normas exigidas. Isto permitiu poupanças através de economias de escala e de aquisições estratégicas, melhores tempos de resposta e uma menor pegada ambiental. Os custos de transporte foram também significativamente reduzidos graças à proximidade entre as reservas e as zonas de emergência.

Por exemplo, o transporte de 30 toneladas de materiais do Dubai para os países africanos custa cerca de 450 000 dólares americanos, em comparação com 75 000 dólares americanos de Nairobi para a África Oriental e Austral, o que representa uma redução de custo de 83,3%. Foram observadas economias de escala semelhantes no polo do Senegal, e o impacto dessas economias mostra claramente a melhoria da capacidade da OMS para servir os Estados-Membros de forma mais eficiente e eficaz.

Os sucessos iniciais nas aquisições regionais e na redução de custos mostram também o valor de uma abordagem descentralizada e centrada em África para a logística das emergências sanitárias. Estes avanços não só respondem a desafios logísticos imediatos, como também reforçam a preparação de África para enfrentar futuras crises sanitárias, salvando vidas e assegurando respostas mais rápidas e eficazes.

Figura 37: As 10 principais actividades de entrada/saída por operação de resposta; entreposto do Senegal (Janeiro de 2024-Junho de 2024)

Actividades de entrada (armazenagem)

As 10 principais categorias de compras:



Ordem de compra:
61 transportes de entrada



Valor do artigo:
4 851 910 \$

Actividades de saída (resposta a emergências)

Países por valor de libertação de stock:



Libertação de stock:
21 transportes para 16 países



Valor do artigo:
457 996,13 \$

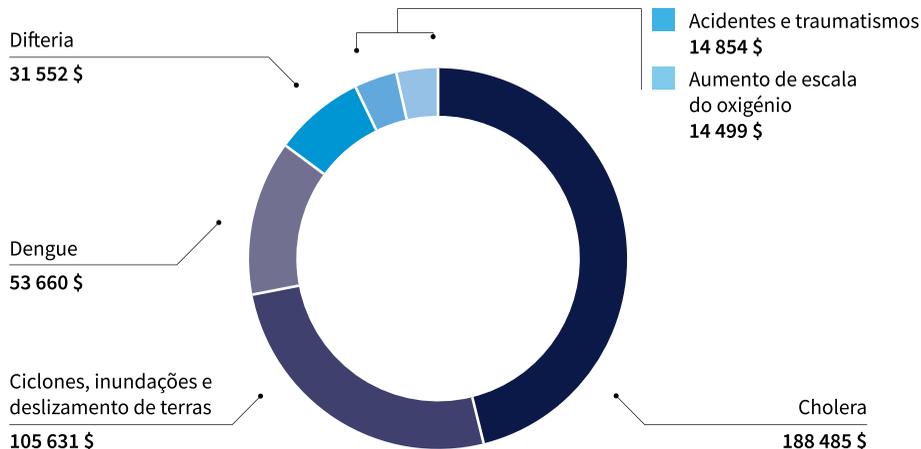


Peso:
20 205,12kg



Volume:
3261,9 CBM

Operações de resposta



6 Emergências:

Cólera, ciclones, inundações e deslizamentos de terras, dengue, difteria, donativos, acidentes e traumatismos, aumento do consumo de oxigénio, apoio regular da OMS aos Estados-Membros

Emergências classificadas:

Cólera, dengue, difteria, ciclones, inundações e deslizamento de terras

Preparação para situações de emergência: prender com o passado, preparar o futuro

Desde o surto de DVE na África Ocidental, o mundo assistiu a seis outras emergências de saúde pública de dimensão internacional, quatro das quais tiveram um impacto significativo na Região Africana da OMS. Foram elas o ressurgimento da poliomielite em 2014, a epidemia de DVE no Kivu, na República Democrática do Congo, em 2018-2020, a pandemia de COVID-19 e, mais recentemente, o surto de varíola símia (em 2022). Cada uma destas emergências impôs às sociedades africanas um encargo sanitário e económico considerável, e cada uma delas foi uma dura constatação da necessidade de os países estarem preparados o melhor possível para as situações de emergência.

A OMS e o Banco Mundial consideram que há um défice de financiamento mundial anual de 10 mil milhões de dólares americanos que impede uma preparação eficaz para as situações de emergência sanitária a nível nacional, regional e mundial.

Embora a Região tenha registado um aumento marginal nas pontuações médias da capacidade de base do RSI 2005 – de 42 para 50 (2008-2023) – estas estabilizaram desde 2020 e continuam abaixo da média mundial. Esta estagnação deve-se principalmente ao subinvestimento nestas capacidades, como mostra o subfinanciamento dos planos de acção nacionais para a segurança sanitária.

O financiamento da preparação continua a ser um desafio crítico, e a OMS e o Banco Mundial consideram que há um défice de financiamento mundial anual de 10 mil milhões de dólares americanos que impede uma preparação eficaz para as situações de emergência sanitária a nível nacional, regional e mundial. Além disso, tem havido obstáculos significativos ao cumprimento e à implementação do RSI, nomeadamente em termos de restrições de viagem e de impacto comercial, que foram muito evidentes durante a pandemia de COVID-19.

Apesar dos desafios, a unidade de Preparação para Emergências (EMP) do grupo



EPR evoluiu ao longo da última década para responder às necessidades emergentes, implementando 484 actividades nos 47 Estados-Membros entre 2016 e 2023 – mais do que qualquer outra região da OMS. Os dados factuais mostram também que os países que desenvolvem mais actividades de preparação estão a progredir, com melhorias na detecção, notificação e tempos de resposta durante os surtos. No entanto, são necessários mais dados para medir com exactidão o impacto dos esforços de preparação, e melhor contribuir para as políticas.

A transformação da EMP reflecte tanto as mudanças no panorama das ameaças de saúde pública, como um empenho inabalável em melhorar a segurança sanitária. A última década foi marcada por progressos notáveis e mudanças estratégicas, respaldados pelos esforços incansáveis de profissionais dedicados que trabalham para proteger a saúde de milhões de pessoas.

A pandemia de COVID-19, e outros surtos regionais, ensinou-nos uma lição essencial: a da importância de uma abordagem mais holística e integrada das emergências sanitárias. A incorporação dos cuidados de saúde primários, caminho fundamental para a preparação e a resiliência dos sistemas de saúde, constituiu uma das mudanças estratégicas mais profundas. Esta abordagem sublinha a importância da coordenação multissetorial, para além do sector da saúde, tal como consagra o quadro “Uma Só Saúde”,

que interliga a saúde humana, animal e ambiental.

O empenho da unidade EMP no reforço das capacidades de preparação conduziu a vários avanços notáveis, incluindo o foco na criação de infra-estruturas jurídicas e políticas facilitadoras, que permitam criar uma base sólida para a gestão de emergências. Foram também desenvolvidas ferramentas inovadoras para prever riscos futuros, aproveitando o poder da inteligência artificial e da aprendizagem automática. Estas ferramentas revolucionaram a forma como os riscos são avaliados e geridos, permitindo uma tomada de decisões mais proactiva e informada.

Outra transformação importante da EMP foi a passagem, da avaliação dos perigos só depois da sua ocorrência, para a previsão activa da sua probabilidade, nomeadamente através da adopção do conjunto de ferramentas estratégicas para a avaliação dos riscos. À data de 2023, 31 países²⁸⁹ da Região tinham utilizado o conjunto de ferramentas para desenvolver perfis de risco abrangentes e planos multi-riscos. Esta abordagem proactiva tem desempenhado um papel crucial no reforço da capacidade da Região para se preparar e responder a potenciais emergências, garantindo que os países estão mais bem capacitados para gerir os surtos antes de estes ocorrerem.

A governação e o compromisso multilateral têm sido fundamentais para o progresso da EMP. A OMS na Região Africana

289 África do Sul, Angola, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Camarões, Congo, Guiné Equatorial, Gabão, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Lesoto, Madagáscar, Maláui, Mali, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Quênia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Sudão do Sul, Togo e Zâmbia.

tem desempenhado um papel de liderança na diplomacia da saúde a nível mundial, apoiando o Órgão Intergovernamental de Negociação e o Grupo de Trabalho sobre as alterações ao RSI. Novas parcerias, como a da União Interparlamentar, reforçaram o quadro jurídico da segurança sanitária em todo o continente. Estas colaborações têm sido fundamentais para promover uma resposta coerente e coordenada às emergências de saúde, com potencial para proteger milhões de vidas.

O desenvolvimento de guias e instrumentos normativos foi outra área de sucesso, nomeadamente o guia regional para as febres hemorrágicas virais e a iniciativa de preparação e resiliência para ameaças emergentes. Estes recursos forneceram aos Estados-Membros quadros claros e acionáveis para reforçar os seus esforços de preparação. Até 2023, um número impressionante de 200 000 profissionais de saúde recebeu formação em plataformas híbridas, para garantir que o pessoal da saúde está bem preparado para responder a situações de emergência.

Entretanto, as avaliações da preparação têm sido cruciais para evitar a propagação transfronteiriça de doenças infecciosas. Antes da pandemia de COVID-19, as avaliações da preparação durante o surto de DVE na República Democrática do Congo puseram em evidência lacunas e aceleraram o desenvolvimento de planos de contingência eficazes. Durante a pandemia, os 47 países da Região realizaram avaliações da preparação, que levaram a melhores pontuações da preparação, e a planos de contingência abrangentes. No período pós-pandémico, avaliações semelhantes para surtos como a cólera, a varíola símia e a doença do vírus de Marburgo (DVM) reforçaram ainda mais a preparação, garantindo respostas rápidas e coordenadas a ameaças emergentes.

As campanhas de vacinação foram outra pedra angular do sucesso da EPM. No segui-

mento do fim do surto de DVE na África Ocidental, a introdução da vacina contra a febre-amarela em 25 países²⁹⁰ em risco protegeu 377 milhões de pessoas. Além disso, foram distribuídas 145 690 doses de vacinas contra a DVE em zonas de alto risco, proporcionando uma protecção essencial aos profissionais de saúde e ao pessoal da linha da frente.

De um modo geral, na última década, registou-se uma evolução extraordinária na preparação para situações de emergência na Região Africana. As iniciativas estratégicas, as ferramentas inovadoras e o empenho inabalável da unidade EMP reforçaram significativamente a capacidade da Região para prever, preparar e responder a emergências sanitárias. Embora subsistam desafios, os progressos realizados até à data, incluindo a mudança para a utilização dos cuidados de saúde primários como alicerce da resiliência, oferecem uma base sólida para os esforços futuros.

É agora urgente aumentar o investimento no reforço das capacidades de base, incluindo a integração de medidas de reforço da resiliência nos planos nacionais de saúde e nas estratégias de preparação para situações de emergência. É igualmente necessário um maior investimento na preparação, nomeadamente em iniciativas de reforço das capacidades, através de programas de formação regulares, seminários e exercícios de simulação. É igualmente essencial, para garantir a segurança sanitária, continuar a defender mecanismos de financiamento sustentáveis, e recursos orçamentais adequados.

Deve ser dada prioridade ao acesso e à distribuição de vacinas, especialmente em zonas remotas e mal servidas, bem como ao apoio à investigação e desenvolvimento, para identificar novas ferramentas e métodos para melhorar a preparação, por meio da vigilância das doenças e da avaliação dos riscos.

²⁹⁰ Angola, Benim, Burkina Faso, Camarões, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Libéria, Mali, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Senegal, Serra Leoa, Sudão, Togo e Uganda.

Resposta de emergência: Acção rápida, impacto real

Embora a preparação seja crucial, a capacidade de responder rápida e eficazmente a uma crise é o verdadeiro teste à resiliência dum sistema de saúde. O surto de DVE de 2014-2016 trouxe duras lições e expôs a vulnerabilidade da Região a emergências sanitárias, em particular as deficiências dos mecanismos de resposta a emergências, com atrasos, falhas de coordenação e escassez de recursos, com consequências devastadoras.

Determinada a mudar o status quo, a Unidade de Resposta a Emergências da EPR tomou medidas para transformar a resposta da OMS a múltiplas emergências sanitárias, dando passos significativos para ajudar os países a gerir e responder melhor às crises sanitárias, e reforçando simultaneamente os sistemas de saúde.

Actualmente, o reajustamento resultou no controlo de 17 dos 18 surtos de DVE e de DVM entre 2015 e 2023, sem propagação transfronteiriça. Também se registou uma melhoria de 50% na pontualidade da detecção de surtos, o que se traduz em doenças evitadas e em

vidas salvas.

Entretanto, o tempo geral para conter surtos foi reduzido em 60%, de 156 para 63 dias (2017-2023). Isto inclui reduções notáveis no tempo de controlo de surtos de doenças transmitidas por vectores, como a febre-amarela, a dengue e a leishmaniose, de 234 para apenas 16 dias; de doenças evitáveis pela vacinação, como a cólera e a difteria, de 308 para 56 dias; e das febres hemorrágicas virais, de 106 para 48 dias.

Na base da resposta a todos os surtos e emergências está uma avaliação normalizada que orienta o nível de resposta. O quadro de resposta de emergência da OMS fornece uma avaliação rápida da emergência, à qual é depois atribuído um grau. Com base numa política cautelar, as normas de desempenho do QRE garantem que os recursos são disponibilizados atempadamente quando são necessários.

Entre 2017 e 2023, as equipas de gestão de incidentes foram activadas no prazo de 24 horas em mais de 90% de todos os eventos

classificados, e foram destacados também membros de resposta de emergência do Corpo de Voluntários de Saúde Africanos (AVoHC) no prazo de 72 horas em mais de 80% desses eventos. Isto melhorou muito a eficiência operacional e contribuiu para um controle mais rápido das emergências.

O desenvolvimento da força de trabalho de emergência sanitária SURGE foi fundamental para a melhoria da resposta, colmatando lacunas significativas de competências e criando uma resposta mais robusta. Mais de 1700 membros receberam formação em vários módulos de resposta a emergências, incluindo coordenação, prevenção da exploração sexual, abuso e assédio e violência de género. Além disso, 134 membros do pessoal da OMS receberam formação sobre o quadro de resposta a emergências e o sistema de gestão de incidentes.

Por exemplo, durante o surto de DVE, os esforços iniciais foram dificultados pela desconfiança da comunidade e pela resistência às intervenções sanitárias. No entanto, o envolvimento dos líderes locais e a implementação de estratégias de comunicação adequadas à cultura local tornaram as comunidades muito mais receptivas às intervenções de saúde pública.

Uma das principais realizações do programa EPR foi o estabelecimento e a operacionalização de 42 centros de operações de emergência de saúde pública em toda a Região. Ao gerir com êxito surtos de doenças como a DVE, a MVD, a febre-amarela, a cólera e a COVID-19, demonstraram o seu papel fundamental na gestão eficaz de emergências múltiplas e simultâneas, coordenando respostas, racionalizando a comunicação e facilitando a tomada de decisões em tempo útil.

A participação efectiva da comunidade e as estratégias de comunicação dos riscos são também fundamentais. Ao implementar estratégias de comunicação adaptadas que têm em conta os contextos culturais, o programa

assegurou que as comunidades estão bem informadas e participam activamente nas actividades de preparação. A divulgação de informações exactas contrariou a desinformação e criou confiança no público, o que é crucial em situações de emergência sanitária.

Durante os surtos de DVE, por exemplo, a resistência da comunidade constituiu inicialmente um grande desafio. No entanto, ao envolver os líderes comunitários e ao aproveitar os conhecimentos locais, o programa promoveu um maior cumprimento das medidas de saúde pública, levando ao sucesso da contenção dos surtos. Do mesmo modo, durante a pandemia de COVID-19, o programa EPR trabalhou com a unidade de comunicação, utilizando várias plataformas de comunicação social para divulgar informações atempadas e exactas, combater a desinformação e garantir que o público estava bem informado.

Por último, uma logística e uma gestão da cadeia de abastecimento eficientes melhoraram a aquisição, o armazenamento e a distribuição de material e equipamento médico essencial. A criação de reservas regionais, tal como referido anteriormente neste capítulo, juntamente com redes robustas de cadeias de abastecimento, continua a atenuar a escassez do abastecimento e a assegurar a entrega atempada de recursos críticos durante as emergências.

Principais resultados da resposta à COVID-19 (2022-2024):



Mais de

30 000

trabalhadores do pessoal da saúde e dos cuidados de saúde receberam formação em resposta a emergências.



As UCI foram reforçadas em

10 países,*

com equipamento de protecção individual, equipamento biomédico, kits de emergência e medicamentos.



Instalação de unidades de produção de oxigénio em

nove países,†

aumentando a produção de oxigénio em cerca de

7,9 milhões

de litros por dia, o que é suficiente para tratar

1130

doentes em estado crítico por dia.



Em

46‡ dos 47 Estados-Membros, 413 milhões

de pessoas receberam pelo menos uma dose da vacina contra a COVID-19;

365 milhões

completaram a primeira série.



Reforço da capacidade laboratorial nos

47 países,

com o apoio de três laboratórios específicos e nove laboratórios regionais de referência.

* Camarões, Congo, Gana, Lesoto, Maláui, Mali, República Democrática do Congo, Sudão do Sul, Tanzânia (Zanzibar), Togo.

† Chade, Gâmbia, Gana, Lesoto, Maurítânia, Moçambique, Níger, República Democrática do Congo, Sudão do Sul.

‡ Excepto a Eritreia.

Nas palavras da Dr.^a Moeti:

O percurso da parceria estratégica da OMS com o CDC de África

Ao reflectir sobre o caminho que empreendemos juntos, sinto um profundo orgulho e uma esperança no futuro da saúde pública em África. Não faltam desafios à nossa região, onde ocorrem por ano mais de 100 emergências de saúde pública. No entanto, apesar destas adversidades, assistimos também a progressos notáveis. Este progresso, no entanto, não se fez sem a constatação de que temos de evoluir e reforçar continuamente os nossos sistemas, para proteger melhor a vida das nossas populações mais vulneráveis.

Uma das primeiras acções significativas que tomei como Directora Regional foi a assinatura de um Memorando de Entendimento (MOU) em 2016. Este Memorando de Entendimento, intitulado Quadro de Colaboração entre a Organização Mundial da Saúde e a Comissão da União Africana para o Estabelecimento e Operacionalização do Centro Africano de Prevenção Controlo de Doenças (CDC de África) para Melhorar a Segurança da Saúde em África, foi um acordo virado para o futuro. Foi elaborado antes mesmo da criação oficial do CDC

de África em Janeiro de 2017, o que realça a natureza visionária da nossa colaboração. Este memorando de entendimento lançou as bases para os nossos esforços conjuntos no sentido de construir uma infraestrutura sólida de saúde pública em toda a região.

A criação do CDC de África foi, de facto, um momento crucial para o continente. Nasceu de uma visão para capacitar os Estados Africanos a responder às ameaças e surtos de doenças com maior eficiência e coordenação. A colaboração entre o CDC de África e a OMS não foi apenas uma decisão estratégica, foi também uma evolução necessária para responder às exigências crescentes da nossa Região. Os nossos esforços conjuntos iniciais, em especial durante a pandemia de COVID-19, mostraram o que podemos alcançar juntos. Mas sabíamos que isto era apenas o início.

Em 2023, solidificámos a nossa colaboração com a criação do Plano de Acção Conjunto para Emergências (JEAP) entre o CDC de África e a OMS. O JEAP, que defendi com todo o meu coração, não é apenas um projecto – é um farol

de esperança para um futuro em que a África esteja mais capacitada para a preparação, detecção e resposta a emergências de saúde pública. O apoio da Fundação Bill & Melinda Gates foi fundamental para nos reunir e desenvolver este plano, fornecendo os recursos e o incentivo necessários para dar os primeiros passos em direcção a um objectivo comum.

“O JEAP, que defendi com todo o meu coração, não é apenas um projecto – é um farol de esperança para um futuro em que a África esteja mais capacitada para a preparação, detecção e resposta a emergências de saúde pública.”

No seu primeiro ano, o JEAP montou alicerces sólidos graças a estruturas abrangentes de governação e de gestão, ao abrigo do Memorando de Entendimento CDC de África – OMS. Foram criados um comité de direcção, um secretariado, e grupos de trabalho técnicos, todos altamente funcionais, que asseguram uma supervisão forte e uma gestão quotidiana eficaz. Apesar dos desafios à participação nalgumas áreas, o feedback contínuo e a implementação de procedimentos operacionais normalizados melhoraram a eficiência operacional.

Reflectindo sobre estas realizações, é particularmente notável que, em apenas um ano, o JEAP tenha servido directamente mais de 36 países, em áreas críticas como o desenvolvimento da força de trabalho, a vigilância, o reforço laboratorial e a coordenação da resposta. O apoio prestado aos países e às entidades regionais na apresentação de 57 propostas ao segundo convite à apresentação de propostas do Fundo Pandémico realça o notável consenso e colaboração regionais, e sublinha a visão partilhada de uma África mais saudável e mais segura.

A visão que o JEAP encarna é uma visão que me é muito cara. Acredito que essa visão irá transformar a forma como abordamos a saúde pública no continente. Mas, mais do que isso, é uma visão que espero ver levada por diante, com a mesma paixão e dedicação, por aqueles que vierem depois de mim.

Para além de lançar e operacionalizar o JEAP, em 2022 criei um grupo consultivo técnico de preparação e resposta a emergências. Este organismo independente é o principal grupo consultivo da OMS na Região Africana para a orientação estratégica sobre emergências de saúde pública.

Na sequência de um convite à apresentação de candidaturas, em Julho de 2022, que atraiu cerca de 600 candidaturas, foram seleccionados 16 membros, representando diversas organizações, nacionalidades e competências. O grupo reuniu-se pela primeira vez em pessoa no Senegal, em Julho de 2024, no que foi um momento crucial para debater questões fundamentais relacionadas com as emergências, e elaborar recomendações práticas. À data de Agosto de 2024, a implementação das recomendações está em curso e o grupo consultivo técnico está pronto para ser uma ferramenta fundamental para o próximo Director Regional.

Acredito no poder da colaboração, e vi em primeira mão as coisas incríveis que podem ser alcançadas quando trabalhamos juntos para um objectivo comum e procuramos os conselhos ou a orientação de peritos externos. A parceria entre o CDC de África e a OMS é mais do que um simples acordo – é um compromisso para com os povos de África.

O futuro da saúde pública em África depende da nossa capacidade de trabalhar em conjunto, de inovar e de nos mantermos firmes na nossa missão. A viagem é longa, mas vale a pena lutar pelo seu destino – uma África mais saudável e mais segura para todos.

Desafios e lições aprendidas

10

Desafios e lições aprendidas

Durante a última década, a OMS na Região Africana deparou-se com uma multiplicidade de desafios de saúde pública, que reflectem a complexidade e a escala dos problemas de saúde em todo o continente e que são agravados por recursos financeiros limitados, sistemas de saúde com poucos recursos e infra-estruturas de saúde subdesenvolvidas. Apesar de enfrentar cerca de 100 emergências todos os anos – desde surtos sanitários a catástrofes naturais – a Região demonstrou uma resiliência, um engenho e uma capacidade de adaptação notáveis ao longo da última década. O aproveitamento das principais lições aprendidas conduziu a progressos importantes, abrindo caminho para soluções sustentáveis a longo prazo.

Uma região no epicentro das crises sanitárias mundiais

Todos os anos, a Região encontra-se no epicentro de uma vasta gama de surtos e emergências que colocam à prova os seus sistemas de saúde. Desde doenças infec-

iosas como o Ébola, a COVID-19 e a varíola símica, até ao impacto crescente das catástrofes naturais, as crises sanitárias não dão tréguas à Região. Estas situações ocorrem num contexto de financiamento limitado, em que as restrições em termos de recursos têm, muitas vezes, um impacto negativo nas capacidades de prevenção, preparação, identificação e resposta.

No entanto, e apesar destes desafios, estão a ser feitos progressos importantes. A Região registou uma pequena melhoria nas capacidades essenciais exigidas de acordo com o RSI, com a mediana da pontuação do Relatório Anual de Auto-Avaliação dos Estados Partes a subir de 42 para 51 (2018–2023). Embora estes valores permaneçam abaixo da média mundial, representam um passo inegável na direcção certa. A estagnação dos últimos anos não se deve a falta de vontade, é antes um reflexo das limitações de financiamento e das fracas infra-estruturas de saúde. A OMS está a trabalhar arduamente para superar estes desafios em colaboração

com os seus Estados-Membros e parceiros.

A mensagem a reter é que os progressos graduais não deixam de ser progressos e têm um impacto positivo nas vidas e nos meios de subsistência das populações africanas. Se continuarmos centrados na criação de sistemas de saúde mais robustos, o objectivo de alcançar a cobertura universal de saúde é exequível.

Alterações climáticas: Uma crescente ameaça de saúde pública

As alterações climáticas constituem uma ameaça complexa e multidimensional para a saúde e a estabilidade ambiental na Região. Os padrões climáticos cada vez mais erráticos conduziram a catástrofes naturais mais frequentes e graves, incluindo inundações e secas, que ameaçam a segurança alimentar e criam condições propícias a surtos de doenças. Uma das consequências das alterações climáticas é o crescimento das doenças zoonóticas – doenças transmitidas dos animais para os seres humanos – à medida que a urbanização e a destruição dos habitats naturais aumentam o contacto entre os seres humanos e a vida selvagem.

No entanto, os países da Região estão a tomar medidas determinantes para desenvolver sistemas de saúde mais robustos que

possam resistir melhor às ameaças sanitárias relacionadas com o clima, sendo que os avanços em matéria de inovação proporcionam novas formas de trabalhar de modo mais inteligente e estratégico.

Uma importante área de crescimento tem sido a adopção e utilização de ferramentas de saúde digital para monitorizar e gerir surtos em toda a Região. Tal transforma o modo como os governos antecipam, monitorizam e respondem a emergências sanitárias, ao mesmo tempo que contribui para o reforço das estratégias nacionais de preparação e resposta.

De facto, estes sistemas de rastreio digital e modelos baseados em inteligência artificial estão a possibilitar que os governos antecipem os riscos, preparem-se mais eficazmente para futuras catástrofes e distribuam os recursos de forma mais estratégica, o que comprova uma lição fundamental: A tecnologia pode ajudar a colmatar o fosso entre recursos limitados e necessidades acrescidas. Esta abordagem não só fornece aos países soluções imediatas para fazer face aos impactos imediatos das alterações climáticas, como também promove uma cultura de preparação que será essencial enfrentar futuras ameaças sanitárias relacionadas com o clima.





Reforçar os sistemas de saúde: Um investimento vital e contínuo

O crônico subfinanciamento dos sistemas nacionais de saúde continua a ser um obstáculo importante ao progresso em toda a Região, que também se depara com um impressionante déficit de 61 milhões de profissionais de saúde. Esta situação compromete a execução de programas de saúde cruciais e fragiliza a resposta às necessidades de cuidados de saúde de rotina e às emergências sanitárias frequentes.

Além disso, reconhece-se cada vez mais a necessidade de fixar os profissionais de saúde nos seus países de origem. O combate ao fenômeno da “fuga de cérebros”, em que os profissionais de saúde com formação procuram melhores oportunidades no estrangeiro, tornou-se uma prioridade para a maioria dos governos.

Apesar desta realidade assustadora, há progressos a assinalar: O número de profissionais de saúde na Região triplicou entre 2013 e 2022. Os países da Região estão a registar avanços nesta matéria, expandindo a capacidade de formação, particularmente dos profissionais de saúde ao nível dos cuidados primários.

Programas como o Programa Mundial para

a Liderança dos Laboratórios ajudaram os países a criar e manter capacidade laboratorial a nível nacional, demonstrando o poder do investimento estratégico em talentos locais e permitindo respostas mais rápidas e eficazes a surtos e emergências.

As parcerias com instituições académicas e as organizações internacionais no domínio da saúde também estão a contribuir para o reforço dos programas de formação do pessoal da saúde, dotando os profissionais das competências necessárias para atender às necessidades de saúde da Região. Ao munir os profissionais de saúde das competências e ferramentas necessárias, a Região está a lançar as bases para uma força de trabalho da saúde mais resiliente e auto-suficiente.

Além disso, reconhece-se cada vez mais a necessidade de fixar os profissionais de saúde nos seus países de origem. O combate ao fenômeno da “fuga de cérebros”, em que os profissionais de saúde com formação procuram melhores oportunidades no estrangeiro, tornou-se uma prioridade para a maioria dos governos. A lição a tirar é que o investimento sustentado no pessoal da saúde não só é indispensável para satisfazer as necessidades imediatas, como também constitui uma estratégia a longo prazo para a criação de sistemas de saúde auto-sustentáveis e robustos.

Produção local: Rumo a uma maior auto-suficiência

Outro grande desafio que a Região enfrenta, que ficou patente de forma inquietante durante a pandemia da COVID-19 e, mais recentemente, durante os surtos de varíola símia, é a sua dependência de produtos médicos e vacinas importados. Esta situação é exacerbada por sistemas de aquisição insuficientes e por uma capacidade regulamentar limitada, que fazem subir os preços e deixam os países vulneráveis a perturbações na cadeia de abastecimento e a um afluxo de produtos médicos de qualidade inferior e contrafeitos.

Países como o Gana, o Senegal e a África do Sul estão a registar progressos importantes em matéria de produção de vacinas a nível local, reduzindo a dependência de fornecedores externos e aumentando a capacidade de responder rapidamente a crises sanitárias.

Contudo, a OMS está a cooperar com parceiros africanos de alto nível para ajudar os Estados-Membros a adoptarem medidas arrojadas para resolver estas vulnerabilidades. Países como o Gana, o Senegal e a África do Sul estão a registar progressos importantes em matéria de produção de vacinas a nível local, reduzindo a dependência de fornecedores externos e aumentando a capacidade de responder rapidamente a crises sanitárias. Embora se trate de uma solução a longo prazo que exige um elevado grau de investimento e coordenação, estes esforços fazem parte de uma estratégia mais ampla para promover a auto-suficiência e a resiliência no sector da saúde.

Além disso, as autoridades reguladoras nacionais da Região estão a receber assistência técnica para reforçar a sua capacidade de supervisão e garantir que os produtos médicos locais cumprem as normas internacionais em matéria de segurança e eficácia. Até à data, as autoridades reguladoras nacionais de quatro países da Região atingiram o nível 3

de maturidade, prevendo-se que este número aumente para, pelo menos, sete até 2025.

Estes esforços estão a aumentar a capacidade futura dos países africanos, não só para garantir o acesso a produtos médicos essenciais, mas também para reduzir a sua vulnerabilidade às perturbações da cadeia de abastecimento mundial e melhorar a sua capacidade de satisfazer as necessidades de saúde das suas populações.

Saúde materna: Endereçar um desafio persistente

Apesar dos avanços significativos, as taxas de mortalidade materna continuam a ser assustadoramente elevadas na Região, estando entre as mais altas do mundo e sendo pouco provável que muitos países atinjam a meta relevante do ODS 3. Ainda são necessárias mudanças significativas para resolver, entre outras coisas, os atrasos persistentes no acesso aos cuidados de saúde, as más práticas médicas e a escassa disponibilidade de intervenções baseadas em dados factuais, incluindo a gestão das complicações obstétricas.

Contudo, há razões para optimismo. Sete países cumpriram a meta relevante do ODS 3, enquanto 13 países reduziram as suas taxas de mortalidade materna em mais de metade nos dois anos anteriores a 2020. Além disso, há um número crescente de países que estão a fazer a diferença, adoptando ferramentas digitais inovadoras que acompanham as mulheres durante a gravidez, o parto e o período pós-natal. Estas ferramentas ajudam a garantir que as mulheres recebem cuidados atempados e que os profissionais de saúde são alertados em tempo real para potenciais complicações.

Acresce ainda que muitos Estados-Membros adoptaram o quadro da OMS para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, neonatal e infantil, que coloca a tónica novamente na melhoria da qualidade dos cuidados prestados às mães e aos bebés. Esta mudança, do simples aumento do acesso para a melhoria da qualidade dos cuidados, já está a produzir resultados positivos.

Outro factor crítico para melhorar a saúde

materna é a maior atenção dada à educação e formação dos profissionais de saúde. Ao dotar as parteiras, os enfermeiros e os médicos das ferramentas e dos conhecimentos necessários para gerir as emergências obstétricas, os países estão a tomar medidas proactivas para reduzir as taxas de mortalidade materna. Estes esforços demonstram que intervenções bem direccionadas, apoiadas pela tecnologia, pela educação e por práticas baseadas em dados factuais, podem ter um impacto profundo mesmo nos desafios de saúde mais complicados.

O peso crescente das doenças não transmissíveis

Historicamente prestou-se muita atenção às doenças transmissíveis, mas a Região está agora a braços com o fardo crescente das doenças não transmissíveis, como a diabetes, as doenças cardíacas e o cancro. Estas doenças têm várias causas, incluindo a alteração dos estilos de vida, a má alimentação, a inactividade física e a crescente prevalência de factores de risco como o consumo de tabaco e de álcool.

Um dos principais desafios no que concerne as DNT é a falta de sensibilização das comunidades para os factores de risco e as respectivas medidas preventivas. No entanto,

estão a ser lançadas campanhas de saúde pública em toda a Região a fim de aumentar a sensibilização para os perigos das DNT e promover estilos de vida mais saudáveis. Os países estão a integrar a prevenção e os cuidados das DNT nos sistemas de cuidados de saúde primários, assegurando que as comunidades podem aceder aos serviços necessários sem incorrer em catastróficas despesas directas suportadas pelo utente.

A segurança rodoviária e o consumo de tabaco são áreas em que se obtiveram bons resultados. Ao longo dos últimos 10 anos, 17 países da Região registaram uma diminuição para metade do número de mortes nas estradas. Além disso, dos 56 países a nível mundial que provavelmente reduzirão o consumo de tabaco em 30% até 2025, 22 situam-se em África.

Esta mudança fundamental no sentido de dotar as comunidades dos conhecimentos necessários é o primeiro passo para melhorar os resultados no domínio da saúde. Ao educar as comunidades sobre os riscos e ao promover opções de vida mais saudáveis, os países podem reduzir o fardo a longo prazo destas doenças. As intervenções precoces e o envolvimento da comunidade são ambos essenciais para combater a epidemia silenciosa das doenças não transmissíveis.



VIH e tuberculose: Uma luta em duas frentes com soluções partilhadas

A Região Africana da OMS tem o maior fardo de VIH a nível mundial, ao passo que a tuberculose (TB) continua a ser um grande desafio em matéria de saúde pública. As epidemias duplas de VIH e TB sobrepõem-se frequentemente e as pessoas que vivem com VIH/SIDA são particularmente susceptíveis de contrair TB. Apesar destes desafios tremendos, os países estão a adoptar cada vez mais abordagens inovadoras para combater ambas as doenças.

Ao melhorarem a coordenação e reduzirem os tempos de resposta, garantiram que os materiais que salvam vidas chegam mais rapidamente às zonas afectadas. A redução drástica dos prazos de entrega – de três semanas para apenas três dias – atesta o impacto de uma colaboração eficaz.

Por exemplo, a gestão conjunta dos serviços de VIH e TB, em que os recursos e os serviços de cuidados de saúde são racionalizados para prestar cuidados abrangentes, melhorou os resultados dos doentes. As ferramentas de diagnóstico partilhadas, os percursos de cuidados integrados e os sistemas conjuntos de acompanhamento dos doentes estão a ajudar a garantir que as pessoas recebem tratamento eficiente e em tempo oportuno. A introdução de diagnósticos rápidos recomendados pela OMS, como o GeneXpert, revolucionou o diagnóstico da TB, possibilitando uma detecção mais rápida e correcta da doença. Tal permite um tratamento precoce, o que aumenta significativamente as hipóteses de cura.

Além disso, o compromisso político de alto nível, bem patente em iniciativas como a Quadro de Pontuação Africana relativa à Tuberculose e a segunda declaração política histórica sobre a tuberculose na reunião de alto nível das Nações Unidas sobre a tuberculose de 2023, galvanizou os esforços regionais para eliminar a doença.

Esta abordagem demonstra claramente

o valor da integração e da colaboração, com resultados significativamente melhores quando os sistemas de saúde agregam meios para otimizar a utilização de recursos limitados e adoptam uma abordagem holística.

Parcerias: O poder da acção colectiva

O poder das parcerias talvez seja uma das lições mais valiosas decorrente das intervenções para resolver os desafios de saúde da Região. Os governos nacionais, as organizações internacionais, as comunidades locais e o sector privado têm todos um papel a desempenhar no reforço dos sistemas de cuidados de saúde e na resposta às crises de saúde pública, em particular a OMS na Região Africana, a União Africana, o CDC de África e os governos nacionais.

Por exemplo, a criação do programa de AOL e o estabelecimento dos centros regionais de emergência da OMS no Quénia e no Senegal transformaram a resposta da Região às emergências sanitárias. Ao melhorarem a coordenação e reduzirem os tempos de resposta, garantiram que os materiais que salvam vidas chegam mais rapidamente às zonas afectadas. A redução drástica dos prazos de entrega – de três semanas para apenas três dias – atesta o impacto de uma colaboração eficaz.

As parcerias não se limitam à resposta de emergência, tendo sido também fundamentais para reforçar os sistemas de vigilância das doenças. Graças à integração de ferramentas de saúde digital e sistemas de dados interoperáveis, os países podem agora detectar e responder a surtos mais rapidamente, reduzindo a propagação de doenças e salvando vidas. Por exemplo, na luta contra a poliomielite, a colaboração com doadores internacionais, organismos regionais e comunidades locais facilitou a partilha de recursos, o apoio técnico e as respostas coordenadas.

A lição a tirar é que a acção colectiva maximiza os esforços individuais. Quando países e organizações se unem em torno de um objectivo comum, os resultados são muito superiores aos que poderiam ser alcançados isoladamente.



Envolvimento da comunidade: A chave para a segurança sanitária

Outra lição inegável das recentes emergências sanitárias, incluindo a DVE e a COVID-19, é o papel fundamental do envolvimento da comunidade. A eficácia das intervenções no domínio da saúde depende do nível de confiança e cooperação que inspiram na comunidade. Por exemplo, durante o surto de DVE, os esforços iniciais foram dificultados pela desconfiança da comunidade e pela resistência às intervenções sanitárias. No entanto, o envolvimento dos líderes locais e a implementação de estratégias de comunicação adequadas à cultura local tornaram as comunidades muito mais receptivas às intervenções de saúde pública.

As mensagens adaptadas que respeitam os costumes e as tradições locais têm sido cruciais para obter a adesão e o cumprimento das intervenções de saúde por parte das comunidades, demonstrando que os cuidados de saúde não podem ser simplesmente impostos às pessoas. Ao invés, devem ser criados em conjunto com as comunidades-alvo.

A construção da confiança através do envolvimento, da transparência e do respeito pelos contextos culturais é essencial para o êxito de qualquer iniciativa no domínio

da saúde pública. Quando as comunidades se sentem empoderadas e envolvidas, tornam-se nas aliadas mais fortes da Região na defesa da saúde pública.

Um futuro mais saudável para todos

Não obstante os numerosos desafios que a Região Africana enfrenta, há muitas razões para optimismo. As lições aprendidas com a gestão de situações de emergência, o reforço dos sistemas de saúde, a promoção da produção local e o envolvimento das comunidades constituem um roteiro para o sucesso futuro. Se continuar a desenvolver parcerias, a integrar os cuidados e a investir na inovação, a Região pode ultrapassar os desafios que tem pela frente e construir um sistema de cuidados de saúde que sirva toda a população.

O percurso da Região Africana caracteriza-se pela resiliência, a determinação e o crescimento. Ainda há um longo caminho a percorrer, mas os passos que estão a ser dados no presente estão a lançar as bases para um futuro mais saudável. Cada desafio é uma nova oportunidade de aprendizagem, adaptação e aproximação ao objectivo da segurança sanitária e da equidade para todos.

“Prevejo ... que haverá um crescimento contínuo da nossa parceria regional com os actores do domínio da saúde a nível mundial, incluindo a diáspora; que haverá um aumento da inovação e da utilização da tecnologia na saúde, que resultará numa prestação de serviços mais eficiente; que o papel do sector privado na saúde no continente se expandirá e complementarará o dos governos; e que mais investimento e financiamento para a CUS continuarão a crescer para que os nossos Estados-Membros alcancem plenamente a CUS até 2030.”

Dr.^a Matshidiso Moeti

Conclusões e perspectivas futuras

11

Conclusões e perspectivas futuras

Ao longo da última década, o trabalho da OMS na Região Africana reflectiu um esforço concertado para promover a transformação da saúde no continente de forma impactante. Guiada pela Agenda de Transformação que foi lançada em 2015, a Região Africana embarcou numa missão para resolver as desigualdades e disparidades profundamente enraizadas que impedem o potencial avanço rumo à cobertura universal de saúde e à obtenção dos mais elevados padrões de saúde para todos.

Visando objectivos estratégicos como a melhoria da segurança sanitária, o reforço dos sistemas de saúde, o combate às determinantes sociais da saúde e a promoção de uma cultura de responsabilização no seio da Organização, a Região registou progressos consideráveis. De facto, a avaliação da Transformação da OMS a nível mundial realizada em 2021 validou a mudança positiva na cultura organizacional da OMS na Região Africana, ao mesmo tempo que a Unidade de Inspeção Conjunta das Nações Unidas reconheceu a Agenda de Transformação como um modelo

de reforma da cultura no local de trabalho.

As mudanças na cultura organizacional levaram a melhorias na apresentação de relatórios aos doadores e no cumprimento das normas e a uma maior transparência na utilização dos fundos, a aumentos significativos na afectação de recursos para os escritórios de país da OMS e a um incremento dos recursos mobilizados. Estes, por sua vez, contribuíram para as realizações no domínio da saúde pública, como os melhores prazos de detecção e de resposta a surtos, a contenção de surtos agudos e os progressos na erradicação da poliomielite, a redução das taxas de mortalidade materna e a eliminação das doenças tropicais negligenciadas.

Embora seja evidente que ainda há muito trabalho a fazer, as realizações, juntamente com as valiosas lições aprendidas com os sucessos e os fracassos, deixaram um legado duradouro.

Uma transformação assente na resiliência dos sistemas de saúde

Um dos principais pilares da Agenda de Transformação foi o reforço da capacidade da Região para gerir emergências sanitárias e doenças epidémicas, ao mesmo tempo que foram dados passos importantes para melhorar a segurança sanitária em toda a Região. O Secretariado da OMS na Região cimentou ainda mais a sua relação com os Estados-Membros, apoiando o desenvolvimento de capacidades essenciais para responder a surtos, melhorar a detecção e assegurar o rápido confinamento das doenças. Os progressos têm sido particularmente evidentes nos esforços de erradicação da poliomielite, bem patentes na acção rápida que impediu o poliovírus selvagem de se instalar novamente na Região após o surto de 2022, e na melhoria da vigilância e dos tempos de resposta a outras doenças infecciosas.

A pandemia da COVID-19 representou um desafio sem precedentes, ameaçando inverter muitos dos ganhos obtidos no âmbito da Agenda de Transformação. No entanto, em vez de sucumbir a estes desafios, a Região Africana demonstrou uma resiliência inabalável.

A pandemia da COVID-19 representou um desafio sem precedentes, ameaçando inverter muitos dos ganhos obtidos no âmbito da Agenda de Transformação. No entanto, em vez de sucumbir a estes desafios, a Região Africana demonstrou uma resiliência inabalável. Tirando partido das lições aprendidas em crises sanitárias anteriores e adaptando-se rapidamente, a OMS, em colaboração com os governos e os parceiros, deu uma resposta robusta à pandemia. O resultado foi um cenário pandémico muito menos grave do que o previsto.

Embora a pandemia tenha realçado vulnerabilidades preocupantes nos sistemas de saúde africanos, também ofereceu oportunidades importantes para um maior reforço das infra-estruturas de segurança sanitária. Assim, a fase de consolidação da Agenda de

Transformação, iniciada na sequência da pandemia, constituiu um roteiro para uma OMS mais forte, ágil, responsável e resiliente na Região Africana, que está melhor equipada para apoiar os esforços de recuperação dos Estados-Membros e tornar a saúde para todos uma realidade no continente.

No entanto, um maior investimento no sector da saúde, a construção de mais instalações de cuidados de saúde ou o desenvolvimento de capacidades epidemiológicas não garantem, por si só, a resiliência. Para que os países possam efectivamente prevenir, preparar-se, detectar, adaptar-se, responder e recuperar de ameaças de saúde pública, mantendo em funcionamento, ao mesmo tempo, serviços de saúde de rotina suficientes, até em contextos frágeis, afectados por conflitos e vulneráveis, a OMS enuncia seis pedras basilares que devem funcionar em sinergia. A saber: Recursos humanos; informação e investigação; prestação de serviços; medicamentos e tecnologias; financiamento; e governação.

A melhoria dos cuidados de saúde primários também é essencial na medida em que está comprovado que resulta em melhores resultados de saúde, maior equidade, maior segurança sanitária e melhor relação custo-benefício. Há muito que a OMS sublinha a sua importância como a base dos sistemas de saúde, o que é evidenciado por declarações históricas como a Declaração de Alma-Ata, em 1978, e pelas iniciativas subsequentes como a Declaração de Astana, em 2018. Nesta última, os Estados-Membros reafirmaram o seu compromisso para com os CSP como pedra angular de sistemas de saúde sustentáveis tendo em vista a concretização da CUS e dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável.

Equidade na saúde e CUS: Um compromisso para não deixar ninguém para trás

Aproximar a Região da consecução da CUS está no âmago da Agenda de Transformação e, embora se tenham registado progressos importantes, o trabalho está longe de estar concluído. O índice de cobertura dos serviços

de CUS na Região Africana quase que duplicou entre 2000 e 2021, passando de 23 para 44, evidenciado uma clara trajectória ascendente. Não obstante este progresso, em 2021, uma parte significativa da população da Região ainda não tinha acesso aos serviços de saúde de que necessitava, continuando a estar carenciada.

A pobreza, a falta de educação, as más condições de habitação e os factores ambientais desempenham um papel fundamental na determinação dos resultados de saúde. Sem tratar em paralelo estas questões subjacentes, quaisquer progressos realizados em matéria de prestação de serviços de saúde acabarão por ser limitados em termos de âmbito e impacto.

A expansão do acesso aos serviços de saúde não é uma solução simples para alcançar a CUS. É também necessário que os serviços de saúde cumpram normas mínimas estabelecidas e estejam acessíveis a todos, independentemente do local de residência, sem causar dificuldades financeiras. Infelizmente, as despesas suportadas directamente pelo utente continuam a constituir um obstáculo significativo aos cuidados de saúde para muitas pessoas. Embora a percentagem de agregados familiares com despesas de saúde catastróficas tenha diminuído, o número de pessoas que gasta pelo menos 10% do seu rendimento com a saúde aumentou, empurrando muitas delas para uma situação de pobreza ainda mais grave.

A disparidade entre os que podem e os que não podem pagar os serviços de saúde lembra-nos de forma crua que a equidade deve continuar a ser uma prioridade da agenda de saúde da Região. A saúde não deve ser um privilégio reservado aos que dispõem de meios financeiros, mas sim um direito humano fundamental de que todos beneficiam, independentemente do seu estatuto socioeconómico.

Olhando para o futuro, as reformas do financiamento da saúde são essenciais para alcançar a CUS. Os países devem comprometer-se a aumentar o financiamento interno para a saúde e a reduzir a dependência das despesas directas suportadas pelo utente. O apoio da OMS para ajudar os países a implementar reformas dos seguros de saúde e outros mecanismos de pré-pagamento será fundamental para garantir a protecção das populações vulneráveis, ao passo que iniciativas de colaboração como o Quadro de Resultados de África sobre o Financiamento Interno para a Saúde e o Quadro de Resultados da União Africana sobre o Financiamento Interno para a Saúde oferecem quadros promissores para ajudar os países a monitorizar e aumentar o investimento interno na saúde.

Ao melhorar a eficiência dos sistemas de financiamento da saúde, os países poderão afectar mais recursos à CUS e garantir que os cuidados de saúde sejam acessíveis a todos, especialmente às populações mais pobres e vulneráveis. Na última década muito foi feito para acelerar os ganhos obtidos pela Região Africana após a transição dos ODM para os ODS, incluindo progressos significativos, embora em diferentes graus, no sentido de melhorar a saúde materna, reduzir a mortalidade infantil e combater o VIH, o paludismo e outras doenças. No entanto, o número de objectivos que estão no bom caminho é ainda demasiado baixo.²⁹¹

Para que África possa concretizar os ODS até 2030, há ainda muito trabalho pela frente, com a realização da CUS a exigir uma vontade política ainda maior, planeamento estratégico e uma afectação criteriosa dos recursos para garantir que ninguém é deixado para trás.

Determinantes sociais da saúde: Abordar as causas profundas das desigualdades
A Agenda de Transformação também colocou uma tónica significativa na abordagem das determinantes sociais da saúde. A pobreza, a falta de educação, as más condições de habitação e os factores ambientais de-

²⁹¹ <https://www.undp.org/africa/publications/2023-africa-sustainable-development-report>

sempenham um papel fundamental na determinação dos resultados de saúde. Sem tratar em paralelo estas questões subjacentes, quaisquer progressos realizados em matéria de prestação de serviços de saúde acabarão por ser limitados em termos de âmbito e impacto.

Uma das mais profundas determinantes sociais da saúde na Região Africana é a malnutrição, que continua a ser um desafio persistente. Uma nutrição inadequada durante a infância pode levar a um crescimento atrofiado, a um enfraquecimento do sistema imunitário e a um aumento do risco de doença ao longo da vida. Reconhecendo este facto, a OMS tem apoiado os países na implementação de abordagens ao longo da vida para melhorar os serviços de saúde materna, neonatal e infantil, integrando os programas de nutrição em planos de saúde mais amplos.

Os esforços para melhorar a segurança sanitária dos alimentos e prevenir as doenças de origem alimentar também ganharam um novo ímpeto. A adopção da abordagem “Uma Só Saúde”, uma estratégia integrada que endereça as doenças de origem alimentar e os surtos zoonóticos através do alinhamento da saúde humana, animal e ambiental, tem sido particularmente bem sucedida. Os países trabalharam para alinhar as normas nacionais

de segurança sanitária dos alimentos com as directrizes internacionais e os programas de formação em toda a cadeia de abastecimento alimentar melhoraram os resultados em termos de saúde pública.

A luta contra as doenças não transmissíveis, como a diabetes e as doenças cardíacas, é outro elemento fulcral da abordagem às determinantes sociais da saúde. Conforme salientado nos capítulos anteriores, estas doenças, muitas vezes causadas por factores relacionados com o estilo de vida (como a má alimentação e a inactividade física) constituem uma preocupação crescente na Região. As campanhas de saúde pública destinadas a aumentar a sensibilização para os factores de risco associados às DNT, juntamente com os esforços para reforçar o envolvimento da comunidade, revelaram alguns resultados promissores no que toca a mudança de comportamentos para estilos de vida mais saudáveis.

As alterações climáticas, também abordadas nos capítulos anteriores, afectam de forma desproporcionada a Região Africana e estão a emergir como um novo e significativo factor determinante da saúde. A Região Africana é responsável apenas por 2% a 4% das emissões de gases com efeito de estufa a nível mundial, mas suporta grande parte dos







efeitos adversos das alterações climáticas. Em resposta, a OMS tem estado a trabalhar com os países para implementar sistemas de saúde resilientes ao clima, melhorar os sistemas de alerta precoce para doenças sensíveis ao clima e promover a inclusão das alterações climáticas nos planos de investimento no sector da saúde.

No futuro, será essencial continuar a dar atenção às determinantes sociais e económicas da saúde a fim de colmatar o fosso da equidade na saúde. Os governos devem adoptar uma abordagem transectorial para endereçar as verdadeiras causas dos maus resultados em matéria de saúde, assegurando que as políticas nos domínios da educação, da habitação, da agricultura e do ambiente estão todas alinhadas com os objectivos de saúde.

Emergências sanitárias: Um teste à preparação dos sistemas de saúde

As emergências sanitárias sempre foram um grande desafio para a Região Africana e os capítulos anteriores abordaram ao pormenor as crises, desde o ressurgimento da DVE até à devastadora pandemia da COVID-19, que

colocaram à prova a resiliência e a preparação dos sistemas de saúde da Região.

Graças, em grande parte, à Agenda de Transformação, a resposta a estas emergências melhorou de forma considerável. Em colaboração com os Estados-Membros e os parceiros internacionais, a OMS tem trabalhado com vista a criar sistemas de alerta precoce mais robustos e a melhorar a capacidade de resposta a surtos. A criação do programa Apoio Operacional e Logística (AOL), que reduziu significativamente os tempos de resposta durante as emergências, e o estabelecimento de centros regionais de emergência foram uma revolução na gestão das crises sanitárias no continente.

O surto de Ébola de 2014–2016 serviu como um ponto de viragem crítico no modo de gestão das emergências sanitárias. Foram as lições retiradas deste surto que acabaram por ser fundamentais para moldar a resposta à pandemia da COVID-19 e a muitos outros surtos e emergências subsequentes. Apesar dos muitos desafios, a resposta coordenada da Região Africana à pandemia comprovou os progressos realizados em matéria de segurança sanitária durante a última década.



Para o futuro, é imprescindível dar continuidade ao reforço dos sistemas de preparação e resposta. Os investimentos na vigilância das doenças, nas capacidades laboratoriais e no pessoal da saúde são essenciais para garantir que a Região pode responder de forma rápida e eficaz a surtos futuros. Não se trata de uma questão de “se”, mas sim de “quando” ocorrerá a próxima crise sanitária mundial e a Região Africana deve estar preparada para responder à mesma.

Inovar para um futuro mais saudável: Adoptar novas tecnologias e abordagens

Durante a última década, tem estado em curso uma revolução silenciosa, mas transformadora, em toda a Região Africana, à medida que o Secretariado e os Estados Membros uniram esforços para abrir caminho à adopção de abordagens e tecnologias de vanguarda. Impulsionadas pelos esforços conjuntos da OMS e dos principais parceiros, estas inovações prepararam o terreno para sistemas de saúde mais eficientes, ágeis e equitativos. O compromisso para com esta transformação está patente nos progressos realizados. Trinta e sete Estados-Membros elaboraram estratégias abrangentes de saúde digital concebidas para aproveitar o poder da tecnologia e melhorar os resultados de saúde para milhões de pessoas.

Durante a última década, tem estado em curso uma revolução silenciosa, mas transformadora, em toda a Região Africana, à medida que o Secretariado e os Estados Membros uniram esforços para abrir caminho à adopção de abordagens e tecnologias de vanguarda.

Estas estratégias são muito mais do que políticas abstractas e estão a traduzir-se em acções concretas. A introdução de tecnologias de ponta revolucionou a forma de prestação e gestão dos serviços de saúde, não só racionalizando as operações, mas também melhorando significativamente a prestação de serviços, a gestão de dados e os processos de tomada de decisões.

Em 19 países, foram implementadas intervenções inovadoras para aumentar a literacia em saúde digital entre as populações, capacitando as pessoas para interagirem com ferramentas digitais e serviços de saúde de novas formas. Quer se trate de aceder a informações médicas através de aplicações móveis ou de compreender como utilizar plataformas digitais para consultas, estes esforços estão a ajudar a colmatar as lacunas de conhecimentos entre as populações e as modernas tecnologias de cuidados de saúde.

Entretanto, a utilização da vigilância geoespacial digital está a revelar-se uma ferramenta formidável que permite aos sistemas de saúde monitorizar e responder às crises sanitárias de forma mais eficiente. Esta tecnologia tem desempenhado um papel crucial no reforço dos sistemas de saúde em toda a Região, assegurando respostas mais rápidas aos surtos de doenças e melhores resultados de saúde em termos globais.

A fim de manter esta dinâmica, é necessário continuar a apoiar os Estados-Membros com vista a produzir novos dados factuais e conhecimentos e alargar o acesso aos mesmos. É crucial compreender os desafios, tantos os actuais como os emergentes, tendo em vista a concepção de intervenções eficazes. Os países precisam de identificar e fomentar inovações com potencial para melhorar os resultados de saúde, assegurando que estas tecnologias sejam ampliadas de forma a beneficiar todos, especialmente as populações mais vulneráveis.

Nesta empreitada, o papel da OMS na qualidade de parceiro é fundamental. Será importante que a Organização também trabalhe com os países tendo em vista o reforço das instituições e das capacidades prioritárias a nível nacional, ajudando a construir uma infra-estrutura científica de saúde na Região. Deste modo, os países poderão implementar inovações baseadas em dados factuais sólidos e garantir que as políticas nacionais de investigação promovem mudanças significativas.

Além disso, a OMS deve ajudar os países a desenvolverem as ferramentas e políticas

digitais necessárias para criar um ambiente propício à transformação da saúde digital. Tal inclui o fornecimento de orientações e o desenvolvimento de especificações técnicas que ajudem os países a avaliar, seleccionar e gerir as soluções de saúde digital adequadas aos seus contextos. A inteligência artificial (IA) tem um enorme potencial para apoiar a tomada de decisões relacionadas com a saúde, os diagnósticos e até mesmo prever tendências no domínio da saúde. No entanto, à medida que é cada vez mais integrada nos cuidados de saúde, a IA deve ser utilizada de forma responsável, enquadrada num quadro de governação robusto e respeitando considerações éticas para proteger os dados e a privacidade dos doentes.

Com o mandato da Dr.^a Moeti a chegar ao fim, é evidente que a Agenda de Transformação despoletou progressos notáveis na Região Africana ao longo da última década. A esperança de vida aumentou, as taxas de mortalidade materna e infantil diminuíram e a Região está a fazer progressos no sentido de alcançar a cobertura universal de saúde.

A utilização responsável da IA, a luta contra as ameaças à cibersegurança e o combate à desinformação são questões emergentes que exigem uma atenção imediata. Com a crescente digitalização dos sistemas de saúde, estes devem também ser mais resilientes às ameaças. A OMS terá um papel importante a desempenhar na promoção de parcerias multissetoriais, públicas e privadas para fomentar esta resiliência e garantir que os sistemas de saúde da Região permanecem robustos à luz de novos desafios.

Consolidar os ganhos: Um futuro baseado em progressos sustentáveis

Com o mandato da Dr.^a Moeti a chegar ao fim, é evidente que a Agenda de Transformação despoletou progressos notáveis na Região Africana ao longo da última década. A esperança de vida aumentou, as taxas de

mortalidade materna e infantil diminuíram e a Região está a fazer progressos no sentido de alcançar a cobertura universal de saúde.

Para preservar os ganhos arduamente conquistados, será fundamental um investimento contínuo no reforço dos sistemas de saúde, em parcerias sólidas e no envolvimento activo da comunidade. A Região deve também continuar a prestar atenção às determinantes sociais e económicas da saúde, garantindo que as políticas em todos os sectores contribuem para melhores resultados de saúde.

Olhando para o futuro, a OMS na Região Africana deve continuar empenhada em impulsionar o progresso rumo à CUS, à segurança sanitária e ao desenvolvimento sustentável, envidando todos os esforços para garantir que todas as acções estão devidamente alinhadas com as prioridades sanitárias dos países, bem como com os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável. Para tal, será necessário dar prioridade a domínios fundamentais como os cuidados de saúde primários, o financiamento da saúde e a equidade na saúde. A OMS também deve continuar a apoiar os países na construção de sistemas de saúde resilientes que possam resistir às pressões de futuras emergências sanitárias.

De facto, a transformação dos sistemas de saúde da Região Africana está apenas no início. As fundações construídas na última década constituem um roteiro para prosseguir os progressos. Ao aproveitar as lições aprendidas e construindo sobre os sucessos alcançados, a Região está bem posicionada para impulsionar mudanças significativas e sustentáveis em todo o continente. O legado da Agenda de Transformação irá, sem dúvida, inspirar e informar o trabalho em curso da OMS, dos seus parceiros e dos Estados Membros no futuro, à medida que procuram tornar a saúde uma realidade para todas as pessoas na Região Africana.

“Obrigada a cada um de vós por terem ajudado na definição da Agenda de Transformação há 10 anos e que trabalharam incansavelmente ao meu lado para cumprir o nosso objectivo fundamental de capacitar os Estados-Membros para que possam prestar os melhores cuidados de saúde a todos os africanos.”

Dr.^a Matshidiso Moeti

“Juntos, podemos tirar partido das conquistas que alcançámos e assegurar que os progressos que realizámos não apenas se mantêm, mas também se aceleram.”

Dr.^a Matshidiso Moeti, Directora Regional da OMS para a África



Organização
Mundial da Saúde

Região Africana