

Actividades da Organização Mundial da Saúde na Região Africana

Relatório do Director Regional,
1 de Julho de 2025–30 de Junho de 2026



Organização
Mundial da Saúde

Região Africana

Actividades da Organização Mundial da Saúde na Região Africana

Relatório do Director Regional,
1 de Julho de 2025–30 de Junho de 2026

© Organização Mundial da Saúde, 2026

Alguns direitos reservados. Este trabalho é disponibilizado sob licença de Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>).

Nos termos desta licença, é possível copiar, redistribuir e adaptar o trabalho para fins não comerciais, desde que dele se faça a devida menção, como abaixo se indica. Em nenhuma circunstância, deve este trabalho sugerir que a OMS aprova uma determinada organização, produtos ou serviços. O uso do logótipo da OMS não é autorizado. Para adaptação do trabalho, é preciso obter a mesma licença de Creative Commons ou equivalente. Numa tradução deste trabalho, é necessário acrescentar a seguinte isenção de responsabilidade, juntamente com a citação sugerida: “Esta tradução não foi criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS não é responsável, nem pelo conteúdo, nem pelo rigor desta tradução. A edição original em inglês será a única autêntica e vinculativa”.

Qualquer mediação relacionada com litígios resultantes da licença deverá ser conduzida em conformidade com o Regulamento de Mediação da Organização Mundial da Propriedade Intelectual.

Citação sugerida. Actividades da Organização Mundial da Saúde na Região Africana—Relatório do Director Regional, 1 de Julho de 2025–30 de Junho de 2026. Brazzaville: Escritório Regional da OMS para a África, 2026. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Dados da catalogação na fonte (CIP). Os dados da CIP estão disponíveis em <http://apps.who.int/iris/>.

Vendas, direitos e licenças. Para comprar as publicações da OMS, ver <http://apps.who.int/bookorders>. Para apresentar pedidos para uso comercial e esclarecer dúvidas sobre direitos e licenças, consultar <http://www.who.int/about/licensing>.

Materiais de partes terceiras. Para utilizar materiais desta publicação, tais como quadros, figuras ou imagens, que sejam atribuídos a uma parte terceira, compete ao utilizador determinar se é necessária autorização para esse uso e obter a devida autorização do titular dos direitos de autor. O risco de pedidos de indemnização resultantes de irregularidades pelo uso de componentes da autoria de uma parte terceira é da responsabilidade exclusiva do utilizador.

Isenção geral de responsabilidade. As denominações utilizadas nesta publicação e a apresentação do material nela contido não significam, por parte da Organização Mundial da Saúde, nenhum julgamento sobre o estatuto jurídico ou as autoridades de qualquer país, território, cidade ou zona, nem tampouco sobre a demarcação das suas fronteiras ou limites. As linhas ponteadas e tracejadas nos mapas representam de modo aproximativo fronteiras sobre as quais pode não existir ainda acordo total.

A menção de determinadas companhias ou do nome comercial de certos produtos não implica que a Organização Mundial da Saúde os aprove ou recomende, dando-lhes preferência a outros análogos não mencionados. Salvo erros ou omissões, uma letra maiúscula inicial indica que se trata dum produto de marca registado.

A OMS tomou todas as precauções razoáveis para verificar a informação contida nesta publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem nenhum tipo de garantia, nem expressa nem implícita. A responsabilidade pela interpretação e utilização deste material recai sobre o leitor. Em nenhum caso se poderá responsabilizar a OMS por qualquer prejuízo resultante da sua utilização.

Todas as fotografias: ©OMS

Concebido em: Brazzaville, República do Congo

Índice

Prefácio

v

Agradecimentos

vii

Siglas e acrónimos

viii

Resumo

xii

Capítulo 1. Contextualização: as forças que reformulam a saúde na Região Africana

1

- 1.1. Cinco forças, um choque.....2
- 1.2. Entraves internos à prestação eficaz de serviços.....3
- 1.3. Impactos diferenciados e programas bem-sucedidos.....4
- 1.4. Como resistiu a Região e aonde não conseguiu.....7
- 1.5. Estar ao lado dos países: o que a OMS trouxe e o que os parceiros acrescentaram.....7
- 1.6. O que representa este relatório e porque cada um dos seus capítulos é relevante.....8

Capítulo 2. Produzir resultados para a saúde e o bem-estar universais

11

- 2.1. Onde a Região se encontra em termos da cobertura universal de saúde.....12
- 2.2. Saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e do adolescente.....13
- 2.3. Controlo e eliminação de doenças transmissíveis.....16
- 2.4. Doenças não transmissíveis e saúde mental.....18
- 2.5. Capacidade dos serviços e acesso a estes.....19
- 2.6. Género e prevenção e resposta à exploração, ao abuso e ao assédio sexuais.....20
- 2.7. Secretariado exorta os Estados-Membros a.....22

Capítulo 3. Proteger as populações através de uma maior segurança sanitária

25

- 3.1. Os países estão preparados para enfrentar ameaças à saúde pública e prevenir a propagação transfronteiriça de agentes patogénicos.....26
- 3.2. Os 47 Estados-Membros na sua totalidade transformam os seus sistemas de vigilância e laboratoriais a favor de uma detecção mais rápida.....27
- 3.3. Respostas mais céleres a emergências de saúde pública, deixando atrás de si capacidades nacionais mais sólidas.....29
- 3.4. Resiliência: continuidade dos serviços essenciais de saúde para as populações protegidas durante as emergências.....34
- 3.5. O impacto ampliado das infraestruturas de luta contra a poliomielite.....36
- 3.6. A resistência aos antimicrobianos foi enfrentada através da governação, vigilância e tutela da iniciativa “Uma Só Saúde”.....37

Capítulo 4. Tornar as populações mais saudáveis e combater os factores que causam as doenças

41

- 4.1. A tributação do tabaco tornou-se a principal alavanca de recursos internos da Região e a primeira a pagar-se si própria.....42
- 4.2. O financiamento relacionado com o clima tornou-se uma capacidade mensurável do sector da saúde.....43
- 4.3. A protecção dos regimes alimentares, dos alimentos e da água passaram da política para a legislação nacional e para a concretização na linha da frente.....44
- 4.4. A protecção comunitária tornou-se uma plataforma permanente para lidar com os determinantes comerciais e comportamentais.....45
- 4.5. A segurança rodoviária e a violência interpessoal continuaram a ser os factores menos visíveis das mortes prematuras na Região.....46
- 4.6. Desafios e prioridades.....46



Capítulo 5. Trabalhar para causar impacto: um Escritório Regional mais leve que se aproxima dos países

49

- 5.1. Respostas e o que foi alcançado.....50
- 5.2. Desafios e prioridades.....52

Capítulo 6. Financiamento, apropriação e parceria

53

- 6.1. Primeira Ronda de investimentos da OMS: um bloco regional de compromissos soberanos histórico.....54
- 6.2. Desafios que subsistem.....57
- 6.3. Prioridades para ir em diante.....57
- 6.4. Recomendações do Secretariado aos Estados-Membros...58

Capítulo 7. Garantir o futuro da saúde em África: o caminho até 2027 e mais além

59

- 7.1. Até onde chegamos - e as lacunas que ainda ditam vidas.....60
- 7.2. Perspetivas para a Saúde: Tendências e Desafios dos Próximos Cinco Anos.....60
- 7.3. África como formatadora da saúde mundial, e não como beneficiária.....61
- 7.4. A agenda do Director Regional.....62
- 7.5. O nosso apelo aos Estados-Membros e aos parceiros.....63

Anexo dos Quadros

67

- Quadro A1. Principais realizações e desafios persistentes durante o período do relatório, por tema..... 68
- Quadro A2. As perspectivas para 2027 e o futuro, e as suas implicações para a saúde pública.....68
- Quadro A3. O quadro a médio prazo: Três horizontes temporais e respectivos produtos assinaláveis.....69
- Quadro A4. Os sete programas emblemáticos de prestação e respectivos marcos futuros.....69



Prefácio



Dr. Mohamed Yakub Janabi
Director Regional para a África
Organização Mundial da Saúde

O ano abrangido por este relatório – 1 de Julho de 2025 a 30 de Junho de 2026 – tem sido um dos mais exigentes na história recente da nossa Região. Marca igualmente o primeiro ano completo do meu mandato como Director Regional, durante o qual a Região Africana começou a traçar um novo rumo em direcção ao reforço da soberania sanitária, à melhoria da liderança em situações de emergência e à reforma institucional. Para a Região Africana, a soberania sanitária assenta no fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde, no desenvolvimento da capacidade regional de produção, na consolidação de mecanismos de financiamento sustentáveis e resilientes e numa liderança africana efectiva na definição e concretização das prioridades de saúde pública.

Durante este período, a Região deparou-se com múltiplos desafios de saúde convergentes raramente enfrentados em simultâneo. Estes incluíram o primeiro surto de doença viral de Marburgo na Etiópia; o décimo sexto surto de doença por vírus Ébola na República Democrática do Congo; a ocorrência de febre do Vale do Rift envolvendo múltiplos países na Mauritânia e no Senegal. A par destes surtos de doenças diversas, a Região manteve uma resposta à transmissão contínua da cólera, da varíola símia e do sarampo.

Estas ocorrências surgiram no contexto do mais significativo reajustamento financeiro da Organização Mundial da Saúde de uma geração. No entanto, apesar das consequentes restrições financeiras sem precedentes, protegemos as principais funções técnicas e mantivemos o apoio aos Estados-Membros, acelerando simultaneamente as reformas institucionais.

No momento da impressão do presente relatório, a nossa Região está a responder ao seu décimo sétimo surto de doença por vírus Ébola – causada pelo vírus Bundibugyo – na província de Ituri, na República Democrática do Congo. Estendo o meu profundo apreço aos profissionais de saúde, comunidades e parceiros na linha da frente desta resposta, assim como a todos aqueles que lideraram e apoiaram as respostas a surtos em todo o continente ao longo do ano em apreço. A Região agradece o vosso empenho e serviço.

O título deste relatório reflecte três compromissos essenciais que nortearam o nosso trabalho ao longo do último ano. Produzimos resultados: os surtos emblemáticos foram controlados dentro dos prazos recomendados; as mortes por tuberculose na Região diminuíram 46% entre 2015 e 2024; a Iniciativa de Aquisição Conjunta dos Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento da Região Africana recebeu o Prémio da Nações Unidas de Parceria dos PEID de 2025 na

categoria Económica; e os Estados-Membros aprovaram o primeiro Quadro Abrangente de Saúde Oral da Região. Impulsionámos a reforma: o Escritório Regional tirou partido das pressões financeiras do ano em apreço para acelerar, em vez de adiar, a agenda de modernização. Registaram-se progressos no reforço da priorização, da responsabilização, da transparência, dos dados e dos sistemas digitais, e do apoio aos escritórios de país. O trabalho a longo prazo para garantir o futuro da saúde em África incluiu fazer avançar a iniciativa *Accra Reset* e a Agenda de Lusaca; apoiar a implementação do Acordo sobre Pandemias e das alterações de 2024 ao Regulamento Sanitário Internacional; promover a Agência Africana de Medicamentos; desenvolver o quadro regional para a produção local; e aprofundar as parcerias com a Comissão da União Africana e o Centro Africano de Prevenção e Controlo de Doenças.

O próximo ano exigirá esforços e foco sustentados. Temos de concluir a resposta em curso à doença por vírus Ébola em Ituri de forma segura e completa. Temos de consolidar o modelo operacional estabelecido nos últimos 12 meses e salvaguardar os serviços essenciais de saúde – incluindo os cuidados de saúde primários, a vacinação, o controlo das doenças não transmissíveis e a preparação e resposta a emergências – de uma maior erosão. Ao mesmo tempo, devemos alargar a aquisição conjunta e a produção local para além do seu âmbito actual, e posicionar a Região Africana de forma coerente dentro da iniciativa ONU80 e da reforma mais ampla da arquitectura mundial da saúde. Isto exigirá o alinhamento com o Décimo Quarto Programa Geral de Trabalho e a Nova Ordem de Saúde Pública da União Africana. Por último, devemos manter o nosso foco nas comunidades que servimos. Por trás de todos os números deste relatório estão as vidas protegidas, as famílias apoiadas e as comunidades mais resilientes.

Agradeço aos nossos Estados-Membros, aos parceiros de todo o sistema das Nações Unidas e às iniciativas mundiais de saúde, à sociedade civil, às comunidades e ao pessoal do Escritório Regional e dos nossos escritórios de país pelo seu empenho ao longo de todo deste ano excepcional. Saúdo a memória do Dr. Faustine Ndugulile, cujo falecimento prematuro levou a que este escritório ficasse ao meu cargo, e ao Dr. Chikwe Ihekweazu pela sua tutela durante a transição.

África está pronta. A OMS na Região Africana está pronta a desempenhar o seu papel.

Agradecimentos

O Escritório Regional da OMS para a África deseja manifestar o seu profundo reconhecimento aos Estados-Membros pela colaboração prestada e pela partilha de dados que permitiram a produção deste relatório. O Escritório Regional também agradece os esforços colectivos das equipas envolvidas na sua preparação.

A redacção principal deste relatório esteve a cargo de Bridget Farham e Nicola Richards, tendo Stephan Ngami efectuado a respectiva revisão técnica. A equipa de redacção trabalhou em estreita articulação com os programas técnicos dos diferentes grupos orgânicos do Escritório Regional da OMS para a África e com os escritórios da OMS nos países da Região, os quais disponibilizaram informações e contributos essenciais para a elaboração e subsequente revisão do relatório ao longo de todo o processo de redacção. A análise técnica e o *feedback* foram fornecidos por Dorothy Achu, Yajaya Ali Ahmed, Cedric Bayiha, Marie Roseline Belizaire, Dick Chamla, Mark Chimombe, Ogochukwu Chukwujekwu, Juliane Drews, Thomas Fedjo, Faiza Hassan, Akudo Ikpeazu, Elizabeth Juma, Akpaka Kalu, Francis Kasolo, Janet Kayita, Doris Kirigia, Andrea Luciani, Agnes Midi, Younhong Min, Etienne Minkoulou, Jeremiah Mushosho, Joseph Ngom, Kofi Nyarko, Adelheid Onyango, Laeticia Ouedraogo, Patrick Ramadan, Egide Rwamatwara, Daniel Walter e Ibiteye Mubaraka Yusuf.

O Escritório Regional gostaria também de agradecer aos membros do Grupo de Análise de Peritos, que trabalharam em conjunto em Kintélé, na República do Congo, na revisão final do projecto de relatório. São eles Abba Abakar, Victor Alegana, Magaran Bagayoko, Celestin Danwang, Thomas Fedjo, Akpaka Kalu, Humphrey Karamagi, Neema Kimambo, Lucien Manga, Franck Mboussou, Kizito Nsarhaza e Olu Oluseun e Vincent Sodjinou.

O Escritório Regional também gostaria de reconhecer o contributo da liderança da OMS. A concepção, o desenvolvimento e a coordenação da redacção e produção deste relatório estiveram sob a liderança de Benido Impouma, com a participação dos grupos orgânicos Prevenção e Controlo das Doenças, Sistemas e Serviços de Saúde, Preparação e Resposta a Emergências, Administração Geral e Coordenação, entre outros programas. O Escritório Regional agradece igualmente o apoio prestado pelos Gabinetes do Director Regional e do Director de Gestão dos Programas, em particular através das contribuições do Sr. Diallo Abdourahmane, do Sr. Owen Kaluwa, da Sr.^a Yvonne Mburu e do Sr. Aschalew Workineh.

Siglas e acrónimos

14.º PGT	Décimo quarto Programa Geral de Trabalho
ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (a agência das Nações Unidas para os refugiados)
AEC	Avaliação externa conjunta
AGNU	Assembleia Geral das Nações Unidas
AMS	Assembleia Mundial da Saúde
ASCEND	Acelerar o controlo e a eliminação sustentáveis das doenças tropicais negligenciadas
AUDA-NEPAD	Agência de Desenvolvimento da União Africana – Nova Parceria para o Desenvolvimento de África
AU-IBAR	Escritório Interafricano da União Africana para os Recursos Animais
AVMA	Acelerador do Fabrico de Vacinas em África
AVoHC-SURGE	Corpo Africano de Voluntários da Saúde – Reforço e Utilização de Grupos de Resposta a Emergências
CARMMA (Plus)	Campanha para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna em África
CCOM	Modelo de escritório nuclear de país
CDC de África	Centros africanos de prevenção e controlo de doenças
CEDEAO	Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental
CEEAC	Comunidade Económica dos Estados da África Central
CEMAC	Comunidade Económica e Monetária da África Central
CER	Comunidades económicas regionais
COVID-19	Doença por coronavírus 2019
CSP	Cuidados de saúde primários
CUS	Cobertura universal de saúde
DHIS2	Sistema distrital de informação sanitária 2
DMPA-SC	Acetato de medroxiprogesterona de depósito – subcutâneo
DNT	Doença(s) não transmissível(eis)
DTN	Doença(s) tropical(ais) negligenciada(s)
DTT3	terceira dose da vacina da difteria, tétano e tosse convulsa
DVB	Doença por vírus de Bundibugyo (Ébola)
DVE	Doença por vírus Ébola
EAGI	Equipa de apoio à gestão de incidentes
ECDC	Centro Europeu de Controlo e Prevenção de Doenças
ECSA-HC	Comunidade de Saúde da África Oriental, Central e Austral
EMRO	Escritório Regional da OMS para o Mediterrâneo Oriental

ENDISA	Acabar com as doenças em África
ESPMI	Emergência de saúde pública de dimensão internacional
Estudos STEPS	Abordagem faseada STEPwise à vigilância dos factores de risco das doenças não transmissíveis
EWENE	<i>Every Woman, Every Newborn, Everywhere</i>
FAO	Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura
FNUAP	Fundo das Nações Unidas para a População
G7	Grupo dos Sete
GER	Igualdade de género, equidade na saúde e direitos humanos
GHO	Observatório Mundial da Saúde da OMS
GLASS	Sistema Mundial de Vigilância da Resistência e do Uso de Antimicrobianos
GMC	Centro Mundial de Gestão (pólo de Pretória)
HEAT & HEAT Plus	Conjunto de ferramentas da OMS para a avaliação da equidade na saúde
IA	Inteligência artificial
IGAD	Autoridade Intergovernamental para o Desenvolvimento
IHME	Instituto de Métricas e Avaliação da Saúde
IPC	Classificação Integrada da Fase de Segurança Alimentar (conforme citado numa referência do Capítulo 1; não confundir com “prevenção e controlo de infecções”, que está redigido por extenso ao longo do relatório)
MOPAN	Rede de Avaliação do Desempenho de Organizações Multilaterais
OCDE	Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económicos
OCHA	Gabinete das Nações Unidas para a Coordenação dos Assuntos Humanitários
ODS	Objectivos de desenvolvimento sustentável (Nações Unidas)
OMM	Organização Meteorológica Mundial
OMS	Organização Mundial da Saúde
OMSA	Organização Mundial da Saúde Animal
ONU	Organização das Nações Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA
OOAS	Organização Oeste Africana da Saúde
PABS	Acesso a agentes patogénicos e partilha de benefícios (sistema)
PAM	Programa Alimentar Mundial
PANSS	Plano Nacional de Acção para a Segurança Sanitária
Parceria RBM para acabar com o paludismo	Anteriormente “Roll Back Malaria” (Fazer Recuar o Paludismo); a sigla RBM é mantida como parte do nome actual da parceria
PATH	Organização internacional sem fins lucrativos que actua no domínio da saúde; “PATH” é o seu próprio nome e já não é utilizado como sigla
PDX	Intercâmbio de dados sobre a preparação
PEID	Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento

PEN DA OMS	Pacote de intervenções essenciais da OMS para as doenças não transmissíveis
PEN-Plus	Programa que alarga o Pacote de Intervenções Essenciais da OMS para as Doenças Não Transmissíveis às doenças não transmissíveis graves nas unidades de encaminhamento de primeiro nível
PNUA	Programa das Nações Unidas para o Ambiente
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRSEAH	Prevenção e resposta à exploração, ao abuso e ao assédio sexuais
RAEP	Relatório anual de auto-avaliação dos Estados Partes
RAM	Resistência aos antimicrobianos
RC76	Septuagésima sexta sessão do Comité Regional da OMS para a África
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SADC	Comunidade de Desenvolvimento da África Austral
SAFER	Iniciativa da OMS para reduzir os efeitos nocivos relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas (cinco áreas de acção: reforçar as restrições à disponibilidade de bebidas alcoólicas; promover e aplicar contramedidas relativas à condução sob o efeito do álcool; facilitar o acesso ao rastreio, intervenções de curta duração e tratamento; impor proibições abrangentes de publicidade, patrocínio e promoção de bebidas alcoólicas; aumentar os preços das bebidas alcoólicas através de impostos especiais sobre o consumo e de políticas de fixação de preços)
SIDA	Síndrome de imunodeficiência adquirida
SRMNA	Saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e do adolescente
TL	Taxa de letalidade
TrACSS	Inquérito de auto-avaliação nacional sobre o rastreio da resistência aos antimicrobianos
UN80	Iniciativa de reforma no âmbito do 80.º aniversário das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
Unitaid	Iniciativa mundial de saúde que investe em produtos de saúde inovadores, organizada pela OMS
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
VIH	Vírus da imunodeficiência humana
VPH	Vírus do papiloma humano
WASH	Água, saneamento e higiene
WCO	Escritório de país da OMS
WUENIC	Estimativas da OMS/UNICEF sobre a cobertura vacinal nacional



O Director Regional da OMS para a África, Dr. Mohamed Janabi, junta-se às autoridades tanzanianas para inaugurar uma Unidade de Cuidados Maternos e Neonatais no Distrito de Kwimba, Região de Mwanza – 28 de Fevereiro de 2026 – Tanzânia

Resumo

Contexto regional

Durante o ano em apreço, os serviços de saúde em toda a África continuaram a funcionar apesar do maior corte no financiamento da saúde internacional de uma geração, e da resposta a vários surtos simultâneos de doenças. Os resultados alcançados são muito melhores do que se poderia prever, tendo em conta a escala da redução do financiamento: oito paísesⁱ atingiram um marco importante na eliminação de doenças, 71% dos surtos foram detectados numa semana, e as respostas de emergência deixaram infra-estruturas duradouras em vez de infra-estruturas temporárias que desaparecem uma vez ultrapassada a crise. Mas a margem foi pequena, alguns resultados retrocederam, e das verbas prometidas para colmatar as lacunas remanescentes, menos de metade tinha sido dada no momento da redacção. O que os ministros e os parceiros decidirem durante o próximo ano determinará se os progressos deste ano são mantidos ou perdidos.

Um ano de mudança e desafios

O financiamento internacional para a saúde diminuiu em aproximadamente 20% em todo o mundo num único ano. De todas as regiões da OMS, a Região Africana foi a que absorveu a maior parte dessa redução, apesar de suportar o fardo mundial mais elevado de paludismo e de novos casos de VIH. Estes cortes afectaram o pessoal de saúde, que já opera com menos de 50% da capacidade necessária, e o seu impacto foi desigual. Os países que já lidavam com conflitos ou deslocamentos e os que dependem de financiamento externo foram os mais afectados. Dentro desses países, o fardo recaiu de forma desproporcionada sobre os mais vulneráveis, sendo que, apenas na África Ocidental e Central, as mulheres e as crianças representam aproximadamente 80% dos 12,7 milhões de pessoas deslocadas por causa de conflitos no ano em apreço.

A redução do financiamento também coincidiu com um ambiente operacional excepcionalmente complexo. A Região enfrentou vários surtos concomitantes de doenças, incluindo de Ébola, Marburgo, varíola símia e de uma vaga de cólera sem precedentes, juntamente com o agravamento das cheias e secas; e níveis recorde de insegurança alimentar. Foi também o primeiro ano completo em exercício do novo Director Regional da Região e da actual estratégia mundial de quatro anos da OMS.

Resposta e realizações dos sistemas de saúde

Estima-se que 21,7 milhões de pessoas que vivem com o VIH foram mantidas no tratamento sem interrupções, e a cobertura do tratamento da tuberculose recuperou para 74%, um aumento em relação a 52% em 2020.

Foi entregue um total de 28,4 milhões de doses de medicamentos doados para doenças tropicais negligenciadas, apesar do congelamento de 170 milhões de dólares americanos.

Oito países alcançaram marcos importantes na eliminação da doença este ano, o que representa o melhor resultado numa década – três eliminaram o tracoma, dois eliminaram a doença do sono e três eliminaram o sarampo e a rubéola. O Botsuana tornou-se o primeiro país com um fardo elevado a nível mundial a atingir uma fase avançada na interrupção da transmissão vertical do VIH.

Em 2025, 71% dos surtos de saúde pública foram detectados no prazo de uma semana após o início, continuando uma melhoria constante ao longo de vários anos e permitindo um controlo mais rápido.

Um surto de Ébola na República Democrática do Congo foi contido em 88 dias; o primeiro surto de doença viral de Marburgo na Etiópia também foi contido em menos de três meses; e a emergência internacional declarada para a varíola símia foi suspensa após os casos caírem em mais de 60%. Um outro surto de Ébola – causado por um vírus para o qual não existe nenhuma vacina ou tratamento licenciado, o que torna a contenção particularmente difícil – continuou a propagar-se na República Democrática do Congo e no Uganda durante o período em apreço.

Mais de 20 000 residentes de uma comunidade afectada pelo Ébola na República Democrática do Congo obtiveram acesso a um melhor abastecimento de água, à energia solar e a um hospital reconstruído após o fim do surto, um bem que a comunidade mantém muito tempo após o fim da emergência. O mesmo princípio aplica-se numa escala maior, uma vez que os laboratórios e as equipas de resposta rápida criadas para eliminar a poliomielite agora também detectam o sarampo, a febre-amarela, a varíola símia e a cólera.

i. Argélia, Burundi, Cabo Verde, Guiné, Quénia, Maurícia, Senegal, Seicheles



República Democrática do Congo:
Recepção de 50 a 60 amostras
para análise de variola símia -
12 de Outubro de 2024

© OMS / Daniel Paluku Kahandukya

Resultados num relance



21,7 milhões de pessoas
foram mantidas no tratamento sem
interrupções do VIH, não obstante os cortes
de financiamento do ano.



Oito países
atingiram marcos importantes na
eliminação de doenças – o melhor
resultado numa década.



90 dias
para controlar o primeiro surto de Marburgo
na Etiópia



71% dos surtos
detectados no prazo de 7 dias, uma melhoria
face a uma detecção muito mais lenta nos
últimos anos.



88 dias
para conter o surto de Ébola na República
Democrática do Congo



28,4 milhões de doses
de medicamentos doados para
doenças tropicais negligenciadas foram
disponibilizados, apesar do congelamento de
170 milhões de dólares americanos.



769 milhões de dólares americanos
em contribuições voluntárias angariadas em
2024-2025, uma vez que 22 dos 47 países
comprometeram-se à primeira ronda mundial
de investimentos da OMS.



23% menor, 75% mais próximo
O Escritório Regional da OMS reduziu o seu
próprio pessoal em 23% e transferiu três
quartos do pessoal remanescente para os
escritórios de país.



15 países
reformaram a tributação do tabaco. No Gana,
o tabagismo caiu em um terço, enquanto as
receitas fiscais quase quadruplicaram.



139 milhões de dólares americanos
de financiamento planeado para o clima e a
saúde garantido em 21 países.

O papel da OMS e dos parceiros

Nenhum destes resultados ocorreu isoladamente. A OMS estabeleceu normas técnicas e orientações para os programas de controlo de doenças, apoiou os países no reforço dos sistemas de detecção e resposta a emergências que detectaram surtos mais rapidamente, ajudou a reformar a angariação e a gestão do financiamento da saúde, e representou os interesses da Região na tomada de decisões a nível mundial. Para tal, a OMS reestruturou-se primeiro. O Escritório Regional reduziu os custos e a dotação de pessoal em 23% durante o ano, passando de 2540 para 1948 funcionários, e reafectou três quartos do seu pessoal restante para escritórios de país, ficando mais próximo dos ministérios e comunidades que serve. Essa reestruturação desbloqueou mais de 8 milhões de dólares americanos por ano, agora reorientados para operações a nível nacional.

Um vasto leque de parceiros contribuiu com capacidades que ultrapassaram as da OMS. A União Africana e os centros africanos de prevenção e controlo de doenças (CDC de África) lideraram a estratégia continental; a GAVI, a Aliança para as Vacinas, o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e o Paludismo, o Banco Mundial e outras instituições financeiras apoiaram directamente os programas de vacinação, VIH, tuberculose e paludismo; e as agências das Nações Unidas apoiaram a resposta humanitária aos deslocamentos. As doenças não transmissíveis, incluindo a saúde mental, foram apoiadas pelo Wellcome Trust e pelo Leona M. and Harry B. Helmsley Charitable Trust, juntamente com a NCDI Poverty Network.

Foram mobilizados recursos adicionais. Um total de 22 dos 47 Estados-Membros da Região comprometeram-se a financiar a primeira ronda mundial de angariação de fundos da OMS, e 48% dessas promessas foram convertidas em contribuições no final do período, um aumento em relação aos 12% do ano anterior. As contribuições voluntárias para a Região aumentaram para 769 milhões de dólares americanos em 2024-2025, com uma parte cada vez maior agora provindo de doadores privados e fundações.

Desafios persistentes

Quatro grandes problemas permanecem por resolver. Primeiro, o subfinanciamento ameaça as operações essenciais. Mesmo após as promessas deste ano, os custos básicos de funcionamento da OMS na Região continuarão subfinanciados em 662 milhões de dólares americanos nos próximos dois anos. Os doentes ainda pagam directamente, do próprio bolso, cerca de 33% de todas as despesas de saúde na Região – um nível elevado o suficiente para empurrar as famílias para a pobreza em 35ⁱⁱ dos 47 Estados-Membros.

Segundo, as emergências de saúde pública continuam a agravar-se. A ameaça das emergências não acabou. O surto de Ébola descrito acima, que constituiu um desafio particularmente grande, ainda estava a propagar-

- ii. Argélia, Angola, Benim, Burquina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camarões, Chade, Comores, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Libéria, Madagáscar, Mali, Mauritânia, Maurícia, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Senegal, Seicheles, Serra Leoa, Sudão do Sul, República Unida da Tanzânia, Togo e Uganda.

se quando o presente relatório foi finalizado, tendo os casos de cólera atingiram um recorde regional de mais de 245 000 em 2025, impulsionados principalmente pela insegurança da água e as más condições de saneamento.

Terceiro, a continuidade dos cuidados continua a ser uma lacuna crítica. Os serviços que dependem do contacto repetido com o sistema de saúde continuam a ser os mais fracos. O apoio à saúde mental diminuiu de uma estimativa de 982 000 pessoas alcançada em 2024 para um total projectado de 207 000 em 2025. Apenas um país cumpre o padrão recomendado de cuidados pré-natais para mulheres grávidas, e as doenças não transmissíveis, que já representam 37% de todas as mortes, continuam a ser o problema de saúde mais difícil de monitorizar.

Quarto, as lacunas em matéria de dados e desigualdades na saúde. A Região ainda não consegue ver de forma fidedigna quem está a ser deixado para trás. Quarenta e quatro dos 47 países têm dados limitados sobre as causas reais de morte nas suas populações, o que dificulta a afectação direccionada dos fundos.

O que é preciso acontecer a seguir

Para colmatar o défice de financiamento, os Estados-Membros devem transformar as promessas assumidas este ano em desembolsos reais num calendário fixo, trazer os restantes países que ainda não se comprometeram a participar na ronda de angariação de fundos e estabelecer um calendário nacional claro em cada país para atingir a meta de longa data da Região de gastar pelo menos 15% do orçamento do governo com a saúde.

Para resolver as emergências remanescentes, os países devem pôr termo aos surtos activos de Ébola na República Democrática do Congo e no Uganda e traduzir a resposta numa capacidade duradoura ao nível local. Devem também investir especificamente nas áreas do abastecimento de água potável e do saneamento básico para alcançar a eliminação da cólera.

Para reforçar os serviços que estão a ficar para trás e por forma a colmatar as lacunas na vigilância, os países devem implementar em pleno sistemas de vigilância que detectem mortes maternas e neonatais evitáveis, proteger as linhas de financiamento para que os ganhos obtidos com a eliminação deste ano não sejam invertidos, reconstruir o apoio à saúde mental de volta aos seus níveis anteriores e garantir que cada país comunica dados básicos de saúde desagregados por sexo e idade no prazo de dois anos.

Isto exige uma acção direccionada por parte de cada sector. Os ministros devem tratar a saúde como um investimento, e não como um custo, estabelecendo e financiando os calendários nacionais para atingir a meta dos 15%, protegendo os programas essenciais da linha da frente que permitiram que os resultados deste ano não fossem ainda mais reduzidos, e traduzindo os compromissos existentes em termos de contratação e financiamento em cargos preenchidos e recursos desembolsados. Os parceiros e os doadores devem fornecer financiamento directo e previsível aos planos nacionais, em vez de para vários projectos separados; honrar as promessas financeiras existentes e investir na capacidade de fabrico de produtos farmacêuticos em África.

A Região Africana da OMS demonstrou o que pode realizar, mesmo no seu ano mais difícil. A manutenção dos progressos deste ano depende agora de um financiamento adequado e do cumprimento destes compromissos.



Acções de sensibilização sobre saúde
sexual e reprodutiva em Samburu, Quênia

©Genna Print / OMS



A OMS entrega suprimentos médicos essenciais a Rubaya, Kivu do Norte, República Democrática do Congo – 11 de Fevereiro de 2026

©OMS / Daniel Paluku

Capítulo

1.

Contextualização: as forças que reformulam a saúde na Região Africana

No início do período em apreço, de 1 de Julho de 2025 a 30 de Junho de 2026, a Região Africana da OMS suportou cerca de um quinto do fardo mundial das doenças, apesar de representar apenas cerca de um sétimo da população do planeta (1). Nos 12 meses seguintes, quase todos os pressupostos externos que tinham sustentado a resposta sanitária na Região nas duas décadas anteriores foram imediatamente renegociados: a ajuda ao desenvolvimento sofreu uma forte contracção, houve emergências concomitantes e as regras que regem o sistema mundial de saúde foram reescritas em tempo real.

Este capítulo faz a contextualização para todo o relatório. O cenário de 12 meses pode ser visualizado como uma única cadeia de acontecimentos colocada em movimento por forças externas que colidiram com os sistemas de saúde, que por sua vez responderam da melhor forma possível e absorveram os choques resultantes, com variações entre países e programas. A Região foi exortada a dar uma resposta consolidada a um fardo crescente de doenças, a fazer face às desigualdades persistentes, a gerir emergências recorrentes e a resistir a um choque financeiro. O presente relatório demonstra como o sector da saúde se adaptou com o apoio da OMS e dos seus parceiros. Os cuidados de saúde primários (CSP) são o princípio organizador que percorre toda a cadeia, a base sobre a qual os serviços são planeados, financiados, regidos

e melhorados; ao longo do relatório, a equidade não é tratada como um resultado desejável, mas como o princípio pelo qual as prioridades são definidas na Região, cujos recursos mais escassos visam satisfazer as necessidades das populações e lugares que carregam o maior fardo combinado.

O período em apreço foi também o primeiro ano completo do Décimo Quarto Programa Geral de Trabalho (PGT14), a estratégia mundial da OMS para 2025 a 2028, e o primeiro do mandato do Dr. Mohamed Yakub Janabi como Director Regional. A resposta na Região foi dinâmica: prestou serviços essenciais ao longo da maior contracção de financiamento de uma geração, ao mesmo tempo que reconstruiu a sua própria instituição para torná-la mais próxima das pessoas que serve. Este esforço está longe de estar terminado - para o consolidar, será necessário um investimento e parcerias sustentados. Este capítulo estabelece o panorama no qual os resultados, as reformas e o reposicionamento da Região devem ser interpretados.

1.1. Cinco forças, um choque

Nenhum sistema de saúde funciona independentemente do mundo que o rodeia. Cinco famílias de forças externas (social, tecnológica, económica, ambiental e política: o quadro STEEP) traçaram o ambiente operacional para cada resultado no presente relatório (2). Nenhuma destas forças externas tem origem no sector da saúde, e todas foram exercidas durante o período em apreço. Cada uma é avaliada em função do seu efeito no sector da saúde em geral e no sector da saúde na Região Africana em particular.

Factores sociais: uma população jovem, urbanizada e cada vez mais deslocada. A população africana ultrapassou os 1,5 mil milhões em 2024, prevendo-se que se aproxime dos 2,5 mil milhões até 2050. Cerca de 60% da população na Região Africana da OMS tem idade inferior a 25 anos (3). Esta é a maior oportunidade demográfica do século, com efeitos duplos no sector da saúde. O primeiro é a elevada procura sustentada de serviços de saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e dos adolescentes (SRMNIA), juntamente com um fardo crescente de doenças não transmissíveis (DNT) nos adultos do mesmo agregado familiar. O segundo é uma oportunidade, porque uma população jovem e subempregada faz do sector da saúde um dos motores mais credíveis de trabalho digno no continente. Prevê-se que as populações urbanas da Região dupliquem de cerca de 700 milhões para os 1,4 mil milhões até 2050, absorvendo a maior parte desse crescimento (4); a urbanização concentra ambos os riscos – com surtos a amplificarem-se em aglomerados populacionais densos e informais sem água e saneamento adequados – e oportunidades, uma vez que a densidade reduz o custo unitário de chegar às pessoas. A deslocação forçada atingiu níveis recorde, aumentando 48% desde 2020, com 12,7 milhões de pessoas deslocadas à força ou apátridas, só na África Ocidental e Central. As mulheres e as crianças representam aproximadamente 80% das pessoas deslocadas (5).

Impacto no sector da saúde: a procura aumenta de forma mais rápida precisamente onde os sistemas são mais fracos, aumentando as lacunas em termos de cobertura e utilização da equidade e colocando o novo fardo mais pesado nos serviços de SRMNIA e nos cuidados em contextos de fragilidade e afectados por conflitos.

Factores tecnológicos: uma transição de dados e da fabricação que poderia alargar ou reduzir a lacuna.

As ferramentas digitais, os sistemas de dados e a inteligência artificial (IA) mudaram o que os sistemas de saúde podem ver e a rapidez com que podem agir. Este ano, a mudança foi incorporada na prática regional de rotina, sob a forma de um painel regional de saúde mental com recurso à IA; um sistema de Intercâmbio de Dados sobre a Preparação que liga os dados sobre perigos, a preparação e os sistemas de saúde; a recolha de informações epidémicas de fontes abertas em 44 Estados-Membros; e painéis distritais em tempo real para orientar as campanhas de vacinação. A Região produz actualmente menos de 1% das vacinas que utiliza; a União Africana estabeleceu uma meta de 60% de vacinas produzidas localmente até 2040 (6). Além disso, apenas cerca de 38% da população africana usou a Internet em 2024, a taxa mais baixa de qualquer Região e o maior fosso existente entre as zonas urbanas e o meio rural (7).

Impacto no sector da saúde: a tecnologia está a tornar-se um determinante fundamental do desempenho do sistema de saúde e uma via para a soberania; no entanto, sem um investimento deliberado no acesso, na interoperabilidade e na governação dos dados, estas ferramentas correm o risco de ampliar as desigualdades em vez de reduzi-las.

Factores económicos: uma redefinição estrutural do financiamento da saúde. O panorama de financiamento mudou simultaneamente em três frentes. A ajuda ao desenvolvimento para a saúde sofreu uma contracção de, aproximadamente, 21% entre 2024 e 2025, que se deveu, principalmente, à queda de cerca de 67% nas contribuições do maior doador bilateral. Este corte afectou mais fortemente a África Subsariana: a ajuda caiu cerca de um quarto (8). Os programas bilaterais que tinham apoiado partes significativas da resposta ao controlo de doenças foram suprimidos ou reestruturados. O programa Acelerar o Controlo Sustentável e a Eliminação das Doenças Tropicais Negligenciadas (ASCEND) do Reino Unido foi encerrado precocemente, e o congelamento por parte dos Estados Unidos do financiamento da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) destinado aos programas AGIR para Acabar com as Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) afectou um financiamento estimado em 170 milhões de dólares em 16 Estados-Membros. Ao mesmo tempo, as plataformas multilaterais recalibraram as suas actividades, com o plano estratégico GAVI 6.0 da GAVI, a Aliança para as Vacinas e a Oitava Renovação do Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo a fecharem abaixo da meta (9). Isto tem um efeito maior do que choques anteriores pelas seguintes razões. Em primeiro lugar, cerca de um quarto da despesa com a saúde, em média, na Região é proveniente de fontes externas de financiamento. Em segundo lugar, cinco Estados-

Membros dependem de ajuda externa para 45% ou mais da sua despesa com a saúde. Em terceiro lugar, 27 Estados-Membros apresentam um elevado grau de vulnerabilidade financeira face aos cortes, embora quase metade já corresponda a países altamente endividados, ou em risco de virem a sê-lo (10). A despesa pública com a saúde é uma média de 7,3% da despesa pública geral, menos da metade da meta de 15% fixada na Declaração de Abuja de 2001 (11).

Impacto no sector da saúde: a era de assumir que os fundos externos constituiriam a camada de base dos orçamentos da saúde terminou; a potencialização dos recursos internos, o aumento da eficiência e a autonomia regional passaram da aspiração à necessidade. Os programas de luta contra o VIH, a tuberculose, o paludismo e as doenças tropicais negligenciadas são os mais vulneráveis, porque dependem mais do financiamento externo.

Factores ambientais: o clima como multiplicador de ameaças e a insuficiência alimentar em níveis recorde. África está a aquecer mais rapidamente do que a média mundial. Embora contribua com menos de 4% das emissões mundiais de dióxido de carbono, é o continente mais vulnerável ao clima (12). Os fenómenos meteorológicos extremos afectaram pelo menos 13 milhões de pessoas e mataram mais de 3000 em toda a África em 2025, sendo as cheias e as secas os principais perigos (13), e um recorde de 167 milhões de pessoas – o sexto aumento anual consecutivo – enfrentaram uma grave insuficiência alimentar, sobretudo em países afectados por conflitos (14). A exposição ambiental também afecta o ar que as pessoas respiram. A poluição atmosférica, que se deve ao aumento das emissões dos transportes, a expansão da actividade industrial, o aumento do consumo de energia e à má gestão dos resíduos, juntamente com a poluição doméstica causada pela preparação de alimentos com recurso a combustíveis sólidos, é responsável por cerca de 23 a 28 em cada 100 mortes prematuras na Região (15).

Impacto no sector da saúde: o clima funciona como um multiplicador de ameaças, alterando o alcance e a sazonalidade das doenças transmitidas por vectores, agravando a malnutrição infantil, impulsionando as cheias e as secas que provocam surtos recorrentes de cólera, danificando as infra-estruturas e desencadeando emergências relacionadas com o clima, enquanto menos de 1% do financiamento climático mundial chega ao sector da saúde.

Factores políticos: conceber simultaneamente uma arquitectura mundial de saúde e uma agenda africana de soberania sanitária. Várias mudanças arquitectónicas definiram o ambiente operacional para a próxima década. Em 20 de Maio de 2025, a septuagésima oitava Assembleia Mundial da Saúde aprovou o Acordo da OMS sobre Pandemias, o primeiro quadro mundial de prevenção, preparação e resposta a pandemias negociado desde o Regulamento Sanitário Internacional de 2005; as alterações de 2024 a esse Regulamento entraram em vigor em 19 de Setembro de 2025 (16). Paralelamente, registaram-se progressos na agenda de soberania da saúde em África. A Nova Ordem Africana de Saúde Pública e a Agenda de Lusaca, cujo Roteiro Continental foi aprovado pelo Comité Regional para a

África em Agosto de 2025, estão estruturados em torno de cinco mudanças essenciais para alinhar as iniciativas mundiais de saúde com as prioridades nacionais e catalisar o financiamento interno (17, 18). Além disso, o Plano de Acção da Iniciativa ONU80 contém 87 medidas para modernizar o sistema das Nações Unidas (19). Esta arquitectura ainda está a ser construída. Após a Assembleia Mundial da Saúde, grande parte desta estrutura tomará forma no próximo ano, e os princípios estratégicos da Reset de Acra e da Agenda de Lusaca continuarão a orientar o seu desenvolvimento.

Impacto no sector da saúde: os termos sobre os quais os ministros da saúde da Região negociam (quem define a agenda, quem paga e quais as condições) estão a ser redefinidos; cada vez mais, a Região é co-autora dos termos e não meramente herdeira (ver capítulo 7).

A convergência é a história. As forças descritas acima não actuaram isoladamente. A redefinição do financiamento foi imposta numa Região que tem apenas 46% dos profissionais de saúde de que necessita, dispersos por programas fragmentados, verticais e específicos de combate às doenças. Os choques climáticos e a deslocação das populações aumentaram a procura precisamente nos contextos frágeis onde o financiamento e a força de trabalho eram mais escassos. As três forças que tiveram o maior efeito no ano – a contracção do financiamento, a colmatação das lacunas na força de trabalho e na capacidade do sistema, a resposta às emergências recorrentes causadas pelo clima – são as pressões agravantes que foram colocadas sobre cada resultado detalhado no presente relatório. Esta avaliação STEEP é a base de referência do relatório e será novamente referenciada no capítulo final.

1.2. Entraves internos à prestação eficaz de serviços

As forças externas caíram sobre os sistemas de saúde cujas capacidades inerentes determinaram quanto conseguiam absorver em termos de danos e o quanto de progressos ainda poderiam produzir. É tentador fazer uma distinção artificial entre o baixo índice de abrangência de serviços da cobertura universal de saúde (CUS) da Região (51, face a uma média mundial de 71) e as suas despesas governamentais com a saúde, que são inferiores a metade da meta definida em Abuja. É mais adequado interpretar estes dados como duas expressões de uma única lacuna de capacidade no financiamento e na concretização de medidas. Quatro capacidades transversais determinam o desempenho: acesso, qualidade dos cuidados, procura de serviços e resiliência a choques. Estas capacidades baseiam-se em seis pilares, que foram testados durante o ano. Os dados factuais para cada um são apresentados em baixo.

Força de trabalho. A Região tem aproximadamente 46% dos profissionais de saúde de que a sua população precisa e prevê-se que enfrente uma escassez baseada nas necessidades de cerca de 6,1 milhões de profissionais de saúde até 2030. Este défice pode agravar-se para 6,4 a 6,6 milhões devido aos cortes de financiamento se a capacidade de absorção de novos formandos diminuir, uma vez que a capacidade de

absorção da força de trabalho era apenas de cerca de 70% antes dos cortes (20). Estima-se que um milhão de profissionais de saúde formados estejam desempregados ou subempregados, apesar de as unidades de saúde continuem a não dispor de pessoal suficiente. Trata-se de uma falha no mercado de trabalho baseada no salário, na geografia e na regulamentação, e não apenas na capacidade de formação.

Financiamento e protecção financeira. Acima da média de 7,3%, despesas públicas com a saúde abaixo da meta de 15% estabelecida pela Declaração de Abuja, os pagamentos directos representam aproximadamente 15 por cada 36 dólares gastos em saúde e ultrapassam o limiar de 100% de dificuldades financeiras em 35 Estados-Membros (10). No presente relatório, o financiamento é tratado não apenas como um constrangimento, mas também como o principal motor da reforma (ver 5 e 6).

Governança e estrutura. Neste contexto, a governação é entendida como tutela; a capacidade dos ministérios da saúde para definir prioridades, direccionar todos os recursos (públicos, privados e externos) para essas prioridades e prestar contas pelos resultados, e não apenas a reforma organizativa. O ano em apreço revelou tanto a lacuna (planeamento fragmentado e orientado pelos doadores) como a dinâmica (uma vaga de legislação acerca de impostos sobre a saúde e a elevação da saúde para o nível dos Chefes de Estado).

Prestação e integração dos serviços. Como mencionado anteriormente, as lacunas na prestação de cuidados são maiores exactamente onde a necessidade é maior: para as doenças não transmissíveis (DNT) e os cuidados de saúde mental, e para as comunidades em contextos de fragilidade. Neste contexto, a integração significa mais do que prestar várias intervenções numa única consulta; significa apostar no planeamento integrado, no financiamento, na governação, na informação, na força de trabalho e na responsabilização em plataformas partilhadas de cuidados de saúde pública (CSP), o que corresponde à estratégia central de prestação de serviços aplicada na Região.

Cadeias de abastecimento e produtos. A Região continua esmagadoramente dependente de medicamentos, vacinas e meios de diagnóstico importados. Os abalos vividos durante o ano em relação ao abastecimento, desde a escassez de vacinas orais contra a cólera até às perturbações nos fluxos de medicamentos doados, vêm demonstrar o quão depressa a dependência externa se pode transformar numa interrupção dos serviços. A agenda regulamentar, de aquisição conjunta e de produção local (Capítulo 6) é a resposta estrutural perante tal situação.

Dados, vigilância e (in)capacidade de ver a desigualdade. A Região registou ganhos mensuráveis: a vigilância na sua inteireza subiu de 70% para 88% e 71% das ocorrências de saúde pública foram detectadas no prazo de sete dias (Capítulo 3). Não obstante, 44 dos 47 Estados-Membros ainda não dispõem de dados sobre a causa de óbito em cumprimento das normas da OMS e ainda há demasiados poucos indicadores-chave que possam ser desagregados por sexo, idade, deficiência ou local. Ferramentas de análise da equidade, como o Conjunto de Ferramentas da OMS para Avaliar a Equidade em Saúde (HEAT e HEAT Plus), existem precisamente para

expor essas falhas; um sistema que não consegue ver a desigualdade é incapaz de a corrigir.

Nem todas as capacidades são afectadas de forma uniforme: a força de trabalho e os sistemas de informação são aqueles que estão sujeitos às maiores restrições nas sub-regiões da África Central e do Sahel; o financiamento e a protecção financeira são mais escassos nos contextos onde a cobertura é mais fraca; e a continuidade da prestação de serviços é mais baixa nos estados frágeis e afectados por conflitos. Essa desagregação é importante, porque as médias nacionais usadas acima escondem a variação dentro dos.

1.3. Impactos diferenciados e programas bem-sucedidos

Quando as forças externas e internas são analisadas, ressalta claramente a severidade do impacto combinado dos acontecimentos que ocorreram durante o ano transcorrido, se bem que de forma marcadamente desigual. A Região não foi afectada de forma uniforme; a análise abaixo apresenta esse efeito ordenado por país, país(es) limítrofe(s), respectiva sub-região e Região e em função do contexto mundial. Os critérios utilizados estão explicitamente indicados.

O país e seus vizinhos. O maior impacto combinado abateu-se nos Estados-Membros onde se sobrepõem as três exposições seguintes: elevada dependência do financiamento externo na saúde; conflitos prolongados ou deslocamento de populações; e um elevado peso do paludismo e do VIH. Nessa base, o grupo mais duramente atingido concentra-se nos contextos frágeis e afectados por conflitos do Sahel e da Bacia do Lago Chade e nos contextos da África Central e da África Oriental que sofreram crises prolongadas, onde a deslocação populacional e a insegurança agudizaram o abalo financeiro; e também nas economias onde há uma elevada prevalência de VIH na África Oriental e na África Austral, que receberam os maiores volumes da assistência externa destinada à saúde, agora retirada. Aproximadamente três quartos dessa ajuda destinou-se a dez Estados-Membros, todos exceptuando um na África Oriental e na África Austral (10). A exposição foi menor nas economias de rendimento médio-alto e nas pequenas economias insulares da Região, onde o financiamento externo representa uma pequena parcela da despesa em saúde e os sistemas internos conseguem substituir-se a ela. Esta secção não classifica os Estados-Membros individualmente: os critérios são indicados para que cada ministro possa localizar o seu próprio país dentro do modelo padronizado. A distribuição sub-regional é apresentada no **Quadro 1**.

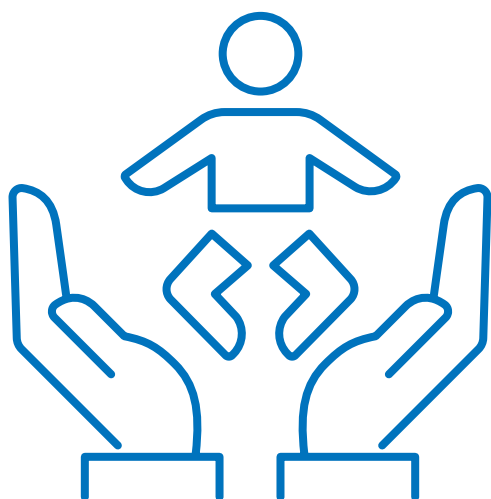
As sub-regiões e a Região. Ao nível sub-regional, os condicionalismos diferem. A dependência financeira e a exposição ao VIH dominam na África Oriental e na África Austral; os conflitos, os deslocamentos de populações e a escassez de força de trabalho dominam na África Central e no Sahel; e a insegurança alimentar e a cólera causadas pelo clima dominam por todo o Sahel e no Corno de África. Ao nível regional, a transferência foi consistente: a retirada do financiamento externo afectou os serviços através dos programas que recebiam mais

financiamento vindo de fora.

Quem fica para trás. Em cada sub-região, o embate foi maior em relação às mesmas populações: mulheres e crianças, que representam cerca de 80% das pessoas deslocadas (5); crianças nos distritos mais pobres e remotos, onde se concentra um quadro de vacinação inexistente ou insuficiente, a chamada dose zero; raparigas adolescentes e mulheres jovens, desproporcionalmente portadoras de novas infecções por VIH ; pessoas que vivem com DNT e doenças mentais, para as quais a cobertura era mais baixa antes do início da contracção; e os próprios profissionais de saúde, nos contextos em que os cargos ficaram por preencher. Algo que a Região ainda não consegue reportar de uma forma sistemática. Existem demasiado poucos indicadores principais que permitam uma desagregação por sexo, idade, deficiência ou local, tanto que colmatar essa lacuna é uma prioridade abordada nos Capítulos 2 a 4.

O quadro mundial. Confrontando com o resto do mundo, a Região assimilou o maior corte regional na ajuda ao desenvolvimento para a saúde, suportando ao mesmo tempo o mais elevado fardo de paludismo e de novas infecções por VIH. Esta é a ilustração tão clara quanto possível para explicar a importância do investimento sustentado e crescentemente interno.

Que programas surtiram efeitos. O impacto chegou aos programas através de um mecanismo claro: quanto mais um programa era financiado pelo exterior e quanto mais o era pelos Estados Unidos, mais prejudicado foi. Cerca de 75% da ajuda dos Estados Unidos à Região destinada à saúde financiava o VIH (e outras infecções sexualmente transmissíveis) e o controlo do paludismo (10), tornando os programas de VIH, tuberculose, paludismo e DTN aqueles que ficaram mais expostos. As operações de saúde materno-infantil e de emergência em contextos frágeis foram as segundas mais abaladas, na medida em que o financiamento humanitário também ele desceu. Relativamente menos afectados foram os programas realizados em plataformas geridas ao nível nacional ou financiados separadamente, incluindo a erradicação da poliomielite e aspectos da vacinação de rotina, embora estejam também dependentes de sistemas partilhados e não se possa assumir que estejam garantidos. O padrão está ilustrado no **Quadro 1**.



Ruanda: Acesso aos cuidados de saúde primários para reforçar a Cobertura Universal de Saúde, Novembro de 2022

Quadro 1 Onde as forças do ano se fizeram sentir com mais intensidade, por sub-região

Sub-região	Estados-Membros	Principais forças mais sentidas	Contextos frágeis e afectados por crises	Países onde o fardo de paludismo é levado	Programas mais expostos
África do Norte	1	Fraca dependência de financiamento externo na saúde	0	0	Exposição limitada; predomina o financiamento interno
África Ocidental	12	Financiamento; paludismo	1	2	Paludismo, VIH, SRMNIA, DTN, vacinação
Sahel e Bacia do Lago Chade	5	Conflitos e deslocamentos; financiamento; clima; paludismo	4	3	Paludismo, vacinação, SRMNIA, nutrição, operações de emergência
África Central	8	Conflitos e deslocamentos populacionais; financiamento; clima; paludismo	3	3	VIH, paludismo, vacinação, SRMNIA, operações de emergência
África Oriental	12	Financiamento; conflitos e deslocamentos; clima	3	2	VIH, SRMNIA, paludismo, vacinação, nutrição
África Austral	9	Financiamento (VIH); clima	1	1	VIH, tuberculose, SRMNIA e paludismo
Região	47		12	11	

Critérios: as principais forças e a exposição dos programas apresentadas constituem uma síntese analítica baseada na dependência do financiamento externo na saúde (10), na situação do elevado peso do paludismo (20) e em contextos reconhecidos de crise prolongada e de deslocamento (ACNUR e OCHA). As contagens relativas a contextos frágeis e afectados por crises, bem como de países com elevado peso do paludismo decorrem dessas fontes. Os Estados-Membros individualmente não são classificados relativamente à exposição ao financiamento. Os agrupamentos sub-regionais seguem as convenções do Escritório Regional da OMS para a África; os Estados insulares são contabilizados no seio da sua sub-região geográfica.



Refugiados sudaneses em Adré, Chade, Julho de 2024

© OMS / Nicolò Filippo Rosso

1.4. Como resistiu a Região e aonde não conseguiu

A Região adaptou-se para atender a esse ambiente, e essa adaptação é a razão pela qual os capítulos sobre resultados conseguem comunicar progressos em todos. Quatro mecanismos foram responsáveis pela maior parte dessa resiliência.

Primeiro, **direccionar**. Os países utilizaram dados de rotina para redireccionar recursos escassos para os distritos prioritários (através de painéis de controlo em tempo real que orientam a vacinação e as respostas ao paludismo, assim como as abordagens *Big Catch-up - a Grande Repescagem* - e precisão-eliminação), permitindo destacar menos recursos, mas com maior precisão.

Em segundo lugar, a **integração nas plataformas de CSP**: incorporar programas verticais dentro de acordos partilhados de prestação de serviços, aquisições e força de trabalho, fazendo com que uma única unidade de saúde, um profissional de saúde e uma consulta a um doente possam gerar mais valor.

Em terceiro lugar, as **medidas internas de financiamento**: incluindo a legislação sobre fiscalidade na saúde, as reafectações orçamentais e a absorção de défices de financiamento externo específicos. A África do Sul, por exemplo, absorveu um défice substancial anual na sua resposta ao VIH, com recursos internos que já financiam cerca de três quartos do programa.

Quarto, **reconcepção institucional** para proteger a prestação de serviços (ver Capítulo 5).

O que funcionou: os serviços essenciais foram em grande parte mantidos, e vários marcos na eliminação da doença foram alcançados durante o ano mais desafiante em décadas no que diz respeito a financiamento. O que demonstra que a focalização e a integração podem ajudar a manter os resultados com menos recursos.

O que não funcionou em sítio nenhum: aí onde as contracções de financiamento superaram a capacidade dos sistemas internos de compensar, as campanhas deslizaram e as linhas de abastecimento apertaram. Os Estados-Membros receberam apenas 61% das doses da vacina oral contra a cólera que solicitaram; prevê-se que mais de 5 milhões de comprimidos de praziquantel caduquem (se bem que as rápidas adaptações ao nível nacional tenham preservado muitas delas); e o apoio ao rastreio da saúde mental regrediu para uma fracção do seu nível de 2024.

O que permanece frágil: ganhos que continuam a depender do financiamento externo, da capacidade limitada da força de trabalho e das cadeias de abastecimento que a Região ainda não controla plenamente. A avaliação franca é que a Região resistiu na maioria dos sítios, perdeu terreno nalguns, e fê-lo com base em alicerces que agora exigem um reforço.

1.5. Estar ao lado dos países: o que a OMS trouxe e o que os parceiros acrescentaram

Ao longo do ano, a OMS na Região Africana, incluindo o Escritório Regional e os seus 47 Escritórios de país, apoiaram os Estados-Membros para ultrapassarem estas pressões e, simultaneamente, reformulou a sua própria instituição para funcionar mais próximo das pessoas que serve. No dia 1 de Julho de 2025, o Dr. Mohamed Yakub Janabi assumiu as funções de Director Regional. Em Agosto de 2025, o Escritório Regional concluiu a mais extensa reformulação do seu modelo operacional em duas décadas, consolidando os grupos orgânicos técnicos de seis para quatro, reduzindo os cargos de direcção de nove para seis e os cargos de chefia de equipa de 49 para 33 e reduzindo a força de trabalho em cerca de um quarto, de mais de 2500 para menos de dois mil funcionários, face a uma quebra de 29 milhões de dólares em financiamento flexível. Em Janeiro de 2026, todos os 47 Escritórios de país tinham transitado para o novo modelo de Escritório central de país, estando agora colocados ao nível dos países aproximadamente três quartos do quadro de pessoal da Região. Para além da sua reforma interna, o apoio da OMS foi prestado através de quatro canais: liderança técnica e orientação normativa para os programas de controlo de doenças e a SRMNIA (como indicado nos Capítulos 2 e 4); detecção e resposta a emergências, incluindo os sistemas de dados e vigilância que reforçaram a detecção e resposta a surtos em sete dias (Capítulo 3); apoio às reformas de financiamento e gestão dos países, que vão desde a legislação fiscal em matéria de saúde até à gestão das finanças públicas (Capítulos 5 e 6); e coordenação e negociação de apoio que fez avançar as prioridades da Região no âmbito da arquitectura sanitária mundial (Capítulo 7). O quadro estratégico da OMS, *Uma nova era de saúde para a África: uma acção unida para a visão 2035*, foi publicado em 19 de Setembro de 2025 e é objecto de um exame aprofundado no capítulo final.

Os parceiros deram igualmente contributos decisivos, aqui reconhecidos e descritos em maior pormenor nos capítulos seguintes: a União Africana e os CDC de África através da estratégia continental, da nova ordem de saúde pública e da produção local; a GAVI, o Fundo Mundial, o Banco Mundial e outros parceiros de financiamento através do apoio à vacinação, ao VIH, à tuberculose, ao paludismo e ao reforço dos sistemas, com ênfase crescente na apropriação e integração pelos países; as agências das Nações Unidas através de intervenções humanitárias de saúde, ao deslocamento e à nutrição; e as instituições de investigação, a sociedade civil e as comunidades pela entrega e responsabilização.

1.6. O que representa este relatório e porque cada um dos seus capítulos é relevante

Este é o relatório de referência do Director Regional, que retrata de que maneira as forças políticas, sociais, económicas e ambientais moldaram os resultados sanitários em toda a Região Africana entre 1 de Julho de 2025 e 30 de Junho de 2026. Documenta a forma como os Estados-Membros responderam a estas pressões, os progressos alcançados colectivamente pela Região e os contributos específicos proporcionados pela OMS para apoiar esses esforços. O relatório estrutura-se em torno da missão do Décimo Quarto Programa Geral de Trabalho (PGT 14) com vista a promover, fornecer e proteger a saúde, e em torno do tema da septuagésima sexta sessão do Comité Regional: produzir resultados, impulsionar a reforma e garantir o futuro da saúde em África. Cada capítulo liga-se às forças delineadas nesta secção.

O Capítulo 2 examina a prestação de serviços essenciais e os progressos em prol da saúde e do bem-estar universais. Mostra como a Região manteve os cuidados e a cobertura protegida perpassando o abalo financeiro e que serviu para testar directamente as capacidades de acesso e de procura.

O Capítulo 3 examina a forma como a Região protege as populações de emergências de saúde. Apresenta a resposta operacional a um ambiente caracterizado por emergências e demonstra as capacidades de resiliência consideradas mais acima.

O Capítulo 4 examina a forma como a Região promoveu a saúde, abordando os determinantes sociais, comerciais e ambientais que moldam os resultados na saúde. Reflecte a resposta do sector da saúde às forças sociais e ambientais.

Os Capítulos 5 e 6 examinam as reformas institucionais e as medidas de financiamento que permitiram avançar em cada um dos três domínios possíveis. Em conjunto, mostram como as adaptações descritas na Parte 4 se traduziram em mudanças organizacionais, em que as pressões de financiamento agiram como elemento impulsionador da reforma.

O Capítulo 7 examina o posicionamento da Região dentro da arquitectura de saúde mundial em plena evolução. Mostra como a dinâmica política se converteu num agenciamento estratégico.

O capítulo final projecta o olhar para o futuro, utilizando o quadro de referência STEEP apresentado neste relatório para definir a trajectória da Região até 2027 e mais além.. Ao entender este capítulo, o leitor compreenderá o ano transcorrido; os capítulos seguintes indicam, de modo circunstanciado, o que essas forças, decisões e reformas significaram para as populações que a Região serve.

Referências do Capítulo 1

1. World Health Organization Regional Office for Africa (2026) Responding to communicable and noncommunicable diseases in the WHO African Region: Annual report 2025. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa. Disponível em: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2026-02/MTR_RSPI_English_Final.pdf
2. Heydarifard, Z., Veisi, M., Heydari, M. et al. (2026) 'Investigation of the role of political participation in health: A scoping review', Health Science Reports, 9, e72167. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hsr2.72167>.
3. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2024) World Population Prospects 2024. New York: United Nations. Disponível em: <https://population.un.org/wpp/>
4. OECD, African Development Bank, Cities Alliance and United Cities and Local Governments of Africa (2025) Africa's Urbanisation Dynamics 2025: Planning for Urban Expansion. Paris: OECD Publishing. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/2a47845c-en>
5. Regional trends: Forced displacement in West and Central Africa in 2025. Geneva: UNHCR; 2025 Disponível em: <https://www.unhcr.org/sites/default/files/2025-06/west-central-africa-regional-trends-forced-displacement-2025.pdf>
6. Africa's progress towards sustainable local manufacturing of health products. Addis Ababa: Africa CDC; 2024. Disponível em: <https://allafrica.com/stories/202502120025.html>
7. International Telecommunication Union (2025) Measuring digital development: Facts and figures 2025 – Africa. Geneva: ITU. Disponível em: <https://www.itu.int/>
8. Institute for Health Metrics and Evaluation (2025) Financing Global Health 2025: Cuts in aid and future outlook. Seattle, WA IHME.
9. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2025) AIDS, crisis and the power to transform: 2025 Global AIDS Update. Geneva: UNAIDS. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2025/2025-global-aids-update>
10. World Health Organization Regional Office for Africa (2025) Assessment of the potential impact of external aid reductions on health systems and health financing vulnerabilities in Africa. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ede79e73-3ea5-4522-a774-869ecd3f61eb/content>

11. World Health Organization Regional Office for Africa (2024) WHO African Region health expenditure atlas 2023. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa. Disponível em: <https://www.afro.who.int/wp-content/uploads/2024/11/WHO-Afro-financing-atlas.pdf>
12. World Organization (2025) State of the climate in Africa 2025. Geneva: WMO. Disponível em: <https://wmo.int/resources/publication-series/state-of-climate-africa/state-of-climate-africa-2025>
13. Global Carbon Project (2024) Global Carbon Budget 2024. Exeter: Global Carbon Project. Disponível em: <https://globalcarbonbudget.org/gcb-2024/>
14. World Meteorological Organization (2025) Extreme weather and climate events impact millions in Africa in 2025. Geneva: WMO. Disponível em: <https://wmo.int/media/news/extreme-weather-and-climate-events-impact-millions-africa-2025>
15. Food and Agriculture Organization of the United Nations and World Food Programme (2025) Hunger hotspots and acute food insecurity in Africa 2025 (IPC/FAO–WFP). Rome: FAO and WFP. Disponível em: https://www.un.org/unispal/wp-content/uploads/2025/06/HungerHotspots2025_CD5684EN-compressed.pdf
16. World Health Organization (2026) WHO ambient air quality database. 8th edn. Geneva: WHO. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/air-pollution>
17. World Health Assembly (2025) WHA78.1: WHO Pandemic Agreement. Geneva: World Health Organization. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_R24-en.pdf
18. World Health Organization Regional Office for Africa (2024) Roadmap for implementation of the Lusaka Agenda in Africa. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/4a93e967-a4ee-40e1-997c-f412dade3650/content>
19. Africa Centres for Disease Control and Prevention (2022) The New Public Health Order. Addis Ababa: Africa CDC. Disponível em: <https://khub.africacdc.org/records/resource/africas-health-security-and-sovereignty-agenda-a-new-way-forward-1>
20. United Nations (2025) UN80 Initiative Action Plan: 87 actions across three workstreams. New York: United Nations. Disponível em: <https://www.un.org/un80-initiative/en/un80-initiative-action-plan>
21. World Health Organization Regional Office for Africa (2026) WHO African Region health outcomes: Thematic analysis 2026. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa.
22. Instituto de Métricas e Avaliação da Saúde (IHME) (2024). Carga Global de Doença 2021: Descobertas do Estudo GBD 2021. Seattle, WA: IHME. Disponível em: https://www.healthdata.org/sites/default/files/2024-05/GBD_2021_Booklet_FINAL_2024.05.16.pdf
23. World Health Organization (n.d.) Global Health Observatory. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho>
24. World Health Organization and United Nations Children's Fund (2025) WHO/UNICEF Estimates of National Immunization Coverage (WUENIC) 2025. Geneva: World Health Organization and UNICEF. Disponível em: <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/immunization-analysis-and-insights/global-monitoring/immunization-coverage/who-unicef-estimates-of-national-immunization-coverage>
25. World Health Organization (2025) World malaria report 2025: Enfrentar a ameaça relativa à resistência aos medicamentos antipalúdicos. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/be20b8dc-cbfa-42a6-ad17-7679ceb75360/content>

G AREA



Resposta da OMS à doença causada
pelo vírus Ébola de Bundibugyo, Uganda,
25 de Julho de 2026

©OMS/Natalie Ridgard



Resposta da OMS ao surto de doença pelo vírus Ébola na República Democrática do Congo (RDC), 1 de Julho de 2026

© OMS / Joël Lumbala

Capítulo

2.

Produzir resultados para a saúde e o bem-estar universais

A cobertura universal de saúde é o objectivo organizativo deste capítulo, e tem três dimensões em relação às quais os progressos da Região durante o ano devem ser avaliados: **cobertura da população**, ou quem é alcançado e se aqueles que historicamente ficaram para trás estão a ser incluídos; **cobertura dos serviços**, ou que serviços são prestados ao longo da vida, desde os cuidados pré-natais ao tratamento de doenças crónicas na terceira idade; e **protecção contra os riscos financeiros**, ou se as pessoas conseguem aceder aos serviços necessários sem serem empurradas para a pobreza. Estas três dimensões são os meios; o fim é melhorar o bem-estar: vidas mais longas vividas em boa saúde, medidas através da esperança de vida saudável, e protecção contra as dificuldades financeiras que a doença pode acarretar.

Os cuidados de saúde primários não são apenas o contexto em que estes resultados são alcançados; é o princípio organizativo que os produz, através da prestação de serviços integrados, da acção multisectorial sobre os determinantes da saúde e da capacitação das comunidades e dos profissionais de saúde. A integração surgiu como o tema marcante do período em apreço. Neste capítulo, o conceito é compreendido de forma ampla, englobando não só a co-prestação de serviços (através da mesma consulta, profissional de saúde e plataforma), mas também o planeamento integrado, o financiamento, o desenvolvimento da força de trabalho, os sistemas de informação e a responsabilização partilhada.

O capítulo abre com a posição geral da Região sobre a cobertura universal de saúde e o teste imposto pelos desafios do ano. Em seguida, apresenta resultados nas quatro áreas subjacentes ao índice de cobertura de serviços da CUS: saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e do adolescente; eliminação de doenças transmissíveis e das doenças em geral; doenças não transmissíveis e saúde mental; e a capacidade dos serviços que apoiam estas áreas. Uma secção final examina o trabalho transversal sobre o género e sobre a prevenção e resposta à exploração, ao abuso e ao assédio sexuais. Essencialmente, os resultados pertencem aos Estados-Membros. A contribuição do Escritório Regional e dos 47 escritórios de país da OMS reside na orientação, no apoio técnico, no poder de convocação e no trabalho normativo que ajudaram os países a alcançá-los, sendo essa contribuição destacada em cada área.

2.1. O estado actual da cobertura universal de saúde na Região

A cobertura está a aumentar, mas o ritmo dos progressos diminuiu para metade

O índice de cobertura da cobertura universal de serviços de saúde (indicador 3.8.1) para a Região Africana da OMS aumentou de 30 em 2000 para 51 em 2023, o último ano observado (1). Os progressos tiveram lugar sobretudo na fase inicial: 17 dos 21 pontos conquistados foram alcançados até 2015. Desde então, o ritmo dos progressos abrandou significativamente para cerca de meio ponto por ano, incluindo uma fase estacionária de quatro anos nos 48 pontos, entre 2017 e 2020. A variação nos 47 Estados-Membros da Região continua a ser substancial, abrangendo aproximadamente 54 pontos percentuais entre os países com o desempenho mais elevado e o mais baixo, com quase metade de todos os países concentrados no valor médio da distribuição. Uma vez que a Nigéria, a República Democrática do Congo e a Etiópia, no seu conjunto, representam cerca de dois quintos da população da Região e permanecem com uma pontuação percentual igual ou inferior a 50, o valor ponderado em função da população é menos favorável do que o que a média regional sugere. O caminho para um progresso regional mais rápido passa agora pelos grandes países em atraso.

A composição do índice explica os ganhos rápidos do período anterior e o actual abrandamento, e define a agenda para o resto deste capítulo. Dos seus quatro subíndices, a cobertura das doenças infecciosas tem sido o motor dos progressos regionais, passando de 11 em 2000 para 42 em 2023, impulsionada pelo aumento da terapêutica anti-retroviral, pelo alargamento da procura de casos de tuberculose e pelas intervenções sustentadas contra o paludismo. O subíndice de saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil melhorou de 41 para 54 no mesmo período, mas só ganhou quatro pontos desde 2010. O subíndice das doenças não transmissíveis regista a pontuação mais elevada, com 69, embora seja o menos informativo sobre a prestação de serviços porque é influenciado em parte pela prevalência dos factores de risco e não pela cobertura

do tratamento. A capacidade e o acesso aos serviços, incluindo a disponibilidade do pessoal da saúde, a densidade de camas hospitalares e a capacidade de segurança sanitária, continuam a ser o elo mais fraco: estagnaram nos 32 pontos até aos anos 2000 e atingiram apenas a pontuação de 43 até 2023. Outros ganhos devem agora vir dos dois componentes mais lentos: a conclusão da agenda inacabada da saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e dos adolescentes (SRMNIA) e o reforço das capacidades.

Os indicadores de referência mostram o mesmo padrão. A cobertura é elevada onde existem programas estabelecidos. A terapêutica anti-retroviral chegou a 83% das pessoas que vivem com o VIH em 2024, a cobertura de tratamento da tuberculose atingiu os 74%, e a cobertura com a terceira dose da vacina contra a difteria, o tétano e a tosse convulsa) atingiu os 76%. A cobertura é baixa quando é necessário um envolvimento sustentado com o sistema de saúde: apenas 58% das mulheres em idade reprodutiva têm as suas necessidades de planeamento familiar satisfeitas com métodos modernos; a cobertura da segunda dose da vacina contra o sarampo é de 55%; e apenas cerca de um quarto dos adultos que necessitam de tratamento para a hipertensão o recebem. A variação dentro da Região é tão acentuada para os indicadores de referência individuais como para o índice em geral, com os mesmos oito a dez países a representarem a maior parte das necessidades por satisfazer de vacinação, assistência qualificada no parto e serviços de tratamento. A concentração geográfica, e não o tipo de serviço, continua a ser o desafio que define a cobertura de serviços na Região.

A protecção contra o risco financeiro continua a ser a dimensão mais fraca da cobertura universal de saúde. Os pagamentos directos representam cerca de 36% de cada 100 dólares gastos em saúde e ultrapassam o limiar de dificuldade financeira em 35 Estados-Membros. Nos 42 Estados-Membros com dados disponíveis, a incidência mediana das despesas com os pagamentos catastróficos directos é de 5,1%. Examinar a cobertura face às dificuldades revela três problemas políticos distintos: países onde a cobertura e a protecção permanecem baixas porque os serviços simplesmente não estão disponíveis; países onde os ganhos de cobertura estão a ser financiados em grande parte pelos agregados familiares; e países onde a cobertura e a protecção estão a avançar em conjunto. Os países que se movem mais rapidamente partilham uma abordagem comum: investimento sustentado nos cuidados de saúde primários, integração dos serviços em plataformas únicas e reformas de financiamento interno que tornam a cobertura acessível tanto para os governos como para as famílias.

Equidade: as lacunas relativas estão a diminuir, as lacunas absolutas permanecem amplas. Desde 2000, os países no quartil inferior da distribuição obtiveram 23 pontos percentuais, em comparação com 16 pontos para os países no quartil superior. No mesmo período, o rácio do percentil nonagésimo ao décimo diminuiu de 2,7 para 1,8. No entanto, o intervalo interquartil aumentou de 10 para 15,5 pontos, uma vez que a convergência na base foi compensada pelo avanço contínuo no topo. Os progressos na base da distribuição são reais, mas a

lacuna continua a ser substancial.

O teste do ano: o nível base dos serviços essenciais foi mantido

A contracção do financiamento descrita no Capítulo 1 ameaçou interromper o tratamento, suspender as campanhas de prevenção e quebrar as linhas de abastecimento de medicamentos e vacinas. Os serviços em risco foram muito para além dos principais programas de doenças: os cuidados pré-natais e de parto, o planeamento familiar, a vacinação de proximidade e os serviços de nutrição dependem dos mesmos sistemas de transporte, supervisão e produtos que o financiamento externo assumiu há muito tempo.

Medidos em função da continuidade dos serviços e das dimensões de protecção financeira da cobertura universal de saúde, o nível básico foi mantido. Estima-se que a terapêutica anti-retroviral tenha sido salvaguardada para 21,7 milhões de pessoas que vivem com o VIH (2); os medicamentos doados para doenças tropicais negligenciadas continuaram a fluir apesar do congelamento de 170 milhões de dólares de financiamento; e as redes tratadas com insecticida e as campanhas de quimioprevenção do paludismo sazonal foram salvaguardadas em 21 países. Os resultados programáticos específicos são apresentados na secção 2.3.

Foram mantidos porque os serviços partilham uma mesma plataforma. A resposta baseou-se na integração para aumentar a eficiência e não na redução: 26 Estados-Membros reviram os seus planos estratégicos nacionais para o VIH, a tuberculose e a hepatite ao abrigo de um único quadro de concepção integrado, permitindo a apresentação de um cenário de financiamento interno coerente aos ministérios das finanças em vez de três pedidos concorrentes. Nos locais onde os recursos eram mais escassos, os dados de rotina foram utilizados para os direccionar distrito por distrito para as populações e locais que carregam o fardo mais pesado.

O que fez o Escritório Regional? O Escritório Regional manteve a base de referência analítica regional em relação à qual são feitas estas avaliações; apoiou os Estados-Membros na produção e utilização de dados desagregados sobre cobertura e protecção financeira; desenvolveu o quadro de concepção integrado e apoiou a sua implementação; e trabalhou com os países para converter a análise da cobertura em decisões específicas ao nível distrital.

O que ainda impede os progressos? A margem permanece reduzida, e as funções que absorveram o choque, nomeadamente a vigilância, a capacidade laboratorial e de validação e o pessoal especializado para contextos frágeis, são as mais difíceis de reconstruir uma vez perdidas. A integração é ainda mais condicionada por uma questão de governação não resolvida: quem detém os direitos de decisão e a autoridade orçamental necessários para fazer a integração acontecer ao nível distrital. O facto de os diálogos sobre o financiamento interno terem sido integrados em menos de metade dos planos estratégicos revistos reflecte um problema de espaço de decisão, e

não um atraso no planeamento.

Destaques dos países:

África do Sul. Uma resposta ao VIH financiada internamente absorveu um défice de financiamento estimado em 420 milhões de dólares durante o ano sem interromper o tratamento, com recursos internos a cobrirem já cerca de 74% do programa.

Gana. A contracção do financiamento tornou-se um catalisador para a reforma dos cuidados de saúde primários: os recursos que fluem através da Autoridade Nacional de Seguro de Saúde aumentaram em cerca de 60% e foram lançados os cuidados de saúde primários gratuitos, alargando simultaneamente a cobertura e a protecção financeira da população.

2.2. Saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e do adolescente

A sobrevivência ainda depende de os cuidados chegarem a tempo

Qual é a situação na Região? Em grande parte da Região Africana, a sobrevivência de uma mãe e do seu recém-nascido depende menos do que os medicamentos podem fazer do que se os cuidados chegam a tempo. A Região continua a não atingir as metas dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável relativas à sobrevivência materna e infantil. Em 2023, a mortalidade materna foi de 442 óbitos por 100 000 nados-vivos, com quase 900 000 nados-mortos a ocorrerem no mesmo período. Em 2024, a taxa de mortalidade dos menores de cinco anos era de 70 óbitos por 1000 nados-vivos e a mortalidade neonatal de 26 por 1000 nados-vivos (3). A taxa de natalidade na adolescência continua a ser a mais elevada do mundo, com 97 nascimentos por 1000 raparigas entre os 15 e os 19 anos em 2024 (4). As médias regionais ocultam desigualdades profundas: A África Ocidental e Central está constantemente atrás de outras sub-regiões, reflectindo os efeitos combinados do rápido crescimento populacional, da fragilidade, dos conflitos, dos choques climáticos, dos recursos internos limitados e da diminuição do financiamento externo.

No entanto, a trajectória é positiva. O índice de cobertura de serviços de saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil aumentou de 50 em 2015 para 54 em 2023, com 30 Estados-Membros agora acima da média regional, e a percentagem de mulheres cujas necessidades de planeamento familiar são satisfeitas com métodos modernos aumentou de 52,7% para 58,1% entre 2015 e 2024.

Resultados comparados com as metas da iniciativa Todas as Mulheres, Todos os Recém-Nascidos, em Toda a Parte. A Região está agora a comparar-se em relação às sete metas de aceleração, que dão aos ministros um painel único para o ciclo de cuidados (**Quadro 2**). O quadro de pontuação inclui duas conclusões de igual peso. O primeiro é o formato do ciclo de cuidados: a assistência qualificada no parto é o elo mais forte, enquanto os cuidados pré-natais

continuam a ser os mais fracos. Apenas um Estado-Membro atingiu o limiar de quatro consultas de cuidados pré-natais, o que significa que as mulheres continuam a receber cuidados tardiamente. O período pós-natal, em que ocorre a maioria das mortes maternas e neonatais, está abrangido em menos de um terço dos Estados-Membros. A segunda constatação é a ausência de dados para ambas as metas dos cuidados de emergência. A Região não sabe dizer ainda se uma mulher em trabalho

de parto obstruído, ou um recém-nascido que não pode respirar sem ajuda, consegue alcançar os cuidados que salvam vidas de que necessitam a tempo. Isto não é uma lacuna no relatório; é uma lacuna no que a Região consegue ver, e colmatá-la é um investimento de primeira ordem.

Quadro 2. Estados-Membros que atingiram o limiar para as metas da iniciativa “Todas as Mulheres, Todos os Recém-Nascidos, em Toda a Parte”, 2026

Metas da iniciativa Todas as Mulheres, Todos os Recém-Nascidos, em Toda a Parte”	Limiar	Estados-Membros que atingiram o limiar
Cuidados pré-natais (quatro ou mais consultas)	Igual ou superior a 90%	1 (5)
Nascimentos acompanhados por profissionais de saúde qualificados	Igual ou superior a 90%	17 (6)
Cuidados pós-natais para as mães	Igual ou superior a 80%	14 (7)
Cuidados pós-natais para os recém-nascidos	Igual ou superior a 80%	15 (8)
Distritos em que pelo menos 50% da população está no máximo a duas horas de distância de cuidados obstétricos de emergência	Igual ou superior a 80%	Dados ainda indisponíveis
Distritos com pelo menos uma unidade de internamento neonatal de Nível 2 equipada com pressão positiva contínua nas vias respiratórias	Igual ou superior a 80%	Dados ainda indisponíveis
Mulheres que tomam as suas próprias decisões informadas e capacitadas	Igual ou superior a 65%	5 (9)

Fonte: United Nations Population Fund (UNFPA), Global Database on SDG Indicator 5.6.1, via the UN SDG Indicators Database, última actualização em Outubro de 2025. World Health Organization, Global Health Observatory, última actualização em Abril de 2026.

Maurice, agente comunitário de saúde no Posto de Saúde de Musovu, administra suplementos de vitamina A à filha de Dative, no Distrito de Bugesera, Ruanda.



Resultados alcançados. Vários Estados-Membros enquadram agora esta agenda como uma prioridade nacional de desenvolvimento e equidade e não como uma preocupação do sector da saúde. No Quénia, o Presidente e a Primeira-Dama lançaram o plano de aceleração da iniciativa “Todas as Mulheres, Todos os Recém-nascidos, em Toda a Parte” para 2026–2028, visando 26 condados com fardo elevado através do reforço da responsabilização, da melhoria da prontidão dos serviços, do aumento do financiamento interno, da modernização do equipamento e do recrutamento de mais 5000 enfermeiros e parteiras. A Sierra Leone e a Libéria elevaram a mortalidade materna e infantil evitável ao estatuto de emergência de saúde pública, enquanto a República Centro-Africana lançou um roteiro nacional de saúde materna a nível presidencial. Desde a sua nomeação, em Fevereiro de 2026, como Paladina da União Africana para a Saúde Materna e Infantil, a Presidente da República Unida da Tanzânia tem providenciado liderança continental para acelerar os progressos em toda a Região.

A vigilância e resposta às mortes maternas e perinatais tornaram-se o pilar central das estratégias de qualidade dos cuidados em toda a Região. A República Democrática do Congo digitalizou a vigilância da mortalidade materna, reduzindo os atrasos na notificação para nove horas. O país aumentou a implementação das auditorias de 25% em 2024 para 65% em 2025, encontrando 95% das mortes evitáveis. O Maláui reforçou a vigilância em 90 unidades de saúde de grande volume, gerando mais de 120 acções de melhoria da qualidade e reduzindo a mortalidade materna de 439 para 224 mortes por 100 000 nados-vivos. As normas e a força de trabalho melhoraram juntamente a par destes esforços: O Maláui lançou o pacote E-MOTIVE para a hemorragia pós-parto em 180 unidades de saúde; a Etiópia adaptou 16 orientações nacionais e reabilitou unidades residenciais de maternidade e unidades de cuidados intensivos neonatais; e o Burquina Faso aumentou a auto-injecção de DMPA-SC através de 32 640 agentes comunitários de saúde, aumentando a prevalência de contracepção de 23,8% para 24,6% e reduzindo a necessidade por satisfazer de métodos modernos de 19% para 15,7%.

Foram também registados progressos para as crianças e os adolescentes. Quarenta e dois Estados-Membros estão a implementar a estratégia de gestão integrada das doenças da infância e 33 adoptaram políticas de desenvolvimento na primeira infância. O número de Estados-Membros com pontos focais dedicados à saúde dos adolescentes aumentou de 20 para 41, enquanto os que possuem normas nacionais de serviços adaptados aos adolescentes aumentaram de 28 para 36. Um quadro regional de responsabilização reuniu 25 ministérios da saúde e da educação da África Ocidental e Central numa plataforma comum. Na África Austral, a Comunidade de Desenvolvimento da África Austral lançou uma tabela de pontuação bienal que monitoriza 20 indicadores em 16 Estados-Membros como um mecanismo de responsabilização entre pares para os ministros.

O que fez o Escritório Regional? O Escritório Regional apoiou os Estados-Membros na tradução do compromisso político em implementação, incorporando prioridades de aceleração nos planos nacionais e subnacionais e reforçando as intervenções essenciais que impulsionam a sobrevivência: cuidados obstétricos e neonatais de emergência, cuidados aos recém-nascidos pequenos e doentes, vigilância e resposta às mortes, cuidados de parto respeitosos, sistemas de encaminhamento, produtos e uso regular de dados. Elaborou o roteiro regional sobre intervenções de autocuidados para a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos, e apoiou sete Estados-Membros na institucionalização dos autocuidados nos quadros políticos nacionais. Trabalhou através de plataformas conjuntas com o Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA (ONUSIDA), a ONU Mulheres, as comunidades económicas regionais e as associações profissionais. O Escritório Regional também preparou o documento técnico sobre a aceleração dos progressos na saúde e no bem-estar das mulheres, crianças e adolescentes, que foi apreciado pela septuagésima quinta sessão do Comité Regional.

O que ainda impede os progressos? O compromisso político ultrapassou a implementação. Os condicionalismos são sistémicos: financiamento imprevisível, escassez e má distribuição de profissionais de saúde, produtos e infra-estruturas de saúde pouco fiáveis, e fraca coordenação multisectorial sobre os determinantes da saúde que se encontram fora do sector da saúde. A maioria dos Estados-Membros adoptou a vigilância e a resposta às mortes maternas e perinatais, mas a sua operacionalização continua a ser insuficiente. As crianças mais velhas, os adolescentes mais jovens e as pessoas idosas continuam a ser as menos bem servidas.

Destaques dos países:

Burquina Faso. Os autocuidados foram institucionalizados como política nacional através do aumento da auto-injecção da DMPA-SC e da distribuição comunitária de contraceptivos orais por 32 640 agentes comunitários de saúde. O programa aumentou a prevalência de contraceptivos e reduziu as necessidades não satisfeitas, chegando às regiões afectadas por uma grave insegurança.

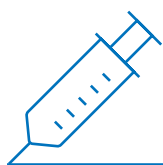
Sudão do Sul. A mortalidade em regime de internamento no Hospital Infantil Al-Sabah, em Juba, caiu de 27% para 3,7% no âmbito de um plano de melhoria da qualidade apoiado pelo Escritório Regional.

2.3. Controlo e eliminação de doenças transmissíveis



O motor de duas décadas de progressos, testado pelas finanças do ano

Os programas para as doenças infecciosas impulsionaram os ganhos de cobertura na Região desde 2000 e continuam a representar a maior parte do fardo remanescente. Estes programas foram também os mais afectados pela contracção financeira durante o ano. Os resultados apresentados em baixo são avaliados face às metas mundiais estabelecidas para cada programa.



A cobertura vacinal mantida e a Região colmataram o défice de imunidade pandémica

Resultados alcançados. De acordo com as últimas estimativas da OMS e da UNICEF sobre a cobertura vacinal nacional, a cobertura da primeira dose da vacina contra a difteria, o tétano e a tosse convulsa manteve-se estável em 83% tanto em 2024 como em 2025. A cobertura da terceira dose (DTP3) aumentou ligeiramente de 75% para 76%, enquanto a cobertura da primeira dose da vacina contra o sarampo manteve-se em 71% durante o mesmo período (10). Dezasseis Estados-Membros atingiram ou ultrapassaram a meta de 90% de cobertura da DTP3, enquanto nove registaram uma cobertura abaixo dos 70%. Em 2025, a Região registou 6,6 milhões de novas crianças “sem doses” recebidas de vacinas e 3,0 milhões de crianças recentemente sub-vacinadas, números praticamente inalterados em relação a 2024 (6,7 milhões e 3,1 milhões, respectivamente). Estima-se que 1,9 milhões de mortes futuras tenham sido evitadas através da vacinação em 2024 (11).

A iniciativa *Big Catch-Up* (*grande repescagem de vacinação*), lançada em 2023 pela OMS, a UNICEF e a GAVI, a Aliança para as Vacinas, foi concluída em Junho de 2026. Implementada em 23 países prioritários da Região, a iniciativa alcançou 10,2 milhões das 12,4 milhões de crianças visadas com idades compreendidas entre os 12 e os 59 meses (82%), com a primeira dose da vacina contra a difteria, o tétano e a tosse convulsa. Além disso, a iniciativa integrou com êxito o rastreio de incumprimentos, o microplaneamento e a notificação digital nos sistemas de rotina (12).

Contra os objectivos de eliminação da Agenda 2030 para a Vacinação, 43 dos 47 Estados-Membros (91%) foram verificados quanto à eliminação do tétano materno e

neonatal. Os quatro países que ainda não o fizeram são Angola, a Nigéria, a República Centro-Africana e o Sudão do Sul, com a Nigéria a seguir uma abordagem faseada por zonas. O número de países que notificaram casos confirmados de sarampo diminuiu de 43 em 2024 para 40 em 2025, com sete a registarem nenhum caso confirmado. Cabo Verde, Maurícia e Seicheles foram confirmados para a eliminação do sarampo e rubéola. Todos os 47 Estados-Membros introduziram a vacina contra o sarampo, embora dois ainda não tenham introduzido a segunda dose e 11 ainda não tenham introduzido a vacina contra a rubéola (13).

Aceleração da introdução de novas vacinas. Vinte e cinco dos 42 Estados-Membros onde o paludismo é endémico introduziram a vacina antipalúdica com o apoio da GAVI, a Aliança para as Vacinas. A vacinação contra o vírus do papiloma humano (VPH) está agora disponível em 36 Estados-Membros, face aos 12 em 2019, com seis a introduzirem pela primeira vez em 2025 e o Burundi a lançar a vacina em todos os distritos de saúde em Abril de 2026. A cobertura da primeira dose de vacina contra o VPH aumentou de 18% em 2019 para 43% em 2024, ultrapassando a média mundial de 31%, colocando a Região no segundo lugar, atrás da Região das Américas (14). As campanhas produziram cada vez mais várias intervenções em conjunto: O Quénia combinou a vacina contra o sarampo-rubéola com a vacina conjugada contra a febre tifóide; a Etiópia administrou a vacina contra o sarampo juntamente com a suplementação de vitamina A e o rastreio da malnutrição; e as campanhas meningocócicas pentavalentes protegeram 3,3 milhões de pessoas no Chade, no Níger e na Nigéria.

O que fez o Escritório Regional? O Escritório Regional da OMS apoiou os países da *Big Catch-Up* com sistemas de microplaneamento e de rastreio de incumprimentos. Também alargou a capacidade de sequenciação genómica da Região de dois para quatro laboratórios, aumentando a percentagem de isolados de poliovírus do tipo 2 sequenciados em África de 47% para 97%. Além disso, o Escritório Regional apoiou 12 Estados-Membros da África Ocidental e Central na realização de campanhas contra o sarampo ou o sarampo-rubéola, alcançando 69,6 milhões de crianças.

O que ainda impede os progressos? A qualidade dos dados continua a ser o impedimento vinculativo, com a subestimação das populações-alvo a aumentar a cobertura administrativa. A cobertura da terceira dose desmoronou e a cobertura da vacina contra o vírus do papiloma humano permanece muito abaixo da meta dos 90%, particularmente nos países com fardo elevado. A transição do apoio da GAVI exigirá igualmente que os Estados-Membros assumam custos que anteriormente não tinham sido financiados a nível nacional.

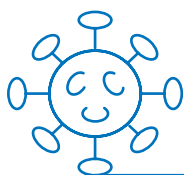


O controlo do paludismo centrou-se na protecção de campanhas que impedem o ressurgimento

Resultados alcançados. O paludismo continua a ser o maior fardo de doenças infecciosas na Região, com cerca de 265 milhões de casos e 580 000 mortes em 2024, o que representa 94%-95% do total mundial, afectando desproporcionalmente as crianças com menos de cinco anos de idade. Uma vez que as intervenções que mantêm o fardo sob controlo são baseadas em campanhas e devem ser realizadas dentro dos prazos estabelecidos, o paludismo é particularmente vulnerável a perturbações no financiamento. Apesar destas restrições, a realização das campanhas foi mantida. A distribuição de redes tratadas com insecticida e as campanhas sazonais de quimioprevenção do paludismo foram salvaguardadas durante a contracção, norteadas por um quadro de risco de ressurgimento a nível distrital. Paralelamente, a vacina antipalúdica passou da implementação experimental para a sua integração nos calendários nacionais de vacinação de rotina.

O que fez o Escritório Regional? O Escritório Regional, em parceria com a Parceria RBM para Pôr Fim ao Paludismo, desenvolveu um quadro de risco de ressurgimento a nível distrital para priorizar a salvaguarda da campanha, e partilhou-o com todos os 47 Estados-Membros. Foi também criada a plataforma de Introdução e Implementação Acelerada da Vacina contra o Paludismo em África para coordenar o apoio dos parceiros para a introdução dos países e facilitar a troca de aprendizagem operacional entre os países.

O que ainda impede os progressos? A resistência parcial à artemisinina foi confirmada em quatro Estados-Membros, ameaçando a eficácia dos tratamentos de primeira linha. A cobertura da vacina contra o paludismo diminui acentuadamente entre a primeira e a quarta doses. Além disso, uma vez que a vacina é recomendada apenas em zonas de transmissão moderada a elevada, a orientação geográfica da disponibilização está a gerar uma percepção de desigualdade dentro dos países.



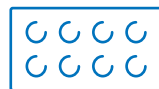
O VIH, a tuberculose, a hepatite e as infecções sexualmente transmissíveis são uma prioridade no contexto da redução do financiamento

Tendo como referência as metas mundiais 95-95-95, a terapêutica anti-retroviral chega agora a 83% das pessoas que vivem com o VIH na Região. A cobertura do tratamento da tuberculose situa-se nos 74%, recuperando de 52% em 2020, o que representa uma das mais rápidas recuperações de serviços após a pandemia de COVID-19. Vinte e seis Estados-Membros reviram os seus planos estratégicos nacionais para o

VIH, a tuberculose e a hepatite no âmbito de um quadro de concepção integrada única (*secção 2.1*), substituindo três argumentos paralelos de financiamento por um e incorporando diálogos de financiamento interno em 12 deles. O lenacapavir, um medicamento injectável, administrado duas vezes por ano para a prevenção do VIH, começou a ser implementado no final de 2025.

O que fez o Escritório Regional? O Escritório Regional desenvolveu e implementou o quadro de concepção integrada, apoiou os Estados-Membros na elaboração de argumentos de financiamento interno para os seus planos revistos e forneceu orientações normativas e apoio aos países para a introdução da prevenção do VIH de acção prolongada.

O que ainda impede os progressos? Um défice de financiamento da tuberculose de aproximadamente 3,6 mil milhões de dólares, em comparação com uma necessidade anual de 4,5 mil milhões de dólares, é o principal obstáculo à procura de casos e ao tratamento. A ONUSIDA alertou que reduções sustentadas no financiamento do VIH podem resultar em mais de 4 milhões de mortes relacionadas com a SIDA até 2030. A Região responde por 63% das novas infecções por hepatite B a nível mundial, mas o programa de controlo da hepatite continua a ser o menos financiado dos três programas. Na prestação de serviços integrados, os serviços para as infecções sexualmente transmissíveis são muitas vezes os primeiros a serem postos de parte quando a integração é impulsionada por considerações de custo e não pela coerência programática.



Os programas das doenças tropicais negligenciadas alcançaram marcos de eliminação, e ao mesmo tempo mantiveram o fluxo de medicamentos doados

Resultados alcançados. As doenças tropicais negligenciadas são o teste mais claro da capacidade da Região para manter um bem público que depende quase inteiramente de produtos doados e da logística necessária para os disponibilizar. Um congelamento do financiamento no início de 2025 colocou ambos em risco. Apesar disso, mais de 28,4 milhões de doses de medicamentos doados foram disponibilizados em 16 Estados-Membros, na sequência de um congelamento de financiamento de 170 milhões de dólares, com um desperdício inferior a 3%. Durante o período em apreço, o Burundi, o Senegal e a Argélia eliminaram o tracoma enquanto problema de saúde pública (*15*), elevando o total regional para 10. O Quênia também eliminou a tripanossomíase humana africana em Agosto de 2025, na sequência de uma diminuição dos casos regionais de 26 574 em 2000 para 583 em 2024.

Estes marcos assentam em bases de longo prazo. Os resultados da eliminação deste ano continuam um percurso estabelecido pelos Estados-Membros ao longo dos anos. Em 2022, o Togo tornou-se o primeiro país do mundo a ser validado para a eliminação de

quatro doenças tropicais negligenciadas. Cabo Verde foi certificado como livre do paludismo em Janeiro de 2024, tornando-se o terceiro país da Região a alcançar este estatuto depois da Maurícia (1973) e da Argélia (2019). Em Maio de 2025, o Botsuana avançou para o escalão de excelência no percurso para a eliminação da transmissão vertical do VIH, tornando-se o primeiro país do mundo de fardo elevado a fazê-lo. Os marcos registados aqui reflectem os esforços sustentados dos programas, dos profissionais de saúde e das comunidades cujos investimentos os antecederam há muito. Este capítulo regista o ano em que os resultados amadureceram, e não o ano em que o trabalho começou.

O que fez o Escritório Regional? O Projecto Especial Alargado para a Eliminação das Doenças Tropicais Negligenciadas e os seus parceiros protegeram a cadeia de abastecimento de medicamentos doados durante o congelamento de financiamento e redireccionaram as reservas para locais onde poderiam ser utilizadas dentro do seu prazo de validade. O Escritório Regional também apoiou a Guiné e o Quénia através da preparação e validação do dossier. Além disso, a Conferência Internacional sobre Investigação e Controlo das Doenças Tropicais Negligenciadas, realizada em Kigali, em Janeiro de 2025, estabeleceu um processo de transferência de dados factuais sobre a eliminação entre os Estados-Membros. Estes resultados reflectem um esforço conjunto do Escritório Regional, dos parceiros do Projecto Especial Alargado, dos fabricantes doadores e dos programas nacionais.

O que ainda impede os progressos? A administração em massa de medicamentos depende do financiamento da campanha, que se torna cada vez mais incerto. A República Democrática do Congo continua a suportar o fardo residual mais pesado da tripanossomíase humana africana, e a vigilância pós-validação continua sem recursos suficientes em toda a Região.

Destaques dos países

Ruanda. Cobertura da vacina contra o vírus do papiloma humano de 98% através da disponibilização nas escolas, o modelo mais replicável da Região.

Guiné e Quénia Eliminação da tripanossomíase humana africana enquanto problema de saúde pública, o resultado de mais de 20 anos de procura de casos, controlo de vectores e tratamento apoiados pelo Escritório Regional e pelos parceiros.

Nigéria. Aumento do financiamento interno para a tuberculose e um compromisso para alargar o financiamento interno do VIH, definido dentro de um plano nacional orçamentado.

2.4. Doenças não transmissíveis e saúde mental



A megatendência que a Região não pode adiar

Qual é a situação na Região? As doenças não transmissíveis representaram 37% de todas as mortes na Região em 2019, um aumento de 24% em 2000, tendo

aproximadamente 64% das mortes por DNT ocorrido antes dos 70 anos (16). Em 2021, a probabilidade de morte prematura devido às quatro principais doenças não transmissíveis na Região era de 21%, ultrapassando a média mundial de 18% (17). A percentagem está a aumentar à medida que as populações envelhecem e vão viver em zonas urbanas. Cerca de 150 milhões de pessoas na Região vivem com um problema de saúde mental. A despesa pública com a saúde mental é de 0,5 dólares americanos por pessoa por ano, e o défice de tratamento para as perturbações mentais comuns ultrapassa os 80%. Estes serviços estão entre os piores classificados no índice de cobertura. As medidas relativas às causas – tabaco, álcool, sal, inactividade física e poluição atmosférica – são abordadas no Capítulo 4, uma vez que esta secção se centra na prestação de serviços.

Resultados alcançados na prestação de serviços.

O Pacote de Intervenções Essenciais da OMS para as Doenças Não Transmissíveis está agora a ser implementado ao nível dos cuidados de saúde primários em 31 Estados-Membros. O modelo de Serviços Oncológicos Integrados para Mulheres abrangeu mais de 17 000 mulheres na Côte d'Ivoire, no Quénia e no Zimbabué, multiplicando-se por seis, através da junção do rastreio do cancro do colo do útero e da mama, do tratamento pré-canceroso e da vacinação contra o vírus do papiloma humano numa única consulta. A Quarta Reunião de Alto Nível das Nações Unidas sobre Doenças Não Transmissíveis, realizada a 25 de Setembro de 2025, estabeleceu metas aceleradas para 2030, relativamente às quais a Região irá agora apresentar relatórios.

Resultados alcançados: tratamento de doenças crónicas graves a nível distrital.

Para a maioria das pessoas na Região que vivem com diabetes tipo 1, drepanocitose ou cardiopatia reumática, o especialista mais próximo está sempre a horas de distância. Trata-se de uma falha na prestação de serviços, não de uma falha de conhecimento. O PEN-Plus, que alarga os cuidados para problemas de saúde graves a hospitais de referência de primeiro nível, onde médicos distritais formados e orientados prestam serviços anteriormente disponíveis apenas em unidades terciárias, está agora activo em mais de 120 unidades de saúde em 20 Estados-Membros, prestando apoio a mais de 170 000 pessoas. O Ruanda alcançou a cobertura nacional do PEN-Plus, tornando-se o primeiro Estado-Membro a fazê-lo. A Terceira Conferência Internacional sobre o PEN-Plus, realizada em Dar es Salaam, em Junho de 2026, permitiu a partilha de experiências de implementação entre os Estados-Membros e identificou prioridades para acelerar o acesso equitativo.

Resultados alcançados em saúde mental. Através da Iniciativa Especial do Director-Geral para a Saúde Mental, 1,3 milhões de pessoas no Gana e 2,7 milhões no Zimbabué obtiveram acesso a serviços de saúde mental durante o período em apreço, e mais de 50 000 receberam apoio psicossocial, a maior expansão documentada a nível comunitário dos cuidados de saúde mental na Região. Os cuidados neurológicos foram intensificados em oito Estados-Membros ao abrigo do Plano de Acção Mundial Intersectorial sobre Epilepsia e outros Distúrbios Neurológicos.

O que fez o Escritório Regional? O Escritório Regional forneceu protocolos clínicos e um modelo de mentoria

para a gestão a nível distrital de doenças crónicas graves em contextos sem apoio especializado no local, e ajudou os Estados-Membros na transição do PEN-Plus de programas-piloto apoiados para programas nacionais. As iniciativas incluíram a integração dos serviços de cancro do colo do útero e da mama com a vacinação contra o vírus do papiloma humano, numa plataforma única, e a tradução das metas da Quarta Reunião de Alto Nível em marcos nacionais. O Escritório Regional criou e lançou o primeiro painel de controlo da saúde mental da OMS em África, consolidando indicadores do Atlas da Saúde Mental, dos inquéritos STEPS e da base de dados sobre o Fardo Mundial das Doenças. Também implementou o modelo de integração comunitária da saúde mental no Gana e no Zimbabué, e apoiou o Essuatíni na conclusão de uma análise e de um plano nacionais de prevenção do suicídio.

O que ainda impede os progressos? Apenas 38% dos Estados-Membros dispõem de orientações nacionais para as DNT e 44 dos 47 não dispõem de dados sobre a mortalidade por causas específicas que cumpram as normas da OMS, o que significa que a Região está a gerir o seu maior fardo emergente sem dados fiáveis sobre a mortalidade. A disponibilidade dos medicamentos essenciais, incluindo a insulina, os anti-hipertensivos de dose fixa e a hidroxíureia, continua a não ser fiável ao nível das unidades de saúde, e o PEN-Plus ainda não está institucionalizado nos orçamentos nacionais. Os programas de saúde mental foram os mais afectados pela redução do financiamento. O apoio monitorizado caiu de uma estimativa de 981 850 pessoas em 2024 para uma projecção de 207 030 pessoas em 2025, enquanto o número de profissionais de saúde qualificados caiu de 55 911 para 5908 num único ano. Dos 34 Estados-Membros que apresentaram relatórios, 25 têm uma política de saúde mental, enquanto apenas sete têm uma integração funcional da saúde mental nos cuidados de saúde primários. As políticas sem integração não prestam cuidados.

Destaques dos países:

Côte d'Ivoire. Rastreio do cancro do colo do útero e da mama, tratamento pré-canceroso e vacinação contra o vírus do papiloma humano disponibilizados a mulheres e raparigas numa única consulta, na mesma plataforma.

Ruanda. Alcançou-se a cobertura nacional do PEN-Plus, demonstrando que os cuidados para as doenças crónicas graves podem ser dimensionados dentro de um orçamento nacional.

Gana e Zimbabué. Integração da saúde mental a nível comunitário, alcançando cerca de 4 milhões de pessoas através da plataforma de cuidados de saúde primários.



2.5. Capacidade dos serviços e acesso a estes



O elo mais fraco e o ano em que começou a ser tratado como um só

Qual é a situação na Região? A capacidade dos serviços e o acesso a estes são os mais baixos dos quatro subíndices de cobertura, tendo sido de 43 de 100 em 2023, e sustentam todos os outros resultados deste capítulo. A Região tem 3,1 médicos e 13,3 enfermeiros e parteiras por 10 000 habitantes (2024), ou seja, 16,4 profissionais de saúde por 10 000 habitantes no total, cerca de 37% do limiar do Índice dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável e o mais baixo de qualquer região da OMS. Com base nas necessidades, dispõe de menos de metade (46%) da força de trabalho de que necessita. O número de profissionais de saúde está a aumentar, tendo passado de 4,3 milhões de profissionais de saúde em 2018 para 5,7 milhões em 2024, mas não suficientemente rápido para acompanhar o crescimento da população e o aumento da procura. O desafio ultrapassa os números: cerca de um milhão de profissionais de saúde qualificados na Região permanecem desempregados ou subempregados, enquanto as unidades de saúde rurais e mal servidas continuam a enfrentar uma escassez de pessoal. Isto reflecte uma falha no mercado de trabalho no sector da saúde, em termos de remuneração, geografia e regulamentação profissional, que as metas de recrutamento por si só não irão resolver.

O resultado mais significativo foi um conjunto de compromissos laborais a nível nacional. A Etiópia comprometeu-se em criar 39 000 novos postos de trabalho; o Zimbabué comprometeu-se em criar 32 000, juntamente com um aumento do orçamento da saúde em termos reais de mais de 30%; o Quénia 20 000; a República Centro-Africana 2000; e o Essuatíni pelo menos 1000. Em conjunto, estes compromissos aproximam-se de 100 000 postos e constituem a maior mudança política na contratação do pessoal de saúde registada pela Região num ano. O Essuatíni também suspendeu o congelamento do recrutamento. Em Novembro de 2025, os Estados-Membros adoptaram a Agenda 2026-2035 para o Pessoal da Saúde em África, estruturada em torno do planeamento, da formação e da retenção. Foram lançados programas curriculares baseados em competências para 10 profissões prioritárias de saúde, e 10 Estados-Membros fizeram avançar a Carta de Investimento no Pessoal da Saúde em África.

Trinta e oito Estados-Membros (81%) concluíram a auto-avaliação da funcionalidade do sistema de informação sanitária em 2024, colocando a maturidade regional em 59% e no nível inicial da escala de cinco níveis da OMS. O perfil do domínio é de diagnóstico: a comunicação e o uso tiveram a pontuação mais alta, de 64%, enquanto a geração e a gestão de dados tiveram a pontuação mais baixa, de 52%. A Região é melhor a utilizar e apresentar dados do que a produzir dados completos e de alta qualidade na fonte. O DHIS2 foi agora adoptado por 43 dos 47 Estados-Membros, proporcionando uma plataforma a partir da qual as análises da próxima década podem ser desenvolvidas.

A Estratégia Regional para Reforçar a Reabilitação nos Sistemas de Saúde 2025-2035 foi adoptada na septuagésima quinta sessão do Comité Regional para a África, em conformidade com a iniciativa da OMS de Reabilitação 2030 e a resolução WHA76.6 (2023). Pela primeira vez, dá aos Estados-Membros um quadro comum para integrar a reabilitação nos sistemas de saúde, em vez de tratá-la como um complemento especializado. A necessidade é substancial e está a crescer. Mais de 210 milhões de pessoas na Região Africana da OMS, aproximadamente uma em cada cinco, necessitaram de reabilitação em 2020 (18), e os anos vividos com deficiência funcional aumentaram 125% entre 1990 e 2019. A segurança rodoviária, a maior causa de traumatismos na Região, é abordada no Capítulo 4 (secção 4.5) enquanto determinante.

O que fez o Escritório Regional? O Escritório Regional elaborou a Agenda Africana do Pessoal da Saúde e os programas curriculares baseados em competências com mais de 300 peritos e organizou, conjuntamente com o Gana, o Segundo Fórum Africano de Investimento no Pessoal de Saúde em Maio de 2026. Também apoiou os Estados-Membros a concluírem a avaliação da funcionalidade do sistema de informação sanitária e a agirem em conformidade com as suas conclusões, e elaborou a Estratégia Regional de Reabilitação adoptada pelo Comité Regional.

O que ainda impede os progressos? Os compromissos relativos à criação de novos postos de trabalho ainda não se traduziram em cargos financiados e preenchidos, e a taxa de conversão é à medida que importa. O planeamento da força de trabalho continua fragmentado entre os ministérios da saúde, das finanças, da educação e do trabalho, enquanto o financiamento da força de trabalho continua a depender fortemente do exterior em pelo menos 14 Estados-Membros. Os dados de rotina permanecem incompletos, a cobertura do registo civil e das estatísticas vitais é fraca e a digitalização ao nível das unidades de saúde é limitada. Os traumatismos não são medidos regularmente, tornando difícil priorizar as necessidades de reabilitação de forma justa face a problemas de saúde mais bem medidos.

Destaques dos países

Etiópia. Trinta e nove mil novos cargos definidos no âmbito de uma reforma mais abrangente da força de trabalho que abrange os agentes comunitários de saúde e os serviços integrados de nutrição, ilustrando o investimento na força de trabalho como a plataforma comum subjacente a todos os resultados deste capítulo.



2.6. Género e prevenção e resposta à exploração, ao abuso e ao assédio sexuais



Os resultados na saúde dependem de quem é alcançado, quem está protegido e quem presta cuidados

O género define cada resultado neste capítulo – quem adoece, quem chega aos cuidados a tempo e quem os presta. As mulheres e as raparigas enfrentam barreiras acentuadas aos serviços de saúde reprodutiva, materna e dos adolescentes, aos serviços de VIH e aos cuidados para as doenças não transmissíveis. As mulheres também representam cerca de sete em cada 10 profissionais do sector da saúde e da prestação de cuidados da Região, mas continuam sub-representadas nos postos de liderança. A prevenção e resposta à exploração, ao abuso e ao assédio sexuais (PRSEAH) constituem a outra metade desta agenda: tanto uma obrigação de protecção como uma condição de confiança da qual todos os serviços de saúde dependem. Os riscos são maiores em contextos frágeis e de emergência, onde as operações da Região chegam mais longe. A OMS na Região Africana está a fazer avançar o princípio de “não deixar ninguém para trás”, integrando a igualdade de género, a equidade na saúde e os direitos humanos (GER) para garantir que são atendidas as necessidades das populações mais vulneráveis e marginalizadas.

A unidade de GER foi reposicionada, juntamente com a prevenção da exploração, do abuso e do assédio sexuais, sob a alçada do Gabinete do Director Regional, com incidência na melhoria da visibilidade, supervisão e integração transversal.

Resultados alcançados. A capacidade de integrar o género, a equidade e os direitos nas políticas, estratégias e planos de saúde foi reforçada através de uma avaliação estratégica bienal de referência que abrangeu 41 países. A maioria dos escritórios de país atingiu os níveis de maturidade em desenvolvimento ou satisfatórios, enquanto os ministérios da saúde estavam distribuídos de forma mais uniforme, não havendo nenhum ainda ao mais alto nível. As conclusões estão a servir de base ao apoio técnico diferenciado a nível nacional, e o relatório de avaliação está em preparação para publicação. Uma ferramenta de monitorização recentemente criada registou 35 pedidos de assistência técnica durante o período, em comparação com 17 no ano anterior. Trinta e cinco equipas nacionais aplicaram as medidas prioritárias das Iniciativas Especiais de Programação da GER, e cinco equipas nacionais – Gana, Maláui, Quénia, Senegal e Ruanda – melhoraram as aptidões e as competências relacionadas com a GER.

O diálogo político, a sensibilização e as parcerias para a integração da GER foram reforçados através de uma consulta regional sobre o projecto de Plano de Acção Mundial para a Saúde dos Povos Indígenas. O apoio à mobilização de recursos resultou na incorporação de considerações de GER nas propostas de 15 países ao Fundo para as Pandemias e nas propostas ao Banco Africano de Desenvolvimento para o reforço dos sistemas de saúde e a preparação para emergências.

A GER foi integrada nas orientações de planeamento operacional para 2026/2027, tendo o Marcador de Igualdade de Género sido aplicado a produtos e serviços em 2026/2027. Foram identificados oito países de referência para o indicador programático sobre igualdade de género, direitos humanos e equidade. A unidade também apoiou a avaliação dos planos estratégicos nacionais de saúde em relação à capacidade de resposta à GER.

A unidade continuou a apoiar a iniciativa de Envolvimento da Mulher na Liderança e no Planeamento Estratégico, financiada pela Fundação Gates com vista a reforçar a responsabilização da liderança e a cultura organizacional para a liderança das mulheres na Região.

Concluiu a implementação da Estratégia Mundial de PRSEAH 2023-2025 e lançou a Estratégia Mundial da OMS 2026-2029, Tolerância Zero na Prática para Prevenir e dar Resposta à Conduta Imprópria de Natureza Sexual.

A capacidade institucional foi reforçada através da formação obrigatória em PRSEAH para o pessoal da OMS, complementada por iniciativas de reforço de capacidades em grande escala que abrangeram mais de 41 000 funcionários dos ministérios da saúde e do pessoal dos parceiros de implementação. O envolvimento das comunidades e os esforços de prevenção expandiram-se de forma igualmente acentuada: só em 2025, mais de 2600 actividades de sensibilização alcançaram mais de 14 milhões de membros da comunidade com as principais mensagens de PRSEAH.

Um marco do período em apreço foi a primeira Conferência Estratégica Africana sobre Prevenção e Resposta à Conduta Imprópria de Natureza Sexual em Operações Sanitárias Conjuntas da OMS e dos Estados-Membros. Esta conferência reuniu representantes de 42 Estados-Membros para fazer avançar a operacionalização do Quadro de Responsabilização dos Estados-Membros da OMS em matéria de PRSEAH, aprovado pela 156.^a sessão do Conselho Executivo e pela septuagésima oitava Assembleia Mundial da Saúde. Os Estados-Membros analisaram os progressos, trocaram boas práticas e chegaram a acordo sobre seis áreas de acção prioritárias regionais para orientar a implementação nacional; o Quadro de Compromisso Regional resultante será apresentado ao Comité Regional para a África para apreciação.

A PRSEAH está agora totalmente institucionalizada como um pilar específico do Sistema Regional de Gestão de Incidentes, integrado em todas as respostas de emergência de Grau 2 e Grau 3 na Região. A actual resposta ao Ébola, por exemplo, inclui uma capacidade específica de PRSEAH dentro da sua equipa de gestão de incidentes.

Em Julho de 2025, o Escritório Regional da OMS para a África concluiu a terceira e última fase de dois projectos realizados através das organizações não governamentais locais *Heal Africa* e *Dynamique des Femmes Juristes*. Estes projectos forneceram apoio médico, psicossocial, jurídico e socioeconómico integrado às vítimas e sobreviventes de casos antigos ligados ao décimo surto de Ébola na República Democrática do Congo. O Escritório Regional também finalizou e validou um mapeamento abrangente dos serviços internos e externos de apoio às vítimas e sobreviventes, que será actualizado anualmente. Foram ainda reforçados os mecanismos de parceria e responsabilização: mais de 90% dos parceiros de implementação que operam nos países de maior risco da Região foram avaliados em função da ferramenta comum de avaliação dos parceiros de implementação das Nações Unidas e registados no Portal dos Parceiros das Nações Unidas, e foram designados pontos focais da PRSEAH em mais de 90% dos ministérios da saúde.

O que fez o Escritório Regional? Implementou a política da OMS de prevenção e resposta à conduta imprópria de natureza sexual e o protocolo das Nações Unidas sobre assistência às vítimas e sobreviventes. Também expandiu os pontos focais, os canais de denúncia acessíveis e o encaminhamento centrado nas pessoas sobreviventes no âmbito da PRSEAH a todos os 47 escritórios de país; reforçou as capacidades do pessoal, dos parceiros e dos homólogos nacionais; incorporou os requisitos de PRSEAH em subvenções e contratos; e apoiou o planeamento sensível ao género, a análise de género e a recolha e uso de dados desagregados por sexo. Este trabalho foi possível graças a parceiros empenhados, incluindo a Fundação Bill e Melinda Gates, o Gabinete dos Negócios Estrangeiros, da Commonwealth e do Desenvolvimento do Reino Unido e parceiros das Nações Unidas, incluindo a ONU Mulheres, o Fundo das Nações Unidas para a População e o Fundo das Nações Unidas para a Infância.

Obstáculos que ainda entravam os progressos.

Um número baixo de casos denunciados ainda é o principal obstáculo: os abusos continuam a ser sistematicamente pouco denunciados e os serviços centrados nas pessoas sobreviventes continuam a estar desigualmente disponíveis. As prioridades remanescentes são manter a capacidade de PRSEAH face à redução do financiamento, colmatar as lacunas nos dados desagregados por sexo e traduzir o género de um princípio de integração num resultado mensurado.

2.7. O Secretariado exorta os Estados-Membros a:

- **concentrar-se** nos distritos e nas populações que suportam a maior parte das necessidades não satisfeitas, uma vez que a concentração geográfica, e não o tipo de serviço, impulsiona agora a lacuna na cobertura regional;
- **encerrar** o ciclo de cuidados às mulheres e aos recém-nascidos: operacionalizar plenamente a vigilância e resposta às mortes maternas e perinatais e medir se os cuidados obstétricos e neonatais de emergência estão ao seu alcance; a Região não consegue determinar actualmente os progressos nesta área;
- **orçamentar e financiar** os planos estratégicos integrados revistos, apresentando-os aos ministérios das finanças como um caso único de pedido consolidado em vez de três separados, e manter os ciclos de tratamento e campanha que não podem ser recuperados retrospectivamente;
- **financiar** os custos de vigilância pós-validação e de transição da GAVI como rubricas orçamentais permanentes, para que os marcos alcançados este ano não sejam revertidos no próximo;
- **converter** as promessas relativas à força de trabalho em cargos financiados e preenchidos, indicando a taxa de conversão;
- **investir** na geração de dados na fonte, que continua a ser o elo mais fraco dos sistemas de informação da Região e a razão da insuficiente visibilidade dos seus maiores fardos, doenças não transmissíveis e traumatismos;
- **reduzir** os pagamentos directos enquanto uma meta explícita de política, juntamente com a cobertura dos serviços, para garantir que os ganhos no acesso não sejam obtidos à custa dos agregados familiares.
- **priorizar “não deixar ninguém para trás” na aceleração da consecução dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável** e da cobertura universal de saúde, integrando as questões de género, equidade e direitos humanos e reduzindo as desigualdades relacionadas com o género.

Referências do Capítulo 2

1. World Health Organization (WHO) and World Bank (2025) Tracking universal health coverage: 2025 global monitoring report. Geneva: World Health Organization.
2. Estimate derived from the 2025 UNAIDS global AIDS update and national programme reports. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2025) The path to end AIDS: 2025 global AIDS update. Geneva: UNAIDS.
3. United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group (MMEIG) (2023) Maternal mortality: Estimates of the United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group (MMEIG). New York: United Nations. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME) (2024) Levels and trends in child mortality: Report 2024. New York: United Nations.
4. World Health Organization (WHO) (2024) Adolescent pregnancy. Fact sheet. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy> (Consultado em 24 de Julho)
5. Seicheles
6. África do Sul, Argélia, Botsuana, Burquina Faso, Cabo Verde, Comores, Congo, Essuatíni, Gabão, Maláui, Maurícia, Namíbia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seicheles e Zâmbia.
7. África do Sul, Argélia, Cabo Verde, Comores, Essuatíni, Gâmbia, Gana, Lesoto, Maláui, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Togo e Zimbabué.
8. África do Sul, Argélia, Cabo Verde, Comores, Congo, Essuatíni, Gâmbia, Gana, Lesoto, Maláui, Quénia, São Tomé e Príncipe, Serra Leoa, Togo e Zimbabué.
9. Essuatíni, Lesoto, Madagáscar, Namíbia e Quénia.
10. World Health Organization (WHO) and United Nations Children's Fund (UNICEF) (2026) WHO and UNICEF estimates of national immunization coverage: 2025 revision. Geneva: World Health Organization and UNICEF.
11. World Health Organization (WHO) (2026) Immunization Agenda 2030 scorecard: WHO African Region (Impact Goal 1.1). Geneva: World Health Organization.

12. World Health Organization Regional Office for Africa (WHO AFRO) (2026) Big Catch-Up regional monitoring dashboard. Brazzaville: World Health Organization Regional Office for Africa. June.
13. Chade, Etiópia, Gabão, Guiné, Guiné-Bissau, Libéria, Madagáscar, Níger, Guiné Equatorial, República Centro-Africana e Sudão do Sul.
14. World Health Organization (WHO) (2026) Human papillomavirus (HPV) vaccination coverage. WIISE online database. Disponível em: [https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/human-papillomavirus-\(hpv\)-vaccination-coverage?GROUP=WHO_REGIONS&ANTIGEN=15HPV1_F&YEAR=&CODE=1](https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/human-papillomavirus-(hpv)-vaccination-coverage?GROUP=WHO_REGIONS&ANTIGEN=15HPV1_F&YEAR=&CODE=1) (Consultado a 24 de Julho de 2026)
15. Chade, Etiópia, Gabão, Guiné, Guiné-Bissau, Libéria, Madagáscar, Níger, Guiné Equatorial, República Centro-Africana e Sudão do Sul.
16. World Health Organization (2025) Non-communicable diseases in the WHO African region: Analysis of risk factors, mortality, and responses based on WHO data. Scientific Reports, 15, 97180. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-025-97180-3> (Consultado a 24 de Julho de 2026)
17. World Health Organization (WHO) (n.d.) Probability of dying between exact ages 30 and 70 from cardiovascular disease, cancer, diabetes or chronic respiratory disease. Global Health Observatory. Disponível em: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/probability-of-dying-between-exact-ages-30-and-70-from-any-of-cardiovascular-disease-cancer-diabetes-or-chronic-respiratory-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/probability-of-dying-between-exact-ages-30-and-70-from-any-of-cardiovascular-disease-cancer-diabetes-or-chronic-respiratory-(-)) (Consultado a 24 de Julho de 2026)
18. Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional para a África Estratégia regional para reforçar a reabilitação nos sistemas de saúde, 2025–2035 (AFR/RC75/6). Brazzaville: Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional para a África.



Dative aconchega a filha na área de espera do Posto de Saúde de Musovu, no Distrito de Bugesera, Ruanda.



Resposta da OMS à doença pelo vírus Ébola causada pelo vírus Bundibugyo, Uganda, 24 de Junho de 2026

© OMS / Natalie Ridgard

Capítulo

3.

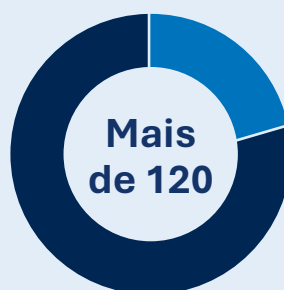
Proteger as populações através de uma maior segurança sanitária



UM FARDO PESADO E PERSISTENTE

Mais de 120

Emergências de saúde pública registadas todos os anos na Região Africana



80%
de surtos



20%
de crises
humanitárias



Emergências recorrentes, sobrepostas e interligadas continuam a ameaçar a saúde, a perturbar os serviços e a aprofundar as vulnerabilidades em toda a Região.

Para a Região Africana, o período de 2025-2026 não foi um ano de surtos isolados definidos face a uma base de referência calma; a base de referência foram emergências recorrentes. O surto da doença por vírus Ébola (DVE) em Bulape, seguido dos surtos da doença por vírus Ébola (DVE) causada pelo vírus Bundibugyo na República Democrática do Congo e no Uganda, desenvolveu-se em paralelo com a cólera, a varíola símia, o vírus de Marburgo, a meningite, a dengue, cheias e crises humanitárias. Estas foram algumas das mais de 120 emergências de saúde pública registadas anualmente na Região, 80% destas surtos e as restantes 20% crises humanitárias (1).

Em 2025, mais países foram afectados pela cólera do que em qualquer um dos três anos anteriores, tendo sido registados 245 472 casos, incluindo 5344 óbitos – uma taxa de letalidade (TL) de 2,2% – em 24 países (2), o que fez retroceder os progressos rumo às metas de eliminação da cólera para 2030. Entre Julho de 2025 e Junho de 2026, a varíola símia continuou a propagar-se, tendo chegado aos 21.306 casos confirmados e 121 óbitos - ou seja, uma taxa de letalidade de 0,6% - em 30 países, embora o estatuto de ESPDI lhe ter sido levantado em 2025. Houve igualmente outros surtos significativos, nomeadamente de febre de Lassa, dengue, febre do Vale do Rift e difteria, a par de eventos relacionados com o clima, como cheias e ciclones que afectaram a África Oriental e a África Austral.

No mês de Setembro de 2025, as alterações introduzidas no Regulamento Sanitário Internacional (RSI) em 2024 entraram em vigor em 46 Estados-Membros do continente africano. Além disso, o grupo sobre hantavírus a bordo de um navio de cruzeiro, em Maio de 2026, mobilizou 23 pontos focais nacionais do RSI em quatro continentes no âmbito de uma resposta coordenada - numa demonstração clara quanto ao cumprimento do RSI. As capacidades de preparação têm vindo a reforçar-se à medida que os países respondem com uma independência crescente e a resposta por si só é mais ágil: o surto de Ébola em Bulape pôde ser controlado em 88 dias. No entanto, o actual surto de doença por vírus BVD é um lembrete vincado quanto à complexidade ainda maior de gerir emergências de saúde pública quando estas se sobrepõem a conflitos armados.

A contribuição da Região para a missão “*proteger a saúde*” do Décimo Quarto Programa Geral de Trabalho (PGT14) centra-se na prevenção, preparação, detecção e resposta a emergências sanitárias para assegurar que um choque numa comunidade não é replicado como uma catástrofe em muitas outras. Esses esforços partilham de uma lógica unificadora com o remanescente do relatório: a capacidade instituída para uma emergência é criada para ser duradoura. tirando partido da plataforma de cuidados de saúde primários que presta cuidados de rotina, a força de trabalho mobilizada para um surto, a rede laboratorial que sequencia um poliovírus e o sistema de vigilância que detecta uma ocorrência precocemente continuam a servir a população assim que a emergência tiver passado.

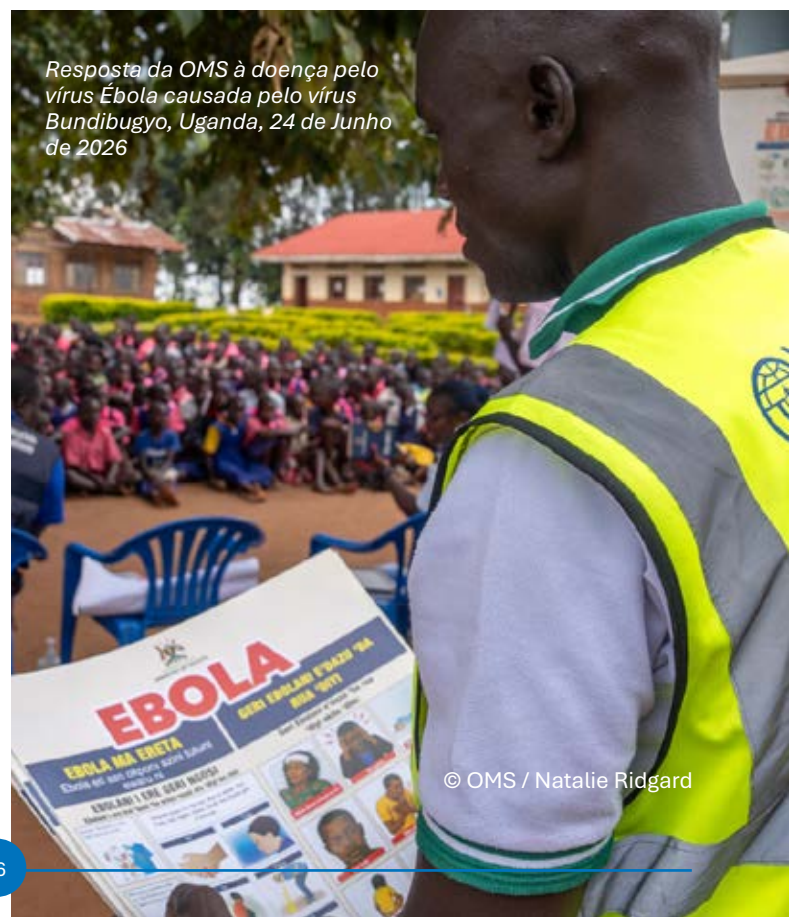
O presente capítulo descreve como isso se tornou possível em **seis domínios de resultados**: reforço da

preparação para emergências; vigilância colaborativa e alerta precoce, reerguidas nos termos das alterações do RSI de 2024; maior celeridade no controlo de surtos, mercê de uma força de trabalho que passou a ser transfronteiriça em poucas horas e deixou atrás de si uma capacidade permanente; uma infra-estrutura antes afectada à poliomielite que doravante protege a Região contra muito mais doenças; e uma resposta à resistência aos antimicrobianos seguindo a abordagem “Uma Só Saúde”, que manteve os medicamentos de hoje eficazes e a continuidade dos serviços essenciais de saúde.

Perante o panorama apresentado no Capítulo 1, o Escritório Regional da OMS para a África trabalhou com os Estados-Membros para desenvolver capacidades capazes de perdurar. As reformas institucionais que sustentaram esta resposta são aprofundadas no Capítulo 5, o financiamento de que dependem é alvo de atenção no Capítulo 6, e a agenda de resiliência que alimenta vem circunstanciada no Capítulo 7.

3.1. Os países estão preparados para enfrentar ameaças à saúde pública e prevenir a propagação transfronteiriça de agentes patogénicos

Esta secção dá conta do contributo da Região para as funções de preparação e resposta da missão “*proteger a saúde*”: estabelecer os quadros jurídicos e as capacidades de preparação necessárias para identificar e prevenir perigos de alto risco, medir as capacidades de preparação e identificar as prioridades que protegem a saúde e limitam as consequências sócio-económicas das emergências.



Resposta da OMS à doença pelo vírus Ébola causada pelo vírus Bundibugyo, Uganda, 24 de Junho de 2026

© OMS / Natalie Ridgard

Principais resultados



Na sua totalidade, os 47 Estados-Membros

adoptaram as alterações ao RSI de 2024, e 46 concluíram o processo da sua entrada em vigor em 2025; 13 criaram autoridades nacionais do RSI, que é um dos novos elementos trazidos por essas alterações.



O relatório anual de auto-avaliação dos Estados-Partes (SPAR)

foi completado na íntegra pelo nono ano consecutivo: a média das capacidades essenciais regionais subiu, de 42% em 2018 passou para 51% em 2025, tendo o domínio da vigilância registado o maior ganho. O primeiro relatório anual do RSI da Região expõe os pormenores da implementação do RSI em África.



Dos 47 Estados-Membros da Região, 41 (87%)

concluíram uma segunda ronda de Avaliação Externa Conjunta (AEC) das capacidades essenciais do RSI, tendo 10 países atingido o nível 3 (capacidade de desenvolvimento) ou superior em 2025, quando em 2016 só houve um, e apenas três países permaneceram no nível mais baixo de capacidade (nível 1) em 2025, quando em 2016 foram 27. Quarenta e um países utilizaram os resultados da AEC para elaborar planos de acção nacionais para a segurança sanitária (PANSS), e foram mobilizados 225 milhões de dólares em recursos do Fundo para as Pandemias para reforçar as capacidades essenciais do RSI.



Outros onze países (elevando o total para 35)

identificaram os seus perfis de risco de perigo aplicando o Conjunto de Ferramentas Estratégicas para a Avaliação dos Riscos (STAR) durante o período em análise. Foi elaborado um sistema inovador de Troca de Dados sobre Preparação (PDX) que já abrange os 47 países todos; trata-se de um sistema de inteligência integrada da preparação (IA) que funciona como uma plataforma de alerta precoce relativamente a todos os perigos, integrando medidas de antecipação e de previsão.



Em Junho de 2026, 19 países (um aumento face a cinco em 2023)

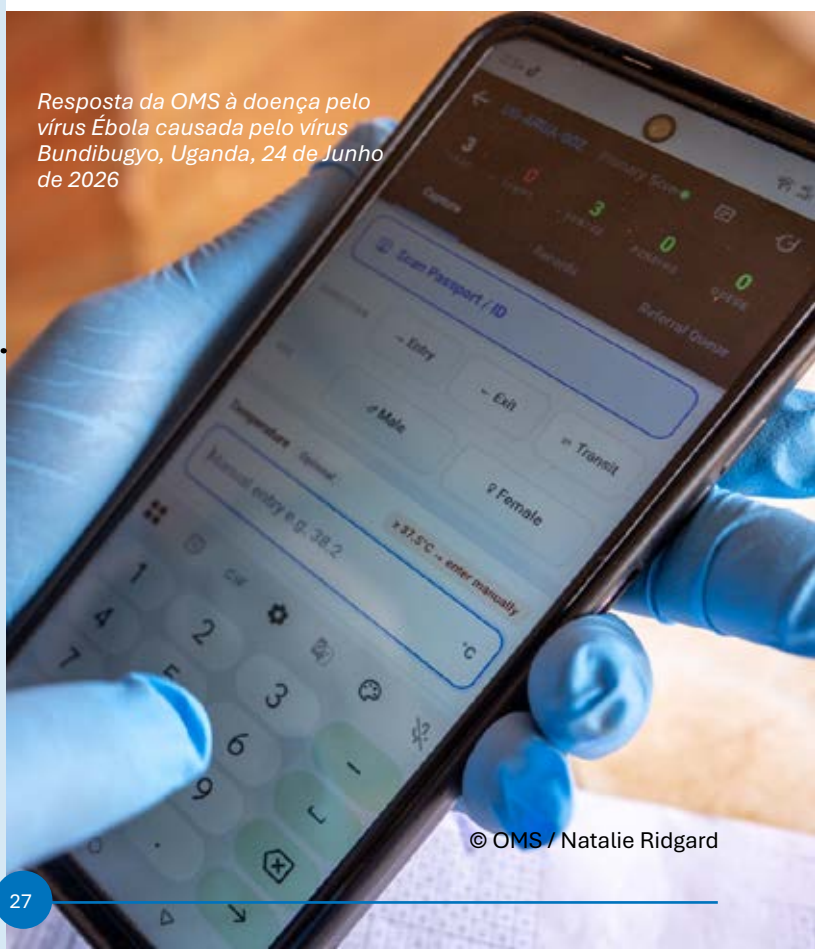
tinham identificado as suas Áreas Prioritárias para Intervenções Multisectoriais (PAMI), um pré-requisito para a eliminação da cólera e a vacinação preventiva; 24.454.867 doses de vacina oral contra a cólera foram administradas em 11 países, e 2.332.368 pessoas foram vacinadas contra a varíola símia em 17 países. Relativamente à DVE, foram entregues 52.010 doses de vacina à República Centro-Africana para apoiar a vacinação preventiva dos profissionais de saúde e trabalhadores na linha da frente, enquanto 48.090 doses foram entregues à República Democrática do Congo para apoiar a vacinação em resposta a surtos.

Destaques dos países

O Gana transpôs para o seu ordenamento jurídico as alterações de 2024 ao Regulamento Sanitário Internacional, mais especificamente integrou-as na legislação sobre cobertura universal de saúde, num único pacote legislativo em vez de dois processos separados. A Região está agora a promover activamente este modelo, uma vez que concilia a base jurídica da segurança sanitária com a base jurídica do financiamento da saúde, assegurando que tanto as obrigações inerentes à preparação como ao financiamento para cumpri-las constam da lei.

3.2. Os 47 Estados-Membros na sua totalidade transformam os seus sistemas de vigilância e laboratoriais a favor de uma detecção mais rápida

Esta secção apresenta a contribuição da Região para as funções de prevenção e detecção da missão “*proteger a saúde*”: a capacidade de vigilância e alerta precoce, construída ao abrigo das alterações ao RSI, sobre a qual assenta tudo o resto. Em termos práticos, o retorno surge onde é mais importante: na celeridade com que os eventos passaram a ser detectados.



Resposta da OMS à doença pelo vírus Ébola causada pelo vírus Bundibugyo, Uganda, 24 de Junho de 2026

Principais resultados



A detecção surgiu

mais cedo em virtude das reformas jurídicas: 71% das ocorrências de saúde pública em 2025 foram detectadas no prazo de sete dias e, desde 2017, o tempo dispendido até à detecção vem baixando constantemente.



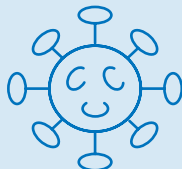
A plenitude da vigilância e resposta integradas

às doenças subiu em 46 Estados-Membros, de 70% em 2024 passou para 94% em 2025, com uma pontualidade que varia entre os 55% e 66%; a plataforma centralizada de vigilância e resposta integradas às doenças está agora a ser utilizada em 40 Estados-Membros (85%), estando 24 países formados em análise avançada de surtos, análise colaborativa e modelização.



O pólo de Dakar,

em parceria com o Instituto Pasteur e as redes laboratoriais do Centro Africano de Prevenção e Controlo de Doenças servem de esteio à coluna vertebral da vigilância regional.



A iniciativa de recolha de informações sobre epidemias

a partir de fontes abertas foi alargada a 44 Estados-Membros (94% da Região), tendo sido formados mais de 1500 funcionários em 67 acções de formação. Anualmente, são agora detectados mais de 100 sinais, com uma taxa de confirmação de 60%.



O conjunto de ferramentas estratégicas

para a avaliação dos riscos foi aplicado em mais 11 países, um aumento de 13% comparativamente a 2024. Outrossim, a Região elaborou a ferramenta de intercâmbio de dados sobre preparação, assente na IA, que interliga os dados sobre perigos, preparação e sistemas de saúde, associada à primeira consulta de peritos sobre IA para emergências de saúde a realizar em África.



A Unidade de preparação

para as emergências e resposta laboratorial do Escritório Regional da OMS para a África fez progressos significativos no reforço dos sistemas laboratoriais e da capacidade de diagnóstico na Região toda, graças a avaliações laboratoriais direccionadas, ao rápido incremento do diagnóstico, a iniciativas de garantia de qualidade e a uma vigilância genómica alargada.



Todos os Estados-Membros

possuem agora capacidade de sequenciação. O produto da sequenciação aumentou em conformidade: relativamente à COVID-19, de menos de 5500 sequências em 2020 passou para mais de 183.500 em 2025; relativamente à varíola símia, de menos de 500 sequências em Julho de 2024 passou para mais de 2700 em Novembro de 2025.



Resposta da OMS à doença pelo vírus Ébola causada pelo vírus Bundibugyo, Uganda, 24 de Junho de 2026

© OMS / Natalie Ridgard

3.3. Respostas mais céleres a emergências de saúde pública, deixando atrás de si capacidades nacionais mais sólidas

Durante o período em apreço, de Julho de 2025 a Junho de 2026, a OMS apoiou os Estados-Membros de toda a Região Africana na resposta rápida a emergências de saúde pública, tirando partido das capacidades nacionais, regionais e mundiais. Este apoio foi alinhado com as prioridades do pilar “proteger a saúde” do PGT14, a Estratégia Regional para a Segurança e as Emergências Sanitárias 2022-2030 e o Quadro de Resposta a Emergências da OMS. Concentrou-se não somente na contenção de surtos e na redução do impacto das emergências em saúde, mas ainda em assegurar que os investimentos na resposta favoreçam também o reforço dos sistemas nacionais, a manutenção dos serviços essenciais de saúde e a melhoria da preparação para futuros embates.

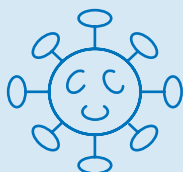
Estima-se que África tenha representado cerca de **45 % do número total de casos humanitários ao nível mundial**, com aproximadamente **134 milhões de pessoas em situação de necessidade em 2025 (3)**. Após um número recorde de 167 milhões de Africanos que se depararam com uma grave insegurança alimentar em 2025, estima-se que 120 milhões de pessoas venham a sofrer de insegurança alimentar, no grau de crise, por todo o continente em 2026 (4). Dentro da Região, **18 países** foram classificados como frágeis, afectados por conflitos e vulneráveis, encontrando-se **11 grupos de saúde em modo de resposta**, o que significa que o controlo de surtos, a coordenação da saúde humanitária e a continuidade dos serviços essenciais tiveram de ser geridos conjuntamente, em particular nas zonas afectadas por conflitos, deslocamentos populacionais, insegurança alimentar e choques climáticos.



Resposta da OMS à doença pelo vírus Ébola causada pelo vírus Bundibugyo, Uganda, 24 de Junho de 2026

© OMS / Natalie Ridgard

Principais resultados



O surto de DVE

na Zona de Saúde de Bulape, na República Democrática do Congo, foi contido em 88 dias, tendo-se registado 64 casos, 45 óbitos e 19 sobreviventes segundo as notificações; e não se propagou para além da zona de saúde afectada (5).



Em contextos frágeis,

afectados por conflitos e vulneráveis, a implementação do Pacote de Serviços Essenciais de Saúde H3 aumentou a disponibilidade de serviços de aproximadamente 50% para mais de 80%, havendo vários países que atingiram uma cobertura mínima de 90%. A OMS e os seus parceiros apoiaram a continuidade dos serviços essenciais através de 9865 unidades de saúde em 18 contextos frágeis, alcançando mais de 23 milhões de pessoas em 2025 (6).



Dados adicionais

relativos ao período entre Julho de 2025 e Junho de 2026 indicam que a implementação do Pacote H3 aumentou de 50% para 83%, enquanto o Sistema de monitorização da disponibilidade de recursos e serviços de saúde monitorizou 26.354 unidades de prestação de serviços em 9865 unidades de saúde.



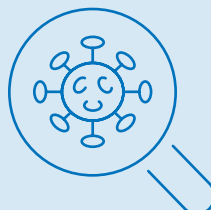
A capacidade de intervenção nacional

e regional também aumentou significativamente: através do Corpo Africano de Voluntários para a Saúde (AVoHC)-SURGE, mais de 2600 socorristas receberam formação em 32 países e 26 países activaram as suas bolsas nacionais de pessoal pré-qualificado.



Houve 1300 destacamentos do AVoHC-SURGE

em 2025 - 1218 nacionais e 82 internacionais - a par disso 489 socorristas adicionais foram formados em oito países e 40 instituições africanas estão agora activas na Rede Mundial de Alerta e Resposta a Surto (GOARN).



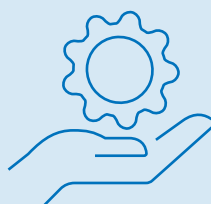
A resposta à varíola

símia passou da fase de controlo de emergências para a fase de transição e integração. Na sequência de esforços regionais e continentais sustentados, o Director-Geral da OMS determinou, em 5 de Setembro de 2025, que o recrudescimento da varíola símia deixou de constituir uma ESPDI (7). Posteriormente, a República Democrática do Congo declarou o fim do seu surto nacional e a Equipa Continental de Apoio à Gestão de Incidentes de Varíola Símia foi desactivada, dando baixa a uma resposta de quase dois anos.



A resposta à cólera

em vários países obteve ganhos mensuráveis pese embora o risco contínuo de transmissão. A cólera permaneceu generalizada, com mais de 245 mil casos e 5238 óbitos notificados em 24 países durante 2025-2026; no entanto, as medidas de resposta integrada reduziram a taxa de letalidade notificada de 2,01% para 1,14% até ao final de 2025. Só entre o terceiro e o quarto trimestre de 2025, a taxa de letalidade caiu de 2,46% para 1,57% e os óbitos baixaram de 65%, apesar da transmissão contínua. Foram administradas quase 30 milhões de doses da vacina oral contra a cólera, integradas com a vigilância, a gestão de casos, as medidas relativas a água, saneamento e higiene (WASH) e as intervenções ao nível comunitário. A cólera foi contida com êxito no Chade (8), na Namíbia, no Ruanda, na República Unida da Tanzânia, no Quênia, na República do Congo, na Zâmbia e em Angola, tendo havido reduções significativas dos casos notificados no Sudão do Sul.



A capacidade logística

regional sustentou a rapidez da resposta de emergência. O relatório anual documenta quase 5 milhões de dólares em produtos vitais movimentados através dos pólos de Nairobi e de Dakar em 2025; os dados preliminares do RC76 indicam ainda o recebimento de 218 remessas avaliadas em mais de 4 milhões de dólares, o envio de 240 destacamentos avaliados em 9,39 milhões de dólares e aquisições de emergência superiores a 9 milhões de dólares para 24 países, mediante 377 ordens de compra emitidas entre Julho de 2025 e Junho de 2026.

O surto de Ébola (vírus Bundibugyo) em curso na República Democrática do Congo e no Uganda



Visita do Diretor Regional da OMS para a África ao centro de tratamento da mpox em Bujumbura, Burundi – Março de 2026

©OMS

Breve historial. Em 5 de Maio de 2026, a OMS foi alertada para uma doença de causa desconhecida com elevado grau de mortalidade na Zona de saúde de Mongbwalu, na província de Ituri, na República Democrática do Congo. De entre as primeiras vítimas mortais encontravam-se profissionais de saúde. No dia 15 de Maio, os testes laboratoriais confirmaram ser DVE originada pela estirpe Bundibugyo; em 17 de Maio, esse surto activo na República Democrática do Congo e no Uganda foi considerado uma ESPDI (9).

Em que ponto estamos. A 14 de Julho de 2026 (dados até 13 de Julho), a República Democrática do Congo tinha notificado 2011 casos confirmados e 754 óbitos, tendo 366 doentes recuperado. O Ituri continua a ser o epicentro, com 1808 casos e 631 óbitos em 26 das suas 36 zonas de saúde, e a transmissão estendeu-se ao Kivu do Norte, Kivu do Sul, Alto-Uele e Tshopo: Das 140 zonas de saúde, 42 em cinco províncias estão agora afectadas. No Uganda, foram notificados 20 casos confirmados e dois óbitos, todos eles detectados em Kampala - 15 ligados a viagens da República Democrática do Congo e cinco a contágio local. O mais recente caso foi confirmado em 21 de Junho, mas desde essa data não foi notificado mais nenhum. Três casos foram exportados para fora da Região, dois foram evacuados para a Alemanha e um notificado em França (9,10,11).

Progressos realizados até à data. A experiência do Uganda mostra os benefícios da preparação: a importação foi detectada, a transmissão foi confinada a um pequeno número de casos interligados na capital e nenhum caso foi notificado desde há mais de três semanas. Na República Democrática do Congo, a resposta alargou-se à vigilância, ao rastreio de contactos, à gestão de casos, à prevenção e controlo de infecções, a enterros seguros e dignos e ao envolvimento da comunidade, com 81,5% dos contactos identificados a serem acompanhados em Ituri e no Kivu do Norte.

O canal de contramedidas evoluiu: em 12 de Julho, começaram os ensaios clínicos de duas terapêuticas (remdesivir e MBP134); foi autorizado um ensaio de fase 1 para uma vacina candidata e o protocolo de ensaio PARTNERS patrocinado pela OMS está a ser implementado em ambos os países (9).

Principais questões. Das quais se destacam quatro. Primeiro, não existe nenhuma vacina licenciada nem tratamento específico para a variante Bundibugyo: as ferramentas que deram conta dos recentes surtos da estirpe do Zaire da DVE não são aplicáveis e a resposta baseia-se em medidas de saúde pública clássicas enquanto opções candidatas vão sendo testadas. Segundo, o surto situa-se numa zona remota, mas densamente povoada, onde grassam conflitos, insegurança e uma crise humanitária. O que atrasa a detecção, interrompe o rastreio de contactos e expõe as equipas de resposta a perigos - entre os primeiros a perder a vida estiveram profissionais de saúde. Terceiro, subsistem falhas significativas de vigilância e epidemiológicas, cuja pegada geográfica se amplifica em cinco províncias. Quarto, o elevado número de pessoas e a circulação comercial, juntamente com três exportações para fora da Região, sustentam o risco de haver uma maior propagação real.

Etapas seguintes propostas. Manter e financiar a resposta na República Democrática do Congo até que a transmissão seja interrompida; manter a contenção do Uganda e preservar a vigilância transfronteiriça, assegurar a prontidão e a preparação dos pontos de entrada nos Estados-Membros limítrofes; acelerar os ensaios terapêuticos e a vacinas para que a Região nunca mais volte a ficar sem contramedidas face a um filovírus conhecido; proteger os profissionais de saúde através da prevenção e controlo de infecções; e manter as comunidades no centro, porque a confiança é determinante na detecção precoce de casos.

Destaque da resposta

A resposta à varíola símia demonstrou que uma coordenação regional constante pode fazer com que grandes emergências envolvendo múltiplos países transitem da escalada para o controlo. A resposta conjunta da OMS e dos CDC de África harmonizou a vigilância, o apoio laboratorial, a vacinação, os cuidados clínicos, a comunicação dos riscos, a coordenação entre parceiros e o apoio aos países num único quadro operacional. O que contribuiu para uma redução de 61,5% nos casos em relação a picos anteriores e apoiou a distribuição de mais de 1,17 milhões de doses de vacinas nos países afectados. A cobertura dos testes melhorou, de 57% em 2024 passou para 66% em 2026, reflectindo o reforço da capacidade laboratorial (12).

O levantamento da ESPDI contra a varíola símia em Setembro de 2025, o encerramento da resposta nacional de emergência à varíola símia na República Democrática do Congo e a desactivação da Equipa Continental de Apoio à Gestão de Incidentes (EAGI) marcaram uma transição da resposta de emergência para uma vigilância, prontidão e integração sustentadas nos sistemas de rotina.

Destaques dos países:

República Democrática do Congo

O surto da doença por vírus Ébola na Zona de saúde de Bulape, na província do Kasai, mostrou a maneira como uma emergência pode ajudar a reforçar a resiliência a longo prazo. Declarado a 4 de Setembro de 2025 e oficialmente terminado em 1 de Dezembro de 2025, o surto resultou em 64 casos, 45 óbitos e 19 sobreviventes, tendo tido uma taxa de letalidade de 70,3%.

A resposta combinou o destacamento precoce, a vigilância, o rastreio de contactos, a vacinação, a gestão de casos, a prevenção e controlo de infecções, a logística, o envolvimento da comunidade e o reforço das unidades de saúde. A OMS mobilizou aproximadamente 6 milhões de dólares, destacou 112 funcionários, apoiou

a verificação de mais de 3300 alertas, monitorizou mais de 2300 contactos, apoiou a vacinação de mais de 45 mil pessoas, criou dois centros de tratamento do Ébola e mobilizou mais de 150 toneladas métricas de suprimentos e equipamento logístico. (13). A infra-estrutura de tratamento incluiu uma unidade de tratamento do Ébola com 40 camas e um módulo de tratamento de doenças infecciosas com 32 camas.

Para além do surto, a resposta deixou atrás de si recursos para o sistema de saúde local. Os investimentos em abastecimento de água, energia solar, capacidade de tratamento e logística permitiram reforçar o Hospital Geral de Bulape, incluindo uma tubagem de água com 2,5 km, um reservatório para armazenamento de água com mais de 20 mil litros (14) e apoio de energia solar.

Estes investimentos deram sustento à resposta ao surto e continuarão a apoiar a preparação para futuras emergências e os cuidados de rotina.

Esta experiência mostra quão valiosa é uma abordagem de resposta à resiliência. Os mesmos investimentos que ajudaram a travar a transmissão também reforçaram a capacidade em termos de água, energia, tratamento, logística e força de trabalho no distrito afectado. Algo que deve passar a ser uma prática normalizada após grandes surtos.



Surto de doença pelo vírus Ébola na província do Kasai, República Democrática do Congo, Setembro de 2025



Etiópia

O primeiro surto de doença por vírus de Marburgo na Etiópia foi contido em menos de três meses graças à forte liderança nacional e ao rápido apoio da OMS (15). O Ministério da Saúde e o Instituto de Saúde Pública da Etiópia activaram centros nacionais e regionais de operações de emergência de saúde pública (COESP), reforçaram a vigilância e o rastreio de contactos, designaram centros de tratamento, instalaram um laboratório móvel em Jinka e envolveram as comunidades. A OMS apoiou todos os pilares da resposta, incluindo a coordenação, o diagnóstico laboratorial, a gestão de casos, a prevenção e controlo de infecções, o enterro seguro e digno, a logística e a comunicação dos riscos.

O surto resultou em 14 casos confirmados, incluindo nove óbitos e cinco doentes recuperados, havendo mais cinco mortes prováveis (16). A OMS activou a sua resposta de emergência no prazo de 24 horas, destacou 36 peritos e redireccionou 28 funcionários para reforçar as operações no terreno. A resposta foi ainda viabilizada pelos investimentos anteriores da Etiópia na preparação em matéria de saúde pública, incluindo o reforço da capacidade laboratorial, sistemas de vigilância de doenças, uma força de trabalho de emergência qualificada e mecanismos de coordenação criados através do COESP. Tendo contado com o apoio de iniciativas como o Projecto Multisectorial de Prevenção, Preparação e Resposta à Pandemia da Etiópia e o programa AVoHC-SURGE, estas capacidades permitiram a detecção precoce, o rápido alargamento dos meios de diagnóstico, o destacamento atempado de equipas de resposta e a continuidade dos serviços essenciais de saúde.

Moçambique

À medida que as alterações climáticas se acentuam a frequência e a intensidade das inundações e demais fenómenos meteorológicos extremos, as emergências relacionadas com o clima estão a tornar-se um risco recorrente para a segurança sanitária, exigindo maior preparação, vigilância e continuidade dos serviços essenciais. Em Moçambique, a OMS apoiou a resposta liderada pelo governo no quadro das inundações que afectaram mais de **720 000 pessoas** em seis províncias e na cidade de Maputo. O apoio incluiu a coordenação aos níveis nacional, provincial e distrital, o pré-posicionamento de consumíveis essenciais, o reforço da vigilância das doenças e o destacamento de equipas de resposta rápida e de um coordenador clínico para manter os cuidados nos centros de acolhimento.

À medida que a resposta passou para a fase de restabelecimento na província de Gaza, a OMS apoiou os esforços envidados no sentido de restaurar e manter os serviços de saúde nas zonas flageladas. As inundações afectaram **100 centros de saúde**, incluindo **20** que ficaram inundados e **23** que tiveram de encerrar temporariamente, enquanto **710 profissionais de saúde** foram directamente afectados (17). A OMS destacou um responsável de emergência sanitária e um coordenador do grupo de saúde, enviou **nove toneladas** de medicamentos e consumíveis essenciais para a prevenção e o tratamento da cólera e apoiou a notificação digital diária de mais de **160 unidades de saúde** por forma a reforçar a detecção precoce e reduzir o risco de surtos secundários.

Águas das cheias contaminam suprimentos médicos no Hospital Rural de Chókwè, Moçambique – Fevereiro de 2026



3.4. Resiliência: continuidade dos serviços essenciais de saúde para as populações protegidas durante as emergências

Entre emergências, a Região não se recosta num padrão de sossego. Tal como é evidenciado na perspectiva regional, registam-se mais de 120 emergências de saúde pública todos os anos, sendo que quatro em cada cinco correspondem a surtos de doenças, e durante o período em análise muitas ocorreram simultaneamente em vez de sequencialmente. As emergências recorrentes passaram a ser o ambiente operacional, já não a excepção. A resiliência é, por conseguinte, apresentada aqui como um resultado por direito próprio.

Este fardo persistente coincidiu com um período marcado pela contracção financeira, aliás os dados factuais são coerentes: sistemas débeis não conseguem ser resilientes (18). Os sistemas absorvem os embates através das capacidades diárias existentes previamente ao choque - governação, financiamento, força de trabalho, informação e prestação de serviços - e não através de estruturas criadas após o acontecimento (19). Uma análise exploratória da resiliência dos sistemas de saúde em África, realizada em 2026, identificou os mesmos alicerces, ao mesmo tempo que destacou o envolvimento comunitário de confiança e as infra-estruturas adaptáveis enquanto pilares adicionais ou de resiliência (20). Num período de contracção financeira, isso tem implicações práticas: a Região não carece de uma arquitectura de emergência paralela nem se pode dar a esse luxo.

Portanto, a resposta da Região consiste em assegurar que cada resposta produz um dividendo duplo. Em Bulape, por exemplo, a resposta ao Ébola proporcionou a mais de 20 mil residentes uma melhoria no acesso à água potável, à energia solar e a um centro de operações de emergência reabilitado após o fim do surto - uma dupla vitória no âmbito do Quadro da Região destinado a sustentar sistemas de saúde resilientes para alcançar a cobertura universal de saúde e a promover a segurança sanitária, 2023–2030 (21). As comunidades são portadoras dessa resiliência: o envolvimento criado durante uma resposta é aquele que mantém a detecção e os cuidados entre elas. A recuperação alimenta a preparação, e a preparação reforça a resposta subsequente. É este ciclo, e não a velocidade de qualquer activação única, que faz com que uma sequência de respostas se torne num sistema que cresce com mais vigor ao longo do tempo. Trata-se de uma conclusão concreta dirigida aos ministros: no âmbito de uma contracção, a preparação mais económica que existe é a capacidade que a última intervenção já pagou. As prioridades abaixo transformam esse princípio numa prática normalizada.

Desafios persistentes

O programa de emergência enfrenta um conjunto de condicionalismos interligados, começando pelo financiamento. O investimento na preparação para emergências continua a ser baixo, embora a probabilidade de uma outra pandemia surgir em qualquer ano seja estimada em uma em cinquenta. Os cortes de financiamento entre sectores atingiram tanto as capacidades de vigilância como as de laboratório e restringiram a implementação de actividades prioritárias. Apesar dos progressos realizados, as limitações de financiamento, a escassez de pessoal e o desgaste das equipas continuaram a comprometer a amplitude e a qualidade das operações de resposta.

As capacidades essenciais continuam desiguais. As capacidades essenciais do RSI para ocorrências com produtos químicos e radiação arrastam-se há décadas, e pouco existe para inverter essa tendência; outras capacidades em atraso - recursos humanos para a saúde, segurança sanitária dos alimentos e prevenção e controlo das infecções - estão ao alcance se o investimento for efectivado. A implementação da vigilância colaborativa, uma das capacidades essenciais da arquitectura mundial para a preparação, resposta e resiliência a emergências sanitárias, continua a ser desigual nos Estados-Membros, e como fracas infraestruturas de saúde digital e a fraca capacidade analítica limitam a expansão das plataformas digitais para a vigilância e resposta integradas às doenças.



Surto de doença pelo vírus Ébola na província do Kasai, República Democrática do Congo, Setembro de 2025

© OMS / Josua Mulala

Os laboratórios enfrentam desafios conexos. Apesar dos ganhos reais, as variações na capacidade de sequenciação e os atrasos na apresentação de amostras continuam a limitar a pontualidade da inteligência genómica. Os estrangulamentos logísticos e de aquisição afectam o fornecimento de reagentes e consumíveis em alguns contextos, enquanto o pessoal de laboratório insuficiente limita tanto a prestação como a expansão do apoio técnico.

Nas operações de resposta a emergências, o principal desafio é cada vez mais a resistência e não as crises de activação. Conflitos e restrições de acesso, choques relacionados com o clima, lacunas na água e no saneamento e sistemas de saúde fragilizados afectaram o destacamento, o aprovisionamento de consumíveis, a supervisão no terreno, a continuidade dos serviços e o planeamento da recuperação - mais acentuadamente em contextos de fragilidade e afectados por conflitos.

É na cólera que estes condicionalismos convergem. A Região não está no bom caminho para a eliminação até 2030: os progressos são fracos em 10 dos 20 marcos fundamentais do Quadro Regional para a Eliminação da Cólera (AFR/RC68/7), e todas as dez são intervenções de água, saneamento e higiene que requerem investimento a longo prazo. Em 2025, a África registou o seu maior número de casos de cólera, amplificado pela transmissão transfronteiriça associada a grandes movimentos migratórios, lacunas persistentes na preparação e fragilidades nas infraestruturas de saúde, especialmente no que se refere à água, ao saneamento e à higiene.

Prioridades

No decurso dos próximos 18 meses, o Escritório Regional apoiará os Estados-Membros a transposição para a legislação nacional das alterações ao Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de 2024 e do Acordo sobre Pandemias da OMS de 2025, através de um pacote legislativo único alinhado com os quadros nacionais de cobertura universal de saúde, e apresentará um relatório à septuagésima sétima sessão do Comité Regional em 2027, com foco na forma como os marcos jurídicos alcançados neste período se traduziram em capacidades operacionais e melhorias mensuráveis a nível nacional. A promoção da governação e parcerias regionais no âmbito da abordagem “Uma Só Saúde” culminará na primeira Conferência Regional sobre a abordagem “Uma Só Saúde” e na proposta de Quadro Regional para a abordagem “Uma Só Saúde”, que será apresentada para aprovação ministerial na septuagésima sétima sessão do Comité Regional.

A melhoria da informação de saúde pública e da vigilância e resposta integradas às doenças continua a ser a principal prioridade para uma detecção mais rápida. Com base nos ganhos registados nas capacidades essenciais do RSI através da auto-avaliação dos Estados Partes e dos relatórios de avaliação externa

conjunta, a Região irá acelerar a vigilância colaborativa e expandir as capacidades de diagnóstico e genómica para melhorar a detecção de agentes patogénicos com potencial pandémico. O intercâmbio de dados de preparação será implementado em todos os Estados-Membros, alinhando a sua arquitectura de dados com os sistemas nacionais de informação para a gestão sanitária.

Em resposta, a próxima fase irá colocar o enfoque no financiamento previsível, nos sistemas nacionais de intervenção reforçados, nos abastecimentos posicionados previamente e na preparação baseada em informação em matéria de clima. O Escritório Regional trabalhará com os Estados-Membros e os parceiros para manter a prontidão em caso de pico de 24 a 48 horas, posicionar previamente os consumíveis essenciais mais perto das zonas de alto risco, alargar o acesso ao financiamento rápido e flexível, reforçar os sistemas de gestão de incidentes e os centros de operações de emergência de saúde pública liderados pelos países, integrar a prontidão baseada no clima e na abordagem “Uma Só Saúde”, proteger os serviços essenciais em contextos de fragilidade e reforçar a responsabilização e a aprendizagem.

Durante os próximos 12 meses, o Escritório Regional também tornará a resiliência pós-emergência uma componente normalizada das principais respostas a surtos, usando a abordagem pós-surto de Bulape como modelo para futuras transições. Será dada especial ênfase à descentralização das funções de segurança sanitária, à protecção da continuidade dos serviços essenciais e ao reforço das plataformas ao nível distrital. Os sistemas de água, as plataformas de tratamento, as equipas de resposta qualificada, as ferramentas digitais, os centros de operações de emergência de saúde pública, a logística e as plataformas de continuidade dos serviços criadas durante as emergências serão mantidos como parte da capacidade nacional de segurança sanitária, para que a Região possa responder mais rapidamente, deixando os países mais fortes para a próxima emergência.

O Secretariado exorta os Estados-Membros a:

- **investir** nas capacidades essenciais que as reformas jurídicas exigem para manter essas conquistas, sobretudo em contextos de fragilidade e humanitários;
- **reforçar** o direito à protecção estabelecido pelas alterações, por forma a chegar às populações mais expostas;
- **preservar** os ganhos de emergência após a resposta terminar, através de financiamento interno, financiamento flexível previsível e uma maior apropriação nacional; e
- **investir** na água, saneamento e higiene para pôr a eliminação da cólera de volta ao alcance até 2030.

3.5. O impacto ampliado das infraestruturas de luta contra a poliomielite

Esta secção relata um resultado que se encontra no centro da missão “*proteger a saúde*” e vai muito além disso. África continua livre do poliovírus selvagem autóctone e, apesar de uma redução de 30% no financiamento mundial da poliomielite durante o período em apreço, a Região continuou a reduzir a transmissão por terceiro ano consecutivo. Os centros de operações de emergência liderados pelo país sob a liderança directa do Ministério da Saúde, a par do rápido destacamento de equipas de resposta no prazo de 72 horas após cada surto confirmado, são a arquitectura que conseguiu essa realização. As infra-estruturas criadas para encontrar e travar o poliovírus, as redes de vigilância, os laboratórios e as equipas de resposta rápida tornaram-se uma espinha dorsal comum para detectar e responder a muitas outras ameaças.

QUÉNIA: Campanha de vacinação contra a poliomielite – 11–13 de Novembro de 2024

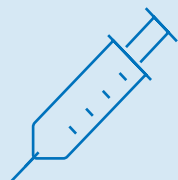
Principais resultados



Cerca de 200 milhões de crianças com menos de cinco anos foram abrangidas por mais de 5 milhões de doses da vacina oral contra a poliomielite em 420 países prioritários.



Os casos de paralisia causados pelo poliovírus circulante de tipo 2 derivado da vacina caíram de 245 em 2024 para 172 em 2025 e para 40 em meados de 2026, e o número de grupos distintos de emergência diminuiu de 22 para seis.



Nove surtos de poliovírus circulante de tipo 2 derivado da vacina foram interrompidos após duas a três rondas de campanhas: no Burundi, na Gâmbia, no Gana, na Guiné-Bissau, na Libéria, na Mauritânia, na República do Congo, na Serra Leoa e no Uganda. Moçambique não detecta vírus desde o início de 2024.



A capacidade de sequenciação genómica na Região foi alargada de dois para quatro laboratórios, aumentando a percentagem de isolados de poliovírus do tipo 2 sequenciados em África de 47% em 2024 para 97% em 2026.



Cinquenta e três actividades sincronizadas de vacinação suplementar foram implementadas em 17 países prioritários, com 80% dos distritos visados a alcançarem uma cobertura de alta qualidade; foram destacados mais de 2400 funcionários para situações de emergência.



Quarenta e seis dos 47 Estados-Membros da Região operam actualmente sistemas de vigilância ambiental, enquanto 16 laboratórios acreditados processam mais de 100 000 amostras por ano.



As redes de vigilância e de laboratórios com financiamento para a luta contra a poliomielite apoiam agora a detecção do sarampo, da febre-amarela, da varíola símia e da cólera, e as equipas de resposta rápida à poliomielite foram destacadas para apoiar a resposta à varíola símia na República Democrática do Congo.

Desafios e prioridades

Três anos consecutivos de declínio da contagem de casos não eliminaram a ameaça da transmissão do poliovírus. A transmissão persistente do poliovírus circulante de tipo 2 derivado da vacina na Bacia do Lago Chade, no Corno de África, na República Democrática do Congo e em Angola exige atenção contínua. O défice de financiamento residual da Iniciativa Mundial de Erradicação da Poliomielite até 2029 é de 1,7 mil milhões de dólares americanos, e a redução orçamental operacional de 30% para 2026 irá restringir a capacidade de vigilância e resposta a surtos em países menos prioritários, agravando os efeitos da insegurança, da deslocação das populações e do stresse climático no Sahel, no Corno de África e na República Democrática do Congo. O planeamento da transição da poliomielite continua a ser desigual em toda a Região; apenas uma minoria dos Estados-Membros elaborou planos de transição orçamentados alinhados com o plano de acção estratégico da OMS para a transição para a poliomielite.

Durante os próximos 18 meses, o Escritório Regional intensificará os esforços para interromper a transmissão em sub-regiões de alto risco, especialmente no Corno de África, na Bacia do Lago Chade e em partes da África Austral e Central, através de intervenções específicas orientadas para o nível subnacional e reforçará a coordenação transfronteiriça; procurará colaborar com os Estados-Membros para colmatar lacunas de imunidade incorporando a vacinação contra a poliomielite nos serviços essenciais de saúde, com foco deliberado nas crianças com dose zero e com vacinação insuficiente; expandirá ainda mais a vigilância genómica e reforçará a vigilância da paralisia flácida aguda e ambiental para reduzir o tempo médio de detecção do poliovírus para menos de 35 dias até 2027; e operacionalizará o quadro de transição para a poliomielite adoptado na septuagésima quinta sessão do Comité Regional através de planos nacionais orçamentados em pelo menos 15 países prioritários até à septuagésima sétima sessão em 2027.

O Secretariado exorta os Estados-Membros a:

- **mobilizar** fundos internos para apoiar a vacinação de rotina e a resposta a surtos através dos mecanismos de emergência existentes; e
- **adoptar** os planos de transição orçamentados que irão transferir a infra-estrutura da poliomielite para a sua próxima função como um activo regional partilhado.

3.6. A resistência aos antimicrobianos foi enfrentada através da governação, vigilância e tutela da iniciativa “Uma Só Saúde”

Esta secção apresenta a resposta da Região à emergência mais lenta no âmbito da missão “*proteger a saúde*”. Quando os antibióticos deixam de funcionar, conquistas fundamentais da medicina moderna ficam comprometidas: uma cesariana, uma pneumonia infantil ou mesmo uma cirurgia de rotina podem voltar a ter consequências potencialmente fatais. Durante o período em apreço, a Região passou da sensibilização para a governação, vigilância e gestão reforçadas necessárias para abrandar a resistência aos antimicrobianos, através de uma abordagem “Uma Só Saúde” que liga a saúde humana, animal e ambiental. Isto associa a resistência aos antimicrobianos à preparação em matéria de segurança sanitária.

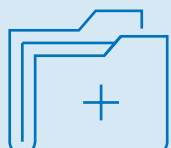
O Escritório Regional convocou a resposta no âmbito da iniciativa da Região “Uma Só Saúde” com os parceiros quadripartidos (Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), Organização Mundial da Saúde Animal (OMSA), OMS e Programa das Nações Unidas para o Ambiente (PNUA)) e a União Africana (CDC de África e Escritório Interafricano da União Africana para os Recursos Animais (UA-IBAR)); realizou a formação sobre cálculo de custos e orçamentação, o Inquérito de Auto-Avaliação dos Países sobre o Acompanhamento da Resistência aos Antimicrobianos (TrACSS) e o Sistema Mundial de Vigilância da Resistência e do Uso de Antimicrobianos (GLASS), e produziu perfis nacionais e regionais para apoiar a tomada de decisões com base em dados factuais. realizou o primeiro exercício de simulação regional para surtos relacionados com a resistência; liderou a Semana Continental de Sensibilização para a Resistência aos Antimicrobianos (TrACSS); e prestou apoio técnico especializado à gestão e ao uso de antimicrobianos aos países, incluindo uma avaliação dos elementos de gestão em 26 unidades de saúde centrais da Sierra Leone que produziu um modelo reproduzível. Manteve a base de dados factuais regional, publicando análises das tendências da resistência e da implementação do Plano de Acção Nacional e contribuindo com dados factuais revistos pelos pares sobre vigilância, capacidade laboratorial, infecções associadas aos cuidados de saúde e papel das vacinas (22–30).

Principais resultados



Todos os 47 Estados-Membros

estão agora inscritos no GLASS, e 33 estão a comunicar dados sobre a resistência para informar as decisões clínicas e de saúde pública.



A plataforma TrACSS de 2025

alcançou uma taxa de submissão regional de 100%, reforçando a responsabilização pela implementação do plano de acção nacional.



Dezassete Estados-Membros

reforçaram as capacidades para elaborar planos de acção nacionais com o cálculo dos custos e orçamentados sobre a resistência aos antimicrobianos, e cinco instituíram programas de gestão e monitorização da utilização de antimicrobianos.

Destaques dos países

A resistência aos antimicrobianos tem sido tratada desde há muito como uma preocupação laboratorial, sendo facilmente adiável para um ministério da saúde sob pressão. Em 2025, a República Unida da Tanzânia acolheu a Semana Africana Continental Mundial de Sensibilização para a Resistência aos Antimicrobianos, organizada conjuntamente pelas organizações quadripartidas e instituições da União Africana. e, ao fazê-lo, ajudou a colocar a trazer a temática da margem para o cerne da agenda regional de segurança sanitária. A escolha do anfitrião tem importância: Ao colocar a sua plataforma nacional por detrás de uma iniciativa de sensibilização continental, o Governo da República Unida da Tanzânia assinalou aos Estados-Membros que a resistência aos antimicrobianos requer uma governação coordenada em todos os sectores da saúde humana, animal e ambiental, e que os dados de vigilância que agora fluem de todos os 47 Estados-Membros inscritos no Sistema Mundial de Vigilância da Resistência e do Uso de Antimicrobianos têm de ser tomadas medidas.

Desafios subsistentes

A arquitectura está em vigor, mas permanece incompleta ou ainda não é totalmente auto-sustentável. Dos 47 Estados-Membros integrantes do sistema de vigilância, 33 apresentam relatórios, deixando uma lacuna por colmatar antes de o quadro regional se tornar verdadeiramente abrangente. A vigilância tem de se traduzir numa nova prescrição e numa prevenção mais forte das infecções, o que é o trabalho mais árduo a jusante. Onde existem, os planos de acção nacionais orçamentados enfrentam agora a mesma pressão de financiamento que qualquer outro investimento em segurança sanitária, no momento em que a sua implementação é mais importante.

Prioridades para avanços futuros

Durante os próximos 18 meses, o Escritório Regional apoiará os Estados-Membros que ainda não apresentaram relatórios para começarem a fornecer dados, de modo a que a vigilância se aproxime de uma cobertura regional completa; ajudará mais Estados-Membros a elaborar planos de acção nacionais orçamentados e a institucionalizar programas de gestão e monitorização da utilização de antimicrobianos; e aprofundará a vigilância integrada em todos os sectores da saúde humana, animal e ambiental, com a dimensão dos sistemas alimentares, incluindo a resistência aos agentes patogénicos transmitidos pelos alimentos, desenvolvida no capítulo 4.

O Secretariado exorta os Estados-Membros a:

- **calcular os custos, orçar e financiar** os seus Planos de Acção Nacionais a partir de recursos internos e integração da resistência aos antimicrobianos nas propostas de segurança sanitária e do Fundo para as Pandemias;
- **comunicar sobre o uso de antimicrobianos** e dados sobre a resistência ao GLASS e reforçar a vigilância das infecções associadas aos cuidados de saúde e a capacidade laboratorial;
- **institucionalizar a tutela antimicrobiana** e a prevenção e controlo de infecções ao nível das unidades de saúde; e
- **manter a governação multisectorial no âmbito da “Uma Só Saúde”** e o compromisso político de alto nível para além das campanhas de sensibilização.

Referências do Capítulo 3

1. World Health Organization Regional Office for Africa (2025) Weekly bulletin on outbreaks and other emergencies, 2025–2026. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa.
2. World Health Organization Regional Office for Africa (2026) AFRO cholera dashboard. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa.
3. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (2025) Africa humanitarian overview: mid-year update, June 2025. New York: OCHA. Disponível em: <https://www.unocha.org/publications/report/world/africa-humanitarian-overview-mid-year-update-june-2025> (Consultado em: 17 de Julho de 2026).
4. Africa Center for Strategic Studies. Africa's unresolved conflicts drive acute food insecurity. Washington (DC): Africa Center for Strategic Studies; 2025. Disponível em: <https://africacenter.org/spotlight/conflicts-drive-food-insecurity/> (Consultado em 17 de Julho de 2026).
5. World Health Organization. Ebola virus disease – Democratic Republic of the Congo. Disease Outbreak News. Geneva: World Health Organization; 1 de Dezembro de 2025. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON589> (Consultado em 17 de Julho de 2026).
6. World Health Organization Regional Office for Africa (2026) Fragile, conflict-affected and vulnerable (FCV) countries. Disponível em: <https://www.afro.who.int/node/20024>
7. World Health Organization Regional Office for Africa (2025) Mpox intra-action review 2: consolidated report. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa. (Internal document.)
8. Emergency preparedness and response across Africa. Monthly Bulletin December 2025. Brazzaville: World Health Organization, 2025 (<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/b2486547-904f-4e3a-ae95-5421f70ed1f8/content>)
9. Ebola virus disease – Democratic Republic of the Congo. Disease Outbreak News. Geneva: World Health Organization, 1 December 2025 (<https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON589>, Consultado em: 17 de Julho de 2026).
10. Epidemic of Ebola disease caused by Bundibugyo virus in the Democratic Republic of the Congo and Uganda determined a public health emergency of international concern. Geneva: World Health Organization; 2026. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/17-05-2026-epidemic-of-ebola-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo-and-uganda-determined-a-public-health-emergency-of-international-concern>, Consultado em: 17 de Julho de 2026).
11. Ebola disease outbreak in the Democratic Republic of the Congo and Uganda. Stockholm: ECDC, 2026. (<https://www.ecdc.europa.eu/en/ebola-outbreak-democratic-republic-congo-and-uganda>, Consultado em 17 de Julho de 2026).
12. World Health Organization. Mpox intra-action review 2: consolidated report. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2025. (Internal document.)
13. World Health Organization Regional. Office for Africa (2025) Democratic Republic of the Congo declares end of 16th Ebola outbreak. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa. Disponível em: <https://www.afro.who.int/countries/democratic-republic-of-congo/news/democratic-republic-congo-declares-end-of-16th-ebola-outbreak> (Consultado em: 17 de Julho de 2026).
14. World Health Organization. Regional Office for Africa (2026). Water supply system transforming life beyond the Ebola response, Democratic Republic of the Congo. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa. Disponível em: <https://www.afro.who.int/countries/democratic-republic-of-congo/news/water-supply-system-transforming-life-beyond-ebola-response-democratic-republic-congo> (Consultado em: 17 de Julho de 2026).
15. World Health Organization. Regional Office for Africa (2026). Ethiopia declares end of first-ever Marburg virus disease outbreak. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa. Disponível em: <https://www.afro.who.int/countries/ethiopia/news/ethiopia-declares-end-first-ever-marburg-virus-disease-outbreak> (Consultado em: 17 de Julho de 2026).
16. World Health Organization (2026) Marburg virus disease – Ethiopia. Disease Outbreak News. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON592> (Consultado em: 17 de Julho de 2026).

17. World Health Organization Regional. Office for Africa (2026). Sustaining health services in Mozambique's Gaza Province after devastating floods. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa. Disponível em: <https://www.afro.who.int/photo-story/sustaining-health-services-mozambiques-gaza-province-after-devastating-floods> (Consultado em: 17 de Julho de 2026).
18. Kieny, M.P., Evans, D.B., Schmets, G. and Kadandale, S. (2014) 'Health-system resilience: reflections on the Ebola crisis in western Africa', *Bulletin of the World Health Organization*, 92(12), p.850. Disponível em: <https://doi.org/10.2471/BLT.14.149278>
19. Kruk, M.E., Myers, M., Varpilah, S.T. and Dahn, B.T. (2015) 'What is a resilient health system? Lessons from Ebola', *The Lancet*, 385(9980), pp.1910–1912. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60755-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60755-3)
20. Ankomah, M., Abekah-Nkrumah, G., Okai, G.A. et al. (2026) 'An account of health systems resilience to emergencies in Africa: a scoping review', *Global Health*, 22, p.47. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12992-026-01209-9>
21. World Health Organization. Regional Office for Africa (2023). Framework for sustaining resilient health systems to achieve universal health coverage and promote health security 2023–2030. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2023-07/AFR-RC73-5-Framework%20for%20sustaining%20resilient%20health%20systems%20to%20achieve%20universal%20health%20coverage%20and%20promote%20health%20security%202023-2030.pdf>
22. 'Addressing the silent epidemic of antimicrobial resistance in the African Region: a scoping review of evidence gaps and research considerations' (2025) *BMJ Public Health*. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjph-2025-004853>
23. 'Perspectives on the regional strategy for implementation of national action plans on antimicrobial resistance in the WHO African Region' (2024) *Antibiotics*, 13(10), p.943. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/antibiotics13100943>
24. 'The WHO costing and budgeting tool for national action plans on antimicrobial resistance: a review and assessment of impact in Africa' (2025) *Journal of Antimicrobial Chemotherapy – Antimicrobial Resistance*. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jacamr/dlag094>
25. World Health Organization Regional Office for Africa (2024) Tracking implementation progress of AMR national action plans in the WHO African Region: insights from the 2024 survey on human health. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstreams/f8a1fc3f-04b4-4505-bbe5-4edbd1cf013a/download>
26. World Health Organization Regional Office for Africa (2024) Analysis of antimicrobial resistance trends in the WHO African Region: insights from GLASS data. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ce240e90-8c66-4143-90b3-86fe671674c7/content>
27. 'Eight years of strengthening AMR response capacity in the WHO African Region (2017–2024): progress in antimicrobial consumption monitoring, surveillance and laboratory capacity' (2025) *BMJ Public Health*. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjph-2025-004532>
28. 'Surveillance of healthcare-associated infections in the WHO African Region: systematic review of literature from 2011 to 2024' (2025) *Antibiotics*, 14(12), p.1287. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/antibiotics14121287>
29. Mapping the role of vaccines in combating antimicrobial resistance in the WHO African Region: a scoping review and implications for research and policy' (2025) *BMC Infectious Diseases*. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12879-025-11080-5>



QUÉNIA: Resposta de emergência às inundações – 3 de Maio de 2024
© OMS/ Genna Print

Capítulo

4.

Tornar as populações mais saudáveis e combater os factores que causam as doenças

A maioria das afecções actualmente responsáveis pelas mortes prematuras e as incapacidades na Região Africana não é abordada em contextos clínicos; são moldadas por determinantes subjacentes muito antes de as pessoas procurarem os cuidados de saúde. As doenças não transmissíveis representaram 37% de todas as mortes na Região em 2019, um aumento de 24% em 2000, tendo aproximadamente 64% destas mortes ocorrido antes dos 70 anos (1). Esta é a taxa mais elevada de mortalidade prematura por DNT de qualquer região da OMS. As alterações climáticas, os alimentos e a água inseguros contribuem para a cólera, o paludismo e a malnutrição. A urbanização rápida e não planeada, os acidentes rodoviários e a poluição atmosférica prejudicam desproporcionadamente as mesmas comunidades. Estes factores interagem e reforçam-se mutuamente. As alterações climáticas aprofundam a insuficiência alimentar e sobrecarregam os sistemas de água e saneamento, a poluição atmosférica amplifica os danos do tabagismo e a pobreza agrava a exposição, sobretudo para as crianças e as mulheres.

Este capítulo estabelece a contribuição do Escritório Regional para o foco do Décimo Quarto Programa Geral de Trabalho na promoção da saúde, agindo sobre os determinantes e as causas profundas de problemas de saúde a jusante dos cuidados clínicos, de modo a que menos pessoas sequer adoçam. Num ano de contracção acentuada do financiamento internacional, esta contribuição centrou-se em instrumentos concebidos para serem auto-sustentáveis e

ultrapassar os ciclos de projecto. Estas incluem um imposto sobre o tabaco que ajuda a financiar a resposta aos danos que ajuda a reduzir; um canal de financiamento climático a que os ministérios da saúde não puderam aceder de forma independente; medidas regulamentares sobre alimentos, nutrição e água incorporadas na legislação nacional; e uma plataforma comunitária que protege as populações antes de necessitarem de serviços clínicos. Uma secção final aborda a segurança rodoviária e a violência interpessoal, áreas que continuam a ser subquantificadas na Região, onde este ano a contribuição foi principalmente em matéria de diagnóstico e normativa e não financeira. Os resultados relacionados são apresentados no Capítulo 2 (serviços) e no Capítulo 3 (segurança sanitária). As reformas institucionais subjacentes a estes esforços estão descritas no Capítulo 5, os aspectos financeiros no Capítulo 6, e as prioridades estratégicas aqui levantadas são desenvolvidas de forma mais aprofundada no Capítulo 7.

4.1. A tributação do tabaco tornou-se a principal alavanca de recursos internos da Região e a primeira a pagar-se si própria

Um imposto sobre o tabaco é uma das poucas medidas sanitárias que reforça as finanças públicas e protege a saúde da população. Ao aumentar os preços, o imposto reduz a acessibilidade aos produtos legais mais prejudiciais, particularmente para os jovens, ao mesmo tempo que gera receitas internas numa altura de contratação do financiamento externo. Quinze Estados-Membros adoptaram reformas progressivas do imposto especial sobre o consumo do tabaco entre 2025 e 2026, marcando o maior ciclo sincronizado de reforma do imposto sobre o tabaco na Região numa década. Estas reformas aproximam os países da referência da OMS de uma parcela de imposto total de 75% do preço de retalho e do cumprimento do artigo 6.º da Convenção-Quadro da OMS para a Luta Antitabágica. O Escritório Regional combinou três elementos raramente apresentados num único pacote: autoridade técnica na modelização fiscal através do Modelo de Simulação Fiscal da OMS; autoridade normativa sobre o cumprimento da Convenção-Quadro; e autoridade de convocação nos ministérios da saúde, finanças, alfândegas e justiça, bem como nos parlamentos. Dos quatro instrumentos abordados neste capítulo, a tributação do tabaco é a única que gera as receitas internas necessárias para manter a sua própria implementação.

Principais resultados



Quinze Estados-Membros (2)

adoptaram reformas progressivas do imposto especial sobre o tabaco. Na Zâmbia, o imposto de importação de cigarros aumentou de 452 para 750 kwcha por 1000 cigarros e imposto especial sobre o consumo interno aumentou 66%, de 113 para 187,5 kwcha. A Sierra Leone passou de um fraco regime *ad valorem* para um sistema misto, combinando uma taxa específica por maço com uma componente *ad valorem* de 30%, e aumentou novamente a taxa específica em 2025.

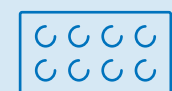


Doze Estados-Membros

reforçaram a legislação ao abrigo da Convenção-Quadro, alargando a cobertura dos locais sem fumo, avisos de saúde gráficos e serviços de cessação tabágica.



Mais de 1500 responsáveis pela aplicação da lei receberam formação em 14 Estados-Membros.



O Botsuana, o Quênia, Madagáscar

e a Namíbia elaboraram orientações clínicas nacionais para a cessação tabágica e começaram a acrescentar terapias de substituição da nicotina e outros medicamentos para a cessação às listas nacionais de medicamentos essenciais, integrando a cessação nos cuidados de saúde primários.



Mais de 14 000 pequenos agricultores

no Quênia e na Zâmbia transitaram do tabaco para culturas alimentares e comercializáveis no âmbito da Iniciativa Quintas Livres do Tabaco – 53% eram mulheres e 22% jovens. Mais de 13 500 hectares foram convertidos em culturas alimentares e de maior valor, 16 200 árvores foram plantadas e 46% dos agricultores adoptaram a agrossilvicultura. A percentagem de famílias participantes que indicaram ter tomado três refeições por dia aumentou de 46% durante os períodos de cultivo do tabaco para 79% após a transição.



Foi assegurada uma subvenção de 1,7 milhões de dólares

da Fundação Gates, e 200 000 dólares da Fundação Melkus Family, para expandir o modelo de transição agrícola para o Maláui, o Uganda e a República Unida da Tanzânia.

Destaques dos países

Como o exemplo mais longo da Região, o Gana demonstra exactamente o que esta ferramenta fiscal pode oferecer. O consumo de cigarros caiu em quase um terço, enquanto as receitas de impostos especiais sobre o consumo aumentaram quase quatro vezes entre 2021–2022 e 2023–2024, com o imposto especial sobre o consumo por cigarro a aumentar quase seis vezes. É a evidência mais clara na Região de que uma única reforma pode reduzir o consumo e financiar a resposta ao mesmo tempo.

4.2. O financiamento relacionado com o clima tornou-se uma capacidade mensurável do sector da saúde

As alterações climáticas já não são uma variável futura no planeamento da saúde na Região. Trata-se de uma condição operacional actual, reflectida na alteração dos padrões de doenças de transmissão vectorial, nos internamentos devido à nutrição nas épocas entre colheitas e na destruição das infra-estruturas de saúde. No entanto, menos de 1% do financiamento mundial relacionado com o clima é afectado à saúde, e apenas 0,3% do financiamento da adaptação apoia os sistemas de saúde. Os ministérios da saúde da Região não têm acesso directo aos maiores fundos de adaptação. Como o Escritório Regional é acreditado no Fundo de Adaptação e os ministérios da saúde não o são, concebeu as propostas da Região como um único portefólio em vez de 21 propostas separadas, reunindo o maior canal de financiamento para o clima e a saúde na história da Região e transformando o acesso ao financiamento climático de uma aspiração numa função prática do sector da saúde.



QUÉNIA: Resposta de emergência às inundações – 3 de Maio de 2024

© OMS / Genna Print

Principais resultados

A OMS desenvolveu um canal de financiamento de 139 milhões de dólares

através de oito propostas coordenadas do Fundo de Adaptação, abrangendo 21 Estados-Membros, posicionando cerca de 490 milhões de pessoas para beneficiarem de sistemas de alerta precoce de múltiplos perigos, infra-estruturas de saúde resilientes ao clima, serviços de água, saneamento e higiene, preparação para epidemias e energia limpa para as unidades de saúde. Quatro dos oito projectos avançaram para a fase de nota de síntese completa e garantiram 600 000 dólares em subvenções de preparação de projectos, pendentes de desembolso. Além disso, Moçambique garantiu um projecto de 1 milhão de dólares para reforçar a resiliência climática das suas unidades de saúde, através de uma subvenção separada do Hong Kong Jockey Club Institute of Philanthropy. Moçambique também faz parte do portefólio do Fundo de Adaptação.



A Aliança para uma Acção Transformadora

sobre Alterações Climáticas e Saúde inclui agora 31 dos 47 Estados-Membros, representando 66% da Região e a maior parcela de qualquer região da OMS. Vinte e dois Estados-Membros incluem benefícios conexos para a saúde nas suas contribuições determinadas a nível nacional, um aumento em relação aos 15 em 2022. Nove concluíram ou actualizaram os Planos Nacionais de Adaptação da Saúde e outros oito iniciaram avaliações de vulnerabilidade e adaptação em 2026 (3).



A electrificação solar chegou a mais de 1500 unidades de saúde, servindo 13 milhões de pessoas na Etiópia, Uganda e Zâmbia, levando a adaptação ao nível das unidades de saúde para além da fase experimental (4).



Treze Estados-Membros abordaram os riscos para a saúde relacionados com o mercúrio dos produtos de branqueamento da pele e da amálgama dentária. O Burquina Faso, o Gabão e o Uganda adoptaram orientações nacionais de gestão do mercúrio, enquanto o Senegal tornou-se o primeiro país africano a operacionalizar totalmente a obrigação da Convenção de Minamata sobre a eliminação progressiva da amálgama dentária. Além disso, no âmbito da Iniciativa Mundial de Eliminação do Chumbo, financiada pela Bloomberg, um programa de 2,3 milhões de dólares americanos lançou campanhas nacionais de sensibilização sobre a eliminação do chumbo em seis Estados-Membros (5), com uma população combinada de 338 milhões de pessoas, lançando as bases para a redução da exposição a um toxicodependente ligado a deficiências cognitivas irreversíveis e doenças cardiovasculares.



A Região passou da sensibilização para a acção directa na arquitectura climática mundial. O Escritório Regional co-organizou a Conferência Mundial sobre Clima e Saúde em Julho de 2025 e contribuiu para o Plano de Acção de Saúde de Belém. A Conferência Pan-Africana sobre Ambiente, Alterações Climáticas e Saúde em Nairobi produziu a Declaração de Nairobi sobre Alterações Climáticas e Saúde. Foi lançado um programa curricular de negociação sobre alterações climáticas e saúde com os parceiros da Clim-HEALTH Africa na Segunda Cimeira Africana sobre o Clima, realizada em Adis Abeba, em Setembro de 2025, onde o Ministro da Saúde do Senegal foi designado como paladino da OMS em matéria de alterações climáticas e saúde.



Destaques dos países

Moçambique produziu a primeira proposta de transição da concepção para a concretização. Agora aprovado e a ser activamente desembolsado, este projecto demonstra que o portefólio regional é mais do que um conjunto de documentos, e estabelece a base de referência para a acreditação, a concepção e o desembolso do projecto, que todas as propostas subsequentes irão seguir.

4.3. A protecção dos regimes alimentares, dos alimentos e da água passaram da política para a legislação nacional e para a concretização na linha da frente

As doenças associadas à má alimentação, alimentos inseguros e água contaminada são evitáveis muito antes de um doente chegar a uma clínica. A verdadeira protecção depende menos dos serviços médicos e mais da regulamentação que os países formulam e aplicam. A grande importância desta abordagem é evidente no caso da cólera. A Região Africana respondeu por 95% das mortes por cólera a nível mundial no primeiro semestre de 2025. A inadequação da água, do saneamento e da higiene, juntamente com inundações, deslocações de pessoas e sistemas de saúde sobrecarregados foram repetidamente identificados como factores que contribuíram directamente para isso. Durante o período em apreço, a Região avançou simultaneamente em três frentes: a integração de normas sobre a alimentação saudável e a segurança sanitária dos alimentos na legislação nacional, a colocação do planeamento da água e do saneamento numa base financeira segura e a expansão dos serviços para a emaciação infantil em contextos de forte pressão humanitária. A contribuição do Escritório Regional foi regulamentar e científica, e não fiscal. Forneceu modelos de perfil nutricional, normas alinhadas com o Codex e instrumentos de planeamento que traduzem os dados da cobertura sanitária em cenários de investimento que os ministérios das finanças irão financiar.



Principais resultados



Quarenta e seis Estados-Membros

implementam agora pelo menos uma política de alimentação saudável recomendada pela OMS (6), incluindo a tributação das bebidas açucaradas, a redução do sódio, a colocação da rotulagem nutricional na frente das embalagens e restrições à publicidade de alimentos pouco saudáveis dirigida às crianças. Trinta e quatro dispõem de medidas legais em vigor alinhadas com o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, e 23 cumprem a meta da OMS de pelo menos metade de todos os bebés serem amamentados exclusivamente durante os primeiros seis meses de vida.



O Quênia adoptou o seu Modelo Nacional de Perfil Nutricional

e uma política fiscal que tributa as bebidas açucaradas. A Maurícia duplicou o seu imposto sobre as bebidas açucaradas e adoptou o primeiro roteiro nacional da Região para a obesidade. A Comunidade da África Oriental reviu e adoptou normas sobre rotulagem nutricional e publicou um projecto de orientação de rotulagem na frente das embalagens para consulta.



Cinquenta e cinco normas de segurança sanitária dos alimentos do Codex

Alimentarius foram operacionalizadas no Maláui e na Sierra Leone; foram concluídos roteiros para a reforma da segurança sanitária dos alimentos em Madagáscar e na Sierra Leone; uma iniciativa de mercado de alimentos saudáveis chegou a mais de 3000 comerciantes e consumidores em 26 mercados em Douala, nos Camarões; foi criado um quadro de monitorização regional para a Estratégia Mundial da OMS para a Segurança Sanitária dos Alimentos 2022-2030; e mais de 200 peritos nacionais receberam formação sobre vigilância integrada da resistência aos antimicrobianos nos agentes patogénicos transmitidos por alimentos.



Os principais indicadores nutricionais

foram integrados nos sistemas nacionais de informação sanitária dos 47 Estados-Membros, tendo 20 Estados-Membros iniciado planos orçamentados para acelerar a redução da anemia. Dezoito Estados-Membros validaram os seus protocolos revistos para a emaciação infantil e oito deles finalizaram as suas ferramentas operacionais.



A Ferramenta da OMS de Melhoria das Instalações de Água e Saneamento

nas Unidades de Saúde foi alargada a 18 Estados-Membros. Nove Estados-Membros aplicaram a Ferramenta-Quadro de Aceleração da Higienização das Mãos e 15 concluíram as contas nacionais de água e saneamento que convertem os dados de cobertura em cenários de investimento para os ministérios das finanças. Além disso, quatro propostas de água e saneamento resilientes ao clima, para o Maláui, Moçambique, Zâmbia e Zimbabué, já estão a ser considerados pelo Fundo de Adaptação descrito na secção 4.2.

Destaques dos países

O Quênia elaborou o pacote regulamentar mais abrangente de todos os Estados-Membros durante o período em apreço. Finalizou e adoptou o seu Modelo Nacional de Perfil Nutricional em Abril de 2025 e, posteriormente, baseou-se nisso para desenvolver o projecto de regulamentação sobre rotulagem na frente das embalagens, restrições à publicidade de alimentos ricos em açúcares, gorduras e sódio dirigida às crianças, e a eliminação dos ácidos gordos trans. Estas medidas são complementadas por uma política fiscal nacional que tributa as bebidas açucaradas com um objectivo explícito de saúde pública.

4.4. A protecção comunitária tornou-se uma plataforma permanente para lidar com os determinantes comerciais e comportamentais

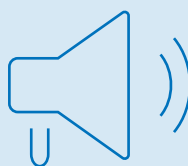
Quando um surto começa, a rapidez da resposta da comunidade determina muitas vezes a sua escala. As comunidades actuam simultaneamente como a primeira linha de defesa contra surtos e o alvo principal para produtos comerciais prejudiciais. O mais importante de tudo é que ambos os desafios respondem aos mesmos princípios da ciência comportamental e ferramentas de envolvimento. Durante a emergência de saúde pública de dimensão internacional da varíola símia de 2024-2025 e a emergência de cólera a nível continental, o Escritório Regional fez do envolvimento da comunidade uma componente essencial da preparação e não um pilar de resposta paralelo. Operacionalizou a resolução AFR/RC73/R3 sobre o Reforço da Protecção e da Resiliência das Comunidades em 11 Estados-Membros da linha da frente e elaborou o primeiro conjunto de materiais de formação integrados da Região. O resultado é uma plataforma única para lidar com os determinantes comerciais, comportamentais e culturais da saúde, que fornece os meios através dos quais os resultados delineados neste capítulo chegam às comunidades.

Principais resultados



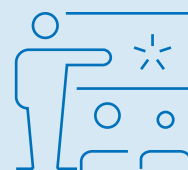
A resolução AFR/RC73/R3

sobre o Reforço da Protecção e da Resiliência das Comunidades foi implementada em 11 Estados-Membros da linha da frente (7) durante as emergências de varíola símia e cólera; desde então, mais de 20 Estados-Membros adoptaram o primeiro conjunto de materiais integrados de formação em protecção e resiliência das comunidades da Região, que está agora a servir de referência para outras regiões da OMS.



O rastreio de contactos

liderado pela comunidade, a redução do estigma liderada pelos sobreviventes, a gestão da infodemia e a comunicação com base no comportamento apoiaram a resposta continental à varíola símia, levada a cabo em conjunto com o Centro Africano de Prevenção e Controlo de Doenças, seguindo a abordagem “uma equipa, um plano, um orçamento e um sistema de monitorização”.

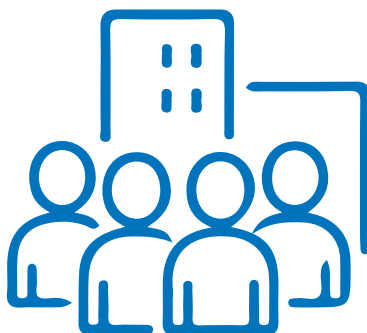


Um workshop interpaíses

sobre a iniciativa SAFER da OMS de redução dos danos causados pelo álcool reuniu 55 participantes de 15 Estados-Membros para elaborar roteiros nacionais nos sectores da saúde, dos transportes, das finanças e da justiça, tendo posteriormente sido criadas plataformas de coordenação multisectoriais em vários Estados-Membros.

Destaques dos países

A República Unida da Tanzânia demonstra o que a plataforma pode alcançar quando está totalmente dotada de recursos. Através da acção conjunta da PATH, da OMS e da Iniciativa de Cooperação Comunitária no Desporto e na Saúde do Comité Olímpico Internacional, mais de 128 000 pessoas foram abrangidas pela promoção da saúde baseada no desporto. Ao mesmo tempo, o país promoveu políticas de rotulagem dos alimentos e de actividade física nas escolas, fornecendo o exemplo mais claro na Região de envolvimento comunitário, percepção comportamental e regulamentação dos determinantes comerciais a funcionarem como um sistema único nacional.



4.5. A segurança rodoviária e a violência interpessoal continuaram a ser os factores menos visíveis das mortes prematuras na Região

Os acidentes rodoviários e a violência interpessoal representam uma grande percentagem das mortes prematuras e incapacidades na Região, mas continuam entre os factores de saúde pública menos medidos. Estima-se que 259 601 pessoas tenham morrido em acidentes rodoviários em África em 2021, o que representa 24% do total mundial. A Região tem a taxa de mortalidade por acidentes rodoviários mais elevada do mundo, de 19,6 por 100 000 habitantes. O fardo recai de forma desproporcionada nas pessoas menos protegidas. De facto, os peões representam 31% das mortes, os utilizadores de veículos de duas e três rodas representam 17,5% e os ciclistas 4,4%, perfazendo mais de metade de todas as mortes por acidentes rodoviários. A violência exercida pelo parceiro íntimo afecta cerca de uma em cada cinco mulheres na África Subsaariana, o nível mais elevado de qualquer região. Ambos os fardos são sistematicamente sub-registados: as estimativas de mortes por acidentes rodoviários em 2021 foram aproximadamente três vezes superiores ao número notificado pelos países, e a violência é sub-divulgada sempre que os serviços centrados nas sobreviventes são limitados. Esta invisibilidade é, por si só, a primeira constatação e uma das principais razões pelas quais é constantemente dada uma menor prioridade a estes factores em relação aos fardos que a Região mede com maior precisão.

Com a resposta substancial dos serviços comunicada noutras partes deste relatório, a contribuição do Escritório Regional para estes dois determinantes este ano foi normativa e de diagnóstico. Manteve o pacote legislativo de segurança rodoviária estabelecido que aborda os cinco factores de risco comprovados: velocidade, condução sob o efeito do álcool, capacetes, cintos de segurança e sistemas de retenção para crianças. Também apoiou os Estados-Membros no alinhamento das estratégias nacionais de segurança rodoviária com as da Década de Acção das Nações Unidas para a Segurança Rodoviária 2021-2030 e a sua meta de reduzir para metade as mortes por acidentes rodoviários até 2030, assim como com a Carta Africana de Segurança Rodoviária da União Africana, o Observatório Africano da Segurança Rodoviária e o Plano de Acção Africano para a Segurança Rodoviária 2021-2030. Trabalho multisectorial sobre factores de risco partilhados, incluindo a condução sob o efeito do álcool, promovido através da iniciativa SAFER, tal como indicado na secção 4.4. Relativamente à violência, o Escritório Regional incorporou a prevenção no seu trabalho sobre género, saúde mental e protecção comunitária, em vez de ser um programa autónomo.

Principais resultados



O pacote legislativo de segurança rodoviária de cinco factores (velocidade, condução sob o efeito do álcool, capacetes, cintos de segurança e sistemas de retenção para crianças) continuou a ser a referência operacional da Região. Em todo o continente africano, 38 dos 55 Estados operam agora uma estratégia nacional de segurança rodoviária. Vinte e quatro deles definiram uma meta de redução da mortalidade e 19 alinharam essa meta com a meta 3.6 dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável.



A resposta substancial dos serviços e da protecção é apresentada

nas secções específicas onde é prestada: cuidados de reabilitação e de traumatismos, incluindo a Estratégia Regional para Reforçar a Reabilitação nos Sistemas de Saúde 2025-2035 (encontrada no Capítulo 2, em Capacidade dos Serviços); cuidados centrados nas pessoas sobreviventes e prevenção e resposta à exploração, ao abuso e ao assédio sexuais, também no Capítulo 2; e saúde mental e apoio psicossocial, também no Capítulo 2.

4.6. Desafios e prioridades

Os instrumentos são reais, mas a maioria está à frente dos sistemas necessários para os sustentar. A interferência da indústria do tabaco, cada vez mais estruturada em torno de produtos de nicotina novos e emergentes enquanto forma de redução dos danos, continua a ser a principal ameaça sustentada à implementação da Convenção-Quadro, e a rotatividade política travou ou fez retroceder as reformas em alguns Estados-Membros. A maioria afecta pouco ou nenhum orçamento interno à luta antitabágica, porque as receitas de impostos especiais sobre o consumo acrescem ao tesouro público sem a exigência legal de afectar uma parte à saúde, ao mesmo tempo que as lacunas administrativas nas alfândegas e nos impostos especiais sobre o consumo continuam a erodir os ganhos realizados. Existem financiamentos planeados para o clima, mas ainda não estão a ser desembolsados em grande escala, e o co-financiamento bilateral de que dependem várias propostas foi reduzido. Em matéria de alimentação e segurança sanitária dos alimentos, as políticas estão a avançar mais depressa do que a implementação. Embora 46 Estados-Membros tenham uma política de alimentação saudável, nenhum dos cinco países que avançaram com a regulamentação aplicou plenamente as normas nas quatro áreas de políticas essenciais. Além disso, os efeitos da rotulagem

obrigatória, das restrições à publicidade e da tributação das bebidas na população ainda não são monitorizados. Vinte e oito Estados-Membros têm uma pontuação inferior a 50% no Índice de Segurança da Água, e os surtos persistentes de cólera mostram que os ganhos nacionais em matéria de água e saneamento não estão a chegar às comunidades mais expostas.

Estas comunidades suportam o maior fardo. Os pobres, as mulheres e as crianças em zonas rurais e em distritos frágeis e afectados pela seca, e as populações em assentamentos urbanos informais enfrentam a maior exposição conjunta a estes factores, e a desagregação dos dados sobre a equidade por sexo, idade, incapacidade e estatuto rural ou urbano permanece incompleta em todos os resultados comunicados aqui, o que limita a capacidade da Região para direccionar recursos para estas populações.

Durante os próximos 18 meses, o Escritório Regional trabalhará com os 15 Estados-Membros em fase de reforma no sentido de atingir a meta de referência de 75% da parcela do preço no consumidor, institucionalizar o índice de inflação e implementar as protecções previstas no artigo 5.3 contra a interferência da indústria em todas as jurisdições em fase de reforma até à Décima Segunda Conferência das Partes em 2027. Também apoiará os Estados-Membros na legislação relativa à afectação de uma parcela definida das receitas do imposto especial sobre o consumo do tabaco para a saúde e na publicação de um rácio anual das receitas do imposto sobre o tabaco em relação à dotação orçamental para a luta antitabágica. Além disso, passará os 139 milhões de dólares americanos considerados pelo Fundo de Adaptação da preparação para o desembolso, inaugurará o primeiro plano de financiamento do Fundo Verde para o Clima dirigido à saúde africana e integrará os restantes 16 Estados-Membros na Aliança para a Acção Transformadora sobre Alterações Climáticas e Saúde. Irá finalizar e aplicar a rotulagem na frente das embalagens e as restrições à publicidade nos Estados-Membros em fase de reforma e garantir financiamento para a ferramenta regional de melhoria da qualidade dos cuidados para a malnutrição aguda grave. Será necessário que todos os Estados-Membros operacionalizem a resolução AFR/RC73/R3 através de um plano de acção nacional orçamentado para a protecção e a resiliência das comunidades, e que desagreguem por sexo e idade todos os principais indicadores que contribuem para a doença até Junho de 2027.

Estas prioridades alimentam o pilar da “promoção” da agenda para o futuro da Região, transposto para o Capítulo 7.

Referências do Capítulo 4

1. ‘Non-communicable diseases in the WHO African Region: analysis of risk factors, mortality, and responses based on WHO data’ (2025) Scientific Reports, 15, p.97180. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-025-97180-3>
2. África do Sul, Camarões, Côte d’Ivoire, Essuatíni, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Maurícia, Nigéria, Quénia, Senegal, Seicheles, Serra Leoa, Uganda e Zâmbia.
3. Alliance for Transformative Action on Climate and Health (ATACH): commitments: Geneva: World Health Organization; 2026 (<https://www.who.int/initiatives/alliance-for-transformative-action-on-climate-and-health/commitments>, Consultado em: 14 de Julho de 2026).
4. Ethiopia Ministry of Health, Gavi, UNICEF and WHO launch health facility solar electrification project. Geneva: Gavi, the Vaccine Alliance; 2026 (<https://www.gavi.org/news/media-room/ethiopia-ministry-health-gavi-unicef-and-who-launch-hfse>).
5. Gavi expands US\$28 million health facility solarisation project with inauguration of first facilities in Zambia. Geneva: Gavi, the Vaccine Alliance; 2026. (<https://www.gavi.org/news/media-room/gavi-expands-us-28-million-health-facility-solarisation-project-inauguration-first>)
6. África do Sul, Etiópia, Gana, Maláui, República Unida da Tanzânia e Ruanda.
7. WHO-recommended healthy diet: salt below 5 g per day; free sugars below 10% of daily calories; total fat below 30% of daily calories; and at least 400 g of fruit and vegetables daily.
8. Etiópia, Gana, Guiné, Libéria, Maláui, Moçambique, Quénia, República Unida da Tanzânia, Serra Leoa, Togo e Uganda



QUÊNIA: Resposta de emergência às
inundações – 3 de Maio de 2024

© OMS / Genna Print



Acesso aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva através de sistemas de cuidados de saúde primários resilientes – Tana River, Quênia.

© OMS/ KIRIGO MUMBI

Capítulo

5.

Trabalhar para causar impacto: um Escritório Regional mais leve que se aproxima dos países

Um sistema de saúde em qualquer um dos 47 Estados-Membros da Região Africana da OMS só pode agir com base naquilo que lhe é trazido: uma força de trabalho com as competências certas destacada no momento certo; a aquisição e o fornecimento de bens e serviços de forma oportuna; recomendações de auditoria que sejam concluídas prontamente e sustentadas; e decisões operacionais tomadas suficientemente perto do país para reflectir as necessidades e prioridades nacionais. Durante o período em apreço, a agenda de transformação mundial continuou a melhorar as funções facilitadoras e a eficiência operacional e, apesar das restrições de financiamento significativas Sob a Liderança do Director-Geral da OMS, o processo de definição de prioridades e de realinhamento foi iniciado a par da reforma ONU80 em todo o sistema (1).

O Escritório Regional da OMS para a África reduziu a sua força de trabalho de 2540 funcionários em Janeiro de 2025 para 2046 em Janeiro de 2026, e ainda para 1948 em Julho de 2026. Esta reestruturação representa uma redução global do pessoal de 23,3%. Três quartos do pessoal remanescente (1434) foram agora destacados directamente para os escritórios de país. Transitou os 47 escritórios de país para um modelo operacional mundial baseado em funções, o modelo de escritório nuclear de país (CCOM). Também esclareceu a tomada de decisões nos três níveis da Organização através de uma delegação de

poderes bem definida. Identificou mais de 8 milhões de dólares americanos em poupanças anuais recorrentes e projectou até 15,5 milhões de dólares em ganhos adicionais durante o próximo biénio. Além disso, reforçou a supervisão institucional através de auditorias internas e externas, implementando mecanismos de eficiência para garantir um elevado desempenho e um rigoroso cumprimento das normas e políticas organizacionais.

5.1. Respostas e o que foi alcançado

Um modelo operacional mais leve e centrado nos países

O apoio dos escritórios de país da OMS aos ministérios da saúde deve ser de alta qualidade e atempado. No entanto, a redução do financiamento em 2025 resultou numa queda de 13% no Orçamento-Programa de Base aprovado para a Região, passando de 1,31 mil milhões em 2024-2025 para 1,14 mil milhões em 2026-2027. Esta contracção afectou o nível de apoio técnico que os escritórios de país da OMS poderiam prestar aos países anfitriões. Em resposta, a Região implementou o quadro mundial de ajustamento, reestruturando as operações e o pessoal através de um exercício abrangente de priorização e realinhamento.

Em resultado da reestruturação, priorização e realinhamento na Região Africana, os cargos de Director foram reduzidos de nove em Janeiro de 2025 para seis em Julho de 2025, enquanto os cargos de Chefe de Equipa diminuíram de 49 para 33. Todos os centros orçamentais tiveram de identificar as funções essenciais e os cargos prioritários que se enquadravam na dotação de financiamento atribuída. Ao mesmo tempo, foi solicitado aos escritórios de país da OMS que seguissem o CCOM ao analisar e priorizar as suas funções essenciais e cargos críticos. Em Janeiro de 2026, todos os 47 escritórios de país tinham transitado para o modelo de escritório nuclear de país. Este quadro funciona com base no princípio de uma equipa nuclear apoiada por um fluxo de financiamento nuclear que assegura a capacidade de um escritório de país de acompanhar de forma directa o financiamento realisticamente disponível (2). Consequentemente, o número total de funcionários na Região Africana foi reduzido de 2540 em Janeiro de 2025 para 1948 em Julho de 2026, uma redução de 23,3%.

Foi realizado um processo de mapeamento e correspondência para garantir transparência e responsabilização, resultando na colocação bem-sucedida de 2540 funcionários. Os funcionários que não foram abrangidos pelo mapeamento e correspondência receberam apoio durante o processo de cisão, incluindo o pagamento de todas as indemnizações pertinentes. Além disso, os serviços de desenvolvimento e aprendizagem do pessoal apoiaram os funcionários na redacção do curriculum vitae e em entrevistas baseadas

em competências para prepará-los para potenciais oportunidades de concorrer para as vagas que ficaram disponíveis.

O Escritório Regional investiu no desenvolvimento da liderança, nos sistemas de aprendizagem e no bem-estar do pessoal durante um período de transição intensa. Foi realizada uma coorte conjunta do Programa de Liderança para a Região Africana da OMS, o Escritório Regional da OMS para a Europa (EURO) e o Escritório Regional da OMS para o Mediterrâneo Oriental (EMRO). Um programa de orientação da transição apoiou os directores recém-nomeados, os chefes de equipa e os representantes da OMS através de orientação executiva personalizada prestada por formadores certificados pela International Coaching Federation.

Foram amplamente disponibilizados serviços de saúde psicossocial e mental a todo o pessoal. Os funcionários foram envolvidos no processo de mudança através de uma comunicação regular e transparente. Isto aumentou a sensibilização e a apropriação da reforma e, juntamente com o envolvimento sustentado da liderança, começou a mudar a Organização para uma cultura centrada nos países, colaborativa e orientada para os resultados. Estes investimentos estão em conformidade com as conclusões da Rede de Avaliação do Desempenho das Organizações Multilaterais (MOPAN 2025), segundo as quais os ganhos de eficiência no seio do sistema das Nações Unidas só se traduzem em eficácia sustentada quando acompanhados por uma capacidade deliberada de gestão da mudança (3).

Apoio aos países, autoridade delegada e desempenho operacional

No âmbito da reestruturação do Escritório Regional, foi mantido e está a ser provido de recursos um gabinete da OMS de apoio aos países, que está sob a alçada do Gabinete do Director Regional. O Escritório Regional também criou uma Unidade de Monitorização, Avaliação, Iniciativas Especiais e Gestão da Mudança (MSC) para apoiar a aprendizagem institucional, a monitorização do desempenho e a gestão adaptativa. Isto representa um marco importante na integração da aprendizagem organizacional, da monitorização do desempenho e da liderança da mudança na arquitectura de governação da Região.

O novo modelo operacional esclareceu as áreas de responsabilidade específicas e separadas assumidas pela Sede da OMS, pelo Escritório Regional e pelos escritórios de país da OMS. Com a adição de um novo lugar de Representante da OMS na reunião da Direcção Executiva reestruturada, a liderança nos países ganhou uma voz directa nas decisões a nível regional. A reunião da Direcção Executiva é organizada em dois formatos. Uma equipa nuclear e uma equipa alargada, assegurando que as decisões mais importantes são tomadas por um grupo específico, enquanto o órgão geral mantém a supervisão.

Com o passar do tempo, as reuniões regulares com os representantes da OMS contribuíram para um apoio mais alinhado com as necessidades reais dos países. A Comissão de Afecção de Recursos foi reforçada para lhe permitir direccionar os recursos financeiros e técnicos para as necessidades operacionais e programáticas mais urgentes.

Para converter a intenção em concretização, foram criadas equipas de trabalho com limites temporais para resolver os obstáculos à eficiência, transparência e responsabilização, levando à criação de uma Comissão de Transparência e Equidade para ouvir as queixas do pessoal. Simultaneamente, as classificações das auditorias e a gestão dos riscos foram reforçadas em toda a Região.

Conformidade e mitigação dos riscos

As soluções de pagamento digital para apoiar as campanhas no terreno continuaram a expandir-se e, desde então, foram adoptadas como uma boa prática por outras regiões da OMS. O número de Estados-Membros que implementaram esta forma de pagamento aumentou de 23 para 25 entre Março de 2025 e Março de 2026, ao mesmo tempo que mais de dois milhões de profissionais de saúde em 12 países receberam pagamentos através de dinheiro móvel ou transferências bancárias, sendo que 95% foram pagos no prazo de 10 dias. Este novo mecanismo permitiu pagamentos mais rápidos e transparentes, facilitou a prestação de contas, melhorou a satisfação dos profissionais de saúde, reduziu os riscos de manuseamento de dinheiro e reforçou os controlos financeiros nas operações de campanha.

Foram adoptadas várias outras iniciativas para melhorar a eficiência no processo da cadeia de abastecimento. A conclusão bem-sucedida do primeiro concurso de aquisição conjunta no âmbito da iniciativa dos Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento (PEID) em África, em Junho de 2023, levou a um segundo concurso, lançado em Junho de 2026. Isto resultou em quantidades indicativas mais elevadas e num aumento substancial do número de medicamentos e formulações de produtos, de 67 para 239 – um aumento quase quadruplicado em quatro categorias principais de produtos: i) anestésicos; ii) medicamentos anti-infecciosos; iii) imunomoduladores, antineoplásicos e tratamentos de apoio; e iv) medicamentos para doenças não transmissíveis.

Paralelamente, o valor anual previsto aumentou 69%, atingindo 22 milhões de dólares americanos, com o potencial para gerar pelo menos 20%, equivalente a uma estimativa de 4,5 milhões de dólares, em contenção de custos para os Estados-Membros participantes. O resultado é uma dinâmica crucial para a iniciativa dos PEID africanos, que inspirou outras comunidades económicas sub-regionais e entidades regionais, incluindo a Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC), a Comunidade Económica e Monetária da África Central (CEMAC) e a Organização Oeste Africana da Saúde (OOAS), bem como os países do

Sahel, que contactaram o Secretariado da OMS sobre a possível reprodução de abordagens semelhantes de aquisição conjunta e de estruturação do mercado.

Optimização dos recursos: eficiência, eficácia e equidade

Os ganhos e as contenções de custos conseguidos com a optimização dos recursos comunicados por 36 escritórios de país e pelo Escritório Regional ascendem a 10 milhões de dólares, consolidados em várias áreas estratégicas de incidência. As práticas de redução directa dos custos, as negociações directas de contratos, os acordos de compras em massa e agrupadas e o uso de soluções logísticas alternativas foram particularmente pertinentes.

Uma das melhorias operacionais mais óbvias tem sido o reforço da cadeia de abastecimento e do apoio às aquisições para os escritórios de país. Está agora a ser utilizada uma tabela de pontuação da preparação e da capacidade para aquisições, abrangendo 19 parâmetros, incluindo os níveis de pessoal, as competências necessárias, as disposições de monitorização e as práticas de conformidade, para classificar os escritórios de país por nível de preparação, que vai desde fraco e a precisar de reforço a adequado ou forte. Esta ferramenta torna possível prestar um apoio mais direccionado, diferenciado e orientado pelos resultados obtidos.

A incorporação gradual da IA em áreas seleccionadas do processo da cadeia de abastecimento representa um passo importante para uma maior eficiência, transparência e tomada de decisões baseadas em dados.

Melhoria dos processos e contenção de custos

Durante o período em apreço, o programa de melhoria dos processos e eficiência do Escritório Regional identificou mais de 8 milhões de dólares americanos em poupanças anuais recorrentes e contenção de custos, com novos ganhos previstos de até 15,5 milhões de dólares no biénio 2026-2027 (1). Os mecanismos de recuperação de custos e uma reestruturação das cadeias de abastecimento representam aproximadamente 4 milhões de dólares por ano. Estas poupanças colocaram as aquisições do Escritório Regional na posição de candidata a serviço comum no âmbito do fluxo de trabalho de “facilitadores operacionais” da ONU80 (4). As reformas da conformidade e dos riscos, incluindo a criação de serviços regionais partilhados e o reforço do Comité Regional dos Riscos, contribuem para poupanças de aproximadamente 2 milhões de dólares americanos por ano.

A implantação da Internet por satélite Starlink em 94 locais em 36 escritórios de país, particularmente em locais de serviço de difícil acesso na Nigéria, na República Democrática do Congo, no Sudão do Sul e em Moçambique, juntamente com a eliminação progressiva

dos dispendiosos sistemas de comunicação por satélite, deverá desbloquear mais de 3 milhões de dólares ao longo do biénio, com mais ganhos conseguidos através da automatização e da IA previstos em 2026-2027, comparáveis em direcção aos quase 18,7 milhões de dólares em eficiências digitais e de IA comunicadas pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento em 2025.

Os serviços operacionais mais rigorosos nas instalações de Brazzaville, incluindo a racionalização dos transportes, os controlos sobre os subsídios à habitação, a instalação de painéis solares e a melhoria da manutenção, deverão gerar mais de 1,8 milhões de dólares americanos por ano em poupanças.

Serviços operacionais mais próximos dos escritórios de país: um centro regional de serviços em Pretória

Numa tentativa de melhorar a eficiência e a eficácia e de agilizar o processamento de transacções para prestar apoio de qualidade aos escritórios de país, a abordagem dos serviços operacionais regionais foi reforçada através da criação de duas unidades operacionais separadas, a Unidade de Apoio do Escritório Regional (ROSU) centrada no Escritório Regional em Brazzaville, e a Unidade de Apoio Regional, para apoiar o pólo do Grupo Orgânico Administração Geral e Coordenação já criado em Pretória na prestação de apoio operacional aos 47 escritórios de país. O modelo reflecte o sentido de consolidação dos serviços partilhados definidos no Plano de Acção UN80 (5)

5.2. Desafios e prioridades

Estas reformas e iniciativas são substanciais e proporcionais ao ambiente financeiro do período do relatório. O enfoque continua a incidir no défice de financiamento residual, no recurso ao digital e à IA, na monitorização e notificação de dados nacionais, bem como na diversidade da força de trabalho.

Défice residual de financiamento. As reformas não contrabalançam automaticamente o défice residual de financiamento cifrado em 662 milhões de dólares para os programas de base da Região em 2026-2027, no cenário de défice de financiamento de aproximadamente 1,1 mil milhões de dólares com que os programas de base da OMS se confrontam (1). Para assegurar a sustentabilidade dos progressos, caberá aos Estados-Membros apoiar a Ronda de investimentos da OMS, honrando os seus compromissos em relação ao aumento de 20% das suas contribuições fixas acordado na septuagésima oitava Assembleia Mundial da Saúde. Outrossim, é preciso apostar em acções de sensibilização contínuas ao abrigo da resolução WHA75(8) por forma a financiar 50% dos programas de base através de fundos flexíveis até 2030-2031.

Vertente digital e Inteligência Artificial. A modernização da conectividade, incluindo a compra de unidades *Starlink* e a desactivação de antigos sistemas de terminais de abertura muito pequena (VSAT), foram concretizadas. O próximo biénio deverá acrescentar deliberadamente uma vertente de IA e automação aos processos administrativos de retaguarda, nomeadamente em termos de planeamento de recursos empresariais nativos da nuvem e eficiências impulsionadas pela IA (5).

Indicadores nacionais de melhoria da prestação de serviços. O Escritório Regional vai introduzir indicadores de ganhos de eficiência ao nível dos serviços, incluindo no que se refere a tempos de espera para aquisições, tempos de transacção nos recursos humanos e rapidez no destacamento de emergência, para demonstrar o valor do novo modelo operacional à escala nacional. Esses indicadores servirão de base para o relatório do próximo ano. Ao longo dos próximos 18 meses, o Escritório Regional irá institucionalizar e monitorizar o impacto do novo modelo operacional.

Referências do Capítulo 5

1. World Health Organization (2026) WHO's prioritization and realignment process in 2025. Executive Board, Document EB158/52 Add.1. Geneva: World Health Organization. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB158/B158_52Add1-en.pdf
2. World Health Organization Regional Office for Africa (2026) Core Country Office Model: implementation guidance and rollout report. Brazzaville: World Health Organization Regional Office for Africa.
3. Multilateral Organisation Performance Assessment Network (2025) Doing better with less: Unlocking efficiency in the UN. Paris : MOPAN. Outubro 2025. Disponível em: <https://www.mopan.org/en/our-work/performance-insights/multilateral-effectiveness-in-a-shifting-landscape/efficiency-thematic-brief-summary.html>
4. Boston Consulting Group (2022) Shared services can ignite transformation in government. Boston: Boston Consulting Group. Disponível em: <https://www.bcg.com/publications/2022/transformation-in-government>
5. United Nations Development Programme (2025) Analysis related to proposed UNDP initiative. Geneva: United Nations Development Programme. Disponível em: <https://www.undp.org/analysis-related-proposed-un80-initiative>



65.ª Reunião do Programa Regional (RPM65) da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a Região Africana, realizada em Brazzaville, de 9 a 10 de Outubro de 2025.

©OMS/SCAPUN PICTURES

Capítulo

6.

Financiamento, apropriação e parceria

Uma melhoria em matéria de saúde só perdura para a população que a alcançou se for financeiramente sustentável nos anos subsequentes. Conforme detalhado no *Capítulo 1*, o período abrangido pelo relatório começou no ambiente mais adverso de financiamento da saúde de que há memória recente.

Face a esse cenário, a Região mobilizou um bloco regional histórico de compromissos soberanos para a primeira Ronda de investimentos da OMS. Impulsionou o volume de contribuições voluntárias através de um plano regional de mobilização de recursos para ondas de emergência assim como aumentou as contribuições fixas e incrementou para 24% a sua quota-parte do sector privado e das fundações. Além disso, a Região apoiou os Estados-Membros para acelerarem a reforma do financiamento da saúde e a mobilização de recursos internos nos termos da Agenda de Lusaca, revitalizou colaborações com as comunidades económicas regionais e aprofundou a parceria estratégica entre a OMS e a União Africana ao nível dos Chefes de Estado. Este capítulo mostra quais são os recursos mobilizados, as fontes de financiamento, as estratégias nacionais para o financiamento do sistema de saúde interno e a trajectória futura da arquitectura de parcerias mundiais.

6.1. Primeira Ronda de investimentos da OMS: um bloco regional de compromissos soberanos histórico

O financiamento previsível é a diferença entre um programa que funciona até ao final do ano e um que decorre até à extinção de uma doença. Durante o período em apreço, 22 Estados-Membros,ⁱⁱⁱ representando 47% dos 47 Estados-Membros da Região Africana da OMS, comprometeram-se a participar na Ronda de investimentos da OMS. Ao todo, a Ronda mobilizou 3,8 mil milhões de dólares americanos à escala mundial, oriundos de 71 contribuidores, tendo atingindo 53% da sua meta de 7,1 mil milhões de dólares. Estas promessas incluem um misto deliberado de economias de rendimentos baixos, médio-baixos e médio-altos que agem solidariamente, validando a liderança de África no esforço mais vasto para garantir um núcleo de financiamento previsível, flexível e resiliente para a OMS.

No último ano, 48% das referidas promessas foram convertidas em fundos líquidos, acima dos 12% registados em Julho de 2025. Estes compromissos suportam a prestação sustentada de serviços essenciais destinados às populações servidas graças ao que foi disponibilizado pelos ministros. Três movimentos operacionais guiaram este resultado: o Comité Regional para a África foi utilizado como uma plataforma inovadora de mobilização de recursos pela primeira vez no sistema da OMS, tendo a septuagésima quarta sessão do Comité Regional da OMS para a África, realizada em Brazzaville, em Agosto de 2024, a acolhido o primeiro evento da Ronda de investimentos alguma vez realizado durante uma reunião do Comité Regional e a septuagésima quinta sessão do Comité Regional para a África, realizada em Lusaca, em Agosto de 2025, vindo alicerçar a próxima vaga de promessas. Além disso, foram preparadas mais de 10 sessões de informação de alto nível com vista à participação de Estados-Membros de África em eventos mundiais de mobilização de fundos.

O aumento das contribuições voluntárias atingiu 769 milhões de dólares em 2024-2025

Este aumento resultou de uma estratégia de diversificação plurianual: entre 2020-2021 e 2024-2025, as contribuições do sector privado e das fundações para a Região aumentaram de 91 milhões de dólares, passando para 171 milhões de dólares, um aumento de 85% em dois biénios. No final do período em apreço, os governos representavam 39 dólares de contribuições

voluntárias em cada 100; os bancos, os fundos e os actores multilaterais representavam 37 dólares, e o sector privado e as fundações filantrópicas representavam os 24 dólares remanescentes.

O que representa uma carteira mais equilibrada do que em qualquer outra altura anterior, com uma estrutura comparável às funções de parceria mais bem-sucedidas no sistema das Nações Unidas. Esta mudança reduz a exposição da Região à retirada ou modificação de prioridades por parte de qualquer doador e coloca-a em melhor posição para alinhar os recursos externos com as prioridades dos países através da Ronda de investimento, do aumento de 20% nas contribuições fixas acordado na septuagésima oitava Assembleia Mundial da Saúde e da meta da resolução WHA75(8) no sentido de financiar 50% dos programas de base com fundos flexíveis até 2030-2031.

A administração da relação mais ampla com os parceiros foi reforçada a par dos totais financeiros: 105 parcerias e programas conjuntos das Nações Unidas para as Nações Unidas foram assinados durante o biénio; 186 compromissos foram processados ao abrigo do Quadro de Colaboração com Actores Não Estatais, cada um sujeito ao dever de diligência e à avaliação dos riscos no prazo de 72 horas; 470 propostas de financiamento foram apresentadas; e a pontualidade dos relatórios dos doadores melhorou, passando de 38% em prazo em 2020-2021 para 51% em 2024-2025, tendo sido apresentados 1972 relatórios em 2024-2025. Em conjunto, estas realizações formam o fundamento de uma gestão responsável sobre o qual se baseia um financiamento recorrente.

Para além das parcerias à escala nacional salientadas mais abaixo, de entre os empenhamentos emblemáticos de vários países incluem-se a *Children's Investment Fund Foundation* (CIFF), que apoiou a saúde materno-infantil, a nutrição e as DTN, e a Fundação da OMS, que prestou assistência em matéria de aquisições para as respostas de emergência da OMS. Os novos compromissos de alto nível celebrados no princípio do ano de 2026 incluíram uma carta de entendimento mútuo com a *Unitaid*, assinada a 2 de Fevereiro de 2026, e a missão estratégica da Fundação Gates ao Escritório Regional entre 23 e 25 de Fevereiro de 2026. Estes compromissos formataram a Visão estratégica 2026-2030 e a iniciativa Mulheres na Liderança.

Os Estados-Membros aceleraram a reforma do financiamento da saúde e a mobilização de recursos internos

É necessária uma reforma acelerada do financiamento da saúde ao nível nacional numa Região onde as despesas directas pagas pelos utentes representam mais de 20% da despesa em saúde e onde a despesa pública média em saúde fica aquém da meta de 15% da Declaração de Abuja. Para fazer face a esta situação, o Escritório Regional reuniu plataformas regionais e nacionais para acelerar a reforma ao ritmo exigido pelas circunstâncias.

iii. África do Sul, Angola, Botsuana, Burquina Faso, Cabo Verde, Camarões, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Libéria, Maurícia, Namíbia, Níger, República Centro-Africana, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Seicheles.

Pelo menos sete Estados-Membros adoptaram ou actualizaram estratégias nacionais de financiamento da saúde alinhadas com as cinco principais mudanças constantes da Agenda de Lusaca. Estas mudanças referem-se à apropriação pelos países da definição de prioridades; o crescimento do financiamento interno; as abordagens conjuntas à equidade e aos CSP; a coerência estratégica e operacional entre iniciativas mundiais de saúde; e a responsabilização.

Dois encontros de alto nível, um em Joanesburgo para 24 Estados-Membros anglófonos e francófonos e outro em Abidjan para 14 Estados-Membros francófonos, tiveram lugar em Fevereiro de 2026 e reuniram representantes tanto dos ministérios da saúde como dos ministérios das finanças, juntamente com parceiros de desenvolvimento, para concertar entre si medidas práticas nacionais de mobilização de recursos e de eficiência. Além disso, mais de 30 altos funcionários de cinco Estados-Membros lusófonos^{iv} acabaram em Junho de 2025 uma formação baseada em competências sobre contas nacionais da saúde e a matriz de evolução do financiamento da saúde. Na sequência desta formação, a Guiné-Bissau retomou a sua recolha de dados para as contas nacionais da saúde e Angola iniciou os preparativos para o seu primeiro exercício de contas nacionais da saúde, em linha com o quadro do Sistema de Contas da Saúde 2011, ampliando a base de dados factuais para monitorizar as tendências da protecção financeira e da despesa em saúde na Região toda. Oito países (3) avaliaram os seus sistemas de financiamento da saúde através da matriz de evolução do financiamento da saúde, gerando ao nível nacional os dados factuais necessários para nortear a revisão das estratégias nacionais de financiamento da saúde.

Um programa tripartido de reforço das capacidades de monitorização da protecção financeira reuniu os institutos nacionais de estatística e os ministérios da saúde de toda a Região. Com o apoio do Instituto de Estatística da União Africana, da OMS e do Banco Mundial, 23 Estados-Membros francófonos reuniram-se em Dakar, em Setembro de 2025, tendo-lhes seguido o passo 24 países anglófonos, em Junho de 2026. A primeira coorte do Pólo de conhecimento sobre CUS na Região, organizada em Fevereiro de 2026, reuniu representantes dos ministérios da saúde e das finanças com o intuito de trocar experiências acerca das reformas em curso no financiamento da saúde, sustentando assim a ponte político-técnica exigida pela Agenda de Lusaca. Através da Plataforma de investimento com impacto na saúde, o Burundi e Angola receberam apoio financeiro para elaborar planos de investimento orçamentados no que diz respeito aos CSP. O painel de controlo da matriz regional sobre evolução do financiamento da saúde alargou a sua abrangência a 31 Estados-Membros, permitindo uma análise comparativa anual tendo em conta a resolução adoptada pela septuagésima quarta sessão do Comité Regional para a África (AFR/RC74/8) sobre o financiamento da saúde para a CUS.

A primeira coorte de responsáveis nacionais do Fórum Africano sobre o Financiamento da Saúde 2026, vindos quer dos ministérios da saúde quer dos ministérios das finanças, foi constituída em Março de 2026. Na septuagésima sexta sessão do Comité Regional da OMS para a África, o Escritório Regional fará a apresentação da Estratégia para o Futuro do Financiamento da Saúde na Região Africana da OMS 2026-2035, submetendo-a à aprovação pelos Estados-Membros, na condição de ser operacionalizado o quadro normativo decenal inerente às reformas nacionais de mobilização de recursos acordadas em Joanesburgo e Abidjan.

A parceria estratégica entre a OMS e a União Africana foi aprofundada ao nível de chefes de Estado, promovendo a governação continental em matéria de saúde

Através do Gabinete de Ligação da OMS junto da União Africana e da Comissão Económica das Nações Unidas para a África, o Escritório Regional aprofundou significativamente a sua parceria estratégica com o sistema da União Africana durante o período em apreço. O Escritório Regional deu apoio aos processos de transição institucional subjacentes à operacionalização da Agência Africana de Medicamentos. O que incluiu consolidar a iniciativa de Harmonização da Regulamentação dos Medicamentos em África numa Agência, acordos de destacamento técnico e o reforço dos sistemas regulamentares, em conformidade com o Tratado da Agência Africana de Medicamentos, que está em vigor desde 2023, e o Plano de Fabrico Farmacêutico para África.

Se bem que o tema oficial da Cimeira da União Africana de Fevereiro de 2026 tenha incidido na água e no saneamento, o encontro de alto-nível proporcionou uma oportunidade para obter uma visibilidade sem precedentes relativamente às prioridades de saúde ao nível dos chefes de Estado e de governo, incluindo a vacinação (conforme reflectido na Declaração de Adis Abeba sobre Vacinação), a saúde das mulheres e a Campanha para a redução acelerada da mortalidade materna no *Africa Plus*, o financiamento sustentável da saúde e a Agenda para a Soberania em Saúde em África. No mesmo período, o envolvimento parlamentar com o Parlamento Pan-Africano também aumentou substancialmente.

iv. Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe.

Tirando partido do enquadramento de 2024, o Quadro de Colaboração e o Plano de Acção Conjunto acordado entre a OMS e o CDC de África progrediram mediante plataformas estruturadas de envolvimento, diálogo político harmonizado, processos de planeamento conjunto e apoio técnico coordenado aos Estados-Membros em nove áreas prioritárias: soberania sanitária; sistemas de saúde resilientes; financiamento sustentável; fabrico local; vacinação; SRMNIA; segurança sanitária; desenvolvimento da força de trabalho; e saúde digital. O Grupo dos Parceiros para a Saúde em África funciona como plataforma de coordenação central. Condizente com o apelo da Agenda de Lusaca à redução da fragmentação das iniciativas mundiais de saúde, o Escritório Regional para a África, o Escritório Regional para o Mediterrâneo Oriental e o CDC de África vêm convergindo numa resposta continental única na envolvente pós-ajuda.

Colaboração mais estreita com as comunidades económicas regionais

Durante o período do relatório, o Escritório Regional reforçou a sua colaboração com as comunidades económicas regionais e as organizações regionais de saúde, favorecendo a ponte entre a política continental e a implementação coordenada de todos os Estados-Membros. Através do Gabinete de Ligação da OMS junto da União Africana, a colaboração alargada com os gabinetes de ligação junto da comunidade económica regional baseado em Adis Abeba e a Plataforma de Coordenação e Colaboração da Comunidade Económica Inter-Regional e os Mecanismos Regionais foi igualmente alargada, apoiando uma maior participação das comunidades económicas regionais e o alinhamento em relação às prioridades de saúde partilhadas pela União Africana e pela OMS.

Em 2025, a colaboração com a Autoridade Intergovernamental para o Desenvolvimento (IGAD) avançou nas áreas do financiamento sustentável da saúde e da segurança sanitária regional. O envolvimento técnico da OMS complementou o Programa africano relativo ao dividendo demográfico e à saúde sexual e reprodutiva da coligação IGAD-Agência da União Africana para o Desenvolvimento – Nova Parceria para o Desenvolvimento da África (IGAD-AUDA-NEPAD), incluindo a elaboração da Estratégia Regional de Financiamento da Saúde da IGAD e o roteiro para a criação de um Centro Regional de Financiamento da Saúde destinado a promover a mobilização de recursos internos, o desenvolvimento de capacidades e a aprendizagem partilhada.

Na África Ocidental, a colaboração já estabelecida com a Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO) através da OOAS foi reforçada através de iniciativas regionais conjuntas, incluindo a Conferência Internacional da CEDEAO sobre a Febre de Lassa, em Setembro de 2025, e posteriormente formalizada através de um memorando de entendimento assinado durante o período deste relatório.

Em Dezembro de 2025, o Escritório Regional e a Comunidade de Saúde da África Oriental, Central e Austral (ECSA-HC) assinaram um memorando de entendimento que estabelece um quadro estruturado de cooperação sobre a CUS, a segurança sanitária, o desenvolvimento do pessoal da saúde, a harmonização regulamentar, a saúde digital, a investigação, as alterações climáticas e a resistência aos antimicrobianos. Em 2026, a parceria iniciou uma aproximação à prestação operacional, incluindo a participação da ECSA-HC na consulta de alto nível que teve lugar em Brazzaville, de 4 a 5 de Maio de 2026, para reforçar a preparação e resposta transfronteiriças.

A colaboração com a SADC foi progressivamente fortalecida pela colocação de um conselheiro sénior em saúde da OMS junto do Secretariado da SADC, pelo envolvimento de alto nível com o Secretário Executivo da SADC em Junho de 2026 e pelo apoio da OMS à Reunião Conjunta de Ministros das Finanças e da Saúde da SADC, realizada de 2 a 3 de Julho de 2026. A OMS contribuiu para discussões sobre financiamento sustentável da saúde, sistemas de saúde resilientes e preparação para pandemias, o que incluiu uma sessão dedicada à evolução da situação da DVE e à prontidão regional assim como um evento de alto nível sobre financiamento sustentável para a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos e para a SRMNIA.

Na Região da Comunidade Económica dos Estados da África Central, o apoio da OMS incluiu a elaboração de um plano regional de protecção comunitária e comunicação dos riscos e envolvimento comunitário que abrange a totalidade dos seus 11 Estados-Membros, juntamente com um repositório de mensagens comunitárias baseadas nos riscos por forma a apoiar a preparação e a resposta. Este compromisso é oportuno: o relatório de 2026 do Secretário-Geral das Nações Unidas sobre a África Central destacou a elaboração do Plano Estratégico 2026-2030 da Comissão da Comunidade Económica dos Estados da África Central, bem como a necessidade de um apoio adequado e previsível dos parceiros para traduzir as prioridades regionais em acções significativas.

Destaques dos países:

República Unida da Tanzânia: garantir o financiamento da segurança sanitária no mesmo ano em que um surto a veio pôr à prova. No mesmo ano em que a Região respondeu a um surto de vírus de Marburgo na República Unida da Tanzânia, o país conseguiu uma subvenção de 25 milhões de dólares do Fundo para as Pandemias para aumentar a segurança sanitária e a preparação para as pandemias, prometeu contribuir para a Ronda de investimento da OMS e acolheu uma parceria de relevo com a Coligação para as Inovações de Preparação para Epidemias através do Fórum Africano para a Regulamentação das Vacinas. A sequência (mobilização de recursos internos, compromisso soberano e resposta a surtos nos mesmos 12 meses) constitui a forma operacional que a arquitectura de parceria pretende assumir.

Madagáscar: uma parceria com uma fundação vinculada à eliminação da filariose linfática. A parceria para a eliminação da filariose linfática em Madagáscar demonstra de que maneira o contributo de uma fundação pode ligar-se a dado ponto de chegada, ou seja a eliminação, em vez de uma linha programática aberta. O modelo, em que o capital da fundação, a liderança ministerial e a assistência técnica da OMS são todos objecto de medição face a uma meta única, a da eliminação, é uma das traduções mais claras ao nível nacional do apelo à coerência estratégica entre as iniciativas mundiais de saúde constantes da Agenda de Lusaca.

Zâmbia: capital do sector privado solucionando o problema da electricidade que restringe os cuidados de saúde primários. Ter electricidade fiável não é um luxo nos cuidados de saúde: é mesmo imprescindível. Uma unidade de saúde que não consegue manter uma vacina refrigerada fica impossibilitada de ter ganhos de vacinação, pagos pelo resto do sistema. A electrificação solar das unidades de saúde na Zâmbia é uma das demonstrações mais práticas durante o período em apreço de que, quando canalizado através de uma parceria eficaz com a OMS e alinhado com as prioridades estabelecidas pelo Ministério da Saúde, o capital do sector privado pode resolver um condicionalismo infra-estrutural restritivo ao nível dos cuidados primários. Aproveitando um programa multilateral existente, esta iniciativa demonstra como o co-financiamento do sector privado pode expandir as infra-estruturas de saúde de forma eficiente, sem criar sistemas paralelos. À medida que a ajuda ao desenvolvimento diminui, esses modelos constituem uma via prática para manter os serviços essenciais de saúde em contextos onde os recursos são limitados. Sobretudo, esses modelos também são replicáveis em todas as redes energéticas das unidades de saúde da Região que padecem de debilidades.

6.2. Desafios que subsistem

Mas o trabalho ainda não terminou. A Região vai enfrentar quatro desafios por resolver no próximo biénio.

Primeiro, o défice de financiamento residual dos programas de base. As reformas e a mobilização reflectem uma parte, mas não a totalidade, do quadro de financiamento da OMS 2026-2027. Os programas de base da Região apresentam um défice de financiamento residual de 662 milhões de dólares, face a um défice de financiamento à escala da OMS de aproximadamente 1,1 mil milhões de dólares para o mesmo biénio. Fechar a quota da Região exige tanto um compromisso soberano alargado, centrando-se nos 25 Estados-Membros africanos que ainda não prometeram contribuir para a Ronda de investimento, como um envolvimento incessante do sector privado e das fundações.

Segundo, a conversão de promessas de contribuição no efectivo desembolso. Existe um fosso entre promessas e desembolsos reais. O modo de falha mais

recorrente nos ciclos de reposição comparáveis, da Gavi e do Fundo Global, prende-se com o desfaseamento entre o compromisso político e a execução orçamental. A Região vai estabelecer um rastreador trimestral respeitante aos compromissos assumidos pelos Estados-Membros africanos no âmbito das 22 Rondas de investimento e apresentará ao Director Regional um relatório trimestral sobre os desembolsos comparativamente às promessas. A colaboração com os ministérios das finanças, a par dos ministérios da saúde, deve aprofundar-se para que essa conversão se concretize.

Terceiro, a exposição aos cortes na ajuda do G7.

Quase todas as nações do G7 anunciaram cortes na ajuda ao desenvolvimento, comportando implicações materiais para o potencial de mobilização da Região em 2026-2027. O grupo irá criar um registo de risco defensivo para monitorizar a exposição aos 10 principais doadores soberanos e um plano de mitigação correspondente, baseando-se no apelo a favor de uma mobilização de recursos internos mais sólida enquanto estratégia complementar constante da Agenda de Lusaca. O financiamento interno deixou de ser uma opção para o futuro; é a trave-mestra do próximo biénio. Despesas directas nas contas de saúde para pelo menos um quarto da actual despesa em saúde em 35 Estados-Membros, elevando o risco de dificuldades financeiras e limitando a protecção financeira. A redução da ajuda oficial ao desenvolvimento diminuiu a margem orçamental para fortalecer o investimento nos sistemas de saúde em pelo menos 14 países altamente dependentes.

Quarto, a infra-estrutura de gestão digital necessária para aumentar a escala. Manter a administração da Rede de Parcerias da Região Africana da OMS sem que haja um crescimento proporcional do pessoal alocado pressupõe uma plataforma regional de gestão das relações entre parceiros e uma arquitectura de gestão digital. Em 2026-2027, é preciso investir em ambos.

6.3. Prioridades para ir em diante

As prioridades da Região em termos de parcerias e financiamento para o próximo biénio estão alicerçadas em três momentos políticos específicos e numa mudança operacional. As ocasiões políticas são a septuagésima sexta sessão do Comité Regional da OMS para a África, em 2026, em que se espera que o Comité Regional aprove a Estratégia para o Futuro do Financiamento da Saúde na Região Africana da OMS 2026-2035; a septuagésima sétima sessão do Comité Regional da OMS para a África, em 2027, em que o Comité Regional avaliará a implementação do Roteiro Continental da Agenda de Lusaca; e o Fórum Africano de Financiamento da Saúde, em 2026, em que os Estados-Membros se irão comprometer a actualizar as estratégias nacionais de financiamento da saúde e a determinar os custos dos casos de investimento nos CSP. A mudança operacional compreende cinco vertentes: converter as promessas em desembolsos e comunicar

trimestralmente essa conversão; alargar a participação na Ronda de investimentos aos restantes 25 Estados-Membros africanos, tendo por meta conseguir o pleno envolvimento regional até finais de 2027; atingir 30% do sector privado e das fundações na quota dos recursos mobilizados até finais de 2027; operacionalizar o Plano de Acção Conjunto OMS-CDC de África com resultados quantificados; e implantar uma plataforma de gestão de parcerias abrangendo a Região toda, sustentando a Rede de Parcerias. A etapa mais consequente para substituir as subvenções externas por sistemas de saúde detidos e financiados internamente consiste em operacionalizar a estratégia de financiamento da saúde 2026-2035, em que pelo menos 25 países publicam estratégias nacionais de financiamento da saúde actualizadas e planos de investimento orçamentados nos CSP até 2028. Os progressos realizados serão comunicados em 2027 à septuagésima sétima sessão do Comité Regional da OMS para a África.

6.4. O Secretariado exorta os Estados-Membros a:

- **continuar a** apoiar a OMS através de um financiamento flexível e previsível;
- **honrar** as suas contribuições fixas e prosseguir o seu aumento em linha com o cenário de investimento para 2025-2028;
- **prosseguir a** dinâmica de crescimento das contribuições voluntárias alcançada neste último ano graças à mobilização de recursos internos e do aumento do investimento em saúde; e
- **expandir de forma inovadora** a sua base de doadores, incluindo por intermédio do envolvimento de actores não estatais no sector privado.



Ações de sensibilização sobre saúde sexual e reprodutiva em Samburu, Quênia.

©Gemma Print /OMS

Capítulo

7.

Garantir o futuro da saúde em África: o caminho até 2027 e mais além

Este capítulo final do relatório do Director Regional olha em diante, numa perspectiva de futuro. Resume os resultados alcançados no período de referência anterior, até 30 de Junho de 2026, e delineia aquilo que ainda falta completar; analisa as forças políticas, económicas, sociais, ambientais e tecnológicas que irão moldar os próximos cinco anos; anuncia a visão da Região em matéria de saúde pública e as mudanças políticas exigidas; enuncia a agenda do Director Regional face a três horizontes temporais, nomeadamente 2027, 2030 e 2035; e termina formulando aos Estados-Membros e aos parceiros pedidos prontos para que uma decisão seja tomada. A sua argumentação é simples: a Região Africana deixou de estar à espera de uma ordem sanitária mundial concebida alhures. Está sim a contribuir para moldar uma ordem que seja pertença, financiada e liderada a partir de África, e as escolhas dos ministros e parceiros serão decisivas para determinar até que ponto e com que rapidez esse futuro há-de chegar (1-2).

7.1. Até onde chegamos - e as lacunas que ainda ditam vidas

O período do relatório terá sido um dos mais exigentes da história recente da Região, mas também um dos mais produtivos. Os Estados-Membros, apoiados pelo Secretariado, mantiveram os serviços essenciais em funcionamento perpassando a mais acentuada contracção do financiamento da saúde em décadas, conseguiram controlar vários surtos e registaram o maior grupo de marcos verificados em termos de eliminação de doenças numa geração, enquanto o Escritório Regional se reergueu para se aproximar ainda mais das populações que serve. Esse registo completo vem exposto nos capítulos anteriores; esta secção destila-o e descreve as carências que ainda decidem da sobrevivência de uma mãe ou de uma criança.

O padrão subjacente aos resultados é tão importante quanto os próprios resultados. Quando os serviços partilham uma única plataforma de cuidados de saúde primários e quando os recursos escassos foram direccionados numa base distrito a distrito utilizando dados de rotina, a cobertura aguentou. Ao invés, nos sítios onde os programas estavam isolados, ficaram mais expostos a esses embates. As realizações não são, portanto, uma lista de vitórias separadas, mas a prova de um sistema que começa a responder adequadamente. Do mesmo modo, os desafios persistentes superam-se num pequeno número de temas transversais em vez de um catálogo de falhas programáticas: uma lacuna de financiamento que aumenta mais rapidamente do que a sua substituição interna pode fechá-lo; uma cobertura que atingiu o seu planalto aonde a desigualdade é maior; os alicerces do sistema - força de trabalho, dados, cadeias de abastecimento - que permanecem demasiado fracas para absorver choques; e a dificuldade recorrente de converter o compromisso político em resultados financiados e prestados. O Anexo apresenta uma síntese de ambos os lados do registo, organizada por tema para que o leitor veja o padrão mais do que as peças (**Quadro A1**).

Há uma tripla mensagem dirigida a ministros e parceiros. Primeiro, a Região executou em condições que, há uma década, teriam invertido os progressos realizados - demonstrando que as reformas dos últimos anos estão a mudar aquilo que o sistema consegue suportar. Segundo, os ganhos são reais, embora ainda não garantidos: assentam num financiamento que não foi substituído por outras fontes, em plataformas que devem ser protegidas e em compromissos que agora devem ser financiados. Garanti-los corresponde ao trabalho do período sobre o qual este capítulo se centra. Terceiro, os Estados-Membros devem ser resolutos e assegurar a sustentabilidade desses compromissos e a sua tradução em medidas concretas.

7.2. Perspectivas para a Saúde: Tendências e Desafios dos Próximos Cinco Anos

A leitura da perspectiva para 2027 e mais além torna-se mais clara através do exame das forças sociais, tecnológicas, económicas, ambientais e políticas que, por fora do sector, agem sobre a saúde. O Capítulo 1 estabeleceu a base de referência para o período do relatório; esta secção vai mais longe e mostra, para cada dimensão, de que maneira estas forças estão a moldar a saúde pública (3).

Forças políticas: A soberania está a tornar-se a gramática da saúde mundial. A mudança política que define o período é a consolidação de uma doutrina africana de soberania em matéria de saúde. A Cimeira Africana sobre Soberania da Saúde realizada em Acra (Agosto de 2025) e o seu resultado, lançado sob a designação *Accra Reset* por ocasião da 80ª sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas, deslocaram o contributo da Região, passando da negociação técnica para a definição de normas políticas: apropriação pelos países, financiamento interno e parceria equitativas são agora termos expressos, já não aspirações (4). Baseiam-se na Nova Ordem da Saúde Pública em África (União Africana e CDC de África, 2022) e são levados por diante pelo Comité Ministerial Africano de Alto Nível sobre a Reforma da Arquitetura Mundial da Saúde, que reúne ministros das finanças num mecanismo permanente (5). As implicações para a saúde pública são estruturais: o financiamento da saúde, as parcerias e a governação na Região serão cada vez mais definidos pelas instituições e instrumentos africanos, e o apoio externo será aferido pela forma como se alinha com os planos liderados ao nível nacional. A soberania deixou de ser um lema, é o quadro dentro do qual os ministros negociam doravante.

Factores económicos: Se o crescimento está a chegar, a saúde deve reivindicar a sua parte. Prevê-se que as economias africanas cresçam 4,2%, em 2026, e 4,4%, em 2027, em que 12 das 20 economias com o crescimento mais rápido do mundo pertencem ao continente e que vários Estados-Membros - incluindo a Etiópia, o Ruanda e o Uganda - venham a crescer de 6% ou mais (6). Um crescimento desta escala alarga o espaço orçamental que poderia financiar sistemas de saúde resilientes, mas só se a saúde assim o reivindicar. Mais de duas décadas depois de a Declaração de Abuja comprometer os governos a afectar pelo menos 15% dos seus orçamentos nacionais à saúde, essa meta continua em grande parte por satisfazer, e as despesas governamentais com saúde por toda a Região são em média cerca de metade disso (7). Isso pressupõe a necessidade de uma via de financiamento interna

que seja clara e permita traduzir o crescimento em orçamentos circunscritos à saúde - através de uma tributação a favor da saúde, da arrecadação de taxas de solidariedade e da reforma dos seguros -, bem como passar a tratar a despesa em saúde não como um custo recorrente, mas como um investimento que protege a própria produtividade de que o crescimento depende (1).

Factores sociais: Uma África mais jovem e mais forte reivindica o direito à saúde. A população da Região ultrapassa 1,2 mil milhões de pessoas espalhadas por 47 Estados-Membros. É das mais jovens do mundo, aproximadamente 60% tem menos de 25 anos de idade, tratando-se de uma geração consciente dos seus direitos que leva cada vez mais os governos a responsabilizarem-se pelos serviços que recebem (8). Ao mesmo tempo, o número de pessoas deslocadas, que foram forçadas a isso, atingiu níveis sem precedentes durante o período em apreço - só na África Ocidental e na África Central, 12,7 milhões de pessoas passaram a ser deslocadas ou apátridas, um aumento de 48% desde 2020, as mulheres e as crianças representando cerca de 80% desse número (9). Daí se tira uma dupla ilação: um dividendo demográfico que torna o sector da saúde num dos motores mais credíveis do continente para o emprego digno, e pressões crescentes em termos de procura, igualdade e responsabilização que os sistemas de saúde têm de saber gerir sob pena de defraudar a confiança pública.

Factores ambientais: A resiliência é agora um mandato da saúde. A Região está a registar um aquecimento mais rápido face à média mundial e os determinantes ambientais - água insalubre e saneamento; poluição atmosférica; inundações e secas impulsionando repetidos surtos de cólera - já moldam o peso das doenças que a assolam, enquanto os conflitos e a insegurança nalgumas partes da Região complexificam os danos (10). Ainda assim, menos de 1% do financiamento mundial relacionado com o clima chega ao sector da saúde. O que exige uma agenda multisectorial e de resiliência: é preciso construir os sistemas de saúde para poderem continuar a prestar serviços essenciais por entre choques, e o sector da saúde deve tornar-se um operador competente relativamente ao clima e ao financiamento ambiental, em vez de mero espectador.

Factores tecnológicos: A possibilidade de dar o salto e o risco de uma nova clivagem. As ferramentas digitais, os sistemas de dados e a inteligência artificial, a par dos primeiros investimentos sérios no fabrico de vacinas, medicamentos e meios de diagnóstico em África, dão à Região uma rara oportunidade de dar o salto para a eficiência e a auto-suficiência. Durante o período do relatório, esta mudança tornou-se uma prática rotineira - desde painéis distritais em tempo real até à

sequenciação genómica na Região e à harmonização regulamentar à escala continental. O resultado tem dois gumes: a tecnologia pode produzir ganhos de soberania e eficiência em escala, mas somente um investimento intencional no acesso equitativo evitará um fosso crescente entre países e dentro deles, e só uma cabal governação dos dados de saúde mantê-los-á em mãos africanas. As cinco dimensões, a sua perspectiva e as suas implicações para a saúde pública vêm resumidas no Anexo (**Quadro A2**).

Então, qual é o caminho a seguir para a saúde pública? Em conjunto, estas forças convergem em duas ou três que irão decidir o formato da saúde até 2027 e mais além. A primeira é o fim do pressuposto do financiamento externo e o aumento da mobilização de recursos internos como camada base dos orçamentos da saúde - as dimensões económica e política agindo juntas. A segunda é a alteração de resiliência passando-se da lógica de programa para a pertença do sistema, uma vez que o clima, os conflitos e as emergências recorrentes fazem com que a continuidade dos serviços essenciais seja o verdadeiro teste a um sistema de saúde. A terceira, na realidade transversal a todos, é a soberania: a crescente capacidade e expectativa de que África financie, governe, produza e esclareça mais a sua própria resposta sanitária. A visão que se segue foi concebida para enfrentar estas forças de frente

7.3. África como formatadora da saúde mundial, e não como beneficiária

A visão de saúde pública da Região para 2027 e mais além pode ser expressa numa única linha que um ministro pode repetir: **uma Região Africana que financia, governa e fornece a sua própria saúde - onde os cuidados são acessíveis, fiáveis e protegidos durante abalos, e onde a saúde é considerada um investimento fundacional de estabilidade, produtividade e soberania** (1). Esta visão é coerente com o Décimo Quarto Programa Geral de Trabalho da OMS, 2025-2028 (PGT 14) e com a direcção estratégica do Director Regional, bem como reafirma a postura da Região desde a implementação das decisões tomadas noutros locais até à co-autoria das próprias regras da saúde mundial (2).

Quatro prioridades organizativas moldam a visão: a **saúde universal** - a promessa de serviços de saúde acessíveis e de qualidade para todos, baseados nos cuidados de saúde primários; a **resiliência** - a segurança sanitária e a continuidade do sistema inteiro que aguenta emergências; a **modernização** - as capacidades digitais, de dados, de força de trabalho e

institucionais que possibilitam a prestação de serviços; e a **apropriação e soberania** - o financiamento interno, a regulamentação e o fabrico de medicamentos africanos e a governação de dados africanos que, em conjunto, fazem evoluir a Região da dependência para a liderança. Estas prioridades decorrem da sólida estrutura do projecto estratégico da Região, *Uma nova era de saúde para a África: acção comum para a visão 2035*, que é analisada de forma crítica abaixo; substituem e são deliberadamente mais claras do que os enquadramentos anteriores (8).

A orientação política que decorre desta perspectiva consiste num conjunto de mudanças deliberadas de postura. A primeira mudança prende-se com o alinhamento dos doadores para a **administração orçamental** - diálogos institucionalizados em matéria de saúde-finanças-planeamento, financiamento interno circunscrito e saúde abordada sob o prisma da gestão de riscos macroeconómicos. A segunda tem a ver com a passagem de projectos fragmentados e específicos a doenças para **bens públicos regionais** - aquisições conjuntas, harmonização regulamentar, fabrico local e plataformas digitais partilhadas. A terceira é passar da resposta à **resiliência do sistema no seu conjunto**, em que a continuidade dos serviços essenciais está incorporada enquanto requisito de concepção. A mudança final é transformar-se de executor em **administrador**: o Escritório Regional está a redefinir o seu próprio papel de órgão técnico para responsável pelas políticas e finanças assim como de arquitecto da soberania da saúde africana - um administrador técnico, parceiro de apoio à implementação, coordenador, integrador de sistemas e plataforma de responsabilização (1-2). Na prática, significa dar prioridade ao trabalho normativo, administrativo e de definição de normas a montante, continuando a apoiar a implementação a jusante aonde os Estados-Membros mais precisem - ambos a par e passo, e não um em detrimento do outro.

A África já está a ser co-criadora de regras da saúde mundial. A afirmação segundo a qual a Região influencia a saúde mundial, em vez de ser um mero receptor não é simplesmente uma pretensão; é algo que os instrumentos do período abrangido pelo relatório vem comprovar. O Acordo da OMS sobre Pandemias, adoptado em Maio de 2025 com o seu sistema de acesso a agentes patogénicos e partilha de benefícios, e as alterações de 2024 introduzidas no Regulamento Sanitário Internacional, em vigor desde Setembro de 2025, contêm disposições de equidade que o Grupo Africano negociou e acautelou (12-13). O princípio de “um plano, um orçamento, um relatório” constante da Agenda de Lusaca - uma reforma liderada por África sobre a maneira como as iniciativas mundiais de saúde funcionam - foi incorporado na política vinculativa da OMS através de uma resolução em matéria de financiamento, que foi encabeçada pela Região (5). Além disso, a soberania regulamentar e de fabrico está a ser construída através da Agência Africana de

Medicamentos e do Fórum Africano de Regulamentação das Vacinas, e através dos primeiros investimentos sérios no fabrico de vacinas, medicamentos e meios de diagnóstico em África (14-15). Estes são os meios por intermédio dos quais a Região protege os serviços essenciais, financia a sua própria saúde e dá resposta a choques à medida que o apoio externo regride - e são impulsionados por duas instituições complementares cuja divisão de trabalho é deliberada: por um lado, o Escritório Regional da OMS para a África, que lidera em termos de padrões normativos, orientação técnica, apoio aos países e responsabilização, e, por outro, o CDC de África que lidera a coordenação política continental e a ligação com os Chefes de Estado e de Governo. É a coerência dessa relação, mais do que qualquer declaração por si só, que converte o consenso continental num resultado ao nível dos países.

7.4. A agenda do Director Regional

A visão é concretizada através de um quadro a médio prazo organizado ao longo de três horizontes temporais: a curto prazo, um *sprint* até 2027; a médio prazo, uma corrida aproximadamente até 2030; e num horizonte mais longo, outra até 2035. Tudo isso seguindo os sete programas emblemáticos de execução. Erradicar as doenças em África e a Agenda de Transformação para uma década constituem a coluna vertebral que lhes serve de esteio (17-19). O quadro é deliberadamente diferenciado: fala com a totalidade dos 47 Estados-Membros, segmentando a prestação para contextos frágeis e afectados por conflitos, para os inúmeros países que enfrentam um duplo fardo de doenças e para aqueles que já estão a avançar para a cobertura universal - fazendo com que o ritmo de cada reforma reflecta as circunstâncias de cada país.

As sete iniciativas emblemáticas são as linhas pelas quais a visão se torna realidade: **cuidados de saúde primários centrados em distritos e sistemas comunitários; preparação e resiliência do sistema na sua íntegra; transformação digital; força de trabalho e liderança adequadas à sua finalidade; modernização institucional; fabrico regional e aquisição conjunta; e financiamento e parcerias sustentáveis.** Cada uma baseia-se em resultados previamente comunicados e aponta para um marco mensurável.

O sprint de curto prazo até 2027 - estabilizar e repor.

O período imediato define-se por duas pressões simultâneas: emergências de saúde em curso e um embate no financiamento estrutural. A primeira tarefa consiste em manter os ganhos arduamente obtidos repondo o modelo operacional, conseguindo controlar emergências activas e converter a resposta numa capacidade duradoura de detecção para dar resposta e de dimensão transfronteiriça - a começar pelo encerramento seguro e completo da emergência de saúde pública da variante Bundibugyo do Ébola (20). Outra tarefa a curto prazo é atenuar o choque

financeiro, protegendo os serviços essenciais e acelerando as medidas de financiamento interno ligadas ao compromisso de Abuja e à Agenda de Lusaca, protegendo simultaneamente a vacinação e os ganhos dos cuidados de saúde primários através da transição da GAVI. Mais uma vez, é preciso manter a capacidade de modernização - a espinha dorsal dos dados regionais, a força de trabalho e os alicerces digitais e de governação sobre os quais assentam todas as prioridades - e garantir a aprovação política da visão no Comité Regional e dentro da arquitectura da União Africana, traduzindo-a em pactos nacionais com marcos comuns.

A manutenção desta agenda exige igualmente que o Escritório Regional acautele a sua própria agilidade. A reestruturação no período abrangido pelo relatório - maior racionalização da estrutura, decisões tomadas mais perto do nível nacional e responsabilização mais firme - prosseguirá com um conjunto propositado de estratégias internas: consolidar o modelo central dos Escritórios de país, finalizar a modernização digital e de IA nos processos da área administrativa, converter poupanças de eficiência em apoio aos países e incorporar uma cultura de resultados e de risco fazendo com que a instituição permaneça apta a prestar serviços à medida que as condições mudam.

A médio prazo até 2030 - dar escala e institucionalizar.

À medida que as emergências vão sendo contidas e a reposição vinga, o enfoque irá deslocar-se para a construção de sistemas que subsistem: ampliar as equipas de saúde familiar e o PEN-Plus para que as doenças crónicas e graves não transmissíveis sejam geridas perto do local onde as pessoas vivem; manter os ganhos e acelerar as medidas no combate às principais doenças transmissíveis e não transmissíveis, e abordar a mortalidade materno-infantil; institucionalizar a produção regional e a aquisição conjunta; incorporar instalações inteligentes em termos climáticos, resilientes e de vigilância nos planos nacionais; conduzir a transição financeira para que a despesa pública interna passe a ser a principal fonte de financiamento da saúde e a assistência externa se torne catalisadora e anticíclica; e completar a reorientação do próprio papel do Escritório Regional enquanto coordenador, organismo normalizador e parceiro na responsabilização relativamente aos sistemas pertença dos países.

Visão para 2035 - a meta transformadora. Daqui até 2035, a Região ambiciona vir a financiar, governar e prestar a sua própria saúde: 1,2 mil milhões de pessoas com cuidados de saúde acessíveis e fiáveis perto de casa; surtos detectados e interrompidos precocemente, pondo a prioridade na prevenção mais do que na resposta; e sistemas de saúde financiados internamente e resilientes, em que os parceiros são catalisadores em vez de estruturais. A concretização nos três horizontes depende de uma única disciplina de responsabilização: um quadro de resultados alinhado com o PGT 14; marcos explícitos e calendarizados para cada um dos horizontes; e sinceridade na apresentação de relatórios anuais ao

Comité Regional incidindo sobre os resultados em vez das actividades. Os três horizontes e os seus resultados-chave assim como os sete programas emblemáticos e os seus marcos futuros são apresentados no Anexo (Quadros A3 e A4, respectivamente).

7.5. O nosso apelo aos Estados-Membros e aos parceiros

Trata-se de uma solicitação final antes de fechar o relatório. É específica e dirige-se aos dois públicos cujas decisões assegurarão o futuro da saúde em África.

Aos Estados-Membros: Apropriar-se dela, financiá-la, levá-la às populações.

- 1. Financiar a saúde como o investimento que é.** Estabelecer uma trajectória nacional explícita para alcançar a referência de Abuja, ou seja, afectar pelo menos 15% do orçamento nacional à saúde; circunscrever o financiamento interno através de impostos a favor da saúde, de taxas de solidariedade e da reforma dos seguros; e institucionalizar diálogos sobre planeamento-financiamento-saúde para assegurar que o crescimento tenha tradução nos orçamentos da saúde.
- 2. Empenhar-se na soberania e na prestação.** Aprovar a visão e traduzí-la num pacto orçamentado com marcos partilhados até 2030; manter o compromisso político e financeiro em relação à regulamentação dos medicamentos africanos, à aquisição conjunta e à produção local; e proteger as plataformas de cuidados de saúde primários, vacinação, vigilância e força de trabalho que sustentam os resultados do exercício deste ano. Cumprir os compromissos já assumidos pelos Estados-Membros nas sucessivas resoluções do Comité Regional - sobre cuidados de saúde primários e cobertura universal de saúde, segurança sanitária, financiamento interno e produção local de produtos de saúde - e fazê-los passar da resolução para a implementação.
- 3. Reformar para melhorar a prestação dos serviços de saúde.** Converter os compromissos políticos — incluindo a criação de postos de trabalho, os compromissos de mobilização de recursos, os protocolos adoptados e os instrumentos jurídicos aprovados — em realidades concretas, sustentadas por financiamento adequado, recursos humanos qualificados e mecanismos operacionais eficazes, mediante uma estreita coordenação entre os ministérios da Saúde, das Finanças, da Educação e do Trabalho.

Aos parceiros, incluindo os doadores: Alinhar e tornar o apoio previsível

1. **Alinhar o financiamento com os planos nacionais.**
No espírito do *Accra Reset* e da Agenda de Lusaca, fornecer apoio plurianual, flexível, agrupado e anticíclico que esteja alinhado com um único plano nacional - “um plano, um orçamento, um relatório” - em vez de projectos paralelos e específicos a doenças (4–5).
2. **Criar capacidade, não fornecê-la apenas.** Investir em regulamentação, fabrico, sistemas de dados e força de trabalho africanos para que o seu apoio reforce efectivamente as próprias instituições da Região e deixe uma capacidade duradoura.
3. **Prestar contas através de dados africanos.**
Enraizar a responsabilização partilhada em dados nacionais e no quadro de resultados da Região, para que a parceria seja medida pelos resultados em matéria de saúde que assegura às populações da Região.

Garantir o futuro da saúde em África não é uma promessa que reluz, trata-se sim de um conjunto de escolhas que têm de ser feitas. Mesmo nos anos mais difíceis, a Região demonstrou o que pode oferecer quando lidera. O que é agora necessário – tanto dos governos como dos parceiros – é um compromisso claro para financiar, reformar e manter essa liderança. A saúde é aquele investimento que paga qualquer outro dividendo.

Referências do Capítulo 7

1. Impouma, B., Abdourahmane, D. and Janabi, M. (2026) Health in Africa: the WHO African Region in the next decade. *The Lancet*, 407, pp. 1055–1056. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2826%2900183-2>
2. Impouma, B., Luciani, A., Diallo, A. and Janabi, M. (2026) How African regional agencies can shape global health reform. *Think Global Health* [Internet], 23 April 2026 [citado a 9 de Julho de 2026]. Disponível em: <https://www.thinkglobalhealth.org>
3. World Health Organization Regional Office for Africa (2026) Annual report of the Regional Director to the Seventy-sixth session of the Regional Committee for Africa. Chapter 1: The context – a STEEP analysis of the health landscape. Brazzaville: World Health Organization Regional Office for Africa.
4. The Presidency, Republic of Ghana (2025) President Mahama and global leaders launch the Accra Reset at UNGA 2025 [Internet]. Accra: The Presidency. [citado a 9 de Julho de 2026]. Disponível em: <https://presidency.gov.gh>
5. Future of Global Health Initiatives (2023) The Lusaka Agenda: overview [Internet]. Geneva: Future of Global Health Initiatives. [citado a 9 de Julho de 2026]. Disponível em: <https://futureofghis.org>
6. Banco Africano de Desenvolvimento. Desempenho e Perspetivas Macroeconómicas em África (MEO) 2026. Abidjan: Banco Africano de Desenvolvimento; 2026: <https://www.afdb.org/pt/documents/desempenho-e-perspetivas-macroeconomicas-em-africa-meo-2026>
7. Abuja Declaration on HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious diseases. Abuja: African Union; 2001 (<https://au.int/sites/default/files/pages/32894-file-2001-abuja-declaration.pdf>)
8. African Union and Africa Centres for Disease Control and Prevention (2022) Africa’s New Public Health Order. Addis Ababa: Africa Centres for Disease Control and Prevention.
9. World Health Organization Regional Office for Africa (2026) A new era of health for Africa: united action for Vision 2035. Draft version 1. Brazzaville: World Health Organization Regional Office for Africa, 12 May 2026.
10. United Nations High Commissioner for Refugees (2025) Regional trends: forced displacement in West and Central Africa in 2025 [Internet]. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees. Disponível em: <https://www.unhcr.org/media/west-and-central-africa-regional-trends-forced-displacement-2025>
11. World Meteorological Organization (2025) State of the climate in Africa 2024 [Internet]. Geneva: World Meteorological Organization. Disponível em: https://wmo.int/sites/default/files/2025-05/Africa_2024final1.pdf
12. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2024) World population prospects 2024. New York: United Nations.
13. World Health Assembly (2025) WHO Pandemic Agreement. Resolution WHA78.1. Geneva: World Health Organization, 20 May 2025. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_R1-en.pdf

14. World Health Organization, 2024. International Health Regulations (2005), as amended in 2024; entry into force 19 September 2025 [online]. Geneva: World Health Organization. Disponível em: https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/IHR_2014-2022-2024-en.pdf [Consultado em 24 de Julho de 2026]
15. WHO Regional Office for Africa, African Medicines Agency, 2024. Framework agreement for collaboration [online]. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa. Disponível em: <https://www.afro.who.int/news/who-and-african-medicines-agency-launch-landmark-framework-strengthen-access-quality-assured>
16. Gavi, the Vaccine Alliance. (2024). African Vaccine Manufacturing Accelerator (AVMA). Geneva: Gavi, the Vaccine Alliance
17. World Health Organization. Fourteenth General Programme of Work, 2025–2028. Geneva: World Health Organization; 2025. Disponível em: <https://www.who.int/about/general-programme-of-work/fourteenth>
18. WHO Regional Office for Africa. Ending Disease in Africa (ENDISA). Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2023. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/373549>
19. WHO Regional Office for Africa. The Transformation Agenda of the WHO Secretariat in the African Region, 2015–2024. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2024. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/178621>
20. World Health Organization. Ebola disease caused by Bundibugyo virus – Democratic Republic of Congo. Disease Outbreak News [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2026 [citado a 9 de Julho de 2026]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news>



QUÊNIA: Resposta de emergência às
inundações - 3 de Maio de 2024

© OMS / Genna Print

Anexo dos Quadros

Quadro A1. Principais realizações e desafios persistentes durante o período do relatório, por tema.

Tema (ver capítulo)	Principais realizações (período abrangido pelo relatório)	Desafios persistentes
Serviços essenciais e CUS (Capítulo 2).	O tratamento anti-retroviral protegeu cerca de 21,7 milhões de pessoas; resguardou 28,4 milhões de doses de medicamentos para as DTN; realizou campanhas de combate ao paludismo em 21 países; o índice de abrangência de serviços da CUS chegou a 51 (comparativamente a 30, em 2000).	Pagamentos directos de ~36% da despesa com a saúde, acima do limiar de dificuldades em 35 Estados-Membros; défice de financiamento da tuberculose ~3,6 mil milhões de dólares.
Vacinação (Capítulo 2)	A DTP3 foi mantida em 76%; a grande recuperação designada por <i>Big Catch-Up</i> abrangeu 18,3 milhões de crianças (nomeadamente 12,3 milhões de crianças que ainda não haviam recebido dose nenhuma); a vacina antipalúdica foi administrada em 24 países; o VPH em 36.	Cobertura em planalto (DTP3 76% durante cinco anos; HPV 47% vs. meta de 90%); maior défice de equidade subnacional do mundo; campanhas expostas do ponto de vista financeiro.
Segurança sanitária (Capítulo 3)	Os 47 Estados-Membros na sua totalidade adoptaram as alterações de 2024 ao RSI; 71% das ocorrências foram detectadas no prazo de sete dias; o surto de Ébola de Bulape foi contido em 88 dias e convertido numa capacidade permanente.	A ESPDI relativa ao Ébola de Bundibugyo decorre; a cólera persiste; a média da capacidade de base situa-se nos ~51%; os contextos frágeis estão mais atrasados.
Melhorar a saúde das populações (Capítulo 4)	15 Estados-Membros adoptaram reformas da fiscalidade sobre o tabaco; 21 Estados beneficiaram de um manancial de 139 milhões de dólares destinado a clima e saúde; 46 Estados-Membros implementaram uma política de alimentação saudável.	A prevenção permanece subfinanciada; as DNT causam cerca de 37% dos óbitos, o número mais elevado de mortes prematuras por DNT de todas as regiões da OMS.
Instituição e financiamento (Capítulo 5)	Força de trabalho reduzida em ~25% e ~75% transferida para o nível nacional; >8 milhões de dólares americanos em poupanças recorrentes; contribuições voluntárias aumentaram 7%, passando para 769 milhões de dólares; 21 Estados-Membros comprometeram-se a participar na Ronda de Investimentos.	Os programas de base residuais no biénio 2026–2027 apresentam um défice de 662 milhões de dólares; promessas ainda não correspondem a desembolsos.
Posicionamento da saúde ao nível mundial (Capítulo 6)	Acordo sobre Pandemias aprovado com o sistema PABS; alterações do RSI já em vigor; roteiro da Agenda de Lusaca aprovado; operacionalização da Agência Africana de Medicamentos.	Anexo PABS por resolver; em grande parte, a meta de Abuja não foi atingida; traduzindo o consenso continental em resultados à escala nacional.

Quadro A2. As perspectivas para 2027 e o futuro, e as suas implicações para a saúde pública.

Dimensão	Perspectivas para 2027 e mais além	O que isso significa para a saúde pública
Política	Uma doutrina africana de soberania em saúde consolidada (<i>Accra Reset</i> ; Nova Ordem de Saúde Pública; Comité Ministerial de Alto Nível).	Financiamento, parcerias e governação cada vez mais definidos por instituições africanas; apoio externo avaliado pelo alinhamento subjacente aos planos nacionais.
Económica	Crescimento africano ~4,2% (2026) e ~4,4% (2027); 12 das 20 economias do mundo com crescimento mais rápido são africanas.	Alargar o espaço orçamental - contudo a saúde tem de o reivindicar; traduzir o crescimento em orçamentos circunscritos rumo à referência de Abuja.
Social	Uma população jovem (~60% abaixo dos 25 anos de idade) e um número recorde de deslocados (12,7 milhões somente na África Ocidental e na África Central).	Um dividendo demográfico e um motor de emprego; pressões crescentes sobre os sistemas de saúde em termos de procura, equidade e responsabilização.
Environmental	Aquecimento continental mais rápido do que a média global; impactos em relação à água, ao ar e ao clima; conflitos em partes da Região; <1% do financiamento climático chega à saúde.	A resiliência torna-se uma propriedade do sistema; as prioridades de saúde devem funcionar em mecanismos de financiamento climático e ambiental, e não em isolamento.
Technological	Saúde digital, dados e IA em grande escala; primeiro investimento sério no fabrico de vacinas, medicamentos e meios de diagnóstico em África.	Uma oportunidade para avançar em direcção à soberania e à eficiência operacional – mas para mitigar o risco de fosso digital, garantindo uma governação equitativa e robusta dos dados em África.

Quadro A3. O quadro a médio prazo: Três horizontes temporais e respectivos produtos assinaláveis

Horizonte	Intenção estratégica	Produtos assinaláveis
Curto prazo até 2027	Estabilizar e repor	Concluir a resposta dada à situação de emergência face ao surto da doença pelo vírus Ebola Bundibugyo, convertendo-a numa capacidade sustentável de segurança sanitária; mitigar o impacto das limitações de financiamento; consolidar os progressos alcançados nos domínios da vacinação e dos cuidados de saúde primários; reforçar as capacidades de modernização do sistema de saúde; e assegurar a aprovação da visão estratégica, bem como a formalização dos pactos nacionais.
Médio prazo até ~2030	Expandir e institucionalizar	Expandir à escala nacional as equipas de saúde familiar e o programa PEN-Plus; fortalecer a produção regional e os mecanismos de aquisição conjunta de produtos de saúde; desenvolver infraestruturas e sistemas de vigilância resilientes às alterações climáticas; e promover uma transição sustentável do financiamento da saúde, assente cada vez mais em recursos nacionais.
Horizonte longo até 2035	Transformar	Uma Região capaz de financiar, reger e assegurar a prestação do seu próprio sistema de saúde. cuidados comportáveis e fiáveis perto de casa; surtos interrompidos precocemente; sistemas resilientes e financiados internamente, com parceiros catalisadores, não estruturais.

Quadro A4. Os sete programas emblemáticos de prestação e respectivos marcos futuros

Prestação emblemática	Métodos de prestação e marcos futuros
CSP centrados no distrito e sistemas comunitários	Serviços integrados numa só plataforma; equipas de saúde familiar alargadas a mais Estados-Membros até 2030.
Preparação e resiliência do sistema na sua íntegra	Capacidade de detecção e resposta institucionalizada; continuidade dos serviços essenciais incorporada enquanto requisito na concepção.
Transformação digital.	Uma coluna vertebral de dados regionais e uma capacidade de dados sobre prevenção e controlo de doenças; vigilância e apoio às decisões com recurso à IA.
Força de trabalho e liderança adequadas	Planos orçamentados de investimento na força de trabalho nos 47 Estados-Membros; ensino baseado em competências e desenvolvimento de liderança.
Modernização institucional	Consolidação do modelo central de Escritório de país; com o Escritório Regional como administrador, integrador e plataforma de responsabilização.
Fabrico regional e aquisição conjunta	Ampliação da operacionalização e do alcance da Agência Africana de Medicamentos e do AVMA; mais reguladores de nível de maturidade 3; abastecimento regional de produtos garantido.
Financiamento sustentável e parcerias	Financiamento interno rumo aos critérios de referência de Abuja; financiamento catalisador e combinado; parceiros alinhados em torno de um plano nacional.

Escritório Regional da OMS para a África

A Organização Mundial da Saúde (OMS) é uma agência especializada das Nações Unidas, criada em 1948, com a responsabilidade principal de gerir os assuntos internacionais de saúde e de saúde pública. O Escritório Regional da OMS para a África é um dos seis escritórios regionais em todo o mundo, cada um com o seu próprio programa orientado para os problemas de saúde específicos dos países que serve.

Estados-Membros

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

Organização Mundial da Saúde Escritório Regional para a África

Cité du Djoué

Caixa Postal nº 6 Brazzaville

Congo

Telefone: +(47 241) 39402

Fax: +(47 241) 39503

Correio electrónico: afrgocom@who.int

Website: <https://www.afro.who.int/>