



**COMITÉ REGIONAL PARA A ÁFRICA**

**ORIGINAL: INGLÊS**

Sexagésima sétima sessão

Victoria Falls, República do Zimbábue, 28 de Agosto a 1 de Setembro de 2017

Ponto 12 da ordem do dia provisória

**REDUZIR AS INIQUIDADES EM SAÚDE ATRAVÉS DA ACÇÃO INTERSECTORIAL  
SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE**

**Relatório do Secretariado**

**ÍNDICE**

|                            | <b>Parágrafos</b> |
|----------------------------|-------------------|
| ANTECEDENTES .....         | 1-8               |
| PROBLEMAS E DESAFIOS ..... | 9-14              |
| MEDIDAS PROPOSTAS .....    | 15-28             |

**ANEXOS**

|  | <b>Página</b> |
|--|---------------|
| 1. Prevalência da malnutrição crónica entre crianças com idade inferior a 5 anos por quintis extremos em 41 países .....   | 7             |
| 2. Cobertura vacinal contra o sarampo (MCV) em crianças com um ano de idade (%) por nível de ensino na Região Africana, 2000-2013 .....                          | 9             |
| 3. Percentagem da população residente em meio urbano e rural onde tem acesso a fontes o a fontes de água potável geridas de forma segura na Região Africana..... | 10            |
| 4. Percentagem da população com acesso a instalações sanitárias melhoradas por quintil na Região Africana .....  | 11            |
| 5. Tabela destacando exemplos de medidas intersectoriais bem-sucedidas na Região Africana ...  | 12            |

## ANTECEDENTES

1. Além de injustas, as iniquidades em saúde podem ser evitadas<sup>1</sup>. Tanto a saúde da população como as desigualdades na saúde são influenciadas pelas condições nas quais as pessoas nascem, vivem, crescem e envelhecem. Mas também o são por determinantes mais latos que agem sobre a saúde e são ditados por políticas, estruturas de governação, factores económicos e políticos bem como por aspectos ambientais e ligados ao desenvolvimento que vigoram nos países. Reduzir desigualdades em matéria de saúde pressupõe abordar considerações estruturais e socioeconómicas mais abrangentes e atacar as causas subjacentes às doenças, à inacessibilidade aos cuidados de saúde e à escassez de serviços de qualidade.

2. Desde que lançou o relatório da sua Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde em 2008, a OMS perfilhou uma série de determinantes sociais da saúde de alcance internacional e produziu várias declarações de promoção da saúde<sup>2,3,4,5,6,7</sup>. As resoluções da Assembleia Mundial da Saúde WHA67.12, de 2014, e WHA69.24, de 2016, salientam a necessidade da OMS e dos Estados-Membros reconhecerem os determinantes sociais da saúde e de se dedicarem a eles. Estes compromissos sublinham ser preciso levar a cabo acções sustentáveis transversais a todos os sectores, privilegiando uma abordagem holística de governo, o conceito de “Saúde em Todas as Políticas” e de serviços de saúde integrados centrados nas pessoas<sup>8</sup> de modo a melhorar a saúde da população e a equidade perante a saúde.

3. A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) proporcionam um quadro de desenvolvimento que exige uma colaboração intersectorial, maiores esforços e coordenação entre todos os sectores. Constitui uma oportunidade para que o sector da saúde aborde os determinantes da saúde, promovendo simultaneamente a saúde em todos os objectivos. O recente documento do Conselho Executivo<sup>9</sup> (EB140/32) indicou claramente que “uma força da Agenda 2030 prende-se com as oportunidades de melhorar a saúde e que atravessam os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável no seu conjunto. Os factores associados à boa saúde não são lineares nem unidireccionais; mais propriamente, bons resultados de saúde dependem de múltiplos contributos partilhados através do trabalho empreendido noutros objectivos e cujos resultados amiúde se retroalimentam reforçando esses contributos”. Por outro lado, a saúde é condição para e resulta de políticas para promover o desenvolvimento sustentável.

4. Garantir a segurança alimentar é um dos ODS que tem grande importância nos resultados em matéria de saúde a nível populacional, em particular nas crianças. Em 2016, por exemplo, mais de 40% das crianças com idade inferior a 5 anos em 19 países, de 41, tinham baixo estatuto

---

<sup>1</sup> Whitehead M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services* 22: 429-445.

<sup>2</sup> OMS (1986). Carta de Otava sobre a Promoção da Saúde - Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Otava, Canada. 21 de Nov de 1986.

<sup>3</sup> OMS (2005). Carta de Banguécoque para a promoção da saúde num mundo globalizado.

<sup>4</sup> OMS (2011). Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. World Conference on Determinantes sociais da saúde, Rio de Janeiro, Brasil: 19-21 de Outubro de 2011.

<sup>5</sup> OMS (2011). Declaração política da ONU sobre doenças não transmissíveis.

<sup>6</sup> OMS (2013). Declaração de Helsínquia sobre a Saúde em Todas as Políticas.

<sup>7</sup> OMS (2016). Declaração de Xangai sobre Promoção da Saúde.

<sup>8</sup> OMS (2016). Quadro da OMS sobre serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas.

<sup>9</sup> OMS (2017) Progressos realizados na implementação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável – Relatório do Secretariado (EB140/32). Genebra, Janeiro de 2017.

socioeconómico (quartil mais pobre), por conseguinte sofriam de malnutrição crónica comparativamente ao quartil mais rico. Ao invés, a maioria dos países remanescentes tinham menos de 20% (cf. Anexo 1). Essas disparidades advêm da indisponibilidade, inacessibilidade e impossibilidade da população em geral adquirir alimentos nutritivos. Medidas intersectoriais envolvendo as finanças, saúde, agricultura e outros sectores económicos são necessárias para lidar com a pobreza, a insegurança alimentar e a desnutrição como sobressai nos casos do Gana e do Quénia (cf. Anexo 5) que apresentam resultados desejáveis.

5. A educação e o local de residência também contribuem para as desigualdades. Por exemplo, em 2016, as mães sem instrução eram menos propensas a vacinar os filhos. O Anexo 2 ilustra a cobertura vacinal do sarampo nas crianças de um ano de idade em função do nível de instrução materno. De igual modo, são visíveis na maioria dos países as disparidades entre comunidades urbanas (70%) e rurais (50%) que têm acesso a fontes de água potável geridas de forma segura (cf. Anexo 3). Na maior parte dos países, no quartil mais rico mais de 50% tinha acesso a instalações sanitárias melhoradas ao passo que na população mais pobre o acesso era inferior a 30% (cf. Anexo 4). A distribuição desigual da água tem grandes implicações sobre o saneamento e a higiene, ocasionando frequentemente uma elevada carga de doenças como a cólera, febre tifóide, paludismo e febre-amarela cuja propagação pode assumir proporções epidémicas<sup>10</sup>.

6. Contudo, alguns países da Região Africana da OMS, apresentam experiências intersectoriais positivas e contribuem para a saúde e os resultados obtidos noutros sectores. Por exemplo, a Gâmbia e África do Sul instituíram um controlo tabágico eficaz graças ao empenho político e a medidas multisectoriais que gozaram de ampla participação, bem como parcerias estratégicas desde o nível nacional até ao nível subnacional, incluindo a sociedade civil. A iniciativa de seguro comunitário no Ruanda é outro exemplo de acção intersectorial exitoso no âmbito do qual o sector da saúde colabora com o Gabinete do Presidente, o Ministério das Finanças e da Economia, assim como com autarquias locais para aumentar o orçamento da saúde e procurar apoio financeiro para a saúde (cf. Anexo 5).

7. Os Estados-Membros da Região Africana da OMS estão cada vez mais cientes da importância dos determinantes da saúde e da necessidade de alinhar estrategicamente as políticas de todos os sectores de modo a reforçar as acções que, a longo prazo, se referem às desigualdades na saúde (cf. Anexo 5).

8. A Região Africana da OMS destaca os desafios e propõe medidas-chave ao abrigo da agenda de acção intersectorial da OMS a favor da saúde e que pode ser realizada por numerosas partes interessadas para fazer progredir os ODS (EB140/32).

## **PROBLEMAS E DESAFIOS**

### **Fornecer enquadramentos político, normativo e regulamentar para promover a colaboração intersectorial**

9. Abordar os determinantes da saúde a montante como é o caso das políticas de outros sectores é um desafio na maioria dos países que não dispõem de enquadramentos político, normativo e

---

<sup>10</sup> OMS (2017). Financing Universal Water, Sanitation and Hygiene under os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável. UN-Water Global Analysis and Assessment of Sanitation and Drinking-Water (GLAAS) 2017 report. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2017.

regulamentar para promover a colaboração intersectorial. Programas intersectoriais tais como a luta antitabaco, o VIH/SIDA, a nutrição e os produtos saudáveis, a segurança rodoviária, a regulamentação da saúde e da segurança social, exigem quadros normativos e regulatórios de modo a envolver outros sectores no intuito de obter resultados desejáveis em saúde e atacar os efeitos dos acordos comerciais, da publicidade ao tabaco, da migração transfronteiriça, da regulação do trânsito, etc. A sustentabilidade das medidas intersectoriais transforma-se em desafio quando não há apoio de alto-nível por parte do sistema de governação.

10. O sector da saúde necessita de uma abordagem integrada por forma a colaborar com outros sectores para lidar com as desigualdades na saúde e com os determinantes da saúde, e simultaneamente potenciar o novo marco dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável. As principais partes interessadas no domínio do desenvolvimento, tais como as estruturas dos poderes locais, a sociedade civil, o sector privado e outros sectores para além do da saúde têm de ser envolvidos para fornecer equipamentos sociais e infra-estruturas para a saúde. Mutualizar recursos para efeitos de apoio técnico e financeiro através do alinhamento e da coordenação intersectorial permitirá evitar a duplicação de esforços, a fragmentação do impacto esperado e a dispersão de recursos.

### **Identificar, monitorizar e criar uma base factual sobre saúde e iniquidades pressupõe liderança e empenhamento político**

11. O sector da saúde desempenha muitas vezes um papel reactivo, facultando os serviços necessários atendendo às condições de saúde da população. Todavia, o desafio é saber como abordar as causas subjacentes a doenças que se encontram fora da esfera do sector da saúde. A plataforma dos ODS abre novas oportunidades ao sector da saúde, chamando a atenção para a questão da saúde enquanto resultado e pré-requisito do desenvolvimento, defendendo assim a causa do desenvolvimento sustentável em que todos contam.

12. Para proporcionar uma liderança eficiente na dupla saúde-desenvolvimento, o ministério que tutela a saúde pública precisa de reforçar os seus sistemas de dados para fornecer elementos científicos sobre as disparidades entre grupos populacionais em termos de saúde, incluindo no que diz respeito a populações vulneráveis e de acesso mais difícil. Os inquéritos populacionais e os censos estatísticos nacionais têm de ser actualizados sistematicamente para acompanhar a evolução e para avaliar qual o impacto das políticas e dos programas sobre a saúde da população, fazendo uso de dados desagregados suficientes, oriundos dos sistemas de informação sanitária subnacional para o nível nacional. Contar com conjuntos de dados fiáveis e informação partilhada por todos os sectores é algo que favoreceria um planeamento e processo decisório eficaz na perspectiva do envolvimento holístico do executivo para lidar com as desigualdades na saúde e com os seus determinantes.

13. Investir em sistemas de saúde sanitária, em pesquisa inovadora, em capacidades de investigação, em infra-estruturas e ferramentas é essencial para perceber os determinantes subjacentes à saúde assim como para permitir aos países avançarem neste campo e preencherem as lacunas de conhecimento na investigação em saúde pública. Investigar para formular a racionalidade económica que sustenta a argumentação a favor de intervenções sobre os determinantes sociais da saúde e à desigualdade na saúde são cruciais para que os Estados-Membros possam reforçar a colaboração e o diálogo sistemáticos com outros sectores, bem como para facilitar a compreensão de diferentes agendas sectoriais e abordagens políticas.

**Exigir esforços, recursos e meios colaborativos perante um cenário em mutação**

14. A Região Africana enfrenta desafios únicos, nomeadamente perante a rápida transformação do seu perfil demográfico, as condições ambientais em mutação, o crescimento das camadas populacionais mais jovens e mais velhas, o êxodo rural para as cidades, as alterações climáticas e as dificuldades de governação. Esses factores contribuem para a insegurança alimentar, o mal-estar social e os surtos de doenças relacionados com o clima, em parte, devidos ao desadequado abastecimento de água, a um saneamento deficiente e à falta de outros equipamentos básicos necessários a uma vida saudável. Verifica-se uma distribuição desproporcionada desses equipamentos entre ricos e pobres, homens e mulheres, mundo urbano e meio rural, o que agrava o fosso das desigualdade e iniquidades entre os países dada a limitada preparação para responder a essas rápidas alterações. Este cenário em mutação requer esforços, recursos e meios colaborativos de modo a incidir sobre determinantes fundamentais da saúde.

**MEDIDAS PROPOSTAS****Proporcionar enquadramentos político, normativo e regulamentar para reforçar a coordenação e colaboração intersectorial de modo a abordar os determinantes sociais**

15. Os Estados-Membros devem criar mecanismos de coordenação sustentáveis tanto a nível nacional como subnacional para fazer com que o sector privado, a sociedade civil e outros sectores coloquem a tónica na saúde nas suas próprias políticas. Uma abordagem multisectorial coordenada ajudará a lidar efectivamente com os determinantes da saúde e a fazer com que seja seguida uma perspectiva holística por parte de todo o executivo para reduzir desigualdades no tocante à saúde na Região Africana.

16. Os Estados-Membros devem adoptar e implementar uma abordagem intersectorial para viabilizar acções que tratem dos determinantes ambientais e sociais da saúde e promovam uma sociedade inclusiva, justa, economicamente produtiva e saudável graças ao envolvimento de parceiros multisectoriais, de grupos da sociedade civil, do sector privado e das comunidades.

17. Os Estados-Membros devem desenvolver ou servir-se dos quadros políticos, normativos e regulamentares existentes para fortalecer uma colaboração intersectorial efectiva entre diversos sectores e fomentar transversalmente, em todos os sectores, a boa governação da saúde e do desenvolvimento. As autoridades e estruturas autárquicas (isto é municípios) desempenham papéis centrais na execução de medidas intersectoriais que tratam de factores que influenciam a saúde, incluindo fazendo chegar serviços a vários grupos populacionais.

18. Os Estados-Membros devem tomar medidas no sentido de reforçar a colaboração e o diálogo sistemáticos com outros sectores e perceber as diversas agendas e abordagens políticas sectoriais, promovendo intervenções atempadas e políticas públicas com impacto positivo sobre a saúde da população.

**Consolidar a liderança em termos de saúde e desenvolvimento**

19. Os Estados-Membros, mais particularmente o ministério que tutela a saúde, devem usar a sua primazia no campo da saúde para defender o lugar da saúde em todos os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável, reconhecendo simultaneamente os grandes contributos dados pelos

políticas e programas de outros sectores para lidar com os determinantes da saúde quaisquer que sejam os grupos populacionais.

20. Os Estados-Membros devem reforçar a proeminência da saúde a todos os níveis, preconizar a redução das desigualdades na saúde por intermédio de todas as funcionalidades programáticas e fomentar a concepção conjunta da execução programática com outros sectores, tendo em mente que ao atacar de frente os determinantes da saúde aplicando o conceito de "Saúde em Todas as Políticas" as várias partes envolvidas são mutuamente beneficiadas.

21. Os Estados-Membros devem investir no desenvolvimento de capacidades que reforcem as competências de liderança e parceria, bem como em recursos que potenciem acções colaborativas com parceiros multisectoriais.

### **Gerar conhecimento, inovação e investigação científica**

22. Os Estados-Membros são instados a reforçar ou a criar sistemas nacionais e subnacionais de recolha de dados para assegurar a recolha sistemática de dados desagregados precisos que permitam acompanhar as desigualdades e iniquidades no campo da saúde, em particular dados originados por factores de ordem social, económica e ambiental. As estruturas institucionais devem não só aumentar o processo de monitorização dos progressos alcançados como apoiar a partilha de informação, trata-se de fortalecer as medidas intersectoriais que se debruçam sobre os determinantes da saúde e potenciam a inovação e a investigação científica transversalmente, entre sectores e departamentos.

23. Os Estados-Membros devem desenvolver uma cultura de investigação bem fundamentada para sustentar a tomada de decisão a todos os níveis, levando em consideração as causas subjacentes aos problemas de saúde dentro dos sistemas de saúde e entre todas as áreas programáticas e ainda desenvolver ferramentas permitindo a comunicação com os parceiros e as partes interessadas para enfrentar os determinantes da saúde e as iniquidades em saúde.

24. Os Estados-Membros devem socorrer-se de avaliações de impacto na formulação de políticas ou de instrumentos desenvolvidos pela OMS como sejam a avaliação de impacto relativa à saúde urbana e respectiva ferramenta de resposta (Urban HEART)<sup>11</sup>, a ferramenta de monitorização das desigualdades na saúde<sup>12</sup>, a colecção de documentos políticos sobre medidas intersectoriais em matéria de saúde<sup>13</sup> ou a lista de controlo destinada a avaliar a função das parcerias intersectoriais para influenciar eficazmente a agenda do desenvolvimento e lidar com os determinantes da saúde.

### **Cooperar no plano internacional a favor da partilha de conhecimento e de competências**

25. Os Estados-Membros devem apostar na cooperação Sul-Sul e internacional através de acordos bilaterais, regionais, sub-regionais ou inter-regionais para criar e reforçar a capacidade tecnológica existente, partilhar conhecimento e competências por intermédio do reforço de capacidades e pela mutualização da sua especialização e dos seus recursos de modo a tratar dos determinantes sociais da saúde ao mesmo tempo que avançam rumo à consecução dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável. Tamanhos esforços concertados exigem participação e empenho activos por parte de

---

<sup>11</sup> [http://www.who.int/kobe\\_centre/measuring/urbanheart/en/](http://www.who.int/kobe_centre/measuring/urbanheart/en/)

<sup>12</sup> [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85345/1/9789241548632\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85345/1/9789241548632_eng.pdf)

<sup>13</sup> [http://www.who.int/social\\_determinants/publications/SDH6.pdf](http://www.who.int/social_determinants/publications/SDH6.pdf)

todos os parceiros para fazer com que as questões relativas à saúde sejam consideradas através das abordagens coesas do executivo e da sociedade.

### **Responder ao cenário de mudanças**

26. Os Estados-Membros devem fomentar a colaboração entre todos os sectores na procura de oportunidades que permitam enfrentar os determinantes da saúde e, mais particularmente, aqueles que estão ligados à urbanização, às rápidas transformações demográficas e ao novo cenário da interconectividade do desenvolvimento social, económico e sanitário. De igual modo, devem estabelecer parcerias com os poderes locais, as entidades de protecção social e as autoridades legislativas para combater as desigualdades e iniquidades vigentes entre grupos populacionais e também para promover a participação activa de múltiplos intervenientes no intuito de criar um ambiente propício, em que a população possa gozar de uma vida saudável e sustentável.

27. A OMS, agindo na qualidade de Secretariado desta agenda, facultará assistência e orientação técnica e na elaboração de ferramentas que facilitem as medidas intersectoriais relativas aos determinantes sociais da saúde. A OMS desempenha um papel fundamental na criação de uma plataforma de diálogo político e no envolvimento de parceiros de todos os quadrantes para suportar medidas intersectoriais ao nível do país. Esses parceiros são o sector privado, a sociedade civil, incluindo as equipas da ONU em cada país, os parceiros do desenvolvimento e os peritos competentes. Integrando o rol de medidas mundiais sobre os determinantes da saúde na abordagem das desigualdades na saúde dentro do sistema das Nações Unidas e das organizações intergovernamentais, a OMS colaborará em acções de promoção da causa, de pesquisa, de capacitação e de apoio técnico directo relativamente a determinantes sociais da saúde e iniquidades em saúde.

28. Convida-se o Comité Regional a examinar o presente documento e a aprovar as medidas nele propostas.

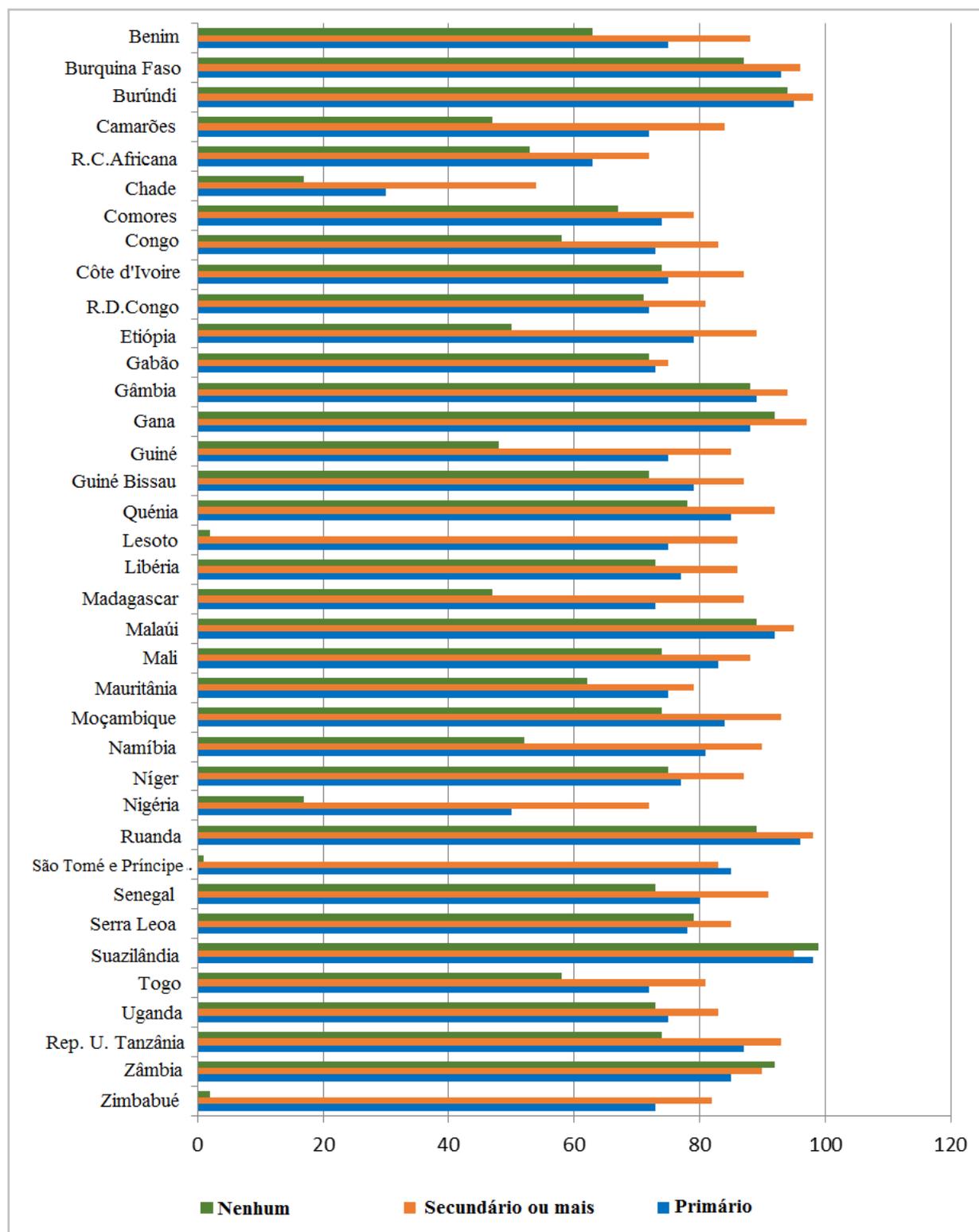
**ANEXO 1: Prevalência da malnutrição crónica entre crianças com idade inferior a 5 anos por quintis extremos em 41 países**

| <u>Prevalência da malnutrição crónica - crianças com idade inferior a 5 anos</u> | Quartil mais pobre | Segundo quintil | Quartil intermédio | Quarto quintil | Quartil mais rico |
|--|--------------------|-----------------|--------------------|----------------|-------------------|
| Argélia (2012)   | 12,6               | 12,1            | 11,0               | 11,7           | 10,6              |
| Benim (2006)   | 49,5               | 48,3            | 47,2               | 39,2           | 28,8              |
| Burquina Faso (2010)   | 41,9               | 37,0            | 37,6               | 33,2           | 18,6              |
| Burúndi (2010)   | 70,0               | 59,1            | 59,8               | 56,5           | 41,4              |
| Camarões (2011)  | 26,1               | 18,0            | 11,6               | 8,8            | 2,8               |
| República Centro-Africana (2010)   | 45,3               | 44,7            | 41,4               | 39,4           | 30,3              |
| Chade (2010)   | 38,3               | 42,7            | 41,3               | 40,8           | 29,7              |
| Comores (2012)   | 38,2               | 32,5            | 25,9               | 27,0           | 21,9              |
| Congo (2012)   | 34,5               | 27,6            | 26,9               | 17,0           | 9,3               |
| Côte d'Ivoire (2011)   | 38,5               | 35,5            | 27,7               | 24,2           | 15,5              |
| República D. Congo (2013)  | 49,7               | 48,3            | 45,8               | 41,4           | 22,9              |
| Guiné Equatorial (2011)  | 28,4               | 28,7            | 35,2               | 26,5           | 19,0              |
| Eritreia (2010)  | 56,6               | 57,2            | 59,0               | 46,9           | 26,5              |
| Etiópia (2011)   | 49,2               | 47,7            | 45,6               | 45,0           | 29,7              |
| Gabão (2012)   | 29,9               | 18,8            | 12,3               | 11,9           | 5,8               |
| Gâmbia (2013)  | 29,5               | 27,2            | 25,2               | 22,4           | 15,2              |
| Gana (2014)  | 24,8               | 25,5            | 17,9               | 14,4           | 8,5               |
| Guiné (2012)   | 33,8               | 41,1            | 33,8               | 25,0           | 15,4              |
| Guiné-Bissau (2010)  | 41,9               | 36,7            | 31,1               | 23,6           | 18,0              |
| Quênia (2014)  | 36,9               | 30,2            | 25,4               | 20,7           | 13,8              |
| Lesoto (2014)  | 45,6               | 38,1            | 34,8               | 28,2           | 13,4              |
| Libéria (2013)   | 35,3               | 35,2            | 35,3               | 27,7           | 19,9              |
| Madagáscar (2009)  | 47,6               | 54,0            | 52,5               | 51,0           | 43,6              |
| Maláui (2013)  | 48,7               | 43,9            | 43,6               | 39,1           | 33,6              |
| Mali (2013)  | 46,4               | 44,4            | 42,4               | 33,9           | 21,2              |
| Mauritânia (2011)  | 33,8               | 29,5            | 25,4               | 19,7           | 13,7              |
| Moçambique (2011)  | 51,1               | 48,0            | 46,4               | 37,4           | 24,1              |
| Namíbia (2013)   | 31,3               | 28,8            | 24,2               | 16,8           | 8,7               |
| Níger (2012)   | 46,9               | 48,0            | 41,8               | 46,7           | 34,5              |
| Nigéria (2013)   | 53,8               | 46,1            | 35,1               | 26,3           | 18,0              |
| Ruanda (2014)  | 48,6               | 44,7            | 37,5               | 30,2           | 20,9              |
| São Tomé e Príncipe (2009)   | 38,2               | 34,9            | 32,2               | 20,5           | 17,6              |
| Senegal (2014)   | 28,8               | 21,7            | 15,5               | 13,4           | 8,4               |
| Serra Leoa (2013)  | 42,6               | 40,4            | 38,1               | 35,0           | 28,1              |
| Sudão do Sul (2010)  | 31,3               | 34,1            | 32,0               | 31,7           | 26,5              |
| Suazilândia (2010)   | 41,9               | 32,3            | 33,4               | 26,3           | 14,0              |
| Togo (2013)  | 33,4               | 37,5            | 32,5               | 19,4           | 10,6              |
| Uganda (2011)  | 37,3               | 30,9            | 45,0               | 30,5           | 20,8              |
| República Unida da Tanzânia (2010)   | 20,4               | 19,5            | 16,5               | 13,7           | 8,9               |

|                 |      |      |      |      |      |
|-----------------|------|------|------|------|------|
| Zâmbia (2013)   | 47,3 | 41,7 | 40,2 | 37,6 | 28,4 |
| Zimbabué (2014) | 33,4 | 31,3 | 28,3 | 27,0 | 15,0 |

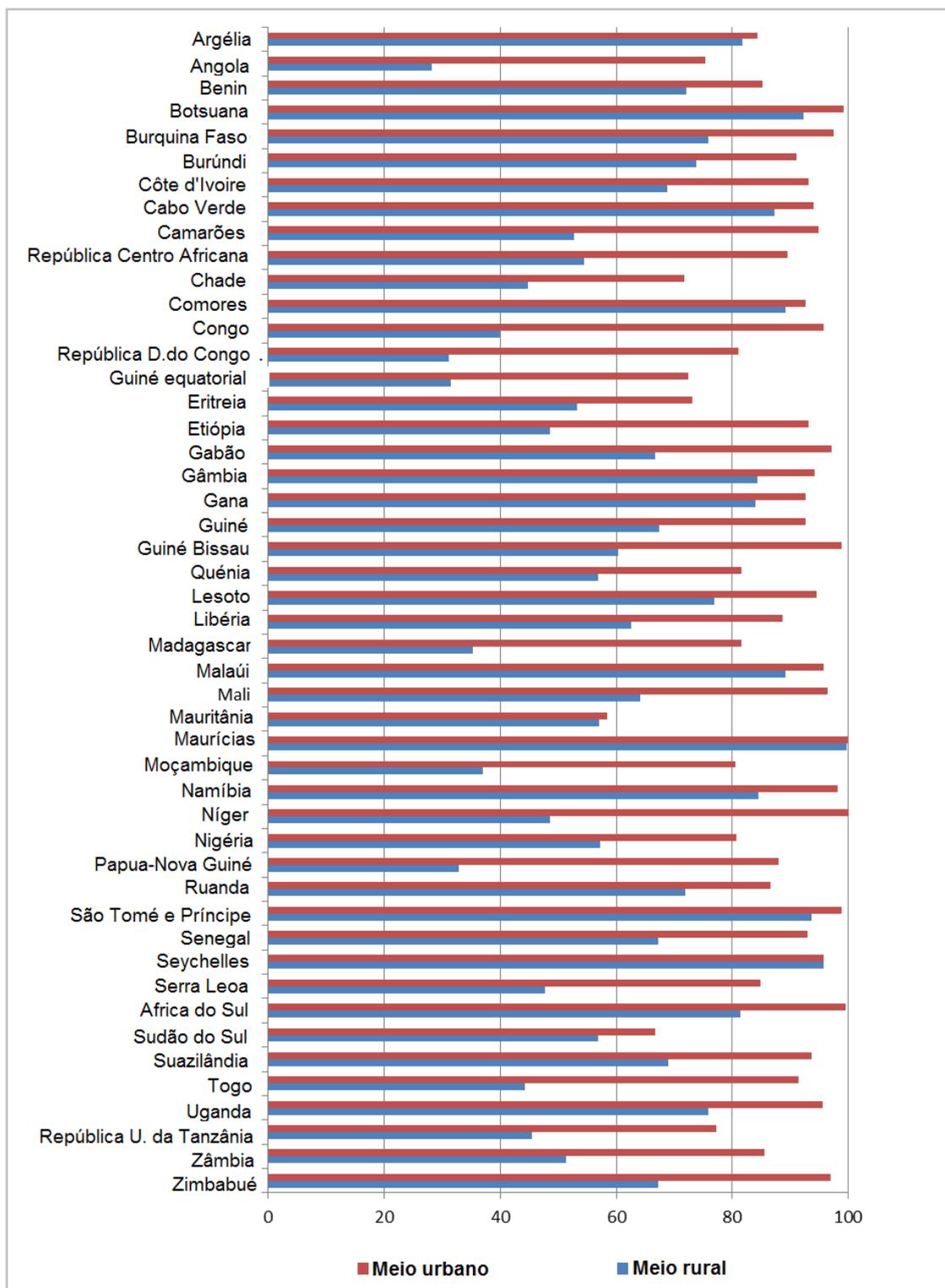
**Fonte:** dados oriundos dos mais recentes inquéritos populacionais (MICS, IDS). As bases de dados de inquéritos de base populacional como os IDS ou MICS apresentam dados desagregados e 41 países dispunham de dados completamente desagregados por quintis de riqueza. Os quintis de riqueza são elaborados recorrendo a indicadores sociais e económicos. Excluíram-se desta análise os países que não possuem dados desagregados/indicadores socioeconómicos.

**ANEXO 2: Cobertura vacinal contra o sarampo (MCV) em crianças com um ano de idade (%) por nível de ensino na Região Africana, 2000-2013**



*Fonte: dados oriundos do mais recente Atlas das Estatísticas de Saúde em África – Atlas of African Health Statistics 2016 contendo dados de inquéritos populacionais (MICS, IDS). Excluíram-se desta análise os países que não possuem dados/indicadores relevantes.*

### ANEXO 3: Percentagem da população residente em meio urbano e rural onde tem acesso a fontes o a fontes de água potável geridas de forma segura na Região Africana



Fonte: Relatório da OMS sobre estatísticas mundiais da saúde - WHO World Health Statistics report, 2017 – [http://who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2017/en/](http://who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/)

**ANEXO 4: Percentagem da população com acesso a instalações sanitárias melhoradas por quintil na Região Africana**

| Acesso a instalações sanitárias melhoradas | Mais pobre | Segundo | Intermédio | Quarto | Mais rico |
|--|------------|---------|------------|--------|-----------|
| Argélia (2012)                             | 61,4       | 60,1    | 65,7       | 72,2   | 62,3      |
| Benim (2011)                               | 9,3        | 23,2    | 22,7       | 36,4   | 38,7      |
| Burquina Faso (2015)                       | 33,5       | 16,5    | 32,2       | 28,3   | 22,1      |
| Burúndi (2010)                             | 36,5       | 39,7    | 49         | 40,6   | 49,4      |
| Camarões (2011)                            | 28,6       | 52,1    | 57,7       | 40,6   | 55,7      |
| República Centro-Africana (2010)           | 16,4       | 23,4    | 30,2       | 44,5   | 52,2      |
| Chade (2010)                               | 18,8       | 15,2    | 25,2       | 36,5   | 63,3      |
| Congo (2012)                               | 71,5       | 65,7    | 63,4       | 34,3   | 49,2      |
| Côte d'Ivoire (2011)                       | 14,3       | 20,8    | 26,4       | 46,3   | 36,3      |
| RD Congo (2013)                            | 31,2       | 39      | 34,6       | 48,8   | 51,2      |
| Etiópia (2011)                             | 3          | 7,8     | 5,7        | 11,7   | 6,1       |
| Gabão (2012)                               | 40,6       | 47,8    | 54,8       | 52     | 58,1      |
| Gâmbia (2013)                              | 47,7       | 51,2    | 61,9       | 27     | 55,4      |
| Gana (2011)                                | 53,1       | 44,7    | 61,7       | ..     | ..        |
| Guiné (2012)                               | 12,1       | 36,8    | 32,5       | 56,3   | 68,6      |
| Guiné-Bissau (2010)                        | 27,9       | 26,2    | 31,2       | 53,7   |           |
| Quénia (2014)                              | 47,9       | 49,3    | 51,7       | 61,6   | 59,3      |
| Libéria (2013)                             | 37         | 60,8    | 55         | 58,4   | 85,4      |
| Madagáscar (2009)                          | 32,5       | 29,5    | 39,4       | 51,8   | 68        |
| Maláui (2013)                              | 38,7       | 39,4    | 51         | 48,9   | 59,3      |
| Mali (2013)                                | 9,9        | 32,8    | 22,7       | 54,8   | 33,3      |
| Mauritânia (2011)                          | 16,5       | 28,4    | 33,1       | 43,3   | 42,7      |
| Moçambique (2011)                          | 17,1       | 12      |            | 12,7   | 11        |
| Níger (2012)                               | 5,5        | 8,1     | 3,8        | 5      | 34,8      |
| Nigéria (2013)                             | 36,5       | 25,2    | 42,5       | 49,9   | 45,9      |
| São Tomé e Príncipe (2009)                 | 72         | 18,5    | 81         | 57,9   | ..        |
| Serra Leoa (2013)                          | 37,9       | 50,3    | 34,2       | 53     | 63,9      |
| Sudão do Sul (2010)                        | 17,5       | 28,9    | 23,5       | 41,3   | 53,3      |
| Suazilândia (2010)                         | 57         | 49,9    | 58         | 69     | 75,8      |
| Togo (2013)                                | 27,8       | 46      | 36,8       | 43     | 49,1      |
| Uganda (2011)                              | 40,3       | 42,7    | 55         | 45,2   | 62,6      |
| Zâmbia (2013)                              | 46,2       | 39,7    | 48,1       | 59,9   | 72,4      |
| Zimbabué (2014)                            | 27,4       | 32,5    | 34,5       | 42,3   | 46,2      |

*Fonte: dados de inquéritos populacionais (MICS, IDS). Excluíram-se desta análise os países que não possuem dados desagregados relativos a critérios sociais*

**ANEXO 5: Tabela destacando exemplos de medidas intersectoriais bem-sucedidas na Região Africana**

| Exposição/determinantes da saúde  | Medidas intersectoriais: exemplos de medidas-chave para além do sector da saúde  | Impacto decisivo  |
|---|--|---|
| Pobreza, insegurança alimentar e nutrição (Gana, Quénia <sup>14</sup> ) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medida intersectorial envolvendo as finanças, saúde, agricultura e outros sectores económicos, expondo um caso de incorporação da saúde no plano mais abrangente da política e actividade económica</li> <li>• Colaboração intersectorial sobre nutrição infantil em aglomerados informais em Mombasa, no Quénia. Medidas intersectoriais envolvendo a saúde, a agricultura</li> <li>• O Governo introduziu o programa de incentivo económico (<i>Economic Stimulus Programme</i>) intersectorial – criação de peixe/aquicultura para tratar da insegurança alimentar, impulsionar o crescimento económico através da liderança dos ministérios das finanças, agricultura, pescas</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ No Quénia verificou-se um incremento da segurança alimentar e uma melhora nutricional. Por exemplo, as conclusões indicaram um aumento de 42,4% em termos de disponibilidade alimentar e de 57,6% em termos de melhoria nutricional dos agregados familiares.</li> <li>✓ O projecto de criação de peixe trouxe oportunidades de emprego (56,1%) e gerou rendimento (43,9%)</li> <li>✓ Em Mombasa, deu-se uma diminuição da desnutrição infantil nas famílias desfavorecidas dos aglomerados informais e das comunidades que vivem em bairros de lata</li> <li>✓ Reforçar a colaboração intersectorial e aumento de parceria público-privadas nas iniciativas de segurança alimentar</li> <li>✓ Maior predisposição política</li> </ul> |
| Tabaco (Gâmbia <sup>15</sup> e África do Sul <sup>16</sup> )            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• A Lei nacional de controlo tabágico de 2016 é um texto normativo abrangente em conformidade com a CQLA, elaborada através de uma alargada base participativa e uma parceria estratégica entre o Ministério da Saúde da Assistência Social a par de outros sectores (isto é ambiente e alterações climáticas, recursos hídricos, negócios estrangeiros, agricultura e finanças e assuntos económicos, sociedade civil e outras partes interessadas fundamentais) sob a direcção e orientação técnica da OMS</li> <li>• Forte liderança e empenho político em relação a uma acção lançada em 2012 para controlar a epidemia crescente associada ao tabaco na Gâmbia e África do Sul</li> <li>• A política tributária trienal sobre o tabaco entre 2013 e 2015 vai ser repetida em 2017-2019</li> <li>• Desenvolvimento a nível nacional de uma política, estratégia e plano de acção relativo a 2013-2018</li> <li>• Reforço de capacidades na tributação do tabaco em</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Prevenir as diferentes DNT imputáveis aos produtos do tabaco</li> <li>✓ Política de tributação do tabaco induziu uma diminuição do volume das importações de produtos do tabaco, passando de 1,12 milhões de quilos para 0,44 milhões de quilos (redução estimada de 60%), não obstante as receitas subiram de GMD 155,32 milhões para GMD 420.06 milhões (uma taxa de crescimento nominal de 170%) entre 2012 e 2016</li> <li>✓ Elaboração de dois textos legislativos sobre controlo tabágico – Proibição de fumar em locais públicos, lei de 1998, e lei sobre a proibição de publicidade ao tabaco de 2003</li> <li>✓ Produzir uma rede de casos de</li> </ul>   |

<sup>14</sup> OMS (2013). Addressing determinantes da saúde through intersectoral collaboration: Fish farming project in South Imenti constituency in Meru County, Quénia

<sup>15</sup> <http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-07>.

<sup>16</sup> OMS (2013). Intersectoral case study: successful tobacco legislation in South Africa. OMS, Escritório Regional para a África, 2013.

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <p>2012 e 2013</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promulgação de legislação sobre tabaco em 2016 – <i>Tobacco Control Act</i></li> <li>• Elaboração de protocolos clínicos sobre cessação tabágica, seguida de capacitação com vista à sua aplicação em 2016</li> <li>• Ratificação, em 2016, do Protocolo para a Eliminação do Comércio Ilícito de Produtos do Tabaco</li> </ul>   | <p>notória exemplaridade no controlo tabágico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Gâmbia ratifica a CQLA da OMS em 2007</li> <li>✓ Criar grupo de trabalho técnico para controlar a interferência do sector nas políticas públicas</li> <li>✓ Constituição em 2012 de um grupo de trabalho multisectorial sobre tabaco e prevenção e controlo das DNT</li> </ul>  |
| <p>Redução da ingestão de sal (Maurícia, Nigéria e África do Sul)<sup>17</sup></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• O Executivo trabalha com produtores e distribuidores do sector alimentar e com as comunidades para aumentar a sensibilidade e criar um ambiente propício</li> <li>• A Maurícia desenvolveu uma estratégia nacional centrada na rotulagem dos géneros alimentícios e no trabalho junto de panificações, distribuidores e supermercados para controlar o teor de sal no pão</li> <li>• A África do Sul produziu uma estratégia nacional para reduzir a ingestão de sal através de uma reformulação obrigatória com incidência no sal contido nos produtos alimentares transformados</li> <li>• A Nigéria elaborou directrizes sobre ingestão de sal e está a trabalhar com as comunidades numa óptica de sensibilização</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Reduzir a hipertensão (ou seja elementos fundamentais mostram que regimes alimentares ricos em sal estão associados a elevadas pressões arteriais, logo a um risco acrescido de doenças cardiovasculares e uma série de outras patologias)</li> </ul>   |
| <p>Desparasitação em meio escolar (Quénia)<sup>18</sup></p>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existem elos fortes entre a saúde infantil e os resultados socio-educativos, inclusive no acesso a educação de qualidade em termos de estatuto sanitário individual e familiar. Foi viabilizado através de uma medida intersectorial envolvendo os ministérios da saúde e da educação. Dezasseis mil professores receberam formação para administrar comprimidos desparasitantes e ministrar instrução sanitária aos pais e alunos nas respectivas escolas</li> <li>• No Quénia 70% das crianças escolarizadas com 13-14 anos de idade apresentam a mais alta prevalência de verminoses, habitualmente helmintoses transmitidas pelo solo.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Desparasitar em massa nas escolas 5% o absentismo escolar, inclusive melhora o estatuto sanitário levando a um aumento da produtividade, do desempenho educativo e da esperança de vida, a poupanças e investimentos e a menos dívidas e despesa em cuidados de saúde</li> <li>✓ 3,5 milhões de crianças em 8 mil escolas foram desparasitadas, atingindo assim 70% em termos alcance e custo-benefício. O programa de desparasitação custa aproximadamente USD 0,3 por criança por ano.</li> </ul> |
| <p>Escolas promotoras da saúde (África do Sul)</p>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalho intersectorial entre a educação, a saúde e outros sectores para prevenir factores que expõem os alunos ao risco, como a pobreza, a violência, a segurança rodoviária, a higiene pessoal, o abuso de substâncias psicoactivas, o VIH e a nutrição</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Promover a saúde</li> <li>✓ Melhorar da assiduidade escolar</li> </ul>  |
| <p>Rede de segurança no financiamento da saúde e na</p>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medida intersectorial através de uma iniciativa de seguro doença de base comunitária, envolvendo diversos sectores: gabinete do Presidente, Ministério</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aumentar a saúde e o bem-estar</li> <li>✓ Reduzir a pobreza</li> <li>✓ Aumentar a rede de segurança na</li> </ul>   |

<sup>17</sup> Muthuri SK, Oti SO, Lilford RJ, Oyebode O (2016) Salt Reduction Interventions in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. PLoS ONE 11(3): e0149680. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149680>.

<sup>18</sup> OMS (2013). Improved school-based deworming coverage through intersectoral coordination: the Kenya experience. OMS, Escritório Regional para a África, 2013.

|   |  |                  |
|---|--|------------------|
| protecção social<br>(Ruanda) <sup>19</sup>  | <p>das Autarquias Locais e Ministério das Finanças e do Planeamento Económico, incluindo os prefeitos distritais</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Outras iniciativas intersectoriais: “Girinka MunyaRuanda” (uma vaca por família desfavorecida), o Ministério da Agricultura e o respectivo projecto de apoio ao sector rural subsidiaram a adesão seguro doença de base comunitária e serviços de cuidados sociais serviços de assistência social em géneros gerido pelo Ministério do Género e da Protecção Familiar e o Ministério da Saúde</li> </ul> | protecção social |
| <p>Inúmeros determinantes da saúde e desigualdades na saúde que se encontram nas populações radicam numa origem social e económica que se encontra para além da alçada directa do sector da saúde e das políticas sanitárias.</p> |  |                  |

---

<sup>19</sup> OMS (2013). Improving health through inter-sectoral actions: lessons from health financing in Rwanda. OMS, Escritório Regional para a África, 2013.