



Actividades da Organização Mundial da Saúde na Região Africana

Relatório do Director Regional:
1 de Julho de 2024 a 30 de Junho de 2025



Organização
Mundial da Saúde

Região Africana

Número de referência: AFR/RC75/3

© Organização Mundial da Saúde, 2025

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. Atividades da Organização Mundial da Saúde na Região Africana: relatório do Director Regional, 1 de Julho de 2024 a 30 de Junho de 2025. Brazzaville: Organização Mundial da Saúde, Região Africana, 2025. 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.

Fotografias: ©OMS, salvo especificação em contrário

Fotografia de capa: ©iStock / svetikd

Concebido em: Brazzaville, Congo

Actividades da Organização Mundial da Saúde na Região Africana

Relatório do Director Regional:
1 de Julho de 2024 a 30 de Junho de 2025



Região Africana

Índice

Siglas e acrónimos	IV
Prefácio	V
Resumo	VII

1

Introdução

1

2

Prioridade estratégica 1: **Cobertura universal de saúde – alargar o acesso aos serviços essenciais**

7

2.1	Melhor acesso a serviços essenciais de qualidade	9
2.2	Proteger as pessoas das despesas com a saúde que causam empobrecimento	10
2.3	Melhor saúde para as mulheres, as crianças, os adolescentes e os idosos	11
2.4	Para mais profissionais de saúde com as competências certas nos sítios certos	13
2.5	Melhorar o acesso a produtos médicos de qualidade	15
2.6	Erradicar, eliminar, prevenir e controlar as doenças	17
2.7	Integração do género, da equidade e dos direitos humanos	25

3

Prioridade estratégica 2: **Emergências sanitárias – proteger as populações das ameaças para a saúde**

27

3.1	Preparação para todos os perigos	29
3.2	Avaliar os riscos e partilhar informações	32
3.3	Resposta atempada e eficaz às emergências sanitárias	33

Índice

4 Prioridade estratégica 3: Melhorar a saúde das populações – promover o bem-estar ao longo da vida 41

4.1	Envolvimento das comunidades	43
4.2	Alterações climáticas e saúde	45
4.3	Luta antibiótica	47
4.4	Segurança rodoviária	49
4.5	Nutrição e segurança sanitária dos alimentos	49

5 Acção integrada para uma melhor saúde – liderança africana, inovação e resiliência dos sistemas 53

5.1	Investimento liderado por África	55
5.2	Resistência aos antimicrobianos (RAM)	58
5.3	Investigação em saúde	59
5.4	Saúde digital e inovação	59
5.5	Análise de dados e gestão do conhecimento	61

6 Conclusão e perspectivas futuras 63

Anexo: Os 20 principais doadores
do Escritório Regional para a África

67

Siglas e acrónimos

AAM	Agência Africana de Medicamentos	MenACV	Vacina meningocócica conjugada monovalente (A)
ACT	Terapêutica combinada à base de artemisinina	nVOP2	Nova vacina oral contra a poliomielite de tipo 2
AEC	Avaliação externa conjunta	ODS	Objectivos de Desenvolvimento Sustentável
AHOP	Plataforma do Observatório Africano da Saúde sobre Sistemas e Políticas	OMS	Organização Mundial da Saúde
AIRA	Aliança Africana de Resposta a Infodemias	PAN	Plano nacional de acção sobre a RAM
AMRH	Harmonização da Regulamentação dos Medicamentos em África	PCI	Prevenção e controlo de infecções
AMS	Assembleia Mundial da Saúde	PMA	Plano Mundial de Acção contra a Emaciação Infantil
AMVIRA	Introdução e Implementação Aceleradas da Vacina Antipalúdica em África	PNASS	Plano Nacional de Acção para a Segurança Sanitária
APA	Análise posterior à acção	PPrE	Profilaxia pré-exposição
AVAREF	Fórum Africano para a Regulamentação das Vacinas	PRE	Preparação e resposta a emergências
BAD	Banco Africano de Desenvolvimento	PVcDV	Variante em circulação da poliomielite/ poliomielite circulante derivada da vacina
CDC de África	Centro Africano de Prevenção e Controlo de Doenças	RAM	Resistência aos antimicrobianos
CDC dos EUA	Centro de Prevenção e Controlo de Doenças dos Estados Unidos	RSI	Regulamento Sanitário Internacional
CHSSP	Perfil dos serviços e sistemas de saúde do país	SADC	Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral
COE	Centro de Operações de Emergência	SGI	Sistema de gestão de incidentes
COESP	Centro de Operações de Emergência de Saúde Pública	SPAR	Relatório anual de auto-avaliação dos Estados Partes
CSP	Cuidados de saúde primários	SRMNIA	Saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e do adolescente
CUS	Cobertura universal de saúde	SSRMNIA	Saúde sexual, reprodutiva, materna, neonatal, infantil e do adolescente
DNT	Doenças não transmissíveis	TASS	Transformar os Sistemas de Vigilância em África
DTN	Doença tropical negligenciada	TB	Tuberculose
DVS	Doença por vírus do Sudão	THA	Tripanossomiase Humana Africana
EAGI	Equipa de apoio à gestão de incidentes	UCN	Grupo orgânico Doenças transmissíveis e não transmissíveis
EHSP	Pacote de serviços essenciais de saúde	ULC	Grupo orgânico Promoção da saúde ao longo da vida
ENDISA	Pôr fim às doenças em África	VG	Violência de género
ESPEN	Programa Especial Alargado para a Eliminação das Doenças Tropicais Negligenciadas	VIH/SIDA	Vírus da imunodeficiência humana / Síndrome de imunodeficiência adquirida
FCDO	Gabinete dos Negócios Estrangeiros, da Commonwealth e do Desenvolvimento	VRID	Vigilância e resposta integradas às doenças
GLASS	Sistema Mundial de Vigilância da Resistência e do Uso de Antimicrobianos	WASH	Água, saneamento e higiene
HBHI	Elevado impacto em países com carga elevada	WICS	Serviços integrados contra os cancro na mulher
Men5CV	Vacina meningocócica conjugada pentavalente (ACWYX)		

Prefácio



O período de Julho de 2024 a Junho de 2025 foi marcado por desafios profundos, mas também por uma notável resiliência e um propósito inabalável por parte da Organização Mundial da Saúde na Região Africana. Foi um ano que pôs à prova os nossos recursos e exigiu uma determinação extraordinária. No entanto, apesar de tudo, o nosso compromisso comum com a saúde brilhou.

A Região enfrentou uma das crises financeiras mais graves da história do Escritório Regional da OMS para a África, juntamente com um número excepcionalmente elevado de emergências sanitárias e três transições significativas em termos de liderança. Apesar destas pressões, a OMS manteve-se firme – sustentando operações essenciais, avançando com as prioridades estratégicas e apoiando os países na prestação de serviços às suas populações.

Ao assumir o cargo de Director Regional, tenho um profundo respeito por aqueles que lideraram durante este ano crucial. Agradeço sinceramente à Dr.^a Matshidiso Moeti, cuja liderança visionária lançou as bases para este período em análise, e ao Dr. Chikwe Ihekweazu, que orientou o Escritório Regional durante a transição com clareza e determinação. A sua liderança assegurou que nunca perdêssemos o ímpeto.

Mesmo perante as restrições em termos de recursos, o nosso impacto foi inegável. Juntos:

-  respondemos a mais de **160 emergências de saúde pública;**
-  lançámos **vacinas antipalúdicas em 19 países;**
-  protegemos milhões de crianças através de **programas de vacinação e nutrição;**
-  reforçámos **o financiamento da saúde em mais de 80% dos países;** e
-  validámos **a eliminação de várias doenças tropicais negligenciadas.**

Registámos também progressos estratégicos:

-  A **Ronda de Investimento em África** assinalou um compromisso arrojado ao nível dos países.
-  As negociações que culminaram no **Acordo sobre Pandemias** confirmaram a influência crescente de África na saúde mundial.

Estas conquistas revelam uma verdade poderosa: mesmo na adversidade, podemos liderar, inovar e produzir resultados.

Contudo, temos de encarar o caminho que temos pela frente. Precisamos de um financiamento mais previsível, de sistemas nacionais mais robustos e de uma maior auto-suficiência. As reformas e a resiliência devem permanecer no cerne da nossa missão.

Enquanto Director Regional, estou empenhado em dar continuidade a este legado, com um foco renovado na equidade, na inovação e em resultados quantificáveis. Vamos acelerar o ritmo. Preparemo-nos agora para um futuro em que os sistemas de saúde africanos sejam mais robustos, a nossa segurança sanitária seja autónoma e as nossas comunidades estejam verdadeiramente protegidas.

Dr. Mohamed Janabi

Organização Mundial da Saúde
Director Regional para a África



“Preparemo-nos para construir um futuro em que os sistemas de saúde africanos sejam mais robustos, a segurança sanitária autónoma e as nossas comunidades verdadeiramente protegidas.”

Dr. Mohamed Janabi

Organização Mundial da Saúde
Director Regional para a África

Resumo

O presente relatório descreve o trabalho do Escritório Regional da OMS para a África de Julho de 2024 a Junho de 2025, um ano marcado por desafios operacionais significativos e transições institucionais. Apesar das graves restrições financeiras, a Região manteve operações críticas, apoiou os Estados-Membros em áreas técnicas fundamentais e fez avançar as prioridades regionais e mundiais em matéria de saúde.

Estruturado em torno de quatro pilares estratégicos – cobertura universal de saúde, emergências sanitárias, populações mais saudáveis e acção integrada – o relatório destaca a forma como a OMS continuou a ser um parceiro técnico fiável, se adaptou às novas exigências e reforçou os esforços liderados pelos países no sentido de criar sistemas de saúde resilientes e equitativos.

Cobertura universal de saúde – alargar o acesso aos serviços essenciais

Os progressos no sentido da cobertura universal de saúde (CUS) foram apoiados nos 47 Estados-Membros, com uma forte ênfase nos cuidados de saúde primários (CSP). A abordagem “Saúde para Todos ao Nível Distrital” (DHFA), que aproxima os serviços integrados das comunidades, foi implementada em 17 países, conduzindo a uma maior equidade e responsabilização a nível distrital.

As iniciativas destinadas a reforçar os serviços essenciais de saúde abrangeram os seguintes factores:

-  44 países receberam apoio para desenvolver e orçamentar pacotes de serviços de saúde essenciais, alinhados com as estratégias nacionais de saúde.
-  25 países avançaram com os esforços de vacinação, identificando e alcançando crianças com dose zero e sub-vacinadas.
-  19 países implementaram a vacina antipalúdica, contribuindo para uma redução da mortalidade infantil.
-  As inovações digitais, incluindo os registos electrónicos, os diagnósticos assistidos por IA e a telemedicina, foram intensificadas para melhorar o acesso e a continuidade dos cuidados.

Os países também integraram serviços de saúde materno-infantil, saúde mental e doenças não transmissíveis (DNT) nos cuidados de saúde primários. As reformas na gestão das finanças públicas e dos sistemas de financiamento da saúde foram implementadas para garantir a sustentabilidade, enquanto as capacidades reguladoras nacionais foram reforçadas para melhorar o acesso aos medicamentos e aos meios de diagnósticos.

Emergências sanitárias – proteger as populações das ameaças para a saúde

Durante o período abrangido pelo relatório, a Região registou 168 emergências de saúde pública. A OMS liderou e coordenou as respostas à cólera, à varíola símia, à febre-amarela, ao sarampo e a outras ameaças, enviando conhecimentos técnicos e material de emergência para apoiar os esforços nacionais.

Entre algumas das principais conquistas, verifica-se que:

-  36 países melhoraram a preparação e a resposta a emergências através de avaliações de risco, exercícios de simulação e desenvolvimento de planos de resposta;
-  a vigilância integrada das doenças e as plataformas de dados em tempo real foram alargadas, enquanto a vigilância genómica ganhou impulso;



os serviços essenciais foram mantidos em contextos frágeis e afectados por conflitos através do reforço da coordenação dos parceiros; e



a Ronda de Investimento em África e o envolvimento no Acordo sobre Pandemias elevaram a liderança regional em matéria de segurança sanitária.

A OMS apoiou os países na transição da resposta a emergências para a recuperação, reforçando a resiliência e a preparação de todo o sistema.

Melhorar a saúde das populações – promover o bem-estar ao longo da vida

A OMS trabalhou ao longo de todo o ciclo de vida para reduzir o peso das doenças e promover a saúde em domínios como as doenças não transmissíveis, a saúde mental, as doenças tropicais negligenciadas (DTN), o paludismo e a nutrição.

Alguns destaques:



Cinco países validaram a eliminação de pelo menos uma doença tropical negligenciada e outros alargaram a quimioterapia preventiva e reforçaram a vigilância.



28 países actualizaram ou implementaram planos multisectoriais de acção em matéria de nutrição, enquanto as políticas relativas ao tabaco, ao álcool e às bebidas açucaradas ganharam força.



O programa emblemático de saúde mental progrediu em 27 países, integrando serviços baseados nos cuidados de saúde primários e na formação de pessoal.



A saúde dos adolescentes, o envolvimento digital e a saúde sexual e reprodutiva foram integradas nos programas nacionais.

O combate ao paludismo foi reforçado através da disponibilização de vacinas, do controlo dos vectores e da quimioprevenção sazonal, sobretudo nas zonas de elevada incidência. Além disso, a orientação técnica ajudou a melhorar a rotulagem dos alimentos e as intervenções no domínio da saúde escolar.

Acção integrada para uma melhor saúde – liderança africana, inovação e resiliência dos sistemas

No meio da austeridade financeira e das transições institucionais, a OMS sustentou as operações racionalizando os processos, alinhando o apoio com as prioridades nacionais e impulsionando reformas baseadas em resultados.

Progressos notórios:



31 escritórios de país finalizaram ou actualizaram as estratégias de cooperação com o país para se alinharem com as agendas nacionais de desenvolvimento.



As reformas institucionais melhoraram os sistemas de aquisição, de gestão da cadeia de abastecimento e de responsabilização.



As plataformas regionais e os intercâmbios técnicos entre países promoveram soluções e inovações lideradas por África.

A OMS reforçou a sua atitude de tolerância zero em relação à má conduta e reforçou os mecanismos de ética e auditoria. A Ronda de Investimento em África reuniu líderes de alto nível para mobilizar o financiamento inovador da saúde, enquanto a voz da Região ajudou a definir a preparação mundial através do Acordo sobre Pandemias.

Conclusão e perspectivas futuras

O período de 2024–2025 testou a agilidade e a resiliência da Região. Apesar das restrições a nível de financiamento e das reformas institucionais, a OMS manteve a sua liderança técnica e apoiou os Estados-Membros na concretização das prioridades nacionais e regionais.

As acções da OMS contribuíram para sistemas de saúde mais fortes e mais equitativos, melhoraram a preparação para as emergências e promoveram uma maior liderança regional na saúde mundial. Futuramente, a OMS irá aprofundar o seu apoio a sistemas de saúde integrados, sustentáveis e centrados nas pessoas, alicerçados nos cuidados de saúde primários, impulsionados pela inovação e liderados pelas prioridades africanas.

Futuramente, a OMS irá aprofundar o seu apoio a sistemas de saúde integrados, sustentáveis e centrados nas pessoas, alicerçados nos cuidados de saúde primários, impulsionados pela inovação e liderados pelas prioridades africanas.



As nossas 10 principais conquistas em 2024–2025



Resposta a mais de 160 emergências de saúde pública

Em 47 países, a OMS apoiou respostas coordenadas à cólera, à varíola símia, ao Ébola, ao vírus de Marburgo, às cheias e a outras crises, destacando mais de 400 efectivos e material de emergência nos dias seguintes à detecção de surto.



Apoio à disponibilização das vacinas antipalúdicas em 19 países

No âmbito da iniciativa AMVIRA, a OMS prestou apoio técnico à disponibilização de vacinas antipalúdicas, que chegaram a mais de 600 000 crianças e contribuíram para uma diminuição acentuada da mortalidade infantil em países com elevada incidência da doença.



Protecção para mais de 221,6 milhões de crianças em 24 países através de campanhas contra a poliomielite

A OMS ajudou 24 países a planear e implementar campanhas sincronizadas de vacinação contra a poliomielite, contribuindo para uma redução de 44% nas detecções do tipo 2.



Ajuda na vacinação de mais de 7,5 milhões de pessoas contra a cólera, a febre-amarela e o Ébola

Foram realizadas campanhas de emergência com o apoio da OMS em vários países de alto risco, limitando a propagação de surtos e epidemias evitáveis pela vacinação.



Eliminação validada de três grandes DTN

A OMS validou oficialmente a eliminação da oncocercose no Níger, da doença do sono na Guiné e do tracoma na Mauritânia – marcos que reflectem anos de acção coordenada no domínio da saúde pública.



Apoio alargado à saúde mental em mais de 20 países

A OMS apoiou a integração da saúde mental nos CSP e na resposta humanitária, dando formação aos prestadores de serviços utilizando o mhGAP e lançando novos modelos de cuidados a nível comunitário.



Administração de vacinas contra o sarampo e vacinas de rotina a 107 milhões de crianças

A OMS apoiou campanhas de vacinação em 21 países, como parte da Iniciativa Big Catch-Up, ajudando a colmatar as lacunas de cobertura pós-COVID e a chegar às crianças “zero dose”.



Reforço do financiamento da saúde em mais de 80% dos países

A OMS apoiou a maioria dos Estados-Membros na promoção de reformas do financiamento da saúde e na redução das despesas directas suportadas pelo utente através de um melhor alinhamento orçamental e de um maior financiamento comum.



Tratamento de DTN junto de 16 milhões de pessoas

A OMS apoiou campanhas de administração em massa de medicamentos em 27 países com orientação técnica, coordenação e apoio à cadeia de abastecimento de medicamentos doados.



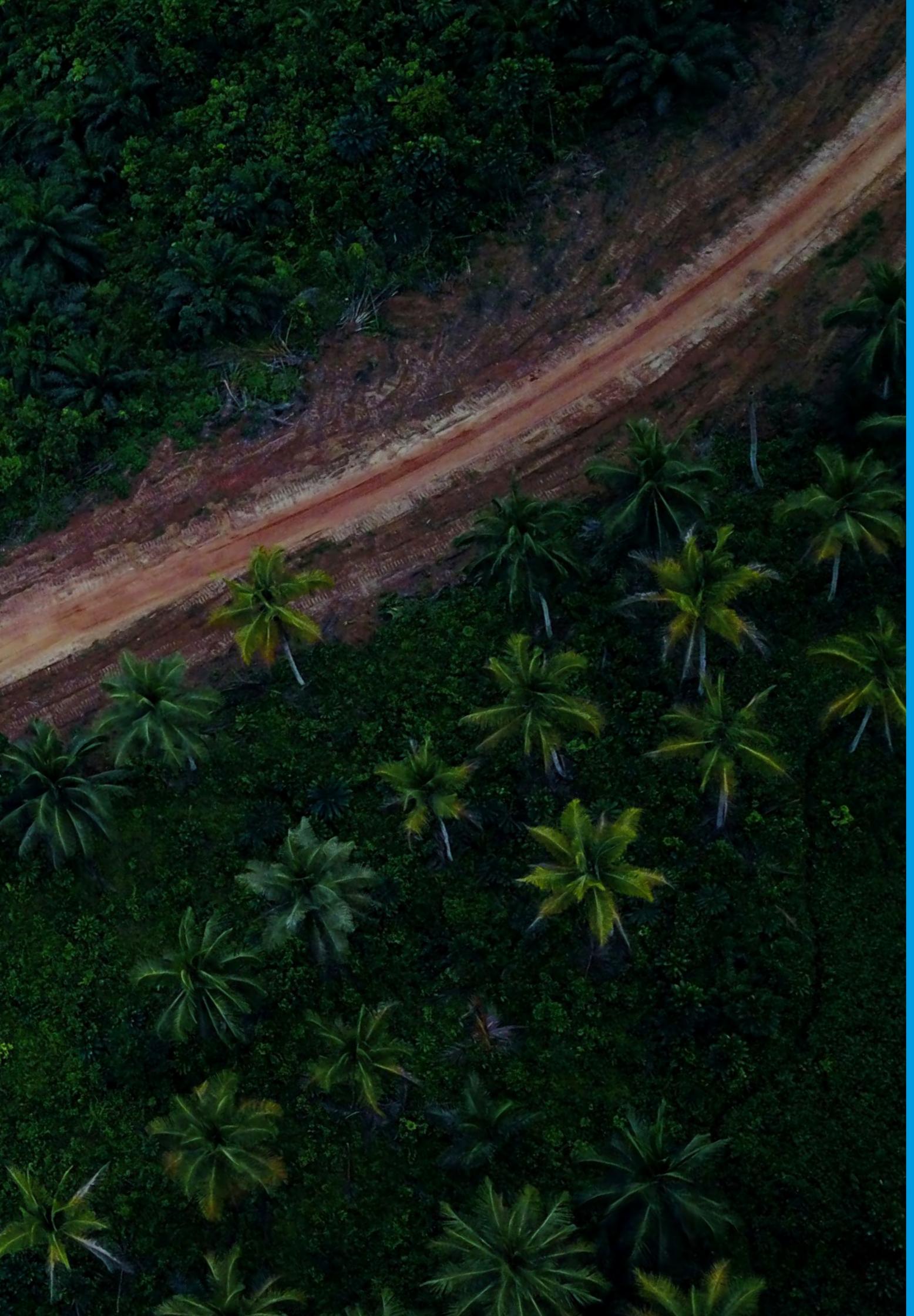
Melhoria da vigilância das doenças em tempo real em 42 países

Os países adoptaram plataformas digitais de VRID, EIOS e DHIS2 com o apoio da OMS, reforçando a detecção precoce e a resposta às ameaças para a saúde.

Todas estas conquistas reflectem o apoio técnico e de coordenação da OMS sob a liderança dos Estados-Membros, em colaboração com parceiros nacionais e internacionais.

1

Introdução



O período de Julho de 2024 a Junho de 2025 foi um dos mais difíceis da história da Região Africana da OMS. Graves restrições financeiras, transições em termos de liderança sem precedentes aos mais altos níveis e um elevado volume de emergências de saúde pública exerceram uma enorme pressão sobre a capacidade operacional da OMS. Este ano difícil testou os limites da resiliência institucional e expôs vulnerabilidades estruturais de longa data nos sistemas de saúde da Região.

A crise de financiamento, uma das mais graves que a Região alguma vez enfrentou, foi provocada por uma combinação de factores económicos mundiais, pela alteração das prioridades dos doadores e por um prolongado subinvestimento nas capacidades essenciais. Consequentemente, a OMS viu-se obrigada a fazer escolhas difíceis sobre onde e como actuar, muitas vezes no meio de uma incerteza considerável. Embora os programas essenciais tenham sido mantidos, algumas actividades planeadas foram reduzidas ou adiadas e o apoio técnico foi levado ao limite por múltiplas exigências concorrentes.



(A OMS) apoiou os países na implementação de respostas rápidas a emergências, na continuidade de campanhas de vacinação essenciais e na gestão de complexos processos de reforma.

Estas tensões foram agravadas pelas transições de liderança, tanto a nível regional como a nível técnico superior. Apesar destas perturbações, o Escritório Regional conseguiu manter a continuidade programática básica através de uma rápida integração, de sistemas de transferência de conhecimentos e de uma redefinição estratégica orientada. No entanto, o custo desta estabilidade não deve ser subestimado, pois exigiu uma coordenação interna extraordinária, resistência do pessoal e compromissos difíceis em termos de recursos.

Ao mesmo tempo, os Estados-Membros continuaram a depender fortemente do apoio normativo e técnico da OMS. A Organização apoiou os países na implementação de respostas rápidas a emergências na continuidade de campanhas de vacinação essenciais e na gestão de complexos processos de reforma. No entanto, este apoio foi frequentemente prestado em condições de tensão financeira, sendo necessário definir prioridades mais precisas e aumentar o compromisso ao nível interno dos países.

No meio destes desafios, registaram-se desenvolvimentos importantes: a primeira Ronda de Investimento em África catalisou um novo diálogo sobre o financiamento sustentável; as posições regionais sobre o Acordo sobre Pandemias indicaram a voz crescente de África na saúde mundial; e as inovações digitais foram aceleradas em áreas fundamentais, incluindo a vigilância e a integração de dados.

O presente relatório é simultaneamente um registo das conquistas e uma reflexão sobre o que foi necessário fazer para cumprir os objectivos sob pressão, bem como sobre o caminho que a Região deve seguir para criar sistemas de saúde mais resilientes e auto-sustentáveis.



©OMS

Capítulo 1

Introduz o relatório e descreve o contexto político, financeiro e institucional no qual a OMS exerceu a sua actividade durante o período de 2024–2025. Destaca os desafios que definiram as concretizações em toda a Região e estabelece o enquadramento para as prioridades técnicas e estratégicas que se seguem.

Capítulo 2

Apresenta o trabalho e os progressos da OMS no âmbito da cobertura universal de saúde em toda a Região Africana. Estruturado em torno de sete pilares, o capítulo descreve as conquistas em matéria de prestação de serviços essenciais, financiamento da saúde, recursos humanos para a saúde, controlo das doenças e esforços para integrar a equidade e as abordagens baseadas nos direitos.

Capítulo 3

Especifica o apoio da OMS aos Estados-Membros na preparação e resposta a emergências sanitárias. O relatório destaca as melhorias registadas na avaliação dos riscos, na coordenação das emergências e na resposta atempada aos surtos, incluindo a cólera, a varíola símia e o vírus de Marburgo, assinalando simultaneamente os desafios que subsistem em matéria de capacidade de intervenção e de logística.

Capítulo 4

Explora os esforços da OMS para promover populações mais saudáveis através de acções multissetoriais e do envolvimento da comunidade. O capítulo centra-se no clima e na saúde, na segurança rodoviária, na luta antitabágica, na nutrição e segurança sanitária dos alimentos, e no papel das intervenções comunitárias na promoção do bem-estar ao longo da vida.

Capítulo 5

Destaca as prioridades transversais essenciais para a criação de sistemas de saúde resilientes, incluindo o papel de liderança de África no investimento e na governação da saúde, a resistência aos antimicrobianos, a investigação no domínio da saúde, a inovação digital e os sistemas de dados. O capítulo reflecte sobre a forma como a OMS apoiou os Estados-Membros na condução de reformas, no reforço da responsabilização e no aproveitamento de parcerias e tecnologias para promover a transformação sustentável da saúde, liderada pelos países.

Capítulo 6

Apresenta a conclusão e propõe o rumo a seguir.



©OMS / Christopher Black



“Estou determinado a promover soluções concebidas localmente, valorizando o conhecimento regional e ao mesmo tempo incentivo uma cultura de mentoria, de capacitação da juventude e de governação pautada pela ética. O meu propósito é ajudar a construir comunidades resilientes e a moldar um futuro assente na inovação local e na integridade.”

1

2

3

4

5

6

Uma visão ancorada na acção – O compromisso do Dr. Mohamed Janabi para com uma África mais saudável

Para mim, a saúde é mais do que um serviço. É a base da prosperidade, da estabilidade e da dignidade. Estou empenhado em promover um financiamento interno mais forte, um envolvimento africano mais profundo na governação mundial da saúde e um foco contínuo em resultados que melhorem a vida das pessoas e reforcem os sistemas.

Ao assumir o cargo de Director Regional do Escritório Regional da OMS para a África, trago comigo uma visão clara e pragmática: um continente onde o acesso aos serviços essenciais de saúde seja universal e onde os sistemas resilientes protejam as comunidades tanto das ameaças do dia-a-dia como das crises extraordinárias.

No cerne da minha agenda está a expansão dos cuidados de saúde primários, que considero serem a espinha dorsal da cobertura universal de saúde. Há muito que defendo um maior investimento na saúde materno-infantil, na saúde mental e na resposta integrada às doenças transmissíveis e não transmissíveis. A minha abordagem dá prioridade à equidade, à sustentabilidade e à inovação, através de sistemas que são liderados localmente, financeiramente sustentáveis e equipados para responder às necessidades em evolução.

A minha formação em medicina clínica, estratégia de saúde pública e diplomacia em saúde mundial moldaram uma perspectiva orientada para os sistemas, baseada na experiência do mundo real. Tive o privilégio de contribuir

para as reformas nacionais no domínio da saúde, ajudar a transformar o Instituto Cardíaco Jakaya Kikwete num centro regional de excelência e colaborar com parceiros mundiais para melhorar a preparação para situações de emergência e o acesso equitativo a medicamentos e vacinas.

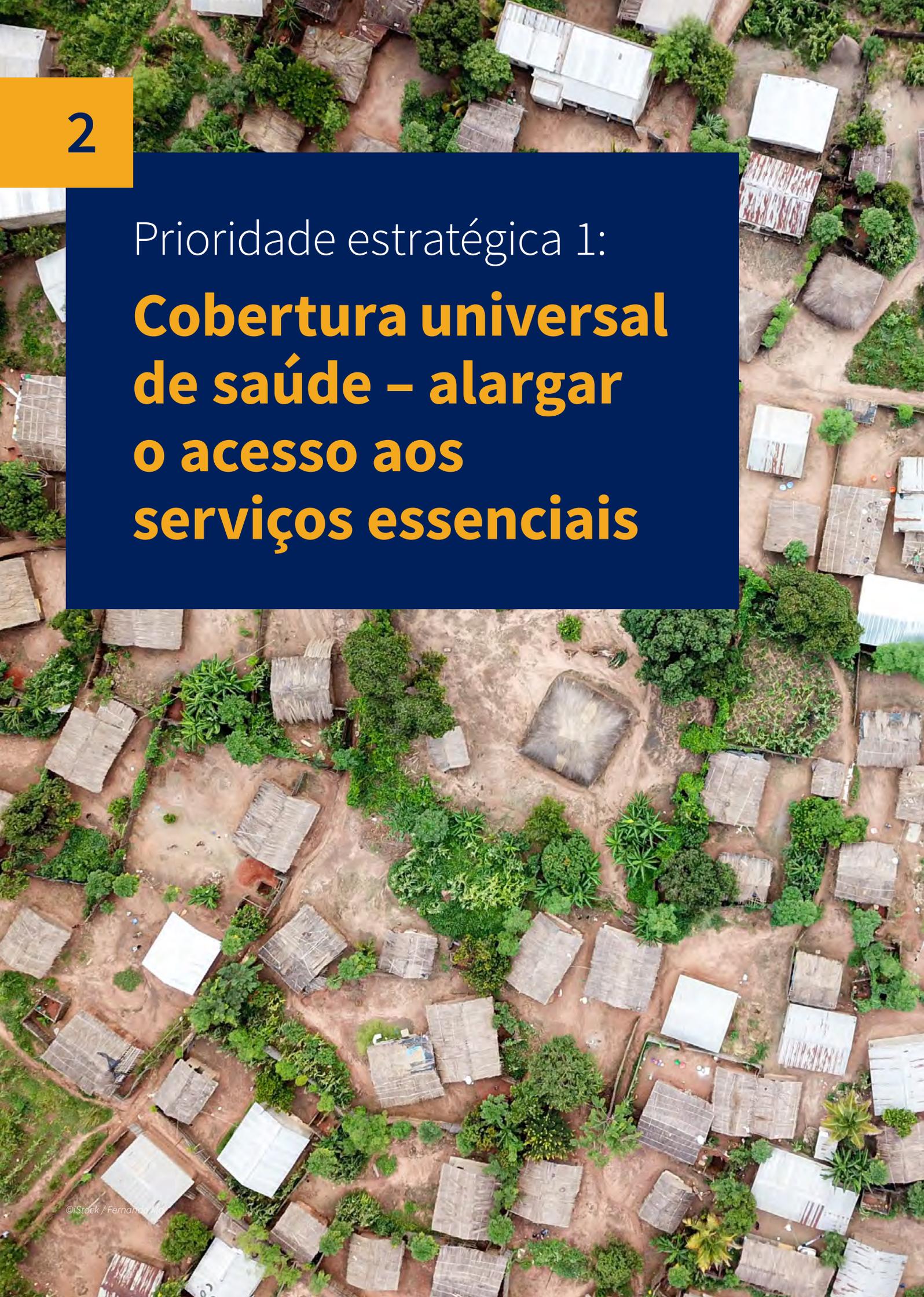
A minha visão é também definida pelos riscos urgentes para a saúde colocados pelas alterações climáticas. Considero que os nossos sistemas de saúde devem ser resilientes aos choques ambientais e responder aos determinantes mais amplos da saúde. O reforço dos sistemas de alerta precoce e o desenvolvimento da colaboração multissetorial são fundamentais para esta abordagem.

Acima de tudo, acredito no investimento na capacidade africana, incluindo a nossa investigação, a nossa inovação digital e a nossa liderança em matéria de saúde pública. Estou determinado a promover soluções concebidas localmente, valorizando o conhecimento regional e ao mesmo tempo incentivo uma cultura de mentoria, de capacitação da juventude e de governação pautada pela ética. O meu propósito é ajudar a construir comunidades resilientes e a moldar um futuro assente na inovação local e na integridade.

Tal é a visão que orienta actualmente o Escritório Regional da OMS para a África: Construir sistemas mais robustos, produzir resultados mensuráveis e trabalhar lado a lado com os Estados-Membros para alcançar uma saúde sustentável para todos.



©OMS / Nicolò Filippo Rosso

An aerial photograph of a rural village. The houses are built on a dirt ground and have various roof types, including thatched roofs and corrugated metal roofs. There are many green trees and plants scattered throughout the village. The overall scene depicts a typical rural settlement.

2

Prioridade estratégica 1:

**Cobertura universal
de saúde – alargar
o acesso aos
serviços essenciais**

Principais conquistas:



47 países

apoiados para desenvolver perfis de país no PGT13



O Níger foi validado para a **eliminação da oncocercose**



Mais de 15 países

melhoram o acesso aos serviços de SSRMNIA



O Botsuana passou a ter o **estatuto de nível de ouro (“gold tier”) para o VIH**



17 países

estão a implementar pacotes de serviços essenciais apoiados pela OMS*



107 milhões de crianças vacinadas contra o sarampo



Estratégias nacionais para o pessoal da saúde e normas de qualidade dos cuidados de saúde alargadas a

mais de 36 países



As campanhas contra a poliomielite protegeram

221,6 milhões de crianças em 24 países



40 países

implementam a família de classificações internacionais de doenças da OMS (CID-11 e ICHI)



Os sistemas de regulamentação, que melhoraram o acesso a medicamentos essenciais, foram alargados em

mais de 30 países



Vacina antipalúdica introduzida em

19 países



33 países

receberam apoio para reforçar os sistemas nacionais de regulação dos medicamentos e das tecnologias da saúde

* Um conjunto definido de intervenções de saúde consideradas vitais para alcançar a cobertura universal de saúde e melhorar os resultados de saúde da população

O período de 2024–2025 foi crucial para acelerar os progressos no sentido da cobertura universal de saúde (CUS) na Região Africana da OMS, mesmo perante graves pressões financeiras e exigências de saúde complexas.

O grupo orgânico Cobertura Universal de Saúde/Promoção da saúde ao longo da vida (UHC/LC) desempenhou um papel central na promoção da colaboração multisectorial e na tradução da saúde em progressos tangíveis na prestação de serviços, no financiamento e na equidade.



A OMS trabalhou com os países para alargar o acesso, melhorar a qualidade dos serviços e garantir a protecção financeira.

Com base na abordagem ao longo da vida e orientada pelos princípios da integração e dos cuidados centrados nas pessoas, a OMS trabalhou com os países para alargar o acesso, melhorar a qualidade dos serviços e garantir a protecção financeira.

Estes esforços apoiaram a recuperação de emergência e a preparação para pandemias, mas também ajudaram a construir as bases da resiliência do sistema a longo prazo.

2.1 Melhor acesso a serviços essenciais de qualidade

O alargamento do acesso aos serviços essenciais de saúde continuou a ser um dos principais objectivos, tendo a OMS dado prioridade à revitalização dos cuidados de saúde primários e à garantia de que os serviços chegavam às comunidades mais carenciadas.

De 30 de Junho de 2024 a 1 de Julho de 2025:



O Essuatíni desenvolveu o seu pacote nacional de serviços essenciais de saúde (EHSP), elevando para 17 o número total de países que estão a implementar ou a preparar EHSP.¹



Estes pacotes ajudam os países a reorganizar os serviços para melhor responder às necessidades da comunidade, melhorar a qualidade dos serviços e apoiar a integração dos programas de saúde.

Para colmatar as lacunas críticas nos cuidados cirúrgicos, que são frequentemente ignorados nas estratégias de cobertura universal de saúde, a OMS lançou um programa regional sobre serviços de cuidados cirúrgicos. Esta iniciativa está a ajudar os países a alargar o acesso a cirurgias seguras, atempadas e a preços acessíveis, sobretudo nas zonas rurais e remotas.

Em conjunto, estes esforços contribuem para reforçar os sistemas de cuidados de saúde primários e alargar a gama de serviços essenciais a que as pessoas podem aceder perto de casa.

1 África do Sul, Botsuana, Burquina Faso, Essuatíni, Etiópia, Lesoto, Maláui, Namíbia, Níger, Quénia, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Seicheles, Sudão do Sul, Serra Leoa, Uganda e Zimbabué

2.2 Proteger as pessoas das despesas com a saúde que causam empobrecimento

1

2

A OMS apoiou os Estados-Membros no reforço dos seus sistemas de financiamento da saúde, permitindo que as pessoas acedam aos cuidados de saúde sem correrem o risco de passar por dificuldades financeiras.

3

Os países fizeram progressos nas seguintes áreas:

-  Melhorar a protecção das populações vulneráveis contra os riscos financeiros;
-  Realizar análises das despesas públicas e actualização das estratégias nacionais de financiamento da saúde;
-  Conceber pacotes de prestações que garantam que a cobertura dos serviços está em conformidade com as necessidades de saúde da população.

4

5

6

As aquisições estratégicas melhoraram graças à assistência técnica da OMS, que ajudou os países a reforçar os sistemas de pagamento dos prestadores e a alargar os acordos de financiamento comum:

-  O Maláui e a Nigéria introduziram modelos de financiamento baseados no desempenho em distritos seleccionados;
-  O Benim começou a alinhar as suas aquisições no sector da saúde com a prestação de serviços essenciais.

Ao mesmo tempo, a OMS ajudou os países a explorar a mobilização de recursos internos através de:

-  análises da folga orçamental e avaliações da despesa pública (na Serra Leoa e no Uganda, por exemplo);
-  diálogos nacionais sobre o financiamento sustentável da saúde e a redução da dependência dos pagamentos directos.

A OMS também se esforçou por melhorar os contextos jurídicos e políticos para a cobertura universal de saúde. Em colaboração com a União Interparlamentar (UIP), a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e o Instituto O'Neill:

-  Os 47 Estados-Membros efectuaram avaliações jurídicas dos seus sistemas de saúde. Foram elaborados projectos de relatórios específicos por país e uma base de dados consolidada de legislação relacionada com a CUS. Estes recursos estão agora a orientar os esforços nacionais de reforma para criar bases jurídicas que apoiem o acesso universal, a equidade e a protecção social.



©OMS / Abdul-rahim Naa Abdul-Lahie

2.3 Melhor saúde para as mulheres, as crianças, os adolescentes e os idosos

A OMS apoiou os países na expansão de intervenções de grande impacto para mulheres, crianças, adolescentes e, cada vez mais, populações idosas, utilizando uma abordagem ao longo da vida.

Este apoio incluiu:

-  A parceria 2gether4SRHR (23 países)² e a iniciativa Every Woman Every Newborn (Cada mulher, cada recém-nascido) (27 países)³, que ajudaram os países a melhorar o acesso a serviços integrados de saúde sexual, reprodutiva, materna, neonatal, infantil e do adolescente (SSRMNIA);
-  Em contextos frágeis, como o Burundi e o Chade, os esforços centraram-se na integração do planeamento familiar, dos cuidados maternos e dos serviços de violência de género nos CSP;
-  13 países⁴ desenvolveram ou reforçaram tabelas de pontuação e painéis de controlo de SRMNIA para orientar a tomada de decisões ao nível local;
-  Mais de 30 países restabeleceram e operacionalizaram grupos técnicos nacionais de trabalho no âmbito da SRMNIA.

A OMS foi também co-anfitriã do Fórum de Liderança Estratégica, juntamente com o FNUAP, a UNICEF e a ONUSIDA. Estas plataformas ajudaram a reforçar a liderança nacional, a colaboração multisectorial e a responsabilização na programação da SRMNIA.

Outras conquistas:

-  Mais de 80% dos países dispõem actualmente de sistemas de vigilância e resposta às mortes maternas e perinatais;
-  28 países⁵ começaram a implementar as normas de cuidados da OMS para a saúde materna e neonatal;
-  A OMS liderou a elaboração do Quadro Regional para o Reforço dos Serviços Integrados e Centrados na Criança para as Idades de 0 a 19 anos (2024–2030), apoiando cinco países⁶ a adoptar uma abordagem transformadora do bem-estar das crianças e dos adolescentes.

No domínio da saúde dos adolescentes, a OMS promoveu:

-  programas de saúde escolar;
-  modelos de cuidados de saúde adaptados aos adolescentes; e
-  colaborações com ministérios da educação e redes de jovens.

2 África do Sul, Angola, Botsuana, Burundi, Comores, Eritreia, Essuatíni, Etiópia, Lesoto, Madagáscar, Maláui, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Quénia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Seicheles, Sudão do Sul, Uganda, Zâmbia e Zimbabué

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

4 África do Sul, Angola, Botsuana, Essuatíni, Lesoto, Madagáscar, Maláui, Moçambique, Namíbia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Zâmbia e Zimbabué

5 África do Sul, Argélia, Benim, Burquina Faso, Burundi, Congo, Comores, Chade, Côte d'Ivoire, Essuatíni, Etiópia, Gana, Guiné, Libéria, Madagáscar, Maláui, Mali, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quénia, República Unida da Tanzânia, Serra Leoa, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué

6 Maláui, Moçambique, Ruanda, República Unida da Tanzânia e Uganda



©OMS / Genevieve Print

Na Namíbia e na Zâmbia, estas iniciativas aumentaram o acesso dos jovens a serviços de apoio à saúde mental, aconselhamento e contraceção.

Reconhecendo as mudanças demográficas, a OMS começou a aumentar o apoio ao envelhecimento saudável. Dois países⁷ iniciaram análises situacionais para avaliar as necessidades e orientar as acções futuras, tendo a OMS prestado assistência técnica.

2.4 Para mais profissionais de saúde com as competências certas nos sítios certos



Superar a escassez de profissionais de saúde continua a ser fundamental para fortalecer a prestação de serviços e assegurar a cobertura universal de saúde.

Superar a escassez de profissionais de saúde continua a ser fundamental para fortalecer a prestação de serviços e assegurar a cobertura universal de saúde.

A OMS prestou apoio a:



sete países⁸ para implementar ou rever as estratégias nacionais para o pessoal da saúde e os planos de investimento;



as principais áreas de incidência incluindo o planeamento, o recrutamento, a formação e a retenção do pessoal da saúde, visando especialmente as zonas mal servidas.

O Zimbabué, por exemplo, lançou um pacto de investimento pessoal da saúde, com o apoio da OMS, mobilizando com êxito o alinhamento dos parceiros e o compromisso nacional com o desenvolvimento do pessoal da saúde.

Melhorar a informação sobre pessoal da saúde:



Oito países⁹ efectuaram avaliações do mercado de trabalho no sector da saúde;



Moçambique e as Seicheles desenvolveram normas de contratação para uma distribuição mais equitativa;



O Gana e a Nigéria desenvolveram políticas de migração para ajudar a manter o pessoal.

7 Côte d'Ivoire e Mali

8 Eritreia, Essuatíni, Etiópia, Gana, Quénia, República Centro-Africana e Zimbabué

9 Chade, Côte d'Ivoire, Essuatíni, Madagáscar, Moçambique, República Centro-Africana, Uganda e Zâmbia



©OMS



©OMS



Esta iniciativa pioneira galvanizou o ímpeto nacional, atraindo co-financiamentos e abrindo a porta para a expansão.

PAÍS EM DESTAQUE: LIBÉRIA

Combater o consumo de substâncias junto dos jovens em risco

No rescaldo da guerra civil da Libéria, o aumento do uso e abuso de estupefacientes entre os jovens do país indicou uma preocupante crise de saúde pública. As dificuldades económicas e a proliferação de redes de tráfico de droga deixaram um legado devastador, estimando-se que mais de 40 000 jovens em risco vivam com perturbações relacionadas com o consumo de substâncias. A marijuana, a cocaína, a heroína e outras substâncias emergentes enraizaram-se, contribuindo para elevados níveis de criminalidade e instabilidade social.

Reconhecendo a urgência da crise, o Presidente da Libéria declarou o consumo de substâncias como uma emergência nacional de saúde pública no seu primeiro discurso sobre o estado da nação. No entanto, o país carecia das infra-estruturas necessárias, com poucos centros de tratamento, acesso inadequado a medicamentos essenciais e capacidade limitada dos profissionais de saúde para prestar cuidados especializados.

Para fazer face a este desafio, a OMS associou-se à UNICEF e ao FNUAP para lançar uma resposta conjunta, assegurando mais de 800 000 dólares para aumentar os serviços de tratamento e reabilitação do consumo de substâncias na Libéria. A parceria proporcionou um pacote abrangente de intervenções nas zonas mais afectadas do país.

Um marco importante foi a formação de 44 profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros e assistentes sociais, como profissionais certificados em matéria de toxicod dependência. Estes especialistas estão agora a prestar serviços em 33 unidades de saúde em dois condados, chegando já a mais de 1500 jovens em risco com um apoio que muda a sua vida.

A OMS também apoiou a renovação dos principais centros de tratamento, incluindo uma clínica e uma grande unidade de internamento no condado de Montserrado, e ajudou a criar dois centros ambulatoriais em parceria com o Ministério da Saúde. Num passo significativo em direcção à sustentabilidade, a iniciativa integrou a Ciência da Dependência no programa curricular de mestrado da Universidade da Libéria, assegurando uma reserva de profissionais qualificados.

Esta iniciativa pioneira galvanizou o ímpeto nacional, atraindo co-financiamentos e abrindo a porta para a expansão. Representa um ponto de viragem crucial para os serviços de saúde e sociais da Libéria, proporcionando um modelo que pode ser copiado para combater o consumo de substâncias junto de jovens noutros contextos frágeis.

A OMS também liderou o primeiro diálogo sobre o ensino das profissões de saúde em África, na Zâmbia, para promover um consenso regional sobre as competências dos profissionais de saúde e a transformação dos programas curriculares.¹⁰

Outros esforços:

-  Cinco países¹¹ desenvolveram perfis de serviços e sistemas de saúde nacionais (CHSSP);
-  Pelo menos 20 países¹² fizeram avanços em políticas e estratégias nacionais de qualidade para reforçar a melhoria contínua da prestação de cuidados;
-  As plataformas regionais apoiaram o reforço da regulamentação em matéria de licenciamento, acreditação e desenvolvimento profissional contínuo.

Apesar dos progressos, os países continuam a registar elevadas taxas de desgaste, uma distribuição desigual do pessoal da saúde e uma capacidade limitada de absorção de novos licenciados. A OMS está a apoiar os esforços para enfrentar estes desafios através de quadros de planeamento melhorados, estratégias de retenção inovadoras e abordagens de reforço das capacidades a longo prazo.

2.5 Melhorar o acesso a produtos médicos de qualidade



A OMS tem intensificado os esforços para apoiar os países no fortalecimento dos seus sistemas de regulamentação, assegurando o acesso a produtos médicos seguros, eficazes e a preços acessíveis.

A OMS tem intensificado os esforços para apoiar os países no fortalecimento dos seus sistemas de regulamentação, assegurando o acesso a produtos médicos seguros, eficazes e a preços acessíveis.

Através da ferramenta de avaliação comparativa mundial (ACM) da Organização, os países:

-  identificaram lacunas nas funções regulamentares;
-  desenvolveram planos de melhoria institucional;
-  adoptaram mecanismos de confiança regulamentar; e
-  reforçaram a farmacovigilância.

Nomeadamente:

-  O Ruanda, o Senegal e o Zimbabué alcançaram o nível de maturidade 3 (ML3), o que indica sistemas regulamentares estáveis e integrados;
-  Foram efectuadas avaliações comparativas em 16 países¹³ adicionais;
-  A Região está no bom caminho para atingir o seu objectivo de 15 países ML3 até 2035.

10 Actas do diálogo sobre o ensino das profissões da saúde em África – <https://iris.who.int/handle/10665/381384>

11 Etiópia, Quénia, Nigéria, Ruanda e Senegal

12 África do Sul, Botsuana, Burquina Faso, Camarões, Essuatíni, Etiópia, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Maláui, Mauritània, Moçambique, Namíbia, Quénia, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Seicheles, Senegal, Uganda e Zimbabué

13 África do Sul, Argélia, Angola, Benim, Botsuana, Burundi, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gana, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Quénia, República Unida da Tanzânia, Uganda e Zâmbia



©iStock / mbrand85



Em 2022, o Essuatíni tinha 9741 profissionais de saúde, apenas 48,1% dos 20 272 necessários para alcançar a cobertura universal de saúde.

PAÍS EM DESTAQUE: ESSUATÍNI

Alinhar o planeamento do pessoal da saúde com as necessidades de saúde universal

Há muito que o Essuatíni enfrenta desafios persistentes em termos de pessoal da saúde que ameaçam os progressos no sentido da cobertura universal de saúde. Apesar da produção de um número crescente de profissionais de saúde, continuou a verificar-se um desfase entre os resultados da formação e as necessidades de prestação de serviços. Muitos profissionais de saúde estavam desempregados ou subutilizados, sobretudo nas zonas rurais, e o planeamento estratégico da força de trabalho carecia de dados abrangentes e actualizados.

O congelamento do recrutamento a nível nacional desde 2018 (Circular n.º 3) agravou ainda mais estes problemas, limitando a capacidade do sistema de saúde para absorver os talentos disponíveis. Em resposta, o Ministério da Saúde, com o apoio técnico e financeiro da OMS, levou a cabo uma análise inovadora do mercado de trabalho no sector da saúde (HLMA) para fornecer uma imagem clara e baseada em dados factuais da dinâmica da força de trabalho no sector da saúde no país.

Utilizando a metodologia HLMA normalizada da OMS, a avaliação analisou 51 profissões da força de trabalho no sector da saúde em todo o espectro da oferta, da procura e da necessidade. As consultas às partes interessadas e o reforço das capacidades foram parte integrante do processo, garantindo a apropriação nacional e a pertinência das políticas. Os resultados foram preocupantes: em 2022, o Essuatíni tinha 9741 profissionais de saúde, apenas 48,1% dos 20 272 necessários para alcançar a cobertura universal de saúde. Quase 10% dos profissionais qualificados, incluindo

431 parteiras e 300 médicos, estavam desempregados ou subempregados.

As desigualdades geográficas eram igualmente gritantes. Enquanto 77% da população vivia em zonas rurais, apenas 45% do pessoal da saúde servia estas comunidades. O risco de migração também era grande, com 41% dos profissionais de saúde a declarar a sua intenção de emigrar e 34% a tomar já medidas activas para deixar o país.

Em resposta, o Governo aprovou o recrutamento de 907 profissionais de saúde anteriormente desempregados e iniciou o desenvolvimento de um novo plano estratégico nacional de recursos humanos no sector da saúde. As conclusões da HLMA já estão a servir de base às reformas da distribuição e a orientar o alinhamento dos doadores para a mobilização de recursos. A OMS continua a apoiar a implementação, incluindo a concepção de incentivos à implantação rural e estratégias de retenção.

Para manter os progressos, o Essuatíni começou também a institucionalizar as contas nacionais do pessoal da saúde (NHWA) para monitorização e planeamento contínuos. Ao criar uma base de dados mais robusta, o Essuatíni está a lançar as bases para uma força de trabalho no sector da saúde mais equilibrada, resiliente e reactiva.

Para fazer face à escassez de medicamentos:

-  Os países reforçaram os sistemas da cadeia de abastecimento, melhoraram as práticas de armazenamento e distribuição e expandiram os sistemas de informação de gestão logística;
-  Foi dada especial atenção aos produtos de saúde materno-infantil, aos medicamentos de emergência e aos tratamentos para as doenças não transmissíveis.

Nos Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento (PEID), que enfrentam desafios únicos em matéria de contratos públicos, a OMS apoiou a operacionalização do Acordo de Aquisições Conjuntas dos PEID. Esta iniciativa ajuda países como as Comores e a Maurícia a obterem preços mais baixos, conseguindo poupanças de custos iniciais superiores a 50% em 47 formulações.¹⁴

A segurança do sangue também foi considerada uma prioridade:

-  A OMS ajudou a desenvolver estratégias nacionais em matéria de sangue, a melhorar as infra-estruturas e a formar o pessoal;
-  Uma campanha que assinalou o vigésimo aniversário do Dia Mundial do Dador de Sangue culminou num esforço regional no Congo, que recolheu 100 unidades de sangue para os hospitais locais.

Na septuagésima quarta sessão do Comité Regional da OMS para a África, os Estados-Membros aprovaram o novo “Quadro para o reforço da produção local de medicamentos e outras tecnologias da saúde 2025–2035: relatório do Secretariado”, destinado a reforçar a capacidade de produção regional.

2.6 Erradicar, eliminar, prevenir e controlar as doenças

A OMS ajudou os Estados-Membros a fazer progressos substanciais no controlo e na eliminação de doenças através da iniciativa Pôr Fim às Doenças em África (ENDISA).¹⁵ Este esforço global abrange o paludismo, as DTN, o VIH, a tuberculose (TB), a poliomielite, a vacinação, as doenças não transmissíveis e a saúde mental.

Controlo e eliminação do paludismo

O paludismo continua a ser uma ameaça grave para a saúde, sendo a Região Africana responsável por 95% dos casos e das mortes a nível mundial. Em África, a doença é responsável por 76% de todas as mortes de crianças com menos de cinco anos de idade.

Principais progressos:

-  Cabo Verde foi certificado como livre do paludismo, o segundo país da Região a alcançar este estatuto;
-  O Ruanda e São Tomé e Príncipe estão no bom caminho para atingir os objectivos de redução da incidência e mortalidade por paludismo para 2025;
-  19 países¹⁶ lançaram vacinas antipalúdicas;
-  A quimioprevenção sazonal do paludismo foi implementada na Côte d'Ivoire e na Mauritânia.

¹⁴ Em comparação com os preços de referência de 2022

¹⁵ A iniciativa estratégica do grupo orgânico Cobertura Universal de Saúde/Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis, que apoia a prevenção, o controlo, a eliminação e a erradicação das doenças

¹⁶ Benim, Burquina Faso, Burundi, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, Gana, Guiné, Libéria, Maláui, Moçambique, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Serra Leoa, Uganda e Sudão do Sul



©OMS / Vincent Tremeau



Alcançar o nível de maturidade 3 indica que um sistema regulador nacional está a funcionar bem, é estável e integrado, um pré-requisito para participar em iniciativas regionais como a Agência Africana de Medicamentos (AMA).

Senegal e Ruanda alcançam um marco importante na regulamentação dos medicamentos

Num passo importante para melhorar o acesso a medicamentos e vacinas seguros e eficazes, o Senegal e o Ruanda foram reconhecidos pela OMS por terem alcançado o nível de maturidade 3 (ML3) na classificação mundial das autoridades reguladoras nacionais.

Esta designação coloca os dois países entre os oito países da Região Africana da OMS que alcançaram este nível, um marco importante da força e fiabilidade da regulamentação. Reflecte anos de esforços sustentados para reforçar os sistemas que salvaguardam a saúde pública através da regulamentação eficaz dos produtos médicos.

O reconhecimento surge na sequência de avaliações exaustivas realizadas em Outubro de 2024, utilizando a Ferramenta de Avaliação Comparativa Mundial da OMS que avalia mais de 250 indicadores de desempenho regulamentar. Estas incluem funções essenciais como a avaliação e o registo de produtos, a vigilância do mercado, a monitorização da segurança e os controlos pós-comercialização.

No Senegal, o marco foi alcançado pela Agence Sénégalaise de Réglementation Pharmaceutique, e no Ruanda pela Rwanda Food and Drugs Authority. Ambas as avaliações foram realizadas em estreita parceria com o Escritório Regional da OMS para a África e os escritórios da OMS nos países, destacando a abordagem de colaboração que sustenta os esforços de reforço da regulamentação.

Alcançar o nível de maturidade 3 indica que um sistema regulador nacional está a funcionar bem, é estável e integrado, um pré-requisito para participar em iniciativas regionais como a Agência Africana de Medicamentos (AMA). Marca também o início de uma nova fase, em que os países se preparam para continuar a avançar para o nível de maturidade 4, o nível mais elevado de excelência regulamentar.

A OMS apoiou:

-  a coordenação transfronteiriça e estratégias regionais de eliminação no âmbito dos quadros do Sahel e da SADC para o paludismo;
-  repostas a surtos de paludismo no Botsuana, na Namíbia e na África do Sul;
-  o direccionamento orientado por dados utilizando a estratificação subnacional em países como o Quénia e a República Unida da Tanzânia.

1

2

3

Em resposta à crescente resistência aos medicamentos:

-  A OMS promoveu múltiplas terapêuticas de primeira linha e actualizou as orientações de tratamento no Burquina Faso, no Ruanda e no Uganda;
-  Acolheu um seminário regional no Jibuti e as reuniões de coordenação das partes interessadas realizadas em Março de 2025 reforçaram a preparação.

4

5

6



A OMS facilitou investimentos catalíticos para mobilizar recursos e impulsionar acções contra o paludismo.

Através das iniciativas “high burden high impact” (HBHI) (elevado impacto em países com carga elevada) e “malaria accelerator” (acelerador do paludismo), a OMS facilitou investimentos catalíticos e envolveu os deputados, através da Coligação de Deputados para Pôr Fim ao Paludismo em África (COPEMA), com o intuito de mobilizar recursos e impulsionar medidas contra o paludismo.

Doenças tropicais negligenciadas

A Região registou marcos importantes no controlo das DTN. A Declaração de N’Djamena comprometeu o Chade, os Camarões e a República Centro-Africana a erradicarem a dracunculose transfronteiriça. À margem da septuagésima oitava Assembleia Mundial da Saúde, seis países africanos¹⁷ assinaram um Memorando de Entendimento regional que visa a leishmaniose visceral (LV) enquanto problema de saúde pública.

Principais progressos registados nos países:

-  O Níger tornou-se o primeiro país da Região Africana a ser verificado quanto à eliminação da oncocercose;
-  A Guiné eliminou a tripanossomíase humana africana (THA), juntando-se a sete outros países¹⁸ que alcançaram este estatuto;
-  A Mauritânia tornou-se o sétimo país africano a eliminar o tracoma enquanto problema de saúde pública¹⁹, com o apoio do programa de doação de azitromicina da Pfizer, a colaboração com parceiros e a estratégia SAFE recomendada pela OMS.²⁰

As mulheres líderes envolvidas nas DTN receberam apoio através do Programa de Mentoria Mwele Malecela, dedicado a capacitar as mulheres na luta contra as DNT. O programa lançou o seu segundo grupo, acolhendo cinco mulheres líderes que receberão orientação e formação ao longo dos próximos dois anos.

17 Benim, Chade, Côte d’Ivoire, Gana, Guiné Equatorial, Ruanda, Togo e Uganda

18 Benim, Chade, Côte d’Ivoire, Gana, Guiné Equatorial, Togo e Uganda

19 Os seis primeiros são: Benim, Gâmbia, Gana, Maláui, Mali e Togo

20 A estratégia SAFE consiste em: cirurgia para tratar a fase da cegueira (triquíase tracomatosa); antibióticos para eliminar a infecção, em particular a administração em massa do antibiótico azitromicina; higiene do rosto; e melhoria das condições ambientais, em particular a melhoria do acesso à água e ao saneamento básico



©OMS / Barry Christianson

VIH, hepatite e tuberculose

A OMS convocou uma reunião regional sobre a integração do VIH, da hepatite e das doenças não transmissíveis, que resultou no compromisso de criar uma comunidade de prática contra a hepatite. O Uganda tornou-se o primeiro país africano a ultrapassar o objectivo de diagnosticar 30% das pessoas que vivem com hepatite B.

Com o apoio da OMS, o estatuto de validação do VIH do Botsuana foi actualizado para o nível de ouro em Maio de 2025. O país também registou progressos na eliminação da transmissão vertical do VIH (ETV).

Na luta contra a tuberculose, os 47 Estados-Membros utilizam agora testes de diagnóstico molecular recomendados pela OMS, aumentando as taxas de testagem rápida. No final do período em apreço, 15 países²¹ estão a fazer a transição para a implementação dos regimes de seis meses da OMS para combater a tuberculose resistente aos medicamentos.

Através do Comité Regional Luz Verde, a OMS apoiou 13 países²² no alinhamento das suas políticas de diagnóstico e tratamento da tuberculose resistente aos medicamentos.

Vacinação de rotina e resposta a surtos

Progressos na vacinação:

-  107 milhões de crianças vacinadas contra o sarampo em 21 países;²³
-  As campanhas de vacinação no Níger e na Nigéria alcançaram quase 5 milhões de pessoas em resposta a surtos de meningite;
-  Mais de 600 000 crianças receberam vacinas antipalúdicas através da iniciativa de Introdução e Implementação Aceleradas da Vacina Antipalúdica em África (AMVIRA).

21 África do Sul, Botsuana, Burquina Faso, Chade, Comores, Côte d'Ivoire, Essuatíni, Gana, Lesoto, Mali, Namíbia, Nigéria, República Democrática do Congo, Serra Leoa e Zimbabué

22 África do Sul, Angola, Botsuana, Chade, Essuatíni, Etiópia, Gabão, Lesoto, Maláui, Maurítânia, Quênia, Níger e Ruanda.

23 Benim, Burquina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Libéria, Madagáscar, Mali, Maurítânia, Moçambique, Nigéria, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Serra Leoa e Zâmbia

DNT e saúde mental

Apenas quatro países²⁴ estão no bom caminho para cumprir a meta dos ODS de redução da mortalidade prematura por DNT.

A OMS deu resposta a esta questão através do seguinte:



o Projecto “Women’s Integrated Cancer Services” (Serviços Integrados do Cancro para a Mulher) (WICS), lançado na Côte d’Ivoire, no Quênia e no Zimbabué, que abrange mais de 1700 mulheres;



a estratégia PEN-Plus para a gestão das DNT graves:

- 20 países²⁵ elaboraram planos operacionais nacionais
- 17 países²⁶ iniciaram a disponibilização de serviços
- 16 países²⁷ lançaram uma formação especializada
- 13 países²⁸ iniciaram a implementação do PEN-Plus em pelo menos um hospital distrital.

A OMS publicou recursos estratégicos sobre o cancro da mama, o PEN-Plus, a saúde oral, os cuidados auditivos e a drepanocitose. Além disso, a iniciativa Diabetes e Doenças Cardiovasculares em África (D-Card Africa), em colaboração com a Fundação Mundial da Diabetes, reforçou os cuidados em matéria de diabetes e doenças cardiovasculares no Gana e no Uganda.

Programas de saúde mental centrados em:



prevenção do suicídio;



saúde mental dos homens; e



bem-estar no local de trabalho.

No âmbito da iniciativa SAFER da OMS,²⁹ 15 países³⁰ receberam apoio para reduzir os efeitos nocivos do álcool.

Erradicação da poliomielite e coordenação transfronteiriça

As campanhas de luta contra a poliomielite alcançaram 221,6 milhões de crianças com pelo menos uma dose de vacina oral contra a poliomielite em 24 países,³¹ conseguindo uma redução de 45% nas detecções da variante do poliovírus tipo 2 em comparação com o mesmo período do ano anterior.

Numa iniciativa significativa para combater o desafio contínuo da transmissão da variante do poliovírus na África Central e Ocidental, os Ministros da Saúde dos países da Bacia do Lago Chade e da sub-região do Sahel publicaram um plano abrangente de coordenação transfronteiriça para 2024–2025. Em resultado directo, foi lançada uma campanha de vacinação conjunta na sub-região da Bacia do Lago Chade, de 24 a 28 de Abril de 2025, com o objectivo de proteger cerca de 83 milhões de crianças com menos de cinco anos.

24 África do Sul, Argélia, Gabão e Nigéria

25 Benim, Burquina Faso, Camarões, Congo, Etiópia, Gana, Lesoto, Libéria, Maláui, Moçambique, Níger, Nigéria, Quênia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Serra Leoa, Uganda, Zâmbia e Zimbabué

26 Benim, Burquina Faso, Camarões, Etiópia, Gana, Lesoto, Libéria, Maláui, Moçambique, Nigéria, Quênia, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Serra Leoa, Uganda, Zâmbia e Zimbabué

27 Benim, Burquina Faso, Gana, Etiópia, Lesoto, Libéria, Maláui, Moçambique, Nigéria, Quênia, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Serra Leoa, Uganda, Zâmbia e Zimbabué

28 Burquina Faso, Etiópia, Lesoto, Libéria, Moçambique, Níger, Quênia, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Serra Leoa, Uganda, Zâmbia e Zimbabué

29 A iniciativa SAFER – <https://www.who.int/initiatives/SAFER>

30 Angola, Burquina Faso, Congo, Etiópia, Gabão, Gana, Guiné Equatorial, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Quênia, Ruanda, Seicheles e Uganda

31 Angola, Burquina Faso, Camarões, Chade, Côte d’Ivoire, Congo, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Libéria, Madagascar, Mali, Moçambique, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Serra Leoa, Sudão do Sul, Uganda, Zâmbia, Zimbabué

Quadro 1. Vacinação contra a poliomielite: Crianças vacinadas entre 1 de Julho de 2024 e 30 de Junho de 2025

Os números representam o número de crianças vacinadas, em milhões.

País	Vacina	2024						2025					
		Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Abr.	Mai.	Jun.	
Congo	bOPV			1,3									
República Democrática do Congo	bOPV		4,3	0,8						1,2			
Guiné	bOPV										5,1		
Madagáscar	bOPV	5,9											
Moçambique	bOPV	9,6											
Angola	nOPV2			6,7		0,4							
Burquina Faso	nOPV2			0,5		5,8							
Camarões	nOPV2				7,0	3,6				7,8	7,9		
República Centro-Africana	nOPV2				0,5		1,3			2,5			
Chade	nOPV2					10,9				5,6		5,5	
Côte d'Ivoire	nOPV2			9,4					10,1		10,2		
República Democrática do Congo	nOPV2		4,6		32,8		26,9	1,7		9,3	0,2		
Etiópia	nOPV2				5,4		6,3		15,3		16,3		
Gâmbia	nOPV2					0,4	0,4						
Gana	nOPV2				6,9	7,8			0,8				
Guiné	nOPV2			0,6		3,2					5,1		
Quénia	nOPV2				3,8	3,0	0,1		0,9	0,9			
Libéria	nOPV2			0,9									
Mali	nOPV2			0,1		7,9							
Moçambique	nOPV2											21,6	
Níger	nOPV2	7,8		7,7	7,9		8,1				8,3	8,4	
Nigéria	nOPV2			20,6		77,6		8,2					
Serra Leoa	nOPV2			1,9									
Sudão do Sul	nOPV2					3,5			3,6				
Uganda	nOPV2				3,3	3,4							
Zâmbia	nOPV2	2,3											
Zimbabué	nOPV2					4,7							
Guiné	nOPV2 & bOPV					1,3			5,1				

Total de crianças vacinadas por tipo de vacina:

bOPV: 28 111 738 crianças; nOPV2: 455 577 651 crianças; nOPV2 & bOPV: 6 341 300 crianças

Fonte: PEP SIA repository ©OMS AFRO

Além disso, em toda a Região Africana, as infra-estruturas construídas para erradicar a poliomielite estão a revelar-se inestimáveis no avanço das prioridades de saúde pública mais amplas. Em Madagáscar, o programa da poliomielite desempenhou um papel fundamental ao declarar como terminado o surto de cVDPV1.

Durante uma recente campanha de administração de medicamentos em massa, as infra-estruturas também ajudaram as autoridades de saúde a chegar a um número impressionante de 19 milhões de pessoas. Graças a esta integração, a campanha atingiu os seus objectivos de cobertura e poupou 1,4 milhões de dólares em custos operacionais.

Do mesmo modo, em Angola, os recursos e o pessoal da poliomielite foram rapidamente redireccionados para detectar e responder a surtos de cólera e sarampo. Esta mesma capacidade de mobilização e coordenação rápidas apoiou a resposta actual ao surto de sarampo na República Democrática do Congo.

As inovações incluíram:

-  painéis de controlo baseados em SIG para melhorar o microplaneamento e acompanhar as actividades de vacinação em tempo real;
-  tecnologias de sequenciação melhoradas e formação em 15 países;³² e
-  uma unidade de vigilância ambiental específica para reforçar os sistemas de alerta precoce no Zimbabué.

Transição da poliomielite:

-  O Maláui avançou com o planeamento nacional para integrar as capacidades no sistema de saúde em geral.

Sistemas de laboratório e de diagnóstico

A OMS também apoiou os países no reforço dos sistemas de diagnóstico e laboratoriais, enquanto factores essenciais para a detecção precoce e o controlo das doenças. Seis países³³ criaram laboratórios de vigilância genómica pela primeira vez, tendo a OMS fornecido equipamento de sequenciação, reagentes e formação no local.

Através do Programa Mundial de Liderança Laboratorial (GLLP), 20 líderes de laboratórios dos sectores da saúde humana, animal e ambiental receberam formação em planeamento estratégico e gestão.

Foi prestado apoio técnico à Eritreia, ao Essuatíni e à Maurícia para a elaboração de políticas e estratégias nacionais em matéria de laboratórios. No Essuatíni, isto incluiu o avanço da imagiologia médica através da elaboração de novas políticas, orientações e procedimentos operacionais normalizados.

Além disso, a OMS:

-  realizou duas rondas do programa de avaliação externa da qualidade (AEQ) em microbiologia, envolvendo 22 laboratórios nacionais; e
-  colaborou com os Centros Colaboradores da OMS e a Rede de Laboratórios de Agentes Patogénicos Emergentes e Perigosos (EDPLN).

A OMS criou uma parceria com a Agência Internacional da Energia Atómica e outras partes interessadas para definir uma agenda regional de imagiologia. Foi concluído um inquérito de base que envolveu 46 Estados-Membros³⁴, estando os resultados previstos para o final de 2025.

32 África do Sul, Burquina Faso, Burundi, Gana, Comores, Eritreia, Libéria, Mali, Maurícia, Nigéria, Quénia, República Centro-Africana, Togo, Uganda e Zâmbia

33 Burundi, Comores, Eritreia, Libéria, República Centro-Africana e Togo

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



2.7 Integração do género, da equidade e dos direitos humanos

1

A OMS trabalhou com os Estados-Membros para integrar o género, a equidade e os direitos humanos nos sistemas nacionais de saúde, identificando e eliminando as barreiras estruturais aos cuidados.

2

Os 47 países da região receberam apoio para aplicar a ferramenta de Avaliação Rápida dos Quadros Legais e Regulamentares (RALF) da OMS. Este processo ajudou a identificar leis e políticas que influenciam o acesso equitativo aos serviços de saúde, sobretudo para mulheres, adolescentes e pessoas com deficiência. Consequentemente, países como a Etiópia e o Gana iniciaram reformas jurídicas para alinhar melhor os seus sistemas de saúde com abordagens baseadas nos direitos e na equidade.

3

4

A OMS também ajudou os países a integrar elementos sensíveis ao género nas políticas de saúde e nos pacotes de serviços essenciais.

5

6

Exemplos:



A Namíbia e o Uganda reviram as políticas de saúde reprodutiva e de saúde dos adolescentes para melhor apoiar as raparigas, os sobreviventes de violência de género e as pessoas com deficiência.



Os profissionais de saúde receberam formação através da plataforma 2gether4SRHR e de iniciativas regionais, promovendo cuidados respeitosos e inclusivos.

Estes esforços foram particularmente importantes em contextos humanitários e frágeis, onde a exclusão social agrava frequentemente os riscos para a saúde.



©OMS / Patrick Adams



Numa notável conquista em matéria de saúde pública, a Guiné recebeu, em Janeiro de 2025, a validação oficial da OMS para a eliminação da tripanossomíase humana africana gambiense (THA), ou doença do sono, enquanto problema de saúde pública.

PAÍS EM DESTAQUE: GUINÉ

A Guiné elimina a doença do sono enquanto problema de saúde pública

Numa notável conquista em matéria de saúde pública, a Guiné recebeu, em Janeiro de 2025, a validação oficial da OMS para a eliminação da tripanossomíase humana africana gambiense (THA), ou doença do sono, enquanto problema de saúde pública. Este marco assinala a primeira vez que o país conseguiu eliminar uma doença tropical negligenciada, colocando-o entre um pequeno grupo de nações africanas que conseguiram este feito.

Outrora endémica em regiões costeiras como Boffa, Dubréka e Forécariah, a doença era uma ameaça mortal no início dos anos 2000, com mais de 100 casos confirmados anualmente. As comunidades de pescadores, agricultores e salineiros estavam particularmente em risco, ao mesmo tempo que o difícil acesso a aldeias remotas e as fracas infra-estruturas de saúde impediam a detecção e o tratamento dos casos.

Ao longo de duas décadas, a OMS forneceu liderança técnica sustentada e apoio operacional para ajudar a Guiné a inverter a tendência. Em 2002, a Organização apoiou o Ministério da Saúde no lançamento de um programa nacional de eliminação (PNLTHA) e na criação de uma resposta integrada e baseada em dados. As equipas móveis de rastreio, o pessoal de laboratório e os clínicos receberam formação e foram equipados para detectar e tratar os doentes utilizando as ferramentas mais recentes, desde testes de diagnóstico rápido de fácil aplicação no terreno a novas terapêuticas orais, como o fexinidazol.

Ao mesmo tempo, a OMS ajudou a testar uma estratégia de controlo de vectores, utilizando milhares de “pequenos alvos” tratados com insecticida para reduzir as populações de moscas tsé-tsé em zonas de alto risco. A investigação sobre reservatórios animais, portadores assintomáticos e cartografia espacial aperfeiçoou a resposta, enquanto as redes comunitárias garantiram um forte envolvimento local.

Em 2023, os casos registados tinham diminuído para apenas 24 em todo o país, face a um pico de 140 em 2017. Este declínio fez com que os casos ficassem abaixo do limiar da OMS de um caso por 10 000 habitantes em todos os distritos endémicos durante seis anos consecutivos. A detecção passiva através das unidades de saúde representa agora mais de metade dos novos casos, o que reflecte um sistema de vigilância nacional reforçado.

De futuro, a Guiné planeia aproveitar esta dinâmica integrando a THA em programas mais amplos de vigilância das doenças transmitidas por via cutânea, visando os micro-focos através de estratégias reactivas e expandindo as iniciativas de controlo de vectores lideradas pela comunidade. Com o apoio contínuo da OMS, o país pretende alcançar a transmissão zero até 2030, constituindo um modelo replicável para os esforços regionais de eliminação em toda a África Ocidental.

3

Prioridade estratégica 2:

**Emergências
sanitárias – proteger
as populações das
ameaças para a saúde**

Principais conquistas:



Os 47 países

apresentaram relatórios do RSI dos Estados Partes pelo oitavo ano consecutivo



Mais de 13 milhões de pessoas

receberam vacinas orais contra a cólera em oito países



34 países

concluíram uma segunda avaliação externa conjunta (AEC)



Mais de 100 000 profissionais de saúde da linha da frente

vacinados contra o Ébola



Mais de 66 milhões de dólares

prometidos por países e parceiros africanos para a segurança sanitária regional



26 países

apoiados na elaboração ou actualização dos planos prevenção e controlo das infecções (PCI)



Três surtos de febre hemorrágica viral **contidos com êxito**, sem propagação transfronteiriça



39 países

receberam, no espaço de três dias, abastecimentos de emergência no valor de 5 milhões de dólares americanos



2300 (77% da meta)

AVOCH-SURGE qualificados e prontos para serem destacados em 24–48 horas



Mais de 400 peritos

destacados para apoiar a resposta a situações de emergência



88 ocorrências de saúde pública monitorizadas,

incluindo cinco emergências de nível 3

A Região Africana da OMS continuou a confrontar-se com um elevado volume e diversidade de emergências de saúde pública, uma vez que tanto os surtos agudos como as crises prolongadas moldaram o panorama da resposta.

As ocorrências, desde a cólera e a varíola símica até às crises humanitárias provocadas por conflitos, exerceram uma enorme pressão sobre os sistemas de saúde já sobrecarregados, pondo em evidência a necessidade crítica de uma preparação sólida, de uma coordenação eficaz e de capacidades de intervenção rápida.



A OMS e os Estados-Membros obtiveram ganhos consideráveis em matéria de preparação, vigilância, coordenação da resposta e prestação de serviços integrados.

Apesar destes desafios, a OMS e os Estados-Membros obtiveram ganhos consideráveis em matéria de preparação, vigilância, coordenação da resposta e prestação integrada de serviços, sublinhando a necessidade de um investimento sustentado na preparação e na gestão integrada dos riscos.

3.1 Preparação para todos os perigos

Foram feitos progressos significativos em toda a Região no reforço da preparação para as emergências de saúde. Todos os Estados-Membros concluíram os seus relatórios anuais de autoavaliação dos Estados Partes (eSPAR), tendo 34³⁵ agora concluído a segunda ronda de avaliações externas conjuntas (AEC). Doze países³⁶ também actualizaram os seus planos nacionais de acção para a segurança sanitária (PNASS), indicando uma liderança nacional mais robusta na gestão dos riscos e no planeamento estratégico.

Para garantir a preparação para futuras pandemias, a OMS apoiou exercícios de simulação em 12 países³⁷. Estes exercícios ajudaram a testar os mecanismos de coordenação transfronteiriça e a identificar lacunas na preparação multisectorial. A OMS também facilitou análises durante a acção em nove países³⁸ e análises posteriores à acção em cinco³⁹, ajudando a transformar as experiências de resposta em melhorias a longo prazo.

Num significativo passo em frente, 10 países⁴⁰ adoptaram o quadro de Preparação e Prontidão para Ameaças Emergentes (PRET) da OMS, tendo os Camarões e a República Unida da Tanzânia revisto os seus planos de preparação incorporando modelização com base em cenários e ferramentas de planeamento de surtos.

35 África do Sul, Angola, Botsuana, Benim, Burquina Faso, Burundi, Chade, Côte d'Ivoire, Eritreia, Essuatíni, Gâmbia, Gana, Guiné, Libéria, Mali, Mauritânia, Maláui, Nigéria, Quénia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia (incluindo Zanzibar), Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Sudão do Sul, Togo, Uganda e Zâmbia

36 Benim, Burquina Faso, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Guiné, Etiópia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia e Uganda

37 Burundi, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gana, Guiné-Bissau, Namíbia, República Centro-Africana, Senegal, Togo, Uganda e Zimbabué

38 Burundi, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Guiné-Bissau, República Centro-Africana, Senegal, Togo e Uganda

39 Nigéria, Quénia, Uganda, Zâmbia e Zimbabué

40 Angola, Botsuana, Côte d'Ivoire, Guiné, Guiné-Bissau, Moçambique, São Tomé e Príncipe, Sudão do Sul, Zâmbia e Zimbabué



©OMS



No entanto, em meados de 2025, o surto tinha sido restringido a apenas duas regiões e a taxa nacional de mortalidade de casos tinha descido de 1,47% no ano anterior para 1,00%.

PAÍS EM DESTAQUE: ETIÓPIA

Inverter o rumo dos acontecimentos num surto de cólera complexo

No início do período em apreço, a Etiópia enfrentava o pior surto de cólera dos últimos anos, que afectava 11 regiões. Os sistemas de saúde, já sob pressão devido aos conflitos, às deslocações forçadas e a outras situações de emergência, estavam a ter dificuldades em lidar com a situação.

No entanto, em meados de 2025, o surto tinha sido restringido a apenas duas regiões e a taxa nacional de mortalidade de casos tinha descido de 1,47% no ano anterior para 1,00%. Esta notável reviravolta reflecte uma preparação eficaz, uma acção rápida e uma forte coordenação.

Com o apoio técnico e financeiro da OMS, a Etiópia lançou um novo plano de acção nacional quinquenal para a segurança sanitária (NAPHS 2024–2028). Alinhado com o Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005), o plano delineou prioridades nacionais para o mapeamento de riscos, o desenvolvimento da força de trabalho e a coordenação de emergências. O país também apresentou a sua autoavaliação anual do RSI utilizando a ferramenta SPAR, um marco importante na responsabilização ao nível mundial.

À medida que os surtos aumentavam, da cólera e do sarampo à varíola símia, ao antraz e ao paludismo, os mecanismos de resposta a emergências da Etiópia foram rapidamente activados. A OMS ajudou a destacar mais de 155 peritos nacionais e internacionais para apoiar a resposta a 107 alertas de doenças, todos eles investigados em 48 horas. Nas zonas mais duramente afectadas, as equipas móveis coordenaram a

vigilância, a gestão de casos e os esforços de envolvimento da comunidade.

A resposta à cólera revelou-se um momento decisivo na gestão dos surtos na Etiópia. A OMS apoiou a activação de um sistema completo de gestão de incidentes (SGI), permitindo a coordenação em tempo real entre as autoridades federais e regionais. A vacinação oral selectiva contra a cólera, a melhoria das intervenções no domínio da água e do saneamento e o reforço do apoio logístico ajudaram a controlar o surto. A redução do número de mortes reflectiu não só uma melhor gestão dos casos, como também sistemas de vigilância e de abastecimento mais robustos.

Simultaneamente, a Etiópia geriu várias outras emergências, incluindo a crise dos refugiados no Sudão, um surto de poliovírus circulante de tipo 2 derivado da vacina (cVDPV2) e duas emergências prolongadas (dengue e febre recorrente), a par de ocorrências não classificadas, como terramotos e meningite. A OMS trabalhou em estreita colaboração com o Ministério da Saúde e o Instituto de Saúde Pública da Etiópia para manter os serviços essenciais e coordenar o apoio dos parceiros nestes contextos complexos.

A experiência da Etiópia durante o período em apreço sublinha a valia de uma preparação sustentada, de uma liderança local sólida e de uma resposta rápida. Com o apoio contínuo da OMS, o país não só enfrentou de frente a múltiplas emergências, como também reforçou os sistemas necessários para a segurança sanitária a longo prazo.

A preparação para a vacinação também ganhou ímpeto:

 Mais de 101 000 profissionais de saúde da linha da frente foram vacinados contra o Ébola em dois países;⁴¹

 Em oito países de alto risco,⁴² mais de 13 milhões de pessoas foram abrangidas pelas vacinas orais contra a cólera (VOC), através de campanhas inovadoras, incluindo a divulgação móvel e a integração na vacinação de rotina no Maláui e em Moçambique.



A relação entre as emergências sanitárias e os riscos climáticos tornou-se mais evidente.

A OMS ajudou 26 países⁴³ a reforçar os seus planos nacionais de PCI, alinhando os esforços com a nova estratégia mundial de PCI. No Sudão do Sul, a OMS prestou apoio personalizado para adaptar os protocolos de PCI ao contexto frágil e afectado por conflitos do país.

A relação entre as emergências sanitárias e os riscos climáticos tornou-se mais evidente. Cinco países⁴⁴ receberam apoio da OMS para incorporar a preparação para epidemias nas estratégias de adaptação ao clima, incluindo o alerta precoce para cheias, doenças transmitidas por vectores e riscos ambientais.

41 República Democrática do Congo, Serra Leoa

42 Angola, Gana, Maláui, Moçambique, Nigéria, Sudão do Sul, Zâmbia e Zimbabué

43 Angola, Benim, Camarões, Chade, Comores, Côte d'Ivoire, Essuatíni, Etiópia, Gana, Lesoto, Libéria, Madagascar, Maláui, Mali, Maurícia, Namíbia, Níger, Nigéria, República Centro-Africana, República Democrática do Congo Ruanda, Serra Leoa, Sudão do Sul, Togo, Uganda e Zâmbia

44 Etiópia, Madagascar, Moçambique, Níger e Quénia



©OMS / João Carlos Domingos

3.2 Avaliação dos riscos e partilha de informações

Entre 2024 e 2025, a OMS reforçou o apoio para ajudar os países a mapear os perigos, avaliar as vulnerabilidades e melhorar os sistemas de alerta em tempo real.

Nove países⁴⁵ concluíram exercícios de mapeamento dos riscos subnacionais, permitindo um planeamento de emergência selectivo e um pré-posicionamento mais eficaz dos abastecimentos. Com o apoio da OMS e dos parceiros da aliança quadripartida, 20 países⁴⁶ efectuaram avaliações de risco no âmbito da abordagem Uma Só Saúde. O Uganda e a República Unida da Tanzânia operacionalizaram rapidamente quadros conjuntos para a gestão de ameaças zoonóticas como o carbúnculo e a gripe das aves.

Nove países⁴⁷ também avançaram com roteiros de Workshops Nacionais de Ligação, estabelecendo mecanismos formais para vigilância conjunta e resposta rápida coordenada.

A inovação digital desempenhou um papel central:



A OMS apoiou 15 países⁴⁸ a alargarem os seus sistemas de alerta digital em tempo real, muitos dos quais foram integrados nas plataformas existentes de vigilância e resposta integradas às doenças (VRID);



A Nigéria e o Senegal melhoraram os seus painéis de controlo de dados com funcionalidades de marcação geográfica para acompanhar os eventos e garantir uma comunicação mais rápida a nível distrital.

A auscultação social surgiu como uma ferramenta importante. Dez países⁴⁹ monitorizaram as redes sociais e os dados dos centros de atendimento telefónico para detectar e responder às preocupações da comunidade e à desinformação durante os surtos. Estes conhecimentos foram depois utilizados para conceber campanhas de comunicação de riscos mais eficazes.

Em toda a Região Africana, os compromissos de alto nível reforçaram as prioridades partilhadas. Os diálogos ministeriais centraram-se no reforço das autoridades nacionais de saúde pública, ao passo que uma reunião estratégica reuniu 35 representantes do Grupo Africano para coordenar as posições regionais sobre o Acordo sobre Pandemias.

Entretanto, os Camarões, o Congo e a República Unida da Tanzânia concluíram avaliações conduzidas por pares no âmbito da saúde universal e da preparação, ajudando a alargar as agendas nacionais de preparação para além do sector da saúde, de modo a abranger as finanças, a segurança e as infra-estruturas públicas.

45 Burundi, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Guiné-Bissau, República Centro-Africana, Senegal, Togo e Uganda

46 Benim, Burquina Faso, Cabo Verde, Congo, Côte d'Ivoire, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Libéria, Mali, Níger, Nigéria, República Centro-Africana República Democrática do Congo, Senegal, Serra Leoa e Togo

47 Camarões, Guiné, Libéria, Nigéria, Quénia, República Unida da Tanzânia, Senegal, Serra Leoa, Uganda

48 Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Camarões, Côte d'Ivoire, Gabão, Gana, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Lesoto, Madagáscar, República Centro-Africana, São Tomé e Príncipe, Senegal e Zâmbia

49 África do Sul, Etiópia, Gabão, Gana, Madagáscar, Namíbia, Ruanda, Sudão do Sul, Togo e Zimbabué

3.3 Resposta atempada e eficaz a emergências sanitárias

Quadro 2. Quadro de síntese das principais emergências de saúde activas na Região Africana da OMS (Julho de 2024 a Junho de 2025)

#	Emergência sanitária	Breve descrição (Até 30 de Junho de 2025)	Principais medidas de saúde pública
1	Repercussões regionais da crise humanitária no leste da República Democrática do Congo	Desde Janeiro de 2025, o conflito armado no leste da República Democrática do Congo intensificou-se, desencadeando uma crise humanitária cada vez mais profunda. Cerca de 4 milhões de pessoas foram deslocadas internamente, tendo mais de 500 000 refugiados procurado refúgio nos países vizinhos. Os surtos de cólera e de varíola símica afectam ainda mais os recursos, complicando o acesso da ajuda humanitária.	<ul style="list-style-type: none"> - Destacamento de um gestor internacional de incidentes e criação de uma equipa integrada de gestão de incidentes eficaz com equipas de resposta rápida. - Apoio à prestação de cuidados a 8000 doentes com cólera. - Realização de 150 000 campanhas de vacinação para proteger as populações vulneráveis contra doenças evitáveis. - Distribuição de 50 000 pastilhas de purificação da água.
2	Crise humanitária no Sudão do Sul	O Sudão do Sul debate-se com um surto de cólera que afectou cerca de 70 000 pessoas e resultou numa taxa de mortalidade de 1,8%, a par de uma malnutrição grave que atinge 1,3 milhões de crianças. Mais de 7 milhões de pessoas necessitam urgentemente de assistência humanitária.	<ul style="list-style-type: none"> - Vacinação de 6,9 milhões de pessoas contra a cólera. - Apoio ao tratamento de 2000 crianças que sofrem de malnutrição. - Criação de 10 centros de tratamento da cólera, reduzindo a mortalidade em 20%.
3	Ciclone Jude em Moçambique	O ciclone Jude deslocou cerca de 200 000 pessoas e danificou 150 unidades de saúde, perturbando gravemente a prestação de cuidados de saúde. Em Junho de 2025, eram necessários esforços urgentes para restabelecer os serviços de saúde e chegar às comunidades afectadas.	<ul style="list-style-type: none"> - Distribuição de 2000 kits de saúde de emergência para restabelecer o acesso aos cuidados de saúde. - Criação de 5 centros temporários de cuidados que serviram 10 000 doentes.
4	Doença por vírus do Sudão (DVS) no Uganda	No Uganda, o surto de doença por vírus do Sudão durou de 30 de Janeiro a 26 de Abril de 2025 e foram registados 14 casos (12 confirmados e dois prováveis) e quatro mortes (duas confirmadas e duas prováveis). Não tendo sido registadas novas infecções em 42 dias consecutivos, o Ministério da Saúde (MdS) declarou oficialmente o fim do surto a 26 de Abril de 2025.	<ul style="list-style-type: none"> - Desembolso de 2,5 milhões de dólares americanos do Fundo de Contingência para Emergências (FCE) para cobrir as áreas críticas da resposta. - Destacamento de 38 peritos nacionais e internacionais e apoiou o Ministério da Saúde no destacamento de oito técnicos de emergência médica. - Início do ensaio clínico de uma vacina candidata no prazo de três dias após a declaração do surto.
5	Surto da doença por vírus de Marburgo na República Unida da Tanzânia	De 14 de Janeiro a 13 de Março de 2025, um surto da doença por vírus de Marburgo na região de Kagera, na Tanzânia, causou 10 mortes em dois casos confirmados e oito prováveis (taxa de letalidade de 100%). Intervenções rápidas no domínio da saúde pública ajudaram a evitar uma maior propagação e o surto foi oficialmente declarado como terminado após 42 dias sem novas infecções.	<ul style="list-style-type: none"> - Desembolso de 1,5 milhões de dólares do FCE para facilitar a tomada de medidas iniciais. - Destacamento de 20 peritos nacionais e internacionais para apoiar os pilares fundamentais da resposta. - Envio, pela OMS, de mais de 1,4 toneladas de material médico essencial, incluindo kits de diagnóstico e equipamento de protecção individual (EPI).
6	Ciclone Chido na África Austral (vários países)	O ciclone Chido atingiu Moçambique a 15 de Dezembro de 2024, afectando 453 971 pessoas e causando 120 vítimas mortais. A tempestade danificou infra-estruturas críticas, perturbou os serviços de saúde e desencadeou necessidades humanitárias urgentes nos países vizinhos (Comores, Maláui, Maiote e Moçambique, tendo o impacto mais grave sido registado nos Comores, em Maiote e em Moçambique).	<ul style="list-style-type: none"> - Destacamento de equipas médicas e laboratoriais móveis com equipamento e kits de testagem. - Doação de material médico, incluindo medicamentos essenciais, kits e tendas aos distritos afectados. - Financiamento catalisador do FAESP, no valor de 992 056 dólares americanos, para Moçambique (492 093 de dólares americanos) e Maláui (499 963 de dólares americanos) para intervenções vitais essenciais.
7	Crise humanitária em Cabo Delgado, Moçambique	Em Fevereiro de 2025, o conflito de Cabo Delgado, em Moçambique, provocou a deslocação de mais de 10 140 pessoas. Pelo menos 32 incidentes registados resultaram em não menos de 25 mortes e 20 raptos, perturbando ainda mais as operações humanitárias que decorrem num clima de insegurança persistente.	<ul style="list-style-type: none"> - Fornecimento de kits de saúde de emergência interagências, incluindo medicamentos essenciais, ferramentas de diagnóstico e consumíveis adaptados a emergências sanitárias específicas, como surtos ou pandemias. - Entrega de 50 toneladas de ajuda alimentar.

#	Emergência sanitária	Breve descrição (Até 30 de Junho de 2025)	Principais medidas de saúde pública
8	Repercussões regionais da crise dos refugiados no Sudão	A crise no Sudão deslocou mais de 12,1 milhões de pessoas, incluindo 7,7 milhões de pessoas deslocadas internamente (e 4,1 milhões de refugiados e repatriados em países vizinhos como o Chade, a República Centro-Africana, a Etiópia e o Sudão do Sul). Esta situação desencadeou uma grave emergência humanitária, exacerbada por desafios sanitários que conduziram a surtos de cólera e hepatite, ao mesmo tempo que os países de acolhimento lutam para fornecer recursos de saúde adequados.	<ul style="list-style-type: none"> Entrega de mais de 280 toneladas de material médico, incluindo <i>kits</i> para o tratamento da cólera, <i>kits</i> de saúde de emergência e material para o tratamento de traumatismos. República Centro-Africana: A OMS reabriu 5 centros de saúde para 30 000 pessoas, geriu 571 situações de emergência, enviou 10 <i>kits</i> para surtos e reforçou a vigilância das doenças. Chade: A OMS apoiou centros móveis de cuidados, a vacinação em massa contra o sarampo e 1197 consultórios, distribuindo <i>kits</i> para o tratamento da cólera e do vírus da hepatite E e prestando formação a trabalhadores locais de PCI. Etiópia: A OMS enviou equipas móveis para serviços de saúde e nutrição, reforçando a resposta aos surtos e fornecendo apoio psicossocial e <i>kits</i> de saúde sexual e reprodutiva. Sudão do Sul: A OMS entregou 175 toneladas métricas de <i>kits</i> para o tratamento da cólera, instalou tanques de água, construiu latrinas, coordenou a vigilância transfronteiriça e estabeleceu vias de encaminhamento para sobreviventes de violência de género com o Fundo das Nações Unidas para a População.
9	Resposta à crise humanitária no Norte da Etiópia	A resposta humanitária da Etiópia visa 16 milhões de pessoas necessitadas, no contexto dos constantes desafios associados a conflitos. O sector da saúde enfrenta múltiplos surtos, incluindo 58 508 casos de cólera, um aumento do número de casos de paludismo superior a 360 000 por semana em 2024 e o acolhimento de 942 000 refugiados.	<ul style="list-style-type: none"> Entrega de 672 toneladas métricas de material médico no valor de 7,75 milhões de dólares americanos a 30 parceiros de implementação em 2024. Envio de mais de 155 peritos para dar resposta a 107 alertas de doenças, investigando todos no prazo de 48 horas. A cólera e a vacinação: Forneceu 613 360 dólares americanos em material de resposta à cólera e conduziu cinco rondas de campanhas de vacinação oral contra a cólera, tendo vacinado 4,58 milhões de pessoas (cobertura de 99%).
10	Varíola símia (Emergência de Saúde Pública de Dimensão Internacional)	Até 30 de Junho de 2025, 25 países (África do Sul, Angola, Burundi, Camarões, Congo, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gabão, Gana, Guiné, Libéria, Maláui Maurícia, Nigéria, Quénia, República Democrática do Congo, República Centro-Africana, Ruanda, Serra Leoa, Sudão do Sul, República Unida da Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué) tinham reportado casos desde Janeiro de 2024, com 43 768 casos confirmados e 143 mortes confirmadas (TL=0,3%).	<ul style="list-style-type: none"> Em conjunto com o Centro Africano de Prevenção e Controlo de Doenças (CDC de África), a OMS criou a equipa continental de apoio à gestão de incidentes e coordenou a resposta no continente africano. Formação administrada a 1500 profissionais de saúde para reforçar a detecção e a gestão da varíola símia. Envio de 12 toneladas de <i>kits</i> de tratamento, material de laboratório e EPI para zonas de alto risco; e apoio a várias unidades de saúde na gestão e isolamento de casos. Realização de campanhas de vacinação reforçadas que abrangeram 500 000 pessoas. Financiamento de 5 milhões de dólares para a resposta rápida e o reforço da cadeia de abastecimento de material médico relacionado com a varíola símia.
11	Surto da doença por vírus de Marburgo no Ruanda	O Ruanda notificou o seu primeiro caso de Marburgo em Setembro de 2024, tendo implementado medidas de isolamento rigorosas que reduziram eficazmente a propagação. O surto da doença por vírus de Marburgo, oficialmente declarado a 27 de Setembro de 2024, terminou a 20 de Dezembro de 2024, após terem sido registados 66 casos e 15 mortes, sem novos casos notificados nos 42 dias subsequentes. De notar que quase 80% dos casos envolveram profissionais de saúde. A rápida confirmação e o isolamento dos casos demonstraram a eficácia da resposta de saúde pública no Ruanda.	<ul style="list-style-type: none"> Destacamento de 11 peritos da OMS e facilitação de 39 equipas adicionais do Corpo Africano de Voluntários da Saúde – Reforço e Utilização de Grupos de Resposta para Situações de Emergência do Uganda, Libéria e Serra Leoa para assegurar a continuidade dos serviços essenciais. Aquisição e envio de EPI, <i>kits</i> de tratamento da febre hemorrágica viral e <i>kits</i> de testagem no valor de 650 000 dólares para apoiar o diagnóstico, os cuidados e a prevenção e controlo de infeções. Disponibilização de um financiamento catalisador de 550 000 dólares americanos do FCE para permitir a tomada de medidas iniciais e mobilização de um financiamento adicional do Foreign, Commonwealth & Development Office (486 127 libras esterlinas), das Operações Europeias de Protecção Civil e Ajuda Humanitária (850 000 euros) e da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (1,7 milhões de dólares americanos).
12	Surto de dengue em vários países	Até 31 de Março de 2025, a Região Africana da OMS tinha notificado 13 508 casos de dengue em 18 países, com 1248 casos confirmados e 126 mortes. O pico de transmissão ocorreu em Janeiro, com 6000 casos. O Burquina Faso foi responsável por 66% do total de casos.	<ul style="list-style-type: none"> Realização de uma série de webinars de cinco dias de reforço das capacidades sobre preparação e resposta à dengue para mais de 500 profissionais, com a participação de 20 especialistas internacionais. Entrega de 6,44 toneladas de produtos para o diagnóstico e a gestão de casos aos países afectados a partir dos centros de Nairobi e Dakar. Mobilização e garantia de 2 milhões de dólares americanos para a resposta à dengue. Destacamento de quatro entomologistas experientes e um epidemiologista para reforçar a vigilância entomológica.

#	Emergência sanitária	Breve descrição (Até 30 de Junho de 2025)	Principais medidas de saúde pública
13	Inundações causadas pelo El Niño na África Austral	A África Austral registou a mais baixa precipitação a meio da época das chuvas dos últimos 40 anos. Seis países (Botsuana, Lesoto, Maláui, Namíbia, Zâmbia e Zimbabué) encontram-se em estado de emergência devido ao El Niño, o que afecta os serviços de saúde de oito milhões de pessoas e aumenta a insegurança alimentar e as taxas de doença. Mais de 1,1 milhões de crianças sofrem de malnutrição grave, com ameaças de cólera e varíola símia. Respostas coordenadas urgentes são essenciais para dar resposta às necessidades de saúde na sub-região.	<ul style="list-style-type: none"> - Distribuição de 10 000 artigos de saúde a famílias vulneráveis. - Activação dos centros de operações de emergência e dos pólos de saúde para assegurar uma coordenação eficaz com os parceiros locais. - Realização de avaliações de saúde rápidas e enviou equipas multidisciplinares de resposta rápida. - Operacionalização da comunicação dos riscos e o envolvimento da comunidade para melhorar uma detecção precoce e prevenir surtos.
14	Ciclone Gamane em Madagáscar	O ciclone Gamane atingiu Madagáscar a 27 de Março de 2024, afectando mais de 200 000 pessoas e causando grandes perturbações nos serviços de saúde e nas cadeias de abastecimento alimentar. Mais de 100 000 pessoas em 15 distritos precisaram de ajuda urgente. A incidência de diarreia aumentou entre as crianças (26,5 casos/100 000) e os casos de paludismo atingiram 80 387, o que representa um aumento de 50%.	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilização de 300 000 de dólares americanos do FCE e 300 000 de dólares americanos do Fundo Central de Resposta a Emergências. - Criação de 17 centros móveis de cuidados e destacamento de 40 profissionais de saúde qualificados. - Distribuição de cinco kits de saúde de emergência interagências, incluindo medicamentos essenciais e kits de tratamento da cólera e do paludismo. - Prosseguimento da distribuição de mais de 500 redes mosquiteiras tratadas com insecticida de longa duração, 2000 kits de teste de diagnóstico rápido, 10 kits de investigação e dois kits de laboratório.
15	Surto de cólera em vários países	Foram registados 142 895 casos e 2861 mortes devido ao surto de cólera na Região Africana, que afectou 20 países e exigiu intervenções imediatas de saúde pública para mitigar a propagação e promover práticas de saneamento.	<ul style="list-style-type: none"> - Vacinação de mais de 6,9 milhões de pessoas contra a cólera em seis países para melhorar a protecção. - Facilitação da rápida contenção do surto em Angola através do envio de seis peritos para reforçar a resposta. - Envio de consumíveis essenciais no valor de 214 801,66 dólares americanos a partir do centro de Dakar para os países afectados na sub-região. - Criação de 1000 locais de testes de diagnóstico rápido.
16	Surto de antraz em vários países	Um surto de antraz em vários países africanos resultou em 300 casos reportados, exigindo intervenções urgentes de saúde pública para evitar uma maior propagação e assegurar uma gestão eficaz das pessoas afectadas.	<ul style="list-style-type: none"> - Reforçou as capacidades laboratoriais com 50 novos kits de testagem. - Condução de uma investigação e resposta conjuntas em estreita colaboração com os parceiros da iniciativa Uma Só Saúde sob a liderança dos governos dos países anfitriões.
17	Meningite cerebrospinal na Nigéria	Na Nigéria, um surto de <i>Neisseria meningitidis</i> (meningococo) do serogrupo C resultou em mais de 1700 casos suspeitos de meningite, incluindo 101 casos confirmados e 153 mortes, em sete dos 36 Estados nigerianos (Adamawa, Bauchi, Gombe, Jigawa, Katsina, Yobe e Zamfara) em 2024.	<ul style="list-style-type: none"> - Para travar o surto mortal, foi iniciada em 2024 uma campanha de vacinação que, numa primeira fase, abrangeu mais de um milhão de pessoas com idades compreendidas entre 1 e 29 anos. - Aperfeiçoamento da testagem de diagnóstico, resultando num tratamento atempado de 750 pessoas. - Implementação eficaz do Roteiro Mundial da OMS para Derrotar a Meningite até 2030.
18	COVID-19	A COVID-19 continua a ter impacto nos sistemas de saúde pública a nível mundial, com mais de 200 milhões de doses de vacinas administradas em África. As variantes colocam desafios contínuos à contenção da doença e à prestação de cuidados de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Administração de 200 milhões de vacinas a mais de 100 milhões de pessoas. - Reforço dos sistemas de saúde através do fornecimento de 10 milhões de kits de EPI. - Integração da COVID-19 nos cuidados de saúde primários de rotina. A transição levou à expansão das plataformas de testagem molecular (por exemplo, Genexpert e reacção em cadeia da polimerase), que são actualmente utilizadas na resposta à varíola símia e aos surtos. - A resposta à COVID-19 e a transição da doença facilitaram a implantação do DHIS2, do Go.Data e das aplicações móveis de notificação, permitindo uma testagem, triagem e encaminhamentos mais rápidos.

A Região registou 88 ocorrências de saúde pública, incluindo 68 surtos e 20 crises humanitárias. Quinze destas foram formalmente classificadas pela OMS, incluindo cinco como emergências de grau 3, que é a classificação mais grave.

1

A cólera continuou a ser a ameaça mais comum, tendo 22 países⁵⁰ sido afectados, sobretudo na sequência de inundações ou de deslocações em massa. A OMS forneceu orientações técnicas, apoiou avaliações rápidas dos riscos e coordenou respostas específicas aos surtos.

2

3



4

5

6

©OMS

Com base na experiência anterior e nas capacidades desenvolvidas nos países, a OMS apoiou o Ruanda, o Uganda e a República Unida da Tanzânia numa resposta eficaz aos surtos de Marburgo e de Ébola. Os três foram contidos no prazo de 90 dias, sem propagação transfronteiriça.

A varíola símia reapareceu em 18 países⁵¹, tendo sido documentada a transmissão entre seres humanos no Burundi, na República Democrática do Congo e no Uganda. A OMS trabalhou em estreita colaboração com as autoridades nacionais para reforçar a investigação dos casos, actualizar os protocolos de isolamento e reforçar as mensagens de saúde pública.

Em resposta a estas e outras ameaças, a OMS:

-  activou o seu sistema de gestão de incidentes em vários países, destacando equipas no terreno e criando centros de coordenação a nível nacional;
-  lançou uma nova equipa continental conjunta de apoio à gestão de incidentes com o CDC de África;
-  foram destacados mais de 400 especialistas em situações de emergência, dos quais mais de 60% foram mobilizados no prazo de 72 horas após a classificação da ocorrência; e
-  estes peritos incluíam epidemiologistas, especialistas em PCI e água, saneamento e higiene, gestores de casos, coordenadores de logística e especialistas em comunicação dos riscos.

A OMS também trabalhou em estreita colaboração com os ministérios da saúde para formar e preparar equipas de resposta rápida (ERR). As recentes implementações no Burquina Faso, Quénia e Níger permitiram uma contenção mais rápida dos surtos a nível distrital.

50 África do Sul, Angola, Burundi, Camarões, Comores, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gana, Maláui, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quénia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Sudão do Sul, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué

51 Burundi, Côte d'Ivoire, Congo, República Democrática do Congo, Etiópia, Gana, Guiné, Quénia, Libéria, Maláui, Nigéria, Ruanda, Serra Leoa, Sudão do Sul, República Unida da Tanzânia, Togo, Uganda e Zâmbia



©OMS / Guerchom Ndebo



Os kits de emergência, reagentes de laboratório, equipamento de protecção e fluidos intravenosos foram enviados pelos centros da OMS, chegando aos países afectados pela crise num prazo médio de três dias.

O sistema regional da cadeia de abastecimento da OMS desempenhou um papel fundamental no apoio a estas operações. Foram enviados *kits* de emergência, reagentes de laboratório, equipamento de protecção e fluidos intravenosos a partir dos centros da OMS em Nairobi, Dakar e Dubai, chegando aos países afectados por crises num prazo médio de três dias – uma melhoria significativa.

A saúde mental e o apoio psicossocial (SMAPS) tornaram-se parte integrante das respostas às emergências. A OMS prestou formação a trabalhadores comunitários no Burquina Faso, na República Centro-Africana e em Moçambique em primeiros socorros psicológicos e distribuiu ferramentas para gerir o stress agudo, o luto e o trauma.

Foi dada prioridade às respostas integradas. No Maláui e na Zâmbia, a OMS apoiou a aplicação de medidas de controlo da cólera, juntamente com o restabelecimento dos serviços de vacinação, saúde materna e nutrição. Em Ituri, na República Democrática do Congo, modelos semelhantes ajudaram a manter a prestação de serviços de saúde num contexto de deslocações e conflitos.

Os Centros de Operações de Emergência de Saúde Pública (COESP) permitiram a coordenação e a tomada de decisões em tempo real. A OMS apoiou a activação e o reforço dos COESP no Maláui, em Moçambique e no Ruanda. Em Moçambique, por exemplo, o COESP ficou operacional 48 horas após um alerta de cólera, reduzindo significativamente os tempos de resposta e melhorando a coordenação multisectorial.



©OMS



A resposta rápida e coordenada do Uganda permitiu-lhe pôr fim ao seu sexto surto de Ébola em tempo recorde, apenas 87 dias após o vírus do Sudão ter sido confirmado na capital, Kampala.

PAÍS EM DESTAQUE: UGANDA

O Uganda põe fim ao surto de Ébola em apenas 87 dias

A resposta rápida e coordenada do Uganda permitiu-lhe pôr fim ao seu sexto surto de Ébola em tempo recorde, apenas 87 dias após o vírus do Sudão ter sido confirmado na capital, Kampala.

O surto afectou sete distritos e três cidades, incluindo Mbale, Jinja e Fort Portal. Foi registado um total de 14 casos: 12 confirmados e dois prováveis. Houve quatro mortes e 10 recuperações. Mais de 500 contactos foram monitorizados e a vigilância activa foi intensificada poucas horas após a confirmação a 29 de Janeiro de 2025.

Os mecanismos nacionais de emergência foram imediatamente activados. Com o apoio da OMS e dos seus parceiros, o Ministério da Saúde enviou 165 membros de equipas de resposta rápida para as zonas afectadas. Foram criados centros de isolamento e de tratamento, foram intensificados a vigilância e o rastreio dos contactos e foi reforçada a despistagem da doença em 13 pontos de entrada, incluindo no aeroporto de Entebbe.

A gestão dos casos foi apoiada por equipas de emergência médica, enquanto os serviços laboratoriais foram coordenados pelos Laboratórios Centrais de Saúde Pública do Uganda e pelo Instituto de Investigação de Vírus do Uganda. Estas instituições testaram mais de 1500 amostras.

O envolvimento da comunidade foi fundamental. A OMS enviou antropólogos, especialistas em comunicação dos riscos e equipas de saúde comunitária para combater o estigma, dissipar a desinformação e promover comportamentos seguros. Estas equipas chegaram a milhares de pessoas com informações fiáveis e em tempo real.

Apesar da ausência de uma vacina autorizada para a estirpe do Sudão, o Uganda lançou um ensaio clínico quatro dias após a declaração do surto. A utilização de emergência do remdesivir foi aprovada e os doentes receberam os melhores tratamentos de apoio disponíveis.

A OMS destacou 129 membros do pessoal e mobilizou mais de 7,3 milhões de dólares para a resposta. Os consumíveis, a logística de emergência e o apoio técnico foram fornecidos rapidamente para manter a dinâmica.

A 26 de Abril de 2025, após 42 dias sem novos casos, a Ministra da Saúde, a Dr.^a Jane Ruth Aceng, declarou o fim do surto.



©OMS



O resultado foi uma resposta rápida e eficaz: apenas 84 dias após o primeiro caso, o Ruanda declarou o fim do surto.

PAÍS EM DESTAQUE: RUANDA

AVoHC-SURGE: Conhecimentos regionais da linha da frente ajudam o Ruanda a travar o Marburgo

Quando o Ruanda notificou o seu primeiro caso de doença por vírus de Marburgo, em Setembro de 2024, a OMS activou imediatamente o seu programa do Corpo Africano de Voluntários de Saúde – Reforço e Utilização de Grupos de Resposta para Situações de Emergência (AVoHC-SURGE) para apoiar a resposta nacional.

Um total de 39 profissionais de saúde pública experientes da Libéria, Serra Leoa e Uganda – países com experiência em primeira mão no combate a surtos mortais de filovírus – foram rapidamente destacados para se juntarem às equipas de resposta do Ruanda no terreno. As suas contribuições foram especialmente importantes, uma vez que vários profissionais de saúde locais adoeceram ou morreram nas fases iniciais do surto.

Estes peritos do AVoHC-SURGE trouxeram uma vasta gama de competências para a resposta, incluindo PCI, gestão de casos, vigilância, logística e envolvimento da comunidade. Ao trabalhar em conjunto com o pessoal técnico da OMS e com as equipas de resposta nacionais, ajudaram a estabilizar as unidades de saúde afectadas, a apoiar enterros seguros e a melhorar a coordenação entre os pilares da resposta.

A sua presença colmatou lacunas urgentes a nível de recursos humanos e assegurou que as intervenções vitais pudessem continuar sem interrupções. Para além dos seus conhecimentos técnicos, os voluntários também fomentaram a solidariedade regional e a confiança entre pares, facilitando uma colaboração mais eficaz com as equipas locais em situações de grande pressão.

O resultado foi uma resposta rápida e eficaz: apenas 84 dias após o primeiro caso, o Ruanda declarou o fim do surto. No total, foram confirmados apenas quatro casos e a propagação foi travada antes que o vírus se pudesse instalar.

O número de países que utilizam a plataforma da VRID da Região para a partilha de dados aumentou para 37⁵², melhorando a colaboração regional e reforçando a pontualidade e a qualidade da partilha de informações de saúde pública. A OMS também ajudou a reforçar as ligações entre laboratórios, melhorando os sistemas de transporte de amostras e de cadeia de frio.

1

2

A coordenação transfronteiriça foi essencial. A OMS facilitou o planeamento conjunto entre os países que rodeiam o Lago Tanganica e o Sahel, ao mesmo tempo que foi reforçada a coordenação bilateral entre o Burundi, a República Democrática do Congo, o Ruanda e a República Unida da Tanzânia para coordenar a vigilância do Ébola, do Marburgo e da cólera.

3

4

Embora 2024–2025 tenha sido um período de progressos críticos na preparação e resposta a emergências de saúde, continuam a existir grandes desafios. A insegurança, os entraves logísticos e o subfinanciamento das operações de resposta continuam a limitar o alcance e o impacto em alguns dos contextos mais vulneráveis.

5

6

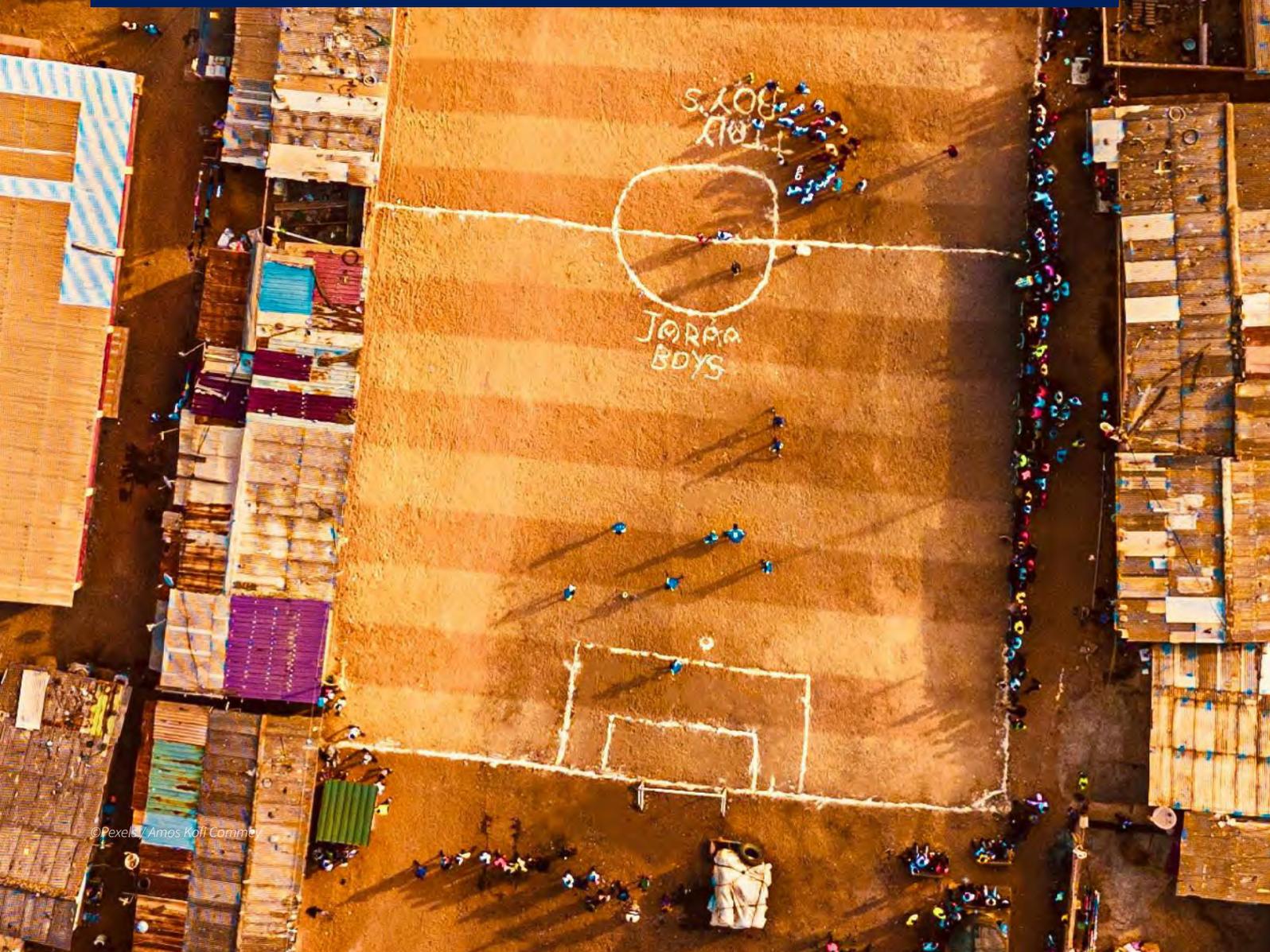
52 África do Sul, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camarões, Comores, Côte d'Ivoire, Essuatíni, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Maláui, Mali, Mauritânia, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quénia, República Centro-Africana,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



4

Prioridade estratégica 3:

Melhorar a saúde das populações – promover o bem-estar ao longo da vida



Principais conquistas:



Mais de 200 000 agentes comunitários de saúde

receberam apoio em 18 países, alargando o seu papel nos cuidados maternos, na prevenção de doenças não transmissíveis e na promoção da saúde ajustada às alterações climáticas



18 países

actualizaram as estratégias nacionais de saúde do adolescente com o contributo dos jovens, expandindo os serviços de saúde mental, o acesso digital e os serviços baseados nas escolas



29 Ministros da Saúde

comprometeram-se oficialmente a criar sistemas de saúde resistentes às alterações climáticas



A OMS reforçou as capacidades de **50 peritos em alterações climáticas**

e saúde na Região



29 países

implementaram pelo menos quatro medidas MPOWER e

50 000 fumadores

acederam a serviços de cessação tabágica



26 países

actualizaram as suas estratégias nacionais de nutrição e

15 países

melhoraram os seus sistemas nacionais de controlo e vigilância alimentar



A OMS apoiou

16 países

no reforço da coordenação nacional e prestou formação a mais de

3000 profissionais de saúde e de emergência

em traumatologia e cuidados pós-acidente

À medida que a Região Africana continua a progredir no sentido da cobertura universal de saúde e da segurança sanitária, os Estados-Membros estão a concentrar-se cada vez mais também na melhoria das condições sociais, ambientais e comportamentais gerais que influenciam a saúde das pessoas.

A agenda para melhorar a saúde das populações promove o bem-estar ao longo da vida, desde a infância até à velhice, através da prevenção, da mudança de comportamentos e de ambientes mais saudáveis.

De 2024 a 30 de Junho de 2025, a OMS apoiou os Estados-Membros em cinco áreas prioritárias: envolvimento das comunidades, clima e saúde, luta antitabágica, segurança rodoviária e nutrição e segurança alimentar.

4.1 Envolvimento das comunidades

As comunidades são fundamentais para se obter resultados duradouros no domínio da saúde. Durante o período em apreço, a OMS apoiou a implementação da Estratégia Regional para o Envolvimento Comunitário na Região Africana da OMS.

Em meados de 2025, 20 países⁵³ tinham começado a implementar a estratégia, integrando conhecimentos comportamentais, comunicação dos riscos e participação comunitária na prestação de serviços de saúde e na preparação para emergências.

A OMS colocou uma forte ênfase no desenvolvimento e na expansão do pessoal da saúde comunitária, em conformidade com a Declaração de Yaoundé. As estratégias nacionais foram alargadas em vários países de modo a recrutar e prestar formação a agentes comunitários de saúde (ACS), com um maior âmbito de prática.

Principais conquistas:

 Na Etiópia, na Libéria e no Maláui, os agentes comunitários de saúde receberam apoio para assumirem novas responsabilidades, nomeadamente:

- Aconselhamento em matéria de saúde materna.
- Rastreio de doenças crónicas.
- Promoção da saúde ajustada às alterações climáticas.

53 África do Sul, Burquina Faso, Camarões, Côte d'Ivoire, Chade, Etiópia, Essuatíni, Gâmbia, Gana, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Maláui, Moçambique, Quênia, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Serra Leoa e Uganda



©OMS / Genevieve Print

 O envolvimento dos jovens e dos adolescentes ganhou impulso através da colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a População, o Fundo das Nações Unidas para a Infância e o Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA. Isto contribuiu para a revisão das estratégias de saúde do adolescente no Quênia, Madagáscar e Serra Leoa.

 A OMS promoveu tabelas de pontuação da saúde comunitária para incentivar a responsabilização local. Estas ferramentas foram utilizadas para:

- melhorar o alcance das actividades de vacinação
- reduzir as rupturas de stock de medicamentos
- apoiar cuidados de maternidade respeitadores.



Em regiões frágeis e afectadas por conflitos, a OMS ajudou a criar comités de saúde comunitários para manter os serviços e criar confiança.

Em regiões fragilidades e afectadas por conflitos, como o leste da República Democrática do Congo e Cabo Delgado, em Moçambique, a OMS ajudou a criar comités de saúde comunitária para manter os serviços e reforçar a confiança. Estes comités coordenaram acções móveis de sensibilização e envolvimento das populações deslocadas.

A campanha de vacinação “Big Catch-Up” demonstrou a eficácia da promoção da saúde orientada pela comunidade. Através de parcerias com organizações religiosas, líderes tradicionais e grupos de base, os Estados-Membros aumentaram a taxa de vacinação e chegam a crianças que não tinham recebido qualquer vacina.

4.2 Alterações climáticas e saúde

As alterações climáticas já estão a modificar os resultados em matéria de saúde em África. O aumento das temperaturas, os fenómenos meteorológicos extremos e a alteração dos ecossistemas estão a alimentar os surtos de doenças, a deslocar comunidades e a exercer pressão sobre os sistemas de saúde.

Principais medidas e resultados:



29 países⁵⁴ receberam apoio técnico para elaborar ou implementar Planos Nacionais de Adaptação da Saúde (PNAS), na sequência do seu compromisso com a Iniciativa Clima e Saúde lançada na COP26;



Workshops regionais de formação reforçaram a capacidade dos ministérios e de 50 peritos técnicos para utilizarem dados climáticos no planeamento da saúde pública.



Os países desenvolveram sistemas de alerta precoce que ligam as previsões meteorológicas às respostas de saúde pública.

Países como a Etiópia, o Maláui e o Zimbabué desenvolveram sistemas de alerta precoce que ligam as previsões meteorológicas às respostas de saúde pública. Estes sistemas têm como objectivo ajudar a prever surtos de cólera, paludismo e doenças relacionadas com o calor.

No Botswana, na Libéria, na Mauritânia, em Moçambique e no Ruanda, a OMS apoiou avaliações da vulnerabilidade dos sistemas de saúde face às alterações climáticas e ajudou a definir as prioridades dos investimentos para reforçar a resiliência. Na Guiné, na Nigéria e no Uganda, as avaliações nacionais serviram de base à elaboração de roteiros de transição para sistemas de saúde com baixas emissões de carbono.

A OMS trabalhou em estreita colaboração com os Centros Africanos de Prevenção e Controlo de Doenças (CDC de África) e a União Africana na Estratégia Africana para o Clima e a Saúde, aprovada em 2024. Isto proporciona um quadro regional para uma acção coordenada e dá um maior destaque à saúde nas negociações sobre a política climática.

Além disso, o Quadro para a Criação de Sistemas de Saúde Sustentáveis e Resilientes às Alterações Climáticas na Região Africana da OMS (2024–2033) foi aprovado pelo septuagésimo quarto Comité Regional da OMS para a África. A finalidade é:



reforçar as capacidades nacionais para criar sistemas de saúde sustentáveis e resistentes;



promover a integração através de ferramentas como as avaliações da vulnerabilidade e adaptação, os planos de acção nacionais (PAN) e os planos nacionais de adaptação da saúde (PNAS); e



mobilizar a liderança, a governação e os recursos para a implementação.

A OMS também apoiou os Estados-Membros na preparação de propostas de financiamento. Em 2024:



A Maurícia conseguiu obter financiamento através do Fundo Verde para o Clima;



Foram apresentadas ao Fundo de Adaptação quatro propostas adicionais que abrangem até 10 Estados-Membros.

54 Botsuana, Burquina Faso, Cabo Verde, Congo, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gabão, Gana, Guiné, Libéria, Madagáscar, Maláui, Mauritânia, Moçambique, Níger, Nigéria, Quénia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Seicheles, Senegal, Serra Leoa, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué



©iStock / Cohncentric



A necessidade de um sistema de saúde capaz de dar resposta à variabilidade climática nunca foi tão premente.

PAÍS EM DESTAQUE: MAURÍCIA

A Maurícia enfrenta riscos para a saúde decorrentes das alterações climáticas

Sendo um dos países do mundo mais expostos a catástrofes, a Maurícia enfrenta um número crescente de ameaças para a saúde decorrentes das alterações climáticas, incluindo um número crescente de doenças sensíveis ao clima e o agravamento dos problemas crónicos de saúde. Com mais de 9000 casos de dengue registados em 2024 – o primeiro surto deste tipo alguma vez registado no país – e o reaparecimento da chikungunya em 2025 após quase duas décadas, a necessidade de um sistema de saúde capaz de dar resposta à variabilidade climática nunca foi tão premente.

No entanto, até há pouco tempo, o sector da saúde não dispunha de uma base sólida de dados factuais para orientar os esforços de adaptação às alterações climáticas e de alerta rápido. Reconhecendo este facto, a OMS apoiou a Maurícia na realização da sua primeira avaliação exaustiva da vulnerabilidade e adaptação do sistema de saúde face às alterações climáticas, com base na metodologia do Quinto e Sexto Relatórios do Painel Intergovernamental sobre as Alterações Climáticas e nos seis elementos constitutivos do sistema de saúde da OMS.

A avaliação analisou quatro categorias de ameaças à saúde sensíveis ao clima: doenças transmitidas por vectores (como a dengue, a chikungunya e a filaríose linfática), doenças transmitidas pela água, doenças respiratórias e riscos relacionados com a nutrição. Avaliou igualmente a

sensibilidade, a exposição, a capacidade de adaptação e os riscos do sistema de saúde nas cinco regiões de saúde da Maurícia. Este trabalho produziu um mapa dos riscos das alterações climática para a saúde que proporciona uma orientação clara sobre as medidas prioritárias.

A avaliação também lançou as bases para um sistema de alerta precoce e resposta (EWARS) adaptado às doenças sensíveis ao clima. O EWARS foi concebido para prever surtos de doenças com base em factores meteorológicos, permitindo um controlo atempado dos vectores e medidas preventivas. Estão a ser elaborados roteiros e está previsto um projecto-piloto para Abril de 2026.

Além disso, o projecto catalisou a elaboração de um plano nacional de adaptação da saúde, a fim de garantir que esta seja plenamente integrada nas estratégias climáticas nacionais gerais. Os esforços de reforço das capacidades também melhoraram as competências dos responsáveis pelo planeamento da saúde e dos decisores políticos para analisarem os riscos climáticos ao planearem programas.

Estes esforços representam uma mudança significativa na forma como a Maurícia aborda a intersecção entre a saúde e o clima. Com o apoio da OMS, o país está a desenvolver as ferramentas, as estratégias e os quadros institucionais necessários para proteger a sua população dos efeitos das alterações climáticas na saúde, tanto agora como no futuro.

4.3 Luta antitabágica

O tabagismo continua a ser uma das principais causas evitáveis de morte na Região Africana, com uma comercialização crescente do tabaco dirigida aos jovens e a novos consumidores. A OMS apoiou 34 países⁵⁵ na implementação da Convenção-Quadro da OMS para a Luta Antitabágica e as suas estratégias MPOWER⁵⁶.

Principais marcos:

-  29 países⁵⁷ implementaram pelo menos quatro das seis medidas MPOWER a nível nacional;
-  22 países⁵⁸ estão no bom caminho para reduzir o tabagismo em 30% até 2025 (em comparação com os níveis de 2010).

A OMS trabalhou com vários países para reforçar a sua legislação e serviços:

-  Angola, Comores e Côte d'Ivoire adoptaram novas leis sobre ambientes sem fumo, proibições à publicidade e advertências gráficas dos riscos para a saúde;
-  O Gana e o Senegal introduziram ferramentas digitais de cessação tabágica e linhas telefónicas nacionais para ajudar a deixar de fumar, permitindo que mais de 50 000 fumadores tivessem acesso a aconselhamento e tratamento gratuitos.

A fiscalidade continuou a ser uma alavanca política fundamental. Em 2024, 12 países⁵⁹ aumentaram os impostos especiais de consumo sobre o tabaco, com o apoio da OMS.

Espera-se que estes esforços:

-  reduzam o tabagismo; e
-  aumentem as receitas internas para os sistemas de saúde.

Para fazer face às ameaças emergentes colocadas pelos cigarros electrónicos e pelos produtos aquecidos do tabaco, 17 países⁶⁰ receberam orientações sobre a regulamentação. Mais de 375 agentes da autoridade de várias agências receberam formação para reforçar o cumprimento da lei a nível nacional e subnacional.

A OMS também promoveu meios de subsistência alternativos para os produtores de tabaco. No Quénia e na Zâmbia, mais de 13 000 pessoas foram apoiadas na transição para culturas mais saudáveis e economicamente viáveis, melhorando o rendimento, a nutrição e a sustentabilidade ambiental.



No Quénia e na Zâmbia, mais de 13 000 pessoas foram apoiadas na transição para culturas mais saudáveis e economicamente viáveis.

55 África do Sul, Argélia, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camarões, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Essuatíni, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Libéria, Madagáscar, Mali, Maurícia, Mauritânia, Namíbia, Níger, Nigéria, Quénia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Seicheles, Senegal, Serra Leoa, Togo, Uganda e Zâmbia

56 MPOWER (Monitorizar o tabagismo e as políticas de prevenção, Proteger as pessoas do fumo do tabaco, Oferecer ajuda para deixar de fumar, Alertar para os perigos do tabagismo, Aplicar proibições à publicidade, promoção e patrocínio do tabaco e Aumentar os impostos sobre o tabaco)

57 Argélia, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Cabo Verde, Camarões, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Libéria, Madagáscar, Maurícia, Mauritânia, Namíbia, Níger, Nigéria, Quénia, República Democrática do Congo, Ruanda, Senegal, Seicheles, Serra Leoa, Togo, Uganda e Zâmbia

58 Benim, Burquina Faso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, Comores, Côte d'Ivoire, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Libéria, Mali, Maláui, Mauritânia, Nigéria, Quénia, República Unida da Tanzânia, Senegal, Serra Leoa, Togo, Uganda e Zimbabué

59 África do Sul, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Maurícia, Quénia, Senegal, Serra Leoa, Uganda e Zâmbia

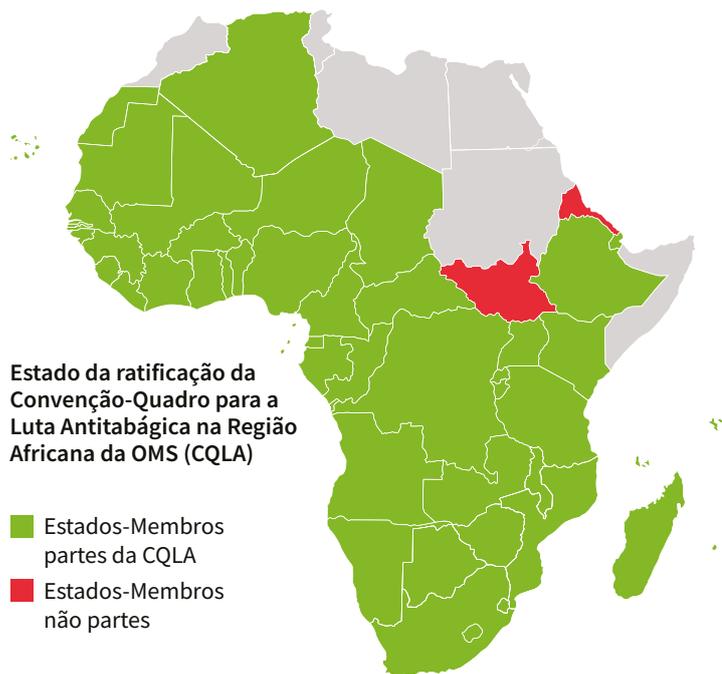
60 Argélia, Benim, Botsuana, Burundi, Cabo Verde, Camarões, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Maurícia, Mauritânia, Nigéria, República Democrática do Congo, Senegal, Serra Leoa e Uganda

A luta antitabágica foi integrada na promoção da saúde em geral:

 Os programas de bem-estar no local de trabalho, de saúde escolar e de literacia mediática foram reforçados em países como a Etiópia e o Essuatíni;

 Nos Camarões, em Moçambique e na República Unida da Tanzânia, a OMS ajudou a reforçar a sua aplicação através de grupos de trabalho multisectoriais e de ferramentas móveis de notificação.

Fig. 1. Situação da ratificação da Convenção-Quadro da OMS para a Luta Antitabágica na Região Africana da OMS, 2025



©OMS / Ricci Shryock

4.4 Segurança rodoviária

Os traumatismos causados por acidentes rodoviários estão entre as cinco principais causas de morte na Região, afectando particularmente os jovens, os peões e os ciclistas. A OMS apoiou estratégias baseadas em dados factuais e alinhadas com a Década de Acção para a Segurança Rodoviária 2021–2030.

Os principais resultados são:

-  quinze países⁶¹ reviram as suas políticas de luta contra o alcoolismo, incluindo a prevenção da condução sob o efeito do álcool; e
-  o Burquina Faso e o Gana actualizaram as suas políticas de segurança rodoviária utilizando o conjunto de ferramentas técnicas da OMS para a segurança rodoviária Save LIVES.

As melhorias nos dados e no tratamento dos traumatismos incluíram:

-  a criação de registos de traumatismos e sistemas de vigilância de acidentes no Uganda, no Benim e na Serra Leoa para servir de referência ao controlo da velocidade e à resposta a emergências; e
-  a formação de mais de 3000 socorristas e profissionais de saúde na Etiópia, Namíbia e Nigéria em triagem, encaminhamento e primeiros socorros psicológicos.

Vários países incorporaram módulos de segurança rodoviária na preparação para emergências no âmbito dos cuidados de saúde primários.

A OMS também apoiou:

-  a melhoria das infra-estruturas de segurança em Moçambique e no Togo, incluindo lombas, zonas escolares e passagens para peões; e
-  campanhas de sensibilização do público para o uso do cinto de segurança e do capacete, e uma condução responsável.

4.5 Nutrição e segurança sanitária dos alimentos

A malnutrição, em todas as suas formas, continua a afectar a população da Região. A OMS apoiou os Estados-Membros no combate à subnutrição, à obesidade e aos riscos para a segurança sanitária dos alimentos através de medidas multisectoriais.

Destaques específicos da nutrição:

-  26 países⁶² actualizaram ou implementaram estratégias nacionais de nutrição centradas na nutrição materna, dos lactentes e de crianças pequenas;
-  12 países⁶³ alargaram os serviços de gestão da malnutrição aguda ao nível dos cuidados primários
 - As taxas de recuperação atingiram 85% na Etiópia e 92% no Sudão do Sul.

61 Angola, Burquina Faso, Congo, Etiópia, Gabão, Gana, Guiné Equatorial, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Quénia, Ruanda, Seicheles e Uganda

62 África do Sul, Benim, Burquina Faso, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gana, Guiné, Madagascar, Maláui, Mali, Mauritânia, Níger, Nigéria, Quénia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Senegal, Serra Leoa, Sudão do Sul, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué

63 Burquina Faso, Chade, Etiópia, Lesoto, Madagascar, Maláui, Níger, Nigéria, Quénia, República Democrática do Congo, Serra Leoa e Sudão do Sul



©OMS

Para combater a obesidade e a má alimentação:



18 países⁶⁴ desenvolveram políticas alimentares que incluíam:

- rotulagem na frente da embalagem;
- regulamentação da comercialização de alimentos pouco saudáveis;
- nutrição nos programas de saúde escolar.

Fig. 2. Número de países da Região Africana da OMS que implementam as políticas recomendadas para promover uma alimentação saudável



Fonte: Base de dados mundial sobre a implementação da acção para a alimentação e a nutrição (GIFNA), OMS.

64 África do Sul, Botsuana, Camarões, Comores, Essuatíni, Gana, Lesoto, Maurícia, Namíbia, Nigéria, Quênia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Seicheles, Uganda, Zâmbia e Zimbabué



©OMS / Billy Miaron



Os progressos do Burquina Faso demonstram como o apoio técnico específico e a colaboração multisectorial podem ajudar a manter os serviços essenciais em contextos de crise humanitária.

PAÍS EM DESTAQUE: BURQUINA FASO

Melhorar o acesso à nutrição nas zonas afectadas por crises

A escalada da violência e da insegurança no Burquina Faso limitou gravemente o acesso da ajuda humanitária e perturbou os serviços de saúde essenciais, em especial nas regiões que acolhem um grande número de deslocados internos. Neste contexto frágil, a resolução das lacunas de nutrição tornou-se uma prioridade, a fim de evitar uma maior deterioração dos resultados em matéria de saúde, nomeadamente entre as crianças e as mulheres.

A OMS apoiou o Ministério da Saúde no reforço da governação e da prestação de serviços no domínio da nutrição, tanto a nível nacional como comunitário. Uma das principais conquistas foi a revisão do protocolo nacional para a gestão de casos de malnutrição aguda grave, assegurando o seu alinhamento com as normas mundiais e a sua adaptação à evolução das situações de crise no país.

Para apoiar um planeamento informado, a OMS ajudou a realizar uma análise exaustiva dos dados e necessidades nutricionais em três das regiões mais afectadas. Estas constatações contribuirão directamente para a elaboração da nova Estratégia Nacional de Nutrição 2025–2029 do Burquina Faso. Entretanto, mais de 350 decisores nacionais e regionais receberam formação sobre a integração da nutrição na resposta a crises e no planeamento da saúde a longo prazo.

A OMS também apoiou a expansão dos serviços comunitários de nutrição a 120 locais em zonas mal servidas. Estes serviços fornecem agora rastreio, cuidados terapêuticos e educação sobre alimentação de lactentes e crianças pequenas, ao mesmo tempo que fazem face à malnutrição e à insegurança alimentar entre as populações deslocadas.

Mais de 250 unidades de saúde oferecem agora serviços integrados de nutrição e violência de género, prestando cuidados psicossociais e médicos a mais de 50 000 sobreviventes e a milhares de outras pessoas vulneráveis. A resposta nutricional reforçada complementa as intervenções de saúde mais alargadas, incluindo a vacinação e a prevenção do paludismo.

Os progressos do Burquina Faso demonstram como o apoio técnico específico e a colaboração multisectorial podem ajudar a manter os serviços essenciais em contextos de crise humanitária.



Os avanços em segurança alimentar abrangeram o fortalecimento dos sistemas de controlo alimentar, a capacitação dos inspectores e o aperfeiçoamento das capacidades de testagem laboratorial.

No Botsuana e na Maurícia, a OMS apoiou o desenvolvimento de normas para as refeições escolares e promoveu ambientes alimentares saudáveis. O Essuatíni e a Maurícia desenvolveram roteiros integrados para a prevenção da obesidade através de consultas multissetoriais.

Os progressos em matéria de segurança sanitária dos alimentos incluíram:

- Reforço dos sistemas de controlo alimentar em 15 países;⁶⁵
- Formação de inspectores alimentares e melhoria da capacidade de testagem em laboratório;
- Melhoria dos sistemas de vigilância, em parceria com os CDC de África.

Integração dos sistemas de dados e das políticas:

- A OMS ajudou a melhorar os sistemas nacionais de informação sobre nutrição em quatro países;⁶⁶
- Os indicadores de nutrição foram incorporados nos sistemas nacionais de informação sanitária e as plataformas digitais, como o DHIS2, foram actualizadas;
- Foram desenvolvidos painéis de controlo e quadros de monitorização.

A OMS também apoiou:

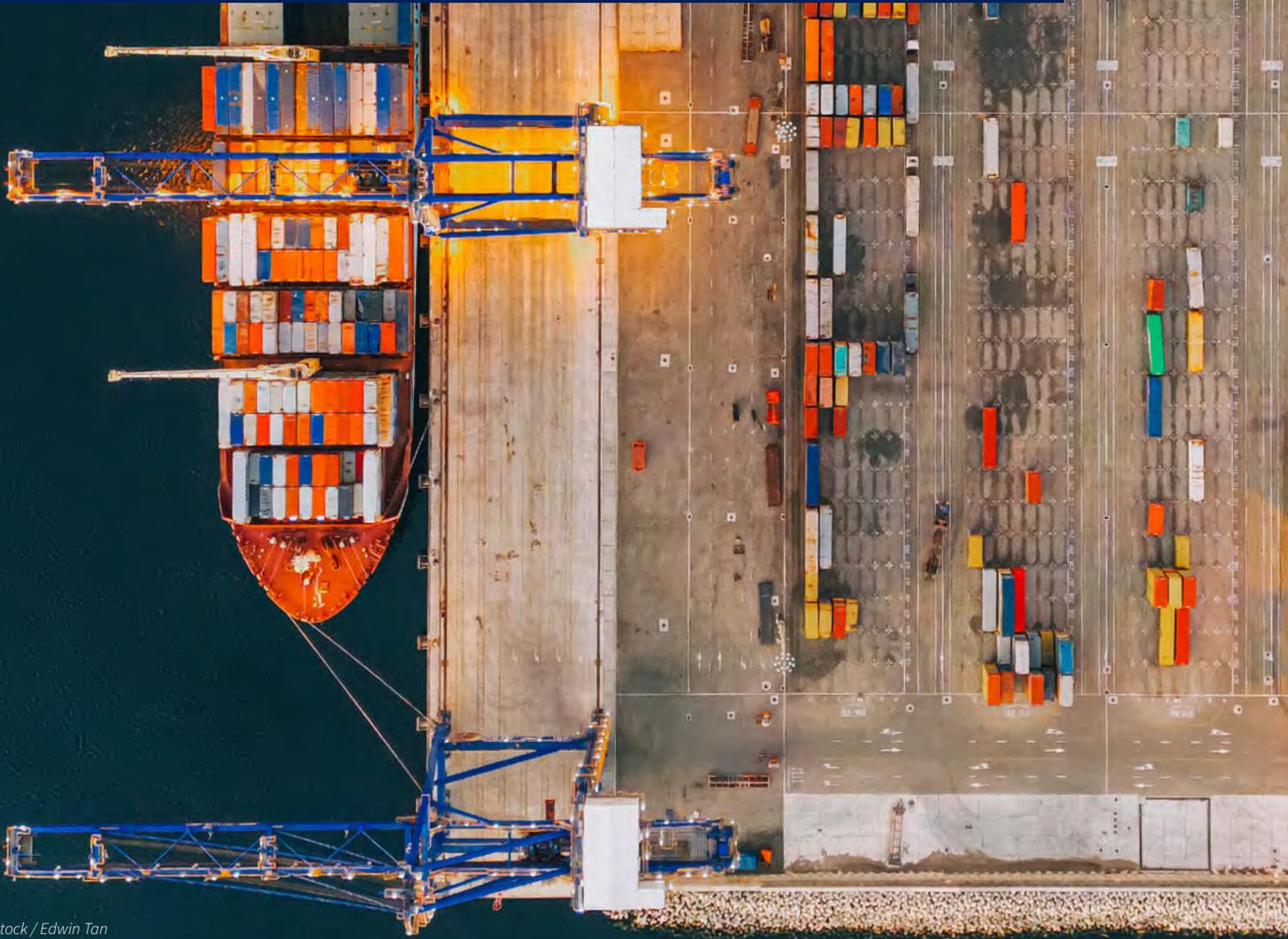
- o desenvolvimento de perfis nacionais para acompanhar a consecução dos objectivos para 2025 e planear os objectivos mundiais de nutrição para 2030; e
- o diálogo político sobre questões como a tributação das bebidas açucaradas, a protecção do aleitamento materno e a expansão da alimentação escolar.

65 Angola, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Cabo Verde, Chade, Congo, Gabão, Guiné-Bissau, Libéria, Maláui, Mauritânia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo e Senegal

66 Côte d'Ivoire, Etiópia, Uganda e Zâmbia

5

Acção integrada para uma melhor saúde – liderança africana, inovação e resiliência dos sistemas



Principais conquistas:



21 Estados-Membros africanos

comprometem-se a contribuir com mais de 21 milhões de dólares americanos para a Ronda de Investimento da OMS



Mais de 20 países

avançaram com estratégias de saúde digital, com o apoio da OMS



113 milhões de dólares

mobilizados através do Plano de Mobilização de Recursos para a Resposta a Crises do Escritório Regional da OMS para a África



Os 47 países

concluíram os perfis de desempenho do PGT13



Os 47 países

adoptaram planos de acção nacionais contra a RAM



27 países

enviaram dados sobre a RAM para o sistema de vigilância mundial da OMS



Novas parcerias

estabelecidas com a UNITAID, o Fundo de Investimento para a Infância e a Fundação Theophilus Yakubu Danjuma

A transformação da saúde na Região Africana exige um investimento corajoso e liderado por africanos nos factores estruturais do progresso, incluindo a liderança, a governação, o financiamento, a inovação, os dados, os quadros jurídicos e as parcerias. Estes domínios transversais são fundamentais para os resultados em matéria de saúde. Determinam a rapidez com que as inovações são adoptadas, a forma como os dados são utilizados e a eficácia com que os sistemas respondem às crises e necessidades em constante mutação.

Em 2024–2025, os Estados-Membros reafirmaram o seu empenho em moldar o futuro da saúde na Região, através de investimentos financeiros significativos, de uma governação reforçada e de uma acção decisiva nas áreas-chave. Estas incluíram a resistência aos antimicrobianos (RAM), a investigação no domínio da saúde, a transformação digital e a utilização de dados. O trabalho da OMS no âmbito destes factores facilitadores tem reforçado a agilidade, a responsabilização e a sustentabilidade dos sistemas nacionais de saúde a longo prazo.

5.1 Investimento liderado por África



“Não estamos apenas a participar na transformação da saúde mundial – estamos a liderá-la.”

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

Está em curso uma mudança transformadora na liderança e na apropriação da saúde em toda a Região. Desde o lançamento da Ronda de Investimento da OMS em Maio de 2024, 21 Estados-Membros africanos prometeram mais de 21 milhões de dólares para prioridades regionais comuns.

Na septuagésima quarta reunião do Comité Regional da OMS para a África, em Agosto de 2024, foram disponibilizados mais 45 milhões de dólares e mais 210 milhões de dólares na septuagésima oitava Assembleia Mundial da Saúde, em Maio de 2025.

Destaques:



Pela primeira vez, Angola e o Gabão assumiram novos compromissos e a República Unida da Tanzânia duplicou a sua contribuição anterior;



Os compromissos reflectem uma forte confiança na liderança da OMS e o valor de um financiamento flexível e previsível;



Os países deram prioridade aos investimentos na cobertura universal de saúde, na resiliência dos sistemas de saúde e na preparação para pandemias, numa demonstração de solidariedade regional.

Os seguintes Estados-Membros da Região Africana da OMS assumiram compromissos:

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



África desempenhou um papel de liderança na elaboração do Acordo sobre Pandemias, que foi adoptado na septuagésima oitava Assembleia Mundial da Saúde (AMS78).

O Escritório Regional da OMS para a África também lançou um Plano de Mobilização de Recursos para a Resposta a Crises (Março de 2025) para fazer face às carências de financiamento, com os seguintes resultados:

-  foram mobilizados 113 milhões de dólares americanos até Junho de 2025;
-  foram recuperados 23 milhões de dólares através de uma reprogramação interna; e
-  novas parcerias estabelecidas com a CIFF, UNITAID, TY Danjuma, Fundação da OMS e Fundação Susan Thompson Buffett.

O envolvimento estratégico do sector privado foi aprofundado na Côte d'Ivoire, na Etiópia e no Gana através de diálogos políticos de alto nível e de missões técnicas. Os avanços na governação incluíram a revisão do Regulamento Interno do Comité Regional e a introdução de fóruns virtuais ao vivo para a nomeação de candidatos ao cargo de Director Regional. A África também desempenhou um papel de liderança na elaboração do Acordo sobre Pandemias, que foi adoptado na septuagésima oitava Assembleia Mundial da Saúde.



©OMS



©OMS



O resultado é a primeira Estratégia Nacional de Financiamento da Saúde de São Tomé e Príncipe (2025–2032), um quadro de referência que foi validado a nível nacional e está a avançar para a aprovação jurídica.

PAÍS EM DESTAQUE: SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

Financiar a saúde para o futuro

Até recentemente, São Tomé e Príncipe enfrentava um grande obstáculo no caminho para alcançar a cobertura universal de saúde: a ausência de um sistema de financiamento da saúde coerente e sustentável. O financiamento da saúde encontrava-se fragmentado e dependia fortemente de fontes externas. Faltava também um quadro unificado e baseado em dados factuais para orientar os investimentos.

Os esforços para reforçar a mobilização de recursos internos eram limitados e o país não dispunha de mecanismos formais para alinhar as decisões de financiamento com as prioridades de desenvolvimento nacional ou as realidades orçamentais.

Reconhecendo a necessidade de reforma, São Tomé e Príncipe, com o apoio da OMS e da Parceria da CUS, embarcou numa viagem inovadora para reformular o seu panorama de financiamento da saúde. A OMS liderou a primeira avaliação da Matriz dos Progressos no Financiamento da Saúde do país, fornecendo conhecimentos técnicos para analisar as contas nacionais da saúde, os padrões das despesas catastróficas e as ineficiências na afectação de recursos.

Com base nestes conhecimentos, a OMS orientou a criação de um grupo de trabalho nacional para o financiamento da saúde e facilitou debates estratégicos entre os Ministérios da Saúde e das Finanças. Estas consultas ajudaram a definir uma estratégia de financiamento que reflecte as condições orçamentais do país, as prioridades de saúde pública e o compromisso com a Agenda de Lusaca.

O resultado é a primeira Estratégia Nacional de Financiamento da Saúde de São Tomé e Príncipe (2025–2032), um quadro de referência que foi validado a nível nacional e está a avançar para a aprovação jurídica. A estratégia estabelece um plano para aumentar o investimento interno na saúde, em especial nos cuidados de saúde primários, protegendo simultaneamente os agregados familiares de despesas directas catastróficas.

O processo também reforçou a governação. Pela primeira vez, foi formalizada uma colaboração regular entre as autoridades de saúde e financeiras e está a ser desenvolvido um quadro de responsabilização partilhada. O apoio da OMS estendeu-se ao lançamento público da estratégia, impulsionando assim a apropriação nacional e o compromisso a nível estatal com uma CUS sustentável.

De futuro, São Tomé e Príncipe concentrar-se-á na implementação da estratégia, continuando a OMS a prestar apoio técnico. As principais prioridades incluem a integração do financiamento da saúde nos ciclos orçamentais, o aumento da mobilização de recursos internos e a manutenção do envolvimento intersectorial para garantir a coerência e a responsabilização a longo prazo.

5.2 Resistência aos antimicrobianos

A resistência aos antimicrobianos ameaça décadas de progressos contra as doenças infecciosas e compromete a segurança sanitária. A OMS intensificou o seu apoio nos domínios da governação, da vigilância, da gestão e da sensibilização do público.

Principais conquistas:

-  Os 47 Estados-Membros elaboraram e adoptaram planos de acção nacionais contra a RAM (PAN);
-  27 países⁶⁷ apresentaram dados à plataforma do Sistema Mundial de Vigilância da Resistência e do Uso de Antimicrobianos (GLASS) da OMS, o que representa um aumento de 35%;
-  Os programas de formação e orientação da OMS alargaram a vigilância laboratorial nos Camarões, no Gana, no Maláui e no Uganda;
-  27 países⁶⁸ reforçaram os laboratórios com garantia de qualidade externa, em parceria com o Instituto Nacional de Doenças Transmissíveis da África do Sul.



A OMS ajudou a institucionalizar as auditorias à prescrição e a promover ferramentas digitais para monitorizar o uso de antibióticos.

As plataformas da iniciativa Uma Só Saúde foram operacionalizadas na Etiópia, na Nigéria e na República Unida da Tanzânia, articulando as medidas de luta contra a RAM nos sectores da saúde humana, animal e ambiental.

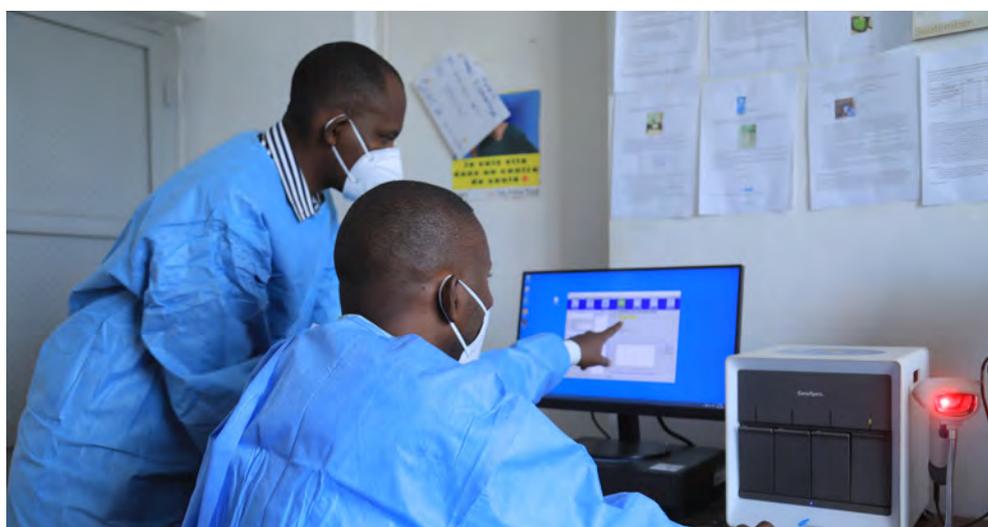
A mudança de comportamento foi um ponto central:

-  Mais de 40 países organizaram eventos para assinalar a Semana de Sensibilização para a RAM 2024;
-  Foram designados paladinos da RAM nos países francófonos para promover a sua gestão.

As iniciativas de gestão de antimicrobianos avançaram em hospitais da Côte d'Ivoire, do Senegal e da Zâmbia. A OMS ajudou a institucionalizar as auditorias de prescrição e a promover ferramentas digitais para monitorizar a utilização de antibióticos.

67 África do Sul, Argélia, Benim, Burquina Faso, Burundi, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, Essuatíni, Etiópia, Gana, Guiné, Libéria, Madagáscar, Maláui, Mali, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quénia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Togo, Uganda e Zâmbia

68 Argélia, Angola, Burquina Faso, Camarões, Cabo Verde, Chade, Côte d'Ivoire, Eritreia, Essuatíni, Etiópia, Gana, Guiné-Bissau, Libéria, Maláui, Mali, Mauritânia, Maurícia, Moçambique, Quénia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Seicheles, Senegal, Togo, Uganda e Zimbabué



©OMS / Daniel Paluku Kahandukya

5.3 Investigação em saúde

Os sistemas baseados em dados factuais assentam em ecossistemas de investigação robustos e de propriedade local. A OMS apoiou os países no reforço da governação, da ética e do acesso ao conhecimento mundial.

Os principais resultados:

-  concluiu-se um inquérito junto dos comités nacionais de ética em investigação nos 47 Estados-Membros;
-  foram feitas análises jurídicas dos quadros de ética iniciadas em Moçambique e no Ruanda;
-  mais de 30 países alargaram o acesso a bases de dados mundiais (como Hinari e Research4Life); e
-  o Gana e o Maláui lançaram repositórios nacionais de investigação.

A OMS também ajudou a operacionalizar os quadros de gestão dos riscos biológicos no Quénia e no Uganda, alinhando-os com as normas mundiais para uma investigação responsável no domínio das ciências da vida.

A colaboração continental avançou através da Plataforma do Observatório Africano da Saúde, que finalizou um Perfil do Sistema de Saúde do País na Nigéria, com mais quatro em curso na Etiópia, no Quénia, no Ruanda e no Senegal.

5.4 Saúde digital e inovação



“África não está apenas a participar na revolução tecnológica – está a moldá-la.”

Ngozi Okonjo-Iweala,
Directora-Geral da
Organização Mundial
do Comércio

A transformação digital está a permitir melhores diagnósticos, fluxo de dados e prestação de serviços. A OMS prestou apoio a 12 países⁶⁹ na implementação de estratégias de ciber saúde e de iniciativas de telemedicina.

Os seus feitos mais notáveis incluem:

-  o Gana, o Quénia, o Maláui e o Ruanda expandiram as plataformas de ciber saúde por forma a apoiar os registos médicos electrónicos, o encaminhamento de doentes, a monitorização da cadeia de abastecimento e as análises posteriores à acção da resposta à pandemia de COVID-19;
-  a Libéria e a Serra Leoa testaram sistemas de teleconsulta em distritos rurais;
-  o Senegal e a Zâmbia efectuaram avaliações dos riscos da inteligência artificial;
-  o lançamento de um guia regional sobre a arquitectura e a interoperabilidade dos dados de saúde; e
-  mais de 400 profissionais de saúde receberam formação em cibersegurança, telemedicina e governação de dados.

Na República Unida da Tanzânia, os agentes comunitários de saúde receberam aplicações móveis para melhorar o acompanhamento da saúde materna, enquanto o Uganda expandiu a sua plataforma digital de vigilância comunitária.

69 Botsuana, Cabo Verde, Camarões, Etiópia, Guiné-Bissau, Lesoto, Maláui, Moçambique, Nigéria, República Unida da Tanzânia, Ruanda e Zâmbia



©OMS



A Namíbia está a tornar-se um modelo regional para o controlo sustentável da RAM e para a construção de um sistema de saúde mais forte e mais resistente que se alinha com os objectivos da cobertura universal de saúde.

PAÍS EM DESTAQUE: NAMÍBIA

Namíbia intensifica a luta contra a resistência aos antimicrobianos

Em Junho de 2024, um doente de 66 anos de idade, em Windhoek, apresentou uma pneumonia resistente a todos os antibióticos, excepto à tigeiclina. Este facto serviu como um aviso claro da ameaça crescente da RAM na Namíbia. Determinado a evitar que tais casos se tornassem a norma, o Governo da Namíbia, com o apoio da Parceria da CUS da OMS, intensificou a sua resposta multisectorial à RAM no ano seguinte.

As principais medidas tomadas durante o período em apreço incluíram o workshop de coordenação nacional realizado em Outubro de 2024, que reuniu os Ministérios da Saúde, Agricultura, Ambiente e Água, para reforçar os mecanismos de governação do país e impulsionar a implementação do Plano de Acção Nacional contra a RAM. Isto seguiu-se à apresentação dos primeiros dados de vigilância da RAM da Namíbia à plataforma GLASS da OMS em Dezembro de 2023, depois de as equipas nacionais terem recebido formação sobre a utilização do software WHONET.

A operacionalização da Estratégia Tripartida de Uma Só Saúde da Namíbia (2024–2028) também ocorreu durante este período. Esta estratégia associa o controlo da RAM à saúde ambiental e animal, a par da saúde humana, assegurando uma abordagem coordenada e intersectorial da segurança sanitária e da gestão dos medicamentos.

Estes avanços foram feitos com base em investimentos anteriores. A primeira Semana Mundial de Sensibilização para o Uso Consciente de Antimicrobianos da Namíbia, em 2021, marcou uma mudança no sentido do envolvimento do público, seguida de uma campanha nacional em 2023 sob o lema “Antimicrobianos: manusear com cuidado”. Esta iniciativa incluiu acções de sensibilização nas escolas, marchas públicas e o envolvimento dos meios de comunicação social para aumentar o conhecimento sobre esta problemática em todos os sectores.

Para reforçar as práticas clínicas, a Namíbia lançou o seu plano de acção e orientações nacionais para a prevenção e controlo das infecções (PCI) no final de 2023. A OMS apoiou a implementação através da formação em higiene, da distribuição de materiais de comunicação e da integração da PCI nos sistemas de melhoria da qualidade.

Em conjunto, estes esforços demonstram a crescente liderança da Namíbia na luta contra a RAM através de uma abordagem integrada, que engloba a governação, o envolvimento do público, a prática clínica e a vigilância. Com o apoio contínuo da OMS, a Namíbia está a tornar-se um modelo regional para o controlo sustentável da RAM e para a construção de um sistema de saúde mais forte e mais resistente que se alinha com os objectivos da cobertura universal de saúde.

As inovações de resposta a emergências incluíram:



painéis de controlo dos surtos com informação em tempo real na República Democrática do Congo e em Moçambique; e



testagem da distribuição de medicamentos com apoio de drones em Madagáscar.

Apesar destes progressos, os sistemas continuam a funcionar de forma isolada. A OMS está agora a apoiar o desenvolvimento de infra-estruturas digitais integradas de saúde pública e roteiros de investimento a longo prazo alinhados com a cobertura universal de saúde.

5.5 Análise de dados e gestão do conhecimento



A OMS centrou-se no reforço dos sistemas de dados, na análise da equidade e nas plataformas regionais de conhecimento.

Os dados são um activo estratégico para os sistemas de saúde. A OMS centrou-se no reforço dos sistemas de dados, na análise da equidade e nas plataformas regionais de conhecimento.

Entre os principais desenvolvimentos, constam:



a elaboração de perfis dos países para os 47 Estados-Membros no âmbito do décimo terceiro Programa Geral de Trabalho;



utilização pelos países dos perfis para o diálogo político e o planeamento do investimento (por exemplo, Gana, Namíbia, Togo); e



o desenvolvimento de um centro regional de dados (RDHUB) para permitir a agregação e a análise de dados em tempo real.

O reforço das capacidades de análise de dados abrangeu mais de 250 planificadores e analistas, incluindo em Estados fragilizados como a República Centro-Africana e o Chade. A normalização progrediu com a adopção generalizada de classificações internacionais e de protocolos de certificação de óbitos.

A implantação do HEAT em mais de 10 países permitiu uma análise desagregada dos indicadores de saúde por rendimento, geografia, idade, género e deficiência. Países como o Quénia e a Zâmbia utilizaram os resultados do HEAT para aperfeiçoar os planos de prestação de serviços e orientar os investimentos de forma mais equitativa.

Entretanto, o Observatório Africano da Saúde continuou a evoluir como a principal plataforma de informação sanitária da Região. Publicou sínteses regionais sobre a saúde materna, o financiamento e a força de trabalho no sector dos cuidados de saúde, tendo também alojado painéis de controlo e portais sobre as doenças tropicais negligenciadas, a resposta a emergências e as doenças sensíveis ao clima. Os Estados-Membros recorreram cada vez mais ao Observatório para a avaliação comparativa entre pares e a tradução da investigação.

A OMS também facilitou a transformação digital dos sistemas de saúde, fornecendo ferramentas de formação em linha multilingues. Isto permitiu que mais de 40 países implementassem a Família de Classificações Internacionais, normalizando assim os dados sobre mortalidade e saúde. Com apoio específico foi possível fazer progredir os protocolos de autópsia verbal e de certificado médico da causa de morte, melhorando assim a exactidão da notificação de óbitos nas comunidades e nas unidades.



©OMS

PAÍS EM DESTAQUE: GANA

Medir o que é importante

No Gana, as doenças não transmissíveis, como as doenças cardíacas, a diabetes e os acidentes vasculares cerebrais, são responsáveis por quase 45% de todas as mortes. No entanto, até há pouco tempo, o país não dispunha de um quadro completo e representativo a nível nacional dos factores de risco que determinam este fardo crescente para a saúde.

Para colmatar esta lacuna, o Gana realizou o seu primeiro inquérito STEPS da OMS a nível nacional em 2024, assinalando um marco significativo na vigilância da saúde pública. Com o apoio técnico e financeiro da OMS e o apoio do Foreign, Commonwealth & Development Office do Reino Unido, o inquérito reuniu as principais partes interessadas a nível nacional, incluindo o Ministério da Saúde, o Serviço de Saúde do Gana e os Serviços de Estatística do Gana. A OMS forneceu ferramentas normalizadas, formação e apoio logístico, incluindo 168 glucómetros, monitores de tensão arterial e comprimidos. Isto permitiu a recolha de dados em tempo real e com garantia de qualidade nas 16 regiões.

Mais de 160 agentes no terreno receberam formação sobre a metodologia STEPS, a recolha de biomarcadores e a recolha electrónica de dados. Paralelamente, os jornalistas receberam informações para assegurar uma comunicação pública exacta dos resultados.



Para colmatar esta lacuna, o Gana realizou o seu primeiro inquérito STEPS da OMS a nível nacional em 2024, assinalando um marco significativo na vigilância da saúde pública.

O inquérito recolheu respostas e dados sobre biomarcadores de 5438 adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 69 anos. Os resultados, que foram lançados num evento de alto nível que contou com a presença de mais de 400 pessoas, revelaram realidades muito duras:

- 21,7% dos adultos tinham hipertensão;
- 5,2% tinham hiperglicemia;
- 23,1% tinham colesterol elevado;
- 76% comiam menos de cinco porções de frutas e legumes por dia; e
- 9,9% eram fisicamente inactivos, com taxas mais elevadas entre as mulheres.

O inquérito também abriu novos caminhos na vigilância da saúde mental e do rastreio do cancro. Verificou-se que 8% dos ganeses sofrem de depressão e que 3,8% consideraram a hipótese de suicídio no último ano. Pela primeira vez, foram também recolhidos dados nacionais sobre a saúde oral e o rastreio do cancro do colo do útero.

Os resultados do inquérito já estão a informar o diálogo político, o planeamento regional e a investigação académica. Dez manuscritos estão actualmente a ser revistos por pares e foram elaboradas fichas informativas adaptadas à sensibilização e à educação do público.

6

Conclusão e perspectivas futuras



Apesar de estar a atravessar uma das mais graves crises de financiamento da sua história, a OMS na Região Africana continuou a produzir resultados impactantes nos 47 Estados-Membros. Entre Julho de 2024 e Junho de 2025, os Estados-Membros, com o apoio da OMS, alargaram o acesso a serviços essenciais, lançaram novas campanhas de vacinação e deram resposta a mais de 160 emergências de saúde pública.

Estas conquistas, concretizadas sob uma pressão operacional e financeira significativa, são testemunho de uma liderança nacional sólida, de parcerias resilientes e da dedicação inabalável da OMS às prioridades orientadas pelos países. Afirmam também a determinação colectiva da Região em proteger vidas e cumprir a promessa de saúde para todos.

Os progressos no sentido da cobertura universal de saúde e da segurança sanitária aceleraram em domínios fundamentais, nomeadamente a eliminação das doenças tropicais negligenciadas, a distribuição de vacinas antipalúdicas e a expansão dos cuidados de saúde comunitários. No entanto, estes ganhos continuam a ser frágeis.

A cobertura dos serviços de saúde é desigual a nível subnacional, o pessoal da saúde está sob pressão e as capacidades fundamentais da saúde pública continuam a ser cronicamente subfinanciadas. A crise mundial de financiamento exacerbou estes problemas, expondo vulnerabilidades sistémicas e obrigando a compromissos difíceis.

No entanto, os países adaptaram-se com agilidade e inovação. As ferramentas digitais melhoraram a vigilância e a resposta. As estruturas comunitárias têm desempenhado um papel fundamental para chegar às populações vulneráveis. Os quadros de género e de equidade ganharam força no planeamento das políticas nacionais. Estas mudanças assinalam uma capacidade crescente de transformação interna.



Exorta-se os doadores e parceiros internacionais a investirem em soluções lideradas por africanos, que já revelam um impacto mensurável.

Prioridades estratégicas para 2025–2026

Olhando para o futuro, a OMS vai aprofundar o seu apoio aos Estados-Membros, centrando-se num conjunto claro de prioridades estratégicas alinhadas com o Décimo Quarto Programa Geral de Trabalho, a Agenda de Lusaca e os Quadros Regionais Africanos:

-  Reforçar os cuidados de saúde primários e as funções essenciais de saúde pública para melhorar a resiliência e a equidade dos serviços;
-  Apoiar a mobilização de recursos internos e a sustentabilidade financeira através de estratégias e reformas nacionais de investimento;
-  Expandir as inovações digitais e ajustadas às alterações climáticas para acelerar o acesso e a adaptação em contextos frágeis;
-  Promover abordagens baseadas no género, na equidade e nos direitos a todos os níveis da política e da prestação de serviços;
-  Melhorar os sistemas de dados e a utilização dos conhecimentos para efeitos de responsabilização, planeamento e envolvimento das comunidades;
-  Promover parcerias multissetoriais que se alinhem com as prioridades nacionais e ampliem o impacto regional;
-  Reforçar as capacidades nacionais de preparação e resposta a situações de emergência, nomeadamente em contextos afectados por conflitos e vulneráveis às alterações climáticas.

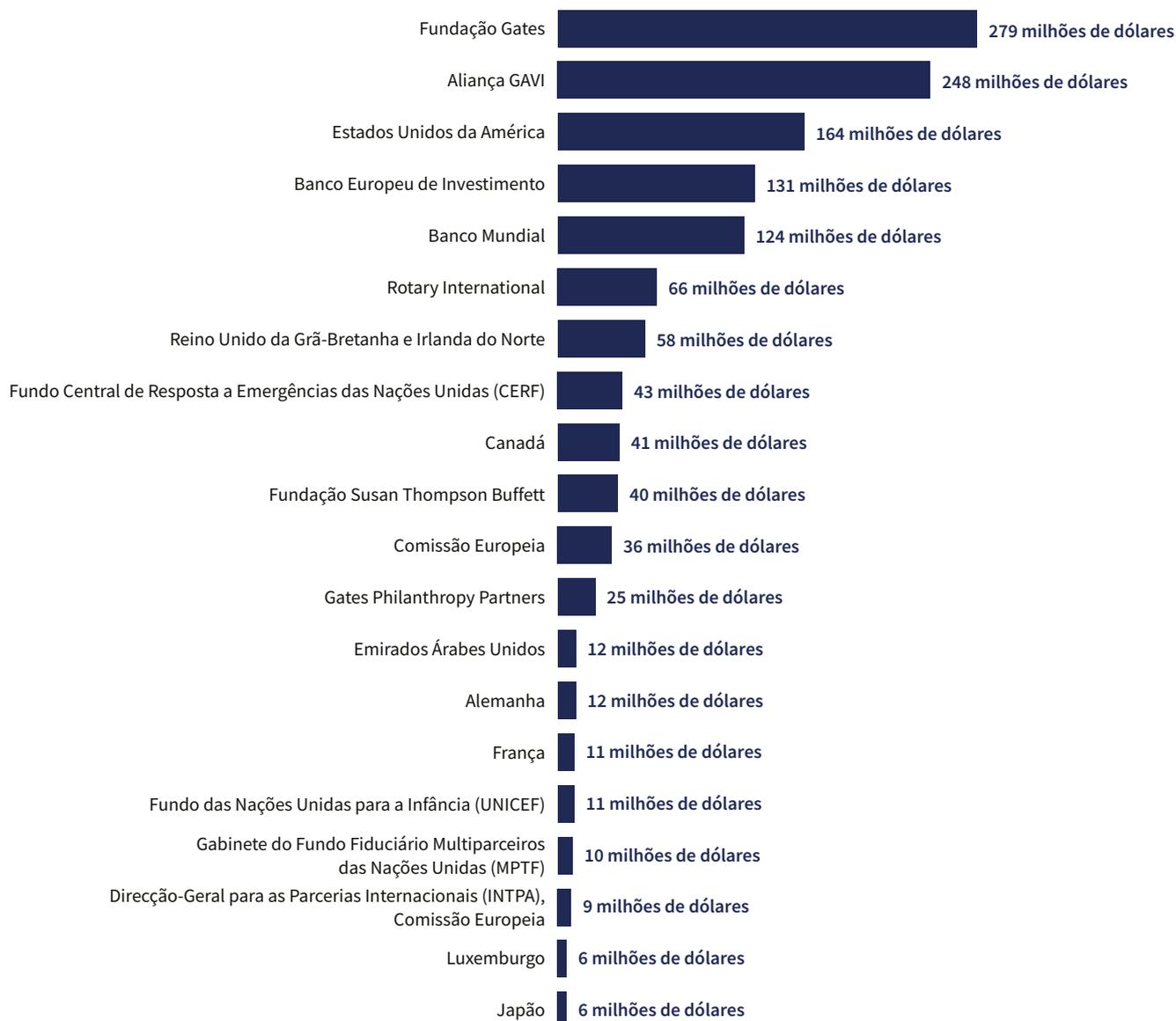
A concretização destes objectivos exigirá uma maior coerência, previsibilidade de financiamento e uma responsabilização partilhada por todas as partes interessadas. Os doadores e parceiros mundiais são instados a investir em soluções lideradas por africanos que já estão a ter um impacto mensurável.

Os responsáveis políticos devem apoiar reformas que reforcem as capacidades do sistema, protejam as populações vulneráveis e promovam uma governação inclusiva. Para as comunidades de toda a Região, o caminho a seguir significa uma transformação que se baseia na equidade, na apropriação e na confiança, e não apenas na recuperação.

A OMS continua empenhada em trabalhar com os Estados-Membros para concretizar esta visão de uma Região Africana mais saudável, mais segura e mais auto-suficiente, onde ninguém é deixado para trás.

Anexo:

Os 20 principais doadores do Escritório Regional da OMS para a África





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

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

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: www.afro.who.int