

AFRICAN UNION

الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE

UNIÃO AFRICANA

SA16951

**Reunião de Peritos do Grupo de Trabalho do Comité Técnico Especializado em Saúde, População e Combate à Droga
25 - 26 de Abril de 2016, Adis Abeba**

**Reunião dos Ministros da Saúde
Genebra, 21 de Maio de 2016**

ESTRATÉGIA AFRICANA DA SAÚDE PARA 2016–2030

I. ÍNDICE

II. LISTA DE ACRÓNIMOS	3
III. PREFÁCIO	
IV. AGRADECIMENTOS	5
V. RESUMO	6
VI. INTRODUÇÃO	8
VII. ANTECEDENTES	10
VIII. ANÁLISE DA SITUAÇÃO	12
IX. PRINCÍPIOS ORIENTADORES	155
X. VISÃO, MISSÃO, META, OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS & PRIORIDADES .	156
1. Visão e Missão:	156
2. Meta:	166
3. Objectivos e Prioridades Estratégicas:	167
4. Abordagens Estratégicas	188
XI. CONTEXTO POLÍTICO, QUADRO DE RESPONSABILIZAÇÃO, MONITORIZAÇÃO & AVALIAÇÃO	23
1. Contexto Político:	23
2. Acções e Recursos para Reforçar a Responsabilização e as Parcerias:	23
3. Monitorização e Avaliação da AMS de 2016-30	23
4. Disseminação, Advocacia & Estratégia de Comunicação da AMS 2016-2030	25
XII. PAPÉIS E RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS	27
1. Comissão da União Africana (CUA):	27
2. Comunidades Económicas Regionais (CERs)	28
3. Estados Membros (EM)	28
4. Parceiros	28
XIII. LISTA DE REFERÊNCIAS	300
XIV. ANEXOS	333

II. LISTA DE ACRÓNIMOS

BAD	Banco Africano de Desenvolvimento
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
ARVs	Anti-Retrovirais
TAR	Terapia Anti-Retroviral
UA	União Africana
CUA	Comissão da União Africana
MCC	Mudança de Comportamento e Comunicação
OBC	Organizações de Base Comunitária
PAI	Programa Alargado de Imunização
OBR	Organizações de Base Religiosa
GAVI	Aliança Global para Vacinas e Imunização
PIB	Produto Interno Bruto
FGCSTM	Fundo Global de Combate ao SIDA, à Tuberculose e à Malária
HSA	Harmonização da Saúde em África
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
RSS	Reforço do Sistema de Saúde
ICT	Informação, Comunicação e Tecnologia
UDI	Utilização de Drogas Injectáveis
IEC	Informação, Educação e Comunicação
MIILD	Mosquiteiros Impregnados de Insecticida de Longa Duração
ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
TMR	Tuberculose Múltiplo-Resistente
M & A	Monitorização & Avaliação
DNT	Doenças Não-Transmissíveis
NEPAD	Nova Parceria para o Desenvolvimento de África
ONG	Organização Não-Governamental
DTN	Doenças Tropicais Negligenciadas
NU	Nações Unidas
OCDE	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico
CPS	Cuidados Primários de Saúde
PVIH	Portadores de VIH
PTVMF	Prevenção da Transmissão de VIH de Mãe para Filho
PPP	Parcerias Público-Privadas
ERP	Estratégia de Redução da Pobreza
CERs	Comunidades Económicas Regionais
SNIMR	Saúde Neonatal, Infantil, Materna e Reprodutiva
PAE	Programas de Ajustamento Estrutural
AS	Abordagens Sectoriais
TB	Tuberculose
MT	Medicina Tradicional
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA
FNUAP	Fundo das Nações Unidas para a População
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para as Crianças

BM Banco Mundial
OMS Organização Mundial de Saúde
TERM Tuberculose Extremamente Resistente a Medicamentos

III. AGRADECIMENTOS

A Comissão da União Africana deseja agradecer aos Estados Membros da União Africana por prestarem as necessárias informações e apoio técnico à elaboração desta estratégia.

Especiais agradecimentos vão igualmente para as organizações, membros do Secretariado Técnico, pelo seu apoio técnico, financeiro e logístico. Em especial, a Comissão agradece o Departamento Nacional da Saúde do Governo da África do Sul, a Nova Parceria para o Desenvolvimento de África (NEPAD) e as agências das Nações Unidas pelas suas importantes contribuições para o sucesso desta Estratégia Africana da Saúde para 2016-2030.

As Comunidades Económicas Regionais, o sector privado e as organizações da sociedade civil deram importantes contribuições e orientações para a elaboração e finalização desta estratégia. Para elas o reconhecimento da Comissão.

IV. RESUMO

Em 2007, a União Africana elaborou a primeira Estratégia Africana da Saúde (EAS) para 2007-2015, aprovada pela 3ª Conferência dos Ministros Africanos da Saúde, realizada no mesmo ano e adoptada pela 11ª Sessão Ordinária do Conselho Executivo em 2008. Em 2015, a reunião do 1º Comité Técnico Especializado da União Africana sobre Saúde, População e Combate à Droga (CTE-SPCD) recomendou a revisão da Estratégia Africana da Saúde 2016-2030 com base numa avaliação da estratégia anterior, nos relevantes instrumentos da política de saúde da UA e na integração da investigação e da inovação na saúde. O Relatório de Avaliação da EAS 2007-2015 figura em anexo como parte integrante deste documento.

O quadro político da EAS 2016-2030 baseia-se numa série de compromissos e instrumentos da política de saúde a nível continental e global, entre os quais a “Agenda 2063: A África que Queremos” e a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, incluindo os seus Objectivos de Desenvolvimento Sustentável. Outros quadros políticos a partir dos quais a EAS 2016-2030 se reforça incluem o Quadro Continental de Políticas sobre Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva e o seu alargado Plano de Acção de Maputo (2016-2030), o Plano de Produção do Sector Farmacêutico em África (PPSF), a Estratégia Regional Africana 2015-2025 (ARA), os vários compromissos, apelos, declarações da UA feitas em Abuja e destinadas a combater o SIDA, a Tuberculose e a Malária em África, o Quadro Catalisador para por termo ao SIDA, à TB e Eliminar a Malária em África até 2030 bem como a Estratégia Global 2016-2030 para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes.

É importante realçar que a EAS 2016-2030 é um documento primordial inspirado noutros compromissos globais e continentais que não tentam substituir nem duplicar mas destinam-se a promover ainda mais os compromissos reflectidos nos instrumentos globais continentais. O objectivo é fazer isso oferecendo uma plataforma coesa e consolidada que integre todos esses compromissos e estratégias do sector da saúde.

A EAS 2016-2030 apresenta uma direcção estratégica aos Estados Membros africanos no sentido de criarem sectores de saúde que funcionem bem, reconhece os compromissos continentais existentes e trata dos principais desafios com que se confrontam os esforços para reduzir o fardo de doenças no continente, principalmente retirando os ensinamentos e aproveitando as oportunidades existentes. As suas direcções estratégicas requerem uma colaboração multisectorial, recursos adequados acompanhados de liderança para defender a sua implementação e para garantir a efectiva responsabilização pelos seus resultados.

Como principal documento consolidado de todos os compromissos africanos no sector da saúde, o valor acrescentado da EAS 2016 - 2030 é a sua capacidade de inspirar, orientar e apontar direcções estratégicas relevantes a todos os Estados Membros. A EAS 2016 - 2030 alcança isso pondo a tónica no tratamento de questões que reflectam os papéis estratégicos anteriores que melhor se adaptam à Comissão da União

Africana e às Comunidades Económicas Regionais (CERs) através das quais os Estados Membros podem retirar benefícios directos como economias de escala, esforços de colaboração e outras vantagens.

Tecnicamente, a EAS 2016 - 2030 defende e promove medidas dos Estados Membros para dar prioridade e investir em específicos determinantes sociais da saúde através de melhor colaboração intersectorial, aponta a importância fundamental de se dar prioridade ao reforço dos sistemas de saúde, lança um apelo no sentido de uma melhor influência das dinâmicas comunitárias, parcerias público-privadas e outras, e uma importante mudança de paradigma que ajude os Estados Membros a gerir com mais eficácia os riscos de catástrofe de uma forma mais sistemática.

Para uma visão de uma África integrada e próspera, livre do fardo de doenças, incapacidades e mortes prematuras, o objectivo da EAS 2016 - 2030 é garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em África no quadro da “Agenda 2063: A África Que Queremos” e dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável. O objectivo geral é reforçar o desempenho dos sistemas de saúde, aumentar os investimentos na saúde, melhorar a equidade e resolver os determinantes sociais da saúde para reduzir o fardo das doenças prioritárias até 2030.

As abordagens estratégicas são retiradas daquelas cuja validade e sucesso foram demonstrados em experiências continentais e globais bem como as emergentes cuja importância é manifesta. Incluem o reforço dos sistemas de saúde para sustentar os ganhos de desempenho, garantir uma forte liderança e boa governação, estabelecer parcerias multisectoriais para debater os determinantes socioeconómicos e ambientais da saúde; recentrar a prestação de serviços e empoderar as comunidades, expandir a protecção social para resolver a equidade; dar prioridade aos recursos humanos para a saúde; garantir a protecção das matérias-primas; criar as condições de regulação e de apoio para a disponibilização de medicamentos e tecnologias de qualidade, nomeadamente para alimentar a Medicina Tradicional Africana, estabelecer sistemas eficazes de vigilância de doenças e gestão de catástrofes; investir nos jovens e adolescentes bem como melhorar a colaboração entre os países para alcançar a eficácia.

A EAS 2016-2030 apresenta os principais quadros políticos, os mecanismos de responsabilização bem como as funções e as responsabilidades relativas à sua implementação. Tendo em conta a sua natureza – instrumento continental destinado a orientar os Estados Membros - estes são os principais responsáveis pela sua implementação. Por conseguinte, o papel principal de coordenação e fiscalização da EAS 2016-2030 é dos Estados Membros, com a facilitação, a coordenação e o apoio dos órgãos da UA, das CERs, das Agências das Nações Unidas e de outros parceiros.

Após a aprovação da EAS 2016 – 2030 durante o primeiro semestre de 2016, será desenvolvido um quadro global de monitorização e avaliação com base nos resultados para apoiar a implementação e monitorização da estratégia.

V. INTRODUÇÃO

Preocupada com o peso cada vez mais crescente de doenças em África, apesar de bons planos, estratégias e progressos, a União Africana elaborou a Estratégia Africana da Saúde (EAS) 2007 - 2015 aprovada pela 3ª Conferência dos Ministros Africanos da Saúde e a 11ª Sessão Ordinária do Conselho Executivo em 2008. O objectivo da estratégia foi enriquecer e complementar as estratégias dos Estados Membros acrescentando valor em termos do reforço dos sistemas de saúde a partir da única perspectiva continental.

A EAS 2007 - 2015 proporcionou uma direcção estratégica aos esforços de África na criação de uma melhor saúde para todos e reconheceu que a África tinha previamente estabelecido metas de saúde para além dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio aos quais se comprometeu. A EAS 2007 - 2015 explorou desafios e oportunidades relacionados com esforços que podem diminuir o fardo de doenças no Continente, reforçar os seus sistemas de saúde e aumentar o capital humano melhorando a saúde. A estratégia apresentou orientações estratégicas que podem ser úteis se forem abordadas de forma multisectorial e envolvendo vários parceiros, se tiver recursos adequados e se for implementada e monitorizada.

Em Abril de 2015, a 1ª Sessão do Comité Técnico Especializado da União Africana sobre Saúde, População e Combate à Droga recomendou que a revisão da estratégia fosse prevista e tivesse como base os instrumentos políticos de saúde revistos da UA e que integrasse a investigação e a inovação na área da saúde. Uma avaliação da EAS 2007-2015 para determinar até que ponto influenciou os Estados Membros e as CERs foi conduzida sob os auspícios do Secretariado Técnico chefiado pelo Departamento dos Assuntos Sociais da CUA, em colaboração com os principais parceiros. Esta nova Estratégia Africana da Saúde 2016-2030 foi desenvolvida com base nas recomendações do relatório de avaliação, nas directivas políticas de outros instrumentos continentais e globais e em consulta com vários parceiros e orientada pelo Secretariado Técnico.

A EAS 2016 - 2030 é, em certa medida, semelhante à anterior uma vez que também procura dar orientações estratégicas aos esforços desenvolvidos pela África na criação de um melhor desempenho dos sectores de saúde, reconhece os compromissos continentais existentes e aborda os desafios chave para reduzir o fardo de doenças no continente, retirando ao mesmo tempo os ensinamentos e as oportunidades existentes. As suas orientações estratégicas requerem uma colaboração multisectorial, recursos adequados e liderança para defender a sua implementação associada com quadros efectivos de responsabilização. Neste sentido, a EAS 2016-2030 procura concluir a agenda inacabada, ajustar o percurso com base nos ensinamentos retirados da implementação da EAS 2007-2015 e com base nas realizações dos EM e das CERs.

A EAS 2016-2030 acrescenta valor aos quadros e estratégias políticas do sector da saúde dos Estados Membros e das CERs através da tónica na resolução de questões que reflectem os principais papéis estratégicos que melhor se adaptam à Comissão da União Africana e às Comunidades Económicas Regionais, através das quais os Estados Membros podem tirar benefícios directos tais como economias de escala, esforços de colaboração e outras vantagens.

Tecnicamente, a EAS 2016-2030 ajuda a promover a importância das prioridades específicas da saúde, importantes para o Continente e seus compromissos, nomeadamente a necessidade de se investir no reforço dos sistemas de saúde e nos determinantes sociais específicos da saúde através de uma melhor colaboração intersectorial com base nos recentes ensinamentos Africanos e globais. Além disso, a EAS 2016-2030 exige formas dinâmicas para alavancar o envolvimento e a integração da comunidade, parcerias público-privadas e inter-países bem como a recomendação de uma mudança de paradigma para ajudar os Estados Membros a resolver os efeitos das emergências de saúde pública de uma forma mais sistemática e global.

Espera-se que a EAS 2016-2030 criará uma plataforma mais global, exequível e forte, ainda que flexível, em torno da qual os Estados Membros, as CERs, as agências multilaterais e bilaterais de desenvolvimento e outros parceiros em África possam convergir e alinhar para melhorar a coerência e as sinergias para promover a saúde em África.

VI. ANTECEDENTES

Para além do relatório de avaliação da EAS 2007 – 2015, a elaboração da EAS 2016-2030 foi feita com base nos quadros continental e global existentes. A “Agenda 2063: a África que Queremos” é um quadro político particularmente importante que apresenta a visão de desenvolvimento do Continente nas próximas décadas. Outra parte importante do ambiente político no qual se baseia a EAS 2016-2030 inclui os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS); a Agenda de Acção de Adis Abeba, de 2015 sobre a Terceira Conferência de Alto Nível sobre o Financiamento do Desenvolvimento; a Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, Crianças e Adolescentes, 2016-2030; o Roteiro da UA; o Quadro Catalisador para pôr termo ao SIDA, à TB e eliminar a Malária até 2030; o Quadro Político Continental para a Saúde e Direitos Sexuais e de Reprodução e o seu Plano de Acção de Maputo 2016-2030; o Plano Africano de Produção de Medicamentos; a Estratégia Regional Africana de 2015-2025 sobre a Nutrição e a Década da UA para a Medicina Tradicional e outros Quadros Políticos. A implementação da EAS depende, assim, da execução destes quadros e compromissos relacionados com o sector da saúde.

Sinergias e ligações são garantidas nas diferentes sub-estratégias e compromissos globais, particularmente nos elementos relacionados com o sector da saúde. Por exemplo, vê-se a sinergia entre a Agenda 2053 da União Africana e o seu Plano de Acção Decenal como um quadro estratégico para garantir uma transformação socioeconómica positiva em África com as resoluções da Assembleia Geral da Nova Parceria para o Desenvolvimento de África (NEPAD). A Agenda de Acção de Adis Abeba também “reforça a importância de apoiar o novo quadro de desenvolvimento”. Igualmente, as metas estabelecidas na Estratégia Global de 2016-2030 para mulheres, crianças e adolescentes estão em conformidade com as do Objectivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (ODS 3), o Plano de Acção de Maputo 2016-2030 bem como o Quadro Catalisador para pôr termo à SIDA, à TB e Eliminar a Malária em África até 2030.

As principais áreas de convergência estratégica nestes quadros políticos realçam a importância de se garantir protecção social e serviços públicos essenciais para todos; aumentar esforços para pôr termo à fome e à malnutrição; reforçar os sistemas nacionais de saúde para permitir a realização da cobertura universal de saúde (CUS); melhorar o alerta precoce, a redução de riscos e a capacidade de gestão de catástrofes; aumentar substancialmente o financiamento da saúde; resolver os desafios ligados aos trabalhadores da saúde; tratar das doenças não transmissíveis; dar prioridade às mulheres, crianças e adolescentes; apoiar a investigação e o desenvolvimento de vacinas, medicamentos e tecnologias para o tratamento das doenças transmissíveis e não transmissíveis; alargar o acesso à imunização; tirar proveito dos acordos comerciais e promover parcerias dentro e entre os países para alcançar maior eficácia da ajuda.

Tanto o Relatório de Avaliação da EAS 2007-2015 como as recentes revisões de alguns dos compromissos africanos mais significativos no sector da saúde deram importantes contribuições para a análise da situação e directivas estratégicas para a EAS 2016-2030. Estas referências recentes incluem a Estratégia Regional Africana sobre Nutrição (2015-2025), o Plano de Acção de Maputo 2016-2030, o Quadro Catalisador para pôr termo à SIDA, TB e eliminar a Malária até 2030, a Revisão do Plano de Acção de Maputo (2015), a Revisão do Apelo de Abuja (Abril 2015), o Relatório de Actividades de 2015 sobre os ODM em África, várias revisões de temas específicos aprovados pelos Comités Regionais da OMS para a Região Africana bem como revisões ou estratégias regionais e globais encomendados por outros parceiros tais como o Caso de Investimento na Saúde em África (Harmonização da Saúde em África, 2011), Relatório sobre a Situação da Saúde Materna, Infantil e Neo-natal em África (CUA 2014), Reduzir os Défices para Alcançar os Objectivos (UNICEF, 2010); Situação da População Mundial: o Poder de 1,8 Biliões: Adolescentes, Jovens e a Transformação do Futuro (FNUAP 2014), entre outros.

O Legado da Epidemia do Ébola e a sua subsequente avaliação pela UA demonstraram a importância do desenvolvimento de novos paradigmas na gestão da resposta às catástrofes em África, a necessidade urgente de reconstruir e fortalecer a segurança sanitária em todos os países (especialmente aqueles que são frágeis ou que têm tendência para catástrofes recorrentes) e tratar das múltiplas consequências que as catástrofes podem ter aos níveis local, nacional, regional, continental e global, se não forem devidamente tratadas. A EAS 2016-2030 adopta e promove essa mudança de paradigma ao tratar das ameaças da saúde pública a partir das catástrofes naturais e provocadas pelo homem, nomeadamente através do reforço das capacidades nacionais, regionais e continentais para combater as catástrofes.

VII. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

Análises mais detalhadas do fardo de doenças e problemas transversais podem ser encontradas no Relatório de Avaliação da EAS 2007-2015. Este capítulo realça os progressos e alguns dos desafios que afectam o desempenho do sector da saúde em África.

Comparando com outras regiões do mundo, a África ainda tem a maioria dos países com os piores indicadores de mortalidade materna, mortalidade infantil, morbidade e mortalidade de doenças transmissíveis. O triplo fardo das doenças transmissíveis e não transmissíveis, lesões e traumas, nomeadamente o impacto socioeconómico destas, afectou negativamente o desenvolvimento em África.

Contudo, apesar destes desafios, a África Subsaariana tornou-se na primeira região do mundo a alcançar uma das submetas do ODM 6 relativa ao VIH/SIDA, antes do prazo de 31 de Dezembro de 2015. (Nota de Imprensa da OMS, Dia Mundial do SIDA, 2015). O acesso ao tratamento do VIH em África aumentou mais de 100 vezes entre 2000 e 2013. Aproximadamente 10 milhões de pessoas estão actualmente a ser tratadas. As novas infecções de VIH e os óbitos relacionados com o SIDA na África Subsaariana diminuíram 33% e 30% respectivamente. A incidência da malária em crianças entre os 2-10 anos de idade baixou de 26% em 2000 para 14% em 2013, uma diminuição relativa de 48%. Esta diminuição foi maior em regiões de transmissão estável com uma redução de 35% para 18% no mesmo período. Entre o ano 2000 e 2015, o número estimado de casos por 1000 pessoas em risco de malária baixou 42% em África (excluindo a África do Norte). A taxa de mortalidade da malária no continente baixou 66% durante o mesmo período. A taxa de sucesso do tratamento da TB em África alcançou 86% em 2013. A taxa de detecção de casos de TB melhorou ligeiramente em 52% uma vez que a África superou outras regiões na determinação do estatuto do VIH de todas as pessoas com TB.

A África registou alguns progressos na saúde materna entre 1990 e 2013. O rácio médio de mortalidade materna em África baixou de 990 óbitos por 100 mil nados vivos em 1990 para 510 por 1000 mil nados vivos em 2013, com uma variação em todo o Continente. (WHO/UNICEF/UNFPA/WB/UNPD, 2014).

Embora a África, exceptuando a África do Norte, tenha a mais alta taxa de mortalidade infantil, a diminuição absoluta da mortalidade infantil foi a mais alta nas últimas duas décadas. A taxa de mortalidade nos menores de cinco anos caiu de 179 óbitos por mil nados vivos em 1990, para 86 em 2015 (os aumentos nos menores de 5 anos durante este período em alguns países da África Austral são atribuídos largamente aos óbitos relacionados com o VIH).

Contudo, a região enfrenta ainda a necessidade urgente de acelerar progressos (NU, Julho de 2015). A taxa de mortalidade infantil (TMI) caiu de 90 óbitos por 1000 nados vivos, em 1990, para 54 óbitos por 1000 nados vivos em 2014, representando uma

diminuição média de 40%. Contudo, em termos de comparação, a África, com excepção da África do Norte, registou apenas uma redução de 32% na mortalidade neo-natal, passando de 46 óbitos por 1000 nados vivos, em 1990, para 31 em 2013. (UNICEF et al, in AUC, 2014). As taxas de mortalidade neo-natal, em especial, estão longe das outras taxas de mortalidade infantil e a sua persistência parece ser afectada por constrangimentos, nomeadamente o acesso limitado aos cuidados antes e pós parto e aos Cuidados Obstétricos e Pediátricos de Emergência.

A média continental das necessidades não realizadas relativamente aos contraceptivos modernos para o período 2006-2013 continua elevada – 26%- enquanto a taxa média de prevalência de contraceptivos aumentou ligeiramente de 24,3%, entre 1990 e 2005, para 25,9% entre 2006 e 2013. Com taxas de fertilidade continuamente elevadas e um número cada vez maior de mulheres em idade fértil, as necessidades da resultante proporção crescente de crianças, adolescentes e jovens são tratadas superficialmente enquanto há pouco reconhecimento do formidável (dividendo demográfico). É crucial que a África trate das enormes vantagens e dos elevados custos de oportunidades para tratar as necessidades sanitárias dos adolescentes e dos jovens. O Estado do Relatório Mundial da População (“O Poder de 1,8 Biliões”) ilustra como as poucas décadas que faltam terão um “aumento” no segmento dos jovens e adolescentes na população de África e como é importante investir nessas camadas a fim de apoiar tanto os seus direitos à saúde bem como aproveitar o seu potencial significativo para avançar a estabilidade social de África e o crescimento económico (FNUAP 2014). Actualmente, contudo, continuam a estar entre as populações Africanas mais marginalizadas, particularmente adolescentes e jovens do sexo feminino.

25% da população da África Subsaariana sofreu a fome e a má nutrição durante o período de 2011-2013. A proporção de crianças com pouco peso foi reduzida de 41,6% em 1990 para uma média de 34,1% entre 2006 e 2013. Contudo, a atrofia continua a ser um problema importante em África devido a uma série de factores, nomeadamente as barreiras socioculturais, a pobreza crónica, a falta de água, o saneamento, a higiene e a disponibilização de alimentos nutritivos e seguros.

Apenas poucos países Africanos registaram progressos na melhoria do acesso à distribuição de água e um número ainda menor registou progressos no aumento do acesso ao saneamento (AUC/UNECA/UNDP, 2015).

De acordo com a Revisão do Apelo de Abuja de 2015, a maioria dos Estados Membros não afectou recursos suficientes à saúde. As taxas moderadoras da saúde continuam elevadas enquanto os sistemas de protecção social e a cobertura do seguro de saúde não acompanham o aumento da população. O valor do dinheiro e os retornos dos investimentos não são normalmente considerados aquando da selecção de intervenções prioritárias, prioridades políticas ou opções estratégicas. Por exemplo, o investimento é distorcido para as estruturas sanitárias secundárias ou terciárias urbanas em detrimento dos cuidados primários e para os cuidados curativos em detrimento da prevenção. Outras deficiências dos sistemas africanos de saúde incluem o baixo nível de influência do potencial do sector privado na inovação, o co-financiamento e o alargamento da cobertura de intervenções essenciais.

Embora a maioria dos países africanos tenha adoptado um quadro de políticas para melhorar a disponibilidade de recursos humanos qualificados na saúde, a mão-de-obra na área da saúde tem baixa produtividade, formação preparatória inadequada, mistura de competências, má distribuição, apoio ineficiente do local de trabalho, baixa motivação, estratégias ineficientes de retenção e de quadros de regulação. A ineficiente distribuição das estruturas de saúde e o corte nos materiais clínicos tiveram impacto negativo na qualidade dos cuidados e, subseqüentemente, nos resultados da saúde. A gestão do sector da saúde continua a ser um desafio por causa de mecanismos fracos de transparência e responsabilização e também pelo fraco envolvimento dos intervenientes na elaboração de políticas, estratégias e planos. A deficiente regulação do sector privado e a qualidade das reservas de produtos médicos concorreu para a disponibilização de medicamentos de nível baixo, contrafeitos ou falsos. Há igualmente muitos problemas no sistema de informação sanitária de muitos países em África. Menos de dois quintos dos países Africanos têm sistemas de registo civil completo e estatísticas vitais. A fraca base de informações estratégicas em muitos Estados Membros contribuiu para a utilização deficiente de dados e provas para a tomada de decisão, nomeadamente para a elaboração de políticas e estratégias nacionais e gestão e planificação local dos serviços de saúde.

Durante o período 2007- 2015, várias crises humanitárias tiveram impacto negativo na capacidade dos sistemas de saúde prestarem serviços sanitários. As catástrofes naturais e as provocadas pelo homem como as secas, as inundações, a fome, os surtos de doenças transmissíveis e os conflitos armados foram suficientemente significativos para ter impacto na capacidade dos Estados Membros resolverem as prioridades da EAS 2007-2015. Essas crises humanitárias concorreram para o aumento de mortes, feridos, incapacitados, mal nutrição, surtos de doenças, degradação das infra-estruturas sanitárias e desvio dos recursos necessários e da vontade política necessária para tratar das prioridades da saúde. A fraca implementação das capacidades nacionais necessárias dos regulamentos internacionais de saúde (RIS 2005) mostraram que não havia capacidade nacional para tratar dos graves riscos da saúde pública e dos acontecimentos relacionados com a saúde antes de assumirem proporções catastróficas.

Existem várias oportunidades que podem avançar a implementação da EAS 2016-2030. Em África, o potencial não explorado do sector privado é enorme e pode levar os Estados Membros, as CERs e a CUA a alavancarem contribuições financeiras tecnológicas e outras para apoiar o sector da saúde. A CUA, a NEPAD e algumas CERs lançaram iniciativas excelentes que acrescentam valor aos esforços nacionais dos seus Estados Membros e servem de modelos que podem ser replicados para promover a integração e a cooperação intra e inter-regional.

Os principais ensinamentos incluem a necessidade de adquirir um leque de temas mais vasto que integre as doenças não transmissíveis, a saúde mental e a saúde ambiental; a importância fundamental do reforço dos sistemas de saúde; a importância de se alcançar a equidade dentro e em todos os países; a intersecção da saúde com sectores como a educação; e o reconhecimento de que os surtos de doenças, as catástrofes e a

crise humanitária são uma ameaça ao desenvolvimento sustentável e devem ser tidos em conta nesta estratégia de futuro. Estes ensinamentos chave devem ser abordados aquando da implementação da EAS 2016-2030 a fim de alcançar resultados acelerados.

VIII. PRINCÍPIOS ORIENTADORES

Ao adoptar a EAS 2016-2030, a UA e os principais intervenientes (CERs, OSC e parceiros internacionais de desenvolvimento) serão guiados pelos princípios seguintes:

- ❖ A saúde é um direito humano que deve ser acessível a todos;
- ❖ A saúde é uma contribuição para o desenvolvimento e um resultado que exige respostas multisectoriais;
- ❖ Os sistemas de saúde devem proporcionar serviços permanentes desde a fase pré-natal até ao fim da vida;
- ❖ A saúde é um sector produtivo; investir na saúde traz retornos económicos positivos;
- ❖ A equidade é importante no acesso aos serviços de saúde e no tratamento dos determinantes da saúde;
- ❖ A eficácia e a eficiência são importantes na optimização dos benefícios dos recursos disponíveis;
- ❖ A evidência é a base para a política e a prática de uma saúde pública sólida;
- ❖ Os sistemas de saúde devem prestar serviços de qualidade, serem centrados nas populações, apropriados pelas comunidades e responsabilizados por todos;
- ❖ O respeito pela diversidade cultural e pela igualdade do género é importante para ultrapassar as barreiras de acesso à saúde;
- ❖ A prevenção é a forma mais económica de reduzir o fardo de doenças;
- ❖ As doenças e as catástrofes ultrapassam fronteiras; a cooperação transfronteiriça na gestão de catástrofes e no combate às doenças é necessária.

IX. VISÃO, MISSÃO, METAS, OBJETIVOS ESTRATÉGICOS E ABORDAGENS

A visão, a missão, a meta e os objectivos da EAS (2016-2030) baseiam-se nos compromissos existentes a nível continental e global, especialmente a “Agenda 2063: A África que Queremos”, da UA, e a Agenda de 2030 para o Desenvolvimento

Sustentável, incluindo os seus Objectivos de Desenvolvimento Sustentável.

1. Visão e Missão

A **visão** da EAS 2016-2030 é uma África integrada, inclusiva e próspera livre do fardo de doenças, incapacidades e mortes prematuras.

A **missão** é construir uma resposta efectiva orientada para os Africanos para reduzir o fardo de doenças através do reforço dos sistemas de saúde, aumento das intervenções sanitárias, medidas intersectoriais e empoderamento das comunidades.

2. Meta

Garantir vidas saudáveis e longas e promover o bem-estar para todos em África no quadro da “Agenda 2063: A África que Queremos” e dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável.

Esta meta será centrada nas pessoas com especial importância nos segmentos mais produtivos da sociedade bem como nas mulheres, jovens, adolescentes, crianças e outros grupos vulneráveis¹.

3. Objectivos e Prioridades Estratégicas

a. Objectivo geral

Reforçar o desempenho dos sistemas de saúde, aumentar os investimentos na saúde, melhorar a equidade e tratar dos determinantes sociais da saúde para reduzir os encargos das doenças prioritárias até 2030.

b. Objectivos Estratégicos

Objectivo Estratégico 1: até 2030, atingir a cobertura universal da saúde cumprindo os compromissos existentes a nível continental e global que reforcem os sistemas de saúde e melhorem as determinantes sociais da saúde em África através da implementação das seguintes **prioridades estratégicas:**

- Promover mecanismos de protecção social e garantir o acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade garantida e a preços acessíveis incluindo medicamentos, vacinas, bens e tecnologias de saúde;

¹ Tais como os pobres, idosos, portadores de deficiência, migrantes, refugiados e deslocados internamente bem como pessoas que vivem em situações de saúde e que são alvo de estigma e com necessidades especiais.

- Aumentar o financiamento da saúde através de mecanismos de financiamento inovadores e sustentáveis, parcerias público-privadas, aumento da dotação de recursos internos, incluindo os compromissos anteriores e a solidariedade global;
- Criar quadros adequados de gestão de recursos humanos nacionais para aumentar substancialmente a formação, o recrutamento, o destacamento, a regulação, o apoio e a retenção dos trabalhadores da saúde;
- Melhorar a governação, a responsabilização e a administração do sector da saúde, através do reforço dos sistemas comunitários de saúde; sistemas de informação, descentralização da prestação de serviços focalizados nos cuidados primários de saúde integrados e globais e na eficiente utilização de recursos;
- Reforçar a investigação e a inovação na saúde, as TIC na área da saúde, as capacidades tecnológicas e desenvolver soluções baseadas em provas sustentáveis para os desafios da saúde em África;
- Aumentar os sistemas e as capacidades de preparação e resposta às emergências de saúde aos níveis nacional, regional e continental;
- Reforçar a colaboração multisectorial, as parcerias e a programação baseada nos direitos para de uma forma abrangente tratar dos determinantes sociais da saúde;
- Reforçar a capacidade dos ministérios da saúde para regular e monitorizar actividades de prestadores de cuidados de saúde não estatais para garantir a complementaridade com os esforços do governo.

Objectivo Estratégico 2: Reduzir a morbilidade e pôr termo à mortalidade prevenível provocada pelas doenças transmissíveis e não transmissíveis e outras situações sanitárias em África através da implementação das seguintes **prioridades estratégicas:**

- Pôr termo à mortalidade evitável, materna, neonatal e infantil, e garantir o acesso equitativo a serviços globais e integrados de saúde sexual reprodutiva, materna, neonatal, infantil e para adolescentes, incluindo o planeamento familiar voluntário;
- Pôr termo à SIDA, à tuberculose, à malária e às doenças tropicais negligenciadas e combater a hepatite, as doenças provocadas pela água e outras doenças transmissíveis emergentes e recrudescentes;
- Sustentar e aumentar os programas alargados de imunização;

- Reduzir todas as formas de malnutrição incluindo a atrofia entre as crianças e os objectivos relacionados com a nutrição de acordo com o estipulado na Estratégia Regional Africana de Nutrição (2016-2025);
- Dar prioridade a programas que tratem da mortalidade prematura provocada pelas diabetes, cancro, doenças cardiovasculares, infecções respiratórias, saúde mental, lesões e outras doenças não transmissíveis.

4. Abordagens Estratégicas

Para alcançar os objectivos desta estratégia, deve-se dar a devida atenção às seguintes abordagens estratégicas prioritárias:

a. Melhoria sustentável no desempenho dos sistemas de saúde

Tratar das doenças evitáveis, das incapacidades e das mortes em África, a baixo custo, exige um investimento grande para reforçar todas as componentes do sistema sanitário e ao mesmo tempo ter em conta importantes considerações de equidade para abordar os sectores mais vulneráveis e marginalizados da sociedade. É igualmente importante integrar novas oportunidades oferecidas e os avanços da tecnologia e desenvolver e reter os recursos humanos.

b. Liderança e boa governação

A EAS 2016-2030 só atinge os seus objectivos se houver compromisso de alto nível, administração, responsabilização e transparência na liderança e governação do sector da saúde. Melhorar a harmonização e o alinhamento é um elemento chave da boa governação, e a adopção de um plano nacional, um quadro de governação e um sistema de monitorização e avaliação devem ter prioridade por parte dos Estados Membros. Os Estados Membros devem considerar a instituição de uma descentralização efectiva de funções, autoridade e recursos para melhorar o desempenho do sector da saúde. A partir dos ensinamentos retirados da iniciativa da NEPAD de monitorizar a gestão dos governos, abordagens semelhantes serão exploradas para avaliar as melhorias na governação do sector da saúde no quadro desta estratégia que envolve parlamentos para garantir medidas com base nos resultados.

c. Financiamento da Saúde

Embora não seja o único requisito para alcançar resultados, o financiamento sustentável e previsível do sector da saúde é um dos pilares mais importantes para a construção de sistemas de saúde viáveis e uma medida importante para melhorar o acesso equitativo aos serviços de saúde e reduzir a pobreza. Os Estados Membros devem desenvolver opções para o financiamento interno sustentável do sector da saúde e aumentar a despesa per capita do Governo para a saúde em conformidade com o apelo de Abuja e os compromissos da OMS. Além disso, devem ser

consideradas medidas como a mobilização de riscos (p.e. seguro nacional de saúde e outras formas pré-pagas de financiamento dos serviços de saúde), subsídios transversais, impostos sobre o tabaco e o álcool e outras medidas para aumentar o envelope financeiro para o sector da saúde. Uma vez que o financiamento da saúde é uma responsabilidade partilhada que exige solidariedade global e esforços colectivos, os parceiros de desenvolvimento devem aumentar e alinhar a sua assistência financeira e técnica com as prioridades nacionais em matéria de saúde. Além disso, os países devem criar mecanismos de responsabilização para a utilização eficiente de recursos nacionais e internacionais. Os países devem ser incentivados a reforçar e operacionalizar as suas contas nacionais de saúde para garantir que as dotações e as despesas de saúde sejam bem monitorizadas.

d. Alargar a protecção social para resolver o problema da equidade

A protecção social é um instrumento importante para alcançar o acesso universal aos principais serviços sociais e de saúde, nomeadamente os cuidados primários de saúde, a educação, a nutrição e a saúde ambiental.

Os programas de protecção social abordam múltiplas dimensões de pobreza e privação (trabalho digno, educação, cuidados de saúde, segurança alimentar, segurança de rendimentos) e podem, assim, ser instrumentos poderosos na batalha contra a pobreza e as desigualdades, as vulnerabilidades e a pobreza. Na ausência de protecção social, as pessoas, especialmente os mais vulneráveis, estão sujeitas a aumentar os riscos de afundar abaixo do limiar da pobreza ou de continuarem presas na pobreza durante gerações. Todos os mecanismos de protecção social devem ser mobilizados, incluindo o seguro social de saúde. Os sistemas de protecção social sustentáveis a nível de impostos baseados em sólidos quadros legais e de regulação devem ser uma componente integral das estratégias nacionais de desenvolvimento para alcançar o desenvolvimento sustentável inclusivo e equitativo. Devem ser adoptadas medidas para identificar as pessoas que caem no esquecimento e integrá-las de forma participativa. Deve haver uma revisão das taxas moderadoras com vista à sua abolição, garantindo ao mesmo tempo serviços permanentes de qualidade uma vez que isto é importante para a protecção social.

e. Dar prioridade aos recursos humanos da saúde

As reformas do sector da saúde devem garantir que haja um plano de capacidade de gestão de recursos humanos que promova todos os aspectos dos recursos humanos para o desenvolvimento e retenção do pessoal da saúde, abordando políticas, planos estratégicos, informação, formação, recrutamento, afectação e retenção, administração, condições de vida e de trabalho e a saúde do pessoal. O bom desempenho de todos os trabalhadores da saúde deve ser recompensado. Devem ser desenvolvidos conhecimentos na área da gestão da saúde. A criação de normas e padrões de formação e licenciamento a nível continental e sub-regional deve ser instituída. Todos os países devem criar Observatórios Nacionais dos Trabalhadores da Saúde. Devem ser incentivados mecanismos para promover a cooperação e partilhar experiências entre os países. Além disso, deve ser criado um mecanismo continental para regular e

melhor gerir a migração de trabalhadores da saúde dentro e fora do continente.

f. Medicamentos essenciais, Sistemas de Segurança e Fornecimento de Matérias-Primas

A cobertura universal da saúde deve ser apoiada com uma oferta adequada de bens, nomeadamente medicamentos essenciais, contraceptivos, preservativos, vacinas e medicamentos eficazes e outros materiais, que devem fazer parte do Pacote de Serviços Essenciais de Saúde. Os medicamentos e os materiais essenciais devem ser isentos de impostos e deve haver uma isenção especial para os países encravados. Devem ser reforçados sistemas de aquisição e distribuição integrada de materiais clínicos para garantir a encomenda, o armazenamento e a distribuição adequadas. A regulação de produtos e tecnologias médicas ao nível continental deve ser prioritário para apoiar a disponibilidade de produtos de qualidade.

g. Vigilância, Capacidade de Resposta em Situações de Emergência

É necessária uma mudança de paradigma para estabelecer sistemas de gestão efectivos para responder às catástrofes ao nível continental, regional e dos Estados Membros. A vigilância das doenças, a capacidade de resposta aos níveis nacional, transfronteiriço/transnacional, regional e continental devem ser formatadas no quadro dos Regulamentos Internacionais de Saúde (RIS 2005), basear-se em conceitos de gestão de riscos de catástrofe e ser apoiada por uma forte base de provas gerada pelos sistemas de informação e investigação conduzidos pelos países. Os Estados Membros e as Comunidades Económicas Regionais devem formular, reforçar e rever periodicamente os seus planos de vigilância e preparação para situações de emergência em caso de catástrofes de saúde e de catástrofes naturais que tenham consequências ao nível da saúde. Os países devem implementar na íntegra os Regulamentos Internacionais de Saúde (RIS 2005). O CCD africano desempenhará um papel importante na facilitação da partilha de informações e no reforço de capacidades para melhorar a preparação, o alerta e a resposta às emergências de saúde pública devidas a todos os riscos e ameaças.

h. Recentrar a prestação de serviços e capacitar as comunidades

É fundamental reforçar e investir na prevenção e na prestação integrada de cuidados primários de saúde de forma abrangente e centrada nas pessoas, dando prioridade à equidade, à qualidade, à relação custo - benefício e eficiência na prestação dos serviços de saúde (nomeadamente através do reforço dos sistemas de saúde distritais e comunitários).

i. Parcerias multisectoriais que abordam os determinantes socioeconómicos e ambientais da saúde e permitem o melhor desempenho do sector de saúde

As medidas inter-sectoriais para a saúde devem envolver outros ministérios, níveis de governo e actores não estatais de forma a demonstrar uma liderança alargada dos

ministérios da saúde para todas as acções propícias e necessárias à saúde. (Abordagens “Todo o Governo” e “Saúde em todas as Políticas”).

j. Investigação e inovação em saúde

É necessário institucionalizar mecanismos para definir, produzir e utilizar a investigação Africana de forma que possa transformar o sector da saúde bem como a economia e a sociedade Africana em geral. Atingir objectivos e metas da saúde exige um investimento compatível na investigação e inovação a fim de melhorar o acesso a tecnologias e produtos médicos. Além disso, os dados da investigação e inovação na área da saúde devem ser recolhidos e analisados para servirem de base a políticas e tomada de decisões em todos os níveis do sistema de cuidados de saúde. Os Estados Membros devem encorajar a investigação realizada e financiada localmente, através da capacitação de instituições locais de investigação, criação de pólos de inovação e afectação de 2% do orçamento nacional para a investigação e a inovação de acordo com a Estratégia Africana para a Ciência, Tecnologia e Inovação, 2014 - 2024. A formação de competências regionais na investigação deve ser apoiada onde oferecer mais retornos através do reforço dos centros regionais de investigação, criação de redes de investigação e partilha de resultados nos países.

Em conformidade com a Estratégia Global da OMS para a Medicina Complementar e Tradicional, 2014-2023, é importante reforçar as estruturas apoiando e regulando a medicina tradicional. Isto pode ser feito através da análise dos sistemas preexistentes, envolvimento dos profissionais e comunidades de medicina tradicional e focando no reforço das melhores práticas da medicina tradicional.

k. Informações e provas estratégicas

Os Estados Membros devem aumentar o investimento em sistemas de gestão de informação da saúde incluindo os sistemas CRVS, reforçar a liderança e a governação para otimizar a tomada de decisões fundamentadas em provas e baseadas nas iniciativas da revolução global de dados. Também devem ser criados mecanismos de garantia da qualidade dos dados.

l. Investir nos adolescentes e nos jovens

Investir nos jovens não é apenas mais equitativo e moralmente correcto mas uma intervenção económica pragmática e inteligente com um elevado retorno de investimento. Jovens saudáveis estão em melhores condições de realizar o seu potencial e aproveitar oportunidades à medida que amadurecem e entram no mercado de trabalho. Os adolescentes e os jovens estão melhor apetrechados para alcançar o seu pleno potencial quando são saudáveis e bem educados e quando têm oportunidades para crescer e satisfazer as suas aspirações que concorrem para uma maior produtividade económica, menores taxas de fertilidade, estabilidade política e transmissão de realizações para outras gerações. “O milagre económico” das economias da Ásia Oriental pode ser uma realidade em muitos países Africanos se criarem condições para os jovens fazerem uma transição segura e saudável da

adolescência para a idade adulta, adquirirem as competências necessárias para encontrarem bons trabalhos e serem bem sucedidos numa economia dinâmica, se usufruírem os seus direitos e realizarem o seu pleno potencial. Por conseguinte, os investimentos estratégicos nos adolescentes e jovens devem posicionar a África para colher os frutos do dividendo demográfico.

m. Melhorar a colaboração entre os países

Várias intervenções da EAS 2016-2030 podem beneficiar da colaboração entre os países como uma abordagem estratégica transversal para alcançar maiores economias de escala. Existem já exemplos como os sucessos da EAC e CEDEAO na harmonização das matrículas e certificados dos profissionais de saúde, quadros de regulação de bens de saúde entre outros. Áreas que podem tirar mais proveito da colaboração entre os países em África incluem o seguinte:

- Designar órgãos da UA existentes bem como outras instituições sociais e de investigação regionais que possam ajudar a padronizar as estatísticas vitais e de saúde, a investigação e os défices de conhecimentos que abordam prioridades específicas da saúde;
- Harmonização da legislação de saúde pública e mecanismos de regulação e de fixação de normas;
- Protecção social e reciprocidade dos seguros de saúde entre os países;
- Harmonização da formação, qualificação e atribuição de licenças aos profissionais de saúde;
- Regulação de medicamentos e produtos de saúde;
- Mecanismos para alcançar economias de escala através da compra conjunta de medicamentos e instrumentos clínicos, inspecção e monitorização de medicamentos contrafeitos, falsos e de qualidade duvidosa.

X. CONTEXTO POLÍTICO. QUADRO DE MONITORIZAÇÃO, APRESENTAÇÃO DE RELATÓRIOS E DE RESPONSABILIZAÇÃO

1. Contexto político

É importante notar que a EAS 2016-2030 é um instrumento de sensibilização para os EM e as CERs implementarem os quadros continentais. Assim, a EAS 2016-2030 serve de quadro de consolidação que ajuda a defender e monitorizar todos os quadros continentais de saúde já adoptados pelas CERs e Estados Membros.

À luz de tudo isso, a EAS 2016-2030 estabelece sinergias e reforça mutuamente os quadros de políticas e estratégias continentais existentes, nomeadamente a “Agenda 2063 da UA: a África que Queremos”, o Quadro Continental de SRHR, o Plano de Acção de Maputo 2016-2030, os Compromissos de Abuja e o Quadro Catalisador para Combater e Pôr Termo à SIDA, TB e Malária em África até 2030, a Estratégia Regional Africana de 2015-2025 sobre a Nutrição, o Plano de Produção de Medicamentos em África (PPMA), entre outros. A EAS 2016-2030 não acrescenta outros instrumentos continentais à gestão e fiscalização destes mas sim aumenta a capacidade dos parceiros envolvidos nestes compromissos no sentido de realmente cumprirem os seus objectivos no fortalecimento do sector da saúde.

2. Acções e Recursos para Reforçar a Responsabilização e as Parcerias

A cadeia de responsabilização na realização dos objectivos da EAS 2016-2030 começa com a aprovação dos Estados Membros em 2016, enquanto a CUA e as CERs fornecem o valor acrescentado de coordenação, apoio, facilitação, monitorização e avaliação. A implementação bem sucedida da Estratégia Africana da Saúde exigirá mais do que a definição do papel e responsabilidades de todos os intervenientes.

A CUA, as CERs, os Estados Membros e as OSC, em particular, requerem assistência técnica e financeira significativa dos parceiros de desenvolvimento e outros actores regionais a fim de desempenharem os seus respectivos papéis no apoio à EAS 2016-2030.

A fim de evitar complicar as parcerias, é importante basear-se nos mecanismos existentes que ajudem a harmonizar e alinhar as acções de todos os actores entre eles próprios e alinhar as acções de todos os parceiros envolvidos no sector da saúde com as orientações estratégicas contidas na EAS 2016-2030.

3. Monitorização, Apresentação de Relatórios e Responsabilização da EAS 2016-2030

A monitorização e a avaliação do desempenho do sistema de saúde dependem da produção e utilização de dados sólidos nas contribuições, processos, resultados e meios do sistema de saúde. Os programas de saúde devem responder aos problemas de saúde. Os países devem garantir que os dados recolhidos sejam rigorosos e oportunos uma vez que devem indicar tanto o desempenho do sistema como a importância dos programas para os problemas de saúde. A adequação de um sistema de monitorização e avaliação pode ser avaliada pela regularidade, abrangência e qualidade dos relatórios. Os dados devem ser desagregados por género, idade e localização geográfica para permitir medidas mais centradas. A participação da comunidade na monitorização dos programas de saúde deve ser incentivada. Tanto a avaliação a médio prazo, como a avaliação final da EAS 2016-2030 deverão seguir os progressos, ajustar o percurso da implementação e trazer novas contribuições para alcançar os objectivos.

Tendo em conta que o período de implementação da EAS 2016-2030 é de 15 anos, é importante ter um sistema efectivo para a sua monitorização e avaliação (M&A). Para isso, será desenvolvido um quadro de monitorização e avaliação de resultados (QMAR) como parte integrante desta estratégia. Este quadro será baseado em indicadores, metas, recolha de informações e sistemas de apresentação de relatórios e de responsabilização que já são utilizados na CUA, nas CERs e nos EM, e em conformidade com a métrica utilizada pelos instrumentos de políticas globais e continentais existentes.

Serão realizadas avaliações periódicas aos níveis nacional, regional e continental. Isso ajuda a partilhar as melhores práticas, enfrentar os obstáculos com eficácia, reforçar parcerias e acelerar os progressos na implementação desta estratégia de saúde. Igualmente, as avaliações de seguimento da EAS 2016-2030 serão realizadas em estreita associação com reuniões estatutárias da CUA, CERs, NU e outros eventos regulares possíveis. Os mecanismos de controlo e de garantia de qualidade devem ser parte integrante do mecanismo de apresentação de relatórios e de responsabilização. Os esforços devem ser concentrados na melhoria das estatísticas vitais e nos sistemas de registo civil, na vigilância epidemiológica e nas auditorias de mortalidade.

A CUA, trabalhando com a NEPAD, está a criar um mecanismo de responsabilização ao nível do sector da saúde, aproveitando o mecanismo existente como o Mecanismo Africano de Avaliação pelos Pares. O mecanismo inclui a produção de provas a partir da base de dados em linha www.africahealthstats.org, avaliação independente das provas através de plataformas como o grupo de trabalho sobre MMCH, peritos AWA e as reuniões estatutárias da UA onde serão tomadas medidas e os líderes africanos serão responsabilizados pelos seus compromissos.

4. Estratégia de Divulgação, Sensibilização e Comunicação da EAS 2016-2030

Para garantir a apropriação dos Estados Membros e das CERs, é de importância capital que esta EAS 2016-2030 receba um apoio deliberado da CUA, das CERs e dos Estados Membros para mobilizar apoio em torno das suas orientações estratégicas. Tendo em conta o facto de que reflecte o total da soma de todos os compromissos continentais e globais relevantes para o sector da saúde em África, é necessário um conjunto de acções focalizadas para garantir que ela seja compreendida e apoiada por todos os cidadãos Africanos (incluindo aqueles que vivem na diáspora) pelos média, sociedade, sector privado, fazedores de opinião, sociedade civil, parceiros internacionais de desenvolvimento e instituições globais de desenvolvimento.

A estratégia de sensibilização e comunicação será desenvolvida pela CUA e deve beneficiar da dinâmica maciça gerada pelo CARMMA, o Apelo de Abuja e outros compromissos bem sucedidos.

As abordagens de disseminação e mobilização da estratégia devem incluir, no mínimo, os seguintes canais:

- Imprensa, TV, Rádio e outros média (em especial estações FM que estão a ganhar popularidade);
- Média em linha, nomeadamente actualizações regulares, mensagens chave e monitorização da métrica, publicadas e actualizadas regularmente nos sítios Web da CUA, nas CERs, Estados Membros e organizações parceiras;
- Média sociais, incluindo Facebook, Twitter, Flickr e outros;
- Consultas interactivas em linha para procurar a reacção dos intervenientes (particularmente adolescentes e jovens adultos);
- Envolvimento regular e estruturado de funcionários, parlamentares, vedetas do desporto, outras personalidades importantes em eventos, nomeadamente torneios desportivos, reuniões nas câmaras municipais, manifestações políticas e plataformas informais (teatro e música tradicionais e outras celebrações).

O cidadão médio Africano deve conhecer os seus direitos, os meios para os comportamentos para a procura de saúde, a disponibilização de serviços, a responsabilidade para com a saúde comunitária e a sua capacidade de contribuir com ideias e acções que avancem a integração da EAS 2016-2030 para responder às necessidades nacionais distritais e comunitárias.

Ao desenvolver e implementar esta estratégia de advocacia e comunicação, a CUA baseia-se nos seus próprios sucessos e deve ser capaz de contar com o apoio financeiro e técnico dos parceiros para aperfeiçoar as mensagens a grupos alvo específicos, difundir/publicitar as mensagens, receber e analisar a reacção dos cidadãos e actualizar regularmente a métrica mostrando os progressos no alcance das metas. Esses parceiros vão desde grupos continentais de sensibilização, empresas Africanas de comunicação social, empresas de tecnologias de informação e comunicação, organismos desportivos Africanos, grupos da sociedade civil e outros que operam em África.

XI. PAPÉIS E RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

Tendo em conta a natureza da EAS 2016-30 – um compromisso continental de aspirações destinado a orientar os Estados Membros – estes são essencialmente responsáveis pela sua implementação. Por conseguinte, o papel principal de coordenação e fiscalização da EAS 2016-2030 cabe à CUA com o apoio das CERs e das Agências das NU.

A principal obrigação dos parceiros de desenvolvimento e dos investidores do sector privado susceptíveis de apoiar o sector da saúde em África é garantir que os seus investimentos em África sejam compatíveis e harmonizados tanto com a EAS 2016-2030 como com as estratégias e planos dos Estados Membros que recebem os seus investimentos. As Organizações da Sociedade Civil são parceiros chave da EAS 2016-2030 que deverão desempenhar um papel na implementação e avaliação da EAS 2016-30 em colaboração com a CUA, a Agência NEPAD, as CERs, os Estados Membros e as Agências das Nações Unidas.

Os papéis e as responsabilidades enunciados a seguir, são compatíveis com os adoptados na EAS 2007-2015 e com as funções previstas para os vários intervenientes nos ODS e “Agenda 2063: A África que Queremos”. O princípio chave da apropriação exige que os Estados Membros, as CERs e a CUA continuem a demonstrar uma liderança e um envolvimento fortes para alcançar os objectivos da EAS 2016-2030 enquanto os princípios de parceria reflectidos nos ODS e reiterados noutros instrumentos continentais de políticas, convidam os parceiros nacionais e internacionais a apoiarem o papel de liderança dos Estados Membros. Os princípios de responsabilização também requerem que as CERs e a CUA responsabilizem os Estados Membros pela implementação da EAS 2016-2030.

1. Comissão da União Africana (CUA)

A Comissão da União Africana irá disseminar esta estratégia e, entre outras coisas, realizar a advocacia, a mobilização de recursos e a disseminação das melhores práticas ao nível continental para apoiar a implementação desta estratégia. A Comissão da UA também deve apoiar a criação de um mecanismo continental de responsabilização para seguir a implementação dos compromissos continentais e realizar a sensibilização aos níveis políticos sobre as questões estratégicas da saúde que afectam todos os Estados

Membros. Haverá também sensibilização para princípios políticos comuns noutros sectores relacionados com a saúde como as finanças e a planificação económica, água e saneamento, protecção social, comércio, indústria, educação, ambiente, etc. para encorajar investimentos para cobrir lacunas importantes para que os bens comuns de saúde beneficiem o bem-estar económico e social dos Estados Membros. A CUA deve igualmente moderar as análises dos dados políticos e económicos para ajudar a determinar interesses e posições comuns dos Estados Membros quando participam nos fóruns globais da saúde. A harmonização dos mecanismos de fixação de normas e regulamentos também deve ser uma área importante a ter em conta.

2. Agência NEPAD

A Agência NEPAD deve apoiar a implementação técnica da estratégia e a mobilização de recursos. As suas funções específicas incluem: (a) mobilizar e orientar os conhecimentos técnicos e os recursos financeiros para implementar projectos e programas acordados a nível regional e nacional; (b) apoiar a investigação e a gestão de conhecimentos; e (c) prestar apoio técnico aos processos e actividades políticas da Comissão da UA.

3. Comunidades Económicas Regionais (CER)

As CERs prestam apoio técnico aos Estados Membros, promovem o aumento de recursos para o reforço dos sistemas de saúde, harmonizam a implementação dos planos de acção nacionais, monitorizam e apresentam relatórios sobre os progressos, identificam e partilham as melhores práticas.

4. Estados Membros

Os Estados Membros deverão adaptar e integrar as principais prioridades estratégicas da EAS 2016-2030 nos seus instrumentos nacionais de políticas multissectoriais da saúde. Também adoptarão fortes medidas de liderança para garantir a implementação da necessária advocacia, governação, quadros e medidas legislativas incluindo a mobilização de recursos e dotações, governação, nomeadamente quadros e medidas legislativas a fim de demonstrar a sua apropriação da EAS 2016-2030. Os Estados Membros realizarão a monitorização e a apresentação de relatórios ao nível nacional, às CERs e à Comissão da UA. Devem igualmente garantir a boa governação, abordagens participativas e inclusivas necessárias ao envolvimento pleno e eficaz das comunidades, das OSC e do sector privado. Devem garantir um ambiente propício à implementação da EAS 2016-2030, incluindo a harmonização e a racionalização das suas próprias políticas, estratégias, padrões e planos para garantir a coerência.

5. Parceiros

- **Parceiros Internacionais de Desenvolvimento**

Incluem as agências das Nações Unidas, organizações bilaterais e multilaterais, fundações filantrópicas, parcerias internacionais, instituições de financiamento internacionais e regionais e outras organizações internacionais. O seu principal papel é contribuir com a sua assistência técnica e investimentos financeiros para apoiar a EAS 2016-2030. Em conformidade com os princípios da cooperação para o desenvolvimento, as organizações bilaterais e multilaterais, as organizações internacionais e da sociedade civil nacional e outros parceiros de desenvolvimento alinharão a sua assistência técnica e financeira e planos de cooperação com as necessidades e prioridades nacionais e regionais para a implementação da EAS 2016-2030.

- **Organizações da Sociedade Civil**

Incluem ONGs nacionais e internacionais, Organizações de Base Religiosa (OBR), OBS, sindicatos, associações profissionais, líderes tradicionais bem como entidades auxiliares como as sociedades nacionais da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, organizações dos média, etc. Como principais intervenientes, devem ser incluídos e desempenhar um papel activo na formulação, advocacia, mobilização, assistência técnica, implementação e fiscalização no apoio da EAS 2016-2030.

- **Sector Privado**

O sector privado inclui os produtores e comerciantes de equipamentos e produtos médicos e farmacêuticos locais e internacionais, prestadores de serviços médicos e de laboratório, grandes empresas (locais, internacionais ou multinacionais, nomeadamente seguros, serviços bancários/financeiros, companhias aéreas, construção, agro-negócio, água e electricidade, indústrias extractivas, produtos de consumo, TIC, indústria pesada, outros actores de sectores que não o da saúde), pequenas e médias empresas (formal e informal), parcerias e grupos envolvidos no financiamento inovador de impacto social, fundações de caridade, de empresas ou indivíduos, prestadores privados de serviços de saúde em práticas médicas, hospitais, clínicas e farmácias, as instituições privadas de formação na área das ciências da saúde bem como as coligações industriais/comerciais, câmaras de comércio, etc. O sector privado fornecerá contribuições em matéria de inovação, co-financiamento e materiais que contribuem para alargar a base de recursos financeiros, humanos, infra-estruturais e tecnológicos necessários para melhorar o desempenho do sector da saúde em África.

O quadro seguinte indica, em linhas gerais, os tipos de funções relevantes de cada entidade que apoia a EAS 2016-2030:

Nível EAS/Nível interveniente UA	Meta	Objectivos & Prioridades Estratégicas	Funções Transversais
CUA	Manter a EAS importante para a Agenda 2063 & ODS	Promover de forma proactiva a EAS com as CERs e EM e criar um mecanismo de responsabilização para a EAS	Envolver fortemente os órgãos, mecanismos e agências da UA para apoiar a EAS
CERs	Traduzir em objectivos e políticas específicas à região	Implementar intervenções regionais (e.g. ACDC, PMPA)	Garantir a mobilização adequada de recursos, a coordenação e a apresentação de relatórios pelos EM
Estados Membros	Desenvolver planos nacionais que respondam às prioridades do país e apoiem a EAS 2016-2030	Alcançar os objectivos da EAS e implementar prioridades estratégicas alinhadas com as nacionais	Comprometer recursos nacionais e garantir recursos externos, gerir directamente a implementação da EAS, M&A e apresentação de relatórios à CUA
Parceiros Internacionais de Desenvolvimento	Harmonizar políticas, estratégias, planos e dotações de recursos e alinhados com a EAS	Prestar assistência técnica, monitorizar tendências globais, prova, normas e ensinamentos globais	Assistir os EM, CERs e CUA na compilação das contribuições sobre M&A, apresentação de relatórios e comparação com progressos globais a nível dos ODS e respectivos compromissos
Sociedade Civil e Sector Privado	Assistir a CUA, as CERs e os EM a promover, disseminar e defender a EAS	Assistir na monitorização, apresentação de relatórios e apoio ao nível dos EM e das CERs	Contribuir para a inovação, recursos de implementação, tecnologias e recursos financeiros de apoio à EAS nas CERs e ao nível dos EM

(*EM = Estados Membros; CERs = Comunidades Económicas Regionais; CACD = Centro Africano para o Controlo de Doenças*)

XII. LISTA DE REFERÊNCIAS

1. Resolução da Cimeira sobre a Segurança Alimentar. Abuja, 4-7 de Dezembro de 2006
2. Plano de Acção da União Africana sobre a Prevenção da Violência em África
3. Plano de Acção de Maputo sobre a Saúde e os Direitos Sexuais e Reprodutivos, 2007-2010. Sessão Especial da Conferência dos Ministros da Saúde da União Africana sobre “Acesso Universal aos Serviços Gerais de Saúde Sexual e Reprodutiva em África”, Maputo, 18-22 de Setembro de 2006
4. União Africana: Relatório sobre a Situação da População Africana, 2006
5. União Africana: Posição Africana Comum sobre os Progressos na Implementação dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, 2005
6. Apelo de Abuja para Acelerar Medidas para o Acesso Universal aos Serviços de VIH e SIDA, Tuberculose e Malária em África. Cimeira Especial da União Africana sobre o VIH-SIDA, a Tuberculose e a Malária intitulada Acesso Universal aos serviços de VIH/SIDA, Tuberculose e Malária por uma África Unida até 2010, Abuja, 2 - 4 de Maio de 2006
7. Documentos da Cimeira Especial da União Africana sobre VIH/SIDA, Tuberculose e Malária, Abuja, 2-4 Maio de 2006
8. Compromisso de Brazzaville para acelerar o Acesso Universal à Prevenção, Tratamento, Cuidados e Apoio ao VIH e SIDA em África até 2010, Brazzaville, 8 de Março de 2006
9. Estratégia Regional Africana sobre a Nutrição, 2005-2015
10. Declaração de Gaborone sobre um Roteiro para o Acesso Universal à Prevenção Tratamentos e Cuidados. 2ª Sessão Ordinária da Conferência dos Ministros Africanos da Saúde intitulada Acesso Sustentável aos Tratamentos e Cuidados para a Realização dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, Gaborone, 10-14 de Outubro de 2005
11. Documentos & decisões: 2ª Sessão Ordinária, Conferência dos Ministros Africanos da Saúde, Gaborone, 10-14 de Outubro de 2005
12. Quadro Continental de Políticas sobre a Saúde e os Direitos Sexuais e Reprodutivos, adoptado na 2ª Sessão Ordinária da Conferência dos Ministros Africanos da Saúde, Gaborone, 10-14 de Outubro de 2005
13. Declaração de Sirte sobre a Sobrevivência da Criança. 5ª Sessão Ordinária da Conferência da União Africana, Sirte, 4-5 de Julho de 2005
14. Plano Estratégico 2005-2007 da Comissão da UA sobre o VIH/SIDA e Plano Estratégico da AIDS Watch Africa, 7ª Sessão Ordinária do Conselho Executivo da União Africana, Sirte, 28 de Junho – 2 de Julho de 2005.
15. Relatório Provisório da Situação do VIH/SIDA, Tuberculose, Malária e Pólio: Quadro sobre Medidas para Acelerar a Melhoria da Saúde em África, 4ª Sessão Ordinária da Conferência da União Africana, Abuja, 30-31 de Janeiro de 2005
16. Decisão sobre o Relatório Provisório da Situação do VIH/SIDA, Tuberculose, Malária e Pólio: Assembly/ AU/Dec.55 (IV), Quarta Sessão Ordinária da Conferência da União Africana, Abuja, 30-31 de Janeiro de 2005
17. Luta Contra o VIH/SIDA. Posição da NEPAD para o Fórum de Parcerias Africanas, Maputo, 16-17 de Abril de 2004
18. Conferência da União Africana. Declaração de Maputo sobre a Malária, o VIH/SIDA, a Tuberculose e outras Doenças Infecciosas Relacionadas, Maputo, 10-12 de Julho de 2003
19. Documentos e decisões: 1ª Sessão Ordinária da Conferência dos Ministros Africanos da Saúde, Tripoli, 26-30 de Abril de 2003
20. Estratégia da NEPAD para a Saúde. Adoptada na Conferência da União Africana, Julho de 2003

21. Decisão de Lusaka sobre a Década da União Africana para a Medicina Tradicional Africana Lusaka, Plano de Acção de 2001
22. Declaração de Abuja sobre o VIH/SIDA, a Tuberculose e outras Doenças Infecciosas Relacionadas, adoptada na Cimeira Africana sobre o VIH/SIDA, a Tuberculose e outras Doenças Infecciosas Relacionadas, 26-27 de Abril de 2001
23. Declaração e Plano de Acção de Abuja adoptados na Cimeira Africana sobre Regredir a Malária, Abuja, 25 de Abril de 2000
24. Plano de Acção Continental da União Africana para a Década Africana de Portadores de Deficiência (1999-2009)
25. Quadro de Políticas e Plano de Acção da UA sobre a Terceira Idade, 2002
26. Relatório da ONUSIDA de 2006 sobre a situação Global do SIDA
27. Actualização da Epidemia do SIDA pela ONUSIDA, 2006
28. Regredir a Malária. Relatório Mundial sobre a Malária, 2005
29. Escritório Regional da OMS em África. Relatório Africano Regional sobre a Saúde, 2006
30. Quadro Estratégico do UNICEF, OMS, e BM para a investigação dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio sobre a Sobrevivência da Criança em África
31. Documentos da 56ª Sessão do CR da OMS para a África, Adis Abeba, 28 de Agosto -1 Set 2006
32. Documentos da 55ª Sessão do CR da OMS para África, Maputo, 22-26 de Agosto de 2005
33. Macroeconomia e Saúde: Investir na Saúde para o Desenvolvimento Económico. Relatório da Comissão de Macroeconomia e Saúde, Organização Mundial da Saúde, 2001
34. Estratégia Africana da Saúde, UA 2007-2015
35. 4ª Versão do Plano de Implementação da Estratégia Africana da Saúde da UA
36. 5ª Versão do Plano de Implementação da Estratégia Africana da Saúde da UA
37. Harmonização da Saúde em África: Investir na Saúde em África
38. “Agenda 2063: A África Que Queremos”, UA
39. Posição Africana Comum da Agenda de Desenvolvimento pós 2015
40. Quadro Continental de Políticas sobre a Saúde e os Direitos Sexuais e Reprodutivos – (disponível em www.carmma.org)
41. Plano de Acção de Maputo Revisto (PdAM)
42. Plano de Produção de Medicamentos em África (Disponível em www.carmma.org);
43. Estratégia Africana Regional de Nutrição Revista
44. Apelo de Abuja para Acções Aceleradas para o Acesso Universal aos Serviços de VIH e SIDA, Tuberculose e Malária em África - (disponível em www.aidswatchafrica.org)
45. O Roteiro da UA sobre a Responsabilidade Partilhada e a Solidariedade Global para o VIH/SIDA, Tuberculose e Malária (disponível em www.aidswatchafrica.org)
46. “Gestão de Riscos de Catástrofe: Estratégia para o Sector da Saúde na Região Africana” (Referência do Documento AFR/RC62/6; 21 de Novembro de 2012), Comité Regional da OMS AFRO, 62ª Sessão, Luanda, República de Angola, 19-23 de Novembro de 2012
47. Declaração de 2013 da Cimeira Especial da União Africana sobre o VIH/SIDA, a Tuberculose e a Malária, Acções de Abuja para a Eliminação do VIH e SIDA, Tuberculose e Malária em África até 2030
48. Relatórios de Avaliação do Plano de Acção de Maputo, Apelo de Abuja e Roteiro da UA sobre a Responsabilidade Partilhada e a Solidariedade Global para o VIH/SAIDA, TB e Malária - (disponível em www.carmma.org e www.aidswatchafrica.org)
49. Country Planning Cycle Database, <http://www.nationalplanningcycles.org/> (consultado no período de 15/9/2015 a 08/10/2015); um recurso da OMS.
50. “Um Novo Quadro de Investimento Global para a Saúde das Mulheres e Crianças; Grupo de Estudo para o Quadro Global de Investimento para a Saúde das Mulheres e das Crianças, 2013.
51. “Universal Health Coverage in Africa Institutions, Incentives, and Politics”; Agnes Soucat,

- M.D., MPH, Ph.D. World Bank Lead Economist, Global Leader HPN, Rotterdam Symposium; Jun 11, 2015.
52. Relatório de Actividades da OMS, RESPOSTA GLOBAL DO SECTOR DA SAÚDE AO VIH, 2000–2015 FOCADA NA INOVAÇÃO EM ÁFRICA: SEIS INOVAÇÕES EM ÁFRICA QUE MUDARAM O CURSO DA SUA EPIDEMIA DE VIH”, Genebra 2015.
 53. Agenda de Acção de Adis Abeba da Terceira Conferência Internacional sobre o Financiamento do Desenvolvimento (Agenda de Acção de Adis Abeba). O texto final do Documento adoptado na Terceira Conferência Internacional sobre o Financiamento do Desenvolvimento, Adis Abeba, Etiópia, 13–16 Julho de 2015 e aprovado pela Assembleia Geral das Nações Unidas na sua Resolução 69/313 de 27 de Julho de 2015.
 54. BMJ Women’s, children’s, and adolescents’ health
<http://www.bmj.com/content/women%E2%80%99s-children%E2%80%99s-and-adolescents%E2%80%99-health-0>
 55. OMS, 2015. A Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, Crianças e Adolescentes (2016-2030)
http://globalstrategy.everywomaneverychild.org/pdf/EWEC_globalstrategyreport_200915_FINAL_WEB.pdf
 56. Nações Unidas; “TRANSFORMAR O NOSSO MUNDO: AGENDA DE 2030 PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL A/RES/70/1 www.sustainabledevelopment.un.org
 57. CUA, Relatório de 2014 sobre a Situação da Saúde Materna, Infantil e Neonatal
 58. Reduzir as diferenças para alcançar os objectivos (UNICEF 2010);
 59. Estado da População Mundial: o Poder de 18 Biliões: Adolescentes, Jovens e a Transformação do Futuro (FNUAP 2014),
 60. CUA, Informação sobre a Implementação do Plano de Produção de Medicamentos em África, Fevereiro de 2015.
 61. CUA, Guia de Referências de Indicadores de Monitorização e Avaliação, Departamento de Assuntos Sociais, Julho de 2011.
 62. OMS, ROTEIRO DE RESPOSTA AO ÉBOLA, 28 de Agosto de 2014, Genebra
 63. OMS, Estratégia Técnica Global para a Malária, 2016-2030, adoptada pela Assembleia Mundial da Saúde, Maio de 2015
 64. Boletim Global da OMS Nº 360 sobre o VIH/SIDA: Actualizado em Julho de 2015, Genebra
 65. Boletim Nº 94 da OMS sobre a Malária: Revisto em Outubro de 2015, Genebra
 66. Política da OMS sobre as actividades de colaboração /VIH: Directivas para os Programas Nacionais e Outros Intervenientes, 2012, Genebra
 67. 65º Comité Regional Africano da OMS: “O Surto da Doença por Vírus Ébola em 2014: Ensinamentos retirados e Medidas Preconizadas”, N’Djamena
 68. Documento de Trabalho 4/2013 da OIT: “Programas de transferência de dinheiro, redução da pobreza e capacitação das mulheres: uma análise comparativa – Experiências do Brasil, Chile, Índia, México e África do Sul (Elaine Fultz e John Francis), Genebra, 2013
 69. G. Chee et al, Why differentiating between health system support and health system strengthening is needed, Abt Associates, Bethesda, MD, USA, International Journal of Health Planning and Management, 2012
 70. Relatório sobre a implementação dos compromissos da primeira Reunião Conjunta dos Ministros Africanos da Saúde, convocada pela CUA e OMS, Luanda, Abril de 2014
 71. Estratégia da OMS para a Medicina Tradicional, 2014-2023, Genebra, 2013
 72. CUA, Quadro Catalisador para pôr termo ao SIDA, TB e eliminar a Malária em África até 2030
 73. CUA, Plano de Acção de Maputo 2016-2030

XIII. ANEXOS

1. Documento da MAS 2007-2015
2. Relatório de Avaliação da MAS 2007-2015