



QUADRO ESTRATÉGICO PARA A PREVENÇÃO E GESTÃO DA ANEMIA EM ÁFRICA

FEVEREIRO DE 2025

DECLARAÇÃO DE EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Reservam-se todos os direitos. A reprodução e/ou divulgação de informações contidas neste documento para fins educativos ou outros fins não comerciais são autorizadas sem autorização prévia por escrito dos detentores dos direitos de autor, desde que a fonte seja devidamente identificada. É proibida a reprodução e divulgação das informações contidas neste documento para fins comerciais ou de venda, excepto se os detentores dos direitos de autor derem o seu consentimento prévio por escrito. Os pedidos de autorização devem ser endereçados a: -

O Director, Departamento de Saúde, Assuntos Humanitários e Desenvolvimento Social, Sede da União Africana, P.O. Box 3243, Roosevelt Street W21K19 Adis Abeba, Etiópia Tel.: +251 11 551 77 00 Fax: +251 11 551 78 44

© AUC

Índice

Acrónimos e Abreviaturas.....	4
Prefácio.....	Error! Bookmark not defined.
Agradecimentos.....	viii
Enquadramento	1
Etiologia da anemia	1
Principais causas de anemia em África.....	2
Causas Directas	3
Factores de Risco Intermédios e Subjacentes da Anemia.....	4
O Plano Estratégico para a Prevenção e Tratamento da Anemia em África.....	5
Fundamentação para o Desenvolvimento do Plano Estratégico.....	5
O Processo de Desenvolvimento do Plano Estratégico.....	6
Meta e Objectivo do Plano Estratégico.....	6
Áreas de Actuação Prioritárias a Considerar.....	7
Área de Actuação 1: Analisar os dados sobre as causas e os factores de risco da anemia para uma tomada de decisão eficaz	9
Área de Actuação 2: Dar prioridade às principais intervenções preventivas e terapêuticas	11
Área de Actuação 3: Melhorar as plataformas integradas de prestação de serviços para a prevenção e o controlo da anemia em todos os sectores	21
Área de Actuação 4: Reforçar a governação, a liderança, as parcerias, a comunicação e a coordenação a todos os níveis	23
Área de Actuação 5: Melhorar a obtenção e a divulgação de conhecimentos fundamentados sobre a prevenção e o controlo da anemia.....	28
Monitorização do Progresso na Redução da Anemia em África	30
Rumo a seguir.....	34
Bibliografia.....	36
Anexos	44
Anexo 1: Causas directas de anemia e dados incompletos, por Estado-membro da União Africana (dados da Análise Abrangente, excepto quando indicado)	44
Anexo 2: Principais causas da anemia de acordo com o número de anos vividos com incapacidade (AVI) por 100.000 habitantes, do sexo feminino de todas as idades, nas regiões da UA, incluindo os Estados-membros	47

Acrónimos e Abreviaturas

ESA	Estratégia de Saúde para África
CPN	Cuidados Pré-Natais
ERNA	Estratégia Regional de Nutrição para África
UA	União Africana
CUA	Comissão da União Africana
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
G6PD	Glicose-6-fosfato desidrogenase
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
ACF	Anemia por carência de ferro
FAF	Suplementos de ferro e ácido fólico
TPI	Tratamento Intermitente Preventivo
TPIg	Tratamento Preventivo Intermitente durante a gravidez
PRAI	Pulverização Residual em Áreas Interiores
RMTI	Redes Mosquiteiras tratadas com insecticida
IIMA	Inquérito de Indicadores Múltiplos Agrupados
PMN	Pós de micronutrientes
DTN	Doenças tropicais negligenciadas
HPP	Hemorragia pós-parto
IGQD	Índice Global de Qualidade da Dieta
CER	Comunidades Económicas Regionais
TB	Tuberculose
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
AMS	Assembleia Mundial de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
AVI	Anos vividos com incapacidade

Prólogo

La Comisión de la Unión Africana (UA) reconoce la urgente necesidad de acelerar el progreso en la reducción de la anemia gracias a enfoques multisectoriales basados en datos fehacientes en línea con los objetivos de salud y desarrollo económico del continente. La anemia impone una pesada carga social y económica a las comunidades, lo que justifica la importancia del tema del año 2022 de la Unión Africana (UA) sobre la nutrición. La implementación de este tema condujo al [desarrollo del Marco estratégico para la prevención y gestión de la anemia en África](#). Este marco estratégico sirve como herramienta esencial para el desarrollo de planes nacionales y de planes de acción para reducir la anemia en los Estados miembros de la UA.

La Estrategia regional africana para la nutrición (SRAN) 2016-2025 tiene como objetivo reducir en un 50% la anemia entre las mujeres en edad reproductiva (15-49 años). Sin embargo, no cuenta con una estrategia específica para alcanzar este objetivo. Los datos actuales muestran que la integración de las intervenciones contra la anemia en programas específicos de cada enfermedad no ha reducido suficientemente la prevalencia de esta afección. Por lo tanto, es indispensable adoptar un enfoque coordinado con sólidos mecanismos de responsabilización relativos a la anemia. Este marco estratégico llena este vacío al abordar la anemia como un problema de salud pública que requiere una acción simultánea adaptada a los contextos locales, diferente de los marcos existentes.

En consonancia con la SRAN 2016-2025, la SRAN 2026-2035 tiene como objetivo lograr para 2035 en África una reducción del 50% de la anemia entre las adolescentes y las mujeres en edad reproductiva (15-49 años) de acuerdo con el objetivo 1 de la Agenda 2063 de la UA, que prevé una ciudadanía bien alimentada y sana. En 2023, la anemia afectaba en África al 38% de las mujeres de 15 a 49 años, al 44% de las embarazadas y al 57% de los niños de 6 a 59 meses, con tasas más elevadas en África Occidental y Central. Las variaciones en la prevalencia por edad y sexo subrayan la necesidad de enfoques con matices que tengan en cuenta las causas de la anemia en el continente africano.

La Estrategia Sanitaria Africana (SAS) 2016-2030 y la SRAN 2016-2025 subrayan el compromiso de la Unión Africana con la mejora de los resultados en materia de nutrición y salud en los Estados miembros, en consonancia con las aspiraciones de la Agenda 2063. Este marco estratégico apoya el objetivo de la SAS de reducir la morbilidad y la mortalidad prevenibles causadas por enfermedades transmisibles y no transmisibles, contribuyendo así al progreso sanitario del continente. También está en consonancia con el objetivo mundial de nutrición fijado por la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) en 2012. A pesar de los esfuerzos de los Estados miembros, solo diecisiete países registraron avances significativos en 2021.

El principal objetivo del marco estratégico es proponer acciones bien definidas, fundadas en datos fehacientes, para reducir la prevalencia de la anemia en los Estados miembros de la UA. Pretende guiar la elaboración de planes de acción nacionales personalizados y con cifras, dotados de sólidos marcos de seguimiento y evaluación y de mecanismos de responsabilización. Las cinco áreas prioritarias de actuación del marco estratégico, para su consideración por parte de los Estados miembros de la UA, son las siguientes:

1. El análisis de datos sobre las causas y los factores de riesgo de la anemia para una toma de decisiones eficaz.
2. La priorización de las intervenciones preventivas y terapéuticas clave.
3. La mejora de las plataformas integradas de prestación de servicios para la prevención y el control de la anemia en todos los sectores.
4. El refuerzo de la gobernanza, el liderazgo, las asociaciones, la comunicación y la coordinación a todos los niveles.
5. La mejora de la producción y difusión de conocimientos basados en datos probados sobre la prevención y el control de la anemia.

Este marco estratégico se elaboró según un proceso riguroso, el que incluyó un análisis completo del panorama y consultas con las partes interesadas, incluidos los Estados miembros de la UA, las Comunidades Económicas Regionales (CER) y los asociados, y se perfeccionó con los conocimientos de un Grupo asesor técnico formado por la Comisión de la Unión Africana, Nutrition International y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La Comisión de la UA coordinará los esfuerzos, armonizará los planes nacionales y apoyará la aplicación del marco estratégico mediante el refuerzo de las capacidades, el intercambio de conocimientos, la promoción y los mecanismos de responsabilización.

La colaboración con la Agencia de Desarrollo de la Unión Africana-Nueva Alianza para el Desarrollo de África (AUDA-NEPAD), el Centro Africano para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC África), las Comunidades económicas regionales (CER) y los Estados miembros, es esencial para el éxito de la ejecución, el seguimiento y la evaluación.

Para monitorear el progreso hacia el logro del objetivo mundial de nutrición de reducir la anemia, se alienta a los Estados Miembros a adoptar un conjunto de indicadores básicos en línea con el marco conceptual con el fin de acelerar la reducción de la anemia en África. Estos indicadores, aunque no son exhaustivos, pretenden orientar los esfuerzos nacionales de seguimiento y evaluación. Además, los esfuerzos para identificar y difundir las mejores prácticas facilitarán la ampliación de las intervenciones exitosas y garantizarán la responsabilización para alcanzar los objetivos continentales de reducción de la anemia.

La anemia sigue siendo un problema persistente que repercute negativamente en la salud de la población, con consecuencias polifacéticas en el desarrollo socioeconómico del continente. Abordar este problema en África requiere una respuesta multisectorial

global, coordinada y adaptada al contexto. Gracias a los esfuerzos colectivos guiados por este marco estratégico, podremos mitigar eficazmente el impacto de la anemia y avanzar hacia un África más sana y próspera, el África que queremos.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Samate', with a stylized flourish underneath.

S.E. Emb. Minata Samate Cessouma,
Comisario de Salud, Asuntos Humanitarios y Desarrollo Social,
Comisión de la Unión Africana

Agradecimentos

A Comissão da União Africana (CUA) - Departamento de Saúde, Assuntos Humanitários e Desenvolvimento Social - gostaria de expressar a sua profunda gratidão a todos os indivíduos e organizações cuja dedicação e experiência foram fundamentais para o desenvolvimento do Plano Estratégico para a Prevenção e Tratamento da Anemia em África.

Esta jornada iniciou-se com uma análise abrangente da prevalência da anemia e dos seus factores determinantes em todo o continente africano. Este trabalho basilar foi enriquecido com uma análise rigorosa e conhecimentos técnicos resultantes de consultas aos Estados-membros da União Africana (UA), às Comunidades Económicas Regionais (CER) e aos parceiros de desenvolvimento. Os nossos sinceros agradecimentos são extensivos a todos os intervenientes cujas valiosas contribuições asseguraram que o Plano Estratégico reflectisse diversas perspectivas e abordasse desafios críticos.

A CUA está profundamente grata ao Grupo Técnico Consultivo, composto por ilustres representantes da CUA - Gertrude Masautso Kara e Prisilla Wanjiru; da Nutrition International (NI) - Daniel Lopez de Romana, Alison Mildon e Jacqueline Kung'u; e da Organização Mundial de Saúde (OMS) - Lisa Rogers, Hannah Bekele e Mayur Mandalia. A sua orientação e experiência foram fundamentais para o desenvolvimento do Plano Estratégico.

Por último, um agradecimento especial à Nutrition International pelo apoio financeiro que tornou possível o desenvolvimento deste Plano Estratégico.

Este esforço de colaboração sublinha o compromisso partilhado no sentido de reduzir a anemia e melhorar os resultados em matéria de saúde em África. Juntos, estamos empenhados em implementar este Plano Estratégico para atingir um impacto duradouro e contribuir para a saúde e o bem-estar das nossas comunidades.

Enquadramento

A anemia é uma condição caracterizada por níveis baixos de glóbulos vermelhos saudáveis ou de hemoglobina, a molécula dos glóbulos vermelhos responsável pelo transporte de oxigénio até aos tecidos do organismo (1). O baixo teor de oxigénio daí resultante provoca fadiga, fraqueza e redução da capacidade de trabalho em todos os grupos etários (2). Além disso, a anemia durante a gravidez aumenta o risco de desfechos adversos no parto e a anemia na primeira infância compromete o desenvolvimento cognitivo e motor (3, 4). Por isso, a anemia tem consequências significativas em termos de saúde, aspectos sociais e económicos para os indivíduos, os agregados familiares e as populações.

O continente africano é afectado por uma elevada proporção das consequências da anemia a nível mundial. Em 2023, os dados sobre a anemia revelavam que 38% das mulheres com idades entre os 15 e os 49 anos, 44% das mulheres grávidas e 57% das crianças com idades entre os 6 e os 59 meses eram afectadas por esta condição (5). A prevalência da anemia varia consoante os Estados-membros e as sub-regiões, com as taxas mais elevadas na África Ocidental e Central. A prevalência da anemia também varia consoante a idade e o sexo dos indivíduos, com taxas mais elevadas nas crianças entre os 6 e os 59 meses de idade e nas mulheres, o que possivelmente se prende com as diferenças de etiologia que podem existir em cada país e entre países. A análise dos dados do projecto "Incidência Global da Doença" indica que, em 2021, o número de anos vividos com incapacidade (AVI) - uma medida que reflecte o impacto que uma doença tem na qualidade de vida antes de se debelar ou levar à morte - devido à anemia era elevado em todos os Estados-membros africanos, com excepção de dez (6). Os AVI estimados devidos à anemia são mais elevados na África Ocidental e Central (1540,8 e 962,6, respectivamente), o que corresponde à maior incidência de anemia nestas regiões (6).

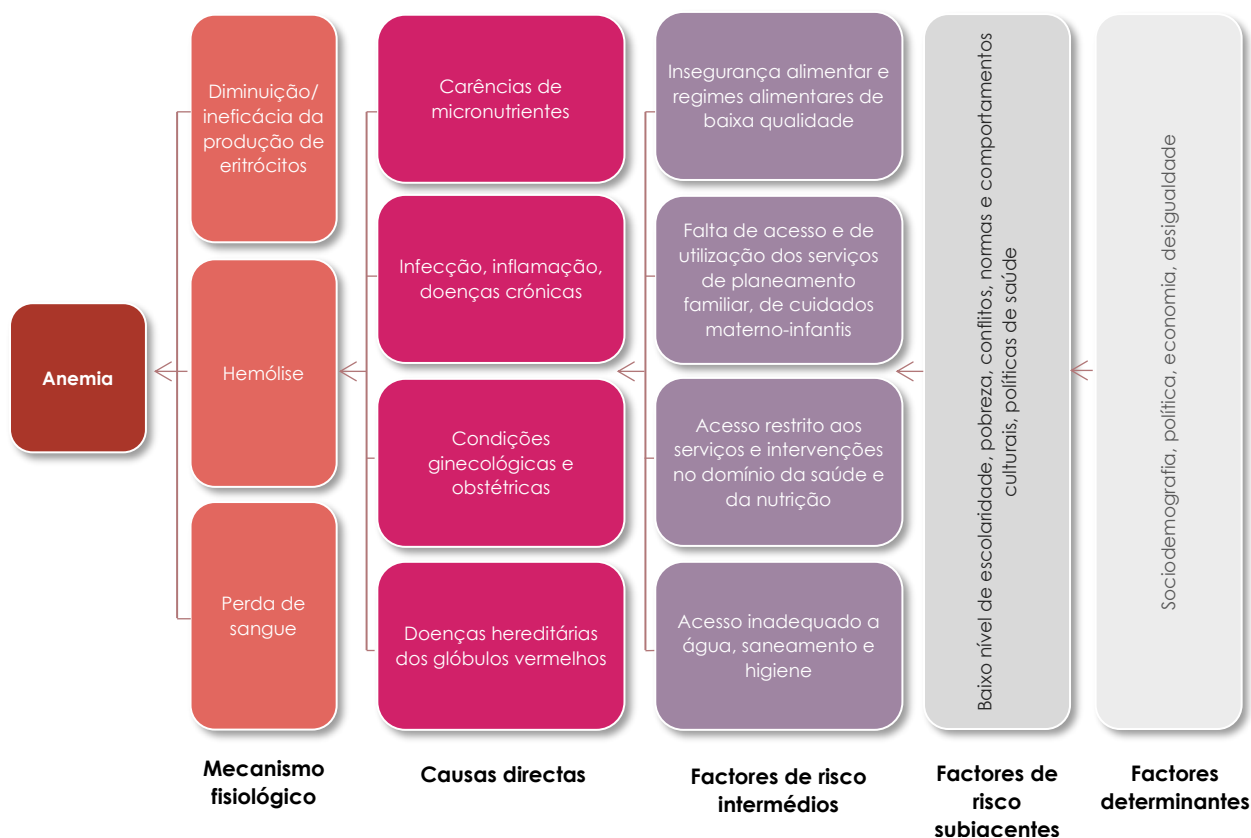
A Estratégia de Saúde para África (ESA) 2016-2030 e a Estratégia Regional de Nutrição para África (ERNA) 2016-2025 exprimem o compromisso da União Africana (UA) de melhorar o estado de nutrição e de saúde da população nos Estados Membros da UA (7,8), em conformidade com a Agenda 2063, "A África que Queremos", que preconiza *indivíduos saudáveis e bem-nutridos*. O objectivo da ESA de reduzir a morbilidade e acabar com a mortalidade evitável por doenças transmissíveis e não transmissíveis e outras condições, estabelece a missão para o continente de melhoria da saúde, para a qual este Plano Estratégico procura contribuir. A ERNA inclui uma meta para a redução da anemia nas mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) em 50 %, até 2025, em relação aos níveis de referência de 2012, em consonância com a Meta Global de Nutrição para a redução da anemia, adoptada pela Assembleia Mundial da Saúde (AMS) em 2012 (9). Em 2021, todos os Estados-membros da UA não estavam em vias de atingir a Meta da ERNA e da Nutrição Global, para a redução da anemia em mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos), tendo 17 Estados-membros alcançado alguns progressos em relação à meta e 36 Estados-membros não apresentaram quaisquer progressos em relação à meta (10,11).

Etiologia da anemia

Um dos principais desafios para a redução da anemia é a sua etiologia complexa (Figura 1). Existem três mecanismos fisiológicos que explicam o desenvolvimento da anemia: produção ineficaz de glóbulos vermelhos (eritrócitos), destruição dos glóbulos vermelhos (hemólise) e perda de sangue (12). Uma variedade de condições é a causa directa de um ou mais destes mecanismos, incluindo carências de micronutrientes; infecções, inflamações e doenças crónicas; condições ginecológicas e obstétricas; e doenças hereditárias dos glóbulos vermelhos. Os factores de risco para as causas directas da anemia incluem a insegurança alimentar e regimes alimentares de baixa qualidade, a falta de acesso

e utilização de serviços de planeamento familiar e de cuidados materno-infantis, o acesso e utilização restrita de serviços e intervenções de saúde e nutrição e o acesso escasso a água, saneamento e higiene. Os factores de risco subjacentes incluem a pobreza, a baixa escolaridade, os ambientes insalubres e as desigualdades de género. As principais causas de anemia coexistem frequentemente nos indivíduos e nas populações. A carência de ferro é amplamente reconhecida como o principal factor que contribui para a anemia a nível mundial; no entanto, as intervenções com ferro podem ser ineficazes na redução da incidência da anemia se não forem abordadas outras causas não relacionadas, como a infecção, a inflamação crónica e outras deficiências de micronutrientes, bem como as razões subjacentes à carência de ferro (6). Devido aos determinantes complexos e multifacetados da anemia, a prevenção e o controlo eficazes exigem a implementação coordenada de um conjunto de intervenções multisectoriais e específicas ao contexto. Isto está em consonância com as abordagens estratégicas da ESA 2016-2030, que dá ênfase ao reforço dos sistemas de saúde, ao aumento das intervenções de saúde, à actuação intersectorial que envolve intervenientes estatais e não estatais para além do sector da saúde e comunidades capacitadas (7).

Figura 1. Plano conceptual para a etiologia da anemia.



Principais causas de anemia em África

Esta secção apresenta um resumo das causas directas da anemia no continente africano, retirado das conclusões da Análise Abrangente, que foi realizada para fundamentar este Plano Estratégico para a

Prevenção e Tratamento da Anemia em África (5). Também se inclui uma breve discussão das causas subjacentes; no entanto, o Plano Estratégico centra-se principalmente na abordagem das causas directas. O Anexo 1 apresenta a prevalência a nível de cada país das causas directas da anemia e destaca as lacunas de dados, enquanto o Anexo 2 destaca os dados da análise da Incidência Global da Doença, ilustrando que a carência de ferro na alimentação parece ser uma das principais causas de anemia entre as mulheres em todas as regiões de África.

Causas Directas

1. Carências de Micronutrientes

Os dados sobre a prevalência das carências de micronutrientes que constituem factores de risco de anemia são limitados, mas os dados disponíveis revelam uma grande variação entre os Estados-membros e taxas extremamente elevadas em alguns contextos. Em 2022, uma análise baseada em inquéritos à população representativos a nível nacional, que recolheu dados sobre biomarcadores de micronutrientes, estimou que 80% das mulheres não grávidas (161 milhões) e 64% das crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 59 meses nos Estados-membros em África apresentam uma carência de, pelo menos, um dos três micronutrientes avaliados (ferro, zinco e folato) (13). Além disso, os dados disponíveis até Junho de 2023 sobre a prevalência da anemia por carência de ferro (ACF), medida nos últimos dez anos em amostras representativas da população, indicam que a carência de ferro pode ser um factor que contribui para a anemia no continente: 29-39% em crianças com menos de cinco anos (13 países), 7-26% em mulheres grávidas (três países) e 2-28% em mulheres não grávidas (dez países) (14). Os dados da análise da Incidência Global da Doença de 2021 confirmam que a carência de ferro na alimentação é uma das principais causas de anemia entre as mulheres em África (6). Poucos Estados-membros recolheram dados representativos sobre a prevalência de carência de zinco (seis países), folato (dez países), vitamina B12 (oito países) ou vitamina A (14 países). As principais razões comuns para as carências de micronutrientes incluem a insegurança alimentar e a escassa diversidade alimentar, que resultam numa ingestão deficiente de micronutrientes, e elevadas taxas de infecção e inflamação, que inibem a absorção e utilização de micronutrientes e aumentam as perdas.

2. Infecção, Inflamação e Doença Crónica

As infecções de particular importância pela sua contribuição para a anemia incluem a malária, os helmintos transmitidos pelo contacto com o solo, a esquistossomose, o VIH e a tuberculose. A análise da Incidência Global da Doença concluiu que o VIH é o segundo maior factor que contribui para os YLD relacionados com a anemia (depois da carência de ferro) na África Austral (6). O continente africano concentra mais de dois terços (25,6 milhões) das pessoas que vivem com VIH em todo o mundo e registou cerca de 20% de novos casos de tuberculose em 2021 (2,5 milhões) (15,16).

Nas zonas endémicas, a malária é provavelmente a principal causa de anemia, sobretudo entre as crianças com menos de cinco anos, uma vez que o continente alberga 95% da incidência global de casos de malária e 96% das mortes por malária (17). A incidência de outras infecções parasitárias é também elevada neste continente. Por vezes, passam despercebidas e causam anemia, quer directamente através da perda de sangue, quer indirectamente através da supressão da medula óssea, inflamação, hiperesplenismo, hemólise ou anorexia. A anemia é particularmente comum em

indivíduos infectados com *Schistosoma* ou helmintos transmitidos pelo contacto com o solo, incluindo infecções por ancilostomídeos, que contribuem significativamente para a anemia. O tricurídeo (*Trichuris trichiura*) também causa perda de sangue intestinal e as crianças em idade escolar com infecções graves têm uma maior prevalência de anemia (18).

3. Condições Ginecológicas e Obstétricas

A anemia em mulheres com idades entre os 15 e os 49 anos é significativamente influenciada pela perda de sangue resultante de hemorragias menstruais abundantes e de hemorragias pós-parto (HPP). Embora os dados sobre hemorragias menstruais abundantes entre as mulheres em África sejam escassos, estudos realizados noutras regiões relataram uma prevalência de 20-40% (19-22). A HPP ocorre em cerca de 6% das mulheres que dão à luz em todo o mundo, com taxas mais elevadas, até 10,5%, registadas em alguns Estados-membros de África (23,24). A taxa mais elevada reflecte vários factores, incluindo a elevada prevalência de anemia pré-existente entre as mulheres grávidas, a escassez de profissionais de saúde e uma lacuna actual na aplicação das orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o tratamento da HPP (25,26). Os miomas uterinos, tumores benignos comuns que podem afectar as mulheres no início da menopausa, têm sido associados a hemorragias uterinas anormais (27). Globalmente, os miomas uterinos podem predominar em cerca de 70% das mulheres em idade reprodutiva (27), sendo que 20-50% dos casos apresentam sintomas de hemorragia intensa (28), o que pode resultar em anemia por carência de ferro. No continente africano, a prevalência varia entre 1800 e 15 600 casos por 100 000 mulheres (29).

4. Doenças Hereditárias dos Glóbulos Vermelhos

As doenças hereditárias dos glóbulos vermelhos, que afectam aproximadamente 5% da população mundial, são mais predominantes no continente africano, com cerca de 18% de afectados (30). Esta prevalência mais elevada pode estar associada à interacção entre estas doenças e a endemicidade da malária, uma vez que estas parecem oferecer alguma protecção contra as infecções por malária (30). As principais doenças hereditárias dos glóbulos vermelhos que contribuem para a prevalência da anemia no continente africano incluem a doença falciforme e a carência de glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD) (31). Mais de dois terços dos 120 milhões de indivíduos afectados em todo o mundo pela doença falciforme residem nos Estados-membros da UA (32). A carência de G6PD afecta cerca de 400 milhões de indivíduos (33), tendo as taxas médias de prevalência mais elevadas sido registadas nos países africanos (7,5%), seguidos dos países do Médio Oriente (6%) e com taxas de prevalência superiores a 15% na República da Libéria, na República da Costa do Marfim, na República do Gana, na República Federal da Nigéria, na República Gabonesa, na República Democrática do Congo, na República Unida da Tanzânia, na República de Moçambique e na República do Madagáscar e taxas de prevalência superiores a 20% na República Centro-Africana e na República Federal da Somália (31).

Factores de Risco Intermédios e Subjacentes da Anemia

As causas directas da anemia têm subjacentes factores ambientais complexos, de base sistémica e sociopolítica, que não só aumentam o risco, como também impedem os progressos na prevenção e no controlo da anemia. Estes são os factores de risco “intermédios” e “subjacentes” referidos no plano conceptual da OMS para a etiologia da anemia (Figura 1). Os factores críticos de risco intermédio no

continente africano estão relacionados com a estabilidade e a eficácia dos sistemas alimentares, de saúde, de água, de higiene e de saneamento.

- Insegurança Alimentar e Regimes Alimentares de Baixa Qualidade: Em 2020, a prevalência de insegurança alimentar moderada ou grave em África era de quase 60% , comprometendo a qualidade da dieta e o estado nutricional (34).
- Falta de Acesso e de Utilização dos Serviços de Planeamento Familiar, Cuidados Materno-infantis: A cobertura de quatro ou mais consultas de cuidados pré-natais variou entre 24 e 87% nos Estados-membros da UA entre 2015 e 2021, com valores semelhantes para a proporção das necessidades de planeamento familiar abrangidas através de métodos contraceptivos modernos em 2020(35).
- Acesso Restrito aos Serviços e Intervenções no Domínio da Saúde e da Nutrição Em termos de serviços de saúde essenciais, o continente africano obtém uma pontuação de 50/100 no índice de cobertura dos serviços de saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, com os Estados-membros a obterem pontuações entre 17 e 86 (36).
- Acesso Inadequado a Água, Saneamento e Higiene: Mais de 60% da população do continente não tem acesso a água potável e serviços de saneamento básico geridos de forma segura (37).

Estes desafios sistémicos são impulsionados e agravados por factores de risco subjacentes, como a pobreza, a desigualdade entre homens e mulheres e a educação. Alguns Estados-membros têm a maior proporção mundial de desempregados e subempregados, com cerca de 433 milhões de pessoas a viver com menos de 1 dólar por dia (38). A **desigualdade** de género, a falta de capacitação das mulheres e as práticas culturais associadas ao casamento e à gravidez precoces podem colectivamente aumentar o risco de anemia (39). Além disso, os conflitos e as crises humanitárias no continente constituem factores de risco subjacentes à anemia, devido à falta de alimentação adequada, à fome, etc. Por último, as alterações climáticas podem resultar no alastramento de doenças infecciosas que causam anemia, em perturbações dos serviços de saúde e podem aumentar a insegurança alimentar (40).

O Plano Estratégico para a Prevenção e Tratamento da Anemia em África

Fundamentação para o Desenvolvimento do Plano Estratégico

A UA reconhece a importância de aceleração do progresso para reduzir a anemia através de abordagens multissectoriais fundamentadas, que visam alcançar as metas do continente para melhorar a saúde e o desenvolvimento económico.

A ERNA 2016-2025 inclui o objectivo de redução da anemia em 50% nas mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos), no entanto, não foi desenvolvida com uma subestratégia específica para atingir este objectivo. Por conseguinte, é necessário um plano estratégico específico para a anemia, uma vez que se trata de um problema de saúde pública transversal que exige acções simultâneas que abordem as principais causas em cada contexto local e que não são explicitamente abordadas noutros planos. Além disso, as tendências dos dados revelam que a inclusão de intervenções contra a anemia em programas separados para doenças específicas não tem sido adequada na redução do peso da

anemia, sendo necessária uma nova abordagem coordenada com mecanismos de atribuição de responsabilidades específicos para a anemia.

Considerando o importante impacto social e económico que a anemia tem nas sociedades, a temática anual da UA para 2022 dedicada à nutrição recomendou o desenvolvimento de um Plano Estratégico Continental que servirá de alicerce para o reforço dos Planos de Actuação Nacionais para a redução da anemia nos Estados-membros. Como parte do Plano de Trabalho da Temática Anual da UA dedicada à Nutrição, a OMS e a Nutrition International comprometeram-se a apoiar a CUA no desenvolvimento deste Plano Estratégico.

O Processo de Desenvolvimento do Plano Estratégico

O processo de desenvolvimento do Plano Estratégico começou com uma análise abrangente do panorama da prevalência da anemia e dos seus determinantes, bem como da situação das políticas e programas que abordam a anemia no continente africano. Seguiu-se uma revisão rigorosa por peritos técnicos através de consultas com diversas partes interessadas, incluindo os Estados-membros da UA, as Comunidades Económicas Regionais (CER) e os parceiros de desenvolvimento.

O Plano Estratégico está em consonância e contextualiza o Plano de Actuação Global da OMS para acelerar a redução da anemia a nível mundial (41) e baseia-se na direcção estratégica e nos princípios fundamentais da ESA 2016-2030, que incluem a importância da liderança governamental, da coordenação da acção multisectorial, do fortalecimento do sistema de saúde e a tomada de decisões com base em dados. O Plano Estratégico harmoniza as prioridades de abordagem das causas directas da anemia nos Estados-membros. Muitas destas prioridades já foram delineadas noutros planos da UA, tais como a ERNA 2016-2025, o Plano de Actuação de Maputo 2016-2030 (Acesso Universal a Serviços Abrangentes de Saúde Sexual e Reprodutiva em África), o Plano Estratégico da AIDS Watch Africa 2016-2030, o Plano Catalisador para Erradicar o VIH, a Tuberculose e Eliminar a Malária até 2030 e o Plano Continental para o Controlo e Erradicação de Doenças Tropicais Negligenciadas em África até 2030.

Todo o processo foi orientado por um Grupo Técnico Consultivo composto por representantes da CUA, da Nutrition International, da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). O Plano Estratégico foi ainda apresentado no 14.º Grupo de Trabalho Africano para o Desenvolvimento Alimentar e Nutricional (GTADAN) e no Quinto Comité Técnico Especializado em Saúde, Nutrição, População e Controlo de Drogas (CTE-SNPCD) da UA.

Meta e Objectivo do Plano Estratégico

Meta

A principal meta do Plano Estratégico para a Prevenção e Tratamento da Anemia em África é proporcionar acções estratégicas, fundamentadas e implementáveis para a redução da prevalência da anemia entre os Estados-membros da UA, contribuindo assim para uma melhor saúde e bem-estar maternos, infantis e da população.

Objectivo

O Plano Estratégico para a Prevenção e Tratamento da Anemia em África visa orientar os Estados-membros no sentido de desenvolverem planos de actuação nacionais contextualizados e orçamentados para a prevenção e gestão da anemia, complementados por um plano de monitorização e avaliação e mecanismos de responsabilização para os programas de anemia.

Áreas de Actuação Prioritárias a Considerar

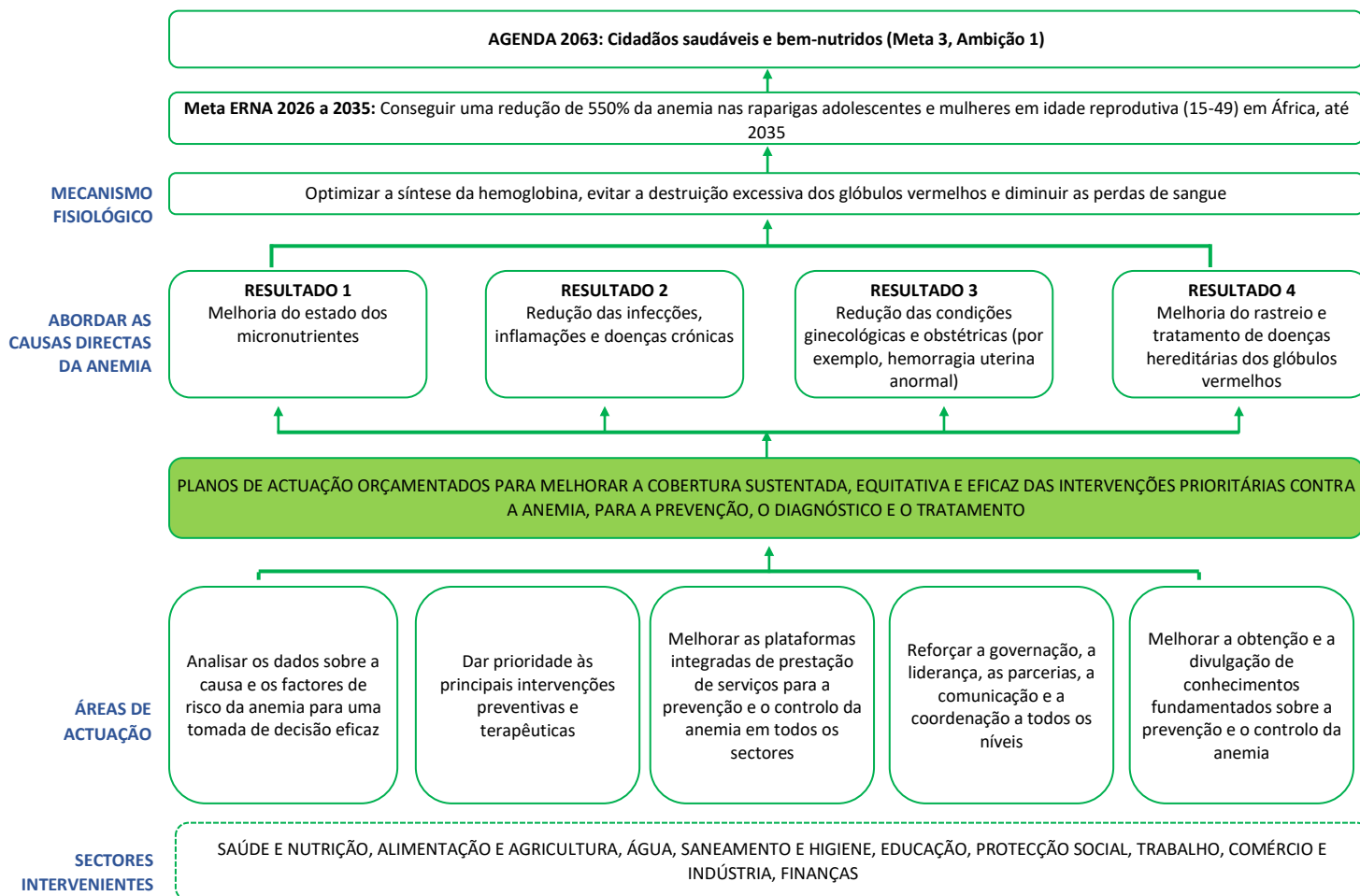
Historicamente, os esforços de controlo da anemia têm-se centrado na redução da carência de ferro, mas esta abordagem tem-se revelado inadequada, dada a etiologia multifactorial da anemia. Além disso, a quota-parte em que a carência de ferro contribui para a anemia varia consoante o contexto, dependendo da incidência da inflamação e da infecção (40). Assim, existe claramente a necessidade de uma abordagem multisectorial com base em dados, adaptada a contextos específicos, para prevenir e controlar eficazmente a anemia.

Embora as intervenções para combater as causas directas da anemia sejam principalmente lideradas pelos sectores da saúde e da nutrição e da alimentação e agricultura, as intervenções contra a anemia dependem de acções de outros sectores para combater as determinantes intermédias e subjacentes da anemia. Assim, é necessária uma coordenação eficaz e uma colaboração multisectorial para garantir que todas as intervenções prioritárias sejam implementadas simultaneamente, funcionando de modo sinérgico em cada contexto.

Este plano estratégico oferece orientações para ajudar os Estados-membros da UA a estabelecer ou a aperfeiçoar as metas nacionais e os planos de actuação, com base em cinco áreas de actuação prioritárias destacadas na figura 2, abaixo.

Em consonância com a ERNA 2016-2025, a sua sucessora ERNA 2026-2035, e a Agenda 2063 da União Africana, que visa assegurar cidadãos saudáveis e bem nutridos em África, este plano apoiará a meta para alcançar uma redução de 50% da anemia nas raparigas adolescentes e mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) em África, até 2035.

Figura 2. Plano Conceptual para acelerar a redução da anemia em África.



Adaptado de: Accelerating anaemia reduction: a comprehensive framework for action. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2023; e Global anaemia reduction efforts among women of reproductive age: impact, achievement of targets and the way forward for optimizing efforts. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2020

As áreas estratégicas de interesse incluem o seguinte:

1. Analisar os dados sobre as causas e os factores de risco da anemia para uma tomada de decisão eficaz.
2. Dar prioridade às principais intervenções preventivas e terapêuticas.
3. Melhorar as plataformas integradas de prestação de serviços para a prevenção e o controlo da anemia em todos os sectores.
4. Reforçar a liderança a governação, a liderança, as parcerias, a comunicação e a coordenação a todos os níveis.
5. Melhorar a obtenção e a divulgação de conhecimentos fundamentados sobre a prevenção e o controlo da anemia.

As Áreas de Actuação não são prescritivas, mas fornecem um conjunto de intervenções e actuações que os Estados-membros são incentivados a adaptar em função do contexto e das necessidades.

As três primeiras áreas de actuação são sustentadas pelas duas últimas áreas, que são consideradas transversais.

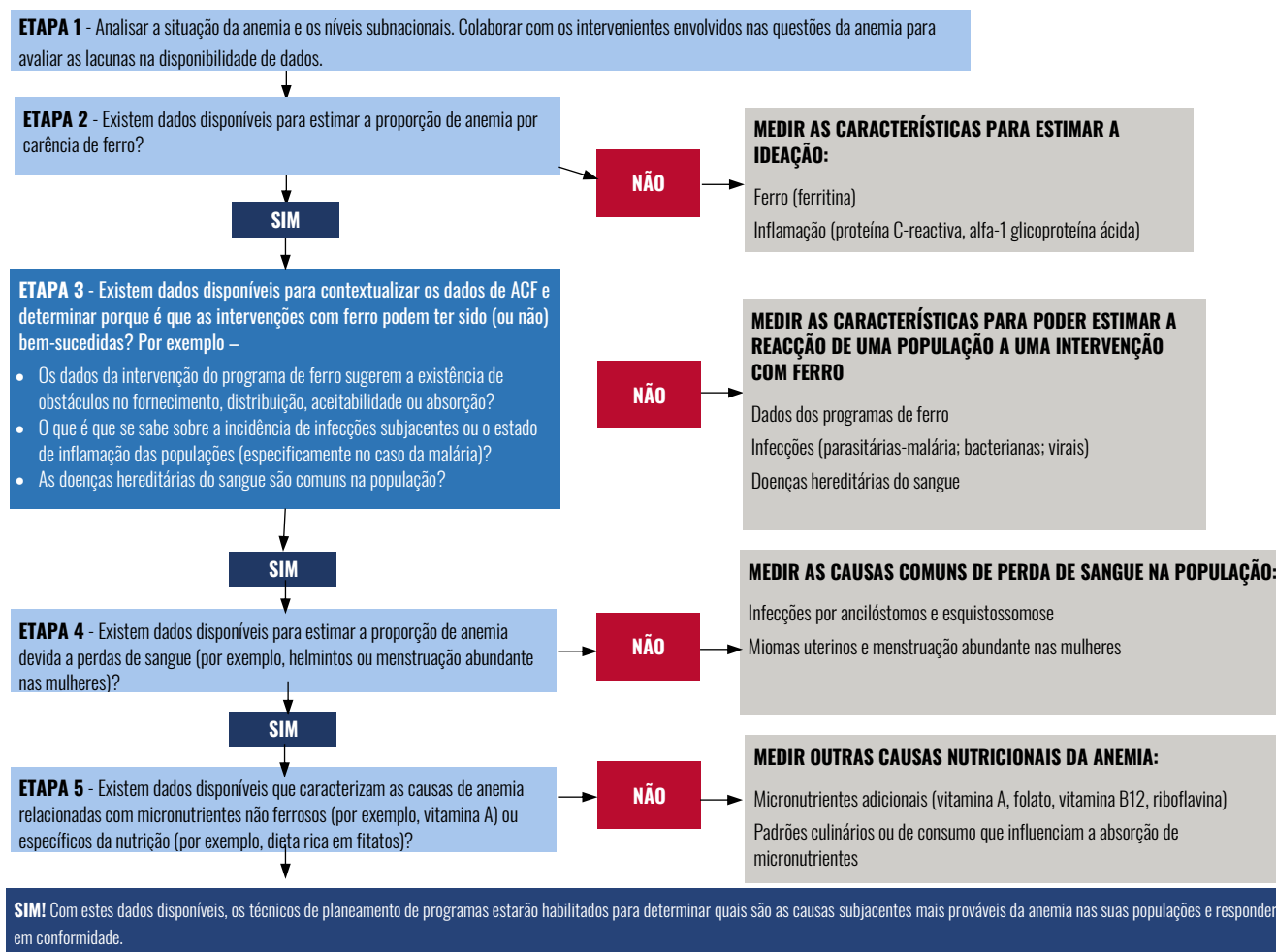
A Figura 2 também destaca os sectores relevantes que contribuem para a prevenção e o controlo da anemia incluindo a educação; a protecção social; a água, o saneamento e a higiene (water, sanitation, and hygiene, WASH); o trabalho, o comércio e a indústria e as finanças. Esta colaboração cria as condições necessárias para alcançar uma cobertura equitativa, promover uma elevada adesão e garantir a eficácia das intervenções no domínio da saúde e da nutrição.

Área de Actuação 1: Analisar os dados sobre as causas e os factores de risco da anemia para uma tomada de decisão eficaz

Um passo preliminar para resolver o problema da anemia é compreender as suas diferentes causas e factores de risco. Dada a sua etiologia complexa, são necessárias múltiplas fontes de dados para compreender adequadamente as causas e os factores de risco da anemia num determinado país. Estas fontes de dados são vitais para determinar as prioridades de introdução, reforço e/ou coordenação das intervenções a adoptar como resposta (42-44). Assim, o processo de recolha e análise de dados pode ser uma tarefa de dimensão considerável e dispendiosa, mas é necessário para garantir a implementação de acções eficazes. Recomenda-se a utilização de fontes de dados existentes, incluindo sistemas de controlo governamentais e programáticos e inquéritos transversais tais como o Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS), o Inquérito Nacional da Malária e o Inquérito de Indicadores Múltiplos Agrupados (IIMA) conforme descrito na Figura 3.

Estas devem ser complementadas por uma compreensão das tradições e práticas locais que podem influenciar a adopção e a eficácia de intervenções específicas. Sempre que disponíveis, os inquéritos nacionais sobre micronutrientes são uma das fontes mais valiosas de dados sobre a prevalência e as causas da anemia em determinados países. Nos últimos dez anos, foram realizados inquéritos deste tipo em, pelo menos, seis Estados-membros (Somália, Serra Leoa, Senegal, Maláui, Gana e Gâmbia) (45-50). Adicionalmente, foi efectuado um estudo sobre a etiologia da anemia na Etiópia (51). Os resultados destes inquéritos demonstram que os principais factores determinantes da anemia e, por isso, as intervenções prioritárias para a combater, variam significativamente de país para país.

Figura 3. Estrutura para a Tomada de Decisão quanto à Recolha de Informação sobre as Causas Subjacentes da Anemia ao Nível da População.



Fonte: Williams AH, Brown KH, et al. (2023). Improving anemia assessment in clinical and public health settings. J Nutr <https://doi.org/10.1016/j.tjnut.2023.05.032>.

As acções estratégicas sugeridas para recolher e analisar dados sobre as causas e os factores de risco da anemia incluem:

1. Realização de uma análise abrangente e dos factores determinantes da anemia ao nível nacional e subnacional, utilizando as fontes de dados existentes

Recomenda-se vivamente que os intervenientes que representam todos os sectores e os protagonistas relevantes sejam integrados no processo de análise abrangente, que deve incluir informações pertinentes sobre:

- Prevalência de anemia e das causas directas de anemia.
- Cobertura, equidade e qualidade das plataformas de prestação de serviços e intervenções fundamentais contra a anemia.
- Situação dos programas relacionados com a nutrição, o controlo das doenças, a água e o saneamento, a saúde reprodutiva, a agricultura e o aconselhamento e tratamento genético
- Estratégias e políticas existentes adoptadas em relação à anemia.

2. **Realização de uma análise dos dados de acompanhamento e das políticas e orientações para identificar oportunidades de integração entre sectores e plataformas.**
3. **Realização de uma análise do custo das intervenções e programas existentes.**

A Análise Abrangente da Anemia em África que orientou o desenvolvimento deste Plano Estratégico foi concebida para facultar informações que podem ser complementadas por uma análise panorâmica realizada à escala nacional, se necessário.

Também se pode fazer referência às orientações da *Anaemia Landscape Analysis Tool* (Ferramenta de Análise do Contexto da Anemia) desenvolvida pelo programa Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) da USAID (52). O SPRING também documentou as experiências ao nível nacional no Uganda e na Serra Leoa com a realização de uma análise abrangente sobre a anemia e o modo como utilizar as conclusões para desenvolver um plano de acção multisectorial para a anemia (53,54).

Área de Actuação 2: Dar prioridade às principais intervenções preventivas e terapêuticas

Os dados contextualizados sobre a prevalência e as principais causas da anemia orientam a selecção e a definição de prioridades das intervenções contra a anemia e o seu controlo. Embora muitas intervenções relevantes já estejam implementadas no âmbito de vários programas sectoriais nacionais, pode ser necessário reconhecer explicitamente a respectiva função como parte do plano de controlo da anemia. Isto pode significar o reforço dos mecanismos de prestação de serviços comunitários e institucionais, incluindo a orientação e a formação de funcionários a todos os níveis, a coordenação da implementação com outras intervenções contra a anemia e o desenvolvimento de uma estrutura integrada para a monitorização, a avaliação e a elaboração de relatórios sobre a anemia. Para além disso, importa referir que, dependendo do contexto e dos recursos, estas intervenções podem ser realizadas através de plataformas de saúde comunitárias ou institucionais, locais de trabalho, escolas, programas de protecção social ou plataformas de mercado aberto.

Existe uma gama considerável de intervenções eficazes disponíveis para melhorar as concentrações de hemoglobina e reduzir a prevalência da anemia (60). Esta secção descreve as principais intervenções recomendadas para abordar as causas directas da anemia, com acções prioritárias a considerar nos planos de acção nacionais para a anemia. Mais pormenores sobre as intervenções específicas e ligações aos documentos de orientação estão disponíveis no anexo Web do documento da OMS *Accelerating anaemia reduction: a comprehensive plan for action* e em análises recentes (41,60-62).

A. MELHORIA DO ESTADO DOS MICRONUTRIENTES

É fundamental a melhoria do estado dos micronutrientes na população em geral para a prevenção e o controlo da anemia. Existem diversas intervenções a considerar, incluindo a diversificação dos regimes alimentares e a fortificação dos alimentos básicos, bem como a fortificação nos locais de consumo e a suplementação de micronutrientes dirigida a grupos específicos em risco de ingestão inadequada.

1. Diversificação Alimentar

A diversificação alimentar engloba uma variedade de intervenções destinadas a melhorar o consumo de alimentos ricos em micronutrientes, com base em dados e conhecimentos sobre os padrões alimentares, a segurança alimentar e os ambientes alimentares. A Política Comum Africana sobre Sistemas Alimentares define a estratégia continental para o reforço dos sistemas alimentares, promovendo a segurança alimentar, a nutrição e a prosperidade económica.

Dependendo do contexto, os planos de actuação orçamentados podem incluir intervenções para melhorar a diversificação da dieta através de melhorias equitativas em:

- **Produção e conservação de alimentos para garantir o acesso e o consumo de alimentos seguros e nutritivos.**
- **Promoção da produção e do consumo da indústria alimentar natural/alimentos indígenas.**
- **Sistemas de distribuição de alimentos, incluindo o reforço e o aproveitamento dos mercados alimentares locais.**
- **Desenvolvimento económico.**
- **Programas de protecção social.**
- **Educação nutricional e intervenções para mudanças de comportamentos.**

As metas, objectivos e intervenções devem ser determinados, implementados e monitorizados através de uma abordagem coordenada e multisectorial, conforme salientado na Política Comum Africana sobre os Sistemas Alimentares (Item 63, p. 11) (63). As metas variam em função dos níveis de referência.

2. Fortificação dos alimentos básicos

Isto envolve a inclusão de micronutrientes durante o processamento de alimentos amplamente consumidos pela população e oferece uma forma de aumentar a ingestão de micronutrientes sem exigir mudanças nos hábitos alimentares, desde que os alimentos fortificados sejam amplamente consumidos. O processo de fortificação deve utilizar níveis adequados de ferro com elevada biodisponibilidade, assente em fortes sistemas de regulamentação e controlo de qualidade (64).

Em 2022, a UA adoptou uma declaração para intensificar a fortificação e a biofortificação de alimentos em África¹. Muitos Estados-membros já fortificam a farinha de trigo e/ou de milho, mas poderá ser necessário alargar o seu alcance e melhorar o controlo de qualidade. O veículo de fortificação seleccionado deve ser adaptado ao consumo dos alimentos básicos de cada país e, nalguns casos, a escolha do veículo de fortificação pode ter de ser reconsiderada com base nos padrões de consumo actuais. Assim, os objectivos da fortificação nos planos de actuação nacionais contra a anemia variam consoante a fase de planeamento e implementação e devem ser orientados por uma análise abrangente.

¹ https://au.int/sites/default/files/decisions/41583-Assembly_AU_Dec_813-838_XXXV_E.pdf

Os Estados-membros com programas existentes de fortificação de cereais essenciais podem considerar a inclusão de uma ou mais das seguintes acções no seu plano nacional orçamentado para a anemia:

- **Realização de uma avaliação do programa nacional de fortificação em curso, garantindo uma harmonização com as normas e veículos de fortificação ao nível regional.**
- **Expandir o alcance dos cereais básicos adequadamente fortificados.**
- **Implementação da legislação que obriga à fortificação dos alimentos básicos.**
- **Melhorar o cumprimento das normas regulamentares para a fortificação, prestando apoio aos moleiros.**
- **Reforço dos mecanismos de controlo e aplicação para garantir a coerência da fortificação dos cereais básicos ao longo da cadeia de abastecimento.**
- **Investigar a viabilidade de fortificação adicional de outros cereais básicos.**

Os Estados-membros que não estão actualmente a implementar a fortificação dos alimentos básicos podem considerar a inclusão de uma ou mais das seguintes acções:

- **Realização de um estudo de viabilidade sobre a fortificação.**
- **Desenvolvimento de uma estratégia nacional de fortificação que garanta a harmonização com as normas e veículos de fortificação ao nível continental e regional.**
- **Realização de campanhas públicas de sensibilização para educar a população sobre os benefícios do consumo de cereais básicos fortificados.**

3. Suplementação com Micronutrientes

A suplementação com micronutrientes envolve o fornecimento de micronutrientes específicos, geralmente sob a forma de comprimidos, a grupos-alvo com maior prevalência ou risco de carência, incluindo mulheres grávidas, raparigas adolescentes, mulheres não grávidas com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos, e crianças.

i. Mulheres grávidas

A suplementação diária com ferro e ácido fólico (FAF) para todas as mulheres grávidas é recomendada como uma intervenção-padrão nos programas nacionais de cuidados pré-natais (CPN) (65), no entanto, é difícil conseguir uma cobertura universal e garantir o consumo de um ciclo completo de FAF. Os inquéritos nacionais, como o IDS, podem ser analisados para identificar potenciais pontos de falha, incluindo o momento da primeira consulta de CPN, a inclusão de, pelo menos, quatro consultas de CPN, a obtenção de FAF através de CPN e o consumo de 90 ou 180 comprimidos (66). A investigação sobre a implementação indica a necessidade de reforço das cadeias de abastecimento e do aconselhamento sobre FAF para melhorar a cobertura de FAF (67).

Recomenda-se que todos os Estados-membros examinem os dados relativos à cobertura de FAF, incluindo quaisquer dados relacionados com os obstáculos e os factores que facilitam a administração de FAF, como parte da análise abrangente da anemia (“Área de Actuação 1”). Com base nas conclusões, uma ou mais das seguintes acções podem ser incluídas no plano nacional de combate à anemia, com objectivos e actividades de apoio contextualmente adequados:

- **Melhorar a cobertura de CPN e/ou a procura atempada de cuidados.**
- **Melhorar a cobertura de AFA através dos serviços de CPN.**
- **Melhorar a proporção de mulheres grávidas que tomam 180 comprimidos que contêm ferro.**
- **Realizar uma investigação de implementação para compreender os obstáculos e os factores que facilitam a cobertura e a adesão aos suplementos que contêm ferro a nível nacional e subnacional.**
- **Realizar acções de sensibilização e de promoção de políticas destinadas aos decisores políticos e aos principais intervenientes, de modo a dar prioridade à anemia enquanto questão de saúde pública.**
- **Atribuir recursos para intervenções abrangentes, incluindo a suplementação com AFA e serviços de CPN.**

A última actualização das directrizes da OMS sobre cuidados pré-natais (CPN) recomenda o fornecimento de suplementos múltiplos de micronutrientes (SMM) às mulheres grávidas com base em estudos de investigação rigorosos (65). Diversos países já estão a fazer progressos e a utilizar com sucesso a investigação sobre a implementação para compreender os obstáculos e os factores que facilitam a disponibilidade, a procura e a distribuição, bem como, para elaborar e testar estratégias de distribuição eficaz de SMM no respectivo contexto nacional. Assim:

- **Se exequível, os países são incentivados a realizar investigação de implementação para avaliar a distribuição regular de SMM como parte dos cuidados-padrão durante a gravidez.**

ii. Raparigas adolescentes e mulheres em idade reprodutiva não grávidas

A suplementação com ferro e ácido fólico é recomendada para as adolescentes menstruadas e para as mulheres não grávidas com esquemas posológicos com base na prevalência de anemia neste grupo-alvo. Recomenda-se a toma diária de suplementos durante três meses consecutivos em cada ano civil quando a prevalência da anemia é igual ou superior a 40% (68). Em contextos com uma prevalência de anemia entre 20-39%, recomenda-se o fornecimento de suplementos semanais de ferro e ácido fólico (SSFAF) num ciclo rotativo de três meses seguidos de três meses de suspensão (69). Existem desafios à implementação destas recomendações e poucos Estados-membros têm programas de suplementação preventiva devidamente estabelecidos para esta população-alvo, mas as possíveis plataformas de distribuição incluem escolas, programas de saúde comunitários e locais de trabalho (70).

Dependendo da prevalência da anemia e dos programas existentes para raparigas adolescentes e mulheres em idade reprodutiva, os Estados-membros podem considerar uma ou mais das seguintes acções nos seus planos nacionais orçamentados para a anemia:

- **Desenvolvimento de uma estratégia de implementação para disponibilizar suplementos preventivos de ferro a raparigas adolescentes e mulheres não grávidas entre os 15 e os 49 anos.**
- **Realização de investigação de implementação para compreender os obstáculos e os factores que facilitam a implementação e a adesão à suplementação de ferro para**

raparigas adolescentes e mulheres não grávidas com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos, a nível nacional e subnacional.

iii. Bebés, crianças em idade pré-escolar e escolar

Recomenda-se a toma diária de suplementos de ferro durante três meses consecutivos por cada ano civil, quando a prevalência de anemia em bebés e crianças pequenas com idades compreendidas entre os 6 e os 23 meses é igual ou superior a 40%, variando a dosagem em função do grupo etário (71). No entanto, a disponibilização de suplementos de ferro a crianças pequenas pode apresentar obstáculos significativos ao nível da implementação e da adesão. É essencial notar que, em ambientes onde a malária é endémica, as intervenções para disponibilização de ferro adicional a crianças não devem ser implementadas, excepto se existirem medidas adequadas de vigilância, prevenção e tratamento da malária.

Em contextos em que a prevalência de anemia em crianças em idade pré-escolar (24-59 meses) ou em idade escolar (5-12 anos) é igual ou superior a 20%, a OMS recomenda a suplementação intermitente de ferro como intervenção de saúde pública em crianças em idade pré-escolar e escolar para melhorar o nível de ferro e reduzir o risco de anemia (71). A recomendação indica que o fornecimento de suplementos de ferro numa base intermitente pode ser integrado em programas escolares ou comunitários para alcançar as populações-alvo, assegurando que as necessidades nutricionais diárias das crianças em idade pré-escolar ou escolar são satisfeitas e não excedidas através da avaliação do estado nutricional e da ingestão.

Conforme indicado na Área de Actuação 1, recomenda-se que os Estados-membros realizem uma análise abrangente para avaliar a prevalência da anemia e da malária em crianças e o estado dos programas que as abordam. Esta informação servirá de base à consideração de uma ou mais das seguintes acções para o seu plano nacional de anemia orçamentado:

- **Estudar a exequibilidade e a aceitabilidade da implementação da suplementação de ferro destinada às crianças.**
- **Em zonas endémicas de malária, reforçar a cobertura das intervenções de prevenção e controlo destinadas às crianças.**
- **Reforçar a cobertura dos actuais programas de suplementação de ferro destinados às crianças.**

4. Fortificação no Local de Consumo

Trata-se de uma abordagem eficaz para melhorar a ingestão de micronutrientes pelas crianças, em especial as mais pequenas. Recomenda-se a utilização de pós com múltiplos micronutrientes (PMN) para a fortificação no local de consumo, de modo a reduzir a anemia nas crianças dos 6 aos 23 meses e dos 2 aos 12 anos de idade (72). Os PMN podem ser distribuídos através de uma variedade de canais, incluindo programas de alimentação de bebés e crianças pequenas, programas de refeições escolares, serviços de saúde infantil, distribuidores do sector privado e programas alimentares de emergência. A selecção das plataformas de distribuição e dos objectivos de cobertura mais adequados dependerá do contexto nacional.

As acções sugeridas para os Estados-membros com programas de fortificação no local de consumo incluem:

- **Realização de uma avaliação do processo e/ou investigação sobre a aplicação para identificar os obstáculos e os factores que facilitam a distribuição e o consumo dos PMN.**
- **Alargamento da cobertura da fortificação no local de consumo.**

Sugestões de acções para os Estados-membros que considerem incluir a fortificação no local de consumo nos planos de acção nacionais contra a anemia:

- **Realização de um estudo de exequibilidade da aceitabilidade e entrega dos PMN.**
- **Em zonas endémicas de malária, reforçar a cobertura das intervenções de prevenção e controlo destinadas às crianças.**
- **Desenvolvimento de uma estratégia nacional para a fortificação no local de consumo.**

5. Biofortificação

A biofortificação engloba uma variedade de técnicas de criação e cultivo para aumentar o teor de micronutrientes das culturas alimentares básicas e está presentemente a ser implementada em 38 países africanos. A Declaração Continental da UA, de 2022, para intensificar a fortificação e biofortificação de alimentos em África recomenda que os Estados-membros incluam o financiamento da biofortificação nos orçamentos da agricultura e da segurança alimentar. Dependendo do estado da biofortificação e do contexto agrícola, as acções a considerar nos planos nacionais orçamentados para a anemia podem incluir:

- **Realização de um estudo-piloto ou de exequibilidade de cultura(s) biofortificada(s).**
- **Desenvolvimento/reforço/implementação de um quadro jurídico para a biofortificação e garantia do seu cumprimento.**
- **Criação ou reforço de instalações para a criação de cultura(s) biofortificada(s).**
- **Desenvolvimento de uma estratégia para introduzir e/ou intensificar a biofortificação.**
- **Avaliação da eficácia e/ou implementação da biofortificação.**

6. Promoção do Aleitamento Materno e da Alimentação de Lactentes e Crianças Jovens em Condições Ideais

Durante os primeiros meses de vida, o leite materno fornece toda a energia e nutrientes de que a criança necessita e continua a disponibilizar uma parte significativa das necessidades nutricionais da criança após a segunda metade do primeiro ano. Aos seis meses, quando o leite materno precisa de ser complementado por alimentos, a criança deve receber uma alimentação complementar adequada, pois este é um período crítico para o risco de carências de micronutrientes.

As acções sugeridas para os Estados-membros incluem:

- **Promoção de um aleitamento materno e de uma alimentação complementar ideais, de acordo com as orientações mais recentes (73).**

- **Exploração da utilização de suplementos ou produtos alimentares fortificados em contextos em que as necessidades de micronutrientes da criança não podem ser colmatadas (73).**

B. PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE INFECÇÕES E INFLAMAÇÕES

A Prioridade Estratégica 2 da ESA 2016-2030 inclui “*erradicar a SIDA, a tuberculose, a malária e as doenças tropicais negligenciadas e combater a hepatite, as doenças transmissíveis pela água e outras doenças transmissíveis emergentes e reemergentes*” (7). Muitas destas doenças contribuem para a incidência da anemia, nomeadamente a malária, os helmintos e a esquistossomose (doenças tropicais negligenciadas), bem como o VIH/SIDA e a tuberculose (TB) (Anexo 1). Nas zonas endémicas, a malária é frequentemente uma das principais causas de anemia. Diversos instrumentos, como o Plano Estratégico 2016-2030, o Plano Catalisador para Erradicar a SIDA, a TB e Eliminar a Malária em África até 2030 e o Plano Continental para a Eliminação das DTN até 2030, de AIDS Watch for Africa, definem orientações estratégicas para acelerar os progressos na erradicação destas doenças, o que também reduzirá significativamente a anemia. A prevenção e o tratamento das doenças gastrointestinais, das doenças renais crónicas e a atenuação do aumento da obesidade são também relevantes para a redução da anemia relacionada com a infecção e a inflamação.

1. Prevenção e controlo da malária

Isto inclui a utilização de redes mosquiteiras tratadas com insecticida (RMTI) e pulverização em áreas interiores (PRAI) em zonas de transmissão activa da malária (74). Estas são actividades essenciais em muitas estratégias nacionais de controlo da malária, mas a cobertura pode precisar de ser reforçada. Isto pode exigir investigação para compreender os obstáculos e os factores que facilitam a cobertura e a adesão; o reforço dos sistemas para garantir cadeias de distribuição eficazes; e/ou esforços renovados de comunicação para a mudança social e comportamental. Em função das conclusões da análise abrangente actual do programa (Área de Actuação 1), os Estados-membros com transmissão activa da malária são incentivados a renovar os esforços para alcançar as metas delineadas no Plano Catalisador para Erradicar a SIDA, a TB e Eliminar a Malária da UA e no Plano Estratégico da AIDS Watch for Africa.

As acções de prevenção da malária para os planos nacionais orçamentados de combate à anemia podem incluir:

- **Aumento da cobertura das estratégias integradas de controlo dos vectores, incluindo a distribuição de larvicidas e de RMTI.**
- **Aumento da cobertura das estratégias ambientais de controlo dos vectores, incluindo a pulverização residual das áreas interiores e exteriores.**
- **Realização de investigação para compreender os obstáculos e os factores que facilitam as estratégias de controlo dos vectores.**
- **Desenvolvimento de uma estratégia de comunicação social e de mudanças de comportamentos para promover mecanismos de prevenção da malária.**

Além disso, a quimioprofilaxia da malária é recomendada para grupos populacionais de alto risco (74), conforme se segue:

- i. Tratamento preventivo intermitente para mulheres grávidas (TPIg).
- ii. Quimioprofilaxia recorrente para a malária destinada a crianças com menos de dois anos, que vivem em zonas de transmissão recorrente, moderada a elevada, da malária.
- iii. TPI para crianças em idade escolar que vivem em áreas de transmissão de malária sazonal ou recorrente, moderada a elevada.
- iv. TPI durante a época de transmissão para crianças em grupos etários com elevado risco de malária grave.
- v. Tratamento preventivo pós-alta para crianças internadas em hospital com anemia grave e que vivem em ambientes com transmissão moderada a elevada da malária.

Recomenda-se que os Estados-membros revejam as suas directrizes nacionais para a quimioprofilaxia da malária e avaliem a cobertura face aos planos actuais de controlo da malária (Área de Actuação 1). Os Estados-membros com taxas moderadas a elevadas de transmissão da malária são incentivados a considerar as seguintes acções para o plano nacional de anemia orçamentado e a estabelecer objectivos adequados para a quimioprofilaxia da malária:

- **Identificação de obstáculos à cobertura universal da quimioprofilaxia da malária entre grupos vulneráveis.**
- **Reforço da cobertura da quimioprofilaxia da malária entre as mulheres grávidas e as crianças.**

Além destas acções centradas na prevenção e controlo de vectores, o Plano de Actuação Multissectorial contra a Malária salienta a importância das determinantes subjacentes da malária (75). A eliminação da malária exigirá tanto intervenções directas como progresso no reforço de sistemas mais amplos e condições socioeconómicas, incluindo a abordagem das desigualdades.

2. Prevenção e controlo dos helmintos e da esquistossomose

Isto implica o controlo dos vectores para evitar a transmissão. Recomenda-se também o tratamento preventivo periódico para reduzir a incidência da infecção.

Para a ancilostomíase e outros helmintos transmitidos pelo contacto com o solo, recomenda-se o tratamento preventivo para os seguintes grupos de alto risco (76):

- i. Crianças dos 12 meses até aos 12-14 anos, adolescentes não grávidas e mulheres em idade reprodutiva que vivam em zonas onde a prevalência da infecção seja igual ou superior a 20%.
- ii. Mulheres grávidas após o primeiro trimestre em contextos em que a prevalência de infecção seja igual ou superior a 20% e a prevalência de anemia seja igual ou superior a 40% entre as mulheres grávidas.

Recomenda-se o tratamento preventivo contra a esquistossomose em locais com uma prevalência de infecção de 10% ou superior, e que abranja todos os indivíduos com 2 anos de idade ou idade superior, excepto mulheres grávidas no primeiro trimestre (77).

Recomenda-se que os Estados-membros avaliem a prevalência da infecção por ancilostomíase e/ou esquistossomose, o estado dos programas de controlo dos vectores e a cobertura dos tratamentos preventivos (Área de Actuação 1). Com base nas conclusões da análise abrangente e no Plano Continental para o Controlo e a Eliminação das Doenças Tropicais Negligenciadas em África até 2030, os Estados-membros com helmintos endémicos e/ou esquistossomose podem considerar as seguintes acções nos seus planos nacionais de anemia orçamentados:

- **Reforço da cobertura das estratégias ambientais de controlo dos vectores.**
- **Realização de investigação para compreender os obstáculos e os factores que facilitam as estratégias de controlo dos vectores e/ou de tratamentos preventivos.**
- **Desenvolvimento de uma estratégia de comunicação social e de mudanças de comportamentos para promover mecanismos de prevenção.**
- **Reforço da cobertura do tratamento preventivo contra helmintos e/ou esquistossomose.**

3. VIH/SIDA

As metas do VIH/SIDA e as intervenções prioritárias para as alcançar estão definidas no Plano Catalisador para Erradicar a SIDA, a TB e Eliminar a Malária em África até 2030. Os Estados-membros com uma incidência elevada de VIH são incentivados a considerar a incorporação das mesmas acções nos seus planos nacionais de anemia orçamentados:

- **Reforço da cobertura do tratamento anti-retroviral.**
- **Reforço da prevenção de novas infecções em crianças.**
- **Reforço do acesso aos Serviços de Prevenção Combinada entre as populações prioritárias.**
- **Implementação ou reforço da protecção social em função do VIH.**

4. Tuberculose

As metas e estratégias para combater a tuberculose estão definidas no Plano catalisador para Erradicar a SIDA, a TB e Eliminar a Malária em África, até 2030. Os Estados-membros com uma incidência elevada de TB são incentivados a considerar a incorporação destas acções nos seus planos nacionais de anemia orçamentados:

- **Reforço do acesso ao diagnóstico e ao tratamento da TB.**
- **Integração da prestação de actividades no domínio do VIH e da TB.**
- **Reforço da cobertura do tratamento preventivo e da vacinação dos grupos de alto risco.**
- **Reforço da capacidade para a realização de testes laboratoriais.**
- **Desenvolvimento de uma estratégia de comunicação social e de mudanças de comportamentos para reforçar a sensibilização para a TB e o controlo das infecções.**

C. TRATAMENTO DAS CONDIÇÕES GINECOLÓGICAS E OBSTÉTRICAS

As intervenções contra a anemia em raparigas menstruadas e mulheres em idade reprodutiva centram-se na redução das perdas de sangue causadas por hemorragias menstruais intensas, miomas uterinos

e hemorragia pós-parto (HPP). A utilização de contraceptivos modernos (hormonais) reduz as perdas de sangue menstrual e favorece o espaçamento dos partos, reduzindo, em última análise, o risco de anemia. Esta abordagem protege as reservas nutricionais maternas e reduz o risco de desfechos adversos no parto e na gravidez. A prevenção da gravidez precoce e das cesarianas desnecessárias são também estratégias importantes para reduzir a prevalência da anemia em raparigas e mulheres adolescentes (78,79). O tratamento dos miomas uterinos é determinado tendo em consideração a preservação da fertilidade e as opções incluem terapêutica médica (por exemplo, contraceptivos orais, terapêutica hormonal e anti-inflamatórios não esteróides), tratamento cirúrgico (por exemplo, histerectomia e miomectomia) e terapêutica não cirúrgica (por exemplo, ablação de miomas).

O Objectivo Estratégico 2 da ESA 2016-2030 expressa o compromisso de “*acabar com as mortes evitáveis de mães, recém-nascidos e crianças, e garantir o acesso equitativo a serviços abrangentes e integrados sobre sensibilização para a sexualidade, reprodutivos, maternos, neonatais, infantis e para adolescentes, incluindo o planeamento familiar voluntário*” (7). Adicionalmente, o Plano de Actuação de Maputo para 2016-2030 assinala o compromisso dos Estados-membros em operacionalizar o Plano Continental para a Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, incluindo a expansão do uso de contraceptivos e a promulgação de legislação para prevenir o casamento precoce (80). A aceleração da concretização destes compromissos aumentará também a prevenção e o controlo da anemia. As acções sugeridas para os planos nacionais orçamentados para a anemia incluem:

- **Rever e actualizar as políticas e orientações nacionais relativas ao acesso à contracepção moderna e à prevenção da gravidez precoce.**
- **Examinar e abordar os obstáculos que impedem o acesso e a adopção voluntária da contracepção moderna.**
- **Rever e actualizar as orientações nacionais/protocolos clínicos relativos à gestão da HPP com uterotónicos.**
- **Rever e actualizar as orientações nacionais/protocolos clínicos relativos à gestão de miomas uterinos.**
- **Reforçar a formação dos profissionais de saúde em matéria de contracepção moderna e/ou de gestão da HPP com uterotónicos.**

Para além das intervenções destinadas a raparigas e mulheres menstruadas, recomenda-se o adiamento do clampeamento do cordão umbilical até que as pulsações parem, entre um e três minutos após o nascimento, para reduzir a anemia infantil (81). É difícil avaliar a cobertura desta intervenção, mas ela deve ser incluída nos planos de acção nacionais contra a anemia através das seguintes acções:

- **Rever e actualizar as orientações nacionais/protocolos clínicos relativos ao momento do clampeamento do cordão umbilical.**
- **Reforçar a formação dos profissionais de saúde relativamente ao clampeamento tardio do cordão umbilical.**
- **Monitorizar o clampeamento tardio do cordão umbilical nos sistemas de recolha de dados de saúde de rotina.**

D. TRATAMENTO DAS DOENÇAS HEREDITÁRIAS DOS GLÓBULOS VERMELHOS

O tratamento das doenças genéticas do sangue é essencialmente uma abordagem de intervenção orientada que começa com testes genéticos para identificar os indivíduos afectados. Dependendo da condição, pode ser necessário aconselhamento e/ou tratamento activo, incluindo transfusões de sangue para a doença falciforme (82). Os Estados-membros podem considerar as seguintes acções para os planos nacionais de combate à anemia:

- **Desenvolver ou analisar e rever, conforme necessário, uma estratégia para o tratamento da anemia falciforme.**
- **Rever e actualizar as orientações nacionais/protocolos clínicos relativos aos testes, ao aconselhamento e ao tratamento das doenças genéticas do sangue.**
- **Reforçar a formação dos profissionais de saúde em matéria de testes, aconselhamento e tratamento das doenças genéticas do sangue.**
- **Implementar o rastreio neonatal das hemoglobinopatias.**
- **Desenvolver uma estratégia de comunicação social e de mudanças de comportamentos para reforçar a sensibilização da comunidade para as doenças genéticas do sangue e para a realização de testes genéticos e aconselhamento.**

Também é importante que os protocolos de tratamento da malária sejam adequados às populações onde a carência de G6PD é prevalente, pois os medicamentos comuns podem induzir anemia hemolítica nos indivíduos afectados (60,74).

Área de Actuação 3: Melhorar as plataformas integradas de prestação de serviços para a prevenção e o controlo da anemia em todos os sectores

Grande parte das intervenções contra as principais causas da anemia já fazem parte dos planos nacionais de saúde, nutrição e alimentação. No entanto, existem frequentemente oportunidades para reforçar a cobertura e a coordenação, de modo a maximizar a sua eficácia. Este facto está em conformidade com o foco da ESA 2016-2030 na prestação de cuidados de saúde primários abrangentes, integrados e equitativos. Os elementos-chave do sucesso anterior na optimização da prestação de serviços na área da saúde e noutros sectores a nível nacional incluem a presença de um defensor de elevado prestígio em relação à anemia (por exemplo, o Primeiro-Ministro); relações sinérgicas dentro dos sectores; e conhecimentos claros, coordenação e responsabilização dos vários ministérios e departamentos envolvidos. Verificou-se que os esforços para reduzir a anemia nas mulheres têm melhores resultados quando os programas são aplicados em vários sectores ao mesmo tempo (43).

O desenvolvimento de programas transversais a todos os sectores pode incluir a incorporação de intervenções contra a anemia nos cuidados pré-natais (por exemplo, FAF ou SMM, desparasitação, TPIg e aconselhamento sobre espaçamento entre partos, contracepção moderna e clameamento tardio do cordão umbilical), actividades de sensibilização da comunidade (por exemplo vitamina A e suplementos de ferro, desparasitação e RMTI para crianças em idade pré-escolar, distribuição de suplementos de ferro ou PMN a crianças dos 6 aos 24 meses de idade em conjunto com aconselhamento sobre alimentação para lactentes e crianças jovens (ALCJ) prestado aos seus

cuidadores, e/ou FAF, desparasitação e RMTI para as mulheres grávidas), programas escolares (por exemplo SSFAF, desparasitação, RMTI e aconselhamento sobre saúde sexual e reprodutiva (SSR) e refeições saudáveis para raparigas adolescentes) e dias de saúde infantil (por exemplo, suplementação de vitamina A e ferro, RMTI, desparasitação, aconselhamento sobre a prevenção da anemia). Em áreas onde a malária é endémica, considerar a integração de intervenções contra a anemia e a malária.

É de salientar o papel que as plataformas comunitárias de saúde podem desempenhar na redução das taxas de anemia, através da realização e monitorização de intervenções múltiplas para os diversos grupos-alvo. Recomenda-se que os programas de agentes comunitários de saúde sejam reforçados e integrados no sistema geral de saúde em função das necessidades de saúde da população e das capacidades do sistema de saúde (83).

Embora o rastreio da anemia nem sempre seja exequível ou recomendado em todas as plataformas (84), recomenda-se que os intervenientes das diferentes plataformas possam reconhecer os sintomas de anemia, de modo a que os indivíduos possam ser encaminhados para um serviço de saúde adequado, onde possa ser determinada a necessidade de uma avaliação formal e disponibilizado tratamento, se necessário (65,82,85). Nas regiões onde a malária é endémica, recomenda-se que, embora se trate a malária, a anemia seja avaliada, se exequível.

É importante examinar os dados de cobertura das intervenções prioritárias, tanto a nível nacional como subnacional, para identificar lacunas e desigualdades na prestação de serviços. Isto deve incluir uma análise das disparidades entre a utilização das plataformas de prestação de serviços e a cobertura das intervenções contra a anemia efectuadas através dessas plataformas. Por exemplo, podem existir disparidades entre a proporção de mulheres grávidas que acedem a, pelo menos, quatro consultas de cuidados pré-natais e a proporção de mulheres que recebem um ciclo completo de suplementos de FAF (86).

Se os dados de monitorização o permitirem, é também importante avaliar a cobertura de combinações das intervenções efectuadas ao mesmo indivíduo. Trata-se de um meio muito útil para avaliar em que medida as intervenções estão a ser realizadas de forma síncrona no âmbito de um pacote multicomponente que aborda as diversas causas da anemia. Se esses dados não estiverem disponíveis, podem ser desenvolvidos esforços para adaptar os sistemas de monitorização de rotina ou para integrar os dados de monitorização de diferentes sectores, de modo a melhorar o acompanhamento da execução de intervenções abrangentes contra a anemia.

Adicionalmente à identificação de lacunas na prestação de serviços, muitas vezes, é necessário realizar investigação sobre a implementação ou avaliações de processos para compreender os factores que influenciam a cobertura e a qualidade. Os obstáculos comuns relacionam-se normalmente com as cadeias de distribuição, os recursos humanos e financeiros e a acessibilidade. No entanto, as questões específicas podem variar consoante o contexto e a intervenção. Assim que os principais obstáculos estiverem bem identificados, podem ser consideradas várias estratégias para otimizar a cobertura e a qualidade. Estas incluem o reforço das plataformas de execução existentes; o agrupamento das intervenções através de plataformas de execução partilhadas; a integração das

plataformas de execução para melhorar a cobertura; a melhoria dos mecanismos de acompanhamento, coordenação e responsabilização; e a exploração de plataformas de execução inovadoras, como os locais de trabalho (70).

Os Estados-membros são incentivados a considerar a incorporação de uma ou mais das seguintes acções associadas à optimização da prestação de serviços nos planos nacionais de luta contra a anemia:

- **Reforço da detecção precoce da anemia, promovendo a sensibilização sobre os sintomas da anemia em diferentes plataformas e do encaminhamento para o serviço adequado, em que se pode determinar a necessidade de efectuar testes de anemia e, se necessário, disponibilizar tratamento e acompanhamento.**
- **Alargamento da prestação de serviços a nível comunitário através do reforço dos programas de agentes de saúde comunitários e da sua integração no sistema de saúde.**
- **Desenvolvimento de um plano integrado de controlo e avaliação.**

Área de Actuação 4: Reforçar a governação, a liderança, as parcerias, a comunicação e a coordenação a todos os níveis

As acções estratégicas para fazer face à Área de Acção 4 incluem o seguinte::

1. Coordenação da liderança e da governação em matéria de anemia a nível nacional, regional e continental

Os países são cruciais para dar resposta aos obstáculos na redução da anemia da população e a liderança e a responsabilização devem ser incentivadas a nível nacional. O apoio dos parceiros deve ser complementar e as iniciativas nacionais e continentais devem ser coordenadas para fazer face ao problema da anemia. Os países têm habitualmente as seguintes iniciativas em vigor:

- Planos de Actuação Multisectoriais para a Nutrição, nacionais e subnacionais, que incluam a anemia.
- Mecanismos de coordenação para a implementação multisectorial dos programas.
- Grupos Técnicos de Trabalho sobre nutrição, saúde materno-infantil, malária, DTN, VIH, etc.

Os Planos de Actuação Multisectoriais nacionais e subnacionais para a Nutrição devem integrar as acções de combate à anemia nos diversos sectores, plataformas, etc., sempre que exequível.

Com base nestas iniciativas existentes, os países podem explorar a necessidade de criar um grupo de trabalho específico para a redução da anemia a nível nacional, regional e continental. É essencial uma abordagem colaborativa de liderança e governação para a concepção, implementação e monitorização eficazes dos programas de prevenção e controlo da anemia. Assegura que os intervenientes relevantes trabalhem em conjunto, optimizando assim os esforços para combater a anemia e as suas causas subjacentes. Isto também facilita a integração dos programas de anemia em estratégias mais amplas de nutrição ou de saúde e contribui para respostas multisectoriais mais eficazes e coordenadas.

As iniciativas de governação e liderança a nível nacional devem ser coordenadas com as existentes a nível continental, tais como:

- African Task Force for Food and Nutrition Security (ATFFND) [Grupo de Trabalho Africano para a Segurança Alimentar e Nutricional].
- Task Force on Maternal, New-born and Child Health (MNCH) [Grupo de Trabalho sobre Saúde Materna, Neonatal e Infantil].
- AIDS Watch Africa [Observatório Africano contra a SIDA].
- African Leaders Malaria Alliance [Aliança dos Líderes Africanos contra a Malária].
- African Union Home Grown School Feeding Cluster [Agrupamento de Alimentação Escolar da União Africana].

Por último, a liderança e a governação podem também ser coordenadas com iniciativas de escala mundial, tais como:

- Scaling Up Nutrition (SUN) Movement [Movimento Intensificar a Nutrição]: a maioria dos Estados-membros da UA aderiu e desenvolveu estratégias de nutrição multisectoriais.
- The Anaemia Action Alliance [Aliança de Acção contra a Anemia]: promovida pela UNICEF e pela OMS. Inclui membros de agências intergovernamentais, agências não governamentais, instituições académicas e fundações filantrópicas. Uma das tarefas da Aliança é apoiar os Estados-membros na implementação de planos multisectoriais.
- The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria [O Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e a Malária].
- The U.S. President's Malaria Initiative [A Iniciativa do Presidente dos EUA contra a Malária]
- Global NCD Compact 2020–2030 [Tratado Global para as Doenças não Transmissíveis 2020-2030].

2. Reforço dos mecanismos de responsabilização a nível nacional, regional e continental

Os mecanismos de responsabilização impulsionam uma acção mais forte e aceleram os progressos no combate à anemia. Os planos de responsabilização são ferramentas que facilitam a monitorização dos compromissos, iniciativas e progressos a todos os níveis de governação, desde o nível continental ao nacional. Estes podem reforçar o compromisso de combater a anemia e ajudar a garantir que os esforços são abrangentes, correctamente coordenados e transparentes. Os mecanismos de responsabilização podem ser os principais motores da acção e apoiam a implementação eficaz de programas de prevenção e controlo da anemia. Podem ser fundamentais para responsabilizar os intervenientes e os líderes em relação aos seus compromissos e acções no combate à anemia. **Um desses mecanismos de responsabilização a nível nacional é o desenvolvimento e a aplicação de quadros de resultados nacionais e subnacionais que incluam a anemia.**

Os planos de responsabilização a nível nacional devem ser integrados nos planos de responsabilização em matéria de anemia à escala continental, tais como

- O Quadro de Resultados da Responsabilização pela Nutrição Continental da União Africana (QRRN)

- Relatório Continental de Nutrição da União Africana.
- Quadro de Resultados da Transformação da Agricultura em África (QRTAA).
- Quadros de Resultados da ESA 2016-2030 para a malária e as DTN, Tuberculose.
- Plano de Responsabilização Regional: Compromisso Ministerial sobre educação sexual abrangente e serviços de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes e jovens na África Oriental e Austral (AOA).

Adicionalmente, existem quadros de responsabilização global relacionados com a anemia que podem servir como recursos:

- O Quadro de Responsabilização sobre a Nutrição do Relatório sobre a Nutrição Global é uma plataforma independente e abrangente para o registo de compromissos de nutrição SMART e para a monitorização da acção nutricional (87).
- O Plano de Actuação Abrangente Multisectorial: Malária e Desenvolvimento Sustentável disponibiliza orientações e exemplos nacionais de acções multisectoriais para acelerar os progressos na luta contra a malária (75).

3. Sensibilização e comunicação sobre a anemia orientadas para os diferentes intervenientes

O envolvimento estratégico dos agentes políticos e uma comunicação eficaz sobre a anemia exigem que os dados sejam traduzidos em provas e acções. Existem diversas iniciativas que apoiam a comunicação sobre a anemia em todos os níveis.

- Os promotores da nutrição em todo o mundo incluem indivíduos que trabalham em agências governamentais, ONG internacionais e organizações locais da sociedade civil. O seu principal objectivo é promover uma comunicação eficaz adaptada aos diferentes intervenientes, promovendo a sensibilização sobre a nutrição e a anemia.
- A Anaemia Action Alliance trabalha para aumentar a sensibilização para a importância de abordar urgentemente a elevada prevalência da anemia a nível mundial, assegurando que as múltiplas causas e factores de risco sejam não só reconhecidos como também abordados.
- Os esforços eficazes de sensibilização e comunicação exigem a colaboração entre os vários sectores e o envolvimento dos diversos intervenientes. Isto é importante para a criação de ferramentas como resumos de políticas, planos de acção e casos de investimento. Dado que a anemia é uma questão complexa e transversal, a sensibilização e a comunicação devem ser transversais a todos os sectores, incluindo a saúde, o desenvolvimento, a agricultura e a água, o saneamento e a higiene.
- A sensibilização e a comunicação eficazes devem basear-se em dados fundamentados e tirar partido das estruturas existentes. Por exemplo, as Plataformas Nacionais de Informação sobre Nutrição (PNIN) disponibilizam apoio aos Estados-membros para reforçar os seus sistemas de informação sobre nutrição, de modo a melhorar a análise dos dados para fundamentar a tomada de decisões pelos diferentes sectores.

- Os esforços de sensibilização orientados para a anemia devem conduzir à definição de prioridades para as acções relativas à anemia.
- A UA desenvolveu uma Estratégia Regional Africana de Sensibilização e Comunicação para renovar o dinamismo colectivo de aceleração da acção e complementar as acções estratégicas na ERNA 2016-2025 através de narrativas de nutrição unificadoras no continente.

As acções específicas que os Estados-membros podem considerar para a sensibilização e comunicação sobre a anemia incluem:

- Realização de uma campanha de sensibilização do público sobre a anemia a nível nacional e continental.
- Promoção da utilização do quadro de resultados de responsabilização pela nutrição como instrumento de combate contra a anemia.
- Envolvimento das organizações da sociedade civil (OSC) e/ou os meios de comunicação social como uma fonte valiosa de informação para as populações.
- Organização de eventos de alto nível com vista à elaboração de um comunicado e de um apelo à acção para prevenir, tratar e controlar a anemia em África.
- Consciencialização sobre a saúde, higiene e nutrição para promover a utilização de espaços de recreio limpos, instalações sanitárias adequadas e fontes de água potável com gestão segura.

4. Conjuntura favorável e vontade política

A vontade e o apoio políticos são cruciais para implementar eficazmente as intervenções no domínio da anemia. Para suscitar a vontade política, o contexto político e os interesses dos países devem ser reconhecidos ao mesmo tempo que se enquadra a questão da anemia. Ao mobilizar a vontade política, é necessário enquadrar a anemia como uma questão económica. Por exemplo, o custo económico da anemia em crianças e adolescentes só na África Subariana é de 30 mil milhões de dólares (88). Além disso, de acordo com o Banco Mundial, estima-se que cada dólar investido num conjunto de intervenções para combater a anemia produzirá 12 dólares em rendimentos económicos (89).

A nível mundial, continental e nacional, os agentes influenciadores desempenham um papel importante na promoção dos objectivos associados à prevenção e ao controlo da anemia. Estes influenciadores são responsáveis pela consciencialização e mobilização do apoio dos governos, das organizações internacionais, do sector privado e do público em geral para combater a anemia. Os seus esforços são essenciais para criar e manter um compromisso político para reduzir a anemia. No que respeita à nutrição, a Declaração de Malabo aprovou o Agente Influenciador da Nutrição da UA em 2014.

A Iniciativa dos Líderes Africanos para a Nutrição (LAN) foi aprovada em 2018 e serve de plataforma para o envolvimento político de alto nível para impulsionar a nutrição em África. Estes líderes são figuras proeminentes empenhadas em transformar a nutrição numa prioridade para todos, em todo o lado. A iniciativa LAN trabalha para desencadear e impulsionar o progresso, com vista a alcançar os objectivos de nutrição continentais e globais estabelecidos, reforçando o envolvimento político, construindo parcerias e expandindo o conhecimento fundamentado através de ferramentas de sensibilização para a nutrição que incentivam a responsabilização e aceleram a acção e os investimentos para erradicar a malnutrição em África.

As acções específicas que os Estados-membros podem considerar para criar uma conjuntura favorável e uma política de redução da anemia incluem:

- Enquadrar a anemia como uma questão económica para suscitar a vontade política.
- Identificar e apoiar agentes influenciadores para aumentar a consciencialização e manter um compromisso para com a redução da anemia.
- Envolver as plataformas políticas de alto nível já empenhadas em reduzir a malnutrição.
- Incentivar a descentralização dos serviços de saúde relacionados com a anemia, com o objectivo de garantir uma cobertura mais alargada das intervenções contra a anemia dentro dos países.

5. Angariação de fundos para combater a anemia

Os planos de acção multisectoriais nacionais e subnacionais orçamentados existentes que incluem a anemia têm limitações na abordagem abrangente da anemia, uma vez que estes programas dependem de financiamento e implementação associados a outras áreas, como a saúde materna, a saúde infantil e a malária. Os governos africanos também se comprometeram a canalizar, pelo menos, 15% dos seus orçamentos anuais para o sector da saúde e 10% para a agricultura, os quais incluem a segurança alimentar e a nutrição.

A CUA está a trabalhar num Plano de Política Nutricional Multisectorial para orientar a adopção de uma abordagem multisectorial, por forma a desbloquear os investimentos para a nutrição e acelerar a realização dos objectivos continentais e globais em matéria de nutrição; e num Objectivo de Financiamento para o Investimento em Nutrição em África para apoiar e informar a sensibilização política de alto nível no sentido de garantir recursos nacionais e regionais para o financiamento da nutrição.

As acções específicas que os Estados-membros podem considerar para reforçar a angariação de fundos para o combate à anemia incluem:

- O desenvolvimento e orçamentação de planos de acção nacionais para o combate à anemia podem servir de catalisador para garantir compromissos de financiamento especificamente dedicados aos programas de combate à anemia.
- Instauração de mecanismos de financiamento inovadores para garantir o financiamento de iniciativas no combate à anemia, que podem incluir acordos de financiamento baseados no desempenho e acordos de financiamento misto, como os baseados na mobilização de recursos nacionais.

6. Desenvolvimento de capacidades para uma actuação acelerada contra a anemia

O desenvolvimento de capacidades é um pré-requisito essencial para atingir os objectivos associados à redução da prevalência da anemia.

As acções específicas que os Estados-membros poderão considerar para o desenvolvimento de capacidades ao nível nacional incluem:

- Realização de um mapeamento abrangente das capacidades existentes para a implementação de programas multisectoriais e multi-intervenientes e estabelecimento e desenvolvimento das capacidades mapeadas.
- Reforço das capacidades nacionais para analisar a situação da anemia a todos os níveis.
- Reforço das capacidades dos organismos governamentais e dos intervenientes não estatais para a realização de acções políticas multisectoriais e multilaterais adequadas, incluindo o planeamento, a orçamentação e a execução de programas multisectoriais de combate à anemia.

7. Promoção do envolvimento e da capacitação da sociedade civil

As organizações da sociedade civil (OSC) podem desempenhar um papel essencial na sensibilização, mobilização das comunidades e monitorização dos compromissos assumidos em matéria de prevenção e redução da anemia (41). Recomenda-se que as OSC participem nos esforços de redução da anemia. As OSC podem contribuir ao identificar as necessidades das comunidades, ao reforçar a capacidade de participação cívica, ao defender compromissos políticos, ao informar a concepção e a avaliação das intervenções, ao assegurar mecanismos de responsabilização e sistemas de vigilância para acompanhar os impactos das políticas de nutrição e ao utilizar os meios de comunicação social para comunicar os sucessos e os obstáculos (90).

Área de Actuação 5: Melhorar a obtenção e a divulgação de conhecimentos fundamentados sobre a prevenção e o controlo da anemia

A necessidade de dados e investigação para fundamentar a tomada de decisões foi enfatizada em todo o Plano Estratégico, bem como na ESA 2016-2030, na ERNA 2016-2025 e noutros Planos Estratégicos da UA relevantes no combate à anemia. Os planos de acção contextualizados no combate à anemia baseiam-se em dados actuais sobre a prevalência e as principais causas da anemia, tanto a nível nacional como subnacional. Estes dados constituem a base para a definição de objectivos e prioridades de intervenção.

Se o exercício de análise abrangente resultar na necessidade de recolher mais dados para avaliar as causas e os factores de risco da anemia:

1. Considerar a realização de um inquérito nacional sobre a etiologia da anemia, incluindo a avaliação de biomarcadores de carências de micronutrientes, inflamação, infecções parasitárias e condições hereditárias dos glóbulos vermelhos

Isto é recomendado se: 1) a análise abrangente revela que não existem dados suficientes para completar o algoritmo de tomada de decisão (Figura 3); ou 2) passaram, pelo menos, cinco anos desde a última vez que foi realizado um inquérito nacional sobre micronutrientes ou sobre a etiologia da anemia.

A realização de um inquérito nacional abrangente sobre a etiologia da anemia é uma tarefa de grande envergadura, que exigirá o empenho financeiro e a liderança dos governos, o envolvimento de parceiros nacionais e internacionais, um planeamento pormenorizado e a atribuição de recursos suficientes.

Os indicadores e métodos recomendados para determinar a etiologia da anemia foram resumidos por Garcia-Casal et al. (2023) (55). Estão disponíveis orientações pormenorizadas para o planeamento e realização do inquérito no *Manual e Ferramentas para Inquéritos sobre Micronutrientes*, que inclui vários módulos e ferramentas práticas (56,57).

2. Se necessário e exequível, considerar a realização de um inquérito sobre o consumo alimentar/práticas dietéticas.

Recomenda-se que esta informação complemente os dados sobre a prevalência de deficiências de micronutrientes e oriente a selecção de intervenções adequadas para melhorar as determinantes nutricionais da anemia. O Índice Global de Qualidade da Alimentação (Global Diet Quality Score, GDQS) é uma ferramenta validada para avaliar a adequação dos nutrientes e os factores de risco nutricional ao nível da população. O GDQS pode ser incorporado em inquéritos transversais de grande escala, e a aplicação telefónica do GDQS permite uma recolha de dados a baixo custo e facilita a análise dos dados. Estão disponíveis informações pormenorizadas no *The Global Diet Quality Score Toolkit* (58). Mais informações e recursos para a realização de inquéritos alimentares estão disponíveis em *Intake: Center for Dietary Assessment* (59).

Dados de monitorização e investigação sobre a implementação são também essenciais para acompanhar os progressos e para identificar, compreender e colmatar as lacunas em termos de cobertura, equidade e qualidade da intervenção. Para atingir estes objectivos, é necessário investir na liderança, na capacidade dos recursos humanos, na coordenação e nas infra-estruturas para facilitar a recolha, a análise, a comunicação e a utilização eficazes dos dados, com fortes medidas de garantia de qualidade.

Existem também oportunidades para desenvolver e testar plataformas de distribuição, produtos e abordagens inovadores para a prevenção e o controlo da anemia. Grande parte desta investigação já está a decorrer em África, mas, conforme referido na ESA 2016-2030, “é necessário institucionalizar mecanismos para definir, produzir e utilizar a investigação Africana, por forma a transformar o sector da saúde, bem como a economia e a sociedade africanas no seu conjunto” (p.20) (7). O envolvimento e a atribuição de recursos aos parceiros académicos africanos são acções importantes para atingir este objectivo.

Além disso, tal como indicado no plano de actuação global da OMS, “existe pouca informação sobre a eficácia dos programas integrados e multissetoriais de combate à anemia. Devido ao facto de o alcance das intervenções actuais poder ser inadequado, a investigação sobre a implementação será útil para determinar a melhor forma de aumentar esse alcance, bem como a melhor forma de aumentar a utilização das unidades de saúde” (p. 13)(41).

As acções sugeridas para abordar a Área de Actuação 5 incluem:

- **Desenvolvimento de uma agenda de investigação sobre a anemia para a produção de dados destinados a serem divulgados a todos os níveis no país e utilizados na concepção e implementação de políticas e programas.** A agenda de investigação deve ser orientada pelas necessidades contextuais.

- **Realização de investigação sobre a implementação para compreender os factores que influenciam a cobertura, a equidade e a qualidade dos programas e intervenções contra a anemia.**
- **Realização de investigação contextualizada para colmatar lacunas e investigação para identificar as melhores práticas.**
- **Realização de avaliações para melhorar os programas.**
- **Promoção da divulgação de conhecimentos entre os meios académicos, os institutos e outros intervenientes relevantes.**

A CUA, no seu papel orientador para a harmonização dos planos nacionais com as prioridades e quadros continentais, irá:

- Facilitar a criação de uma Comunidade de Práticas à escala Africana para promover investimentos em investigação e inovação.
- Apoiar a realização de estudos abrangentes para a disponibilização de dados recentes sobre a anemia em todos os Estados-membros.
- Apoiar os Estados-membros no desenvolvimento de uma agenda de investigação sobre a anemia para a aquisição de dados.

Monitorização do Progresso na Redução da Anemia em África

Um dos principais obstáculos em termos de resposta à anemia é a falta de dados para o controlo e a avaliação. É essencial dispor de informações fiáveis e consistentes em cada país e entre países para uma tomada de decisões eficaz e uma operacionalização bem-sucedida dos planos de actuação nacionais orçamentados, para reduzir a anemia nas populações. Para monitorizar os progressos no sentido do cumprimento da Meta Global de Nutrição para a Redução da Anemia ao nível nacional, é proposto na Tabela 1 um conjunto de indicadores fundamentais, para orientar os Estados-membros no desenvolvimento ou actualização dos planos de monitorização e avaliação. Os indicadores principais sugeridos estão em consonância com o Plano Conceptual para acelerar a redução da anemia em África (Figura 2) e não pretendem ser abrangentes, mas sim disponibilizar exemplos de indicadores que possam ser incluídos nos planos nacionais de monitorização e avaliação. Serão necessários esforços complementares para desenvolver as capacidades nacionais de controlo e avaliação.

Adicionalmente à monitorização ao nível nacional, os esforços para identificar e divulgar as melhores práticas e as lições aprendidas contribuirão para intensificar as respostas que funcionam e garantir a responsabilização pela consecução do objectivo continental de redução da anemia. A CUA, na sua função de facilitadora de um sistema partilhado de monitorização e responsabilização entre os Estados-membros, determinará quais os indicadores que devem ser seleccionados para monitorizar as actividades que os Estados-membros realizam no âmbito das áreas de actuação, particularmente para a Área de Actuação 1 (Analisar os dados sobre as causas e os factores de risco da anemia para uma tomada de decisão eficaz), a Área de Actuação 4 (Reforçar a governação, a liderança, as parcerias, a comunicação e a coordenação a todos os níveis) e a Área de Actuação 5 (Melhorar a obtenção e a divulgação de conhecimentos fundamentados sobre a prevenção e o controlo da anemia).

Tabela 1: Indicadores principais que podem ser considerados para inclusão nos planos nacionais de Monitorização e Avaliação (M&A)

Hierarquia de Objectivos		Indicadores recomendados
Impacto	Redução da anemia em raparigas adolescentes e mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos)	Prevalência da anemia em raparigas adolescentes e mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos)
Resultados	Melhoria do estado de micronutrientes	<ul style="list-style-type: none"> - % de mulheres em idade fértil/mulheres grávidas/crianças com um nível adequado de ferro (por ex., ferritina sérica) - % de mulheres em idade fértil/mulheres grávidas/crianças com um nível adequado de folato (por ex., folato sérico, folato nos glóbulos vermelhos) - % de mulheres em idade fértil/mulheres grávidas/crianças com um nível adequado de Vitamina B12 (por ex., B12 sérica) - % de mulheres em idade fértil/mulheres grávidas/crianças com um nível adequado de Vitamina A (por ex., retinol sérico)
	Redução das infecções, inflamações e doenças crónicas	<ul style="list-style-type: none"> - Incidência da malária (por 1000 pessoas da população em risco) - % de crianças/mulheres grávidas que necessitam de tratamento preventivo para helmintos - % da população que necessita de tratamento preventivo contra a esquistossomose - Prevalência de VIH entre adultos - Incidência da tuberculose (por cada 100 000 pessoas da população, por ano)
	Diminuição das condições ginecológicas e obstétricas	<ul style="list-style-type: none"> - Prevalência de hemorragia pós-parto em mulheres de 15-49 anos - Prevalência de perdas menstruais abundantes em mulheres de 15-49 anos
	Melhoria do rastreio e tratamento das hemoglobinopatias	<ul style="list-style-type: none"> - % de recém-nascidos identificados como portadores de células falciformes - % de recém-nascidos identificados como portadores de talassemia - % de indivíduos com doença falciforme tratada - % de indivíduos com talassemia tratada
Indicadores de Processos/Resultados	Melhoria do estado de micronutrientes	Diversificação alimentar <ul style="list-style-type: none"> - % de mulheres de 15-49 anos que atingem a Diversidade Alimentar Mínima - % da população que consome alimentos ricos em micronutrientes
		Fortificação <ul style="list-style-type: none"> - % da população que consome alimentos adequadamente fortificados

		<p>Suplementação</p> <ul style="list-style-type: none"> - % de mulheres grávidas de 15-49 anos que utilizam suplementos de ferro e ácido fólico 90+ - % de mulheres grávidas de 15-49 anos que recebem suplementos de multimicronutrientes - % de raparigas e mulheres menstruadas não grávidas que recebem suplementos de ferro - % de crianças de 6-24 meses que recebem suplementos de ferro
		<p>Fortificação no local de consumo</p> <ul style="list-style-type: none"> - % de crianças de 6-24 meses que recebem pós de micronutrientes
		<p>Biofortificação</p> <ul style="list-style-type: none"> - % da população que consome alimentos biofortificados
		<p>Promoção do Aleitamento Materno e da Alimentação de Lactentes e Crianças Jovens em Condições Ideais</p> <ul style="list-style-type: none"> - % de crianças de 6-24 meses que atingem a Alimentação Mínima Aceitável - % de bebés com menos de 6 meses que são alimentados exclusivamente com leite materno
	Redução das infecções, inflamações e doenças crónicas	<p>Malária</p> <ul style="list-style-type: none"> - % de agregados familiares que utilizam RMTI/PRAI - % de crianças que recebem tratamento preventivo contra a malária - % de mulheres grávidas que recebem tratamento preventivo contra a malária
		<p>Helmintos</p> <ul style="list-style-type: none"> - % de crianças que recebem tratamento preventivo contra helmintos - % de mulheres grávidas que recebem tratamento preventivo contra helmintos
		<p>Esquistossomose</p> <ul style="list-style-type: none"> - % da população elegível que recebe tratamento preventivo contra a esquistossomose
		<p>VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> - % de indivíduos afectados pelo VIH que recebem TARV
		<p>Tuberculose</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sucesso do tratamento da tuberculose em novos doentes (% de novos casos num ano que concluíram o tratamento com êxito)
	Diminuição das condições ginecológicas e obstétricas	<p>Perdas menstruais abundantes</p> <ul style="list-style-type: none"> - % de mulheres de 15-49 anos que recebem contraceptivos modernos

		<p>Hemorragia pós-parto</p> <ul style="list-style-type: none"> - % de mulheres grávidas que recebem uterotónicos <p>Clampeamento do cordão</p> <ul style="list-style-type: none"> - % de nascimentos com clampeamento tardio do cordão umbilical <p>Outros indicadores a considerar</p> <ul style="list-style-type: none"> - % de partos assistidos por pessoal de saúde habilitado - % de raparigas e mulheres que recebem aconselhamento sobre espaçamento entre partos e planeamento familiar - % de adolescentes que recebem educação/aconselhamento sobre a prevenção da gravidez precoce
	Melhoria do rastreio e do tratamento de doenças hereditárias dos glóbulos vermelhos	<ul style="list-style-type: none"> - % de recém-nascidos rastreados para o diagnóstico de hemoglobinopatias - % de pessoas com doença falciforme com acesso a unidades de tratamento - % de pessoas com talassemia com acesso a unidades de tratamento
Áreas de Actuação	Análise dos dados sobre as causas e os factores de risco da anemia para uma tomada de decisão eficaz	<p>Análise abrangente (fontes de dados existentes/inquérito nacional sobre micronutrientes ou sobre a etiologia da anemia)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os dados previamente recolhidos sobre a anemia e os seus determinantes foram sistematicamente analisados e utilizados para a tomada de decisões.
	Dar prioridade às principais intervenções de prevenção e terapêuticas	<ul style="list-style-type: none"> - % de profissionais de saúde com formação - % de pessoal de saúde habilitado - % de comunidades com intervenções prioritárias disponíveis
	Melhoria das plataformas integradas de prestação de serviços para a prevenção e o controlo da anemia em todos os sectores	<ul style="list-style-type: none"> - Processo de integração transversal às políticas realizadas - Processo de integração transversal à M&A realizada
	Reforço da governação, liderança, parcerias, comunicação e coordenação a todos os níveis	<ul style="list-style-type: none"> - Criação de uma comissão de trabalho multisectorial no combate à anemia - Políticas em vigor no âmbito da anemia e integradas sempre que possível
	Melhoria da obtenção e divulgação de conhecimentos fundamentados sobre a prevenção e o controlo da anemia	<ul style="list-style-type: none"> - É elaborada uma agenda de investigação sobre a anemia. - A investigação sobre a implementação é realizada para compreender os factores que influenciam a cobertura, a equidade e a qualidade da execução do programa de anemia - Realização de um inquérito sobre o consumo alimentar/práticas alimentares.

Rumo a seguir

A CUA supervisionará a coordenação e a harmonização dos planos nacionais e apoiará a implementação do Plano Estratégico através do reforço das capacidades, da partilha de conhecimentos, de mecanismos de defesa e de responsabilização, trabalhando em estreita colaboração com a ADUA-NPDA, a África CPD, as Comunidades Económicas Regionais e os Estados-membros.

Adicionalmente, múltiplos intervenientes têm um papel a desempenhar nesse processo e no apoio à implementação, monitorização e avaliação.

Comissão da União Africana	Lidera a divulgação do Plano Estratégico; mobiliza recursos; facilita a sensibilização, as consultas técnicas e os diálogos políticos; orienta a harmonização dos planos nacionais com as prioridades e os enquadramentos continentais; facilita o sistema partilhado de monitorização e responsabilização (quadro de resultados).
Comunidades Económicas Regionais (CER)	Apoio técnico e de coordenação para os Estados-membros; mobilização de recursos; controlo e comunicação dos progressos realizados.
Estados-membros	Asseguram um ambiente legislativo e político propício à prevenção e ao controlo da anemia; estabelecem mecanismos de coordenação multisectorial para desenvolver, aplicar e acompanhar o plano de actuação de combate à anemia; asseguram dotações orçamentais para a coordenação, a realização de intervenções e a monitorização; comunicam os progressos realizados às CER e à CUA; participam em plataformas regionais e continentais técnicas, políticas e de partilha de dados.
Sociedade Civil	Envolvimento da comunidade e dos cidadãos; as organizações da sociedade civil implementam, monitorizam e sensibilizam para as intervenções contra a anemia; os canais de comunicação social apoiam a comunicação e a sensibilização; o sector privado contribui com tecnologia, financiamento e competências.
Meios Académicos	Concebem e lideram a investigação que impulsiona as estratégias, políticas e intervenções fundamentadas, eficazes e exequíveis para a prevenção e o controlo da anemia em África.
Parceiros Internacionais de Desenvolvimento	Disponibilizam apoio técnico e financeiro aos Estados-membros para desenvolverem, implementarem, monitorizarem e avaliarem planos de actuação multisectoriais contextualizados para a anemia, em consonância com as metas e planos estratégicos da UA.

A monitorização, a avaliação e a responsabilização são essenciais para o êxito deste projecto. Dada a natureza complexa e multifacetada da anemia, é necessária uma recolha regular de dados em cada Estado-membro para acompanhar a prevalência da anemia, as principais causas e o progresso das intervenções contra a anemia. A criação de mecanismos de notificação a nível nacional, regional e continental reforçará a responsabilização, aumentará a eficácia e facilitará a aprendizagem neste esforço colectivo para prevenir e controlar a anemia em África.

A anemia é um problema persistente e transversal de saúde e desenvolvimento, com uma etiologia complexa. A incidência da anemia em África pode ser reduzida, mas apenas através dos esforços concertados de uma resposta multisectorial abrangente, coordenada e contextualizada.

Bibliografia

1. OMS. Anaemia [Internet]. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/anaemia>.
2. Haas, J.D., Brownlie, T. 4th. Iron deficiency and reduced work capacity: a critical review of the research to determine a causal relationship. *Journal of Nutrition*. Fevereiro de 2001;131(2S-2):676S-688S.
3. Jung J, Rahman MdM, Rahman MdS, Swe KT, Islam MdR, Rahman MdO, et al. Effects of hemoglobin levels during pregnancy on adverse maternal and infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2019;1450(1):69–82.
4. Larson LM, Kubes JN, Ramírez-Luzuriaga MJ, Khishen S, H. Shankar A, Prado EL. Effects of increased hemoglobin on child growth, development, and disease: a systematic review and meta-analysis. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2019;1450(1):83–104.
5. Nutrition International, União Africana, OMS. Landscape analysis of anaemia and its determinants in Africa. 2023.
6. GBD 2021 Anaemia Collaborators. Prevalence, years lived with disability, and trends in anaemia burden by severity and cause, 1990-2021: findings from the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Haematology*. 10(9):E713–34.
7. União Africana. Africa Health Strategy 2016-2030 [Internet]. 2015. Disponível em: https://au.int/sites/default/files/pages/32895-file-africa_health_strategy.pdf.
8. União Africana. Africa Regional Nutrition Strategy 2015-2025 [Internet]. 2015. Disponível em: https://au.int/sites/default/files/pages/32895-file-arns_english.pdf.
9. OMS. Sixty-fifth World Health Assembly [Internet]. 2012. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65-REC1/A65_REC1-en.pdf.
10. Global Nutrition Report. 2021 Global Nutrition Report: The state of global nutrition. Bristol, Reino Unido: Development Initiatives; 2021.
11. African Leaders for Nutrition Initiative. Continental Nutrition Accountability Scorecard. Quadro de Resultados. Disponível em: <https://afdb-scorecard.invenus.dev/en/scorecard>.
12. Chaparro CM, Suchdev PS. Anemia epidemiology, pathophysiology, and etiology in low- and middle-income countries. *Ann N Y Acad Sci*. Agosto de 2019;1450(1):15–31.
13. Stevens, Gretchen A., Beal, T., Mbuya, M.N.N., Luo, H., Neufeld, Lynnette M. Micronutrient deficiencies among preschool-aged children and women of reproductive age worldwide: A pooled analysis of individual-level data from population-representative surveys. *The Lancet Global Health*. 2022;10(11):e1590–9.

14. OMS. Vitamin and Mineral Information System (VMNIS) Micronutrients database [Internet]. [citado a 20 de Junho de 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/databases/vitamin-and-mineral-nutrition-information-system>.
15. OMS. Estimated number of people (all ages) living with HIV [Internet]. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/estimated-number-of-people--living-with-hiv>.
16. OMS. Global Health Observatory. 2023. Tuberculosis. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/tuberculosis>.
17. OMS. Malaria [Internet]. [citado a 23 de Junho de 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malaria>.
18. Bates, I., McKew, S., Sarkinfada, F. Anaemia: A Useful Indicator of Neglected Disease Burden and Control. *PLOS Medicine*. 2007;4(8):e231.
19. Karlsson, T.S., Marions, L.B., Edlund, M.G. Heavy menstrual bleeding significantly affects quality of life. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2014;93(1):52–7.
20. Fraser, I.S., Mansour, D., Breyman, C., Hoffman, C., Mezzacasa, A., Petraglia, F. Prevalence of heavy menstrual bleeding and experiences of affected women in a European patient survey. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2015;128(3):196–200.
21. Kocaoz, S., Cirpan, R., Degirmencioglu, A.Z. The prevalence and impacts heavy menstrual bleeding on anaemia, fatigue and quality of life in women of reproductive age. *Pakistan Journal of Medical Science*. Abril de 2019;35(2):365–70.
22. Santos, I.S., Minten, G.C., Valle, N.C., Tuerlinckx, G.C., Silva, A.B., Pereira, G.A., et al. Menstrual bleeding patterns: A community-based cross-sectional study among women aged 18-45 years in Southern Brazil. *BMC Women's Health*. 2011;11(26).
23. Carroli G, Cuesta C, Abalos E, Gulmezoglu AM. Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 1 de Dezembro de 2008;22(6):999–1012.
24. Milman, N. Postpartum anaemia I: definition, prevalence, causes, and consequences. *Annals of Hematology*. 2011;90(11):1247–53.
25. Forbes G, Akter S, Miller S, Galadanci H, Qureshi Z, Fawcus S, et al. Factors influencing postpartum haemorrhage detection and management and the implementation of a new postpartum haemorrhage care bundle (E-MOTIVE) in Kenya, Nigeria, and South Africa. *Implement Sci*. 11 de Janeiro de 2023;18:1.
26. Mpemba, F., Kampo, S., Zhang, X. Towards 2015: post-partum haemorrhage in sub-Saharan Africa still on the rise. *Journal of Clinical Nursing*. 2014;23(5–6):774–83.

27. Sefah N, Ndebele S, Prince L, Korasare E, Agleke M, Nkansah A, et al. Uterine fibroids — Causes, impact, treatment, and lens to the African perspective. *Front Pharmacol*. 10 de Janeiro de 2023;13:1045783.
28. Stewart E, Cookson C, Gandolfo R, Schulze-Rath R. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2017;124(10):1501–12.
29. Lou Z, Huang Y, Li S, Luo Z, Li C, Chu K, et al. Global, regional, and national time trends in incidence, prevalence, years lived with disability for uterine fibroids, 1990–2019: an age-period-cohort analysis for the global burden of disease 2019 study. *BMC Public Health*. 19 de Maio de 2023;23(1):916.
30. Balarajan, Y., Ramakrishnan, U., Ozaltin, E., Shankar, A.H., Subramanian, S.V. Anaemia in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2011;378(9809):2123–35.
31. Weatherall, D.J. The inherited diseases of hemoglobin are an emerging global health burden. *Blood*. 3 de Junho de 2010;115(22):4331–6.
32. OMS Africa [Internet]. 2022. African health ministers launch drive to curb sickle cell disease toll. Disponível em: <https://www.afro.who.int/news/african-health-ministers-launch-drive-curb-sickle-cell-disease-toll>.
33. Howes, R.E., Piel, F.B., Patil, A.P., Nyangiri, O.A., Gething, P.W., Dewi, M., et al. G6PD deficiency prevalence and estimates of affected populations in malaria endemic countries: a geostatistical model-based map. *PLOS Medicine*. 2012;9(11):e1001339.
34. Africa – Regional Overview of Food Security and Nutrition 2021 [Internet]. FAO; 2021 [citado a 3 de Julho de 2024]. Disponível em: <http://www.fao.org/documents/card/en/c/cb7496en>.
35. OMS. Global Health Observatory. 2023. Maternal and reproductive health [Internet]. [citado a 17 de Junho de 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/maternal-and-reproductive-health>.
36. OMS. Global Health Observatory. 2023. Coverage of essential health services [Internet]. [citado a 17 de Junho de 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/service-coverage>.
37. OMS. Global Health Observatory. 2023. Water, sanitation and hygiene [Internet]. [citado a 17 de Junho de 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/water-sanitation-and-hygiene>.
38. Nguyen MC, Wu H, Lakner C, Schoch M. March 2021 Update to the Multidimensional Poverty Measure: What's New [Internet]. Banco Mundial; 2021 [citado a 17 de Junho de 2024]. Disponível em: <http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/35390>.
39. Atinmo T, Mirmiran P, Oyewole OE, Belahsen R, Serra-Majem L. Breaking the poverty/malnutrition cycle in Africa and the Middle East. *Rev. Nutr Maio de 2009*;67 Suppl 1:S40-46.

40. Hess S, Owais A, Jefferds M, Cahill A, Rogers L. Accelerating action to reduce anaemia: review of causes and risk factors and related data needs. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2023;1523:11–23.
41. OMS. Accelerating anaemia reduction A comprehensive framework for action [Internet]. 2023 [citado a 3 de Outubro de 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/anaemia>.
42. Hess SY, Cahill A, Owais A, Rogers LM, Jefferds MED, Young MF. Accelerating action to reduce anemia: Review of causes and risk factors and related data needs. *Ann NY Acad Sci*. 2023;(1523):11–23.
43. OMS. Global anaemia reduction efforts among women of reproductive age: impact, achievement of targets and the way forward for optimizing efforts [Internet]. 2020 [citado a 12 de Abril de 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240012202>.
44. Williams AM, Addo OY, Grosse SD, Kassebaum NJ, Rankin Z, Ballesteros KE, et al. Data needed to respond appropriately to anemia when it is a public health problem. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2019;1450(1):268–80.
45. Ministry of Health FGS, FMS, Somaliland, UNICEF, Brandpro, GroundWork. Somalia Micronutrient Survey 2019. 2020.
46. Ministry of Health and Sanitation (Serra Leoa), UNICEF, Helen Keller International, OMS. 2013 Sierra Leone Micronutrient Survey [Internet]. 2013. Disponível em: https://groundworkhealth.org/wp-content/uploads/2016/03/SLMS-Report_FINAL_151203.pdf.
47. Ministry of Health, Institut de Technologie Alimentaire (ITA), Nutrition International, Laboratoire de Recherche en Alimentation et Nutrition Humaine de l'Universite Cheikh Anta Diop (LARNAH), Agence Nationale de la Statistiques et de la Demographie (ANSD), FAO, et al. Senegal National Nutrition Survey 2018 [Internet]. 2018. Disponível em: https://groundworkhealth.org/wp-content/uploads/2023/03/ENGLISH_Senegal-Micronutrient-Survey-2018_Report_230307_FINAL.pdf
48. National Statistical Office, Community Health Services Unit, Centers for Disease Control and Prevention, Emory University. Malawi Micronutrient Survey 2015-16 [Internet]. 2017. Disponível em: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR319/FR319.m.final.pdf>.
49. University of Ghana, GroundWork, University of Wisconsin-Madison, KEMRI-Wellcome Trust, UNICEF. Ghana Micronutrient Survey 2017 [Internet]. 2017. Disponível em: https://groundworkhealth.org/wp-content/uploads/2018/06/UoG-GroundWork_2017-GHANA-MICRONUTRIENT-SURVEY_Final_180607.pdf.
50. National Nutrition Agency - Gambia, UNICEF, Gambia Bureau of Statistics, GroundWork. Gambia National Micronutrient Survey 2018 [Internet]. 2019. Disponível em: https://groundworkhealth.org/wp-content/uploads/2019/03/GNMS2018-Final-Report_190325.pdf.
51. Andersen CT, Tadesse AW, Bromage S, Fekadu H, Hemler EC, Passarelli S, et al. Anemia Etiology in Ethiopia: Assessment of Nutritional, Infectious Disease, and Other Risk Factors in a

- Population-Based Cross-Sectional Survey of Women, Men, and Children. *The Journal of Nutrition*. Fevereiro de 2022;152(2):501–12.
52. SPRING. Understanding Anemia: Guidance for Conducting a Landscape Analysis [Internet]. Second Edition Arlington, VA: Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) projec. 2017.
53. SPRING. Multi-sectoral Anemia Efforts at the National Level in Uganda: Process Documentation Findings [Internet]. Second Edition Arlington, VA: Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) projec [Internet]. 2017; Disponível em: https://spring-nutrition.org/sites/default/files/publications/reports/uganda_maps_report_2-1-18.pdf.
54. SPRING. Multi-sectoral Anemia Efforts at the National Level in Sierra Leone: Process Documentation Findings [Internet]. Arlington, VA: Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) project. 2018.
55. Garcia-Casal MN, Dary O, Jefferds ME, Pasricha SR. Diagnosing anemia: Challenges selecting methods, addressing underlying causes, and implementing actions at the public health level. *Ann N Y Acad Sci*. Junho de 2023;1524(1):37–50.
56. Centers for Disease Control and Prevention, Nutrition International, UNICEF. Micronutrient Survey Manual & Toolkit [Internet]. 2022 [citado a 18 de Junho de 2024]. Disponível em: <https://mnsurvey.nutritionintl.org/>.
57. OMS. Micronutrient survey manual [Internet]. 2020 [citado a 26 de Junho de 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240012691>.
58. Intake. Global Diet Quality Score Toolkit. Washington, DC: Intake – Center for Dietary Assessment/FHI Solutions. 2022.
59. Intake. Innovations [Internet]. [citado a 3 de Julho de 2024]. Disponível em: <https://www.intake.org/index.php/innovations>.
60. Lopez de Romaña D, Mildon A, Golan J, Jefferds MED, Arabi M. Review of intervention products for use in the prevention and control of anemia. *Ann N Y Acad Sci*. 2023;1529(1):42–60.
61. Da Silva Lopes K, Yamaji N, Rahman MdO, Suto M, Takemoto Y, Garcia-Casal MN, et al. Nutrition-specific interventions for preventing and controlling anaemia throughout the life cycle: an overview of systematic reviews. Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 26 de Setembro de 2021 [citado a 14 de Junho de 2024];2022(1). Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD013092.pub2>.
62. Moorthy D, Merrill R, Namaste S, Iannotti L. The Impact of Nutrition-Specific and Nutrition-Sensitive Interventions on Hemoglobin Concentrations and Anemia: A Meta-review of Systematic Reviews. *Advances in Nutrition*. Novembro de 2020;11(6):1631–45.
63. Agência de Desenvolvimento da União Africana. Africa Common Position on Food Systems: Regional submission to the UN food systems summit. 2021.

64. Osendarp SJM, Martinez H, Garrett GS, Neufeld LM, De-Regil LM, Vossenaar M, et al. Large-Scale Food Fortification and Biofortification in Low- and Middle-Income Countries: A Review of Programs, Trends, Challenges, and Evidence Gaps. *Food Nutr Bull.* 2018;39(2):315–31.
65. OMS. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. Organização Mundial de Saúde; 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>.
66. Sununtnasuk C, D'Agostino A, Fiedler JL. Iron+folic acid distribution and consumption through antenatal care: identifying barriers across countries. *Public Health Nutr.* Março de 2016;19(4):732–42.
67. Siekmans K, Roche M, Kung'u JK, Desrochers RE, De-Regil LM. Barriers and enablers for iron folic acid (IFA) supplementation in pregnant women. *Maternal & Child Nutrition.* 2018;14(S5):e12532.
68. OMS. Guideline: Daily iron supplementation in adult women and adolescent girls [Internet]. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241510196>.
69. OMS. Guideline. Intermittent iron and folic acid supplementation in menstruating women [Internet]. Organização Mundial de Saúde; 2011. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241502023>.
70. Mildon A, Lopez De Romaña D, Jefferds MED, Rogers LM, Golan JM, Arabi M. Integrating and coordinating programs for the management of anemia across the life course. *Annals of the New York Academy of Sciences.* Julho de 2023;1525(1):160–72.
71. OMS. Guideline: daily iron supplementation in infants and children [Internet]. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2016 [citado a 18 de Junho 2024]. p. 44. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/204712>.
72. OMS. Guideline: Use of multiple micronutrient powders for point-of-use fortification of foods consumed by infants and young children aged 6-23 months and children 2-12 years. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2016.
73. OMS. Guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2023.
74. OMS. WHO Guidelines for malaria. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2022.
75. PNUD. O Plano de Actuação Abrangente Multisectorial: Malaria and Sustainable Development [Internet]. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 2022. Disponível em: <https://www.undp.org/publications/comprehensive-multisectoral-action-framework-malaria-and-sustainable-development>.
76. OMS. Preventive chemotherapy to control soil-transmitted helminth infections in at-risk population groups. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2017.

77. OMS. WHO guideline on control and elimination of human schistosomiasis [Internet]. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240041608>.
78. OMS. Directrizes da OMS sobre a prevenção da gravidez precoce e dos maus resultados em matéria de saúde reprodutiva entre os adolescentes dos países em desenvolvimento [Internet]. Organização Mundial de Saúde; 2011. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/44691>.
79. OMS. WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections [Internet]. Organização Mundial de Saúde; 2018. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/275377>.
80. Comissão da União Africana. Maputo Plan of Action 2016-2030: Universal access to comprehensive sexual and reproductive health services in Africa. 2015.
81. Organização Mundial de Saúde. Early essential newborn care: clinical practice pocket guide, 2nd edition [Internet]. Gabinete Regional da OMS para o Pacífico Ocidental; 2022. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/361145>.
82. OMS, editor. IMAI district clinician manual: hospital care for adolescents and adults: guidelines for the management of common illnesses with limited resources. Genebra, Suíça: Organização Mundial de Saúde; 2011. p.2.
83. Organização Mundial de Saúde. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes [Internet]. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2018 [citado a 17 de Junho 2024]. p. 112. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/275474>.
84. OMS, Gabinete Regional para a Europa, Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, Sagan A, McDaid D, Rajan S, Farrington J, et al. Screening: when is it appropriate and how can we get it right? [Internet]. Organização Mundial de Saúde. Gabinete Regional para a Europa; 2020. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/330810> Relation.
85. Organização Mundial de Saúde. Pocket book of hospital care for children: guidelines for the management of common childhood illnesses [Internet]. 2ª ed. Livro de bolso sobre os cuidados hospitalares para crianças. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2013 [citado a 12 de Junho de 2024]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/81170>.
86. Heidkamp RA, Wilson E, Menon P, Kuo H, Walton S, Gatica-Domínguez G, et al. How can we realise the full potential of health systems for nutrition? BMJ. 26 de Janeiro de 2020;|6911.
87. Global Nutrition Report. The first global accountability framework for nutrition – Global Nutrition Report 2022 [Internet]. [citado a 17 de Junho de 2024]. Disponível em: <https://globalnutritionreport.org/reports/2022-global-nutrition-report/first-global-accountability-framework-for-nutrition/>.
88. Nutrition International. Cost of Inaction Tool: What is the economic cost of stunting, anaemia, and low birthweight per year? [Internet]. 2024 [citado a 18 de Junho de 2024]. Disponível em: <https://www.nutritionintl.org/learning-resource/cost-inaction-tool/>.

89. Walters D, Kakietek J, Eberwein JD, Shekar M. An Investment Framework for Meeting the Global Nutrition Target for Anemia.
90. Busse H, Covic N, Aakesson A, Jogo W. What Is the Role of Civil Society in Multisectoral Nutrition Governance Systems? A Multicountry Review. *Food Nutr Bull.* 2020;41(2):244–60.

Anexos

Anexo 1: Causas directas de anemia e dados incompletos, por Estado-membro da União Africana (dados da Análise Abrangente, excepto quando indicado)

País	Região	Carência de Ferro (crianças <5)	Carência de Ferro (ALCJ)	Malária (por 1000)	Helmintos (necessário TP)	Esquistossomose (necessário TP)	Anemia Falciforme (est. nasc./ano)*	Carência de G6PD
República Centro-Africana	Central	-	15,3	300-400	1-4,9 milhões	1-4,9 milhões	1000	>7-13%
República Democrática do Congo	Central	-	-	300-400	20-99,9 milhões	>10 milhões	40.000	>13-20%
República Democrática de São Tomé e Príncipe	Central	-	-	1-50	<200 mil	<200 mil	40	-
República Gabonesa	Central	-	-	200-300	<1 milhão	<200 mil	1000	>7-13%
República do Burundi	Central	-	-	200-300	<1 milhão	<1 milhão	800	>7-13%
República dos Camarões	Central	20,6	-	200-300	1-4,9 milhões	5-9,9 milhões	7500	>7-13%
República do Chade	Central	-	-	200-300	<1 milhão	1-4,9 milhões	2400	>13-20%
República da Guiné Equatorial	Central	-	-	200-300	<1 milhão	<200 mil	450	>7-13%
República do Congo	Central	-	10,0	200-300	<1 milhão	<1 milhão	2000	>20%
República Democrática Federal da Etiópia	Oriental	17,8	-	50-100	20-99,9 milhões	>10 milhões	130	≤7%
República Federal da Somália	Oriental	42,9	-	50-100	1-4,9 milhões	1-4,9 milhões	20	≤7%
República do Djibuti	Oriental	-	-	50-100	<200 mil	inexistente	0	≤7%
República do Quênia	Oriental	21,8	41,4	50-100	5-19,9 milhões	1-4,9 milhões	5800	>7-13%
República do Madagáscar	Oriental	-	-	100-200	5-19,9 milhões	>10 milhões	4900	>13-20%
República da Maurícia	Oriental	-	-	inexistente	inexistente	inexistente	0	-
República do Ruanda	Oriental	-	-	100-200	1-4,9 milhões	1-4,9 milhões	770	≤7%
República das Seicheles	Oriental	-	-	inexistente	inexistente	não endémica	-	-
República do Sudão do Sul	Oriental	-	-	200-300	<1 milhão	1-4,9 milhões	-	>13-20%
República do Sudão	Oriental	10,0	58,4	50-100	1-4,9 milhões	5-9,9 milhões	5300	>13-20%
República do Uganda	Oriental	-	-	200-300	5-19,9 milhões	>10 milhões	14.000	>13-20%
Estado da Eritreia	Oriental	-	-	1-50	inexistente	<1 milhão	9	≤7%
União das Comores	Oriental	-	-	1-50	<1 milhão	não endémica	30	-

País	Região	Carência de Ferro (crianças <5)	Carência de Ferro (ALCJ)	Malária (por 1000)	Helmintos (necessário TP)	Esquistossomose (necessário TP)	Anemia Falciforme (est. nasc./ano)*	Carência de G6PD
República Unida da Tanzânia	Oriental	-	-	100-200	20-99,9 milhões	>10 milhões	18.000	>13-20%
República Árabe do Egito	Norte	-	-	inexistente	inexistente	inexistente	1100	-
República Islâmica da Mauritânia	Norte	-	-	1-50	inexistente	<1 milhão	500	>7-13%
Reino de Marrocos	Norte	23,5	30,3	inexistente	inexistente	inexistente	35	-
República Democrática e Popular da Argélia	Norte	23,3	28,7	inexistente	inexistente	inexistente	170	-
República da Tunísia	Norte	-	-	inexistente	inexistente	inexistente	75	-
República Árabe Sarauí Democrática	Norte	-	-	-	-	-	4	-
Estado da Líbia	Norte	-	-	inexistente	inexistente	inexistente	160	-
Reino de Essuatíni	Austral	-	-	<1	<200 mil	<1 milhão	4	>7-13%
Reino do Lesoto	Austral	-	-	inexistente	<1 milhão	não endêmica	0	-
República de Angola	Austral	-	-	100-200	5-19,9 milhões	5-9,9 milhões	9200	>13-20%
República do Botsuana	Austral	-	-	<1	<200 mil	1-4,9 milhões	4	<7%
República do Maláui	Austral	21,7	15,1	200-300	5-19,9 milhões	5-9,9 milhões	2900	>20%
República de Moçambique	Austral	-	-	300-400	5-19,9 milhões	>10 milhões	2000	>20%
República da Namíbia	Austral	-	-	1-50	<1 milhão	<200 mil	30	<7%
República da África do Sul	Austral	53,6	-	<1	5-19,9 milhões	1-4,9 milhões	65	≤7%
República da Zâmbia	Austral	-	-	100-200	1-4,9 milhões	1-4,9 milhões	10.700	>20%
República do Zimbabué	Austral	-	-	50-100	<1 milhão	1-4,9 milhões	450	>13-20%
República Federal da Nigéria	Ocidental	19,4	12,7	300-400	20-99,9 milhões	>10 milhões	116.000	>13-20%
República Popular do Burkina Faso	Ocidental	-	-	300-400	inexistente	1-4,9 milhões	4700	>7-13%
República do Benim	Ocidental	-	-	300-400	1-4,9 milhões	1-4,9 milhões	5700	>20%
República de Cabo Verde	Ocidental	-	-	inexistente	<200 mil	inexistente	15	-
República da Costa do Marfim	Ocidental	15,5	16,7	200-300	1-4,9 milhões	1-4,9 milhões	7500	>13-20%
República do Gana	Ocidental	21,5	13,7	100-200	inexistente	>10 milhões	6300	>13-20%
República da Guiné	Ocidental	-	-	300-400	1-4,9 milhões	1-4,9 milhões	6300	>7-13%
República da Guiné-Bissau	Ocidental	-	-	100-200	<1 milhão	<200 mil	220	>7-13%
República da Libéria	Ocidental	25,7	-	300-400	<1 milhão	1-4,9 milhões	700	>7-13%
República do Mali	Ocidental	-	-	300-400	inexistente	5-9,9 milhões	4300	>7-13%

País	Região	Carência de Ferro (crianças <5)	Carência de Ferro (ALCJ)	Malária (por 1000)	Helmintos (necessário TP)	Esquistossomose (necessário TP)	Anemia Falciforme (est. nasc./ano)*	Carência de G6PD
República do Senegal	Ocidental	56,3	42,3	50-100	1-4,9 milhões	1-4,9 milhões	3000	>13-20%
República da Serra Leoa	Ocidental	5,2	8,3	300-400	1-4,9 milhões	1-4,9 milhões	3000	>7-13%
República da Gâmbia	Ocidental	59,0	-	50-100	<200 mil	<1 milhão	500	<7%
República do Níger	Ocidental	-	-	300-400	inexistente	>10 milhões	8600	<7%
República Togolesa	Ocidental	-	-	200-300	1-4,9 milhões	1-4,9 milhões	2000	>20%
Classificação de Importância:								
Muito Baixa ou Inexistente		<1%		<1 ou inexistente	inexistente	inexistente	<10	inexistente
Baixa								
Moderada		<10%		1-50	<200.000	<200.000	10-100	≤7%
Elevada		10-19%		50-100	200-900.000	200-900.000	100-500	>7-13%
Muito Elevada		20-39%		100-200	1-4,9 milhões	1-4,9 milhões	500-2000	>13-20%
Sem Dados		>40%	>40%	>200	>5 milhões	>5 milhões	>2000	>20%
		-	-	-	-	-	-	-

*Piel, F. B., Hay, S. I., Gupta, S., Weatherall, D. J., & Williams, T. N. (2013). Global burden of sickle cell anaemia in children under five, 2010-2050: modelling based on demographics, excess mortality, and interventions. *PLoS medicine*, 10(7), e1001484. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001484>

Anexo 2: Principais causas da anemia de acordo com o número de anos vividos com incapacidade (AVI) por 100.000 habitantes, do sexo feminino de todas as idades, nas regiões da UA, incluindo os Estados-membros

Região GBD	Estados-membros da UA incluídos na Região GBD	Principais Causas de Anemia		
		1	2	3
Norte de África	Argélia, Egito, Líbia, Marrocos, Sudão, Tunísia	Carência de ferro na alimentação	Hemoglobinopatias e anemias hemolíticas	Outras doenças tropicais negligenciadas
África Central	Angola, República Centro-Africana, República do Congo, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Gabão	Carência de ferro na alimentação	Hemoglobinopatias e anemias hemolíticas	Malária
África Oriental	Burundi, Comores, Djibuti, Eritreia, Etiópia, Quênia, Madagáscar, Maláui, Moçambique, Ruanda, Somália, Sudão do Sul, Uganda, Tanzânia, Zâmbia	Carência de ferro na alimentação	Hemoglobinopatias e anemias hemolíticas	Malária
	Maurícia, Seicheles	Carência de ferro na alimentação	Hemoglobinopatias e anemias hemolíticas	Doença renal crónica
África Austral	Botsuana, Essuatíni, Lesoto, Namíbia, África do Sul, Zimbabué	Carência de ferro na alimentação	IVH/SIDA	Hemoglobinopatias e anemias hemolíticas
África Ocidental	Benim, Burquina Faso, Cabo Verde, Camarões, Chade, Costa do Marfim, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Libéria, Mali, Mauritânia, Níger, Nigéria, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Togo.	Carência de ferro na alimentação	Hemoglobinopatias e anemias hemolíticas	Malária

Nota: A Maurícia e as Seicheles estão incluídas na região do Sudeste Asiático de GBD e a República de Sarauí não está incluída na análise de GBD.

Fonte: Supplement to: GBD 2021 Anaemia Collaborators. Prevalence, years lived with disability, and trends in anaemia burden by severity and cause, 1990–2021: findings from the Global Burden of Disease Study 2021 *Lancet Haematol* 2023; publicação online de 31 de Julho [https://doi.org/10.1016/S2352-3026\(23\)00160-6](https://doi.org/10.1016/S2352-3026(23)00160-6)

QUADRO ESTRATÉGICO
PARA A PREVENÇÃO E GESTÃO DA
ANEMIA EM ÁFRICA

Capacitar os Países Africanos para Reduzir a Anemia

Este quadro estabelece as bases para a implementação coordenada de um pacote multissetorial de intervenções eficazes e sustentáveis, específicas ao contexto, capacitando os países africanos a reduzir a carga da anemia por meio da prevenção, diagnóstico e manejo de todas as formas de anemia, melhorando assim a saúde e o bem-estar de todos os cidadãos.