



RELATÓRIO ANUAL 2018

Março 2018

ÍNDICE

ÍNDICE	2
GLOSSÁRIO	3
INTRODUÇÃO	6
I) A SITUAÇÃO SANITÁRIA NO ESPAÇO CEDEAO EM 2018	7
<i>I.1. Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis</i>	7
I.1.2. Doenças Transmissíveis	7
I.2.2. Doenças Não Transmissíveis	3
<i>I.2. A saúde materna, neonatal, infantil, dos adolescentes, dos jovens e dos idosos</i>	11
I.2.1. A saúde materna e neonatal	11
I.2.2. A Saúde infantil, do adolescente, do jovem e do idoso	16
II) BALANÇO DAS REALIZAÇÕES DO ANO DE 2018	3
<i>II.1. O estado de implementação das principais recomendações da 19ª sessão da Assembleia dos Ministros da Saúde da CEDEAO</i>	3
<i>II.2. As actividades de pilotagem</i>	4
II.2.1. Reuniões estatutárias	4
II.2.2. Encontro com os parceiros técnicos e financeiros	5
<i>II.3. Os resultados da execução dos Programas Prioritários</i>	5
II.3.1. Informação sanitária e pesquisa para a saúde	5
II.3.2. Luta contra as doenças	7
II.3.3. Epidemias e urgências sanitárias	9
II.3.4. Promoção da Saúde	14
II.3.5. Medicamentos essenciais, vacinas e outros produtos médicos	14
II.3.6. Medicina Tradicional	16
II.3.7. Saúde materna, neonatal, infantil, do adolescente, do jovem e do idoso;	16
II.3.8. Infraestruturas e equipamentos de saúde	18
II.3.9. Governação do sistema da saúde	18
II.3.10. Recursos humanos para a saúde	19
II.3.11. Assistência técnica aos Estados membros	20
II.3.12. Parceria estratégica e harmonização das políticas	21
II.3.13. Reforço das capacidades institucionais da OOAS	21
III) ESTADO DA EXECUÇÃO FINANCEIRA	22
IV) A SITUAÇÃO ADMINISTRATIVA DA OOAS	24
V) DESAFIOS EM 2018	25
VI) PERSPECTIVAS	26
CONCLUSÃO	27



GLOSSÁRIO

ADE:	Facilitação de Infecção por Anticorpos
AEQ :	Avaliação Externa da Qualidade
AGA :	Assembleia Geral Anual
AIDI:	Atenção Integrada às Doenças da Infância
AMS :	Assembleia dos Ministros da Saúde
ANRM:	Autoridades Nacionais de Harmonização da Regulação de Medicamentos
AVC :	Acidentes Vasculares Cerebrais
AVP :	Acidente da Via Pública
BPF:	Boas Práticas de Fabricação
CBI :	Intervenção Comunitária
CEDEAO :	Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental
CDC :	Centro de Luta contra as Doenças
CGD:	Carga Global da Doença
CMC :	Comunicação para Mudança de Comportamento
CCVS :	Comité Consultivo para a Vacinação no Senegal
CFR :	Taxa de Letalidade de Caso
CONU :	Cuidados Obstétricos e Neonatais de Urgência
CPS :	Quimioprevenção do Paludismo Sazonal
CRVCD:	Centro Regional de Vigilância e Controlo das Doenças
DHIS2:	<i>District Health Information Software 2</i>
DNT:	Doenças Não Transmissíveis
DTC :	Documento Técnico Comum
DTN:	Doenças Tropicais Negligenciadas
ELISA :	Ensaio de Imunoabsorção enzimática
EQUIST :	Ferramenta Sensível ao Impacto Equitativo
FCT:	Território da Capital Federal
FDA:	<i>Food and Drugs Authority</i> (Autoridade de Alimento e Medicamento)
FHV :	Febres Hemorrágicas Virais
FID :	Federação Internacional da Diabetes
FMPS:	Fórum das Melhores Práticas da Saúde da CEDEAO
F-RCPFAS-DD :	Federação das Redes de Campeões em Advocacia para o Financiamento Adequado da Saúde e o Dividendo Demográfico
GET:	Tratamento Global de Agentes Patogénicos Emergentes
GTCV:	Grupo Técnico Consultivo para a Vacinação
H3Africa :	<i>Human Heredity and Health in Africa</i> (Hereditariedade e Saúde Humana em África)
IATA :	Associação Internacional de Transporte Aéreo

IDS:	Inquéritos Demográficos e de Saúde
IGF:	Índice Global da Fome
INC:	Instituição Nacional de Coordenação
INFAS :	Instituto Nacional de Formação de Agentes da Saúde de Abidjan
INFSS :	Instituto Nacional de Formação em Ciências da Saúde de Bamako
INSN:	Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição
INSP :	Instituto Nacional da Saúde Pública de Niamey
ISO :	Organização Internacional da Normalização
LNCQM:	Laboratórios Nacionais de Controlo da Qualidade de Medicamentos
MCV1 :	Vacina contra Sarampo
MEP :	Transformar Evidência em Política
MICS :	Inquérito de Indicadores Múltiplos
MII :	Mosquiteiros impregnados de insecticida
MMC :	Métodos Modernos de Contracepção
MTA:	Acordo de Transferência de Materiais
NACA:	Agência Nacional de Luta contra VIH e SIDA
NCDC:	Centro Nacional de Luta contra as Doenças
NEPAD:	Nova Parceria para o Desenvolvimento da África
ODM :	Objectivos do Desenvolvimento do Milénio
ODS:	Objectivo de Desenvolvimento Sustentável
OIE :	Organização Mundial da Saúde Animal
OOAS :	Organização Oeste Africana da Saúde
OSC :	Organização da Sociedade Civil
OMS:	Organização Mundial da Saúde
ONUSIDA:	Programa das Nações Unidas sobre VIH e SIDA
PAGE :	Passagem à Grande Escala
PAV :	Programa Alargado de Vacinação
PMB:	Pequenas e Médias Bibliotecas
PNLP:	Programa Nacional de Luta contra o Paludismo
PO:	Parceria de Ouagadougou
PPP:	Parceria Público-Privada
QP:	Quimioterapia Preventiva
RAM:	Observatório em África Ocidental
RDC:	República Democrática do Congo
REDISSE:	Projecto Regional de Reforço dos Sistemas de Vigilância das Doenças em África Ocidental
ROADIS:	Rede Oeste Africana de Documentação e de Informações Sanitárias
ROARES :	Rede Oeste Africana da Pesquisa em Saúde
RQD:	Revisão da Qualidade de Dados
SAGO :	Sociedade Africana de Ginecologistas e Obstetras

SAJ :	Saúde dos Adolescentes e Jovens
SANBI :	<i>South African National Bioinformatics Institute</i> (Instituto Nacional Sul Africano de Bioinformática)
SAP-ECOLINK :	Sistemas, Aplicativos e Produtos
SGQ :	Sistema de Gestão da Qualidade
SIDA :	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SM:	Saúde Móvel
SNIS :	Sistemas Nacionais de Informação Sanitária
SSARJ :	Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens
STEPS :	Inquéritos Nacionais e Sub-nacionais aos Agregados Familiares
SWEDD:	Autonomização das Mulheres e Dividendo Demográfico no Sahel
TB:	Tuberculose
TMM :	Taxa da Mortalidade Materna
UC:	Unidade de Conta
UEMOA:	União Económica e Monetária Oeste Africana
UNICEF:	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIDO:	Organização das Nações Unidas para o Desenvolvimento Industrial
USAID:	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
VIDR:	Vigilância Integrada das Doenças e Resposta
VIH:	Vírus da Imunodeficiência Humana
VPH :	Vírus do Papiloma Humano
WAPCP:	Colégio Oeste Africana de Pós-graduação de Farmacêuticos
WIRA:	Mulheres em Idade Fértil

INTRODUÇÃO

Criada a 9 de Julho de 1987 pelos Chefes de Estado e de Governo através do Protocolo A/P2/7/87, a Organização Oeste Africana da Saúde (OOAS) é a agência especializada da Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO) responsável pelas questões sanitárias, com um mandato político de assegurar a coordenação regional em termos de saúde no espaço CEDEAO.

A missão da OOAS é de oferecer o nível mais elevado possível em matéria de prestação de cuidados de saúde às populações da sub-região com base na harmonização das políticas dos Estados membros, da partilha de recursos e da cooperação entre os Estados membros e países terceiros com vista a encontrar colectiva e estrategicamente soluções para os problemas de saúde da sub-região.

Desde a sua criação, a OOAS elaborou três Planos Estratégicos, o último dos quais abrange o período 2016-2020. Este último Plano Estratégico está estruturado em torno de 3 eixos estratégicos e 13 Programas Prioritários, cuja execução se baseia em planos de trabalho anuais.

Este relatório destina-se a dar conta das principais actividades realizadas durante 2018, bem como dos resultados obtidos. Articula-se em torno de seis (6) pontos, nomeadamente:

- A situação sanitária do espaço CEDEAO;
- O estado de implementação das principais recomendações da 19ª sessão da Assembleia dos Ministros da Saúde da CEDEAO;
- As actividades de pilotagem;
- Os resultados da implementação dos 13 programas prioritários;
- A situação administrativa e financeira;
- Os desafios.

I) A SITUAÇÃO SANITÁRIA NO ESPAÇO CEDEAO EM 2018

Este capítulo visa resumir os elementos característicos da morbidade, da mortalidade e dos factores de risco que marcaram a região da CEDEAO em 2018. Focaliza-se sobre as doenças transmissíveis e não transmissíveis. Para além disso, descreve também a situação da saúde materna, neonatal, infantil, dos adolescentes, dos jovens e dos idosos.

I.1. Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis

Esta secção articula-se em torno da situação epidemiológica das doenças transmissíveis e não transmissíveis com maior impacto sobre a morbidade e a mortalidade no espaço CEDEAO.

I.1.2. Doenças Transmissíveis

Nos países da CEDEAO, milhares de pessoas têm sido continuamente afectadas por epidemias, nomeadamente de febres hemorrágicas virais, cólera, meningite e sarampo. A morbidade e mortalidade resultantes são muito significativas.

⇒ Cólera

Cinco anos após 2014, quando a CEDEAO registou um surto significativo de cólera com um total de 68.3648 casos notificados e 1114 óbitos (letalidade de 1,6%) em 8 países (Benim, Côte d'Ivoire, Gana, Guiné-Bissau, Libéria, Níger, Nigéria, Togo), a região vive em 2018, a segunda maior epidemia com um total de 64.678 casos, causando 1215 óbitos (2,2% de letalidade). (Fig 1)

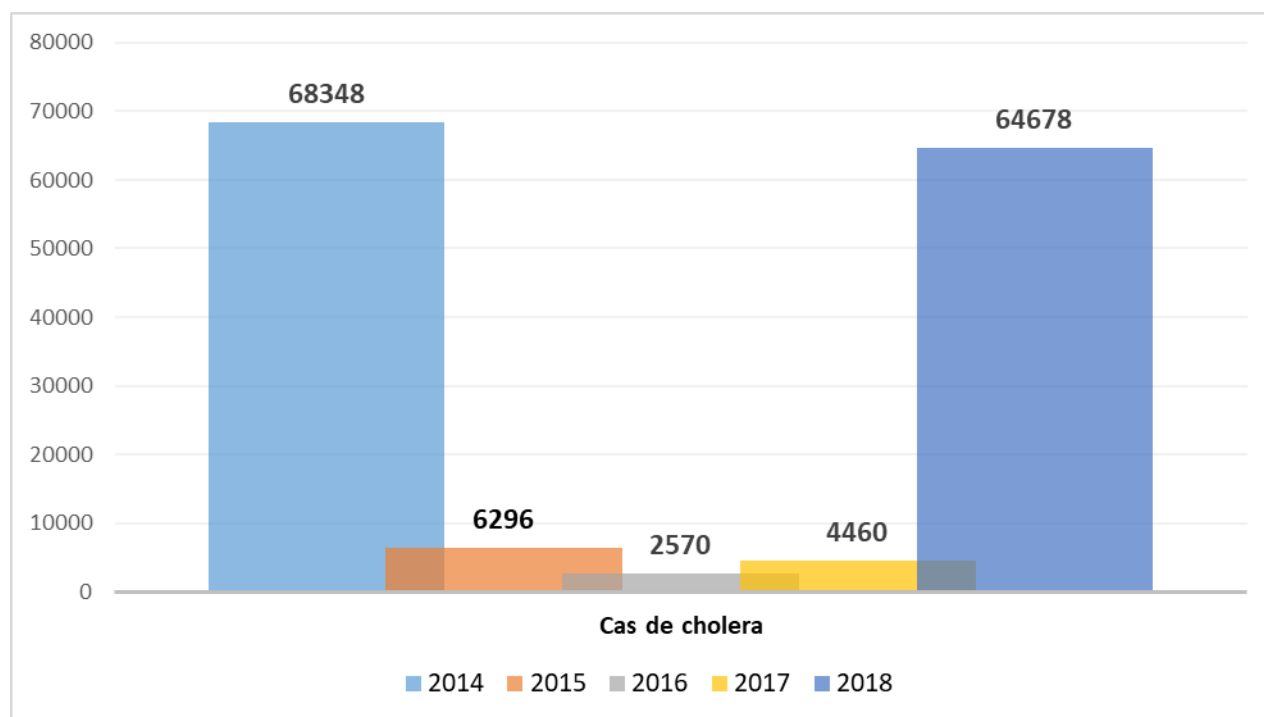


Fig. 1: Casos de cólera declarados nos Países Da CEDEAO, 2014-2018.

Fonte: Plataforma Regional de Partilha de Informação Sanitária

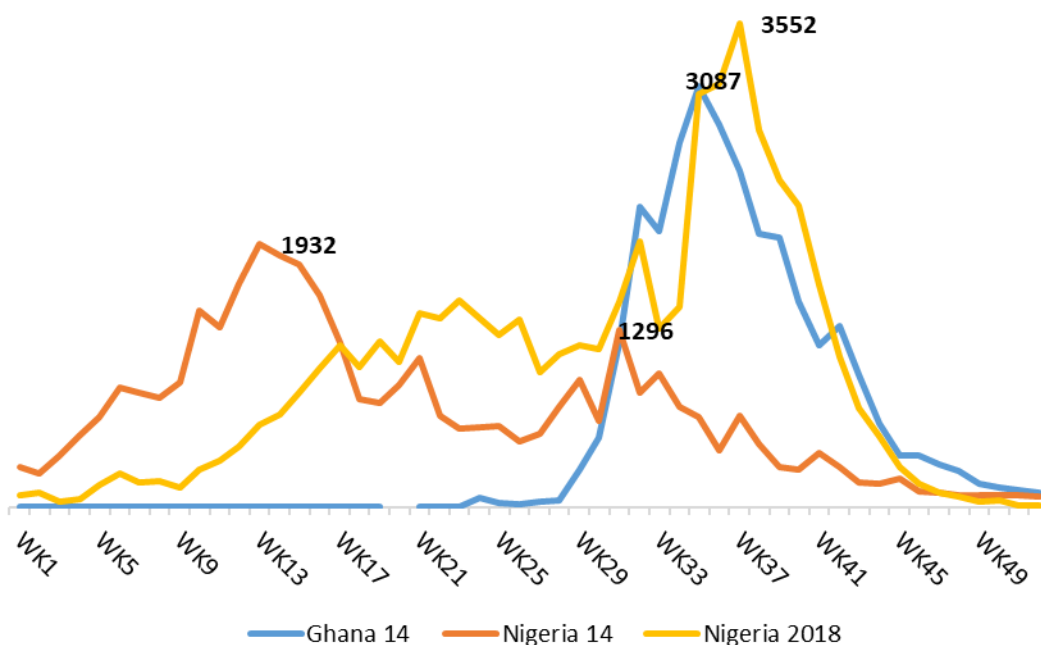
Em 2014, a Nigéria e o Gana representaram 95% dos casos declarados (Nigéria 53% e Gana 42%) e 90% de todas as mortes observadas.

Em 2018 a epidemia de cólera afectou especialmente a Nigéria e o Níger. A Nigéria declarou um total de 50 719 casos incluindo 1136 óbitos com uma taxa de letalidade de casos de 2.2% comunicados de 20 Estados (Adamawa, Anambra, Bauchi, Borno, Ebonyi, FCT, Gombe, Jigawa, Kaduna, Kano, Katsina, Kebbi, Kogi, Kwara, Nasarawa, Niger, Plateau, Yobe, Sokoto and Zamfara). Dos casos confirmados, 26.3% estão na faixa etária dos 5-14 anos.

A 15 de Julho de 2018, um surto de cólera foi declarado oficialmente pelo Ministério da Saúde Pública do Níger. Em 31 de Dezembro de 2018, o Níger declarou 3822 casos (14% dos quais eram casos de residentes Nigerianos à procura de cuidados no Níger) com 78 óbitos (taxa de letalidade de 2,4%) registados em doze distritos sanitários de quatro regiões: Dosso, Maradi, Tahoua e Zinder. Quatro distritos afectados (Aguié, Guidam Roumji, Madarounfa e comuna de Maradi) na Região de Maradi e dois distritos afectados (Birni Koni e Mabalza) na Região de Tahoua estão na fronteira com a Nigéria, enquanto o Distrito de Gaya na Região de Dosso está próximo da fronteira com o Benim e a Nigéria.

Em 2015, 2016 e 2017, respectivamente, foram registados 6296, 2570 e 4460 casos de cólera, indicando a persistência da circulação e transmissão de *Vibrio cholerae* no espaço CEDEAO.

A sazonalidade do surto de cólera em 2014 e 2018 é praticamente a mesma. Os casos estiveram concentrados principalmente entre a semana 29 e a semana 45 – Fig. 2 abaixo.



*Fig. 2: Comparação da evolução semanal de casos de cólera no Gana e na Nigéria entre 2014 e 2018.
Fonte: Plataforma Regional de Partilha de Informação Sanitária*

Como parte da colaboração multissetorial, os países devem continuar a trabalhar para detectar e caracterizar as epidemias de cólera, identificar áreas de alto risco e populações vulneráveis para orientar medidas de prevenção e controlo, incluindo melhor acesso à água potável e ao saneamento, e educação sanitária e de higiene na comunidade.

As vacinas da cólera são eficazes na prevenção da cólera. Nos seis primeiros meses após a vacinação fornecem cerca de 85 por cento de protecção, o que diminui para 50 por cento ou 62 por cento durante o primeiro ano. Depois de dois anos, o nível de protecção diminui para menos de 50 por cento. Quando a vacinação começa imediatamente após os primeiros casos, a vacina é uma ferramenta muito boa para prevenir a propagação da doença.

Consequentemente, a detecção precoce, vacinação orientada da população em risco e o acesso adequado e atempado aos cuidados ao paciente são medidas comprovadas que o sector da saúde tem responsabilidades especiais em implementar.

A OOAS deve trabalhar para ajudar os Estados Membros a ter acesso imediato à vacina, nomeadamente através de sistemas de estoque de segurança.

O controlo da cólera a longo prazo é possível no Espaço CEDEAO. O Senegal parece ter eliminado a transmissão com zero casos notificados em cinco anos consecutivos.

⇒ Meningite

A cintura Africana da meningite é uma região em África Subsaariana onde a taxa de incidência da meningite é muito elevada. Consiste da parte ou totalidade (do Oeste para Leste): [Gâmbia](#), [Senegal](#), [Guiné-Bissau](#), [Guiné-Conacri](#), [Mali](#), [Burkina Faso](#), [Gana](#), [Níger](#), [Nigéria](#), Camarões, [Chade](#), [República Centro Africana](#), [Sudão](#), [Sudão do Sul](#), [Uganda](#), [Quénia](#), [Etiópia](#), [Eritreia](#). A “cintura” tem uma estimativa de 300 milhões de pessoas na sua área total.

Os países mais afectados na região são o Burkina Faso, a Etiópia e o Níger, que são responsáveis por 65% de todos os casos em África. Nas grandes epidemias, a taxa de ataque varia entre 100 e 800 pessoas por cada 100.000. No entanto, as comunidades podem ter taxas de ataque tão altas quanto 1000 por cada 100.000. Durante estas epidemias, as crianças pequenas têm as taxas de ataque mais elevadas.

Na Fig. 3, está reflectida a tendência de meningite notificada nos Estados membros da CEDEAO de 2014 para 2018.

Fig. 3: Tendência de meningite notificada nos Estados membros da CEDEAO, 2014-2018; Fonte: Plataforma Regional de Partilha de Informação Sanitária

Em 2016: 12 508 casos foram notificados com uma taxa de letalidade de caso de 7,9%. Os germes predominantes foram: *S. pneumoniae* 34.8%, seguido por NmW 23.-%, NmC 12.3%, Hib 2.9% e NmX 2.3%; 38 distritos atingiram o limiar da epidemia (Benim – 3; Burkina Faso – 2; Côte d’Ivoire – 1; Gana – 16; Níger – 3; Nigéria – 1 e Togo – 9).

Em 2017: 21 009 casos foram notificados com uma taxa de letalidade de caso de 6,4%, os germes predominantes foram: *S. Pneumoniae* (33.0%); seguido por NmX (19.1%); Hib (6.7) e Nm W (4.6%); 48 distritos atingiram o limiar da epidemia (Benim – 2; Burkina Faso – 1; Gana – 5; Níger – 4; Nigéria – 35 e Togo – 1).

Em 2018: 11 259 casos foram notificados com uma taxa de letalidade de caso de 5,97%. Os germes predominantes foram: NmC (31.8%); seguido por *Sp Pneumoniae* (28.8%); NmX (11.9%) e nmW (9.4%); 15 distritos atingiram o limiar da epidemia (Gana – 6; Níger – 1; Nigéria – 8).

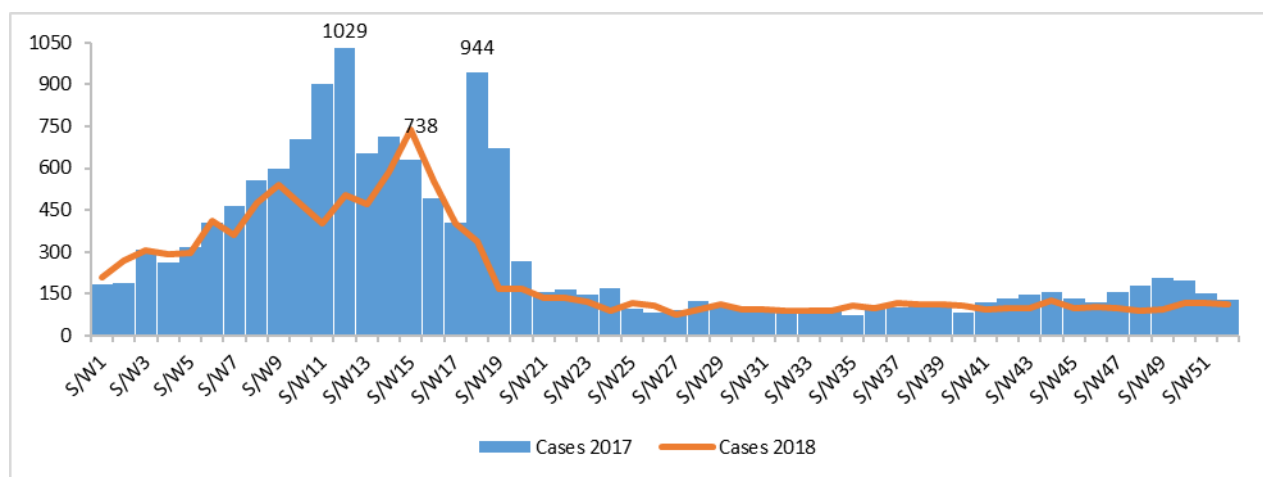


Fig. 4: Tendência de casos de meningite notificados por semana nos Estados membros da CEDEAO, 2018/17.

Fonte: Plataforma Regional de Partilha de Informação Sanitária

Como demonstrado na Fig. 4, o primeiro trimestre do ano é o período de maior transmissão da meningite.

Em 2019, até 1 de Março, 2104 casos de meningite foram notificados (TLC 6.7%) por Benim (102), Burkina Faso (703), Côte d'Ivoire (65), Gana (421), Guiné-Conacri (51), Gâmbia (10), Mali (103), Níger (142), Nigéria (360) e Togo (147). Dois distritos: Nigéria (1) e Togo (1) atingiram o limiar da epidemia e onze distritos ultrapassaram o limiar de alerta em 3 países: Benim (3), Burkina Faso (4), Gana (3) e Nigéria (1) – ver Fig. 5 abaixo.

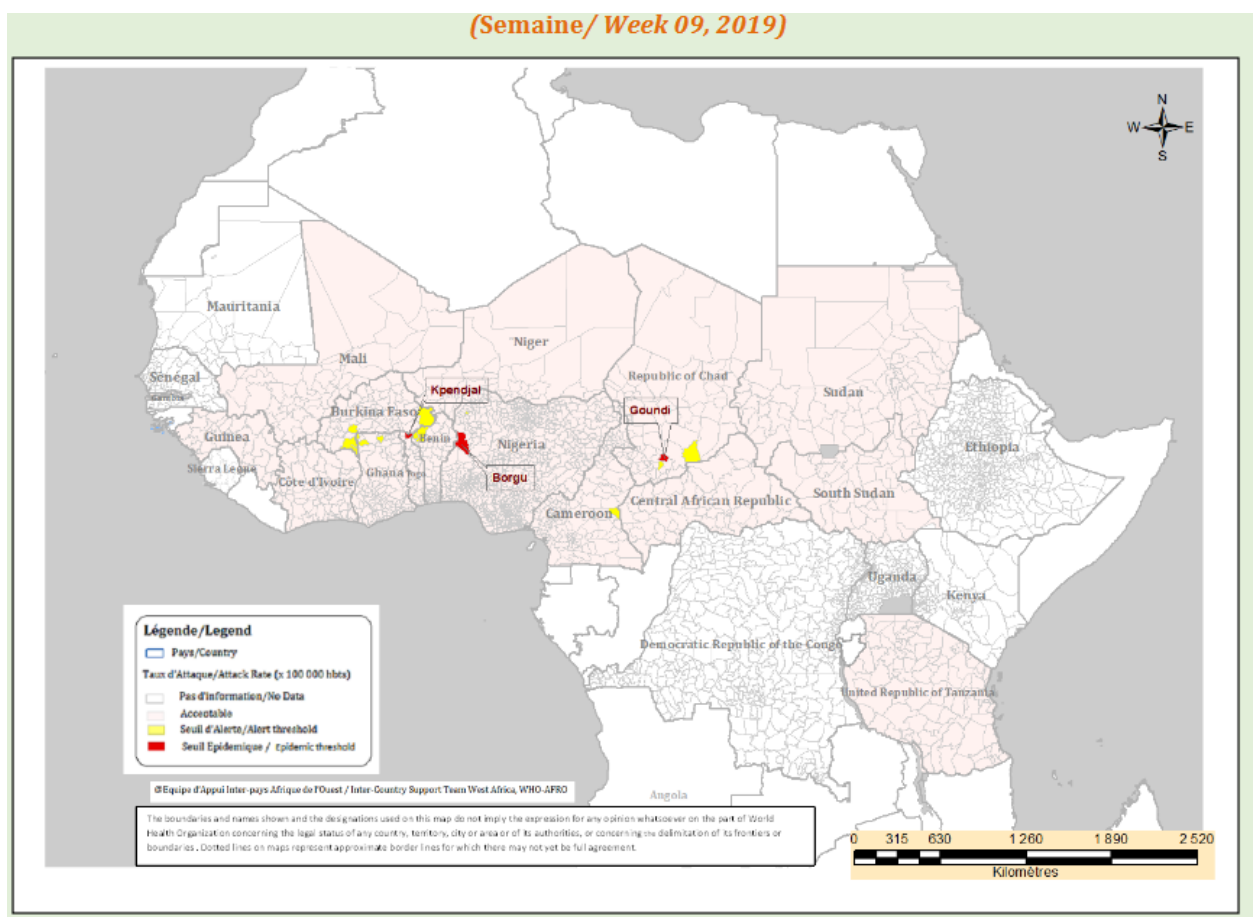


Fig. 5: Boletim semanal de feedback sobre meningite cérebrospinal, semana 9 de 2019. Fonte: OMS

Alguns Estados membros da CEDEAO, nomeadamente Benim, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Gana, Mali, Níger, Nigéria e Togo, estão parcial ou totalmente vacinados com **ManAfriVac**.

No entanto, **MenAfriVac** só vai proteger contra doenças causadas pelo grupo A meningococo - a principal causa de epidemias de meningite na África, responsável por cerca de 80 a 85 por cento de todos os casos. Os casos de meningite causados por outros grupos tais como W135, X e C também ocorrem. As vacinas para outros grupos ainda não estão disponíveis (X) ou são demasiado caras para os países Africanos (C, W ou Y em várias combinações). Espera-se que uma combinação de esforços contínuos de pesquisa e desenvolvimento e de preços diferenciados contribua para disponibilizar essas vacinas aos países em desenvolvimento no futuro.

Os países são incentivados a reforçar a detecção e notificação de casos. Para além disso, há a necessidade de aumentar o número de punção lombar efectuada para melhorar a confirmação laboratorial, especialmente nos distritos que atravessaram o limiar de alerta.

⇒ Sarampo

Embora seja uma doença visada pelos programas de eliminação, estes programas permanecem muito ineficazes e o sarampo persiste como doença endêmica no espaço CEDEAO (ver fig. 6).

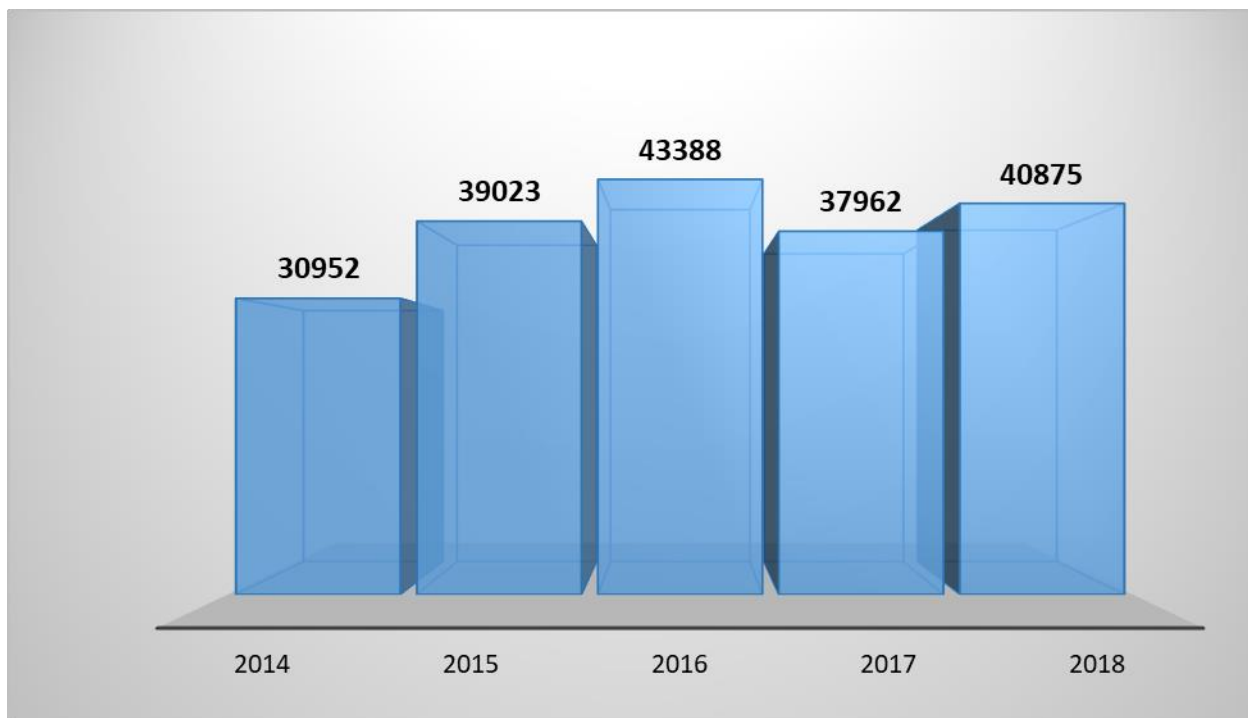


Fig. 6: Casos de sarampo notificados na CEDEAO, 2014-2018.
Fonte: Plataforma Regional de Partilha de Informação Sanitária

Em 2018, um total de 40.875 casos e 209 mortes por sarampo (letalidade de 0,4%) foram registados em 14 países da região. O Cabo Verde é o único país da região que não notificou nenhum caso de sarampo nos últimos anos. Os países que notificaram mais casos em 2018 foram a Nigéria (17.412 casos), o Níger (4.616 casos), o Burkina Faso (4.490 casos) e a Libéria (4.234 casos).

Comparando a evolução semanal dos casos entre 2017 e 2018, os picos encontram-se no primeiro trimestre de cada ano (fig.7).

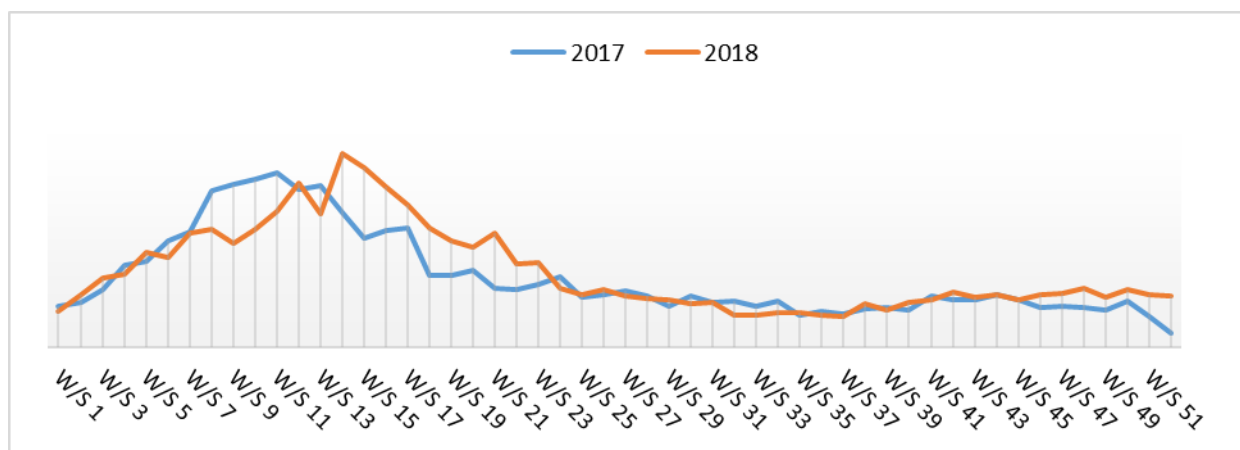


Fig. 7: Tendência anual de casos de sarampo notificados na CEDEAO, 2017/18.

Fonte: Plataforma Regional de Partilha de Informação Sanitária

A eliminação do sarampo é biológica e programaticamente viável, com base em experiências de redução da mortalidade por sarampo ao longo da última década.

O calendário de vacinação dos Estados membros da CEDEAO prevê uma primeira dose de uma vacina contra o sarampo (MCV 1) entre 9 e 11 meses de vida da criança (92% de protecção da vacina - OMS). A cobertura nacional de imunização de MCV1 nos Estados membros da CEDEAO, apesar de algumas melhorias de 2013 a 2017, é em geral baixa para garantir a protecção contra as epidemias de sarampo. Ver Fig. 8 abaixo.

De acordo com o documento de posição da OMS - 28 de abril de 2017, duas doses de vacina contendo sarampo são mais eficazes do que uma dose na protecção contra o sarampo. Em 2018, sete Estados membros da CEDEAO (Burkina Faso, Cabo Verde, Gâmbia, Gana, Níger e Senegal) tinham introduzido uma segunda dose no seu calendário de vacinação, mas com um baixo nível de cobertura.

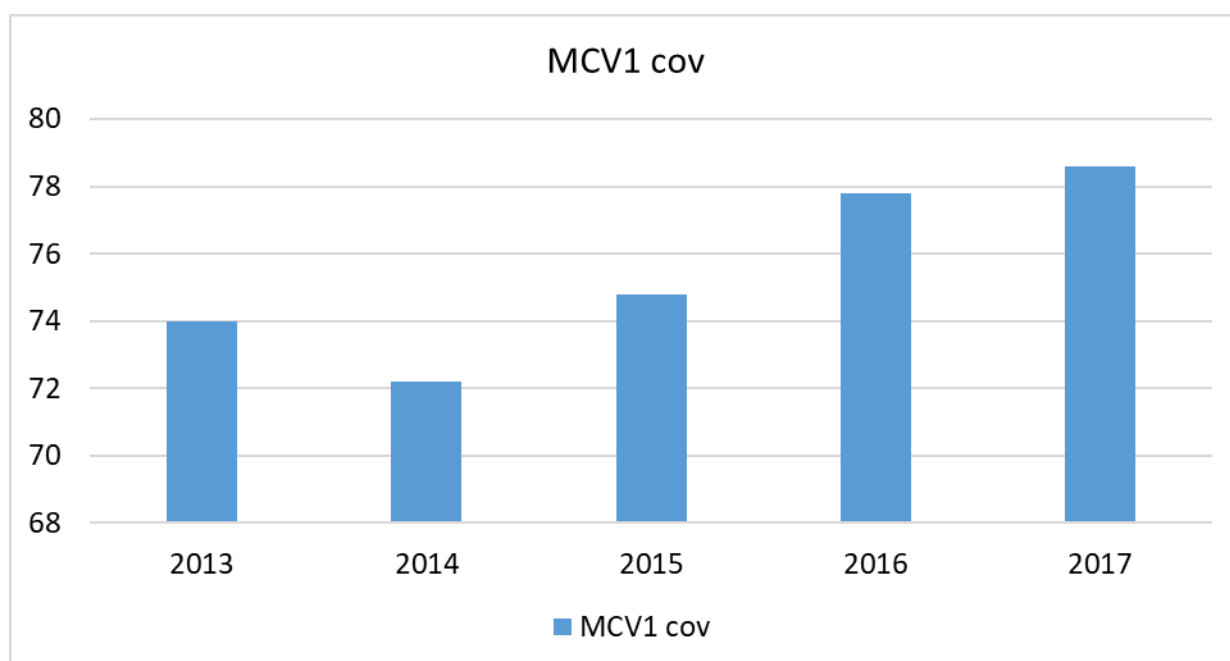


Fig. 8: Cobertura de vacina contra sarampo no Espaço CEDEAO de 2013 a 2017.

Fonte: OMS/UNICEF

Os esforços de eliminação devem ser inteiramente da responsabilidade dos países; devem visar o reforço dos sistemas de vacinação e promover a equidade na prestação de serviços.

As intervenções prioritárias devem incluir a melhoria da cobertura da vacinação através da implementação sistemática de uma combinação de abordagens, oferecendo uma segunda oportunidade de vacinação contra o sarampo, a realização de vigilância das doenças sensíveis, o reforço das capacidades dos profissionais de saúde, a melhoria da qualidade dos dados de monitorização da vacinação, a realização de advocacia sustentada e a mobilização de parceiros locais e internacionais, bem como a intensificação da pesquisa operacional.

⇒ Febre de Lassa

A febre de Lassa, que ocorre principalmente na África Ocidental, é uma doença hemorrágica viral aguda cujo agente patogénico é um vírus da família Arenaviridae. É um vírus zoonótico e o vetor animal é principalmente um roedor: o "rato plurimamário" (*Mastomys natalensis*).

De acordo com a OMS, quase 80% da febre de Lassa são causados por roedores à transmissão humana após a exposição humana à urina ou fezes de ratos contaminados. A transmissão entre humanos (20% dos casos) é possível após a exposição a vírus contidos nos fluidos corporais (sangue, tecidos, secreções ou excreções) de um indivíduo infectado pelo vírus Lassa ou raramente através da contaminação de equipamentos médicos.

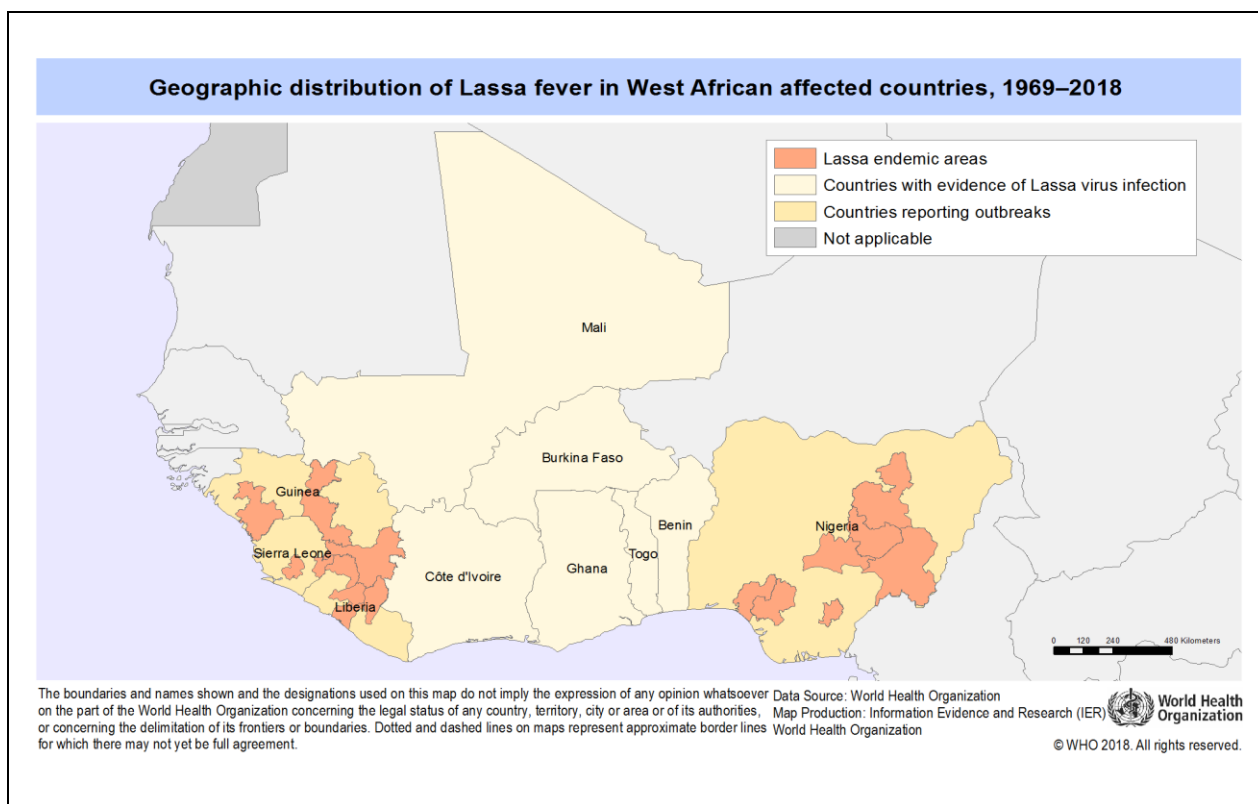


Fig 9: Distribuição geográfica da febre de Lassa nos países afetados da África Ocidental, 1969-2018.

Fonte: OMS

A febre de Lassa é endémica na África Ocidental e desde a sua descoberta em 1969 na aldeia de Lassa na Nigéria (da qual o vírus leva o seu nome), ocorreram várias epidemias, particularmente na Serra Leoa, Libéria, Guiné e Nigéria. A circulação viral é também demonstrada em toda a região da CEDEAO (excepto em Cabo Verde, Gâmbia, Guiné-Bissau, Níger e Senegal, onde o estatuto de infecção permanece desconhecido). Foram comunicados casos esporádicos noutros Estados membros da CEDEAO em risco de contrair a doença (Benim, Mali, Gana, Costa do Marfim, Burkina Faso, Togo).

Os dados disponíveis na OOAS sobre a situação epidemiológica da febre de Lassa mostram um rápido aumento do número de casos confirmados e uma extensão geográfica da área endêmica no espaço CEDEAO.

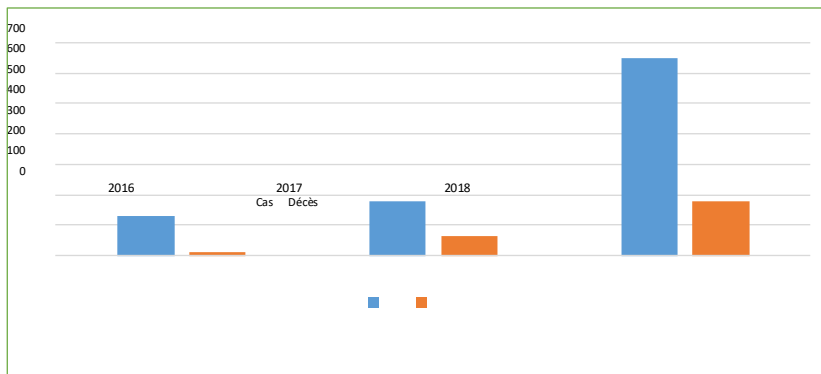


Figura 10: Febre de Lassa nos Estados membros da CEDEAO; 2016 - 2018 (Casos e mortes).

Fonte: Plataforma Regional de Partilha de Informação Sanitária

A Figura 10 mostra que, na região, a incidência quintuplicou de 129 para 649 casos confirmados entre 2016 e 2018, enquanto a mortalidade aumentou de 10,1% para 27% no mesmo período após um pico de 34,6% em 2017.

- 129 casos confirmados, incluindo 13 mortes (letalidade de 10,1%) foram notificados em 2016 por 4 países da CEDEAO (Benim, Libéria, Nigéria e Togo). O Togo tinha acabado de notificar estes dois primeiros casos
- 179 casos confirmados, incluindo 62 mortes (letalidade de 34,6%) foram notificados em 2017 por 4 países da CEDEAO (Benim, Libéria, Nigéria, Serra Leoa).
- 649 casos confirmados, incluindo 178 mortes (letalidade de 27%) foram notificados em 2018 por 4 países da CEDEAO (Benim, Libéria, Nigéria, Serra Leoa).

Até 2019, já na 8ª semana, seis (6) países da CEDEAO (Benim, Guiné, Libéria, Nigéria, Serra Leoa e Togo) já tinham comunicado 433 casos confirmados de febre de Lassa, incluindo 95 mortes (casos fatais de 22%). Estes números são susceptíveis de aumentar porque a temporada de febre de Lassa pode continuar até a semana 26 de 2019 e um surto da doença ainda está ativo na região.

Além disso, a natureza endêmica da doença e os surtos em grande escala estão a deslocar-se para o Benim, que tem vindo a sofrer epidemias regulares desde 2016. Recentemente, o país viveu uma epidemia que começou em dezembro de 2018 e continuou até 2019 com 9 casos confirmados (zero mortes). Os três primeiros casos confirmados vieram todos do Estado de

Kwara (Nigéria), daí a importância da coordenação e implementação de atividades transfronteiriças.

Atualmente, na região, a epidemia de febre de Lassa continua apenas na Nigéria (o país mais afetado, com 96% dos casos confirmados na região). De 1 de Janeiro a 3 de Março de 2019, o CDC da Nigéria (NCDC) registou um total de 420 casos confirmados com 93 mortes (taxa de letalidade de 22,1%) em 21 estados - Fig. 11.

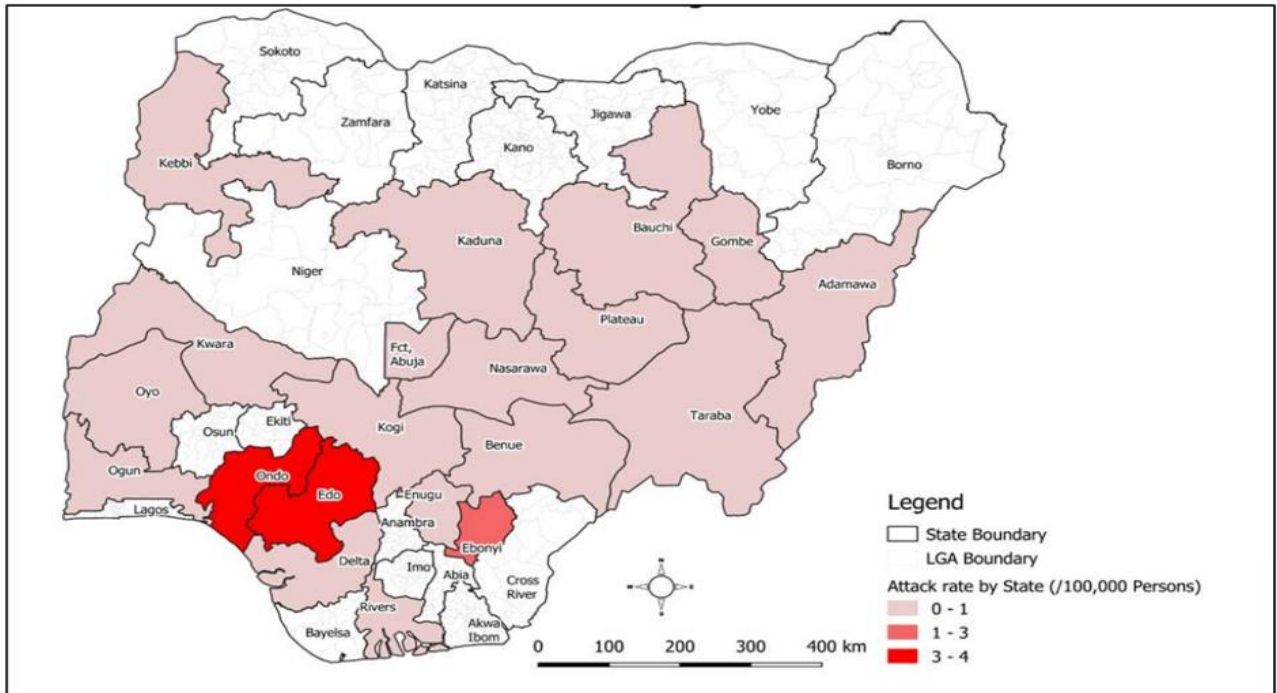


Figura 11: Taxa de ataques estatais de casos confirmados de febre de Lassa na Nigéria em 3 de Março de 2019.

Fonte: Nigeria CDC

No entanto, registaram-se progressos satisfatórios na resposta das autoridades sanitárias nigerianas, sob a liderança do NCDC, com a diminuição do número de novos casos de febre de Lassa registados nas últimas cinco semanas.

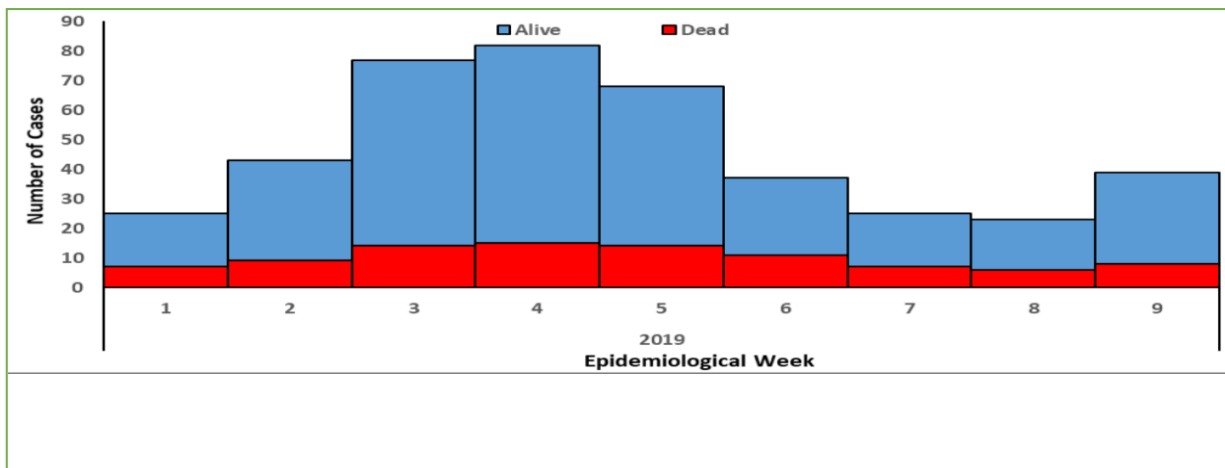


Fig 12: Casos de febre de Lassa e mortes relacionadas, na Nigéria em 2019, da 1ª à 9ª semana.

Fonte: Nigeria CDC

A situação da febre de Lassa continua preocupante na região da CEDEAO, devido à existência de vários factores que favorecem a progressão da endemicidade da doença. Estes incluem as condições climáticas favoráveis à sobrevivência do vírus fora do seu hospedeiro, o aumento e a dispersão da população de roedores (vector). Estes factores que contribuem também incluem a

pobreza; baixos níveis de saneamento ambiental em comunidades de elevada carga; insuficiência de formação dos profissionais de saúde em vigilância e diagnóstico; e má implementação de medidas de prevenção e controlo de infeções nas unidades sanitárias.

A Organização Oeste Africana da Saúde (OOAS) aconselha vivamente os Estados membros da CEDEAO a reforçarem a colaboração multissetorial baseada na abordagem "Uma Saúde" (Saúde Humana, Saúde Animal, Ambiente) para acções mais eficazes de prevenção e controlo das doenças. A OOAS recomenda igualmente a colaboração transfronteiriça entre os Estados-Membros. Isto inclui a implementação de acções coordenadas:

- Reforçar as capacidades de preparação e resposta, particularmente para a detecção precoce de casos, confirmação laboratorial, gestão de casos como parte dos cuidados de enfermagem recomendados, comunicação de risco e envolvimento da comunidade.
- Promover uma boa "higiene comunitária" para impedir que os roedores entrem nas casas, por exemplo, armazenando cereais e outros alimentos em embalagens resistentes a roedores, eliminando os resíduos fora das casas, mantendo as casas limpas, tendo gatos e tratando os corpos das pessoas que morreram da doença de uma forma segura.
- Contribuir mais para a investigação, especialmente no desenvolvimento de testes de diagnóstico rápido (o objectivo é uma gestão precoce e adequada para aumentar as taxas de sobrevivência) e vacinas (como a Nigéria, que deverá participar em ensaios clínicos para desenvolver vacinas contra a febre de Lassa em 2020).

⇒ **Febre-amarela**

Em 2016, dois surtos de febre-amarela urbana - em Luanda (Angola) e Kinshasa (República Democrática do Congo; RDC), com maior exportação internacional de Angola para outros países, incluindo a China - mostraram que a febre-amarela representa uma séria ameaça global que exige um novo pensamento estratégico.

Nos surtos urbanos, a densidade populacional, o congestionamento, os baixos níveis de imunidade da população, os movimentos diários da população dentro e fora da cidade, bem como as condições conducentes a uma elevada densidade de vetores, como os locais de reprodução abundantes dentro e em torno das habitações, contribuem para aumentar a transmissibilidade, aumentando o risco de surtos em grande escala. Os surtos urbanos caracterizam-se por uma rápida amplificação, capacidade de propagação internacional e impacto não só sobre a saúde pública mas também sobre a vida económica, social e política. **O surto de ébola na África Ocidental mostrou que quando um agente patogénico se espalha para as capitais, pode transformar-se numa grande epidemia, numa escala nunca antes observada.**

Para África, foi utilizada uma abordagem em três etapas para reclassificar os 35 países em diferentes categorias de risco (elevado - moderado - potencial). Todos os Estados Membros Da CEDEAO são classificados com alto risco com a excepção de Cabo Verde que é classificado como potencial.



Fig.13: Mapa de risco da febre amarela em África. Fonte: OMS

Em 2018, apenas a Nigéria foi afectada. As autoridades nacionais declararam um surto em setembro de 2017 e, no início do surto até 31 de dezembro de 2018, foram notificados 78 casos confirmados (Estados de Kwara, Kogi, Kano, Zamfara, Kebbi, Nasarawa, Niger, Katsina, Edo, Ekiti, Rios, Anambra, FCT e Benue com 13 mortes).

As campanhas de vacinação em massa preventiva contra a febre amarela foram realizadas em 6 Estados (Borno, Kebbi, Níger, Plateau, Sokoto e FCT) entre 22 de Novembro de 2018 e 2 de Dezembro de 2018, elevando para 12 o total de Estados abrangidos pela campanha de vacinação em massa preventiva.

Como se pode ver na figura 13, os Estados membros da CEDEAO são os que se encontram em maior risco de alto nível. O objetivo de saúde pública inclui:

- Proteger a população em risco, incluindo a introdução da vacina contra a febre-amarela na imunização de rotina, realizar vacinação em massa em populações em risco,
- Conter rapidamente os surtos, incluindo vigilância caso-a-caso e testes laboratoriais; investigação e resposta; e vigilância e controlo dos vectores.

- Prevenir a propagação internacional: visar os viajantes e melhorar a adesão ao RSI (à entrada e à saída).

⇒ Dengue

Na África Ocidental, a circulação do vírus da dengue em populações humanas foi relatada pela primeira vez nos anos 60 na Nigéria. De 1970 a 2000, a transmissão serotípica do vírus da dengue foi então predominante na região, particularmente no Senegal e Burkina Faso, com relatos de casos esporádicos. De facto, o serotipo 1 e o serotipo 2 da dengue foram responsáveis pela maioria das epidemias no continente.

No entanto, a partir dos anos 2000, o serotipo 3 foi detectado no continente, particularmente na África Ocidental, particularmente no Burkina Faso (em 2003, 2004 e 2007), na Côte d'Ivoire em 2008, antes de ser responsável pelas epidemias que ocorreram simultaneamente em 2009 no Senegal e, pela primeira vez, em Cabo Verde.

O serotipo 4, que nunca esteve associado a uma epidemia em África, foi detectado pela primeira vez em Angola. Mais recentemente, em 2016, foi notificado um surto de dengue 2 com manifestações hemorrágicas no Burkina Faso e a Costa do Marfim registou uma epidemia de dengue em junho de 2017, com surtos que foram notificados no Mali, Burkina Faso e Senegal em outubro de 2017.

Assim, a presença dos 4 serotipos na África Ocidental pressagia uma emergência das formas graves e hemorrágicas devido à teoria conhecida como facilitação da infecção por anticorpos pré-existentes (acrónimo ADE para "*Antibody-Dependent Enhancement*").

Em 2018 vários Estados Membros da CEDEAO incluindo Mali, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Gana, Togo, Benim, Nigéria e Senegal notificaram casos da dengue. O fardo real da doença é desconhecido. De setembro a dezembro de 2018, o Senegal declarou 292 casos confirmados (Fatick -34, Diourbel -205, Saint Louis - 32, Louga - 6, Thiès -4, Dakar - 10 e Matam -1).

Sendo improvável o desaparecimento do vírus devido à sua manutenção em vetores hospedeiros e à existência de reservatórios humanos e animais, a prevenção continua a ser um meio eficaz para limitar a sua expansão. Essa prevenção é baseada no estabelecimento de programas de controlo e erradicação de vetores de mosquitos potenciais e na perspectiva de vacinação.

A análise da situação das capacidades e lacunas na África Ocidental mostrou que a região tem alguma capacidade de vigilância epidemiológica e entomológica e de controlo dos vectores. No entanto, é necessário apoio para que esta capacidade atinja um nível que permita a detecção atempada de infecções por arbovírus e uma preparação adequada para potenciais epidemias. De facto, o controlo das arboviroses transmitidas por *Aedes* constitui um grande desafio do século XXI para a saúde pública global, exacerbado pela resistência generalizada aos insecticidas nos vectores e por um crescimento implacável nos ambientes urbanos. Isto requer a implementação de uma vigilância entomológica harmonizada e o programa de Gestão Vectorial Integrada de

arbovírus transmitidos por *Aedes* é essencial para definir, compreender e preparar para potenciais ameaças futuras na África Ocidental.

Em 2019, a OOAS pretende criar um programa de Gestão Vectorial Integrada em colaboração com a NEPAD e um programa de monitorização dos indicadores entomológicos das doenças por arbovírus, nomeadamente a dengue, para a detecção precoce das ameaças à saúde pública.

⇒ Paludismo

Nos últimos anos, foram feitos grandes progressos no desenvolvimento de novas ferramentas de prevenção e diagnóstico e de novos medicamentos Anti-palúdicos altamente eficazes contra parasitas resistentes aos medicamentos. O paludismo, no entanto, continua a ser a principal epidemia parasitária do mundo, bem como na África Ocidental, representando assim o problema de saúde pública mais grave. Em 2018, a face geral desta doença no espaço CEDEAO é a seguinte:

- CEDEAO: 90% dos casos de paludismo e 91% das mortes por paludismo na África
- 77% das mortes são de menores de 5 anos
- Todos os países da região são afectados pelo parasita *plasmodium falciparum*
- Vectores: 11 espécies de anófeles
- 3 países com transmissão moderada: Guiné-Conacri, Libéria, Serra Leoa
- 5 países altamente endémicos: Burkina Faso, Gana, Mali, Níger, Nigéria.

Globalmente, quase 80% de todos os casos de paludismo ocorreram em 15 países africanos e na Índia em 2017. Quase 42 de todos os casos a nível mundial foram registados pela Nigéria (25%), e 6 outros países da África Ocidental, em 2017 - Tabela 1.

Tabela 1: % do fardo do paludismo comparado com o fardo global (estimativa da OMS de 2017)

<i>País</i>	<i>% do fardo do paludismo</i>	
<i>Nigéria</i>	25%	Em todos estes sete países da CEDEAO, o número total de casos ultrapassa 300.000 casos indígenas em 2017, juntamente com uma mudança maior (aumento) do que 100.000 casos entre 2016 e 2017. Só na Nigéria, estima-se que o número de casos tenha aumentado mais de meio milhão de casos.
<i>Burkina</i>	4	
<i>Gana</i>	4	
<i>Níger</i>	4	
<i>Mali</i>	3	
<i>Guiné-Conacri</i>	2	
<i>Benim</i>	2	
Total do pesado fardo África Ocidental	42 %	
O resto do mundo	58%	

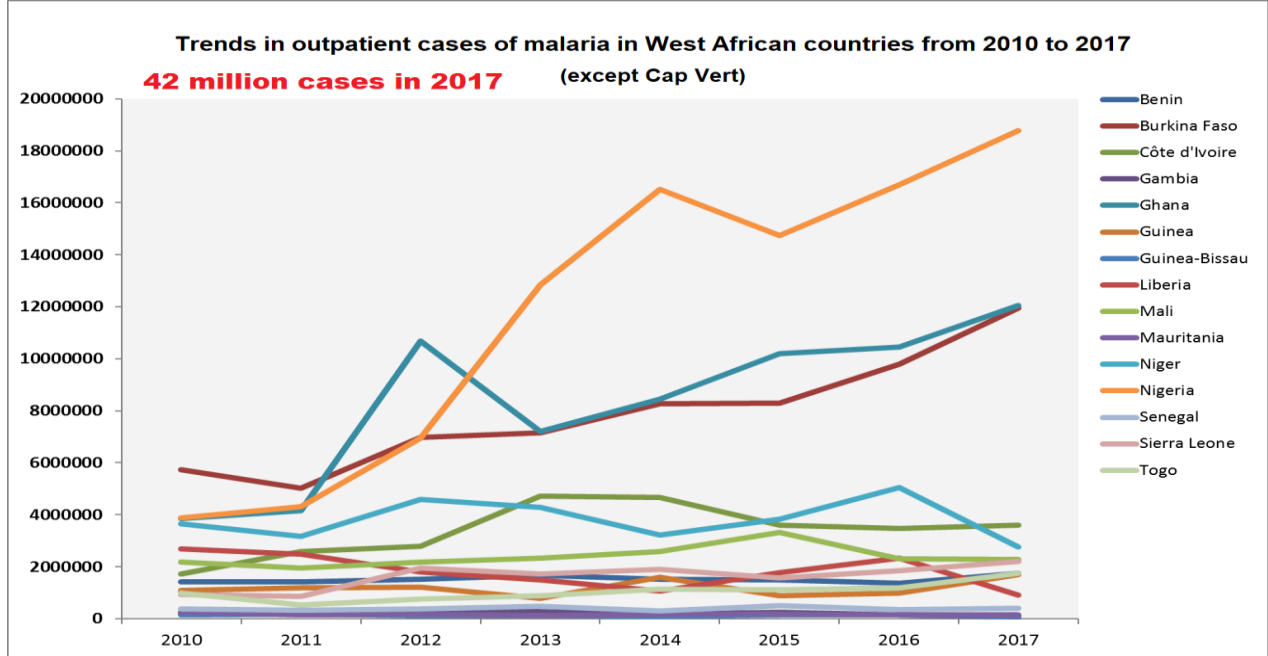


Fig. 14: Tendências nos casos ambulatoriais de paludismo na África Ocidental, 2010 - 2017.
 Fontes: Programas Nacionais de Luta contra o Paludismo

Para além de Cabo Verde, o Senegal fez grandes progressos na luta contra o paludismo e as regiões destes países estão agora em fase de pré-eliminação (reduzir eficazmente as taxas abaixo de 1 caso por cada 1.000 pessoas, o limiar para a fase de pré-eliminação). Cabo Verde não apresentou nenhum caso indígena em 2018.

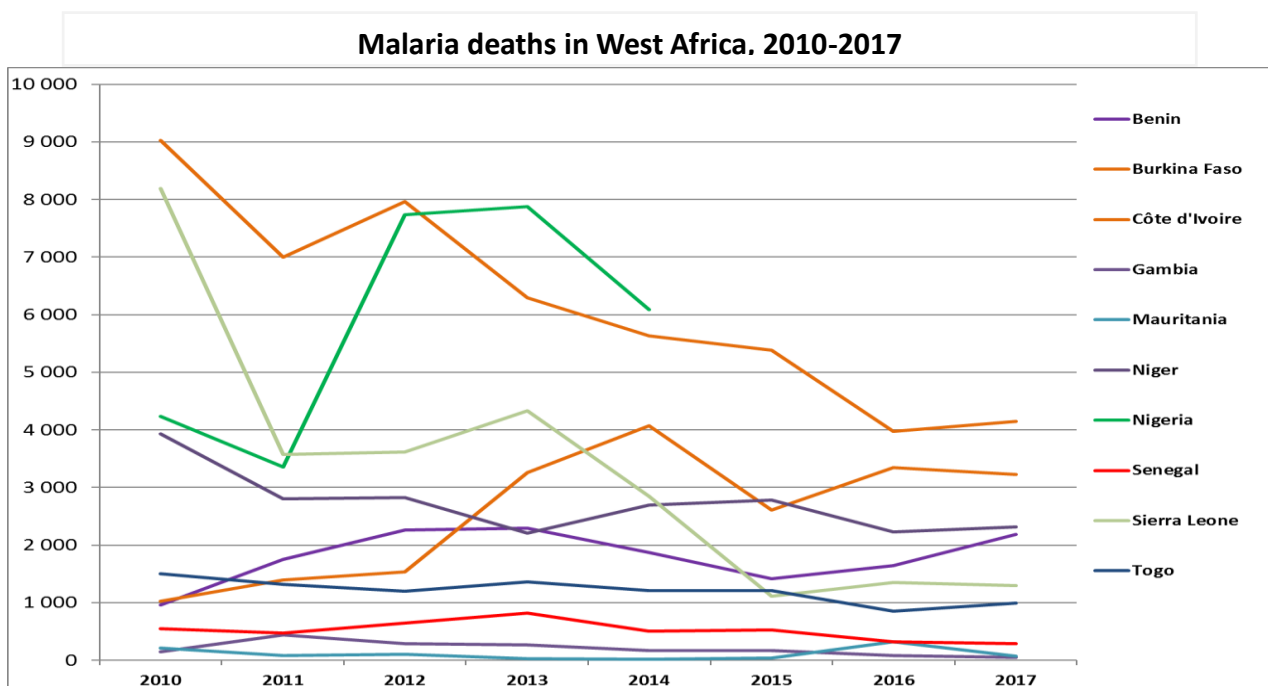


Figura 15: Mortes devido ao Paludismo em África Ocidental – 2010-2017. Fontes: Programas Nacionais de Luta contra o Paludismo

Na região, Cabo Verde, Gâmbia e alguns distritos do norte do Senegal estão em fase de pré-eliminação do paludismo. Outros países, embora com dados de morbilidade e mortalidade em declínio, ainda estão a lutar contra a doença.

⇒ VIH/SIDA e Tuberculose

A epidemia do VIH em África Ocidental tem uma dinâmica distinta em comparação com as outras regiões da África Subariana. Em 2017, foi estimado pela ONUSIDA que a prevalência do VIH entre adultos é de 2,2% na região, o que é relativamente baixo quando comparado com a África Austral. Esta prevalência nacional de VIH baixa a moderada varia de menos de 1% a uma alta de 4,5%. Por exemplo, existe uma grande variação na prevalência entre países, variando de 0,5% no Níger e no Senegal, 1,7% na Serra Leoa a 3,4% na Guiné-Bissau.

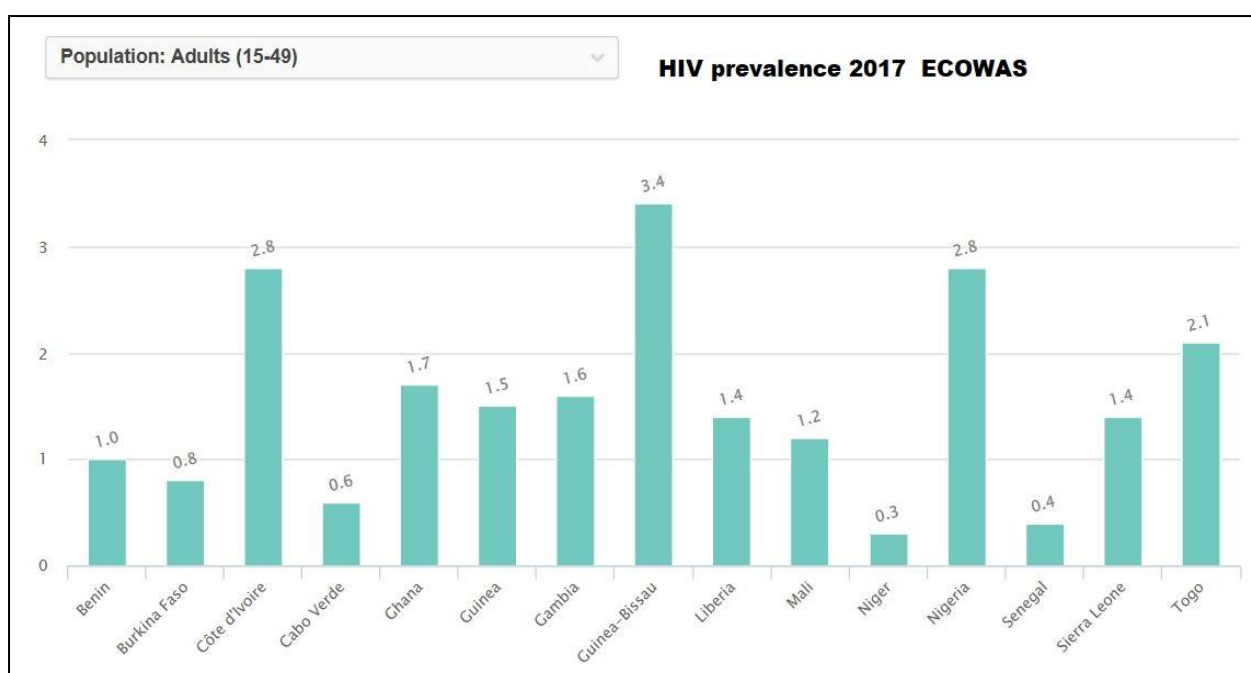


Fig. 16: Prevalência do VIH nos Estados membros da CEDEAO em 2017. Fonte: Programas Nacionais de SIDA

No entanto, em termos de incidência, a Nigéria tem a segunda maior epidemia de VIH no mundo (NACA 2017), tendo em conta a sua população, é responsável por 3,1 milhões de pessoas vivendo com VIH em 2017, embora a prevalência do VIH entre os adultos seja muito menor (2,8%) do que em outros países Africanos.

PAÍS	Novas infecções por VIH em 2017	Alteração em novas infecções por VIH desde 2010	Tendência relativa ao VIH	Alteração relativa às mortes devido ao VIH desde 2010	Prevalência de VIH por População: 15-49 (2017)
Benim	4000 [2100 - 6800]	-8	2500 [1300 - 4500]	-3	1.0 [0.7 - 1.4]
Burkina Faso	4300 [2600 - 6700]	1	2900 [1900 - 4100]	-46	0.8 [0.6 - 1.0]
Cabo Verde	<200 [<100 - <500]	11	<100 [<100 - <100]	-53	0.6 [0.5 - 0.7]
Côte d'Ivoire	30 000 [13 000 - 56 000]	3	24 000 [15 000 - 37 000]	-30	2.8 [1.8 - 4.0]
Gâmbia	1400 [<1000 - 1800]	-16	1100 [<1000 - 1400]	-9	1.6 [1.3 - 2.0]
Gana	19 000 [15 000 - 24 000]	-8	16 000 [12 000 - 19 000]	-24	1.7 [1.4 - 2.0]
Guiné-Conacri	8100 [5700 - 11 000]	-5	5100 [3900 - 6400]	7	1.5 [1.2 - 1.9]
Guiné-Bissau	2300 [1700 - 2900]	-27	1900 [1600 - 2200]	-5	3.4 [2.6 - 3.8]
Libéria	2300 [1700 - 3200]	-8	2500 [2000 - 3000]	-34	1.4 [1.1 - 1.7]
Mali	9900 [7300 - 12 000]	6	6300 [4900 - 7900]	26	1.2 [1.0 - 1.5]
Níger	1700 [1200 - 2200]	4	1800 [1400 - 2300]	-14	0.3 [0.3 - 0.4]
Nigéria	210 000 [110 000 - 320 000]	-5	150 000 [86 000 - 230 000]	-19	2.8 [1.8 - 4.0]
Senegal	1600 [<1000 - 2300]	-30	2100 [1500 - 2800]	14	0.4 [0.3 - 0.5]
Serra Leoa	3200 [2000 - 4800]	-34	2600 [2100 - 3200]	-11	1.4 [1.1 - 1.7]
Togo	4900 [2100 - 8300]	-27	4700 [2500 - 7700]	-32	2.1 [1.4 - 3.0]

Resumo AIDSInfo: Dados de VIH e SIDA



As metas 90-90-90 – “90% das pessoas vivendo com VIH sabem o seu estado, 90% das pessoas vivendo com VIH que sabem o seu estado estão em tratamento, e 90% das pessoas em tratamento são suprimidas em termos virais” - foram estabelecidas para mudar na abordagem mundial ao tratamento do VIH para a importância de maximizar a supressão viral entre as pessoas vivendo com VIH. Visa pôr termo à epidemia de SIDA.

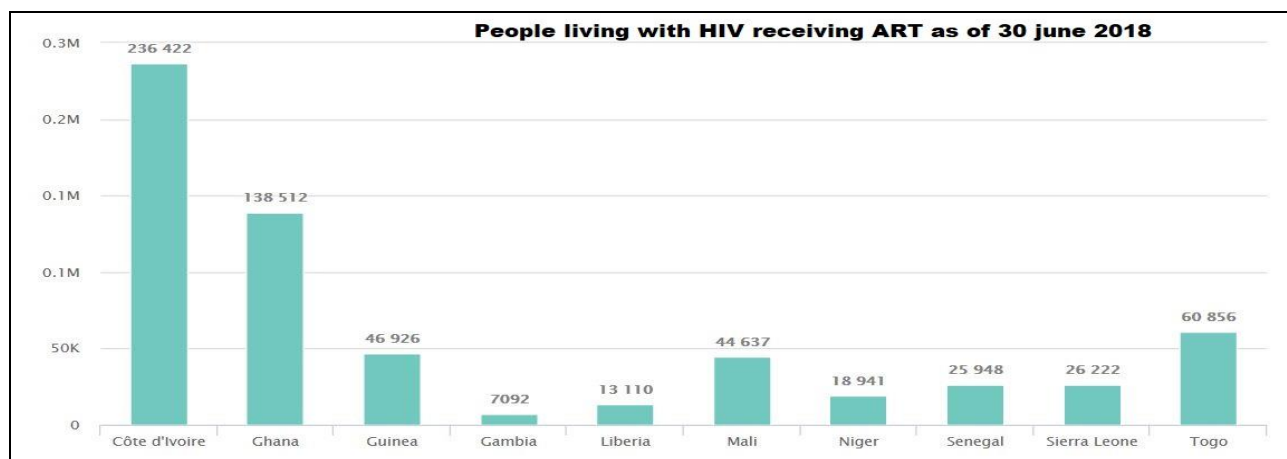


Fig. 17: Pessoas vivendo com VIH que recebem ARV até à data de 30 de Junho de 2018; Fonte: AIDS Info; Junho 2018

No geral, menos de metade (48%) das pessoas vivendo com VIH tinham conhecimento do seu estado em 2017.

Nos últimos anos, as populações-chave foram identificadas como os principais impulsionadores da epidemia, especialmente em sociedades onde parecem esconder suas práticas sexuais. De acordo com a ONUSIDA, mundialmente, essas populações-chave representam até 45% das novas infecções pelo VIH, embora representem uma proporção muito menor da população total. A falta de acesso ao tratamento da população-chave contribui para a propagação da epidemia. Por conseguinte, em reconhecimento do elevado fardo do VIH entre os grupos das populações-chave, e que as populações-chave são importantes para a dinâmica da transmissão do VIH, bem como parceiros essenciais para uma resposta eficaz à epidemia, os Ministros da Saúde dos Estados membros da CEDEAO adoptaram a “Declaração de Dacar em 2015”.

Por outro lado, a Tuberculose continua a ser a principal infecção oportunista. A epidemia do VIH contribui para o aumento da prevalência da tuberculose, incluindo a propagação da tuberculose multirresistente.

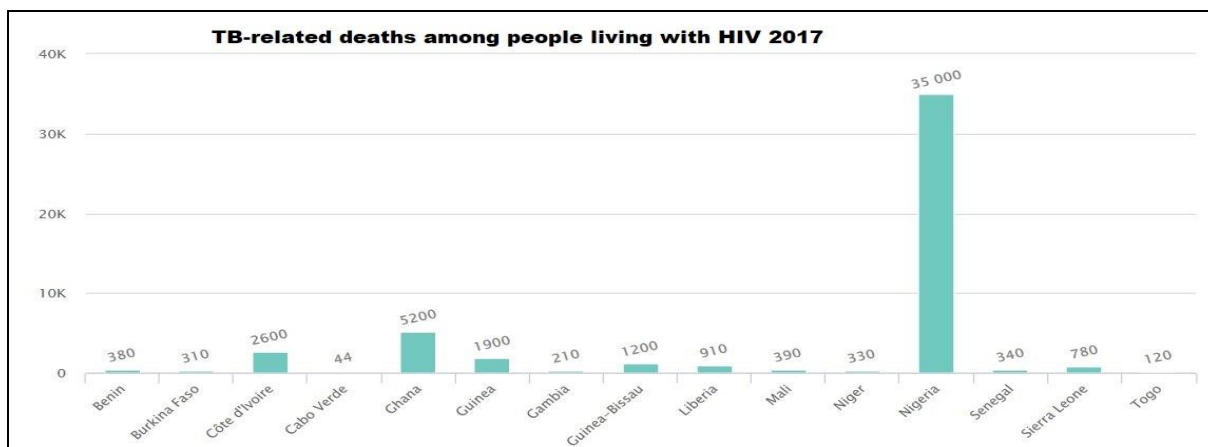


Fig. 18: Mortes relacionadas com a Tuberculose entre pessoas vivendo com VIH. Fonte: AIDSInfo, Dezembro 2017

⇒ Doenças Tropicais Negligenciadas

As doenças tropicais negligenciadas (DTN) representam um fardo significativo nos países de baixo rendimento especialmente os da CEDEAO. São um grupo de doenças que colocam um fardo constante e pesado principalmente sobre as comunidades mais pobres, marginalizadas e isoladas do mundo; além disso, os esforços para controlar ou eliminar estas doenças não têm tido investimento suficiente no que diz respeito ao seu impacto. Por exemplo, as DTN recebem apenas uma pequena porção do financiamento global da saúde e não foram especificamente mencionadas nos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) há alguns anos atrás. Ironicamente, estas doenças tropicais são co-morbilidades comuns com os três principais flagelos globais da infecção pelo VIH, tuberculose e paludismo.

Os países nas regiões, especialmente no Sahel são endémicos a várias doenças negligenciadas. A ênfase tem sido colocada em doenças para as quais existem medicamentos seguros e eficazes e que tornam viável a aplicação da quimioterapia preventiva (QP) a populações inteiras em risco de adoecer. Estes são administrados principalmente através de campanhas em massa. As 5 doenças incluem: oncocercose (cegueira dos rios), filariase linfática (elefantíase); esquistossomose, helmintíase transmitida pelo solo (lombrigas, tênias e tricocéfalos); e tracoma que provoca a cegueira.

Para a filariase linfática, por exemplo, o Togo é o primeiro país africano da CEDEAO a atingir este objectivo global de eliminação. Quanto à Oncocercose, os países estão a fazer progressos constantes e a avançar para a eliminação.

Numbers of Known Disease Endemic Health Districts and Health Districts Where Disease Transmission Has Stopped

Country	# Known endemic districts by September 2017				
	# Districts stopped PC (at least at district level for trachoma), by end FY17 SAR2				
	LF	Oncho	SCH	STH	Trachoma
Burkina Faso	70	6	70	70	48
	55*	0	0	0	29
Côte d'Ivoire	74	67	80	82	9
	0	0	0	0	1
Ghana	98	85	216	216	37
	83	0	0	0	37
Niger	31	NA	41	41	35
	11	NA	0	0	23
Sierra Leone	14	12	12	14	NA
	8	0	0	0	NA
Togo	8	32	35	28	NA
	8	0	0	0	NA
Total	295	266	454	451	129
	165 (56%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	90 (70%)

#s in red are endemic districts and #s in black are districts that were endemic but have stopped treatment.

END neglected tropical diseases in AFRICA

Fig. 19: Número de distritos sanitários endémicos de doenças conhecidas e de distritos sanitários onde a transmissão de doenças cessou; Fonte: ACABAR com as Doenças Tropicais Negligenciadas em África (END Neglected Tropical Diseases in Africa)

I.2.2. Doenças Não Transmissíveis

O âmbito das doenças não transmissíveis (DNT) é muito vasto. Tal como adoptado em Brazzaville em 2011, inclui as doenças do sistema circulatório, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, cancro, doenças respiratórias crónicas, doenças orais, doenças músculo-esqueléticas, hemoglobinopatias e perturbações neuropsiquiátricas. Diferentes Estados membros da CEDEAO abrangem diferentes subconjuntos destas doenças. Em alguns países, programas como o controlo da drepanocitose, o controlo do tabaco e o controlo do cancro estão localizados fora dos Programas Nacionais de Luta contra as DNT. A maioria dos programas nacionais e a OOAS cobrem as quatro principais DNT - doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias crónicas - e os seus factores de risco associados. A OOAS também está activa na prevenção, controlo e gestão das perturbações oculares e mentais na região.

A principal actividade global em termos de DNT em 2018 foi a terceira reunião de alto nível da Assembleia Geral sobre a prevenção e controlo das doenças não transmissíveis, em Setembro, a qual foi concluída com uma declaração política sobre as DNT. Os Chefes de Estado e de Governo reiteraram o seu compromisso, em conformidade com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, de reduzir em um terço a mortalidade prematura por DNT até 2030, através da

prevenção e do tratamento, e em promover a saúde mental e o bem-estar, abordando os seus factores de risco e os determinantes da saúde.

Em Maio de 2018, o Director Geral da OMS apelou a um plano de acção global para eliminar o cancro do colo do útero. As principais estratégias são a vacinação contra o papiloma vírus humano (PVH), a despistagem e o tratamento de lesões pré-cancerígenas, o diagnóstico precoce e o tratamento atempado do cancro invasivo e os cuidados paliativos.

De acordo com o estudo da Carga Global de Doença (GBD) 2017, a proporção de mortes totais que ocorreram em todas as idades na CEDEAO e que foram atribuíveis às DNT aumentou de 22,3% em 1990 para 30,8% em 2017. As doenças cardiovasculares e os cancros foram classificados como a quarta e sétima principais causas de morte, respectivamente. Dentro dos países, a proporção de mortes por DNT variou de 24,3% no Níger a 68,3% em Cabo Verde em 2017. As taxas de mortalidade por DNT variaram de 446,4 por 100.000 habitantes em Cabo Verde a 850,4 por 100.000 habitantes na Guiné-Bissau.

Além disso, a pressão arterial sistólica elevada, a glicemia em jejum elevada e o índice de massa corporal elevado estão entre os dez principais factores de risco de morte em África Ocidental em 2017. A situação das DNT na região é a seguinte:

⇒ Hipertensão

Entre 2003 e 2015, todos os Estados membros da CEDEAO, com excepção da Guiné-Bissau, realizaram inquéritos nacionais e sub-nacionais aos agregados familiares para estimar a magnitude e a distribuição dos factores de risco das DNT crónicas (STEPS). Os resultados mostram que a prevalência de hipertensão arterial na faixa etária dos 15-64 anos/25-64 anos varia de 19,0% no Togo a 38,7% em Cabo Verde.

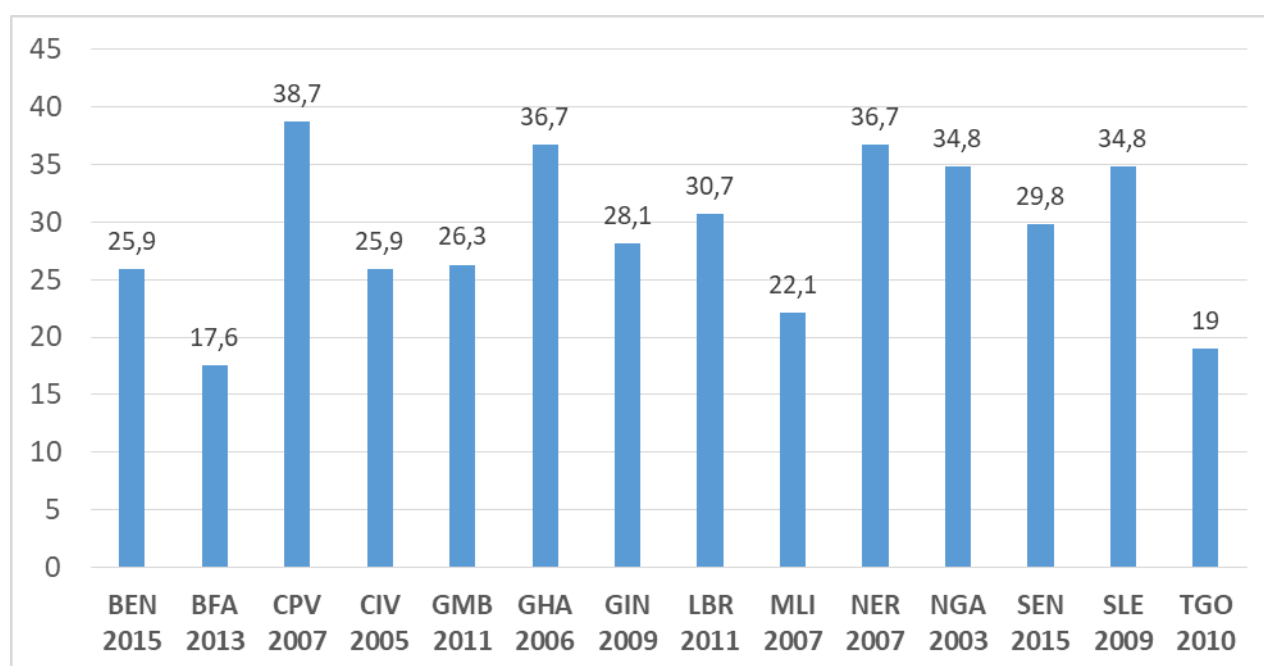


Fig. 20: Prevalência da hipertensão nos Estados membros da CEDEAO. Fonte: Inquéritos STEPS, 2003-2015

Estimativas baseadas no modelo da *NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC)*, um Centro Colaborador da OMS para a Vigilância e Epidemiologia das DNT, coordenado pelo *Imperial College London*, mostram que a prevalência de hipertensão arterial padronizada por idade tem vindo a diminuir lentamente ou tem-se mantido estável na região entre 1975 e 2015.



Fig. 21: a prevalência de hipertensão arterial padronizada por idade no Gana e Níger, 1975-2015.

Fonte: NID RisC (<http://ncdrisc.org/data-downloads-blood-pressure.html>)

Dentro dos países, as tendências na hipertensão arterial diferem, por exemplo, uma tendência decrescente e uma tendência crescente em Gana e Níger, respectivamente (Fig. 20). De facto, o Gana é o único país da região em que a prevalência junto das mulheres diminuiu durante o período. O Burkina Faso e o Mali estiveram entre os 5 países do mundo (de um total de 200) que mais aumentaram a prevalência entre as mulheres neste período. No caso dos homens, a prevalência aumentou em Burkina Faso, Guiné-Conacri, Níger, Mali, Guiné-Bissau e Cabo Verde durante o período.

Os principais impulsionadores da hipertensão arterial na região são idade avançada, excesso de peso/obesidade e circunferência do braço.¹ As mulheres obesas no Benim, no Gana e em três outros países africanos têm 5,3 vezes mais probabilidades de terem hipertensão do que as mulheres com índice de massa corporal normal.²

Em média, apenas cerca de 22% das pessoas com hipertensão estão anteriormente cientes da sua condição.³ Menos de 10% dos hipertensos na região controlam da sua pressão arterial.⁴ As

¹ Amugsi DA, Dimbuene ZT, Asiki G, Kyobutungi C. Quantile regression analysis of modifiable and non-modifiable drivers' of blood pressure among urban and rural women in Ghana. *Scientific reports*. 2018; 8 (1):8515. Epub 2018/06/06. doi: 10.1038/s41598-018-26991-4

² Yaya S et al. Differentials in prevalence and correlates of metabolic risk factors of non-communicable diseases among women in sub-Saharan Africa: evidence from 33 countries. *BMC Public Health*. 2018 Oct 11;18(1):1168

³ Adeloye D, Basquill C. Estimating the prevalence and awareness rates of hypertension in Africa: a systematic analysis. *PLoS One*. 2014;9(8):e104300

⁴ Bosu WK. The prevalence, awareness, and control of hypertension among workers in West Africa: a systematic review. *Glob Health Action*. 2015;8:26227. Epub 2015/01/28. doi: 10.3402/gha.v8.26227. PubMed PMID: 25623611; PubMed Central PMCID: PMC4306751.

peças que tendem a ter conhecimento da sua hipertensão são as que estão casadas, têm o ensino secundário ou superior completo, estão cobertas por um seguro de saúde ou visitaram um estabelecimento de saúde nos últimos 6 meses.

⇒ Diabetes

NCD-RisC estima que a prevalência da diabetes entre homens e mulheres em África Ocidental varia entre 5% e 8%. Em todos os países, a prevalência tem vindo a aumentar entre 1999 e 2014. Os países com maior prevalência são a Serra Leoa, Cabo Verde, Gâmbia, Senegal e Mali, enquanto a menor prevalência ocorre na Nigéria e no Níger.

O 6º Atlas da Federação Internacional de Diabetes (FID) estima de forma conservadora que a prevalência de diabetes nos adultos de 20-79 anos no espaço CEDEAO foi de 4,3% em 2013, variando entre 1,3% no Mali e 5,5% em Cabo Verde. Esta prevalência traduz-se em 6,3 milhões de adultos no espaço CEDEAO afectados em 2013. Prevê-se que este valor duplique para 13 milhões em 2035, com uma prevalência ligeiramente mais elevada de 4,6%.

O 8º Atlas da FID estima ainda mais conservadoramente que a prevalência de diabetes nos países da CEDEAO variou entre 0,8% no Benim para 4,7% no Togo.⁵ Treze (13) dos 15 países da CEDEAO tiveram uma prevalência de ≤2,0%. Com base nestas estimativas, houve 3,5 milhões de diabéticos e 72.000 mortes relacionadas com a diabetes nos países da CEDEAO em 2017.

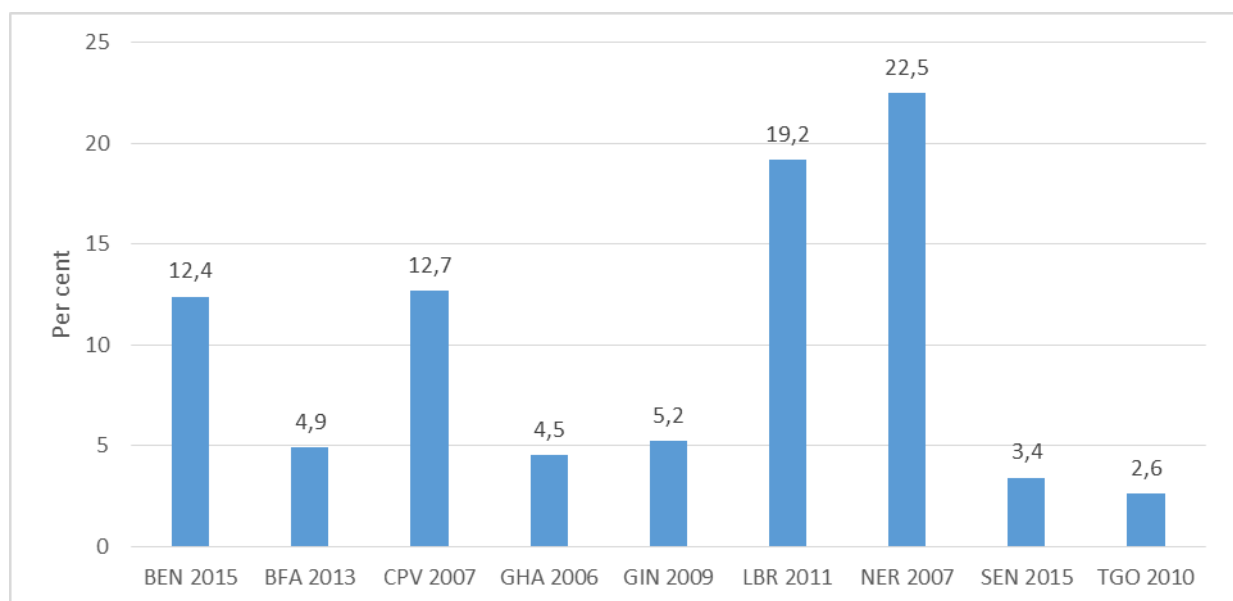


Fig. 22: Prevalência da diabetes nos países da CEDEAO. Fonte: Inquéritos STEPS, 2003-2015

⁵ <https://www.idf.org/component/attachments/attachments.html?id=1405&task=download>

Uma revisão sistemática de estudos empíricos de base populacional na África Ocidental mostrou que a prevalência de diabetes variou de 0,3% na Gâmbia em 1993 para 17,9% no Senegal.⁶ Uma meta-análise publicada em 2018 estimou uma prevalência global combinada de diabetes de 5,77% (95% CI 4,3-7,1) na Nigéria. Outra meta-análise em 2017 estimou uma prevalência agregada de 4,1% na Nigéria e uma glicose em jejum comprometida de 5,8%.⁷ Quase 40% da diabetes na Nigéria não foi diagnosticada. O último estudo estimou que o número de casos de diabetes na Nigéria aumentou de 874.000 em 1990 para 4,7 milhões de casos em 2015.

Em nove países cujo inquérito STEPS envolveu medições bioquímicas, a prevalência de diabetes variou amplamente entre 2,6% no Togo e 22,5% no Níger (Fig. 21). As populações do estudo não foram idênticas em todos os países.

⇒ Excesso de peso/Obesidade

Na análise dos Inquéritos Demográficos e de Saúde (IDS) publicados em 2018, verificou-se que a prevalência de excesso de peso/obesidade entre as mulheres no Gana (40,7%) e no Togo (31,4%) ficou em terceiro e décimo lugar mais elevado dos 33 países da África Subsaariana.⁸ Em contraste, a prevalência entre as mulheres em Burkina Faso ficou entre as mais baixas.

Em 2018, uma análise de pelo menos três rondas de Inquéritos Demográficos e de Saúde (IDS) realizados entre 1991 e 2014 em mulheres não grávidas em 24 países Africanos mostrou que existiam tendências estatisticamente significativas de aumento do excesso de peso em 17 países e da obesidade em 13 países.⁹ Nos nove países da CEDEAO incluídos, a tendência estatisticamente significativa de aumento do excesso de peso e da obesidade foi observada em cinco e seis países, respectivamente. Os níveis de obesidade duplicaram no Benim, Níger e Côte d'Ivoire e triplicaram em Burkina Faso e Mali durante os períodos de inquérito. No Gana e no Níger, mais de 40% das mulheres estavam acima do peso ou obesas nas últimas rondas de IDS, um número que está entre os mais elevados do continente Africano.

Uma meta-análise recente que reuniu a prevalência em 43 estudos publicados até Março de 2016 confirmou que quase 43% dos adultos do Gana tinham excesso de peso ou eram obesos.¹⁰

⁶ Sundufu AJ, Bockarie CN, Jacobsen KH. The prevalence of type 2 diabetes in urban Bo, Sierra Leone, and in the 16 countries of the West Africa region. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*. 2017;33(7):n/a-n/a. doi: 10.1002/dmrr.2904.

⁷ Adeloye D, Ige JO, Aderemi AV, Adeleye N, Amoo EO, Auta A, et al. Estimating the prevalence, hospitalisation and mortality from type 2 diabetes mellitus in Nigeria: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2017;7(5):e015424. Epub 2017/05/13. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015424.

⁸ Yaya S, Ekholuenetale M, Bishwajit G. Differentials in prevalence and correlates of metabolic risk factors of non-communicable diseases among women in sub-Saharan Africa: evidence from 33 countries. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1168.

⁹ Amugsi DA, Dimbuene ZT, Mberu B, Muthuri S, Ezech AC. Prevalence and time trends in overweight and obesity among urban women: an analysis of demographic and health surveys data from 24 African countries, 1991-2014. *BMJ Open*. 2017;7(10):e017344. Epub 2017/10/29. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017344.

¹⁰ Ofori-Asenso R, Agyeman AA, Laar A, Boateng DJBPH. Overweight and obesity epidemic in Ghana—a systematic review and meta-analysis. 2016;16(1):1239. doi: 10.1186/s12889-016-3901-4.

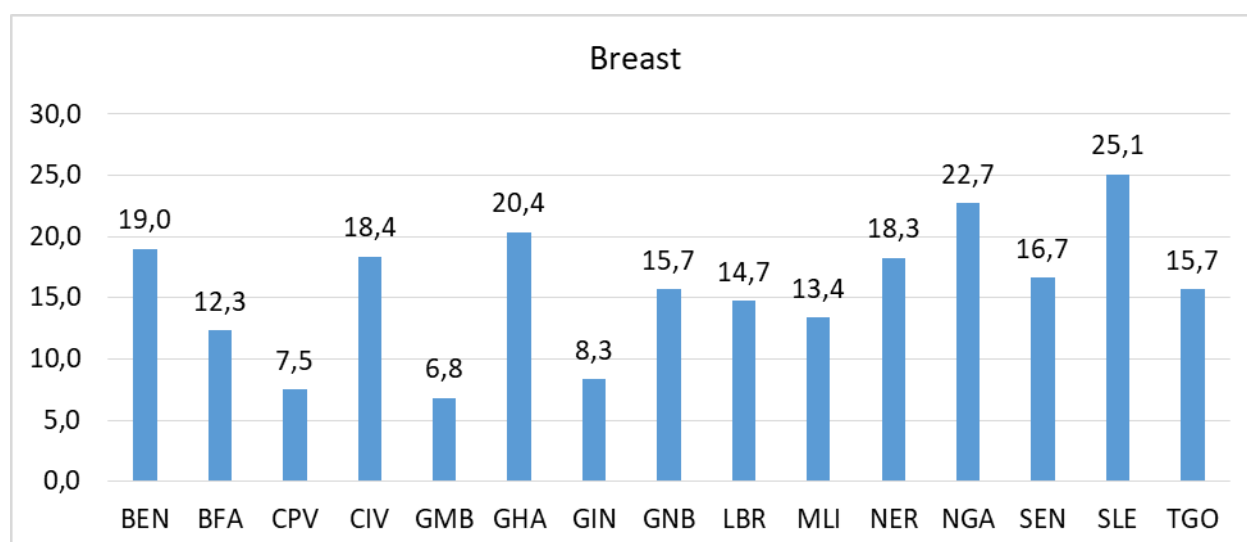
⇒ Cancros

Com base nos dados dos registos de cancro, a Agência Internacional de Pesquisa sobre o Cancro da OMS estima que em 2018 registaram-se 226.608 novos casos de cancro e 151.319 mortes por cancro na região da CEDEAO. Os cancros mais comuns na região, por ordem decrescente, são os da mama, colo do útero, próstata, fígado, colo-rectal, linfoma de Non-Hodgkin, estômago e ovário.¹¹

Nos países, a proporção do total de novos casos de cancro devido ao cancro da mama variou entre 6,8% na Gâmbia e 25,1% na Serra Leoa (Fig. 22). Para o cancro do colo do útero, variou entre 6,3% no Níger para 26,1% na Gâmbia. Para o cancro do fígado, variou entre 3,7% no Benim para 45,2% na Gâmbia. Para o cancro da próstata, variou entre 2,0% no Níger para 17,2% em Côte d'Ivoire.

Uma meta-análise em 2018 estimou que a incidência de cancro da mama na África Ocidental a partir de registos de cancro de base populacional é de 24,2 por 100.000 habitantes.¹² Estimou que a incidência do cancro da mama aumentou de 23,1 por 100.000 para 26,3 por 100.000 entre 2000 e 2015 em África. O cancro da mama afecta mulheres mais jovens do que se pensa.

Em mais de 80% dos casos, a idade média ao diagnóstico é inferior a 50 anos. Cerca de 53% das pacientes com cancro da mama apresentam-se tardiamente com estágio III/IV em África. O atraso entre o início dos sintomas e a notificação é de 8-12 meses. Uma recente revisão sistemática baseada em estudos realizados em Gana, Nigéria, Quênia, Líbia e Egipto identificou a interpretação negativa dos sintomas, particularmente a ausência de dor; medo, crença na medicina alternativa, relações e redes sociais, falta de confiança na medicina ortodoxa e acesso a cuidados de saúde como os factores que contribuem para a apresentação tardia do cancro da mama entre as mulheres.¹³



¹¹ <http://gco.iarc.fr/>

¹² Adeloye D, Sowunmi OY, Jacobs W, David RA, Adeosun AA, Amuta AO, et al. Estimating the incidence of breast cancer in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Journal of global health*. 2018;8(1):010419. Epub 2018/05/10. doi: 10.7189/jogh.08.010419.

¹³ Donkor A, Lathlean J, Wiafe S, Vanderpuye V, Fenlon D, Yarney J, et al. Factors contributing to late presentation of breast cancer in Africa: a systematic literature review. 2015;8(2.2):1-10.

Fig. 23: Percentagem do total de novos casos de cancros devidos ao cancro da mama em 2018 no espaço CEDEAO.

Fonte: WHO- IARC. Fr 2018

⇒ Situação da nutrição

Embora tenham sido feitos alguns progressos no sentido de alcançar as metas globais de nutrição e os ODS, este progresso tem sido lento. O Índice Global da Fome (IGF) é uma pontuação derivada da subnutrição infantil, definhamento, nanismo e mortalidade de menores de cinco anos. Os resultados são apresentados em uma Escala de Gravidade IGF de 100 pontos, onde 0 é a melhor pontuação (sem fome) e 100 é a pior. Em 2018, as pontuações do IGF variaram de 15,2 no Gana a 35,7 na Serra Leoa (Fig. 23).

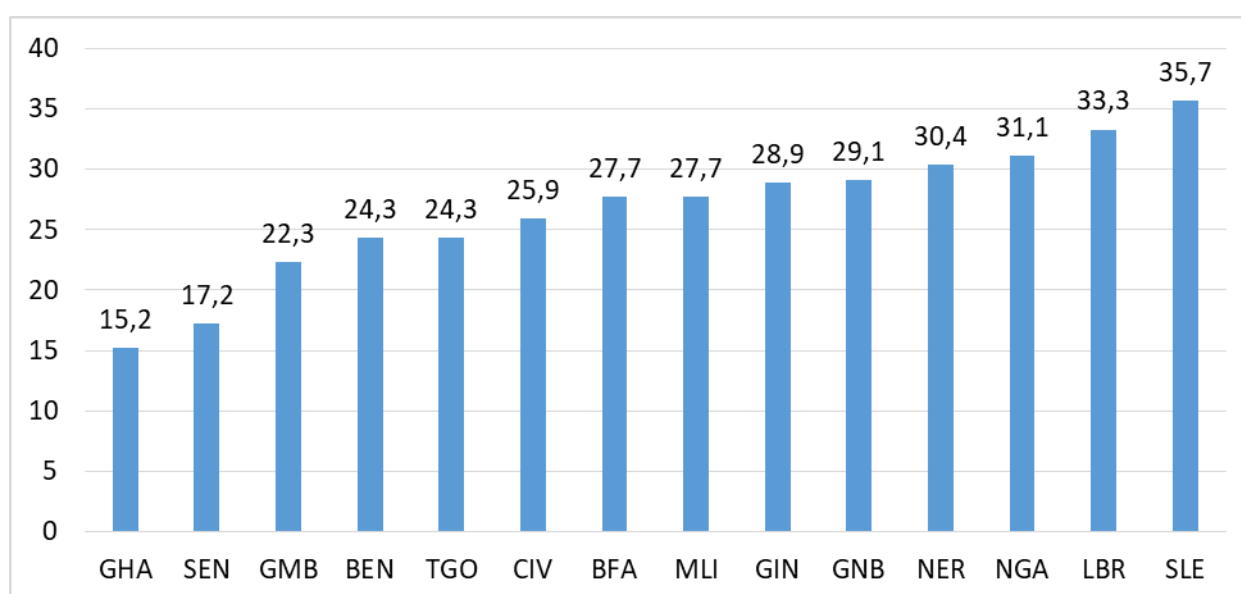


Fig. 24: Índice da fome de 2018 classificado do mais baixo (melhor) ao mais alto no espaço CEDEAO.

Fonte: <https://www.globalhungerindex.org/results/>

No final de 2018, o Relatório Global sobre a Nutrição avaliou que era três o número de países da CEDEAO em vias de atingir as metas (Côte d'Ivoire, Gana, Libéria) para o nanismo, dois (Benim, Gana) para definhamento, sete (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Gana, Guiné-Bissau, Nigéria, Senegal, Serra Leoa) para o excesso de peso infantil e oito (Benim, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Gâmbia, Guiné-Conacri, Guiné-Bissau, Mali, Serra Leoa) para o aleitamento materno exclusivo (Tabela 1). Nenhum país estava em vias de atingir as metas relativas à anemia em mulheres em idade fértil, obesidade adulta masculina ou feminina, diabetes em adultos masculinos ou femininos.

A prevalência de anemia nas mulheres em idade fértil variou entre 33,3% em Cabo Verde e 57,5% na Gâmbia. Com a exceção de Cabo Verde e Libéria, a prevalência foi mais elevada do que 40% em todos os países da CEDEAO. A cobertura de quatro ou mais consultas de cuidados pré-natais varia entre 34% no Burkina Faso para 87% no Gana. Menos de metade das mulheres grávidas em Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Níger e Senegal frequentam a clínica pré-natal 4+ vezes.

A prevalência de crianças menores de cinco anos com nanismo no espaço CEDEAO é mais elevada na Nigéria, Níger e Serra Leoa e mais baixa no Gana (Fig. 24). A prevalência de crianças abaixo do peso é mais elevada na Nigéria, Níger e Mali. Há uma tendência decrescente nos países com a prevalência mais elevada. Em Burkina Faso, por exemplo, a prevalência de nanismo infantil diminuiu de 35,1% em 2009 para 21,2% em 2017. Na Nigéria, baixou de 41% em 2008 (IDS) para 36% em 2011 (MICS) para 32% em 2014 (NNHS) e 33% em 2015 (NNHS 2015). A prevalência de definhamento infantil grave varia de 0,7% no Gana para 4,3% na Gâmbia.

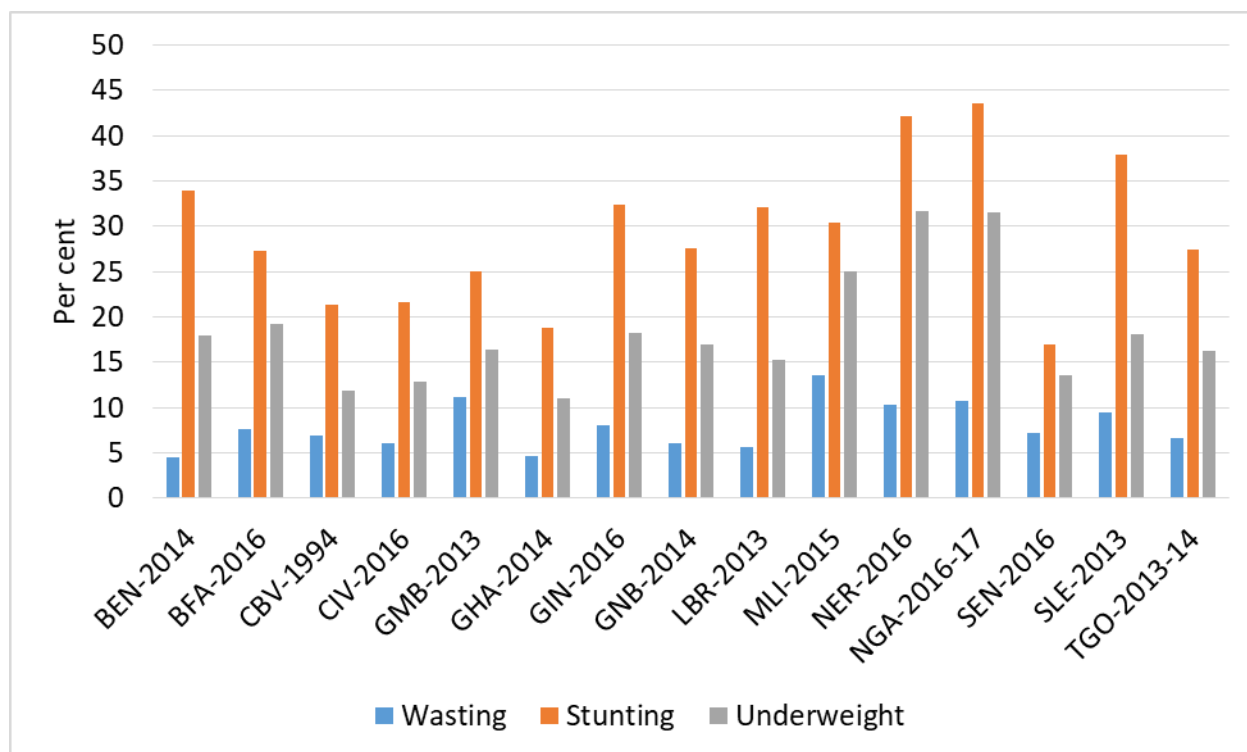


Fig. 25: Prevalência de nanismo, definhamento e baixo peso em crianças menores de cinco anos no espaço CEDEAO. Fonte: Relatório Global da Nutrição e relatórios de IDS

A deficiência de micronutrientes continua a ser um grande problema entre as mulheres grávidas e as crianças no espaço CEDEAO, mas a resposta não é adequada. Em inquéritos IDS, 3%-21% das mulheres declaram não tomar quaisquer comprimidos ou xaropes de ferro durante a sua última gravidez. Entre as que tomaram suplementos de ferro, apenas 25%-63% tomaram-nos por ≥ 90 dias. A proporção de crianças de 6-59 meses que receberam duas doses completas de suplemento de vitamina A variou de 9% no Togo a 99% no Burkina Faso, Mali e Serra Leoa (Fig. 26).

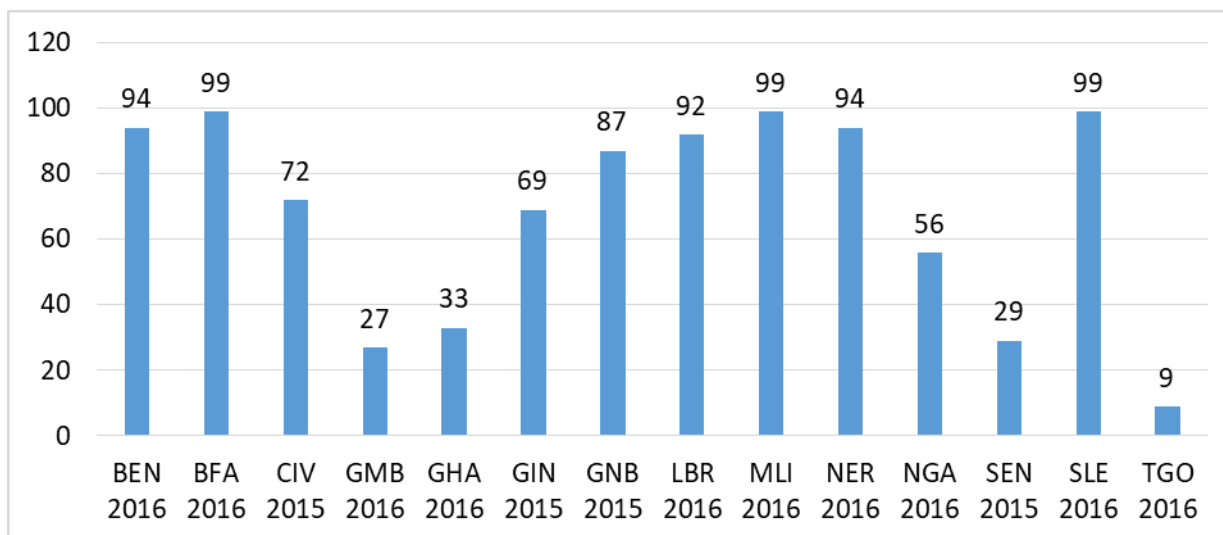


Fig. 26: Suplemento de vitamina A com duas doses completas em crianças no espaço CEDEAO.

Fonte: <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-malnutrition-2018/>

As práticas alimentares de lactentes e crianças pequenas continuam a ser inadequadas, com menos de 10% das crianças da região a serem alimentadas com uma dieta mínima aceitável.

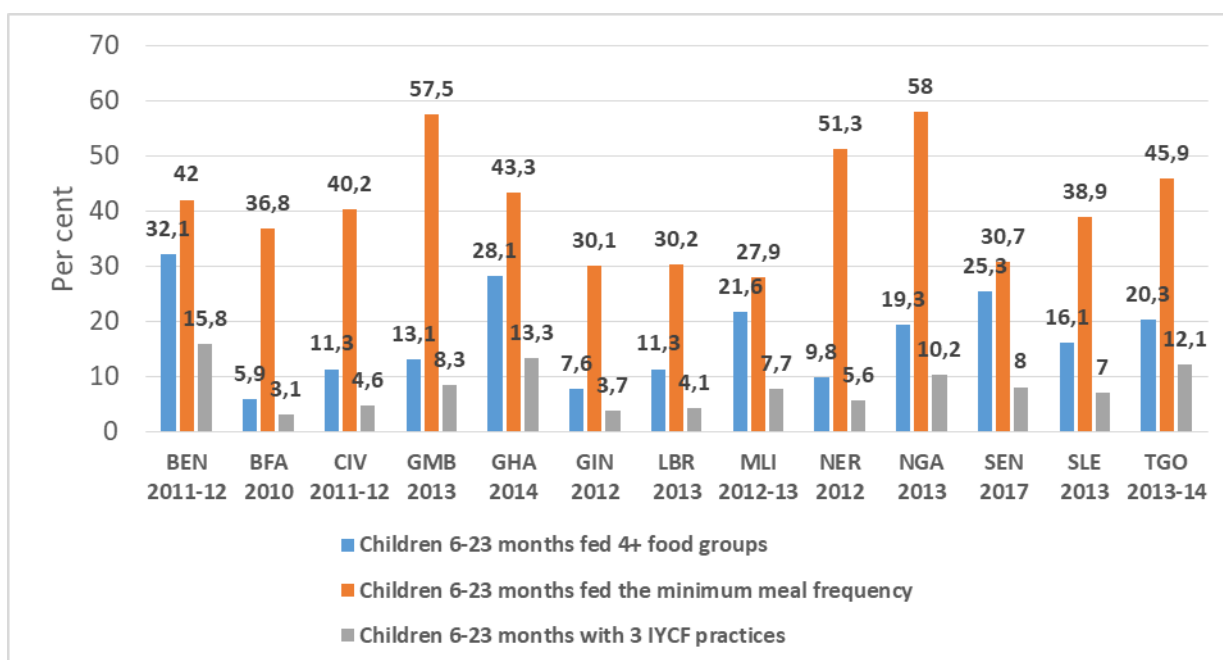


Fig. 27: Práticas alimentares de lactentes e crianças pequenas continuam na região.

Fonte: O compilador STAT do programa de IDS. <http://www.statcompiler.com>.

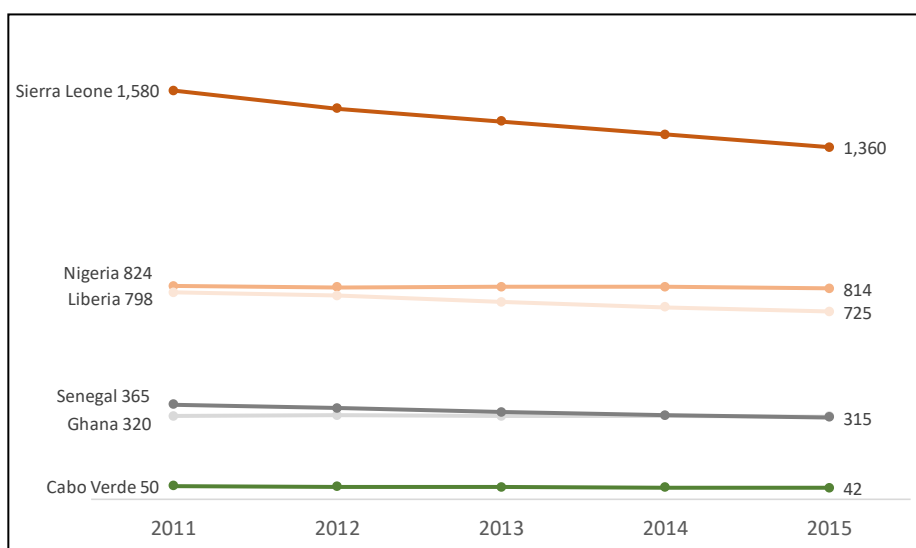
I.2. A saúde materna, neonatal, infantil, dos adolescentes, dos jovens e dos idosos

I.2.1. A saúde materna e neonatal

I.2.1.1. As mortes maternas

Ao contrário das notificações semanais de dados sobre doenças de potencial epidêmico, as mortes maternas são comunicadas semanal ou mensalmente à OOAS através da plataforma regional de partilha de informações.

Em 2018, com exceção de Cabo Verde e da Nigéria, para os quais faltam dados, os restantes treze (13) países da CEDEAO comunicaram um total de 5167 mortes maternas no contexto dos cuidados, em comparação com um total de 5092 mortes comunicadas em 2017



pelos 15 países. Observa-se um aumento do número de mortes em 2018 (fig. 28). Embora subestimadas, essas informações mostram que as mortes maternas continuam a ser um dos principais problemas de saúde pública na região, com uma taxa média semanal de 100 mortes maternas.

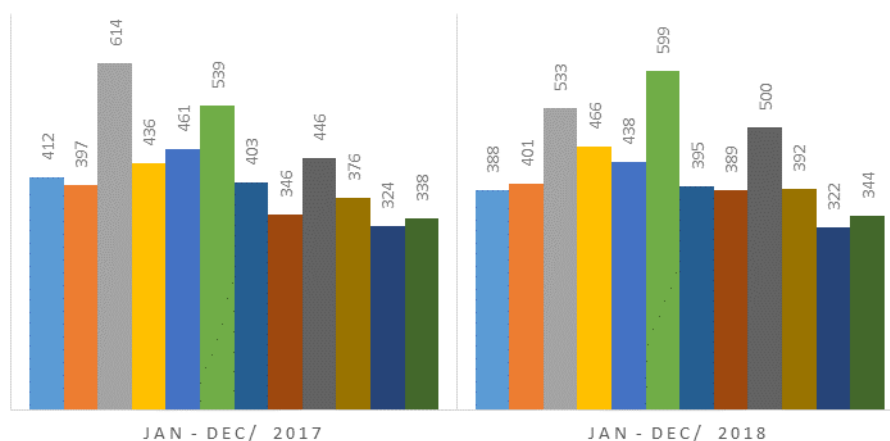


Figura 28: Casos notificados de mortes maternas por todos os países da CEDEAO por mês, 2017/2018.

Fonte: Plataforma regional de partilha de informações

As principais causas de óbito notificadas foram anemia pós-parto, eclâmpsia e hemorragia pós-parto, ruptura uterina, septicemia, obstrução do parto e complicações anestésicas. Observa-se também que o risco de morte materna é mais elevado durante o trabalho de parto, o parto e nos dias seguintes ao parto.

Essas causas corroboram a importância da assistência qualificada no parto e no acompanhamento da assistência pós-natal, a fim de reduzir significativamente o risco de morte

materna. No entanto, a presença de profissionais qualificados no parto não pode ser a única estratégia para reduzir os níveis de mortalidade materna nos países da região. A implementação de estratégias capazes de provocar mudanças na saúde materna e infantil, tais como a melhoria dos cuidados obstétricos e neonatais de urgência (CONU) e a redução das barreiras ao acesso das mulheres a cuidados de qualidade, continuam a ser essenciais. Neste sentido, vários esforços foram realizados nos países da CEDEAO, nomeadamente: o livre acesso aos CONU, a formação dos profissionais de saúde em cuidados obstétricos de urgência, o reforço do sistema de saúde materna, o desenvolvimento de iniciativas comunitárias para aumentar a utilização dos cuidados pré-natais e partos assistidos pelas mulheres, o fornecimento de equipamento cirúrgico aos centros de saúde para o tratamento das complicações e as iniciativas de incentivo aos profissionais de saúde.

Estes esforços permitiram registar alguns progressos ainda que pouco significativos (fig.29).

Fig. 29: Tendência da taxa de mortalidade materna, 2011-2015, nos países com níveis de TMM mais elevados e mais baixos. Fonte: OMS

Também, é indispensável tomar medidas de acesso equitativo aos serviços. Apesar das concentrações nas grandes cidades, uma vasta maioria da população continua rural. Estas populações devem ser tidas em conta e estar no centro das intervenções que devem ter um impacto significativo na redução das mortes maternas. As últimas informações disponíveis a esse respeito mostram uma enorme lacuna entre as zonas rurais e urbanas em termos de partos assistidos (fig. 30).

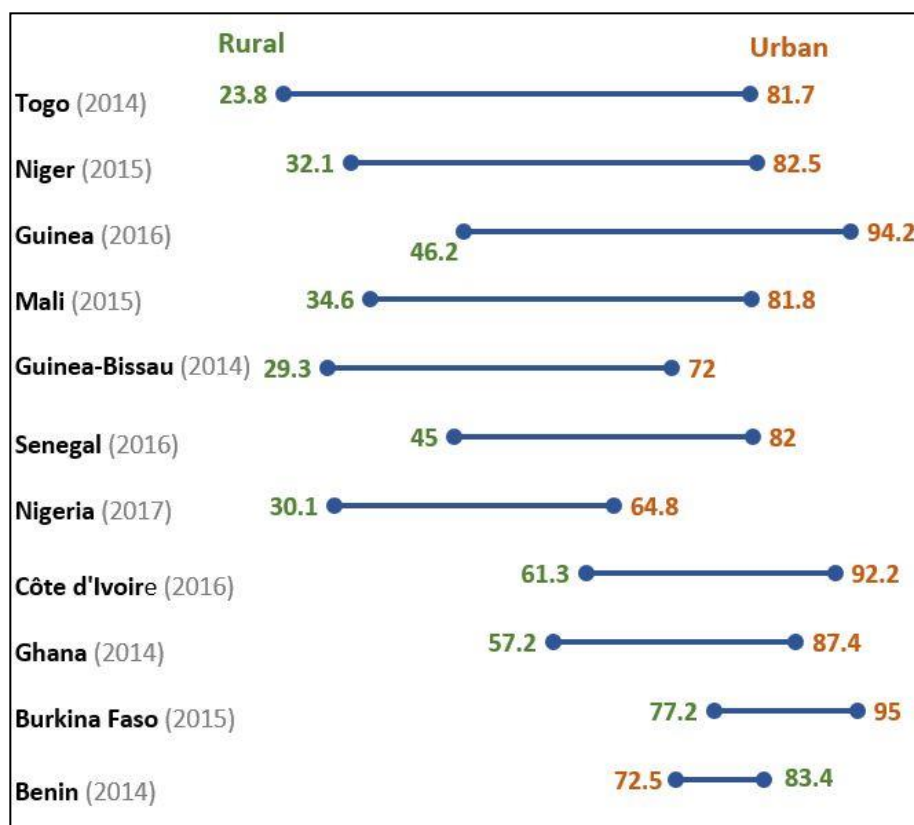


Fig. 30: Proporção de partos assistidos por profissionais de saúde qualificados, área urbana e rural. Fonte: OMS

I.2.1.2. O Planeamento Familiar em África Ocidental

Para combater a mortalidade materna, o planeamento familiar é apresentado como uma das estratégias mais eficazes e comprovadas. De facto, as mulheres e os casais que têm acesso ao planeamento familiar e, em particular, aos métodos modernos de contraceção são mais capazes de evitar gravidezes indesejadas e fazer o espaçamento dos partos. Graças a estes métodos, é muito menos provável que as mulheres morram durante o parto ou que sejam expostas a problemas de saúde a longo prazo. No entanto, os dados mostram que os países da CEDEAO são a nível mundial, aqueles com os níveis mais baixos de utilização do planeamento familiar. Na realidade, nenhum dos países tem uma taxa de prevalência de contraceptivos superior a 50% e a maioria dos países tem níveis de prevalência de contraceptivos entre 10 e 20%. No entanto, os níveis de necessidades não satisfeitas são elevados e cerca de uma em cada três mulheres tem uma necessidade não satisfeita. Além disso, os níveis de procura total permanecem baixos: menos de 40% na Guiné-Conacri, Níger, Nigéria, Gâmbia e Mali.

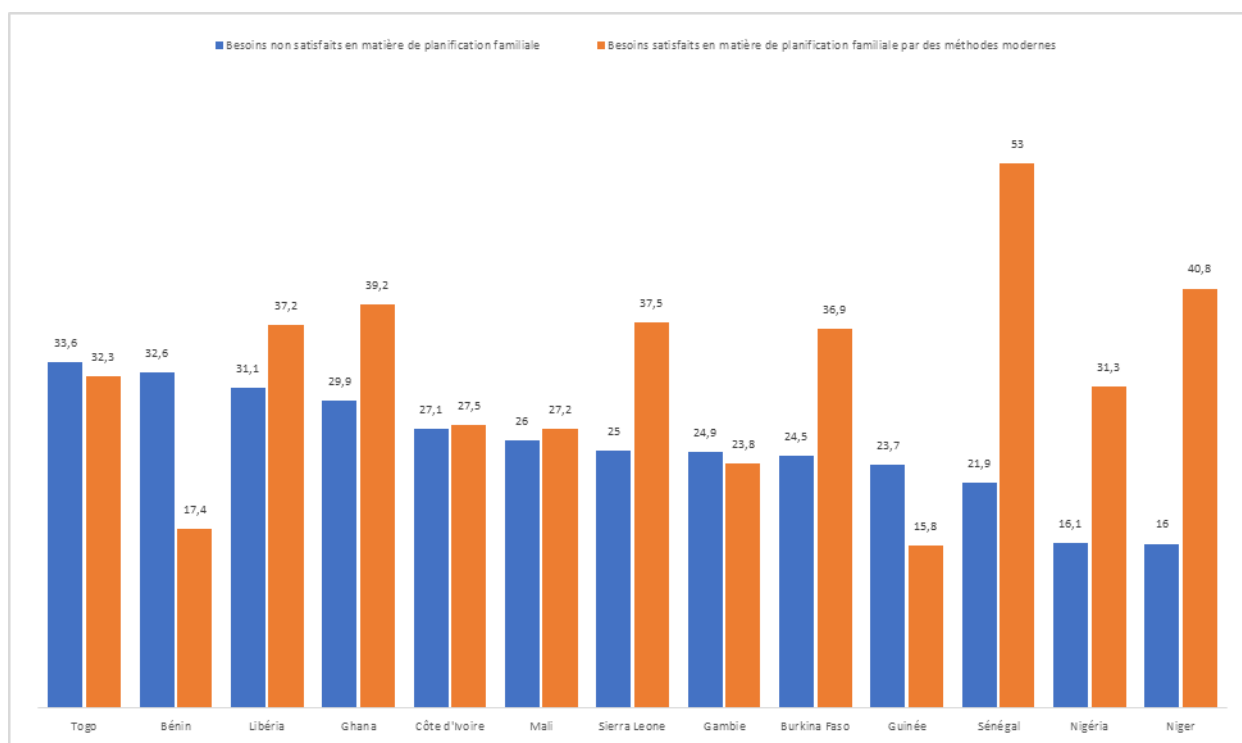


Fig.31 : Necessidades satisfeitas e não satisfeitas em planeamento familiar.

Fonte: Programa IDS, statcompiler.com

I.2.1.3. As mortes neonatais

Embora as taxas de mortalidade neonatal sejam elevadas em quase todos os países da região, com excepção de Cabo Verde, tem havido uma tendência decrescente desde 2000 em todos os países.

Durante o período 2000-2017, a taxa de mortalidade neonatal foi a que mais diminuiu na Guiné-Conacri e no Mali em 22,6 e 21,4 pontos, respectivamente. Na maioria dos outros países, essa

diminuição situa-se entre 10 e 19 pontos (tabela 3). No entanto, a taxa de mortalidade neonatal na maioria dos países está bem acima de 12 mortes por 1000 (objectivo 3 dos ODS).

Tabela 3: Taxa de mortes neonatais

País	Taxa de mortalidade Neonatal (por 1000)			
	2000	2010	2017	Diferença entre 2000-2017
Benim	40,1	35,2	32,7	7,4
Burkina Faso	41	30,7	25,4	15,6
Cabo Verde	17,2	14,9	10,4	6,8
Côte d'Ivoire	45,4	37,9	33,5	11,9
Gâmbia	40,7	32,3	27,6	13,1
Gana	36,3	30,9	24,2	12,1
Guiné-Conacri	46,7	30	24,1	22,6
Guiné-Bissau	55	44,9	37,3	17,7
Libéria	44,7	29,6	25,1	19,6
Mali	56,8	40,8	35,4	21,4
Níger	43,1	31,6	26	17,1
Nigéria	48,1	38	32,9	15,2
Senegal	38,2	26,1	20,5	17,7
Serra Leoa	50,5	41,3	33,5	17
Togo	36,1	28,9	25,4	10,7

Fonte: UNICEF

Em 2018, um total de 9938 mortes neonatais foram notificadas na plataforma regional por 10 dos 15 países, com 3590 casos em Burkina Faso e 2604 no Benim (Fig.30).

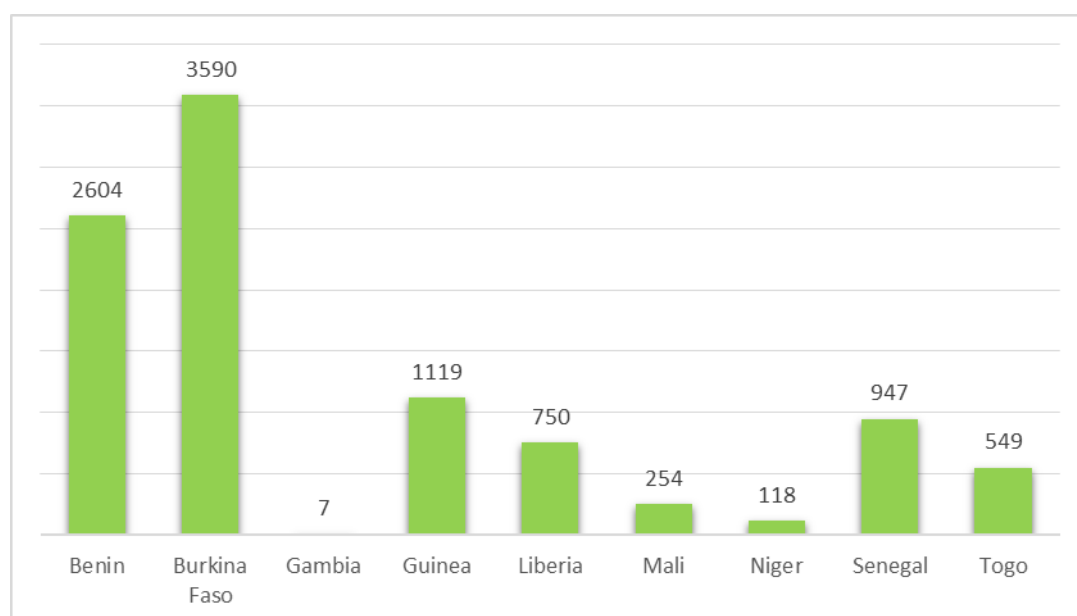


Fig.32 : Número de casos de mortes neonatais notificados em 2018 de acordo com o país.

I.2.2. A Saúde infantil, do adolescente, do jovem e do idoso

I.2.2.1. A situação da saúde infantil

Com os esforços combinados dos países e dos seus parceiros, a taxa de mortalidade das crianças menores de cinco anos diminuiu em mais de metade entre 1990 e 2015. Mas, apesar destes progressos, apenas três países da CEDEAO (Cabo Verde, Libéria e Níger) conseguiram atingir o ODM 4, que exigia uma redução de pelo menos dois terços da mortalidade infantil entre 1990 e 2015. Assim, a mortalidade dos menores de cinco anos continua a ser uma preocupação para a nossa região.

Para atingir o ODS 3 relativo à saúde infantil (acabar com as mortes infantis evitáveis e reduzir as mortes de menores de cinco anos para menos de 25 por cada 1000 nados vivos antes de 2030), teremos de tirar partido dos progressos realizados na consecução dos ODM e dar maior ênfase às intervenções comprovadas e intensificá-las.

As intervenções de saúde infantil de alto impacto incluem o acesso equitativo à água potável, condições de higiene, infraestruturas de saneamento adequadas, boa nutrição, cobertura ideal em termos de atenção integrada das doenças da infância (AIDI) e acesso universal à vacinação.

Cobertura da vacina na região

A vacinação continua a ser uma das intervenções de saúde pública mais rentáveis de todos os tempos. Apesar disso, o acesso universal à vacinação exigido pelos ministros africanos através da Declaração de Adis-Abeba de Fevereiro de 2016 ainda está longe de ser uma realidade na nossa região. Assim, estamos a assistir a uma estagnação, ou mesmo a uma diminuição da cobertura vacinal, que deveria ser de pelo menos 90%.

I.2.2.2. A situação sanitária dos adolescentes e jovens

O peso demográfico dos adolescentes e dos jovens e os problemas e necessidades de saúde específicos que enfrentam exigem especial atenção. A geração actual de jovens entre os 10 e os 24 anos tem pouco menos de 1,8 biliões de indivíduos, de uma população mundial de 7,3 biliões de habitantes. Quase 90% desses jovens vivem nos países em vias de desenvolvimento.

Com mais de 350 milhões de habitantes, a Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO) conta com mais de 33% de jovens dos 10 aos 24 anos.

A Análise da Situação da Saúde dos Adolescentes e Jovens (SAJ) realizada em 2015 pela OOAS descreveu suficientemente o estado de saúde deste alvo na região. A situação não mudou muito em 2018. É caracterizada, entre outras coisas, por:

- o facto de demasiados adolescentes continuarem a ser negligenciados, vitimizados, mortos e desnecessariamente afectados por causas evitáveis;
- novas infecções por VIH em aumento (2ª causa de morte) entre os adolescentes;

- uma taxa de fertilidade elevada (115 por 1000, mais do dobro do nível médio mundial) entre as adolescentes, com gravidezes precoces indesejadas, conduzindo a uma taxa de abortamento de alto risco (26 por 1000, em comparação com 9 por 1000 na Ásia sem a Ásia Oriental).
- o uso de substâncias psicoactivas [tabaco (18%), álcool, droga,...]
- a morte violenta (AVP, suicídio, violência interpessoal,...)

I.2.2.3. A saúde dos idosos

A velhice e os idosos representam um verdadeiro desafio para a Saúde Pública, os quais as nossas sociedades estão a descobrir o peso e a influência socioeconómica actuais com as implicações em relação aos sistemas de cuidados.

Apesar dos progressos tecnológicos, económicos (embora lentos) e das ciências médicas, o peso demográfico (bem como o número) dos idosos aumentam a cada ano e de forma muito rápida no espaço CEDEAO, como indicado na tabela a seguir.



Tabela 4: Peso (em %) dos idosos de 60 anos e mais nos países da CEDEAO de 2017 a 2095

País	Benim	Burkina Faso	Cabo Verde	Côte d'Ivoire	Gâmbia	Gana	Guiné-Conacri	Guiné-Bissau	Libéria	Mali	Níger	Nigéria	Senegal	Serra Leoa	Togo
2017	5	3,9	6,9	4,8	3,8	5,3	5,2	4,9	4,9	4,0	4,2	4,5	4,7	4,2	4,6
2020	5,1	3,9	7,3	4,8	3,9	5,5	5,3	5,0	5,0	3,9	4,2	4,5	4,7	4,2	4,7
2025	5,3	4,1	8,8	4,9	4,2	5,9	5,4	5,1	5,3	3,8	4,3	4,6	4,9	4,3	5,0
2030	5,6	4,4	10,2	5,0	4,5	6,5	5,6	5,3	5,7	4,0	4,2	4,8	5,3	4,7	5,4
2035	6,0	4,8	11,4	5,2	4,8	7,3	5,8	5,7	6,2	4,4	4,0	5,1	5,8	5,2	6,0
2040	6,4	5,3	12,9	5,5	5,3	8,1	6,2	6,3	6,8	4,8	4,0	5,5	6,5	5,9	6,7
2045	6,9	5,9	15,3	5,9	5,8	8,9	6,8	7,2	7,5	5,2	4,0	6,0	7,4	6,7	7,4
2050	7,4	6,5	18,2	6,3	6,4	9,8	7,6	8,1	8,2	5,6	4,1	6,4	8,3	7,6	8,1
2055	8,1	7,1	21,3	6,9	7,1	10,6	8,5	9,1	8,9	6,1	4,2	6,9	9,2	8,5	8,6
2060	8,9	7,9	24,0	7,6	8,0	11,5	9,6	9,9	9,9	6,7	4,7	7,4	10,0	9,5	9,2
2065	9,7	8,8	26,2	8,3	9,0	12,4	10,7	10,7	11,2	7,7	5,3	8,2	10,9	10,8	10,1
2070	10,5	9,9	28,0	8,9	10,2	13,4	12,0	11,7	12,4	8,9	6,0	9,2	12,1	12,3	11,1
2075	11,4	11,1	29,6	9,6	11,6	14,7	13,3	12,9	13,7	10,1	6,8	10,2	13,5	13,6	12,1
2080	12,3	12,3	31,1	10,4	13,0	15,8	14,6	14,1	15,0	11,4	7,7	11,3	14,8	14,9	13,0
2085	13,2	13,5	32,5	11,3	14,3	16,9	16,0	15,3	16,3	12,7	8,8	12,4	16,0	16,1	13,8
2090	14,1	14,7	33,6	12,1	15,7	17,9	17,4	16,4	17,6	14,2	9,9	13,6	17,3	17,3	14,7
2095	15,0	16,0	34,6	13,0	17,0	19,0	18,8	17,5	19,0	15,6	11,1	14,8	18,5	18,4	15,6

Fonte: Nações Unidas, Departamento de Assuntos Económicos e Sociais, Divisão da População (2017). *Perspectivas da População Mundial: A Revisão de 2017.*



Assim, o número total de idosos no espaço CEDEAO passará de 16.702.328 em 2017 para 53.100.234 em 2050, depois para 253.320.473 em 2100, segundo projecções das mesmas fontes.

Os 15 países da África Ocidental agrupados no seio da CEDEAO enfrentarão um desafio de saúde e de desenvolvimento, que é o rápido envelhecimento da população, cuja consequência será sem dúvida o elevado custo dos cuidados médicos para os idosos. Este alvo que são os idosos deve ser tratado da mesma forma que as crianças e os jovens e não deve ser negligenciado.

A Organização Oeste Africana da Saúde (OOAS) procedeu à análise da situação da saúde dos idosos nos países membros da CEDEAO visando contribuir para a melhoria do seu cuidado socio-sanitário na região.

Essa análise situacional revelou um perfil epidemiológico caracterizado pela transição epidemiológica com a persistência de doenças infecciosas e a emergência de doenças crónicas não transmissíveis.

Essas doenças crónicas não transmissíveis são dominadas por patologias cardiovasculares, com hipertensão arterial seguida de diabetes, seguidas de patologias oculares, osteoarticulares e perturbações cognitivas.

A mortalidade está ligada aos acidentes vasculares cerebrais (AVC), choque séptico, paludismo e cancro.

II) BALANÇO DAS REALIZAÇÕES DO ANO DE 2018

Este capítulo visa prestar conta da implementação das realizações durante o ano de 2018, especialmente o estado de implementação das recomendações da 19ª Sessão da Assembleia dos Ministros da Saúde da CEDEAO, das actividades de pilotagem realizadas pela Direcção Geral da OOAS e da execução dos programas prioritários.

II.1. O estado de implementação das principais recomendações da 19ª sessão da Assembleia dos Ministros da Saúde da CEDEAO

A décima nona sessão ordinária da Assembleia dos Ministros da Saúde da CEDEAO formulou três (3) recomendações à OOAS. O estado de implementação das referidas recomendações é resumido na tabela abaixo:

Tabela 5: Estado de implementação das recomendações da 19ª AMS

Recomendações	Estado de execução	Acções realizadas
Elaborar e disponibilizar aos Ministérios da Saúde um modelo de relatório a utilizar na ocasião da transferência da pasta dos Pontos Focais.	Implementado	Modelo elaborado e será apresentado nas diferentes reuniões da AMS
Preparar e apresentar à próxima Assembleia dos Ministros da Saúde uma comunicação relativa ao problema de saúde pública que representa os acidentes de circulação rodoviária na região.	Implementado	Apresentação preparada e inscrita na ordem do dia da AMS
Garantir uma monitorização da implementação de todas as resoluções adoptadas pela Assembleia dos Ministros por parte de todos os países.	Em curso de implementação	A OOAS pretende elaborar um repertório das resoluções a transmitir aos países para fazer o balanço da implementação

II.2. As actividades de pilotagem

Como nos anos anteriores, em 2018, a Direcção Geral da OOAS realizou actividades visando reforçar a posição da instituição a nível regional e internacional, a advocacia sobre as questões essenciais da saúde, a parceria estratégica e a mobilização de recursos. E nesse quadro que a Direcção Geral participou nas reuniões estatutárias da Comunidade e realizou visitas junto das Autoridades Políticas dos Estados membros e dos parceiros técnicos e financeiros.

II.2.1. Reuniões estatutárias

A Direcção Geral participou em duas Sessões Ordinárias da Conferência dos Chefes de Estado e de Governo, duas sessões do Conselho de Ministros, uma sessão da Assembleia dos Ministros da Saúde, e nas reuniões do Comité de Administração e das Finanças.

Encontros com as Autoridades Políticas dos Estados Membros:

A Direcção Geral da OOAS efectuou visitas em todos os países em 2018. Ao longo dessas visitas reuniu-se com várias personalidades políticas (Presidentes do Parlamento, Ministros, Chefes de Instituições...). Os centros de interesse desses encontros são, entre outros:

- as discussões e recolha de orientações políticas sobre as questões prioritárias da saúde dos países da região;

- o contacto com os responsáveis ministeriais recentemente nomeados;
- a informação sobre as actividades da OOAS;
- a advocacia sobre as questões essenciais da saúde, incluindo o financiamento;
- a implementação das resoluções e decisões comunitárias sobre a saúde.

II.2.2. Encontro com os parceiros técnicos e financeiros

No quadro do seu mandato de procurar colectiva e estrategicamente as soluções para os problemas de saúde da região, a OOAS prosseguiu e intensificou a sua colaboração com os parceiros técnicos e financeiros. Para o efeito, o Director Geral efectuou várias visitas e sessões de videoconferência, discussões telefónicas e por Skype.

II.3. Os resultados da execução dos Programas Prioritários

O plano de acção anual previa duzentas e cinquenta e oito (258) actividades para um orçamento de 40.625.810 UC, dos quais 26.150.569 UC foi mobilizada. A 31 de Dezembro de 2018, a taxa de realização física era de 78%, com uma taxa de execução financeira de 81,77% ou seja 21.382.862 UC. Os principais resultados registados dizem respeito aos 13 programas prioritários e são divididos como se segue:

II.3.1. Informação sanitária e pesquisa para a saúde

O objectivo geral deste programa é melhorar a produção, difusão, utilização das informações e a pesquisa em saúde no espaço CEDEAO. As acções realizadas na Comunidade a título do ano de 2018 permitiram registar os seguintes resultados:

- Reforço das capacidades em metodologia de pesquisa para dezoito (18) jovens pesquisadores;
- Reforço das capacidades de cinquenta e cinco (55) gestores de dados dos SNIS dos países do espaço CEDEAO na utilização da plataforma regional de partilha de informações sobre as doenças de potencial epidémico no contexto da abordagem Saúde Única;
- Formação de vinte (20) gestores dos sistemas de informação sanitária de 10 países da CEDEAO (Benim, Burkina Faso, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Gâmbia, Guiné-Conacri, Guiné-Bissau, Mali, Níger, Senegal) sobre os novos módulos do sistema de informação sanitária de rotina;
- Formação de quinze (15) quadros dos Ministérios da Saúde da Gâmbia sobre a revisão da qualidade dos dados com a ajuda do módulo DQR do DHIS2;

- Formação de vinte e quatro (24) administradores de entrepostos nacionais de dados sanitários em gestão e implantação de servidores DHIS2 a fim de tornar os países independentes na gestão de bases de dados integradas;
- Formação de trinta e um (31) gestores de bases de dados em integração e interoperabilidade de diferentes bases de dados de acordo com o conceito “Saúde Única”;
- Apoio técnico a quatro (4) países (Gâmbia, Guiné-Bissau, Guiné-Conacri e Serra Leoa) sobre a utilização do módulo de avaliação da qualidade dos dados do DHIS2;
- Realização de um documentário sobre a Iniciativa Canadiana “Inovação para a saúde materna e infantil em África”;
- Publicação de 13 boletins epidemiológicos semanais;
- Prestação de assistência técnica às plataformas nacionais SIS sobre a plataforma DHIS2 e gestão do servidor (Benim, Burkina Faso, Nigéria, Togo);
- Apoio técnico e financeiro a Cabo Verde para migração para a plataforma DHIS2 para a gestão dos dados de NHMIS;
- Reforço das capacidades de trinta (30) pesquisadores e analistas de políticas sanitárias em análise de dados e comunicação de resultados de saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil a partir de inquéritos demográficos e de saúde;
- Apoio técnico e financeiro ao Burkina Faso para a criação de um sítio piloto de telessaúde baseado no telemóvel *MH (Mobile Health)*;
- Reforço das capacidades de doze (12) gestores na utilização de equipamentos de videoconferência e partilha de experiências sobre outras soluções inovadoras tais como WEBEX e CISCO TELEPRESENCE;
- Selecção de seis (6) projectos de pesquisa no domínio da demanda de oferta de serviço da saúde sexual e reprodutiva e contratualização com seis instituições de pesquisa;
- Financiamento de projectos de pesquisa sobre:
 - A identificação de zonas e intervenções prioritárias em saúde materna, infantil em 6 países da CEDEAO (Benim, Burkina Faso, Gana, Nigéria, Mali, Senegal) e ii)
 - A utilização de evidências nos hospitais do Gana;
 - O estudo dos factores que influenciam a observância da 2ª e 3ª dose da quimioprevenção do paludismo sazonal (QPS) em Burkina Faso, Mali e Níger;
- Análise dos parâmetros técnicos e proposta de soluções aos desafios e problemas ligados à utilização de mosquiteiros impregnados de insecticida (MII) para a

prevenção do paludismo junto das mulheres grávidas e das crianças no espaço CEDEAO;

- Reforço das capacidades de cinquenta (50) quadros de Burkina Faso e da Nigéria em transferência de conhecimentos e em pesquisa centrada na identificação das barreiras e de potenciais soluções em concertação com os actores para melhorar a implementação das acções de saúde;
- Formação de quarenta (40) pesquisadores da Nigéria na utilização das mídias sociais para partilhar os resultados da pesquisa;
- Reforço das capacidades de nove (9) jovens pesquisadores do Benim, Côte d'Ivoire, Gana, Gâmbia, Mali e Nigéria em redacção de protocolos de pesquisa;
- Para além disso, foram fornecidos apoios financeiros para:
 - o financiar uma tese de doutoramento de um estudante do Gana no domínio da saúde pública na Cidade do Cabo, África do Sul.
 - o estabelecer um quadro formal de diálogo entre pesquisadores e decisores da Nigéria para a utilização das evidências na tomada de decisão em saúde materna e infantil.
 - o acompanhar a Rede Oeste Africana da Pesquisa em Saúde (ROARES) na implementação das suas actividades e facilitar a colaboração entre pesquisadores e partilhar os resultados da pesquisa.
- Elaboração de uma política documental e de um Plano Estratégico da Rede Oeste Africana de Documentação e de Informação Sanitária (ROADIS);
- Reforço das capacidades de trinta (30) actores das unidades de documentação incluindo vinte e três (23) professores pesquisadores e sete (07) bibliotecários em pesquisa documental, utilização do *software* Zotero, leitura crítica de documentos científicos e utilização do software documental PMB.

II.3.2. Luta contra as doenças

O objectivo deste programa é reduzir a prevalência das doenças transmissíveis e das doenças não transmissíveis. As actividades realizadas neste quadro centraram-se essencialmente sobre a coordenação regional e o reforço das capacidades dos países na luta contra o VIH/Sida, o Paludismo, a Tuberculose, as Doenças Tropicais Negligencias e as Doenças não Transmissíveis. As intervenções realizadas em 2018 permitiram obter as seguintes realizações:

⇒ No que diz respeito ao Paludismo:

- Seis (6) rondas de campanhas em massa foram organizadas em 3 países (Níger, Burkina Faso e Mali) para prevenir a ocorrência do paludismo sazonal em crianças dos 3 aos 59 meses. Seis milhões de crianças foram tratadas nesses 3 países em

2018. Um total de 114.352.306 beneficiários foi afectado incluindo 21.360.778 mulheres.

- Uma reunião regional do programa Nacional de Luta contra o Paludismo (PNLP) e parceiros que trabalham na área do paludismo foi organizada e as discussões levaram à criação de uma Coordenação Regional para a eliminação do paludismo no espaço CEDEAO, com Secretariado Regional sediado na OOAS.
- Uma plataforma regional para a coordenação do controlo vectorial foi iniciada.

⇒ **No que diz respeito ao VIH/SIDA e Tuberculose:**

- Uma revisão foi comissionada pela OOAS, ONUSIDA e USAID África Ocidental para avaliar o progresso em oposição à implementação da Declaração de Dacar. Mostrou que dos 15 países, apenas 4 países (Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Mali e Togo) desenvolveram um roteiro para iniciar a implementação.
- Desenvolvimento de roteiros para acelerar a implementação da Declaração de Dacar sobre as “populações chave” nos seus respectivos países.
- Uma plataforma regional com parceiros e OOAS, iniciada para lutar contra o VIH/SIDA junto das populações chave.

⇒ **No que respeita à Luta contra as doenças tropicais negligenciadas:**

- A OOAS apoiou em 2018 a organização de sete (7) campos de cirurgia de hidrocele, incluindo 3 em Burkina Faso, 2 no Mali e 2 no Níger. Esses campos ajudam a tratar um total de 1134 casos de hidrocele e formou uma dúzia de médicos dos Distritos Sanitários sobre a técnica da gestão de casos de hidrocele.

⇒ **Quanto às doenças não transmissíveis:**

Os principais resultados alcançados pela OOAS na área das DNT em 2018 incluem os seguintes:

- A situação do cancro do colo do útero na região e estratégias para o controlo acelerado são identificadas.
- O estado de implementação das recomendações para melhor vigilância nutricional é mapeado.
- A situação sobre os distúrbios oculares e resposta é conhecida com as lacunas e melhores práticas identificadas.
- O plano regional da saúde mental é adoptado pela Assembleia dos Ministros da Saúde da CEDEAO.
- A distribuição dos diferentes tipos de vírus do papiloma humano (VPH) em mulheres saudáveis e em pacientes com cancro do colo do útero na região foi realizada.

II.3.3. Epidemias e urgências sanitárias

O objectivo deste programa é de reforçar as capacidades de vigilância e de prevenção das doenças, de resposta e a resiliência aos choques epidémicos e às urgências. Em 2018, as actividades realizadas permitiram obter os resultados seguintes:

⇒ Relativamente à implementação do Centro Regional de Vigilância e Controlo das Doenças

A 47ª Sessão da Conferência dos Chefes de Estado e de Governo da CEDEAO realizada a 19 de Maio de 2015 em Acra, Gana, aprovou a criação do Centro Regional de Vigilância e Controlo das Doenças (CRVCD/CEDEAO) com sede na Nigéria. O objectivo do referido centro é reforçar os sistemas de saúde dos Estados Membros e melhorar a capacidade de reforçar em termos de prevenção, diagnóstico e controlo das epidemias.

Neste contexto, o Presidente da Comissão da CEDEAO, em colaboração com a OOAS, foi mandatado pela Autoridade para tomar as medidas necessárias para acelerar a implementação e a operacionalização do Centro Regional de Vigilância e Controlo das Doenças da CEDEAO (CRVCD-CEDEAO). Para além disso, os parceiros foram apelados a apoiar o processo.

O CRVCD-CEDEAO é definido como uma Agência especializada da CEDEAO sob a autoridade da Organização Oeste Africana da Saúde (OOAS). A sua missão principal será identificar, avaliar e notificar as ameaças actuais e emergentes que as doenças representam para a saúde humana e preparar a resposta. O CRVCD-CEDEAO interagirá principalmente com os Estados Membros através de uma rede de instalações técnicas e científicas competente nos 15 países.

Para esse fim, espera-se que cada Estado Membro identifique uma Instituição Nacional de Coordenação (INC) com um Coordenador que deverá interagir formalmente com o CRVCD-CEDEAO e assegurar a ligação em rede das estruturas a envolver na vigilância das doenças e nos sistemas de alerta precoce e resposta em toda a Comunidade.



Para implementar a decisão dos Chefes de Estado e de Governo, a OOAS iniciou uma série de acções e obteve os seguintes resultados chave:

- O Regulamento sobre a criação e os procedimentos operacionais do Centro Regional De Vigilância e Controlo das Doenças da CEDEAO (CRVCD - CEDEAO) foi aprovado.
- O Centro Regional de Vigilância e Controlo das Doenças da CEDEAO foi dotado de um edifício de escritórios que serve de “domicílio legal” e “endereço administrativo”.



- O acordo da Sede foi preparado para assinatura entre o Presidente da Comissão da CEDEAO e o Ministro Federal dos Negócios Estrangeiros da República Federal da Nigéria para reforçar o estatuto jurídico do Centro Regional de Vigilância e Controlo das Doenças da CEDEAO.
- O Conselho de Administração do Centro foi constituído e o seu regimento interno foi aprovado. Mediante proposta do Conselho de Administração, as autoridades da CEDEAO aprovaram o recrutamento de um pessoal mínimo e validaram o plano de trabalho do Centro para o período 2017-2018. Ao abrigo deste acordo, parte do pessoal profissional do CRVCD da CEDEAO já foi recrutado e o processo de recrutamento de outros membros do pessoal está em curso.
- Um plano estratégico regional para a preparação e resposta às epidemias e urgências foi desenvolvido e validado pelos Estados Membros;
- Treze (13) países da CEDEAO (com a excepção da Gâmbia e do Mali) designaram as suas Instituições Nacionais de Coordenação que foram avaliadas. Foram oferecidos planos harmonizados de reforço das capacidades.
- As capacidades das INC em desempenhar as funções que lhe são atribuídas ao abrigo do regulamento da CEDEAO foi avaliada e foram desenvolvidos planos para reforçar as suas capacidades;
- Plano regional sobre Comunicação sobre o Risco foi desenvolvido e validado.

⇒ **Mão-de-obra e formação**

- A Equipa Regional de Intervenção Rápida foi apresentada e formada.
- Um Manual de Procedimentos Operacionais Normalizados para o destacamento de equipas de resposta rápida foi desenvolvido e validado.
- Um exercício de simulação em apoio à gestão do surto da febre-amarela foi realizado em Lagos.
- Cento e noventa e nove (199) membros do pessoal da saúde humana e animal de treze (13) países (com a excepção de Cabo Verde e Nigéria) estão a ser formados em epidemiologia de intervenção.
- Equipas de Emergência Médica de Gana, Senegal, Nigéria e Guiné-Conacri foram criadas e setenta e sete (77) membros dessas equipas foram formadas.
- A Plataforma Regional de Coordenação Política da “Saúde Única” foi estabelecida e o roteiro 2017-2018 foi adoptado.

⇒ **Rede de Laboratórios Regionais de Referência**

A Rede de Laboratórios Regionais de Referência da CEDEAO foi adoptada pelas Autoridades da CEDEAO para cobrir as necessidades de diagnóstico biológico da região. Os seguintes resultados foram alcançados:

⇒ **Processo de acreditação**

- O processo de acreditação ISO 15189 para 12 laboratórios regionais de referência está em curso e continuará em 2019;
- Vinte e sete (27) auditores SLIPTA (Processo de Melhoria Gradual de Laboratório para Acreditação) foram formados e certificados para avaliar e assistir os laboratórios no reforço dos seus sistemas de qualidade.

⇒ **Luta contra a resistência antimicrobiana**

- A análise situacional sobre a resistência antimicrobiana em África Ocidental tendo em conta a abordagem Saúde Única foi desenvolvida;
- Um grupo de trabalho foi criado para finalizar o roteiro para a operacionalização do Observatório regional da RAM em África Ocidental.

⇒ **Metrologia e Manutenção do equipamento de laboratório**

- Vinte e sete (27) profissionais de laboratórios regionais de referência (Côte d'Ivoire, Nigéria, Gana, Burkina Faso e Senegal) foram formados e certificados pelos dois laboratórios de metrologia acreditados em África (Acra e Tunes). Estes profissionais estão agora em condições de calibrar o seu equipamento básico (micropipetas, balança de pesagem, termómetro, etc.) e implementar uma política de gestão de metrologia que é essencial para o processo de acreditação de laboratórios médicos de acordo com a norma ISO 15189.
- Doze (12) *kits* de calibração e manutenção estão a ser entregues aos LRR para manutenção preventiva dos seus dispositivos e alguma calibração dos seus dispositivos.
- Quinze (15) oficiais de cinco (5) países (Guiné-Conacri, Guiné-Bissau, Libéria, Serra Leoa e Togo/3 por país) foram formados durante oito (8) semanas em manutenção do equipamento biomédico no Centro Regional de Formação de Cotonou.

⇒ **Transporte de substâncias infecciosas**

- Dezoito (18) - profissionais dos laboratórios nacionais de referência de oito (8) países membros da CEDEAO foram formados em técnicas e procedimentos para o transporte seguro de substâncias biológicas de acordo com as normas de IATA;

⇒ **Diagnóstico biológico de arbovírus e febres hemorrágicas virais**

- Vinte (20) funcionários dos laboratórios de referência de cinco (5) países da CEDEAO (Burkina Faso, Níger, Mali, Cabo Verde, Gâmbia) foram formados pelos peritos do Centro Colaborador de Arbovírus e FHV da OMS em técnicas e estratégias de diagnóstico biológico destes agentes patogénicos perigosos, como a dengue, febre-amarela, Zika, febre Lassa, etc.

⇒ **Apoios aos laboratórios nacionais de referência**

- Três (3) laboratórios nacionais de referência (Níger, Gâmbia e Cabo Verde) foram reforçados através do fornecimento de equipamento de diagnóstico serológico (ELISA) e de diagnóstico molecular (PCR), bem como de reagentes e consumíveis;
- Três (3) países membros (Mali, Burkina Faso e Níger) foram apoiados através da aquisição de laboratórios móveis para apoiar o diagnóstico precoce e o controlo eficaz das doenças de potencial epidémico nos agregados familiares mais remotos. (Espera-se a entrega para finais de Março de 2019).

⇒ **Reforço das capacidades dos laboratórios distritais**

- Quarenta e sete (47) laboratórios dos Distritos Sanitários de quarenta e sete (47) novos centros de vigilância epidemiológica em cinco (5) países (Guiné-Conacri, Guiné Bissau, Libéria, Serra Leoa e Togo) foram reforçados;
- Dez (10) formadores nacionais e cento e sessenta (160) técnicos de laboratório foram formados nos seguintes módulos: Biossegurança e transporte de amostras; Manutenção preventiva de equipamentos laboratoriais; Gestão de dados laboratoriais; Diagnóstico de doenças de potencial epidémico.
- Foi organizada uma sessão de Avaliação Externa da Qualidade (AEQ) nos países beneficiários do Projecto REDISSE (Guiné-Conacri, Guiné-Bissau, Libéria, Serra Leoa e Togo).
- Foram elaborados planos nacionais de manutenção dos equipamentos de laboratório para os cinco (5) países beneficiários (Guiné-Conacri, Guiné-Bissau, Libéria, Serra Leoa e Togo).

⇒ **Estabelecimento do Bio-banco Regional**

- O regulamento que cria o Bio-banco Regional da CEDEAO foi preparado e validado pela Assembleia dos Ministros da Saúde;
- Uma avaliação das capacidades técnicas e organizacionais do Bio-banco Regional de acordo com as normas internacionais foi realizada por peritos reconhecidos no domínio (*Institute of Human Virology, H3Africa Bio repository (I-HAB), Global Emerging Pathogens Treatment Consortium (consórcio GET), South African National Bioinformatics Institute (SANBI) University of the Western Cape Town, África do Sul*);
- Um roteiro para a sua operacionalização foi elaborado;
- A OOAS apoiou a criação de um sistema informatizado de gestão de recursos biológicos (BAOBAB-LIMS)

⇒ **Estabelecimento de mecanismos de governação e operacionalização da Rede Regional de laboratórios de referência dos países membros da CEDEAO**

- O Plano Estratégico Regional dos Laboratórios e o Plano para o Reforço dos Laboratórios de Referência dos Países Membros da CEDEAO foram validados pela Assembleia dos Ministros da Saúde;
- A directiva que regula a transferência de amostras biológicas nos países membros da CEDEAO e os modelos do acordo de transferência de materiais (MTA) foram desenvolvidos e tecnicamente validados;
- O roteiro regional sobre a gestão de resíduos biomédicos é desenvolvido e validado;
- Análise da situação entomológica dos arbovírus foi realizada;
- O manual de procedimento da Rede de Laboratórios Regionais foi desenvolvido;
- A OOAS finalizou as discussões técnicas e comerciais com a DHL Express para assegurar o transporte rápido e seguro de amostras biológicas no espaço CEDEAO (procedimentos de assinatura de contratos em curso).

II.3.4. Promoção da Saúde

Objectivo deste programa é contribuir para o reforço da Promoção da Saúde nas políticas de desenvolvimento nos Estados membros. As realizações efectuadas permitiram obter os seguintes resultados:

- Implementação de intervenções estratégicas pertinentes para apoiar os esforços da reforma hospitalar em curso nos países.

II.3.5. Medicamentos essenciais, vacinas e outros produtos médicos

Este programa visa aumentar o acesso das populações aos medicamentos essenciais, vacinas e outros produtos médicos. As intervenções realizadas ao longo do ano permitiram realizar os seguintes resultados:

- O Documento Técnico Comum (DTC) regional harmonizado foi elaborado, validado e adoptado pela 19ª Sessão dos Ministros da Saúde dos Estados membros da CEDEAO, realizada na Gâmbia em Junho de 2018. Este documento é uma referência para a regulação dos medicamentos para os 15 países da CEDEAO. Nesta base, a UEMOA incorporou o DTC na sua legislação para permitir aos países da UEMOA actualizar os processos de registo dos medicamentos;
- Para apoiar a implementação do DTC e o processo de harmonização de medicamentos na região, foram validados cento e sessenta e três (163) documentos regionais (directrizes, Manual de Procedimentos operacionais e normalizados) que abrangem as sete (7) principais áreas de regulação de medicamentos;
- Quarenta e seis (46) Funcionários das Autoridades Nacionais de Regulação dos Medicamentos (ANRM) dos quinze (15) Estados membros foram formados em

Avaliação de Dossiês de Medicamentos para aprovação de registo utilizando o DTC Harmonizado;

- Dois (2) dossiês de pedidos de autorização de comercialização foram avaliados conjuntamente pelas ANRM dos quinze (15) Estados membros da CEDEAO. No final do processo, uma autorização de comercialização pode ser concedido a estes dois medicamentos por parte dos quinze (15) Estados da CEDEAO;
- Vinte e três (23) peritos das quinze (15) ANRM foram formados em Boas Práticas de Fabricação (BPF) e Inspeções. Esta formação foi seguida de uma inspeção conjunta realizada pelo Grupo de Trabalho Técnico sobre as BPF/Inspeção às duas (2) indústrias farmacêuticas que apresentaram os seus dossiês para a avaliação conjunta;
- Sessenta e cinco (65) Fabricantes Farmacêuticos Locais avaliados por Boas Práticas de Fabricação (BPF) e Inspeções na região no âmbito do projecto CEDEAO-UNIDO; (25 Nigéria, 25 Gana, 5 Côte d'Ivoire, 4 Senegal, 3 Togo, 1 Benim, 1 Mali, 1 Cabo Verde). Entretanto, o NAFDAC cobriu mais cento e vinte e cinco (125) indústrias na Nigéria, totalizando cento e noventa (190) instalações;
- Um roteiro regional de BPF (uma ferramenta para impulsionar a produção de qualidade na CEDEAO) desenvolvido por peritos da UNIDO foi validado pelas ANRM e outras partes interessadas;
- Trinta e quatro (34) Gestores de Controlo da Qualidade e Técnicos dos Laboratórios Nacionais de Controlo da Qualidade dos Medicamentos (LNCQM) receberam formação em Boas Práticas Laboratoriais para o controlo da qualidade dos medicamentos;
- Uma avaliação do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) das quinze (15) ANRM nos Estados Membros da CEDEAO foi realizada. Consequentemente, um roteiro para melhorar o Sistema de Gestão da Qualidade nas quinze ANRM foi desenvolvido e validado e trinta e sete (37) membros do pessoal das ANRM foram formados em implementação de SGQ;
- Apoio ao *GHANA Food and Drug Authority (FDA)* - (Autoridade de Alimento e Medicamento do Gana) – no sentido de reforçar o seu Sistema de Gestão da Qualidade e obteve a certificação ISO 9001:2015;
- Projecto de documento legal sobre Medicamentos Falsificados e de Baixa Qualidade foi concluído, o protocolo para realizar a avaliação situacional do estado de Medicamentos Falsificados e de Baixa Qualidade na CEDEAO em 2019 foi concluído.

II.3.6. Medicina Tradicional

O objectivo do programa é de promover a integração da Medicina Tradicional nos sistemas de saúde a fim de aumentar a sua contribuição para a realização da Cobertura Sanitária Universal na região. Igualmente, os resultados abaixo foram obtidos a partir da implementação das actividades planeadas durante o ano de 2018:

- Promoção do diálogo entre os praticantes tradicionais e os praticantes da medicina convencional através da organização do 9º Congresso Científico de Medicina Tradicional sob o tema “10 anos de promoção da medicina tradicional no espaço CEDEAO”: Realizações e Desafios;
- Finalização e validação do manual harmonizado sobre a protecção e utilização dos conhecimentos em termos de medicina tradicional no espaço CEDEAO;
- Realização de estudos de toxicidade, microscopia e macroscopia em 30 plantas medicinais para o tratamento de doenças emergentes, identificadas para o volume 2 da Farmacopeia das Plantas Medicinais da CEDEAO.

II.3.7. Saúde materna, neonatal, infantil, do adolescente, do jovem e do idoso;

O objectivo Programa é de promover a saúde da mãe, do recém-nascido, da criança, do adolescente, do jovem e do idoso no espaço CEDEAO. Os seguintes resultados foram obtidos a título do ano de 2018:

- Apoio técnico ao Senegal e à Guiné-Conacri para a organização da campanha sobre a Parceria de Ouagadougou;
- Prestar apoio técnico e financeiro à Guiné-Conacri e à Nigéria para a utilização de RapidSMS no quadro da redução da mortalidade materna;
- Apoio financeiro a sete (7) países (Benim, Burkina Faso, Gana, Guiné-Bissau, Níger, Serra Leoa e Mali) para a compra de produtos contraceptivos e tendo permitido preencher 94% da lacuna existente nestes países;
- Apoio técnico e financeiro às Equipas de Campeões da CONU do Togo e da Guiné-Conacri para replicar a formação da CONU nas regiões dos seus países;
- Despistagem de VIH de 6.335 pessoas, adesão de 800 novas usuárias de Métodos Contraceptivos Modernos (MMC) e 111.000 preservativos distribuídos durante a campanha transfronteiriça de mobilização sobre planeamento familiar e despistagem - Niangoloko (Burkina Faso) - Ouangolodougou (Côte d'Ivoire);
- Apoio financeiro a sete (7) países (Benim, Burkina Faso, Gana, Guiné-Bissau, Níger, Serra Leoa e Mali) para implementar 111 actividades de reforço de capacidades nas áreas da saúde sexual e reprodutiva e do planeamento familiar;

- Reforço das capacidades de trinta (30) responsáveis de compras de produtos contraceptivos dos oito (8) países francófonos da CEDEAO em gestão da cadeia de aprovisionamento;
- Apoio técnico e financeiro para a organização da revisão da Parceria de Ouagadougou (PO) para alcançar 2,2 milhões de usuárias adicionais de métodos contraceptivos modernos até 2020;
- Apoio de 26 membros do Comité de Passagem à Grande Escala (PAGE) do Burkina Faso, Mali e Níger no Fórum das Melhores Práticas da Saúde;
- Formação de 67 actores de diferentes ministérios em Burkina Faso e Mali em IEC-CMC, Género, Direitos Humanos e Saúde Reprodutiva;
- Apoio técnico e financeiro ao Mali para a elaboração e divulgação da estratégia nacional de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens (SSRAJ);
- Apoio financeiro no valor de 1.783.385 Euros ao Mali para a compra de produtos contraceptivos e para financiar catorze (14) actividades destinadas a aumentar a oferta e a procura de produtos contraceptivos;
- Apoio a onze (11) participantes do Mali para a revisão anual dos Programas de Saúde Reprodutiva;
- Apoio financeiro a três consórcios de OSC em Burkina Faso, Mali e Níger para a implementação de um projecto de advocacia política e mobilização social;
- Apoio técnico no Benim para a organização do ateliê sobre atenção integrada às doenças da infância (AIDI);
- Apoio técnico e financeiro ao GTCV do Togo para reforçar o seu funcionamento;
- Apoio técnico ao GTCV do Burkina Faso para a avaliação do seu plano de trabalho anual para 2017 e a elaboração do plano de trabalho para 2018-2019;
- Contribuição para a formação de um grupo regional de peritos para a criação e capacitação dos GTCV;
- Contribuição para a elaboração do documento de formação dos GTCV;
- Apoio financeiro à Guiné-Conacri e Guiné-Bissau para o reforço do PAV de rotina;
- Apoio financeiro em forma de dez (10) bolsas de formação em vacinologia na Universidade Nazi Boni de Bobo-Dioulasso;
- Elaboração de um manual de referência para o ensino da AIDI nas instituições de formação dos profissionais da saúde;
- Apoio técnico e financeiro ao Burkina Faso e Togo para a elaboração de directivas de visitas médicas sistemáticas aos estabelecimentos secundários;

- Apoio financeiro ao Burkina Faso, Níger, Gana, Guiné-Conacri, Guiné-Bissau, Serra Leoa, Gâmbia e Libéria para a implementação de actividades de promoção da SSRAJ;
- Apoio técnico e financeiro para a participação de jovens de 13 países da CEDEAO na terceira edição do Fórum das melhores práticas da saúde da CEDEAO e na 5ª Conferência Internacional sobre o Planeamento Familiar;
- Organização de um ateliê regional de partilha de experiências sobre a formação para a atenção integrada às doenças da infância (AIDI) nas instituições de formação em saúde;
- Avaliação externa do Comité Consultivo da Vacinação no Senegal (CCVS);
- Apoio técnico e financeiro a sete (7) jovens de Senegal, Serra Leoa, Gâmbia, Nigéria, Togo, Côte d'Ivoire e Burkina Faso para participar na Conferência Internacional sobre Planeamento Familiar em Kigali;
- Apoio técnico e financeiro a quinze (15) jovens dos países da CEDEAO para participar no Fórum das Melhores Práticas da Saúde da CEDEAO (FMPS);
- Elaboração de uma análise da situação da saúde dos idosos;
- Elaboração de um projecto de plano estratégico regional para o envelhecimento saudável no espaço CEDEAO, a validar no primeiro trimestre de 2019;
- Apoio técnico ao Níger para a elaboração do seu plano estratégico nacional multisectorial para o envelhecimento saudável.

II.3.8. Infraestruturas e equipamentos de saúde

Este programa visa melhorar a disponibilidade e a qualidade das infraestruturas e dos equipamentos de saúde. Os resultados obtidos em 2018 são:

- A construção de um centro de saúde moderno na Libéria junto da fronteira com a Serra Leoa;
- Apoio financeiro para a formação de quinze técnicos de manutenção de equipamentos biomédicos para o ministério federal da saúde da Nigéria.

II.3.9. Governação do sistema da saúde

O objectivo do Programa é contribuir para a melhoria da governação dos sistemas de saúde. Os seguintes resultados foram obtidos a título do ano de 2018:

- Elaboração e validação por parte da AMS dos eixos estratégicos de intervenções em apoio às reformas hospitalares nos países membros da CEDEAO;

- Realização de uma análise situacional da cartografia sanitária de todos os países membros da CEDEAO com vista à elaboração de uma base de dados cartográfica regional.

II.3.10. Recursos humanos para a saúde

Através deste programa trata-se de facilitar a formação, a utilização e a livre circulação de profissionais da saúde no espaço CEDEAO, para que recursos humanos da saúde de qualidade estejam disponíveis e utilizados no espaço CEDEAO. A implementação das actividades durante o ano de 2018 permitiu obter os seguintes resultados:

- Reforço das capacidades de três (3) quadros de Burkina Faso em gestão hospitalar e cobertura sanitária universal;
- Harmonização e validação das ferramentas e guias de avaliação dos estágios de alunos de enfermagem e parteiras;
- Formação de cinquenta (50) formadores das escolas básicas e supervisores de estágio na utilização de ferramentas harmonizadas (caderneta e guia de estágio, plano de cuidados e partograma) elaborados para alunos de escolas de formação básica (enfermeiros e parteiras) dos países francófonos da CEDEAO;
- Formação de doze (12) farmacêuticos dos Ministérios da Saúde e das ordens dos farmacêuticos em gestão dos produtos farmacêuticos e da logística em situação de catástrofe;
- Elaboração de um plano regional para a formação básica e de especialização no espaço CEDEAO;
- Alinhamento nas diferentes línguas oficiais da CEDEAO e validação dos programas de formação básica harmonizados para as disciplinas das profissões ligadas à saúde no espaço CEDEAO (fisioterapia, optometria, radiografia, tecnologia dental, engenharia biomédica, ciências médicas laboratoriais, saúde mental, próteses e órteses, audiologia e terapia da fala, reabilitação médica, promoção/educação sanitária, medicina veterinária, nutrição e dietética, informática sanitária e logística sanitária);
- Harmonização e validação de currículos harmonizados para a formação especializada nas profissões relacionadas com a saúde no espaço CEDEAO (saúde ambiental, fisioterapia, optometria, radiografia e imagiologia, entomologia médica, física médica, tecnologia odontológica, engenharia biomédica, ciências médicas laboratoriais, saúde mental e psiquiatria, próteses e ortofonia, audiologia e terapia da fala, reabilitação médica, promoção/educação, medicina veterinária, nutrição e dietética, informação sanitária / informática médica e logística sanitária);
- Estabelecimento de três Centros de Excelência para a atribuição do Mestrado em Enfermagem e Obstetrícia (Mestrado em Pedagogia em Ciências da Saúde, pelo

INFAS de Abidjan, Mestrado em Saúde Reprodutiva, pelo INSP em Niamey e Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, pelo INFSS em Bamako. Para o primeiro grupo de 104 bolseiros foram seleccionados em 6 países pelo projecto SWEDD (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Níger, Mauritânia, Chade);

- Formação em colaboração com OMS AFRO de um grupo de consultores sobre o estabelecimento e reforço das capacidades dos GTCV.

II.3.11. Assistência técnica aos Estados membros

Este programa visa contribuir para a melhoria das capacidades de gestão e logística dos Estados membros. As intervenções realizadas permitiram obter os seguintes resultados:

- Assistência técnica ao Benim, Burkina Faso e Cabo Verde para a melhoria da gestão das plataformas nacionais de informação sanitária;
- Assistência técnica ao Ministério da Saúde do Togo para a instalação e a configuração dos servidores informáticos para a gestão de dados do SNIS com o DHIS2;
- Financiamento de dois estudos sobre o aplicativo EQUIST nacional do projecto MEP (Benim, Burkina, Gana, Mali, Nigéria, Senegal) e da utilização de evidências no meio hospitalar no Gana;
- Apoio técnico em PPP prestado ao Burkina Faso, Guiné-Conacri, Níger e Togo para identificar projectos promissores;
- Elaboração de guias de estágio, manuais, ferramentas pedagógicas e fichas de avaliação para clínicas e para a comunidade;
- Apoio técnico e financeiro para a organização da 30ª Assembleia Geral Anual (AGA) e o 60º Simpósio Científico do Colégio Oeste Africano dos Farmacêuticos (WAPCP) em Banjul, Gâmbia;
- Apoio financeiro à “Sociedade Africana de Ginecologistas e Obstetras”(SAGO) para a organização da reunião do seu Conselho Consultivo;
- Apoio financeiro ao Níger, Cabo Verde, Burkina Faso e Gâmbia para a implementação do plano de reforço das capacidades das suas instituições nacionais de coordenação;
- Apoio financeiro para a Nigéria para reforçar as capacidades de detecção da febre de Lassa no contexto da última epidemia;
- Apoio técnico e financeiro à Libéria, Serra Leoa e Côte d'Ivoire para a revisão e elaboração dos planos estratégicos e diferentes políticas de saúde.

II.3.12. Parceria estratégica e harmonização das políticas

Este programa visa o reforço da parceria estratégica e a harmonização das políticas e deve permitir melhorar a coordenação das intervenções e facilitar a implementação de políticas, normas e legislações regionais. Os principais resultados obtidos em 2018 são como se segue:

- Elaboração de um roteiro para a melhoria da regulação do sector privado da saúde.
- Elaboração de um “roteiro” para a operacionalização do Compromisso dos Presidentes dos Parlamentos da CEDEAO, da Mauritânia e do Chade sobre o financiamento adequado da saúde e o dividendo demográfico e as políticas da população e desenvolvimento;
- Criação da Federação das Redes de Campeões em Advocacia para o Financiamento Adequado da Saúde e o Dividendo Demográfico (F-RCAFAS-DD);
- Uma revisão documental sobre as estratégias nacionais de comunicação da mudança de comportamento (CMC) em seis (6) países para uma futura avaliação aprofundada das suas estratégias nacionais de CMC;
- Elaboração de um guia de orientação regional sobre o desenvolvimento de uma estratégia nacional de intervenção comunitária com vista à sua duplicação;
- Conclusão de um projecto de apoio ao reforço da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens (SSRAJ) no valor de 6,6 milhões de euros financiado pelos Países Baixos.

II.3.13. Reforço das capacidades institucionais da OOAS

O objectivo deste programa é de reforçar as capacidades institucionais da OOAS a fim de enfrentar os desafios ligados à insuficiência de recursos humanos e financeiros, ao défice da comunicação institucional, à utilização das tecnologias de informação e de comunicação e finalmente à coordenação das intervenções ao nível regional. A implementação deste programa permitiu obter os seguintes resultados:

- Aquisição e instalação de material e equipamento de escritório;
- Formação do pessoal em várias áreas e especialmente na utilização do *software* SAP-ECOLINK;
- Colocação em linha de um novo sítio web da OOAS;
- Recepção, configuração e instalação de equipamentos informáticos para o pessoal;
- Instalação e configuração de cerca de vinte servidores virtuais;
- Instalação de cabos nos escritórios dos diferentes edifícios para melhor rede informática;

- Finalização do painel de DHIS2 na qualidade de portal web que será integrado no sítio web da OOAS para publicação periódica de alguns dados do entreposto regional de dados;
- Aquisição e instalação de equipamento da rede, armazenamento, salvaguarda de segurança de dados;
- Recrutamento de uma assistência no domínio do trabalho para o desenvolvimento da digitalização da OOAS e no espaço CEDEAO;
- Iniciação de profissionais da OOAS na utilização da plataforma regional de partilha de informações sobre as doenças de potencial epidémico.

III) ESTADO DA EXECUÇÃO FINANCEIRA

O orçamento 2018 da OOAS eleva-se a um montante total de 47 625 562 UC dividido como se segue:

- 702 691 a título dos Órgãos de Governação ou seja 1,49%;
- 5 438 553 UC a título de administração geral ou seja 11,53%;
- 40 625 810 UC a título de programas ou seja 86,13%; e
- 403 508 UC a título de contingência ou seja 0,86%.

Descrição	Orçamento aprovado para 2018 (UC)	% do orçamento
CEDEAO	16 947 344	35.1%
Financiamento externo	30 223 217	64.1%

A mobilização de recursos por fonte é resumida no quadro seguinte:

Descrição	Aprovado para 2018 (UC)	Mobilizado até 31 de Dezembro de 2018 (UC)	Taxa de mobilização
CEDEAO	16 947 344	15 012 332	88.58%
Financiamento externo	30 223 217	16 152 994	53.45%

Com base nos recursos mobilizados, este orçamento foi executado a uma taxa global de 82,1%, incluindo 87,4% para a administração contra 54% em 2017 e 81,77% para os programas contra 73% em 2017.

A tabela seguinte apresenta a síntese do estado de execução do orçamento em 2018.

Descrição	Mobilizado até 31 de	Executado até 31 de	Taxa de
-----------	----------------------	---------------------	---------

	Dezembro de 2018 (UC)	Dezembro de 2018 (UC)	execução
Órgãos de Governação	702 691	435 791	62.02%
Administração	4 296 096	3 754 997	87.40%
Programas	26 150 569	21, 382,862	81.77%

IV) A SITUAÇÃO ADMINISTRATIVA DA OOAS

O ano de 2018 registou a chegada do novo Director Geral e prosseguiu a implementação da reforma institucional da CEDEAO. Assim, o posto do Director Geral Adjunto da OOAS foi suprimido e o quadro orgânico da Instituição foi igualmente revisto. Esta reforma da estrutura da OOAS em cinco (5) Departamentos técnicos e uma Unidade Estratégica colocada junto do Director Geral.

O ano de 2018 viu também a continuação dos trabalhos para garantir mais espaço de trabalho, o reforço das capacidades dos recursos humanos e a gestão administrativa e financeira da OOAS. Sobressaiu o quem se segue:

- Recrutamento de dez (10) quadros permanentes incluindo dois (2) Directores de Departamento, um (1) Profissional Principal, cinco (5) Profissionais e dois (2) quadros de Serviços Gerais. A este pessoal permanente juntam-se oito (8) Consultores para apoio à implementação de projectos;
- Partida para reforma de três (3) membros permanentes do pessoal incluindo um Director de Departamento, um Profissional Principal e um quadro dos Serviços Gerais.
- Demissão de um (1) quadro contractual e dois (2) Consultores.

No decorrer do ano, a OOAS continuou a procurar soluções para a questão de inadequação de espaço de escritório. A construção da extensão do bloco administrativo, planeado para seis meses inicialmente, experienciou alguns atrasos, o que tornou impossível a realização de outros trabalhos de renovação nos edifícios. A construção é estimada como concluída em 95%. Estão esforços em curso para garantir a conclusão e utilização do edifício em 2019.

Prevê-se a conclusão da construção da ampliação do edifício da sede, bem como a renovação do telhado do edifício administrativo, dos anexos e da Sala de Conferências Kabba Joiner em 2019. A criação de um novo parque de estacionamento dentro do complexo da sede para o pessoal, a reconstrução do muro da vedação frontal e o encerramento ou cobertura das calhas da frente da sede são algumas das obras que estão actualmente em curso para renovar o ambiente de trabalho.

A OOAS implementou várias medidas de contenção de custos destinadas a melhorar continuamente a eficácia na utilização de recursos. Entre outras coisas, o transporte rodoviário entre Bobo-Dioulasso e Ouagadougou também foi amplamente terceirizado. No entanto, quando os passageiros são muitos, a OOAS usa o seu miniautocarro para transportar grupos de profissionais ou participantes que viajam nas mesmas de Bobo a Ouagadougou, em vez de alugar vários veículos.

A OOAS racionaliza dias/participantes das missões através do escrutínio das agendas das missões e actividades para que coincidam com os dias em que há disponibilidade de voos evitando assim os longos dias de trânsito e conexão de voos. A participação também está sob escrutínio e restrito ao mínimo possível realmente necessário para a actividade. Para além disso, todas as actividades são limitadas a 3 dias e não mais que 5 dias em circunstâncias excepcionais.

V) DESAFIOS EM 2018

Para além dos desafios relativos à situação sanitária do espaço CEDEAO e como nos anos anteriores, em 2018 a OOAS enfrentou vários desafios, especialmente: A limitação da progressão do orçamento anual da OOAS;

- As dificuldades de comunicação e de transporte na Região;
- A persistência das epidemias (especialmente a da febre de Lassa) e consequentemente a sua gestão;
- O congelamento do recrutamento de pessoal.

Alguns outros desafios importantes que a OOAS enfrenta e deve ultrapassar a curto prazo para assegurar a apropriação e a sustentabilidade regional são: O Protocolo A/P2/7/87 que cria a Organização Oeste Africana da Saúde, assinado pelos Chefes de Estado e de Governo a 9 de Julho de 1987 em Abuja, declarou a necessidade de se basear na partilha de recursos e na cooperação entre os Estados membros para encontrar soluções colectivas e estratégicas para os problemas de saúde na CEDEAO. Um dos recursos a reunir é certamente “recursos humanos” e “instituições nacionais altamente qualificadas”. Por conseguinte a OOAS deve responder dentro do confinamento das regras existentes:

- a) Operacionalizar a participação do pessoal nacional nas intervenções regionais e assim tirar partido as competências existentes da CEDEAO.
- b) Facilitar “instituições nacionais de alta qualidade” para desempenhar papéis regionais.

⇒ A OOAS desempenha entre as Instituições da CEDEAO, um papel importante sobre a mobilização de recursos financeiros. Por exemplo em 2017, a OOAS mobilizou mais de 70% de todos os recursos mobilizados pela CEDEAO. Isto é resultado não apenas da orientação dos mais importantes fundadores a passarem pelas comunidades regionais para apoio financeiro, mas também do trabalho árduo feito pela OOAS na prestação do quadro regional para as intervenções sanitárias na CEDEAO. A OOAS deve garantir:

- ⇒ A coordenação das intervenções a nível nacional e regional especialmente quando se fala de intervenções implementado pelos parceiros a nível nacional sob apoio financeiro; e
- ⇒ Processo de aquisição mais eficaz.

VI) PERSPECTIVAS

A OOAS reitera o seu engajamento em prosseguir o apoio aos Estados Membros na procura de soluções aos problemas de saúde das populações da Região. Nesta perspectiva, para além da implementação do Programa de actividades de 2019, compromete-se num futuro imediato a:

- Proceder à avaliação intercalar do plano estratégico 2016-2020,
- Recrutar o pessoal para os postos vagos;
- Reforçar os contactos com os responsáveis políticos e outros actores da saúde nos Países Membros;
- Acordar uma atenção especial aos Países Membros em dificuldade;
- Reforçar o papel de liderança da OOAS na procura de soluções aos problemas de saúde da Região;
- Reforçar as reforçar de trabalho com os parceiros para uma sinergia da intervenção;
- Engajar as acções de monitorização da implementação das resoluções, decisões e recomendações das diferentes instâncias deliberantes;

Algumas actividades são estratégicas para melhorar a implementação do Plano Estratégico da OOAS devido ao seu efeito catalisador em todas as outras actividades regionais e nacionais. A razão, entre outras, é que tais actividades podem melhorar a necessidade crítica de recursos humanos e/ou facilitar a implementação efectiva de redes e assim garantir a sustentabilidade das intervenções.

O ano de 2019 é fundamental para encontrar resultados concretos sobre:

A implementação de um mecanismo de coordenação sobre a luta contra o paludismo em colaboração comos principais parceiros incluindo a Iniciativa de Eliminação do Paludismo do Sahel, Aliança dos Líderes Africanos contra o Paludismo (ALMA) e *Roll Back Malaria* para mais acções sinérgicas especialmente sobre a gestão do controlo vectorial.

- Garantir o recrutamento do pessoal para o Centro Regional de Vigilância e Controlo das Doenças da CEDEAO.
- Garantir uma ancoragem institucional adequada da Coordenação Nacional para as permitir desempenhar o seu papel.

- Garantir uma comunicação eficaz regular entre as Instituições Nacionais e a Coordenação incluindo teleconferências e produção e divulgação de informações sobre grandes eventos de saúde pública/epidemias.
- Reforçar as capacidades nacionais e regionais dos recursos humanos incluindo apoio aos países para acelerar a formação de epidemiologistas de intervenção.
- Tornar funcional a rede regional de laboratórios, incluindo contratos com os laboratórios regionais e centros de excelência para apoiar o diagnóstico e a investigação das doenças de potencial epidémico na região, contratos com grandes transportadoras para garantir o transporte rápido e seguro de amostras epidemiológicas, incluindo durante períodos de epidemias e a operacionalização da plataforma da rede dos laboratórios de referência.
- Melhorar o acesso aos medicamentos de qualidade.

CONCLUSÃO

Em 2018, o espaço CEDEAO conheceu uma situação sanitária marcada por epidemias recorrentes de meningite, sarampo, cólera, febre-amarela e febre de Lassa em alguns países membros.

No plano operacional, vários resultados de modo a reforçar a procura de soluções aos problemas de saúde foram obtidos. No mesmo ensejo, várias acções visando o reforçar as relações com os Países Membros e os parceiros foram realizadas.

No entanto, a situação sanitária na Região é ainda marcada por epidemias e indicadores de saúde que precisam de ser melhorados.

Com base nestas diferentes constatações e lições aprendidas, a OOAS continuará a implementar acções ainda mais fortes em 2019 para reforçar os resultados alcançados. Estas intervenções focalizar-se-ão nos temas prioritários através de actividades de grande impacto sobre a população do espaço CEDEAO.

A OOAS lança um apelo de apoio aos países membros e aos parceiros para apoiarem o sucesso deste importante projecto.