

**ORGANISATION OUEST AFRICAINE DE LA SANTE
WEST AFRICAN HEALTH ORGANISATION
ORGANIZACAO OESTE AFRICANA DA SAUDE**



RELATÓRIO ANUAL 2016 DA OOAS

Março 2017

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS	3
LISTA DE QUADROS E FIGURAS.....	5
INTRODUÇÃO.....	7
I. A SITUAÇÃO SANITÁRIA DO ESPAÇO CEDEAO EM 2016	7
1.1 As doenças transmissíveis	7
1.1.1 As doenças de potencial epidémico.....	7
1.1.2 As outras doenças transmissíveis	10
1.2 As doenças não transmissíveis.....	13
1.3 A saúde materna, neonatal, infantil, dos adolescentes, dos jovens e dos idosos	14
1.3.1 A saúde materna e neonatal	14
1.3.2 A Saúde materna, infantil, do adolescente, do jovem e do idoso;	15
II. BALANÇO DAS REALIZAÇÕES DO ANO DE 2016.....	19
II.1 O estado de implementação das principais recomendações da 17ª sessão da Assembleia dos Ministros da Saúde da CEDEAO	19
II.2 As actividades de pilotagem.....	20
II.3 Balanço da implementação dos programas em 2016.....	21
II.3.1 Programa Informação Sanitária e Pesquisa	21
II.3.2 Programa de Luta contra as Doenças	22
II.3.3 Programa de Epidemias e urgências sanitárias.....	22
II.3.4 Programa de Medicamentos, vacinas e outros produtos médicos	24
II.3.5 Programa da Medicina Tradicional	24
II.3.6 Programa da Saúde materna, infantil, do adolescente, do jovem e do idoso;.....	25
II.3.7 Programa de Governação do sistema da saúde.....	26
II.3.8 Programa de recursos humanos no sector da saúde.....	26
II.3.9 Programa de Assistência Técnica aos Estados membros	26
II.3.10 Programa de parceria estratégica e harmonização das políticas	27
II.3.11 Programa do Reforço institucional da OOAS	27
III. ESTADO DA EXECUÇÃO FINANCEIRA.....	28
IV. DESAFIOS EM 2016.....	29
CONCLUSÃO.....	29

LISTA DE ABREVIATURAS

AFC:	Administration and Finance Committee
AFD:	Agência Francesa do Desenvolvimento
AMP:	Agência da Medicina Preventiva
AMS:	Assembleia dos Ministros da Saúde
ARV:	Antiretrovirais
ASC:	Agente da Saúde Comunitário
BAD :	Banco Africano do Desenvolvimento
CAMEG:	Central de Compra de Medicamentos Essenciais e Genéricos
CAPS:	Capacity Strengthening
CDC:	Centre of Diseases Control
CDC-US:	Centre of Diseases Control dos Estados Unidos
CEDEAO:	Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental
CNCV/GTCV:	Comité Nacional Consultivo sobre a Vacinação
CORDS:	Connecting Organisations for Regional Disease Surveillance
CPN:	Consulta Pré-natal
CPR:	Comité de Pilotagem Regional
CPS:	Quimioprevenção do Paludismo Sazonal
CRDI:	Centro Regional de Desenvolvimento Internacional
CREFDES:	Centro de Pesquisa e Formação para o Desenvolvimento Económico e Social
CRVCD:	Centro Regional de Vigilância e Controlo das Doenças
CVE:	Centro de Vigilância Epidemiológica
DPRIS:	Departamento de Planeamento, Pesquisa e Informação Sanitária
E-CDC:	European Centre of Diseases Control
ECOWAS	Economic Community of West African States
ERIR:	Equipa Regional de Intervenção Rápida
FED:	Fundo Europeu do Desenvolvimento
FICV:	Federação Internacional da Cruz Vermelha
FM:	Fundo Mundial
FRC:	Fundo de Reforço das Capacidades
IC:	Intervenções Comunitárias
GTRT:	Grupo Técnico Regional de Trabalho
INC:	Instituição Nacional de Coordenação
IOARC-RSS:	Iniciativa Oeste Africana para a Pesquisa sobre os Sistemas da Saúde
IPSAS:	International Public Sector Accounting Standards
ISO:	Organização Internacional da Normalização
IT:	Informatic technology
KfW:	Cooperação Financeira Alemã
LMG:	Leadership Management and Governance
LNCQM:	Laboratório Nacional de Controlo da Qualidade dos Medicamentos
MEP:	Moving Evidence into Policy
MoU:	Memorandum of Understanding
MTN:	Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN)
ODS:	Objectivos do Desenvolvimento Sustentável
ODM:	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
OMS:	Organização Mundial da Saúde
ONUDI:	Organização das Nações Unidas para o Desenvolvimento Industrial
ONUSIDA:	Organização das Nações Unidas para a Luta contra SIDA
OOAS	Organização Oeste Africana da Saúde
P/DTN:	Paludismo/Doenças Tropicais Negligenciadas
PATO:	Plano Anual de Trabalho Orçamentado
PCD:	Programa Comunitário de Desenvolvimento

PCIME:	Atenção Integrada às Doenças da Infância
PAV:	Programa Alargado de Vacinação
PF:	Planeamento Familiar
PPP:	Parceria Público-Privada
PRSR:	Programa Regional Saúde Reprodutiva
PTF:	Parceiro Técnico e Financeiro
RAD:	Regional Action through Data
RCPFAS:	Redes de Campeões para o Financiamento Adequado da Saúde
RCPFAS/DD:	Redes de Campeões para o Financiamento Adequado da Saúde e o Dividendo Demográfico
REDISSE:	Regional Disease Surveillance Systems Enhancement
ROARES:	Rede para a Excelência do Ensino Superior em África Ocidental
SAGO:	Sociedade Africana de Ginecologia Obstétrica
SAJ:	Saúde dos Adolescentes e Jovens
SERSAP:	Sociedade de Estudos e de Pesquisa em Saúde Pública
SIDA:	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SMNI:	Saúde Materna, Neonatal e Infantil
SIMR:	Vigilância Integrada da Doença e Resposta (VIDR)
SNIS:	Sistema Nacional de Informação Sanitária
SONU:	Cuidados Obstétricos e Neonatais de Urgência (CONU)
SR/PF:	Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar
SWEDD:	Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend
TB:	Tuberculose
TB MDR:	Tuberculose Multi-Resistente
UA:	União Africana
UCPO:	Unidade de Coordenação da Parceria de Ouagadougou
UEMOA:	União Económica e Monetária da África Ocidental
UGP:	Unidade de Gestão de Projectos
UiG:	Universidade do Gana
UiO:	Universidade de Ouagadougou
UNFPA:	Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP)
USAID:	Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional
USD:	United States Dollar/Dólar Americano
VIH:	Vírus da Imunodeficiência Humana
VSAT:	Very Small Aperture Terminal
WADPI:	Iniciativa de Preparação para as Catástrofes em África Ocidental
WAHIT:	West African Health Informatic Team
WARDS:	West Africa Régional Diseases Surveillance Project

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Lista de quadros

- Quadro 1: casos e óbitos (suspeitos e ou conformados) das principais DPE notificadas pelos países da CEDEAO em 2016 **Error! Bookmark not defined.**
- Quadro 2: Número de crianças alvos de campanhas de quimio-prevenção do paludismo sazonal por país da CEDEAO em 2016 11
- Quadro 3: Incidência da Tuberculose nos três países mais afectados no espaço **Error! Bookmark not defined.**
- Quadro 4 : lista das doenças tropicais negligenciadas na região..... **Error! Bookmark not defined.**
- Quadro 5: Estado de implementação das recomendações da 17ª AMS .. **Error! Bookmark not defined.**

Lista de figuras

- Figura 1: Evolução anual dos casos suspeitos/confirmados de Cólera entre 2011 e 2016 **Error! Bookmark not defined.**
- Figura 2: Evolução de casos de sarampo ao longo do período de 2011-2016 **Error! Bookmark not defined.**

INTRODUÇÃO

No âmbito da harmonização da contribuição das diferentes Instituições e Agências para a realização da visão da CEDEAO dos povos até 2020, a Comunidade acaba de elaborar um Quadro Estratégico 2016-2020. As acções da saúde estão inscritas no Programa de Desenvolvimento Social da Comunidade. é assim que a OOAS, a Instituição Especializada da Comunidade em matéria da saúde, elaborou o seu Plano Estratégico 2016-2020 para contribuir para a realização deste ideal comunitário. O referido Plano compreende três (3) eixos estratégicos e treze (13) programas prioritários.

A título do ano de 2016, um plano de acção foi elaborado em torno de onze (11) programas prioritários e um envelope global de 24.320.043 UC foi aprovado pela Comunidade para a implementação desse plano de acção.

O presente relatório anual pretende ser uma restituição das principais realizações e dos resultados obtidos na implementação deste plano de acção de 2016. Articula-se em torno dos seguintes pontos:

- A situação sanitária do espaço CEDEAO;
- O estado de implementação das principais recomendações da 17ª sessão da Assembleia dos Ministros da Saúde da CEDEAO;
- As actividades de pilotagem;
- Os resultados da implementação dos programas;
- O estado da execução financeira;
- Os desafios.

I. A SITUAÇÃO SANITÁRIA DO ESPAÇO CEDEAO EM 2016

Este capítulo visa resumir os elementos característicos da morbilidade, da mortalidade e dos factores de risco que marcaram a região da CEDEAO em 2016. Focaliza-se sobre as doenças transmissíveis e não transmissíveis. Por outras palavras, descreve também a situação da saúde materna, neonatal, infantil, dos adolescentes, dos jovens e dos idosos.

1.1 As doenças transmissíveis

Esta secção articula-se em torno da situação das doenças de potencial epidémico e das outras doenças transmissíveis.

1.1.1 As doenças de potencial epidémico

O ano de 2016 registou a aparição das seguintes doenças de potencial epidémico: a cólera, a meningite, o sarampo, o tétano neonatal, a doença pelo vírus Ébola, a doença pelo vírus Zika, a febre de Lassa, a febre do Vale de Rift, a dengue e o ressurgimento de casos de polio vírus selvagem. A situação geral das doenças de potencial epidémico registadas em 2016 apresenta-se no quadro abaixo:

Quadro 1: casos e óbitos (suspeitos e ou confirmados) das principais DPE notificadas por país da CEDEAO em 2016

País	Cólera		Meningite		Sarampo		Febre-amarela		Febre de Lassa		Tétano Neonatal	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
Benim	874	13	1048	137	287	0	147	1	101	38	7	2
Burkina Faso	0	0	2630	254	388	2	777	11	0	0	1	1
Cabo Verde	0	0	34	0	34	0	0	0	0	0	0	0
Côte d'Ivoire	16	1	338	42	1188	0	897	12	0	0	17	5
Gâmbia	0	0	28	3	23	0	4	0	0	0	0	0

País	Cólera		Meningite		Sarampo		Febre-amarela		Febre de Lassa		Tétano Neonatal	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
Gana	720	0	2629	211	1032	1	863	1	0	0	6	4
Guiné-Conacri	0	0	124	11	957	2	223	0	0	0	114	40
Guiné-Bissau	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Libéria	153	2	26	1	1097	7	55	3	67	29	23	9
Mali	0	0	673	16	482	1	260	5	0	0	11	4
Níger	38	6	1973	147	2534	11	32	1	0	0	6	3
Nigéria	727	32	822	33	24836	102	140	9	886	110	20	1
Senegal	0	0	261	8	1112	0	329	2	0	0	13	4
Serra Leoa	1	0	68	10	8133	31	51	1	79	25	36	13
Togo	0	0	1854	118	616	0	151	1	0	0	11	3
Total CEDEAO	2529	54	12508	991	42720	157	3929	47	1133	202	265	89

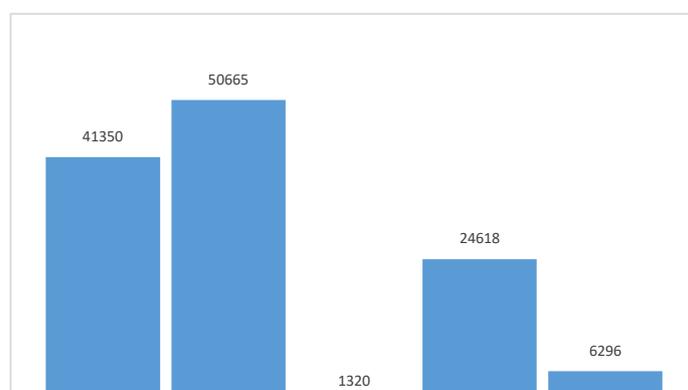
Fontes: Serviços de VIDR dos países

Sob reserva de problemas de notificação de dados pelos países, destaca-se que a Guiné-Bissau é o país menos afectado com apenas um caso de sarampo notificado ao longo do ano de 2016. Por doença, a situação apresenta-se como se segue:

A Cólera

Cinco (5) países (Benim, Côte d'Ivoire, Gana, Libéria e Nigéria) foram confrontados com a cólera em 2016. O Benim e o Gana foram os mais afectados totalizando cerca de 85% do número total de casos notificados na região. A cólera evoluiu de forma oscilante na região no período de 2011-2016 (ver figura 1). No entanto encontra-se em decréscimo em 2016 comparativamente a 2015. Efectivamente, um total de 2 529 casos (suspeitos e ou confirmados) com 54 óbitos foi notificado em comparação a 6 296 casos com 205 óbitos em 2015.

Figura 1: Evolução anual dos casos suspeitos/confirmados de Cólera entre 2011 e 2016



A Meningite

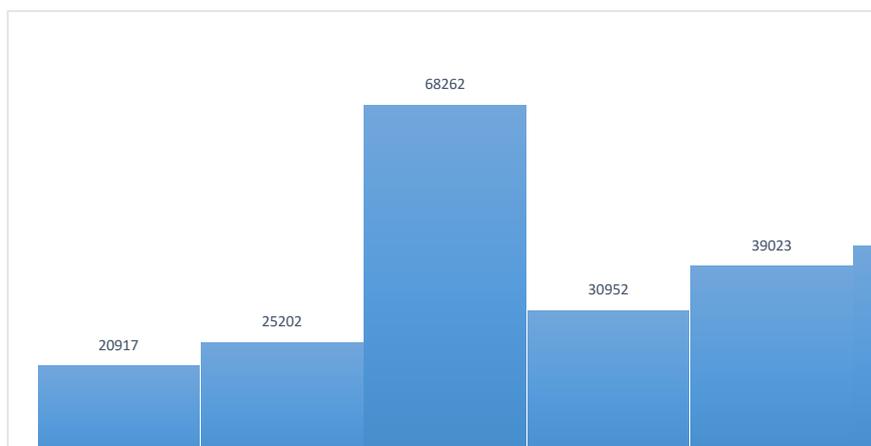
Em 2016, catorze (14) países da Comunidade registaram casos de meningite. No entanto, Burkina Faso, Gana, Níger e Togo foram os mais afectados. A tendência no entanto é decrescente. Efectivamente, um total de 12 508 casos (suspeitos e ou confirmados) com 991 óbitos foi notificado em 2016 em comparação a 16 901 casos e 1 171 óbitos em 2015.

O Sarampo

Tal como a meningite, em 2016, o sarampo afectou catorze (14) países da CEDEAO; apenas Cabo Verde não registou nenhum caso. Em contrapartida, a Serra Leoa foi o país mais

afectado com 37% do número total de casos notificados. No total 42 720 casos (suspeitos e ou confirmados) e 157 óbitos foram notificados na região. Como ilustra o gráfico abaixo, os casos de sarampo estão em constante aumento no espaço CEDEAO desde 2011.

Figura 2: Evolução de casos de sarampo ao longo do período de 2011-2016



A Febre-amarela

Em 2016, treze (13) países da Comunidade foram afetados pela febre-amarela. Apenas Cabo Verde e a Guiné-Bissau não notificaram casos. A região registou no total 3 929 casos (suspeitos e ou confirmados) incluindo 47 óbitos em comparação a 3 172 com 87 óbitos em 2015. Esta situação denota um aumento do número de casos da febre-amarela entre 2015 e 2016.

A Febre de Lassa

Desde 2010, a doença da febre de Lassa se vive exclusivamente nos três (3) países (Libéria, Nigéria e Serra Leoa). Em 2016, propagou-se para o Benim. Assim, quatro (4) países foram confrontados com a doença. Por outro lado, o número de casos aumentou entre 2015 e 2016. Efectivamente, um total de 1133 casos com 202 óbitos foi notificado em 2016 em comparação a 380 casos com 12 óbitos em 2015.

O Tétano Neonatal

Em 2016, doze (12) países da Comunidade notificaram casos de tétano neonatal, enquanto o tétano neonatal é uma das doenças alvo da eliminação desde há alguns anos. Apenas o Cabo Verde, Gâmbia e Guiné-Bissau não notificaram casos. Um total de 265 casos foi registado com 89 óbitos. A Guiné-Conacri foi o país mais afetado com 43% do número total de casos e 45% dos óbitos.

A Doença pelo Vírus Ébola

O ano de 2016 viu o fim da epidemia da doença pelo vírus Ébola no espaço CEDEAO. Não obstante, casos esporádicos foram registados ao longo do 1º trimestre do ano nos três países mais afetados (Libéria, Serra Leoa e Guiné-Conacri). Assim, doze (12) novos casos foram confirmados nos três (3) países com sete (7) óbitos. Os casos e os óbitos dividem-se como se segue: sete (7) novos casos dos quais cinco (5) óbitos na Guiné-Conacri, três (3) dos quais um (1) óbito na Libéria e dois (2) casos dos quais um (1) óbito na Serra Leoa.

A Doença pelo Vírus Zika

A doença pelo vírus Zika surgiu em 2015 no espaço CEDEAO em Cabo Verde que continua a ser o único país mais afectado pela doença. No total 7 583 suspeitos e ou confirmados foram notificados na região incluindo três (3) na Guiné-Bissau e os restantes em Cabo Verde.

A Febre do Vale do Rift

O ano de 2016 também foi marcado pela aparição da febre do Vale de Rift na região especialmente no Níger onde foi registado um total de 397 casos com 34 óbitos.

A dengue

A epidemia da dengue de 2016 é a segunda experienciada no espaço CEDEAO, após a aparição da primeira em Cabo Verde em 2009. Efectivamente, o Burkina Faso foi afectado pela doença com 2 221 casos suspeitos e ou confirmados com 8 óbitos.

A poliomielite

Embora nenhum caso de polio-vírus selvagem tivesse sido registado em 2015 no espaço CEDEAO, o ano de 2016 viu a reaparição da doença com quatro (4) casos confirmados na Nigéria devido ao polio-vírus selvagem do tipo 1.

No final desta revisão das doenças de potencial epidémico, observa-se claramente que a região continua a enfrentar a recorrência de epidemias. Algumas apareceram e ou reapareceram enquanto outras recorrem a cada ano. Esta situação denota a necessidade de intensificar os esforços de luta contra as epidemias.

1.1.2 As outras doenças transmissíveis

Neste capítulo coloca-se a ênfase sobre a situação do paludismo, da tuberculose, do VIH/Sida e das doenças tropicais negligenciadas.

O paludismo

O paludismo continua a ser o principal problema de saúde pública no nosso espaço comunitário. Cinco (5) países do espaço CEDEAO nomeadamente Burkina Faso (6% dos casos), Côte d'Ivoire (7% dos casos), Gana (6% dos casos), Níger (5% dos casos) e Nigéria (55% dos casos) continuam a ser os países com elevada endemia do paludismo.

As estimativas mostram que a incidência de casos diminuiu em 15% entre 2010 e 2015, com uma taxa de mortalidade reduzida em 29% no mesmo período.

A taxa de óbito devido ao paludismo continua a diminuir e diminuiu em mais de 62% comparado ao ano de 2000 com uma diminuição significativa de 69% junto das crianças menores de 5 anos. Assim, de acordo com o relatório da revisão anual dos programas de luta contra o paludismo da CEDEAO, organizada pela OOAS em 2016, destacou-se que um número crescente de crianças oeste africana é alvos de campanhas de quimioprevenção do paludismo sazonal. Em 2014, o número de crianças alvo em todos os países elegíveis foi de 3.284.561 crianças. Este número passou de 6.963.223 em 2015 (ver quadro abaixo) unicamente para os países elegíveis do espaço CEDEAO: Burkina Faso, Gâmbia, Gana, Guiné-Conacri, Mali, Níger, Nigéria e Senegal.

Quadro 2: Número de crianças alvo de campanhas de quimioprevenção do paludismo sazonal por países da CEDEAO em 2016

País	Crianças alvo	Cobertura 1ª passagem	Cobertura 2ª passagem	Cobertura 3ª passagem	Cobertura 4ª passagem
Burkina Faso	900,844	912,026	798,753	815,179	914,273
Gâmbia	90,925	71,091	84,298	73,489	76,922
Gana	122,684	111,593	113,382	118,053	118,208
Guiné-Conacri	210,107	174,448	211,997	208,238	210,448
Mali ¹	2,844,491	-	-	-	-
Níger	823,031	1,059,557	1,284,633	1,271,068	1,343,833
Nigéria ²	923,036	-	-	-	-
Senegal*	623,859	43,870 ³	614,061	608,403	620,877
TOTAL	6.538.977	2.328.715	3.107.124	3.094.430	3.284.561

A tuberculose (TB)

Permanece igualmente um problema de saúde pública no espaço CEDEAO. A Nigéria, a Libéria, a Serra Leoa têm uma maior prevalência da TB com pacientes mais móveis necessitando de colaboração transfronteiriça na implementação do tratamento. Na região, a prevalência da tuberculose multi-resistente (TB MDR) sobretudo resistente ao rifampicina (TB RR) é relativamente fraca comparada às outras regiões africanas.

O problema de notificação de casos e a crise da detecção e do tratamento da tuberculose multi-resistente representa um desafio para a região.

Quadro 3: Incidência da TB nos três países mais afectados no espaço

	Nigéria	Libéria	Serra Leoa
Incidência estimada (Incluindo HIV+TB (x 1000))	100 (56-155)	14 (9–20)	20 (13–28)
Incidência estimada MDR/RR TB (x 1000)	29(15-43)	0.43 (0–0.99)	0.7 (0–1.5)
Número de casos de TB notificado	90 584	5 849	12 103
Financiamento da TB (US \$ milhões)	257 (incluindo 12% doméstico)	1.3 (0% doméstico)	10 (0% doméstico)

VIH/SIDA

Desde 2010, a prevalência do VIH/SIDA no espaço CEDEAO estabilizou-se na população geral. Apesar desta tendência para a estabilização, existem focos de concentração de grandes prevalências no seio de algumas populações chaves mais expostas aos riscos de infecção,

¹ Informação sobre o número de crianças cobertas por ciclo não está disponível. O número total que foi fornecido para as crianças cobertas durante a campanha é de 901.489 na faixa etária dos 3-59 meses

² Informação sobre o número de crianças cobertas por ciclo não está disponível. O número total que foi fornecido para as crianças cobertas durante a campanha é de 901.489 na faixa etária dos 3-59 meses

³ O número de crianças cobertas em Kedougou pela primeira passagem em relação a um alvo de 48460 crianças com idades compreendidas entre 3 a 12 meses

especialmente os Trabalhadores do Sexo (TS) e os homens que mantêm relações sexuais com outros homens (HSH).

Em 2016, o número de pessoas vivendo com o VIH/SIDA (PVVIH) no espaço CEDEAO era de cerca de 5 000 000. A prevalência média na população geral com a idade compreendida entre os 15 aos 49 anos era de 1.53% com variações de acordo com os países, respectivamente <1% em Burkina Faso, Cabo Verde, Níger e Senegal,> e <2% em Benim, Gâmbia, Gana, Guiné-Conacri, Libéria, Mali e Serra Leoa e> 2% em Côte d'Ivoire, Guiné-Bissau e Togo. As mulheres representavam 58% dos adultos e 50% de todas as PVVIH.

No entanto, junto dos Trabalhadores do Sexo e dos HSH as prevalências encontradas nos diferentes estudos realizados são sempre superiores a 15%. Foram feitos esforços para melhorar o acesso a essas populações com teste de despistagem da infecção VIH (< 5% em 2013 e variando entre 22.2 e 74% de acordo com os países em 2015).

O conhecimento do estado serológico das pessoas vivendo com o VIH para os últimos varia de 24% para 81% de acordo com os países. O objectivo estabelecido é de chegar a 90% das pessoas vivendo com o VIH que conhecem o seu estado.

Apesar da melhoria registada na prevenção da transmissão de mãe para filho, a cobertura variando de 28% a 95% continua muito aquém do desejável de um programa que visa a eliminação desse modo de transmissão do VIH. Para além disso, o acesso dos recém-nascidos de mães seropositivas ao diagnóstico precoce da infecção por VIH ainda continua muito baixo variando de <1% para 51% o que demonstra os problemas de qualidade na prestação de cuidados (continuidade dos cuidados e integração das prestações de serviços).

A cobertura do tratamento por ARV varia de 24% para 55% de acordo com os países e a taxa de adesão ao tratamento não é superior a 75%. A taxa de pessoas vivendo com o VIH sob tratamento ARV e que têm uma carga viral indetectável é em geral inferior a 60%.

A tuberculose permanece a principal infecção oportunista e é a causa de morte em 30% dos casos em média.

As Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN)

As DTN representam um fardo significativo nos países da CEDEAO; um esforço que merece ser apoiado é feito. O quadro abaixo focaliza sobre a lista das doenças tropicais negligenciadas na região.

Quadro 4: lista das doenças tropicais negligenciadas na região

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 1) Tracoma cegante | 7) Leishmanioses |
| 2) Úlcera de Buruli (infecção de Mycobacterium ulcerans) | 8) Lepra |
| 3) Cisticercos | 9) Filariose linfática |
| 4) Dracunculose (ver verme da Guiné) | 10) Oncocercose (cegueira dos rios) |
| 5) Equinococose humano (hidatidose) | 11) Raiva |
| 6) Tripanossomíase humana africana (doença do sono) | 12) Esquistossomose (bilharziose) |
| | 13) Geohelmintíases |
| | 14) Boubas (Treponematoses endémicas) |

A doença do verme da Guiné (dracunculose), a Úlcera de Buruli (UB) e a Tripanossomíase Humana Africana (THA) afectam unicamente ou principalmente o continente africano. A dracunculose é a principal parasitose humana próxima à erradicação. Nigéria, antigamente um país de alta endemicidade foi declarada livre de transmissão do verme da Guiné em 2013. Por

outro lado, o Mali, após a instabilidade política, viu o número de casos aumentar em relação a 2012 (7% de aumento ou seja 11 casos notificados em 2013).

1.2 As doenças não transmissíveis

De acordo com o estudo do *Global Burden of Disease* (Fardo Global da Doença), a proporção de mortes devido às Doenças Não Transmissíveis (DNT) em África Ocidental (incluindo alguns países não pertencentes à CEDEAO) aumentou de 43,2% para 49,8% entre 1990 e 2015. Em contraste, as mortes devido às doenças transmissíveis, maternas, neonatais e nutricionais diminuíram de 50,8% para 44,0% no mesmo período. Assim, houve mais mortes devido às DNT do que mortes por outras causas na região.

Em termos absolutos, o número total de mortes devido às DNT aumentou de cerca de 600.000 em 1990 para cerca de 940.000 mortes em 2015. Apesar do aumento em termos absolutos e relativos, a taxa de óbito por 100.000 habitantes devido às DNT diminuiu em 34% no mesmo período.

Os países são afectados em proporções variadas. De acordo com a OMS, na maioria dos países, pelo menos 60% das mortes por DNT nos homens e mulheres ocorrem antes dos 70 anos (de: 35% em Cabo Verde para 80% em Serra Leoa). A probabilidade de morrer entre as idades de 30 e 70 anos das 4 principais DNT (doenças cardiovasculares, diabetes, cancro, doenças respiratórias crónicas) varia de 15% em Cabo Verde para 28% em Serra Leoa. Em Cabo Verde cerca de 72% dos óbitos são devido às DNT comparado a 44% na Nigéria. No entanto, a sobrevivência das DNT é muito melhor em Cabo Verde do que nos outros países.

A hipertensão continua a ser uma das DNT mais prevalentes no espaço CEDEAO. A recente revisão sistemática entre trabalhadores em África Ocidental constatou que a prevalência da hipertensão variava de 12% entre os trabalhadores de garagens automobilísticas para 68,9% entre chefes tradicionais. Os principais factores que prevêm a hipertensão entre os referidos trabalhadores era serem do sexo masculino, pertencerem a uma faixa etária mais velha, estatuto económico mais elevado, ser obeso, consumo de álcool, elevado plasma glicose e elevada excreção de sódio (o que denota elevado consumo de sal).

Outra revisão sistemática recente e meta-análise estimou que a prevalência da hipertensão entre as pessoas na faixa etária dos 20 anos na Nigéria era de 28% em 2010 mas prevê-se um aumento para 30,8% em 2030. Em termos absolutos, o número de adultos com hipertensão está previsto aumentar de 20,8 milhões para 39,1 milhões durante esse período.

A maioria das pessoas com hipertensão ou diabetes não estão cientes de ter essas doenças. Para além do baixo conhecimento, as pessoas não verificam regularmente as suas pressões arteriais. Num estudo por exemplo, executivos seniores na Nigéria não haviam feito *check-up* médico por uma média de 3 anos.

Dos estudos STEPS da OMS, a prevalência da diabetes em adultos na região é 7% - 11%, com a prevalência mais baixa no Níger e na Guiné-Conacri e a mais elevada na Gâmbia e em Cabo Verde. No entanto, a prevalência de 9% entre os trabalhadores em Acra e 17% entre os trabalhadores em Dacar foram notificadas.

A OMS estima que 182.000 novos casos de cancro excluindo o cancro da pele não melanoma ocorre a cada ano em África Ocidental. A taxa de incidência do cancro padronizada por idade é de 95 por 100.000 habitantes. Os cancros mais comuns na região são da mama, do colo do

útero, da próstata, do fígado, cancro colo rectal e linfomas. Cerca de 132.000 óbitos devido ao cancro ocorrem na região a cada ano.

Em 2016, a OOAS elaborou um plano estratégico regional para as DNT. O referido plano foi validado pelos Estados membros em Maio de 2016. Os quatro pilares principais do plano são a promoção do conhecimento das DNT e os seus factores de risco; a promoção da vigilância das DNT e os seus factores de risco; o apoio ao desenvolvimento de capacidades de resposta às DNT; e a promoção da governação e liderança na luta contra as DNT.

1.3 A saúde materna, neonatal, infantil, dos adolescentes, dos jovens e dos idosos

1.3.1 A saúde materna e neonatal

Em 2016, na Comunidade, foram notificadas 4.823 mortes maternas no ambiente dos cuidados por catorze (14) países. Apenas Cabo Verde não notificou casos de mortes maternas. Em quase todos os países, a 1ª consulta pré-natal (CPN1) varia entre 80 e 100%. Mas a 4ª consulta permanece fraca, compreendida entre 29 e 80% e os partos assistidos são cerca de 60%.

As mortes neonatais

A saúde materna e neonatal em África Ocidental não beneficiam até ao presente de um mecanismo de coordenação que é altamente necessário. Se bem que as mães e os recém-nascidos sejam um par inseparável, com complicações maternas pré-intra-per-pós-parto com graves consequências para os recém-nascidos, a saúde dos recém-nascidos é negligenciada há muito tempo.

Em finais de 2016, uma atenção especial e coordenada a nível da região foi acordada através de um ateliê regional organizado pelas organizações parceiras apoiando a saúde dos recém-nascidos a fim de acelerar a implementação dos planos de acção "Cada Recém-nascido, ENAP nacionais" tendo por objectivo melhorar a coordenação e harmonização dos esforços para a melhoria da Saúde Neonatal: são entre outros (UNICEF, OMS, Jhpiego, OOAS), isso na esperança de criar um grupo de trabalho regional especial.

A disponibilidade de infra-estruturas em CONU:

As normas das Nações Unidas preconizam a disponibilidade de pelo menos cinco (5) formações sanitárias de CONU para 500 000 habitantes incluindo pelo menos uma formação sanitária de CONUC para quatro (4) formações sanitárias de CONUB. Estas indicações são geralmente medidas durante os inquéritos de CONU. Apenas onze (11) países puderam fornecer dados para o período de 2010 a 2012 sobre este indicador.

De acordo com esses dados, as situações são muito variadas entre os países. Mas no conjunto, os países estão mais longes da norma supra mencionada. Três países (Côte d'Ivoire, Guiné-Conacri e Burkina) têm menos de uma formação sanitária CONU (CONUC + CONUB) por 500 000 habitantes. Apenas Cabo Verde (22 formações sanitárias CONU/500 000 habitantes) e Libéria (5,6 formações CONU/500 000 habitantes) apresentam resultados satisfatórios.

O Planeamento Familiar

A disponibilidade de produtos contraceptivos a nível nacional é considerada boa ou muito boa em pelo menos onze (11) dos quinze (15) países do espaço CEDEAO. Esta situação explica-se especialmente por um grande envolvimento do Estado e dos parceiros na aquisição desses produtos mas também graças à existência de mecanismos de coordenação e de monitorização altamente reactivos em alguns países.

A nível de distritos sanitários, a disponibilidade de produtos contraceptivos é considerada mediamente satisfatória porque é boa ou muito boa em sete (7) países e média em outros quatro (4). Esta disponibilidade é considerada medíocre em Côte d'Ivoire e média no Gana, na Guiné-Conacri e no Togo. Isso explica-se pelas constantes rupturas a nível nacional (Côte d'Ivoire), a fraca funcionalidade da logística integrada (Guiné-Conacri) e a ausência de armazéns a nível de alguns distritos (Togo).

A nível comunitário, as tendências são semelhantes às do nível do distrito sanitário. Seis (6) países estimaram ter uma boa disponibilidade de produtos contraceptivos a esse nível. Esta situação é considerada medíocre em Côte d'Ivoire e média no Gana, na Guiné-Conacri, no Senegal e no Togo.

1.3.2 A Saúde materna, infantil, do adolescente, do jovem e do idoso;

1.3.2.1 A situação da saúde infantil

De acordo com as estatísticas sanitárias mundiais 2016 da OMS, cerca de 5,9 milhões de crianças menores de 5 anos morreram em 2015 no mundo, com uma taxa de mortalidade média global de 42,5 óbitos por cada 1000 nados vivos. Pelo menos 45% desses óbitos foram recém-nascidos com uma taxa de mortalidade neonatal de 19 óbitos para cada 1000 nados vivos.

É a África Subsaariana que regista as taxas de mortalidade infanto-juvenis mais elevadas no mundo e onde 1 criança em cada 12 morre antes do seu quinto aniversário.

Os países do espaço CEDEAO apresentam taxas de mortalidade infanto-juvenil variando de 24,5 óbitos por cada 1000 nados vivos em Cabo Verde para 120,4 óbitos por cada 1000 nados vivos em Serra Leoa. Não obstante estes números alarmantes, convém no entanto assinalar e reconhecer que foram feitos progressos significativos pelos países do espaço CEDEAO no sentido da realização do ODM 4. Efectivamente, a Libéria e o Níger atingiram a meta de 67% de redução da taxa de mortalidade dos menores de 5 anos (TMM5) entre 1990 e 2015; o Cabo Verde e o Senegal estiveram lá perto. Outros países como o Gana, a Nigéria, o Mali, a Serra Leoa, o Burkina Faso e o Benim não puderam atingir esta meta, mas fizeram progressos consideráveis tendo reduzido a TMM5 em 50% e mais, mesmo se alguns desses países apresentam até então TMM5 muito elevadas.

As principais causas de mortalidade neonatal em 2015 foram a prematuridade, as complicações ligadas ao nascimento (asfixia neonatal) e a septicemia neonatal enquanto as principais causas de morte da criança no período pós neonatal foram a pneumonia (infecção respiratória aguda/IRA baixa), a diarreia, as lesões e o paludismo. Nas crianças de mais de dois anos, a essas causas, junta-se a malnutrição que é a base dessas "principais doenças mortais" na metade dos casos. Esta situação explica-se pela fraca cobertura das intervenções prioritárias reconhecidas de grande impacto sobre a saúde sobre a saúde infantil tais como o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses (39% apenas), a terceira dose da vacina DTCP (87%), a administração de duas doses da vitamina A (88%), proporção de crianças menores de 5 anos que dorme debaixo de mosquiteiro impregnado de insecticida (38%), a procura de tratamento para a pneumonia (54%), o tratamento anti-palúdico de primeira linha (34%), o tratamento da diarreia com os sais de reidratação oral (39%). O mesmo acontece com a estratégia da Atenção Integrada às Doenças da Infância (PCIME), uma estratégia de eficácia reconhecida para a redução da mortalidade infanto-juvenil. Efectivamente, a proporção de distritos sanitários com pelo menos 60% de agentes de saúde formados em PCIME varia de 0% no Mali e no Togo para 73% no Benim, ou seja uma média de 36% (em oposição a uma meta desejada de pelo menos 80%) de acordo com um estudo feito pela OOAS e a OMS através de um questionário enviado aos 15 países da CEDEAO em que 11 responderam no quadro da revisão anual dos programas nacionais de saúde materna e infantil de 2012. De

acordo com o mesmo estudo, a proporção de distritos sanitários implementando a PCIME clínica varia de 12% em Côte d'Ivoire para 100% em Burkina, Gana, Guiné-Conacri, Guiné-Bissau e Níger.

Assim, na região africana da OMS incluindo nos países da CEDEAO, devem ser consentidos esforços ainda mais significativos pelos países e os seus parceiros de desenvolvimento para passar de 3,9% para 70% a taxa anual de redução da mortalidade infanto-juvenil através da intensificação dessas estratégias e intervenções de grande impacto, a fim de esperar realizar o objectivo de 25 óbitos por cada 1000 nados vivos estabelecido pelos ODS para 2030.

Cobertura da vacina na região

A cobertura da vacina em si encontra-se estagnada de uma forma geral, tendo experimentado um declínio nos últimos dez anos. Apenas cinco países do espaço CEDEAO (Burkina Faso, Cabo Verde, Gâmbia, Gana e Senegal) alcançaram o objectivo da cobertura da vacina de pelo menos 90% atribuído pelo Plano de Acção Mundial para as Vacinas e a Vacinação (PAMV) 2011-2020. Ao mesmo tempo a qualidade dos dados, o financiamento de fundos endógenos da vacinação e a introdução de novas vacinas ou vacinas subutilizadas permanecem muito fracos.

No que concerne o estabelecimento de Grupos Técnicos Consultivos sobre a Vacinação recomendados pelo PAMV, graças à parceria estratégica OOAS-AMP, esses grupos já estão funcionais em cinco (5) países do espaço CEDEAO (Benim, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Nigéria e Senegal) e outros países do espaço estão bem avançados no seu estabelecimento (Togo).

Para além disso, a água, a higiene, o saneamento, a alimentação, a educação das mães e o emprego decente que são determinantes sociais da saúde infantil continuam a ser preocupações reais na nossa região.

1.3.2.2 A situação sanitária dos adolescentes e jovens

Em relação à situação sanitária dos adolescentes e jovens, deve-se constatar que essas camadas especiais não são suficientemente consideradas nos programas nacionais de saúde e de desenvolvimento, apesar do seu número cada vez mais significativo e crescente.

O número de adolescentes e jovens dos 10 aos 24 anos vai aumentar de 315 milhões em 2015 para 453 milhões em 2030 em África ao sul do Saara. A grande maioria desses adolescentes e jovens encontram-se em África Ocidental e especialmente no espaço CEDEAO e são confrontados com vários problemas de saúde.

A análise da situação da SAJ no espaço CEDEAO realizada em 2016 pela OOAS apresentou os seguintes problemas prioritários:

- **Problemas ligados à SSR, muitas vezes mais acentuados junto das jovens raparigas do que junto dos rapazes:**
 - Taxa de fecundidade elevada (115 para 100, ou seja mais de duas vezes o nível médio global);
 - Taxa de abortamento de risco elevado (26 para 1000, em oposição a 9 para 1000 em Ásia sem a Ásia Oriental);
 - Percentagem de raparigas que declararam ter tido uma IST ou perdas ou ferida ou úlcera varia de 6,6% (Níger) para 53,7% (Libéria);
 - Percentagem de rapazes que declararam ter tido uma IST, ou corrimentos do pénis ou ferida ou úlcera genital varia de 1,7% (Burkina Faso) para 19,0% (Libéria);
 - Prevalência do VIH varia de <0,1 % (Cabo Verde) para 1,7% (Guiné-Bissau) junto das raparigas e de <0,1% (Cabo Verde, Libéria e Níger) para 0,9% junto dos rapazes;

- Mais de 30% das raparigas casam-se antes dos 15 anos PED;
 - A percentagem de mulheres dos 15 aos 19 anos casadas em 2010 varia de 8,3% (Gana) para 59,1 % (Níger);
 - Em África, estima-se que mais de três milhões de jovens raparigas por ano são ameaçadas pelas MGF/E;
 - A percentagem de mulheres submetidas às MGF/E varia de 1,4% (Níger) para 94 % (Guiné-Conacri) de acordo com EDS.
- **Problemas não ligados à SSR, muitas vezes mais acentuados junto dos jovens rapazes do que junto das raparigas: os factores de risco**

Consumo de tabaco:

- Uma das 10 principais causas de morte em África; o consumo e a dependência junto de fumadores adultos começam na adolescência. Mais de 40 milhões de pessoas fumam em África e esse número é susceptível de aumentar;
- Um adolescente em dez em África fuma cigarros e 50% de entre esses estão expostos ao tabagismo passivo;
- Uma tendência de aumento junto das raparigas.

Consumo nocivo do álcool:

- Beber aumenta o risco de acidentes rodoviários, as relações sexuais desprotegidas, as lesões intencionais e não intencionais, uma má saúde mental e os actos de violência baseada no género;
- A comercialização do álcool em África muitas vezes tem por alvo os adolescentes e jovens adultos com mensagens que retratam o álcool como um símbolo de heroísmo, de coragem e de virilidade ;
- Estudos mostram que os jovens que começam a beber no início da sua adolescência são mais susceptíveis de se tornarem dependentes do álcool nos 10 anos seguintes do que aqueles que começam a beber no fim da adolescência e início dos vinte anos, mesmo tendo em conta os antecedentes familiares de abuso do álcool.

Má alimentação e sedentarismo:

- Má alimentação (pouco variada, pouco rica, poucos ou nenhuns vegetais/frutas), sedentarismo (insuficiência de actividade física) contribuem para cerca de 12 milhões de mortes por doenças não transmissíveis (DNT) a cada ano, situação agravada pela urbanização;
- Epidemia de obesidade/sobrepeso (alerta da OMS no Relatório 2015);
- Transição nutricional e duplo fardo (obesidade/malnutrição, Serra Leoa: 22%/16% junto dos adolescentes);
- Hábito de beliscar (comer) e consumo de refrigerantes (56% adolescente no Gana).

Outros problemas prioritários

- Dependência na ausência de controlo parental especialmente;
- As mortes violentas (AVP, violência interpessoal, suicídio,...);
- A proporção de adolescentes de 15-19 anos que apresenta um estado de deficiência energética crónica varia de 11,8% (Togo) para 34,5% (Senegal);
- A proporção de adolescentes de 15-19 anos que apresentam uma anemia varia de 34,2% (Cabo Verde) para 63, % (Gana. Dos 11 em 12 países onde os dados estiveram disponíveis, a proporção de adolescentes que apresentam anemia é superior a 40%;
- Parceiros múltiplos combinado com a fraca utilização de preservativos especialmente junto dos rapazes;

- Existem lacunas significativas entre os conhecimentos, as atitudes e as práticas/comportamentos sexuais a respeito dos riscos e meios de protecção/prevenção;
- No geral há um bom conhecimento dos métodos de contracepção mas uma fraca utilização.

A mesma análise identificou grandes desafios a ultrapassar pelos países e a CEDEAO através da OOAS, a saber:

- O posicionamento da saúde dos adolescentes como uma grande prioridade e dedicar-lhe recursos financeiros, humanos e materiais consequentes;
- A redução da mortalidade, DALY e morbidade dos adolescentes e jovens;
- A identificação de intervenções eficazes baseadas em evidências tendo em conta todos os componentes do subsistema da saúde dos adolescentes e jovens;
- A coordenação intersectorial (implicação dos actores dos sectores para a melhoria da saúde dos adolescentes e jovens);
- A coordenação intra-sectorial no seio dos próprios Ministérios da Saúde dos países;
- A atenuação das ameaças relativas aos determinantes sociais estruturais;
- A atenuação das ameaças relativas aos determinantes sociais proximais ;
- A implicação real dos jovens na concepção, no planeamento, na implementação e na avaliação das acções em seu benefício;
- A adopção de comportamentos protectores e de modos de vida saudáveis pelos jovens e adolescentes;
- A luta contra a dependência dos adolescentes e jovens às TIC;
- O desenvolvimento de centros de juventude verdadeiramente conviviais e integrados para os jovens;
- O desenvolvimento de recursos humanos adequados e competentes em SAJ incluindo a SSRAJ;
- A definição dos indicadores consensuais precisos da saúde dos adolescentes e jovens
- A promoção da cultura de avaliação das estratégias implementadas;
- A disponibilidade de dados sobre os adolescentes e os jovens (dados desagregados por sexo e por idade);
- A harmonização de documentos de política, estratégia, planificação e de monitorização e avaliação.

1.3.2.3 A saúde dos idosos

De acordo com Abdramane BERTHE, os idosos em África Subsaariana constituem uma população vulnerável, muitas vezes negligenciada nas políticas públicas ou, Philippe Antoine (IRD-CEPED) e Valérie Golaz (INED-CEPED) estimam que até 2050 a sua proporção terá mais que duplicado na totalidade dos países do Sul que deverão enfrentar problemas sociais ligados a um crescimento rápido do número de idosos num intervalo de tempo relativamente curto, pondo em prova a capacidade de adaptação das sociedades em questão bem como das estruturas de saúde para a sua gestão.

A essa data, a África contará com mais de 200 milhões de idosos de mais de 60 anos, ou seja quase 10% da população.

Fazer face às consequências sociais e sanitárias do envelhecimento necessita de um melhor conhecimento das condições de vida dos idosos, das solidariedades mobilizadas em situação de dependência, das relações inter-geracionais complexas que acompanham a velhice.

A maioria dos estados africanos tem actualmente grandes dificuldades em enfrentar os problemas sociais apresentados pelas vagas cada vez maiores de crianças, adolescentes e

jovens adultos. A escolarização, os cuidados dos órfãos, a inserção dos jovens no mercado de trabalho mobilizam uma parte preponderante da atenção das organizações internacionais e dos Estados. Regra geral, o acesso aos cuidados dos idosos não é objecto de políticas especiais. Os idosos experienciam dificuldades de acesso aos cuidados inerentes às carências das infra-estruturas sanitárias dos seus países. O acesso a uma receita mínima está longe de ser garantido. Em África Subsaariana, apenas alguns países estabeleceram um sistema de reforma não contributivo. Assim, nas ilhas Maurícias, a Sul da África e em alguns outros Estados da África Austral, todos os cidadãos de mais de 60 anos têm direito a uma reforma mínima e mesmo na ausência de cotização. No resto do continente, a grande maioria dos idosos não beneficia de pensão da reforma e deve apelar aos familiares para ajuda (a solidariedade familiar).

Esta situação é semelhante nos países membros da CEDEAO. A fim de prever intervenções pertinentes, a OOAS projectou fazer este ano de 2017, uma análise da situação sanitária dessas pessoas. Esta análise vai-nos permitir identificar os problemas sanitários prioritários que os idosos enfrentam, muitas vezes vítimas de morbilidade crónica múltipla, a dimensão desses problemas, as respostas, os dispositivos e as estruturas de cuidado estabelecidos bem como as lacunas a fim de planear as intervenções apropriadas e os apoios subsequentes aos países e à região.

II. BALANÇO DAS REALIZAÇÕES DO ANO DE 2016

Este capítulo visa prestar conta das recomendações da 17ª Sessão da Assembleia dos Ministros da Saúde da CEDEAO, das actividades de pilotagem realizadas pela Direcção Geral da OOAS e apresentar os principais resultados obtidos da execução dos programas prioritários.

II.1 O estado de implementação das principais recomendações da 17ª sessão da Assembleia dos Ministros da Saúde da CEDEAO

A décima sétima sessão ordinária da Assembleia dos Ministros da Saúde da CEDEAO formulou um total de quatro (4) recomendações incluindo uma (1) aos países e três (3) à OOAS. O estado de implementação das referidas recomendações é resumido no quadro abaixo.

Quadro 5: Estado de implementação das recomendações da 17ª AMS

Recomendações	Responsáveis	Ações realizadas
Prosseguir e intensificar internamente, incluindo a nível dos parceiros, a advocacia visando o aumento substancial dos recursos alocados à OOAS	Países	
Proceder a um estudo sobre a cartografia dos parceiros e seus respectivos domínios de intervenção a fim de evitar duplicações de acções	OOAS	Actividade programada no orçamento de 2017 da OOAS
Prever no futuro, no relatório da Direcção Geral, informações sobre as Doenças Não Transmissíveis	OOAS	Informações levadas em consideração no capítulo sobre a situação sanitária do presente relatório
Assegurar a coordenação e a harmonização dos procedimentos de compras agrupadas de medicamentos	OOAS	Experiência realizada no quadro do Projecto Paludismo e Doenças Tropicais

		Negligenciadas no Sahel (P/DTN)
--	--	------------------------------------

II.2 As actividades de pilotagem

Como nos anos anteriores, em 2016, 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 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. As acções realizadas apresentam-se como se segue:

Reuniões estatutárias:

A Direcção Geral participou em duas Sessões da Conferência dos Chefes de Estado e de Governo, duas sessões do Conselho de Ministros, uma sessão da Assembleia dos Ministros da Saúde, a reunião do conselho de mediação e de segurança da CEDEAO e as reuniões do Comité de Administração e das Finanças. Os principais resultados dessas reuniões são:

A adopção dos textos relativos à criação do Centro Regional de Vigilância e Controlo das Doenças da CEDEAO:

- a adopção da abordagem "*saúde única*";
- a adopção do orçamento programa 2017 da OOAS;
- a adopção do Plano Estratégico sobre a Pesquisa em Saúde no espaço CEDEAO;
- o reforço das relações com as outras instituições e agências da Comunidade.

Encontros com as Autoridades Políticas dos Estados Membros:

A Direcção Geral da OOAS efectuou visitas em todos os países em 2016. Ao longo dessas visitas reuniu-se com várias personalidades políticas (Chefes de Estado, Presidentes do Parlamento, Ministros, Directores 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.

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. As principais realizações e os resultados registados em 2016 são:

- uma advocacia de alto nível sobre o VIH/Sida na sede das Nações Unidas, co-organizada com ONUSIDA, com ênfase especial sobre o acesso das populações aos medicamentos essenciais de qualidade;
- a revisão da cooperação com os principais parceiros financeiros (Grupo do Banco Mundial, USAID, KFW, BAD);
- a revisão da cooperação com os principais parceiros técnicos (Agências das Nações Unidas, UEMOA);

- a assinatura de novas convenções de financiamento com a Cooperação Francesa (projectos DEMSAN e RIPOST), o Banco Africano de Desenvolvimento (projectos de Nutrição PRENFOS e Assistência técnica à luta contra as epidemias), a USAID (projecto WAHIT sobre a informação sanitária);
- a assinatura de seis (6) novos memorandos de entendimento (MdE) com a CORDS, Palladium, UNIDO, UCPO, IRSP, OMS;
- a promoção da Parceria Público-Privada com o início do projecto piloto entre a Orange Guiné e o Ministério da Saúde da Guiné-Conacri sobre a informação, a gestão da informação sanitária e entre UNILEVER e o Ministério da Saúde do Gana sobre a higiene e o saneamento;
- a negociação de vários novos projectos (RAD, Assistência Técnica BID, Projecto *Post Ebola* PNUD/JICA, Programa regional de luta contra as pandemias KFW e GIZ, projecto Harmonização da Regulação Farmacêutica Banco Mundial).

Até ao presente, a OOAS pôde negociar e obter juntos dos parceiros dezanove (19) projectos de um envelope global de mais de cento e cinquenta milhões (150.000.000) de Dólares Americano, incluindo onze (11) que já estão em curso de implementação e oito (8) serão lançados ao longo do ano de 2017.

II.3 Balanço da implementação dos programas em 2016

Esta secção focaliza-se sobre os principais resultados da execução dos programas em 2016. Esses resultados compreendem os dos projectos implementados sob o financiamento dos parceiros em apoio da implementação do plano estratégico.

II.3.1 Programa Informação Sanitária e Pesquisa

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 2016 permitiram registar os seguintes resultados:

- O reforço da coordenação regional da informação sanitária com a organização do encontro anual dos SNIS e VIDR;
- a utilização eficaz da plataforma regional de informação sanitária por todos os países para transmitir os dados sobre as doenças de potencial epidémico;
- a produção e difusão de quarenta e nove (49) boletins epidemiológicos semanais;
- a produção e difusão de três (3) boletins epidemiológicos trimestrais sobre a situação das DPE;
- a atribuição de duas (2) bolsas de formação a dois (2) jovens pesquisadores (Benim e Senegal);
- o apoio à Côte d'Ivoire para o desenvolvimento da política nacional e a estratégia nacional da pesquisa em saúde;
- a criação da Rede Oeste Africana dos comités nacionais de ética;
- o apoio à ROARES para a identificação das prioridades de pesquisa em cinco domínios (sistema de saúde, pesquisa em saúde, doenças emergentes, transmissíveis e não transmissíveis);
- a determinação dos tópicos prioritários de pesquisa no domínio do paludismo e das Doenças Tropicais Negligenciadas (20 tópicos sobre o paludismo e 20 sobre as DTN);
- a promoção das boas práticas da saúde através do reforço das capacidades dos actores de sete (7) países (Cabo Verde, Senegal, Libéria, Serra Leoa, Gana, Guiné-Conacri, Guiné-Bissau) sobre a intensificação das práticas identificadas;
- a organização do 2º fórum regional das boas práticas da saúde;

- o apoio à Nigéria para a divulgação dos resultados da pesquisa sobre os cuidados primários da saúde em vinte e cinco (25) governos locais no Estado de Delta;
- o apoio à Nigéria para a organização de um encontro de discussão entre pesquisadores e decisores sobre a saúde materna e infantil;
- o reforço das capacidades de cinquenta e nove (59) pesquisadores e decisores em transferência de conhecimentos no Estado de Bauchi na Nigéria.

Foram feitos progressos em matéria de produção de informação sanitária sobre as doenças de potencial epidémico. No entanto, ainda restam esforços a consentir a fim de dispor de dados sanitários exaustivos.

II.3.2 Programa de 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 Negligenciadas e as Doenças não Transmissíveis. As intervenções realizadas permitiram obter as seguintes realizações:

No que concerne as doenças transmissíveis:

- o reforço das capacidades dos quadros dos Ministérios da Justiça e da Administração territorial da Guiné-Bissau visando a implementação da Declaração de Dacar sobre o acesso ao tratamento ARV das populações chaves;
- o encargo da participação de jovens dos países da CEDEAO na Cimeira Pan-africana dos jovens líderes organizada em Libreville para a preparação da cimeira das Nações Unidas sobre o VIH realizada em Nova Iorque, durante a qual dois jovens da CEDEAO patrocinados pela OOAS leram uma declaração em nome das organizações de jovens dos países da Comunidade;
- a organização de quatro (4) campanhas sincronizadas de quimioprevenção sazonal do Paludismo e de distribuição em massa contra as doenças tropicais negligenciadas (esquistossomose, filariose, geohelmintíase, tracoma, oncocercose) em quarenta e cinco (45) distritos sanitários do Mali, Burkina e Níger, no quadro do projecto P/MTN;
- o reforço das capacidades dos agentes dos Programas Nacionais de Luta contra o Paludismo em entomologia, no quadro da luta anti-vectorial;
- a organização da revisão anual dos Programas Nacionais de Luta contra o Paludismo dos países da CEDEAO que permitiu reforçar a implementação dos Programas;
- a organização de um ateliê regional dos Especialistas em Comunicação da Saúde visando a harmonização das ferramentas de comunicação para a luta contra o Paludismo e as Doenças Tropicais Negligenciadas;
- a organização da revisão anual dos Programas Nacionais de Luta contra a Tuberculose.

A título das doenças não transmissíveis:

- a elaboração de um plano regional de luta contra as doenças não transmissíveis;
- o apoio ao Níger e à Gâmbia para a elaboração dos seus planos nacionais de perenização e revitalização da suplementação em micro-nutrientes;
- a organização da revisão intercalar do Fórum da Nutrição;
- a organização do Fórum anual Visão 2020 para a monitorização da saúde ocular no espaço CEDEAO.

II.3.3 Programa de 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. As actividades

realizadas em 2016 colocaram ênfase sobre o estabelecimento do Centro Regional de Vigilância e Controlo das Doenças da CEDEAO (CRVCD) e o apoio aos países para a luta contra as epidemias. Os resultados obtidos focalizam sobre:

O estabelecimento do Centro Regional de Vigilância e Controlo das Doenças da CEDEAO (CRVCD):

O Centro Regional constitui a estrutura de vigilância, alerta precoce e resposta definido no regulamento aprovado pelos Chefes de Estado e de Governo da CEDEAO, durante a Cimeira de Maio de 2015 em Acra. A sua sede encontra-se em Abuja e os seus correspondentes nacionais são as Instituições Nacionais de Coordenação (INC) da Vigilância e do Controlo das Doenças. As actividades do Centro Regional focalizam-se sobre quatro (4) domínios principais de intervenção a saber: (i) vigilância e alerta precoce; (ii) laboratórios; (iii) equipa de intervenção rápida; e (iv) formação e pesquisa. Os principais resultados relativos ao estabelecimento do CRVCD/CEDEAO são:

- a aprovação do organigrama do CRVCD/CEDEAO pelas instâncias de decisão da CEDEAO;
- a adopção do protocolo criando a Equipa de Intervenção Rápida da CEDEAO e as modalidades do seu destacamento;
- o estabelecimento do Conselho de Administração do CRVCD/CEDEAO e a designação dos países que devem ter assento nos dois primeiros anos, a saber: Senegal, Côte d'Ivoire, Gana, Gâmbia, Guiné-Bissau e a Guiné-Conacri;
- a designação pelo Presidente da Comissão da CEDEAO de um Director Executivo interino do CRVCD/CEDEAO;
- a assinatura do Protocolo definindo as modalidades de cooperação entra a OOAS e o Ministério dos Negócios Estrangeiros da República Federal da Nigéria para a implementação do CRVCD/CEDEAO incluindo a disponibilização da sede do Centro;
- o estabelecimento da Rede das INC e a assinatura do protocolo de cooperação entre a CORDS (ONG internacional) e a OOAS visando a monitorização do reforço das capacidades da referida rede;
- a elaboração do Guia de procedimentos da rede das INC;
- o estabelecimento da Equipa Regional de Intervenção Rápida (ERIR ou Capacetes Brancos da CEDEAO);
- a criação de um quadro formal de colaboração entre a ERIR e os diferentes parceiros de execução (FICR, WADPI, OMS/EMT, USAID, CDC-US, E-CDC);
- a elaboração de um documento de referência para a avaliação dos sistemas de laboratórios dos países da CEDEAO com o apoio financeiro da KFW;
- a elaboração do Regulamento Interno do CRVCD/CEDEAO e do Plano de trabalho para o período 2016-2017;
- o estabelecimento da rede de laboratórios de diagnóstico da CEDEAO;
- o estabelecimento de um Quadro Regional "Saúde Única" em torno de quatro actividades específicas (i) a avaliação dos riscos sanitários da região, (ii) o estabelecimento de um sistema integrado de partilha de informações, (iii) o reforço das capacidades da rede regional de laboratórios, (iv) a organização de exercícios conjuntos de simulação (multisectoriais e multidisciplinares) de investigação, prevenção e resposta às epidemias. Este Quadro repousa sobre a seguinte ancoragem institucional:
 - o As Assembleias Sectoriais dos Ministros da CEDEAO (para a coordenação política);

- O Centro Regional de Vigilância e Controlo das Doenças e o Centro Regional de Saúde Animal da CEDEAO (para aspectos técnicos e operacionais a nível regional);
- As Instituições Nacionais de Coordenação a nível dos Estados membros da CEDEAO (para os aspectos técnicos e operacionais a nível de cada país).

O apoio aos países em situação de epidemias

Foram prestados vários apoios materiais e ou financeiros aos países membros em situação de epidemia. Trata-se de:

- Doação de medicamentos e de materiais ao Togo para fazer face à epidemia da meningite;
- Apoio ao Burkina Faso para a supervisão das actividades de prevenção e de luta contra a meningite;
- Doação de materiais ao Benim para a prevenção e a luta contra a epidemia da doença da febre de Lassa;
- Apoio ao Níger para a gestão dos custos operacionais da implementação da campanha de vacinação contra o sarampo;
- Apoio à Guiné-Bissau para a prevenção e a luta contra a epidemia da doença pelo vírus Zika;
- Apoio a Cabo Verde para a luta contra as doenças de transmissão vectorial;

Para além disso, a OOAS realizou várias visitas aos países afectados pelas epidemias para se inteirar da situação e apoiar as autoridades.

II.3.4 Programa de Medicamentos, 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:

- a assinatura de um acordo técnico e financeiro com ONUDI para a elaboração do roteiro sobre as boas práticas de fabricação farmacêutica, a fim de reforçar e promover a produção local de medicamentos de qualidade;
- o estabelecimento de uma lista de matérias-primas, equipamentos e medicamentos a isentar de impostos no quadro da implementação da TEC no espaço CEDEAO;
- a avaliação das capacidades das autoridades nacionais de regulação farmacêutica de 7 países e a elaboração de roteiros para a sua certificação ISO 9001;
- a avaliação do estoque regional de segurança de ARV para melhorar o sistema de aprovisionamento e de distribuição;
- a organização do encontro anual dos responsáveis nacionais de laboratórios de controlo da qualidade de medicamentos dos 15 países membros da CEDEAO, permitindo a elaboração de um roteiro para o acesso dos LNCQM à certificação ISO 17025 e à pré-qualificação da OMS;
- o acompanhamento dos Laboratórios Nacionais de Controlo da Qualidade dos Medicamentos (LNCQM) na perspectiva de acreditação ISO 17025/Certificação da OMS.

II.3.5 Programa da 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 2016:

- a criação de um comité de peritos responsável pela elaboração da farmacopeia a base de plantas para o tratamento de novas doenças emergentes;
- a formação de Directores de Programas Nacionais da Medicina Tradicional sobre a propriedade intelectual dos produtos e das práticas da medicina tradicional;
- o apoio à Guiné-Bissau para organizar o seu 1º congresso de reforço da colaboração entre os praticantes da medicina tradicional e os da medicina convencional;
- o apoio ao Burkina Faso para a implementação do seu Plano Estratégico da Medicina Tradicional;
- a organização do congresso científico dos praticantes da medicina tradicional e os da medicina convencional para promover a colaboração entre as duas medicinas.

II.3.6 Programa da Saúde materna, 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. Por domínio, os seguintes resultados foram obtidos a título do ano de 2016:

Saúde materna e neonatal

- a formação de um conjunto de doze (12) formadores (um ginecologista - obstetra, um pediatra e uma parteira) em CONU de três (3) países: Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Togo;
- o apoio a três (3) países para a replicação das boas práticas. Trata-se de Burkina Faso para RapidSMS, o Mali para as Escolas de Maridos e a Côte d'Ivoire para o Dispositivo Intra-Uterino durante o pós parto;
- a advocacia a favor do Planeamento Familiar (PF) em colaboração com a Parceria de Ouagadougou e o FP2020;
- a organização da Consulta Regional com os outros parceiros (OMS, UNFPA, etc....) sobre a delegação de tarefas na oferta de serviços de SR/PF e da harmonização da nomenclatura e da ancoragem das direcções responsáveis por SR/PF;
- a formação de dezasseis (16) formadores de seis (6) países (Benim, Burkina Faso, Mali, Níger, Senegal e Togo) sobre a gestão da higiene menstrual, em colaboração com ONU Mulheres;
- a disponibilização de produtos contraceptivos a cinco (5) países (Benim, Burkina Faso, Guiné-Bissau, Gana, Níger);
- a organização de uma campanha de sensibilização sobre o planeamento familiar e a despitagem do VIH/SIDA na fronteira entre Benim e Togo;
- a organização da revisão anual dos Programas Nacionais da Saúde Materna, Neonatal e Infantil.

A Saúde Infantil, do Adolescente, do Jovem e do Idoso:

- a elaboração e validação técnica do guia de orientação para a elaboração e implementação de estratégias para a Saúde dos Adolescentes e dos Jovens (SAJ);
- o apoio ao Níger para a revisão da sua Estratégia Nacional SAJ;
- um apoio técnico e financeiro prestado ao Senegal para a formação de 48 prestadores de saúde sobre a PCIME informatizada (ICATT);
- o apoio ao Burkina Faso para a organização do ateliê sobre os cuidados aos idosos;
- o apoio ao Benim para o funcionamento do Comité Nacional Consultivo sobre a Vacinação (CNCV/GTCV);
- uma bolsa de estudo para diploma inter universitário de vacinologia atribuída a doze (12) candidatos de quatro (4) países (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Níger e Togo).

II.3.7 Programa de Governação do sistema da saúde

Este programa visa contribuir para a melhoria da governação dos sistemas de saúde.

As actividades implementadas permitiram obter os seguintes resultados:

- a elaboração e a validação técnica do Guia Regional de orientação sobre a elaboração de uma Política Nacional de Intervenções Comunitárias (IC);
- a elaboração e a validação técnica do Quadro de Operacionalização dos doze (12) Pontos de Acção provenientes da Conferência Regional sobre o Distrito Sanitário;
- um apoio técnico e financeiro prestado ao Ministério da Saúde de Burkina Faso para a organização dos estados gerais dos hospitais;

II.3.8 Programa de recursos humanos no sector da saúde

Através deste programa trata-se de facilitar a formação, a utilização e a livre circulação de profissionais da saúde no espaço CEDEAO, a fim que os recursos humanos da saúde de qualidade sejam disponíveis e utilizados no espaço CEDEAO. A implementação das actividades durante o ano de 2016 permitiu obter os seguintes resultados:

- o reforço das capacidades em gestão, saúde pública e em línguas, de quinze (15) jovens profissionais provenientes dos países da CEDEAO;
- a continuação da formação de quinze (15) especialistas médicos de Cabo Verde no Brasil ;
- a harmonização e validação técnica do regulamento da prática dos farmacêuticos no espaço CEDEAO;
- a harmonização do currículo de formação de enfermeiros e parteiras dos colégios anglófonos;
- a harmonização dos códigos de deontologia de catorze (14) categorias profissionais das disciplinas associadas da saúde;
- a elaboração de um manual sobre o "género no sector privado da saúde";
- a harmonização do currículo de formação especializada de farmacêuticos;
- a finalização do currículo harmonizado de formação em Cirurgia Dentária no espaço CEDEAO;
- a formação de trinta (30) quadros dos oito (8) países francófonos sobre regras e boas práticas de armazenamento de produtos de saúde e de equipamentos de protecção pessoal.

II.3.9 Programa de 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:

- a atribuição de dois (2) veículos ao Níger incluindo uma ambulância para a região sanitária de Diffa, vítima de repetidos ataques do grupo Boko Haram;
- o apoio à Serra Leoa para o reforço das capacidades do laboratório de um hospital (Bai Burei);
- apoio à Guiné-Bissau para o início do seu novo Plano Estratégico de Desenvolvimento Sanitário;
- foi prestado apoio de pesquisa a quatro (4) requerimentos sobre a evolução de laboratórios médicos em África Ocidental de 1960 a 2000, aa codificação da medicina tradicional, oncocercose e tripanossomiase entre 1960 e 2012 e a dengue/arbovírus;
- o apoio à Sociedade Africana de Ginecologia Obstétrica (SAGO) para a organização do seu congresso anual.

II.3.10 Programa de 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 2016 são como se segue:

- a validação técnica do guia de orientação para a elaboração, implementação e monitorização dos progressos de Cobertura Sanitária Universal;
- a organização da primeira reunião anual sobre o planeamento da saúde no espaço CEDEAO tendo resultado na institucionalização do encontro para servir de revisão dos progressos realizados em termos de saúde no espaço CEDEAO e permitir também uma melhor planificação das actividades da OOAS;
- a organização da revisão intercalar do projecto WARDS que permitiu tomar decisões para acelerar a implementação do projecto;
- a elaboração de um plano de acção conjunto OOAS-UNICEF para o ano de 2016;
- a elaboração de vários projectos incluindo REDISSE, Demografia e Saúde, para além de varias notas conceptuais no quadro do PCD e do 11º FED, componente do programa Indicativo Regional;
- o apadrinhamento da criação e do estabelecimento da Federação Oeste Africana do Sector Privado da Saúde e da Federação Africana do Sector Privado da Saúde;
- a criação de três (3) Redes de Campeões para o Financiamento Adequado da Saúde (RCPFAS) (Gâmbia, Gana, Serra Leoa);
- o apoio às RCPFAS de quatro (4) países (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Níger e Togo) para reforçar a advocacia a favor do financiamento da saúde e o reposicionamento do planeamento familiar;
- o estabelecimento de um quadro de concertação e de discussões entre as Redes de Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Níger e Togo no quadro do dividendo demográfico.

II.3.11 Programa do Reforço institucional 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:

- a impressão e difusão do Plano Estratégico 2016-2020 da OOAS;
- a finalização do Plano Operacional 2016-2020;
- a elaboração do Orçamento Programa de 2017 da OOAS;
- a organização de duas (2) revisões semestrais internas dos programas e projectos da OOAS que permitiram apreciar o estado de implementação dos projectos e programas e dar orientações;
- a organização da 17ª Sessão Ordinária da Assembleia dos Ministros da Saúde da CEDEAO;
- a difusão regular de informações relativas aos programas da OOAS no sítio web da OOAS, nas redes sociais, na comunicação social;
- o envolvimento da comunicação social dos países na difusão das informações através de quatro (4) reportagens publicitárias sobre os programas da OOAS: (AMS, Fórum das boas práticas, lançamento do projecto Paludismo e Doenças Tropicais Negligenciadas no Sahel e o lançamento do projecto REDISSE);

- o estabelecimento de redes de comunicadores em saúde para permitir uma interação entre os comunicadores dos países da CEDEAO e a OOAS visando uma partilha de informações, uma maior visibilidade das intervenções dos Ministérios da Saúde e as da OOAS e uma melhor coordenação da sensibilização nos países;
- Criar e ou renovar a Unidade de Gestão de Projecto com o recrutamento e a instalação de novos consultores que se juntaram à unidade;
- Aquisição de 3 geradores, um veículo, um autocarro, consumíveis de escritório, computadores e softwares de IT para o pessoal, provisão de videoconferência para os países da CEDEAO;
- Alguns trabalhos de construção, renovação e pintura para manutenção dos edifícios;
- Duas ligações internet seguras e estáveis (fibra óptica e VSAT);
- Desenvolvimento de novos módulos e melhoria do sítio web da OOAS;
- Aquisição de equipamentos de IT para o pessoal, aquisição de equipamentos para normalizar e manter em segurança a rede local e a internet, aquisição de equipamento de teleconferência para as salas de reunião;
- Formação no uso do software de gestão integrada de documentos (SIGB/PMB) tornou possível a compreensão de como este software funciona uma vez que agora tornou-se na ferramenta de gestão do catálogo da biblioteca <http://pmb.wahooas.org/>;
- Foi elaborado um documento de política da biblioteca que está em consonância com a missão da biblioteca; O comité da biblioteca foi criado, um questionário de recolha das necessidades de documentação do pessoal, o escopo do trabalho do comité da biblioteca, um plano de acção 2017-2020 e um plano operacional para 2017 foram elaborados, as medidas de segurança e as condições de acesso à biblioteca foram propostas;
- O reforço das capacidades de quarenta e quatro (44) membros do pessoal da OOAS em vários domínios incluindo: o sistema ECOLink, *International Public Sector Accounting Standards* (IPSAS), Gestão dos Recursos Humanos, gestão de um secretariado e mentoria, condutor contemporâneo e as regras de ouro do socorrismo.

III. ESTADO DA EXECUÇÃO FINANCEIRA

O estado de implementação do orçamento a 31 de Dezembro de 2016 pode ser resumido como se segue:

Descrição	Orçamento Aprovado de 2016 (UC)	Implementação a 31 de Dezembro de 2016 (UC)	% Implementado
Órgãos Administrativos	654.478	537.709	82%
Administração	4.649.828	2.727.838	59%
Custos do Pessoal de Programas	2.572.408	1.526.307	59%
Actividades do Programa (incluindo financiamento externo)	16.062.067	7.564.772	47%
Contingência	381.261	0	0
Total	24.320.043	12.356.626	51%

Em termos de financiamento recebido até 31 de Dezembro de 2016, a situação foi:

Descrição	Orçamento Aprovado de 2016 (UC)	Implementação a 31 de Dezembro de 2016 (UC)	% Implementado
-----------	---------------------------------	---	----------------

Taxa Comunitária	15.136.246	10.682.729	71%
Atrasos de Contribuição	473.148	0	0
Receita de Serviços	22.307	2.585	12%
Financiamento Externo	8.688.341	5.877.497	68%
Total	24.320.043	16.562.811	68%

IV. DESAFIOS EM 2016

Tal como em 2015, o ano de 2016 foi marado por vários desafios a saber:

- a persistência das epidemias e conseqüentemente a sua gestão;
- a dificuldade de implementação dos programas financiados pela contribuição Comunitária face à disponibilização tardia dos recursos financeiros pela Comissão da CEDEAO;
- o não recrutamento para os postos chaves vagos no seio da instituição;
- a insuficiência de recursos humanos;
- a fraca justificação dos fundos disponibilizados a alguns países.

CONCLUSÃO

Ao longo do ano de 2016, apesar das dificuldades financeiras enfrentadas nos dois primeiros trimestres, a OOAS implementou actividades importantes e obteve resultados que foram apresentados neste relatório.

Para o ano de 2017, com o financiamento da Contribuição Comunitária e a entrada em vigor das convenções de financiamento assinadas em 2016, a OOAS continua determinada em ultrapassar os vários desafios para a melhoria da situação sanitária da região, através da implementação das intervenções prioritárias contidas no Plano Estratégico 2016-2020, nomeadamente:

- a luta contra as epidemias através do estabelecimento efectivo do Centro Regional de Vigilância e Controlo das Doenças da CEDEAO (CRVCD(CEDEAO));
- as intervenções no domínio da produção local de medicamentos;
- o reforço da parceria estratégica para a saúde com os Estados membros, as outras instituições da Comunidade e os parceiros incluindo o sector privado;
- o reforço dos sistemas de saúde dos países membros.