



Organização Oeste Africana
da Saude (OOAS)

Boletim Epidemiológico

Primeiro Trimestre 2018

Nesta Edição

01. Situação das doenças de potencial epidémico

- Cólera
- Sarampo
- Meningite
- Febre de Lassa
- A dengue

02. Tuberculose

- Melhorar a detecção de casos de tuberculose: fortalecer e apoiar a detecção activa de casos em países da CEDEAO
- Nigéria e o diagnóstico de tuberculose pelo GeneXpert: explorando e respondendo aos desafios

03. Sistemas de Informação sobre a Saúde

- Reforço da análise e índices recolhidos para o RMNCAH (SRMNIA) na África Ocidental e Central

Editorial

Muito honrado de assumir a Organização Oeste Africana da Saúde (OOAS), engajei-me, sob a orientação dos Chefes de Estado e de Governo, a trabalhar em estreita colaboração com os parceiros, o sector privado e a população dos Estados membros da CEDEAO a fim de reforçar os sistemas de saúde da nossa região e assegurar uma integração regional sem riscos sanitários. Nos próximos anos, as minhas prioridades são duas: o impacto e a herança. Os mais de 320 milhões de habitantes da Comunidade da África Ocidental deveriam sentir o impacto daquilo que nós fazemos na OOAS. O mandato que os Chefes de Estado e de Governo confiaram à OOAS, consiste em se esforçar para manter o mais elevado possível o nível de saúde e de cuidados na região. Para o efeito, focaremos no reforço das redes e das capacidades dos agentes da saúde na região. Isso lhes permitirá uma melhor vigilância das doenças e prevenção das epidemias. Nós procuramos estabelecer uma indústria de fabrico de medicamentos para servir a região. Gostaríamos igualmente de desenvolver um observatório regional de saúde para uma mais vasta partilha de informações bem como previsão de eventos sanitários. Enfim, nós trabalharemos para reduzir a taxa de mortalidade materna e das crianças menores de 5 anos. Estas medidas permitirão à nossa região de progredir na realização do ODS 3 das Nações Unidas. É a herança que procuro estabelecer. Nós concentraremos nossos esforços em cinco domínios temáticos:

1. Saúde materna e infantil e saúde dos adolescentes.
2. Produtos farmacêuticos: como assegurar a produção, a qualidade e a segurança dos produtos farmacêuticos na região.
3. Doenças transmissíveis e não transmissíveis.
4. Normas de qualidade e centros de Excelência.
5. Informação sobre a saúde específica à região para que tenhamos informações actualizadas sobre os principais problemas de saúde e a maneira de os combater.

Peço aos Chefes de Estado e de Governo para continuarem a dar o seu apoio e financiamento para tornar tudo isso possível. Dentro do espírito da nossa renovada vontade de partilhar informações sanitárias específicas à uma região, este boletim da OOAS comporta, pela primeira vez, artigos sobre assuntos ligados à saúde que vão para além das doenças de potencial epidémico. Nesta edição, nós incluímos dois artigos sobre experiências recentes de diagnósticos da tuberculose na nossa região. Encorajo-vos igualmente a nos enviarem sugestões sobre os temas a tratar na próxima edição do boletim.

*Director-General
Prof Stanley Okolo*

Situação das doenças de potencial epidémico

Situação das doenças de potencial epidémico (DPE) prioritárias e outras urgências sanitárias no espaço CEDEAO no fim do primeiro trimestre do ano 2018

Introdução

A situação das doenças de potencial epidémico (DPE) constitui objecto de seguimento ao nível da OOAS através dos boletins epidemiológicos semanais dos países e a plataforma regional de partilha de informação sobre DPE. Esta vigilância visa informar a OOAS e os países sobre as tendências e os riscos de propagação destas doenças a fim de apoiar a prevenção e a resposta.

Durante o primeiro trimestre do ano 2018, a OOAS recebeu os boletins semanais das treze primeiras semanas de todos os países da CEDEAO. Melhorou a completude dos dados da plataforma regional com a disponibilização de um módulo de importação de dados a partir das bases de dados (Excel) da vigilância que os países partilham com a OMS. Estas acções contribuem para a melhoria da disponibilidade e da qualidade dos dados para a vigilância das doenças a nível regional.

Durante este trimestre, as DPE mais frequentemente notificadas no espaço CEDEAO são: sarampo (mais de 13000 casos em 14 países) e meningite (4356 casos em 14 países). Comparando com o mesmo período dos dois anos precedentes, estas duas doenças parecem recuar. Por outro lado, a cólera e a febre de Lassa conhecem um aumento significativo, particularmente na Nigéria. A meningite e a febre de Lassa são as doenças que causaram mais óbitos, com 293 e 162 pessoas mortas respectivamente.

A figura 1 em baixo mostra a tendência de número de casos suspeitos das principais DPE no espaço CEDEAO. O número de casos suspeitos e de óbitos por país e por doença constam na tabela 1.

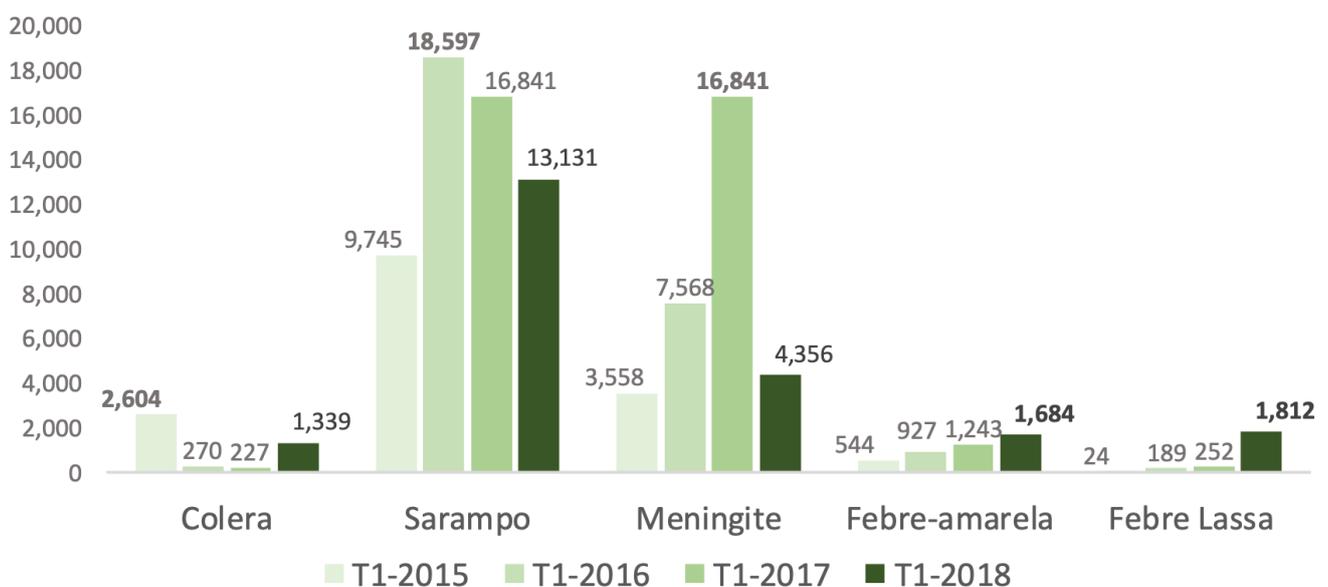


Figura 1: Evolução do número de casos (suspeitos ou confirmados) das principais DPE no primeiro trimestre dos quatro últimos anos.

Cólera

O espaço CEDEAO registou 1339 casos (suspeitos ou confirmados) de cólera durante o primeiro trimestre do ano 2018. O que representa um número de casos nove vezes superior em relação a 2017 e cinco vezes superior em relação a 2016 para o mesmo período. No entanto, contrariamente aos anos anteriores, quase todos os casos (1262, ou seja, 94%) estão concentrados na Nigéria que continua a fazer face ao surto que assolou o país no final do ano 2017. No total, a cólera causou 38 óbitos, todos na Nigéria (taxa de letalidade 3%), durante este trimestre.

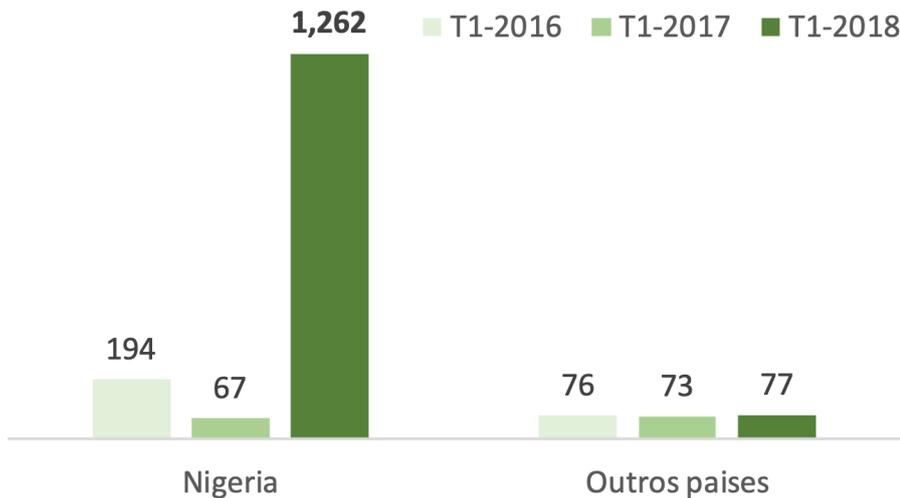


Figura 2: Evolução do número de casos suspeitos ou confirmados de cólera durante o primeiro trimestre de 2016 à 2018 na Nigéria e noutros países da CEDEAO.

Sarampo

O sarampo é uma das mais conhecidas DPE na região. Durante o primeiro trimestre, um total de 13131 casos (suspeitos ou confirmados) foi notificado por 14 países, com exceção de Cabo Verde. A sua letalidade continua relativamente fraca (0,5%).

Embora alto, o número de casos suspeitos de sarampo está em declínio de 22% em relação ao mesmo período do ano 2017, por causa da relativa acalmia na Nigéria e na Guiné. O Burkina Faso e a Libéria são os países que registaram maiores aumentos de número de caso da doença.

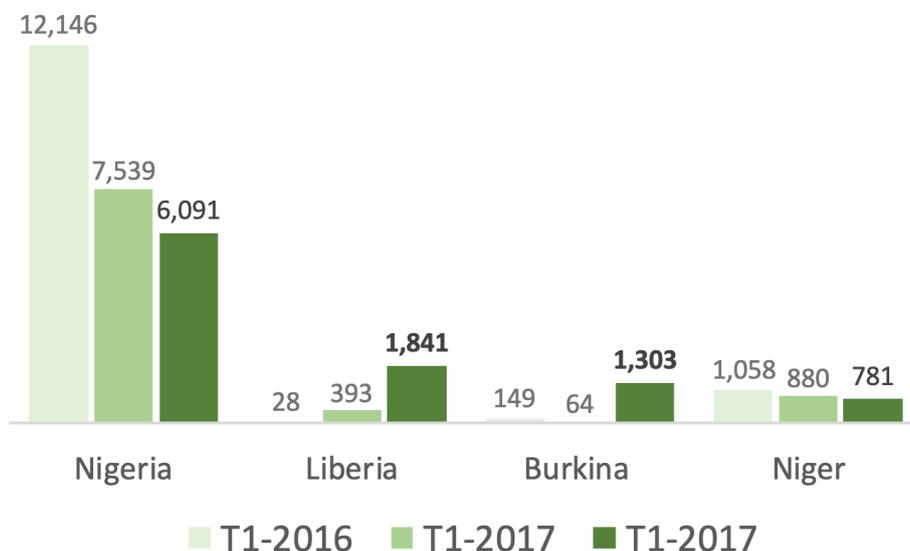


Figura 3: Evolução dos casos de sarampo relatados pelos países mais atingidos durante o período de 2016 à 2018

Meningite

A meningite é uma das doenças de potencial epidémico mais importante em termos de incidência e mais grave no espaço CEDEAO. Durante o primeiro trimestre do ano, um total de 4356 casos (suspeitos ou confirmados) com 293 óbitos (taxa de letalidade = 6,7%) foi registado em 14 países, com excepção da Guiné-Bissau. A Nigéria, Burkina Faso, Gana e Níger são os países mais atingidos. Eles acumulam 75% de casos do trimestre. A figura 4 mostra a evolução do número de casos (suspeitos ou confirmados) da doença nestes quatro países mais atingidos.

A incidência da doença é mais fraca em 2018 em relação ao mesmo período dos anos anteriores, ou seja, 7161 casos em 2017 e 7568 casos em 2016. Entretanto, nota-se um aumento muito rápido de casos no Níger e na Nigéria no final do trimestre. O que faz reecer uma recrudescência da doença como no ano de 2017.

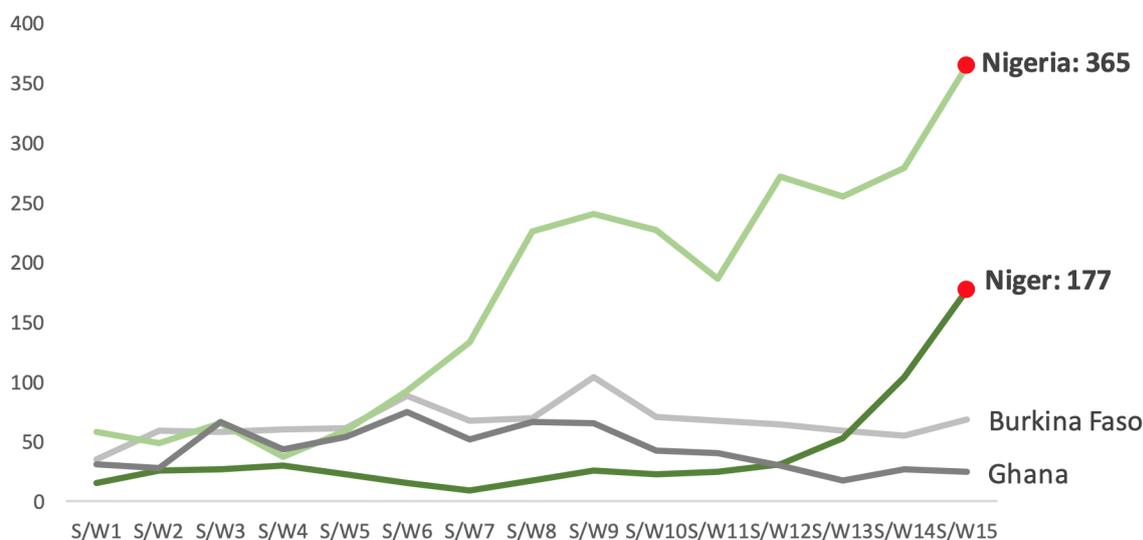


Figura 4: Evolução semanal do número de casos suspeitos de meningite durante o primeiro trimestre do ano 2018 em Burkina Faso, Gana, Níger e Nigéria.

Febre de Lassa

A incidência de febre de Lassa tende a aumentar no espaço CEDEAO. Desde 2015, muitos casos da doença são registados anualmente na Nigéria, Libéria e Serra Leoa. O Benim, notifica casos desde 2016. No primeiro trimestre deste ano, 1812 casos suspeitos ou confirmados, tendo causado 162 óbitos, foram registados em todos estes países incluindo 2 casos suspeitos em Gâmbia. Durante o mesmo período foram registados 252 casos em 2017 e 189 em 2016. A Nigéria concentra 94% de casos, ou seja, 1706 casos.

A taxa de letalidade de 8,9% em 2018 é superior à de 2017 (6%), mas continua inferior à de 2016 (23,3%).



Figura 5: Evolução de número de casos de febre de Lassa entre 2016 e 2018 nos países atingidos durante o primeiro trimestre

A dengue

Durante o primeiro trimestre do ano, Burkina Faso foi o único que notificou casos de dengue na região CEDEAO. No total, foram registados 903 casos e 6 óbitos contra 260 casos e 1 óbito durante o mesmo período de 2017. A Côte d'Ivoire (no segundo e terceiro trimestre) e Senegal (no quarto trimestre) tinham casos registados em 2017. Mas não assinalaram nenhum caso durante este trimestre. Não obstante, a tendência observada nos últimos três anos mostra que a doença está em expansão na região tanto em termos de número de casos como em termos de países atingidos.

O gráfico em baixo mostra que o número semanal de casos (suspeitos ou confirmados) de dengue no primeiro trimestre continua superior ao que tinha sido observado durante o mesmo período do ano 2017 em Burkina.

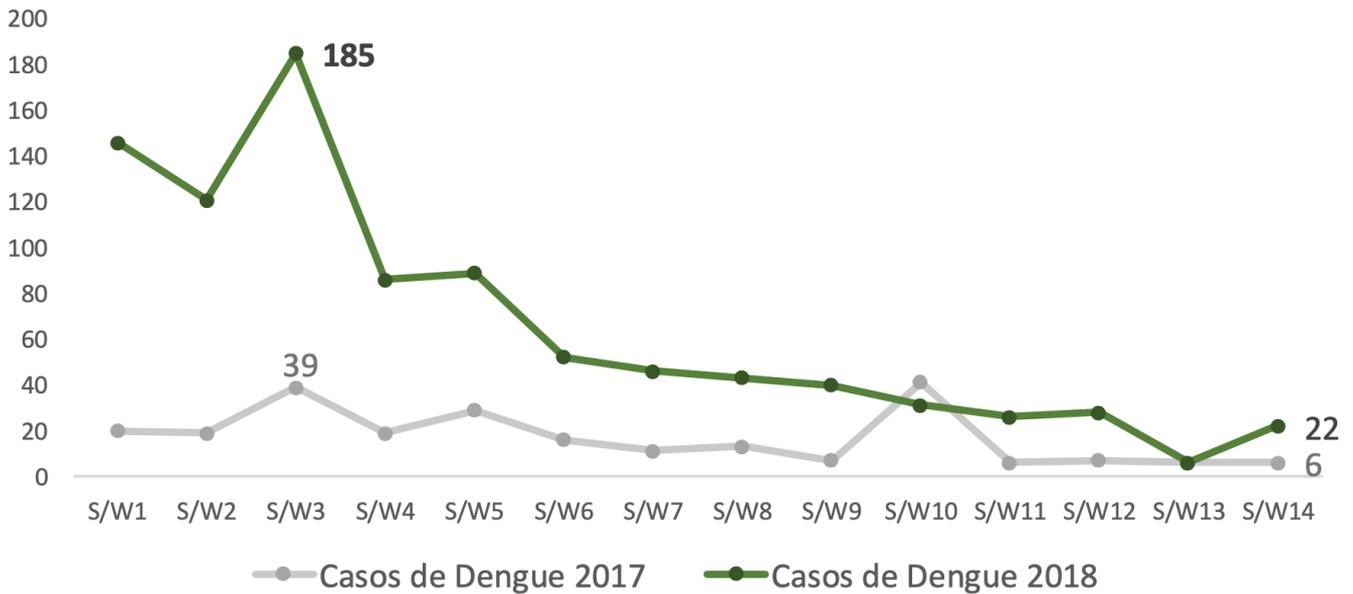


Figura 6: Evolução semanal de número de casos (suspeitos ou confirmados) de dengue em Burkina durante o primeiro trimestre de 2017 e 2018.

País	Cólera		Meningite		Sarampo		Febre-amarela		Febre Lassa		Tétano Neonatal	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
Béni	0	0	123	10	298	1	28	0	24	9	1	0
Burkina Faso	0	0	869	59	1303	5	320	5	0	0	2	1
Cabo Verde	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Côte D'Ivoire	1	0	92	1	697	0	224	0	0	0	3	2
Gâmbia	8	0	6	0	11	0	2	0	2	0	0	0
Gana	0	0	625	49	511	0	219	0	0	0	4	0
Guiné-Conacri	1	0	90	11	682	6	42	2	0	0	36	17
Guiné-Bissau	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Libéria	35	0	22	1	1841	2	27	0	52	7	4	0
Mali	0	0	180	1	548	0	58	3	0	0	1	0
Níger	0	0	306	24	781	1	11	0	0	0	2	0
Nigéria	1262	38	1804	119	6091	53	618	0	1706	142	11	2
Senegal	0	0	69	3	190	0	50	0	0	0	0	0
Serra Leoa	32	0	14	4	107	0	17	0	28	4	10	2
Togo	0	0	155	11	70	0	68	0	0	0	3	0
Total CEDEAO	1339	38	4356	293	13131	68	1684	10	1812	162	78	4

Fonte: Serviços VIDR país

Tabela 1: Número de casos e óbitos (suspeitos ou confirmados) das doenças com potencial epidêmico mais recorrentes, notificadas por países da CEDEAO no primeiro trimestre de 2018.

Tuberculose

Melhorar a detecção de casos de tuberculose: Fortalecer e apoiar a detecção activa de casos em países da CEDEAO

É crucial alcançar activamente as populações desfavorecidas ou de alto risco para a despistagem de tuberculose, analisá-los e tratá-los para preencher a lacuna na detecção de casos. Apesar de cara, esta abordagem pode evitar os custos mais elevados dos cuidados dessas pessoas, numa fase posterior.

De Paula Akugizibwe

A detecção da tuberculose continua sendo um desafio mundial, com uma estimativa de 40% do total de casos de tuberculose que não seriam notificados¹ - que causa a morte de pacientes que não são diagnosticados e, portanto, não tratados. Este problema é particularmente pronunciado na região africana. Cinco países membros da CEDEAO fazem parte de uma lista ou várias listas mundiais de países onde as taxas de tuberculose são mais elevadas.

A Nigéria figura entre os países com o maior número de pacientes com tuberculose, TUBERCULOSE-HIV e TUBERCULOSE multirresistente. A Libéria e a Serra Leoa figuram entre os países com a mais elevada taxa de casos de tuberculose por habitante, enquanto Gana, Guiné-Bissau e Libéria estão entre os países com a maior taxa de casos de co-infecção com TUBERCULOSE e HIV por habitante.

	Gana	Guiné-Bissau	Libéria	Nigéria	Serra Leoa
Incidência total de TB (Estimativa da OMS)	4,4000	6,800	14,000	407,000	22,000
Notificações totais de TB	14,675	2,247	7,180	100,433	14,114
Taxa de Despistagem dos Casos (todas as TB combinadas)	33.4%	33.0%	51.3%	24.7%	64.2%

Tabela 1: Incidência de TB e Rastreamento de Casos em 5 dos Países Mais Afetados da CEDEAO (OMS 2017)

No entanto, com excepção da Serra Leoa, a taxa de detecção de casos (TDC) nestes países - a proporção de casos incidentes que são detectados e notificados - é mais baixa do que a média global (Tabela 1), e abaixo da barra dos 40% no Gana, Guiné-Bissau e Nigéria. A Nigéria, em particular, foi apontada como um dos três países mais duramente afectado, em que é necessário um esforço maior para melhorar a taxa de detecção de casos, a fim de alcançar os objectivos globais em termos da luta contra a tuberculose - enquanto apenas 4% da incidência global estimada de tuberculose é específica do país, isto corresponde a 8% dos casos faltando a nível mundial² - mas, ao mesmo tempo, a capacidade de diagnóstico disponível como as máquinas GeneXpert, permanece subutilizada.³

Ter em conta essas lacunas implica que os países vão além da despistagem passiva de casos (DPC) - a abordagem tradicional de despistagem da tuberculose segundo a qual a despistagem e o diagnóstico não são possíveis se os pacientes não se apresentam eles mesmos nos centros de saúde. Globalmente, há uma ênfase na necessidade de despistagem activa dos casos (DAC), que é visto como crucial para remediar o problema de despistagem dos casos. A Parceria Halte à tuberculose (Acabar com a Tuberculose) define a DAC como «os esforços especiais fornecidos pelo PNT ou outros parceiros... segundo os quais as comunidades ou grupos de populações desfavorecidas ou de mais alto risco de tuberculose são activamente contactados com o objectivo de lhes fornecer um acesso aos cuidados, e incluindo a despistagem e as análises».⁴ No entanto, a implementação em grande escala da despistagem

¹ Relatório sobre Tuberculose 2017 da OMS

² Relatório Mundial sobre Tuberculose da OMS

³ Artigo Gidado

⁴ Documento sobre os estudos de caso TB Reach

activa de casos revelou-se difícil. Um estudo recente sobre o impacto dos projectos DAC apoiados pelas duas primeiras fases do programa Parceria Halte à tuberculose (Acabar com a Tuberculose) mostrou que, embora esses projectos tenham aumentado significativamente a despistagem da tuberculose nas zonas de intervenção, na maioria dos casos não tiveram impacto sobre a notificação global de baciloscopia positiva (SS +) a nível nacional, durante ou após a intervenção.⁵

A única excepção foi um país da CEDEAO, o Benim, onde houve um aumento significativo da notificação de baciloscopia positiva + SS tanto no plano local como nacional durante a intervenção. No entanto, como os autores apontaram, «Estima-se que o custo por cada novo paciente diagnosticado por DAC [no Benim] seja superior a US \$ 4.000, com uma equipa composta por um médico e enfermeiros sendo contratados. Em outros países, o custo por caso de tuberculose detectado foi estimado em US \$ 800.

Isso ilustra o desafio dos projectos da DAC, que muitas vezes mobilizam recursos consideráveis e estão limitados a localidades e prazos bem específicos. Embora tais projectos possam gerar lições informativas sobre abordagens nacionais mais amplas à despistagem, essas lições muitas vezes não são aplicáveis em todo o país por causa da quantidade de recursos necessários.

Embora a DAC possa ser cara, é importante para os países considerarem os custos evitados realizando os diagnósticos precoces no seio das populações que estão em alto risco. Por exemplo, a OMS recomenda a DAC para as famílias em contacto com os pacientes com tuberculose embora a implementação seja insuficiente em muitos ambientes, já que a monitorização activa nas comunidades requer recursos significativos.

No entanto, os estudos de rentabilidade realizados em diferentes países, tais como Uganda e Peru, mostraram que, quando os custos evitados são levados em conta, os inquéritos sobre familiares em combinação com DPC são mais rentáveis em comparação com a DPC sozinha.⁶ Ao investir em pesquisas dentro de domicílios em contato imediato com pacientes, o que deve levar a altas taxas de diagnóstico de tuberculose, os países poderiam economizar custos associados à tuberculose não diagnosticada e não tratada.

Através de parcerias, a DAC da tuberculose também pode estar associada a outros projectos de saúde, o que permite implantar a DAC sem ser obrigado a investir em projectos complementares à parte. O exemplo mais comum é despistagem da tuberculose nas instalações de cuidados de VIH, o que se tornou uma componente chave da luta mundial contra o VIH. Existem muitos outros sectores onde uma parceria poderia potencialmente gerar grandes benefícios para a DAC – por exemplo, integrando a despistagem de TB em um programa contra a desnutrição ou diabetes.⁷ As parcerias com o sector privado de saúde também são essenciais: em muitos países, os médicos ou farmácias particulares são o primeiro elo no percurso de cuidado dos pacientes com tuberculose, mas a gestão da tuberculose no sector privado é muitas vezes fragmentada, insuficientemente controlada e de qualidade variável. Isso leva a muitas oportunidades perdidas de rastrear correctamente a tuberculose.

Além disso, por causa da falta crónica de recursos humanos no sector da saúde na maioria dos países, é irrealista e caro contar com enfermeiros e médicos para realizar DAC da tuberculose. Uma forma menos dispendiosa, mas muito prático para implantar a DAC é envolver os membros da comunidade ou os agentes de saúde não profissionais. Em Ruanda, por exemplo, quase metade dos casos suspeitos de tuberculose, e um em cada quatro casos de diagnóstico confirmado a nível nacional, são encaminhados pelos agentes comunitários de saúde como parte de sua missão mais ampla.⁹

No Paquistão, a rastreio de tuberculose por agentes de saúde não profissionais em instituições privadas, combinado com uma comunicação em massa sobre os sintomas da tuberculose, resultou em um aumento na notificação de casos de tuberculose de 3,77 para adultos e 7,32 para crianças em apenas um ano.¹⁰

Acima de tudo, é importante lembrar que não existe um modelo único de DAC. A escolha da população alvo, os algoritmos, os locais de despistagens e os diagnósticos devem basear-se numa análise aprofundada da epidemiologia nacional e dos sistemas de saúde, incluindo recursos humanos e infraestrutura comunitária / instalações. Em alguns países da CEDEAO como o Gana¹¹ e a Nigéria¹², tais estudos foram realizados e devem informar as estratégias nacionais para a detecção de casos. As abordagens da DAC mais eficazes e sustentáveis variam de acordo com o contexto, e ao investir no planeamento sólido e baseado em dados fundamentados, os programas de tuberculose podem assegurar um progresso mais rápido e sustentável para atingir os objectivos de detecção de casos.

“Ao investir em pesquisas de contacto com membros da família, os países poderiam economizar os custos associados à tuberculose não diagnosticada e não tratada.”

⁵ Estudo Koura

⁶ Estudo Shah, Estudo Sekandi

⁷ <http://sciencespeaksblog.org/2017/08/09/study-screening-malnourished-children-for-tb-in-high-burden-countries-would-boost-detection/>

⁸ Jeon et al https://www.cap-tb.org/sites/default/files/documents/Bidirectional%20screening%20for%20DM%20and%20TB.systematic%20review_0.pdf

⁹ <http://www.afro.who.int/news/rwanda-employs-stringent-measures-significantly-decline-tb-incidences>

¹⁰ Khan 2012

¹¹ Ohene 2017 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5709967/>

¹² https://www.researchgate.net/publication/301298611_Impact_of_community_based_tuberculosis_care_interventions_on_TB_Case_detection_in_Nigeria_-_What_works_and_what_does_not

Nigéria e o diagnóstico de tuberculose pelo GeneXpert: explorando e respondendo aos desafios

GeneXpert tem o potencial de revolucionar o diagnóstico da tuberculose. Mas para alcançar seu potencial máximo, são necessárias estratégias específicas ao contexto para garantir a funcionalidade total, apesar de condições externas menos favoráveis.

Por Paula Akugizibwe

A adoção em 2010, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), da ferramenta de diagnóstico para tuberculose GeneXpert como teste de primeira linha foi saudada como um passo importante na resposta global contra a tuberculose.¹³ GeneXpert prometeu um diagnóstico mais rápido e mais preciso da tuberculose e suas formas fármaco-resistentes (resistente aos medicamentos) ao nível de centro de saúde, bem como a transição da microscopia para uma tecnologia molecular avançada. No entanto, sua implementação teve muitos problemas, e estudos realizados em vários países da África têm mostrado que o impacto sobre a mortalidade não é tão grande quanto esperado.¹⁴

O teste foi desenvolvido rapidamente no mundo inteiro, e em 2016, todos os países membros da Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO) haviam adquirido as máquinas e cartuchos Xpert. A Nigéria¹⁵, classificada em 7º na lista mundial dos países mais atingidos, adquiriu mais de meio milhão de cartuchos. Em maio de 2017, o Governo Federal da Nigéria afirmou que tinha implantado 185 máquinas em todo o país, pessoal formado, e estabeleceu um plano de manutenção para as máquinas, bem como sistemas para a gestão da cadeia de suprimentos/logística, Supervisão e Monitorização e Avaliação.¹⁶

Apesar deste planeamento pelo Programa Nacional de Tuberculose e Lepra (PNLTL), a Nigéria – assim como muitos países em via de desenvolvimento – está a enfrentar grandes deficiências no sistema de saúde que afectaram o desenvolvimento do Xpert.

Um estudo publicado em março de 2018, com base em dados recolhidos a partir de 52.219 testes realizados em 2015, demonstrou que as máquinas Xpert foram subutilizadas, e que entre os testes realizados, 11% não tiveram sucesso devido a erro de resultado, resultado inválido, ou falta de resultados (Gidado et al 2018¹⁷). A taxa de erro do resultado em especial foi particularmente elevada em 5,7%, no que diz respeito aos cuidados de saúde primários, embora, como salientado pelos autores, o fabricante do Xpert alertou para o facto de que “uma taxa de erro cumulativa superior a 5% é inaceitável e deve ser analisada e resolvida imediatamente”.

“Os erros técnicos são frequentemente associados a erros humanos, - e foram encontrados em todas as categorias de funcionários nos níveis primário, secundário e terciário.”

GeneXpert pode detectar a presença da TB em menos de duas horas, comparado com as 48 horas necessários para detectar através de exame microscópico de esfregaços de expectoração (exame de escarro).

A tecnologia é mais sensível que a microscopia especialmente em pacientes imuno-comprometidos. Xpert também pode detectar resistência à rifampicina, um tratamento de primeira linha em cepas da TB. A resistência à rifampicina serve como substituto para a tuberculose multirresistente (TBMR) - um diagnóstico que, caso contrário, levaria várias semanas se fossem usados testes convencionais, período durante o qual o estado do paciente poderia se deteriorar e ele poderia transmitir a cepa resistente a outros membros da comunidade.

O estudo mostrou que 69% das causas subjacentes de erro de resultado foram devidas a erros técnicos. Os erros técnicos são frequentemente associados a erro humano devido à não conformidade com os protocolos e foram identificados em todas as categorias de profissionais de cuidados primários, secundário e terciário. Embora o PNLTL tenha investido muito em formação para a implementação do Xpert, os autores apontaram que as altas taxas de perda de profissionais de saúde no sector público deixam os testes Xpert para uma equipa menos experiente. Manter e fortalecer a capacidade do PNLTL é, portanto, crucial, e requer que se levem em conta as altas taxas de rotatividade de pessoal.

¹³ http://www.who.int/tb/features_archive/new_rapid_test/en/ . Accés le 24 Mai 2018

¹⁴ <https://academic.oup.com/trstmh/article/110/8/432/2427525> . Accés le 24 Mai 2018

¹⁵ <http://apps.who.int/tb/laboratory/xpertmap/> . Accés le 24 Mai 2018

¹⁶ <https://naca.gov.ng/2017/05/government-nigeria-deploys-185-genexpert-machines-across-country/> . Accés le 24 Mai 2018

¹⁷ Gidado M, Nwokoye N, Nwadike P, et al. Unsuccessful Xpert® MTB/RIF results: the Nigerian experience. Public Health Action. 2018;8(1):2-6. doi:10.5588/pha.17.0080.

Outras causas de erro incluem factores ambientais externos, como as altas temperaturas e poeira. Embora a melhoria da manutenção de frigoríficos e de ar condicionado seja necessário, mesmo ajustes menores, como garantir espaço suficiente entre a máquina Xpert e a parede, podem ajudar a regular a temperatura. Uma rede de energia instável é um problema encontrado em todos os níveis de atenção. Um maior investimento no fornecimento de electricidade sustentável é urgentemente necessário - problema não específico do programa da tuberculose. Como muitos outros problemas identificados, Isso destaca as limitações incorridas durante a implantação de tecnologias avançadas nos sistemas de saúde fracos.

Os desafios descritos no artigo de Gidado não são exclusivos da Nigéria, e foram identificados em muitos outros países nos estágios iniciais de implantação do Xpert. Uma lição fundamental que foi retida pelos autores é a necessidade de olhar além do

“Uma lição importante a lembrar é a necessidade de olhar além do simples acesso ao Xpert como o único indicador de sucesso.”

simples acesso ao Xpert como o único indicador de sucesso. Despistar e reduzir a taxa de testes fracassados, que não oferecem nenhum benefício para o paciente e perdem recursos preciosos, é tão importante quanto incentivar o uso do Xpert. Os autores recomendam que “o PNLTL e os doadores devem priorizar a implementação de estratégias para melhorar a funcionalidade das máquinas Xpert na instalação de novas máquinas.”

Finalmente, é importante notar que os ganhos prometidos pela ampliação do uso do Xpert não podem ser alcançados sem um esforço maior em todas as áreas de tratamento

da tuberculose. Vários estudos realizados nos ambientes mais afectados, incluindo a Nigéria, mostraram que, mesmo quando os resultados dos testes foram tratados com sucesso, o Xpert não melhorou significativamente a sobrevivência do paciente, apesar do diagnóstico mais precoce.¹⁸ No entanto, seu impacto limitado sobre a mortalidade é muitas vezes devido a factores além do escopo das actividades de diagnóstico.

Como Pai et al comentou no início deste ano: “O objectivo de um teste de diagnóstico da tuberculose consiste em identificar rapidamente e com precisão os pacientes com tuberculose. Uma vez feito isso, outros factores tornam-se mais importantes, por exemplo, que tratamento é iniciado e porquê Essas etapas de cuidado em cascata geralmente são insuficientes em muitos ambientes. Neste caso, é normal esperar que um teste de tuberculose salve vidas?”¹⁹. Portanto, é essencial que as respostas à TB não se concentrem em uma única inovação, mas trabalhem globalmente para fortalecer toda a cascata de cuidados, desde a prevenção passando pela descoberta activa de casos até a conclusão do tratamento.

¹⁸ Akanbi MO, Achenbach C, Taiwo B, et al. Evaluation of gene xpert for routine diagnosis of HIV-associated tuberculosis in Nigeria: A prospective cohort study. BMC Pulmonary Medicine. 2017;17:87. doi:10.1186/s12890-017-0430-6.

¹⁹ Pai M, Schumacher SG, Abimbola S. Surrogate endpoints in global health research: still searching for killer apps and silver bullets?BMJ Glob Health 2018;3:e000755. doi:10.1136/bmjgh-2018-000755

Sistemas de Informação sobre a Saúde

Reforço da análise e índices recolhidos para o RMNCAH (SRMNIA) na África Ocidental e Central



A disponibilidade de informação sanitária de qualidade requerida em todo o espaço CEDEAO, e a sua acessibilidade a todos os níveis dos sistemas de saúde continua a ser uma das principais prioridades da OOAS. Reconhecendo as fracas capacidades institucionais dos sistemas nacionais de informação sanitária para gerar e compartilhar as informações necessárias, a OOAS está empenhada em expandir as parcerias para reforçar as capacidades técnicas e organizacionais dos referidos sistemas.

É assim que no primeiro trimestre de 2018, em colaboração com a OMS, UNICEF, UNFPA e o projeto Countdown to 2030 for Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health, a OOAS lidera a implementação da Iniciativa Regional para Reforço das Capacidades em Análise de Dados de Saúde Reprodutiva, a OOA lidera a implementação da Iniciativa Regional para Reforço das Capacidades em análise de dados sobre Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal, Infantil e Nutricional (SRMNIA & N) na África Ocidental e Central. O objectivo geral da iniciativa é 1) reforçar a evidência para apoiar os programas da SRMNIA por meio de estudos em vários países, 2) reforçar as capacidades dos países e instituições regionais na análise de dados de pesquisas e outros tipos de análise, bem como na interpretação e comunicação de resultados para os decisores políticos.

Uma reunião com a finalidade de reforçar a capacidade dos participantes para analisar os dados do programa SRMNIA teve lugar no Senegal em março. Representantes dos ministérios da saúde, instituições de saúde pública e do meio académico dos 15 países da CEDEAO e dos cinco países da África Central se reuniram. Os participantes conduziram suas próprias análises baseadas em dados EDS (Inquéritos Demográficos de Saúde) /MICS (inquéritos de indicadores múltiplos) dos seus respectivos países. Eles contextualizaram a interpretação dos resultados, ligando os dados de baixa cobertura a lacunas nos serviços ou programas de saúde, e ganharam experiência com ferramentas como StatCompiler e HeatPlus.

Antes da próxima reunião, os participantes compilarão dados do sistema e instalações de saúde dos seus respectivos países. Espera-se que ao fim de duas sessões de trabalho (orientação, formação e assistência), os participantes serão capazes de produzir:

- Uma análise comparativa do perfil dos países sobre as desigualdades na SMNIA tocando em três dimensões: o bem-estar, o local de residência (urbano-rural) e as regiões administrativas
- As análises para a elaboração de artigos científicos conjuntos focalizando-se em três temas: (1) a análise comparativa das desigualdades socioeconómicas (2) as desigualdades a nível regional em cada país (3) as desigualdades na SMNIA por residência (capital, urbano, rural).

O projecto continuará em 2019 com outros componentes e outras iniciativas para reforçar a produção de evidências estão a ser desenvolvidas.



O documento foi produzido pela Organização Oeste Africana da Saude (OOAS).

A OOAS, instituição da CEDEAO especializada em assunto de saúde, foi criada em 1987 com a sede em Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

175, Av. Ouezzin COULIBALY

01 BP 153 Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

Email: wahooas@wahooas.org | wahooas@fasonet.bf

 <https://facebook.com/ooaswaho/>

 @OoasWaho