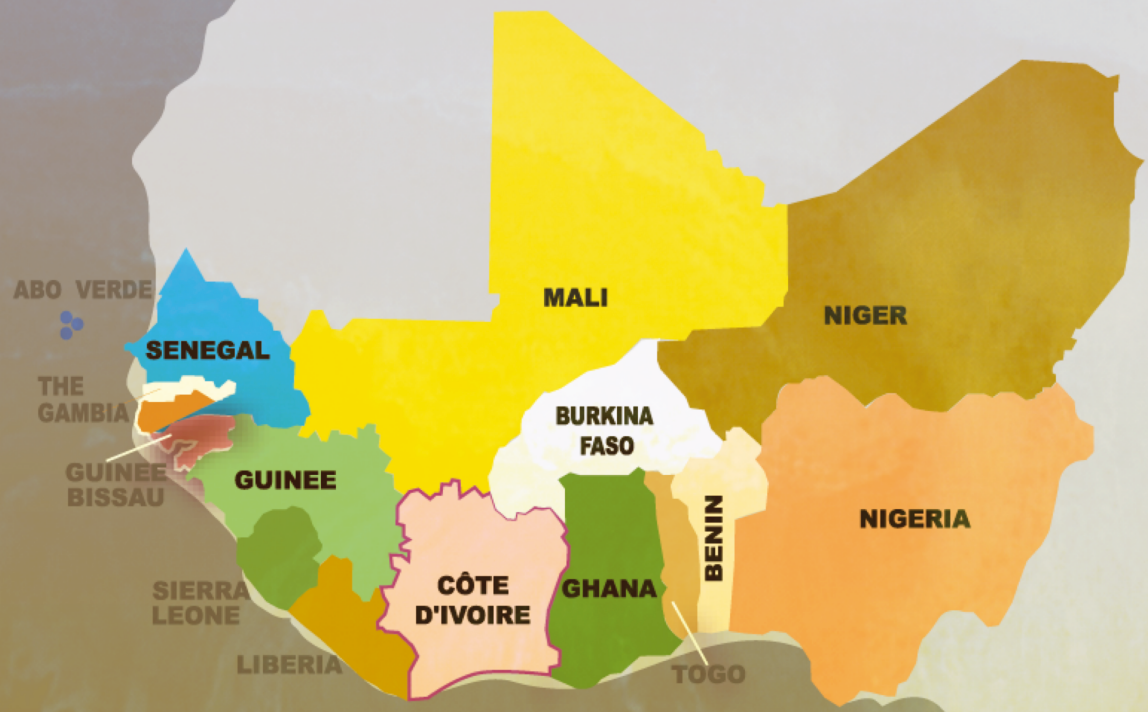
ORGANISATION OUEST AFRICAINE DE LA SANTE (OOAS)



PROFILE OOAS

2009

Participaram na elaboração deste documento:

Director de publicação
Director Geral da OOAS

Coordenação técnica
- DGA /OOAS,
- DDRSIS
- DPAT

Redacção
- DGA/OOAS
- DRSIS/OOAS
- DPAT/OOAS
- Membros do Comité Técnico para a Gestão da Informação Sanitária da OOAS,
- Profissionais encarregues dos programas prioritários de saúde (VIH, Palu/TB, SMI),
- Profissional encarregue da comunicação à OOAS,
- Assistente Técnico da parceria OOAS/ WA_LEAD
- Estagiário da *Columbia University* ProjetoAMDD

PREFÁCIO

Em 2009, nós tomávamos o compromisso de fazer publicar regularmente um documento sobre o «PERFILSANITÁRIO DOS PAÍSES DA CEDEAO ». A aposta é realizada com a publicação do presente número cujo conteúdo se assenta sobre os dados sanitários do ano 2009.

Instituição especialisada da CEDEAO para as questões de saúde, a OOAS desejaria, através desta publicação assumir a sua missão de assegurar a disponibilidade de informações pertinentes para ajudar à tomada da decisão de todos os utentes em geral e mais precisamente a comunidade dos decisores políticos e dos profissionais da saúde.

Não há mais necessidade de tecer longos comentários sobre a importância da informação no domínio da saúde, tanto é evidente que ela acompanha eficazmente as acções diversas em termos de prevenção e da gestão das doenças para o melhor estar das populações.

Eis porque estamos todos interpelados na animação desta obra, cujo alvoé de facilitar um conhecimento aprofundado das realidades sanitárias do nosso espaço comum.

A realização da edição 2009parece já estar na boa via por causa da forte participação dos países da CEDEAO que nos valeu de dispor de um conteúdo mais abundante.

A publicação das informações sanitárias do ano 2009 se assenta sobre uma compliação e um controlo de qualidade dos dados, saídos da partilha das informações entre os países e a OOAS. As informações pormenorizadas disponíveis no documentodizem respeito ao perfil demográfico, ao estado de saúde da população, enfim ao desempenho do sistema de saúde.

Como o desejei aquando da publicação da edição 2008, formulo votos por que este documento esteja à altura das nossas aspirações em termos de intercâmbio de informações que permitam tomar decisões eficazes em prol das populações e também que sirva como uma plataforma que permita um melhor conhecimento do estado do nosso espaço, com o fim de favorecer acções vigorosas e concretas em prol das comunidades.

Através da minha pessoa,a OOAS reitera o seu compromisso a prosseguir esta obra e dirige os seus agradecimentos aos diferentes contribuidores cujo esforço está hoje coroado pela publicação do presente documento.

Dr.Plácido Monteiro CARDOSO
Director Geral da OOAS

Introdução

O « PerfilSanitário dos Países da CEDEAO» do qual a Instituição regional acaba de assegurar a segunda publicação, é o fruto de um longo processo caracterizado por um certo número de várias etapas importantes.

A pedido da Organização Oueste Africana da Saúde, os diferentes países da CEDEAO,através dos responsáveis nacionais da informação sanitária (SNIS), disponibilizaram as informações sobre a base de indicadores préviamente identificados pela OOAS.

Os dados recolhidos permitiram uma compilação e um controlo de qualidade antes de ser verificados e validdados pelos países através dos responsáveis nacionais de SNIS e aqueles da vigilância integrada das doenças e ripostaàs epidemias (VIDR).

Após análise aprofundada, umaequipa pluridisciplinar composta dos membros do Comité Técnico para a Gestão da Informação Sanitária no seio da OOAS, os Coordenadores dos programas prioritários de saúde (VIH, Palu/TB, SMI), oProfissional responsável pela Comunicação, os dois Assistentes Técnicos da parceria OOAS/AMDD e WA_LEAD, a Directora Geral Adjunta e o Director do Planeamento e da Assistência Técnica da OOAS procederam à finalização do documento, antes do seu envio à impressão.

O « Perfil Sanitário dos Países da CEDEAO» edição 2009,é antes de mais o produto de um trabalho de equipa, consensual et dinâmico cuja exemplaridade cabe saudar aqui. O conteúdo continua na lógica damelhoria das informações a publicar bem como da qualidade dos dados recebidas das fontes.

Odocumentoé composto de 6 partes:

- Informações demográficas;
- Situação do financiamento dos sistemas de saúde no espaço CEDEAO;
- Informações sobre a saúde da mãe e da criança;
- Informações sobre as doenças transmissíveis prioritárias;
- A disponibilidade dos serviços de cuidados e dos recursos humanos em saúde;
- O desempenho dos sistemas nacionais da informação sanitária.

I. INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS

As informações sobre a população em 2009 estãobaseadas sobre as estimativas feitas a partir dos anos doúltimo recenseamento geral da população em cada país (ver Quadro 1).
Constata-se que os anos doúltimo recenseamento variam entre 1981 (Togo) e 2010 (Cabo Verde). As taxas de crescimento são tomadasa partir deste último recenseamento.

O crescimento populacionalé diferente entre os países: países comoo Benim, o Burkina Faso, a Guiné e o Níger apresentam taxas de crescimento superioresa 3%. O Cabo Verde e a Serra Leoa têm taxas inferiores a 2%.

Quadro1.1: População da CEDEAO

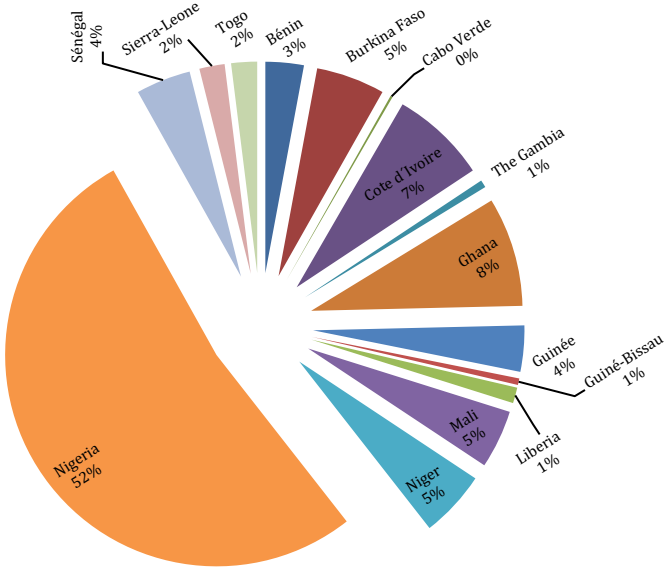
País	Ano doúltimo recenseamento do país	Taxa de crescimento demográfico, %	População estimada em 2009		
			População total	Proporção da população por país, %	Porcentagem da população feminina
Benim	2002	3,3%	8.497.827	2,9%	51,1%
Burkina Faso	2006	3,1%	15.224.780	5,3%	51,7%
Cabo Verde	2010	1,2%	491.575	0,2%	50,5%
Cote d´Ivoire	1998	2,8%	21.254.405	7,3%	52,0%
AGambia	2003	2,7%	1.673.603	0,6%	50,6%
Ghana	2000	2,7%	24.252.438	8,4%	50,5%
Guiné	1996	3,1%	10.217.591	3,5%	51,0%
Guiné-Bissau	2009	2,5%	1.449.230	0,5%	51,5%
Libéria	2008	2,1%	3.476.608	1,2%	50,0%
Mali	1998	2,2%	12.958.391	4,5%	51,0%
Níger	2001	3,3%	14.825.071	5,1%	50,1%
Nigéria	2006	2,8%	152.096.201	52,5%	49,9%
Senegal	2002	2,6%	12.158.437	4,2%	50,6%
Serra-Leoa	2004	1,8%	5.607.930	1,9%	51,1%
Togo	1981	2,4%	5.731.720	2,0%	51,0%
CEDEAO		2,6%	289.915.807		50,4%

Fontes : SNIS País

Em 2009 a população do espaço CEDEAO ficou estimada em perto de 290 milhões de habitantes. A Nigéria, por si só, representa 52,5% da população da CEDEAO. O Cabo Verde, a Guiné-Bissau e a Gambiarepresentam respectivamente 0,2%, 0,5% e 0,6% da população da CEDEAO.

Em quase todos os países da CEDEAO, a população feminina representa uma maioria relativa (50% e mais).

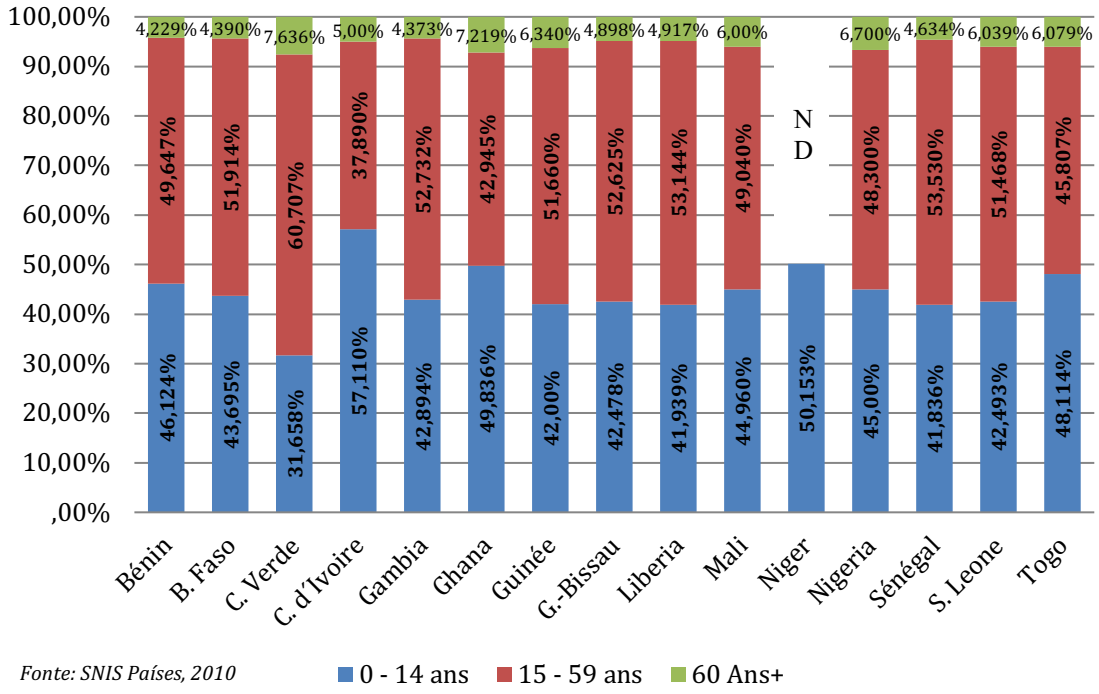
Gráfico 1.1: Propoporção da população da CEDEAO por país



Fonte: SNIS Países, 2010

A população de menos de 15 anos representamais de 40% em quase todos os paísescom excepção do Cabo Verde (31,7%). A população adulta, com a idade de 60 anos e mais, representa um pêso insignificante na estrutura demográfica de todos os países da região, variando entre 4,2% e 7,6%. O Cabo Verde e o Ghana têem as mais elevadas proporções nesta faixa etária.

Gráfico 1.2: Proporção da população por faixa etária, 2009



Fonte: SNIS Países, 2010

II. A SITUAÇÃO DE FINANCIAMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE NO ESPAÇO CEDEAO

Segundo as informações disponíveis, a parte do orçamento de Estado dotada à saúde em cada país membro da CEDEAO é inferior aos objectivos de 15% sugeridos pela Declaração de Abuja. O Ghana e o Senegal atingiram o nível de 10%, ao passo que a Côte d´Ivoire, a Nigéria e o Togo acusaram on mais baixos níveis (4,4% - 5%).

Quanto à despesa geral pública de saúde como porcentagem das despesas estatais de saúde, constata-se que as contribuições dos Estados para o orçamento total da saúde não cobre as despesas totais de saúde, o que gerauma situação de dependência de recursos externos.

Quadro 2.1. Informações sobre o financiamento dos sistemas de saúde, 2009

País	Parte doorçamento nacional dotada à saúde	Despesageral pública de saúde como porcentagem dadespesa total de saúde	Porcentagemde ajuda exterior ao orçamento da saúde
Benim	6,1%	21,0%	26,8%
Burkina Faso	9,5%	49,3%	50,7%
Cabo Verde	ND	ND	ND
Cote d´Ivoire	4,4%	17,0%	13,0%
AGambia	9,0%	-	-
Ghana	11,5%	41,5%	22,8%
Guiné	6,0%	3,0%	-
Guiné-Bissau	ND	ND	ND
Libéria	7,0%	15,0%	47,0%
Mali	6,7%	11,3%	17,0%
Níger	9,4%	33,1%	46,4%
Nigéria	5,0%	-	-
Senegal	10,3%	90,6%	-
Serra-Leoa	9,0%	19,0%	11,5%
Togo	5,0%	-	-

Fonte: SNIS países, 2010

III. INFORMAÇÕES SOBRE A SAÚDE DA MÃEE DA CRIANÇA NO ESPAÇO CEDEAO

3.1. Informações sobre a mortalidade materna e das crianças

Mortalidade materna

Os dados comentados aqui dizem respeito a anos muito variados: de 1998 (Togo) a 2009 (Benim, Cabo Verde). A situação realpode ter portanto evoluido nos países. Contudo os níveis de mortalidade materna continuam sempre preocupantes (Tabela 3.1).

Amais baixa taxa de mortalidade se observano Cabo Verde em 2009 (53,7 óbitos maternos para100.000 NV) e a mais elevada na Libéria em 2007 (994/100.000 NV) ver gráfico 3.1.

Comparados aos alvos dos OMD em 2015, todos os países ainda têm enormes esforços a fazer para a redução da mortalidade materna no espaço.

Mortalidade neonatal

Os dados comentados aqui para esteindicador dizem respeito a anos variados: de 2003 (Burkina Faso) a 2009 (Benim, Cabo Verde). A situação realpode ter portanto evoluído no período interveniente.Não obstante, a taxa de mortalidde neonatal (TMN) no espaço CEDEAO continua a ser uma preoccupação maior.Cabe notar que os dados da Gambiae da Guiné Bissau não são disponíveis.
O Cabo Verde em 2009 teve a mais baixa TMN (13,7 óbitos de recém-nascidos para 1000 NV) e a mais elevada se observa no Mali em 2006 (46/1000).

Mortalidade infantil

Os dados sobre a mortalidade infantil dizem respeito a anos variados: de 2003 (Gambia) a 2009 (Benim, Cabo Verde). A situação real pode ter portanto evoluído no período interventiente. Não obstante, a taxa de mortalidade infantil (TMI) no espaço CEDEAO continua a ser uma grande preocupação.
A tendência observada aqui éidêntica àquelas precedentes:
O Cabo Verde em 2009 acusa a mais baixa TMI (20,1 óbitos de crianças de menos de um ano para 1000 NV) e a mais elevada se observa na Guiné Bissau em 2006 (138/1000).

Mortalidade infanto-juvenil (0-5 anos)

Os anos dos dados sobre a taxa de mortalidade das crianças de menos de cinco anos (TMM5) são idênticos àqueles da Taxa de Mortalidade Infantil.
Amais elevada TMM5 é de 223/1000 NV(Guiné Bissau em 2006) e a mais baixa de 23,7/1000 (Cabo Verde em 2009).
O nível médio a atingir em 2015 segundo os OMD para a região é de 67/1000. As informações do Quadro 3.1, mostram que o Cabo Verde, seguido da Nigéria, são os dois países os mais avançados rumo ao alcance das metas fixadas no quadro dos OMDs.

Proporção das crianças de menos de cinco anos com um peso inferior para a idade (%)

Os dados disponíveis para este indicador vão de 2005 (Senegal) a 2009 (Benim, Burkina Faso, Níger, Togo). Para três países (Cabo Verde, Côte d'Ivoire e a Gambia) este indicador não foi completado.
A malnutrição nas crinças de menos de cinco anos parece agravar de modo mais acentuado no Mali em 2006 (32%) e menos no Níger em 2009 (6,2%). Afonte dos dados de todos os países

provêem dos inquéritos populacionais ao passo que no caso do Níger trata-se do SNIS. Contudo o inquérito EDS 2006 no Níger regista 44% para ainsuficiência ponderal.

Quadro 3.1. Mortalidade materna e das crianças de menos de 5 anos por faixa etária por país

País	Mortalidade materna (por 100.000 NV)			Mortalidade neonatal (por 1000 NV)		Mortalidade infantil (por 1000 NV)		Mortalidade das crianças de menos de 5 anos (por 1000 NV)			Crianças de menos de 5anos com um peso inferior àidade, %	
	Valor	Ano	2015*	Valor	Ano	Valor	Ano	Valor	Ano	2015*	Valor	Ano
Benim	397	2009	248	32	2009	67	2009	125	2009	61	23,0%	2009
Burkina Faso	307,3	2006	233	31	2003	91,7	2006	141,9	2006	67	31,4%	2009
Cabo Verde	53,7	2009	ND	13,7	2009	20,1	2009	23,7	2009	21	ND	
Cote d´Ivoire	543	2005	203	41	2005	86	2005	125	2005	50	ND	
AGambia	730	2001	275	ND	ND	75	2003	99	2003	51	ND	
Ghana	451	2007	185	30	2008	50	2008	80	2008	39	14,0%	2008
Guiné	980	2005	400	40	2007	91	2005	163	2005	77	21,0%	2008
Guiné-Bissau	405	2006	228	DN		138	2006	223	2006	80	23,4%	2006
Libéria	994	2007	140	38	2007	71	2007	110	2007	73	19,0%	2007
Mali	446	2006	300	46	2006	96	2006	191	2006	83	32,0%	2006
Níger	648	2006	300	33	2006	81	2006	198	2006	102	6,2%	2009
Nigéria	545	2008	250	40	2008	75	2008	88	2008	77	23,1%	2008
Senegal	401	2005	300	35	2005	61	2005	121	2005	50	17,0%	2005
Serra-Leoa	857	2008	450	36	2008	89	2008	140	2008	93	21,1%	2008
Togo	478	1998	160	39	2006	77	2006	123	2006	50	16,7%	2009

Fonte: SNIS, países

(*) Valor esperado em 2015 segundo os OMD

Gráfico 3.1: Mortalidade materna (para 100.000 NV) por países da CEDEAO

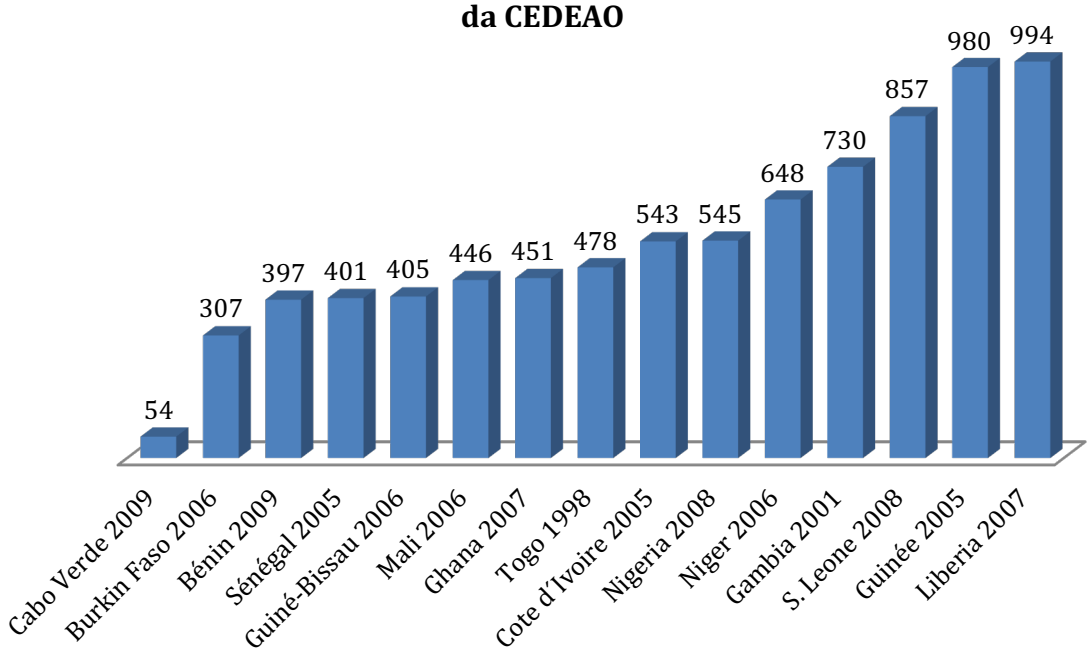
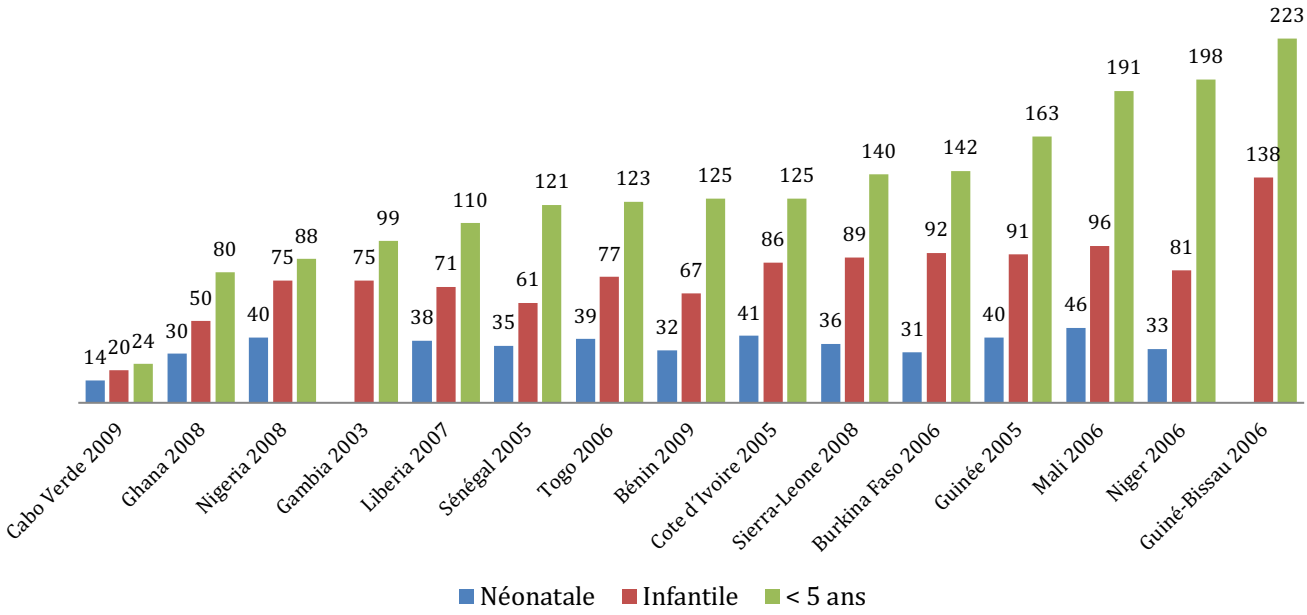


Gráfico 3.2: A mortalidade neonatal, infantil e das crianças < 5 anos por país no espaço CEDEAO



À luz das informações do gráfico 3.2, constata-se que noespaço CEDEAO, na média 50% das crianças de menos de um ano que morrem são recém-nascidos. Esta proporção varia de 34% no

Burkina Faso a 68% no Cabo Verde.De igual modo 31% das crianças com idade de menos de cinco anos que morrem são recém-nascidos com variações que vão de 17% no Níger a 58% no Cabo Verde. Enfim de um modo geral, 63% das crianças de menos de 5 anos quemorrem constituem crianças de menos de um ano com para extremos41% (Níger) e 85% (Cabo Verde e a Nigéria). Esta cifra mostra sobre quais faixas de idade concentrar as intervenções para melhorar de modo significativo a sobrevivência da criança.

3.2. Informações sobre autilização dos serviços de saúde e a prevenção das doenças no meio das crianças

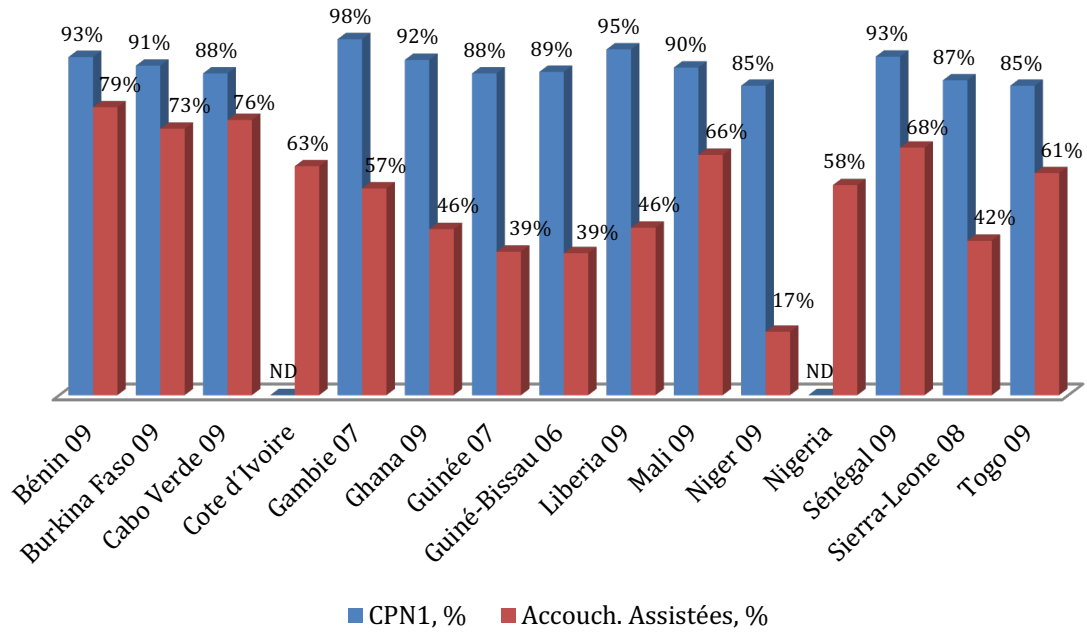
ConsultaPré-natal (CPN)

De um modo geral, a taxa de utilização dos serviços de CPN é quase em toda parte superior a 80% com extremos de 85% (Níger e Togo em 2009) e 95% (Libéria em 2009) e uma média de 90% (verQuadro 3.2 eGráfico 3.3). A Côte d´Ivoire e a Nigéria não forneceram estas informações.

Partos assistidos

Acobertura empartos assistidos no espaço CEDEAO varia muito, indo de 17% no Níger em 2009 a 79% no Benim em 2009, com uma média de 55% para a região (ver Quadro 3.2 e Gráfico 3.3). Algumas variações importantes se observam entre a consultan pré-natal (CPN1) e o parto assistido. Esta variação é por exemplo de 68 pontos no Níger. Isto provoca, no seu todo o problema da acessibilidade, da continuidade e da qualidade dos serviços oferecidos às populações.

Gráfico 3.3: Utilização dos Serviços Pré-natais (CPN1) e os Partos Assistidos no espaço CEDEAO



Quadro 3.2: Informações sobrea utilização dos serviços pré-natais, partos assistidos, cezarianas, PF e PTMC

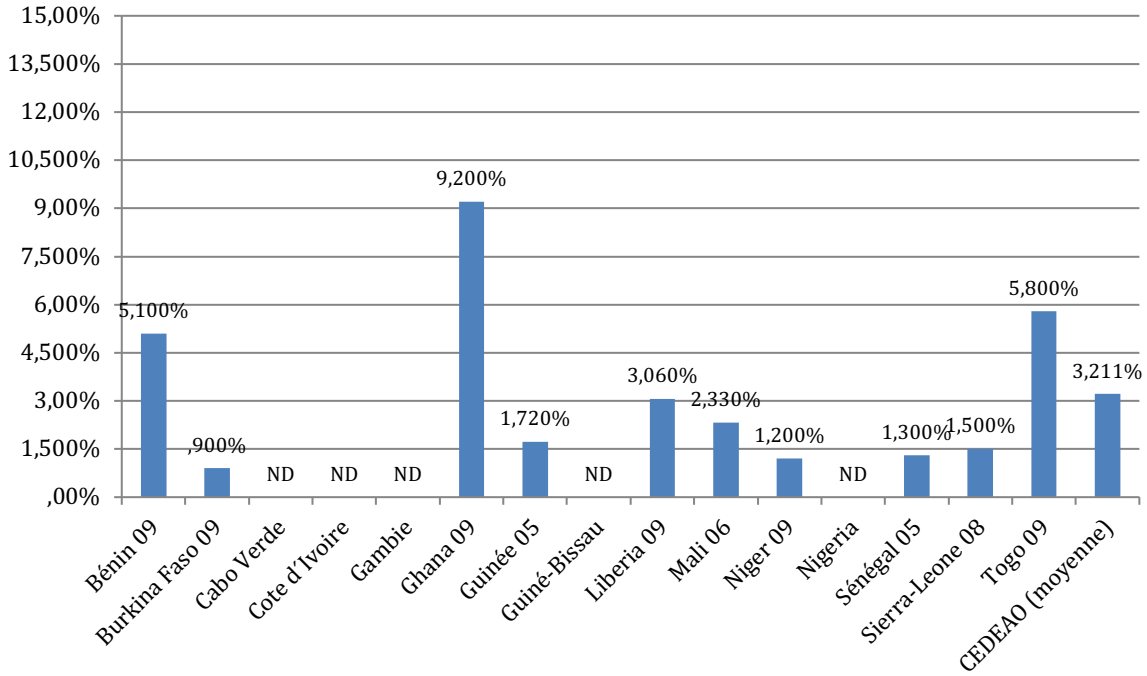
	Taxade utilização dos serviços de CPN(CPN1) %		Porcentagem de partos assistidos		Porcentagem das cezarianas		Taxa de prevalência contraceptiva, %		Necessidades não satisfeitas em PF, %		Cobertura antiretroviral para a PTMC	
Benim	93%	2009	79%	2009	5,1%	2009	21%	2009	ND	ND	46%	2009
Burkina Faso	91%	2009	73%	2009	0,9%	2009	27%	2009			85%	2009
Cabo Verde	88%	2009	76%	2009	ND	ND	32%	2009	ND	ND	ND	ND
Cote d´Ivoire	ND	ND	63%	2008	ND	ND	7%	2008	29%	2006	62%	2008
Gambia	98%	2007	57%	2006	ND	ND	18%	2001	30%	1990	43%	2009
Ghana	92%	2009	46%	2009	9,2%	2009	31%	2009	35%	2008	22%	2009
Guiné	88%	2007	39%	2007	1,7%	2009	9%	2005	21%	2005	0%	2010
Guiné-Bissau	89%	2006	39%	2006	ND	ND	10%	2006	25%	2006	ND	ND
Libéria	95%	2009	46%	2009	3,1%	2009	11%	2009	36%	2007	15,0%	2009
Mali	90%	2009	66%	2009	2,3%	2009	7%	2006	31%	2006	ND	ND
Níger	85%	2009	17%	2009	1,2%	2009	16%	2009	ND	ND	82,6%	2009
Nigéria	ND	ND	58%	2008	ND	ND	15%	2008	20%		ND	ND
Senegal	93%	2009	68%	2009	1,3%	2005	10%	2005	34%	2005	43,5%	2009
Serra-Leoa	87%	2008	42%	2008	1,5%	2008	8%	2008	28%	2008	ND	ND
Togo	85%	2009	61%	2009	5,8%	2009	7%	2009	40%	2006	ND	ND
CEDEAO	90%		55%		3,2%		15%		30%		44,5%	

Taxa de cezarianas

Para cinco países da região (Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Gambia, Guiné-Bissau, Nigéria) os dados não são disponíveis. O Burkina Faso em 2009 acusou a mais baixa taxa (0,9%) e o Ghana em 2009 registou a mais elevada taxa (9,2). A média regional éde 3,2% (Quadro 3.2 e Gráfico 3.4).

A taxa das cezarianas, segundo as recomendações da OMS deve se situar entre 5% (mínimo) e 15% (máximo).Três países atingiram o nível mínimo. Mas nenhum país chegou ao limite máximode cezarianas esperadas.

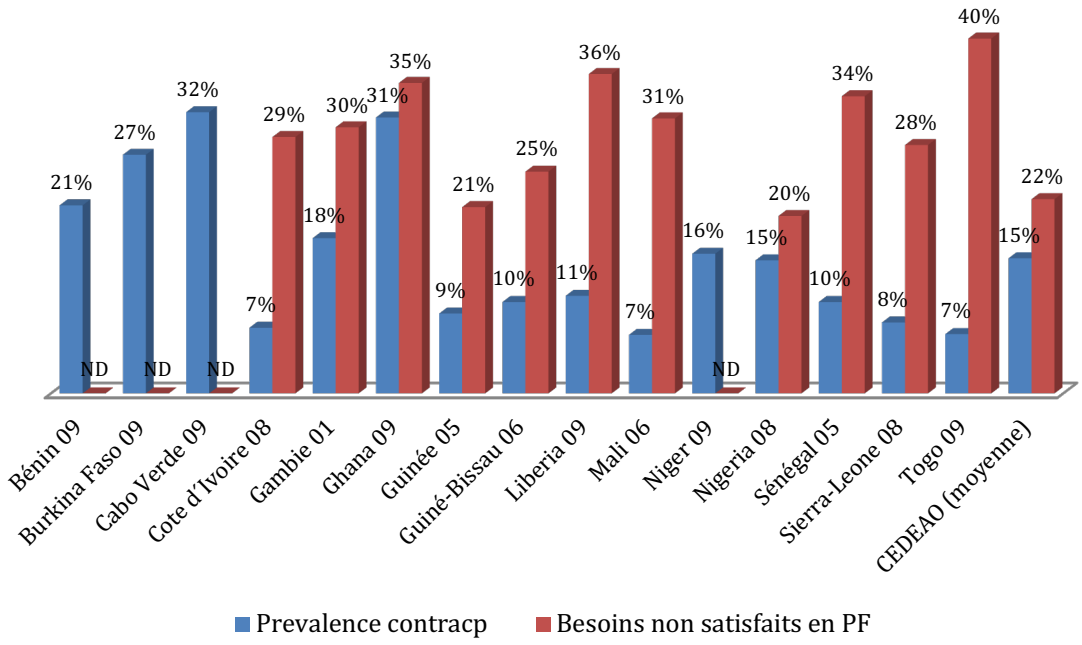
Gráfico 3.4: Taxa de cezarianas nos países da CEDEAO, %



Prevalência contraceptiva e necessidades não satisfeitas em planeamento familiar (PF)

Ela vai de 7% (Côte d'Ivoire em 2008, Mali em 2006, Togo em 2009) a 32% (Cabo Verde em 2009) com uma média de 15% para a região (Quadro 3.2 e Gráfico 3.5). Ao mesmo tempo as necessidades não satisfeitas em PF vão de 20% (Nigéria) a 40% (Togo em 2006) com uma média de 30%. Assim uma mulher em idade de prociar sobre três não chega a aceder aos serviços de PF. Cabe notar que a completude destes dados fica insatisfeita e para aquelas obtidas os anos variam largamente (1990 a 2009).

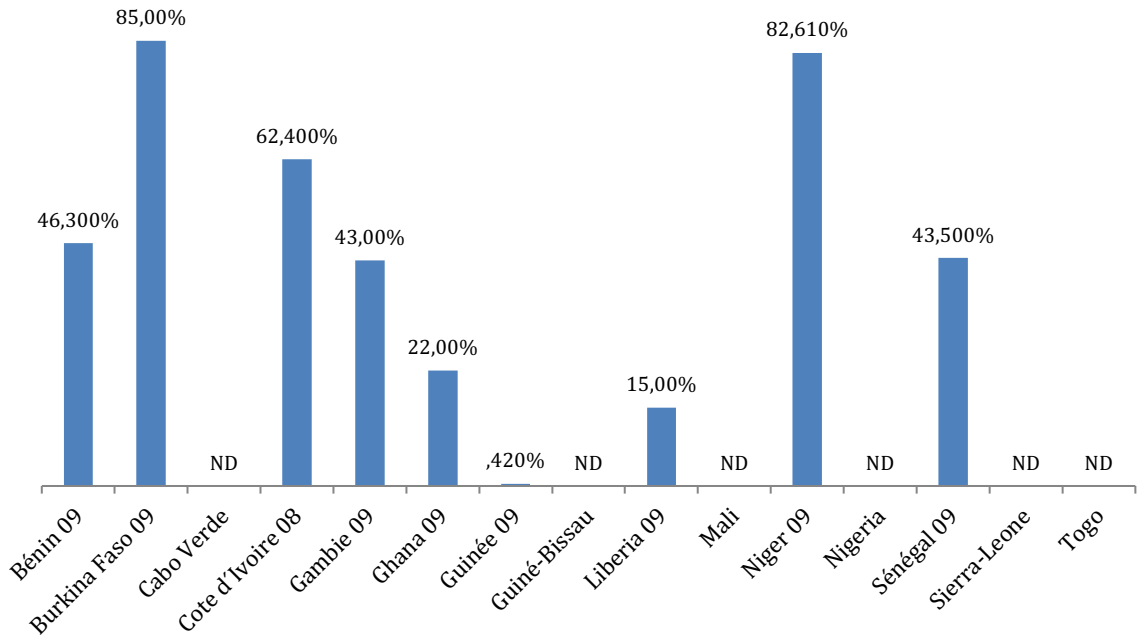
Gráfico 3.5: Prevalência contraceptiva e necessidades não satisfeitas em PF no espaço CEDEAO



Cobertura antiretroviral (ARV) em PTMC

Para o Cabo Verde, a Guiné-Bissau, o Mali, a Nigéria, a Serra Leoa e o Togo esta informação não é disponível (Quadro 3.2 e Gráfico 3.6). Para os países que forneceram esta informação, ela varia de 15% (Libéria em 2009) a 85% (Burkina Faso em 2009) com uma média de 44,5%. Isto mostra o esforço que resta a fazer para assegurar o acesso universal em ARV para as mulheres grávidas seropositivas ao VIH na região.

Gráfico 3.6: Cobertura ARV às mulheres grávidas (PTMC) nos países da CEDEAO, %



Quadro 3.3: Utilização dos mosquiteiros impregnados de insecticida (MII) e a cobertura vacinal das crianças no espaço CEDEAO

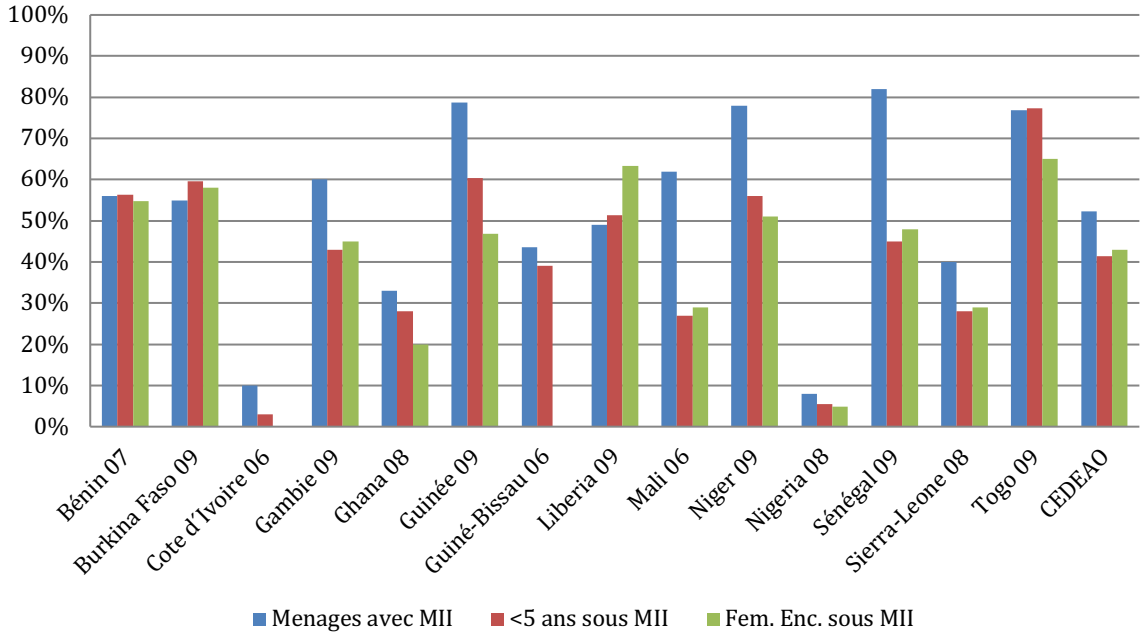
País	% dos larres com pelo menos um MII		% dos < 5 anos que dormiram a noite passada sob um MII		% das mulheres grávidas que dormiram a noite passada sob um MII		Cobertura vacinal anti-sarampo à idade de um ano, %		% de crianças completamente vacinadas à idade de 12 mêses	
Benim	56%	2007	56%	2007	55%	2007	70%	2008	34%	2008
Burkina Faso	55%	2009	60%	2009	58%	2009	100%	2009	ND	
Cabo Verde	ND		ND		ND		94%	2009	ND	
Cote d´Ivoire	10%	2006	3%	2006	-		60%	2008	75%	2008
Gambia	60%	2009	43%	2009	45%	2009	96%	2009	96%	2009
Ghana	33%	2008	28%	2008	20%	2008	89%	2009	70%	2009
Guiné	79%	2009	60%	2009	47%	2009	91%	2009	91%	2009
Guiné-Bissau	44%	2006	39%	2006	ND		76%	2006	40%	2006
Libéria	49%	2009	51%	2009	63%	2009	63%	2007	39%	2007
Mali	62%	2006	27%	2006	29%	2006	98%	2009	48%	2006
Níger	78%	2009	56%	2009	51%	2009	87%	2009	19%	2009
Nigéria	8%	2008	6%	2008	5%	2008	34%	2008	19%	2008
Senegal	82%	2009	45%	2009	48%	2009	80%	2009	75%	2009
Serra-Leoa	40%	2008	28%	2008	29%	2008	46%	2008	31%	2008
Togo	77%	2009	77%	2009	65%	2009	84%	2009	35%	2006
CEDEAO	52%		41%		43%		78%		52%	

Utilização de mosquiteiros impregnados de insecticida (MII)

Naregião,pelo menos um lar sobre dois dispõe de pelo menos um MII (ver Quadro 3.3 e Gráfico 3.7).As proporções dos lares com pelo menos um MII são muito variadas nos países (8% na Nigéria e 82% no Senegal).

A taxa média de utilização de MII entre as crianças de menos de cinco anos é de 41% (com variações de 3% na Côte d'Ivoire 2006 e 60% no Burkina Faso e na Guiné 2009). Este indicador é de 43% entre as mulheres grávidas, tendo como extremas 5% (Nigéria) e 65% (Togo) mas este indicador não foi completado pela Côte d'Ivoire e pela Guiné-Bissau. O Cabo Verde está no processo de eliminação du paludismo.

Gráfico 3.7: Utilização dos MII nos lares, pelas crianças < 5 anos e pelas mulhers grávidas no espaço CEDEAO



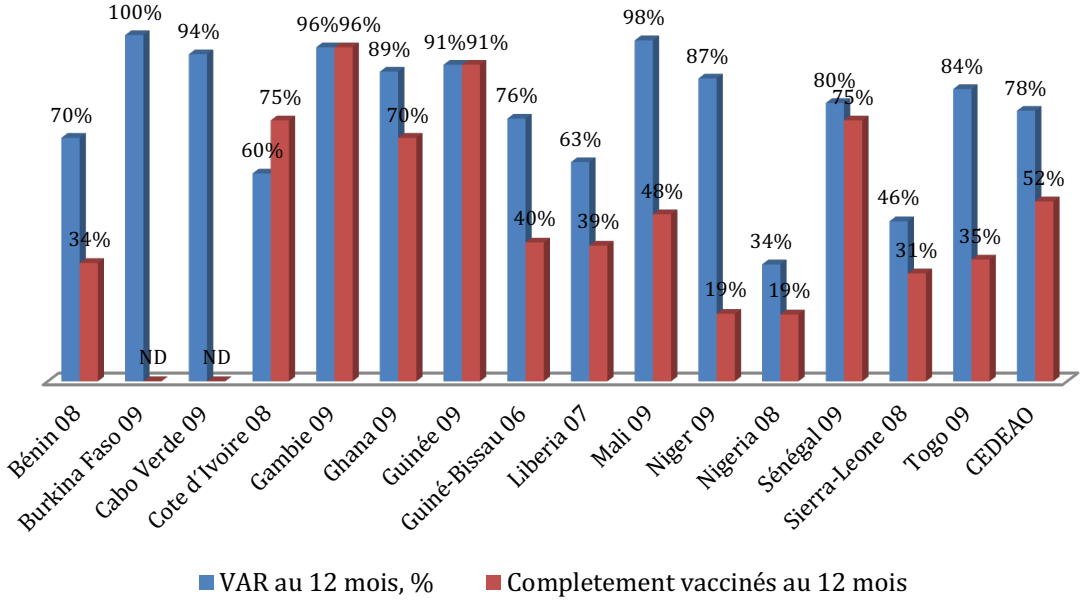
Cobertura em vacina anti-sarampo (VAS) e proporção das crianças completamente vacinadas

As informações sobre as crianças completamente vacinadas não são disponíveis para o Burkina Faso e o Cabo Verde.

Quanto à cobertura vacinal anti sarampo, cinco países (Burkina Faso, Mali, Gambia, Cabo Verde e Guiné) sobre os quinze da região atingiram ou ultrapassaram o objectivo de 90%. A média regional é de 78% com variações que vão de 34% (Nigéria) a 100% (Burkina Faso).

Na região uma criança sobre duas é completamente vacinada à idade de 12 mêses. Amais fraca proporção (19%) se observano Níger e na Nigéria e a mais forte na Gambia (96%).

Gráfico 3.8: Porcentagem das crianças vacinadas contra o sarampo (VAS) e aquelas completamente vacinadas à idade de 12 mêses por país



IV. INFORMAÇÕES SOBRE AS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS PRIORITÁRIAS

4.1. Doenças transmissíveis visadas para eliminação/eradicação no espaço CEDEAO

Em 2009, foram confirmadas 510 casos de poliomyelite, 502 casos de tetanos neonatal e 4425 casos de lepra e 29 casos de raiva humana (ver oQuadro 4.1).

Entre os casos de Pólio notificados em 2009 em todo o espaço CEDEAO, 76% (388 casos) foram notificados na Nigéria, seguido da Guiné com 42 casos.

Apesar das diferentes campanhas de vacinação de massano quadro da eliminação da poliomyelite, nota-se que em 2009, 10 sobrre 15 países da CEDEAO notificara casos de poliomyelite.

Alguns casos de tetanos neonatal foram notificados por 13 dos 15 países da CEDEAO apesar da existência dos programas de vacinação de rotina das mulheres grávidas.

Os 4425 casos de lepraforam notificados em todos os países da CEDEAO em 2009. A Côte d'Ivoire, o Ghana e o Níger são os países os mais afectados.

4.1:Casos de doenças visadas para eliminar ou eradicar nos países da CEDEAO, 2009

País	Casos de Poliomyelite confirmados	Casos de Tetanos neonatal (TNN)	Casos de Lepra	Casos de Raiva
Benim	20	4	217	0
Burkina Faso	15	7	458	24
Cabo Verde	0	0	4	0
Cote d´Ivoire	27	8	884	7
Gambia	0	0	2	6
Ghana	0	7	623	0
Guiné	42	36	535	0
Guiné-Bissau	0	3	84	3
Libéria	11	4	415	0
Mali	2	17	51	0
Níger	15	15	603	0
Nigéria	388	367	414	ND
Senegal	14	13	352	4
Serra-Leoa	11	15	300	ND
Togo	0	17	162	9
CEDEAO	510	502	4.425	29

Fontes: SNIS/VIDR países, 2010

4.2 Doenças transmissíveis a potencial epidémico na região

As três doenças a potencial epidémico as mais importantes segundo os países.

Afim de conhecer as doenças a potencial epidémico as mais importantes por país, solicitou-se a cada país,através dos responsáveis SNIS e VIDR,a fornecer uma lista das três primeiras doenças as mais preocupantes. As respostas dos países encontram-se compiladas e apresentadas no Quadro 4.2.

Acólera foi considerada como a primeira doença epidémica a mais importante notificada por 7 dos 15 países, nomeadamente o Benim, a Côte d´Ivoire, a Gambia, o Ghana, a Guiné-Bissau, a Nigéria e o Togo. Apesar da preocupação maioritariamente expressa quanto à cólera, a meningite e osarampo merecem mais atenção para países como o Burkina Faso, a Guiné e o Níger (meningite) e Libéria, Senegal e Serra Leoa (sarampo).

A segunda doença a potencial epidémica a mais importante nas opiniões dos países membros foi a meningite (6/15 países) e a terceira - osarampo (5/15 países).

É interessante constatar que o sarampo havia sido colocado entre as doenças alvos de controlo para eliminação. As campanhas nacionais de vacinação de massacom vista a uma eliminação foram organizadas em todos os países da CEDEAO. Actualmente constata-se que a doença torna-se uma das mais importantes epidemais em todos os países.

Constata-se também que, a Febre Lassa constitui um problema de saúde pública exclusivamente em países como a Libéria, a Serra Leoa e a Nigéria.

Quadro 4.2:Número de países que notificaram as três doenças a potencial epidémico as mais importantes em 2009

País	Primeiradoença epidémica a mais importante/preocupante	Segunda doença epidémica a mais importante/preocupante	Terceira doença epidémica a mais importante/preocupante
Benim	Cólera	Sarampo	Meningite
Burkina Faso	Meningite	Sarampo	Cólera
Cabo Verde	Dengue	Gripa H1N1	Rubeola
Cote d´Ivoire	Cólera	Meningite	Sarampo
Gambie	Cólera	Meningite	Sarampo
Ghana	Cólera	Meningite	Gripa H1N1
Guiné	Meningite	Sarampo	Cólera
Guiné-Bissau	Cólera	Sarampo	
Libéria	Sarampo	Febre Amarela	Febre Lassa
Mali	Febre Amarela	Meningite	Sarampo
Níger	Meningite	Cólera	Sarampo
Nigéria	Cólera	Meningite	Febre Lassa
Senegal	Sarampo	Diarrhée sanglante	Febre Amarela
Serra-Leoa	Sarampo	Febre Lassa	Febre Amarela
Togo	Cólera	Meningite	Sarampo
CEDEAO	**Cólera: 7/15**	**Meningite: 6/15**	**Sarampo: 5/15**

O quadro 4.3 mostra o número de casos de doenças a potencial epidémico notificadas nos países da CEDEAO durante o ano 2009. Excepto a Gambia, os restantes 14 países da CEDEAO notificaram casos de doenças a potencial epidémico. Um total de 76752 casos de meningite, 66 679 casos de sarampo e 16 741 casos de cólera foram notificados. Ameningite e a cólera são doenças a potencial epidémico as mais mortais em 2009 com um total de 3796óbitos e 3252óbitos respectivamente.

As informações contidas nos Quadros 4.3e 4.4 confirmam a importância das três doenças a potencial epidémico as mais notificadas pelos países. Com efeito, nota-se que as epidemias de cólera, de meningite e de sarampo foram notificadas respectivamenteem 5, 6 e 9 países durante o ano 2009.

Quadro 4.3: Países que notificaram as três doenças epidémicas as mais importantes em 2009 com o número de casos

País	**Meningite**	**Sarampo**	**Cólera**	**Dengue**	**Rubeola**	**Gripa H1N1**	**Febre Lassa**	**Febre Amarela**
Benim	416	1.330	74	0	0	0	0	0
Burkina Faso	4.878	54.117	0	0	0	0	0	0
CaboVerde	0	0	0	21.137	11.329	118	0	0
Côte d'Ivoire	287	630	5	0	0	3	0	5
Gambia	0	0	0	0	0	0	0	0
Ghana	288	0	1.294	0	0	55	0	0
Guiné	129	5.269	42	0	0	0	0	3
Guiné-Bissau	0	1016	5	0	0	0	0	0
Libéria	0	14	0	0	0	0	8	1
Mali	342	3.394	0	0	0	0	0	93
Níger	13.943	7429	0	0	0	0	0	0
Nigéria	56.128	0	14.961	0	0	2	111	0
Senegal	0	906	4	165	0	0	0	0
Serra Leoa	0	197	0	0	0	0	42	3
Togo	342	822	370	0	0	0	0	0
CEDEAO	**76.752**	**75.124**	**16.755**	**21.137**	**11.329**	**178**	**161**	**105**

Fontes: SNIS/VIDR países

Quadro 4.4: Casos de doenças a potencial epidémico notificados pelos países da CEDEAO em 2009

Doenças	**Casos**	**Óbitos**	**Nº de países que notificaram casos**
Meningite	76753	3796	9
Sarampo	75124	408	11
Dengue	21302	6	2
Cólera	16755	3252	8
Gripa H1N1	178	0	4
Febre Lassa	161	54	3
Febre Amarela	105	6	5

Fonte: dados SNIS Países

4.3. Outras doenças transmissíveis importantes para a saúde pública

4.3.1. VIH e SIDA

Prevalência do VIH

As informações sobre a prevalência do VIH no meio da população dos países da CEDEAO (Quadro 4.4) provêem de diferentes fontes e dizem respeito a diferentes anos.

A prevalência do VIH no meio das mulheres grávidas (Quadro 4.4 e Gráfico 3.10) varia de 0,5% (CaboVerde) a 5,8% (Guiné-Bissau).

Quadro 4.4: Prevalência da infecção do VIH no seio dos diferentes grupos de populações (jovens 15 a 24 anos, mulheres grávidas, profissionais do sexo, doadores de sangue)nos países da CEDEAO.

	Prevalência do VIH na pop. Geral, %		Prevalência do VIH entre os jovens (15 - 24 anos), %		Prevalência do VIH entre as mulheres grávidas, %		Prevalência do VIH entre o PS, %		Proporção das unidades de sangue testadasVIH+, %	
	Valor	Ano	Valor	Ano	Valor	Ano	Valor	Ano	Valor	Ano
Benim	1,2%	2006	0,4%	2008	2,0%	2009	26,5%	2008	1,2%	2009
Burkina Faso	1,6%	2008	1,3%	2008	2,0%	2008	ND		ND	
Cabo Verde	ND		ND		ND		ND		ND	
Cote d´Ivoire	4,7%	2005	ND		4,4%	2009	35,0%	2008	1,2%	2008
Gambia	ND		ND		1,9%	2007	ND		ND	
Ghana	1,9%	2010	2,1%	2009	2,9%	2009	ND		ND	2009
Guiné	1,5%	2005	0,9%	2005	2,8%	2005	34,4%	2007	2,0%	2009
Guiné-Bissau	ND		ND		5,8%	2009	39,6%	2010	6,8%	2009
Libéria	1,5%	2007	2,1%	2007	4,0%	2008	ND		5,0%	2009
Mali	1,3%	2006	0,7%	2006	1,2%	2006	ND		2,3%	2009
Níger	0,8%	2008	0,3%	2008	1,7%	2009	35,6%	2009	1,6%	2009
Nigéria	3,6%	2007	4,9%	2007	4,6%	2008	67,6%	2007	ND	
Senegal	0,7%	2009	0,5%	2009	4,0%	2009	19,8%	2009	ND	2009
Serra-Leoa	1,5%	2008	1,0%	2008	3,5%	2008	8,5%	2005	ND	2009
Togo	3,2%	2008	ND		5,3%	???	ND		1,1%	2009

Fontes: SNIS e VIDR países

Um total de 7países sobre os 15 do espaço CEDEAO apresentam,nesse grupo, uma prevalência avizinhando os 4%.

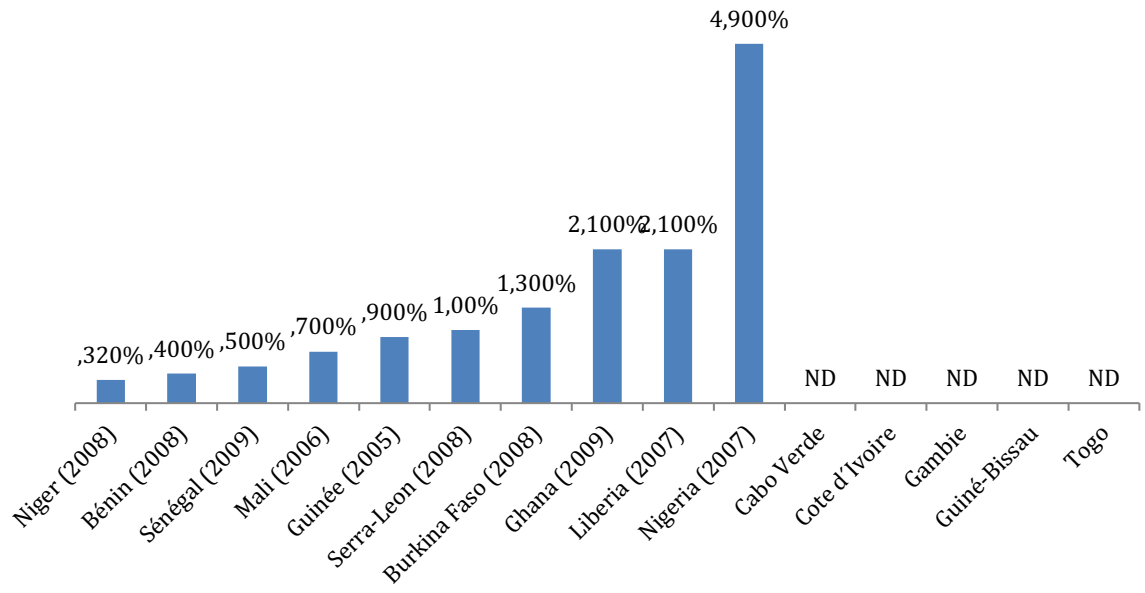
A prevalência do VIH entre os profissionais do sexoé elevada em todos os países onde os dados estão disponíveis. Ela varia de 8,5% (Serra Leoa) a 67,6% (Nigéria).

Entre os doadores de sangue, a prevalênciafica elevada. Esta prevalência deixa supor um risco real de transmissão durante uma transfusão. As cifras as mais elevadas dizem respeito à Guiné-Bissau 6,8% e à Libéria 5%.

Constatação:
Os países da CEDEAO apresentam epidemias activas. Na maioria dos casos,são epidemias concentradas: Prevalência elevada entre os profissionais do sexo (PS) e baixa no meio da população geral (cerca de 1%).

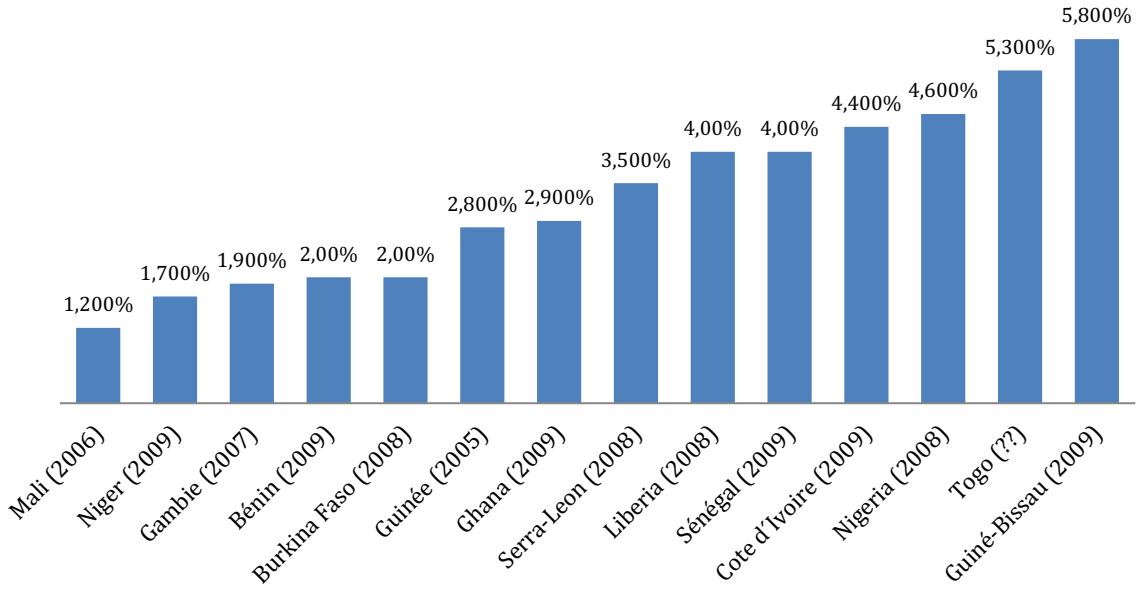
A Nigéria apresenta alguns dados compatíveis com uma epidemia generalizada.

Gráfico 4.1: Prevalência do VIH entre os jovens (15 - 24 anos), no espaço CEDEAO



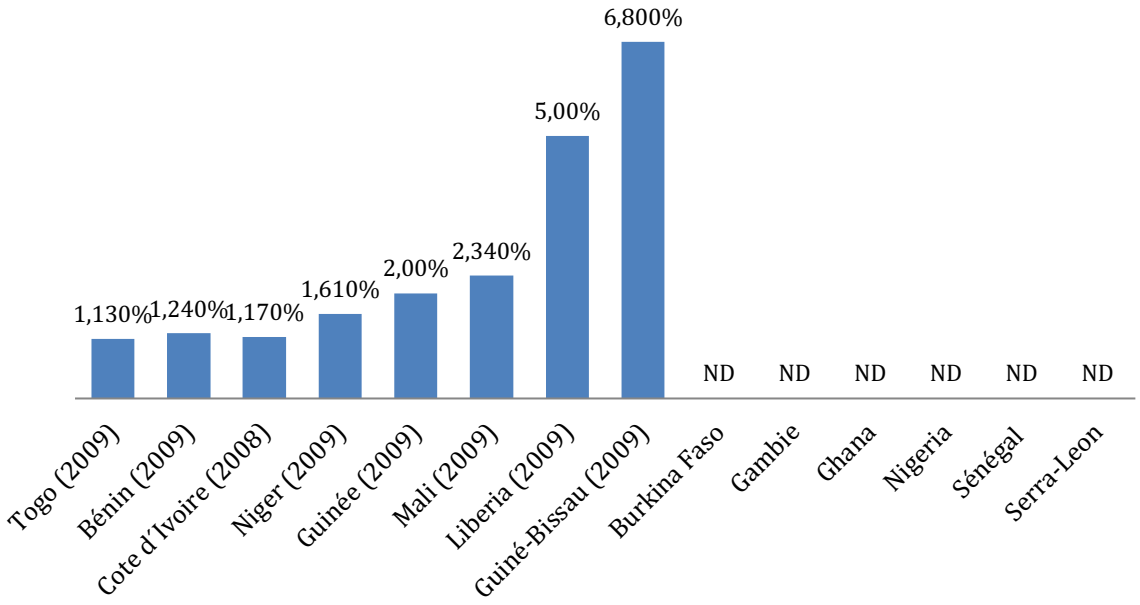
Fontes: SNIS/VIDR países, 2010

Gráfico 4.2: Prevalência do VIH entre as mulheres grávidas nos países da CEDEAO



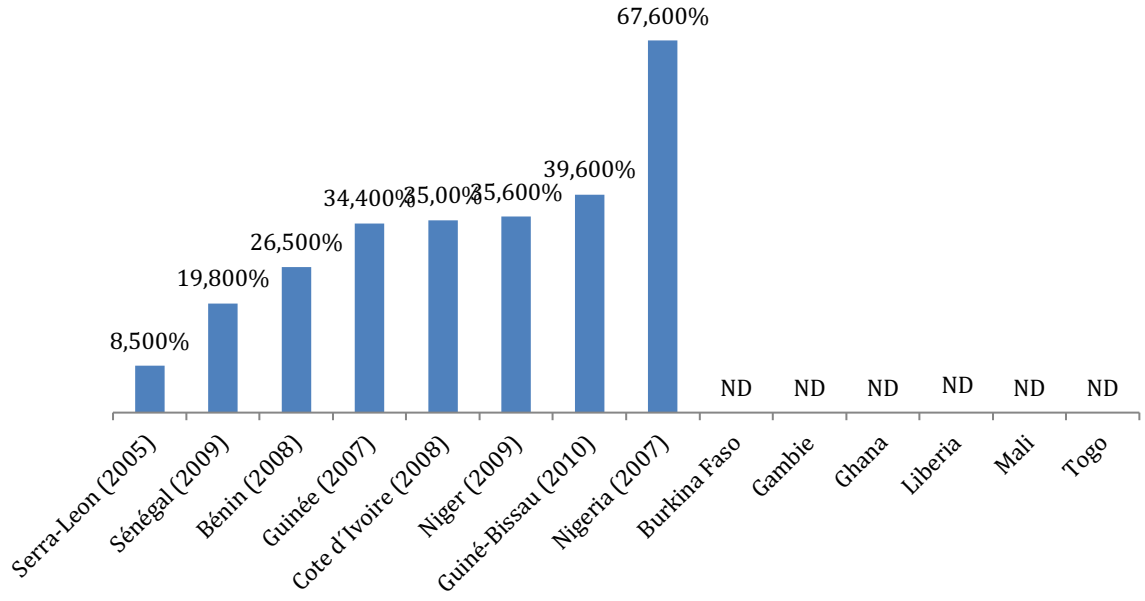
Fontes: SNIS/VIDR países, 2009

Gráfico 4.3: Proporção das unidades de sangue testadas VIH+ por país da CEDEAO



Fontes: SNIS/VIDR países, 2010

Gráfico 4.4: Prevalência entre os Profissionais do Sexo nos países da CEDEAO, %



Fontes: SNIS/VIDR países, 2009

Cobertura em tratamentoAnti-retroviral (ARV) :

Quadro 4.5: Cobertura em TARV e % de PVVIH das quais sabe-se que continuam sob tratamento 12 mêses após o início do TARV (adultos e crianças) nos países da CEDEAO em 2009

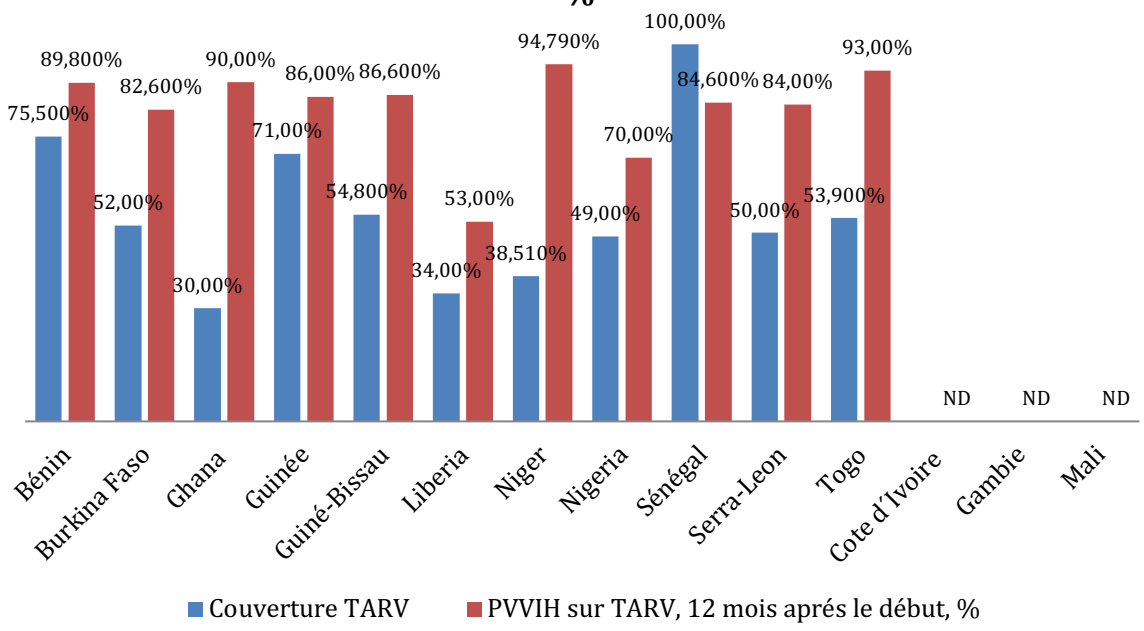
País	Nº de PVVIH sendo seguidos	Nº de PVVIH sob TARV	Cobertura TARV, %	PVVIH sob TARV 12 mêses após início do tratamento, %
Benim	17348	13098	75,5%	89,8%
Burkina Faso	51174	29023	52,0%	82,6%
Cabo Verde	ND	ND	ND	ND
Cote d´Ivoire	ND	72011	ND	ND
Gambia	ND	1306	ND	ND
Ghana	69431	40135	30,0%	90,0%
Guiné	55489	15876	71,0%	86,0%
Guiné-Bissau	7429	3061	54,8%	86,6%
Libéria	6194	3438	34,0%	53,0%
Mali	21100	29260	138,7%	ND
Níger	7414	6574	38,5%	94,8%
Nigéria	857143	420000	49,0%	70,0%
Senegal	12249	9450	116,0%	84,6%
Serra Leoa	ND	ND	50,0%	84,0%
Togo	33959	17342	53,9%	93,0%

Fontes: SNIS/VIDR países, 2010

Para a cobertura do TARV, a situação é heterogênea e varia entre 30%(Ghana) e 100%(Senegal) e de um modo geral, 7países sobre os 15 não dispõemde dados ou são abaixo dos 50%.

Ataxa de sobrevivência dos PVVIH 12 mêses depois do início do tratamento fica elevada e testemunha a uma boa qualidade de gestão, nomeadamente se ela é baseada sobre o critério CD4 ≤ 200.

Gráfico 4.5: Cobertura em TARV e PVVIH sempre sobre ARV 12 mêses depois do início do tratamento em 2009 no espaço CEDEAO, %



4.3.2. Tuberculose

Casos de tuberculosenotificados em 2009 e o sucesso terapêutico do tratamento antituberculoso nos países da CEDEAO

Em 2009, um total de 120.313 casos de TB foram notificados em todos os países da CEDEAO (Quadro 4.6).

As taxas de co-infecções TB-VIH (Gráfico 4.6) variam entre 6,6% no CaboVerde e 33,3% emGuiné-Bissau.

Esta taxa de co-infecção é superiora 10% para todos os países salvo para o Cabo Verde, e testemunha que a tuberculose continua a ser uma doença oportunista muito importante alevar em conta nas estratégias delutacontraoVIH.

Os objectivos estipulados na estratégia STOP TB são de atingir uma taxa de cura mínima de 85%. Segundo as informações aqui disponíveis, só 3 países sobreos 15 afixam taxas de cura satisfatórias (Ghana, Serra Leoa e Benim).

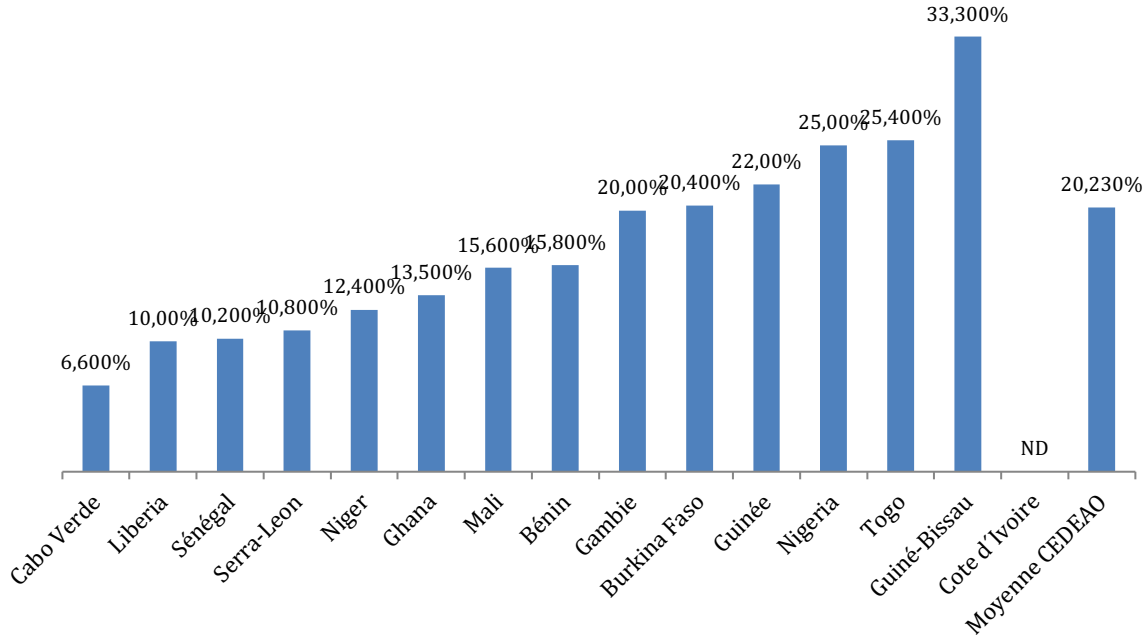
Todos os demais países apresentam uma taxa superior a70% exceptoo Cabo Verde e a Côte d'Ivoire cujos dados não estão disponíveis.

Quadro 4.6: Frequência dos casos de tuberculose, % dos casos de co-infecção TB-VIH e taxa de sucesso terapêutico em 2009

País	Casos de TB em 2009	Porcentagem de Casos de TB testadosVIH+	% de sucessos do tratamento TB
Benim	3987	15,8%	89,0%
Burkina Faso	3061	20,4%	76,2%
Cabo Verde	266	6,6%	ND
Cote d´Ivoire	24048	ND	ND
Gambia	2069	20,0%	84,0%
Ghana	15286	13,5%	85,6%
Guiné	10433	22,0%	71,0%
Guiné-Bissau	2188	33,3%	70,0%
Libéria	9472	10,0%	80,0%
Mali	6840	15,6%	80,0%
Níger	10282	12,4%	79,6%
Nigéria	9414	25,0%	82,8%
Senegal	11732	10,2%	84,0%
Serra-Leoa	8747	10,8%	86,5%
Togo	2488	25,4%	79,0%
CEDEAO	**120.313**	**16,1%**	**80,6%**

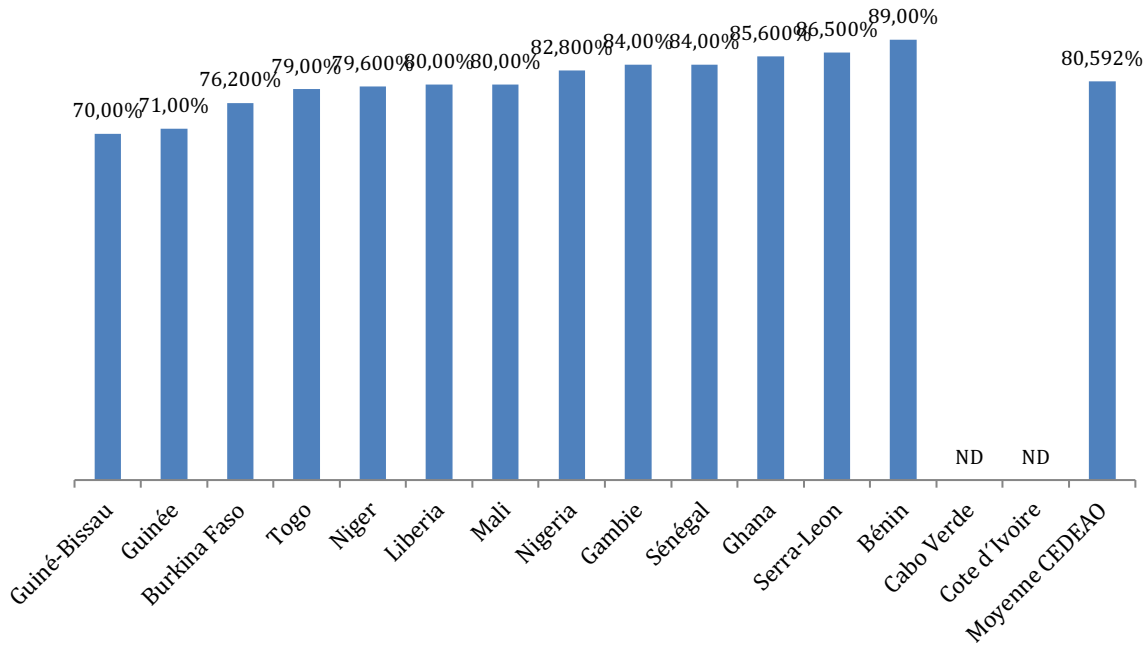
Fontes: SNIS/VIDR países, 2010

Gráfico 4.6: Porcentagem de Casos de TB testados VIH+ nos países da CEDEAO em 2009



Fontes: SNIS/VIDR países, 2010

Gráfico 5.7: Sucesso terapêutico do tratamento DOT, %



Fontes: SNIS/VIDR países, 2010

4.3.3. Paludismo

Casos de paludismo notificados em 2009 nos países da CEDEAO

O número de casos para a região é estimado em perto de 30 milhões seja 10% da população do espaço CEDEAO (ver Quadro 4.7). Em outros termos, uma pessoa sobre 10 conheceu um episódio de paludismo no espaço CEDEAO durante o ano 2009. Isto é uma pesada farda sócio-sanitária e económica para a Comunidade.

A letalidade do paludismoé cerca de 0,2% em (dados não apresentados).

As crianças de menos de 5 anos representam, de um modo geral,mais de 1/3 dos casos para todos os países e atingem até mais de 50% dos casosno Níger e na Serra Leoa.

O Cabo Verdeé o único país da CEDEAO onde o paludismoécompletamente controlado.Durantetodo o ano 2009, o país registou um total de 66 casos de paludismoentre os quais 2 casosentre crianças de menos de 5 anos. O país está na fase de preparação para a eliminação do paludismo.

Quadro 4.7: Casos de paludismo notificados em 2009 no espaço CEDEAO por diferentes grupos populacionais

País	Total de Casos de paludismo (adultos + crianças)	Casos de paludismo entre as crianças de menos de 5 anos	Casos de paludismo grave entre crianças de menos de 5 anos	Casos de óbitos devidos ao paludismoentre crianças de menos de 5 anos	Casos de paludismoentre mulheres grávidas
Benim	1.290.236	565.890	79.332	1.157	18.762
Burkina Faso	4.539.984	2.289.028	171.834	5.648	15.394
Cabo Verde	66	2	0	0	1
Cote d´Ivoire	1.912.211	712.908	-	-	-
Gambia	529.010	198.157	198.157	111	14.366
Ghana	6.267.630	1.649.418	122.575	1.976	121.007
Guiné	830.007	216.575	28.959	416	-
Guiné-Bissau	140.645	65.793	1.004	209	4.319
Libéria	1.246.537	468.581	-	1.069	88.039
Mali	1.633.428	443.285	121.066	1.612	-
Níger	2.370.518	1.507.170	83.637	2.139	54.870
Nigéria	6.793.061	2.274.095	225.050	7.164	481.500
Senegal	174.890	30.800	2.828	348	6.749
Serra-Leoa	907.466	683.530	-	-	-
Togo	961.807	349.269	20.833	1.135	50.358
CEDEAO	**29.597.496**	**11.454.501**	**1.055.275**	**22.984**	**855.365**

Fontes: SNIS/VIDR países, 2010

V. INFORMAÇÕES SOBRE A DISPONIBILIDADE DOS SERVIÇOS DE CUIDADOS EDOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

Número de estruturas de saúde (centros de saúde e hospitais) e número decamas por 10.000 habitantes (hbts).

O Quadro 5.1 mostra a situação dos países quanto às disponibilidades e acessibilidade geográfica aos serviços de cuidados de saúde. O Cabo Verde não forneceu estas informações. Segundo as informações aqui disponíveis pode se constatar que:

- Os países com menos de uma estrutura para 10.000 hbts: Benim, Côte d´Ivoire, Gambia, Guiné e Senegal;
- Os países com 1 a 2 estruturas para 10.000 hbts: Burkina Faso, Mali, Ghana, Guiné-Bissau, Serra Leoa, Libéria e Togo;
- Os países com mais de 2 estruturas para 10.000 hbts: Níger e Nigéria.

Quadro 5.1 : Disponibilidade e acessibilidadegeográfica das estruturas de cuidados

País	Nº de estruturas (centros de saúde e hospitais) para 10000 hbts	Nº de camas para 10.000 hbts	Estruturas de saúde que podem oferecer o pacote mínimo de cuidados segundo seunível, %	População situada a menos de 5 km de umaestruturade cuidados a mais próxima, %
Benim	0,7	4,7	ND	ND
Burkina Faso	1,1	9,5	83,2	ND
Cabo Verde	ND	ND	ND	ND
Cote d´Ivoire	0,8	??	99,8	64
Gambia	0,6	11,5	100	90
Ghana	1,3	9,1	ND	ND
Guiné	0,4	3,1	60	40
Guiné-Bissau	1,1	7	ND	ND
Libéria	2	7	80	40
Mali	1,4	5,8	ND	57
Níger	3,1	3,9	50	44
Nigéria	3,4	3,1	ND	ND
Senegal	0,8	13	100	77
Serra Leoa	2	10,3	ND	74
Togo	1,4	7,5	78,5	88

Fontes: SNIS/VIDR países, 2010

Quanto às camas por habitantes, constata-se que a Guiné, aNigéria e o Níger são os países com menos de camas para 10.000 hbts apesar do número relativamente elevado das estruturas de cuidados por habitante.

AGambia, a Guiné-Bissau, oSenegal e o Burkina Faso são os países com um número de estruturas de cuidados relativamente baixomas quepossuem muito mais camas. Isto poderia se explicar pela existência de um número importante de estruturas hospitalares e muito pouco de centros de saúde.

Acessibilidade geográfica aos serviços dos cuidados

Sobre os 8 países que forneceram informações (Quadro 5.1) aesse respeito, seis (06)têem entre 64% e 88% da sua população localizada a menos de 5 km dos serviços de saúde (RCI, Gambia, Senegal, Serra Leoa e Togo). A Guiné, a Libéria e o Níger têem menos de 50 % dasua população localizada a menos de 5 km dos serviços de saúde (40% - 44%).

Oferta dos serviços de cuidados de saúde (pacote mínimo)

Em 3 países sobre os 9 que forneceram informações (Quadro 5.1), todas as estruturas de cuidados oferecem o pacote mínimo segundo o seu nível (Côte d´Ivoire, Gambia e Senegal) e os 5 outros têem entre 50 % e 83 % dos seus serviços que cumprem esta função (Níger, Libéria, Guiné, Togo e Burkina Faso).

A disponibilidade dos recursos humanos em saúde

Médicos

Segundo as informações aqui disponíveis (Quadro 5.2), cinco (05) países da CEDEAO têem mais de um Médico para 10000 hbts (Benim, Ghana, Guiné, Libéria e Mali). Eles portanto atingiram a proporção Médico/população recomendada pela OMS a qual é de 1 Médico para 10000.

De um modo geral, 7 países têem mais de 80% dos Médicos que exercem nos serviços de cuidados: Gambia, Guiné, Guiné-Bissau, Libéria, Níger, Serra Leoa e o Togo.

Quatro (04)outros países se situam entre 60 e 80% para os Médicos que trabalham nos serviços de cuidados.

No Burkina Faso, cercca de 40 % dos Médicos exercemnos serviços de cuidados.

Enfermeiros

Segundo as informações do Quadro 5.2, todos os países da CEDEAO atingiram a proporção Enfermeiros/Parteiras por população recomendada pela OMS a qual é de 1 Enfermeiro/Parteira para 5000 hbts.

Enfermeiros e Parteiras em exercício nas estruturas de cuidados: 10 países sobre 12 têem mais de 70% dos seus enfermeiros e parteiras a exercerem nos serviços de cuidados: Burkina Faso, Guiné, Guiné-Bissau, Libéria, Mali, Níger, Senegal, Serra Leoa e o Togo.

O Benim,a Gambia e a Cote d´Ivoiretêem entre 30 e 55 % dos enfermeiros e parteiras a exercerem nos serviços de cuidados.

Quadro 5.2 : O efectivo do pessoal de saúde nos serviços dos cuidados

País	Médicos		Enfermeiros e Parteiras	
	% dos Médicos em exercício nas estruturas de cuidados	Nº de Médicos nas estruturas de cuidados para 10000 Hbts	% dos enfermeiros e parteiras em exercício nas estruturas de cuidados	Nº de Enfermeiros e de Parteiras nos cuidados /10000 hbts
Benim	66,2	1,25	54,5	5,6
Burkina Faso	40,5	0,32	97	3,9
Cabo Verde	ND	ND	ND	ND
Cote d´Ivoire	ND	ND	32,6	2
Gambie	100	0,7	42	5,4
Ghana	69,3	1,2	100	6,7
Guiné	96	2	99,9	2
Guiné-Bissau	82,4	0,7	96,9	6,9
Libéria	87,6	2	100	6
Mali	62,5	1,37	89,8	6,1
Níger	93,4	0,28	99,1	2,3
Nigéria	ND	ND	ND	ND
Senegal	62,2	0,59	73,8	2,3
Serra Leoa	88,1	0,22	95,5	ND
Togo	84,3	0,9	95,4	3,6

Fontes: SNIS/VIDR países, 2010

VI. INFORMAÇÕES SOBRE O DESEMPENHO DOS SISTEMAS NACIONAIS DA INFORMAÇÃO SANITÁRIA

Em termos da informação sanitária, pode-se afirmar que os sistemas nacionais da informação sanitária apresentam um bom nível de completude dos relatórios das atividades (mais de 80%)no seu conjunto. Todavia, a Nigéria, a Serra Leoa e a Guiné-Bissau têem taxas de completude inferiores aos 80%.

Quadro 6.1: Informações sobre o desempenho dos SNIS

País	Nº deestruturas de cuidados (todos os níveis juntos) a nível do país	% de estruturas de cuidados que enviaram relatórios de atividades (completude)	% de estruturas de cuidados que enviaram o seu relatório de atividades atempadamente (promptitude)	% dos distritos sanitários que atingiram 80% de promptitude dos relatórios de atividades	% dos distritos sanitários que atingiram 80% de completude dos relatórios de atividades	% dos distritos sanitários querealizam encontros de análise dos dados do SIS
Benim	650	100%	ND	ND	100%	ND
Burkina Faso	1697	98%	ND	100%	100%	100%
Cabo Verde	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Côte d´Ivoire	3268	93%	ND	ND	88%	100%
AGambia	100	96%	96%	100%	100%	100%
Ghana	2083	92%	91%	90%	100%	ND
Guiné	1431	100%	0%	10%	95%	100
Guiné-Bissau	122	76%	39%	0,0%	91%	82%
Libéria	551	90%	85%	95%	80%	100%
Mali	1412	100%	47%	DND	83%	DND
Níger	3618	100%	20%	81%	57%	100%
Nigéria	31365	35%	ND	0%	ND	ND
Senegal	2977	100%	70%	65%	63%	50%
Serra-Leoa	1049	58%	85%	40%	62%	13%
Togo	725	88%	96%	100%	100%	DND

Fonte: SNIS países, 2009