WEST AFRICAN HEALTH ORGANISATION
ORGANISATION OUEST AFRICAINE DE LA SANTE
ORGANIZAÇÃO OESTE AFRICANA DA SAÚDE

BOLETIM DE INFORMAÇÃO SANITÁRIA NO ESPAÇO CEDEAO

PRIMEIRO SEMESTRE DE 2025

Setembro 2025

Índice

1. INTRODUÇÃO 3
2. DISPONIBILIDADE DE DADOS 4
3. SITUAÇÃO DAS DOENÇAS DE POTENCIAL EPIDÉMICO (DPE) NA REGIÃO 7
3.1 RESUMO OPERACIONAL 8
3.1.1 EVOLUÇÃO DAS DPE NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2025 8
3.2 SITUAÇÃO DA MPOX NA REGIÃO 10
3.3 SITUAÇÃO DO SARAMPO NA REGIÃO 12
3.4 SITUAÇÃO da dengue NA REGIÃO 14
3.5 SITUAÇÃO DA MENINGITE NA REGIÃO 16
3.6 SITUAÇÃO DA raiva NA REGIÃO 17
4. SITUAÇÃO DO PALUDISMO NA CEDEAO 19
5. SITUAÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL NA REGIÃO 22
5.1 Mortes maternas 23
5.2 Mortes neonatais 25
6. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES 28

1. INTRODUÇÃO

O terceiro objectivo específico da Organização Oeste Africana da Saúde (OOAS), de acordo com o protocolo de criação de Abuja N° A/P2/7/87, de 9 de julho de 1987, estipula que a OOAS deve: "**Recolher e divulgar informações técnicas, epidemiológicas, de pesquisa, formação e outras informações relativas ao sector da saúde nos Estados membros da CEDEAO"** É neste contexto que, desde 2012, a OOAS elaborou uma política e estratégias regionais de informação sanitária. Esta política estabelece as bases do Observatório Regional de Saúde (ORS). Trata-se de um instrumento de recolha, gestão, tratamento e, sobretudo, divulgação de informações sanitárias na região. No processo de operacionalização do ORS, a OOAS assume a responsabilidade de publicar regularmente informações sobre a situação sanitária no espaço da CEDEAO.

Esta edição, que cobre o período de Janeiro a Junho de 2025, faz parte de uma série de publicações periódicas sobre a situação sanitária na região da CEDEAO. O objectivo principal é garantir a partilha de informações para que nenhum país seja vítima dos problemas de saúde de outros países devido à livre circulação de pessoas na região. No entanto, a partilha de informações sanitárias em tempo real exige necessariamente uma acção proactiva. Os sistemas nacionais de informação sanitária, bem como as estruturas responsáveis pela vigilância epidemiológica, necessitam de capacidades técnicas e materiais adequadas para recolher, tratar e comunicar em tempo real informações pertinentes e de qualidade, a fim de permitir a sua disponibilidade e partilha entre os Estados membros.

Apesar dos esforços significativos envidados nos últimos 20 anos para melhorar os sistemas nacionais de informação sanitária e a função de vigilância epidemiológica, a partilha de dados de qualidade em tempo real continua a ser um desafio a ultrapassar. Os dados sobre vigilância epidemiológica são, de uma forma ou de outra, partilhados, embora alguns países o façam com mais regularidade do que outros. Mas, em relação aos dados dos sistemas de informação sanitária de rotina (disponibilidade, cobertura e capacidades operacionais dos serviços de saúde, políticas, recrutamento e gestão de recursos humanos da saúde, utilização dos serviços de saúde, causas de consultas, hospitalizações e mortes intra-hospitalares, entre outros), trata-se de informações que geralmente sofrem de produção sistemática e, consequentemente, de uma partilha muito deficiente. Para cumprir o objectivo 2 do protocolo da sua criação, a OOAS presta regularmente apoio técnico aos países para os acompanhar no:

- reforço das capacidades de recolha de dados, nomeadamente através de sistemas de recolha electrónica em fase de implementação em alguns países;
- reforço da qualidade dos dados e informações produzidas através de operações de revisão da qualidade dos dados nos países;
- reforço das capacidades de armazenamento, oferecendo espaços de armazenamento em nuvem aos países que o solicitem expressamente;
- reforço das capacidades de gestão de dados através de formações sobre gestão de servidores, plataformas de dados, etc.;
- reforço das capacidades em termos de produção de informação através da implementação de sistemas automáticos de comunicação de dados, análise e divulgação de informação de qualidade;
- reforço dos quadros de governação de dados e informações sanitárias.

O presente boletim articula-se em torno dos seguintes pontos: disponibilidade de dados, situação das doenças de potencial epidémico (DPE), do paludismo e da mortalidade materna e neonatal na região da CEDEAO.

02

2. DISPONIBILIDADE DE DADOS

WEST AFRICAN HEALTH ORGANISATION
ORGANISATION OUEST AFRICAINE DE LA SANTE
ORGANIZAÇÃO OESTE AFRICANA DA SAÚDE

Desde 2022, a OOAS implementou um sistema de transferência automática de dados de vigilância. Assim, regularmente, os dados dos países conectados são transferidos semanalmente de forma automática para o entreposto regional. Isto permite não só ter uma boa completude dos dados, mas também que as equipas da OOAS participem no controlo de qualidade, interpelando as equipas nacionais de vigilância sempre que é identificada uma incoerência.

No entanto, a questão da qualidade e da disponibilidade dos dados continua a ser essencial. O mapeamento de 2025 (Janeiro-Junho) revela lacunas na notificação de certas doenças e em certos países, apesar das melhorias introduzidas pela integração e harmonização de fontes específicas (por exemplo: Nigéria). As taxas de letalidade (CFR), sensíveis a erros no denominador e a atrasos na comunicação de óbitos, não devem ser sobreinterpretadas sem verificação da completude. A harmonização dos fluxos semanais → mensais e a automatização dos controlos de coerência reduziram as divergências, mas persistem discrepâncias entre as diferentes redes de vigilância. Por fim, é necessário recordar várias limitações: heterogeneidade dos sistemas de notificação, atrasos na comunicação, alterações nas definições ou no âmbito, repartição parcial de certas doenças de potencial epidémico (DPE).

A Figura 1 apresenta os países cujos dados relativos a diferentes doenças para o ano de 2025 estão disponíveis para análise. Um caso particular deve ser destacado no que diz respeito à Nigéria. Este país procedeu a uma alteração no seu sistema de dados, o que interrompeu a transferência automática. As duas equipas estão a trabalhar para restabelecer a ligação. No entanto, foi possível recolher algumas informações agregadas nas suas plataformas de partilha de informações.

Algumas doenças não são objecto de vigilância activa em todos os países. Por exemplo, os países que foram afectados pela doença do vírus Ébola (DVE) mantiveram-na na sua lista de doenças prioritárias a vigiar, enquanto os outros a vigiam no grupo das febres hemorrágicas. Mas a maioria das DPE são comuns a todos os países.

No que diz respeito à DVE, é de salientar que, em 2024, a Guiné detectou e confirmou 3 casos da doença. Mas, ao contrário do que aconteceu em 2014, a detecção foi muito precoce, o que permitiu tomar todas as medidas de resposta imediata e controlar rapidamente a doença.

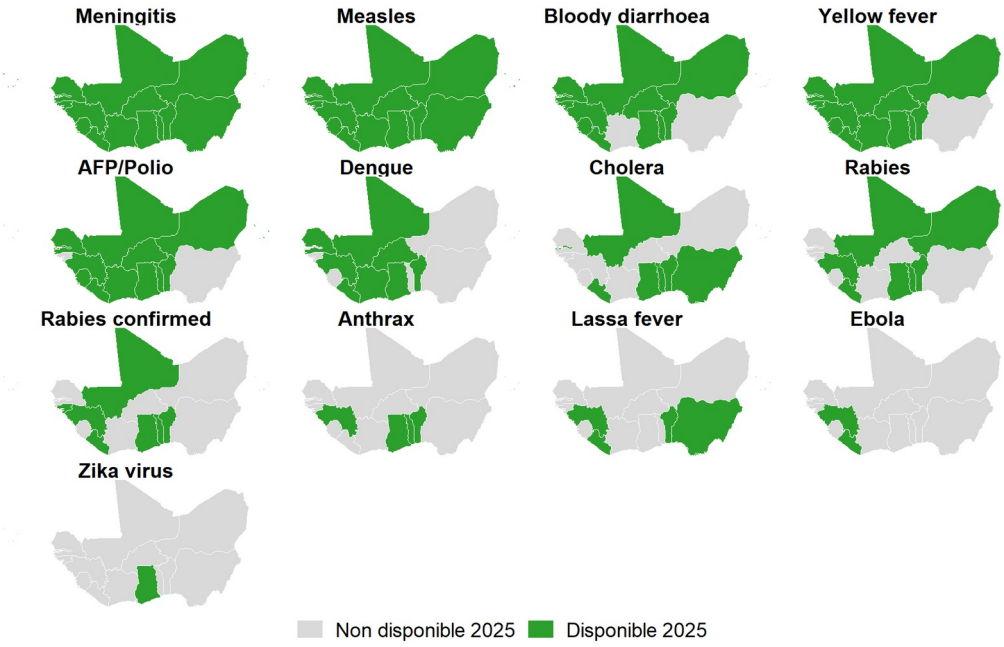


Figura 1: *Disponibilidade de dados por DPE durante o primeiro semestre de 2025 (dados VIDR dos países)*

Para além das DPE, o paludismo, como principal endemia em quase todos os países, bem como as mortes maternas e neonatais, foram integrados nos sistemas de notificação semanal. A Figura 2 e a Figura 3 mostram os países que partilharam os seus dados sobre o paludismo e sobre as mortes maternas e neonatais, respectivamente.

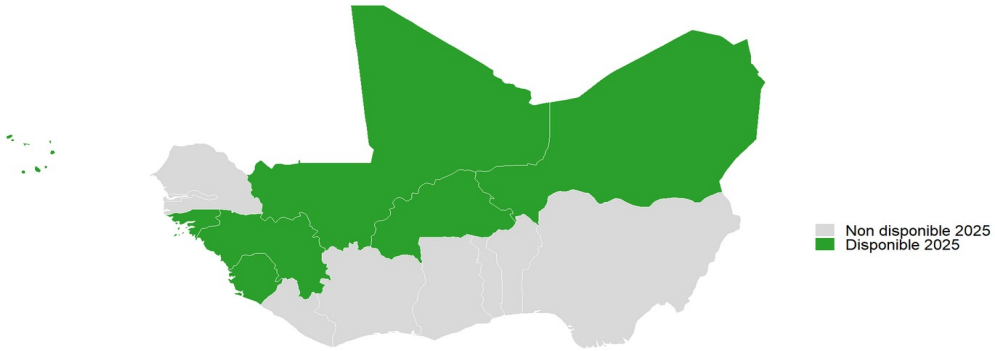


Figura 2: *Disponibilidade de dados do paludismo durante o primeiro semestre de 2025 (dados VIDR dos países)*

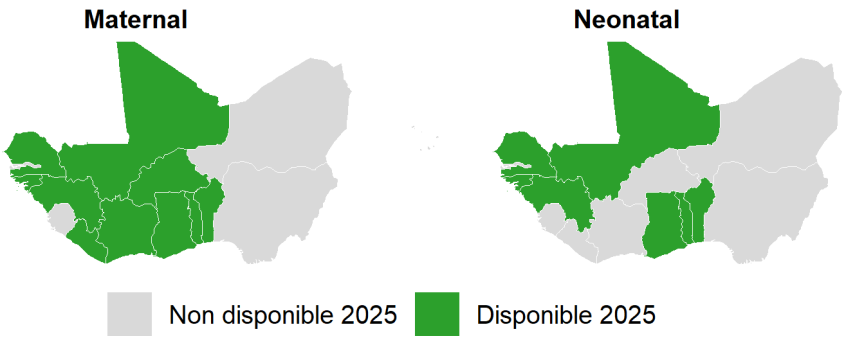


Figura 3: *Disponibilidade de dados sobre mortes maternas e neonatais por país (Janeiro-Junho) em 2025 (VIDR dos países)*

03

3. SITUAÇÃO DAS DOENÇAS DE POTENCIAL EPIDÉMICO (DPE) NA REGIÃO

WEST AFRICAN HEALTH ORGANISATION
ORGANISATION OUEST AFRICAINE DE LA SANTE
ORGANIZAÇÃO OESTE AFRICANA DA SAÚDE

3.1 RESUMO OPERACIONAL

Tendo em conta o nível de completude dos dados, as informações apresentadas não representam necessariamente o conjunto dos casos ou óbitos registados nos países da sub-região. Trata-se antes do conjunto dos casos ou óbitos declarados. No entanto, isto já permite uma análise das tendências na região.

Há mais de três anos, a dengue continua a ser uma das doenças de potencial epidémico mais notificadas pelos sistemas de vigilância epidemiológica dos países da CEDEAO. Nesta edição, foi destacada a raiva – uma doença zoonótica bem presente no nosso panorama epidemiológico.

3.1.1 EVOLUÇÃO DAS DPE NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2025

As doenças de potencial epidémico que foram objecto de mais notificações são, respectivamente, o sarampo, a dengue, a diarreia sanguinolenta e a meningite. O sarampo, uma doença vacinal já controlada com medidas específicas, é a DPE mais notificada em quase todos os países. Comparando os dois primeiros trimestres de 2024 e 2025 (Quadro 1), observa-se uma diminuição dos casos suspeitos de sarampo (cerca de 32%). Esta diminuição é muito mais significativa para a dengue, com mais de sete mil casos a menos em 2025, o que representa 42,46%.

No que diz respeito às óbitos relacionadas com DPE, apenas a meningite regista um número significativo de óbitos, com 221 casos em 2024 e 110 casos em 2025. No entanto, é de salientar uma diminuição de mais de 50% no número de óbitos no final do primeiro trimestre de 2025, em comparação com o mesmo período de 2024.

Quadro 1: *Evolução comparativa das DPE durante o primeiro trimestre entre 2024 e 2025*

Doença (DPE)	Casos suspeitos 2024	Casos suspeitos 2025	Óbitos 2024	Óbitos 2025	CFR 2024 (%)	CFR 2025 (%)
Sarampo	49,830	33,699	155	40	0.3	0.1
Febre de Lassa	21,175	18,379	11	3	0.1	0.0
Dengue	17,554	10,103	48	3	0.3	0.0
Meningite	12,878	8,268	221	110	1.7	1.3
Diarreia sanguinolenta	7,210	7,557	4	8	0.1	0.1
Cólera	6,684	4,826	0	16	0.0	0.3
AFP/Poliomielite	1,397	1,406	1	2	0.1	0.1
Febre-amarela	1,507	1,307	3	10	0.2	0.8
Gripe aviária altamente Patogénica	399	362	0	0	0.0	0.0
Verme da Guiné	8	31	0	0	0.0	0.0
Carbúnculo humano	8	24	0	0	0.0	0.0
Doença pelo Vírus Ébola	5	2	2	0	40.0	0.0
Febre do Vale do Rift	3	0	0	0	0.0	NA
Vírus Zika	0	0	0	0	NA	NA
Raiva em humanos	-	-	21	28	100	100

As reduções observadas no primeiro trimestre foram confirmadas no segundo, conforme apresentado na Tabela 2. O sarampo diminuiu 10% em termos de casos e 81% em termos de óbitos. A dengue diminuiu 58% em termos de casos e 17% em termos de óbitos. A diarreia sanguinolenta ocupa o segundo lugar em termos de casos registados. Apesar da diminuição do número de casos, observa-se um grande número de óbitos em 2025, nomeadamente na República da Guiné.

Por fim, o segundo trimestre de 2025 registou uma diminuição das infecções pelas doenças sob vigilância mais frequentes em comparação com o trimestre anterior. No entanto, como indicado no Quadro 3, a região registou epidemias, incluindo a gripe aviária. Foram notificados casos suspeitos de certas doenças (como Ébola e Zika). Mas, após investigação aprofundada, não foram confirmados casos.

Quadro 2: *Evolução comparativa das DPE no segundo trimestre, 2024 e 2025 (dados VIDR dos países)*

Doença (DPE)	Casos suspeitos 2024	Casos suspeitos 2025	Óbitos 2024	Óbitos 2025	CFR 2024 (%)	CFR 2025 (%)
Sarampo	46,471	32,238	165	21	0.4	0.1
Febre de Lassa	21,118	18,357	5	2	0.0	0.0
Dengue	13,052	7,437	203	128	1.6	1.7
Meningite	7,311	6,418	1	96	0.0	1.5
Diarreia sanguinolenta	11,180	4,723	18	15	0.2	0.3
Cólera	6,553	3,839	1	5	0.0	0.1
AFP/Poliomielite	1,890	1,535	3	5	0.2	0.3
Febre-amarela	1,534	1,403	6	17	0.4	1.2
Gripe aviária altamente Patogénica	497	801	9	13	1.8	1.6
Carbúnculo humano	2	29	0	1	0.0	3.4
Doença pelo Vírus Ébola	3	9	1	9	33.3	100.0
Febre do Vale do Rift	0	2	0	2	NA	100.0
Vírus Zika	0	0	0	0	NA	NA
Raiva em humanos	-	-	32	31	100	100

Quadro 3: *Evolução comparativa dos casos de DPE durante o primeiro semestre de 2025 (comparação por trimestre)*

Doença (DPE)	Casos suspeitos T1	Casos suspeitos T2	Total de casos suspeitos S1	Óbitos T1	Óbitos T2	Total de óbitos S1	CFR T1 (%)	Taxa de Fatalidade T2 (%)	CFR S1 (%)
Sarampo	33,699	32,238	65,937	40	21	61	0.1	0.1	0,1
Febre de Lassa	18,379	18,357	36,736	3	2	5	0.0	0.0	0,0
Meningite	8,268	7,437	15,705	110	128	238	1.3	1.7	1,5
Diarreia sanguinolenta	7,557	6,418	13,975	8	96	104	0.1	1.5	0,7
Dengue	10,103	4,723	14,826	3	15	18	0.0	0.3	0,1
Cólera	4,826	3,839	8,665	16	5	21	0.3	0.1	0,2
AFP/Poliomielite	1,406	1,535	2,941	2	5	7	0.1	0.3	0,2
Febre-amarela	1,307	1,403	2,710	10	17	27	0.8	1.2	10,0
Gripe aviária (altamente patogénica)	362	801	1,163	0	13	13	0.0	1.6	1,1
Doença pelo Vírus Ébola	2	96	98	0	1	1	0.0	1.0	1,0
Carbúnculo humano	24	29	53	0	1	1	0.0	3.4	1,9
Verme da Guiné	31	9	40	0	9	9	0.0	100.0	22,5
Vírus Zika	0	2	2	0	2	2	-	100.0	100
Febre do Vale do Rift	0	0	0	0	0	0	-	-	-
Raiva em humanos	-	-	-	28	31	59	100	100	100

3.2 SITUAÇÃO DA MPOX NA REGIÃO

A Mpox foi formalmente declarada emergência de saúde pública de cariz internacional em 2024 pela OMS. Vários países da região foram afectados por esta epidemia, nomeadamente a Nigéria, a Côte d'Ivoire, a Libéria, o Gana e a Guiné. Em 2024, foram notificados um total de 3375 casos suspeitos, dos quais 366 foram confirmados e um resultou em óbito. A Nigéria, o país mais afectado, notificou sozinha 189 casos, seguida pela Côte d'Ivoire com 107 casos. Os dois países totalizaram mais de 80% do total de casos da sub-região em 2024.

O início de 2025 foi marcado pelo aumento do número de países afectados, bem como pelo aumento do número de casos notificados. Durante o primeiro semestre de 2025, o número de países afectados passou de 5 para 9. Do total de 3.375 casos e apenas 1 óbito em 2024 para 7.318 casos e 57 óbitos em 2025, apenas durante o primeiro semestre.

O quadro 4 abaixo apresenta a distribuição do número de casos e óbitos por país afectado. A Serra Leoa, que notificou o seu primeiro caso da doença apenas em 2025, representa sozinha 71% do total de casos, seguida pela Guiné com 10% e pela Libéria com 7%. Os 3 países vizinhos, juntos, totalizam mais de 88% dos casos. A Serra Leoa declarou 52 óbitos, ou seja, 91% dos óbitos declarados.

Quadro 4: *Situação da infecção por Mpox no primeiro semestre de 2025 na CEDEAO (Dados do CRVCD)*

País	Casos confirmados	Óbitos
1. Benim	0	0
2. Burkina Faso	0	0
3. Cabo Verde	0	0
4. Côte d'Ivoire	52	0
5. Gâmbia	1	0
6. Gana	424	1
7. Guiné (Conacri)	729	ND
8. Guiné-Bissau	0	0
9. Libéria	545	0
10. Mali	0	0
11. Níger	0	0
12. Nigéria	307	4
13. Senegal	1	0
14. Serra Leoa	5,197	52
15. Togo	62	ND
Total	**7,318**	**57**

A Figura 4 mostra a evolução semanal dos casos de Mpox ao longo do ano de 2025. Com 2 casos na semana 1, a situação permaneceu estável durante os primeiros 3 meses do ano. Em seguida, registou um aumento brusco entre a semana 15 e a semana 20, passando de 2-3 casos semanais para 680 casos. A magnitude das infecções começou então a diminuir nas quatro semanas seguintes, estabilizando-se em um nível de cerca de 300 casos suspeitos detectados por semana.

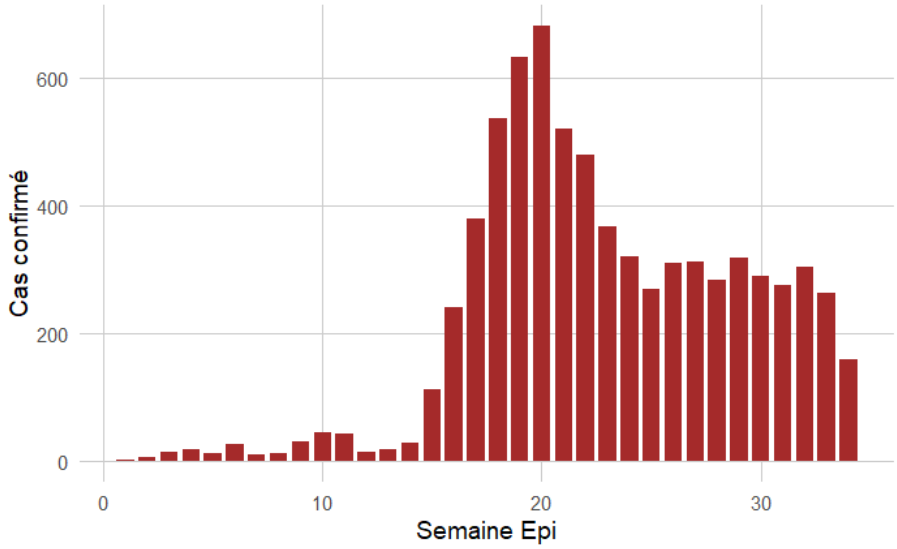


Figura 4: *Mpox — Evolução dos casos confirmados no primeiro semestre de 2025 na região*

3.3 SITUAÇÃO DO SARAMPO NA REGIÃO

O sarampo afecta praticamente todos os países da região. A Nigéria, devido à sua elevada população, regista o maior número de casos. Muito atrás, o Níger e a Guiné registaram o segundo e terceiro maiores números de casos no semestre (9 120 e 5 867, respectivamente), um aumento significativo em relação ao mesmo período em 2024. No entanto, como mostra a Figura 5, de um modo geral, os países registaram reduções no número de casos.

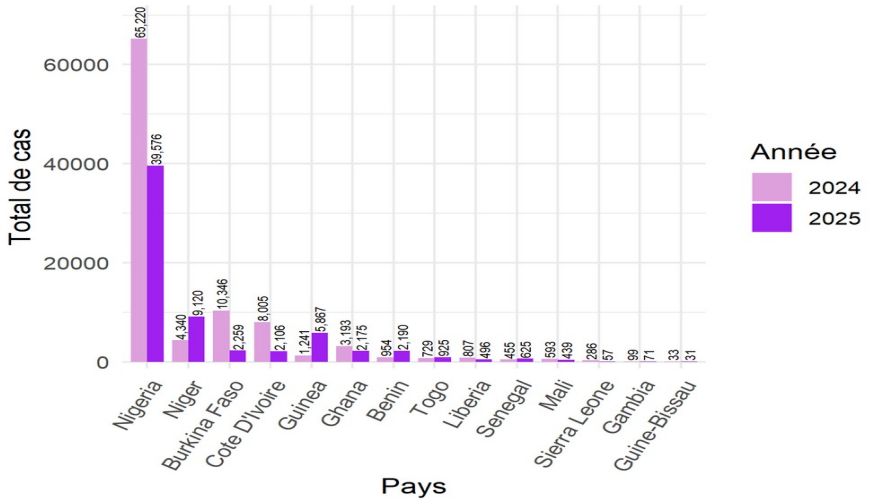


Figura 5: *Incidência de casos (suspeitos) de sarampo por país da CEDEAO durante o primeiro semestre de 2025 vs. 2024 (dados VIDR dos países)*

Embora os dados desagregados da Nigéria não estejam disponíveis, é possível observar as curvas epidemiológicas dos países que registaram mais casos suspeitos de sarampo em 2025 do que em 2024 no primeiro semestre. A Figura 6 mostra curvas bastante idênticas entre estes dois países durante o primeiro trimestre do ano. No entanto, enquanto o mês de Abril se caracteriza por um forte retorno do número de casos

na Guiné, o Níger observa um forte aumento dos casos até à semana 15. Só a partir daí é que as infecções retomam uma tendência decrescente.

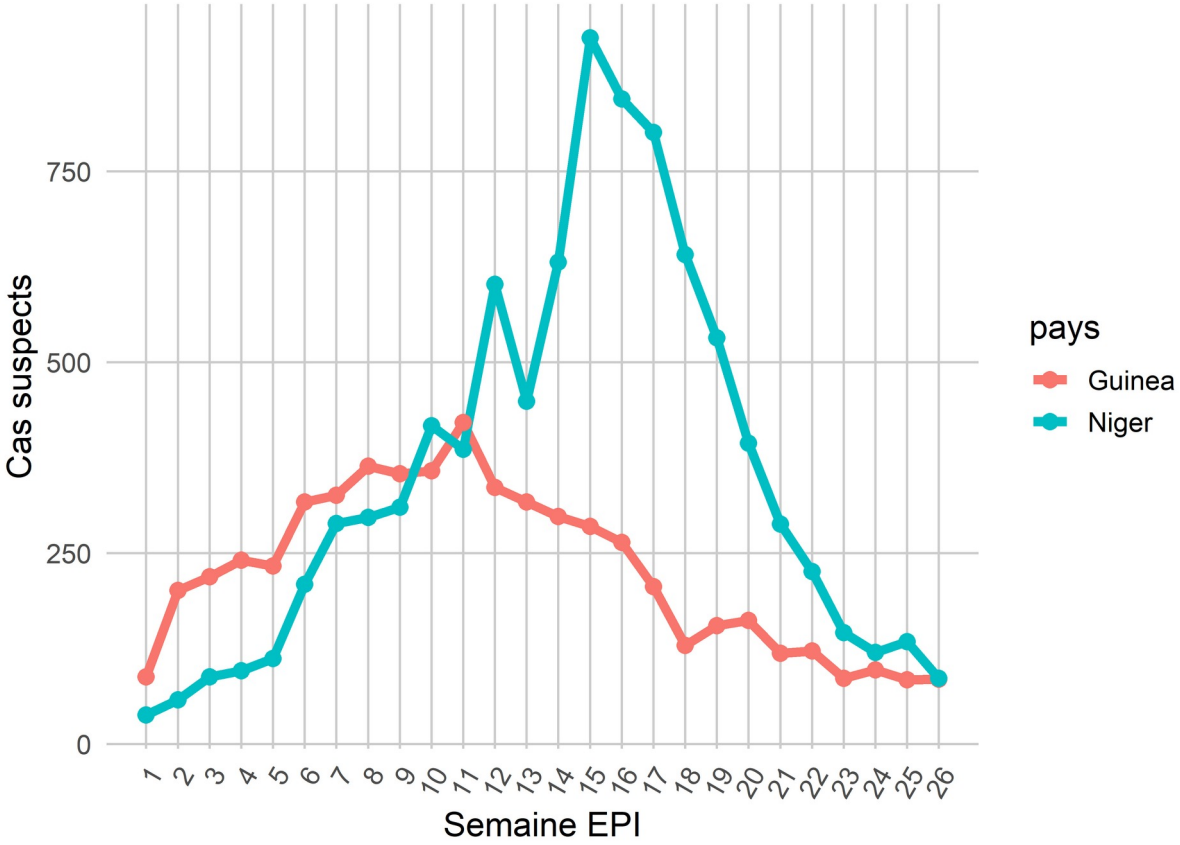


Figura 6: *Sarampo – Evolução semanal (semana 1 a 26) nos países mais afectados*

A Figura 7 mostra que a curva temporal dos casos suspeitos não se alterou entre 2024 e 2025. Os picos são observados entre Março e Abril.

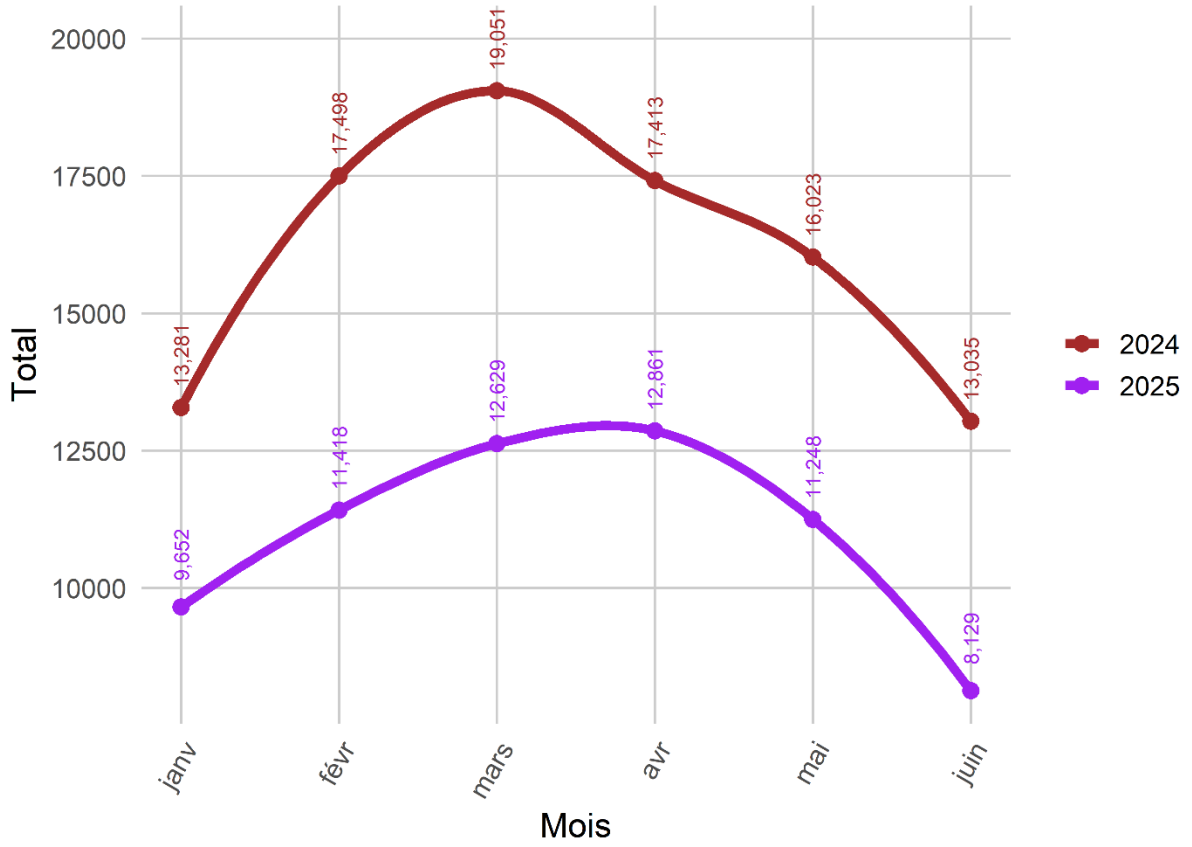


Figura 7: *Evolução mensal comparativa dos casos (suspeitos) de sarampo durante o primeiro semestre de 2024 e 2025.*

3.4 SITUAÇÃO DA DENGUE NA REGIÃO

Durante os primeiros 6 meses do ano de 2025, observa-se uma diminuição da incidência da dengue em quase todos os países que notificaram casos (Figura 8). No entanto, o país mais afectado continua a ser o Burkina Faso, embora a incidência tenha diminuído praticamente pela metade entre o primeiro trimestre do ano de 2024 e o mesmo período em 2025.

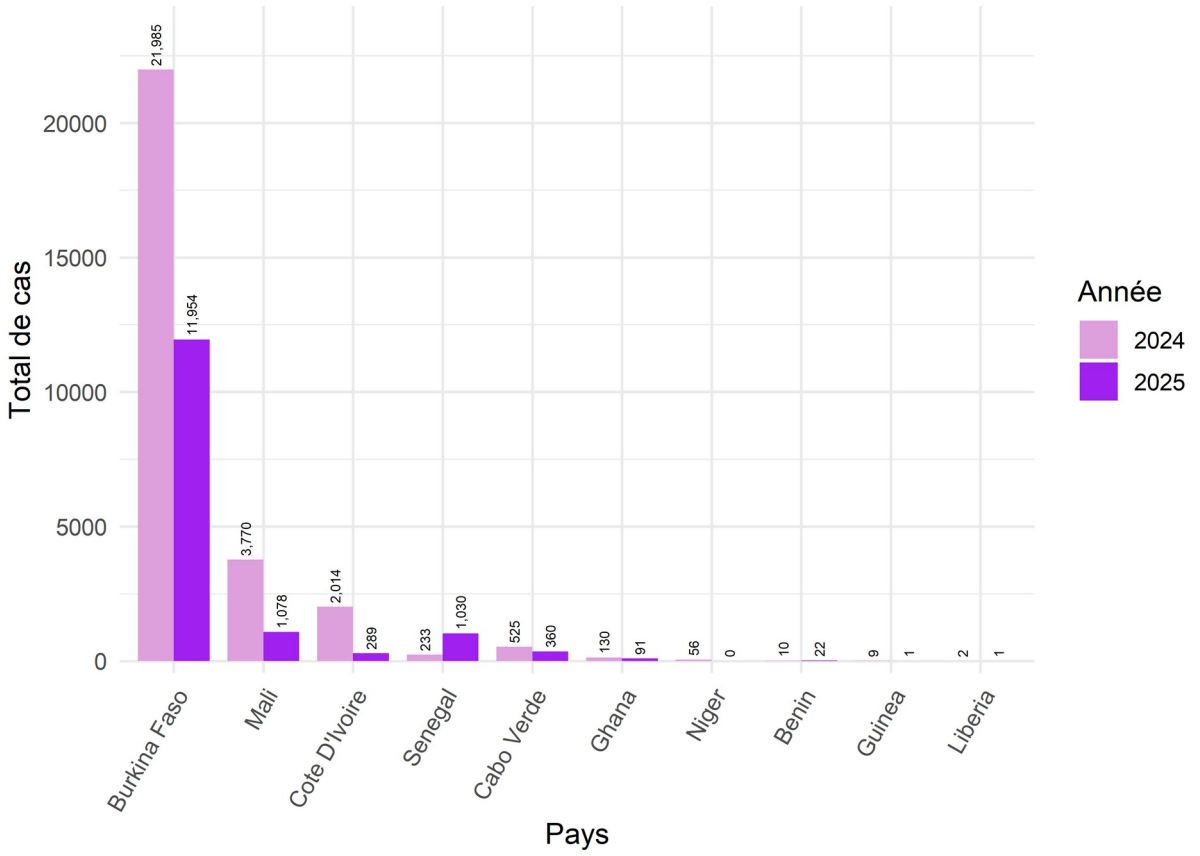


Figura 8: *Novos casos de dengue por país durante o primeiro semestre (Janeiro-Junho) de 2025 e 2024 (dados VIDR dos países)*

O Burkina Faso, embora não tenha declarado uma epidemia em 2025, apresenta valores semanais muito elevados. Assim, como mostra a Figura 9, foram observados picos de 800 casos suspeitos de dengue por semana em Fevereiro de 2025. No entanto, a curva registou uma descida significativa e sustentada, estabilizando-se na metade após 5 semanas.

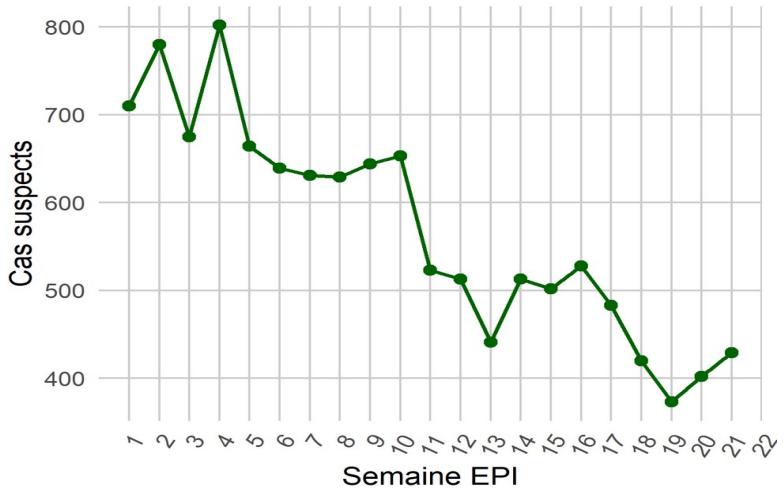


Figura 9: *Evolução semanal de novos casos de dengue no Burkina Faso em 2025 (dados VIDR do país).*

A evolução dos novos casos de dengue em 2025 é muito semelhante à de 2024. Mas entre Maio e Junho, assistimos a uma diminuição significativa dos casos da doença na região (Figura 10).

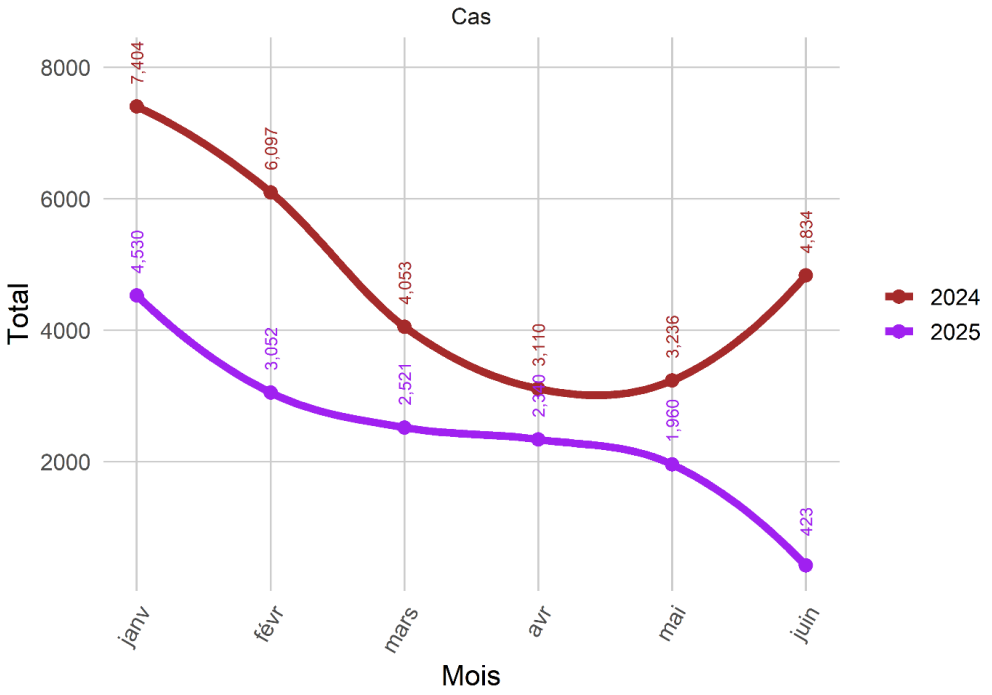


Figura 10: *Evolução mensal comparativa dos casos de dengue na África Ocidental durante o primeiro semestre de 2024 e 2025 (dados VIDR dos países)*

3.5 SITUAÇÃO DA MENINGITE NA REGIÃO

A meningite representa uma das doenças epidémicas mais frequentes e mais importantes em termos de mortalidade. No entanto, com base nos dados disponíveis, verifica-se que o número de casos e de óbitos diminuiu ligeiramente nos dois primeiros trimestres de 2025, em comparação com o mesmo período de 2024 (Figura 11 e 12).

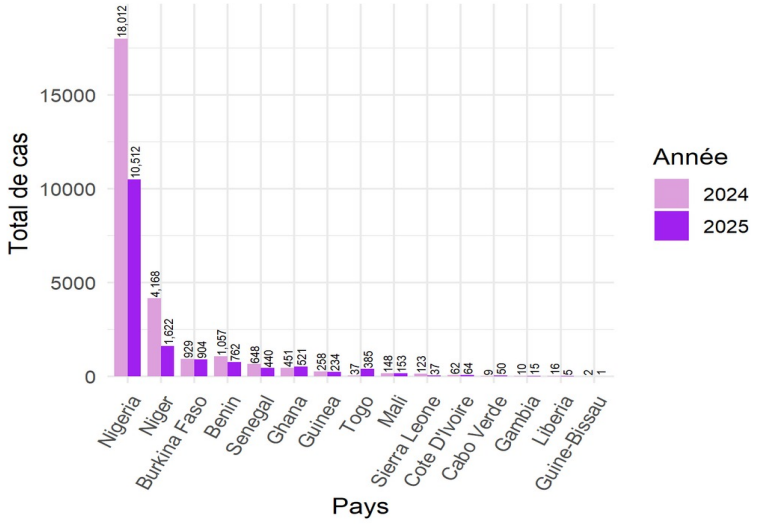


Figura 11: *Incidência comparativa de meningite (casos suspeitos) no primeiro semestre de 2025 e 2024 por país (Dados VIDR dos países)*

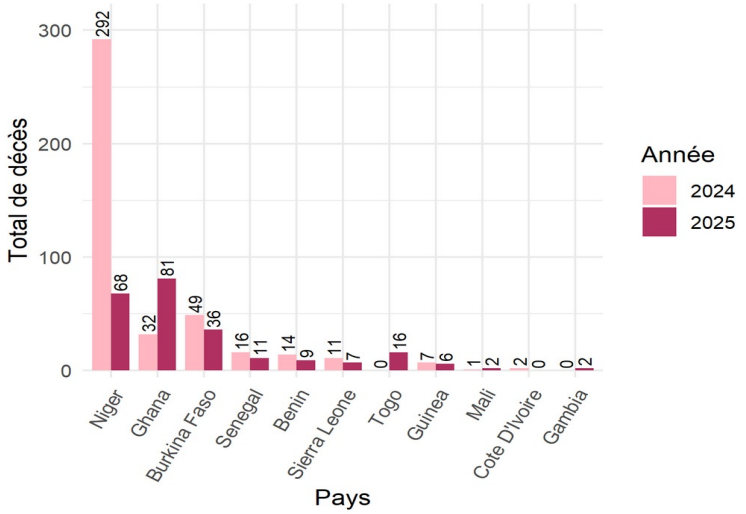


Figura 12: *Número de óbitos por meningite no primeiro semestre por país, 2025 vs. 2024*

A Figura 13 descreve a evolução dos casos e dos óbitos no mesmo período entre os dois anos. As curvas de evolução não são muito diferentes, excepto pelo facto de 2025 ter registado uma incidência e mortalidade menores do que 2024.

Figura 13: *Meningite — Evolução mensal (Janeiro-Junho) — Total regional (casos e óbitos)*

3.6 SITUAÇÃO DA RAIVA NA REGIÃO

A raiva faz parte da lista de doenças zoonóticas sob vigilância no âmbito da Saúde Única. Na realidade, a raiva continua a ser um grave problema de saúde pública na maioria dos países da CEDEAO. De acordo com os dados disponíveis, foram notificados um total de 45 óbitos humanos devido à raiva durante o primeiro semestre de 2024 e 46 óbitos no mesmo período de 2025. O Quadro 5 mostra a distribuição dos casos por trimestre e por país que os notificaram. Para além dos casos declarados, devemos reconhecer que a notificação da raiva não é exaustiva. Muitos casos não chegam aos hospitais e, por isso, não são notificados.

Quadro 5: *Casos de morte humana por raiva, 2024/2025*

País	T1 2024	T1 2025	T2 2024	T2 2025	S1 2024	S2 2025
1. Benim	2	6	6	7	8	13
2. Burkina Faso	ND	ND	ND	ND	ND	ND
3. Cabo Verde	ND	ND	ND	ND	ND	ND
4. Côte d'Ivoire	ND	ND	ND	ND	ND	ND
5. Gâmbia	ND	ND	ND	ND	ND	ND
6. Gana	4	5	4	7	8	12
7. Guiné (Conacri)	4	2	3	3	7	5
8. Guiné-Bissau	1	ND	1	ND	2	ND
9. Libéria	ND	1	ND	ND	ND	1

País	T1 2024	T1 2025	T2 2024	T2 2025	S1 2024	S2 2025
10. Mali	2	1	4	1	6	2
11. Níger	4	1	4	1	8	2
12. Senegal	ND	ND	ND	ND	ND	ND
13. Serra Leoa	ND	ND	ND	ND	ND	ND
14. Togo	1	3	5	8	6	11
Total	**18**	**19**	**27**	**27**	**45**	**46**

A nível mundial, a OMS estima que a raiva causa dezenas de milhares de mortes todos os anos, 40% das quais em crianças com menos de 15 anos. É sabido que as mordidas e arranhões de cães são a causa de cerca de 99% dos casos de raiva humana, que pode ser evitada através da vacinação dos animais e da prevenção de mordidas. Mas a vacinação sistemática dos animais é muito precária ou mesmo inexistente nos países da CEDEAO. As razões podem ser diversas. Mas a realidade é a total ausência de vacinas para cobrir as necessidades.

No âmbito da abordagem Saúde Única, foi definido como objectivo "acabar com as mortes humanas causadas pela raiva transmitida por cães através de uma abordagem global". Este objectivo foi definido em 2015 por organizações quadripartidas (OMS, OMSA, FAO e Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente) com a Aliança Global contra a Raiva, que trabalham em conjunto no âmbito da iniciativa "*United Against Rabies* (Unidos contra a Raiva)". Embora seja essencial melhorar a profilaxia pós-exposição, esta, por si só, não pode acabar com a transmissão da raiva.

A raiva em humanos provém principalmente dos cães, que constituem o principal reservatório da doença. Uma vacinação estratégica em massa de cães, coordenada dentro dos países e entre eles, associada a uma profilaxia pós-exposição, poderia eliminar a raiva canina em África. Uma luta coordenada contra a raiva entre os países poderia levar a resultados mais equitativos em termos sociais e ecológicos, reduzindo o número de vidas humanas perdidas para quase zero e, eventualmente, eliminando a doença. Assim, o compromisso da Gavi poderia contribuir significativamente para reduzir as desigualdades no acesso à vacina e atingir a meta de zero casos de raiva humana até 2030.

No entanto, para atingir esse objectivo, os países devem envidar esforços coordenados e rápidos. Vacinas contra a raiva seguras, eficazes e acessíveis para cães, desenvolvidas de acordo com as normas da Organização Mundial de Saúde Animal, estão agora disponíveis. Com base nos resultados da pesquisa e seguindo o exemplo da eliminação global da peste bovina em 2011, a eliminação da raiva canina na África parece viável graças à coordenação entre os países africanos. O Gabinete Inter-africano para os Recursos Animais, o Centro Pan-Africano de Vacinas Veterinárias e as comunidades económicas regionais estão actualmente a preparar um roteiro para uma campanha pan-africana coordenada de eliminação da raiva. Esta iniciativa está em consonância com as aspirações da Agenda 2063 da União Africana "A África que queremos" e com o plano de acção conjunto Saúde Única. Todas as ferramentas estão, portanto, disponíveis para atingir a meta de zero casos de raiva humana até 2030, no interesse da saúde humana e animal, se as partes interessadas garantirem a coordenação, a cooperação, a comunicação e o reforço das capacidades.

04

4. SITUAÇÃO DO PALUDISMO NA CEDEAO

WEST AFRICAN HEALTH ORGANISATION
ORGANISATION OUEST AFRICAINE DE LA SANTE
ORGANIZAÇÃO OESTE AFRICANA DA SAÚDE

Sete dos quinze países da região partilharam dados sobre o paludismo. Conforme referido na introdução, o paludismo continua a ser a doença endémica mais importante em quase todos os países da CEDEAO. A excepção é Cabo Verde, declarado livre da doença pela OMS. Na ausência de dados da Nigéria, o Níger, o Burkina Faso e a Guiné são os três países com o maior número de casos no final do primeiro semestre de 2025. Em comparação com o mesmo período em 2024, observa-se um aumento dos casos no Níger e na Guiné.

O Quadro 6 apresenta um número de casos de paludismo de quase 3 milhões em 6 meses no Níger. No Burkina Faso e na Guiné, aproximavam-se dos 2 milhões. O número de óbitos também é significativo, entre 400 e 600 no semestre. A disponibilidade de dados para os países que se encontram numa fase avançada do processo de eliminação teria permitido fazer uma comparação a nível regional.

Quadro 6: *Evolução dos casos e óbitos por paludismo declarados no primeiro semestre entre 2024 e 2025*

País	Primeiro Semestre de 2024		Primeiro Semestre de 2025	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
1. Benim	ND	ND	ND	ND
2. Burkina Faso	2,092,542	711	1,779,816	432
3. Cabo Verde	5	ND	3	ND
4. Côte d'Ivoire	ND	ND	ND	ND
5. Gâmbia	ND	ND	ND	ND
6. Gana	ND	ND	ND	ND
7. Guiné (Conacri)	1,592,337	284	1,737,381	464
8. Guiné-Bissau	123,755	163	125,792	61
9. Libéria	ND	ND	ND	ND
10. Mali	745,115	736	167,006	430
11. Níger	2,486,104	434	2,818,271	ND
12. Nigéria	ND	ND	ND	ND
13. Senegal	ND	ND	ND	ND
14. Serra Leoa	736,902	842	697,968	554
15. Togo	ND	ND	ND	ND
Total	**7,776,760**	**3,170**	**7,159,398**	**1,941**

A evolução das infecções durante o primeiro semestre nos países mais afectados é apresentada na Figura 14. De um modo geral, os países com mais casos (os países do Sahel) registam uma descida sustentada à medida que a estação seca avança. No entanto, a Guiné apresenta uma curva ascendente desde o início do ano.

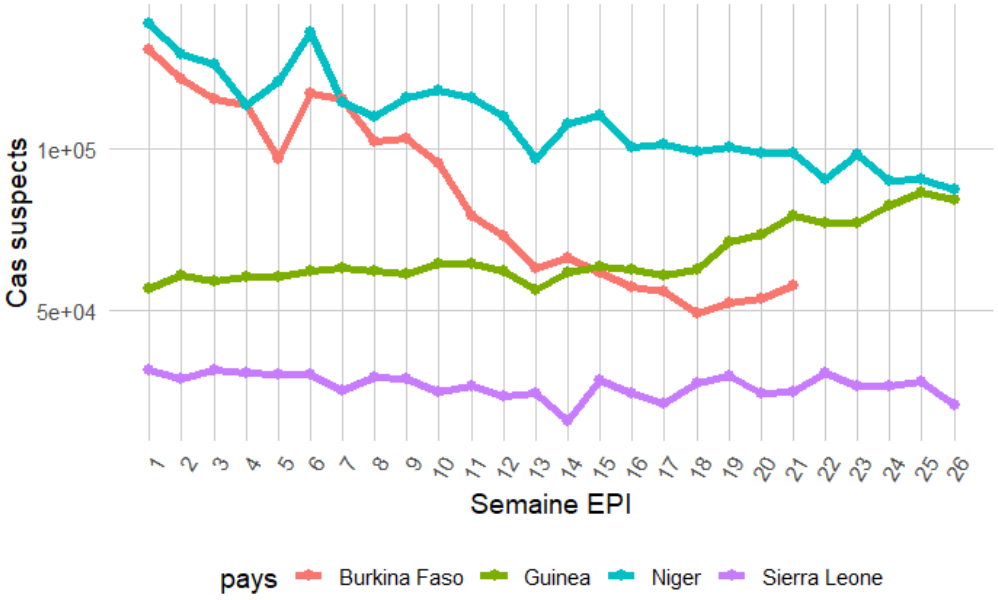


Figura 14: *Paludismo – Evolução semanal (semana 1 a 26) nos países mais afectados*

05

5. SITUAÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL NA REGIÃO

WEST AFRICAN HEALTH ORGANISATION
ORGANISATION OUEST AFRICAINE DE LA SANTE
ORGANIZAÇÃO OESTE AFRICANA DA SAÚDE

O Quadro 7 apresenta os valores declarados de mortes maternas e neonatais pelos países que notificam sistematicamente esses eventos.

5.1 MORTES MATERNAS

Entre os países que notificam mortes maternas, a Côte d'Ivoire, o Benim e o Burkina Faso são os que apresentam os maiores fardos. No entanto, conforme apresentado no Quadro 7, os valores estão a diminuir nos países mais afectados em 2025 em comparação com 2024. Contudo, estão a aumentar nos países menos afectados (Senegal, Mali, Gana, Togo, Libéria e Guiné-Bissau).

Quadro 7: *Evolução de mortes maternas e neonatais declaradas no primeiro semestre entre 2024 e 2025*

País	Mortes maternas S1 2024	Mortes maternas S1 2025	Mortes neonatais S1 2024	Mortes neonatais S1 2025
1. Benim	414	411	2,153	2,244
2. Burkina Faso	465	358	6,413	ND
3. Cabo Verde	ND	ND	ND	ND
4. Côte d'Ivoire	510	330	ND	ND
5. Gâmbia	ND	ND	ND	ND
6. Gana	87	77	299	264
7. Guiné (Conacri)	201	197	494	409
8. Guiné-Bissau	20	36	132	174
9. Libéria	63	49	148	ND
10. Mali	86	125	447	370
11. Níger	ND	ND	ND	ND
12. Nigéria	ND	ND	ND	ND
13. Senegal	83	130	973	1,348
14. Serra Leoa	ND	ND	ND	ND
15. Togo	55	83	528	912
Total	**1 984**	**1 796**	**11 587**	**5 721**

A Figura 15 descreve dois picos de mortalidade em 2024 (Fevereiro e Maio). Os valores de 2025 apresentam apenas o pico do mês de Maio, com um declínio significativo em Fevereiro.

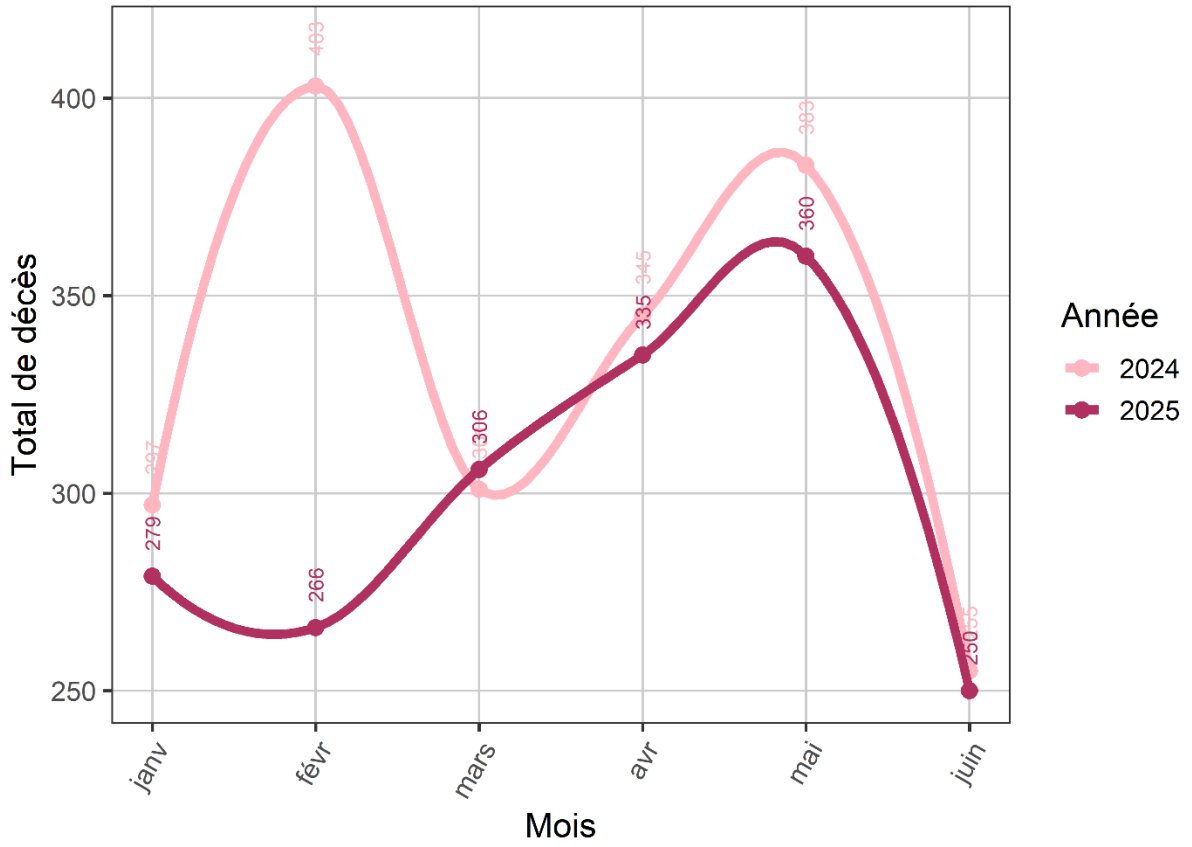


Figura 15: *Casos de mortalidade materna notificados nos países da CEDEAO durante o primeiro semestre de 2024 e 2025 (VIDR, Países)*

A Figura 16 apresenta a curva de mortalidade comparada nos três países mais afectados. O primeiro país, a Côte d'Ivoire, regista os níveis mais elevados em 2025 em comparação com 2024. O Benim e o Burkina Faso apresentam curvas praticamente sobrepostas no primeiro semestre dos dois anos.

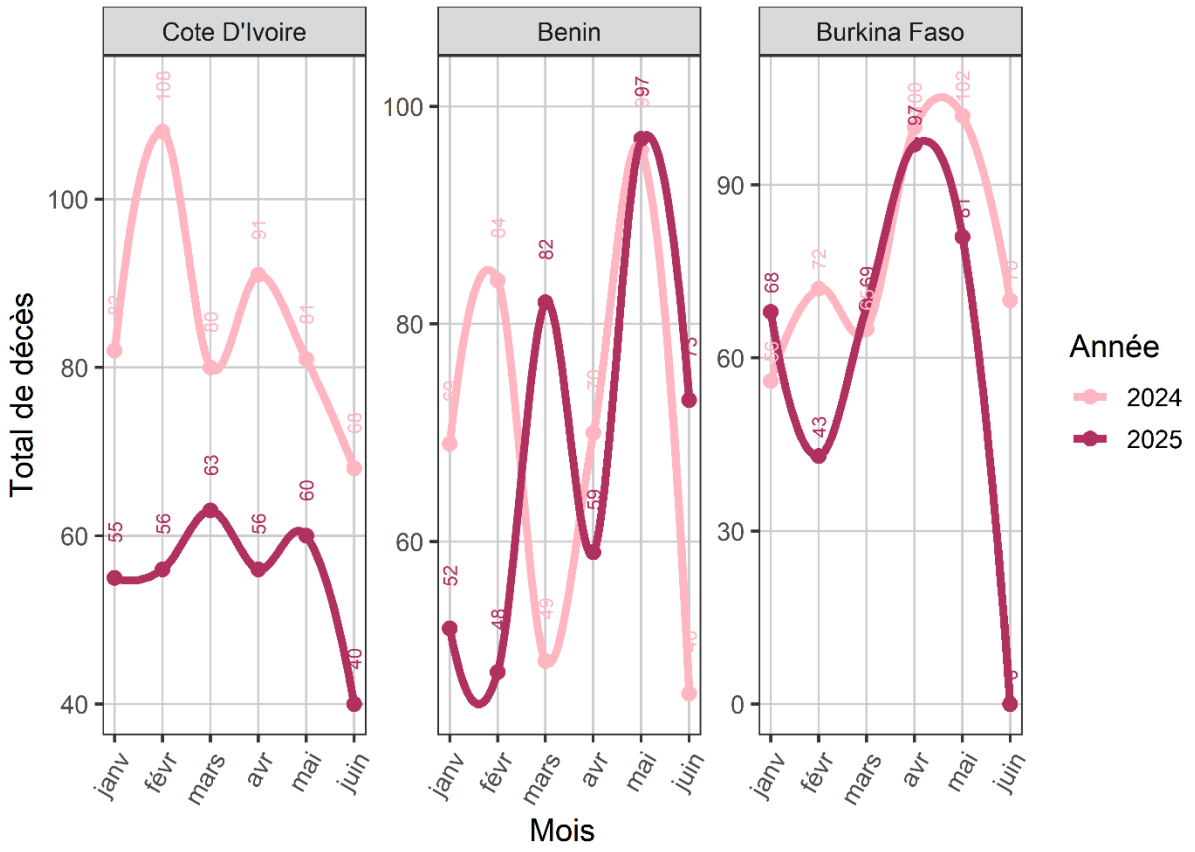


Figura 16: *Evolução mensal dos casos de mortes maternas notificados por país com mais casos, 2025 vs. 2024 (VIDR dos Países)*

5.2 MORTES NEONATAIS

Infelizmente, as mortes neonatais estão a aumentar na região. Embora a Figura 17 não apresente as mortes do primeiro semestre no Burkina Faso (que apresenta os valores mais elevados em 2024), ela apresenta aumentos quase sistemáticos nos outros países.

Em consequência do comentário anterior, a aparente superioridade das mortes neonatais de 2024 em relação às de 2025 apresentadas na Figura 18 oculta principalmente a falta de informação de 2025 no Burkina Faso.

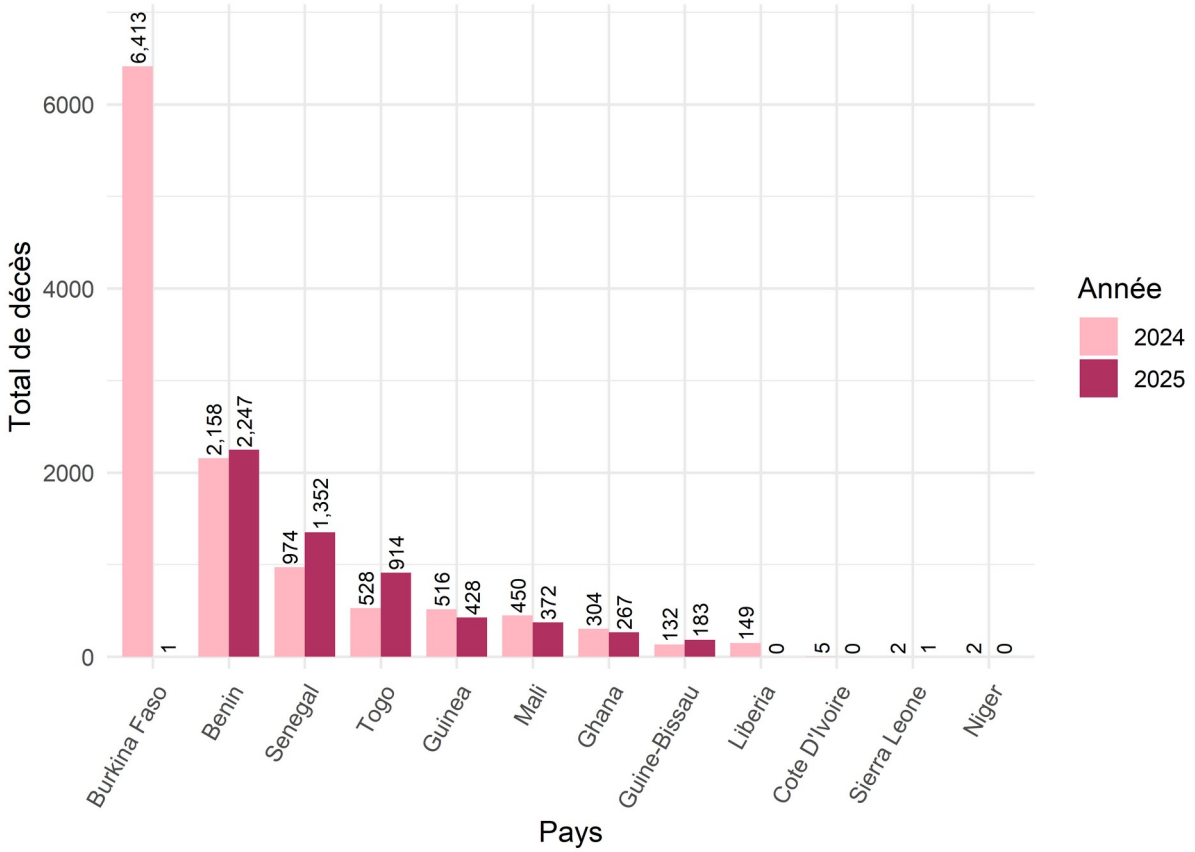


Figura 17: *Mortes neonatais — Semestre 1 (Janeiro–Junho) — 2025 vs. 2024 — por país*

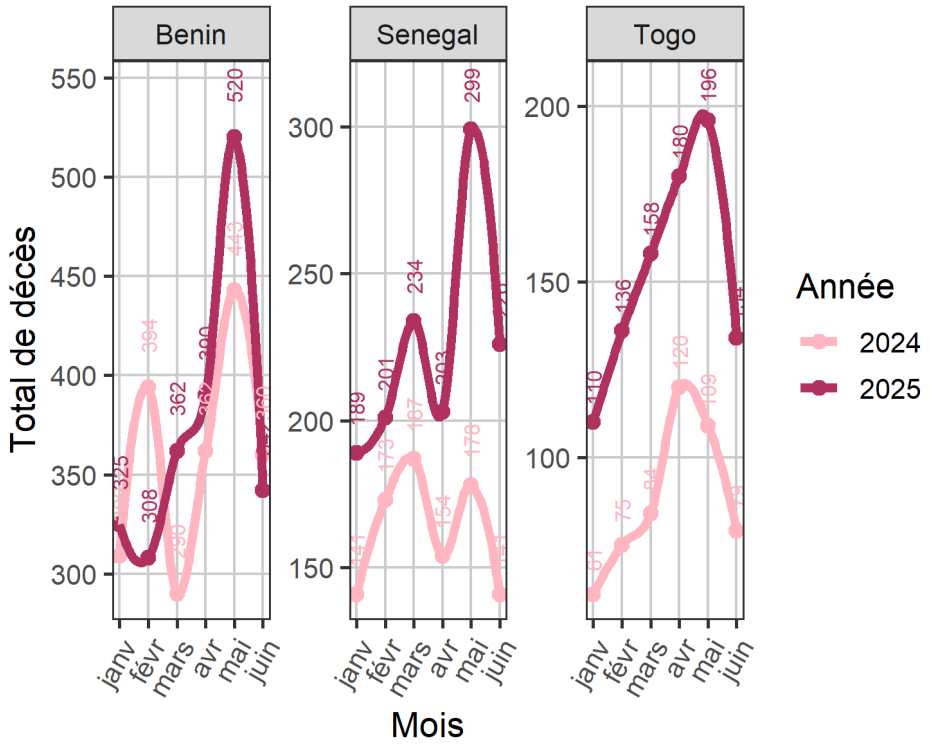


Figura 19: *Casos de mortalidade neonatal por mês e por país, com mais casos no primeiro semestre, 2025 vs. 2024 (VIDR,*

Países)

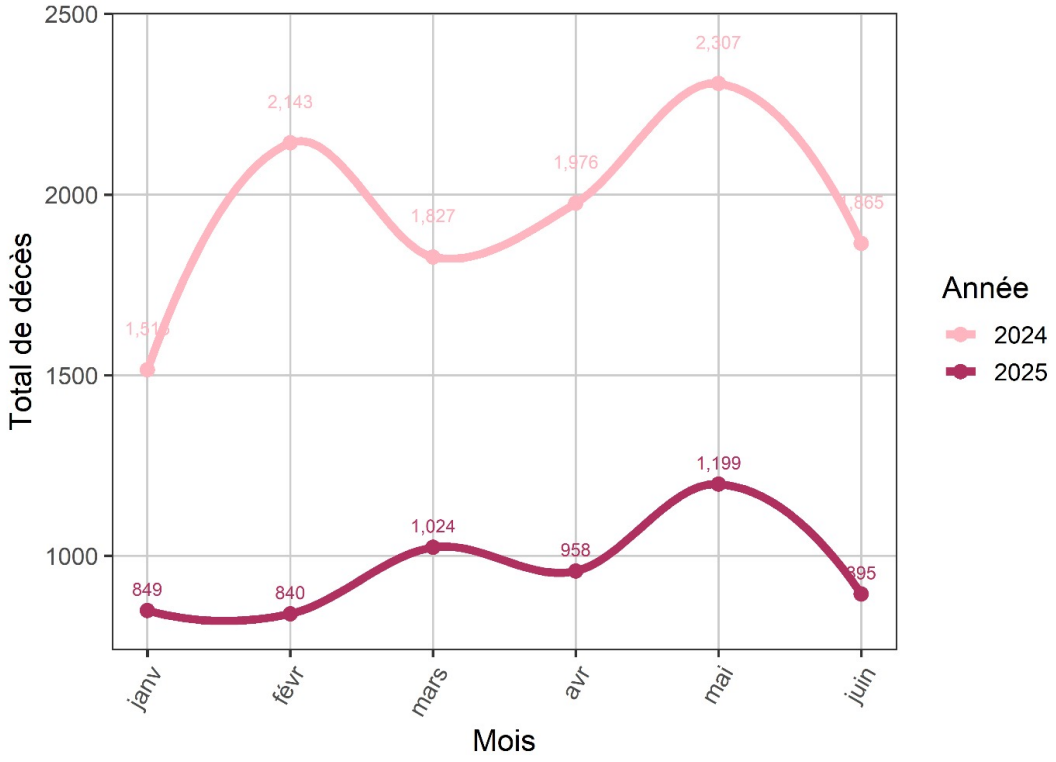


Figura 18: *Mortes neonatais — Evolução mensal (Janeiro-Junho) — Total regional*

6. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

O presente relatório apresenta uma evolução global da situação sanitária no primeiro semestre de 2025. Verifica-se uma diminuição significativa das infecções para a maioria das doenças sob vigilância em relação ao primeiro semestre de 2024. No entanto, alguns focos epidémicos, como os da gripe aviária altamente patogénica, persistem na região. Assim, o facto de se ter notificação de casos suspeitos de doenças como Ébola e Zika também demonstra uma vigilância reforçada e activa nos países: é melhor detectar casos falsos do que deixar passar sem detecção doenças potencialmente epidémicas. Esta tendência sublinha tanto os progressos realizados na vigilância para o controlo das doenças como os desafios que ainda subsistem.

No que diz respeito ao sarampo, o seu aumento ano após ano representa um enorme problema para todos os sistemas de saúde. Isto não se refere apenas ao sarampo, mas também a todas as outras doenças que podem ser prevenidas por vacinação. Do ponto de vista epidemiológico, o Níger registou um forte aumento de casos até à semana 15, enquanto a Guiné observou um pico em Abril, seguido de um retrocesso. Além disso, vários países, nomeadamente a Guiné, o Benim, o Gana e o Togo, registaram um aumento dos óbitos notificados relacionados com o sarampo, enquanto o Níger, apesar de uma incidência elevada, registou um número de óbitos inferior ao de 2024. O controlo do sarampo depende quase exclusivamente da boa cobertura vacinal.

A incidência da dengue registou uma diminuição significativa, com uma redução de 50% no número de casos no Burkina Faso, o país mais afectado.

Os casos de mortalidade materna estão a diminuir em vários países, como a Côte d'Ivoire, o Benim e o Burkina Faso, enquanto aumentam noutros países, como o Senegal, o Mali e o Gana. As mortes neonatais estão geralmente a aumentar na maioria dos países, excepto no Burkina Faso. Estas evoluções exigem uma atenção renovada às políticas de saúde materna e infantil, visando prioritariamente as zonas onde a situação se está a deteriorar.

Tendo em conta estes resultados, são propostas várias recomendações. O reforço das campanhas de vacinação, em especial contra o sarampo, deve ser prosseguido a fim de colmatar as lacunas persistentes. É igualmente crucial reduzir as desigualdades em termos de saúde através de um apoio específico aos países e regiões onde a redução da mortalidade materna e neonatal regista poucos progressos. Ademais, a sistematização da vigilância sindrómica integrada permitirá uma detecção mais rápida e uma intervenção precoce em vários focos. Por último, uma melhor coordenação regional que facilite a partilha de dados e a harmonização dos protocolos de resposta é essencial para reforçar a resiliência colectiva face às ameaças sanitárias.

O relatório destaca progressos tangíveis na gestão de doenças prioritárias, ao mesmo tempo que sublinha fragilidades geográficas e temáticas que devem ser rapidamente abordadas. É indispensável um esforço sustentado, baseado numa estratégia integrada que inclua vacinação, reforço da vigilância e cooperação regional, para garantir a sustentabilidade dos progressos e melhorar a saúde pública na região.

EQUIPA EDITORIAL

Tomé CA
Responsável Principal do Programa
Sistemas de Informação Sanitária

Serge M.A. SOMDA
Consultor, Perito em Informação Sanitária

Damola C. OLAJIDE
Responsável do Programa Bases de Dados

Alpha B. SY SAVANE
Consultor, Perito em Informação Sanitária (WAHIT)

RELEITURA/REVISÃO

Sr. Ali SANI
Director do Departamento de Planeamento e Informação Sanitária

Sibraogo Richard GUISSOU
Profissional de Monitorização e Avaliação

Aboubacar ISSA
Responsável do Programa Planeamento

Thierno Souleymane BARRY
Consultor, Monitorização e Avaliação

EDITOR CHEFE

Dr. Melchior Athanase Joël Codjovi Aïssi,
Director Geral



WEST AFRICAN HEALTH ORGANISATION
ORGANISATION OUEST AFRICAINE DE LA SANTE
ORGANIZAÇÃO OESTE AFRICANA DA SAÚDE