



Iniciativa Oeste Africana sobre a Nutrição

**Não deixar para trás nenhuma mulher e nenhuma criança:
Desigualdades na cobertura e no estado nutricional entre
mulheres, crianças e adolescentes na África Ocidental**



Uma Análise Multipaíses

Maio de 2020





**Não deixar para trás nenhuma mulher
e nenhuma criança:**
**Desigualdades na cobertura e no estado
nutricional entre mulheres, crianças
e adolescentes na África Ocidental**

Uma Análise Multipaíses

Maio de 2020

Foto da capa cortesia da Unicef



Índice

Lista de quadros	iv
Lista de Figuras	v
Lista de Anexos	v
Agradecimentos	vi
Abreviaturas	vii
Sumário executivo	viii
1.0. Introdução	1
2.0. Metodologia	3
2.1. Workshops de análise avançada de dados	3
2.2. Análise de dados	3
2.3. Indicadores nutricionais	4
3.0. Resultados	5
3.1. Alimentação de lactentes e crianças pequenas (ALCP)	5
3.2. Indicadores antropométricos para crianças	9
3.3. Estado nutricional das mulheres adolescentes e adultas	13
4.0 Análise das políticas e programas de nutrição na África Ocidental	16
4.1. Explicação da base de dados e análise da GINA	16
4.2. Políticas nutricionais na África Ocidental: resultados críticos da Análise GINA	18
4.3. Programas de Nutrição na África Ocidental: Principais Resultados da Análise GINA	19
5.0. Conclusões e Recomendações	20
5.1. Publicações Em Preparação	23

Lista de quadros

Quadro 1: Lista dos indicadores utilizados nas análises	4
Quadro 2: Pontuação sumativa das acções nutricionais por país e população alvo	17

Lista de Figuras

Figura 1: Práticas do IYCF por país na África Ocidental (UNICEF Global Data Base, 2019)	6
Figura 1.1: Práticas do ALCP por país na África Ocidental (UNICEF Global Data Base, 2019)	6
Figura 2: Alteração por ano (em pontos percentuais) na prevalência da diversidade alimentar mínima nos Nove Países da África Ocidental	7
Figura 3: Prevalência de amamentação exclusiva (%) de acordo com a região por país (última informação disponível)	8
Figura 4: Prevalência de amamentação contínua entre 12-23 meses (%) por nível de riqueza e por local de residência	9
Figura 5: Prevalência de raquitismo, excesso de peso e de desperdício (%) na região da África Ocidental	10
Figura 6: Tendências em raquitismo de crianças	10
Figura 7: Tendências de baixo peso das crianças	11
Figura 8: Tendências em obesidade infantil	11
Figura 9: Desigualdades por sexo, local de residência e índice de riqueza para os principais indicadores antropométricos para crianças com menos de cinco anos de idade na África Ocidental (Baseado em bases de dados globais da UNICEF)	12
Figura 10.a: Prevalência (%) de crianças com excesso de peso por nível de riqueza	12
Figura 10.b: Prevalência (%) de crianças com excesso de peso por área de residência	13
Figura 11: Percentagem de raparigas adolescentes e mulheres adultas com peso inferior ao normal	14
Figura 12: Tendência regional de baixo peso das mulheres por idade	15
Figura 13: Tendência regional em obesidade entre as mulheres por idade	15
Figura 14: Baixo peso por local de residência da mulher	15

Lista de Anexos

Anexe 1: Notes de politique associées au rapport	23
---	----



Agradecimentos

Este relatório é resultado de trabalho de dois workshops regional de formação em análise de dados realizados em Junho e em Outubro de 2019 em Dakar, Senegal. Os workshops fazem parte da iniciativa regional “Contagem Regressiva para 2030” (CD2030) para a geração de evidências e o reforço de capacidades em análise de dados na África Ocidental e Central. Foram conduzidos pela Organização Oeste Africana da Saúde (OOAS) com o apoio da Universidade Johns Hopkins, do Centro Africano de Pesquisa Demográfica e Sanitária (APHRC), do Centro Internacional de Equidade em Saúde da Universidade Federal de Pelotas, da Universidade de Manitoba, Alive & Thrive/FHI360, Transform Nutrition West Africa/IFPRI, OMS e UNICEF.

A realização dos workshops foi financiada pela iniciativa “CD2030 for Women’s, Children’s and Adolescents’ Health” com base em um financiamento da Fundação Bill & Melinda Gates através do Grant OPP1148933 e do Projeto Alive & Thrive do FHI360.

Os workshops visavam os 15 países da África Ocidental dos quais países do Alive & Thrive e do Projeto Transform Nutrition. A OOAS, em conjunto com os seus parceiros, manifestam a sua profunda gratidão para com todos os participantes dos 15 países da CEDEAO (Benim, Burkina Faso, Cabo Verde, Cote d’Ivoire, Gâmbia, Ghana, Guiné-Bissau, Guiné-Conacri, Libéria, Mali, Níger, Nigéria, Senegal, Serra Leoa e Togo).



Abreviaturas

APHRC	Centro de Investigação da Saúde e da População Africana (sigla in inglês)
IMC	Índice de Massa Corporal
CD2030	Contagem Regressiva para 2030: Saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes
DHIS2	Sistema de Informação Distrital de Saúde versão 2 (sigla em inglês)
CEDEAO	Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental
GINA	Base de dados global sobre a implementação da Ação de Nutrição (sigla em inglês)
HMIS	Sistema de Informação de Gestão da Saúde (sigla em inglês)
CIES	Centro Internacional para a Equidade na Saúde
IFA	Ferro e Ácido Fólico
IFPRI	Instituto Internacional de Investigação em Política Alimentar (sigla em inglês)
ALCP	Alimentação de lactentes e crianças pequenas
JHU	Universidade Johns Hopkins (sigla em inglês)
MAM	Malnutrição Aguda Moderada
DNT	Doenças Não Transmissíveis
ONG	Organização Não-Governamental
NHD	Departamento de Nutrição da OMS para a Saúde e o Desenvolvimento (sigla em inglês)
SRMNI	Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal e Infantil
SRMNI-N	Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal, Infantil e a Nutrição
DAS	Desnutrição Severa Aguda
SUN	Expansão de Intervenções Nutricionais [Sigla em Inglês: Scaling-Up Nutrition]
U5	Menores de cinco anos de idade (sigla in inglês)
NU	Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
AO	África Ocidental
OOAS	Organização Oeste Africana da Saúde
AMS	Assembleia Mundial da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde



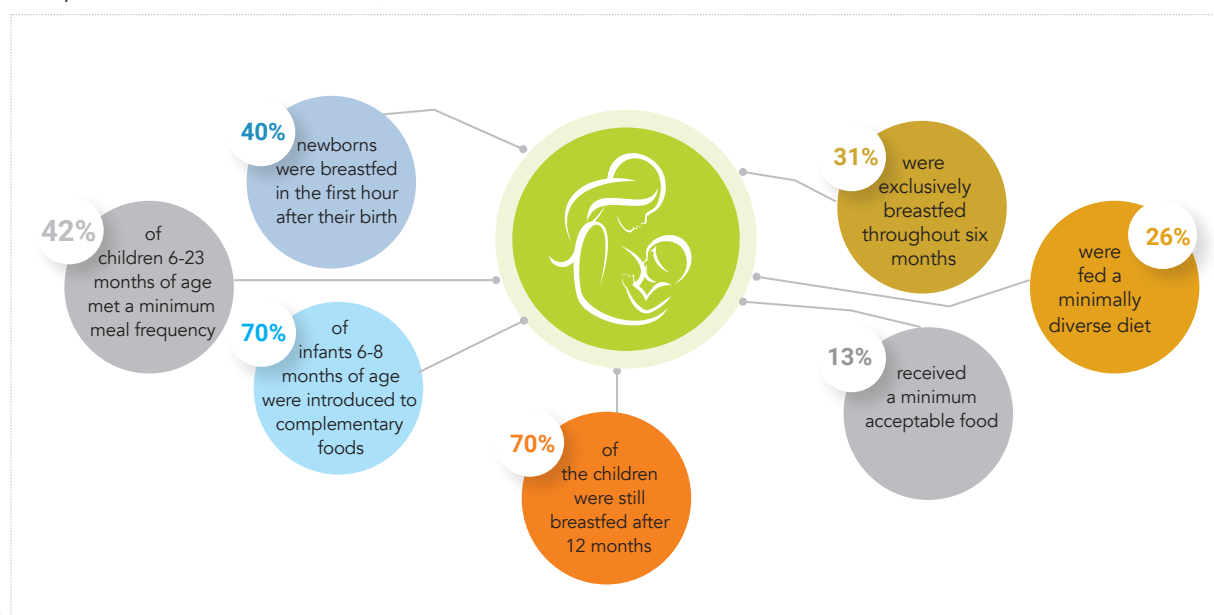
Sumário executivo

A desnutrição é considerada um problema de saúde pública importante nos países da Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO). Estima-se que cerca de 18 milhões de mulheres na região são anémicas e outras 6 milhões obesas com base nos dados de população das Nações Unidas. Entre as crianças menores de cinco anos, 18,5 milhões apresentam baixa altura para idade, enquanto 5,1 milhões apresentam-se com baixo peso. Serão necessários esforços e maiores investimentos na região para cumprir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para 2030 relativos à segurança alimentar, erradicação da fome, melhoria do estado nutricional e promoção de uma agricultura sustentável.

A segurança alimentar e nutricional, particularmente para crianças, adolescentes e mulheres em idade reprodutiva, continua a ser uma prioridade para todos os Estados Membros da CEDEAO, uma vez que tem havido progressos limitados na consecução dos objetivos globais em matéria de nutrição. Foi com a finalidade de ajudar as autoridades nacionais e regionais a definir políticas e ações baseadas em evidências que a Iniciativa Contagem Decrescente para 2030 para Mulheres, Crianças e Adolescentes (CD 2030) organizou dois workshops na região da CEDEAO para reforçar a capacidade dos Estados-membros na análise avançada de dados. Os objetivos dos workshops eram:

- melhorar os dados relativos a questões relacionadas com a nutrição das mulheres, adolescentes e crianças na África Ocidental
- reforçar a capacidade de análise de dados nutricionais de fontes públicas disponíveis.

A análise de dados adotou o quadro do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) que caracteriza as causas e consequências da desnutrição. O quadro inclui um conjunto de indicadores para avaliar o estado nutricional de crianças, adolescentes e mulheres adultas (por exemplo, antropometria e anemia), e práticas de Alimentação para Lactentes e Crianças na 1ª Infância (ALCP) (por exemplo, início precoce da amamentação, amamentação exclusiva, introdução de alimentos complementares e amamentação contínua).



Estes indicadores constituíram o centro dos workshops e estão resumidos no presente relatório. Várias fontes de dados foram utilizadas para avaliar os indicadores centrais. Estas incluíam inquéritos nacionais de saúde de domínio público; as bases de dados globais incluíam a base de dados GINA da OMS e dados de monitorização do programa a nível nacional. A análise mostrou que os níveis das práticas de ALCP são baixos na região. Em média, apenas 40% dos recém-nascidos foram amamentados na primeira hora após o nascimento, e menos de 1 em cada 3 bebés (31%) foi exclusivamente amamentado ao longo de seis primeiros meses de vida. Setenta por cento (70%) dos bebés de 6-8 meses de idade foram introduzidos alimentos complementares, 42% das crianças de 6-23 meses de idade cumpriram uma frequência mínima de refeições, 26% foram alimentados com uma dieta minimamente diversificada, e apenas 13% receberam um mínimo de alimentos aceitáveis. Finalmente, 70% das crianças ainda eram amamentadas após 12 meses. Existem desigualdades significativas em termos de práticas de ALCP dentro de cada país e entre países.

O “Déficit de altura pra idade” é uma preocupação primordial na região, com 29% das crianças com menos de cinco anos de idade afetadas. O Níger, o Mali e a Serra Leoa são os mais afetados pelo “Déficit de altura pra idade”, com uma prevalência superior a 40%. As crianças mais afetadas são as que vivem em zonas rurais e as que se encontram no quintil mais pobre. A desnutrição é também muito frequente nas mulheres em idade reprodutiva na África Ocidental, sendo 8% abaixo do peso e 7% obesas. Tem havido uma redução na prevalência de baixo-peso, mas o excesso de peso e a obesidade estão a aumentando rapidamente. A anemia é um problema frequente, que afeta de maneira similar todos os grupos populacionais. Estão disponíveis estratégias nacionais de nutrição em cada um dos 15 países da CEDEAO. No entanto, nem todos os países têm um plano de seguimento e avaliação para avaliar o impacto destas estratégias. As políticas disponíveis abordam geralmente questões de subnutrição e deficiência nutricional como a vitamina A ou a suplementação com ferro e a gestão da desnutrição severa aguda (DSA) ou da malnutrição aguda moderada (MAM). Além disso, na maioria dos países não existem orientações dietéticas baseadas em alimentos. Togo, Guiné, Gâmbia, Senegal, e Burkina Faso engajaram-se nas políticas nutricionais mais abrangentes, enquanto a Serra Leoa, Benim, Mali, e a Cote d’Ivoire limitaram-se ao mínimo possível das políticas.



Como resultados chave da análise do programa de nutrição nos países da CEDEAO, podemos notar que:

- A maioria dos países está a implementar a fortificação alimentar/nutriente, promoção da amamentação, avaliação/gestão do baixo peso na infância, suplemento infantil de vitamina A, desparasitação das crianças em idade escolar (adolescentes), suplemento de ferro/folato para mulheres grávidas e apoio nutricional para mulheres/ crianças/bebés com VIH e/ou tuberculose. No entanto, o nível e a cobertura da implementação são diferentes entre países;
- Por exemplo, o Mali implementou quase todas as Ações de Nutrição Essencial da OMS, enquanto que a Gâmbia e a Nigéria estão a implementar apenas metade.
- A nível regional, os adolescentes e crianças menores de cinco anos beneficiam de uma boa cobertura das intervenções nutricionais.

As intervenções menos bem implementadas são a suplementação em vitamina A e em cálcio para mulheres grávidas, a suplementação em zinco às crianças com diarreias, e fixação do cordão umbilical. Várias recomendações podem ser feitas com base nos resultados - uma das quais consiste em expandir a divulgação destas evidências para a tomada de decisões, principalmente através de notas políticas. Os decisores devem adaptar às políticas de forma a fazer face à cobertura desigual das intervenções nutricionais. A questão da disponibilidade de dados deve ser priorizada. Os países precisam de melhorar a disponibilidade, a qualidade e a atualização de dados para apoiar a monitorização dos programas e políticas.



1.0

Introdução

A região da África Ocidental (CEDEAO) conta com 348 milhões de habitantes, incluindo 29 milhões de crianças com idade inferior aos cinco anos e 80 milhões de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos). Apesar dos esforços e progressos atuais, a população enfrenta enormes desafios para alcançar o estado nutricional ideal, necessário para se desenvolver e prosperar. Na região, mais de 18 milhões de mulheres são anémicas e 6 milhões são obesas. A situação é particularmente difícil para as crianças e mulheres que vivem em condições de vulnerabilidade e de desvantagem e, mesmo àquelas que parecem relativamente bastadas, enfrentam ameaças crescentes de obesidade para a sua saúde.

No âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), todos os países da África Ocidental comprometeram-se a uma segurança alimentar adequada, à erradicação da fome, à melhoria do estado nutricional e à promoção de uma agricultura sustentável. Considerando o nível atual dos indicadores de nutrição, os objetivos não poderão ser alcançados até 2030 a menos que sejam tomadas ações mais robustas e aceleradas na priorização da nutrição e na abordagem de desigualdades significativas entre crianças, adolescentes e mulheres no interior de cada país e na região como um todo.

Caixa 1: Excerto do discurso da Vice-Presidente da Libéria

“... A saúde e nutrição dos adolescentes é uma questão política que depende não só de sistemas alimentares saudáveis, mas também, das escolhas de políticas públicas. Felizmente, existe uma dinâmica global e internacional crescente para combater a desnutrição... Em África, o Banco Africano de Desenvolvimento tem defendido a responsabilização através da elaboração de quadros de desempenho. Catorze dos 15 países da CEDEAO inscreveram-se como membros do Movimento de Expansão das Atividades Nutricionais - um reflexo do reconhecimento da importância do envolvimento multissetorial de alto nível na governação nutricional.

... A natureza multissetorial da luta contra a subnutrição, incluindo a luta contra a fome, implica grandes investimentos em todos os sectores-chave, incluindo a saúde, a agricultura, os recursos animais e piscícolas, a educação básica, em particular, da criança do sexo feminino, o empoderamento das mulheres, a proteção social, a água, a higiene, o saneamento e a eletricidade. É necessária uma mudança profunda na abordagem para melhorar a nutrição, envolvendo um maior empenho político, transformação dos métodos de trabalho, um maior foco nos resultados e a longo prazo.

... Encorajo-vos a explorar as oportunidades oferecidas pela Década de Ação das Nações Unidas sobre Nutrição 2016 - 2025 e pelo 25º aniversário da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (ICPD25) e a propor políticas e programas para evitar a gravidez indesejada e promover os direitos das mulheres, a fim de quebrar o ciclo intergeracional da subnutrição...

Precisamos de ideias inovadoras sobre como podemos alavancar o nosso dividendo demográfico para um potencial motor de crescimento e transformação na região. Espero que proponham acções sustentáveis para garantir que os adolescentes ou ninguém seja deixado para trás...”



A desnutrição é uma questão de saúde pública que aumenta substancialmente o risco de mortalidade e morbidade. A saúde e nutrição das raparigas e mulheres adolescentes (particularmente em idade reprodutiva) são críticas e tornam-se uma prioridade, uma vez que estão ligadas à saúde e sobrevivência das crianças. As adolescentes e as mulheres adultas mais saudáveis têm mais probabilidades de ter filhos com melhor estado nutricional do que as que são menos saudáveis. A desnutrição é uma questão de saúde pública que aumenta substancialmente o risco de mortalidade e morbidade. A saúde e nutrição das raparigas e mulheres adolescentes (particularmente em idade reprodutiva) são críticas e tornam-se uma prioridade, uma vez que estão ligadas à saúde e sobrevivência das crianças. As adolescentes e as mulheres adultas mais saudáveis têm mais probabilidades de ter filhos com melhor estado nutricional do que as que são menos saudáveis.

Os níveis atuais de desnutrição de crianças, adolescentes e mulheres poderiam impedir a realização das metas dos ODS, bem como o desenvolvimento socioeconómico nacional e regional na África Ocidental. Em Novembro de 2019, o 16º Fórum de Nutrição da CEDEAO foi organizado em Monróvia, Libéria, sob o lema “Nutrição dos adolescentes: institucionalização das acções sustentáveis para melhores resultados na África Ocidental”. O Fórum foi oficialmente aberto por Sua Excelência a Dra. Jewel Howard Taylor, Vice-Presidente da República da Libéria, que aproveitou a oportunidade para reafirmar a visão e o compromisso regional em matéria de nutrição (Caixa 1). Para compreender os dados e reforçar a capacidade dos principais intervenientes na região da CEDEAO, o projeto Countdown 2030, em cooperação com a OOAS, implementou a iniciativa regional para o reforço da capacidade na análise de dados sobre nutrição materna, infantil e de adolescentes.

A iniciativa focalizou-se em duas questões-chave de análise:

1. Quais são as diferenças existentes entre ricos e pobres, entre populações urbanas e rurais e entre diferentes unidades administrativas dentro de um mesmo país no que diz respeito ao estado nutricional?
2. Que melhorias podem ser introduzidas na análise de dados e na utilização da informação para apoiar mudanças nas políticas ligadas à nutrição?



Fonte da foto: Unicef

2.0

Metodologia

2.1. Workshops de análise avançada de dados

Este relatório apresenta os resultados das análises com múltiplos países feitas durante os workshops de análise avançada de dados com a participação e contribuição dos representantes dos 15 países da CEDEAO. As principais fontes de dados foram os inquéritos nacionais de saúde tais como o Inquérito Demográfico e Sanitário (DHS), Inquérito de Indicadores Múltiplos (MICS), etc. Os dados sobre práticas de alimentação de lactentes e crianças pequenas e de antropometria infantil foram extraídos de bases de dados globais da UNICEF, que incluem outros inquéritos, tais como inquéritos SMART e inquéritos específicos de vigilância nos países. Quando disponíveis, foram também utilizados os inquéritos PMA e os últimos dados disponíveis do sistema de informação sanitária de rotina.

Os dois workshops de análise avançada de dados foram organizados no Senegal (Junho e Outubro de 2019). A fase intermédia entre os dois seminários foi utilizada para recolher e compilar informações e dados adicionais em cada país para aprofundar análises e melhorar os resultados.

Os participantes foram gestores de programas nacionais de nutrição e peritos em análise de dados vindos das instituições nacionais de pesquisa ou sistemas de gestão de informação sanitária dos 15 países da CEDEAO. Os participantes receberam formação em análise de dados nutricionais, principalmente em indicadores de ALCP. Após o primeiro workshop, os participantes prepararam o perfil nutricional do seu país com base em dados públicos disponíveis e depois redigiram notas políticas com base nos resultados de suas análises.

2.2. Análise de dados

Foram utilizadas várias fontes de dados, incluindo dados administrativos, dados de inquéritos de base populacional e perfis dos países. Estes dados estão geralmente disponíveis em portais públicos, incluindo a UNICEF e a OMS. Várias ferramentas de análise e de visualização baseadas na web foram utilizadas, tais como DataDENT (<https://datadent.org/landscaping-of-global-data-visualization-tools-for-nutrition/>), SUN (<https://scalingupnutrition.org/>) e Statcompiler (<https://www.statcompiler.com/>).

Os indicadores também foram retirados a partir destas fontes. Uma análise adicional sobre a equidade foi também feita utilizando a visualização por equiplots (www.equidade.org), mapeamento e outros valores.



2.3. Indicadores nutricionais

Os indicadores nutricionais utilizados nestas análises são definidos de acordo com o quadro proposto pela UNICEF . Os indicadores nutricionais selecionados incluem o estado nutricional dos adolescentes, o estado nutricional das mulheres, as práticas de ALCP e o estado antropométrico das crianças (Quadro 1).

Quadro 1: Lista dos indicadores utilizados nas análises

Indicador	Categoria	Definição
Anemia	Raparigas Adolescentes Mulheres adultas	Percentagem de adolescentes entre 15-19 anos com qualquer tipo de anemia (ligeira, moderada, grave) Percentagem de mulheres de 20-49 anos com qualquer tipo de anemia (ligeira, moderada, grave)
Obesidade	Raparigas Adolescentes Mulheres adultas	Percentagem de adolescentes entre os 15-19 anos de idade que estão >2 desvios padrão acima do IMC mediano de referência de crescimento por idade ¹ Percentagem de adultos com 20-49 anos de idade com IMC \geq 30 kg/m ²
Baixo peso	Raparigas Adolescentes Mulheres adultas	Percentagem de adolescentes com idades compreendidas entre os 15-19 anos que apresentam-se com IMC inferior a 2 desvios padrão abaixo da referência mediana conforme as normas padrões ³ Percentagem de adultos de 20-49 anos com IMC < 18,5 kg/m ² (Índice de Massa Corporal = IMC)
Suplemento IFA	Gravidez	Percentagem de mulheres de 15-49 anos que receberam pastilhas de ácido ferro-fólico durante 90+ dias durante a gravidez
Baixo peso ao nascer	Nascimento	Percentagem de nascimentos com peso inferior a 2.500 gramas (até 2.499 gramas, inclusive)
Início precoce do aleitamento materno	ALCP	Percentagem de recém-nascidos amamentados no prazo de 1 hora após o nascimento
Aleitamento materno exclusivo	ALCP	Percentagem de bebés de 0-5 meses de idade que recebem apenas leite materno
Introdução aos alimentos sólidos, semi-sólidos ou moles	ALCP	Percentagem de bebés com 6-8 meses de idade que recebem alimentos sólidos ou semi-sólidos
Diversidade alimentar mínima	ALCP	Percentagem de crianças dos 6 aos 23 meses de idade que recebem 5 dos 8 grupos alimentares recomendados
Frequência mínima de refeições	ALCP	Percentagem de crianças dos 6 aos 23 meses de idade que recebem o número mínimo recomendado de alimentos sólidos/líquidos, de acordo com a idade de uma criança
Dieta mínima aceitável	ALCP	Percentagem de crianças dos 6 aos 23 meses de idade que recebem a diversidade mínima de alimentos e o número mínimo de rações
Continuação do aleitamento materno	ALCP	Percentagem de crianças de 12-23 meses de idade que recebem leite materno
Déficit de altura para idade	Antropometria infantil	Isto refere-se a uma criança que é demasiado pequena para a sua idade. É definida como a proporção de menores de cinco anos que estão abaixo de dois desvios padrão (moderados e severos) em relação à mediana do comprimento/altura por idade da população de referência.

CD2030 Iniciativa da África Ocidental sobre Nutrição

Indicador	Categoria	Definição
Baixo peso	Antropometria infantil	Isto refere-se a uma criança que é demasiado magra para a sua altura. Esta é definida como a proporção de crianças com menos de cinco anos de idade que estão abaixo de dois desvios padrão (moderado e severo) em relação ao peso mediano para a altura da população de referência.
Excesso de peso	Antropometria infantil	Refere-se a uma criança que é demasiado pesada para a sua altura. Isto é definido como a proporção de crianças menores de 5 anos que estão acima de mais de um desvio padrão (moderado e grave) em relação ao peso/altura medianos da população de referência



3.0

Resultados

Os principais resultados das análises feitas em dois workshops, são apresentados utilizando os indicadores acima referenciados. Os resultados são apresentados nas seções que se seguem:

- os níveis e tendências das práticas de alimentação de lactentes e crianças pequenas (ALCP) serão descritos, incluindo as desigualdades sub-nacionais;
- o perfil e tendências nutricionais dos menores de cinco anos são apresentados a nível regional e nacional estratificados por diferentes dimensões de desigualdade;
- são descritas as diferenças nacionais em desnutrição e anemia em adolescentes e mulheres adultas

3.1. Alimentação de lactentes e crianças pequenas (ALCP)

3.1.1. Níveis e tendências nas práticas de ALCP

A OMS e a UNICEF recomendam:

- início precoce do aleitamento materno (dentro de 1 hora após o nascimento)
- aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida
- introdução de alimentos complementares (sólidos) nutricionalmente adequados e seguros aos seis meses juntamente com a amamentação contínua até aos 2 anos de idade ou mais

Os indicadores de prevalência de ALCP na África Ocidental são apresentadas na Figura 1. O nível médio de início precoce do aleitamento materno na África Ocidental é de 40%, que varia entre 60% na Libéria e 33% na Nigéria (Figura.1.1). Embora a prevalência de amamentação continuada seja elevada, com quase 70% das crianças com mais de 12 meses de idade que continuam a serem amamentadas, a prevalência de amamentação exclusiva entre bebês com menos de seis meses é ainda baixa, estimada em 31%, variando entre 12% na Cote d'Ivoire e 57,5% no Togo.



Figura 1: Práticas do IYCF por país na África Ocidental (UNICEF Global Data Base, 2019)

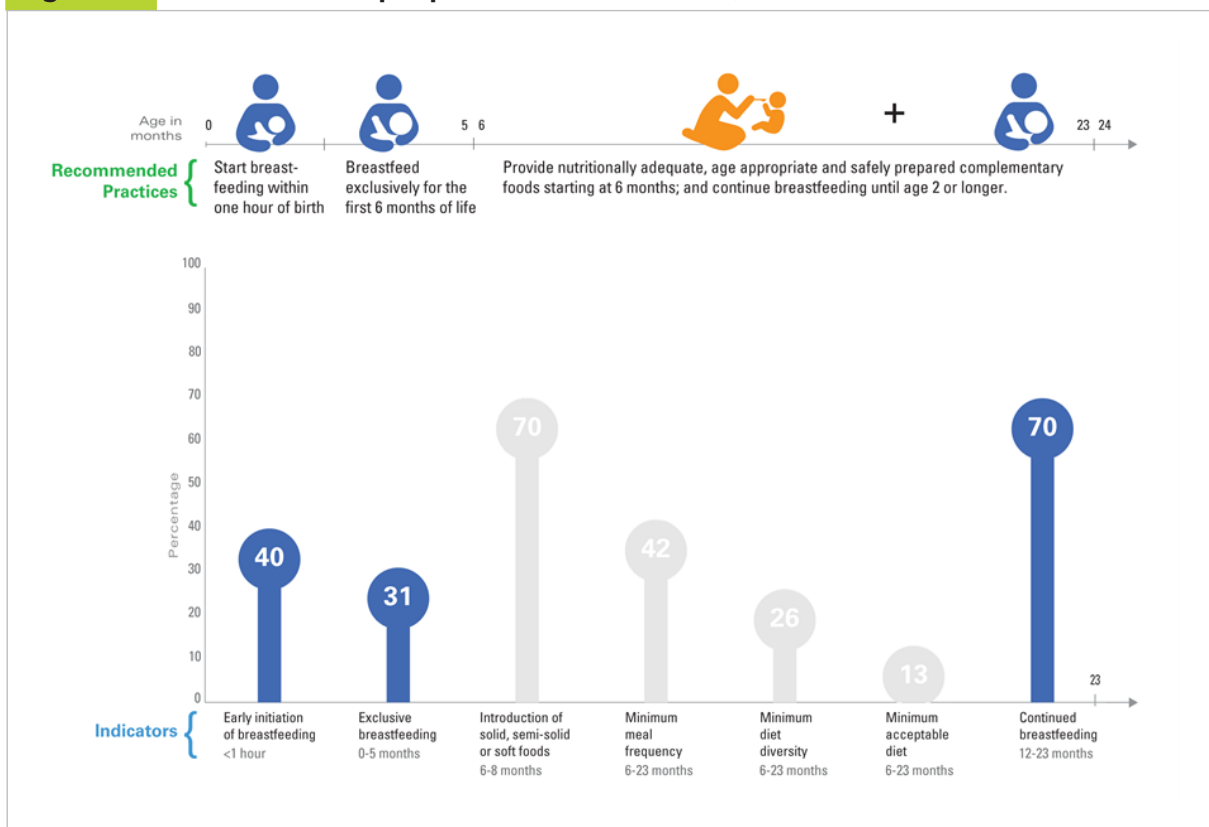
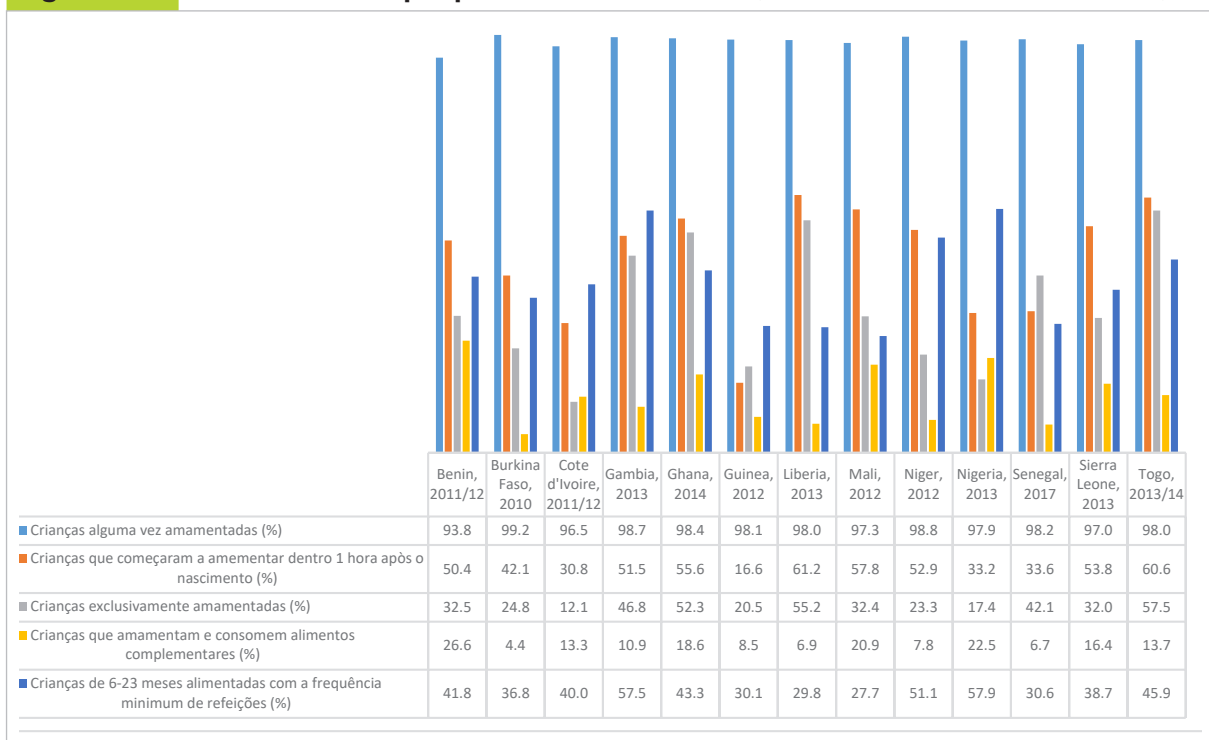
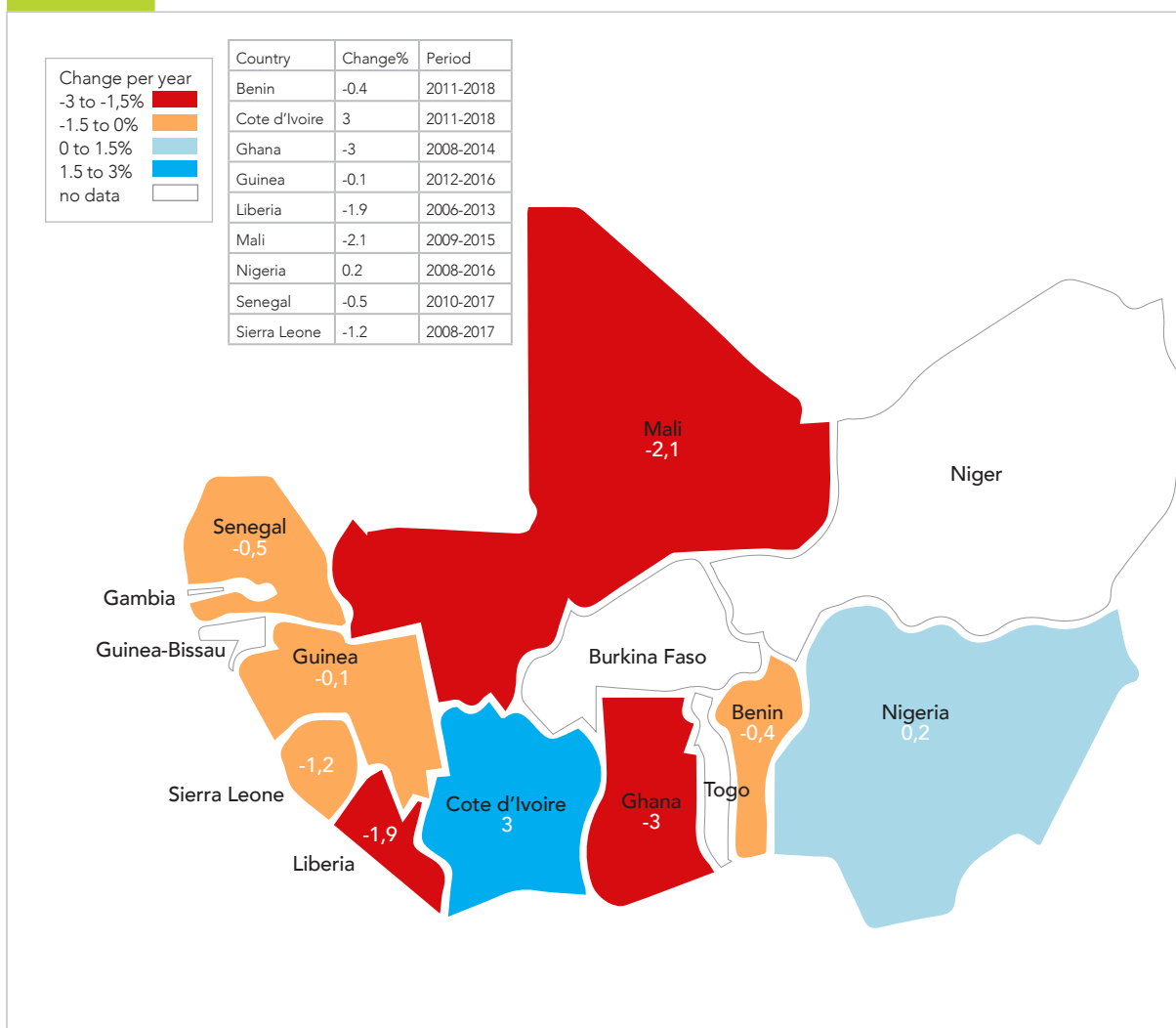


Figura 1.1: Práticas do ALCP por país na África Ocidental (UNICEF Global Data Base, 2019)



As tendências na diversidade alimentar mínima mostram uma diminuição na maioria dos países (Figura 2). Apenas dois países, a Cote d'Ivoire e a Nigéria, registaram melhorias.

Figura 2: Alteração por ano (em pontos percentuais) na prevalência da diversidade alimentar mínima nos Nove Países da África Ocidental

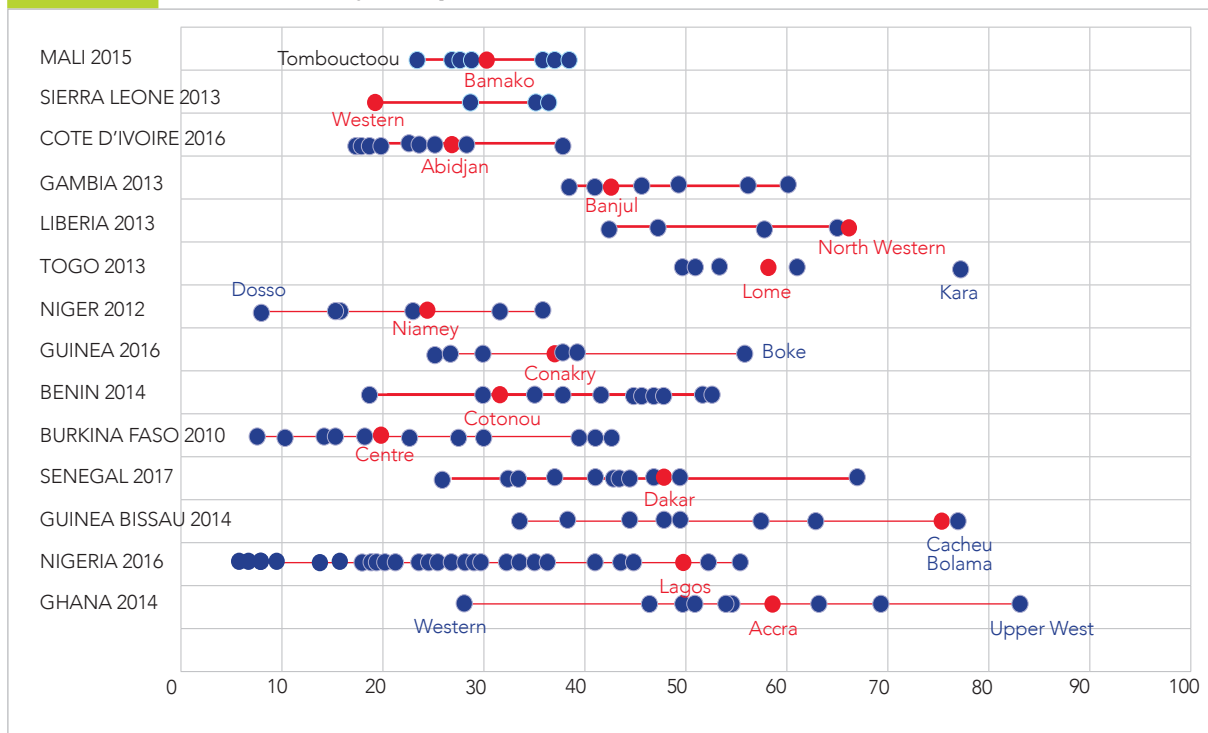


3.1.2. Desigualdades subnacionais na prática do aleitamento materno exclusivo (AME)

O ALCP é caracterizado por desigualdades importantes entre e dentro dos países da CEDEAO. Considerando o aleitamento materno exclusivo, por exemplo, são observadas diferenças significativas dentro dos países (Figura 3). O Ghana e a Nigéria apresentam as diferenças mais importantes (isto é, a distância entre as regiões com melhor performance e as com pior performance) em amamentação exclusiva com uma diferença de 55,6 e 50,4 pontos percentuais, respetivamente. Residir na capital ou na maior cidade do país não confere qualquer vantagem (ou desvantagem) na cobertura do AME.



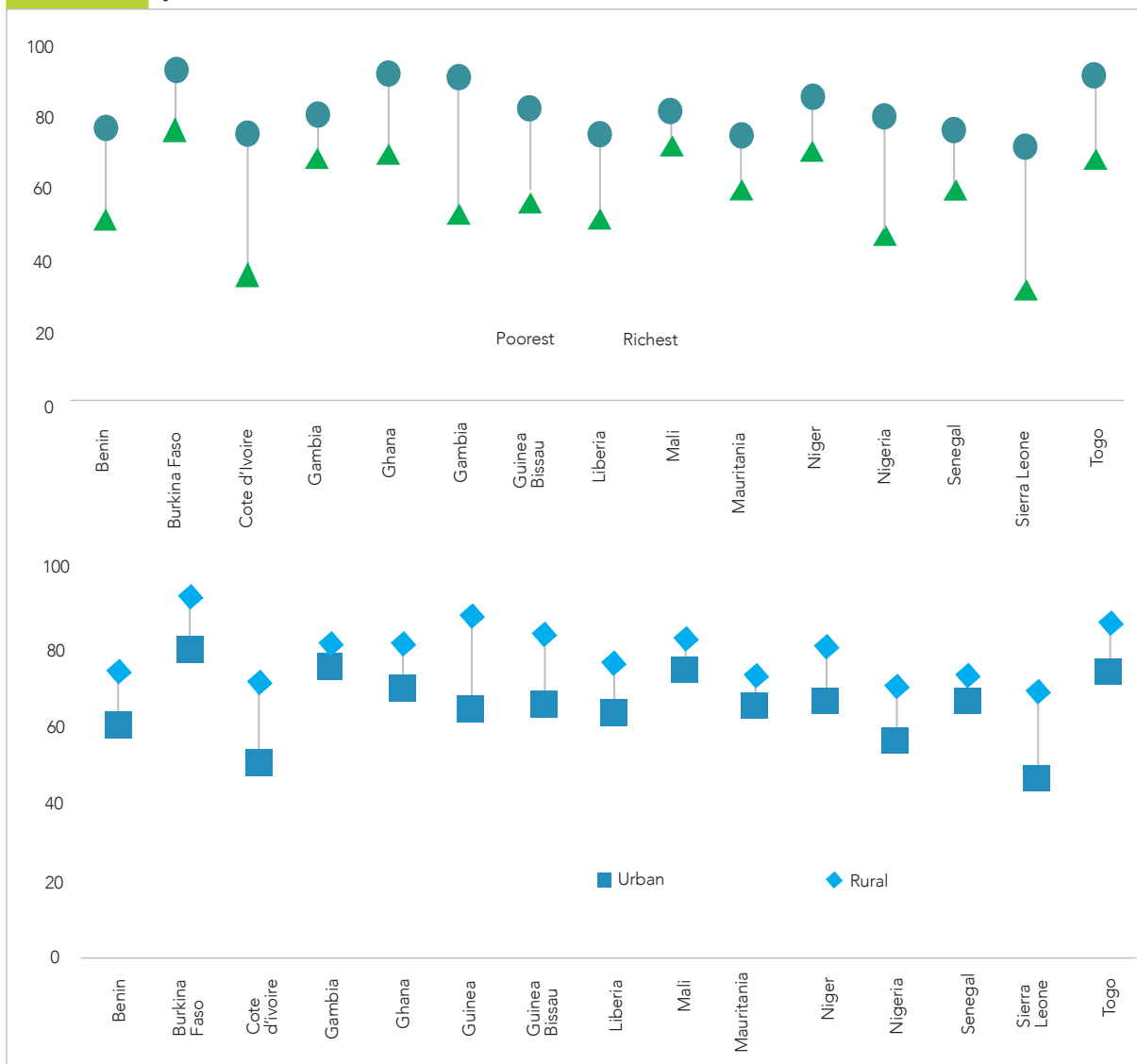
Figura 3: Prevalência de amamentação exclusiva (%) de acordo com a região por país (última informação disponível)



3.1.3. Outras desigualdades nas práticas de ALCP

Existem padrões claros em várias práticas de ALCP que são comuns a todos os países da África Ocidental. A prevalência das práticas de ALCP não difere de acordo com o sexo da criança. A prevalência de amamentação continuada (entre 12-23 meses de idade) foi consistentemente mais elevada entre as crianças dos agregados mais pobres do que entre aquelas dos agregados mais ricos, com as maiores desigualdades observadas na Cote d'Ivoire, Guiné-Bissau, e Serra Leoa (Figura 4). Do mesmo modo, as crianças residentes em zonas rurais tiveram consistentemente uma prevalência mais elevada de amamentação continuada do que as residentes em zonas urbanas, embora as brechas de desigualdade fossem muito menores do que os observados nos quintis de riqueza. Praticamente não se observou qualquer desigualdade urbano-rural na Gâmbia, Mali ou Senegal. Um padrão oposto é observado nos indicadores de alimentação complementar onde as crianças nascidas na maioria dos agregados familiares abastados e as famílias urbanas têm melhores dietas em termos de diversidade e frequência.

Figura 4: Prevalência de amamentação contínua entre 12-23 meses (%) por nível de riqueza e por local de residência



3.2. Indicadores antropométricos para crianças

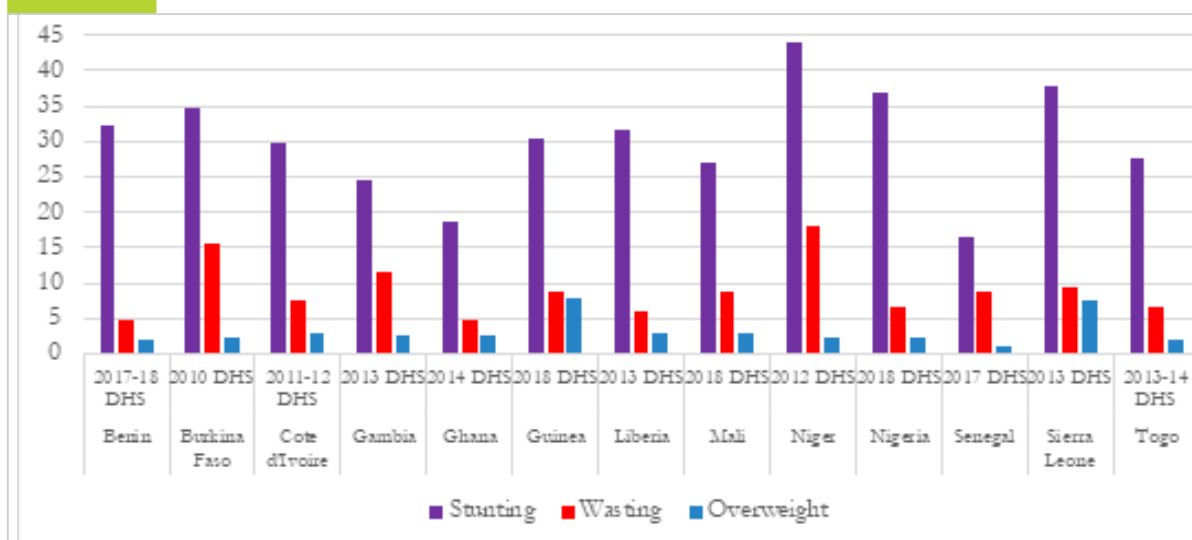
Os principais indicadores nutricionais baseiam-se em dados antropométricos. Estes dados são fundamentais para a tomada de decisões sobre como implementar intervenções de saúde e nutrição e são principalmente recolhidos em inquéritos de base populacionais. Os indicadores antropométricos baseiam-se em medições de peso, altura e idade, entre os quais os seguintes índices antropométricos são cruciais:

- peso por idade
- altura/comprimento por idade (atraso de crescimento)
- peso por altura/comprimento (emagrecimento e excesso de peso)



Para crianças menores de 5 anos, a prevalência de atraso de crescimento é significativamente maior do que outras formas de subnutrição (Figura 5). Contudo, há também necessidade de prestar atenção aos problemas de saúde emergentes, tais como o excesso de peso.

Figura 5: Prevalência de raquitismo, excesso de peso e de desperdício (%) na região da África Ocidental



3.2.1. Tendências no estado nutricional das crianças

As tendências do estado nutricional das crianças foram diretamente extraídas utilizando o STATcompiler. As tendências de déficit de altura para idade, baixo peso (emagrecimento) e excesso de peso não se mostraram presentes e são geralmente constantes ao longo do tempo (Figuras 6, 7, e 8).

Figura 6: Tendências em raquitismo de crianças

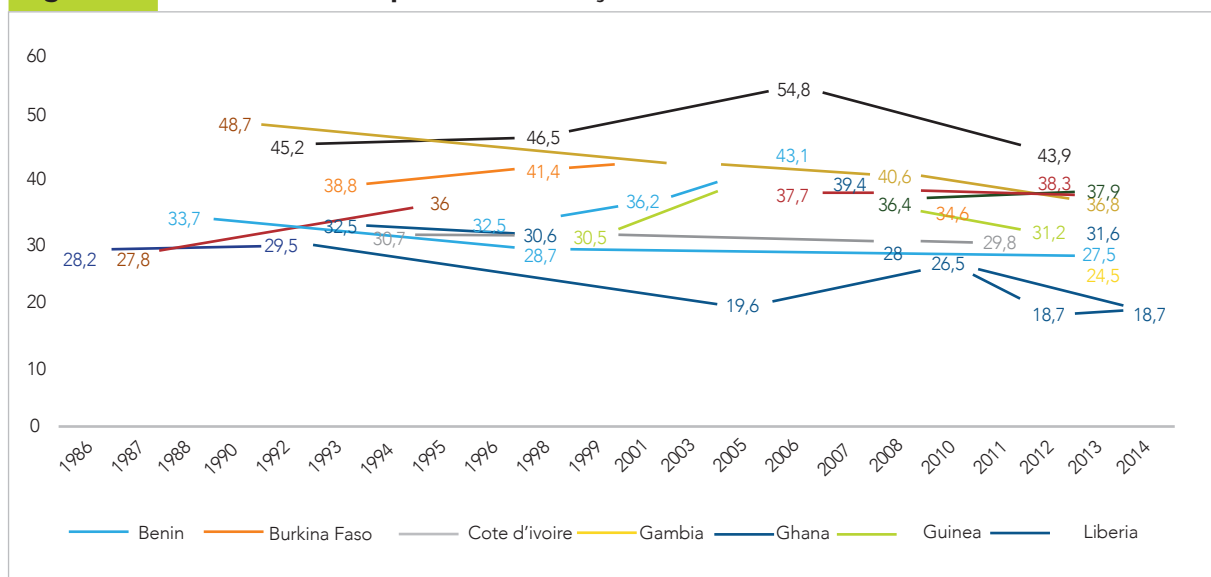


Figura 7: Tendências de baixo peso das crianças

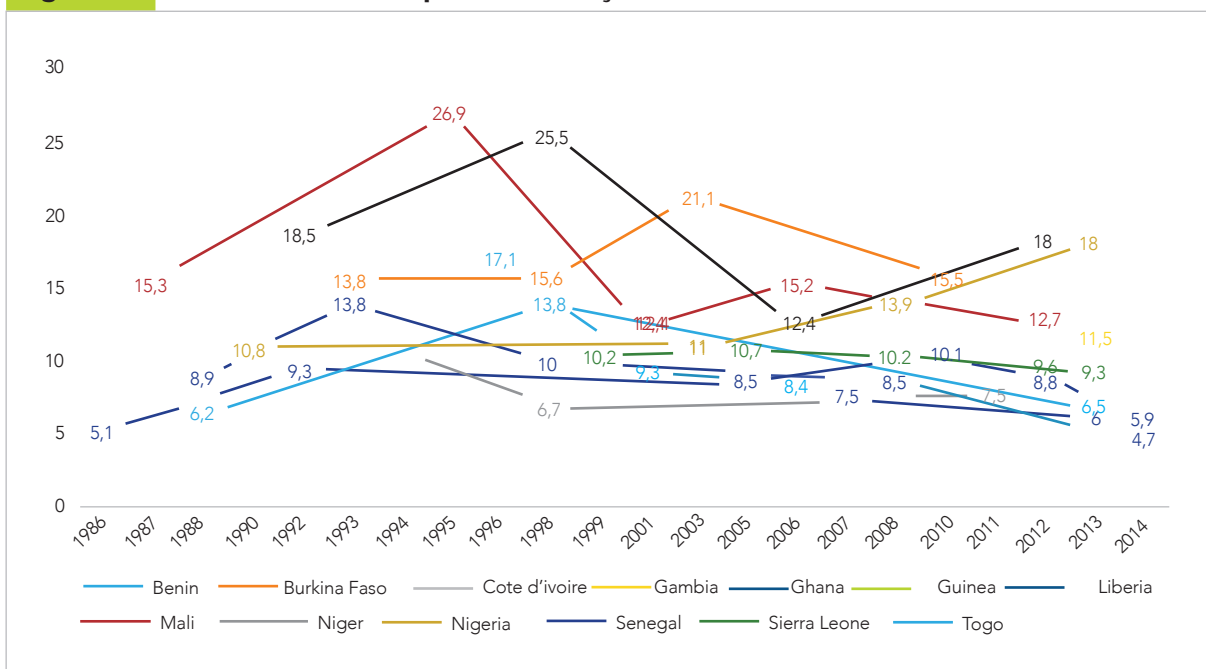
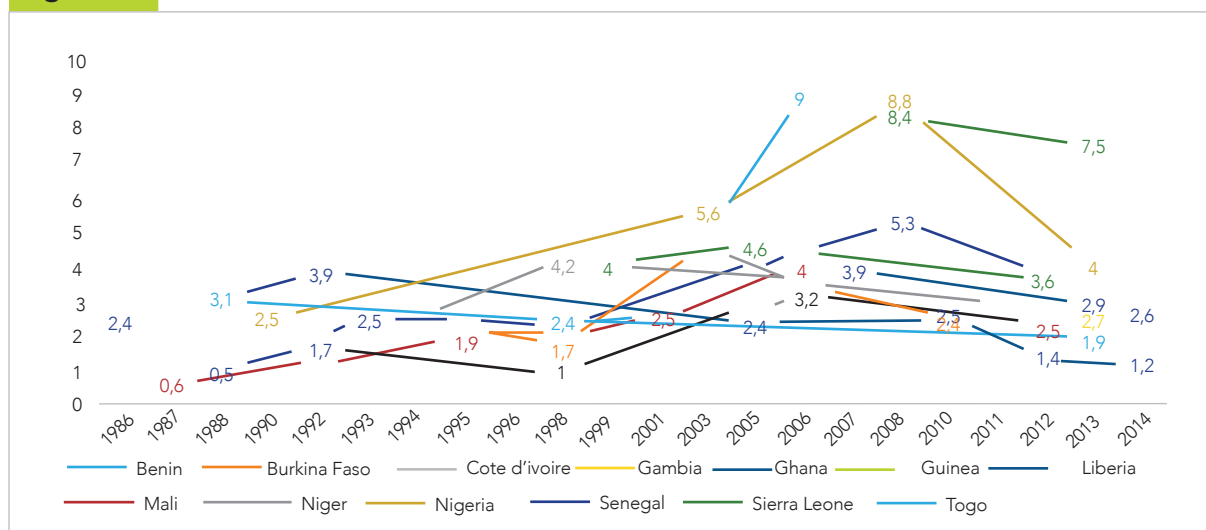


Figura 8: Tendências em obesidade infantil

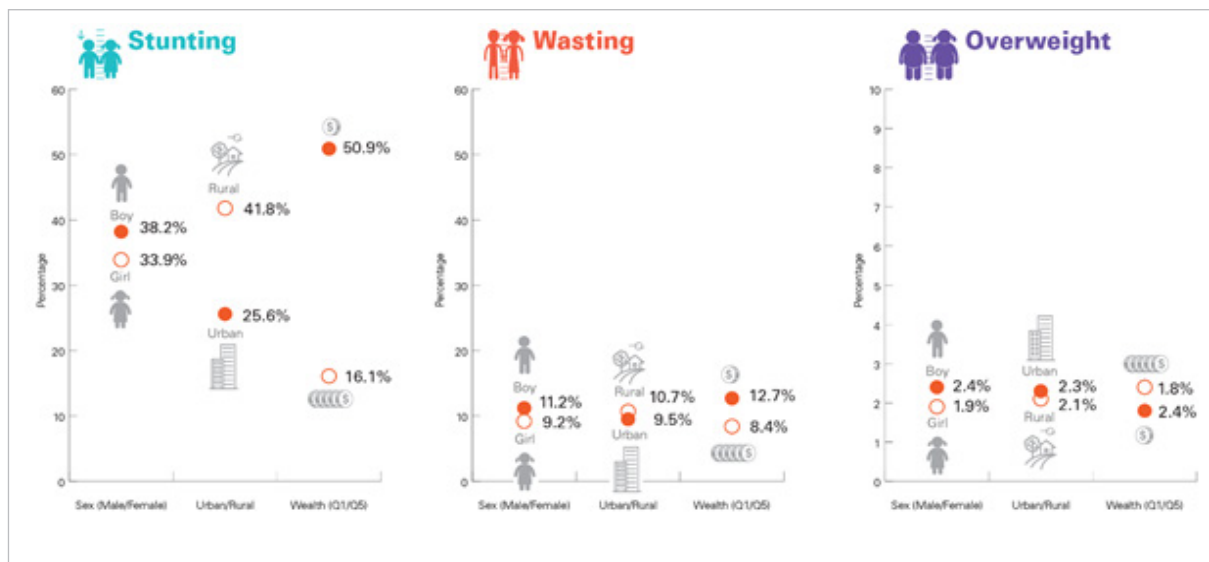


3.2.2. Padrões de desigualdade no estado nutricional das crianças

As disparidades na prevalência de subnutrição por sexo, residência e riqueza a nível regional foram mais acentuadas em termos de déficit de altura para idade em comparação com o baixo peso para altura ou excesso de peso (Figura 9). Foi observada uma diferença de 16 pontos percentuais no raquitismo entre residentes rurais e urbanos (41,8% versus 25,6%), ao passo que foi encontrada uma diferença de 35 pontos percentuais entre crianças dos agregados mais pobres e mais ricos (50,9% versus 16,1%). Assim, transformando estas diferenças em razões, as crianças do quintil de riqueza mais baixo da região eram mais de três vezes mais suscetíveis de terem déficit de altura para idade do que as do quintil de riqueza mais alto. Havia apenas pequenas desigualdades na prevalência de crianças com excesso de peso por sexo, residência, ou quintil de riqueza.



Figura 9: Desigualdades por sexo, local de residência e índice de riqueza para os principais indicadores antropométricos para crianças com menos de cinco anos de idade na África Ocidental (Baseado em bases de dados globais da UNICEF)



A ausência de desigualdades no excesso de peso infantil a nível regional foi também evidente na maioria dos países da Comunidade, exceto no Ghana, Guiné-Bissau e Serra Leoa, onde as crianças das famílias ou áreas urbanas mais ricas tendiam a ser crianças com mais excesso de peso.

Figura 10.a: Prevalência (%) de crianças com excesso de peso por nível de riqueza

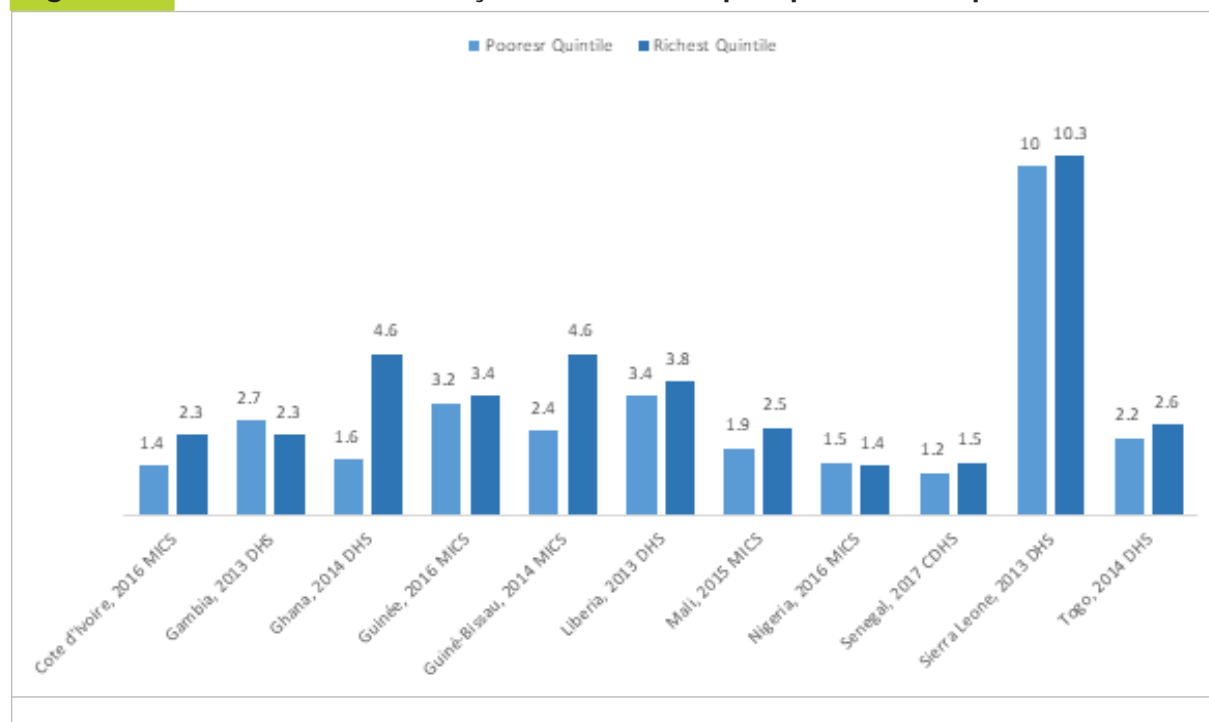
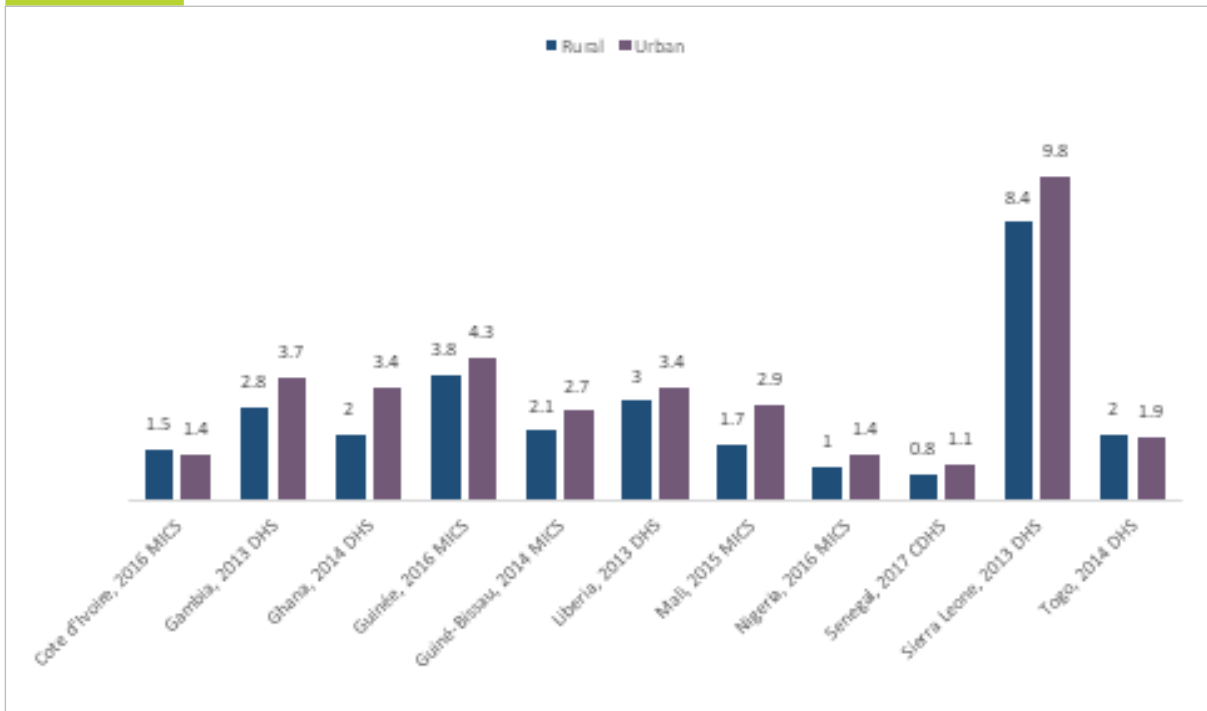


Figura 10.b: Prevalência (%) de crianças com excesso de peso por área de residência



Os resultados da gravidez assim com a saúde do recém-nascido estão associados ao estado nutricional da mulher durante a gravidez. Os “primeiros mil dias de vida” desde a concepção até aos dois anos de idade são conhecidos como janela de oportunidade para intervenções nutricionais. É, portanto, essencial que todas as mulheres tenham um estado nutricional ideal durante a adolescência e a idade adulta.

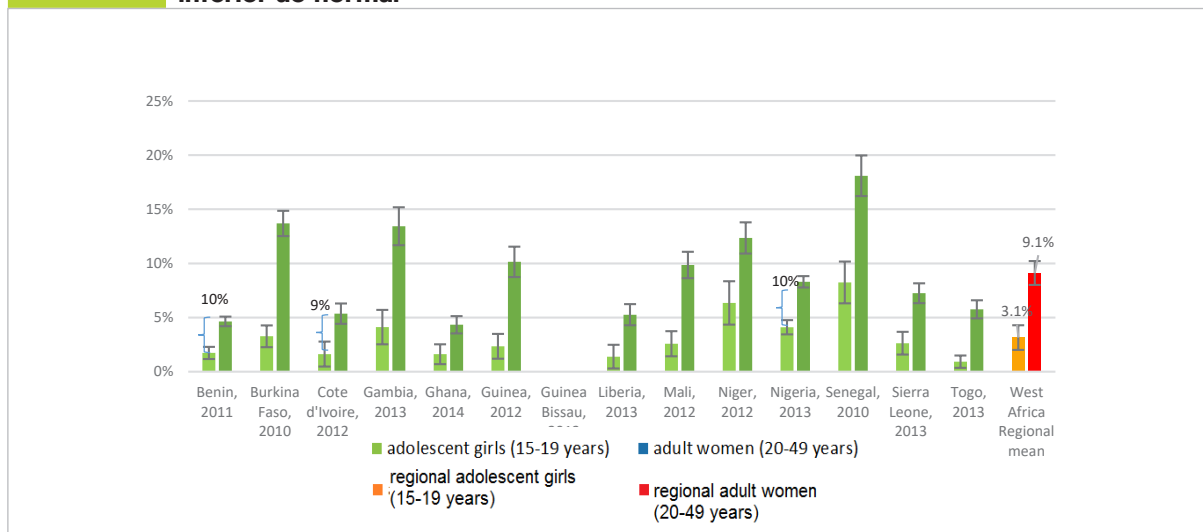
3.3. Estado nutricional das adolescentes e mulheres adultas

3.3.1. Cobertura regional

Estima-se que a prevalência regional de baixo peso entre as mulheres com idades dos 20 aos 49 anos é de 9%, variando entre 3% em Ghana (2014) e 16% no Senegal (2010) (Figura 11). O fardo do baixo peso concentra-se entre as mulheres adultas sem educação formal e que vivem em zonas rurais. Cerca de 3% das raparigas adolescentes com idades entre os 15 e os 19 anos na região apresentam-se com baixo peso.



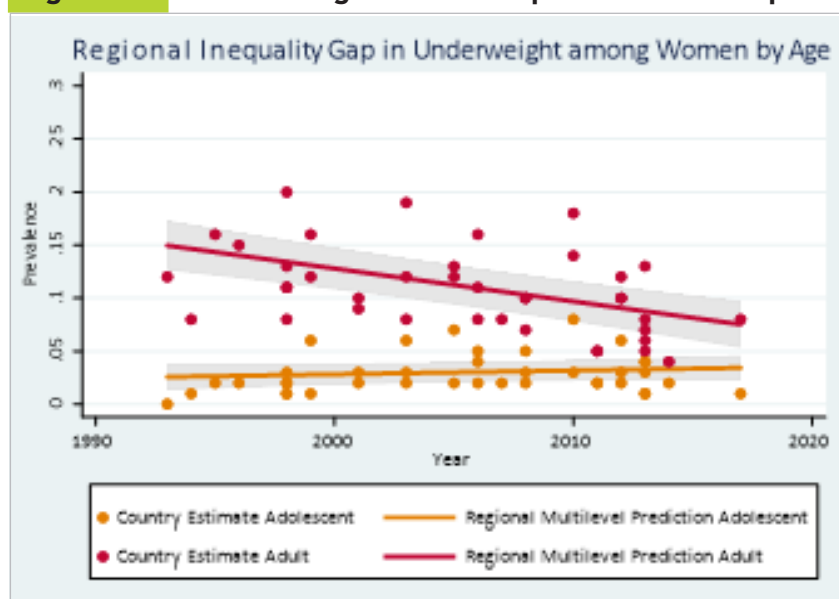
Figura 11: Percentagem de raparigas adolescentes e mulheres adultas com peso inferior ao normal



A obesidade afeta 7% das mulheres (20 – 49 anos), variando de 3% no Burkina Faso (2010) a 15% em Ghana (2014), com uma maior concentração deste fardo observado entre as mulheres instruídas, vivendo nas maiores cidades do país. Metade (50%) das mulheres na CEDEAO são anémicas. A prevalência de anemia excede os 50% entre as grávidas. Não existem diferenças significativas na prevalência de anemia entre adolescentes (50%) e mulheres adultas (52%). No entanto, as mulheres sem educação formal e as que vivem em zonas rurais são as que sofrem com maior fardo. Finalmente, a percentagem regional de mulheres grávidas que receberam suplemento de ferro e ácido fólico é de cerca de 35%.

3.3.2. Tendências do estado nutricional das raparigas e das mulheres adolescentes

Figura 12: Tendência regional de baixo peso das mulheres por idade



Dois números são utilizados para resumir as tendências regionais em termos de desnutrição relativamente às raparigas adolescentes e mulheres adultas. A figura 12 apresenta a tendência da prevalência regional de baixo peso (peso inferior ao normal) entre as raparigas adolescentes e mulheres adultas. A figura 13 mostra raparigas adolescentes e mulheres adultas em termos de obesidade.

Ambos os números denotam que a prevalência de baixo peso e obesidade em raparigas adolescentes tem sido quase constante ao longo do tempo. No entanto, no caso das mulheres adultas, observam-se dois padrões.

A prevalência de baixo peso está a diminuir, reduzindo assim a desigualdade entre adultos e adolescentes a nível regional. Em contraste, as disparidades regionais em termos de obesidade estão a aumentar constantemente, alimentadas por um rápido aumento da prevalência da obesidade entre as mulheres adultas. Isto denota uma situação de duplo fardo de desnutrição onde o baixo peso persiste (diminuindo lentamente), e a obesidade está a aumentar rapidamente na região.

Figura 13: Tendência regional em obesidade entre as mulheres por idade

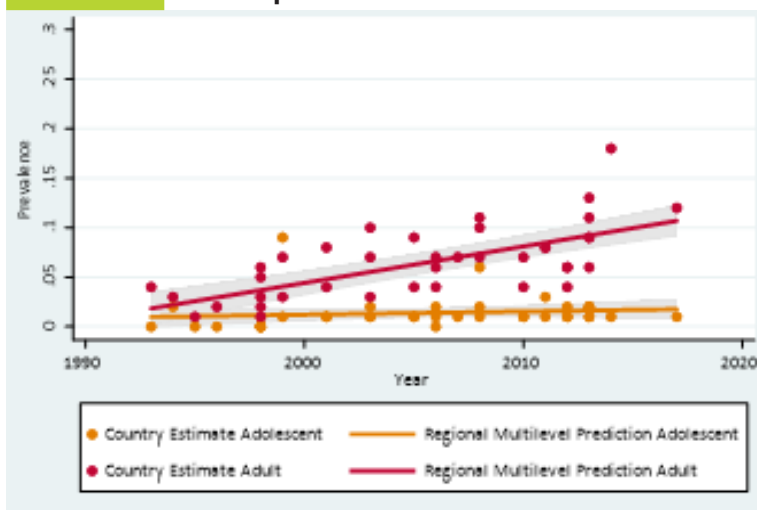
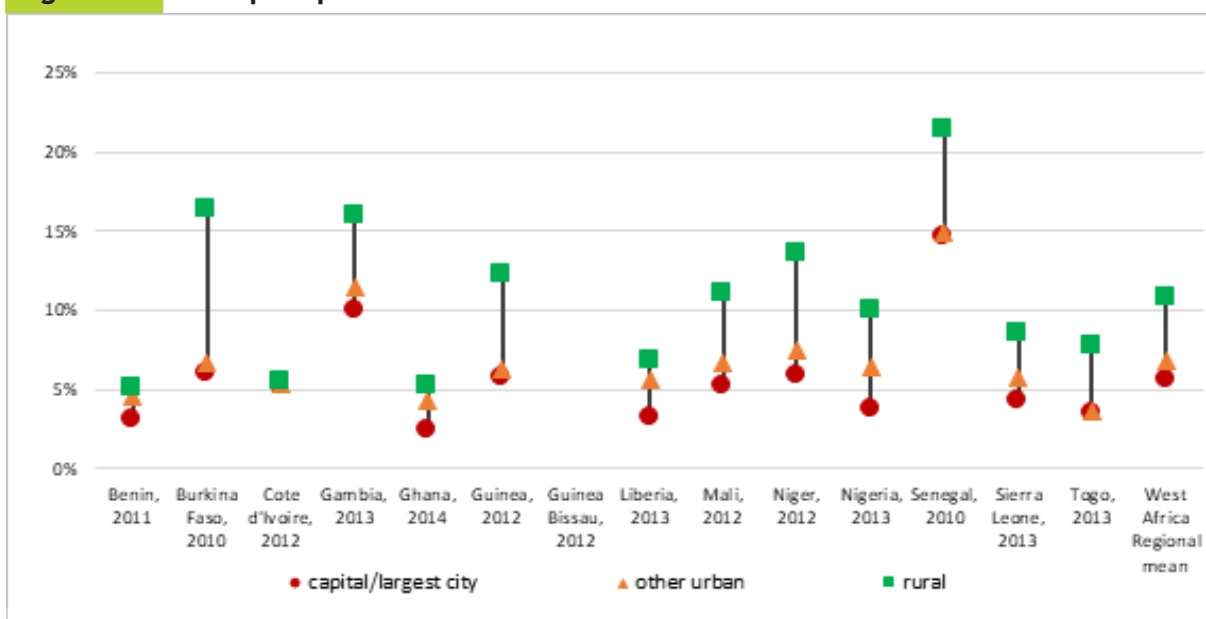


Figura 14: Baixo peso por local de residência da mulher



3.3.3. Outra diferença entre o estatuto de adolescente e de mulher

O estado nutricional dos adolescentes (15 -19) e de mulheres adultas (20-49) apresenta grandes desigualdades de acordo com o local de residência das mulheres. As capitais e as grandes cidades dos países (por ex.: Lagos, Abidjan, Cotonou) são caracterizadas pela menor prevalência de baixo peso (Figura 14). No entanto, é também nas maiores capitais onde a prevalência da obesidade é mais elevada nos países. Finalmente, isto mostra que as zonas urbanas e rurais apresentam dois desafios nutricionais diferentes para as mulheres; por conseguinte, as políticas de nutrição devem ser compreendidas de acordo com a residência.



4.0

Análise das políticas e programas de nutrição nos países da África Ocidental (CEDEAO)

4.1. Explicação da base de dados GINA e análise

O progresso dos países no desenvolvimento, implementação, monitoramento e avaliação das políticas e programas nacionais de nutrição é controlado através da utilização da base de dados Global sobre a Implementação da Ação de Nutrição (GINA - sigla em inglês). A GINA foi desenvolvida e lançada em 2012 com o apoio da Fundação Bill & Melinda Gates. É alimentada pelas análises das políticas globais da OMS e pelas atividades de monitoramento das políticas em colaboração com os escritórios regionais e nacionais, bem como pelas bases de dados dos parceiros. A GINA fornece um repositório de políticas, ações/programas e mecanismos relacionados com a nutrição.

A análise política foi conduzida através da extração de dados da base de dados GINA e utilizando as seguintes seis categorias:

- **Categoria 1:** Políticas nutricionais tais como planos estratégicos, S&A (Seguimento e Avaliação), ou diretrizes
- **Categoria 2:** Protocolos nutricionais como o tratamento de bebês de baixo peso à nascença ou alimentação infantil em contexto de VIH ou de emergência/humanitária;
- **Categoria 3:** Políticas de fortificação tais como legislação ou normas de fortificação e comercialização de substitutos do leite materno;
- **Categoria 4:** Políticas de intervenção nutricional como a suplementação com micronutrientes ou iniciativa "Hospital Amigo da Criança"
- **Categoria 5:** Inclusão de objetivos nutricionais ou de metas específicas para lactentes, crianças, adolescentes e mulheres;
- **Categoria 6:** Inclusão de objetivos, metas ou indicadores de resultados nutricionais gerais tais como excesso de peso/obesidade ou suplementação geral de vitaminas/minerais.

Para cada uma das políticas específicas, classificamos então se o país tinha uma (1) política presente; (2) adotou uma política a nível nacional; ou (3) política em falta/desconhecida. Analisámos também o ano em que a política foi introduzida e o período em que esteve ativa.

Para as ações ou análise do programa, extraímos informações do programa da base de dados GINA sobre as ações nutricionais essenciais da OMS. Organizámos as ações por população alvo: lactentes, crianças menores de cinco anos, adolescentes, mulheres grávidas, populações de emergência, multissetoriais, ou outras (Caixa 2). Criámos uma pontuação sumária das ações de nutrição implementadas por cada país e globalmente pela população alvo (quadro 2). Uma pontuação de 1,0 significa que um país atingiu todas as ações nutricionais essenciais para uma população alvo, e uma pontuação de 0,0 significa que um país não implementou nenhuma das ações nutricionais críticas.



Também apresentamos a pontuação em todos os países para cada população-alvo. Extraímos informações sobre políticas e programas da base de dados GINA de Outubro de 2019.

Caixa 2: Ações nutricionais por população alvo

Multissetorial: Promoção e fortificação da dieta saudável.

Lactente: fixação do cordão, amamentação, cuidados de baixo peso ao nascer, e avaliação/manejo de deficit de crescimento.

Criança: Alimentação complementar, monitorização do crescimento, avaliação/manejo de deficit de crescimento, desparasitação e suplementação com ferro, iodo, vitamina A e zinco (apenas em casos de diarreia).

Adolescente: Suplemento de ferro e desparasitação.

Mulheres grávidas: aconselhamento nutricional, desparasitação e suplemento com vitamina A, cálcio, iodo, ferro/multinutriente, ferro/folato e suplemento de energia/proteína.

Emergência: apoio nutricional às mulheres, bebés e crianças.

Outros: Reforço dos sistemas nutricionais, apoio nutricional para tuberculose/VIH/outras doenças, programas de alimentação escolar, água/saneamento, suplemento de vitamina A para mulheres pós-parto e programas IEC.

Quadro 2: Pontuação sumativa das acções nutricionais por país e população alvo.

País	Total	Multissetorial	Bebé	Crianças <5 anos	Adolescente	Mulheres grávidas
Mali	0.96	1.00	1.00	1.00	1.00	0.88
Cote d'Ivoire	0.79	1.00	0.50	1.00	0.50	0.75
Guiné	0.75	1.00	0.75	0.88	1.00	0.50
Senegal	0.75	1.00	0.75	0.88	1.00	0.50
Benin	0.71	1.00	0.75	0.88	1.00	0.38
Burkina Faso	0.71	0.50	0.75	0.88	1.00	0.50
Togo	0.71	0.50	0.50	0.75	1.00	0.75
Níger	0.67	1.00	1.00	0.75	1.00	0.25
Ghana	0.63	1.00	0.50	0.63	1.00	0.50
Guiné-Bissau	0.63	0.50	0.75	0.88	1.00	0.25
Sierra Leone	0.63	0.50	0.75	0.88	1.00	0.25
Cabo-Verde	0.58	1.00	0.50	0.75	1.00	0.25
Libéria	0.58	1.00	0.50	0.75	1.00	0.25
The Gambia	0.50	1.00	0.50	0.63	0.50	0.25
Nigéria	0.50	0.50	0.25	0.75	0.50	0.38
Média Regional	0.67	0.83	0.65	0.82	0.90	0.44



4.2. Políticas nutricionais nos países da CEDEAO: Resultados importantes da Análise GINA

- Todos os países têm alguma forma de Estratégia Nacional de Nutrição, embora poucos países dispõem de um plano de monitoramento e avaliação para avaliar a implementação da sua estratégia.
- Não há diretrizes alimentares na maioria dos países.
- Cada país adotou várias disposições do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno. Na maioria dos casos, foi implementado a nível nacional; no entanto, os diferentes requisitos não estão sendo aplicados.
- A maioria dos países tem políticas de suplementação com vitamina A nas crianças, administração de ácido ferro-fólico 90+ durante a gravidez, alimentos suplementares para a gestão da DSA ou MAM, programas escolares de saúde e nutrição, Iniciativa “Hospital Amigo da Criança”.
- De uma maneira geral, existem objetivos e metas nutricionais para crianças, mulheres e adolescentes;
- A maioria dos países não tem diretrizes para promover a suplementação alimentar durante a gravidez (suplementação equilibrada de proteínas e energia) ou suplementação de cálcio durante a gravidez;
- Globalmente, constata-se pouco empenho nas políticas relacionadas com as restrições ao comércio de alimentos das crianças e promoção de alimentos saudáveis (restringir a promoção e aumentar os impostos sobre alimentos não saudáveis, reduzir os impostos sobre alimentos saudáveis, etc.).

Os objetivos relacionados com a inclusão de metas ou indicadores são menos comuns:

- Políticas nacionais sobre excesso de peso, obesidade e doenças não transmissíveis relacionadas com a dieta e inclusão de objetivos, metas ou indicadores.
- Políticas nacionais sobre hábitos alimentares (ingestão de gordura, sal, açúcar, potássio, fruta, legumes, etc.).
- Togo, Guiné, Gâmbia, Senegal e Burkina Faso comprometeram-se com o maior número de políticas de nutrição, enquanto a Serra Leoa, Benim, Mali e Cote d’Ivoire comprometeram-se com o menor número possível.



4.3. Programas de Nutrição nos países da CEDEAO:

Principais RESULTADOS da Análise GINA

- O Mali engajou-se a implementação de quase todas as ações nutricionais essenciais recomendadas pela OMS, enquanto a Gâmbia e a Nigéria só estão implementando metade;
- A nível regional, os adolescentes (pontuação: 0,90) e as crianças com menos de cinco anos (pontuação: 0,82) têm melhor cobertura por estas intervenções nutricionais. Com a cobertura mais baixa do programa encontram-se as mulheres grávidas (pontuação: 0,44);
- As duas intervenções orientadas para adolescentes (suplementação com micronutrientes de ferro e desparasitação) foram, na sua maioria, realizadas através de programas escolares; por conseguinte, as adolescentes que não frequentam as escolas podem ser desfavorecidas.
- Todos os países fazem a fortificação de alimentos/condimentos, a promoção da prática de amamentação, avaliação/gestão do deficit de crescimento infantil, suplementação com “vitamina A” para as crianças, desparasitação das crianças em idade escolar (adolescentes), suplementação com ferro/folato para as mulheres grávidas, e apoio nutricional às mulheres e crianças com VIH e/ou tuberculose;
- No entanto, a suplementação com “vitamina A” e com cálcio para mulheres grávidas, a suplementação com zinco nas crianças menores de 1 ano com diarreia e a fixação do cordão umbilical são as ações menos implementadas do programa.

A iniciativa “Contagem regressiva para 2030” (CD2030) tem sido útil de várias maneiras. Em primeiro lugar, foi uma grande oportunidade de trabalhar em rede entre os profissionais de nutrição e de



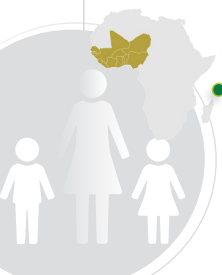
5.0

Conclusões e Recomendações

informação sanitária dentro e entre os países da CEDEAO. Os participantes tiveram a oportunidade de se conhecerem, aprender uns com os outros e construir futuras redes de apoio e colaboração entre eles. Em segundo lugar, foi também uma oportunidade de fortalecimento de capacidades e de desenvolvimento de competências. Os participantes receberam uma introdução à análise de dados utilizando fontes de dados acessíveis e disponíveis ao público; aprenderam a preparar perfis nutricionais dos seus próprios países com base em indicadores prioritários e a interpretar os resultados para propor recomendações e ações futuras. Ainda existem lacunas nas capacidades de análise e interpretação de dados. Isto dificulta a produção de evidências de qualidade orientadas para a tomada de decisões a nível nacional. Mas esta iniciativa CD2030 ajudou a aumentar as competências em análise e a melhorar as capacidades de interpretação dos resultados às pessoas-chaves ligadas à nutrição nos países da comunidade da África Ocidental. Assim, a iniciativa CD2030 está a preparar o caminho para a tomada de decisão baseada em evidência no futuro. As análises revelaram os seguintes:

- A prevalência de “Déficit de altura para a idade” infantil é elevada na maioria dos países da CEDEAO, com grandes disparidades dentro dos países;
- As crianças das famílias mais pobres a viverem nos meios rurais são as mais afetadas pelo Déficit de altura para a idade. Devem ter a prioridade absoluta e clara, em termos de ações, por forma a assegurar que nenhuma criança seja deixada para trás. Ao contrário, há pouca ou quase nenhuma desigualdade em relação ao excesso de peso nas crianças em idade infantil por sexo, local de residência ou quintil de riqueza na maioria dos países;
- Constatou-se poucos progressos em quase todos os países da comunidade na redução dos níveis de desnutrição infantil desde 1986, particularmente no que diz respeito ao baixo e ao excesso de peso nas crianças, que têm sido relativamente baixos;
- A prática da diversidade de alimentos-mínimos tem diminuído na maioria dos países da CEDEAO;
- Existem grandes desigualdades no interior dos países nas práticas de ALCP. O aleitamento materno prolongado é mais amplamente praticado por residentes rurais e mães dos agregados familiares mais pobres. Não existe um padrão claro com o aleitamento materno exclusivo. Não existem vantagens ou desvantagens para as mães residentes na capital ou nas maiores cidades dos países da CEDEAO, em termos de prática da amamentação exclusiva;
- Metade das adolescentes (15-19 anos) e das mulheres adultas (20-49 anos) nos países da CEDEAO sofrem de anemia, com a prevalência mais ou menos semelhante entre os dois grupos;
- O estado nutricional das raparigas adolescentes tem sido estável desde 1990. No entanto, a prevalência de baixo peso em mulheres adultas (20-49 anos) diminuiu, enquanto a obesidade aumenta no grupo durante o mesmo período.

- Os indicadores de ALCP são, de uma forma geral, baixos nos países da CEDEAO: apenas cerca



Os resultados dos workshops permitiram obter alguns consensos sobre ações ou recomendações a formular para os países:

- Notas de orientação das políticas foram preparadas para cada país e para as instituições regionais. Serão cruciais para monitoramento das políticas de nutrição em cada país e na região.
- Os governos devem elaborar diretrizes para orientar o rastreio e a gestão da desnutrição em raparigas adolescentes e mulheres adultas. Além disso, os países devem fazer da nutrição infantil, das adolescentes e das mulheres adultas uma prioridade nacional absoluta incluindo a integração e o reforço de prestação dos serviços de nutrição nos sistemas de saúde. Da parte dos parceiros, existe uma necessidade urgente de concentrar os investimentos particularmente nos países com pior desempenho. Contudo, o aumento do investimento nestes países não deve significar a transferência de recursos dos países com melhores desempenho. A subnutrição e a sobrenutrição é que devem ser atacadas. Esta recomendação está em consonância com o plano multisectorial de nutrição da OOAS.
- As políticas devem visar as desigualdades conhecidas no seio da população nomeadamente meio de residência (urbana e rural), nível de escolaridade e sexo (masculino e feminino), etc. As políticas devem integrar estratégias e informação sanitária para assegurar um acompanhamento adequado do processo e uma avaliação eficaz dos resultados.
- Os países devem aumentar os esforços na coleta e disponibilização de dados úteis. Isso inclui a promoção e melhoria dos sistemas de informação sanitária de rotina. A utilização da informação fornecerá evidências mais focalizadas e ajudará a melhorar as análises do impacto do programa.
- A OOAS e todos os países da CEDEAO devem continuar a organizar workshops de análise aprofundada de dados sobre temas de saúde com os responsáveis nacionais de informação sanitária e especialistas dos programas relacionados com o tema escolhido. Isto permitirá a produção de evidências científicas que conduzirão diretamente às políticas eficazes para a gestão de problemas de saúde. Irá também encorajar uma cultura de produção e utilização de evidências para a tomada de decisões.
- Finalmente, a iniciativa foi uma grande oportunidade que permitiu abordar importantes questões de investigação e produzir notas políticas como um instrumento crucial destinado aos decisores políticos.



**Questão de
investigação
1 1:**

Níveis e tendências dos indicadores nacionais e sub-nacionais de intervenções e de estado nutricional entre as crianças, adolescentes e mulheres adultas na África Ocidental:

de um terço dos bebês são exclusivamente amamentados, e somente 13% têm uma dieta mínima aceitável;

- As tendências em amamentação exclusiva estão a aumentar mas demasiadamente lento;
- A prevalência de “baixa altura para a idade” permanece elevada; apenas diminui ligeiramente mas com desigualdades persistentes;
- O duplo fardo de malnutrição na África Ocidental é caracterizado pela persistência de insuficiência ponderal (baixo peso) ao mesmo tempo que a obesidade está a aumentar rapidamente entre as mulheres. A tendência de aumento da obesidade na região da CEDEAO é particularmente rápida no Ghana e no Togo, com poucas exceções: Serra Leoa e Senegal;
- Níveis de obesidade das mulheres por local de residência: observam-se desvantagens consideráveis das capitais em todos os países. A prevalência média de obesidade nas capitais dos países da região é de 15% - o dobro da prevalência média regional de 7%.
- Nos países da CEDEAO, metade das mulheres dos 15-49 anos são anêmicas. Durante a gravidez, essa prevalência da anemia sobe para cerca de 60% das grávidas.

**Questão de
investigação 2:**

Quem está a ser deixado para trás nos países da CEDEAO?

- Amamentação exclusiva por uma unidade subnacional: existem consistentemente grandes diferenças na prática do aleitamento materno exclusivo aos níveis subnacionais entre países;
- Deficit de altura para a idade em menores de 5 anos: as populações mais pobres e rurais de cada país apresentam consistentemente uma maior prevalência de atraso de crescimento (deficit de altura para a idade). De outro lado, observam-se grandes desigualdades no interior dos países;

**Questão de
investigação 3:**

As lacunas atuais, em políticas e nos dados, associadas às medidas de nutrição:

- Permanecem lacunas importantes nos dados, especialmente relacionados com adolescentes e mulheres adultas;
- Apenas dois países têm dados para 2017 ou 2018 nesta categoria da população; todos os outros só para 2010 e 2011



5.1. Annexes

Annexe 1: Notes de politique associées au rapport



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN



BENIN

DOCUMENT D'ORIENTATION
STRATEGIQUE

Août 2020

Agir pour l'éradication du retard de croissance chez les enfants moins de 5 ans au Bénin



1. Le contexte et le problème

Le retard de croissance est l'un des principaux obstacles au développement humain, touchant près de 162 millions d'enfants de moins de 5 ans dans le monde. Cause de séquelles neurologiques irréversibles dans l'enfance, le retard de croissance réduit la capacité physique et intellectuelle de l'homme pour sa contribution à la création de la richesse.

En 2012, l'Assemblée Mondiale de la Santé a redéfini ses priorités dans le plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant (WHA65.6, 2012). Une série de mesures avaient été retenues pour améliorer l'état nutritionnel des cibles vulnérables à l'horizon 2025. L'une de ces mesures est de "réduire de 40% le nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance". Pour ce faire, les États et leurs partenaires devraient mettre en œuvre des stratégies et interventions basées sur les évidences et susceptibles d'accélérer les progrès actuels en vue d'une réduction significative du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans.

Au Bénin, le Plan National de Développement Sanitaire 2018-2022 préconise le renforcement de l'offre de service

de nutrition de qualité pour atteindre l'Objectif de Développement Durable (ODD) 2 qui prône l'élimination de la faim. Des interventions basées sur une approche multisectorielle sont menées dans les structures de santé et dans la communauté pour améliorer la pratique alimentaire et nutritionnelle de la population en général et des cibles vulnérables en particulier. Malgré ces actions, l'évolution des indicateurs reste lente notamment la prévalence du retard de croissance. Des investissements et des mesures supplémentaires sont donc nécessaires pour atteindre la cible fixée par l'Assemblée mondiale de la Santé pour 2025.

Dans le cadre de l'Initiative Countdown 2030 pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents (<http://countdown2030.org/>), une équipe du Bénin a travaillé aux côtés d'autres pays d'Afrique de l'Ouest pour conduire des analyses approfondies sur les progrès et les inégalités par rapport au retard de croissance. Ces analyses ont porté sur les données des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), MICS du Bénin de 1996 à 2018, ainsi que des données récentes recueillies auprès des structures sanitaires. Le présent document est un résumé des résultats de ces analyses, destiné aux pouvoirs publics, partenaires au développement et acteurs communautaires, dans le but d'informer les stratégies et interventions nécessaires pour atteindre les objectifs fixés.

2. Principaux résultats

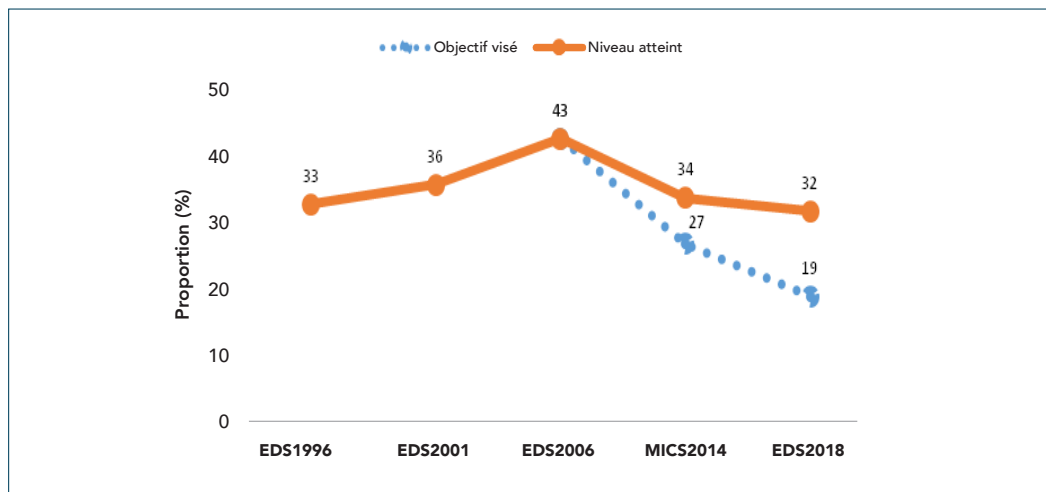
2.1. Evolution au niveau national

De 2001 à 2018, la prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans est restée au-dessus du seuil d'alerte de 30% fixé par l'OMS bien qu'elle soit passée de 36,2% à 32,1%.



De 2001 à 2018, la prévalence est
passée de 36,2% à 32,1%

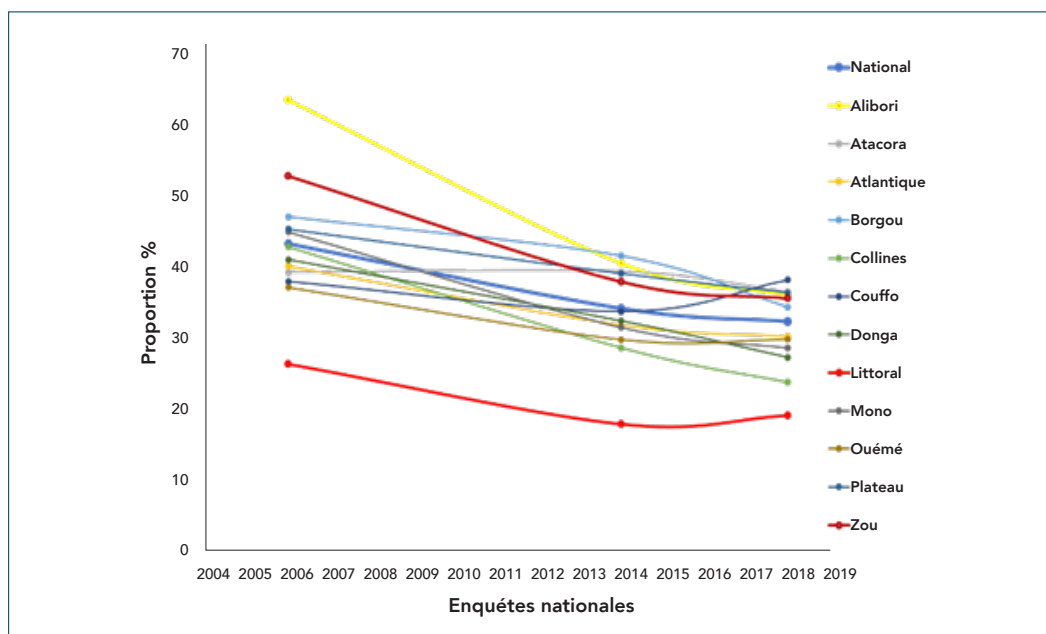
36,2% - 32,1%



Graphique 1 : Niveau du retard de croissance au Bénin entre 1996 et 2018

Si les tendances actuelles sont maintenues, le Bénin est loin d'atteindre l'objectif de réduire de 40% le nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance, malgré les progrès notés pour d'autres indicateurs de malnutrition infantile. La tendance à la baisse de la prévalence du retard

de croissance amorcée en 2006 est de moins de 1 point de pourcentage par an (11 points en 12 ans). Elle reste très insuffisante au regard du rythme de régression de 7 points de pourcentage par an nécessaire pour l'atteinte de la cible fixée par l'Assemblée Mondiale de la Santé à l'horizon 2025.



Graphique 2 : Evolution des inégalités entre départements

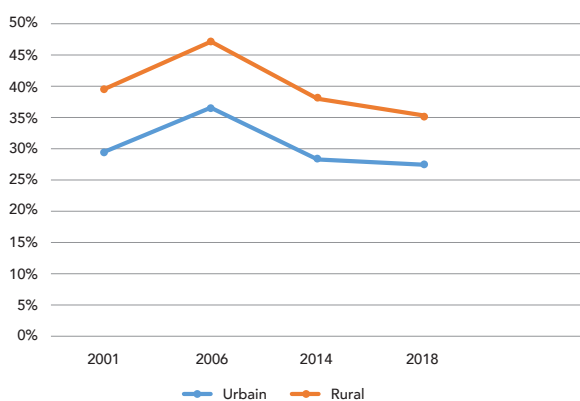
Au niveau des départements, on observe une baisse régulière du retard de croissance entre 2006 et 2018.

Cependant, les inégalités persistent entre ces localités. En effet, le Littoral semble de loin être le département le moins

affecté par le retard de croissance (19,1% en 2018) tandis que l'indicateur reste à plus de 30% dans les départements de Couffo, Plateau, Atacora, Zou et Alibori en 2018.

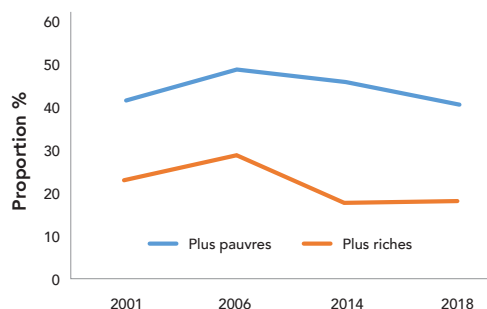
2.3. Inégalités selon le milieu de résidence

Les inégalités entre les zones de résidences ne se sont pas résorbées au cours de la période 2001-2018. En 2018, la proportion du retard de croissance est de 27,5% en milieu urbain contre 35,2% en milieu rural. Cet écart pourrait être en lien avec la forte urbanisation au niveau du Littoral qui englobe la capitale Cotonou, majoritairement habitée par des populations plus aisées. L'écart observé dans le Couffo et le Zou (milieu rural) contraste avec leur statut de grenier en vivriers. Ce qui laisse présager que la vente massive des vivriers produits se fait au détriment de la consommation familiale.



Graphique 3 : Evolution du retard de croissance entre le milieu urbain et le milieu rural

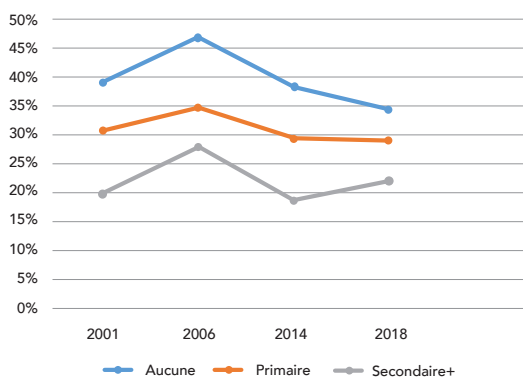
2.4. Inégalités entre les quintiles de richesse



Le retard de croissance est davantage noté chez les pauvres que chez les riches. L'écart entre les milieux socio-économiques s'est creusé entre 2001 et 2018 passant de 18,5 points de pourcentage à 22,6 points de pourcentage.

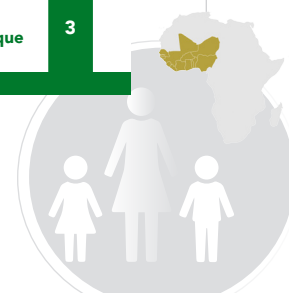
Graphique 4 : Inégalités du retard de croissance entre les quintiles de richesse

2.5. Inégalités selon le niveau d'instruction de la mère



Les enfants de mères moins instruites sont plus affectés par le retard de croissance que ceux des mères ayant un niveau d'éducation plus élevé. En effet, l'écart est de 19 points de pourcentage en 2006 et de 12 points de pourcentage en 2018. Cette situation est en lien avec la proportion encore très élevée de femmes sans instruction au Bénin (55%, EDS 2018).

Graphique 5 : Inégalités du retard de croissance selon le niveau d'instruction de la mère



Recommandations stratégiques

- Intégrer dans la grille d'allocations budgétaires un bonus en faveur des localités à faible performance de réduction de la prévalence de malnutrition chronique (milieu rural) ;
- Développer une stratégie nationale intégrée de lutte contre la malnutrition par ciblage des interventions de nutrition à haut impact élargies à l'assainissement, l'alphabétisation des mères et l'instruction des filles ;
- Renforcer la coordination des acteurs multisectoriels du secteur de la nutrition et santé pour une meilleure synergie des actions.

Appel à l'action

Certes, des progrès sont réalisés mais des efforts pour réduire les inégalités sont encore nécessaires. Un ciblage des interventions de nutrition à haut impact mises en œuvre avec une attention particulière sur les couches défavorisées permettra d'accélérer les progrès vers l'atteinte d'au moins trois (03) cibles de l'AMS sur les six à l'horizon 2025.

Conclusion

Au Bénin, le retard de croissance se situe à des niveaux inquiétants tandis qu'on assiste à une amélioration de la prévalence des formes de malnutrition aiguë (5%) et d'excès pondéral (2%) chez les enfants de moins de 5 ans. Le phénomène concerne davantage les milieux ruraux et appelle à des actions concrètes pour la réduction des inégalités et l'atteinte des Objectifs de Développement Durable.

À propos de l'Initiative Countdown 2030

L'Initiative Countdown 2030 pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents est une initiative mondiale, portée par plusieurs institutions. Elle vise à améliorer la mesure et le suivi de la couverture, et renforcer les capacités régionales et nationales en matière de production et d'utilisation de données scientifiques. En tant que membre de l'Initiative Countdown 2030, African Population and Health Research Center (APHRC) a soutenu la mise en place d'un réseau régional regroupant des institutions de recherche et de santé publique ainsi que des agences gouvernementales de 22 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre, en vue de les aider à mieux suivre et analyser les données, et communiquer les résultats de recherche sur la santé des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents et la nutrition. L'Initiative en appelle à une responsabilisation des gouvernements et des partenaires au développement, identifie les lacunes dans les connaissances et propose de nouvelles actions pour une couverture universelle de la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Il est attendu que les autorités gouvernementales utilisent les résultats de recherche pour améliorer la planification et augmenter les ressources allouées à la réalisation des objectifs nationaux et mondiaux visant à éliminer les décès de mères, de nouveau-nés et d'enfants.

Plus d'informations sur <http://countdown2030.org/>

Auteurs

Dr Félix Bodjrènou SONON ¹, Venance A. H. VODUNGBO ², Ndèye Awa FALL ³, Dr Estelle M. SIDZE ⁴, Dr Cheikh Mbacké FAYE ³

¹ Division Nutrition, Ministère de la Santé, Bénin

² Direction de la Programmation et de la Prospective, Ministère de la Santé, Bénin

³ African Population and Health Research Center (APHRC, Dakar)

⁴ African Population and Health Research Center (APHRC, Nairobi)



African Population and Health Research Center
Transforming lives in Africa through research.

Countdown to 2030
Women's, Children's & Adolescents' Health



NIGER

DOCUMENT D'ORIENTATION
STRATEGIQUE
Août 2020

S'attaquer au retard de croissance, c'est sauver la vie et l'avenir



Dans le cadre de l'Initiative Countdown 2030 pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents (<http://countdown2030.org/>), une équipe du Niger a travaillé aux côtés d'autres pays d'Afrique de l'Ouest pour conduire des analyses approfondies sur les progrès et les inégalités par rapport au retard de croissance au Niger.

Ces analyses ont porté sur les données des Enquêtes Démographiques et de Santé du Niger (EDSN) de 1998, 2006 et 2012 ainsi que des données récentes recueillies lors des enquêtes nutritionnelles SMART de 2012 à 2016. Elles se sont concentrées principalement sur le retard de croissance parmi les enfants de moins de cinq ans.

Le présent document est un résumé des résultats de ces analyses, destinés aux pouvoirs publics, partenaires au développement et acteurs communautaires, dans le but d'informer des stratégies et interventions qui s'avèrent nécessaires pour accompagner le pays vers l'atteinte des ODD, particulièrement, ODD 2, et 10 relatifs à la suppression de la faim dans le monde et la réduction des inégalités.

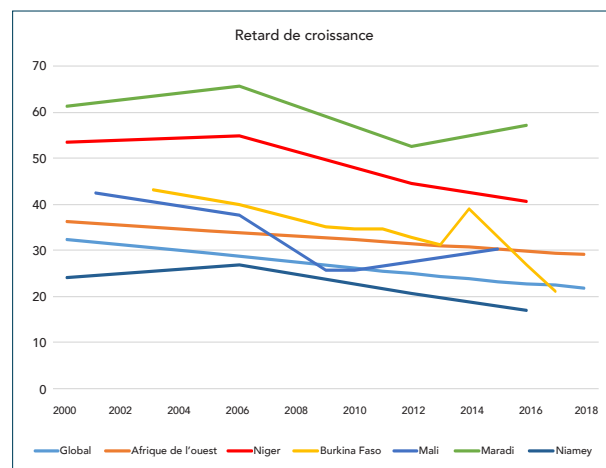
1. Contexte

A l'instar d'autres pays du monde, le Niger a souscrit à l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD), particulièrement l'ODD2: éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir une agriculture durable à l'horizon 2030. Dans cette perspective, l'État nigérien et ses partenaires ont consenti d'importants efforts au cours des deux dernières décennies pour réduire la malnutrition et l'insécurité alimentaire dans le pays. En effet, le Niger a élaboré une Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle (PNSN) et mis en œuvre plusieurs plans d'actions au cours des années 2016-2020 dans le but de favoriser l'atteinte de l'ODD2.

En dépit des progrès observés, force est de constater que le retard de croissance demeure un problème majeur au Niger, particulièrement chez les enfants de moins de 5 ans. En effet, les données récentes montrent que près d'un enfant sur deux souffre de retard de croissance, encore loin de l'objectif national de réduire de 40% la malnutrition infantile à l'horizon 2030. De plus, des inégalités persistent entre régions et classes sociales du pays.

2. Principaux résultats

2.1 Retard de croissance: Ampleur et défis

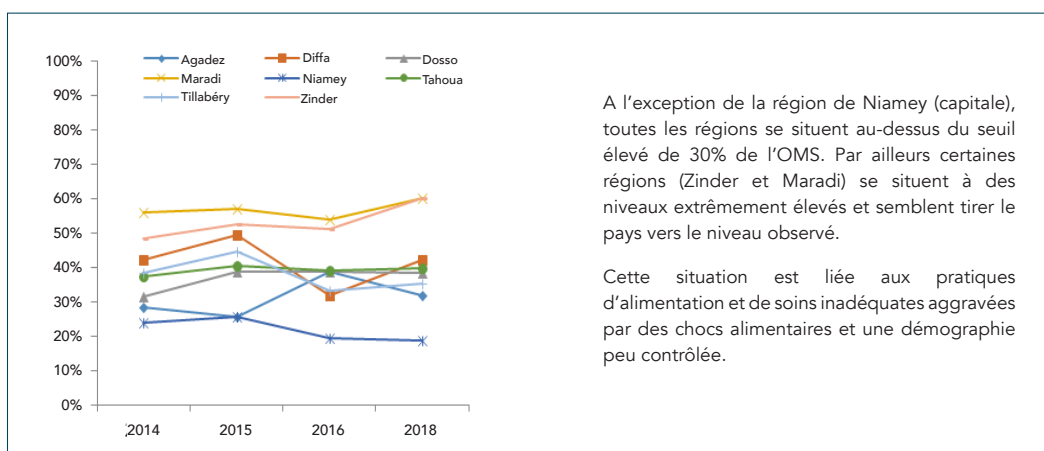


Graphique 1: Niveau de retard de croissance dans la sous-région

Les pays voisins ont fait des progrès dans la lutte contre le retard de croissance comme l'illustre le graphique ci-dessus. Cependant, au Niger, les progrès en matière de nutrition ont été les moins manifestes et le pays se maintient au-dessus du seuil très élevé de 30%. Certaines régions (Maradi)

présentent des prévalences inédites et tirent le pays vers cette prévalence élevée. Toutefois, la région de Niamey avec la plus faible prévalence du retard de croissance présente un modèle à suivre pour améliorer la situation dans les autres régions

2.2 Evolution des inégalités entre régions du Niger

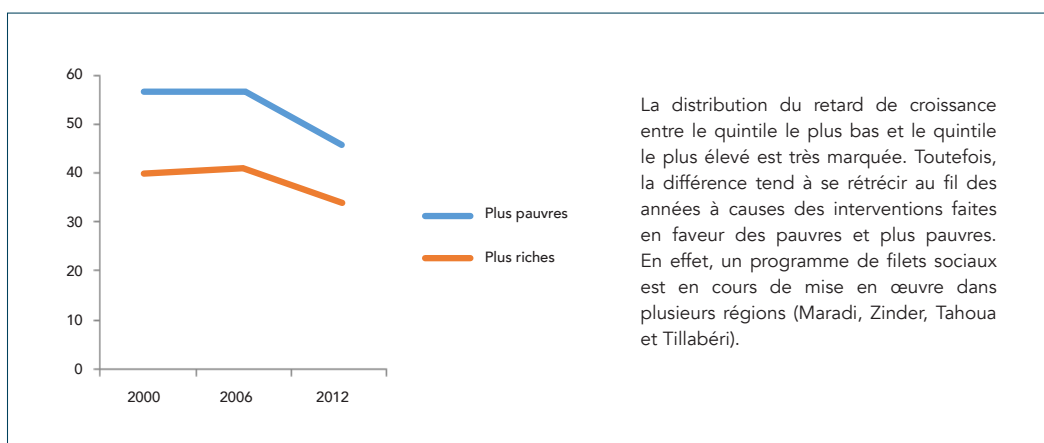


A l'exception de la région de Niamey (capitale), toutes les régions se situent au-dessus du seuil élevé de 30% de l'OMS. Par ailleurs certaines régions (Zinder et Maradi) se situent à des niveaux extrêmement élevés et semblent tirer le pays vers le niveau observé.

Cette situation est liée aux pratiques d'alimentation et de soins inadéquates aggravées par des chocs alimentaires et une démographie peu contrôlée.

Graphique 2 : Tendence du retard de croissance par région du Niger de 2014 à 2018

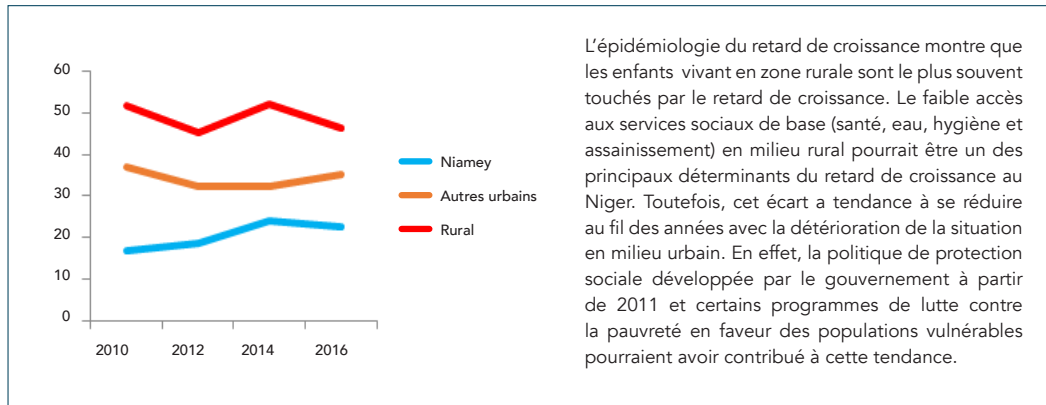
2.3 Inégalités entre les quintiles de richesses



La distribution du retard de croissance entre le quintile le plus bas et le quintile le plus élevé est très marquée. Toutefois, la différence tend à se rétrécir au fil des années à causes des interventions faites en faveur des pauvres et plus pauvres. En effet, un programme de filets sociaux est en cours de mise en œuvre dans plusieurs régions (Maradi, Zinder, Tahoua et Tillabéri).

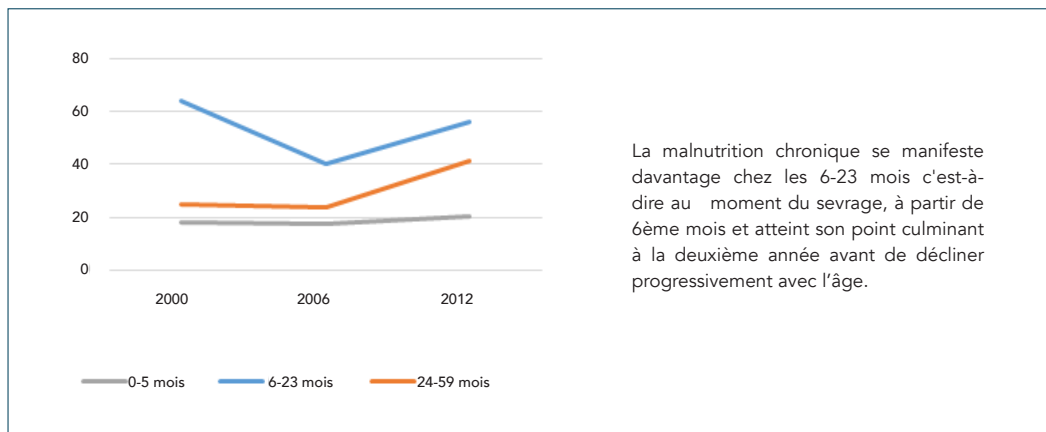
Graphique N°3 : Prévalence du retard de croissance entre les riches et les pauvres (source EDSN).

2.4 Inégalités entre les quintiles de richesse



Graphique N°4 : Evolution du retard de croissance entre la capitale Niamey, les autres urbains et le milieu rural

2.5 Inégalités entre les groupes d'âge

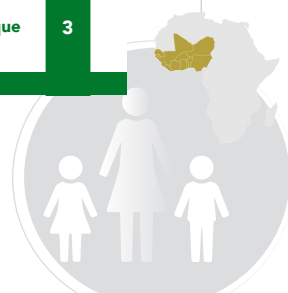


Graphique N°5: inégalités dans la distribution de la malnutrition chronique selon l'âge.



Appel à l'action

Malgré les progrès réalisés, une approche multidimensionnelle intégrant la nutrition maternelle et infantile dans les politiques et stratégies sectorielles se focalisant sur la réduction des inégalités est nécessaire. Les décideurs politiques doivent concrétiser leur volonté politique par la mise en œuvre de programmes ou projets visant à adresser le retard de croissance chez les jeunes enfants pour la préservation du capital humain, l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, de la croissance économique et de la réduction de la pauvreté.



Recommandations stratégiques

- Mobiliser les ressources extérieures et domestiques pour financer la nutrition sur le long terme dans les zones rurales notamment dans les régions de Maradi, Zinder, Tahoua
- Poursuivre les actions menées dans le cadre de la protection sociale (filets sociaux en faveur des ménages vulnérables),
- Continuer à mettre le focus sur les enfants de 6 à 23 mois dans les interventions de prévention de la malnutrition.

Conclusion

Au Niger, les données sur le retard de croissance révèlent des inégalités plus ou moins prononcées entre régions, zones de résidence, niveau de bien-être et âge. Même si l'on note une réduction de ces inégalités au fil des années et à certains niveaux, des efforts supplémentaires sont nécessaires afin d'atteindre les Objectifs de Développement Durable.

À propos de l'Initiative Countdown 2030

L'Initiative Countdown 2030 pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents est une initiative mondiale, portée par plusieurs institutions. Elle vise à améliorer la mesure et le suivi de la couverture, et renforcer les capacités régionales et nationales en matière de production et d'utilisation de données scientifiques. En tant que membre de l'Initiative Countdown 2030, African Population and Health Research Center (APHRC) a soutenu la mise en place d'un réseau régional regroupant des institutions de recherche et de santé publique ainsi que des agences gouvernementales de 22 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre, en vue de les aider à mieux suivre et analyser les données, et communiquer les résultats de recherche sur la santé des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents et la nutrition. L'Initiative en appelle à une responsabilisation des gouvernements et des partenaires au développement, identifie les lacunes dans les connaissances et propose de nouvelles actions pour une couverture universelle de la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Il est attendu que les autorités gouvernementales utilisent les résultats de recherche pour améliorer la planification et augmenter les ressources allouées à la réalisation des objectifs nationaux et mondiaux visant à éliminer les décès de mères, de nouveau-nés et d'enfants.

Plus d'informations sur <http://countdown2030.org/>

Auteurs

Mamane BATOURÉ ¹, Almoustapha Theodore YATTA ², Safia JIWANI ³, Ndàye A. FALL ⁴, Cheikh M. FAYE ⁴

¹ Direction de la Nutrition, Ministère de la Santé Publique, Niger

² Plateforme Nationale d'Information pour la Nutrition, Institut National des Statistiques, Niger

³ Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, USA

⁴ African Population and Health Research Center (APHRC, Dakar)



African Population and Health Research Center
Transforming lives in Africa through research.

Countdown to 2030
Women's, Children's & Adolescents' Health



SENEGAL

DOCUMENT D'ORIENTATION
STRATEGIQUE
Août 2020

Anémie chez les enfants au Sénégal: ne laisser personne en rade



critique défini par l'OMS qui est de 40%. En effet, les données disponibles montrent que 71% des 6-59 ans sont touchés par l'anémie ; une situation qui ne s'est pas nettement améliorée si l'on sait qu'en 2010, 76% des enfants étaient anémiés. De plus, des inégalités persistent entre régions et classes sociales du pays.

Dans le cadre de l'Initiative Countdown 2030 pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents (<http://countdown2030.org/>), une équipe du Sénégal a travaillé aux côtés d'autres pays d'Afrique de l'Ouest pour conduire des analyses approfondies sur les progrès et les inégalités relatives à l'anémie au Sénégal.

Ces analyses ont porté sur les données des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS 2011, 2014, 2016 et 2017) et se sont focalisées sur l'anémie chez les moins de 5 ans. Les inégalités ont été analysées au regard de quatre dimensions principales : niveau régional ; niveau résidence (urbain/ rural), niveau de bien-être socio-économique et selon l'âge.

Le présent document est un résumé des résultats de ces analyses, destinés aux pouvoirs publics, partenaires au développement et acteurs communautaires, dans le but d'informer les stratégies et interventions qui s'avèrent nécessaires pour accompagner le pays vers l'atteinte des ODD notamment l'ODD 2 relatif à l'élimination de la faim dans le monde et l'amélioration du statut nutritionnel.

1. Le contexte et justification du problème

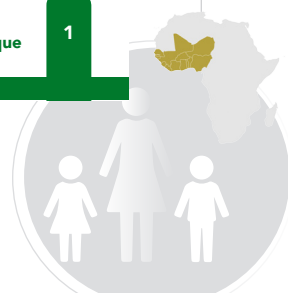
À l'instar des autres pays du monde, le Sénégal s'est engagé à l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD) en particulier l'ODD 2 qui consiste à éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable d'ici 2030. Le pays s'est aussi engagé à l'atteinte des cibles intermédiaires de l'assemblée mondiale de la santé d'ici 2025. C'est dans ce cadre que le pays a développé un Plan Stratégique Multisectoriel de la Nutrition (2018-2022) et s'est doté de son premier Document de Politique de Développement de la Nutrition (2015-2025) dont l'objectif est « d'assurer à tous un état nutritionnel satisfaisant particulièrement pour les enfants de moins de cinq ans ». Par ailleurs, les questions de nutrition figurent en bonne place dans le Plan Sénégal Emergent (PSE) qui constitue le référentiel de la politique économique et sociale sur le moyen et le long terme

Malgré les interventions développées et les efforts fournis par le gouvernement du Sénégal et ses partenaires dans le domaine de la nutrition, la situation de l'anémie demeure problématique dans le pays et reste supérieure au seuil

2. Principaux résultats au Sénégal

2.1. Tendances et inégalités régionales

Au Sénégal, la prévalence de l'anémie qui est de 71% (EDS, 2017) dépasse le seuil critique défini par l'OMS fixé à 40%. Entre 2014 et 2017, la prévalence de l'anémie chez les 6-59 ans n'a pas baissé sensiblement. La figure 1 montre l'évolution de la tendance au cours de la période. On observe ainsi une hausse de la prévalence de l'anémie dans la plupart des régions pendant que l'écart entre les régions s'est creusé légèrement passant de 23,1% à 26,4%. Dakar est restée la région la moins affectée par l'anémie où la tendance est passée de 60,6% en 2014 à 59,4% en 2017.



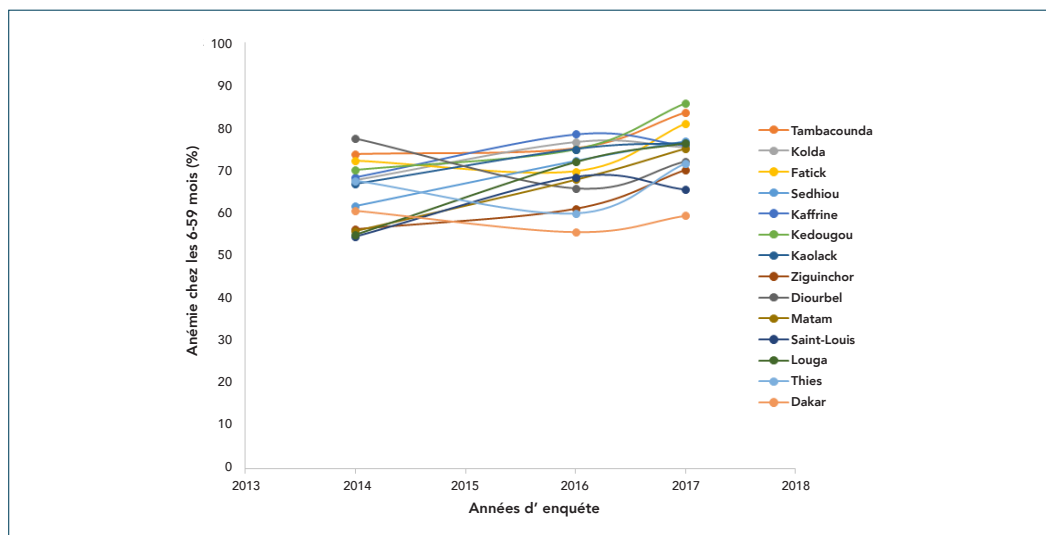


Figure 1 : Inégalités de l'anémie en fonction des régions

On observe une amélioration de la situation dans la région de Saint-Louis, première région la moins touchée par l'anémie en 2014 (54,4%) et deuxième région enregistrant la plus faible prévalence derrière la capitale en 2017. Les programmes de nutrition initiés par le Ministère de la santé en collaboration avec l'ensemble des partenaires techniques et financiers et les programmes menés dans le cadre du Programme de Renforcement de la Nutrition (PRN) dans cette zone pourraient expliquer cette performance.

Les plus fortes prévalences sont notées à Kédougou, Tambacounda et Fatick qui dépassent le seuil de 80% d'enfants anémiés en 2017. Kédougou est passée d'une prévalence de 70,2% en 2014 à une prévalence 85,8% en 2017 devenant ainsi la région la plus affectée du pays. Cette situation préoccupante pourrait être liée aux pratiques alimentaires mais aussi à la situation socio-économique des familles. Ainsi, une faible consommation de fer a été notée chez les 6-59 mois vivant à Kédougou où le niveau d'insécurité alimentaire est très élevé (ENSANR, 2019).

2.2. Inégalités entre les milieux de résidence

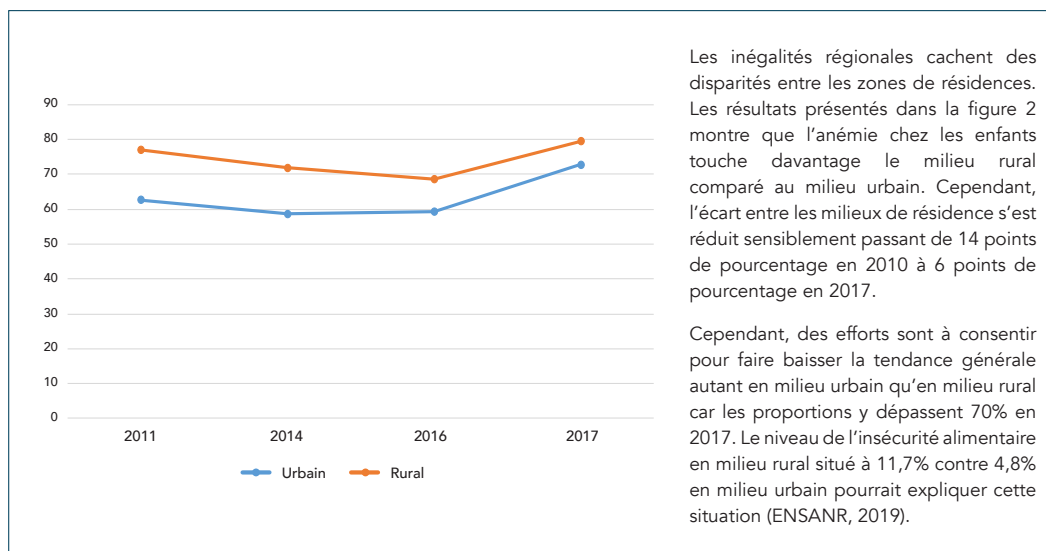


Figure 2 : Inégalités de l'anémie en fonction du milieu de résidence

Les inégalités régionales cachent des disparités entre les zones de résidences. Les résultats présentés dans la figure 2 montre que l'anémie chez les enfants touche davantage le milieu rural comparé au milieu urbain. Cependant, l'écart entre les milieux de résidence s'est réduit sensiblement passant de 14 points de pourcentage en 2011 à 6 points de pourcentage en 2017.

Cependant, des efforts sont à consentir pour faire baisser la tendance générale autant en milieu urbain qu'en milieu rural car les proportions y dépassent 70% en 2017. Le niveau de l'insécurité alimentaire en milieu rural situé à 11,7% contre 4,8% en milieu urbain pourrait expliquer cette situation (ENSANR, 2019).

2.3. Inégalités des niveaux d'anémie selon le niveau de richesse

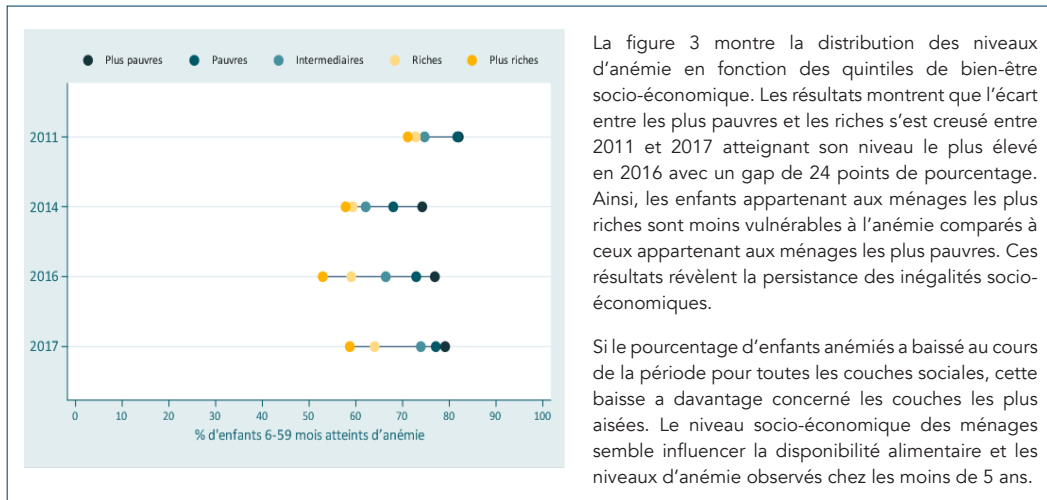


Figure 3 : Inégalités de l'anémie en fonction du quintile de richesse

2.4. Inégalités de l'anémie selon les âges

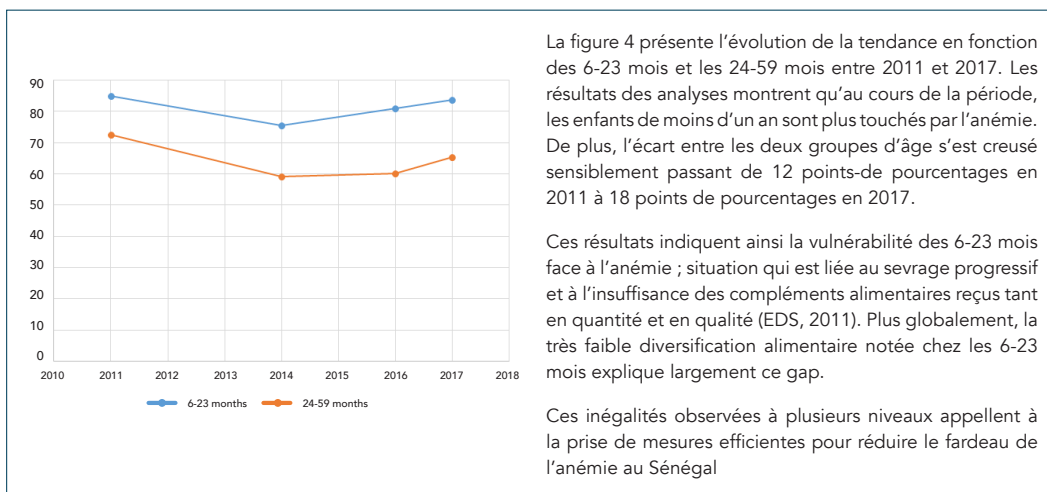
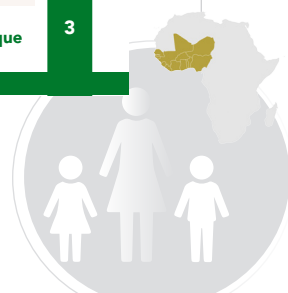


Figure 4 : Inégalités de l'anémie en fonction de la tranche d'âge 6 à 23 mois et 24 à 59 mois

Recommandations stratégiques

1. Faire une analyse diagnostic des causes de l'anémie à l'échelle nationale
2. Renforcer les programmes de prise en charge de la malnutrition dans les régions fortement touchées par l'anémie comme Kédougou, Tambacounda et Fatick
3. Assurer la fortification à domicile des aliments des enfants de 6-23 mois avec des poudres de micronutriments (MNPs)
4. Mobiliser des ressources supplémentaires pour la supplémentation hebdomadaire des enfants de moins de cinq ans en fer acide folique avec un suivi particulier pour les 6-23 mois





Appel à l'action

Malgré les programmes mis en œuvre par le gouvernement et ses partenaires, des efforts restent à faire pour réduire le fardeau de l'anémie au Sénégal. Il est donc nécessaire de mettre en œuvre des analyses approfondies des causes de l'anémie et des actions appropriées et concertées pour atteindre les cibles de l'AMS d'ici 2025 concernant le faible poids de naissance et la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans.

Conclusion

Au Sénégal, l'anémie chez les moins de 5 ans atteint des proportions élevées tout en cachant des inégalités marquées entre régions, milieux de résidence, niveau de bien-être et âge. Des stratégies et mesures appropriées sont nécessaires pour la réduction des inégalités et l'atteinte de l'ODD 2

À propos de l'Initiative Countdown 2030

L'Initiative Countdown 2030 pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents est une initiative mondiale, portée par plusieurs institutions. Elle vise à améliorer la mesure et le suivi de la couverture, et renforcer les capacités régionales et nationales en matière de production et d'utilisation de données scientifiques. En tant que membre de l'Initiative Countdown 2030, African Population and Health Research Center (APHRC) a soutenu la mise en place d'un réseau régional regroupant des institutions de recherche et de santé publique ainsi que des agences gouvernementales de 22 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre, en vue de les aider à mieux suivre et analyser les données, et communiquer les résultats de recherche sur la santé des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents et la nutrition. L'Initiative en appelle à une responsabilisation des gouvernements et des partenaires au développement, identifie les lacunes dans les connaissances et propose de nouvelles actions pour une couverture universelle de la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Il est attendu que les autorités gouvernementales utilisent les résultats de recherche pour améliorer la planification et augmenter les ressources allouées à la réalisation des objectifs nationaux et mondiaux visant à éliminer les décès de mères, de nouveau-nés et d'enfants.

Plus d'informations sur <http://countdown2030.org/>

Auteurs

Dr Maty Diagne CAMARA ¹, Dr Omar SARR ², Dr Aissatou DIOP ³, Ndèye Awa FALL ⁴, Dr Cheikh Mbacké FAYE ⁴

¹ Division Nutrition, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Sénégal

² Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Sénégal

³ Division de la survie de l'enfant, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Sénégal

⁴ African Population and Health Research Center (APHRC, Dakar)



African Population and
Health Research Center
Transforming lives in Africa through research.

Countdown to 2030
Women's, Children's & Adolescents' Health







West Africa Health Organization (WAHO)

01 BP 153 Bobo-Dioulasso 01 / Burkina Faso

Téléphone: (226) 20 970 100, (226) 20 975 775, (226) 20 975 772 | Email: wahooas@wahooas.org

Sites Internet: www.countdown2030.org | www.aphrc.org | www.wahooas.org



**African Population and
Health Research Center**

African Population and Health Research Center (APHRC)

West Africa Regional Office: 5e étage, Immeuble Diallo-Lo, 325-327 CICES VDN,

Dakar Senegal BP 45933 Dakar VDN NAFA

Téléphone: +221 33 869 60 17, +221 33 867 99 36

Email: info@aphrc.org - infowestafrica@aphrc.org



Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health

615 N. Wolfe Street

Baltimore, MD 21205