



REPÚBLICA DE CABO VERDE
Ministério da Saúde

Plano Plurianual Completo (PPAC)

2018-2022

Programa Alargado de Vacinação

Praia, 2017

RESUMO

A vacinação constitui um componente essencial de direitos humanos à saúde e uma responsabilidade individual, colectiva e governamental. Estima-se que ela previne cada ano 2.5 milhões de mortes.

Em Cabo Verde, o programa alargado de vacinação é reconhecido como importante para a saúde das crianças. Fundada em 1977, foi integrada à proteção materna e infantil e planeamento familiar, que, em 2001, foi transformado em programa nacional de saúde da reprodução (PNSR). Os objectivos do programa são atingir a cobertura de vacinação das crianças menores de 1 ano de pelo menos 95% contra tuberculose, difteria, tétano, poliomielite, hepatite B, Haemophilus influenzae, rubéola, sarampo e a parotidite.

Este programa ajudou a conter as principais doenças evitáveis por vacinação. Mas a necessidade de melhorar o desempenho deste programa levou à realização em 2002 da primeira revisão do PAV que fez o estado de desempenho do programa e os desafios principais que levaram à elaboração do 1º documento de planificação estratégica da vacinação para o período 2005-2010.

Com as estratégias e as actividades identificadas no presente documento, houve grandes progressos na melhoria da cobertura vacinal e o alcance dos objectivos fixados. Esta melhoria da performance teve um impacto real desde há quase 10 anos, o país não conheceu epidemias de doenças evitáveis pela vacinação.

O país adoptou o plano de acção global de vacinas 2011-2020 e ultimamente plano regional estratégico de vacinação para o período 2014-2020, juntar-se a muitas iniciativas, erradicação da poliomielite, eliminação do tétano materna e neonatal e controlar doenças aceleradas, incluindo sarampo, sem esquecer o mercado cada vez maior de disponibilidade de novas vacinas.

A Iniciativa de Independência Vacinal foi introduzida em 1996 e a partir de 1998 o financiamento das vacinas e consumíveis foi incluído no Orçamento do Estado, na linha para aquisição de medicamentos. A compra e a distribuição das vacinas do PAV têm sido efectuadas através da Direcção Geral de Farmácia, um departamento central do Ministério da Saúde.

Para perenização do Programa Alargado de Vacinação (PAV) através de melhoria da viabilidade financeira deste, o país se propões este plano estratégico para os proximos cinco anos.

Objectivos específicos do PPAC 2018 - 2022 foram definidos para os componentes seguintes:

Vacinação de rotina

- Aumentar a cobertura vacinal em Penta-3 de 95% à pelo menos 98% anível nacional e pelo menos 95% em todos os concelhos, até fim 2022,
- Até fim de 2022, introduzir novas vacinas contra pneumococo, rotavirus, e HPV em todos os concelhos

Vacinação suplementar

- Alcaçar pelo menos 95% dos alvos das actividades suplementares de vacinação (AVS) (polio, Sarampo & Rubeola, FA, T, Meningite) organizadas, até fim 2022,

Gestão de dados de vacinação

- Até fim 2022, pelo menos 95% dos concelhos fornecerão dados de qualidade em tempo real.

Vacinas, cadeia de frio e logistica

- Até 2022, aumentar de 55% à 80% a gestão eficaz de vacinas a todos os níveis; elaborar e implementar um plano de gestão dos resíduos biomédicos segundo as normas da OMS e ambientais.

Vigilância das doenças alvo do PAV

- Até fim 2022, manter os estatutos de país livre da poliomielite e de eliminação do TMN; atingirs os indicadores de eliminação do Sarampo e da Febre amarela e pelo menos 80% das estruturas sanitárias notificam e partilham dados de MAPI.

Comunicação

- Até fim 2022, evidênciar que 90% de indivíduos e de colectividades compreendent a importância das vacinas e reclamam a vacinação como um direito e responsabilidade.

Gestão do programa

- Até fim 2022, criar/formalizar as estruturas de coordenação do PAV central e nos municipais.

Para atingir estes objectivos, as estratégias inovadoras adaptadas às novas orientações do GVAP foram desenvolvidas. Tratam-se entre outras: (i) melhoria de oferta de serviços de qualidade por via de integração dos pontos de vacinação fixo nos postos de vacinação e das estruturas privadas; (ii) a introdução de novas vacinas; (iii) reforço da vigilância da vigilância comunitária; (iv) a optimização da logística e adcentralização da manutenção dos equipamentos da cadeia de frio; (v) a melhoria de demanda da população; (vi) melhoria de qualidade de dados e (vii) melhoria da gestão do programa a todos os níveis.

Da análise dos custos e financiamento do programa, é de notar que o custo total do programa atinge os 7,738.898 USD dos quais 7,752.554 USD para a vacinação e logitica do PAV de rotina, 1,053.597 USD para a prestação de serviços, 174,294 USD para monitorização e controlo das doenças, 138,550 USD para a gestão do programa, 68,425 USD para as actividades de vacinação suplementar e 551,480 USD para os custos partilhados do sistema de saúde.

O financiamento do PAV aumenta progressivamente por todo o periodo de projecção em função nomeadamente de introdução de novas vacinas.

O sucesso da implementação dest plano dependerá essencialmente do respeito do engajamento do estado e seus parceiros de desenvolvimento e incluindo a sociedade civil. Um plano operacional com os mecanismos de seguimento sera elaborado cada ano para implementação efectiva do plano.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. Contexto Geral do país.....	9
2.1 Contexto geográfico e demográfico.....	9
2.2. Contexto político e administrativo.....	12
2.3.Contexto económico e social	13
3. SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE.....	13
3.1.Política nacional de saúde.....	14
3.2 Organização do sistema de saúde.....	14
3.3 Recursos humanos	15
3.4.Infraestrutura	16
3.5 Perfil sanitário	16
3.6 Financiamento da saúde	17
4. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DO PROGRAMA ALGADO DE VACINAÇÃO	18
4.1 Antecedentes históricos.....	18
4.2 Prestação de serviços.....	19
4.2.1 Vacinação de rotina.....	19
4.2.2 Organização de serviços de vacinação	19
4.2.1. O calendário vacinal.....	21
4.3.1 A cobertura vacinal.....	22
4.3.3 Equidade na vacinação	25
4.3.4 Introdução de novas vacinas.....	25
4.4.3. Vigilância da Febre-amarela.....	30
4.4.4. Vigilância do Tétano neonatal.....	30
4.6.1.2. Aprovisionamento Regional e áreas sanitárias	31
5. PLANO PLURIANUAL COMPLETO 2018 - 2022	48
6. ANÁLISE DE CUSTOS E O FINANCIAMENTO DO PROGRAMA	66
6.1 Contexto económico geral de Cabo Verde	66

TABELAS E FIGURAS

Tabela 1: Dado populacional de Cabo Verde para 2017-2022.....	10
Tabela 2: Indicadores Demográficos e de Saúde, Cabo Verde.....	10
Tabela 3: População de Cabo Verde por conselho, 2016.....	11

Tabela 4: Indicadores macroeconómicos do financiamento em saúde, Cabo Verde, 2012-2016.	14
Tabela 5. Calendário vacinal do Programa Alargado de Vacinação, Cabo verde 2017...	21
Tabela 6. Evolução das coberturas vacinais administrativas em cabo verde 2012-2016..	22
Tabela 7. Evolução da cobertura vacinal administrativa Penta 3 por conselho, Cabo verde 2012 – 2016.....	22
Tableau 8. Indicadores de prestação de serviços 2012 – 2016.....	24
Tabela 9. Plano de introdução de novas vacinas.....	26
Tabela 10. Análise da situação por iniciativa de luata acelerada contra as doenças 2012 – 2016.....	28
Tabela 11. Indicadores de vigilância das paralisias flácidas agudas (PFAs). Cabo verde, 2001-2015.....	29
Tabela 12. Resultados globais da avaliação da gestão eficaz de vacinas.....	34
Tabela 13. Análise de lacunas da capacidade de estocagem.....	37
Tabela 14. Síntese de análise de forças e fraquezas por componente do PAV.....	44
Tabela 15. Análise de oportunidades e ameaças.....	47
Tabela 16. Projecção da cobertura vacinal de 2018 – 2022.....	50
Tabela.17 Objectivos de taxa de perda por antigéne de 2018 – 2022.....	50
Tabela 18. Projecção da cobertura vacinal das novas vacinas de 2018 – 2022.....	51
Tabela 19. Plano de implementação do PPAC 2018 – 2022.....	52
Tabela 20. Matriz de indicadores de seguimento do PPAC 2018 – 2022.....	61
Tabela 21. Custos das necessidades do programa.....	64
Tabela 22. Necessidades em recursos em 2018 -2022.....	67
Tabela 23. Fonte de financiamento para os próximos 5 anos.....	69
Figura 1. Evolução da pirâmide demográfica entre 2000 e 2010.....	12
Figura 2. Organograma do PAV.....	20
Figura 3. Performance dos conselhos.....	24
Figura 4. Distribuição dos equipamentos segundo as idades e o estado de funcionamento.....	33
Figura 5. Análise de capacidade de estocagem.....	34
Figura 6. Selecção das vacinas & estimação dos volumes de estocagem das vacinas.....	36
Figura 7, Evolução do volume de estocagem das vacinas e materiais de injeção após a introdução de novas vacinas.....	36
Figura 8. distribuição dos custos do Programa por componente, 2016.....	66
Figura 8. distribuição dos custos do Programa por componente, 2016.....	67
Figura 10. Projecção das necessidades em recursos para 2018 -2022.....	68

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACD/ACM	Atingir cada distrito/Atingir cada município
AIDI	Atenção Integrada à doenças de Infância
ARN	Autoridade Reguladora Nacional
AVS	Actividades de Vacinação Suplementar
BCG	Bacille de Calmette e Guérin
BM	Banco Mundial
BMGF	Bill and Melinda Gates Foundation
CAP	Conhecimento Attitude e Prática
CCIA	Comité de Coordenação e Inter-Agência
CNC	Comité Nacional de Certificação
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CDF	Cadeia de Frio
CNPP	Comité Nacional de Peritos da Polio
CPAV	Coordenador do PAV
DCM	Depósito Central de Medicamentos
DCV	Depósito Central de Vacinação
DGFM	Direcção Geral de Farmácia e Medicamentos
DNS	Direcção Nacional de Saúde
DTC/HepB/Hib	Diphtheria Tétano Coqueluche/Hépatite B/Haemophilus influenzae
DVD-MT	District Vaccines Data Management Tool
EMS	Equipa Municipal de saúde
CV	Cobertura vacinal
EPAV	Eventos Adversos pos vacinação
GAVI	Global Alliance for Vaccine and Immunization
GVAP	Global Vaccine Action Plan
GEV	Gestão Eficaz de Vacinas
INE	Instituto Nacional de Estatística
INPS	Instituto nacional de Protecção Social
INSP	Instituto nacional de Saúde Pública
JNVs	Jornadas Nacionais de Vacinação
MAPI	Manifestações Adversas Pos imunização
MLM	Midle Level Management
MS	Ministério da Saúde
NAT	Núcleo de assistência técnica
OGE	Orçamento Geral do estado

OMS	Organização da Saúde
PAV	Programa Alargado de Vacinação
PFA	Paralisia Flácida Aguda
PNS	Política nacional de saúde
PNSR	Política Nacional de Saúde Reprodutiva
PNUD	Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento
PON	Procedimentos Operacionais Padrão
PPAC	Plano Plurianual Completo
PVS	Poliovirus selvagem
SMT	Stock management Tool
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SR	Saúde Reprodutiva
TMN	Tétano materno neonatal
TNN	Tétani neonatal
USB	Unidades Básicas de Saúde
VIDR	Vigilância Integrada de Doenças e Resposta
VPH	Virus Papiloma Humana
VPI	Vacina polio inactivado
VPOt	Vacina Polio Oral trivalente
VPOb	Vacina Polio Oral bivalente

I. INTRODUÇÃO

Em Maio de 2012, os Estados-Membros da OMS aprovaram o Plano Global de Acção da Década das Vacinas (GVAP), o mesmo oferece novas orientações para prevenir milhões de mortes, através de um acesso equitativo da população de todas as comunidades às vacinas existentes e as novas vacinas mediante os cinco objectivos da Década das Vacinas 2011-2020:

1) Alcançar um mundo livre da poliomielite; 2) Atingir as metas globais e regionais de eliminação do sarampo, rubéola e tétano neonatal; 3) Atingir as metas de cobertura de vacinação $\geq 90\%$ a nível regional e nacional e $\geq 80\%$ em cada município e comunidade; 4) Desenvolver e introduzir novas e melhores vacinas e tecnologias; 5) Exceder a meta do Objectivo 4 do Desenvolvimento do Milénio para reduzir a mortalidade das crianças.

Para a implementação do Plano Global da Década das Vacinas, a nível da Região Africana da OMS foi elaborado um Plano Estratégico Regional de Vacinação 2014 – 2020 que pretende atingir a cobertura universal da vacinação. Os princípios orientadores preconizados são:

- a) apropriação pelo país;
- b) parcerias e responsabilidade mútua entre os indivíduos, a comunidade, as partes interessadas e os governos;
- c) acesso à cobertura universal em saúde especialmente para as populações desfavorecidas e marginalizadas;
- d) integração das iniciativas mundiais para a erradicação e eliminação das doenças no contexto mais alargado dos sistemas de saúde, em estreita colaboração com a abordagem dos cuidados primários de saúde;
- e) vigilância das doenças preveníveis pela vacinação, no contexto da vigilância integrada de doenças e resposta;
- f) sustentabilidade através de níveis de financiamento adequados, gestão financeira e supervisão apropriadas, com base em decisões baseadas em evidências e na implementação da estratégia atingindo cada município e cada comunidade.
- g) Inovação e melhoria da qualidade em todos os aspectos da vacinação.

A nível global o progresso registado no âmbito da Vacinação ao longo dos últimos dez anos, observa-se uma estagnação das coberturas nacionais, persistindo lacunas de cobertura nos países de acordo com o nível de renda, situação socioeconómica e a localização geográfica.

Esta década vai trazer novas oportunidades e desafios principalmente pelos custos crescentes da vacinação. Muitas vacinas novas e melhoradas podem potencialmente se tornar disponíveis neste período.

O crescimento económico, particularmente nas economias emergentes, criará oportunidades para o financiamento e fabricação de vacinas a preços acessíveis, permitindo a introdução de novas vacinas nos programas nacionais de imunização em maior número de países de baixa e média renda.

Por outro lado, considera-se que os países estão cada vez mais capazes de financiar seus próprios programas de imunização.

O alcance das metas da Década de Vacinas (2011-2020) será possível se todos os actores envolvidos na imunização comprometerem-se a tomar medidas para atingir os seis objectivos estratégicos:

- 1) todos os países se comprometem a priorizar a vacinação;
- 2) os indivíduos e as comunidades compreendem o valor das vacinas e demandam as mesmas como o seu direito e a sua responsabilidade;
- 3) os benefícios da vacinação são equitativamente alargados a toda a população;
- 4) os fortes sistemas de vacinação são parte integrante de um sistema de saúde funcional;
- 5) os programas de vacinação têm acesso sustentável a financiamento previsível, fornecimento de vacinas de qualidade e a tecnologias inovadoras;
- 6) o desenvolvimento da investigação e inovação maximizam os benefícios da vacinação.

Nesta perspectiva, Cabo Verde pretende elaborar este plano estratégico da vacinação, que constitui um instrumento privilegiado para perenização do Programa Alargado de Vacinação (PAV) através de melhoria da viabilidade financeira deste.

Ele serve de documento de orientação estratégica e de referência nacional para a planificação das actividades de vacinação e de integração dos outros programas à todos os aspectos ligados a vacinação e de outras intervenções de saúde da Mãe, do rec

2. Contexto Geral do país

2.1 Contexto geográfico e demográfico

O arquipélago de Cabo Verde é constituído por dez ilhas e oito ilhéus, divididos em dois grandes grupos consoante a posição face ao vento alíseo do nordeste: i) Grupo de Barlavento, que integra as ilhas de Santo Antão (754 Km²), São Vicente (228 Km²), Santa Luzia (34 Km²), São Nicolau (342 Km²), Sal (215 Km²), Boa Vista (622 Km²) e os ilhéus Raso e Branco e, ii) Grupo de Sotavento que integra as do Maio (267 km²), Santiago (992 km²), Fogo (477 km²), Brava (65 km²) e os ilhéus Secos ou de Rombo.

As ilhas são de origem vulcânica sendo a maioria montanhosa. A ilha do Fogo, onde se encontra o vulcão com o mesmo nome, ainda activo, apresenta o pico mais alto medindo 2 882 metros e a rara paisagem de praias de areia negra. Outros pontos altos do país situam-se na ilha de Santo Antão - Topo de Coroa, com 1 979 metros e em Santiago - o Pico de Antónia com 1 373 metros. As ilhas do Sal, Boa Vista e Maio são planas e onde se encontram grandes extensões de praias de areia branca, que contrastam com o azul intenso do mar e às vezes matizado em vários tons de azul.

Devido à sua situação geográfica, Cabo Verde integra o grupo dos países do Sahel e por isso apresenta um clima árido e semi-árido, quente e seco, com escassa pluviosidade e uma temperatura média anual de 25°C. A época das chuvas situa-se normalmente entre Julho e Outubro, muitas vezes com alguma irregularidade e períodos consideráveis entre uma chuva e outra.

A população total de Cabo Verde é estimada em 2016 a 531 239 habitantes, de acordo com a projeção do censo de 2010.

Tabela 1: Dado populacional de Cabo Verde para 2017-2022

Grupo de Idade	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Número de municípios/distritos	22	22	22	22	22	22
População Total	537 661	544 081	550 483	556 857	563 198	569 509
Nascimentos	10 59	10 544	10 471	10 382	10 284	10 179
Menores de 1 ano	10 525	10 498	10 448	10 379	10 295	10 201
Menores de 5 anos	52 206	52 363	52 377	52 264	52 041	51 730
Menores de 15 anos	153 779	153 836	154 089	154 049	153 688	153 124
Grávidas	10 586	10 544	10 471	10 382	10 284	10 179
Mulheres em idade fértil	142 505	143 683	144 885	146 140	147 639	149 162

Fonte: INE, Projeções de População 2010-2030, Censo 2010

Tabela 2: Indicadores Demográficos e de Saúde, Cabo Verde

Indicador	Nível	Ano	Fonte
Taxa de crescimento anual da população	1,2 %	2016	INE
Taxa bruta de natalidade	20.14% x 1.000 Habitantes	2016	INE
Taxa bruta de mortalidade geral	17/1000 Habitantes	2016	INE
Taxa global de fecundidade	2,3 Filhos por mulher	2010	INE
Taxa de mortalidade Infantil	15,2/1.000 Nados vivos	2016	MS
Taxa de mortalidade de menores de 5 anos	194/1.000 Nados vivos	2016	MS
Taxa de malnutrição (moderada e severa)	9,7 % Menores 5 anos	2009	IPAC
Taxa de mortalidade materna	46/100.000 Nados vivos	2015	MS
Expectativa média de vida a nascença	74 Anos	2010	INE

Fonte: Relatório Estatístico do Ministério de Saúde, 2015

Tabela 3: **População de Cabo Verde por conselho, 2016**

Conselhos	População Total	Nascimentos	Menores de 1 ano (1.97 %)	Grávidas (1-97%)	<15 Anos (26.5%)
Praia	159 047	3 553	3 467	3 553	45 822
R° Grande de Santiago	8 461	156	158	156	2 554
Sao Domingos	14 103	278	279	278	4 443
Santa Cruz	26 190	525	528	525	8 574
S.L. dos Órgãos	7 033	121	122	121	2 026
Santa Catarina- Stg°	45 922	933	913	933	13 002
S.S. do Mundo	8 631	172	174	172	2 681
Sao Miguel	14 299	275	274	275	4 309
Tarrafal Stgo	18 217	356	355	356	5 610
São Filipe	20 852	387	392	387	6 466
Santa Catarina Fogo	5 254	109	112	109	1 818
Mosteiros	9 310	193	187	193	2 966
Brava	5 579	103	105	103	1 720
Maio	7 111	106	108	106	1 895
S. Vicente	82 680	1 387	1 388	1 387	20 560
Porto Novo	17 188	299	301	299	4 929
Rª Grande Sto Antão	16 347	204	226	204	4 446
Paúl	5 789	73	79	73	1 612
Tarrafal Sao Nicolau	5 225	356	355	356	1 516
Rª Brava	7 035	102	104	102	1 823
Sal	36 796	841	830	841	10 822
Boa Vista	16 621	318	326	318	4 186
Cabo Verde	537 661	10 598	10 525	10 598	142 505

As Projecções demográficas de Cabo Verde de 2010 até 2030, mostram que no ano 2016 537.661 pessoas vivem em Cabo Verde, sendo que a população de 0 a 15 anos corresponde a , 26.5% (142 505 crianças e adolescentes). As mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) é de 141.296 que representam 26,6% da população. De acordo com a população estimada em 2016, houve um aumento de 6406 pessoas em relação ao ano 2015 correspondendo a uma taxa de crescimento medio anual de 1.22%

No que diz respeito aos efectivos por género, os resultados mostram que não existe grande diferença entre os homens e as mulheres, com cerca de 50% para ambos os sexos. Por outro lado, nota-se grandes disparidades entre os dois meios de residência, com cerca de 62% da população vivendo no meio urbano, contra cerca de 38% no meio rural.

A população cabo-verdiana é marcada por um processo de transição demográfica. No entanto, a população é maioritariamente jovem. A franja da população com menos de 15 anos teve uma diminuição passando de 42,3% em 2000 para 31,7% em 2010.

A população de Cabo Verde está em transição demográfica desde os anos 1980, a taxa de fecundidade diminuiu de 7 filhos por mulher em 1980 para 3 filhos por mulher em 2013. Este processo é observado em ambas as áreas urbanas e rurais.

A melhoria de esperança de vida é significativa. Em média, aumentou de 56,3 anos em 1970 para 75 em 2013. Em 2015, a esperança de vida dos homens era de 71,7 anos e as mulheres 79,9 anos.

De acordo com o INE, os jovens menores de 15 anos que representavam em 2010 31,6% da população, em 2015 representam 29,4%. A taxa de crescimento da população é estimada em cerca de 1,2% por ano, contra 2% em média, durante a década anterior (Anuário Estatístico, INE 2015).

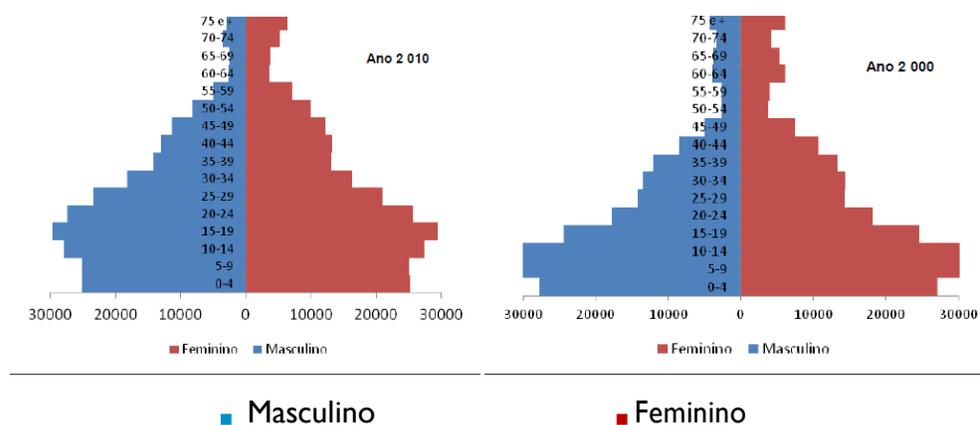


Figura I: Evolução da pirâmide demográfica entre 2000 e 2010
 Fonte: INE - Recenseamento Geral da População e Habitação, 2000 e 2010

2.2. Contexto político e administrativo

A história refere que a descoberta de Cabo Verde se deu no século XV, mais precisamente em 1460. A colonização portuguesa começou logo após a sua descoberta, sendo as primeiras ilhas a serem povoadas as de Santiago e Fogo. Para incentivar a colonização a corte portuguesa estabeleceu uma carta de privilégio aos moradores de Santiago do comércio de escravos na Costa da Guiné.

Foi estabelecida a primeira feitoria em Ribeira Grande - Ilha de Santiago, que serviu de ponto de escala para os navios portugueses e para o tráfego e comércio de escravos que começava a crescer por essa época. Mais tarde, com a abolição da escravatura e com condições climáticas poucos favoráveis, devido à sua situação geográfica, o país começou a dar sinais de fragilidade e entrou em decadência tendo uma economia pobre e de subsistência.

No século XX, a partir da década de 50, começam a surgir os movimentos de libertação e independentistas um pouco por todo o continente africano. Em 1956, Amílcar Cabral fundou em

Bissau o Partido Africano para a Independência da Guiné e Cabo Verde (PAIGC). Em 1973, um ano antes da Revolução dos Cravos em Portugal, Amílcar Cabral é assassinado. A 19 de Dezembro de 1974 foi assinado um acordo entre o PAIGC e Portugal, instaurando-se um governo de transição em Cabo Verde, Governo esse que preparou as eleições para uma Assembleia Nacional Popular. A 5 de Julho de 1975 proclamou-se a independência do país, considerado na altura por muitos como um país inviável, devido as suas próprias fragilidades.

Em 1990 na sequência da conjuntura internacional e da revisão da Constituição em vigor permitiu-se a abertura do país rumo à Democracia. Em 1991, na sequência das primeiras eleições pluripartidárias realizadas no país, foi instituída uma democracia parlamentar e tem como capital a cidade da Praia.

Hoje, Cabo Verde é um país com estabilidade e paz social, pelo que goza de crédito junto de governos, empresas e instituições financeiras internacionais.

2.3.Contexto económico e social

O Índice de Desenvolvimento Humano esta em progresso, tendo evoluído de 0,587 em 2000 para 0,648 em 2016 (PNUD, Relatório de Desenvolvimento Humano, 2016). Em comparação com a média dos países da África subsaariana, Cabo Verde tem tido sempre um dos melhores desempenhos no IDH. Essa melhoria acompanha o progresso que Cabo Verde tem atingido em várias frentes, quer na alfabetização, quer na garantia do acesso aos cuidados primários de saúde e aumento da esperança media de vida. Vem se constatando mudanças satisfatórias de comportamentos, tais como melhoria dos hábitos de higiene e de práticas, nomeadamente, uso de sais de rehidratação oral (SRO) e procura atempada dos serviços de saúde.

A principal religião é cristianismo (cerca de 95% da população); mas existem práticas tradicionais, crenças e tabus (os rastas, ceitas) sobretudo no meio rural e periurbano, que podem dificultar a intervenção em benefício da saúde e educação das crianças. Os principais idiomas são Português (oficial) e crioulo.

O governo cabo-verdiano mantém relações bilaterais com os países lusófonos e mantém uma participação nas organizações internacionais. Também participa em conferências internacionais sobre questões políticas e económicas. Desde 2007, Cabo Verde tem um estatuto de parceria especial com a União Europeia e que o escudo cabo-verdiano se encontra indexado ao euro (1€ = 110.265 ECV).

A economia cabo-verdiana é principalmente focada no crescente turismo e em investimentos estrangeiros, que se beneficiam do clima quente o ano todo, da paisagem diversificada e da riqueza cultural.

Os principais meios económicos são a agricultura, a riqueza marinha do arquipélago, a prestação de serviços (que corresponde a 80 por cento do produto interno bruto) e, mais recentemente, o turismo. As principais ilhas turísticas são a Ilha do Sal e a Ilha da Boa Vista.

Tabela 4: Indicadores macroeconómicos do financiamento em saúde, Cabo Verde, 2012-2016

Indicador	2018	2019	2020	2021	2022
PIB per capita (US)	3181	3277	3375	3476	3581
Total despesas em saúde per capita (US)	105	105	105	105	105
Despesas de Governo em saúde como % do total de despesas em saúde	10.5%	10.5%	10.5%	10.5%	10.5%

3. SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

3.1. Política nacional de saúde

Os valores essenciais da PNS estão inscritos na Constituição da Republica [25], na Lei de Bases da Saúde [26] e decorrem também da subscrição de diversos convénios e das estratégias internacionais adoptadas, nomeadamente, pela Organização Mundial da Saúde [27].

A protecção à saúde é conceituada como um bem que pertence a todos, um direito fundamental do ser humano, daí que a PNS tenha como valor cimeiro “a salvaguarda da dignidade humana” e “a solidariedade entre todos para garantir esse direito”.

A Constituição aponta a todos os cidadãos o “dever de defender a saúde e de a promover, independentemente da sua condição económica”, reconhecendo o valor da participação da população no desenvolvimento da saúde e da aproximação dos serviços das comunidades [28].

Preconiza, ainda no quadro dos direitos sociais, garantir a grupos específicos da população uma particular atenção à sua saúde. É o caso das crianças e dos adolescentes para alcançarem um desenvolvimento integral [29], e a prioridade no atendimento aos idosos nos serviços públicos [30].

Além disso, a Constituição estatui sobre o dever da prevenção da deficiência e o tratamento, a reabilitação e a reintegração dos portadores de deficiência [31].

O exercício da iniciativa privada é livre, no quadro definido pela Constituição que, ademais reconhece essa iniciativa no sector da saúde como forma de aumentar e diversificar o acesso da população a cuidados de saúde de qualidade [32].

A subscrição das estratégias dos Cuidados Primários de Saúde, baseadas nos seus princípios de estender a todos os cidadãos um conjunto de cuidados essenciais de saúde – promocionais, preventivos e de recuperação da saúde – integrados numa atenção primária de qualidade, decorre dessa assunção.

A PNS reconhece a natureza social das prestações de saúde, enquanto factor de desenvolvimento, de justiça social e de luta contra a pobreza.

3.2 Organização do sistema de saúde

O Serviço Nacional de Saúde está organizado em três níveis de atenção:

- (a) nível primário constituído por centros, postos de saúde e USB;
- (b) nível secundário constituído pelos centros de saúde com internamento;
- (c) nível terciário que compreende as unidades hospitalares diferenciadas do nível nacional.

O SNS, a nível central, compreende os serviços e organismos que assistem o Ministro na formulação da política de saúde, no exercício da função de regulação do sistema e na avaliação do seu desempenho. Ainda a esse nível existem órgãos consultivos como o Conselho do Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Nacional de Medicamentos, e órgãos sob tutela ou superintendência como o Instituto Nacional de Saúde Pública [INSP], os Hospitais Regionais e Centrais.

A desconcentração do SNS faz-se através das Delegacias de Saúde cuja circunscrição coincide com o Concelho ou Município, base da divisão administrativa do país. A última Lei Orgânica do Ministério da Saúde prevê a criação de Regiões Sanitárias “aonde e quando possível” como entidades descentralizadas de administração de saúde reunindo um certo número de Delegacias de Saúde contíguas.

Pelo Decreto-Lei nº. 58/2006 de 26 de Dezembro, foi criada, “a Região Sanitária de Santiago Norte como estrutura desconcentrada do Ministério da Saúde,” cuja área de actividade correspondente aos municípios de Santa Catarina, Santa Cruz, São Lourenço dos Órgãos, São Miguel, São Salvador do Mundo e Tarrafal, Região Sanitária Fogo/Brava, Região Sanitária Santo Antão.

Em termos de instituições prestadoras de cuidados, o SNS possuía em 2011 dois hospitais centrais, três hospitais regionais, uma policlínica (Sal), trinta centros de saúde, cinco centros de saúde reprodutiva, dois centros de saúde mental, trinta e quatro postos sanitários, cento e treze unidades sanitárias de base. Nesse ano, o sector privado contava com o licenciamento de trinta e três farmácias, seis postos de venda de medicamentos, sessenta e sete consultórios médicos, quarenta e sete consultórios de estomatologia/odontologia, dezasseis laboratórios de análises clínicas, sete centros de fisioterapia e cinco postos de enfermagem.

a) Recursos do sistema de saúde (fonte Relatório de financiamento de saúde de CV)

3.3 Recursos humanos

O número total de médicos que trabalham no sistema público de saúde cresceu de 242 a 292 profissionais entre 2010 e 2015, o que implica um aumento de 10 novos médicos por ano. Esse crescimento, traduzido em termos populacionais, significou um salto de 5.1 a 5.9 médicos por 10,000 habitantes. Num contexto africano, a taxa a prevalecer em Cabo Verde para o ano 2010 é elevada se consideramos que na região subsaariana a taxa respetiva é de 1.2. Contudo, parece ser baixa se a compararmos com os países de rendimento médio-baixo (7.7 médicos) ou aqueles no grupo de rendimentos médio (12.4 médicos). Para alcançar o valor dos países de rendimento médio-baixo, Cabo Verde precisaria de 89 médicos adicionais, ou seja mais 30.5% do que atualmente existe.

No caso do grupo de enfermagem, a situação não difere da análise anterior com a exceção que as lacunas por concelho são menores. O total de enfermeiros por 10,000 habitantes aumentou de 9.9 a 11.0 profissionais. Em relação com os valores na África Subsaariana (8.2 enfermeiros), Cabo Verde mantém uma posição de liderança. Porém, na comparação com países de rendimento baixo-médio (15.1) e rendimento médio (20.4) a distância é considerável. Tal como no caso dos médicos, para

igualar a taxa de países de rendimento baixo-médio, o número de enfermeiros precisaria de crescer 30.4%, equivalente a 164 novos profissionais na área.

3.4. Infraestrutura

A rede de provedores públicos de serviços de saúde compreende dois hospitais nacionais (Hospitais Dr. Agostinho Neto e Dr. Baptista de Souza) com 575 camas em total, três hospitais regionais (Hospitais Ribeira Grande, Santiago Norte e São Filipe) com 208 camas, 287 centros de saúde e um conjunto de pequenos estabelecimentos sanitários que incluem 34 Postos Unitários, 113 Unidades Sanitárias de Base, 1 Centro de Saúde Mental, 1 Centro de Terapia Ocupacional e 5 Centros de Saúde Reprodutiva.

O número total de estruturas sanitárias de primeiro nível (Centros de Saúde, Unidades de Saúde Base e Outras Estruturas) existentes em Cabo Verde aumentou de 184 a 190 unidades entre 2006 e 2010. Em termos populacionais, a taxa de “disponibilidade de infraestrutura sanitária” cresceu de forma mínima de 3.8 a 3.9 unidades por cada 10,000 habitantes devido ao incremento do número de centros de saúde. A expansão da infraestrutura não foi uniforme. Dos 14 concelhos considerados, a taxa de disponibilidade cresceu em 10 lugares e diminuiu no Sal, Tarrafal, Ribeira Grande e Boavista.

3.5 Perfil sanitário

As necessidades de saúde da população cabo-verdiana [18] e os problemas que o serviço nacional de saúde enfrenta, sobretudo tendo em conta as limitações socio-económicas e de recursos, constituem um enorme desafio à formulação dum plano nacional de desenvolvimento sanitário capaz de lançar as bases da reforma do sector da saúde.

A evolução dos indicadores de saúde mostra que Cabo Verde se encontra numa fase de transição epidemiológica, caracterizada pela coexistência dum incidência significativa de doenças infectocontagiosas, típicas de países pouco desenvolvidos e uma ocorrência crescente de doenças degenerativas, tais como os acidentes vasculares cerebrais, os tumores e as doenças do aparelho circulatório, ou de traumatismos, entre as principais causas de mortalidade. Destas, as primeiras causas identificadas são as doenças do aparelho circulatório, que quase duplicaram entre 2005 e 2011 passando de 324 óbitos e uma taxa de 67,8 por cem mil, para 655 óbitos correspondentes a uma taxa de 131 por cem mil habitantes. Em 2010, foram também principais causas de morte as doenças cerebro-vasculares (59,5 por cem mil), os tumores malignos (61,6 por cem mil), os traumatismos e envenenamentos (31,3 por cem mil) e ainda as causas infecciosas e parasitárias (43,1 por cem mil) e as afecções respiratórias (48, por cem mil).

Pela primeira vez Cabo Verde registou uma epidemia de Dengue ocorrida no quarto trimestre de 2009 com 21.137 casos, 174 casos de febre hemorrágica da dengue e quatro óbitos. A epidemia incidiu sobretudo nas ilhas de Sotavento (Santiago, Fogo, Brava e Maio). Cerca de 69% dos casos de dengue concentraram-se no Concelho da Praia, único município onde ocorreram óbitos. Em 2010, foram ainda registados 382 casos de

dengue maioritariamente no 1º trimestre, sem óbitos. Considerando que existe, em certas ilhas, o vector da febre-amarela e da dengue, *Aedes aegypti* e tendo em conta os frequentes contactos com países onde essas doenças são endémicas, torna-se necessário reforçar medidas de vigilância.

Entre 1995 e 2016 a mortalidade infantil sofreu uma redução acentuada, tendo passado de 56,2 para 15,2 por mil nados vivos, constatando-se que mais de 50% dos óbitos são devidos a afecções perinatais registadas durante os primeiros sete dias de vida (147 óbitos em 2011, 61,8%) e que ultrapassaram as causas devidas a anomalias congénitas (12,2%, 29 óbitos). A terceira causa é constituída pelas doenças infecciosas e parasitárias (10,9% em 2011) aparecendo como quarta causa as afecções respiratórias (6,3%, 15 óbitos) as quais, no entanto, vêm diminuindo gradualmente.

A mortalidade entre menores de cinco anos situava-se, em 1995, em 74,6‰,nados vivos passando a 22,6‰,em 2005 e a 26,2‰, em2011.

A mortalidade materna, cuja taxa evoluiu de 69,1 para 46 mortes por cem mil nados vivos na década de 1995 e 2015,

A evolução das principais causas de morte atesta bem a transição epidemiológica vivida com as causas não transmissíveis a se responsabilizarem, em 2010, por 69% dos óbitos entre a população geral excluídas as causas classificadas como “mal definidas”.

Não existem dados desagregados que permitam uma avaliação sobre atenção específica prestada a pessoas com deficiência.

3.6 Financiamento da saúde

Segundo a Constituição da República de Cabo Verde, compete ao Estado seja por via do OGE, seja pela

mobilização e coordenação da ajuda externa, suportar a maior parte dos custos de implementação da saúde, como um factor de desenvolvimento do país.

Os novos patamares de desenvolvimento do sector exigirão a incorporação de novas tecnologias em matéria de diagnóstico e intervenções extremamente dispendiosas, a que se acrescem os custos da construção das infraestruturas sanitárias, dos equipamentos, do enquadramento com equipas técnicas adequadas e os custos operacionais, incluindo os dos medicamentos. A percentagem do Orçamento Geral do Estado para a saúde situou-se em 6,8% em 2011 e a despesa per capita em saúde, foi estimada em 155 dólares em 2010 [34]. Apesar de um aumento significativo da cobertura da população por mecanismos de seguro e de protecção social, oINPS com 37% eo Regime de Pensão Social com 4,2%, ainda há uma franja importante de população vulnerável inclusive as pessoas com deficiência, que dificilmente pode pagar os cuidados com a sua saúde e à qual deverá continuar a ser assegurado o acesso aos serviços de saúde. Assim, a PNS recomenda o desenvolvimento de instrumentos para um aumento progressivo da fatia do OGE afecta ao sector Saúde, acima dos 10%. Recomenda, também, que se negoceie com a Segurança Social o montante global dos custos de saúde com os segurados e que os beneficiários participem directamente nos gastos induzidos.

O PNDS deverá ainda permitir a revisão dos mecanismos de comparticipação dos utentes e estimular as

iniciativas comunitárias, para que a população suporte parte dos custos com a sua própria saúde.A revisão e observância de critérios precisos para a afectação e utilização dos recursos e a adopção de normas de gestão, constituem um instrumento importante para a melhoria da eficiência do sector.Os serviços de saúde terão de se capacitar para uma resposta atempada e de qualidade, sobretudo no

que tange à aplicação informática SIGOF para as operações de orçamentação e administração financeira.

4. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DO PROGRAMA ALARGADO DE VACINAÇÃO

4.1 Antecedentes históricos

Em Cabo Verde, o programa alargado de vacinação é reconhecido como importante para a saúde das crianças. Fundada em 1977, foi integrada à proteção materna e infantil e planeamento familiar, que, em 2001, foi transformado em programa nacional de saúde da reprodução (PNSR). Os objectivos do programa são atingir a cobertura de vacinação das crianças menores de 1 ano de pelo menos 95% contra tuberculose, difteria, tétano, poliomielite, hepatite B, Haemophilus influenzae, rubéola, sarampo e a parotidite.

Este programa ajudou a conter as principais doenças evitáveis por vacinação. Mas a necessidade de melhorar o desempenho deste programa levou à realização em 2002 da primeira revisão do PAV que fez o estado de desempenho do programa e os desafios principais que levaram à elaboração do 1º documento de planificação estratégica da vacinação para o período 2005-2010.

Com as estratégias e as actividades identificadas no presente documento, houve grandes progressos na melhoria da cobertura vacinal e o alcance dos objectivos fixados. Esta melhoria da performance teve um impacto real desde há quase 10 anos, o país não conheceu epidemias de doenças evitáveis pela vacinação. As últimas epidemias que o país conheceu foram em 1997-1998 do Sarampo e em 2000 da Poliomielite. O país adoptou o plano de acção global de vacinas 2011-2020 e ultimamente plano regional estratégico de vacinação para o período 2014-2020, juntar-se a muitas iniciativas, erradicação da poliomielite, eliminação do tétano materna e neonatal e controlar doenças aceleradas, incluindo sarampo, sem esquecer o mercado cada vez maior de disponibilidade de novas vacinas.

A Iniciativa de Independência Vacinal foi introduzida em 1996 e a partir de 1998 o financiamento das vacinas e consumíveis foi incluído no Orçamento do Estado, na linha para aquisição de medicamentos. A compra e a distribuição das vacinas do PAV têm sido efectuadas através da Direcção Geral de Farmácia, um departamento central do Ministério da Saúde.

A revisão externa do PAV levada a cabo em 2002 conduziu o país à introdução de novas vacinas no seu calendário nacional de vacinação, nomeadamente a vacina contra a hepatite B, em 2002, a pentavalente (DTCHepatiteB + Hib) em 2010 e a vacina contra rubéola (MMR) em 2010. Então é importante ter a situação real do desempenho do PAV em termos de cobertura e razões de não-vacinação com vista a elaboração do novo plano plurianual completo (PPAC) 2018-2022. Além disso, o PAV de Cabo Verde se encontra no ponto de viragem da sua história. Na verdade, é capital de sua situação atual de países de rendimento médio com limitados recursos financeiros, a fazer escolhas estratégicas consequentes.

Para identificar o progresso do programa, realizou-se em 2015 uma revisão externa, com o apoio dos seus principais parceiros. Esta revisão permitiu conhecer o estado da situação dos componentes do PAV em diferentes fases, tais como:

- a realização do inventário da cadeia de frio decorrida de 18 de Maio a 20 de junho de 2015;

- avaliação da gestão eficaz das vacinas (GEV) de 1 a 17 de julho do mesmo ano;
- o inquerito de cobertura vacinal, a gestão do programa, incluindo os aspectos institucionais e financeiros, que decorreu de 22 de Julho a 30 de setembro.

4.2 Prestação de serviços

Nos primórdios da criação do Programa Alargado de Vacinação (PAV), o contexto epidemiológico de Cabo Verde era caracterizado por uma alta taxa de mortalidade infantil, devido as epidemias de sarampo, poliomielite, tosse convulsa, Tuberculose e outros.

Devido a essa alta prevalência das doenças previsíveis pela vacinação, introduziu-se as vacinas básicas. Em 2002, foi introduzido a vacina de Hepatite B, uma dose à nascença.

Com a epidemia de Rubéola de 2008 a 2010, em Dezembro de 2010 foi feita a proposta do novo calendário de vacinação, com a inclusão da Vacina de Sarampo, Rubéola e Parotidite (Relatório anual do PAV, 2010). Em 1998 o país assumiu totalmente o Programa de vacinação de rotina, como resultado dos esforços financeiros, enquadrado na Iniciativa da Independência vacinal.

Cada estrutura de saúde com serviços de vacinação tem equipamento adequado para essas actividades, integrado nos serviços de Saúde Reprodutiva (SR).

4.2.1 Vacinação de rotina

A política nacional de vacinação preconiza a vacinação das crianças de 0 – 18 meses e as mulheres grávidas. Tratam-se de vacinas: BCG, VPO, PENTA, Hep B à nascença, MMR, Td e PRS. Preve-se a introdução de novas vacinas nos próximos anos, a saber: a vacina contra a Febre amarela (VAA), vacina contra pneumococo (PCV13), vacina contra o Rotavirus e vacina contra o vírus papiloma humana (HPV).

4.2.2 Organização de serviços de vacinação

A vacinação é feita todos os dias da semana, de segunda a sexta-feira. Vacinação contra o sarampo é feita nas quarta-feira ou terça-feira e quinta-feira, contra a MMR. O intervalo de tempo para a vacinação é de segunda a sexta 08:30-14:00. O alvo da PAV são crianças de 0-18 meses. Três estratégias essenciais são aplicadas para alcançar toda a população alvo do programa, a saber:

- Vacinação com posto fixo que tem como alvo as pessoas que vivem dentro de 5 km de uma Estrutura de saúde;
- Vacinação com posto avançado destina-se as pessoas que vivem a partir de 5 a 10 Km de uma Estrutura de saúde;
- Vacinação com posto móvel destina-se as populações localizadas a mais de 10 quilómetros da instalação.

As estratégias avançadas são para procurar os perdidos de vista. A vacinação é feita duma maneira integrada nos centros de saúde com a pesagem e isto de uma forma sistemática. Durante a

imunização de rotina, é administrada a vitamina A e ferro às mulheres que acabaram de dar a luz e às crianças de 6 meses com um baixo peso ao nascer. O desafio desta integração é devido ao fato de que requer mais tempo e exige mais pessoal do que o país não dispõe. No registo de vacinação existe um sistema de acompanhamento de crianças que abandonarem ou há uma seção de comentário e há também uma linha do tempo limite no centro ou as notas para as crianças ausentes são guardadas. Isto foi observado em 2 dos 3 centros de saúde. 2 vezes por semana, há uma procura das crianças que não são se apresentaram.

A dificuldade para esta procura está relacionada com o transporte e recursos humanos. A vacinação é feita nos centros de saúde, mas nem todos os centros (Santiago Norte 2/3) pela maioria dos postos de saúde e a maioria das unidades básicas de saúde. Na Praia, existem 6 centros de saúde e 1 posto de saúde e 7 unidades básicas de saúde (USB) que fornecem serviços de imunização (fonte: revisão externa).

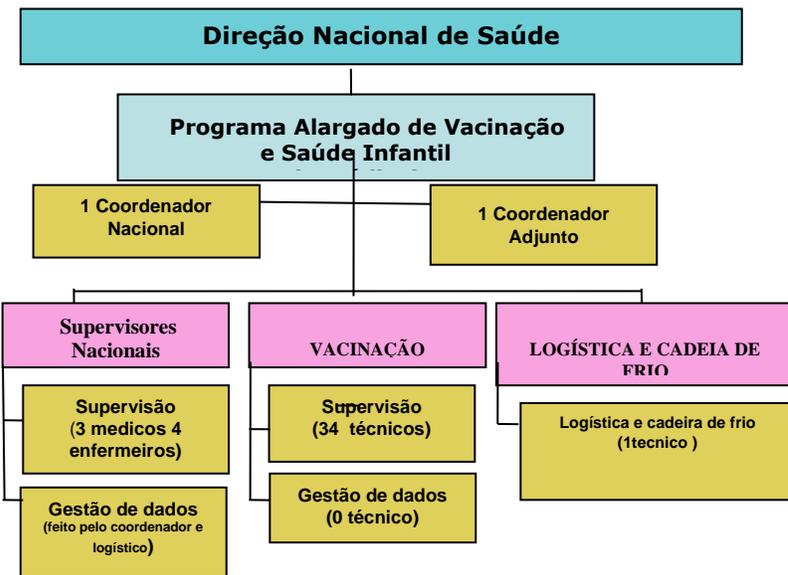


Figura 2. Organograma do PAV

4.2.1. O calendário vacinal

Tabela 5. **Calendário vacinal do Programa Alargado de Vacinação, Cabo verde 2017.**

IDADE	VACINA	DOSE	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	DOSAGEM
Ao nascer	BCG	Unica	Intradérmica	0,05 ml
	Pólio	Dose 0	Oral	2 gotas
	Hepatite B	1º dose	Injetável	0,5 ml
2 meses	Pólio	1ª dose	Oral	2 gotas
	Penta	1ª dose	Intramuscular	0,5 ml
4 meses	Pólio	2ª dose	Oral	2 gotas
	Penta	2ª dose	Intramuscular	0,5 ml
	Polio (VPI)	1ª dose	Intramuscular	0,5 ml
6 meses	Pólio	3ª dose	Oral	2 gotas
	Penta	3ª dose	Intramuscular	0,5 ml
9 meses	PRS	1ª dose	Subcutânea	0,5 ml
12 Meses	Febre Amarela*	Dose Única	Intramuscular	0,5 ml
15 meses	PRS	2ª dose	Subcutanea	0,5 ml
18 meses	Penta	Reforço	Intramuscular	0,5 ml
	Polio	Reforço	Oral	2 gotas
Mulher em idade fértil	Tétano e Deftria	2ª dose	Intramuscular	0,5 ml
		3ª dose	Intramuscular	0,5 ml
		4ª dose	Intramuscular	0,5 ml
		5ª dose	Intramuscular	0,5 ml

4.3. Actividades suplementares de vacinação

As JNVs são também uma oportunidade para reforçar a imunização de rotina, aumentando a o espectro de distribuição dos consumíveis nas estruturas inacessíveis, através da supervisão dos

prestadores de serviços sobre os aspectos do imunização de rotina. Elas permitem também a organização de sessões de imunização para repescagem das crianças não ou insuficientemente vacinadas em rotina.

De 2012 à 2016 Cabo verde organizou três campanhas de vacinação suplementar, sendo duas contra a Poliomielite e uma contra o Sarampo e a Rubéola.

4.3.1 A cobertura vacinal

Tabela 6. **Evolução das coberturas vacinais administrativas em Cabo Verde 2012-2016**

	2012	2013	2014	2015	2016
BCG	100	94	100	94	96
Hep B	100	94	99	93	96
VPO 3	94	93	95	93	95
PENTA 3	94	93	95	93	95
VAS	91	91	93	92	89
PRS	93	89	79	95	96

Fonte: JRF & Programa nacional de saúde reprodutiva

Tabela 7. **Evolução da cobertura vacinal administrativa Penta 3 por conselho, Cabo Verde 2012 – 2016**

Concelho	2012 (%)	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)
Praia	93	94	93	93	105
RG Santiago	89	58	91	64	93
S. Domingos	100	73	99	77	82
S. Cruz	95	102	95	108	98
S.L. Orgãos	97	109	100	161	149
S. Catarina	97	104	97	99	95
S.S. Mundo	100	67	99	68	73
Tarrafal	95	86	99	98	94
S. Miguel	79	106	95	106	106
S. Filipe	84	98	93	111	117

S.-C. Fogo	91	82	98	82	70
Mosteiros	95	106	98	110	81
Brava	100	113	96	118	117
Maio	96	112	98	126	81
S.Vicente	96	86	98	81	79
P.Novo	99	109	99	88	96
R.Grande	100	90	95	91	95
Paul	100	95	100	87	105
Tarrafal S.Nic	98	97	97	87	89
R.Brava	98	107	97	125	88
Sal	97	76	96	75	75
Boavista	96	115	93	111	96
Cabo verde	94	93	95	93	95

Fonte: JRF & Programa nacional de saúde reprodutiva

Duarnte os últimos 5 anos, as coberturas vacinais administrativas em Penta3, após ter conhecido um pico em 2014 (95%) observou-se uma baixa em 2015 para depois subir em 2016. Esta tendência é idêntica a da VPO3 (tabela 7). É importante salientar que em 2014, o país conheceu a melhor performance dos últimos cinco anos, pois apesar de se atingir a mesma cobertura vacinal no mesmo antigénio em 2016, todos os concelhos atingiram uma cobertura vacinal superior a 80% em Penta 3, em 2014 (tab 7 & fig 3). É notória a baixa progressiva das coberturas vacinais em Penta 3 nos concelhos de S.C. Fogo e S.Domingos passando de 91% e 100% em 2012 para 70% e 82% em 2016 respectivamente.

2013

2014

2015

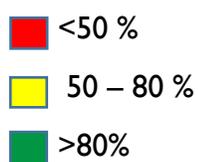
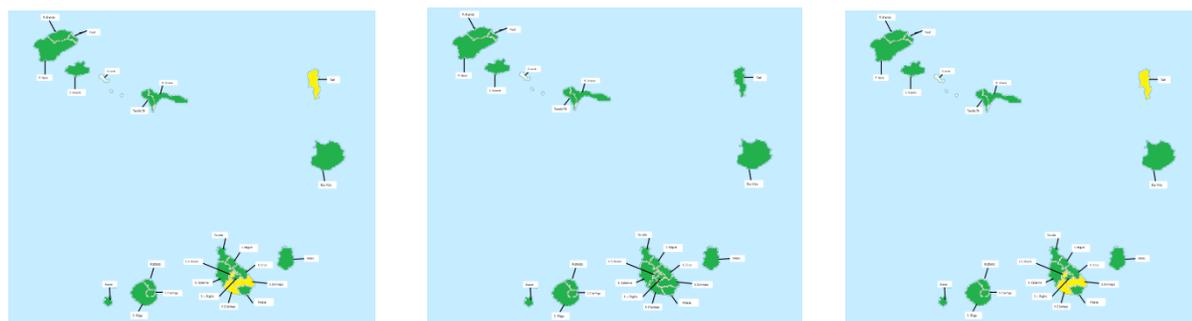


Figura 3. Performance dos concelhos

Tableau 8. Indicadores de prestação de serviços 2012 – 2016

Indicadores	Categoria	2012	2013	2014	2015	2016
% de Concelhos com taxa de abandono Penta1-3 >10%		0	2	0	1	1
Taxa de completção dos concelhos		100%	100%	100%	100%	100%
Performance dos concelhos em cobertura Penta 3	Memos de 50%	0	0	0	0	0
	50 - 79%	1	4	0	3	4
	80 – 89%	2	3	0	5	5
	Mais de 90%	19	15	22	14	13
Performance dos concelhos em cobertura VAS	Memos de 50%	0	1	0	1	0
	50 - 79%	1	3	0	3	6
	80 – 89%	4	4	3	5	4
	Mais de 90%	17	14	19	13	12
Performance dos concelhos em cobertura PRS	Memos de 50%	ND	1	0	0	0
	50 - 79%	ND	4	8	1	1
	80 – 89%	ND	4	9	7	6
	Mais de 90%	ND	13	5	14	15
Performance dos	Memos de	4	19	2	5	20

concelhos em cobertura VAT2+	50%					
	50 - 79%	16	3	7	11	1
	80 – 89%	2	0	4	1	1
	Mais de 90%	0	0	9	5	0

Fonte: JRF & Programa nacional de saúde reprodutiva

Uma revisão externa do programa integrada ao inquérito de cobertura vacinal foi feita e acabou em 2015. Segundo os dados do inquerito de cobertura recolhidos pela história o país atingiu os objectivos prefixados pelo PAV (90%). Contudo, os dados recolhidos pela exibição do cartão de vacinação demonstraram que os mesmos foram atingidos só em BCG, Penta e Sarampo.

Cabo Verde tem feito esforços significativos para melhorar a taxa de abandono. Os dados do inquérito revelaram que a taxa de abandono está dentro do preconizado (<10%) entre Pental-3 e Pental- Sarampo. No entanto, em relação a BCG - Hepatite B à nascença a taxa é superior (21%), excepto para as ilhas de Boa Vista e São Nicolau.

Segundo ainda os dados deste inquérito, as principais razões de não vacinação ou de vacinação incompleta são as seguintes: a negligência sobretudo em Santiago e Sal, falta de informação sobre a necessidade de voltar, sobretudo em Brava e Sal; falta de vacinas em Brava, adiamento pelas Mães, falta de informação sobre a necessidade de fazer vacinar as crianças, as viagens, a distância, os horários de vacinação, etc.

4.3.3 Equidade na vacinação

○ Acesso à vacinação deve ser equitativo entre os ricos e pobres (equidade ligada a riqueza) , entre as regiões com taxa de cobertura baixa e alta (equidade geográfica) e de igual modo entre os géneros (equidade de género).

○ número e percentagem de conselhos com cobertura Penta 3 acima de 80% será utilizado como o nosso indicador da equidade de vacinação (equidade geográfica).

4.3.4 Introdução de novas vacinas

A introdução de novas vacinas é o primeiro passo para salvar vidas, para apostar neste processo o país deve ter um sistema de vacinação adequado para fazer chegar as vacinas em boas condições até a criança que mais necessita.

Em 2010, foram introduzidas no calendario vacinal as vacinas de Pentavalente (DPT, HepB, HiB) PRS. Tendo em conta o custo, Cabo Verde enfrenta grande desafio em relação a introducao de novas vacinas, visto que não é um país elegível pelo GAVI.

O Plano Global da Fase Final de Erradicação da Pólio, contempla quatro objectivos principais nomeadamente:

Detectar e interromper a circulação do vírus selvagem da poliomielite;

Reforçar as actividades de vacinação de rotina, introdução da vacina pólio inactivada (VPI) e a troca da vacina trivalente pela bivalente Contenção do vírus da pólio;

Elaborar e implementar o Plano de Legado (de transição).

Destes objectivos, Cabo verde implementou as actividades de reforço do sistema de vigilância das PFA's, substituição da vacina trivalente pela bivalente, implementação das actividades de contenção do vírus da pólio do tipo 2 e implementação do Plano de Legado (de transição).

A introdução da vacina da pólio inactivada programada para o ano 2016, não foi possível por falta da vacina a nível global. Esta situação não é favorável para o país, por existir o risco de circulação do vírus da pólio derivada da vacina do tipo 2. Dependendo da disponibilidade da VPI está programada a sua introdução no segundo semestre de 2017.

Os resultados de ensaios clínicos mostram que a vacina é segura e altamente eficaz na prevenção da infecção pelo VPH. É preferível administrá-la antes do início da actividade sexual, razão pela qual a OMS recomenda a vacinação das meninas com idades de 9 a 13 anos, porque é a medida mais racional de saúde pública contra o câncer cervical. Cabo verde pretende introduzir as vacinas contra o HPV e o Tétano-difteria em idade escolar. Tendo em conta essa nova experiencia o país pretende fazer um enquerito CAP e por se tratar de um estudo conjunto que combina pesquisa qualitativa e quantitativa, isso permitira avaliar o nível de conhecimento, uma vez que determina as atitudes que motivam as práticas. Com base nos resultados da avaliação (GEV), a análise da capacidade da cadeia frio em todos os níveis da cadeia de aprovisionamento mostra que a capacidade disponível é suficiente para a introdução de novas vacinas planificadas pelo país, nomeadamente a VPI, HPV, Rota e PCV13.

Tabela 9. Plano de introdução de novas vacinas

Novo antigénio	Alvo	Data de introdução
VPI	0 – 11 meses	2019
VPH	9 – 13 anos	2019
PCV13	0 – 11 meses	2020
Rotavirus	0 – 11 meses	2020

4.3.4 Luta acelerada contra as doenças

As iniciativas de luta acelerada contra as doenças tais como:

- A Poliomielite: Erradicação da doença;
- O Sarampo: Eliminação da doença;
- O Tétano materno e neonatal: Eliminação da doença
- A Meningite A: Controlo com a vacina MenAfrivac

Para o efeito várias actividades suplementares foram planificadas e realizadas. A síntese da iniciativa de luta acelerada contra as doenças é apresentada na tabela 10.

4.3.5. Jornadas Nacionais de vacinação contra a Poliomielite (JNV)

No quadro da iniciativa de erradicação da poliomielite, nos últimos cinco anos, Cabo verde organizou duas campanhas nacionais de vacinação em 2012 e 2014.

Em 2012, de 52.912 crianças de 0 a 59 meses de idade previstas para vacinar foram vacinadas 52.987 na 1ª fase e 52.649 na 2ª fase.

A percentagem de crianças encontradas com zero doses foi de 0,15 % e 0,13% para a 1ª e 2ª fase, sendo crianças recém-nascidas.

Conforme o relatório da Monitorização independente o número de crianças não vacinadas identificadas após a 1ª fase da campanha foi de 1,2%. Mais de 90% da população estava informada sobre a realização da campanha.

Durante a 2ª fase foi realizada apenas a monitorização interna verificando-se bom desempenho das actividades no terreno, melhor em relação à 1ª fase.

Em 2014, de 52.710 crianças de 0 a 59 meses de idade previstas para vacinar, foram vacinadas 52.153 crianças.

A percentagem de crianças encontradas com zero doses foi de 0,19 % correspondendo a 98 crianças recém-nascidas vacinadas antes de receberem a dose extra de VPO.

Durante e após a realização da Vacinação, não foram registados casos de MAPI resultantes da vacina, nem casos de PFA em menores de 15 anos.

4.3.6 Jornadas Nacionais de vacinação contra o Sarampo e a Rubéola

No quadro de eliminação do Sarampo e da Rubéola, em 2013, Cabo verde organizou uma campanha nacional de vacinação contra as duas referidas doenças. Durante a referida campanha, o programa tinha como alvo 251,842 indivíduos, dos quais foram vacinadas 240,166, ou seja 95% da população alvo foi atingido.

Tabela 10. **Análise da situação por iniciativa de luata acelerada contra as doenças 2012 – 2016**

Ano	Data	Tipo de AVS	Alvo	Cobertura administrativa (%)
2012	23-26/03/2012	JNV polio	0 – 59 meses	100,14
2012	20 – 23/04/2012	JNV polio	0 – 59 meses	99,5
2013	14 – 23/10/2013	Sarampo & Rubeola	9 meses – 24 anos	
2014	31/10 – 3/11/2014	JNV polio	0 – 59 meses	98,9

4.4. Vigilância de doenças alvo do PAV

4.4.1. Vigilância das Paralisias Flácidas Agudas (PFAs)

A vigilância das doenças alvo do PAV, em Cabo Verde, faz parte do sistema de vigilância integrada das doenças com potencial epidémico.

A vigilância das PFAs constitui uma estratégia básica da iniciativa Mundial de Erradicação da Poliomielite para detectar todo caso suspeito de Poliomielite, e a partir da colheita de amostras de fezes isolar Poliovírus Selvagem (PVS) ou vírus derivado da vacina (VDPV).

O sistema nacional de vigilância de Cabo Verde se encaixa em vários níveis que constituem uma rede composta por: 2 hospitais centrais, 3 hospitais regionais, 1 clínica, 28 centros de saúde, 5 centros de 34 postos de saúde, saúde reprodutiva e 113 unidades cuidados básicos de saúde. Clínicas e consultórios privados foram incluídas nesta rede. Vigilância da PFA é realizada em todas as unidades de saúde, que abrange todo o território nacional. Quanto a instalações de saúde, a maioria de monitoramento ativo dos sites PFA está localizada nas ilhas povoadas Santiago e S. Vicente.

A nível central, a gestão da vigilância das doenças-alvo do PAV é integrado com outras doenças com potencial epidémico. Com a iniciativa da erradicação da poliomielite, a vigilância PFA foi reforçada como parte do guião da VIDR (vigilância integrada das doenças e resposta).

Para Cabo Verde, a última epidemia de poliomielite causada pelo poliovírus selvagem ocorreu em 2000. No total 56 AFP casos foram notificados, dos quais 12 casos foram confirmados poliovírus tipo I no laboratório do Instituto Pasteur em Dakar e 42 classificado casos como poliomielite compatível. Dois casos excluídos são derivados de vacina Sabin 3.

Apesar dos progressos alcançados durante os últimos anos, é de notar a presença dos pontos focais em todas as ilhas, a adesão dos clínicos às actividades de vigilância e a existência de um Guião de

vigilância a nível nacional e das delegacias, ainda persistem problemas relacionados com a vigilância das doenças.

Tabela II. Indicadores de vigilância das paralisias flácidas agudas (PFAs). Cabo verde, 2001-2015

Ano	População < 15 anos	No de casos de PFA não-polio esperados*	Total de casos de PFA Notificados	No de casos de polio confirmados	Total casos de PFA não-polio notificados	Taxa de PFA não-polio*	Casos de PFA com amostras de fezes adequadas	
							Número	%
2015** *	154 232	3	3	0	3	1,9	2	100
2014** *	154 415	3	2	0	2	1,3	2	100
2013** *	154 826	3	2	0	2	1,3	2	100
2012** *	155 698	3	3	0	3	1,9	1	33
2011** *	156 820	3	4	0	4	2,6	3	75
2010** *	155 635	3	3	0	3	1,9	2	65
2009** *	155 829	3	5	0	5	3,2	5	100
2008** *	186 718	4	4	0	4	2,1	3	75
2007** *	185 704	4	2	0	2	1	1	50
2006** *	185 044	4	5	0	5	2,7	5	100
2005*	184 734	2	2	0	2	1,08	2	100
2004*	186 937	2	3	0	3	1,6	2	67
2003*	184 961	2	4	0	4	2,2	3	75
2002*	182 993	2	5	0	5	3,27	4	80
2001 *	189 071	2	11	0	11	5,3	10	91

Fonte: documentação completa CNC de Cabo verde 2016

Em Novembro de 2016, Cabo verde com base na documentação completa submetida à Comissão de Certificação da Eradicação da Polio para a Região Africana, conseguiu o estatuto de país livre da Poliomielite.

4.4.2. Vigilância do sarampo/Rubeola

Durante as epidemias de sarampo de 1986 e 1987, foram notificados 567 e 450 casos respectivamente. Em 1997-1998, Cabo Verde teve uma importante epidemia de sarampo com 8.584 e 289 casos respectivamente e 49 óbitos. As crianças com menos de 5 anos representavam 45% dos casos e as de 5-14 anos 30%. Entre aqueles cujo estatuto vacinal era conhecido, 27% estavam vacinados contra o sarampo.

Uma grande campanha de vacinação contra o sarampo / rubéola foi organizada em 2013, com financiamento de vários parceiros de desenvolvimento e do sector privado e apoio técnico do UNICEF e da OMS. cobertura de vacinação (CV) atingiu 95,36%. A avaliação independente encontrou uma CV de 98,5%.

Todas as regiões da OMS, incluindo a Região Africana estabeleceram as metas de eliminação do sarampo e a rubéola até 2020

4.4.3. Vigilância da Febre-amarela

A vigilância da Febre amarela ainda mostra algumas deficiências, pois constatou-se pouco domínio da definição de caso suspeito de febre amarela e deficiente controlo de cartão internacional de vacinas nos aeroportos.

Após o surto da febre amarela detectado em Angola no final de Dezembro de 2015 e confirmado pelo Instituto Pasteur de Dakar a 20 de Janeiro de 2016, Cabo verde pretende incluir a vacina da Febre amarela no calendário nacional de vacinação de rotina, devido a sua proximidade política e social diminuindo o risco de importação do vírus.

4.4.4. Vigilância do Tétano neonatal

A vigilância epidemiológica do Tétano neonatal é baseada no caso e qualquer caso do TNN é investigado. A operacionalização desta vigilância é integrada com a vigilância epidemiológica activa das Paralisias Flácidas agudas com a finalidade de acelerar o processo de eliminação da doença. O estado de situação deste processo é avaliado por indicadores pré estabelecidos. O país está engajado na implementação da iniciativa de eliminação do tétano materno e neonatal, nesta óptica, em 2012, foi elaborado o plano estratégico nacional de eliminação do Sarampo e Rubeola 2012 – 2020.

Para a validação da eliminação a cobertura de vacinação das mulheres em idade fértil é o indicador principal, mas existem outros, nomeadamente: a atenção institucional ao parto e a proporção de mulheres grávidas que fizeram pelo menos uma consulta pré-natal.

A implementação da definição de caso não é exigida só aos hospitais e maternidades, incluem também as actividades comunitárias, já que ainda uma grande proporção dos partos ocorrem nos domicílios.

4.5. Vigilância dos eventos adversos

A vigilância dos eventos adversos pós vacinação (EPAV) é considerada como parte da segurança das vacinas e como um processo importante que permite garantir que o processo de vacinação é seguro e que melhora o custo-benefício da vacinação. Este subsistema de vigilância epidemiológica foi desenvolvido de forma lenta mas já foram realizados alguns avanços relacionados com a ormação do pessoal de saúde a nível sub-nacional. No entanto ainda é necessário reforçar algumas actividades para que o sistema seja funcional.

4.6. LOGISTICA, APROVISIONAMENTO E GESTÃO DE VACINAS

4.6.1. Aprovisionamento

4.6.1.1. Aprovisionamento Nacional

A aquisição das vacinas e consumíveis é sempre garantida pela Direcção Geral de Farmácia e Medicamento do Ministério da Saúde, através do Escritório Comum de Fundos e Programas das Nações Unidas / UNICEF para assegurar a qualidade e redução dos custos, com financiamento do Orçamento de Estado.

4.6.1.2. Aprovisionamento Regional e áreas sanitárias

O armazenamento adequado e a distribuição das vacinas e consumíveis, apesar das limitações e constrangimentos em termo de espaço, recursos humanos e fundos disponíveis para cobrir os custos de transporte na distribuição, têm sido garantidos pelo Depósito Central de Vacinas na Praia para os concelhos de Sotavento. No que toca o Deposito Regional de S. Vicente para os concelhos de Barlavento, de acordo com as necessidades mensais das estruturas de saúde, os custos vêm sendo suportados pela Delegacia de Saúde de S. Vicente através das receitas arrecadadas pelo CSR da Bela Vista, por o PAV não dispor de um fundo fixo para as despesas correntes.

4.6.2. Estocagem

4.6.2.1. Nivel central

O Nivel central é constituído de 2 depósitos: o depósito central de medicamentos (DCM) que dispõe de uma câmara de frio com capacidade de 2213 litros e o depósito central de vacinas (DCV) que dispõe de 10 frigoríficos com capacidade total de 1114 litros e 4 congeladores com capacidade

de 66l litros. Excepto a vacina contra a Polio, o DCM recebe todas as restantes vacinas directamente da fábrica, mas funciona como um depósito de estocagem temporária.

O DCV recebe a vacina Polio directamente da fábrica uma vez ao ano e as outras vacinas do DCM cada 6 meses e é encarregue de aprovisionar o depósito regional de Vicente, os depósitos de São Domingos, Sta Catarina, Sta Cruz, São Filipe e os 16 centros de saúde das ilhas de Santiago, Fogo, Boa vista, Maio e Brava.

4.6.2.2. Nível regional

O nível regional é constituído de depósito de São Vicente que dispõe de 3 frigoríficos com uma capacidade de 324 litros e 1 congelador com capacidade de 264 litros. Dispõe ainda de um outro congelador doméstico para congelação dos acumuladores de frio.

O depósito regional recebe os consumíveis do DCV cada três meses e aprovisiona os depósitos de estocagem de Ribeira Grande, de Sto Antão e de Ribeira Brava. Ele aprovisiona também os 10 centros de saúde de ilhas de Sto Antão, São Vicente, São Nicolau e Sal.

4.6.2.3. Nível depósito de distribuição

São 6 ao nível do país e cada depósito dispõe de um frigorífico conforme as normas PQS/PIS para estocagem de vacinas e um congelador doméstico para congelação dos acumuladores de frio. Eles aprovisionam-se em vacinas mensalmente e directamente do DNV, ou do depósito regional de São Vicente. Dependendo do tamanho, um depósito de distribuição cobre em média 3 postos de saúde. Estes depósitos levam a cabo também as actividades de vacinação.

4.6.2.4. Nivel Centro/Posto de saúde

O país conta com um total de 39 centros e postos de saúde distribuídos em todo o território nacional. Cada centro e posto da saúde está equipado com um frigorífico conforme PQS/PIS. Os centros de saúde e postos de saúde aprovisionam-se mensalmente em vacinas directamente do DNV e DRV ou dos depósitos de estocagem.

4.6.3. Resultados do inventário da cadeia de frio

O inventário da cadeia de frio (CDF) do Programa Alargado de vacinação em Cabo Verde foi realizado em Junho de 2015 com o intuito de conhecer a situação dos equipamentos de CDF a diferentes níveis do sistema nacional de saúde e ter o domínio da capacidade real do país em matéria de conservação de vacinas. Este inventário foi de capital importância numa altura em que o país prevê a introdução de novas vacinas, tais como: VPI, HPV, Rota e Pneumo.

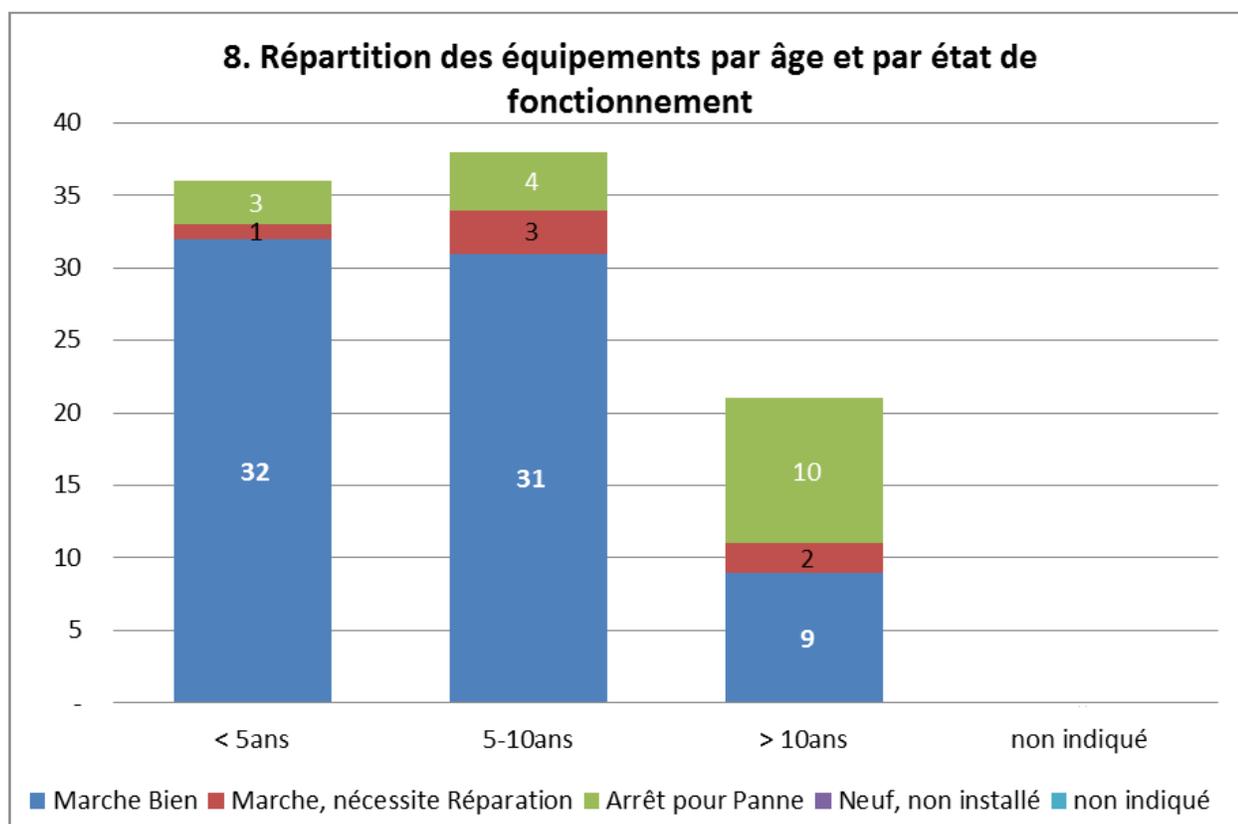


Figura 4. Distribuição dos equipamentos segundo as idades e o estado de funcionamento

Fonte: relatório de inventário da cdf 2015

O inventário permitiu ter uma visão geral da capacidade de armazenamento ao nível das localidades. A tabela a seguir dá capacidades disponíveis a nível de cada ilha que faz com que Cabo Verde. Podemos discernir os recursos disponíveis, dependendo se o material é PQS/pior ou não para mostrar a peculiaridade de algumas áreas.

A nível nacional, o volume disponível atual é maior do que o volume necessário. No entanto, com equipamentos que terão em breve o termo da sua vida normal, os volumes disponíveis serão reduzidos, enquanto os volumes necessários irão aumentar.

A situação é preocupante ao nível de Boa Vista, onde somente o frigorífico não PQS/PIS está disponível e em distritos de Sal e São Vicente, onde o volume disponível é igual ou próximo ao volume necessário (ver a figura abaixo).

Figura 5. Análise de capacidade de estocagem

4.6.4. Gestão eficaz de vacinas

Ao nível central, a utilização dum sistema informatizado SMT permite o seguimento do stock e facilita a comparação entre o stock teórico e o físico. A gestão do stock ainda não está informatizado ao nível das regiões e nem nos concelhos.

Em 2015, fez-se uma avaliação da gestão eficaz de vacinas e da cadeia de frio. Os principais resultados estão resumidos na tabela abaixo.

Tabela 12. **Resultados globais da avaliação da gestão eficaz de vacinas**

Critere GEV	Objectifs	Niveau de la Chaine d'approvisionnement				
		DCM	DNV	DRV	Depot Stockage	Prestation de service
E1: Procedure avant expedition et reception	80%	23%	31%			
E2: Maintien de la temperature de stockage correcte des vaccins	80%	19%	48%	23%	59%	40%
E3: Capacite de stockage et transport suffisantes	80%	77%	67%	90%	80%	82%
E4: Batiments. Equipements et transport	80%	84%	77%	84%	74%	78%
E5: Maintenance	80%	68%	71%	71%	51%	54%
E6: Gestion des stocks	80%	88%	87%	54%	79%	54%
E7: Distribution	80%	61%	32%	43%	56%	18%
E8: Gestion des vaccins	80%	50%	75%	55%	79%	81%
E9: Systeme d'information et fonctions d'appui	80%	37%	67%	16%	42%	17%
Critere GEV	Objectifs	Niveau de la Chaine d'approvisionnement				
		DCM	DNV	DRV	Depot Stockage	Prestation de service
E1: Procedure avant expedition et reception	80%	23%	31%			
E2: Maintien de la temperature de stockage correcte des vaccins	80%	19%	48%	23%	59%	40%
E3: Capacite de stockage et transport suffisantes	80%	77%	67%	90%	80%	82%
E4: Batiments. Equipements et transport	80%	84%	77%	84%	74%	78%
E5: Maintenance	80%	68%	71%	71%	51%	54%
E6: Gestion des stocks	80%	88%	87%	54%	79%	54%
E7: Distribution	80%	61%	32%	43%	56%	18%
E8: Gestion des vaccins	80%	50%	75%	55%	79%	81%
E9: Systeme d'information et fonctions d'appui	80%	37%	67%	16%	42%	17%

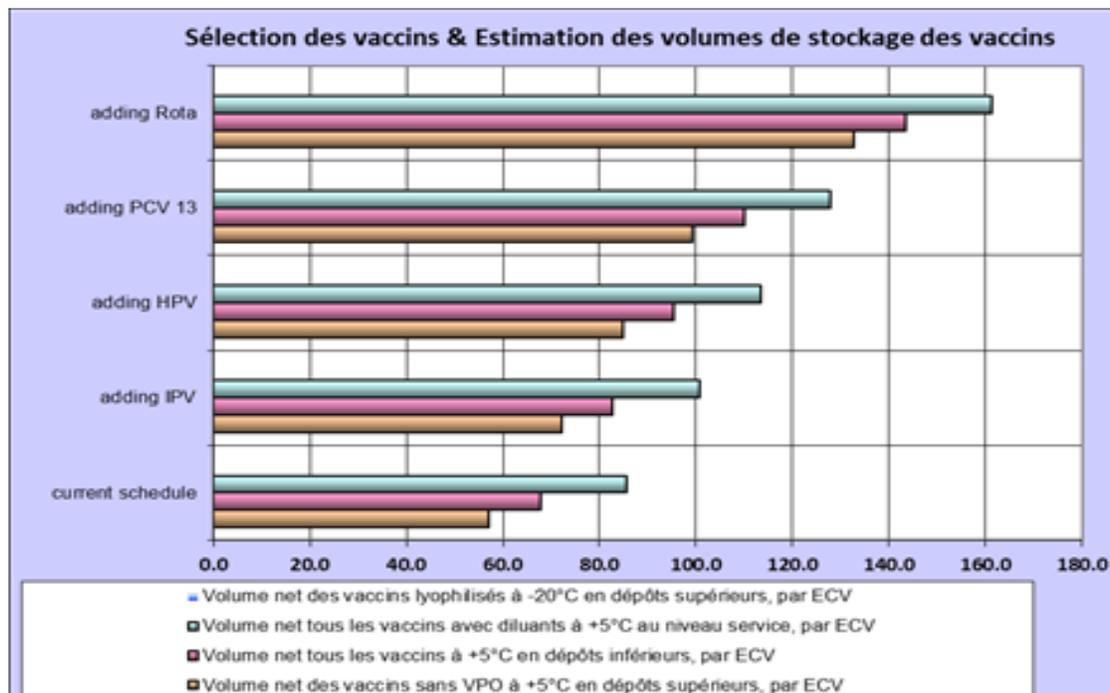


Figura 6. Seleção das vacinas & estimação dos volumes de estocagem das vacinas

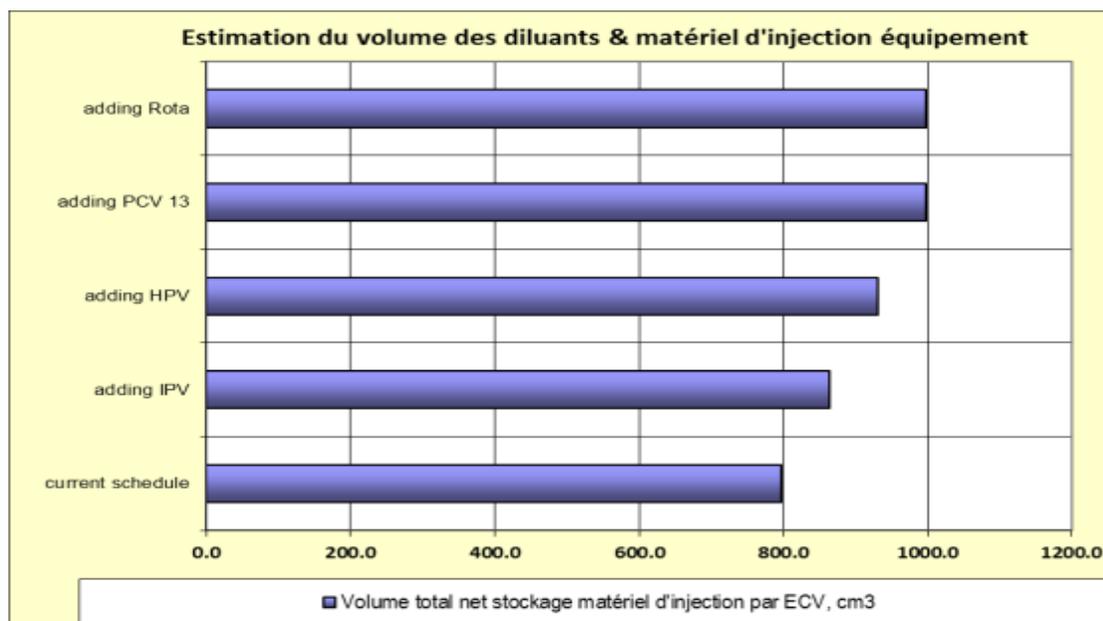


Figura 7, Evolução do volume de estocagem das vacinas e materiais de injeção após a introdução de novas vacinas.

Baseando-se nos resultados do inventário, a análise da capacidade da cadeia de frio a cada nível da cadeia de aprovisionamento (CDA) demonstra que as capacidades disponíveis são suficientes para introdução de novas vacinas previstas pelo país, a saber: VPI, HPV, Rotavirus e PCV13 como indica a tabela em baixo:

Tabela 13. Análise de lacunas da capacidade de estocagem

Nível CDA	Nome depósito	Volumes net de estocagem necessários		Capacidade disponível de estocagem em frio		Capacidade adicional de estocagem em frio		Tipo equipamento
		+2°C-+8°C	-20°C	+2°C-+8°C	-25°C à -15°C	+2°C-+8°C	-25°C à -15°C	
Nacional	DNV Praia	2199	141	3327	661	-1128	-521	Não
Regional	DRV S. Vicente	281	18	324	499	-43	-481	Não
Depósito distribuição	Ribeira grande de S, Antão	10	0	118	2	-98	-2	Não
Depósito distribuição	Santa catarina	20	0	167	2	-147	-2	Não
Depósito distribuição	São Filipe	10	0	72	0	-62	0	Não
Cent, saúde	Achada Lem	10	0	24	0	-23	0	Não
Cent, saúde	CS Ciumal Grande	1	0	11	2	-11	-2	Não
Cent, saúde	S. Domingos	6	0	147	0	-141	0	Não
Cent, saúde	Tarrafal	8	0	45	4	-37	-4	Não
Cent, saúde	Ponta Sol	1	0	11	2	-10	-2	Não
Cent, saúde	CS Porto Novo	8	0	108	0	-100	0	Não
Cent, saúde	CS F. Ines	4	0	11	2	-7	-2	Não

4.6.5. Logística

4.6.5.1. Transporte

Os meios de transporte frequentemente utilizado em Cabo Verde são principalmente os vôos domésticos, os barcos, o transporte público ou as vezes os veículos da administração pública (Município, Delegacias sanitárias, etc) nomeadamente para reabastecimento das estruturas sanitárias no interior das ilhas de Santiago e de São Vicente Todos os veículos do estado utilizados para o transporte das vacinas têm um caderno de registo que recapitulam as diferentes ações de manutenção preventiva efectuadas.

A Coordenação do PAV, a Direcção Geral da farmácia e dos Medicamentos (DGFM) e a Direcção regional de São Vicente dispõem de um veículo de supervisão de tipo 4x4, utilizados sempre para o reabastecimento das estruturas sanitárias das ilhas acima mencionadas. Certos depósitos de distribuição dispõem também de veículos para a distribuição dos consumíveis nas suas áreas de jurisdição.

4.6.5.2. Infraestruturas

O PAV está integrado no programa Nacional de Saúde Reprodutiva a todos os níveis.

1. Nível central

As instalações do PAV são compostas de 2 edifícios distintos: 1 para a administração e o outro que alberga os equipamentos da cadeia de frio e o armazém de estocagem dos consumíveis.

2. O depósito regional de São Vicente

Está alojado em 4 edifícios, dois dos quais são utilizados no quadro do PAV, sendo para a administração e o outro para os equipamentos da cadeia de frio, incluindo o armazém de estocagem dos consumíveis.

3. Os depósitos de distribuição e Centros/Postos de saúde

Os depósitos de distribuição estão alojados nos centros e postos de saúde. Geralmente, estão alojados no mesmo edifício comum com os outros programas. Uma sala é dedicada ao PAV onde são instalados os equipamentos da cadeia de frio.

4.6.6. Manutenção

Nenhum dos depósitos avaliados tem um programa de manutenção preventiva planificado para os edifícios, equipamentos da cadeia de frio e veículos. Exceto para o depósito de Ribeira Grande de Santo Antão, nenhuma pessoa é atribuída para a manutenção dos equipamentos da cadeia de frio. No entanto, existem provas visuais mostrando que os frigoríficos são limpos e decentes. Os veículos não são mantidos em conformidade com os manuais do fabricante, e não há nenhum programa de manutenção preventiva escrito estabelecido. Nenhum reabastecimento ou recolha foi cancelada devido a avaria do veículo.

4.6.6. Segurança de injeções

O país tem uma política permanente de segurança de injeções. Foram realizados formações específicos sobre o tema nas diferentes capacitações das actividades de rotina e de campanhas. Este tema foi inserido nos manuais do PAV de rotina e das campanhas. Para aplicação de vacinas são utilizadas seringas autobloqueantes normalizadas com as técnicas de injeção de acordo com a norma estabelecida pelo programa. Esta actividade é incluída no guião de supervisão a todos os níveis.

As avaliações externas do PAV põem em evidência que estas actividades são feitas em geral. A cadeia de frio é um elemento fundamental para assegurar a qualidade das vacinas a injectar, por esta razão, o fortalecimento da cadeia de frio a todos os níveis foi reforçado e deverá ser permanentemente.

4.6.7. Comunicação e mobilização social

O programa não dispõe ainda de um plano estratégico de comunicação, mas será objeto de planificação durante a vigência deste PPAC. Neste contexto, todas as actividades ligadas a este componente do PAV são asseguradas pelo serviço de comunicação do Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP).

No domínio da mobilização social as actividades são organizadas só durante as actividades de vacinação suplementar e na ocasião de introdução de novas vacinas. Fazem parte também as semanas africanas de vacinação celebradas todos os anos com o intuito de reforçar a rotina.

4.7. GESTÃO DO PROGRAMA

4.7.1 Organização geral do PAV

O programa alargado de vacinação tem como papel:

- Coceber, coordenar, planificar e assegurar o seguimento e avaliação das actividades de vacinação;
- Participar na vigilância epidemiológica de doenças alvos do PAV em colaboração com a direcção de prevenção e luta contra a doença;
- organizar e coordenar a resposta vacinal em colaboração com a direcção de prevenção e luta contra a doença em situações de urgência ou em caso de epidemia em que se requeira a vacinação;
- assegurar o aprovisionamento em vacinas e consumíveis em colaboração com os serviços financeiros competentes
- participar nos trabalhos de investigação sobre a vacinação;
- prestar um apoio técnico às estruturas desconcentradas na implementação das actividades de vacinação.

O boletim oficial de 18 de Maio de 2015 estipula que o programa alargado de vacinação é um sub-serviço que depende do serviço de saúde das crianças e de adolescentes que por sua vez da Direcção

Nacional de saúde. O PAV é parte integrante da saúde reprodutiva. É dotado de um departamento técnico liderado por um coordenador, um gestor responsável pela contabilidade e um logístico. A coordenação do programa é assistida por um órgão consultativo (NAT), os comités nacionais de certificação de erradicação da polio.

A nível dos municípios a gestão do programa está a cargo dos Delegados de Saúde, que gerem o PAV de forma integrada com outros programas de saúde. Os Delegados de saúde têm relação de dependência administrativa da DNS.

A nível dos centros de saúde, sendo o mais operacional das actividades de vacinação assegura a prestação de serviços de vacinação às populações. A gestão do programa a este nível está sob responsabilidade do responsável da estrutura sanitária apoiado pelo responsável pela vacinação do centro.

O PAV não tem outros recursos fora do orçamento do Estado, a compra de vacinas e consumíveis é assegurada pela Direcção Geral de Farmácia.

A gestão da Vigilância das Doenças alvos do PAV é feita pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica das doenças em geral.

4.7.2 Planificação

O programa está no seu segundo PPAC, o último foi aquele de 2013 – 2017. Em Cabo verde, as actividades do PAV inscrevem-se no plano anual da cada região e área sanitária e tomam em consideração as actividades de vacinação de rotina, as JNVs, a vigilância epidemiológica, a monitorização para acção, a comunicação e aprovisionamento em vacinas e consumíveis.

A gestão de recursos humanos do programa inscreve-se no quadro geral da gestão de recursos humanos do ministério da saúde.

4.7.3 Coordenação e parceria

A coordenação nacional do PAV coordena todas as actividades de imunização em todo o território.

Existe um Nucleo de apoio tecnico do PAV (NAT) composto pelo Director Nacional de Saúde e Director de serviços (facultativo), o Coordenador nacional do PAV, Logistico do PAV, o Director Geral da Farmácia, o Coordenador de SVIRE, o Coordenador da Rede de Laboratórios, Ponto focal da OMS e Unicef que apoia a coordenação do programa de vacinação, mas há necessidade de criar o Comité de Coordenação Interagências do PAV (CCIA).

O NAT reúne-se em geral com periodicidade trimestral e sempre que é necessário, mas até a presente data não está oficializado com um despacho ministerial.

Os tecnicos envolvidos nas actividades de vacinação são geralmente enfermeiros, auxiliares de Saúde reprodutiva (SR) e agentes sanitários afectados exclusivamente ao PAV e a vigilância do crescimento das crianças. Quase todos receberam formação básica em gestão das actividades do PAV. Uma das fraquezas encontradas durante a avaliação externa realizada em 2002 e que persiste até hoje refere-se à mobilidade/ substituição frequente dos técnicos do PAV.

As delegacias implementam as actividades orientadas pelo nível central, definem as estratégias próprias para actividades, na maioria dos casos, e depois transferem os relatórios municipais para o nível nacional.

4.7.4 Supervisão, Seguimento e avaliação

O seguimento e a avaliação são etapas necessárias para documentar o progresso e as deficiências, a fim de fazer as revisões apropriadas na execução das actividades. No entanto, a medida correta da cobertura é uma indicação importante da redução da morbidade e mortalidade associadas a estas infecções. O PAV contará com cobertura de dados administrativos, mas também em estudos pontuais (pesquisas) que organizam-se, regularmente, como por exemplo o estudo demográfico e (EDS) e a avaliação externa do programa.

O PAV tem uma ficha de supervisão e uma programação de supervisão, mas por insuficiência de recursos a sua implementação torna difícil. O nível nacional reúne-se com os distritos sobre questões de saúde, incluindo a imunização.

Às vezes há problemas de coordenação e harmonização das actividades de supervisão entre os programas e a delegação médica em termos de disponibilidade de recursos.

Nível central: o seguimento das actividades de vacinação faz-se essencialmente através de relatórios mensais elaborados pelas estruturas de saúde, isso dificulta a realização da monitorização de forma regular. Poucas retro informações elaboradas e enviadas; supervisão/monitorização pouco documentada; falta de supervisão integrada.

Nível regional : supervisões/ monitorizações irregulares e pouco documentadas (relatórios), poucas retro informações elaboradas e enviadas; falta de supervisão integrada

Nível periférico inexistência de documentos que comprovem as actividades de monitorização, falta de plano de actividades.

4.7.5 Gestão de recursos humanos e Reforço de capacidades

4.7.5.1 Gestão de recursos humanos

A equipa técnica do PAV central é pequena para um programa reconhecidamente prioritário e que tem uma ampla carga de trabalho e responsabilidades. Seu reforço com pessoal técnico qualificado é crítico para garantir o cumprimento das actividades necessárias de gestão geral, monitorização, supervisão e capacitação do pessoal do programa dos 22 municípios.

Neste momento o programa conta com uma Coordenadora Nacional, um logístico Nacional, um Administrador, 8 supervisores, que prestam serviço pontual durante as sessões de supervisão e um grupo de apoio técnico. Não obstante, sente-se falta dum ponto focal para a comunicação a todos os níveis, insuficiência de pessoal a nível periférico.

4.7.5.2 Reforço de capacidades

O país tem feito esforços no sentido de reforçar as competências dos seus técnicos realizando formações, Segundo os dados da revisão externa do PAV realizada em 2015, A última formação organizada para os responsáveis do PAV foi há mais de 5 anos. O médico chefe do centro não foi formado em gestão do programa por mais de 9 anos que ele exerce no país. A última formação do enfermeiro em gestão do PAV aconteceu em 2008. Nesta base advoga-se pela necessidade urgente de formação dos técnicos.

Geralmente, nas formações, participa uma pessoa por cada Delegação ou estrutura de saúde dotada de serviço de vacinação. Contrariamente ao que se recomenda aos participantes deste tipo de formações, as restituições nem sempre são feitas aos colegas do mesmo serviço, daí a necessidade de formação a nível periférico em todas as componentes do PAV.

4.7.6 Financiamento do programa

Segundo a Constituição da República de Cabo Verde, compete ao Estado seja por via do OGE, seja pela mobilização e coordenação da ajuda externa, suportar a maior parte dos custos de implementação da saúde, como um factor de desenvolvimento do país. Os novos patamares de desenvolvimento do sector exigirão a incorporação de novas tecnologias em matéria de diagnóstico e intervenções extremamente dispendiosas, a que se acrescem os custos da construção das infraestruturas sanitárias, dos equipamentos, do enquadramento com equipas técnicas adequadas e os custos operacionais, incluindo os dos medicamentos.

Assim, a PNS recomenda o desenvolvimento de instrumentos para um aumento progressivo da fatia do OGE afecta ao sector Saúde, acima dos 10%. Recomenda, também, que se negocie com a Segurança Social o montante global dos custos de saúde com os segurados e que os beneficiários participem directamente nos gastos induzidos.

4.7.7 Síntese de Forças e Fraquezas do Programa

Tabela 14. Síntese de análise de forças e fraquezas por componente do PAV

Componente	Forças	Fraquezas
Prestação de serviços	<ul style="list-style-type: none"> • A vacinação se faz durante todos os dias úteis; • A vacinação se faz integrada às outras intervenções de sobrevivência da criança; • Organização de actividades de vacinação suplementares (AVS) tais como Polio, Sarampo, Tétano, etc; • Organização de actividades de intensificação de vacinação de rotina (semana africana de vacinação); • Utilização de estratégias avançadas a nível operacional para melhorar a cobertura vacinal; • Introdução de novas vacinas; • No registo de vacinação, existe um sistema de seguimento das crianças que abandonarem 	<ul style="list-style-type: none"> • Não desagregação de doses administradas em estratégias fixa e avançada; • Insuficiência de recursos humanos e de meios logisticos para a busca de perdidos de vista; • Fraca qualidade de dados em alguns centros de saúde; • A taxa de abandono Penta//PRS e BCG/HepB nascença muito elevada (> 10%); • Elevada taxa de doses inválidas em Penta 2; • Não implicação de estruturas privadas nas actividades de vacinação; • Não utilização de todos os antigénios durante as sessões de vacinação; • Fraca cobertura vacinal em alguns centros de saúde • Les directives de gestion du programme ne sont pas disponibles à la péripherie • Le manuel du délégué sanitaire n'est pas toujours disponibles au niveau de centre de santé
Vaccins, Chaîne du froid et logistique	<ul style="list-style-type: none"> • Réalização da avaliação da gestão eficaz das vacinas (GEV); • Existência do plano de melhoria da GEV, dum inventário e dum plano de reabilitação; 	<ul style="list-style-type: none"> • Inexistência do protocolo assinado com as alfândegas e ARN e os procedimentos operacionais padrão (PON); • Não existe o registo contínuo de temperatura na câmara de frio central e nas do aeroporto; • O pessoal aeroportuário, os aduaneiros e

	<ul style="list-style-type: none"> • Existência do plano de provisionamento em vacinas • Utilização da ferramenta DVD-MT e SMT a nível central; • A encomenda das vacinas e outros consumíveis assegurados pela Direcção Geral da Farmácia; • Adesão do país à iniciativa de independência vacinal; • As capacidades de estocagem são suficientes para estocagem de vacinas e consumíveis de vacinação de rotina tanto a nível central como nas estruturas sanitárias; • As políticas de gestão apropriada (PCV, PFE) são aplicadas para gestão de consumíveis do PAV a todos os níveis da cadeia de provisionamento; 	<p>os despachantes implicados na recepção, desalfandegamento e transporte das vacinas até ao depósito central não foram formados;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não existe um plano de urgência em caso de atraso inesperado no abastecimento de vacinas; • A temperatura não é registada aos fins de semana e feriados; • Apesar da disponibilidade do Fridge-Tag2@ na câmara de frio Central, não há um conjunto completo de curva de temperatura durante o período da avaliação; • Não existe um programa de manutenção preventiva de equipamentos de cadeia de frio e de edifícios; • Não existe nenhum plano de urgência a todos os níveis; • A realização do teste de agitação e condicionamento dos acumuladores não são do domínio dos agentes responsáveis pelo PAV a todos os níveis; • As diferenças de temperatura e perdas de vacina não são revistas sistematicamente para decisões corretivas; • A maioria dos congeladores utilizados para reciclagem de baterias não se conformam aos padrões PQS/PIS. • A supervisão formativa dos agentes não é executada em todos os níveis • Insuficiência de meios logísticos para transporte de vacinas.
<p>Vigilância de doenças evitáveis pela vacinação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existência de um sistema de detecção e notificação funcional; • Existência de um ponto focal de vigilância a todos os níveis; • Disponibilidade dos instrumentos de 	<ul style="list-style-type: none"> • Existência de um sistema frágil de vigilância de MAPI; • Existência de municípios silenciosos particularmente a vigilância do Sarampo e Febre amarela • Não realização de vigilância epidemiológica comunitária;

	<p>notificação de casos de doenças alvos do PAV e de outras sub a vigilância;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existência do guião de vigilância epidemiológica • Performance de vigilância das PFA satisfatório; • Existência de Comitês de erradicação da Polio (CNC, CNEP, GTC). 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência de afixação de directivas sobre a definição de cas de doenças alvos do PAV em certas muitas estruturas sanitárias; • Fraca capacidade de análise local de dados de vigilância; • Insuficiência de monitorização de actividades de vigilância. • Insuficiência de retro-informação de dados de vigilância
<p>Comunicação e mobilização social</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existência de parceria com os líderes comunitários; • Existência de boa colaboração entre o programa e as igrejas, as radios etc; • Utilização de médias na mobilização social para as actividades da campanha de vacinação; • Existência de materiais de comunicação em favor da vacinação 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência de recursos humanos formados no domínio de comunicação para a saúde , incluindo a vacinação; • Insuficiência de formação do pessoal de saúde em comunicação interpessoal ; • Ausência de pontos focais de comunicação social a todos os níveis; • Inexistência dum plano de comunicação para o PAV a todos os níveis; • Fraca implementação das actividades em prol da vacinação de rotina • Inexistência de planos provinciais e municipais da vacinação de rotina • Insuficiente material de mobilização social • Fraca mobilização de recursos para a mobilização social • Fraca implicação da comunidade e líderes de opinião na promoção da vacinação; • Inexistência dum quadro nacional de coordenação de actividades de comunicação para a saúde; • Fraca implicação da comunidade na busca

		<p>dos abandonos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de documentação de boas práticas em matéria de comunicação sobre o PAV • Insuficiência de supervisão e seguimento das actividades de comunicação social a nível dos municípios e dos concelhos.
Gestão do programa	<ul style="list-style-type: none"> • Existência de um grupo técnico para apoio ao programa de vacinação • Existência plano nacional de desenvolvimento sanitário incluindo a vacinação; • Realização de avaliação externa do Programa; • Realização de inquérito de cobertura vacinal; • Técnicos formados em gestão de programa (MLM) • Existência de termos de referência de um delegado de saúde e organograma do ministério no manual do delegado de saúde; • Existência de ficha de supervisão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não formalização do fórum de coordenação das actividades do PAV entre o Ministério e parceiros; • Fraca integração das actividades com outras intervenções de sobrevivência da criança (paludismo, AIDI, etc); • Insuficiência de formação dos agentes em gestão do PAV; • Fraca implicação das comunidades em actividades de planificação; • Inexistência dum plano de seguimento e avaliação do programa; • Insuficiência de documentação de reuniões trimestrais de análise e de retro-informação; • Insuficiência de supervisão aos concelhos e destes aos centros de saúde: • Instalações inapropriadas para a coordenação nacional do PAV, incluindo os espaços de estocagem das vacinas e dos materiais de vacinação

4.8 Oportunidades e ameaças

Tabela 15. Análise de oportunidades e ameaças

Nível	Oportunidades	Ameaças
Nacional	<ul style="list-style-type: none"> • Engajamento político em favor do PAV; • Existência de parceiros nacionais; • Existência de quadro de colaboração entre as delegacias de saúde e as autoridades municipais e associações comunitárias; • Existência de USB que prestam serviços de vacinação • Existência do fundo de garantia para compra de vacinas e materiais de vacinação no quadro de iniciativa de independência vacinal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resurgimento de epidemia de dengue e outras doenças evitáveis pela vacinação • Resurgimento de catástrofes naturais (vulcão)
Internacional	<ul style="list-style-type: none"> • Adopção da Nova Visão Estratégica Mundial para a Vacinação;; • Apoio técnico e financeiro dos parceiros internacionais (OMS, UNICEF,... etc); • Existência do Núcleo de apoio técnico (NAT). 	<ul style="list-style-type: none"> • Raridade de recursos financeiros a nível internacional

4.9 Identificação de problemas prioritários

A. Prestação de serviços

- Insuficiência de recursos humanos e de meios logísticos para a procura de perdidos de vista;
- Fraca qualidade de dados em alguns centros de saúde;
- A taxa de abandono Penta//PRS e BCG/HepB nascença muito elevada (> 10%);
- Não implicação de estruturas privadas nas actividades de vacinação;
- Fraca cobertura vacinal em alguns centros de saúde

B. Vacinas, cadeia de frio e logística

- Gestão deficitária de vacinas e consumíveis do PAV;
- Insuficiências na gestão da cadeia de frio;
- Infraestruturas e meios de transporte afectos ao PAV são insuficientes;
- Gestão deficitária de resíduos da vacinação.

C. Vigilância das doenças evitáveis pela vacinação

- Fraca sensibilidade do sistema de vigilância de doenças alvos do PAV;
- Insuficiência de detecção e de notificação de casos de MAPI
- Fraca capacidade de análise de dados de vigilância a nível periférico;

D. Comunicação e mobilização social

- Comunicação em favor do PAV é insuficiente

D. Gestão do programa

- Não formalização do fórum de coordenação das actividades do PAV entre o Ministério e o parceiros;
- Capacidades operacionais do programa são insuficientes;
- Insuficiência de recursos humanos para implementação efectiva das actividades do PAV
- Insuficiência de formação dos agentes em gestão do PAV;
- Fraca implicação das comunidades em actividades de planificação;
- Inexistência dum plano de seguimento e avaliação do programa;
- Insuficiência de supervisão aos concelhos e destes aos centros de saúde;
- Instalações inapropriadas para a coordenação nacional do PAV, incluindo os espaços de estocagem das vacinas e dos materiais de vacinação

5. PLANO PLURIANUAL COMPLETO 2018 - 2022

5.1 Objectivos

5.1.1 Objectivo geral

Contribuir na redução da morbilidade e mortalidade por doenças preveníveis pela vacinação

5.1.2 Objectivos específicos

Os objectivos específicos são definidos sobre os domínios seguintes domínios:

- Vacinação de rotina
- Actividades de vacinação suplementar
- Qualidade de dados de vacinação
- Vacinas, cadeia de frio e logística
- Vigilância das doenças preveníveis pela vacinação
- Comunicação e mobilização social
- Gestão do programa PAV

5.1.2.1 Vacinação de rotina

- Aumentar a cobertura vacinal em Penta-3 de 95% à pelo menos 98% nível nacional e pelo menos 95% em todos os concelhos, até fim 2022,

Tabela 16. **Projectão da cobertura vacinal de 2018 – 2022**

Antigéne	Cobertura (%) ano de base 2016	Projectão cobertura vacinal				
		2018	2019	2020	2021	2022
		%	%	%	%	%
BCG I	98	98	98	98	98	99
HepB I	96	96	97	97	98	98
VPO3	95	95	96	97	97	98
DTP-HepB-Hib3	95	95	96	97	97	98
VPI I	NA	92	96	96	97	98
Fiebre Jaune I	90	90	92	95	97	98
Td 2	65	70	70	75	75	80
PCV13_3	NA	NA	90	97	97	98
Rotavirus 3	NA	NA	NA	85	95	95

VPH 2	NA	NA	75	80	90	92
PRS 2	97	97	97	97	98	98

Fonte: JRF 2016

Tabela.17 **Objectivos de taxa de perda por antigéne de 2018 – 2022**

Antigéne	2018	2019	2020	2021	2022
BCG I	70	70	70	70	70
HepB I	5	5	5	5	5
VPO3	10	10	10	10	10
DTP-HepB-Hib3	10	10	10	10	10
VPI I	10	10	10	10	10
Fievre Jaune I	20	20	20	20	20
Td 2	10	10	10	10	10
PCV13_3	10	10	10	10	10
Rotavirus 3	10	10	10	10	10
VPH 2	20	20	20	20	20
PRS 2	25	25	25	25	25

- Até fim de 2022, introduzir novas vacinas contra pneumococo, rotavirus, e HPV em todos os concelhos,

Tabela 18. **Projeção da cobertura vacinal das novas vacinas de 2018 - 2022**

Antigéne	Cobertura (%) ano de base	Projeção cobertura vacinal (%)				
		2018	2019	2020	2021	2022
PCV13_3	NA	NA	90	97	97	98
Rotavirus 3	NA	NA	NA	85	95	95
VPH 2	NA	NA	75	80	90	92

5.1.2.2. **Actividades de vacinação suplementar**

- Alcaçar pelo menos 95% dos alvos das actividades suplementares de vacinação (AVS) (polio, Sarampo & Rubeola, FA, T, Meningite) organizadas, até fim 2022,

5.1.2.3 **Qualidade de dados de vacinação**

- Até fim 2022, pelo menos 95% dos concelhos fornecerão dados de qualidade em tempo real.

5.1.2.4 **Vacinas, cadeia de frio e logística**

- Até 2022, aumentar de 55% à 80% a gestão eficaz de vacinas a todos os níveis; elaborar e implementar um plano de gestão dos resíduos biomédicos segundo as normas da OMS e ambientais.

5.1.2.5 **Vigilância das doenças alvo do PAV**

- Até fim 2022, manter os estatutos de país livre da poliomielite e de eliminainação do TMN; atingirs os indicadores de eliminação do Sarampo e da Febre amarela e pelo menos 80% das estruturas sanitárias notificam e partilham dados de MAPI.

5.1.2.6 **Comunicação**

- Até fim 2022, evidenciar que 90% de indivíduos e de colectividades compreendent a importância das vacinas e reclamam a vacinação como um direito e responsabilidade.

5.1.2.7 **Gestão do programa**

- Até fim 2022, criar/formalizar as estrturas de coordenação do PAV central e nos municipais.

5.2 Plano de implementação do PPAC 2018 – 2022

Tabela 19. Plano de implementação do PPAC 2018 - 2022

A. Prestação de serviços								
Objectivos	Estratégias	Actividades essenciais	Respon sável	Cronograma				
				2018	2019	2020	2021	2022
Aumentar a cobertura vacinal em Penta-3 de 95% à pelo menos 98% anível nacional e pelo menos 95% em todos os concelhos, até fim 2022,	Implementação efectiva da abordagem ACD/ACM	Formar 44 técnicos de saúde (dois por concelho) sobre a implementação da abordagem atingir cada distrito	EMS					
		Organizar sessões de estratégias avançada e móvel em todos os centros de saúde						
		Levar a cabo supervisão formativa em todas as estruturas sanitárias, afin de reforças as capacidades dos técnicos visando a prestação de serviços de vacinação eficaz e de qualidade	EMS					
		Organizar trimestralmente sessões de troca de impressões entre a comunidade e os serviços em torno da vacinação	EMS					
Até fim de 2022, introduzir novas vacinas contra pneumococo, rotavirus, e HPV em todos os concelhos	Apoio à introdução de novas vacinas no calendário nacional de vacinação	Elaborar e submeter à validação do NAT o plano de introdução das novas vacinas (PCV13, Rotavirus e VPH)	CPAV					
		Organizar a introdução das novas vacinas	CPAV					
		Avaliar a introdução das novas vacinas	CPAV					
Alcaçar pelo menos 95% dos alvos das	Melhoria de preparação e da implementação da	Elaborar e implementar o microplano para diferentes AVS	MS					
		Aplicar as directrizes para cada Avs	CPAV					

actividades suplementares de vacinação (AVS) (polio, Sarampo & Rubeola, FA, T, Meningite) organizadas, até fim 2022,	campanha	Implementar a campanha em todo o território nacional	CPAV					
Até fim 2022, pelo menos 95% dos concelhos fornecerão dados de qualidade em tempo real.	Reforço do mecanismo de recolha, de tratamento, de análise, de controlo de qualidade, de	Organizar um atelié nacional de elaboração do plano e do manual de seguimento e avaliação do PAV	CPAV					

A. Prestação de Serviços

Objectivos	Estratégias	Actividades essenciais	Responsável	Cronograma				
				2018	2019	2020	2021	2022
	difusão e de estocagem de dados a todos os níveis	Formar os agentes do PAV dos centros de saúde sobre a utilização dos instrumentos de gestão de dados	CPAV					
		Elaborar o plano de melhoria de qualidade de dados	CPAV					
		Elaborar e difundir as ferramentas de auditoria e/ou validação de dados nas estruturas sanitárias	CPAV					
		Formar os membros da equipa do PAV sobre a utilização das ferramentas de						

		auditoria e/ou validação de dados nas estruturas sanitárias						
		Organizar missões de auditoria de dados à todos os níveis	CPAV					
		Organizar reuniões trimestrais de análise e harmonização de dados	CPAV					
	Reforço de capacidades técnicas de recursos humanos implicados na gestão de dados	Formar 30 gestores de dados do nível central, dos municípios e concelhos sobre a melhoria da qualidade de dados	CPAV					
		Formar/reciclar 25 gestores de dados dos municípios e dos concelhos sobre a utilização de DVD-MT	CPAV					
		Equipar 22 serviços de gestão de dados incluindo o nível central com material informático	CPAV					
	Realização de estudos e inquéritos necessários para avaliação dos	Formar os membros das equipas municipais de saúde e dos concelhos sanitários em LQAS e DQS	CPAV					

A. Prestação de serviços

Objectivos	Estratégias	Actividades essenciais	responsável	Cronograma				
				2018	2019	2020	2021	2022
	Efeitos das intervenções e compreensão de certos fenómenos ligados a vacinação (estudo CAP, DQS, revisão	Organizar os inquéritos LQAS para avaliação das coberturas de vacinação de rotina (duas vezes ao ano)	CPAV					
		Organizar os inquéritos LQAS para as campanhas de vacinação	CPAV					
		Organizar as avaliações externas independentes das campanhas	CPAV					

	externa do PAV, LQAS, etc)	Realizar as avaliações pos-introdução de novas vacinas no calendário nacional de vacinação de rotina	CPAV						
		Organizar estudo CAP sobre a vacinação	CPAV						
B. Vacinas, cadeia de frio e logística									
Até 2022, aumentar de 55% à 80% a gestão eficaz de vacinas a todos os níveis; elaborar e implementar um planode gestão de resíduos.	Reforço das capacidades técnicas do pessoal em gestão eficaz de vacinas e manutenção	Formar 25 logísticos/gestores de vacinas municipais e dos concelhos sobre a utilização de SMT e normas e procedimentos de gestão de vacinas	CPAV						
		Formar 22 agentes dos concelhos sobre a manutenção preventiva	CPAV						
		Formar 10 agentes dos concelhos sobre a manutenção curativa	CPAV						
		Reproduzir e dissimular 30 posters sobre as normas e procedimentos de gestão de vacinas	CPAV						
	Reforço da cadeia de aprovisionamento em quantidade e qualidade (cadeia de frio, logística e segurança vacinal)	Assegurar o aprovisionamento de 22 concelhos em vacinas e consumíveis em quantidades previstos e atempadamente	CPAV						
		Adquirir 300 caixas isotérmicas	CPAV						
		Adquirir 141 fridge tag	CPAV						
		Adquirir 69 frigoríficos	CPAV						
		Adquirir combustível para o gerador	CPAV						
B. Vacinas, cadeia de frio e logística									
Objectivos	Estratégias	Actividades essenciais	Responsável	Cronograma					
				2018	2019	2020	2021	2022	
		Elaborar um plano de incineração de resíduos	CPAV						
		Transportar e incinerar os resíduos nos	CPAV						

		sítios identificados							
C. Vigilância das doenças alvo do PAV									
Até fim 2022, manter os estatutos de país livre da poliomielite e de eliminainação do TMN; atingirs os indicadores de eliminação do Sarampo e da Febre amarela e pelo menos 20% das estruturas sanitárias notificam e partilham dados de MAPI.	Reforço da vigilância das doenças alvo do PAV e de MAPIs	Apoiar a gestão de dados de vigilância utilizando a base de dados recomendada							
		Apoiar a vigilância comunitária							
		Apoiar a procura activa de casos aos níveis municipal, concelhos e estruturas sanitárias							
		Actualizar o guia técnico de VIDR e apoiar a sua implementação							
		Assegurar o aprovisionamento em kits de recolha de amostras de casos de doenças alvos do PAV							
		Assegurar o transporte das amostras de casos de doenças alvos do PAV							
		Elaborar um plano de gestão de resíduos do laboratório							
		Assegurar o funcionamento dos comités de polio (CNC, CNPP e GTC)							
		Conduzir a revisão externa do sistema nacional de vigilância							
		Elaborar o plano de implementação do RSI							
		Formar/reciclar os membros de equipas dos pontos de entrada							
Reforçar as capacidades dos pontos de entrada conforme anexo 2 do RSI									

C. Vigilância das doenças alvo do PAV								
Objectivos	Estratégias	Actividades essenciais	Responsáveis	Cronograma				
				2018	2019	2020	2021	2022
		Dotar todas as estruturas sanitárias de kits recolha de amostras de casos suspeitos de Sarampo, febre amarela						
		Organizar sessões trimestrais de classificação de MAPI						
D. Comunicação e mobilização social								
Até fim 2022, evidenciar que 90% de indivíduos e de colectividades compreendem a importância das vacinas e reclamam a vacinação como um direito e responsabilidade.	Criação dum quadro nacional de coordenação das actividades de comunicação para o PAV e de promoção da vacinação.	Criar um quadro de coordenação nacional das actividades de comunicação para a saúde						
		Elaborar um plano estratégico nacional de comunicação para vacinação de rotina, campanhas e introdução de novas vacinas						
		Elaborar e implementar um plano anual de comunicação para o PAV						
		Implicar todos os actores, nomeadamente as associações de mulheres, líderes comunitários, líderes religiosos, as ONGs na identificação, execução e avaliação das actividades de comunicação						
		Conduzir um estudo CAP sobre a vacinação						
		Formar os agentes de saúde implicados na vacinação sobre a comunicação para o PAV						
E. Gestão do Programa								

Até fim 2022, criar/formalizar as estruturas de coordenação do PAV central e nos municípios	Criação/Formalização dos órgãos de coordenação das actividades do PAV	Fazer um despacho ministerial de criação do CCIA	MS					
		Fazer a revisão dos TDR do CCIA	DNS					
		Criar/dinamizar os órgãos de coordenação municipais	MS					
		Elaborar e submeter ao CCIA o PA anual	CPAV					
Gestão do programa								
Ojectivos	Estratégias	Actividades essenciais	Responsável	Cronograma				
				2018	2019	2020	2021	2022
		Avaliar anualmente o PA anual	CPAV					
		Organizar 4 reuniões do CCIA por ano	DNS					
		Criar um grupo técnico consultativo para a vacinação	DNS					
		Elaborar os relatórios anuais de progresso	CPAV					
		Organizar reuniões de coordenação do Comité técnico de vacinação	CPAV					
		Organizar a supervisão aos municípios e concelhos	CPAV					
		Construir novas instalações do PAV, armazens seco e para câmara de refrigeração	MS					
		Construir os depósitos regionais do PAV	MS					
	Reforço das capacidades do pessoal de saúde a todos o níveis	Formar a equipa do PAV em MLM	CPAV					
		Formar os membros das direcções municipais e dos concelhos em MLM	CPAV					
		Organizar as formações em cascade sobre a introdução de novas vacinas (PCV13, VPH e Rotarix)	CPAV					
		Organizar uma formação nacional de	CPAV					

		formadores sobre a gestão do PAV						
		Formar 5 membros do CCIA em técnicas de mobilização de recursos para o PAV.	DNS					
		Dotar o secretariado do CCIA de material informático.						

5.3 SEGUIMENTO E AVALIAÇÃO

5.3.1 Quadro de seguimento e avaliação do PPAC 2018 – 2022

O Ministério é o principal responsável pelo seguimento da implementação das estratégias e actividades propostas neste plano quinquenal (2018-2022). Tecnicamente, ele é apoiado pela coordenação nacional do Programa Alargado de Vacinação. Um plano anual (2018), extrato do plano quinquenal é elaborado para facilitar o seguimento da execução do plano global. Este plano inclui entre outros os objectivos a atingir, o cronograma das actividades, o custo da actividade e a entidade responsável pela sua implementação. Um plano de seguimento e avaliação, incluindo o seu plano de acção, será elaborado afin de orientar a implementação das intervenções de seguimento e avaliação. Este plano incluirá: (i) a descrição das funções e responsabilidades dos diferentes atores envolvidos no seguimento e avaliação, (ii) o mecanismo de coleta, da análise et partilha de dados, (iii) o calendário de transmissão dos relatórios, (iv) o plano de avaliação, (v) a matriz dos indicadores, (vi) o mecanismo de retroinformação, (vii) Agenda de pesquisa. As avaliações semestrais e anuais que serão feitas pelo PAV e seus parceiros serão usadas para avaliar os progressos na consecução dos resultados preconizados e identificar os principais problemas de implementação. Isto permitira a avaliação do desempenho, o reajuste de estratégias. Assim, a tabela abaixo é simples matriz de indicadores que permitam o seguimento e avaliação do PPAC 2018-2022.

Do ponto de vista Institucional, o Comitê de coordenação Inter agência (CCIA) do PEV será responsável pela mobilização dos fundos e outros meios de implementação necessários para permitir o programa atingir os objectivos. Ele deverá jogar um papel de supervisão e seguimento da execução do PPAC e assegurar-se que os fundos alocados ao PAV são geridos de forma transparente. O aumento anual de cobertura vacinal do PAV assim como a atualização dos dados de mortalidade e morbidade, redução das taxas de perda de vacina e abandono são indicadores de proximidade que o CCIA será capaz de usar para rastrear regularmente o desempenho do PAV e atualizar o PPAC. O relatório de progresso será regularmente trazido à atenção dos membros do CCIA.

5.3.2 Matriz de indicadores

Tabela 20. Matriz de indicadores de seguimento do PPAC 2018 – 2022

Indicadores	Valor de base (%)	Ano de base	Frequência anual	Alvo					Fonte de verificação de dados
				2018	2019	2020	2021	2022 F	
Objectivo 1. Aumentar a cobertura vacinal em Penta-3 de 95% à pelo menos 98% nível nacional e pelo menos 95% em todos os concelhos, até fim 2022									
Cobertura vacinal em Penta 3 (DTC-HepB-Hib)	95	2016	Anual	95	96	97	97	98	JRF; enquete CV
Número de técnicos formados em ACD/ACM			Anual	22	22	NA	NA	NA	Relatório anual do PAV
% de concelhos tendo introduzido as novas vacinas	NA	NA	Anual	NA	100 %	100 %	NA	NA	Relatório anual do PAV
Objectivo 2. Alcaçar pelo menos 95% dos s alvos as actividades suplementares de vacinação (AVS) (polio, Sarampo & Rubeola, FA, T, Meningite) organizadas, até fim 2022,									
Cobertura vacinale da campanha contra o sarampo e Rubeola	95	2013	trienal				95%		Relatório da campanha contra o Sarampo e Rubeola
Objectivo 3. Até fim 2022, pelo menos 95% dos concelhos fornecerão dados de qualidade em tempo real.									
Taxa de pontualidade dos relatórios mensais			Anual	90%	92%	93%	94%	95%	JRF, relatório anual PAV
Número de missões de auditoria de dados efectuadas	NA	NA	Anual	1	2	2	2	2	Relatório auditoria
Objectivo 4. Até 2022, aumentar de 55% à 80% a gestão eficaz de vacinas a todos os níveis; elaborar e implementar um plano de gestão dos resíduos biomédicos segundo as normas da OMS e ambientais.									

Pontuação da avaliação da gestão eficaz de vacinas	55% (relatorio GEV)	2015	Triena l	80%	NA	NA	NA	80%	Relatório GEV
Número de estruturas sanitárias sem ruptura de stock de vacinas			Anual	Completar					JRF
% de estruturas sanitárias dispondendo de 1 incinerador performante				Anual					Relatório do inventário
Objectivo 5. Até fim 2022, manter os estatutos de país livre da poliomielite e de eliminação do TMN; atingirs os indicadores de eliminação do Sarampo e da Febre amarela e pelo menos 20% das estruturas sanitárias notificam e partilham dados de MAPI.									
Taxa de PFA não polio	3.2/1000 00 <15 ^a (Bol Epid Sem)	2016	Anual	2/100 000<1 5 anos	2/10 0000 <15 anos	2/10 0000 <15 anos	2/10 0000 <15 anos	2/10 0000 <15 anos	Boletim epidemiológico semanal , IST/WA
Indicadores	Valor de base	Ano de base	Frequência	Alvo					Fonte de verificação de dados
				2018	2019	2020	2021	2022	
% de amostras colhidas durante os primeiros 14 dias do início da paralisia	100%(Bo l Epid Sem)	2016	Anual	80%	80%	80%	80%	80%	oletim epidemiológico semanal , IST/WV
% de concelhos tendo notificado e colhido pelo menos um caso suspeito de Sarampo				80%	80%	80%	80%	80%	Relatório de vigilância baseada no caso
% de concelhos tendo notificado e colhido pelo menos um caso suspeito de Febre amarela				80%	80%	80%	80%	80%	Relatório de vigilância baseada no caso
% de casos suspeitos de Sarampo pelos quais uma amostra fora colhida				80%	80%	80%	80%	80%	Relatório de vigilância baseada no caso
% de casos suspeitos de Febre amarela pelos quais uma amostra fora colhida				80%	80%	80%	80%	80%	Relatório de vigilância baseada no caso
% de casos de TMN investigados				80%	80%	80%	80%	80%	Relatório de vigilância

									baseada no caso
% de casos de TMN investigados e tendo sido objecto de resposta				80%	80%	80%	80%	80%	Relatório de vigilância baseada no caso
% de estruturas sanitárias tendo notificado pelo menos um caso de MAPI	ND			20%	20%	20%	20%	20%	Relatório dos serviços de farmacovigilância
Objectivo 6. Até fim 2022, evidenciar que 90% de indivíduos e de colectividades compreendem a importância das vacinas e reclamam a vacinação como um direito e responsabilidade.									
% de indivíduo inquerido durante o estudo CAP sabem da importância da vacina e vacinação	NA	NA			90%				Relatório do estudo CAP sobre a vacina e vacinação
Até fim 2022, criar/formalizar as estruturas de coordenação do PAV central e nos municipais.									
O número de reuniões de PPAC organizadas por ano			Anual	4	4	4	4	4	Acta de reuniões do CCIA
% de membros do PAV formados em MLM									Relatório de formações em MLM
O número de membros do CCIA formados em técnicas de mobilização de recursos									Relatório de formação em técnicas de mobilização de recursos

6. ANÁLISE DE CUSTOS E O FINANCIAMENTO DO PROGRAMA

6.1 Contexto económico geral de Cabo Verde

Cabo Verde é um arquipélago de origem vulcânica, constituído por dez ilhas e oito ilheus localizadas no Oceano Atlântico, a cerca de 455 km do extremo oeste de África. O território de tipo de Saheliano por excelência afeta consideravelmente as condições de produção agrícola e o aprovisionamento das populações em víveres. No entanto, segundo os analistas em 30 anos de independência, o país tem experimentado um progresso considerável, especialmente em termos de crescimento económico e a melhoria de indicadores sociais. Nos últimos anos, o produto interno bruto apresentou um crescimento lento. Durante o período de 2010-15, o país registou um crescimento médio relativamente baixo de 1,3% t, apesar de uma política de investimentos maciços.

Despesas de investimento explodiram a dívida pública, que subiu de 71.9% do PIB em 2010 para 125.9% em 2015. Depois de apresentar uma política fiscal expansionista, o governo reviu seus planos para atingir um défice equivalente a 3,3% do PIB. De acordo com as últimas estimativas, o PIB mostrou um aumento de 3,2% em 2016, contra 1,5% em 2015.

Para 2017 e 2018, o crescimento deve sair respectivamente para 3,7% e 4,1%, impulsionado por um revival de confiança, a força da produção agrícola e do turismo, bem como os esforços desenvolvidos pelo governo para manter o curso da reforma

6.2 Financiamento da Santé e da vacinação

Assistência pública ao desenvolvimento representa apenas 15% do PIB de Cabo Verde. Os principais parceiros financeiros são nomeadamente Portugal, o Banco Mundial, a União Europeia, o Luxemburgo, Holanda, Estados Unidos da América (Cabo Verde recebeu uma doação do Millennium Challenge Corporation) e as Nações Unidas. No que se refere a imunização, as principais fontes de financiamento são o governo, OMS e UNICEF. De acordo com o relatório de um estudo sobre o financiamento de saúde realizado em 2003, com o apoio técnico e financeiro da cooperação luxemburguesa, a contribuição da ajuda pública (ODA) para despesas de saúde em Cabo Verde seria 20% e abrange as áreas particularmente áreas como infra-estrutura e equipamentos, a formação dos profissionais de saúde e o fortalecimento da capacidade dos serviços e programas de saúde prioritários.

Observou-se neste relatório uma série de barreiras, tais como:

- os limites do público de financiamento,
- a fraqueza de recuperação dos custos,
- a cobertura parcial do sistema de proteção social e desenvolvimento pouco controlado do sector privado.

Assim, não só o setor de saúde enfrenta restrições orçamentais, mas também, a demanda de cuidados da população é crescente e particularmente exigente devido uma transição epidemiológica já bem avançada e fortes expectativas por Modelos ocidentais. Neste contexto as despesas em prevenção estão tomando um sucesso e este é o caso do Cabo Verde que levou um atraso considerável na introdução de novas vacinas disponíveis no mercado.

6.3 Os custos do Programa em 2016.

Metodologicamente o ano 2016 foi considerado ano-base, devido ao fato de que todos os dados foram consolidados bem como no que se refere a cobertura vacinal dos antígenos existentes no programa como dados relativos a gestão financeira do programa. Os dados utilizados para este ano de base também são usados no quadro do Relatório conjunto OMS - UNICEF (JRF) 2016.

Como pode ser visto na tabela abaixo, o custo do programa de vacinação para o ano 2016 foi de 697584 \$US. Este custo total inclui o post mais importante foi o de outros custos recorrentes cujo montante total se elevou a \$US 336969 ou 56% dos custos totais do programa. Note-se que outros custos recorrentes cobrem as despesas relacionadas aos serviços de pessoal, formação, advocacia e comunicação, a vigilância e controle de doenças e a gestão do programa. O segundo posto mais importante foi o de vacinas e outros insumos cujo montante atingiu 155556 \$US ou seja 28% dos quais 13% representavam vacinas tradicionais, 10% para as vacinas sub-utilizadas e 2% para novas vacinas particularmente VPI. O pessoal a tempo integral vem em terceiro lugar com 10% se excluirmos os custos compartilhados do sistema cujo montante foi de 28610 e que cobre as despesas de funcionários que trabalham para outros programas mas consagram parte do seu tempo em atividades de vacinação, o custo compartilhado dos edifícios e veículos.

Tabela 21. Custos das necessidades do programa

Categoria de custos	2016	%
	US\$	
Vacinas tradicionais	80 417	22%
Vacins sub-utilizadas	59 970	
Novas vacinas	14 000	
Material de injeção	1 169	
Pessoal	62 865	
Transporte	15 681	
Outros custos correntes de rotina	336 969	56%
Veículos	0	
Equipamentos da cadeia de frio	0	
Outros bens de equipamentos	28 610	
Total despesas específicas de vacinação	0	
Actividades de vacinação suplementar	00	
Cutos partilhados do sistema de saúde	99583	14%
Total de necessidades em recursos	698095	

Fonte : Costing tool PPAC 2018-2022

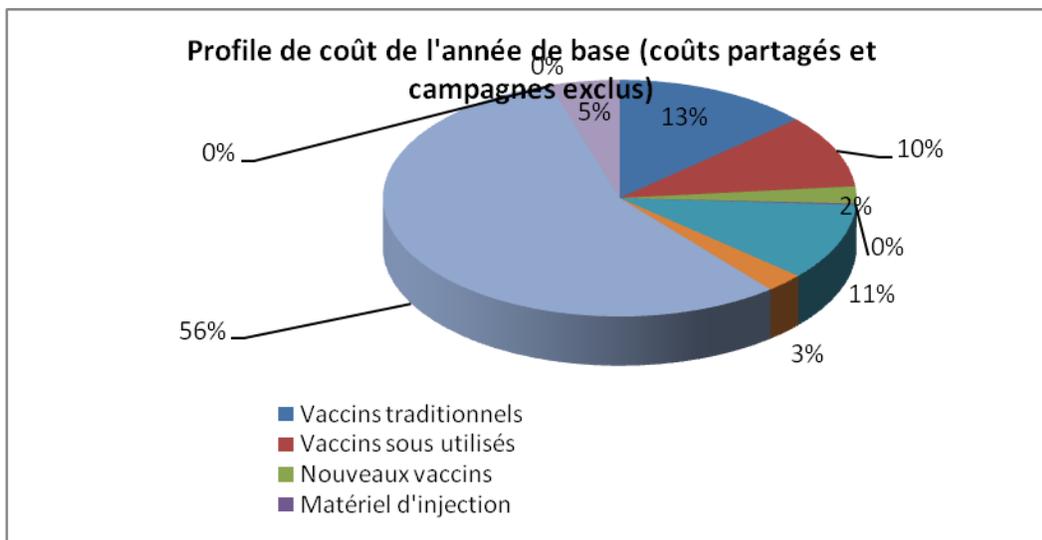


Figura 8. distribuição dos custos do Programa por componente , 2016

6.4 O Financiamento do Programa em 2016

Conforme sublinhado acima, na introdução da parte da análise de custos e financiamento, a principal fonte de financiamento para a saúde em geral e imunização em Cabo Verde continua a ser o governo, OMS e UNICEF. Em 2016 com a iniciativa para a introdução da vacina Polio Inactivado extensivo à todos os países, a Gavi financiou o estoque de vacinas mas apenas para o ano de 2016. em 2016, o governo financiou 72% do custo total do programa. A OMS e UNICEF contribuíram com 13% cada e GAVI Vaccine Fund 2%. O financiamento do governo concentrou-se essencialmente sobre as vacinas e os materiais de vacinação, pessoal a tempo inteiro e outras despesas correntes do programa. O financiamento da OMS e UNICEF focalisaram-se no reforço das capacidades e custos relacionados com a gestão do programa, especialmente durante o processo de substituição da vacina polio oral trivalente (VPOt) pela vacina polio oral bivalente (VPOb).

O gráfico abaixo indica distribuição do financiamento para o ano 2016

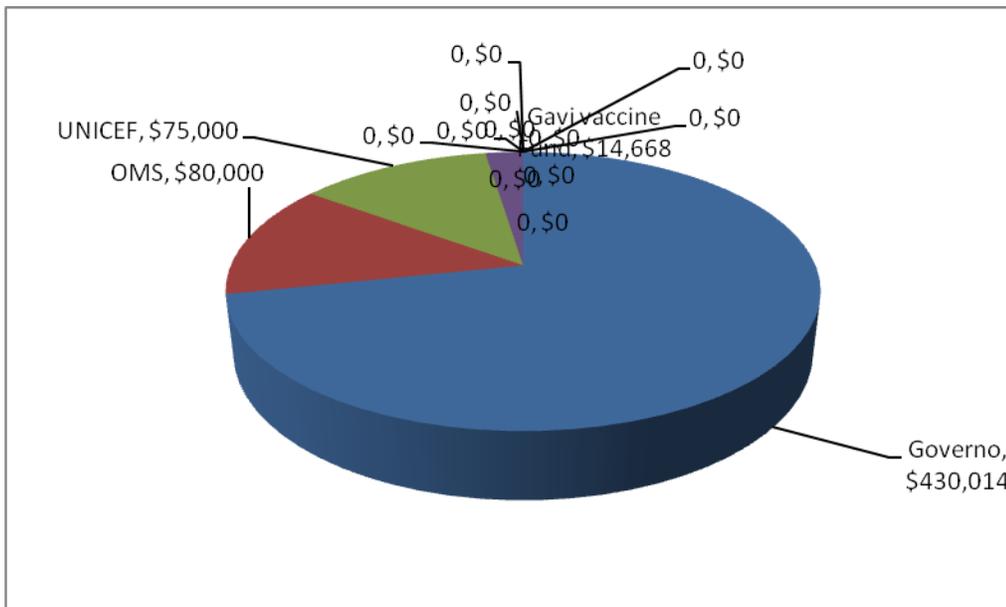


Figura 9. Fontes de financiamento em 2016

6.5 O custo do Programa de 2016 à 2022

O custo do programa para o período de 2018-2022 será fortemente influenciado pela introdução prevista de novas vacinas, incluindo a VPH em 2019 e Pneumo e Rota em 2020. Também deve ser sublinhado a construção dos edifícios da PEV e a aquisição de veículos utilitários e de serviço em 2018. A tabela abaixo mostra as necessidades de recursos de 2018 à 2022, exceto os custos compartilhados do sistema de saúde.

Tabela 22. **Necessidades em recursos em 2018 -2022**

	2018	2019	2020	2021	2022
Vacinas	1 341 943	3 354	4 117	4 344	4 270 979
Vacinas tradicionais		844	754	120	
Vacinas sub-utilizadas	577 983	594 023	632 097	632 560	674 910
Novas vacinas	738 751	779 876	792 850	801 467	820 356
	25209	1 980 945	2 692 807	2 910 093	2 775 713
Pessoal a tempo integral	160 049	164 141	177 228	180 772	184 368
Outros custos correntes	378 360	398 829	400 035	498 308	481 364
Veículos	51 129	37 619	0	0	0
Cadeia de Frio	33 741	23 940	32 171		
Outros				363	
	461 162	509 035	201 707	443	193 092
Total	2 426 384	4 488 408	4 928 895	5 386 643	5 129 803
Vacinas em % recursos	55%	75%	84%	81%	83%

Fonte : PPAc costing tool 2018-2022

Globalmente para o período de 2018-2022 o grosso das despesas de vacinação sera das vacinas sobretudo pela introdução de VPH em 2019, Rota e Pneumo em 2020.

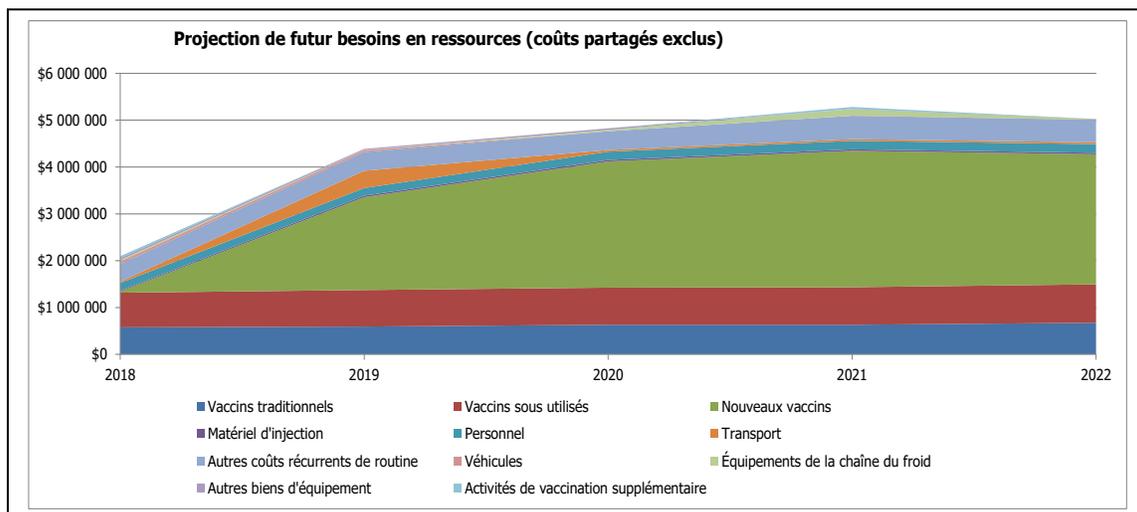


Figura 10. Projecção das necessidades em recursos para 2018 - 2022

Como se pode notar os custos das vacinas tradicionais e vacinas sub-utilizadas permanecem estáveis ao longo do período, mas será necessário investir mais para introduzir a VPH em 2019, que não só o alvo representa 10% do total da população, mas também a dose da vacina custa 13,70 \$US e segundo o calendário de imunização é duas doses. É o mesmo para a pneumo e a Rota que serão introduzidas a partir de 2020.

6.6 Financiamento do Programa de 2016 à 2020

Como indicado no financiamento do programa para o ano de referência, as principais fontes de financiamento para o programa são o governo, OMS e UNICEF. O gráfico abaixo mostra a evolução do financiamento por fonte de financiamento de 2016 a 2020. O país é um membro da iniciativa para a independência vacinal (IIV) desde o final da década de 1990. Convém recordar que a iniciativa de independência vacinal é um mecanismo de aprovisionamento em vacinas que permite aos países membros comprar vacinas e consumíveis para o PAV, através dos mecanismos de abastecimento do UNICEF que garantem a qualidade e a disponibilidade da vacina em tempo útil,

Como tal Cabo Verde dispõe desde 1996 no orçamento nacional de uma linha de orçamento atribuído à compra de medicamentos, incluindo vacinas utilizados cada ano para cobrir os custos de aprovisionamento em vacinas. Em termos práticos, o país estima suas necessidades anuais e envia a encomenda ao departamento de aprovisionamento do UNICEF à través do escritório país. As vacinas encomendadas pelo UNICEF chegaram ao país são suportados por um despachante, mandatado pelo Unicef, que garante a recepção, desalfandegamento aduaneiro, saída e o encaminhamento de vacinas e consumíveis do aeroporto para o armazém nacional. As entregas são feitas para os depósitos regionais sob a coordenação da direcção geral da farmácia. As regiões, por sua vez, entregá-los às delegações e centros de saúde. A distribuição de vacinas não é sistemática, devido à dificuldade de acesso às várias ilhas (escassez de meios de transporte (barco e avião)). No entanto, é claro que para Cabo Verde nunca foi constatado a ruptura de estoque de vacinas e consumíveis. A metodologia que foi utilizada para determinar o financiamento é a seguinte:

Todas as despesas concernentes a vacinas e outros insumos específicos para a vacinação, bem como as relativas ao armazenamento e distribuição das vacinas são considerados despesas soberanas sob a jurisdição do estado e atribuído para o título para o governo com a assunção das despesas de financiamento relacionadas com actividades de comunicação e mobilização social tenham sido alocados para a UNICEF, com a suposição de financiamento as despesas relacionadas com o as actividades de vigilância da doença foram atribuídas a quem com a suposição de financiamento Todas as despesas. Les dépenses relatives aux activités de communication et mobilisation sociales ont été affectées à l'UNICEF avec l'hypothèse de financement assuré

- As despesas relacionadas com as actividades de vigilância da doença foram atribuídas a OMS com a hipótese de financiamento assegurado
- No entanto gastos relativos a outros custos recorrentes (formação, supervisão, gestão do programa, estratégia avançada e móvel) de um montante maior do que \$US 10 000 foram distribuídos aos 50% ao governo com o pressuposto do financiamento e resto entre a OMS e

UNICEF, à taxa de 25% por instituição com a suposição de financiamento implicando prováveis negociações.

Com base nestes pressupostos a evolução do financiamento para o programa durante o período de 2018-2022, conforme mostrado na tabela abaixo

Tabela 23. Fonte de financiamento para os próximos 5 anos

	2018	2019	2020	2021	2022
Total necessidades em recursos	2 301 365	4 386 560	4 825 000	5 280 670	5 021 710
Governo	2 134 940	4 094 530	4 664 858	5 076 547	4 866 134
OMS	85 400	115 808	82 724	96 649	85 082
UNICEF	80300	176 212	77 418	107 473	80 769
Lacunas de financiamento assegurado	0	230 000	100 000	140 000	105 725
Lacuna do financiamento assegurado +provável	0	0	0	0	0

Fonte : Costing Tool PPAc

6.7 Análise de lacunas e a sustentabilidade financeira da estratégia do programa

Na verdade as diferenças referem-se apenas para o financiamento de outras despesas correntes e supondo que instituições como a OMS e UNICEF que têm acordos de cooperação a médio prazo ainda não integraram algumas atividades tais como apoio à formação de curta duração ou a gestão do programa em seu programa de cooperação. Então será necessário negociar essas inscrições para transformar o provável financiamento no financiamento assegurado. Também deve ser notado que tudo vai depender da vontade do governo em fazer da vacinação e especialmente a introdução de vacinas contra o VPH em 2019, Pneumo e ele Rota em 2020 uma prioridade nacional.

Os indicadores de viabilidade financeira mostram que com esta introdução, as despesas de vacinação em percentagem do PIB será em média cerca 0,25% enquanto os gastos per capita média, US \$8. Tudo vai depender da vontade do governo de introduzir estas novas vacinas ou não.