



GOVERNO DA **GUINÉ-BISSAU**
Ministério da Saúde Pública

ESTRATÉGIA NACIONAL DE VACINAÇÃO (ENV) 2024- 2028 DA GUINÉ-BISSAU



CONTEÚDO

ÍNDICE	1
SIGLAS E ABREVIATURAS	2
SUMÁRIO EXECUTIVO	3
I. Contexto e processo de desenvolvimento da ENV	5
1.1 Posicionamento da ENV em um ambiente em mudança	5
1.2 Alinhamento da ENV com estratégias nacionais, regionais e globais	5
1.3 Do plano plurianual abrangente (PPAc) a ENV	5
1.4 Pandemia de COVID-19	6
1.5 Processo de desenvolvimento da ENV	7
II. Informações gerais sobre o país	7
2.1. Localização geográfica e administrativa	7
2.2. Situação demográfica e sociocultural	7
2.3. Situação política e económica	8
2.4. Organização do sistema de saúde	8
2.5. Organização do Programa Alagado de Vacinação	9
III. Implementação e lições aprendidas do PPAc	9
4. Resumo da análise da situação por componente	10
4.1. Liderança, gestão e coordenação do programa	10
4.2. Gestão de recursos humanos	11
4.3. Aproveitamento, qualidade das vacinas e logística	12
4.4. Serviços	12
4.5. Cobertura vacinal e sistema de informação em saúde	15
4.6. Vigilância de DEV, MAPI, preparação e resposta a epidemias ligadas a DEV	16
4.7. Geração de demanda e engajamento	17
4.8. Pesquisa e inovações	19
4.9. Análise de Financiamento	19
4.9.1. Financiamento da saúde	19
4.9.2. Financiamento da vacinação	20
4.10. Principais desafios do PAV	21
V. Quadro estratégico da ENV	22
5.1. Fundações e princípios	22
5.2. Visão	22
5.3. Meta/Objetivo Geral	22
5.4. Eixos estratégicos	22
5.5. Prioridades, objetivos, estratégias e ações prioritárias	22
VI. Mecanismo de monitoramento e avaliação ENV	33
6.1. Mecanismo de coordenação	33
6.2. Mecanismo de Seguimento	33
6.3. Mecanismo de avaliação da estratégia nacional de vacinação	33
6.4. Estrutura de desempenho ENV	34
VII. Implementação operacional do ENV	40
7.1. Planejamento operacional do ENV	40
7.2. Oportunidades, riscos e medidas de mitigação	40
VIII. Correspondência entre ENV, AI 2030 e PNDS	40
IX. Orçamento e financiamento da ENV	42

ACRÔNIMOS E ABREVIÇÕES

ASC	: Agente Saúde Comunitário de Saúde
CCIA	: Comitê de coordenação- interagências
CNCP	: Comitê Nacional de Certificação da Poliomielite
CNEP	: Comitê Nacional de Peritos de Poliomielite
COVID 19	: Doença do coronavírus 2019
CTV	: Comitê Técnico de Vacinação
DSIVE	: Direcção do serviço de imunização e vigilância epidemiológica
DRS	: Direcção Regional de Saúde
ERS	: Equipa regional de saúde
CDF	: Equipamento da cadeia de frio
ICV	: Inquérito de cobertura vacinal
ENS	: Escola Nacional de Saúde Pública
FBR	: Financiamento baseado em resultados
GAVI	: Aliança Global para Vacinas e Imunização
GEV	: Gestão eficaz de vacinas
GTV	: Grupo Técnico de Vacinação
GTCV	: Grupo Consultivo Técnico sobre Vacinação
IA	: Agenda de Imunização
IDH	: Índice de desenvolvimento humano
INE	: Instituto Nacional de Estatística
INASA	: Instituto Nacional de Saúde Pública
MAPI	: Manifestação Adversa pós-Imunização
DEV	: Doenças evitáveis pela vacinação
OBC	: Organizações a base comunitárias
ODS	: Metas de desenvolvimento sustentável
QUEM	: Organização Mundial de Saúde
ONG	: Organização não governamental
DTP	: Plano de ação operacional
PAV	: Programa alargado de vacinação
PFA	: Paralisia flácida aguda
PPAc	: Plano plurianual completo
ATP	: Plano de trabalho anual
PTF	: Parceiros técnicos e financeiros
RGPH	: Censo geral da população e habitação
RPEV	: Responsável pelo Programa alargado de vacinação
SMT	: Ferramenta de gestão de estoque
ENV	: Estratégia nacional de vacinação
NTIC	: Novas Tecnologias de informação e comunicação
UNICEF	: Fundo Internacional de Emergência para Crianças das Nações Unidas
IPV	: Vacina inativada contra poliomielite

SUMÁRIO EXECUTIVO

A implementação de programas de vacinação reflectiu-se a nível nacional para o período de 2006 a 2020 através do desenvolvimento de planos plurianuais abrangentes (PPAc). Para a década 2021-2030, os países são convidados a desenvolver uma Estratégia Nacional de Vacinação (ENV) em substituição do PPAc, com base nas diretrizes da AI 2030 cuja visão é “**não deixar ninguém para trás em termos de vacinação**”. Esta primeira ENV da Guiné-Bissau abrange o período 2024-2028 e decorre num contexto pós-pandemia da COVID-19 com repercussões no sistema de saúde em geral e na vacinação em particular.

A análise da situação do programa foi realizada de acordo com as componentes do PAV com a ferramenta da OMS intitulada “Estudo do ficheiro do programa de vacinação” e tendo em conta as prioridades estratégicas da AI 2030. Isto permitiu identificar os seguintes desafios principais: sustentabilidade do financiamento da vacinação e da mobilização de recursos endógenos; otimização da utilização dos recursos financeiros mobilizados; reforçar a liderança, a gestão e a coordenação de programas nos cuidados de saúde primários; reforçar a força de trabalho e as capacidades dos recursos humanos no domínio da vacinação; o desenvolvimento de estratégias inovadoras diferenciadas para alcançar as crianças zero dose, as comunidades subvacinadas e não vacinadas; a integração da vacinação com outros cuidados de saúde primários, incluindo a vacinação contra a Covid-19; aceleração da introdução de novas vacinas no programa; otimização do sistema de abastecimento, da cadeia de frio e da gestão de resíduos; aumento da procura de vacinação e envolvimento das partes interessadas; melhorar o sistema de informação e a qualidade dos dados através das NTIC; reforçar as capacidades de vigilância e resposta às epidemias de DEV e promover a investigação e a inovação no domínio da vacinação.

A estratégia nacional de vacinação 2024-2028 baseia-se no Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde (PNDS) 2023-2028, na estratégia regional africana para a vacinação 2021-2030 e na Agenda de Vacinação 2030. Os princípios são os mesmos definidos pela AI 2030. nomeadamente: **orientada para as pessoas , apropriada pelo país , baseada em parcerias e orientada por dados .**

A visão da estratégia nacional de vacinação 2024-2028 é a seguinte : **um sistema de imunização eficiente, equitativo e integrado que não deixe ninguém para trás, independentemente da sua idade e localização na Guiné-Bissau até 2030 .**

O quadro estratégico da ENV está organizado em torno dos seguintes eixos estratégicos 06: (i) governação e financiamento do sistema de imunização , (ii) sistema de aprovisionamento, cadeia de frio e gestão de resíduos biomédicos , (iii) envolvimento e procura das partes interessadas para a vacinação, (iv) cobertura vacinal, equidade e sistema de informação, (v) vigilância das DEV, MAPI e preparação e resposta a emergências sanitárias ligadas às DEV e por último (vi) investigação e inovação no domínio da vacinação.

Os principais objetivos específicos definidos pela ENV são: introduzir pelo menos 4 novas vacinas no PAV de rotina até 2028, reduzir o número de crianças zero dose de 19% para 5%, atingir a cobertura vacinal até 2028, apoio administrativo de pelo menos 90% para todos os antígenos a nível nacional e pelo menos 80% em cada região, atingir as metas dos principais indicadores de vigilância para todas as DEV e dos indicadores de eliminação do sarampo, aumentar o comprometimento e a solicitação do serviço de vacinação.

Em termos de monitorização e avaliação, a coordenação das actividades da ENV será feita através de quadros de consulta existentes a todos os níveis que serão reforçados . A monitorização será feita através da recolha contínua de dados através do DHIS2. Será realizada uma avaliação a meio percurso para reajustar as ações e uma avaliação final permitirá avaliar o cumprimento dos objetivos e o impacto da estratégia na morbilidade e mortalidade associada às DEV.

Para a implementação operacional da ENV , as ações prioritárias foram desdobradas num roteiro com atividades detalhadas planeadas ao longo dos 5 anos. Deste roteiro, resultarão anualmente planos de acção operacionais (PAO) a todos os níveis.

A mitigação dos riscos ligados à implementação da ENV será feita através da promoção da boa governação, do fortalecimento da coordenação, da colaboração intra e intersectorial, da expansão da parceria e da mobilização dos recursos financeiros endógenos. Os planos orçamentais de preparação e resposta permitirão antecipar os riscos associados às catástrofes naturais e às doenças emergentes.

O dispositivo NIS.Cost versão 1.0.5 desenvolvida pelo UNICEF foi utilizada para estimar as necessidades de recursos financeiros da ENV. Assim, o orçamento global foi estimado em **59.173.484 USD, ou 33.492.191.944 francos CFA** durante os cinco anos. A maior parte do orçamento, 62%, é atribuída à cadeia de aprovisionamento. Em seguida vêm os benefícios (11,6%) e a geração de demanda (7,7). Os défices são estimados em xxx USD ou xx do orçamento. Os principais parceiros financeiros desta ENV são, por ordem, Gavi , xxxxxxxxx

I. Contexto e processo de desenvolvimento da ENV

1.1 Posicionamento da ENV em ambiente em mudança

Expandir o acesso à vacinação é essencial para alcançar os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Na verdade, a vacinação é um verdadeiro sucesso em termos de saúde e desenvolvimento no mundo, salvando milhões de vidas todos os anos. Entre 2010 e 2018, só a vacina contra o sarampo evitou 23 milhões de mortes. Mais de 20 doenças potencialmente fatais podem agora ser prevenidas através da vacinação ¹.

No entanto, os surtos regionais (por exemplo, a Ébola), a pandemia da COVID-19 e a ameaça de futuras epidemias/pandemias pesaram e continuarão a pesar fortemente até mesmo nos sistemas de saúde mais resilientes.

Além disso, persistem desafios significativos no acesso às vacinas. Os benefícios da vacinação estão distribuídos de forma desigual entre e dentro dos países. Certas populações, muitas vezes as mais pobres, as mais marginalizadas e as mais vulneráveis, em contextos frágeis e devastados por conflitos, têm apenas um acesso limitado aos serviços de vacinação.

1.2 Alinhamento da ENV com estratégias nacionais, regionais e globais

Nos últimos anos, registaram-se mudanças significativas no panorama político global com potencial impacto na forma como os países desenvolvem a sua estratégia nacional de vacinação (ENV). Essas mudanças incluem:

- A nova estratégia global de imunização, denominada “Agenda de Imunização 2030 (IA2030)”, uma estratégia global para não deixar ninguém para trás, adoptada pela Assembleia Mundial da Saúde (AMS) em Maio de 2020.
- A adoção, em junho de 2019, pelo Conselho de Administração da Gavi de uma nova estratégia quinquenal (“Gavi 5.0”) para o período 2020-2025. Esta estratégia centra-se em encontrar crianças zero dose e subvacinadas.
- O apelo renovado por cuidados primários de saúde (CPS) mais integrados como a melhor e mais acessível forma de alcançar os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e a cobertura universal de saúde (CUS) até 2030.
- O Plano Estratégico Regional de África para a Vacinação 2021-2030, que é a adaptação da IA2030 pela Região Africana da OMS, instando os Estados-Membros a reafirmarem o seu compromisso com os objectivos e metas regionais de imunização.
- O PNDS, que é a tradução da visão dos países em termos de saúde e cuja vacinação constitui uma das intervenções prioritárias, definida para o período 2023-2028.

1.3 Do plano plurianual abrangente (PPAc) a ENV

De 2006 a 2020, a implementação de programas de vacinação globais e regionais resultou, a nível nacional, no desenvolvimento de planos plurianuais abrangentes (PPAc). Para a década 2021-2030, os países são convidados a desenvolver uma ENV em vez do PPAc com base na visão da AI 2030, “ **não deixar ninguém para trás no que diz respeito à vacinação** ”. Se o

¹ Agenda de Imunização (AI 2030)

PPAc e a ENV são instrumentos de implementação da política de vacinação a nível global e regional, são esperadas algumas mudanças com a ENV. É sobre :

Propósito : o PPAc tem um propósito mais amplo que abrange todas as atividades de vacinação, incluindo aspectos operacionais, enquanto a ENV é um documento estratégico focado nas principais ações necessárias para atingir os objetivos de vacinação.

A mobilização de recursos: ocorre após a finalização do PPAc , enquanto ocorre durante o desenvolvimento da ENV através de negociações orçamentais dinâmicas.

Integração: o PPAc é um plano que enfatiza os tipos de integração a procurar, a ENV destaca como envolver os pontos focais de planificação e orçamentação no processo de desenvolvimento.

Financiamento: o PPAc é um plano de acção ambicioso que por vezes sofre de uma grande lacuna de financiamento; a ENV pretende ser um roteiro alcançável com uma expectativa realista dos recursos comprometidos.

O documento: o PPAc é um documento detalhado, o que limita a sua consulta e utilização; a ENV, que contém cerca de trinta páginas, é um documento simplificado para facilitar as discussões políticas.

1.4 Pandemia da COVID-19

O desenvolvimento da ENV ocorre num contexto pós-pandemia da COVID-19. A epidemia de COVID-19, que começou na China em dezembro de 2019, foi declarada uma "emergência de saúde pública de interesse internacional" em 30 de janeiro de 2020 e qualificada como pandemia em 11 de março de 2020. Continuou a espalhar-se por todo o mundo, levando com grandes repercussões sanitárias e socio-económicas. De 25 de março de 2020 a 31 de julho de 2023, a Guiné-Bissau totalizou 9.628 casos confirmados, incluindo 178 mortes. A taxa geral de letalidade foi de 2,1%. De 2 de abril de 2021 a 30 de novembro de 2023, foram administradas um total de 934 973 doses de vacinas, das quais 733 354 pessoas receberam pelo menos uma dose e 583 625 pessoas totalmente vacinadas, ou 39,68% da população total ².

Esta pandemia com a adoção de medidas de resposta teve repercussões no sistema de saúde em geral e no programa alargado de vacinação (PAV) em particular a todos os níveis. Trata-se principalmente da queda no atendimento aos centros de saúde no início da pandemia ligada a rumores, à sobrecarga de trabalho dos agentes devido às atividades de resposta à COVID-19, ao adiamento das atividades de vacinação de rotina (introdução de novas vacinas, campanhas de vacinação, etc.), atraso no desembolso de recursos para atividades operacionais. Tudo isso resultou em mau desempenho das atividades rotineiras com queda significativa na cobertura vacinal. Por exemplo, de 2018 a 2021, a cobertura vacinal da penta 3 passou de 82% para 67% e da primeira dose do sarampo, de 79 para 63%.

No entanto, a crise da COVID-19 foi uma oportunidade para reforçar a parceria no domínio da vacinação, para reforçar o sistema de vigilância de DPV e MAPI (estabelecimento de centros de isolamento e controlo nos pontos de entrada, reactivação dos comités MAPI). Além disso, a COVID-19 permitiu reforçar o PAV nos equipamentos da cadeia de frio e na utilização de NTIC (reuniões virtuais, utilização de ferramentas ODK e Kobo para recolha de dados , etc.).

² SitRep COVID-19 DSIVE

Todas estas lições aprendidas e inovações na resposta à COVID-19 serão tidas em conta nesta estratégia de vacinação para reforçar o PAV de rotina.

1.5 Processo de desenvolvimento da ENV

O processo de desenvolvimento da ENV foi inclusivo, com a participação de todos os sectores-chave directa ou indirectamente envolvidos na vacinação e de intervenientes de diferentes níveis da pirâmide da saúde. Foi criado um comité director nacional com 7 grupos temáticos de acordo com as componentes do PAV e um secretariado. Foram organizados diversos ateliês de produção com todos os grupos temáticos. Estes ateliês foram seguidos pela consolidação pelo secretariado técnico da ENV e pelo desenvolvimento de uma versão preliminar do documento pelos consultores. Após orçamento feito com a ferramenta Unicef NIS.COST, seguiu-se uma validação técnica com os intervenientes e um diálogo orçamental que permitiu identificar as fontes de financiamento da ENV. O documento foi posteriormente submetido à aprovação do CCIA.

II. Informações gerais sobre o país

2.1. Localização geográfica e administrativa

A República da Guiné-Bissau está localizada na costa ocidental de África. É limitado pelo Senegal ao norte, pela Guiné-Conacri ao sul e leste e pelo Oceano Atlântico a oeste. Estende-se por 36.125 km², incluindo 28.000 km² de terra e 8.120 km² de mar. A parte insular é constituída por 88 ilhas, que correspondem a 22% do território nacional.

O clima é tropical, quente e húmido. A precipitação é abundante em quase todos os lugares. A estação chuvosa vai de meados de maio a meados de novembro e a estação seca vai de dezembro a maio e é acompanhada pelo harmattan ou vento seco de Norte a Leste.

Administrativamente, o país está dividido em oito regiões e um sector autónomo: Bafatá, Biombo, Bolama-Bijagós, Cacheu, Gabú, Oio, Quinara e Tombali. As regiões são por sua vez subdivididas em 36 sectores e um Sector Autónomo de Bissau (onde está localizada a cidade de Bissau, capital política, económica e administrativa do país).

2.2. Situação demográfica e socio.cultural

Em 2022, as Nações Unidas estimaram que a população da Guiné-Bissau seria de aproximadamente 2.105.566 habitantes, com uma taxa de crescimento anual de 2,2%. A população é jovem: 62% das pessoas têm entre 0 e 24 anos. As mulheres representam 51,1% da população e 49% têm entre 15 e 49 anos.

Em 2019, a esperança média de vida à nascença era de 59,4 anos, incluindo 61,3 anos para as mulheres e 57,3 anos para os homens³. Nesse mesmo ano, os indicadores demográficos registam uma taxa de mortalidade por 1000 habitantes de 9,4 (entre 2005-2010 este indicador era de 12,6), enquanto a taxa de fecundidade era de 4,4 filhos por mulher (contra 5,2 no período 2005-2010).

A maioria da população (64,3%) vive em zonas rurais, em comparação com 35,7% da população em zonas urbanas (dados de 2018).

³Projeções populacionais do Fundo de População das Nações Unidas para 2019

Existe uma grande diversidade religiosa, com predominância das religiões animista, seguida de muçulmana, católica e evangélica. A língua oficial é o português, sendo o crioulo a língua de comunicação oral mais utilizada em todo o território nacional.

2.3. Situação política e económica

A Guiné-Bissau permaneceu sob administração portuguesa até Setembro de 1974, altura em que foi reconhecida a sua independência, proclamada unilateralmente um ano antes.

Desde o conflito político-militar de 1998, nenhum governo conseguiu completar o seu mandato, conduzindo a situação de permanente instabilidade política e institucional.

Esta situação não favoreceu obviamente o crescimento económico nem facilitou políticas públicas coerentes nos domínios social e económico.

De acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (0,483 em 2021), a República da Guiné-Bissau é o 177.º país, num total de 191 países. A economia é frágil, com fraca mobilização de recursos internos, falta de dinamismo no sector privado e fraco desenvolvimento do capital humano. A agricultura (principalmente de subsistência, mas com uma participação significativa na exportação de castanha de caju in natura) e a pesca, também artesanal, são os principais sectores de actividade económica do país.

Relativamente à dimensão da pobreza, em 2018, o Estudo Harmonizado das Condições de Vida Familiar (HSHC), revelou que a taxa de incidência da pobreza no país era de 47,7%, com uma taxa de gravidade da pobreza de 5,4%, situação que se agravou em 2020 devido à pandemia de COVID-19.

A educação é um dos sectores mais problemáticos do país. Em 2018, a taxa de alfabetização das mulheres (15-49 anos) era de 32,6% e a dos homens (15-49 anos) era de 52,3%.

2.4. Organização do sistema de saúde

O sistema de saúde é piramidal com três níveis: central, regional e local. O nível local inclui unidades de saúde comunitárias (CHUs) e centros de saúde que correspondem ao nível de implementação dos cuidados de saúde primários. O país está dividido em 11 regiões sanitárias (Bafatá, Biombo, Bijagós, Bolama, Cacheu, Farim, Gabú, Oio, Quinara, SAB e Tombali) subdivididas em 117 áreas sanitárias. Existem cinco hospitais regionais localizados em Bafata, Canchungo, Gabú, Catio e Mansoa. A nível nacional dispõe de um hospital nacional (Simao Mendes) e um hospital de referência (Raoul Follereau).

A par desta organização piramidal dos cuidados, existe também uma organização administrativa segundo os três níveis. O nível central é responsável por definir as grandes orientações para o nível regional. A par do nível Central, existe o Instituto Nacional de Saúde (INASA) que tem como missão coordenar e realizar investigação em saúde e uma Central de Compras de Medicamentos Essenciais (CECOME).

Além do sector público, a Guiné-Bissau possui estruturas de saúde privadas e religiosas, farmácias e depósitos farmacêuticos.

Além disso, existe um sistema de cuidados comunitários que é gerido pela Direção de Serviço de Saúde Comunitaria e Promoção de Medicina Tradicional (DSSCPMT), com envolvimento dos Agentes de Saude Comunitaria (ASC).

2.5. Organização do serviço de imunização e vigilância epidemiológica

Desde 1984, o Programa alargado de Vacinação está implementado no país. Actualmente o SIVE está sob o controlo da Direcção Geral de Saúde Materno-Infantil.

A nível central, o PAV é gerido pela Direcção do Serviço de Vacinação e Vigilância Epidemiológica (DSIVE). A DSIVE dispõe de um organigrama composto por 7 departamentos com um quadro total de 32 técnicos para coordenação e gestão do programa.

No nível subnacional, todas as 11 regiões de saúde com uma equipa de 7 a 12 membros contam com um gestor do PAV que garante a execução das atividades do Programa alargado de vacinação sob a liderança do Diretor Regional de Saúde.

Ao nível da área sanitária, a implementação do programa é assegurada por uma equipa sob a supervisão do gestor da área da saúde (RAS).

A gestão do SIVE é apoiada no seu funcionamento por um determinado número de órgãos técnicos e de coordenação que são:

- O Comité de Coordenação Interagências (CCIA) presidido pelo Ministro da Saúde Pública com os Parceiros Técnicos e Financeiros (PTF) é o órgão de decisão e orientação das estratégias e políticas de vacinação;
- O Comité Técnico de Vacinação (CTV), órgão deliberativo e de apoio técnico à formação de autoridades e decisores nacionais em matéria de vacinas;
- O Grupo Consultivo Técnico Nacional sobre Vacinação (NITAG) foi criado recentemente em Março de 2023. É composto por 13 especialistas e representantes de parceiros técnicos e financeiros é responsável por orientar o SIVE com base em evidências científicas.

Os principais parceiros do SIVE são: OMS, UNICEF, GAVI, Banco Mundial, OOAS, CDC, SOLINA, PLAN.

III. Implementação e lições aprendidas com o PPAc 2018-2022

A taxa global de realização do PPAc é baixa (menos de 50% das atividades foram total ou parcialmente realizadas). A taxa de realização mais baixa foi registada em 2022, com apenas 43% de realização. As principais razões para o baixo nível de realização estão ligadas à pandemia de Covid-19, às sucessivas greves dos profissionais de saúde, a não planificação de determinadas atividades nos PTAs, ao bloqueio de verbas por falta de justificação, bem como à ausência de financiamento de determinadas atividades. .

➤ **As principais conquistas na implementação do PPAc são:**

- A introdução da vacina MenA e da segunda dose da vacina contra o sarampo;
- Realização de AVS contra poliomielite e sarampo;
- A organização de dias sistemáticos de intensificação da vacinação;
- Aquisição de equipamentos para cadeia de frio em benefício de todas as áreas da saúde

➤ **As deficiências incluem:**

- A baixa taxa de realização das atividades;
- Não cumprimento dos objectivos de cobertura vacinal definidos;
- Incapacidade de atingir todos os indicadores de vigilância (PFA, Sarampo);
- Várias atividades não foram realizadas por falta de financiamento;
- Certas introduções planificadas (HPV) e AVS não foram realizadas;

- A planificação e monitorização das atividades do PPAC foram insuficientes;
- Nenhuma avaliação e/atualização do PPAC desde o seu desenvolvimento

➤ **Lições aprendidas com a implementação do PPAC**

- Uma melhor monitorização das atividades com quadros de responsabilização é essencial para melhorar a implementação das atividades;
- A falta de apropriação do plano por todas as partes interessadas não permitiu uma implementação integral das atividades;
- Uma avaliação a meio percurso teria permitido ter em conta a evolução contextual e reajustar as ações para alcançar os objetivos.

IV. Resumo da análise da situação por componente

A análise da situação do programa foi realizada de acordo com as 07 componentes do SIVE, utilizando a ferramenta de análise de situação da OMS intitulada “Arquivo de estudo-programa-vacinação” versão de fevereiro de 2023. Os detalhes desta análise estão no apêndice, aqui a ênfase será colocada nos principais obstáculos à vacinação.

4.1. Liderança, gestão e coordenação do programa

A gestão do programa é assegurada a nível central pela Direção do Serviço de Imunização e Vigilância Epidemiológica (DSIVE).

A nível central, nota-se a existência do CCIA que é o órgão de decisão, defesa e mobilização de recursos a favor da vacinação. Foi criada uma comissão técnica de vacinação onde os parceiros estão representados. Para orientar as políticas e intervenções de vacinação, foi criado em 2023 um Grupo Técnico Consultivo de Vacinação (GTCV). A DSIVE possui um organigrama com descrição dos cargos. Todas as regiões têm um gestor do SIVE que é responsável pela implementação do programa sob a liderança do Diretor Regional de Saúde.

Apesar destas conquistas, existem insuficiências na gestão e coordenação do programa a todos os níveis, nomeadamente:

- Os textos legislativos (lei) sobre vacinação bem como a política nacional de vacinação ainda não foram adoptados;
- Não existem directrizes claras para a vacinação para além da primeira infância, incluindo a recuperação das crianças após um ano e a vacinação dos adultos;
- A irregularidade das reuniões ordinárias do CCIA com a desmobilização de certos membros e partes interessadas, bem como das reuniões do comité da poliomielite;
- A falta de recursos (financeiros e materiais) e espaço para o bom funcionamento do GTCV;
- As reuniões da Comité Técnico de Vacinação (CTV) não são sistemáticas para fins rotineiros;
- A planificação, monitorização e avaliação das actividades do programa não são óptimos: planificação não ascendente, falta de consideração de aspectos de equidade na planificação a nível operacional, avaliações irregulares, etc.;
- Alguns agentes não compreendem as políticas de vacinação e a implementação sistemática do pacote integrado nas actividades de vacinação;
- A informação de feedback é insuficiente a todos os níveis;
- O arquivo de documentos a nível do programa é insuficiente;

- A fraca apropriação do SIVE por parte de certos intervenientes a nível operacional;
- A coordenação inter e intra-sectorial continua a ser insuficiente a todos os níveis;
- O sector privado, as ONG locais, a sociedade civil e as comunidades estão pouco envolvidas na implementação das actividades de vacinação;

4.2. Gestão de Recursos Humanos

O Ministério da Saúde tem um plano nacional de reforço dos recursos humanos para o período 2023-2030. Nos últimos anos, a equipa de nível central foi reforçada (de 10 agentes em 2018, este número aumentou para 24 em 2023). A capacitação também foi realizada em benefício de certos intervenientes de nível central através do curso MLM e a formação é frequentemente organizada para intervenientes de nível operacional. A nível central, existe um organigrama com a descrição dos cargos e tarefas. Todas as direções regionais de saúde têm um gestor do SIVE. Existem escolas públicas e privadas que oferecem formação básica para diferentes categorias de profissionais de saúde.

No entanto, existem muitos obstáculos à gestão óptima dos recursos humanos:

- Existe uma distribuição desigual dos recursos humanos no terreno, com concentração em determinadas regiões em detrimento de outras;
- Os recursos humanos são insuficientes em quantidade e qualidade: ao nível central devem ser reforçadas determinadas competências (planificação, monitorização e avaliação, epidemiologia, vacinologia, comunicação), ao nível operacional (áreas sanitárias) há uma acumulação de cargos com agentes de sobrecarga de trabalho, algumas áreas sanitárias possuem apenas um agente. Esta situação é agravada pela mobilidade de pessoal treinado.
- Existe necessidade de Agentes de Saúde Comunitária ⁴ que não estão presentes sobretudo nos centros urbanos;
- Nota-se uma desmotivação dos profissionais de saúde a todos os níveis, em parte ligada à ausência de medidas de incentivo (incentivos financeiros, reconhecimento, etc.), aos baixos salários e às condições de trabalho precárias ⁵;
- As supervisões são irregulares e ineficazes (sem rastreio, sem relatório, sem plano de melhoria);⁶
- A componente de vacinação nos programas escolares de saúde é insuficiente e os currículos de formação não são atualizados regularmente;
- A formação contínua do pessoal não é organizada regularmente sobre vacinação (especialmente para benefício de novos agentes, agentes comunitários de saúde);
- Não existe um plano de formação contínua e um mecanismo de monitorização do pessoal formado;
- Não existem TdR para os pontos focais do SIVE (áreas sanitárias);
- Insuficiência na tomada em consideração do género na distribuição dos recursos humanos: a grande maioria dos gestores do SIVE a nível regional são homens (9/11), a nível central, de uma força de trabalho de 24, há apenas 7 mulheres

⁴ PRS 2017

⁵ PNDRH 2023-2032

⁶ Relatório de avaliação conjunta de 2019

4.3. Aproveitamento, qualidade das vacinas e logística

O país é abastecido com vacinas e consumíveis através do UNICEF. As necessidades são estimadas anualmente a nível central, utilizando a ferramenta de previsão do UNICEF (Forecast) e o SMT é utilizado para a gestão de vacinas e consumíveis a nível central. O país está em processo de implementação do SMT a nível regional. Foi desenvolvido um plano de extensão da cadeia de frio (CDF). Todos as DRS possuem cadeia de frio funcional, o mesmo vale para as áreas sanitárias. A capacidade de armazenamento é suficiente em todos os níveis. Em 2018 foi desenvolvido um plano de manutenção dos equipamentos da cadeia de frio.

Existem deficiências no sistema de abastecimento e na cadeia de frio:

- A pontuação geral do Gestao Eficaz de Vacina (GEV) foi de 67% de acordo com a avaliação de 2019;
- Não existem procedimentos operacionais padrão (POPs) para a gestão de vacinas;
- O abastecimento dos depósitos regionais não é feito pelo nível central, nem o abastecimento das áreas sanitárias pelo nível regional (PUSH-PUSH), o que afecta a disponibilidade de vacinas ao nível operacional;
- Certas áreas sanitárias nas regiões de Tombali , Cacheu , Gabu , e em regiões insulares são de difícil acesso para o fornecimento de vacinas devido à falta de meios de transporte adequados (botes, drones, etc.);
- Os atrasos no abastecimento do armazém central são uma das causas da rotura de vacinas no terreno;
- A gestão insuficiente das vacinas leva por vezes à expiração das doses das vacinas ⁷ e a rutura de vacinas é frequentemente registada a nível operacional;
- O sistema de gestão electrónica (SMT) ainda não está implementado a nível regional;
- Os inventários físicos do equipamento da cadeia de frio, da logística e meios rolantes, das vacinas e dos consumíveis não são realizados regularmente, assim como a supervisão da formação dos técnicos no terreno na gestão de vacinas;
- Os indicadores de congelamento não são utilizados durante o transporte de vacinas do nível central para as regiões e das regiões para os centros de saúde;
- Até o momento, apenas algumas CdFs possuem um dispositivo de monitoramento de temperatura a distância;
- Os armazéns secos são inadequados a nível regional para armazenamento de insumos e não estão equipados com dispositivos de combate a incêndio (extintores);
- As vacinas e os consumíveis não estão cobertos por garantia de seguro de riscos;
- Existem desafios na manutenção da CdF e da logística móvel;
- A gestão dos resíduos provenientes da vacinação continua a ser insuficiente devido à falta de incineradores e à má implementação da política de gestão de resíduos.

4.4. Prestação de Serviços

- As populações-alvo do SIVE são crianças de 0 a 23 meses e gestantes. Os antigêneos utilizados no SIVE são a vacina Bacille Calmette-Guérin (BCG), a vacina pentavalente (DTP-Hep B-Hib), a vacina oral contra a poliomielite (OPV), a vacina inativada contra a

⁷ Relatório GEV 2019

poliomielite (VPI), a vacina contra o sarampo, a vacina contra o rotavírus, vacina meningocócica A (MenA), vacina contra febre amarela e vacina contra tétano e difteria (Td) (ver apêndice para calendário de vacinação). As principais estratégias de vacinação implementadas são a estratégia fixa, a estratégia avançada e a estratégia móvel. A estratégia zero dose foi desenvolvida e está em fase piloto.

➤ **Oferta de serviços de vacinação**

- A acessibilidade geográfica a uma estrutura de cuidados de saúde continua baixa: 66% da população vive a mais de 5 km de uma unidade de saúde. Existem áreas sanitárias onde a população reside a mais de 30 km da unidade de saúde ⁸.
- Existem regiões de difícil acesso como: Bafatá, Cacheu, Gabú, Quinara, Tombali e regiões insulares como Bolama e Bijagós com áreas sanitárias de difícil acesso;
- Alguns hospitais públicos não oferecem serviços de vacinação e apenas uma pequena proporção de centros de saúde privado oferece;
- A implementação de estratégias de vacinação não é a ideal: em 2023, a taxa de implementação de estratégias avançadas foi de 23%, enquanto as estratégias móveis foram de 1%. Os obstáculos são principalmente a insuficiência de pessoal, a falta de motivação, a ausência e o atraso na transferência de fundos a nível operacional e a falta de meios de transporte.
- A rutura de vacinas nos locais de vacinação constitui a principal causa de não vacinação (37% dos motivos de não vacinação de acordo com o ICV 2023) ⁹;
- As zero doses não estão claramente mapeadas em todo o país e as estratégias para alcançá-las são insuficientemente implementadas;
- Não estão disponíveis procedimentos claros para a vacinação tardia (recuperação);
- A procura dos perdidos no seguimento não é sistemática em todas as áreas da saúde;
- Há oportunidades perdidas de vacinação relacionadas com vacinas multidosas que só são oferecidas em dias específicos na maioria dos centros de saúde;
- Longo tempo de espera, longa distância e não cumprimento de consultas por parte dos prestadores são citados entre os motivos para a não vacinação ¹⁰.

➤ **Género e equidade na imunização**

- Populações dispersas, nómadas, migrantes, populações em áreas urbanas e periurbanas foram identificadas como mal servidas por serviços de vacinação ¹¹, mas as estratégias para as cobrir são insuficientes;
- A análise da cobertura vacinal mostra disparidades entre as regiões sanitárias. De acordo com o ICV 2023, a CV, as regiões de SAB, Bafatá, Bijagós e Boloma atingiram mais de 90% de CV no Penta 3 enquanto as regiões de Tombali, Gabú e Farim registam a cobertura mais baixa, 78%, 79% e 80% respetivamente;
- Cobertura vacinal e características sociodemográficas: segundo dados do inquérito, não existe diferença significativa na cobertura vacinal entre o **sexo da criança, o nível de**

⁸ Relatório de análise de dose zero 2022

⁹ Relatório ECV 2023

¹⁰ Relatório da pesquisa sociocomportamental de 2018

¹¹ Relatório de análise de património 2018

riqueza e local de residência ¹². Contudo, o **nível de escolaridade** das mães influencia a cobertura vacinal (a CV no Penta 3 foi de 91,7% entre as mães com alto nível de escolaridade comparado com 81,1% entre as mães sem nível de escolaridade).

- **Obstáculos relacionados com o género** (baixo poder económico e de tomada de decisão das mulheres) existem na Guiné-Bissau e têm impacto na procura de serviços de vacinação. Na verdade, a falta de poder de decisão da mãe, a falta de meios de transporte e de dinheiro são comumente citadas entre as razões para a não vacinação.¹³
- Além disso, a incompatibilidade entre os horários dos serviços de vacinação e as ocupações de determinadas mães foram citados entre os motivos da baixa procura pela vacinação.
- Os profissionais de saúde não são formados para ter em conta o género na prestação de serviços.
 - **Ciclo de vida e integração de serviços**
 - O programa de vacinação introduziu a segunda dose da vacina contra o sarampo em 2023, o que permitiu a extensão do calendário vacinal em crianças dos 11 aos 23 meses.
 - No entanto, não estão disponíveis procedimentos claros para a vacinação tardia
 - Também o atual SIVE não considera crianças maiores de dois anos, adolescentes, adultos, idosos e trabalhadores, bem como viajantes.
 - A integração dos serviços de vacinação com outras actividades de cuidados de saúde primários (nutrição, saúde sexual e reprodutiva, etc.) é insuficiente, o que conduz à perda de oportunidades de vacinação.
 - As políticas para promover a integração dos serviços no contexto dos cuidados primários de saúde não estão suficientemente implementadas.
 - **Introdução de novas vacinas.**
 - De 2018 a 2023, o país introduziu a vacina MenA e a segunda dose da vacina contra o sarampo. Por outro lado, a vacina contra o HPV planeada no PPAc 2018-2022 não pôde ser introduzida.
 - Após a pandemia de Covid-19, o país introduziu a vacina contra o coronavírus (COVID 19) a população de 18 anos e mais.
 - Estas introduções continuam a ser insuficientes dado o contexto epidemiológico do país e a disponibilidade de vacinas a nível internacional.
 - **Atividades adicionais de vacinação**
 - Semanas de vacinação acelerada são organizadas regularmente pelo SIVE.
 - Entre 2018 e 2022, o país organizou campanhas nacionais de vacinação contra o sarampo e a poliomielite.
 - Em 2023, foi organizada uma campanha de recuperação com a MenA em benefício das crianças de 1 aos 7 anos e foram realizadas várias campanhas de resposta entre 2021 e 2023 no âmbito da luta contra a COVID-19.
 - Contudo, os relatórios das diversas campanhas nem sempre estão disponíveis, as avaliações pós-campanha nem sempre foram realizadas e os objectivos de cobertura nem sempre são

¹² Relatório da pesquisa MICS 2019

¹³ Relatório da pesquisa sociocomportamental de 2018

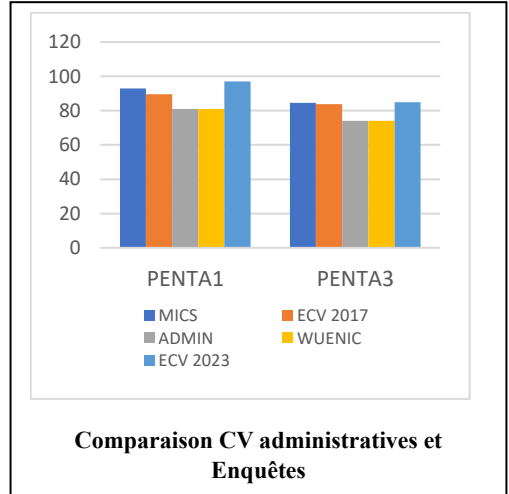
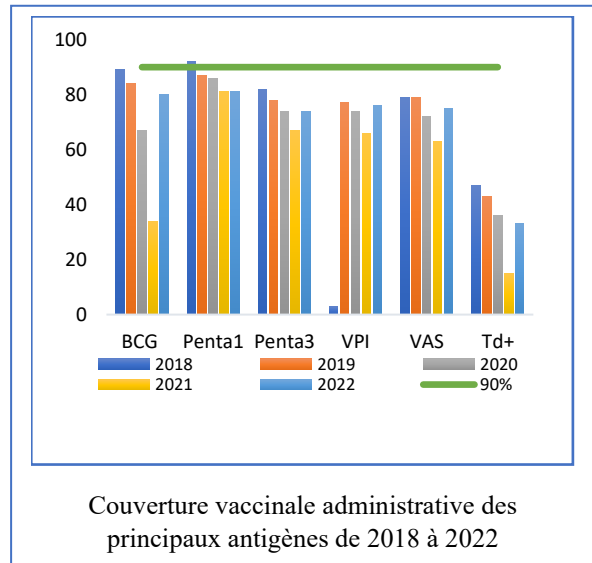
alcançados. Além disso, as campanhas contra o tétano e a febre amarela previstas no PPAc não foram realizadas.

4.5. Cobertura vacinal e sistema de informação em saúde

O país utiliza o DHIS2 a nível central e regional para a gestão de dados de vacinação. Notamos uma boa completação dos relatórios de vacinação (100%), uma atualização regular das ferramentas de gestão de dados e a utilização da ferramenta ODK especialmente durante AVS. Também existe um painel a nível central para monitorizar tendências.

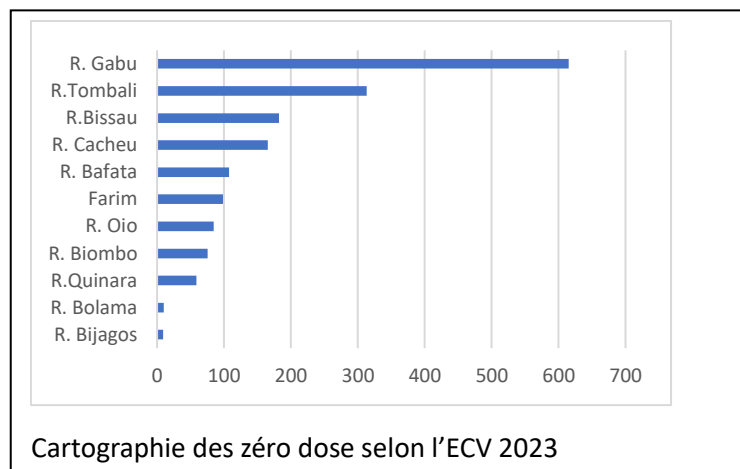
A análise da cobertura vacinal nos últimos 5 anos (2018-2022) constata:

- Nenhum antigénio atingiu a meta de cobertura de 90% estabelecida no PPAc .
- A cobertura administrativa registou um declínio para todos os antigénios entre 2018 e 2021, com um declínio muito maior em 2021 ligado, em parte, à pandemia de COVID-19.
- O número de zero dose e de pessoas subvacinadas aumentou entre 2018 e 2022, passando de 8% para 19% para zero dose e de 18% para 26% para pessoas subvacinadas.
- A cobertura vacinal contra o sarampo permaneceu consistentemente baixa, abaixo de 80% durante o período, o que poderia explicar a ocorrência de surtos de sarampo.
- A cobertura de Td2+ é particularmente baixa e manteve-se abaixo de 50% nos últimos 5 anos, exigindo medidas vigorosas.
- A baixa cobertura vacinal contra o sarampo foi confirmada pelo ICV de 2023 que registou uma CV de 66% para VAS1 e apenas a região de Bolama atingiu 80%.
- De acordo com o ICV 2023, a CV no Penta 3 é de 85%. Estes resultados do ICV corroboram os resultados do inquérito MICS de 2019, que aponta uma cobertura de 84,5% para o penta3.
- **A qualidade dos dados continua a ser uma preocupação** : os dados provenientes de diferentes fontes são frequentemente discordantes e suscitam preocupações quanto à sua fiabilidade. Isto não permite a identificação correta de zero doses. Os resultados dos inquéritos apontam uma cobertura vacinal superior aos dados administrativos e WUENIC. Assim, o ICV de 2023 registou uma CV de 97% para Penta 1 e 85% para Penta 3 em comparação com uma CV administrativa de 81% para Penta 1 e 74% para Penta3 em 2022, uma diferença de 16 pontos (penta 1) e 11 pontos (penta 3). Esta mesma tendência é observada com o ICV 2017 e o MICS 2018-2019.



- Para além da **utilização inicial, existe sobretudo um problema de utilização continuada** dos serviços. Com efeito, de acordo com o ICV 2023, a proporção de crianças totalmente vacinadas antes do primeiro ano de vida foi de 16%. As taxas de abandono permanecem elevadas, com 12% entre Penta1 e Penta 3 (3,5% em Bijagós para mais de 14% nas regiões de Gabú, Tombali, Farim, Quinara e Oio). Esta taxa foi de 32% a nível nacional entre Penta 3 e VAS1 e foi superior em algumas regiões (Tombali, Quinara, Farim com mais de 40%).¹⁴
- **Ainda em termos de gestão de dados, nota-se as seguintes lacunas:**
 - A tomada de decisões quando a cobertura é baixa não é sistémica em todas as regiões, tal como a análise de dados com os agentes.
 - A triangulação de dados administrativos com outras fontes de dados não é sistemática para a tomada de decisões
 - A gestão de dados não é informatizada no nível periférico
 - A harmonização de dados e validações regulares não são realizadas
 - Os dados sobre doses zero não são especificamente recolhidos e processados no sistema de monitorização de vacinação de rotina.
 - Falta de integração de indicadores de comunicação e MAPI no relatório mensal de vacinação de rotina e no DHIS2
 - aplicativos Kobo Colett e ODK para coletar dados de vacinação de rotina
 - A integralidade dos dados é satisfatória, mas a atualidade permanece baixa em 2021 e 2022
- **Mapeamento de zero dose conforme ICV 2023**

A região de Gabú regista o maior número de crianças zero dose, seguida pela região de Tombali, SAB e Cacheu. Estas 4 regiões concentram mais de 60% das zero dose. O que corrobora a ideia de que as zero dose estão localizadas principalmente nas grandes cidades. As regiões insulares registam os números mais baixos de zero dose.



4.6. Vigilância de DEV, MAPI, preparação e resposta a epidemias ligadas a DEV

A vigilância das DEV é realizada pela DSIVE em colaboração com o serviço de vigilância epidemiológica do INASA. Existem comités da poliomielite como parte da erradicação da poliomielite. O país foi certificado como Livre da Poliomielite desde 2019 e eliminou o TNN em 2012. Todas as DRS possuem um gestor responsável pela vigilância. As diretrizes são desenvolvidas e disponibilizadas às partes interessadas. A terceira edição de guia técnico de VIDR foi atualizada, a ferramenta ODK foi introduzida na supervisão e monitoramento de casos

¹⁴ Relatório ICV 2023

de DEV. Os COES (Centros Operacionais de Emergência em Saúde) foram criados a nível central e regional e existe um comité de peritos de MAPI.

Existe fraco funcionamento no sistema de vigilância DEV:

- Surtos de sarampo e poliomielite (cVDPV2) ocorreram em 2021 e 2022;
- Certos indicadores importantes de vigilância não são alcançados (taxa de adequação das fezes, tempo de transmissão, etc.);
- Um aumento no número de casos de rubéola (1 em 2021, 33 em 2022, 255 em 2023);
- Há subnotificação de determinados DEV como TNN...;
- Fragilidade na busca ativa de casos de DEV e outras potenciais epidemias e não funcionamento de locais/postos prioritários de vigilância;
- O fraco domínio dos técnicos e demais atores nas definições de casos suspeitos de doenças imunopreveníveis (DEV) e outras;
- Insuficiência no preenchimento e utilização de instrumentos de acompanhamento (fichas de declaração, inquérito, diário de bordo, produção de relatórios, etc.)
- Atrasos na transmissão de determinados dados de vigilância
- Fraca colaboração institucional entre o LNISP, CESC/INASA e DSIVE e fraca coordenação interministerial no contexto da vigilância;
- São observadas roturas nos kits de recolha e transporte de amostras;
- A rede nacional de laboratórios não é operacional, porque se constata deficiência ao nível do laboratório de referência do INASA e dos laboratórios regionais (falta de recursos humanos, equipamentos e reagentes, etc.);
- Insuficiência de meios de transporte e financiamento para atividades de supervisão a nível operacional e para o transporte de amostras recolhidas do nível descentralizado para os laboratórios do INASA;
- A não funcionalidade da vigilância ambiental;
- A fraca funcionalidade da vigilância nos pontos de entrada e da vigilância comunitária;
- O fraco funcionamento do COES (central e Regional);
- A análise de risco do sarampo não é realizada para realizar campanhas preventivas
- Subnotificação de casos de MAPI;
- O feedback sobre as MAPI não é sistemático e a comunicação com os meios de comunicação sobre as MAPI é insuficiente numa base rotineira.

4.7. Geração de demanda e engajamento

Para gerar procura pela vacinação, o PAV criou um departamento responsável pela comunicação e foi desenvolvido um plano estratégico de comunicação para o período 2018-2022. A implementação das atividades de comunicação é feita em colaboração com o INASA. A nível regional, existem pontos focais de comunicação e agentes de saúde comunitário em todas as localidades que apoiam a implementação de atividades de comunicação a nível comunitário. Existe um contrato de colaboração com empresas de telecomunicação móvel que promovem atividades de vacinação durante as campanhas.

No entanto, existem várias deficiências em termos de geração de procura e envolvimento das partes interessadas:

- A fraca colaboração entre estruturas de comunicação (INASA, SIVE, MCS, UNICEF, PLAN e OMS);
- A fraca implementação do plano estratégico de comunicação 2018-2022;
- Financiamento insuficiente para atividades de comunicação e pouca importância dada à comunicação nos planos e políticas a favor da vacinação;
- O desempenho dos pontos focais de comunicação a nível operacional continua fraco;
- A ausência de um cargo específico de comunicação na organigrama das DRS;
- A comunicação interpessoal é insuficiente durante as sessões de vacinação;
- Não existe nenhum mecanismo para recolher e processar sistematicamente rumores sobre a vacinação de rotina;
- Competências insuficientes dos atores de comunicação para a mudança social e comportamental a nível operacional;
- A baixa utilização dos meios de comunicação social e das TIC para comunicar com as populações sobre a vacinação de rotina;
- Há falta de confiança de alguns utentes nos serviços de vacinação: dúvidas sobre a eficácia das vacinas, as vacinas fazem adoecer as crianças e alguns pais não vacinam os seus filhos por medo dos efeitos secundários ¹⁵;
- Apenas 54% dos pais de crianças estão satisfeitos com os serviços de vacinação ¹⁶, segundo avaliação do PEC 2018-2022, nota-se um alto nível de insatisfação entre as mães (65%);
- Má recepção nos serviços de saúde: nível muito baixo de aceitabilidade dos profissionais de saúde pelos usuários, motivado por falta de profissionalismo, atitudes agressivas, pouca paciência, julgamento de valor, ¹⁷etc.
- A fragilidade do mecanismo de monitorização e avaliação das actividades de comunicação e geração de procura de vacinação;
- A produção de dados sociais e qualitativos no domínio da vacinação e a capitalização de inovações em termos de geração de procura continuam fracas;
- O envolvimento da comunidade, das autoridades locais e da sociedade civil nas atividades de vacinação de rotina a nível operacional continua baixo;
- Constrangimentos socioculturais como a falta de poder de decisão da mãe e a necessidade de obter autorização do pai são citados entre as razões para a não vacinação;
- O baixo nível de conhecimento de determinadas populações/comunidades sobre vacinação;
- Dificuldades de acesso (contato) de técnicos e ASCs com populações em áreas urbanas (universitárias, com recursos e prósperas financeiramente), emigrantes, imigrantes, pescadores, criadores e nômades;
- A fraca representação das mulheres como ASC e a fraca participação do pai nas atividades de vacinação infantil;

¹⁵ Pesquisa sociocomportamental 2018

¹⁶ Relatório de revisão da PEV de 2017

¹⁷ PNDRH 2023-2032

4.8. Pesquisa e inovações

No seio do Ministério da Saúde existe uma estrutura responsável pela investigação. Foi criado um Grupo Técnico Consultivo para a Vacinação (GTCV) para orientar a tomada de decisões sobre vacinação com base em evidências científicas.

Em termos de inovações, destacamos a utilização de novas tecnologias através do estabelecimento de um dashboard para monitorização de indicadores da utilização de plataforma ODK e Kobo Collect na gestão e monitorização de dados.

No entanto, existem lacunas na investigação e inovação em imunização. Estes incluem, entre outros:

- O fraco desenvolvimento da investigação operacional (investigação-ação);
- A fraca colaboração entre o SIVE, as escolas de formação e as estruturas de investigação;
- Competências de investigação insuficientes das partes interessadas a todos os níveis;
- A ausência de um quadro para capitalizar e promover boas práticas no domínio da vacinação;
- Promoção insuficiente do uso de evidências para a tomada de decisões;
- A baixa qualificação dos profissionais na área das TIC;
- A falta de inovação no transporte de vacinas, nomeadamente em zonas insulares e na monitorização da temperatura dos equipamentos da cadeia de frio.

4.9. Análise de financiamento

4.9.1. Financiamento da saúde

De 2016 a 2021, o orçamento da saúde situou-se entre 4,20% e 9,63% do orçamento geral do Estado. Este valor está longe dos 15% retidos como parte do compromisso de Abuja em 2001. A despesa anual per capita com saúde permanece abaixo do padrão da CUS de 112 dólares, necessário para alcançar o ODS3 da Agenda 2030.

A contribuição do governo para os gastos totais com saúde foi constante entre 2018 e 2019, mas em 2020, devido à pandemia da COVID-19, a contribuição do estado aumentou nas ações de prevenção e controle.

A contribuição das famílias para o financiamento da saúde continua elevada (69% em 2018, 72% em 2019, 58% em 2020), o que representa riscos financeiros e agrava o nível de pobreza. Há uma tendência de priorizar os cuidados curativos em detrimento dos cuidados preventivos. Com efeito, a proporção da despesa total com saúde em 2018, 2019 e 2020 foi, respetivamente, de 15%, 13% e 21% para cuidados preventivos, em comparação com 25%, 23% e 25% para cuidados curativos. Os gastos com cuidados preventivos, como nutrição, planeamento familiar e vacinação, são baixos. Para a vacinação foram 7,3% em 2018, 6% em 2019, 4,9% em 2020 e 2,1% em 2021.

A Guiné-Bissau depende principalmente de financiamento externo para a saúde pública, com pouco investimento interno. Segundo o Banco Mundial, de 2010 a 2017, a parcela dos gastos públicos em saúde financiados por investimentos externos aumentou de 68 para 70%.

A maior parte da despesa pública em saúde é atribuída ao governo central, reflectindo a fraca descentralização do sistema de saúde. Entre 2010 e 2020, a parcela dos gastos com saúde pública atribuída ao governo central aumentou de 71% para 94%¹⁸.

¹⁸ Relatório da conta de saúde 2018-2021

4.9.2. Financiamento de vacinação

O compromisso das autoridades com a vacinação resultou na criação de uma rubrica orçamental dedicada à compra de vacinas tradicionais e co-financiadas. Este orçamento teve um aumento gradual, passando de 83.069.510 FCFA em 2018 para 150.000.000 FCFA em 2022.

Este montante para 2022 representou aproximadamente 22% do montante global destinado à vacinação e 0,6% do orçamento total da saúde.

Os principais parceiros que financiam o SIVE são a GAVI, a OMS e a UNICEF, Fundação Bill Melinda Gates, PLAN-Internacional que apoiam aproximadamente 80% das atividades operacionais do SIVE. Outros parceiros como o Banco Mundial, a CDC África e o Rotary Club também estão envolvidos na vacinação.

Os principais obstáculos ao financiamento da vacinação são:

- A rubrica orçamental não tem em conta as atividades operacionais;
- Atrasos nas transferências do Estado no âmbito do co-financiamento de novas e vacinas subutilizadas causando rotura de vacinas a nível nacional;
- Atrasos na transferência de fundos para o nível operacional e na implementação de atividades;
- Atrasos na justificação dos fundos utilizados para actividades de vacinação conduzem frequentemente ao bloqueio da conta do Ministério;
- Há pouca mobilização de recursos endógenos em benefício da vacinação;
- Fraca absorção (atraso no desembolso) de fundos da Gavi, especialmente do RSS2
- Os recursos financeiros continuam a ser insuficientes para a correta implementação de estratégias avançadas e móveis;
- Várias atividades definidas no PPAC não receberam financiamento;
- Os planos de ação em determinadas regiões não estão orçamentados e portanto limitam o seu financiamento (8/11 regiões sem um plano orçamentado de acordo com a revisão do SIVE de 2017);
- A ausência de relatório financeiro periódico ao nível da DSIVE;
- Fundos insuficientes para financiar os custos associados à procura ativa de zero dose para crianças nas comunidades;
- Falta de capacitação de técnicos administrativos na gestão financeira de fundos;
- Não aprovação de manuais de procedimentos de gestão administrativa, financeira e contabilística;
- Atraso na preparação e envio de relatórios financeiros semestrais ou anuais ao MINSAP e DSIVE;
- Falta de envolvimento do MINSAP, MEPIR, MINFIN e parceiros na planificação, previsão, orçamentação e aquisição de vacinas no país.

4.10. Principais desafios do SIVE

No final da análise da situação do SIVE, emergem os seguintes desafios principais:

1. A sustentabilidade do financiamento da vacinação, especialmente a mobilização de recursos endógenos;
2. Otimização da utilização dos recursos financeiros mobilizados;
3. Reforço da liderança, gestão e a coordenação de programas nos cuidados de saúde primários a todos os níveis;
4. Reforço da força de trabalho e as capacidades dos recursos humanos no domínio da vacinação;
5. O desenvolvimento de estratégias inovadoras diferenciadas para alcançar as crianças zero dose, as comunidades subvacinadas e não vacinadas;
6. A integração da vacinação com outras componentes dos cuidados de saúde primários, incluindo a vacinação contra a Covid-19;
7. Aceleração da introdução de novas vacinas no SIVE;
8. Otimização do sistema de abastecimento e gestão de resíduos;
9. Aumento da procura de vacinação e envolvimento das partes interessadas;
10. Melhoria do sistema de informação e a qualidade dos dados através das NTIC;
11. Reforço das capacidades de vigilância e resposta às epidemias de DEV;
12. Promoção da investigação e a inovação no domínio da vacinação.

V. Quadro estratégico da ENV

5.1. Fundações e princípios

A estratégia nacional de vacinação 2024-2028 baseia-se no Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde (PNDS) 2023-2028, na estratégia regional africana para a vacinação 2021-2030 e na Agenda de Imunização 2030.

Os princípios para a implementação da ENV são os mesmos estabelecidos pela AI 2030, nomeadamente: **centrado nas pessoas, apropriação do país, baseado em parcerias e orientado por dados.**

5.2. Visão

A visão da estratégia nacional de vacinação 2024-2028 é a seguinte: **um sistema de imunização eficiente, equitativo e integrado que não deixe ninguém para trás, independentemente da sua idade e localização na Guiné-Bissau até 2030.**

5.3. Meta/objetivo geral

A ENV 2024-2028 visa contribuir para a redução da morbidade e mortalidade associada a doenças imunopreveníveis entre a população da Guiné-Bissau e alcançar a cobertura universal de saúde até 2028.

5.4. Eixos estratégicos

Os principais eixos estratégicos da ENV são:

- **Eixo 1:** Governação e financiamento do sistema de imunização
- **Eixo 2:** Sistema de aprovisionamento, qualidade, logística e gestão de resíduos
- **Eixo 3:** Prestação de serviços, equidade e sistema de informação
- **Eixo 4:** Vigilância de DEV e MAPI, preparação e resposta a situações de emergência vinculadas a DEV
- **Eixo 5:** Geração de demanda e envolvimento das partes interessadas
- **Eixo 6:** Investigação e inovação

5.5. Prioridades, objetivos, estratégias e ações prioritárias

Eixo 1: Governação e financiamento do sistema de vacinação

Objetivos específicos	Estratégias	Principais intervenções/Ações prioritárias	Nível de prioridade
Prioridade Estratégica 1: Reforçar e manter uma forte liderança, gestão e coordenação do programa de imunização a todos os níveis			
1.1. Melhorar a disponibilidade e utilização de documentos sobre políticas e padrões de imunização até 2028	<ul style="list-style-type: none"> Aprovação de documentos de vacinação Atualização, envio, reprodução e distribuição de documentos Formação técnica 	Atualizar, aprovar o documento da política nacional de vacinação e a lei de vacinação e informar as partes interessadas	E
		Elaborar o documento de normas sobre vacinação e formar técnicos	E
		Reproduzir e divulgar o documento da política nacional de imunização, a estratégia nacional de imunização e as normas a todos os níveis	E
1.2. Realizar pelo menos 90% das reuniões estatutárias e de coordenação do programa dentro do prazo em todos os níveis de 2024 a 2028	<ul style="list-style-type: none"> Organização regular de reuniões Fortalecimento aa conscientização dos membros Atualização e validação do plano de ação do GTCV Mobilização de recursos 	Avaliar o funcionamento dos comités do CCIA e da poliomielite (CNC, CNEP e GTCV) e divulgar os documentos dos diferentes comités	M
		Organizar reuniões regulares dos vários comités de acordo com o calendário estabelecido (CCIA, Comités da Poliomielite, CTV, etc.)	E
		Reativar as Comissões de Coordenação do Setor da Saúde (CCSS) a todos os níveis (central, regional e áreas sanitárias) para apoiar a vacinação	M
		Validar e implementar o plano de ação do GTCV	E
1.3. Aumentar as capacidades de planificação, monitorização e avaliação das atividades do programa a todos os níveis até 2028	<ul style="list-style-type: none"> Supervisão formativa Avaliação a meio percurso e final do plano Desenvolvimento de um plano de monitoramento e avaliação Instalação e manutenção de equipamentos Fortalecendo a comunicação entre os níveis Capacitação de técnicos 	Realizar regularmente supervisão formativa de qualidade nas estruturas sanitárias que prestam serviços de vacinação e DRS	E
		Realizar reuniões mensais para avaliar as atividades ao nível do DRS com foco na vacinação com participação trimestral do nível central	E
		Desenvolver um plano de monitoramento e avaliação para as atividades do programa	M
		Realizar a revisão externa do programa e as avaliações a meio percurso e finais da ENV	E
		Reforçar as capacidades dos técnicos na planificação e monitorização e avaliação baseados em resultados	E
		Preparar relatórios de progresso a cada seis meses	E
		Adquirir equipamento informático (LAPTOP), disco externo e antivírus) para benefício das partes interessadas da DSIVE e pontos focais regionais e fornecer às partes interessadas créditos de comunicação a todos os níveis	E
Prioridade estratégica 2: Garantir a disponibilidade de pessoal de saúde adequado, eficiente e motivado para serviços de vacinação de qualidade			
2.1. Até 2028, pelo menos 80% das estruturas de	<ul style="list-style-type: none"> Apelo para recrutamento 	Advocacia junto das autoridades competentes para a cedência de técnicos e recrutamento de trabalhadores contratados	E

Objetivos específicos	Estratégias	Principais intervenções/Ações prioritárias	Nível de prioridade
saúde envolvidas na vacinação a todos os níveis terão técnicos adequados e motivados para a vacinação	<ul style="list-style-type: none"> Identificação de necessidades e perfil em falta Advocacia ao mais alto nível para a aprovação e implementação eficaz da política de fidelização do pessoal Motivação dos atores Supervisão e formação contínua Formação de professores 	Definir as necessidades de RH e submetê-las à Direção de Recursos Humanos e Serviços de Administração de Saúde (DSRHAS)	E
		Formar os técnicos em todos os níveis em módulos MLM e informar os novos técnicos antes de sua integração em campo e desenvolver um plano de educação contínua	E
		Implementar medidas de incentivo em benefício dos stakeholders (FBR)	E
		Rever as circulares de formação de técnicos de saúde em colaboração com o Ministério da Educação	E
		Formar professores de diferentes instituições de ensino secundário e superior em medicina e enfermagem sobre vacinação	M
		Reforçar as capacidades dos técnicos DSIVE em epidemiologia de campo, vacinologia e línguas internacionais (francês e inglês)	E
		Criar uma plataforma digital de educação e desenvolver um plano de formação contínua	M
Prioridade Estratégica 3: Garantir a sustentabilidade do fornecimento de vacinas e o financiamento sustentável do programa de imunização			
4.1 . Aumentar a mobilização de recursos financeiros no país até 2028 do governo e parceiros	<ul style="list-style-type: none"> Advocacia ao mais alto nível, ANP, Governo (MINSAP, MF E MEPIR) Advocacia com parceiros internos e externos do setor privado Disponibilização atempada de recursos estatais para co-financiamento e compra de vacinas tradicionais 	Criar um comité multisectorial que integre o MINSAP, MF, MEPIR e parceiros para monitorização, planificação e orçamentação das necessidades de vacinação	E
		Organizar reuniões de advocacia para aumentar o orçamento atribuído à vacinação	E
		Reforçar o envolvimento dos membros do CCIA e outros parceiros na mobilização de recursos para o financiamento de atividades de vacinação	E
		Desenvolver um documento de advocacia e reforçar as capacidades dos Recursos Humanos em termos de estratégia de advocacia e mobilização de recursos	M
		Reforçar o seguimento do processo de desembolso de fundos do Estado no âmbito do co-financiamento e aquisição de vacinas tradicionais	E
		Finalizar o Plano Operacional Regional (POR), proposto no Apelo à Ação do Fórum de Cuidados Primários de Saúde	M
4.2. Aumentar o financiamento para a imunização a partir de recursos internos e alcançar regularmente crianças com dose zero e subvacinadas até 2028	<ul style="list-style-type: none"> Advocacia ao mais alto nível, ANP, Governo Contribuição comunitária através de receitas nas estruturas de saúde 	Advogar junto ao governo para criação de uma rubrica orçamental para os custos operacionais da vacinação no orçamento do MINSAP	E
		Desenvolver directrizes e instrumentos para a utilização de fundos comunitários para investigação de crianças zero doses e criar comités de gestão nas áreas sanitárias	M
		Organizar uma mesa redonda anual para a mobilização de recursos para o financiamento da vacinação (a ser integrada na mesa redonda para o financiamento do PNDS)	E

Objetivos específicos	Estratégias	Principais intervenções/Ações prioritárias	Nível de prioridade
4.3. Aumentar a capacidade de absorção (utilização) dos fundos mobilizados dos parceiros	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melhor gestão dos fundos dos parceiros 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Descentralizar a conta única do MINSAP e criar uma conta para o SIVE 	E
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aprovar o manual de procedimentos administrativos e financeiros e reforçar as capacidades dos técnicos administrativos na gestão financeira 	E
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reforçar o seguimento dos justificativos das atividades realizadas 	E

Eixo 2: Sistema de aprovisionamento, qualidade das vacinas, logística e gestão de resíduos

Objetivos específicos	Estratégias	Principais intervenções/Ações prioritárias	Nível de prioridade
Prioridade Estratégica 4: Reforçar as capacidades da cadeia de abastecimento para garantir que vacinas e insumos de qualidade estejam sempre disponíveis em quantidades suficientes a todos os níveis			
5.1. Até 2028, aumentar a pontuação geral do GEV de 67 % para pelo menos 80%	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimento das habilidades técnicas • Preparação de documentos • Definição do SMT a nível regional e versão online na fase piloto • Aquisição de equipamento informático • Fortalecimento de rastreamento do fornecimento • Reativação do sistema PUSH • Supervisão de apoio • Manutenção de Equipamento • Monitoramento remoto da temperatura do CDF • Construção /reabilitação de depósitos de vacinas 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver e implementar procedimentos operacionais padrão (POPs) para gestão de vacinas 	E
		<ul style="list-style-type: none"> • Treinar os pontos focais do SIVE em gestão eficaz de vacinas e formar logísticos em LOGIVAC e manutenção de equipamentos CDF 	E
		<ul style="list-style-type: none"> • Implementar o SMT a nível regional e configurar a versão online do SMT na fase piloto ou outra ferramenta de gestão online 	E
		<ul style="list-style-type: none"> • Forecast a cada ano e realizar regularmente a avaliação GEV 	E
		<ul style="list-style-type: none"> • Operacionalizar o grupo logístico para melhor monitoramento dos suprimentos 	M
		<ul style="list-style-type: none"> • Reativar o sistema PUSH (transporte de vacinas do nível central para as regiões e das regiões para os AS) 	E
		<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar as competências dos técnicos centrais e regionais em manutenção corretiva e dos técnicos AS em manutenção preventiva de CDF 	M
		<ul style="list-style-type: none"> • Atualizar o plano de manutenção e garantir a sua implementação 	M
		<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir dispositivos de monitorização de temperatura CDF e extintores de incêndio para o nível central e regional e formar as partes interessadas na sua utilização 	E
5.2. Garantir a aquisição de 100% das vacinas tradicionais e cofinanciadas em benefício do programa	<ul style="list-style-type: none"> • Compra de vacinas tradicionais • Cofinanciamento de novas vacinas 	<ul style="list-style-type: none"> • Construir um modelo padrão de depósitos do SIVE adaptados para o armazenamento de vacinas e consumíveis a nível central e regional 	E
		<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir quantidades suficientes de todas as vacinas introduzidas no programa (BCG, OPV, Penta, IPV, RR, VAA, HPV, etc.) 	E

Objetivos específicos	Estratégias	Principais intervenções/Ações prioritárias	Nível de prioridade
Prioridade Estratégica 6: Estabelecer mecanismos e infraestruturas para gerir, tratar e eliminar com segurança os resíduos de vacinação			
6.1. Garantir a eliminação de 100% dos resíduos da vacinação até 2028	<ul style="list-style-type: none"> Divulgação de orientações e documentos políticos sobre gestão de resíduos Instalação e manutenção de incineradores Disponibilidade de meios de transporte 	<ul style="list-style-type: none"> Divulgar o documento de orientação da política de gestão de resíduos e formar profissionais de saúde na sua utilização 	M
		<ul style="list-style-type: none"> Instalar e manter incineradores em depósitos regionais ou hospitalares 	E
		<ul style="list-style-type: none"> Construir locais de queimas ou buracos para resíduos em cada área sanitária 	E
		<ul style="list-style-type: none"> Garantir a logística reversa (coleta e transporte de caixas de segurança das áreas sanitárias para as regiões) 	E
Prioridade estratégica 7: Reforçar as capacidades operacionais (logísticas) das estruturas a todos os níveis para a implementação de atividades de vacinação			
7.1. Tornar os meios de transporte ideais para atividades de vacinação em todos os níveis até 2028	<ul style="list-style-type: none"> Aquisição de meios de transporte, Manutenção Combustível 	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer a logística rolante (veículos, motocicletas) nos níveis central, regional e da área sanitária para a implementação ideal das atividades de vacinação 	E
		<ul style="list-style-type: none"> Adquirir 4 botes de motor 4 tempo para transporte de vacinas, supervisão e distribuição de vacinas em zonas insulares 	E
		<ul style="list-style-type: none"> Adquirir um drone para transporte de vacinas (fase piloto) 	M
		<ul style="list-style-type: none"> Adquirir combustível para o funcionamento da DSIVE, regiões e áreas sanitárias e garantir a manutenção dos veículos a todos os níveis 	E

Eixo 3: Prestação de serviços, equidade e sistema de informação

Objetivos específicos	Estratégias	Principais intervenções/Ações prioritárias	Nível de prioridade
Prioridade Estratégica 8: Garantir serviços de vacinação eficazes, eficientes, resilientes e acessíveis para todos, independentemente da localização, idade, estatuto socioeconómico ou barreiras relacionadas com o género			
9.1. Alcançar pelo menos 90% de cobertura vacinal para todos os antígenos em nível nacional e pelo menos 80% em nível de cada região	<ul style="list-style-type: none"> Planificação correta das estratégias de vacinação (Fixo, Avançado, Móvel) Expansão dos serviços de imunização para alcançar regularmente crianças zero 	<ul style="list-style-type: none"> Envolver as comunidades (chefes de tabanca, líderes religiosos, ASC, OSC, OBCs) e autoridades administrativas locais na planificação de atividades de vacinação, a fim de adaptar os serviços às suas necessidades 	E
		<ul style="list-style-type: none"> Reforçar a implementação de estratégias fixas, avançadas e móveis em todos os locais de vacinação 	E
		<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer as capacidades dos técnicos na elaboração de microplanos baseado na equidade 	E

Objetivos específicos)	Estratégias	Principais intervenções/Ações prioritárias	Nível de prioridade
	<p>dose e comunidades subvacinadas</p> <ul style="list-style-type: none"> Fortalecimento da parceria com o setor privado, OSC, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver estratégias apropriadas para populações em áreas urbanas, celebridades e outras comunidades que estão relutantes em vacinar 	E
		<ul style="list-style-type: none"> Divulgar regularmente orientações técnicas sobre a gestão de frascos abertos multidoso, especialmente sobre taxas de perda. 	E
		<ul style="list-style-type: none"> Instalar serviços de vacinação em hospitais públicos e privados 	M
		<ul style="list-style-type: none"> Realizar um estudo para compreender as razões das altas taxas de abandono e fortalecer o monitoramento da situação vacinal em regiões com altas taxas de abandono 	M
		<ul style="list-style-type: none"> Organizar periodicamente semanas de aceleração, especialmente em áreas sanitárias com baixa cobertura vacinal 	E
9.2. Reduzir o número de crianças zero dose de 19% em 2022 para 5% até 2028	<ul style="list-style-type: none"> Identificação de crianças com dose zero Fortalecimento de estratégias fixas, avançadas e móveis a nível nacional Vacinação adicional Redução do raio médio de atuação (distância percorrida pela população em busca de vacina) 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar mapeamento de áreas de difícil acesso e comunidades desfavorecidas 	E
		<ul style="list-style-type: none"> Realizar trimestralmente dias intensivos de vacinação em áreas sanitárias com baixa cobertura (zero doses e alta subvacinação) 	E
		<ul style="list-style-type: none"> Expandir a implementação da estratégia de vacinação urbana para outras regiões 	E
		<ul style="list-style-type: none"> Contrato com ONGs/OSC/OBCs para o censo de crianças zero dose e monitoramento da situação vacinal em áreas sanitárias que carecem de RH 	E
		<ul style="list-style-type: none"> Realizar uma atualização regular sobre crianças zero dose e subvacinadas nas áreas sanitárias e em todo o país 	E
		<ul style="list-style-type: none"> Criar subpostos de vacinação adicionais em áreas sanitárias com raio médio de atuação superior a 5 km 	E
Prioridade estratégica 9: Acelerar a introdução de novas vacinas recomendadas e aumentar a cobertura vacinal no segundo ano de vida e além			
10.1. Introduzir pelo menos quatro (4) novas vacinas no SIVE até 2028	<ul style="list-style-type: none"> Preparação de documentos Mobilização de recursos 	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver e implementar planos para a introdução de novas vacinas (RR, HPV, MALÁRIA, HepB ao nascimento, IPV2, etc.) 	E
10.2. Aumentar a cobertura vacinal de Ag no segundo ano de vida e além	<ul style="list-style-type: none"> Preparação de documentos Mobilização de recursos 	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver e implementar directrizes de vacinação para o segundo ano de vida e seguintes (vacinação de recuperação, vacinação de reforço, etc.) tendo em conta a vacinação de viajantes, adultos, idosos, 	E
		<ul style="list-style-type: none"> Reforço da vacinação com Td em mulheres em idade fértil e antígenos do segundo ano de vida (RR) 	E

Objetivos específicos)	Estratégias	Principais intervenções/Ações prioritárias	Nível de prioridade
		<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver e implementar o plano de rotina de vacinação contra a COVID-19 Elaborar e apresentar o plano de aquisição da vacina antirrábica 	E
			E
Prioridade Estratégica 10: Estabelecer pontos de contacto integrados entre as intervenções de vacinação e outras intervenções nos cuidados de saúde primários.			
11.1 . Melhorar a integração das atividades de imunização com outras intervenções de saúde pública até 2028	<ul style="list-style-type: none"> Concertação entre programas Preparação de documentos Treinamento técnico 	<ul style="list-style-type: none"> Organizar reuniões regulares entre programas sobre a integração de atividades 	E
		<ul style="list-style-type: none"> Organizar encontros com o Ministério da Educação com vista ao desenvolvimento da estratégia de vacinação nas escolas 	E
		<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver e implementar diretrizes de integração e formar os técnicos em seu uso 	E
		<ul style="list-style-type: none"> Integrar sistematicamente outras intervenções nas campanhas de vacinação, tais como (suplementação e desparasitação, rastreio da desnutrição, etc.) e vice-versa 	E
		<ul style="list-style-type: none"> Reproduzir e disponibilizar aos intervenientes a caderneta única (mãe e filho) ao nível da estrutura de saúde 	M
Prioridade estratégica 11: Reforçar o sistema de informação sobre vacinação e promover a utilização de dados apropriados e de qualidade a todos os níveis.			
12.1. Aumentar o uso de novas tecnologias na gestão de dados a nível nacional de 25% para pelo menos 50% até 2028	<ul style="list-style-type: none"> Reforço de capacidade dos técnico Aquisição de equipamentos 	<ul style="list-style-type: none"> Reforçar as competências dos técnicos na utilização de novas tecnologias (aplicações Kobo Collet, ODK, Zenys e DHIS2, SGI...) 	M
		<ul style="list-style-type: none"> Implementar o registo eletrónico de vacinação nas estruturas de saúde públicas e privadas 	E
		<ul style="list-style-type: none"> Adquirir equipamentos de informática e acessórios para o benefício das partes interessadas 	E
12.2. Melhorar a disponibilidade e a utilização de dados de qualidade a todos os níveis até 2028	<ul style="list-style-type: none"> Seguimento Supervisão Encontros Manutenção de equipamentos de informática 	<ul style="list-style-type: none"> Atualizar o formulário DHIS2 tendo em conta os novos indicadores do programa (comunicação, MAPI, novas vacinas, etc.) 	E
		<ul style="list-style-type: none"> Garantir a compilação, entrada e análise mensal de dados em ferramentas em todos os níveis e transmissão dentro do prazo 	E
		<ul style="list-style-type: none"> Harmonizar, validar e reproduzir ferramentas de gestão de dados 	E
		<ul style="list-style-type: none"> Organizar regularmente reuniões de harmonização e validação de dados a nível central e regional 	E
		<ul style="list-style-type: none"> Realizar supervisão e controle de qualidade de dados (DQS, LQAS) 	E
		<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver e implementar o plano de melhoria de qualidade dos dados 	E
		<ul style="list-style-type: none"> Garantir conexão à Internet para introdução de dados em todos os níveis 	E
		<ul style="list-style-type: none"> Garantir a atualização semanal dos painéis para visualizar dados e fornecer feedback 	E

		▪ Desenvolver e distribuir boletins informativos trimestrais	M
--	--	--------------------------------------------------------------	---

Eixo 4: Vigilância de DEV e MAPI, preparação e resposta a situações de emergência ligadas a DEV

Objetivos específicos	Estratégias	Principais intervenções/Ações prioritárias	Nível de prioridade
Prioridade Estratégica 12: Estabelecer e reforçar a vigilância abrangente das doenças evitáveis pela vacinação como parte do sistema nacional de vigilância da saúde pública, apoiada por redes laboratoriais fortes e fiáveis.			
13.1. Até 2028, melhorar as capacidades e a qualidade de intervenção dos Laboratórios a nível nacional	<ul style="list-style-type: none"> • Reforço de capacidade dos técnicos • Aquisição de um laboratório móvel • Aquisição de materiais e kits 	• Fortalecer as habilidades dos técnicos de laboratório em DEVs em todos os níveis	E
		• Adquirir um laboratório móvel para facilitar análises em situações de emergência	F
		• Adquirir equipamentos, reagentes e consumíveis para laboratórios	E
		• Criar uma plataforma digital que reúna todos os laboratórios e partes interessadas envolvidas na vigilância para monitorar a rastreabilidade de dados epidemiológicos e amostras laboratoriais	M
13.2. Até 2028, atingir as metas dos principais indicadores de vigilância para todas as doenças evitáveis por vacinação	<ul style="list-style-type: none"> • Formação • Supervisão de apoio • Detecção, relatórios, investigações e gestão de casos aprimorados • Busca ativa de casos • Transporte de amostras • Reforçar a informação e feedback (avaliação interna e externa, controlo e avaliação, aquisição de cartões de crédito) 	• Formar técnicos e outras partes interessadas em vigilância no domínio de VIDR em cascata	E
		• Formar ASC e curandeiros em vigilância baseada em eventos comunitários (VBEC)	E
		• Realizar supervisão formativa mensal, trimestral e semestral nas estruturas e comunidade	E
		• Reforçar a busca ativa de casos em locais prioritários pelos técnicos de saúde	E
		• Garantir o transporte eficiente de amostras para redes nacionais e sub-regionais de laboratórios de referência (Dakar)	E
		• Organizar reuniões trimestrais sobre análise, harmonização e validação de dados no âmbito de “One Health” (saúde única)	E
		• Organizar avaliações internas e externas do sistema de vigilância e avaliações periódicas	M
		• Adquirir créditos para divulgar informações e fornecer feedback e garantir a transmissão de dados no prazo	M
• Atualizar e divulgar ferramentas e diretrizes de gestão de DEV	E		
Prioridade Estratégica 13: Garantir a preparação e uma resposta rápida a surtos de doenças evitáveis pela vacinação			
14.1. Até 2028, melhorar a preparação e a resposta a surtos de doenças evitáveis por vacinação a todos os níveis	<ul style="list-style-type: none"> • Reforço da coordenação, • Reunião do COES • Reativação de pontos de entrada e vigilância ambiental 	• Organizar reuniões trimestrais do COES a nível central e regional	E
		• Realizar regularmente análises de risco de ocorrência de epidemias de DEV	E
		• Organizar campanhas preventivas e de resposta dentro do prazo	E
		• Reativar a vigilância nos pontos de entrada e o monitoramento ambiental	E

Objetivos específicos	Estratégias	Principais intervenções/Ações prioritárias	Nível de prioridade
Prioridade Estratégica 14: Garantir a deteção precoce de casos de MAPI e intervir em tempo útil			
15. Até 2028, melhorar o sistema de notificação de casos de MAPI	<ul style="list-style-type: none"> • Formação dos técnico • Reunião de Peritos 	• Capacitar técnicos de saúde na deteção e gestão de casos MAPI	E
		• Organizar reuniões regulares de peritos	E
		• Treinar e motivar técnicos para utilização da plataforma Vigiflow	M
Prioridade Estratégica 15: Reforçar a vigilância do sarampo e da rubéola para a sua eliminação			
16.1. Alcançar as metas dos indicadores de eliminação do sarampo até 2028	<ul style="list-style-type: none"> • Formação de técnicos • Supervisão de apoio 	• Treinar técnicos na notificação de casos de sarampo e fortalecer a busca ativa	E
		• Realizar supervisão formativa mensal, trimestral e semestral nas estruturas de saúde e nas comunidades	E
		• Realizar análise de risco do sarampo semestralmente	E
		• Organizar respostas rápidas através da vacinação em áreas afetadas por epidemias e nas zonas de alto risco	E
		• Organizar campanhas de acompanhamento contra o sarampo	E
		• Garantir a disponibilidade permanente de reagentes a nível laboratorial	E

Eixo 5: Geração de demanda e envolvimento das partes interessadas

Objetivos específicos)	Estratégias	Principais intervenções/Ações prioritárias	Nível de prioridade
Prioridade Estratégica 16: Estabelecer e manter um forte compromisso político e financeiro com a vacinação a todos os níveis.			
16.1. Aumentar o compromisso político e das partes interessadas para a vacinação até 2028	<ul style="list-style-type: none"> • Advocacia • Fortalecimento da liderança e a coordenação • Apoio subnacional para actividades de vacinação de rotina (a nível regional e comunitário) por parte de líderes tradicionais e religiosos, governadores e administradores. 	• Advogar junto do governo e da ANP pela aprovação dos documentos nacionais de imunização e legislação	E
		• Desenvolver advocacia para tornar a vacinação uma prioridade nacional	M
		• Apelar aos líderes políticos, à sociedade civil, setor privado e aos indivíduos para que mobilizem recursos financeiros para a vacinação	E
		• Estabelecer envolvimento na vacinação com estruturas de poder tradicionais e religiosas, artistas, atletas, organizações de base comunitária, empresas públicas e privadas, estabelecimentos comerciais, meios de comunicação social, ONGs nacionais e internacionais.	M
		• Fortalecer a coordenação e liderança das instituições envolvidas na comunicação a favor da vacinação	M

Objetivos específicos)	Estratégias	Principais intervenções/Ações prioritárias	Nível de prioridade
	<ul style="list-style-type: none"> Elaboração de instrumentos normativos de responsabilização das partes interessadas 	<ul style="list-style-type: none"> Advogar pela criação de um perfil típico de atores de comunicação em todos os níveis (DRS e AS) Desenvolver o novo plano estratégico de comunicação 2024-2028 	E
			E
16.2. Aumentar a produção de evidências no domínio da comunicação até 2028 para apoiar a tomada de decisões	<ul style="list-style-type: none"> Coordenação, Monitoramento Avaliação Investigação 	<ul style="list-style-type: none"> Definir indicadores de comunicação, o seu mecanismo de recolha e garantir a sua integração no DHIS2 e outras plataformas 	E
		<ul style="list-style-type: none"> Realizar regularmente pesquisas participativas e inovadoras através de pesquisas sociais e comportamentais sobre vacinação 	E
		<ul style="list-style-type: none"> Realizar uma avaliação a meio percurso e final do plano estratégico de comunicação 	E
Prioridade Estratégica 17: Garantir recursos humanos competentes para apoiar a comunicação sobre vacinação a todos os níveis			
17.1. Até 2028, formar pelo menos 90% dos intervenientes da comunicação nas seguintes áreas: CIP, CMC e NS, HCD e CREC	<ul style="list-style-type: none"> Reforço de capacidade dos técnicos Capacitação e supervisão formativa 	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver módulos de formação CIP, CMC, NS, HCD e CREC para intervenientes na comunicação a todos os níveis (Central, Regional e Operacional) e organizar formação em cascata 	E
		<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver, validar e incluir módulos de comunicação no programa de formação da Escola Nacional de Saúde 	M
		<ul style="list-style-type: none"> Realizar supervisões formativas específicas semestralmente 	M
Prioridade estratégica 18: Garantir que todas as populações e comunidades da Guiné-Bissau valorizem e solicitem sistematicamente os serviços de vacinação			
18.1. Aumentar a procura de serviços de imunização em todas as comunidades até 2028	<ul style="list-style-type: none"> Reforço de confiança de populações específicas a favor da vacinação Fortalecimento de conhecimento da população sobre vacinação Mobilização social e parcerias Promoção de comportamentos favoráveis e adequados de mulheres e homens para a vacinação sistemática 	<ul style="list-style-type: none"> Organizar reuniões científicas com grupos específicos (pediatras, oncologistas e ginecologistas, académicos, associações profissionais, sindicatos, etc.) com vista a mobilizá-los a favor da vacinação 	E
		<ul style="list-style-type: none"> Identificar, mobilizar e envolver populações de áreas urbanas prósperas, migrantes, pescadores e nómadas na vacinação 	E
		<ul style="list-style-type: none"> Conceber e reproduzir as diferentes ferramentas e suportes de comunicação 	E
		<ul style="list-style-type: none"> Adquirir equipamentos e tecnologias adaptadas para uma comunicação eficaz 	E
		<ul style="list-style-type: none"> Organizar atividades comemorativas Semana Mundial de Vacinação 	E
		<ul style="list-style-type: none"> Organizar jornadas de excelência para premiar os melhores intervenientes, incluindo os ASC, na promoção dos serviços de vacinação 	E

Objetivos específicos)	Estratégias	Principais intervenções/Ações prioritárias	Nível de prioridade
	<ul style="list-style-type: none"> • Intensificação da comunicação com diferentes meios de comunicação • Luta contra rumores e relutância 	<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar a participação dos jovens (para promover a vacinação, através de uma abordagem em escolas, orfanatos e outros estabelecimentos de ensino amigos da criança), das associações de mulheres e de homens na sensibilização comunitária 	M
		<ul style="list-style-type: none"> • Garantir uma comunicação contínua e sustentável sobre vacinação através de diferentes canais de comunicação (redes sociais, televisão, rádio, imprensa) 	E
		<ul style="list-style-type: none"> • Animar regularmente o site do SIVE com informações sobre vacinação e criar plataformas digitais monitoradas 	M
		<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver um mecanismo para recolher e responder a preconceitos, atitudes negativas e rumores sobre a vacinação 	E

Eixo 6: investigação e inovação

Objetivos específicos)	Estratégias	Principais intervenções/Ações prioritárias	Nível de prioridade
Prioridade estratégica 20: Promover inovações e investigação para apoiar a tomada de decisões no domínio da vacinação.			
3.1. Melhorar a utilização de novas tecnologias de informação e comunicação no domínio da vacinação até 2028	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formação em TIC ▪ Instalação de servidor central • Reforço de parceria com os países no domínio da formação 	<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar as capacidades dos técnicos em TIC 	F
		<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir meios de transporte inovadores para vacinas em situações de emergência e em zonas insulares (drones) e equipamentos para monitorização remota da temperatura 	M
		<ul style="list-style-type: none"> • Criar um sistema de arquivo eletrónico de documentos SIVE, um sistema de formação continua online 	E
		<ul style="list-style-type: none"> • Usar dispositivos de geolocalização para atividades de terreno 	M
3.2. Aumentar a disponibilidade de evidências científicas para a tomada de decisões no domínio da vacinação até 2028	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colaboração com institutos de pesquisa ▪ Realização de estudos ▪ Promoção de boas práticas de vacinação 	<ul style="list-style-type: none"> • Criar quadros permanentes de intercâmbio entre o SIVE, institutos de investigação e escolas de formação (INASA, PSB, ENS, CESAC e INEP) para discutir investigação na área da vacinação 	E
		<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar as capacidades dos intervenientes a nível central e regional na investigação-ação 	E
		<ul style="list-style-type: none"> • Realizar regularmente inquéritos de cobertura vacinal, avaliações pós-introdução, pós-campanha e estudos científicos na área da vacinação em colaboração com o INASA 	E
		<ul style="list-style-type: none"> • Promover, documentar e divulgar boas práticas no domínio da vacinação 	E

VI. Mecanismo de monitoramento e avaliação da ENV

6.1. Mecanismo de coordenação

A coordenação e monitorização da implementação das atividades da ENV serão feitas a todos os níveis através dos quadros de consulta existentes que serão reforçados.

- **No nível da área sanitária são:** reuniões do comité de gestão, reuniões mensais de avaliação.
- **A nível regional:** reuniões mensais de coordenação com gestores da área sanitária, reuniões do comité de gestão da epidemia, reuniões trimestrais do comité de coordenação do sector da saúde.
- **A nível central:** reuniões trimestrais do CCIA, reuniões do comité técnico de vacinação (CTV), reuniões do grupo técnico de logística, reuniões mensais da DSIVE, reuniões mensais do subcomité de mobilização social.

Estes quadros de consulta permitirão analisar o desempenho do programa (cobertura vacinal, crianças zero dose, crianças insuficientemente vacinadas, disponibilidade de recursos, insumos, etc.) e fazer um balanço da implementação das atividades da ENV.

6.2. Mecanismo de monitoramento

O monitoramento das atividades da ENV será feito através de:

- A recolha contínua de dados de vacinação, vigilância, comunicação e logística através do DHIS2;
- Análise de indicadores através do dashboard a nível central
- Relatórios de progresso semestrais
- Informações retro periódicas (boletim informativo, SitRep)
- Avaliações mensais em nível regional e de área sanitária

6.3. Mecanismo de avaliação da estratégia nacional de vacinação

A ENV será avaliada em duas etapas:

- Uma avaliação a meio percurso para avaliar o processo de implementação da ENV, a mobilização de recursos e medir o progresso dos indicadores em direção aos objetivos definidos. Esta avaliação permitirá fazer reajustes, considerar medidas corretivas e ter em conta a evolução contextual.
- A avaliação final da ENV permitirá avaliar o desempenho do programa, a concretização dos objetivos traçados e o impacto da estratégia na morbidade e mortalidade associada às DEV.

6.4. Estrutura de desempenho da ENV

Não.	Indicadores	Método de cálculo	Dados básicos	Alvo esperado					Fontes de dados/verificação	Método de coleta	Frequência de coleta	Responsável
			2023	2024	2025	2026	2027	2028				
INDICADORES DE IMPACTO												
1	A incidência do sarampo	Número de casos confirmados de sarampo/número de habitantes por 100.000 habitantes	0,24	< 1/100000	< 1/100000	< 1/100000	< 1/100000	< 1/100000	Relatório anual de vigilância	Rotina	Anual	Gerstor de dados DSIVE
2	Número de casos de TNN por 1.000 nascidos vivos	Número de casos confirmados de TNN/número de NV por 1000	0	<1/1000	<1/1000	<1/1000	<1/1000	<1/1000	Relatório anual de vigilância	Rotina	Anual	Gerstor de dados DSIVE
3	Número de casos de poliomielite, incluindo casos derivados da cepa vacinal tipo 2 (cVDPV2)	Número total de casos confirmados de poliomielite durante o ano, incluindo casos derivados de cepas vacinais	0	0	0	0	0	0	Relatório anual de vigilância	Rotina	Anual	Gerstor de dados DSIVE
INDICADORES DE RESULTADOS POR EIXO E POR OBJETIVO												
Prioridade Estratégica 1: Reforçar e manter uma forte liderança, gestão e coordenação do programa de imunização a todos os níveis												
1.	Número de reuniões ordinárias da CCIA realizadas na data prevista e com a presença de pelo menos 51% dos seus membros	Número de reuniões realizadas com relatório disponível	2	3	4	4	4	4	Ata de reunião e lista de presença	Rotina	Trimestral	Secretário Permanente do CCIA
2.	Número de reuniões ordinárias do CTV realizadas na data prevista e com a presença de pelo menos 51% dos seus membros	Número de reuniões realizadas com relatório disponível	2	2	6	6	6	6	Relatório e lista de presença	Rotina	Bimestral	Coordenador de CTV
3.	Número de reuniões do GTCV realizadas por ano	Número de reuniões realizadas com relatório disponível	1	3	4	4	4	4	Relatório e lista de presença	Rotina	Trimestral	Secretário do GTCV
4.	Proporção de estruturas que receberam pelo menos uma visita de supervisão formativa nos últimos doze meses	Número de estruturas com pelo menos uma visita de supervisão nos últimos doze meses / Total de estruturas prestadoras de vacinação visitadas * 100	0	50%	75%	100%	100%	100%	Relatório de supervisão/relatório de inquérito	Rotina/inquérito	Anual/A cada 5 anos	resp. Departamento de supervisão DSIVE
5.	Número de relatórios de progresso produzidos por ano	Número total de relatórios de progresso produzidos por ano, incluindo todos os componentes do SIVE	0	2	2	2	2	2	Relatório de progresso	Rotina	Semestral	Resp Seguimento e Avaliação DSIVE
Prioridade estratégica 2: Garantir a disponibilidade de pessoal de saúde adequado, eficiente, eficaz e sustentável para serviços de vacinação de qualidade												
6.	Proporção de técnicos (centrais e regionais) formados em MLM	Número de técnicos de nível central e regional formados em MLM / Total de técnicos de nível central e regional que prestam serviços de imunização * 100	6%	70%	70%	70%	95%	95%	Relatório de Formação e supervisão	Rotina	Semestral e Anual	Resp de Departamento de Supervisão DSIVE

Não.	Indicadores	Método de cálculo	Dados básicos	Alvo esperado					Fontes de dados/verificação	Método de coleta	Frequência de coleta	Responsável
			2023	2024	2025	2026	2027	2028				
7.	Proporção de técnicos que oferecem o serviço de vacinação e que receberam formação em vacinação nos últimos dois anos	Número de técnicos formados nos últimos dois anos / Número total de técnicos que prestam serviço de vacinação* 100	0%	70%	70%	70%	95%	95%	Relatório de formação e supervisão	Rotina	Semestral e Anual	Resp de Departamento de Supervisão DSIVE
Prioridade estratégica 3: Promover inovações e investigação para apoiar a tomada de decisões no domínio da vacinação												
8.	Número de estudos científicos (investigação operacional) realizados no domínio da vacinação	Número de estudos realizados com relatório disponível	0	0	1	0	1	0	Relatório de estudo	Rotina	Anual	Resp de seguimento e Avaliação/DSIV
Prioridade estratégica 4: Garantir a sustentabilidade do fornecimento de vacinas e o financiamento sustentável do programa de imunização												
9.	Percentagem do orçamento geral do Estado dedicada à vacinação (vacinas e custos operacionais)	Custos totais com vacinas + despesas operacionais / OGE total *100	N / D	N / D	2%	3%	4%	5%	OGE	Rotina	Anual	Administrador SIVE
10.	Percentagem da despesa total com imunização financiada por fundos públicos nacionais	Despesa pública nacional total (recursos internos) destinada à vacinação / OGE total *100	N / D	N / D	7%	8%	9%	10%	OGE	Rotina	Anual	Administrador SIVE
11.	Proporção (%) de fundos estaduais desembolsados para vacinação em comparação com fundos alocados para atividades de vacinação	Fundos desembolsados / Fundos alocados (executados)*100	0%	100%	100%	100%	100%	100%	Relatório financeiro do MINSAP	Rotina	Anual	Administrador SIVE
12.	Taxa de absorção de recursos financeiros a nível do programa	Valor gasto/Valor alocado *100	0%	50%	80%	90%	90%	95%	Relatório financeiro	Rotina	Anual	Administrador SIVE
Prioridade Estratégica 5: Reforçar as capacidades da cadeia de aprovisionamento para garantir que vacinas e insumos de qualidade estejam sempre disponíveis em quantidades suficientes a todos os níveis												
13.	Proporção de estruturas de saúde que não sofreram rotura de vacinas nos últimos 12 meses	Número de estruturas de saúde com disponibilidade de todas as vacinas nos últimos 12 meses / número total de estruturas de saúde *100	0%	20%	45%	60%	75%	90%	Relatório mensal /SMT/Relatório de pesquisa	Rotina	Mensal	PFSIVE regional
14.	Proporção de estruturas de saúde que possuem uma cadeia de frio PQS (Desempenho, Qualidade e Segurança) funcional	Número de estruturas de saúde que possuem uma cadeia de frio PQS funcional / número total de estruturas de saúde *100	%	100%	100%	100%	100%	100%	Relatório de inventário	Rotina	Mensal	Responsável da Logística SIVE
15.	Pontuação geral do GEV	Todos os critérios combinados para todos os níveis da pirâmide da saúde (média geométrica) *100	67% (2019)	75%	75%	75%	80%	80%	Relatório GEV	Investigação	A cada 3 anos	Responsável Logística SIVE
16.	Proporção de regiões de saúde que utilizam a ferramenta Gestão Eletrónico de Estoque de Vacinas (SMT)	Número de regiões sanitárias que utilizam SMT para gerenciar estoque de vacinas/número total de regiões de saúde *100	0%	0%	50%	100%	100%	100%	Relatório SMT	Rotina	Mensal	Responsável de dados SIVE

Não.	Indicadores	Método de cálculo	Dados básicos	Alvo esperado					Fontes de dados/verificação	Método de coleta	Frequência de coleta	Responsável
			2023	2024	2025	2026	2027	2028				
17.	Proporção de refrigeradores equipados com dispositivos de monitoramento remoto de temperatura	Número de refrigeradores equipados com dispositivos de monitoramento remoto de temperatura/número total de refrigeradores funcionais *100	4%	20%	50%	75%	100%	100%	Plataforma RTMD	Rotina	Mensal	Responsável de dados SIVE
Prioridade Estratégica 6: Estabelecer mecanismos e infraestruturas para gerir, tratar e eliminar com segurança os resíduos de vacinação												
18.	Proporção de regiões sanitárias com incinerador funcional	Número de regiões sanitárias que possuem um incinerador funcional/número total das regiões*100	18%	50%	100%	100%	100%	100%	Relatório de inventário	Rotina	Mensal	Responsável de dados SIVE
19.	Proporção de caixas de segurança incineradas	Número de caixas de segurança incineradas / número total recolhidas*100	0%	50%	100%	100%	100%	100%	Relatório de incineração	Rotina	Trimestral	PFPV Regional/SIVE
Prioridade estratégica 7: Reforçar as capacidades operacionais (logísticas) das estruturas a todos os níveis para a implementação de atividades de vacinação												
20.	Proporção de regiões sanitárias com pelo menos um carro em boas condições para transporte de vacinas	Número de regiões sanitárias que possuem pelo menos um veículo em bom estado / total de regiões*100	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Inventário	Rotina	Trimestral	Responsável de Logística SIVE
21.	Proporção das estruturas sanitárias com pelo menos uma motorizada funcional	Número de estruturas sanitárias que possuem pelo menos uma motorizada em bom estado/total de estabelecimentos de saúde*100	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Inventário	Rotina	Trimestral	Responsável de Logística SIVE
Prioridade Estratégica 8: Garantir serviços de vacinação eficazes, eficientes, resilientes e acessíveis para todos, independentemente da localização geográfica, idade, estatuto socioeconómico ou barreiras relacionadas com o género.												
22.	Proporção de estratégias avançadas executadas pelas estruturas sanitárias	Número de estratégias avançadas realizadas/Número total de estratégias avançadas planificadas * 100	23%	60%	75%	80%	95%	100%	DHIS2	Rotina	Mensal	Ponto focal RAS/SIVE
23.	Proporção de estratégias móveis realizadas pelas estruturas sanitárias	Número de estratégias moveis realizadas / Número total de estratégias moveis planificadas * 100	1%	20%	40%	60%	80%	100%	DHIS2	Rotina	Mensal	Ponto focal RAS/SIVE
24.	Proporção de regiões que alcançaram cobertura vacinal de pelo menos 80% em todos os antígenos	Número de regiões que atingiram pelo menos 80% de cobertura vacinal em todos os antígenos / Número total de regiões sanitárias * 100	18%	50%	65%	80%	100%	100%	DHIS2	Rotina	Trimestral	Gestor Dados SIVE
25.	Taxa de abandono entre Penta1 e Penta3 a nível nacional	(Total de vacinados Penta1 – Total de vacinados Penta3) / Total de vacinados Penta1 * 100	8%	≤ 7%	≤ 7%	≤ 7%	≤ 5%	≤ 5%	DHIS2	Rotina	Mensal	Gestor Dados SIVE
26.	Taxa de abandono entre BCG e VAS1/R a nível nacional	(Total de Vacinados com BCG – Total de vacinados com VAS1) / Total de vacinados com BCG* 100	17%	15%	10%	≤ 10%	≤ 8%	≤ 8%	DHIS2	Rotina	Mensal	Gestor Dados SIVE
27.	Proporção de estruturas sanitárias privadas e religiosas que prestam serviços de vacinação	Número de estabelecimentos de saúde privados e religiosos que prestam serviços de vacinação /							Relatório mensal Inquérito	Rotina	Mensal	DRS/RAS

Não.	Indicadores	Método de cálculo	Dados básicos	Alvo esperado					Fontes de dados/verificação	Método de coleta	Frequência de coleta	Responsável
			2023	2024	2025	2026	2027	2028				
		total de estabelecimentos de saúde privados e religiosos* 100										
28.	Proporção de crianças zero dose	Número de crianças que não receberam pentaval/sobreviventes *100	19%	17%	15%	12%	10%	5%	Relatório Mensal /DHIS2	Rotina	Mensalmente	Gestor Dados SIVE
Prioridade estratégica 9: Acelerar a introdução de novas vacinas recomendadas e aumentar a cobertura vacinal no segundo ano de vida e posteriormente												
29.	Número de novas vacinas introduzidas na vacinação de rotina (SR, HPV, Malária, Hepatite B)	Número total de novas vacinas introduzidas	1	0	2	1	1	1	Relatório de introdução	Rotina	Anual	Responsável de planificação DSIVE
30.	Proporção de crianças totalmente vacinadas aos 24 meses	Número de crianças que receberam todos os antígenos planejados / Número total de crianças elegíveis * 100	58%	70%	80%	90%	95%	100%	Relatório DSIVE /DHIS2/relatório ICV	Rotina/Inquerito	Anual	Gestor Dados SIVE
31.	Proporção de pessoas em risco vacinadas contra Covid -19	Número de pessoas em risco vacinadas contra Covid -19/ Número total de pessoas em risco* 100	16%	16%	18%	18%	18%	18%	Relatório DSIVE/DHIS2	Rotina	Mensal	Gestor Dados SIVE
32.	Cobertura vacinal contra HPV	Número de meninas vacinadas contra HPV/Número total de alvos esperados* 100	0%	0%	25%	75%	90%	90%	Relatório DSIVE	Rotina	Mensal	Gestor Dados SIVE
33.	Cobertura de VAS2/SR2	Número de crianças que receberam VAS 2, SR 2 / alvo esperado * 100	50%	75%	80%	85%	90%	90%	Relatório DSIVE/DHIS2	Rotina	Mensal	Gestor Dados SIVE
34.	Cobertura Td2+ nas grávidas	Número das grávidas vacinadas contra Td2+ / Número total das grávidas *100	41%	50%	55%	60%	75%	90%	Relatório DSIVE/DHIS2	Rotina	Mensal	Gestor Dados SIVE
Prioridade estratégica 10: Estabelecer pontos de contacto integrados entre as intervenções de vacinação e outras intervenções no âmbito dos cuidados de saúde primários para diferentes grupos-alvo												
35.	Proporção de campanhas de vacinação/semanas de aceleração realizadas com integração de outras intervenções e vice-versa	Número de campanhas de vacinação ou semanas de aceleração realizadas integrando outras intervenções/total de campanhas de vacinação ou semanas de aceleração realizadas *100	0%	50%	60%	65%	70%	80%	Relatório de campanha	Rotina	Anual	Responsável de Vacinação Sistemática
Prioridade estratégica 11: Reforçar o sistema de informação sobre vacinação e promover a utilização de dados apropriados e de qualidade a todos os níveis.												
36.	Proporção de estruturas de saúde que utilizam o registo eletrónico de vacinação	Número de estabelecimentos de saúde que utilizam registo eletrónico de imunização / Total de estabelecimentos de saúde que prestam serviços de imunização * 100	0%	15%	50%	70%	80%	90%	Relatório de supervisão e DHIS2	Rotina	Anual	Gestor Dados SIVE
37.	Taxa de prontidão do relatório mensal no nível DHIS2	Número de relatórios recebidos dentro do prazo / Número total de relatórios esperados * 100	81%	100%	100%	100%	100%	100%	Relatório mensal SIVE e DHIS2	Rotina	Mensal	Gestor Dados SIVE
38.	Proporção de regiões que concluíram pelo menos uma Avaliação de Controle de Qualidade DQS por ano	Número de regiões que completaram pelo menos uma avaliação de controle de qualidade/ Número total de regiões * 100	0	100%	100%	100%	100%	100%	Relatório de avaliação	Rotina	Anual	Gestor Dados SIVE

Não.	Indicadores	Método de cálculo	Dados básicos	Alvo esperado					Fontes de dados/verificação	Método de coleta	Frequência de coleta	Responsável
			2023	2024	2025	2026	2027	2028				
39.	Proporção de região com taxa de abandono negativa entre Penta1-Pentata3	Número de regiões com taxa de abandono negativo / número total de regiões * 100	27%	0%	0%	0%	0%	0%	Relatório de avaliação	Rotina	Anual	Gestor Dados SIVE
40.	Existência de um plano de melhoria da qualidade dos dados	Existência do plano	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Plano	Rotina	Anual	Gestor Dados SIVE
Prioridade Estratégica 12: Estabelecer e fortalecer a vigilância abrangente de doenças evitáveis por vacinação como parte do sistema nacional de vigilância da saúde pública, apoiada por redes laboratoriais fortes e confiáveis												
41.	Número de dias de interrupção de reagentes para confirmação laboratorial de DEV	Número total de dias de escassez de reagentes durante o ano	0	66	0	0	0	0	Relatório de inventário	Rotina	Anual	Ponto focal de Vigilância LNSP
42.	% de técnicos formados no domínio de VIDR nos últimos dois anos	Número de pontos focais de vigilância formados / Número total de pontos focais de vigilância * 100	DE	0%	100%	100%	100%	100%	Relatório de formação	Rotina/inquérito	Anual	Responsável CESC
43.	Taxa de doenças exantemáticas não relacionadas ao sarampo ou rubéola	Número de casos notificados de sarampo e rubéola menos Número de casos confirmados por laboratório ou por vínculo epidemiológico/população total * 100mil habitants	0	≥ 2/100 mil	≥ 2/100 mil	≥ 2/100 mil	≥ 2/100 mil	≥ 2/100 mil	Relatório de vigilância	Rotina	Anual	Responsável CESC
44.	Taxa de adequação da amostra de fezes	Número de amostras de fezes coletadas dentro de 14 dias após o início da paralisia/Total de casos de PFA notificados	65%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	Relatório de vigilância	Rotina	Anual	Ponto focal de Vigilância LNSP
45.	Taxa de PFA não poliomielite:	Número de casos de paralisia flácida aguda (PFA) notificado /por 100.000 habitantes < 15 anos	2.3	≥ 2	≥ 2	≥ 2	≥ 2	≥ 2	Relatório de vigilância	Rotina	Anual	Gestor Dados SIVE
Prioridade Estratégica 13: Garantir a preparação e uma resposta rápida a surtos de doenças evitáveis por vacinação												
46.	% de respostas realizadas dentro do prazo em áreas afetadas por epidemias	Número de respostas realizadas dentro do prazo/número total de respostas * 100	0%	100%	100%	100%	100%	100%	Relatório de resposta	Rotina	Anual	Responsável CESC
47.	Taxa de prontidão dos relatórios de vigilância	Número de relatórios de vigilância recebidos dentro do prazo/número total de relatórios esperados * 100	62%	80%	100%	100%	100%	100%	Relatório e DHIS2	Rotina	Anual	Ponto focal de Vigilância SIVE
Prioridade Estratégica 14: Garantir a detecção precoce e notificação de casos de MAPI e responder em tempo hábil												
48.	Número de casos de MAPI notificados por 100.000 crianças sobreviventes	Número de casos/sobreviventes de MAPI * 100.000	39	48	65	75	85	95	Relatório MAPI	Rotina	Anual	Ponto focal MAPI DSIVE
49.	Proporção de MAPI graves investigados em 48 horas com relatório disponível	Número de casos graves de MAPI investigados em 48 horas com notificação / Número total de MAPI graves notificados * 100	70%	100%	100%	100%	100%	100%	Relatórios de investigação	Rotina	Anual	Ponto focal MAPI DSIVE e DRS
Prioridade Estratégica 15: Reforçar a vigilância do sarampo e da rubéola para a sua eliminação												
50.	Proporção de investigações epidemiológicas e virológicas de surtos de sarampo e rubéola	Número de investigações realizadas / Número de surtos de sarampo e rubéola * 100	0%	100%	100%	100%	100%	100%	Relatório de investigação	Investigação	Anual	Responsável CESC

Não.	Indicadores	Método de cálculo	Dados básicos	Alvo esperado					Fontes de dados/verificação	Método de coleta	Frequência de coleta	Responsável
			2023	2024	2025	2026	2027	2028				
51.	Número de surtos de sarampo notificados por ano	Número de surtos de sarampo ocorridos durante o ano	0	0	0	0	0	0	Relatório de vigilância	Rotina	Anual	Responsável CESC
Prioridade Estratégica 16: Estabelecer e manter um forte compromisso político e financeiro com a vacinação a todos os níveis												
52.	% das regiões e áreas sanitárias que possuem plano estratégico de comunicação	Número de regiões e AS visitadas com plano impresso / número total visitado * 100	0%	0%	100%	100%	100%	100%	Relatórios de supervisão/Investigação	Rotina e investigação	Anual	Responsável CMS/SIVE
53.	% de estações de rádio que transmitem regularmente mensagens a favor da vacinação	Número de estações de rádio que transmitem mensagens sobre vacinação / número total de estações de rádio * 100	0%	20%	40%	60%	70%	80%	Relatório anual de comunicações	Rotina	Anual	Responsável CMS/SIVE
54.	% de reuniões de advocacia realizadas a favor da vacinação	Número de reuniões de sensibilização realizadas a favor da vacinação/número de reuniões planeadas *100	0	25%	50%	65%	75%	85%	Relatório de reunião	Rotina	Anual	Responsável CMS/SIVE
55.	Existência de um quadro legal (lei) sobre vacinação	Existência de um quadro jurídico (lei)	0	0	Sim	Sim	Sim	Sim	Existência da lei	Rotina	Anual	Responsável CMS/SIVE
56.	% de respostas a rumores e atitudes negativas realizadas	Número de respostas/Número total de rumores registrados *100	ND	100%	100%	100%	100%	100%	Relatório de gestão rumores	Rotina	Trimestral	Responsável CMS/SIVE
Prioridade Estratégica 17: Garantir recursos humanos competentes para apoiar a comunicação sobre vacinação a todos os níveis												
57.	Percentagem de Responsáveis regionais (PFC, PFSIVE e PFSC) formados em (CMC-NS, HCD, CREC)	Responsáveis regionais formados/total existente * 100	0	100%	100%	100%	100%	100%	Relatório de formação e lista de presença	Rotina	Anual	Responsável CMS/SIVE
58.	Percentagem de Responsáveis (PFC, PFSIVE, SOT e ASC) formados em CIP	Número de técnicos formados em CIP / total existente *100	0	50%	60%	70%	80%	90%	Relatório de formação	Rotina	Anual	Responsável CMS/SIVE
Prioridade estratégica 18: Garantir que todas as populações e comunidades da Guiné-Bissau valorizem e solicitem sistematicamente os serviços de vacinação												
59.	% de mães que conhecem o calendário vacinal de rotina	Número total de mães que conhecem o calendário vacinal / total de entrevistadas *100%	ND	20%	30%	40%	60%	70%	Relatório de investigação	Rotina e inquérito	Anual	Responsável CMS/SIVE
60.	% de estruturas de saúde que dispõem de suportes de comunicação adequados	Número de estruturas de saúde que possuem equipamentos de comunicação adequados / total de estruturas visitadas *100	ND	25%	50%	70%	80%	100%	Relatório de supervisão e inquérito	Rotina e inquérito	Anual	Responsável CMS/SIVE
61.	% da população específica (migrantes, pescadores, nómadas e população urbana) que atribui importância à vacinação	Número de populações especiais consistente com a importância da vacinação/número total de entrevistados *100	ND	25%	40%	60%	80%	100%	Relatório de investigação	Inquérito	Anual	Responsável CMS/SIVE
62.	% de sessões educativas sobre vacinação realizadas por intervenientes da sociedade civil	Número de sessões educativas realizadas por atores comunitários da sociedade civil / número total previsto * 100	ND	50%	60%	70%	80%	90%	Relatório Anual de Comunicação	Rotina	Anual	CMS/SIVE e PFC Regional

VII. Implementação operacional da ENV

7.1. Planificação operacional da ENV

Com base nas prioridades e objetivos, as ações prioritárias da ENV foram desdobradas num roteiro com atividades detalhadas que estão planificadas para o período 2024-2028. Desta ficha em anexo resultarão os planos de ação operacionais (PAO) que serão desenvolvidos anualmente em todos os níveis.

7.2. Oportunidades, riscos e medidas de mitigação

As oportunidades a aproveitar para este plano incluem, entre outras, a prioridade dada à vacinação pelas autoridades de saúde; o compromisso dos PTFs em apoiar a vacinação; apoio da Gavi através do FPP; a expansão das TIC com a possibilidade de desenvolvimento de aplicações para gestão e comunicação de dados; a existência de estruturas privadas de saúde, OSC e ONG interessadas na vacinação.

Os principais riscos são a instabilidade política a nível nacional; o surto de doenças emergentes como a COVID-19 e a Ébola, com o risco de reorientação de prioridades; da mobilização dos recursos humanos envolvidos na vacinação, da grande dependência do financiamento externo, da insuficiência e mobilidade dos recursos humanos.

A promoção da boa governação, o reforço da coordenação e da colaboração intra e intersectorial, a expansão da parceria e a mobilização de recursos financeiros endógenos ajudarão a limitar o risco financeiro. Os planos orçamentados de preparação e resposta, bem como as estratégias de resiliência, permitirão antecipar os riscos associados às doenças emergentes.

VIII. Correspondência entre ENV, AI 2030 e PNDS

AI 2030	ENV	PNDS
Prioridade 1: Programas de imunização para cuidados de saúde primários e cobertura universal de saúde	Prioridade Estratégica 1: Reforçar e manter uma forte liderança, gestão e coordenação do programa de imunização a todos os níveis	EO2: Melhorar a qualidade dos serviços prestados
	Prioridade estratégica 2: Garantir a disponibilidade de pessoal de saúde adequado, eficiente, eficaz e sustentável para serviços de vacinação de qualidade	EO4: Melhorar a distribuição, formação, competências e motivação dos RHS
	Prioridade Estratégica 6: Estabelecer mecanismos e infraestruturas para gerir, tratar e eliminar com segurança os resíduos de vacinação	EO5: Melhorar a eficiência da prestação de serviços e utilização de outros recursos (incluindo medicamentos)
	Prioridade estratégica 11: Reforçar o sistema de informação sobre vacinação e promover a utilização de dados apropriados e de qualidade a todos os níveis	EO2: Melhorar a qualidade dos serviços prestados
	Prioridade Estratégica 12: Estabelecer e fortalecer a vigilância abrangente de doenças evitáveis por vacinação como parte do sistema nacional de vigilância da saúde pública, apoiado por redes laboratoriais fortes e confiáveis	EO1: Aumentar o acesso e a utilização dos serviços de saúde

	Prioridade Estratégica 14: Garantir a detecção precoce e notificação de casos de MAPI e responder em tempo hábil	EO2: Melhorar a qualidade dos serviços prestados
	Prioridade Estratégica 15: Reforçar a vigilância do sarampo e da rubéola para a sua eliminação	EO5: Melhorar a eficiência da prestação de serviços e utilização de outros recursos (incluindo medicamentos)
Prioridade 2: Engajamento e demanda	Prioridade Estratégica 16: Estabelecer e manter um forte compromisso político e financeiro com a vacinação a todos os níveis	EO6: Fortalecer parcerias para a saúde baseadas no respeito mútuo.
	Prioridade Estratégica 17: Garantir recursos humanos competentes para apoiar a comunicação sobre vacinação a todos os níveis	EO4: Melhorar a distribuição, formação, competências e motivação dos RHS
	Prioridade estratégica 18: Garantir que todas as populações e comunidades da Guiné-Bissau valorizem e solicitem sistematicamente os serviços de vacinação	EO5: Melhorar a eficiência da prestação de serviços e utilização de outros recursos (incluindo medicamentos)
Prioridade 3: Cobertura e equidade	Prioridade Estratégica 8: Garantir serviços de vacinação eficazes, eficientes, resilientes e acessíveis para todos, independentemente da localização geográfica, idade, estatuto socioeconómico ou barreiras relacionadas com o género.	EO1: Aumentar o acesso e a utilização dos serviços de saúde
Prioridade 4: Ciclo de vida e integração	Prioridade estratégica 9: Acelerar a introdução de novas vacinas recomendadas e aumentar a cobertura vacinal no segundo ano de vida e posteriormente	EO5: Melhorar a eficiência da prestação de serviços e utilização de outros recursos (incluindo medicamentos)
	Prioridade estratégica 10: Estabelecer pontos de contato integrados entre as intervenções de vacinação e outras intervenções no âmbito dos cuidados de saúde primários para diferentes grupos-alvo	EO5: Melhorar a eficiência da prestação de serviços e utilização de outros recursos (incluindo medicamentos)
Prioridade5: Epidemias emergências	Prioridade Estratégica 13: Garantir a preparação e uma resposta rápida a surtos de doenças evitáveis por vacinação	EO8: Alinhar programas com o fortalecimento do sistema de saúde.
Prioridade 6: Disponibilidade e sustentabilidade	Prioridade estratégica 4: Garantir a sustentabilidade do fornecimento de vacinas e o financiamento sustentável do programa de imunização	EO6: Fortalecer parcerias para a saúde baseadas no respeito mútuo
	Prioridade Estratégica 5: Reforçar as capacidades da cadeia de abastecimento para garantir que vacinas e insumos de qualidade estejam sempre disponíveis em quantidades suficientes a todos os níveis	EO5: Melhorar a eficiência da prestação de serviços e utilização de outros recursos (incluindo medicamentos)
	Prioridade estratégica 7: Reforçar as capacidades operacionais (logísticas) das estruturas a todos os níveis para a implementação de atividades de vacinação	EO5: Melhorar a eficiência da prestação de serviços e utilização de outros recursos (incluindo medicamentos)
Prioridade 7: Investigação e inovação	Prioridade estratégica 3: Promover inovações e investigação para apoiar a tomada de decisões no domínio da vacinação	EO8: Alinhar programas com o fortalecimento do sistema de saúde.

IX. Orçamento e financiamento da ENV

9.1. Estimativa de custo

Os custos da ENV foram estimados utilizando a ferramenta UNICEF NIS.COST versão 1.0.57. Os detalhes estão acessíveis online através da conta do país.

O orçamento global da ENV ascende a **59.147.149 USD** ou **33 477 286 334 francos CFA** para o período 2024-2028..

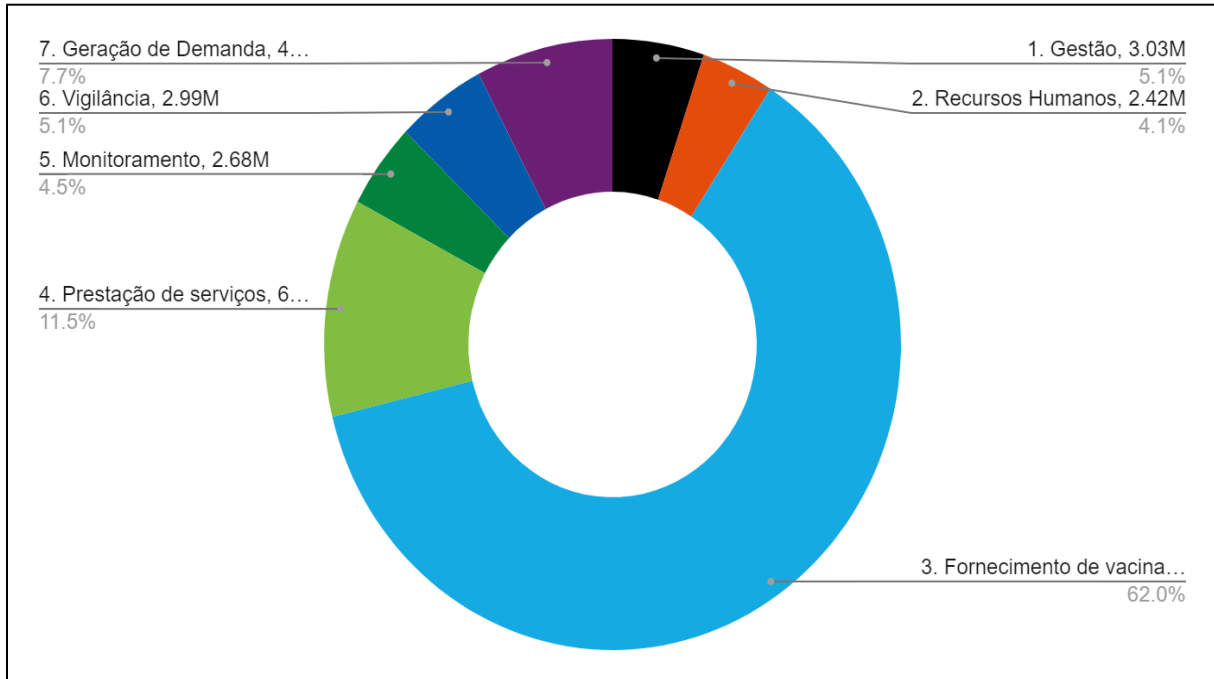


Figura 1: custo da ENV por componente

A componente de aprovisionamento, qualidade e logística representa 62% do orçamento global da ENV estimado em **36.652.051 USD** seja **20.745.060866 FCFA**. Segue-se a componente de prestação de serviços que representa cerca de 11,5% e a componente de geração de procura 7,7%. As campanhas de vacinação explicam o alto custo dos serviços.

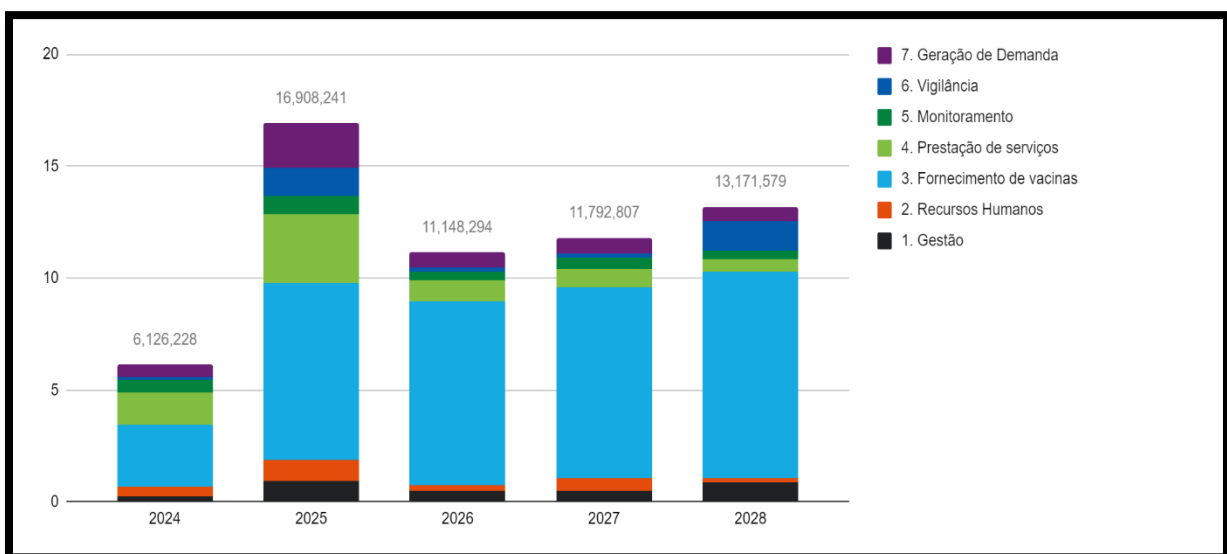


Figura 2: Estrutura do orçamento da ENV por ano e por componente

A estrutura do orçamento mostra que o ano de 2025 regista o valor mais elevado. Com efeito, a maior parte das aquisições (materiais, equipamentos, logística rolante, etc.) estão previstas para 2025, o país também planifica a introdução de novas vacinas em 2025 (VAS/R, HPV e malária) e a organização de campanhas de vacinação contra a febre amarela.

Tabela I: Custo por ano e por componente (USD)

Componente	2024	2025	2026	2027	2028
1. Gestão e financiamento do programa	255.364	946.879	496.828	484.090	847.614
2. Recursos humanos	459.722	933.033	251.718	577.540	196.780
3. Aprovisionamento, qualidade, logística	2.758.113	7.946.371	8.226.662	8.531.348	9.215.893
4. Prestação de serviços	1.424.040	3.088.602	913.856	822.178	582.734
5. Seguimento e avaliação	579.973	819.221	398.427	487.089	391.454
6. Vigilância	100.253	1.233.786	183.814	183.814	1.292.367
7. Geração de demanda	548.763	1.976.106	667.566	706.747	644.738

A componente de oferta regista um aumento significativo a partir de 2025. O mesmo se aplica a todas as componentes explicadas pelas aquisições e novas introduções de vacinas. Como o ano de 2024 já está a meio, apenas algumas atividades foram programadas, explicando os baixos custos em 2024. A componente de recursos humanos com 4,1% do orçamento global não tem em conta os salários pagos pelo governo, isto diz respeito principalmente atividades de capacitação e motivação dos técnicos, o que explica o baixo montante dedicado aos recursos humanos. A componente de investigação e inovação divide-se essencialmente entre as componentes de monitorização, avaliação e gestão do programa.

9.2. Estimativa das necessidades de vacinas

A figura abaixo mostra a evolução dos custos de aquisição das vacinas já introduzidas e das vacinas a serem introduzidas no programa de 2024 a 2028

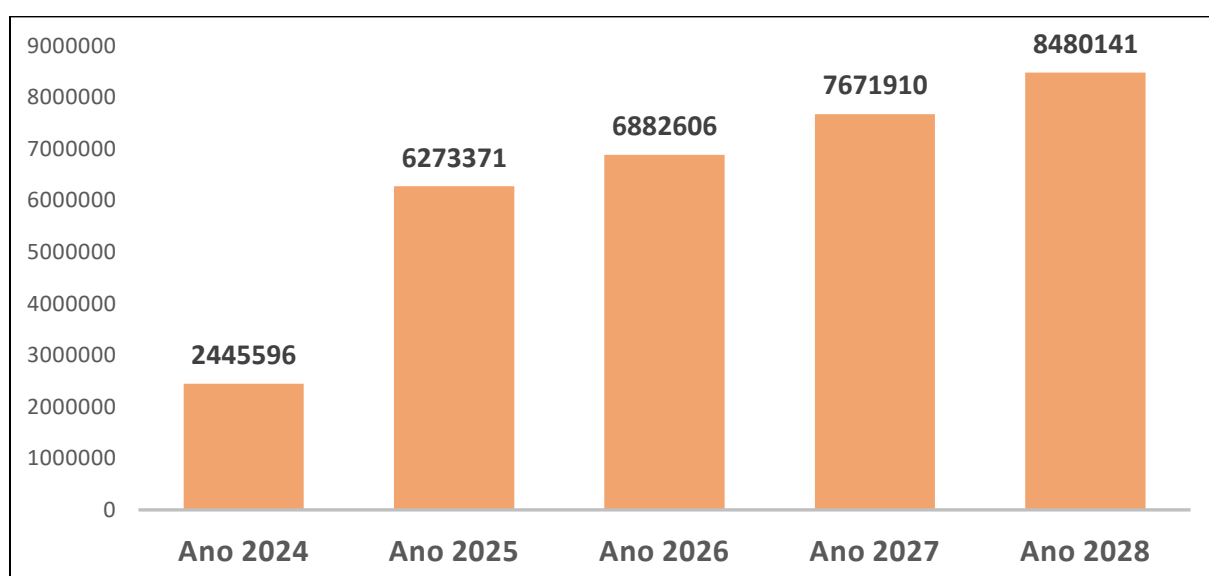


Figura 3: Evolução do custo das vacinas de 2024 a 2028

A necessidade de vacinas e consumíveis é estimada em **31.727.289 USD** seja **17.957.645.574 FCFA** para os 5 anos, o que representa 54% do orçamento total da ENV. Este montante tem em

conta as introduções planificadas, em particular as vacinas contra a malária, o cancro do colo do útero e a hepatite B à nascença. Estas introduções previstas a partir de 2025 explicam o aumento repentino do montante. A tabela a seguir fornece detalhes por antígeno e por ano.

Tabela: Detalhes dos custos das vacinas por ano e por antígeno

Vacinas	2024	2025	2026	2027	2028	Total
Vacina BCG	28272	28891	29526	30177	30840	147.706
Vacina bOPV	76811	77425	79128	80870	82649	396.883
Vacina DTP- hepB -Hib	240766	245553	250953	256475	262119	1.255.866
Vacina Rota	344664	352250	359998	367918	376013	1.800.843
Vacina IPV	161464	163707	167309	170992	174751	838.223
Vacina MDR	209776	213362	218055	222854	227756	1.091.803
Vacina Td	457795	467731	478021	488538	499285	2.391.370
Vacina PCV13	753578	762472	779240	796389	813909	3.905.588
Vacina contra hepatite B	0	0	41740	54846	56052	188.396
Vacina contra HPV	0	80162	92086	107557	123663	403.468
Vacina contra malária	0	3653864	4193459	4897951	5631423	18.376.697
Vacina MenA	64823	66294	67754	69244	70767	338.882
Vacina Antiraiva	0	16441	13466	13767	14068	57.742
Vacina contra febre amarela	107647	109461	111871	114332	116846	560.157
Total	2.445.596	6.273.371	6.882.606	7.671.910	8.480.141	31.753.624

Este valor global tem em conta a aquisição da vacina anti-rábica que não está no programa, mas será apresentado um pedido à Gavi para o efeito. A vacina contra a malária regista o custo mais elevado ligado, por um lado, ao elevado custo da dose unitária mas também ao elevado número de contactos (04).

A contribuição esperada do Estado para a compra de vacinas ascende a **8.860.161 USD** seja **5.014.851.239 CFAo** que representa **28%** do custo global das vacinas. Os **72%** estão sob financiamento da Gavi .

9.3.Financiamento e défice da ENV

O financiamento para a ENV será fornecido pelo orçamento do Estado, parceiros técnicos e financeiros (Gavi, OMS, UNICEF, BM, UE e PLAN etc.) e por recursos mobilizados internamente pelo sector privado. A compra de vacinas é realizada principalmente pela Gavi e pelo orçamento do Estado. A Gavi continua a ser a principal fonte de financiamento para a vacinação.

Tabela: Financiamento da ENV por ano e por fonte de financiamento

Fonte de financiamento	2024	2025	2026	2027	2028	Total
Governo						
GAVI						

OMS						
UNICEF						
Banco Mundial						
UE						
Plan internacional						
Rotary Club						
OOAS						
CDC África						
Fundo Global						
...						
Défice de financiamento						

X. ANEXOS

1. Análise da situação do PAV (em formato SWOT)
2. Ferramenta de análise da situação do PAV da OMS
3. Planificação operacional ENV 2024-2028
4. Parâmetros de custo para orçamento
5. A ferramenta NIS.COST online com detalhes do orçamento.