

Quinta-feira, 18 de fevereiro de 2021

I Série
Número 19



BOLETIM OFICIAL



ÍNDICE

CONSELHO DE MINISTROS

Resolução n° 18/2021:

Aprova o Plano Nacional de Introdução e Vacinação contra a COVID-19.....620

Resolução n° 19/2021:

Autoriza o Ministério da Saúde e da Segurança Social a realizar despesas no montante de 56.240.125\$00 (cinquenta e seis milhões, duzentos e quarenta mil, cento e vinte e cinco escudos Cabo-verdiano) respeitantes à aquisição dos Equipamentos de Proteção Individuais de Saúde, destinado ao Serviço Público de Saúde.....654

CONSELHO DE MINISTROS

Resolução nº 18/2021

de 18 de fevereiro

A pandemia da Covid-19 tem provocado um impacto negativo a todos os países, a nível mundial, de natureza sanitária, económica e social, e Cabo Verde não é exceção.

Do ponto de vista sanitário, até janeiro do corrente ano, o Ministério da Saúde e da Segurança Social tinha registado um total acumulado de 13619 casos, com uma média diária de 82 casos por dia de infeção por SARS-CoV-2 e 129 óbitos. As ilhas mais afetadas são Santiago (63%), Fogo (15%), S. Vicente (9,6%) e Sal (5,6%), A cidade da Praia, Capital, regista 44% do total acumulado dos casos.

Diante da emergência em saúde pública e a necessidade da disponibilização de vacinas como medida adicional na prevenção de complicações e diminuição da mortalidade por COVID-19, o Ministério da Saúde e Segurança Social, através do COVAX Facility fará a aquisição de todas as vacinas contra a COVID-19 com reconhecidas eficácia e segurança, aprovadas segundo a autorização temporária de uso emergencial da OMS (EUL). Também, a aquisição e logística de insumos, o sistema de informações e a definição das estratégias de monitoramento e avaliação da introdução da vacina, dentro do Programa Nacional de Vacinação (PAV).

O Ministério da Saúde e Segurança Social, através da Comissão Nacional de Coordenação e dos Grupos Técnicos de Trabalho elaborou o presente Plano Nacional de introdução e vacinação contra a COVID-19, como medida adicional de resposta à esta doença, à pandemia, emergência de saúde pública de âmbito internacional, e totalmente gratuita para todas as faixas etárias.

São priorizados os seguintes grupos alvo para a vacinação na primeira fase: Profissionais de saúde; Pessoas com doenças crónicas (hipertensão arterial, diabetes); População com idade ≥ 60 anos; Profissionais hoteleiros e ligados ao turismo; Profissionais dos pontos de entrada (aeroportos e portos internacionais); Professores e pessoal de apoio nas escolas; Policia Nacional; Forças Armadas e Serviço Nacional de Proteção Civil e Bombeiros.

Para o efeito será necessária a aquisição de 267293 doses toda a população alvo acima mencionada, no total 111372 pessoas, e pretende-se vacinar até 2023 um total de 60% da população, sendo 20% em 2021, 20% em 2022 e 20% em 2023.

A estratégia foi traçada de acordo com a população alvo definida pelo país e faseada de acordo com as orientações da OMS e a disponibilidade das doses. O país vai adaptar a estratégia de postos fixos, próximos à população-alvo, para reduzir o tempo de deslocação, minimizar custos e garantir a logística. A sensibilização para grupos-alvo em geral incluirá recenciamento, grupos de discussão, encontros comunitários e institucional, de modo a maximizar a adesão.

Os postos de vacinação serão constituídos pelas estruturas de saúde, nomeadamente, centros de saúde, postos sanitários, hospitais entre outros, os quais terão um kit de emergência.

Neste contexto, a presente Resolução pretende a aprovação do Plano Nacional de Introdução e Vacinação contra a COVID-19, o qual está orçado em 2.454.504 (dois milhões, quatrocentos e cinquenta e quatro mil, quinhentos e quatro dólares).

Assim,

Nos do n.º 2 do artigo 265º da Constituição, o Governo aprova a seguinte Resolução:

Artigo 1º

Aprovação

É aprovado o Plano Nacional de Introdução e Vacinação contra a COVID-19, em anexo à presente Resolução, da qual faz parte integrante.

Artigo 2º

Entrada em vigor

A presente Resolução entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Aprovada em Conselho de Ministros, aos 11 de fevereiro de 2021. — O Primeiro-Ministro, *José Ulisses de Pina Correia e Silva*.

ANEXO

(A que se refere o artigo 1º)

PLANO NACIONAL DE INTRODUÇÃO E VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

Sumário executivo

O Ministério da Saúde e Segurança Social, através da Comissão Nacional de Coordenação, dos Grupos Técnicos de Trabalho, sob a coordenação do Diretor Nacional da Saúde, delegando responsabilidades à coordenação do PAV, apresenta o Plano Nacional de introdução e vacinação contra a COVID-19, como medida adicional de resposta à esta doença, à pandemia, emergência de saúde pública de âmbito internacional.

Diante da emergência em saúde pública e necessidade da disponibilização de vacinas como medida adicional na prevenção de complicações e diminuição da mortalidade por COVID-19, o Ministério da Saúde e Segurança Social, através do COVAX Facility fará a aquisição de todas as vacinas contra a COVID-19 com reconhecidas eficácia e segurança, aprovadas segundo a autorização temporária de uso emergencial da OMS (EUL). Também, a aquisição e logística de insumos, o sistema de informações e a definição das estratégias de monitoramento e avaliação da introdução da vacina, dentro do Programa Nacional de Vacinação.

São priorizados os seguintes grupos alvo para a vacinação na primeira fase: Profissionais de saúde; Pessoas com doenças crónicas (hipertensão arterial, diabetes);

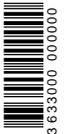
População com idade ≥ 60 anos; Profissionais hoteleiros e ligados ao turismo; Profissionais dos pontos de entrada (aeroportos e portos internacionais); Professores e pessoal de apoio nas escolas; Policia Nacional; Forças Armadas e Serviço Nacional de Proteção Civil e Bombeiros. Para o efeito será necessária a aquisição de 267293 doses toda a população alvo acima mencionada, no total 111372 pessoas. Numa primeira vaga serão vacinados todos os profissionais de saúde, com o objetivo de manter e proteger a força de trabalho e serviços essenciais de saúde.

Pretende-se vacinar até 2023 um total de 60% da população, sendo 20% em 2021, 20% em 2022 e 20% em 2023.

A vacinação será gratuita para todas as faixas etárias.

A estratégia foi traçada de acordo com a população alvo definida pelo país e faseada de acordo com as orientações da OMS e a disponibilidade das doses. O país vai adaptar a estratégia de postos fixos, próximos à população-alvo, para reduzir o tempo de deslocação, minimizar custos e garantir a logística. A sensibilização para grupos-alvo em geral incluirá recenciamento, grupos de discussão, encontros comunitários e institucional, de modo a maximizar a adesão. Os postos de vacinação serão constituídos pelas estruturas de saúde, nomeadamente, centros de saúde, postos sanitários, hospitais entre outros. Todos os postos de vacinação, terão um kit de emergência.

Este plano está orçado em 2 454 504 dólares.



1. Introdução

1.1 Contexto do país

Cabo Verde é um país arquipelágico de origem vulcânica, localizado no Oceano Atlântico, a 455 km da costa ocidental de África. Com uma superfície de 4033 Km², constituído por 10 ilhas, das quais 9 são habitadas. A norte as ilhas de Barlavento e ao sul as ilhas de Sotavento. Assim, de Barlavento fazem parte Santo Antão, S. Vicente, Santa Luzia, S. Nicolau, Sal e Boa Vista enquanto Maio, Santiago, Fogo e Brava integram o grupo das de Sotavento. Administrativamente, está dividido em 22 concelhos, dos quais nove na ilha de Santiago, três no Fogo, dois em S. Nicolau, três em S. Antão e um em cada uma das ilhas restantes. (Anexo 2). A cidade da Praia, capital de Cabo Verde, situada na ilha de Santiago, e a cidade do Mindelo, na ilha de S. Vicente, representam os dois maiores centros urbanos do país. A população total do país é de 563198 habitantes, sendo 64% residente em área urbana e 36% em área rural. As ilhas de Santiago (317240 habitantes, 56%) e S. Vicente (85670 habitantes, 15%) são as ilhas mais populosas de Cabo Verde, representando cerca 70% da população do país. (INE, Projeções demográficas 2010-2030, Anexo 4).

Cabo Verde é um país com uma forte componente turística, com uma população flutuante (entradas anuais), que tem vindo a crescer, registando, em 2017, mais de 700 mil pessoas, um valor superior à população residente. O crescimento turístico nos últimos anos tem sido significativo, apresentando um aumento da dinâmica em 2017. Também, o país depende da ajuda pública para o desenvolvimento, das parceiras internacionais, da remessa dos imigrantes e, em menor escala, da pesca e da agricultura. As ilhas de Boa Vista e Sal constituem as duas principais ilhas turísticas do país com 65% das entradas no país em 2017.

O país dispõe de quatro aeroportos internacionais situados nas ilhas de Santiago (cidade da Praia-capital do país), S. Vicente (cidade do Mindelo), Sal (cidade de Espargos) e Boa Vista (Vila de Rabil). Cada ilha tem particularidades próprias que as caracterizam, com predomínio de solos áridos e montanhosos na maioria das ilhas. O clima é tropical seco e de escassas chuvas em certo período do ano condicionando a economia do país e as condições de vida de larga franja da população.

A ilha mais afetada pela Covid-19 no momento é a ilha de Santiago, com 63% dos casos, sendo a Praia com 44% dos casos. A população da Praia constitui cerca de 55% da população da ilha de Santiago e 31% da população total do país. Cerca de 36% da população residente na Praia é de outro concelho.

Na avenida principal da capital Praia fica o maior mercado da capital, o mercado de Sucupira, grande feira localizada no centro do bairro de Fazenda e representa um “pólo” económico da capital, contando com uma grande população móvel dos vários bairros da cidade, do interior da ilha de Santiago e de migrantes de vários países da África Ocidental. Em torno deste mercado encontram-se os pontos de partida do transporte de passageiros e mercadorias para o interior da ilha. Praia dispõe do segundo porto do país e um dos aeroportos mais movimentados do país com voos domésticos e internacionais, sendo ponto de partida para todas as outras ilhas. Os movimentos populacionais permanecem intensos devidos a esses vínculos económicos.

A ilha da Boa Vista é uma ilha turística e onde foi notificado o primeiro caso de Covid19 no país; a cidade de Sal Rei, capital da ilha, é uma zona com características urbanas, com redes públicas de distribuição de água potável, luz e eliminação de resíduos. A ilha da Boa Vista

tem uma população total de 20959 habitantes. O bairro de “Boa Esperança” representa o bairro mais afetado de Sal Rei, com uma população estimada a 9000 habitantes, formado por trabalhadores hoteleiros da costa ocidental africana e das diferentes ilhas, especialmente da ilha de Santiago; a outra parte da população se dedica ao comércio informal e atividades domésticas. Cerca de 11,1% da população da Boa Vista é emigrante.

A ilha do Sal registou o seu primeiro caso a 01 de junho de 2020. Sal é uma ilha do grupo Barlavento, turística e dispõe do maior aeroporto internacional de Cabo Verde, com mais de 37.000 habitantes. A cidade de Espargos é a capital com mais habitantes. Santa Maria, ao sul, é o centro turístico e o segundo maior centro populacional da ilha, com uma boa estrutura hoteleira.

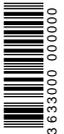
Durante dois anos, a ilha do Sal foi o centro aéreo do país sendo o seu aeroporto hoje a principal porta de entrada no país, ponto de chegada, saída e escala de vários voos internacionais. Modernos complexos turísticos foram construídos nas últimas décadas, principalmente na localidade de Santa Maria. A ilha do Sal é o principal centro de atração turística do país. A sua boa rede hoteleira é responsável por mais de 50% das noites turísticas em todo o arquipélago.

A ilha do Fogo, situada no grupo Sotavento, com uma população de 34.622 habitantes, constituída por três concelhos, é a segunda ilha mais afetada pela Covid-19. São Filipe é a capital. Durante o mês de outubro houve um aumento exponencial dos casos na cidade de S. Filipe, que fez com que a partir de 4 de novembro, Fogo passou a ser a segunda ilha mais afetada, chegando a registar 15% dos casos. Os dois outros concelhos, Santa Catarina e Mosteiros são concelhos de características urbano-rurais.

A cidade de Mindelo, capital da ilha de São Vicente, um dos maiores centros urbanos do país, é a sede do maior porto do país e dispõe também de um aeroporto internacional com voos internacionais e interilhas. A população é de 85670 habitantes. O primeiro caso de Covid-19 foi notificado a 3 de abril 2020, o segundo a 6 de junho, com uma situação relativamente controlada até finais de dezembro, altura em que se assiste a um aumento exponencial de casos, incluindo a ilha vizinha S. Antão, nomeadamente Porto Novo, que é a porta de entrada da ilha com ligações marítimas diárias com a ilha de S. Vicente

As Projeções demográficas do Recenseamento Populacional realizado em 2010 pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) situam a população de Cabo Verde em cerca de 563.198 habitantes para 2021, com 61,8% da população residindo no meio urbano e 38,2% no meio rural (INE, 2010). As mulheres representam cerca de 49,3% da população geral e os homens 50,6%. A taxa de crescimento média anual de 2000 – 2010 foi de 1,24%, com uma previsão de 1,14% para 2021. Trata-se de uma população essencialmente jovem, com uma idade média de 29,8 anos e mediana de 28,4 anos. A população com idade compreendida entre 15-49 anos representa 55% e a de 15-24 anos 20% da população geral. 7,6 % da população tem idade superior a 60 anos, 6% tem mais de 65 anos. A faixa etária dos 15 -64 anos representava 65,5% em 2016 e 67,5% em 2030 (INE, censo 2010; Projeções demográficas 2010-2030). A taxa de alfabetização, na população de 15 ou mais anos, de idade é de 89% (INE, 2017)

A esperança de vida média situava-se em 2019 em cerca de 73,0 anos para os homens e 80,5 anos para as mulheres (INE). O índice de fecundidade situava-se por volta de 2,5 crianças por mulher, de acordo com o IDSR III de 2018.



1.2 Organização do Sistema de Saúde

O Ministério da Saúde e da Segurança Social (MSSS), conforme a nova orgânica instituída em 2019, compreende os órgãos consultivos e gabinetes de apoio, designadamente, o Conselho Nacional de Saúde e de Segurança Social; o Conselho do Ministério; o Comité de Coordenação e de Combate à SIDA (CCS-SIDA); o Gabinete para Assuntos Farmacêuticos (GAF); a Comissão Nacional de Medicamentos e o Gabinete do Ministro.

Ainda, integra os seguintes serviços centrais: Direção Geral de Planeamento, Orçamento e Gestão (DGPOG) e a Direção Nacional da Saúde (DNS).

Administrativamente, exerce poderes superintendente ao Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP); ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); aos Hospitais Centrais (2 HC) e à Comissão de Coordenação do álcool e outras drogas.

A Direção Nacional da Saúde compreende 19 Delegacias de Saúde, 3 regiões sanitárias, 4 hospitais regionais e 5 grandes serviços com diferentes programas de saúde pública, nomeadamente, o Serviço de Promoção e Proteção Integradas à Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher e do Homem, que integra 4 programas com intervenções direcionadas para a vacinação e saúde infantil; nutrição, saúde oral e escolas promotoras de saúde; saúde sexual, reprodutiva e saúde dos adolescentes; saúde dos idosos; o Serviço de Prevenção e Controlo das Doenças que integra a Tuberculose e Lepra; Luta contra as DST incluindo VIH/SIDA; doenças cardiocirculatórias; Diabetes e outros distúrbios metabólicos; saúde ocular; saúde mental; doenças transmitidas por vetores e associados ao meio ambiente; doenças oncológicas; segurança transfusional; o Serviço de Vigilância Integrada e Reposta (SVIR) que integra a Rede Nacional de Laboratórios (RNL); Serviço de Telemedicina e e-saúde; Serviço de Auditoria Interna (SAI) e o Programa de Segurança do doente. Do posto de vista operacional, os cuidados são garantidos pelas 19 Delegacias de Saúde que abrangem 32 Centros de Saúde (CS), 34 Postos Sanitários (PS) e 113 Unidades Sanitárias de base (USB), que asseguram os cuidados de atenção primária, com um sistema de referência e contra referência, das estruturas periféricas para os serviços de referência, sendo 2 Hospitais Centrais (Hospital Dr. Agostinho Neto, na Praia, e Hospital Dr. Batista de Sousa, em S. Vicente) e 4 Hospitais Regionais (Hospital Regional Santa Rita Vieira, em S. Catarina de Santiago; Hospital Regional São Francisco de Assis, em São Filipe, ilha do Fogo; Hospital Regional João Morais, em Santo Antão, e Hospital Regional Ramiro Figueira, na ilha do Sal), nas situações de urgência logo que requeridos.

Apesar da descontinuidade geográfica do país e a dispersão da população nas zonas rurais, Cabo Verde tem envidado esforços em garantir a disponibilidade e o acesso da população aos serviços de atenção primária de saúde, de qualidade, fundamentalmente para as localidades de difícil acesso.

Cabo Verde encontra-se numa fase de transição do perfil epidemiológico, com as doenças não transmissíveis a superar, em frequência e gravidade, as doenças infecciosas, representando novos desafios para o Sistema Nacional de Saúde.

Nesta fase de transição epidemiológica o país enfrenta um duplo fardo de doenças com a coexistência de doenças infecciosas que ainda exigem um esforço elevado para acompanhamento e controlo e de doenças não transmissíveis como a hipertensão, diabetes e doenças oncológicas, as quais, influenciadas por fatores como o envelhecimento, estilos de vida e hábitos de consumo tendem a aumentar, posicionando-se entre as principais causas de morbilidade e mortalidade.

1.3. Situação epidemiológica da pandemia da Covid-19 em Cabo Verde

A pandemia da Covid-19 tem provocado um impacto negativo a todos os países, a nível mundial, de natureza sanitária, económica e social, e Cabo Verde não escapa à regra. Do ponto de vista sanitário, até janeiro do corrente ano, o Ministério da Saúde e da Segurança Social tinha registado um total acumulado de 13619 casos, com uma média diária de 82 casos por dia de infeção por SARS-CoV-2 e 129 óbitos. As ilhas mais afetadas são Santiago (63%), Fogo (15%), S. Vicente (9,6%) e Sal (5,6%), A cidade da Praia, capital, regista 44% do total acumulado dos casos.

A infeção por SARS-CoV-2 tem sido detetada mais frequentemente no grupo etário entre 20 e 39 anos de idade representando cerca de 48% de todos os casos desta infeção já notificados no país., sendo a faixa de 20 a 29 anos a mais afetada com 26% dos casos. As pessoas de maior ou igual a 60 anos representam 10,6% dos casos, sendo a mais afetada as da faixa etária de 60 a 69 anos.

O grupo das pessoas com idade entre 0 e 20 anos representa 21,7% dos casos, com predominância do grupo dos 10 a 20 anos. Quanto aos óbitos, 21% são pessoas com menos de 60 anos e 79% dos óbitos foi registado em pessoas com idade igual a 60 anos. A taxa de letalidade se tem mantido em 1% e a taxa de letalidade nos maiores de 60 anos é de 8%.

Programa Alargado de Vacinação (PAV)

O Programa Alargado de Vacinação iniciou em 1977, com o objetivo de proteger a população, particularmente, as crianças menores de um ano contra doenças evitáveis por vacinas, designadamente, tuberculose, difteria, tétano, tosse convulsa, poliomielite e sarampo.

Desde então, o PAV tem trabalhado no acesso da população às novas vacinas, introduzindo a vacina contra a hepatite B em 2002, a DTP-HIB-Hep. B e PRS em 2010, a VPI em 2017, a vacina contra a Febre-amarela em 2018 e tem em agenda a introdução contra o HPV em 2020-2021.

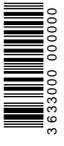
O objetivo de garantir e manter pelo menos 95% de cobertura vacinal para todos os antigénios, subscreve-se nas iniciativas de consolidar a certificação de País livre da poliomielite desde a sua declaração em 2017, trabalhar para a eliminação do sarampo e da rubéola e eliminação do tétano materno e neonatal.

A consolidação do PAV, assegurado pela ampla cobertura de prestação de cuidados de vacinação à população, através dos postos fixos e as equipas avançadas, pelo reforço e capacitação técnica dos recursos humanos; bem como pelo reforço e atualização da cadeia de frio e gestão eficaz das vacinas, garante um ambiente favorável e as condições necessárias para a introdução de novas vacinas em situações emergentes.

1.4 Vacinação contra a Covid-19

A disponibilização de uma vacina segura e eficaz contra SARS-CoV-2 tem sido um desiderato mundial, considerando os efeitos catastróficos da pandemia de COVID-19 constatados a nível sanitário, económico e social em todos os países, sem exceção. Atualmente, há mais de 400 projetos para a produção da vacina contra SARS-CoV-2 em desenvolvimento. Destes, metade estão registados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Ao todo, 154 estão na fase de pesquisa pré-clínica e há 44 projetos em estudos clínicos, das quais 10 estão na fase 3.

A vacinação contra SARS-CoV-2 traz novos desafios aos países porque vai depender, em parte, das características das vacinas que forem autorizadas para aplicação em humanos e também em relação às medidas de prevenção de infeção por parte das equipas de vacinação, considerando que a pandemia ainda está em curso.



A informação disponível até à data de algumas vacinas que já estão na fase 3 dos ensaios clínicos, relativa à tipologia de vacina e às condições de armazenamento encontra-se resumida na tabela abaixo.

Empresa	Tipo de vacina	Condições de armazenamento
BioNTech/Pfizer	mRNA	-70°C e 25 dias em Shipper
Astrazeneca	Vetor viral não-replicativo	+2 a +8°C
Curevac	mRNA	-60°C e 4 meses de +2 a +8°C
Moderna	mRNA	-20°C e 30 dias de +2 a +8°C
Janssen	Vetor viral não-replicativo	+2 a +8°C
Sanofi/GSK	Sub-unidade proteica	+2 a +8°C
Sinovac	Vírus inativado	+2 a +8°C
Gamaleya	Vetor viral não replicativo	+2 a +8°C

1.5. OBJETIVOS

Geral

Prevenir e controlar a propagação do SARS-CoV-2 na população de Cabo Verde, a partir de 2021.

Específicos

- Garantir o planeamento e a coordenação adequada das ações de introdução da vacina;
- Assegurar o financiamento necessário, para a introdução da vacina;
- Assegurar a disponibilidade e a capacitação de técnicos para a vacinação;
- Zelar para o cumprimento das normas nacionais de introdução da vacina no mercado nacional;
- Priorizar a vacinação de populações alvo específicas;
- Garantir a vacinação de, pelo menos, 95% da população de risco na primeira fase;
- Acompanhar a situação epidemiológica nos grupos de risco;
- Criar uma base de dados específica, incluindo indicadores e instrumentos de recolha, em estreita articulação com o sistema de informação sanitária;
- Assegurar uma boa conservação de vacinas, em todas as estruturas de saúde e postos de vacinação;
- Administrar a vacina, segundo as normas técnicas, assegurando a segurança das injeções;
- Garantir a proteção individual dos profissionais, durante a vacinação;
- Zelar pelo destino adequado de resíduos resultantes da vacinação;
- Assegurar uma boa comunicação com a população, em estreita articulação com os atores envolvidos;
- Acompanhar, monitorizar e notificar a incidência das MAPI durante e pós vacinação.

1.6. Resultados esperados

- a) Planeamento e coordenação das ações de introdução da vacina garantidos;
- b) Recursos financeiros disponíveis, para a introdução da vacina;
- c) Técnicos de saúde capacitados para a vacinação;
- d) Vacina introduzida no mercado e regulada segundo as normas nacionais;
- e) Populações de risco identificadas e priorizadas;
- f) Pelo menos 95% 90% da população de risco vacinada na primeira fase;
- g) Situação epidemiológica nos grupos de risco acompanhada;
- h) Base de dados específica, incluindo indicadores e instrumentos de recolha, criados e adaptados, em estreita articulação com o sistema de informação sanitária;
- i) Vacinas conservadas de forma segura, em todas as estruturas de saúde e postos de vacinação;
- j) Vacina administrada, segundo as normas técnicas;
- k) Profissionais de saúde protegidos, durante a vacinação;
- l) Resíduos resultantes da vacinação descartados de forma segura;
- m) Comunicação com a população, feita de forma clara e documentos elaborados, em estreita articulação com os atores envolvidos;
- n) MAPIs monitorizadas, acompanhadas, notificadas e investigadas durante e pós vacinação.

2. Preparação regulatória

A pandemia da COVID-19 veio impulsionar a tomada de medidas para travar as diferentes consequências do surgimento da doença. De entre essas, a pesquisa farmacêutica para o desenvolvimento de uma vacina tem sido um dos focos e frentes de atuação nesse contexto.

O Governo de Cabo Verde, não fugindo ao panorama internacional, estabeleceu como compromisso a introdução de uma das vacinas atualmente em fase de comercialização, ou seja, que já tenha comprovada a eficácia, a segurança e a qualidade, para combate nacional à doença.

Nesse contexto, através da Resolução 171/2021, de 18 de dezembro, criou-se a Comissão Nacional de Coordenação (CNC) para a introdução da vacina contra a COVID-19, com responsabilidades bem definidas, com a participação com a participação de entidade com responsabilidade e interesse na matéria na matéria e com o apoio de uma Comissão Técnica Multidisciplinar para a vacinação (CTMV).

É este o contexto da elaboração do presente documento que estabelece orientações sobre procedimentos a serem aplicadas a uma Autorização de Introdução no Mercado (AIM) de vacinas a serem utilizadas no combate a COVID-19 e demais medidas regulatórias a serem adotadas.

O que aqui se regista perspetiva a simplificação e desburocratização do procedimento instituído, tendo em vista o contexto atípico com riscos a saúde pública e o previsto no Decreto-lei 59/2006, de 26 de dezembro, que prevê, de entre outras matérias, as normas aplicadas a um dossier de AIM, e em especial no número 3 do seu artigo 14º a possibilidade de aplicação de condições especiais por motivo de Saúde Pública. Pelo que acima se expôs passamos de imediato para a exposição do conteúdo relativo à preparação regulatória.



2.1. Normas legais relativas à AIM de medicamentos

Em Cabo Verde, conforme a legislação nacional, a introdução no mercado de qualquer medicamento, fabricado no país ou importado, carece de autorização prévia da ERIS, conforme resulta dos artigos 4.º n.º 1 e 35.º n.º 1 do Decreto-lei n.º 59/2006, de 26 de dezembro, que regula a autorização de introdução no mercado, o registo, o fabrico, a importação, a comercialização, os donativos e a publicidade de medicamentos de uso humano conjugado com o n.º 1 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 3/2019, de 10 de janeiro, que a ERIS.

O procedimento de AIM inclui uma avaliação técnico-científica do dossiê de pedido de forma a garantir a eficácia, qualidade e segurança dos medicamentos disponíveis no mercado, com base na aplicação de rigorosos critérios legais e científicos, tendo como objetivo essencial a proteção da saúde pública.

2.2. Enquadramento legal

Para além do Decreto-lei n.º 59/2006, de 26 de dezembro, acima referido, as normas aplicadas ao procedimento de AIM incluem:

- a) O Regulamento de Autorização de Introdução no Mercado (AIM) para medicamentos de uso humano por processo completo, aprovado por deliberação n.º 06/2016, de 27 de abril, publicado na II série do *Boletim Oficial* n.º 21, de 6 maio;
- b) O Regulamento de Alterações aos Termos de uma AIM, bem como formulários de pedidos de alterações, aprovado por deliberação n.º 14/2016, de 5 de dezembro, publicado na II série do *Boletim Oficial* n.º 13, de 16 março de 2017; e
- c) O Regulamento de AIM de Medicamentos de uso humano por reconhecimento de AIM concedida por outros Estados, aprovado por deliberação n.º 3/2019, de 5 de junho, publicado na II série do *Boletim Oficial* n.º 124, de 3 de setembro, retificado pela Declaração de Retificação n.º 128/2019, de 23 de outubro. A lista de Entidades reconhecidas para efeito de concessão de AIM por reconhecimento de AIM concedida por outro Estado, encontra-se disponível no sítio eletrónico da ERIS.

Em se tratando de emergência de saúde pública, por forma a facilitar o acesso da população às vacinas, de acordo com o contexto atípico e com as normas vigentes, dois procedimentos simplificados de introdução no mercado serão aplicados:

I. AIM por reconhecimento de AIM concedida por outro Estado, com as necessárias adaptações à situação de emergência, no que tange ao prazo de resposta e documentação exigida; e

II. AIM por um processo excepcional onde é exigido um dossier completo, com as necessárias adaptações à situação de emergência, no que tange ao prazo de resposta e documentação exigida.

A autorização concedida pela ERIS ao abrigo do presente documento pode ser condicionada ao cumprimento de outros requisitos, designadamente, à prévia análise qualitativa e quantitativa de cada lote e à observância de regras específicas relativas à farmacovigilância.

2.3. Requisitos técnicos

Alguns requisitos são considerados essenciais para a AIM:

- a) O medicamento para o qual se pretende a autorização excepcional não possuir uma AIM válida em Cabo Verde;

- b) Não existir quaisquer medicamentos que apresentem idêntica composição qualitativa e quantitativa de ingredientes ativos e forma farmacêutica, em relação ao medicamento para o qual se pretende a autorização, com AIM válida em Cabo Verde, ou, possuindo uma AIM válida, não esteja a ser efetivamente comercializado;

- c) O medicamento é considerado imprescindível à prevenção, diagnóstico ou tratamento de determinada patologia;

- d) Não existir alternativas terapêuticas disponíveis no mercado;

- e) O medicamento para o qual se pretende a autorização excepcional apresenta provas preliminares de benefício clínico, dispõe de provas experimentais preliminares, nomeadamente resultados de ensaios clínicos iniciais, que façam pressupor a atividade do medicamento na indicação clínica em causa;

- f) A entidade requerente é a responsável pelo Programa de Saúde Pública em Cabo Verde.

2.4. Prazo e Caducidade da autorização

O prazo máximo de resposta da ERIS para situações emergências é definida excepcionalmente em 15 dias. Sempre que haja um pedido de elementos adicionais pela Entidade, a contagem do prazo é interrompida, e só é retomada aquando da entrega pelo proponente de todos os elementos em falta.

A autorização concedida neste molde tem a validade de 12 (doze) meses, salvo se, por razões de segurança, se entender limitar a validade da autorização a um período menor. O titular deve solicitar a renovação por igual período, com antecedência mínima de 45 (quarenta e cinco) dias corridos antes do término da sua validade, o qual é atribuída nos mesmos moldes.

2.5. Pedido de AIM:

O pedido de AIM deve ser submetido em suporte digital através do e-mail disponibilizado pela ERIS para o efeito, podendo, adicionalmente, ser submetido em formato papel diretamente no expediente da ERIS ou pelos correios.

Documentos que instruem o processo:

Os modelos referidos a seguir poderão ser encontrados no seguinte link:

<http://eris.cv/index.php/setor-farmaceutico/aim-autorizacao-de-introducao-no-mercado>

I- Modalidade a) AIM por reconhecimento de AIM concedida por outro Estado:

Requerimento escrito redigido em língua portuguesa conforme modelo publicado no sítio eletrónico da ERIS;

Formulário preenchido conforme modelo publicado no sítio eletrónico da ERIS;

Ultimo Resumo das Características do Medicamento (RCM) aprovado no país de origem, e se aplicável, a tradução para a língua portuguesa, por uma entidade competente;

Ultimo Folheto Informativo (FI) aprovado no país de origem, e se aplicável, a tradução para a língua portuguesa, por uma entidade competente;

Ultimo texto de rotulagem aprovado no país de origem, e se aplicável, a tradução para a língua portuguesa, por uma entidade competente;



Lista de alterações aos termos da AIM aprovados pelo Estado responsável pela concessão da AIM, redigida em língua portuguesa, inglesa, francesa ou espanhola; Certificado de Produto Farmacêutico conforme o modelo da Organização Mundial da Saúde (OMS) emitido pela autoridade competente do país cuja AIM se pretende reconhecimento e, se aplicável a tradução certificada para a língua portuguesa, inglesa, francesa ou espanhola, por uma entidade competente;

Métodos e especificações de controlo de qualidade do produto acabado, redigido em língua portuguesa, inglesa, francesa ou espanhola;

Resumo do Sistema de Farmacovigilância e do Plano de gestão e Minimização de Riscos de acordo com a legislação vigente.

Anexos ao formulário de pedido, devem ser enviados os seguintes documentos:

- a) Prova de registo notarial do Titular de AIM proposto, no país onde se encontra sediado e, se aplicável, a tradução certificada para a língua portuguesa, inglesa, francesa ou espanhola, por uma entidade competente. O Titular de AIM proposto deve comprovar através deste documento a localização da sua sede;
- b) Autorização de fabrico do responsável pela libertação dos lotes, do local de controlo/análise dos lotes, e dos fabricantes do medicamento (produto a granel, solventes/fase intermédia, acondicionamento primário e secundário) e, se aplicável, as traduções certificadas para a língua portuguesa, inglesa, francesa ou espanhola, por uma entidade competente;
- c) Fluxograma indicando todos os locais envolvidos no processo de fabrico e controlo do medicamento e do ingrediente ativo, redigido em língua portuguesa, inglesa, francesa ou espanhola;
- d) Certificado de Boas Práticas de Fabrico (BPF) ou outras declarações de BPF, ou certificado OMS, ou resumo de outras inspeções BPF realizadas, para o responsável pela libertação dos lotes, para os fabricantes do medicamento (produto a granel, solventes/fase intermédia, acondicionamento primário e secundário) e para os fabricantes de Ingrediente Ativo, emitido por uma Entidade reconhecida pela ERIS, e se aplicável, as traduções certificadas para a língua portuguesa, inglesa, francesa ou espanhola, por uma entidade competente;
- e) Declaração do fabricante do produto a granel atestando o cumprimento das Boas Práticas de fabrico por parte do fabricante do Ingrediente Ativo, informando os meios utilizados para o efeito, na ausência do Certificado BPF do fabricante do Ingrediente;
- f) Ativo emitido por uma Entidade reconhecida pela ERIS;
- g) Certificado(s) de Conformidade da Farmacopeia Europeia ou outro(s) certificado(s) de conformidade para as Encefalopatias Espongiformes Transmissíveis (TSE) para medicamentos que apresentem matérias de origem animal e/ou de origem humana contidos ou utilizados no processo de fabrico do medicamento, ou outro(s) certificado(s) de conformidade para as TSE emitido(s) por uma entidade reconhecida pela ERIS para fins de reconhecimento de AIM. Se aplicável, o(s) certificado(s) deve(m) ser acompanhado(s) da(s) respetiva(s) tradução(ões) para a língua portuguesa, inglesa, francesa ou espanhola;

- h) Consentimento(s) escrito(s) da Autoridade Competente para a libertação de Organismos Geneticamente Modificados (OGMs) no meio ambiente, para os medicamentos que tiverem na sua composição ou que consistirem de OGMs, e, se aplicável, a(s) tradução(ões) para a língua portuguesa, inglesa, francesa ou espanhola, devidamente certificada(s) por uma entidade competente;
- i) Certificado(s) de Autorização de Introdução no Mercado concedida por outro(s) Estado(s). Caso o Estado que concedeu a autorização não seja de língua portuguesa, o certificado deve vir acompanhado da tradução em língua portuguesa, inglesa, francesa ou espanhola, devidamente certificada por uma entidade competente; j) Projetos de embalagem planificados/exemplares;
- j) Lista de nomes (fantasia) propostos/autorizados para o medicamento e dos seus Titulares da Autorização de Introdução no Mercado nos outros Estados em que o medicamento se encontra autorizado, redigida em língua portuguesa, francesa, inglesa ou espanhola;
- k) Certificado de Conformidade com a Farmacopeia Europeia (CEP), do *Active Substance Master File* (ASMF) ou *Drug Master File* (DMF), ou outro comprovante de conformidade do ASMF/DMF emitido por uma entidade reconhecida pela ERIS para efeitos de reconhecimento de AIM concedida por outros estados, quando exista. O certificado deve vir acompanhado da tradução certificada por uma entidade competente, para a língua portuguesa, inglesa, francesa ou espanhola, caso este esteja redigido numa língua diferente;
- l) Carta de Autorização de acesso ao ASMF/DMF, caso exista, do Titular do ASMF/DMF, dirigida à ERIS, e Declaração do fabricante do ingrediente ativo comprometendo-se a informar o requerente e a ERIS no caso de alteração do processo de fabrico e das especificações, redigida em língua portuguesa, inglesa, francesa ou espanhola, caso os fabricantes de Ingrediente ativo não apresentem o CEP, (Conforme os modelos publicados no sítio oficial da ERIS); e
- m) Certificado de conformidade do Vaccine Antigen Master File (VAMF), caso exista, para pedidos de AIM de vacinas, emitido pela Agência Europeia do Medicamento ou por outra agência reconhecida pela ERIS para efeitos de reconhecimento de AIM concedida por outros Estados, e, se aplicável, a tradução certificada para a língua portuguesa, inglesa, francesa ou espanhola.

II- Modalidade b) AIM por um processo excecional:

- a) Requerimento escrito redigido em língua portuguesa conforme modelo publicado no sítio eletrónico da ERIS;
- b) Formulário preenchido conforme modelo publicado no sítio eletrónico da ERIS; Último Resumo das Características do Medicamento (RCM) aprovado no país de origem, e se aplicável, a tradução para a língua portuguesa, por uma entidade competente;
- c) Último Folheto Informativo (FI) aprovado no país de origem, e se aplicável, a tradução para a língua portuguesa, por uma entidade competente;
- d) Comprovativo que o medicamento pertence à Lista Nacional de Medicamentos Essenciais ou Protocolo terapêutico publicado por uma entidade competente, ou Declaração emitida por um diretor clínico ou equivalente, ou pelo



membro do governo responsável pela área da saúde, que justifique que o medicamento para o qual se pretende a autorização excepcional é imprescindível à prevenção, diagnóstico ou tratamento de determinada patologia e quando aplicável, que justifique que não existem alternativas terapêuticas;

- e) Dossier completo conforme regulamento de AIM por processo completo aprovado pela Deliberação nº 06/2016, de 6 de maio, do Conselho de Administração da ERIS, exceto os documentos referentes a estudos/ensaios que ainda não tenham sido realizados, que estejam em curso, ou que por algum motivo não seja possível a sua realização;
- f) Uma Lista de estudos/ensaios que ainda não tenham sido realizados, que estejam em curso, ou que por algum motivo não seja possível a sua realização acompanhada das devidas justificações e, quando aplicável, os protocolos dos estudos em curso ou por realizar;
- g) Parecer da Comissão Nacional de Ética para pesquisa em saúde relativamente a questões éticas em relação à utilização do medicamento para o qual se pretende a autorização; e
- h) Parecer da Comissão Nacional de Medicamentos relativamente à AIM e à situação epidemiológica objeto de autorização excepcional.

2.6. Pós-AIM

Em Cabo Verde, os procedimentos Pós-AIM estão previstos no Regulamento de Alterações aos Termos de AIM, aprovado por Deliberação nº 14/2016, de 5 de dezembro, publicado na II série do Boletim Oficial nº 13, de 16 março de 2017 e no Regulamento de AIM de Medicamentos de uso Humano por reconhecimento de AIM concedida por outro Estado, aprovado por deliberação nº 3/2019, de 5 de junho, publicado na II série do Boletim Oficial nº 124, de 3 de setembro, retificado pela Declaração de Retificação nº 128/2019, de 23 de outubro. Entretanto, para a situação da vacina contra a Covid-19, para além dos estipulados nos regulamentos anteriormente referidos, podem ser aplicados as orientações constantes do presente documento.

2.7. Obrigações do Titular da AIM

Além de outras obrigações impostas por lei, o titular de uma AIM da vacina contra a Covid-19 fica obrigado a:

- a) Dispor, em arquivo, por um período não inferior a 5 anos, e para apresentação, se solicitado, nomeadamente em sede de inspeção, da documentação atualizada exigida para o pedido de AIM;
- b) Proceder com um pedido de alterações aos termos da AIM ou de Nova Autorização sempre que se verifiquem alterações no medicamento, e/ou sempre que sejam feitas alterações na AIM no Estado em que se usou como referência para efeito de pedido de reconhecimento de AIM;
- c) Comunicar à ERIS as decisões de suspensão e retirada do medicamento do mercado, em outros Estados onde o medicamento se encontra autorizado;
- d) Comunicar à ERIS quaisquer problemas relacionados ao medicamento do qual seja titular de AIM;
- e) Cumprir com as obrigações de Farmacovigilância, conforme preconizadas por regulamento próprio;
- f) Cumprir com as normas previstas pelo regulamento de Boas Práticas de Fabrico de Medicamentos, conforme preconizadas por regulamento próprio; e
- g) Cumprir com as normas previstas pelo regulamento de Boas Práticas de Distribuição de Medicamentos, conforme preconizadas por regulamento próprio.

2.8 Isenção de pagamento de taxas

Para os processos de AIM de vacinas a serem utilizadas no combate à COVID-19, a ERIS isenta o pagamento de taxas por parte do proponente.

2.9 Farmacovigilância

A ERIS, de acordo com os seus Estatutos e competências e com a legislação vigente, através do Centro Nacional de Farmacovigilância (CNF), que é o gestor do Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF), implementará as atividades necessárias à monitorização das Reações Adversas aos Medicamentos (RAM) e dos Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRM), no âmbito da introdução da vacina da COVID-19 em Cabo Verde, em colaboração com as Entidades Públicas e com os operadores económicos, caso aplicável.

2.10 Rastreabilidade das vacinas

Considerando que a informação sobre o circuito de distribuição e aplicação das vacinas é um dado importante a ser seguido e monitorizado, e tendo em vista que o sistema de codificação única do medicamento ainda não foi completamente implementado, é relevante a manutenção de um registo por parte do MSSS de dados pertinentes sobre a matéria, pelo que se sugere a criação de um sistema de seguimento e registo destes dados.

3. Planeamento e Coordenação da Introdução das Vacinas

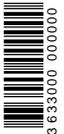
A nível central, foi criada uma Comissão Nacional de Coordenação, sob a coordenação do Ministério da Saúde e da Segurança Social, integrando outros ministérios, designadamente, Ministério de Finanças, Ministério de Negócios Estrangeiros, Ministério de Educação, Ministério da Família e Inclusão Social, Plataforma das ONGs, Serviço Nacional da Proteção Civil e Bombeiros, Representante do INE, Representantes das Confeções religiosas, Representante da Cruz Vermelha de Cabo Verde, Representantes do sector privado, OMS, UNICEF, Banco Mundial, Entidade Reguladora e Independente da Saúde, entre outros, de forma a assegurar o envolvimento e colaboração na mobilização de recursos necessários, em prol do êxito do processo de planificação, coordenação e implementação das atividades.

Um Grupo Nacional Técnico de Trabalho, consultivo e independente ao setor da saúde, com atribuições de pesquisar, aconselhar e orientar os decisores políticos e gestores de programas sobre as questões políticas relacionadas com as vacinas e vacinações, será operacionalizado.

O Núcleo de Apoio Técnico (NAT) do PAV existente, sob a coordenação do Diretor Nacional da Saúde, delegando responsabilidades à coordenação do PAV, constituído por técnicos do Ministério da Saúde, da OMS e da UNICEF, poderá ser reforçado com a participação de outras entidades ou setores que se acharem pertinentes, para apoiar na operacionalização das atividades técnicas e no terreno para o sucesso da vacinação. Serão previstas reuniões regulares, predefinidas pelos termos de referência de cada comissão e grupos de trabalho, para discutir as etapas de organização da atividade, bem como os progressos e os obstáculos na sua preparação.

A nível Concelhio, para melhor a implementação das atividades, serão indigitados coordenadores (pelo menos 1 para cada concelho), podendo ser o Delegado de Saúde, que deverão elaborar o microplano do concelho e o cronograma de execução das atividades, em conformidade com as orientações emanadas do nível central, garantindo o envolvimento e articulação dos diferentes intervenientes locais.

Os planos de trabalho deverão ser claros, orientadores sobre as atividades e suficientemente detalhados e submetidos para o nível central. Devem ter definido as necessidades de recursos humanos e suas responsabilidades, necessidades em materiais de cadeia de frio e logística, EPI, entre outros, bem como a calendarização das atividades e orçamentação.



3 633000 000000

4. Recursos e Financiamento

Para a implementação do Plano Nacional de introdução e da vacinação contra a COVID-19, os recursos financeiros serão mobilizados com o apoio dos parceiros de desenvolvimento do país, segundo as rúbricas que integram o referido plano, nomeadamente:

Rúbricas	Total ECV	Total US
Preparação Regulatória	108 000	1200
Planeamento e coordenação	3 530 000	39222
Recursos Humanos	5 972 000	66356
Aceitação e adesão de vacinas	30 832 390	342582
Gestão de Resíduos	43 945 000	488278
Gestão da cadeia de abastecimento	45 940 000	1104577
Formação do recursos humanos	3 954 000	43933
MAPI	568 000	6311
Monitorização Avaliação da introdução da	29 986 000	333178
impressão de materiais	2 598 000	28867
CUSTO TOTAL	220 905 390,00	2 454 504
	1US =	90 ESCV

O Plano de introdução e vacinação contra COVID-19 em Cabo Verde terá um custo de dois milhões, quatrocentos e cinquenta e quatro mil quinhentos e quatro dólares (2454504 USD).

5. População alvo e estratégias de vacinação

Durante a pandemia será assegurada a vigilância da COVID-19, a deteção precoce dos casos suspeitos, o diagnóstico, isolamento, tratamento, controlo dos contactos e seguimento dos casos positivos, contribuindo na análise e seguimento da situação epidemiológica do país e, assim, na definição de estratégias de intervenção de prevenção e controlo da circulação do vírus.

O risco de complicações pela covid-19 não é uniforme na população, sendo que o risco de agravamento e óbito está relacionado a características sociodemográficas, presença de Comorbilidades, entre outros.

O grupo consultivo técnico nacional, de acordo com as recomendações da OMS e as características da epidemiologia no país, perfil dos casos internados e óbitos, definiu os grupos prioritários para a vacinação na primeira fase.

Em Cabo Verde, a faixa etária mais afetada é a da 20 a 39 anos, que representa 48% do total de casos. As pessoas de maior ou igual a 60 anos representam 10,6% dos casos, sendo a mais afetada as da faixa etária de 60 a 69 anos. Do total dos óbitos ocorridos, 21% são pessoas com menor de 60 anos e 79% são de maior ou igual a 60 anos. A maior parte das pessoas que faleceram apresentavam Comorbilidades de base, tais como, a hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, insuficiência cardíaca, patologia renal, algumas delas com mais de uma Comorbilidades. A taxa de letalidade geral é de 1% e a taxa de letalidade nos maiores de 60 anos é de 8%. Mais de 200 profissionais de saúde foram infetados.

No contexto pandémico que se vive, com a grande maioria da população ainda altamente suscetível, a infeção pelo vírus, também é prioridade a manutenção do funcionamento das estruturas de saúde incluindo os trabalhadores da saúde e dos serviços considerados essenciais.

São priorizados os seguintes grupos alvo para a vacinação na primeira fase, conforme quadro abaixo:

Grupos prioritários	Estimativa população de	Número de doses
Profissionais de saúde	4272	8544
Doentes crónicos (hipertensão arterial e diabetes)	24500	49000
População com idade > 60 anos	40000	80000
Profissionais hoteleiros e ligados ao turismo	11280	22560
Profissionais dos pontos de entrada internacionais (aeroportos e portos)	1500	3000

Grupos prioritários	Estimativa população de	Número de doses
Professores e pessoal de apoio nas escolas	20000	40000
Polícia Nacional	7000	14000
Forças Armadas	2500	5000
Serviço Nacional de Proteção Civil e Bombeiros	320	1200
TOTAL	111372* (20%)	222744
Previsão de perdas (20% do total de doses)		44549
Total de doses necessárias		267293

* População total do país em 2020: 556.857 hab. (Fonte: INE. Projeções demográficas 20102030. Censo 2010)

O país pretende vacinar, pelo menos, 60 % da população, de forma faseada e cumprindo as orientações técnicas internacionais de referência, sendo, pelo menos, 20% na primeira fase, que poderá ser implementada durante todo o ano 2021, e as fases seguintes deverão ser implementadas até finais de 2022 ou início de 2023. A vacina será gratuita para todas as pessoas que serão contempladas, conforme a política de vacinação de Cabo Verde.

Estratégias a ser usada para a aplicação da vacina contra a COVID-19 em diferentes populações-alvo.

A estratégia foi traçada de acordo com a população alvo definida pelo país e faseada de acordo com as orientações da OMS e a disponibilidade das doses.

Considerando-se que o país não dispõe de programas de imunização para adultos, como programas de vacinação contra a gripe sazonal, soluções inovadoras será necessária para se alcançarem os trabalhadores da saúde, utentes com doenças crónicas e os idosos.

Isso exigirá a colaboração entre programas, ou seja, atenção primária, doenças não transmissíveis; plataformas gerais de prestação de serviços de saúde dentro do sistema nacional de saúde; e entre os diferentes setores, por exemplo, Ministério da família e inclusão social, da educação, entre outras entidades, para o melhor aproveitamento das estratégias de vacinação já existentes no país.

O país vai adaptar a estratégia de postos fixos, próximos à população-alvo, para reduzir o tempo de deslocação, minimizar custos e garantir a logística. A sensibilização para grupos-alvo em geral incluirá recenseamento, grupos de discussão, encontros comunitários e institucional, de modo a maximizar a adesão. Os postos de vacinação serão constituídos pelas estruturas de saúde, nomeadamente, centros de saúde, postos sanitários, hospitais entre outros. Todos os postos de vacinação, terão um kit de emergência.

6. Gestão da cadeia de abastecimento e gestão de resíduos de saúde

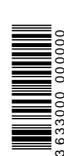
6.1 Gestão da cadeia de abastecimento:

Uma cadeia de abastecimento bem organizada e bem administrada é fundamental para o sucesso da implementação das vacinas contra a Covid-19.

Em Cabo verde os pontos de entrada com capacidade para o desalfandegamento das vacinas tanto positivas como negativas estão localizadas na cidade da Praia, aeroporto.

Nelson Mandela e no Mindelo, aeroporto Cesária Évora. Entretanto o PAV até então utiliza somente o aeroporto da Praia, que tem capacidade para receber e desalfandegar as vacinas acima referidas em segurança.

Os dois pontos de entrada possuem capacidade para armazenamento provisório, somente para vacinas +2 a +8C. Na Praia possui uma camara fria com capacidade para 20m³.



3 833000 000000

Em relação ao ponto de armazenamento nacional, temos um depósito nacional de Vacinas que armazena o stock trimestral para as vacinas +2 a +8C e a vacina contra a Pólio com stock anual.

No depósito Nacional de Medicamentos esta instalado duas camaras frias ambas com capacidade para 10 m³ onde fica armazenado o stock de vacinas anual.

Em todos os 32 centros de saúde do país existe capacidade para armazenar o stock o stock mensal e de segurança de acordo com a demanda de cada estrutura. Foi feito um levantamento da capacidade instalada e das necessidades de equipamentos de frio existente no país conforme o quadro abaixo.

6.2 Capacidade de Transporte

O Deposito Central de Medicamentos possui um carro de frio que faz o transporte das vacinas do aeroporto para o mesmo depósito.

Em relação ao transporte de vacinas entre as localidades da ilha de Santiago, o transporte é feito em concertação com os centros de saúde no transporte das Delegacias/ centros de saúde.

Para o transporte entre ilhas, o mesmo é feito por via aérea de acordo com o plano de aviamento mensal, exceto as ilhas de santo Antão e Brava onde não existe aeroportos, as mesmas são transportadas por via marítima com duração de 1hora.

O plano de contingência do DCM contempla que em caso de avaria da rede elétrica ou das camaras frias as vacinas são transportadas em concertação com o PAV para a Emprofac (Empresa Publica de abastecimento nacional de medicamentos).

6.3. Cadeia Ultrafrio

Existe uma parceria com o INSP dispõe de uma arca Ultrafria com capacidade de 400 litros, que será utilizada para armazenamento das vacinas a -70°C na Praia. 4 arcas UCC com capacidade de 400 litros serão instaladas no Deposito central de vacinas. O Deposito Nacional de vacinas contém geradores de emergência com ligação automática, em caso de corte de energia e um sistema elétrico exclusivo para o efeito. Um plano de formação esta sendo elaborado para a introdução das Vacinas e contempla a manipulação do UCC pelos profissionais responsáveis e os equipamentos de proteção individual para a manipulação esta contemplado no na orçamentação.

Como o país não tem capacidade de produção de Gelo Seco, para o transporte das vacinas em -70 C para as outras ilhas, somente a ilha de Santiago será contemplada para o armazenamento em essa temperatura.

Para as outras ilhas, de acordo com o plano de vacinação, as vacinas serão transportadas em condicionamento +2 a + 8C no mesmo dia ou no dia anterior a data do início da vacinação que devera durar 4 dias.

Para +2 a +8C

Como já foi dito anteriormente temos duas camaras +2 a +8C para o armazenamento das vacinas de rotina assim como a disponibilidade de refrigeradores em cada centro de saúde.

Para as vacinas contra a Covid-19 o país vai ter a necessidade de adquirir mais duas camaras para a conservação e armazenamento das mesmas.

6.4. Processo de distribuição

Para o processo de distribuição da vacina -70°C vai haver dois cenários:

1. Primeiro cenário: para a ilha de Santiago onde se encontram os congeladores com as vacinas -70°C, os centros de saúde devem fazer o levantamento das quantidades a serem utilizadas diariamente.

2. Segundo cenário: as estruturas de saúde que se encontram nas outras ilhas, o aviamento e feito no dia anterior a vacinação.

Consumíveis e EPI

Tendo em conta que os insumos têm menos risco de deterioração, todas as estruturas vão ser contempladas com os consumíveis para vacinação e EPIs antes do envio da vacina conforme a necessidade de cada estrutura para garantir uma boa logística.

6.5. Gestão de resíduos

Dentro dos princípios de segurança das injeções e mitigação de riscos associados à vacina, um plano de gestão e destruição dos resíduos será preparado e implementado, juntos dos diferentes intervenientes nacionais, sob supervisão de uma equipa multissetorial.

Segundo Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020), a gestão dos resíduos relacionados à vacinação contra a COVID-19 requer atenção especial, devido à natureza infecciosa do vírus. Procedimentos adequados de gestão de resíduos são indispensáveis para garantir a segurança dos trabalhadores da saúde e da comunidade. Além disso, se as vacinas da COVID-19 forem fornecidas em uma campanha de vacinação em massa, a geração de resíduos de saúde, particularmente os perigosos, será maior, o que requer condições adequadas para a sua gestão.

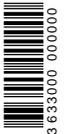
O plano de gestão de resíduos deverá contemplar uma estrutura de coordenação e supervisão, os mecanismos de gestão, incluindo o orçamento para treinamento e contratação de técnicos, fornecimento de recipientes apropriados e tecnologias de tratamento.

Definição e classificação

Segundo o Plano Estratégico Nacional de Gestão dos Resíduos (PENGR, 2016), consideram-se resíduos hospitalares os produzidos em unidades de prestação de cuidados de saúde, relacionadas com humanos ou animais, incluindo as atividades médicas de diagnóstico, tratamento, prevenção, reabilitação e investigação, assim como resíduos gerados em farmácias, atividades médico-legais, ensino e outras, desde que envolvam procedimentos invasivos. Esses resíduos são classificados em quatro categorias ou grupos, sendo que as resultantes da vacinação são do grupo III (Equipamentos de Proteção Individual e compressas de algodão pós uso) e grupo IV (frascos de vacinas, seringas com agulhas). De acordo com o PENGR os resíduos do grupo III são de risco biológico – que estão, ou são suspeitos de estar contaminados, pelo que são suscetíveis de incineração ou de outro pré-tratamento eficaz, que permita a posterior eliminação como resíduo urbano. Os do Grupo IV são considerados resíduos hospitalares específicos e são de incineração obrigatória.

O mesmo plano, dentro do princípio da responsabilidade, delega ao produtor do resíduo a responsabilidade da sua gestão.

As normas de gestão dos resíduos hospitalares recomendam o acondicionamento dos resíduos do grupo III em sacos de cor branca e armazenados em contentores azuis; os do grupo IV devem ser acondicionados em sacos de cor vermelha e armazenados em contentores de cor amarela. Não havendo disponibilidade de sacos e contentores de cores apropriadas, estes devem ser identificados para informar que tipo de resíduos contém. Normalmente os frascos de vacina e as seringas após utilização são acondicionados em caixas de segurança previamente preparados para o efeito.



3 633000 000000

Orientações do Plano Nacional de Contingência

O Plano Nacional de Contingência COVID-19 orienta que todos os resíduos devem ser considerados contaminados e seguida a política de resíduos hospitalares, e que a manipulação e transporte dos recipientes dos resíduos devem ser limitados ao estritamente necessário.

Para minimizar o risco para as comunidades, cada equipe de vacinação deve separar os resíduos no próprio local e implementar logística reversa, na qual os resíduos de saúde são devolvidos à origem para descarte apropriado, juntamente com outros resíduos infecciosos.

Capacidade Nacional para Incineração de Resíduos Hospitalares

No país existem quatro incineradores situados em S. Vicente (HBS), Sal (Ramiro Azevedo), Praia (Extensão Trindade) e Santiago Norte (Hospital Santa Rita Vieira). Desses equipamentos apenas dois encontram-se ativos, nomeadamente da Praia e de Santiago Norte, porém com algumas limitações técnicas.

Antes da campanha da vacinação contra COVID-19 é urgente garantir o funcionamento das incineradoras existentes na ilha do Sal e São Vicente, reforçar a capacidade das incineradoras na ilha de Santiago, com aquisição de peças de substituição, contratação e treinamento de técnicos para manutenção ou aquisição de outros equipamentos se necessário.

As regiões sanitárias de Santo Antão, Fogo-Brava e ilha da Boa Vista deverão ser contempladas com tecnologia para incineração, sendo estes equipamentos de acordo com o volume de produção de resíduos de incineração obrigatória produzida na ilha.

Estratégia de Gestão dos resíduos implementados

Situação atual da gestão de resíduos de COVID-19

Dadas as limitações de incineração a nível nacional, os resíduos de incineração obrigatória resultantes da COVID-19 vêm sendo incinerados na ilha de Santiago (Hospital Agostinho Neto - Extensão Trindade e Hospital Santa Rita Vieira). Nas outras regiões/ilhas/municípios, os resíduos têm sido armazenados em casas de resíduos, aguardando criação de condições para o transporte até o destino final e conseqüente incineração.

Situação atual da gestão de resíduos de vacinação - PAV

Os resíduos do PAV têm sido geridos em cada Delegacia de saúde, através dos pontos focais designados para o efeito. Os resíduos são recolhidos mensalmente e destruídos consoante a capacidade de cada estrutura. Nos locais onde existem incineradores os frascos e as seringas são incinerados mensalmente. Nos locais onde não existem incineradores, as seringas são queimadas mensalmente em locais identificados e os frascos são transportados para locais onde existem incineradores.

Estratégia de gestão de resíduos de vacinação contra COVID-19

Recursos humanos e responsabilidades das equipas

Integram a estrutura de logística e gestão de resíduos resultantes da COVID-19, uma coordenação nacional, dez supervisores Regionais/municipais (Santo Antão; S. Vicente; S. Nicolau; Sal; Boavista; Maio; Fogo; Brava; Santiago Norte e Praia/S.

Domingos/Ribeira Grande de Santiago), pontos focais e técnicos nas estruturas de saúde onde decorrem atividades fixas de vacinação (Hospitais e centros de saúde). Os técnicos que integram as equipas móveis de vacinação se encarregam de transportar os resíduos diários para as estruturas superiores correspondentes que serão recebidos e armazenados em locais apropriados. Todos os membros da equipa de logística e gestão de resíduos devem trabalhar de forma coordenada.

Os técnicos responsáveis pela gestão dos resíduos resultantes da Covid19 devem garantir a distribuição dos materiais necessários, receção dos recipientes com os resíduos, sua correta higienização das superfícies e adequado armazenamento em local apropriado até o transporte para o destino final.

Nos locais fixos, diariamente, no fim das atividades de vacinação, o técnico responsável pela gestão dos resíduos se encarrega de organizar no espaço apropriado, os recipientes com os resíduos devidamente identificados. Nos locais onde existem casas de resíduos, um local específico para armazenamento temporário dos resíduos de vacinação contra COVID-19 pode ser adaptado.

Todas as equipas, tanto técnicos responsáveis diretos para gestão dos resíduos resultantes da vacinação contra COVID-19, como os pontos focais e os supervisores devem beneficiar-se de uma ação de formação apropriada com pelo menos uma semana antes do início da vacinação.

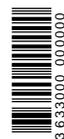
Todo o processo de gestão dos resíduos resultantes da vacinação contra COVID-19 deve ser seguido por um supervisor nacional, que deve articular com as autoridades sanitárias e outras autoridades se necessário; orientar os técnicos e pontos focais nas atividades diárias e apresentar o relatório ao Programa no final da campanha, com base nos relatórios diários elaborados pelos técnicos, mediante fichas previamente disponibilizadas.

Organização dos materiais, locais de vacinação e fluxo de resíduos até o destino final Todos os locais de realização das vacinas devem dispor de materiais necessários para o adequado acondicionamento e armazenamento dos resíduos, nomeadamente, sacos, contentores e caixas de segurança para perfuro cortantes. As seringas com agulhas devem ser acondicionadas em caixas de segurança separados dos frascos de vacina, ambos devidamente identificados. Os EPI e as compressas pós uso devem ser acondicionados em sacos de cores brancas e armazenados em contentores de cores azuis, podendo ser adaptadas outras cores e recipientes, desde que estejam devidamente identificados.

A quantidade dos resíduos não pode exceder 2/3 do volume dos recipientes referidos e após atingir o volume recomendado, os mesmos devem ser selados, desinfetados nas superfícies e colocados em locais previamente identificados para o efeito, até o momento da recolha para o destino final. Diariamente, no final de cada atividade de vacinação, os sacos de acondicionamento devem ser selados, mesmo que não tenham atingido a capacidade de 2/3 do volume.

Os locais fixos de vacinação (Hospitais e centros de saúde) devem disponibilizar um local apropriado para colocação temporária dos resíduos até o momento do seu transporte para o destino final. Os locais onde irão decorrer atividades móveis (Postos Sanitários e Unidades Sanitárias de Base), no final das atividades diárias, os resíduos serão transportados de forma segura pelas equipas de vacinação para as estruturas de nível superior correspondente.

Os resíduos do grupo III resultantes da vacinação e as seringas em caixas de segurança serão queimados localmente, seguindo as normas de queima devidamente articulado com as autoridades sanitárias locais. Este procedimento se justifica pelo facto de não haver disponibilidade de incinerador em toda ilha/município, não haver produção de volume de resíduos de incineração obrigatória em todos os locais que justifique, a necessidade de se evitar o transporte inter ilhas/municípios de resíduos perigosos e sobrecarga das incineradoras funcionais na Praia e Santiago Norte. Nos locais onde existe incineradora, as seringas serão incineradas.



3 833000 000000

O processo de queima deve ser feito em locais apropriados como um forno improvisado, um buraco no solo com base e laterais de cimento ou algo similar, ou em recipientes de metal, com furos laterais que facilita a combustão e a destruição dos materiais biológicos. Um combustível inflamável como óleo diesel deve ser usado para o efeito. Caso se suspeite que uma única operação possa não ser suficiente para queimar todo o resíduo, deve-se repetir a operação. Preferencialmente essa queima deve acontecer longe de residências e em aterros sanitários ou lixeiras controladas.

As caixas com frascos de vacinas utilizadas ou que perderam validade devem ser armazenados e transportadas no fim de cada fase da campanha para a ilha/município onde existe disponibilidade de equipamento para efeito de incineração, com articulação prévia das entidades competentes, neste caso os responsáveis das estruturas sanitárias correspondentes.

Todos os locais de vacinação, de armazenamento temporário, de destino final dos resíduos, locais de queima, incineradoras devem ser avaliados com pelo menos 3 dias antes do início da vacinação para certificar se estão reunidas as condições necessárias e corrigir eventuais falhas. Os pontos de queima devem estar bem localizados e preparados.

Finda a campanha de vacinação, todos os locais de vacinação e de armazenamento temporário de resíduos devem ser devidamente supervisionados e desinfetados para garantir a máxima segurança e reduzir os riscos associados. Igualmente, os locais de destino final, designadamente, as incineradoras e os locais de queima devem ser devidamente inspecionados e os produtos resultantes da queima e incineração tratados.

Um relatório final será elaborado contendo informações de todo o processo de gestão de resíduos resultantes da campanha da vacinação contra Covid-19.

Gestão de ocorrências

Em caso de um frasco de vacinas sofrer danos por queda, o resíduo deve ser recolhido em segurança, acondicionado na caixa de segurança e o local deve ser desinfetado com água e lixívia na concentração de 5%, precedido da colocação de papel absorvente para facilitar a drenagem e evitar o espalhamento do conteúdo.

Em caso de acúmulos de resíduos por algum imprevisto (espaço insuficiente, dificuldade de transporte, etc.), os resíduos perigosos do grupo III devem ser submetidos à autoclavagem para redução da perigosidade até a reunião das condições para o destino final seguro. Neste sentido, todas as estruturas de saúde devem dispor de autoclaves para reforçar a capacidade de gestão dos resíduos dos cuidados de saúde.

7. Estratégias de treinamento

Será criado um grupo nacional de formação composto por elementos de cada um dos subgrupos (grupos de MAPI, resíduos, logística, monitorização, comunicação e supervisão), com as funções de adaptação dos materiais, formação de formadores e supervisão das formações a serem replicadas e ainda supervisão durante o processo de vacinação.

Vamos priorizar a formação presencial, mas tendo em conta a situação geográfica do país (ilhas) será adotada a metodologia combinada (on-line e presencial) são os métodos mais comum utilizados para treinamento de recursos humanos.

Na modalidade presencial será ministrada com condições que permitira a higienização das mãos e distanciamento social, a mesma será ministrada duas semanas antes da administração da vacina.

A metodologia utilizada para formação será adaptada a modalidade presencial e virtual, adotando os instrumentos orientadores a serem disponibilizados pela OMS e adaptados pelo país

A formação vai ser ministrada em duas modalidades, teórica e prática para todos os elementos das Equipas (vacinadores, registadores, supervisores, coordenadores, gestores de dados, gestores de resíduos, equipa de MAPI, equipa de comunicação, equipa de logística, mobilizadores sociais, pontos focais, condutores equipa de urgência Emergência).

As normas e instrumentos de suporte para a formação sobre a vacinação, supervisão e avaliação serão revistos e/ou adaptados em conformidade com os standards da OMS, para salvaguardar a qualidade da vacinação e segurança das injeções, a qualidade do registo, tratamento dos dados e seguimento dos indicadores.

A formação dos formadores (teórico-prática) será multiplicada localmente, com todos os participantes designados, sustentando a transmissão completa e correta das informações de uma forma harmonizada e supervisionada pela pelo comité nacional de formação.

8. Aceitação e adesão as vacinas

Quase um ano após o surgimento do primeiro caso de COVID-19, em Cabo Verde, e no momento em que a situação epidemiológica do país aponta para mais de 13 mil casos positivos acumulados e 130 óbitos, as autoridades nacionais, assim como todos os países do mundo, preparam-se para a introdução da vacina contra a Covid-19 em Cabo Verde.

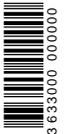
Como em qualquer atividade que inclui o engajamento e a mobilização da população, a comunicação é parte essencial do processo. Será a comunicação, na sua vertente de informação e sensibilização, que ira assegurar o engajamento das parres bem como o sucesso da campanha. É preciso, pois, definir, uma estratégia e um plano de comunicação eficaz e eficiente.

Para o sucesso desta operação de vacinação, a definição de uma estratégia de comunicação e mobilização social, incluindo a comunicação, comunicação de risco, escuta social e engajamento da comunidade, constitui um dos eixos importantes para garantir a adesão da população à esta intervenção de prevenção e controlo da propagação do vírus a escala global. A estratégia a ser utilizada deve dar ênfase a alguns aspetos considerados primordiais, designadamente a coordenação e o envolvimento dos parceiros, a sensibilização da população e dos grupos prioritários e consequentemente a adesão à vacinação.

Neste sentido, o Governo de Cabo Verde, através do Ministério da Saúde e da

Segurança Social, elaborou o Plano Nacional de introdução da vacina contra a Covid19, dando orientações específicas a todas as ações de preparação, e introdução da vacinação contra a Covid-19 no território nacional.

O Instituto Nacional de Saúde Pública, como entidade do Ministério da Saúde responsável pela comunicação em saúde e de risco em caso e emergências em saúde pública, apresenta este Plano de Comunicação para introdução de Vacinação contra a Covid-19 em Cabo Verde. Este documento pretende definir as estratégias de comunicação e mobilização social a serem seguidas e executadas para sensibilizar os diferentes grupos alvo sobre o processo de vacinação, junto dos diferentes atores. De forma a garantir a confiança, aceitação e procura da vacina contra a Covid-19 pela população, este plano de comunicação e mobilização social, estará sob a coordenação do Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP), em concertação com o Programa Alargado de Vacinação (PAV), e colaboração



da OMS e do UNICEF e outros parceiros. Este plano de comunicação e mobilização social é um capítulo do plano nacional para a vacinação contra a COVID-19 e propõe:

- a) Elaborar estratégias para reativar parceiros existentes ou envolver novos para comunicação e mobilização social, em apoio à vacinação, visando atingir os grupos prioritários;
- b) Definir e incluir estratégias de comunicação nos órgãos de comunicação social que visem a mobilização eficaz, de acordo com os grupos participantes;
- c) Definir uma estratégia de Comunicação de Risco para Gestão de situações de crise, rumores, Fake News e MAPI (Manifestações Adversas Pós Vacinação);
- d) Envolver e capacitar os Profissionais de Saúde na linha da frente, em apoio a seu papel como recetores da vacina e como vacinadores;
- e) Elaborar um cronograma de execução, incluindo uma previsão orçamental;
- f) Elaborar um sistema de seguimento e avaliação das ações de comunicação e mobilização social;
- g) Elaborar uma Estratégia de Comunicação para Profissionais de Saúde;
- h) Elaborar uma Estratégia de Comunicação para os outros grupos prioritários.

OBJECTIVOS

8.1. Geral

Informar e sensibilizar os grupos prioritários e a população em geral dos objetivos, importância e finalidade da vacinação de forma a criar confiança e mobilizá-los para adesão massiva.

8.2. Específicos

- Informar e mobilizar os públicos-alvo/prioritários;
- Promover o conhecimento sobre a vacina e os objetivos da vacinação;
- Divulgar a vacinação contra a COVID-19, a fim de dar visibilidade e conseguir a aceitação e adesão;
- Promover a procura, por parte dos grupos prioritários, aos postos de vacinação;
- Criar parcerias com instituições, públicas e privadas, a favor do processo de vacinação;
- Gerar a confiança na população sobre o processo de vacinação;
- Minimizar, monitorizar e responder aos rumores ou fake news;
- Promover o conhecimento da população sobre a segurança e eficácia da vacina a ser utilizada;
- Assegurar a existência de mecanismos de feedback para que as populações possam tirar dúvidas, pedir esclarecimentos, esclarecer notícias falsas e rumores.

8.3. PÚBLICO-ALVO

As atividades de comunicação e mobilização social terão como público-alvo os grupos prioritários e a população em geral.

O público-alvo ou prioritário da Estratégia, integra os seguintes:

- Profissionais de saúde;
- Doentes crónicos;

- Idosos com mais de 60 anos;
- Autoridades/entidades do Estado: PR, PM, PAM, DNS, líderes parlamentares; ANMVCV e autoridades locais;
- Profissionais de portos de entrada (aeroportos e portos);
- Profissionais hoteleiros ligados ao turismo;
- Polícia nacional;
- Polícia das Forças Armadas;
- Proteção civil e bombeiros;
- Professores e pessoal de apoio nas escolas;
- Profissionais da Comunicação Social;
- Diplomatas;
- Mobilizadores sociais, igrejas, sociedade civil e outros;
- Sector privado;
- Influenciadores (Primeira Dama; presidente do ICIEG; presidente da CNDHC; Associação Cabo-verdiana de Deficientes; Associação LGBTI.

8.4. MECANISMO DE COORDENAÇÃO

Para a implementação, seguimento e avaliação do Plano de Comunicação, será criada uma subcomissão nacional de coordenação, integrado pelos seguintes representantes:

INSP; DNS; OMS; UNICEF; GCI; Assessora para Comunicação do Ministro da Saúde; Ministério da Inclusão Social e Ministério da Educação, (Link do Despacho). A função dessa comissão é zelar para que a estratégia de sensibilização seja implementada com sucesso, especificamente na coordenação mobilização de parcerias e na discussão e validação dos produtos da comunicação.

Para um engajamento efetivo a nível local e regional, será solicitado um ponto focal de comunicação a nível concelhio, a ser indigitado pelo Delegado de Saúde, membro da comissão municipal para a campanha de vacinação contra COVID-19, que deverá garantir a operacionalização da estratégia de comunicação, seguimento e feedback, no que tange, fundamentalmente, a rumores, fake news e outros problemas relacionados, ao INSP que é a instituição responsável pela implementação deste plano.

8.5. ESTRATEGIA DE COMUNICAÇÃO

A estratégia de comunicação deverá acompanhar as diferentes fases de vacinação propostas no Plano Nacional de Introdução da Vacina contra a Covid-19, sendo numa primeira fase para os profissionais de saúde e na segunda fase para os restantes grupos prioritários.

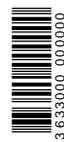
A estratégia deverá incidir sobre a importância da vacinação, os objetivos, vantagens, eficácia e segurança e os resultados no combate à pandemia.

8.6. Estratégia para os profissionais de saúde:

Sendo os profissionais de saúde, o primeiro grupo prioritário que irá receber a vacina, a campanha de sensibilização irá dar especial atenção a este grupo. Será seguida uma estratégia de comunicação priorizando os canais de comunicação institucional dos serviços de saúde, nomeadamente:

Comunicação interna:

- Realização de Inquérito de opinião sobre a vacina covid-19, com os profissionais de saúde, para conhecer as suas crenças em relação a vacina bem como a sua disponibilidade para serem vacinados;
- Capacitação visando o reforço da capacidade e conhecimento dos profissionais enquanto recetores da vacina e como vacinadores;



3 633000 000000

- Capacitação para gerirem informações falsas;
- Realização de reuniões a nível nacional e local com os serviços de saúde para comunicar do processo de vacinação, do papel e da importância desta vacinação para os mesmos, bem como explicar o porquê da escolha deste grupo como primeiro grupo prioritário a vacinar;
- Produção e distribuição de materiais de comunicação internos com mensagens principais para assegurar a uniformização da comunicação (um manual de normas e procedimentos); mailing list (atualizar a lista dos contactos dos profissionais e envio de pequenos informes diários ou semanais sobre a vacina);
- Criação de uma plataforma interna única (Intranet, website, app), agregadora de Informação centralizada. Esta plataforma junta toda a informação essencial num só ponto para que não haja dispersão. O acesso é restrito aos profissionais (login) -Disponibilização de uma linha de apoio para informação e esclarecimento de dúvidas;
- Reuniões de avaliação.

- Ordem dos Farmacêuticos de Cabo Verde;
- A Organização Mundial da Saúde;
- O UNICEF;
- Especialistas ou profissionais de saúde de outros países onde já foram aplicados a vacina.

Como «figuras influenciadoras» para a comunicação e gerar confiança nos profissionais de saúde, vamos contar com o envolvimento do Ministro da Saúde e da Segurança Social, do Diretor Nacional da Saúde, da Presidente do Instituto Nacional da Saúde, do Representante da Organização Mundial da saúde e do Bastonário da Ordem dos Médicos de Cabo Verde.

8.5.2 Estratégia para os restantes grupos prioritários:

Para alcançar os restantes grupos prioritários serão utilizadas estratégias antes e depois do início da campanha de vacinação

Primeiramente, far-se-á um estudo de Comportamentos e Atitudes e Práticas (CAP) para se avaliar o que as pessoas pensam e sentem em relação à vacinação: risco percebido, receios, confiança e preocupações com a segurança, processos sociais

(compartilhamento de informações, boatos) que impulsionam ou inibem a vacinação, motivações (prontidão, disposição, intenção e hesitação perante a vacina) e outros aspetos como o consentimento e aceitação ou recusa da vacina.

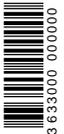
O antes terá como finalidade explicar sobre o processo de produção e aprovação de uma vacina, com vistas a dar segurança à população em relação a eficácia do (s) imunizante (s) que o país vier a utilizar, bem como da sua capacidade operacional de distribuição; e paralelamente, apelar para a vacinação; o depois servirá para reforçar e consolidar a informação (outros aspetos relacionados com a vacina) e o apelo.

Assim, adotam-se as seguintes estratégias:

Na estratégia de comunicação para os profissionais de saúde vai se privilegiar a comunicação de pares, isto é, de profissional de saúde para profissional de saúde. A comunicação deve ser envolvente, inclusiva, e acolhedora por forma a atingir todos os grupos dos profissionais de saúde.

Os parceiros são os seguintes:

- Os dirigentes centrais do MSSS;
- Os delegados de saúde;
- Os diretores dos hospitais e das regiões sanitárias;
- O bastonário da ordem dos médicos de Cabo Verde;
- A Comissão instaladora da ordem dos enfermeiros de Cabo Verde;



Alvos	Estratégias	Ações
Grupo 1: Doentes crónicos; Idosos com mais de 60 anos;	Comunicação de Risco, de Comunicação massa	Antes: uma campanha de informação específica nos meios de comunicação de massa como rádio, TV, para explicar o processo de produção e aprovação de uma vacina, com vistas a dar segurança à população em relação a eficácia do(s) imunizante(s) que o país vier a utilizar, bem como da sua capacidade operacional de distribuição; paralelamente para apelar à vacinação Durante: reforço da campanha de apelo, através de uma comunicação de massa
Grupo 2: profissionais de portos de entrada (aeroportos e portos); profissionais hoteleiros ligados ao turismo; Polícia nacional; Polícia das Forças Armadas; Proteção civil; bombeiros; Setor privado	Mobilização social; Reforço da capacidade; de Comunicação Risco	Antes: são ações de formações, encontros, palestras Durante: campanha de informação específica nos meios de comunicação de massa Informação através dos gabinetes de comunicação das instituições e ministérios a que pertencem estes profissionais
Grupo 3: Comunicação social Mobilizadores sociais, igrejas, Sociedade Civil, ONGs, professores e pessoal de apoio nas escolas, influenciadores;	Mobilização social; Reforço da capacidade;	Antes: formações, encontros comunitários (como influenciar; como comunicar?), palestras nas estruturas de saúde; Durante: campanhas nos meios de comunicação de massa como rádio, TV, web, Jornais, outdoors, cartazes, desdobráveis, entre outros, para divulgação das mensagens.
Grupo 4: entidades do Estado, Diplomatas, autoridades locais	Reforço da capacidade; Comunicação massa	Antes: encontros de esclarecimento e informação; Durante: reforço da informação; campanha de comunicação de massa
Grupo 5: sociedade em geral	Comunicação de Risco, Comunicação massa;	Antes e durante: campanha de comunicação de massa sobre o processo de produção e aprovação de uma vacina, com vistas a dar segurança à população em relação a eficácia do(s) imunizante(s) que o país vier a utilizar, bem como da sua capacidade operacional de distribuição; por outro lado, e paralelamente, para apelar para a vacinação, mas também para passar informações gerais sobre a vacina, através da utilização da rádio, TV, web, Jornais, outdoors, cartazes, desdobráveis, entre outros.

EIXOS ESTRATÉGICOS

Eixo Estratégico 1: Informação Pública/Comunicação de Massa

Serão desenvolvidos materiais de comunicação adaptados a diferentes suportes, com mensagens de acordo com o público-alvo, em língua portuguesa e crioulo. Serão utilizados os meios de comunicação de âmbito nacional e comunitário e definido um programa de entrevistas, participação de especialistas em programas televisivos e radiofónicos, sobre a vacinação. Complementarmente, a parceria público-privada será privilegiada a favor da comunicação e da vacinação.

Na participação de especialistas em programas televisivos e radiofónicos, estes devem ser previamente preparados, ou seja, um guião com potenciais perguntas e as respetivas respostas deve ser elaborado.

Meios/canais de comunicação:

- Rádios nacionais (RCV);
- Rádios privadas e comunitárias;
- Televisão Nacional (TCV);
- Canais de TV privados – TIVER, RECORD, RTP AFRICA;
- Redes sociais: Facebook, instagram, Youtube;
- Plataforma Centralizadora;
- Linha Verde (reforço);
- Websites das entidades envolvidas: Governo, Ministérios, Nações Unidas...
- Jornais impressos e onlines: A Semana, Expresso das Ilhas, A Nação, etc;
- Telecomunicações – SMS - CV-Móvel, T+;
- Redes de ATM, Autocarros, hiacés outros.

Peças de comunicação:

- Materiais gráficos (desdobrável/folheto, cartazes, dísticos, kits informativos, outdoors);
- Materiais audiovisuais (Spot e programas na TV e rádio);
- Anúncio na Imprensa;
- comunicados de imprensa.

Antes de efetivamente se implementar a campanha de sensibilização, a Subcomissão de mobilização social e comunitária deverá reunir-se com todos os órgãos de comunicação para determinarem a forma de parceria que devem desenvolver. Junto dos órgãos de comunicação, conceber um programa regular de comunicação sobre o balanço diário da vacinação a nível nacional.

Para marcar o início da vacinação será feito o lançamento, através de uma conferência de imprensa pelo Governo e seus parceiros.

O evento poderá ser complementado com visitas guiadas da comunicação social para alguns postos de vacinação da Praia e em outros concelhos.

Eixo Estratégico 2: Mobilização Social

Serão envolvidas todas as “forças vivas” da nação, incluindo organizações da sociedade civil, igrejas, sector privado, influenciadores, com vista a apoiar os grupos tradicionalmente excluídos a integrar o movimento nacional para a vacinação.

Essa mobilização passará pelas seguintes fases:

- I. Mapeamento das “forças vivas”;
- II. Encontro para recolha de ideias e subsídios;
- III. Engajamento de todos (quem faz o quê, como e onde?);
- IV. Mão na massa (fazer, passar as mensagens).

Eixo estratégico 3: Estratégia de comunicação de risco ou de crise

Quando uma nova vacina é introduzida, é provável que haja preocupação do público quanto à sua segurança e possíveis efeitos colaterais. Em consequência, podem haver boatos e sentimentos negativos sobre a vacina, levando com que muitas pessoas fiquem hesitantes quanto ao ato de se vacinarem.

Esta estratégia, de ordem especial, visa intervir na gestão de resistências à vacinação, rumores e fake news.

Para evitar rumores e fake news, é aconselhável estabelecer uma boa comunicação para a adesão, bem como diálogos permanentes, antes, durante e depois da vacinação, por forma a minimizar o impacto de potenciais crises. Propõe-se, antes da implementação da vacina, o seguinte:

- Escutar a comunidade;
- Obter o feedback da comunidade e outros dados relevantes;
- Elaborar mensagens rápidas em tempo real;
- Um gabinete de comunicação de crise/risco deve ser criado, com as seguintes funções: elaborar conteúdos de orientação para rápida deteção e resposta aos boatos, informações falsas e desinformação, em tempo real, principalmente online;
- Nomear um porta-voz;
- Capacitar a Imprensa;
- Realizar atividades de mobilização social e comunicação;
- Comunicar com a população afetada e outros públicos-alvo em caso de efeitos adversos pós vacinação (EAPVs).

No que diz respeito aos imigrantes, pretende-se envolver as Embaixadas, através do Ministério dos Negócios Estrangeiros, para estabelecer contacto e/ou encontros para esclarecimentos, etc.

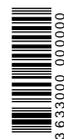
8.6.3.1 O papel do Porta-voz

Para melhor gestão da comunicação em situação de risco, o Ministério da Saúde e da Segurança Social designará um porta-voz que possa intervir em caso de crise, por exemplo, causada por um efeito adverso coincidente com a vacina/vacinação.

A reação do porta-voz deve ser concertada, coerente e imediata após o surgimento da crise para restabelecer a confiança da população. O porta-voz deve ser um indivíduo competente com bom conhecimento sobre a vacina, para responder a todas as questões técnicas e preocupações da população na media nacional e internacional.

A subcomissão de comunicação junto do MSSS, deverá definir ou indicar uma lista de expertise na matéria para participarem em programas televisivos e radiofónicos sobre a vacina e a vacinação no país.

Nesta estratégia de comunicação de risco, vai se dar especial atenção aos rumores através de monitorização das redes sociais e audição comunitária para o levantamento, análises e resposta conforme a necessidade, dos rumores e fake news.



8.6.3.2 Mecanismo de seguimento de rumores

Todos os meios de comunicação serão monitorizados de forma a identificar informações contrárias ou controversas que coloquem em causa a operacionalização da vacinação e a eficácia da estratégia de comunicação, de forma a dar resposta imediata. A monitorização das redes sociais será alvo de atenção, por forma a identificar atempadamente os rumores que possam colocar em causa todo o processo de vacinação. Um grupo de seguimento e monitorização da Imprensa e redes sociais será criado para fazer a gestão de informações falsas, incluindo acompanhamento e análise de escuta social.

Eixo estratégico 4: Reforço de capacidade a todos os níveis

Este eixo estratégico visa promover iniciativas na capacitação dos profissionais de saúde e parceiros, tendo em vista o exercício de suas funções na atenção aos utentes e na potencialização da cooperação entre os sectores.

Em cada concelho, a coordenação da comissão deverá realizar sessões de capacitação para os mobilizadores sociais e parceiros, para que tenham a capacidade de multiplicar os conhecimentos adquiridos, passar a informação correta e fornecer esclarecimentos às comunidades, incluindo a distribuição de kits informativos.

Público-alvo para a capacitação:

- Delegados de Saúde Diretores de Regiões Sanitárias/ Diretores do Hospitais nacional;
- Regional / Profissionais de saúde/equipas de vacinação;
- Mobilizadores sociais;
- Líderes comunitários, confissões religiosas e associações/ ONG Jornalistas e influenciadores digitais.

Eixo estratégico 5: Monitorização e avaliação

Ao longo da campanha de sensibilização, a Subcomissão de comunicação e mobilização social deve fazer o seguimento e avaliação das ações de sensibilização, em colaboração com a comissão nos concelhos. Esse seguimento deve ser feito de modo a saber se as ações estão a ser desenvolvidas conforme programadas, até que ponto estão a ter impacto ou não, caso surgirem novas necessidades, como resolvê-las e quando devem ser introduzidas novas ações de forma a colmatar certas falhas. Este seguimento deve ser feito através de reuniões semanais de avaliação e envio de relatórios de comunicação diários do nível municipal para o nível nacional.

No final da campanha de sensibilização, deve ser feita uma avaliação para identificar as falhas, as lições apreendidas e as melhores práticas, a serem retidas para próximas fases de vacinação.

ANÁLISE DE COMPORTAMENTO

Pretende-se realizar um estudo para análise do comportamento, crenças, atitudes e práticas da população, fundamentalmente da população prioritária, para orientar às atividades de comunicação e mobilização social.

Este estudo deve incidir sobre o conhecimento e percepção da população e população prioritária sobre a doença, a vacina, as questões que poderão influenciar ou condicionar o processo de vacinação e a comunicação.

Mais especificamente:

Aceitação dos grupos prioritários em serem vacinados;

Quem são os principais influenciadores deste grupo, e quais são os meios de comunicação preferidos.

MENSAGENS CHAVES

As mensagens a serem difundidas deverão ser claras, simples, concisas e facilmente memorizáveis e que sejam compreendidas por todos os segmentos do público-alvo. Neste sentido, serão utilizados suportes e mensagens capazes de atingir todos os nossos segmentos de público-alvo. Para isso, é importante utilizar suporte quer nos mass media (comunicação above the line) e comunicação direcionada (below the line). Para a campanha de vacinação deverá ser criada uma imagem, que integra um logotipo e um slogan (em português e em duas variantes do crioulo) apelativos que serão utilizados em todos os suportes de comunicação.

Propõe-se para cada suporte que se utilize ou se crie mensagens específicas para os grupos alvo.

As mensagens-chave, bem como os conteúdos de informação da população, serão elaboradas de forma participativa.

Os conteúdos contem:

- a) Introdução de vacina;
- b) Informação específica sobre a vacina, a sua eficácia e segurança;
- c) Grupos prioritários e porquê;
- d) Estratégias de vacinação (como, onde e quando);
- e) Slogan.

Convém realçar nas mensagens e conteúdos os seguintes aspetos:

- O sistema de saúde pública está preparado para atender essa emergência de saúde e para realizar a vacinação com segurança;
- Os vacinadores são competentes e estão preparados;
- A imunização é a melhor forma de se proteger contra a doença e evitar o contágio;
- A vacina é segura conforme evidências existentes até o momento;
- A vacina deve ser tomada em todas as doses recomendadas para que seja eficaz, etc. A vacina reduz a transmissão da infeção na comunidade, protegendo as populações de maior risco;
- As medidas preventivas devem ser mantidas mesmo após a vacinação;
- A vacinação será faseada, por grupos sociais e profissionais;
- Pode haver algumas precauções ou contraindicações temporárias, mas ainda assim, a vacina é a melhor forma de prevenir a infeção;
- Mesmo os que já contraíram a COVID-19 devem tomar a vacina (não há evidências científicas de imunização).



CRONOGRAMA IV- Timing e Fases da Campanha de sensibilização

1ª Fase da Campanha (antes do início da Vacinação)			
Atividades	Responsáveis	Data	Público Alvo/Parceiros
Realização de Inquérito de opinião sobre a vacina covid-19	INSP	Janeiro(última semana)	Profissionais saúde
Realização de reuniões a nível nacional e local com os serviços de saúde	DNS	Janeiro	Profissionais saúde
Criação/atualização do mailing list	DNS/INSP	Janeiro	Profissionais saúde
Criação de uma plataforma interna única	DNS/INSP/ NOSi	Janeiro/fevereiro (início)	Profissionais saúde
Reuniões de avaliação	DNS	Todo o tempo da campanha de vacinação	Profissionais saúde
Sessão de sensibilização	DNS-PAV/INSP	Janeiro/fevereiro	Profissionais saúde
Elaboração e disponibilização de materiais de comunicação interna, em formato digital e/ou impresso e com mensagens específicas para este grupo	DNS- PAV/INSP/ UNFPA e UNIFEC	Janeiro/fevereiro	Profissionais saúde
Estudo CAP para recolha de percepção da população sobre a vacina	INSP/OMS/ UNICEF	Janeiro	Grupos Prioritários /população geral
Encontro com todos os parceiros identificados na Praia e online a nível nacional	Subcomissão de Comunicação e	Fevereiro	Parceiros

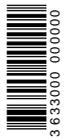


	Mobilização Social		
Identificação e encontro com os pontos focais de comunicação concelhios	Subcomissão de Comunicação e Mobilização Social	Janeiro	Delegacias de Saúde
Apoio a criação em todos os concelhos de uma Comissão de mobilização social e o respetivo plano de atividades sob a coordenação dos Delegados de Saúde	Subcomissão de Comunicação e Mobilização Social	Fevereiro	DNS/Delegacias de Saúde/Parceiros

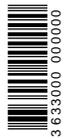


Lançamento de concurso para a produção de materiais gráficos e audiovisuais	Subcomissão de Comunicação e Mobilização Social INSP	Fevereiro	Empresas
Elaboração e validação de mensagens chaves	Subcomissão de Comunicação e Mobilização Social	Fevereiro	Grupos prioritários População geral
Preparação do guião para as entrevistas com os especialistas	Subcomissão de Comunicação e Mobilização Social	Todo o tempo	Grupos prioritários População geral
Criação do grupo de vigilância das redes sociais para identificação de rumores/fake news e resposta imediata	Subcomissão de CMS/Gabinete de comunicação e imagem do Governo, NOSI	Fevereiro	Utilizadores das redes sociais

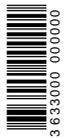
Aproximar as assessorias de comunicação das instituições parceiras para alinhamento de discurso e desenvolvimento de ações;	Subcomissão de Comunicação e Mobilização Social	Janeiro/fevereiro	Grupos prioritários População geral
Adaptação do site COVID-19 para acolher uma página de informação sobre a vacinação	Subcomissão de CMS / NOSI	Fevereiro	
Identificação de uma linha de apoio a informação ao público (8001112)	DNS	Fevereiro	
Conceções suportes gráficos, audiovisuais	Subcomissão de CMS	Fevereiro	Empresas
Testagem todo o material produzido	Subcomissão de Mobilização Social/subcomissão de vacinação	Fevereiro	Comunidades e Grupos prioritários
Impressão distribuição de materiais	INSP	10 dias antes da vacinação	Delegacias de Saúde /CVI /CVA
Difusão das mensagens na TV e Rádio	INSP	15 dias antes da vacinação	Órgãos de Comunicação Social
Capacitação dos responsáveis dos Meios de Comunicação (TV, Rádio, Jornais, etc.) e dos jornalistas sobre a vacinação	Subcomissão de Mobilização Social	Fevereiro	Meios de Comunicação Social/jornalistas



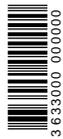
Encontro com Operadores de Comunicação (CV Telecom e Unitel T Mais) para pedido de Envio de SMS	Subcomissão de Mobilização Social	Janeiro	CV Telecom e Unitel T Mais
Realização de sessão de capacitação para mobilizadores sociais, os pontos focais de comunicação, profissionais de saúde, parceiros e equipas de vacinadores	INSP/ Subcomissão de CMS	Janeiro a fevereiro	OMS/UNICEF/DNS
2ª Fase da Campanha (Durante a vacinação)			
Atividades	Responsáveis	Data	Publico Alvo
Divulgação de Spot, notas de rodapé e programas de TV e da Rádio em todos os canais	INSP/Subcomissão de CMS	15 dias antes da Campanha de Vacinação	Grupos Prioritários Toda a população
Notas na imprensa (Órgãos de Comunicação Social, instituições)	Subcomissão de Mobilização	15 dias antes da Campanha de Vacinação	Grupos Prioritários População -geral
Divulgação de informações e conteúdos nos sites VINTI4; FACEBOOK; boletins eletrónicos; SMS; hiaces; autocarros	Subcomissão de CMS	15 dias antes da Campanha de Vacinação (início a 1 de Setembro)	Utilizadores de internet, VINT4 E telemóveis
Utilização das TV das empresas e instituições para difusão da mensagem (ASA, ENAPOR, BANCOS, INPS,	Subcomissão de CMS	15 dias antes da Campanha de Vacinação	Passageiros, utentes e funcionarios



TELECOM, Instituições privadas			
Cerimónia de lançamento da campanha na Praia	Subcomissão de CMS	Data de Início da Campanha Vacinação	População geral
Envio de SMS	Subcomissão de Mobilização /Operadores de Comunicação	Início da Campanha de Vacinação	Aos que possuem telemóvel
Conferência de Imprensa	Subcomissão de Mobilização	Início da Campanha de Vacinação	Toda a população
Balanço diário das atividades do terreno para os órgãos de comunicação social	Subcomissão da vacinação ou porta-voz do DNS	Durante a Campanha de Vacinação	Toda a população
Monitorização das redes sociais, rumores e Fake News	INSP/Subcomissão da CMS	Durante a Campanha de Vacinação	Toda a população
Seguimento e avaliação de todas as atividades de comunicação a nível das regiões e concelhos	Subcomissão da CMS	Durante a Campanha de Vacinação	Toda a população
Participação do DNS/outros no Jornal da Noite da TCV, Jornal da tarde (RCV) Jornal da Record,	Subcomissão da CMS	Durante a Campanha de Vacinação	Toda a população



Organização de programas televisivos e radiofónicos com especialistas	Subcomissão da CMS	Durante a Campanha de Vacinação	Toda a população
Conferência de Imprensa para o balanço das Atividades do terreno	Subcomissão de Mobilização	Fim da Campanha de vacinação	Toda a população
3ª Fase da Campanha (Após a vacinação)			
Atividades	Responsáveis	Data	Publico Alvo
Enviar uma nota a todos os parceiros agradecendo a sua colaboração	Subcomissão da CMS	Final da campanha de vacinação	Parceiros
Divulgação de uma nota de rodapé na TV agradecendo a participação de todos	Subcomissão da CMS	Uma semana depois	Grupos Prioritários e População Geral
Avaliação da campanha de sensibilização e Elaboração do Relatório final e lições aprendidas	Subcomissão da CMS	Um mês depois	Parceiros técnicos e financeiros



9. Monitorização de segurança de vacinas-Manejo de MAPI e segurança das injeções

As vacinas contra a COVID-19 até o momento desenvolvidas podem envolver várias apresentações, de diferentes fabricantes, que podem inclusive ser aplicadas simultaneamente no mesmo país. A implementação e administração global destas vacinas, que usam novas tecnologias, nunca antes licenciadas, e que visam um novo patógeno com muitos aspetos desconhecidos, exigem dos países um sistema de farmacovigilância robusto que permita a monitorização, deteção imediata, notificação e manejo dos casos de Manifestações Adversas Pós Imunização (MAPI).

As vacinas em uso conferem uma imunidade superior a 95%, e têm-se demonstrado eficazes e seguras, no entanto, existem algumas reações que podem surgir em decorrência da vacinação (que se manifestam imediatamente à administração da vacina ou nas quatro semanas seguintes), podendo assumir alguma significância durante e após as sessões de vacinação, denominadas Manifestações Adversas Pós Imunização (MAPI).

Uma preparação relevante para antes, durante e depois da introdução da vacina contra a COVID-19, deve ser destinada aos profissionais de saúde, fundamentalmente da vacinação, as instituições privadas de saúde, agências reguladoras e de farmacovigilância, aos parceiros, assim como os fabricantes e fornecedores de vacina, a nível global.

A monitorização da vacinação contra a COVID-19 é uma responsabilidade compartilhada entre as partes interessadas e bem articulada para além da abordagem de vigilância passiva geral de rotina, requerendo um Plano de gestão de riscos, com estratégias bem desenvolvidas, incluindo a formação e a sua supervisão.

Precauções específicas devem ser tomadas na segurança das injeções e gestão dos resíduos, para conduzir a vacinação com menos riscos, mantendo os MAPI a um nível mais baixo possível.

9.1. OBJETIVOS Geral

Garantir a vigilância, monitorização, notificação e manejo das manifestações adversas após a imunização (MAPI)

Específicos

- Assegurar deteção das MAPI durante e após a vacinação;
- Estabelecer um circuito de notificação imediata, análise das notificações, investigação das MAPI e feedback;
- Adotar ações apropriadas após as notificações das MAPI;
- Criar as condições necessárias para a abordagem clínica dos casos com MAPI no local;
- Definir tarefas e responsabilidades no sistema de vigilância e abordagem clínica das MAPI.

9.2. VIGILÂNCIA, DETEÇÃO, NOTIFICAÇÃO, INVESTIGAÇÃO E ANÁLISE DE MAPI

A nível do Programa Alargado de Vacinação (PAV), existe o “Manual Técnico e Operacional do PAV” que abrange as questões técnicas de segurança das vacinas e vacinações, bem como a vigilância e notificação das MAPI, com o seu circuito de notificação estabelecido, uma ficha de notificação individual harmonizada e um ponto focal designado para a farmacovigilância em cada estrutura de saúde, concertado com o Comité Nacional de Farmacovigilância, atualmente na ERIS (Entidade de regulação Nacional).

Porém, no processo de farmacovigilância denota-se ainda uma fraca notificação das MAPI, que nem sempre respeita o circuito estabelecido de incluir o PAV no processo de notificação, de forma a intervir nas etapas seguintes de investigação, seguimento e implementação das medidas corretivas.

A investigação das MAPI, quando raramente registadas, tem sido conduzida por uma equipa ad hoc, constituindo um desafio para o Sistema de Saúde a criação de um Comité oficializado por despacho ministerial.

Com a introdução da vacina contra a COVID-19, impõem-se alguns desafios a nível nacional, de fazer funcionar a rigor o circuito de notificação implicando os diferentes intervenientes, bem como a criação por despacho do Comité Nacional de Gestão de MAPI, de forma a permitir a investigação das MAPI, análise, seguimento e feedback.

Relativamente ao tratamento das MAPI, as estruturas de saúde apresentam as condições necessárias para sua abordagem e manejo, entretanto, neste processo de introdução de uma nova vacina, as condições deverão ser reforçadas.

Por forma a salvaguardar a segurança da vacinação e uma vigilância ativa das MAPI, de maneira concertada entre todos os intervenientes no processo de vacinação, serão realizadas ações de capacitação, englobando os diferentes módulos para a vacinação contra a COVID-19.

A vigilância ativa das MAPI associadas ou não à vacina contra a COVID-19, será assegurada pelas estruturas de saúde das delegacias de saúde/ concelhos (centros de saúde, hospitais, clínicas privadas, etc.), através do processo de deteção e notificação imediata das MAPI que prevê o preenchimento e envio do formulário de notificação individual, sob a responsabilidade do ponto focal local e em concertação com o Comité nacional de gestão de MAPI.

Todos os casos detetados pelas equipas de vacinação e/ou nos centros de saúde/hospitais durante e após a vacinação, deverão ser tratados imediatamente e notificados. Anexo formulário de notificação do caso.

A ficha de notificação será submetida em 4 5 cópias, e por via eletrónica ao Programa Alargado de Vacinação (PAV), Serviço de Vigilância Integrada e Resposta (SVIR), o Gabinete de Assunto Farmacêuticos (GAF), Agencia Reguladora e Independente da Saúde (ERIS), que abrange o Sistema Nacional de Farmacovigilância e à OMS através do Ministério da Saúde.

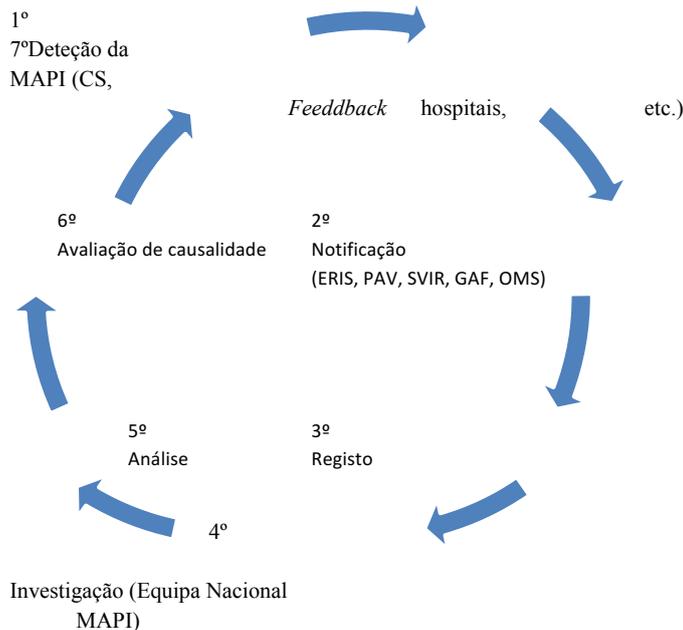
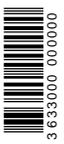


Figura 1. Ciclo da vigilância das MAPI

A investigação dos casos de MAPI será realizada pela equipa central para apurar as causas que estiveram na base do ocorrido, que deverá garantir o feedback às estruturas de saúde e entidades interessadas, a família, para a comunicação de risco, e eventuais ações corretivas.

9.3. Comité Nacional de Gestão das MAPI

Será criado por despacho ministerial, um comité nacional de gestão das MAPI com o objetivo de:

- Garantir a vigilância, deteção, notificação, investigação, análise e seguimento das MAPI;
- Definir e orientar ações apropriadas após as notificações das MAPIs.

9.4. Composição

ERIS; GAF; Logística do PAV; UNICEF; OMS

9.5. Funções:

- Assegurar a revisão e atualização dos instrumentos de farmacovigilância, notificação e seguimento das MAPI em relação à vacina contra a Covid-19 a ser introduzida no país;

- Apoiar o PAV na formação das equipas de vacinação e outros técnicos de saúde na abordagem clínica dos casos com MAPI;
- Apoiar as Delegacias de saúde na organização dos kits de emergência em caso de uma MAPI grave;
- Criar uma comissão técnica nacional para análise das notificações, investigação, análise e seguimento das MAPI;
- Confirmar o diagnóstico notificado ou sugerir outros diagnósticos possíveis;
- Esclarecer o desfecho do(s) incidente(s);
- Determinar se um evento notificado foi um incidente único ou um agrupamento e, se assim, o número de pessoas afetadas, onde as vacinações foram administradas;
- Determinar se as pessoas não vacinadas na mesma área estão apresentando os mesmos incidentes;
- Organização dos trabalhos e periodicidade dos encontros;

O Comité reunir-se-á mensalmente ou extraordinariamente quando convocado pelo presidente do comité e diariamente durante a vacinação.

9.6. Comité Subnacional MAPI

A nível subnacional (concelho) também serão constituídas equipas de coordenação da vacinação, que integrarão um ponto focal para a vigilância das MAPI, bem como uma equipa local para o manejo das MAPI, caso a caso, e o seu seguimento em concertação com o Comité nacional.

Composição:

Delegado de saúde; Ponto focal de farmacovigilância; 1 Médico

9.7. Funções:

- Assegurar a vigilância e notificação das MAPI durante e após a vacinação;
- Garantir a disponibilidade dos instrumentos de farmacovigilância, notificação e seguimento das MAPI, atualizados em relação à vacina contra a Covid-19 a ser introduzida no país;
- Organizar os kits de emergência para atendimento das MAPI;
- Criar uma comissão técnica local para o manejo dos casos de MAPI;
- Investigar e gerir localmente as MAPI comuns ou ligeiras;
- Apoiar na investigação da MAPI de forma a facilitar o desfecho do(s) incidente(s) de MAPI de interesse especial;
- Seguir e implementar as ações corretivas.

9.8. Investigação

A investigação das MAPI grave deverá ser conduzida por uma equipa técnica nacional, do nível central, constituída por:

- 1 Representante da ERIS;
 - 1 Representante Farmacovigilância;
 - 1 Clínico do Hospital, em função do tipo de MAPI;
 - 1 Ponto Focal da OMS pela área;
- Em caso de necessidade associar outros especialistas.

Esta equipa técnica nacional, contará com o apoio do Comité Nacional de Gestão das MAPI.

A nível regional ou concelhio será constituída uma equipa por especialistas para conduzir a investigação dos casos de MAPI leves notificados com a representação da equipa central.

Os relatórios dos casos de MAPIs devem ser partilhados com as autoridades nacionais de saúde e a OMS e outras instituições internacionais relevantes, incluindo o fabricante da vacina.

Este documento permitirá à equipa conduzir a investigação dos casos de MAPIs detetados e notificados pelas estruturas de saúde, de forma a confirmar ou infirmar a causa.

Os incidentes graves ou de interesse especial, devem ser notificados imediatamente e investigados, fundamentalmente os que requerem de hospitalização e os óbitos. Estas situações devem ser geridas de forma correta e imediatamente pela autoridade sanitária no concelho e/ou, em concertação com a equipa que conduziu a investigação. Para efeitos de comunicação social, o Ministério da Saúde deve designar um Porta-voz, com bom domínio do assunto, por forma a evitar o pânico na população e não interromper a vacinação realçando sempre as vantagens da vacinação, sem enfatizar demasiadamente os detalhes sobre a ocorrência.

Em caso de a notificação não confirmar o MAPI, a população deverá ser informada para evitar rumores desnecessários.

A equipa de investigação utilizará o formulário de investigação para o efeito.

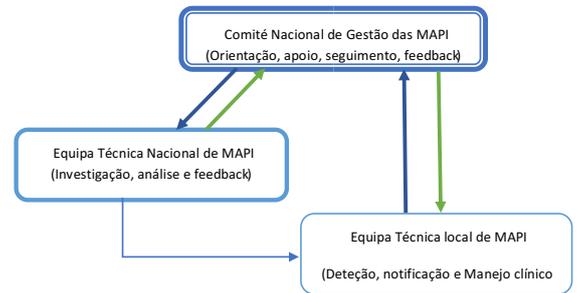


Figura 2. Circuito de notificação e responsabilidades das equipas

9.9. CIRCUITO DE REFERÊNCIA E MANEJO DOS CASOS DE MAPI

Relativamente às MAPI que podem ser detetadas a nível das estruturas de saúde, está orientado o seguinte:

a) MAPI mais frequentes ou comuns:

As pessoas deverão se dirigir ao Centro de Saúde mais próximo da sua residência fazendo-se acompanhar do cartão de vacinação e informar o técnico de saúde sobre a vacinação.

Estes casos receberão atendimento e tratamento necessário.

b) MAPI grave ou de interesse especial:

Em cada Concelho deve ser criada uma equipa técnica de manejo dos casos, com designação de um ponto focal médico disponível 24/24 horas para o atendimento de casos de MAPI.

Entretanto, durante o horário normal de expediente, todos os centros de saúde e hospitais devem também ter um médico designado para atendimento e tratamento desses casos, cujo contacto telefónico (telemóvel) deve ser do conhecimento das equipas de vacinação adstritas/ligadas à estrutura de saúde.



Meios de transporte também devem estar disponíveis para rapidamente transportarem o paciente do Centro de saúde para o Hospital de referência no concelho, logo que o paciente for estabilizado clinicamente.

As ilhas que não dispõem de hospitais, serão equipadas com dispositivos portáteis de emergência, nomeadamente oxigénio, para eventuais transferências para um Hospital regional ou central.

A nível do Hospital de referência (banco de urgência), também deverá ser designado um ponto focal para as MAPI (contatos telefónicos disponíveis). O caso deverá ser priorizado na triagem hospitalar, e uma prévia comunicação da transferência do caso deverá ser salvaguardada por telefone (fixo e móvel).

Todas as estruturas de saúde deverão ter previamente disponíveis os medicamentos e equipamentos necessários, a fim de tratar as MAPI graves (Kits de emergência), o protocolo de manejo das MAPI e as fichas de notificação individual acessíveis.

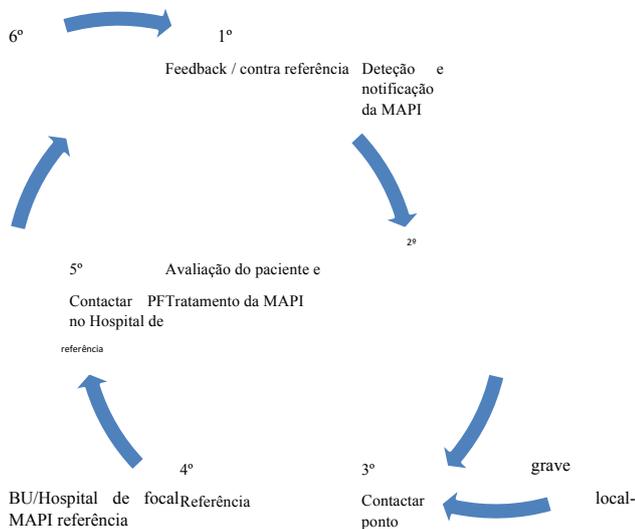


Figura 3. Circuito de manejo do caso de MAPI grave

8. MEDIDAS PARA GARANTIR A SEGURANÇA DA VACINAÇÃO

Em todo o processo de vacinação deverá ser garantida a segurança das vacinas, das injeções e da disposição, armazenamento e destruição adequada dos resíduos, por forma a reduzir os riscos de MAPI associados a erros programáticos. Os vacinadores serão capacitados e supervisionados durante a vacinação.

9. Cronograma

Atividades	Responsabilidade	Periodicidade
Formação das equipas de técnicas de vacinação e de gestão das MAPI	PAV e equipa de apoio técnico-Plano de formação	2 semanas antes da vacinação
Comunicação social sobre deteção de MAPI (1 spot TV-rádio, rodapés, desdobrável)	INSP-Plano de comunicação	15 dias antes, durante e após a vacinação
Visitas de supervisão às estruturas de saúde (antes, durante e depois da vacinação)	Equipa Gestão de MAPI	Antes, durante e depois da vacinação

10. Sistema de monitorização da vacinação

Em Cabo Verde, o seguimento e a gestão da pandemia da COVID 19 são efetivados através do Sistema de Informação do Ministério da Saúde e da Segurança Social (MSSS), utilizando o existente DHIS2 District Health Information System 2 e implementado o módulo (DHIS2-COVID).

No quadro da introdução da vacina contra COVID 19, a monitorização do progresso da vacinação será feita a diferentes níveis através implementação do módulo de Vacinação

“DHIS2-VACINA”, sob a coordenação do Serviço de Vigilância Integrada e Resposta (SVIR) da Direção Nacional da Saúde, serviço responsável pela vigilância epidemiológica, organização, preparação, gestão e reposta às epidemias e às doenças com potencial epidémico, com responsabilidades para notificar, tratar, analisar, e produzir estatísticas sanitárias, para a tomada de decisões em articulação com o Programa Alargado de Vacinação, com a Direção Geral do Planeamento e Gestão (DGPOG) e Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP).

10.1 Objetivos

- Garantir a qualidade dos dados de vacinação contra a COVID-19;
- Garantir o cabal seguimento e mensuração da cobertura vacinal equitativa nos diferentes grupos-alvos georreferenciados, e ao longo do tempo, definidos pelo país de acordo com as recomendações da OMS e a situação epidemiológica do país;
- Garantir a monitorização dos indivíduos (vacinados com 1ª dose) para assegurar a completitude do plano de vacinação estabelecido, e reduzir a incidência o número dos não-vacinados;
- Disponibilizar um sistema adequado para o registo de vacinação acessível e confiável para avaliar a segurança e eficácia das vacinas e os registos para fins de viagens individuais, trabalho e saúde, pesquisas e vigilância de doenças;
- Disponibilizar dados de qualidade aos decisores de saúde pública e outras autoridades nacionais e subnacionais, parceiros de Vacinação nacionais, regionais e mundiais entre outros.

10.2 Indicadores para monitorar o progresso

O MSSS deverá adequar e reforçar o sistema de informação e de monitorização existente, através da inclusão do Módulo de Vacinação contra COVID-19 “DHIS2-

Vacinação Covid-19” de abrangência nacional, a ser integrado plataforma DHIS2 já implementado a nível de 100% das estruturas de saúde do país.

O Módulo de Vacinação contra COVID-19 incluirá elementos/itens que permitirão medir o progresso da vacina contra COVID-19 com indicadores relativos à i) Cobertura vacinal baseada na proporção vacinada da população-alvo e ii) adesão à vacina rastreada por dose e de forma desagregada por:

- Produto vacinal
- Nome
- Identificação (ID)
- Área geográfica/residência
- Sexo
- Idade/Data de nascimento
- Profissão/Ocupação
- Comorbilidades
- Contacto (telefone e e-mail)
- Histórico do COVID-19 (Se já teve COVID-19)
- Nº de dose de vacinas (1ª ou 2ª.....)
- Completamente vacinada

10.3 Registo, notificação e análise dos dados de vacinação

10.3.1 Registos agregados e individuais

O sistema de registo, notificação e análise dos dados de vacinação para a monitorização do processo de vacinação contra COVID-19 basear-se-á no sistema administrativo de registo eletrónico, que permite fazer o a obtenção de dados em tempo real.

O sistema será baseado em registos individuais, através de instrumentos eletrónicos/informáticos disponíveis no país, para introdução e partilha de dados entre os técnicos de saúde e as autoridades de saúde, que assegura a disponibilização de informações de forma mais rápida e georreferenciada.

O atual módulo COVID-19/DHIS2 (District Health Information System 2) que integrará o módulo de Vacinação DHIS2-VACINA acessível a todas as estruturas da rede nacional de saúde.

10.3.2 Certificado e Cartão

O comprovativo da vacinação será feito através de três modalidades:

- Emissão de um certificado e cartão de vacinação impresso, imediatamente após o registo da administração da vacina no sistema de registo da vacinação;
- Envio de certificado digital de vacinação;
- Através de um hiperlink no portal existente www.COVID-19.cv onde o interessado insere o ID e receberá uma certificação por e-mail;
- O certificado e Cartão de vacinação deverá conter as seguintes informações:
- Informações pessoais (nomes, documento de identidade, data de nascimento, endereço, sexo, contactos, grupo ocupacional, perfil de risco e outros relevantes);
- Linhas diferentes para cada dose e reforço previstos;
- A data da vacinação;
- Produto vacina, número da dose, nome do fabricante, o número do lote ou série Nome do vacinador, espaço para carimbo e assinatura do vacinador.

10.3.3 Registos nas estruturas de saúde

Os registos da vacinação nas estruturas de saúde serão eletrónicos e/ou em registo físico a serem atualizados para refletir o status de vacinação contra a COVID-19. Esses registos permitirão o envio de lembretes aos utentes para a dose seguinte da vacina, e notifiquem os dados às autoridades de saúde pública.

Eles também podem vincular dados de vacinação a outras informações médicas, como resultados de testes para COVID-19.

Os formulários de cálculo são usados para contabilizar o número de doses/vacinações administradas durante o processo de vacinação, conforme dia, semana, mês, sessão de vacinação ou dia de campanha.

Devem permitir a contagem das vacinações contra a COVID-19 por dimensão de desagregação. Serão adequados formulários de cálculo específicos para grupos-alvo e

estratégias específicas para a COVID-19, mantidos separados para cada estratégia e grupos-alvo definidos pelo país, incluindo cabeçalho com informações sobre: i) localização, ii) grupo-alvo, iii) vacinador, iv) produto vacinal usado; v) data ou o intervalo de datas aplicável; vi) diferentes doses da vacina contra a COVID-19.

10.3.4 Relatórios

Os relatórios de vacinação serão produzidos automaticamente, diariamente pelas equipas técnicas de vacinação com os respetivos supervisores, a nível de cada estrutura de saúde, posteriormente agregados por cada Delegacia de Saúde do concelho e submetidos aos serviços centrais do MSSS.

Os relatórios diários devem resumir todas as informações e análises consolidadas referentes às atividades de vacinação e gestão das vacinas assim como os constrangimentos e MAPIs caso houverem.

10.3.5 Avaliações frequentes das capacidades e da prontidão dos serviços de saúde

A todos os níveis da pirâmide sanitária os Serviços de Saúde reorganizarão e priorizarão as ações por forma a permitir a inclusão da atividade de vacinação da COVID preservando as atividades essenciais de vigilância e de atendimento de rotina. Todos os serviços de Saúde devem fazer uma avaliação prévia das necessidades e para a realização da Vacina e elaborar um plano de necessidades em RH e equipamentos, incluindo uma a conectividade de rede de internet. Incluído o plano de contingência para um eventual pico de demanda ajustado ao contexto. A monitorização da Vacinação será feita diariamente e a todos os níveis.

Equipas de monitorização

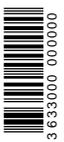
Durante o processo de vacinação, serão estabelecidas equipas de monitorização e de avaliação a diferentes níveis de organização e execução do processo de vacinação contra COVID-19, que deverão garantir a operacionalização adequada das atividades. Deverá ser observada e avaliada a implementação das estratégias de vacinação, o circuito das equipas, a organização dos postos de vacinação, a vacinação dos grupos-alvo, a manipulação do material de vacinação, a técnica de vacinação, entre outros critérios essenciais de qualidade.

Deverá igualmente garantir a continuidades dos serviços de vacinação de rotina e a capacidade de resposta em caso de picos da pandemia e o aumento da demanda dos serviços de saúde.

Avaliação diária

A nível local, no final de cada dia, o supervisor deverá avaliar junto das equipas de vacinação o desenvolvimento da jornada de trabalho, a gestão da vacina e consumíveis, compilar e analisar os dados a serem transmitidos ao coordenador no fim do dia ou no dia seguinte. Este encontro diário permitirá definir medidas a serem implementadas no dia seguinte para melhorar ou corrigir as deficiências detetadas durante o dia de trabalho.

Posteriormente, o coordenador local deverá reunir-se com os supervisores das diferentes equipas, para avaliar a jornada de trabalho, analisar as deficiências e constrangimentos encontrados no terreno para juntos procurarem soluções que contribuam na melhoria dos trabalhos do dia seguinte, como sendo: i) vacinas e cadeia de frio; ii) mobilização social, comunicação e eventuais recusas iii) logística - material de trabalho e transporte; iv) recolha de dados; v) casos de MAPI - detetados, notificados, tratados e vi) casos suspeitos de COVID-19.



CRONOGRAMA

Timing e Fases do Sistema de Monitorização da Vacinação

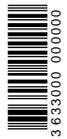
1ª - Fase prévia ao início da vacinação			
Atividades	Responsáveis	Ano 2021	
Sistema de Monitorização e Avaliação			
Análise dos sistemas atuais, levantamento das necessidades e elaboração de instrumentos (ficha individual) de recolha e dados	SVIR/SIS/PAV/OMS/UNICEF	Janeiro	
Reflexão/Protocolos de Entendimento com o RNI, NOSI e Comissão Nacional de Eleições, Comissão de Proteção de Dados e Comissão dos Direitos Humanos	Gabinete do Ministro/DNS/SVIR/SIS/PAV/OMS/UNICEF	Janeiro	
Criação do módulo COVID-VACINA para registo e monitorização do processo de vacinação a ser integrado no DHIS2	SVIR/SIS/PAV/OMS/UNICEF	Janeiro	
Integração no DHIS2 e avaliação do sistema de registo e de monitorização – piloto	SVIR/SIS/PAV/OMS/UNICEF	Janeiro/Fevereiro	

Formação técnica			
Formação dos dirigentes, gestores e autoridades sanitárias em gestão/análise de dados	SVIR/SIS/PAV/OMS/UNICEF	Janeiro/Fevereiro	
Formação dos técnicos de saúde em lançamento e gestão de dados	SVIR/SIS/PAV/OMS/UNICEF	Janeiro/Fevereiro	
Recursos Humanos			
Contratação de RH para lançamento e gestão de dados	DGPOG/SVIR/SIS/PAV		
Contratação consultor analista (eventual) informático	DGPOG/SVIR/SIS/PAV		
Equipa técnica do SIS para backup	DGPOG/SVIR/SIS/PAV		
Equipamentos + Comunicação			
Aquisição de equipamentos informáticos	SVIR/SIS/PAV		



Comunicação (internet e telefone) com base na avaliação existente			
2ª Fase da vacinação (Durante a vacinação)			
Atividades	Responsáveis	Data	
Sistema de Monitorização e Avaliação			
Monitorização diária dos dados	SVIR/SIS		
Elaboração do Boletim Diário de vacinação (dados estatísticos)			

Implementação do quartelgeneral para análise do processo de vacinação COVID-19			
Recursos Humanos			
Equipa técnica do SIS para backup			
3ª Fase da vacinação (Após a vacinação)			
Atividades	Responsáveis	Data	
Monitorização rápida de conveniência (MRC)			
Avaliação externa final	MSSS/OMS/UNI CEF		
Atelier de apresentação dos resultados finais do processo vacinação COVID-19			
Equipa técnica do SIS para backup			



11. Vigilância da doença

11.1. Organização do sistema de vigilância epidemiológica

A nível central, a vigilância da Covid-19 está integrada no sistema de vigilância das doenças com potencial epidémico da responsabilidade do Serviço de Vigilância Integrada e Resposta (SVIR), juntamente com outras doenças alvo do PAV.

A nível municipal das delegacias de saúde, os centros de saúde e as delegacias de saúde são responsáveis pela implementação e seguimento de todas as atividades de Vigilância Epidemiológica das doenças de notificação obrigatória, incluindo a COVID-19.

No contexto especial da COVID-19, as estruturas de saúde de cada concelho notificam diariamente os casos suspeitos de SARS-CoV-2 à Delegacia de Saúde, que por sua vez, notifica ao SVIR até às 15 horas do mesmo dia. A notificação é feita por correio eletrónico, com o envio da ficha específica para tal.

Em relação à vertente laboratorial a nível do país, em matéria de confirmação da infeção e comunicação dos resultados, houve um aumento considerável da capacidade resposta com a criação de condições para a realização da técnica de PCR para SARSCoV-2 em outras ilhas, para além do reforço da capacidade existente na ilha de Santiago, nomeadamente em São Vicente, no Sal e no Fogo. Cabo Verde ainda dispõe da possibilidade de envios de amostras para o exterior.

11.2 Objetivos da vigilância nacional da COVID-19

No que se refere a vigilância nacional, o plano nacional de contingência da COVID-19 estipulou os seguintes objetivos:

Objetivo geral

Orientar o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e a Rede de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde, para a atuação na identificação, notificação e gestão oportunas de casos suspeitos de infeção humana, de modo a mitigar os riscos de transmissão sustentada no território nacional.

Objetivos específicos da Vigilância:

- Atualizar periodicamente o cenário epidemiológico com base nas evidências técnicas e científicas nacionais e/ou internacionais;
- Descrever o acometimento da doença segundo variáveis de tempo, pessoa e lugar;
- Prover análises epidemiológicas identificando grupos de risco;
- Subsidiar a gestão local das Delegacias de saúde e Regiões Sanitárias na tomada de decisões baseadas em evidências;
- Evitar transmissão do vírus para profissionais de saúde e contatos próximos;
- Orientar sobre a conduta perante os contatos próximos;
- Acompanhar a tendência da morbimortalidade associadas à doença;
- Monitorar as infeções respiratórias agudas com vista a identificar outros vírus respiratórios circulantes;
- Produzir e disseminar informações epidemiológicas.

O objetivo da vigilância nacional da COVID-19 é permitir a redução da transmissão da COVID-19, limitando, assim, a morbilidade e mortalidade associadas à doença. Até então a vigilância permitiu:

- Detetar rapidamente, isolar, testar e manejo de casos;
- Detetar e conter clusters e surtos, especialmente entre populações vulneráveis;
- Identificar e acompanhar os contatos em quarentena;
- Monitorizar as tendências de casos e mortes por COVID-19;
- Orientar a implementação e o ajuste de medidas de controlo direcionadas, permitindo a retomada segura das atividades económicas e sociais.

11.2. Avaliar o impacto da pandemia nos sistemas de saúde e na sociedade.

No que se refere à vacinação, a vigilância ajudará a orientar a implementação e o ajuste do seu programa e de suas políticas.

Como a vacinação contra a COVID-19 é nova, existem diferentes objetivos de vigilância de doenças relativos à vacinação, que se aplicam no curto, médio e longo prazo. Globalmente, dadas as inúmeras vacinas previstas para serem usadas por diferentes países, além da vigilância que está sendo conduzida para orientar a resposta à COVID-19, Cabo Verde irá realizar uma vigilância que permitirá esclarecer a eficácia e o impacto da vacina no contexto nacional de acordo as orientações que serão emanadas. Para a monitorização do impacto da vacina serão utilizados os dados da vigilância atualmente implementada para a COVID-19, assim como, se apoiará nos dados de monitorização da vacinação e todo o seu sistema de suporte

11.3 Objetivos e tipos de vigilância nacionais ou locais

Determinar o contexto epidemiológico para orientar a introdução da vacina.

O primeiro caso da COVID-19 foi notificado na ilha da Boa vista a 19 de março de 2020. De momento, a transmissão é comunitária. Desde 13 de outubro de 2019 todas as ilhas e municípios do país registam casos de COVID-19. Até finais de outubro as ilhas mais afetadas eram as de Santiago (80%) e Sal (8%), sendo que Praia, a capital e epicentro da pandemia albergava cerca de 60% dos casos de COVID-19. Durante o mês de outubro houve um aumento exponencial dos casos na cidade de S. Filipe, ilha do Fogo, que fez com que a partir de 4 de novembro Fogo passou a ser a segunda ilha mais afetada, chegando a registar 15% dos casos. De 30 de novembro a 21 de dezembro de 2020 houve uma diminuição considerável de casos, assim como da taxa de incidência por 100000 habitantes em 7 dias (39,86) e 14 dias (92,66). Na última semana do mês de dezembro, a partir de 28, esta tendência muda para um aumento de casos na zona norte do país, particularmente, com um aumento exponencial de casos na ilha de S. Vicente e S. Antão, nomeadamente Porto Novo, que é a porta de entrada da ilha com ligações marítimas diárias com a ilha de S. Vicente. Atualmente, o número total de casos é de 13619 casos e 129 óbitos, com uma média diária de 82 casos por dia. As ilhas mais afetadas são Santiago (63%), Fogo (15%), S. Vicente (9,6%) e Sal (5,6%), sendo que, 52% dos casos novos foram registados na ilha de S. Vicente. A cidade da Praia, capital, regista 44% do total acumulado dos casos.

A faixa etária mais afetada é a da 20 a 39 anos, que representa 48% do total de casos, sendo a faixa de 20 a 29 anos a mais afetada com 26% dos casos. As pessoas de maior ou igual a 60 anos representam 10,6% dos casos, sendo a mais afetada as da faixa etária de 60 a 69 anos. Do total dos óbitos



3 833000 000000

ocorridos, 21% são pessoas com menor de 60 anos e 79% são de maior ou igual a 60 anos. A maior parte das pessoas que faleceram apresentavam Comorbilidades de base, tais como, a hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, insuficiência cardíaca, patologia renal, algumas delas com mais de uma Comorbilidades. A taxa de letalidade geral é de 1% e a taxa de letalidade nos maiores de 60 anos é de 8%. Em Cabo Verde, as mulheres são mais afetadas (53%) por COVID-19 do que os homens (47%). Mais de 200 profissionais de saúde foram infetados.

Compreender a eficácia da vacina (VE) e o impacto da vacinação

A vigilância da COVID-19 continuará integrada, na vigilância nacional, das doenças de notificação obrigatória, e de acordo com a evolução epidemiológica da COVID-19, o país poderá adotar um sistema de vigilância sentinela para COVID-19, integrada nas atividades atuais de vigilância, reduzindo dessa forma o fardo nos recursos, pois utiliza apenas locais de vigilância selecionados, reduzindo assim o número de locais a recolher as amostras de laboratório para o teste da COVID-19. O país por enquanto não dispõe de vigilância da influenza, que poderá associar-se a vigilância da COVID-9.

Serão contempladas estruturas de saúde com serviços de ambulatório e de internamento, para ajudar a entender o impacto da vacina na gravidade da doença. Como exemplo de sítios sentinelas, o Hospital Regional do Sal, a Delegacia de saúde da Boa Vista, por estarem localizados em ilhas turísticas, o HAN e HBS podem ser incluídos inicialmente. Uma ilha com característica rural, por exemplo Fogo e que dispõe de capacidade laboratorial poderá também fazer parte. Existem laboratórios de virologia em todas essas ilhas, com exceção de Boa Vista, mas o transporte de amostras é de acesso fácil.

Outros possíveis locais de vigilância sentinela podem incluir locais de atendimento a síndromes febris agudas ou centros de diagnóstico de COVID-19, como os centros de saúde, para o ambulatório, nesses casos os hospitais fariam a parte da vigilância dos internados. As definições de caso serão seguidas de forma rigorosa, e dados confiáveis de alta qualidade serão coletados em todos os casos.

O monitoramento básico do status de vacinação dos casos será realizado em todos os sistemas de vigilância da COVID-19, seja ele nacional ou sentinela.

Nos centros sentinelas serão considerados a faixa etária e as populações-alvo para garantir que a vigilância contemple os grupos visados pela vacinação. De acordo com a evolução poderá ser necessário expandir a faixa etária e/ou o grupo de risco sob vigilância no centro sentinela ou incluir outros centros sentinela para cumprimento do objetivo, quando a população estudada por exemplo não é representativa.

11.4 Coleta, notificação e utilização de dados da vigilância da COVID-19

A coleta dos seguintes dados é, essencial para responder aos objetivos descritos anteriormente. Alguns podem já fazer parte da vigilância, mas são repetidos para destacar que são vitais para o cumprimento dos objetivos:

- Idade/data de nascimento.
- Local de residência. Sexo.

Gravidade da hospitalização pela doença, internamento em unidade de terapia intensiva (UTI), necessidade de oxigênio, suporte ventilatório, oxigenação por membrana extracorpórea. Tratamentos oferecidos para COVID-19 (por ex.: dexametasona, anticorpos para COVID-19, remdesivir etc.)

Comorbilidades.

Dados relacionados a testes de laboratório (tipo de teste, resultados do teste, data do teste).

História prévia de COVID-19 e data dos últimos testes positivos.

A pessoa foi vacinada contra a COVID-19 (sim, não, desconhecido)? Em caso afirmativo, quais foram as marcas/datas da vacina (a ser adaptado com base no número de doses necessárias)?

Cumprir os requisitos de registo solicitados

Como se trata de uma pandemia global, Cabo Verde assume o compromisso de fornecer a OMS, os dados de vigilância relacionados a vacinação coletados de forma a permitir uma perspetiva global sobre a eficácia e impacto da vacinação.

Avaliar a introdução de vacinas contra a COVID-19 Monitorização e avaliação final

Deve-se se fazer uma avaliação de todas as fases do processo, desde o planeamento à execução, com resultados esperados e alcançados, identificando as fortalezas e fragilidades do plano operacional. O plano deve ser flexível, para acompanhar as mudanças tanto no cenário epidemiológico da Covid-19, quanto nos estudos das vacinas, podendo exigir alterações no plano ao longo do processo.

A monitorização rápida de conveniência durante o processo de vacinação COVID-19 e de avaliação final após introdução da vacina, são processos de coleta e análise de informações a fim de determinar se a mesma está a ser bem conduzida ou foi bem executada e verificar se a meta de cobertura vacinal, de pelo menos 90%, foi atingida.

Monitorização rápida de conveniência (MRC)

A MRC é uma metodologia de supervisão a ser conduzida pelos supervisores das equipas de vacinação através da consulta do módulo DHIS2 Vacina COVID, que permitirá detetar rapidamente o número de pessoas dos grupos-alvo identificados não vacinadas por forma a reforçar as estratégias e garantir a cabal cobertura vacinal.

Avaliação final

Uma avaliação final será realizada após concluído processo de vacinação COVID-19 e consiste em um processo de avaliação e verificação da cobertura vacinal atingida, por observadores externos em colaboração com o Ministério da Saúde e da Segurança Social e seus parceiros.

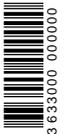
Desenvolver um painel de dados da vacinação contra a COVID-19

Um painel de dados da vacinação contra a COVID-19 (DASHBOARD) será desenvolvido, visando fornecer informações sobre o processo de vacinação, tanto com aspetos programáticos, como cobertura vacinal, e para servir como uma ferramenta útil de comunicação visual.

Os seguintes indicadores – chave de desempenho serão identificados como sendo: i) Disponibilidade e prontidão do serviço (capacidade de recursos humanos, cadeia de frio e abastecimento) e ii) adesão e cobertura de vacinas por geografia, grupos populacionais e grupos de risco, e ao longo de séries temporais entre outros.

Indicadores

- Cobertura vacinal por município e grupos prioritários
- Doses aplicadas por tipo de vacina: Nº de doses aplicadas por tipo de vacina/grupo alvo/faixa etária; por fase de vacinação)
- Doses perdidas: Perdas técnicas e físicas por estrutura/município
- Taxa de abandono de vacinas; Nº de primeiras e segundas doses por estrutura/município
- Notificação de EAPV: Nº de casos de EAPV- População alvo- Por faixa etária- critério de gravidade- Investigaçao concluída com análise casual por estrutura



ANEXOS

Anexo 1: Curvas epidémicas de casos novos e óbitos por semanas epidemiológicas, e por municípios

Gráfico 1. Curva epidémica de casos da pandemia. Cabo Verde, janeiro 2021

Fonte: SVIR, MSSS

Gráfico 2. Curva epidémica dos óbitos por COVID-19. Cabo Verde, janeiro 2021

Fonte: SVIR, MSSS

Gráfico 3. Curva epidémica de casos por municípios. Cabo Verde, janeiro 2021

Fonte: SVIR, MSSS

Anexo 2: Divisão de ilhas por municípios, Cabo Verde, 2019

ILHAS	MUNICIPIOS
a)- Divisão administrativa das ilhas de Barlavento	
Santo Antão	Porto Novo
	Paul
	Ribeira Grande
São Vicente	São Vicente
São Nicolau	Ribeira Brava
	Tarrafal
Sal	Sal
Boa Vista	Boa Vista
b)- Divisão administrativa das ilhas de Sotavento	
Santiago	Praia
	São Domingos
	Santa Catarina
	São Salvador do Mundo
	Santa Cruz
	São Lourenço dos Orgãos
	Ribeira Grande
	São Miguel
	Tarrafal
Fogo	São Filipe
	Santa Catarina
	Mosteiros
Brava	Brava
Maio	Maio

Fonte: INE, Cabo Verde

Anexo 3: Repartição da população por faixa etária e sexo, Cabo Verde, 2019

Faixas etárias	População por idade e por sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
0 ano	5 347	1,9	5 101	1,9	10 448	2
1 – 4 Anos	21 448	7,7	20 481	7,5	41 929	8
5 – 9 Anos	25 744	9,3	24 823	9,1	50 567	9
10 – 14 Anos	25 507	9,2	25 638	9,4	51 145	9
15 – 19 Anos	23 931	8,6	23 512	8,6	47 443	9
20 – 24 Anos	24 858	9,0	23 552	8,6	48 411	9
25 – 49 Anos	110 548	39,8	97 820	35,9	208 368	38
50 – 64 Anos	28 568	10,3	32 790	12,0	61 358	11
65 Anos e +	11 769	4,2	19 046	7	30 815	6
Total	277 720	100	272 763	100	550 483	100

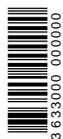
Fonte: INE, Cabo Verde 2019



Anexo 4: Projeções populacionais por ilha e por município, 2019-2024

ILHAS	MUNICIPIOS	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Santo Antão	Ribeira Grande	15 734	15 444	15 168	14 904	14 651	14 405
	Paúl	5 512	5 382	5 259	5 143	5 029	4 917
	Porto Novo	16 949	16 832	16 713	16 594	16 474	16 352
São Vicente	São Vicente	84 229	84 964	85 670	86 347	87 002	87 639
São Nicolau	Ribeira Brava	6 900	6 836	6 777	6 720	6 663	6 606
	Tarrafal de São Nicolau	5 207	5 195	5 182	5 168	5 153	5 135
Sal	Sal	39 696	41 121	42 514	43 878	45 212	46 520
Boa Vista	Boa Vista	18 795	19 879	20 959	22 033	23 101	24 162
Maio	Maio	7 351	7 525	7 747	8 027	8 380	8 821
Santiago	Tarrafal	18 128	18 085	18 042	17 999	17 952	17 903
	Santa Catarina	46 757	47 181	47 604	48 026	48 448	48 868
	Santa Cruz	26 010	25 917	25 823	25 729	25 634	25 538
	Praia	166 545	170 236	173 873	177 452	180 978	184 455
	São Domingos	14 167	14 198	14 228	14 258	14 286	14 312
	Calheta de São Miguel	13 948	13 779	13 615	13 453	13 295	13 139
	São Salvador do Mundo	8 608	8 596	8 582	8 567	8 551	8 535
	São Lourenço dos Órgãos	6 950	6 913	6 879	6 847	6 818	6 790
	Ribeira Grande de Santiago	8 520	8 556	8 594	8 636	8 682	8 736
Fogo	Mosteiros	9 265	9 243	9 223	9 203	9 185	9 168
	São Filipe	20 526	20 366	20 213	20 071	19 936	19 806
	Santa Catarina do Fogo	5 224	5 206	5 186	5 166	5 145	5 121
Brava	Brava	5 463	5 405	5 346	5 288	5 229	5 169
Cabo Verde		550 483	556 857	563 198	569 509	575 803	582 095

Fonte: Projeções demográficas Cabo Verde, 2010-2030, INE



Anexo 5: Indicadores de base socioeconómicos, Cabo Verde, 2018-2019

Indicadores	Ano	Valores	Fonte
População	2019	550 483	INE 2010-2030
Número de homens	2019	277 720	INE 2010-2030
Número de mulheres	2019	272 760	INE 2010-2030
Taxa de crescimento Natural (%)	2018	1,22	Relatório estatístico MSSS 2018
Densidade da população por km2	2019	135,3	INE 2010-2030
Taxa bruto de natalidade (por 1000 habitantes)	2018	19,59	Relatório estatístico MSSS 2018
Esperança de vida à nascença para os homens (em anos)	2019	73.0	INE 2010-2030
Esperança de vida à nascença para as mulheres (em anos)	2019	80.5	INE 2010-2030
Taxa bruto de mortalidade (por 1000 habitantes)	2018	5.2	Relatório estatístico MSSS 2018
Taxa de mortalidade materna (por 100 000 nascimentos vivos)	2018	37,9	Relatório estatístico MSSS 2018
Taxa de mortalidade dos menos de cinco anos	2018	14,6	Relatório estatístico MSSS 2018
Taxa de mortalidade infantil	2018	13,0	Relatório estatístico MSSS 2018
Partos assistidos (%)	2018	92,2	Relatório estatístico MSSS 2018

Fonte: DNS, MSSS 2019

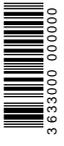
RUS



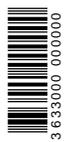
ANEXO 6: Formulário de Notificação do caso suspeito de MAPI

FORMULÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DO CASO SUSPEITO DE MAPI

Estrutura de saúde:	Nº do inquérito: _____ data de início do inquérito: ____/____/____		
Nome e apelidos:		Idade:	Sexo:
Endereço:		Concelho:	
Descrever o evento:			
Diagnóstico definido de caso:			
Inquérito realizado dentro da comunidade: Sim ___ Não ___ Se sim; nº de casos de pessoas vacinas com a vacina suspeita no decorrer dum período específico (até quatro semanas após o início da vacinação)			
Vacinação: Vacinados: _____ Não vacinados: _____			
Uma pesquisa clínica foi conduzida: Sim ___ Não ___. Se sim, quais foram os principais resultados:			
Análise laboratorial foi realizada: Sim ___ Não ___. Se sim, qual foi o resultado:			
Avaliação			
Conclusão concernente à causa de MAPI:			



Erro programático	Reação vacinal	Coincidência	Desconhecido
Injeção não estéril	Problema com o	Manifestações similares	
Vacina mal preparada	lote de vacina	em casos não vacinados	
Técnica/local de	Reação vacinal	Outros	
administração	conhecida e		
Transporte/conservação	esperada Outros		
das vacinas			
Outros			
Grau de certeza da conclusão concernente à principal causa de MAPI:			
Provável ☆ Improvável ☆ Indeterminado ☆ Resultado inclassificável			
Razões que motivaram a conclusão:			
Medidas corretivas, Sim/Não? Se sim, precisar quais:			
Medidas recomendadas, Sim/Não? Se sim, precisar quais:			
Nome do Inquiridor:	Assinatura:	Data:	
		_____/_____/_____	



Aprovada em Conselho de Ministros, aos 11 de fevereiro de 2021. — O Primeiro-Ministro, *José Ulisses de Pina Correia e Silva*.

Resolução nº 19/2021

de 18 de fevereiro

Os Equipamentos de Proteção Individual de Saúde (EPI's) são de suma importância, uma vez que constitui medidas necessárias para combater as doenças e garantir as condições laborais apropriadas ao Pessoal do Serviço Público de Saúde, isso porque os equipamentos de proteção individual de saúde evitam o alto risco de doenças decorrentes da manipulação de produtos químicos e, inclusive, do contato com fluidos corporais e pessoas enfermas ou que sofreram traumas físicos.

Assim, considerando a necessidade de aquisição de Equipamentos de Proteção Individual de Saúde, destinado ao Serviço Público de Saúde, torna necessário o Governo diligenciar a aquisição destes equipamentos, o que apenas é possível através do procedimento de ajuste direto, motivado pela urgência, facilmente detetáveis, não podendo, assim, esperar pelo cumprimento dos prazos exigidos pelo concurso público.

Desta forma, o ajuste direto é preconizável em nome da eficácia, eficiência e urgência na aquisição dos Equipamentos de Proteção Individual da Saúde, como forma de garantir as medidas protetivas apropriadas ao Pessoal de Saúde do Serviço Público de Saúde, e o interesse público será devidamente acautelado, pois esperar pelo eventual procedimento de concurso público acarretaria prejuízos irreparáveis, para além de colocar em causa o interesse público.

Nesta conformidade, a presente Resolução visa autorizar o Ministério da Saúde e da Segurança Social a realizar despesas no montante de 56.240.125\$00 (cinquenta e seis milhões, duzentos e quarenta mil, cento e vinte e cinco escudos cabo-verdiano), no âmbito de aquisição de Equipamentos de Proteção Individual de Saúde, destinado ao Serviço Público de Saúde.

Do mesmo passo, aprova-se a respetiva minuta do contrato de fornecimento dos mencionados Equipamentos.

Assim,

Ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 112º do Código da Contratação Pública, aprovada pela Lei n.º 88/VIII/2015, de 14 de abril, e alterada pela Lei n.º 44/IX/2018, de 31 de dezembro, e Lei n.º 69/IX/2019, de 31 de dezembro, conjugado com a alínea e) do n.º 1 do artigo 42º do Decreto-Lei n.º 1/2009, de 5 de janeiro, aplicável por força do disposto no n.º 2 do artigo 3º da Lei n.º 88/VIII/2015, de 14 de abril; e

Nos termos do n.º 2 do artigo 265º da Constituição, o Governo aprova a seguinte Resolução:

Artigo 1º

Autorização

É autorizado o Ministério da Saúde e da Segurança Social a realizar despesas no montante de 56.240.125\$00 (cinquenta e seis milhões, duzentos e quarenta mil, cento e vinte e cinco escudos cabo-verdiano) respeitantes à aquisição dos Equipamentos de Proteção Individuais de Saúde, destinado ao Serviço Público de Saúde.

Artigo 2º

Minuta do contrato de fornecimento dos Equipamentos

É aprovada a minuta do contrato de fornecimento dos Equipamentos de Proteção Individual de Saúde a celebrar entre o Ministério da Saúde e da Segurança Social e a Empresa Medis Pharma, S.A., anexo à presente Resolução, que dela faz parte integrante.

Artigo 3º

Cabimento orçamental

O montante autorizado nos termos do artigo 1º tem cabimento orçamental na conta do Tesouro de Estado – “testes despiste COVID-19”.

Artigo 4º

Entrada em vigor

A presente Resolução entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação e produz efeitos a 4 de fevereiro de 2021.

Aprovada em Conselho de Ministros, aos 15 de fevereiro de 2021. — O Primeiro-Ministro, *José Ulisses de Pina Correia e Silva*

ANEXO

(A que se refere o artigo 2º)

MINUTA DE CONTRATO DE FORNECIMENTO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL, DESTINADOS ÀS ESTRUTURAS DE SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA SEGURANÇA SOCIAL

Entre:

1. O Ministério da Saúde e da Segurança Social da República de Cabo Verde através da Direção Geral do Planeamento, Orçamento e Gestão (DGPOG), sito no Palácio do Governo, Avenida Cidade de Lisboa, CP nº 47, Praia – Cabo Verde, com os números de Telefones (+238) 2610128 e 2610119 designada por Contraente Público;

E

2. A Empresa Medis Pharma, SA, NIF nº 262958228, representado neste ato pelo Senhor João Miguel Coelho de Sousa Matos, na qualidade de representante legal da Empresa o qual tem poderes para outorgar o presente contrato, doravante designada por Cocontratante, conforme documentos junto ao processo.

Considerando que o Contraente Público tomou a decisão de, através do procedimento Ajuste Directo, selecionar a Co-contratante para Fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual destinados às Estruturas de Saúde do Ministério da Saúde e da Segurança Social, de acordo com o Anexo I do convite.

É mutuamente acordado e livremente aceite o presente minuta de contrato para Fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual destinados às Estruturas de Saúde do Ministério da Saúde e da Segurança Social, que se rege pelas cláusulas seguintes:

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 1.ª

Objeto

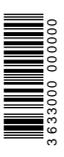
1. O contrato tem por objeto o Fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual destinados às Estruturas de Saúde do Ministério da Saúde e da Segurança Social, conforme fatura pró-forma em anexo.

2. O contrato é composto pelo presente clausulado e os seus anexos.

3. O presente contrato integra ainda os seguintes elementos:

a) O Convite;

b) A proposta adjudicada.



4. Em caso de divergência entre os documentos referidos no número anterior, a respetiva prevalência é determinada pela ordem pela qual aí são indicados.

5. Ocorrendo divergência entre os documentos referidos no n.º 3 e o clausulado do contrato e seus anexos, prevalecem os primeiros.

Cláusula 2.ª

Prazo

1. O contrato vigorará pelo prazo de 15 (quinze) dias, conforme a proposta adjudicada.

2. A denúncia do contrato por qualquer das partes deverá ser transmitida por carta registada com aviso de receção à outra com a antecedência mínima de 10 (dez) dias relativamente à data do termo inicial do contrato ou de qualquer uma das suas renovações.

3. O prazo previsto na presente cláusula não é aplicável às obrigações acessórias previstas no Caderno de encargo a favor do Contraente Público, as quais perdurarão para além da cessação do contrato.

CAPÍTULO II

OBRIGAÇÕES CONTRATUAIS

Cláusula 3.ª

Obrigações principais do Cocontratante

1. Sem prejuízo de outras obrigações previstas na legislação aplicável, da celebração do contrato decorrem para o Cocontratante as seguintes obrigações:

- a) Fornecer os bens compreendidos no presente contrato em conformidade com o disposto no Anexo I do Convite;
- b) Respeitar toda a legislação que lhe seja aplicável;
- c) Comunicar de imediato ao Contraente Público quaisquer conflitos de interesses ou de deveres que possam comprometer ou afetar o cumprimento integral das suas obrigações;
- d) Informar de imediato o Contraente Público de quaisquer factos de que tenham conhecimento e que possam ser considerados objetivamente relevantes para o cumprimento integral das suas obrigações;
- e) Responder a qualquer incidente ou reclamação, suscitados pelo Contraente Público, relativamente ao fornecimento do bem no prazo de 5 dias;
- f) Proceder ao pagamento de quaisquer impostos, taxas, direitos de qualquer natureza ou outros encargos exigidos pelas autoridades competentes relativos à execução do contrato;
- g) Realizar todas as diligências necessárias ou convenientes à obtenção de quaisquer licenças de exportação e de importação exigidas pelos países em causa;
- h) Assegurar a continuidade do fabrico e/ou do fornecimento de todas as peças, componentes e equipamentos que integrem o bem a fornecer pelo prazo estimado de vida útil deste, sem prejuízo da impossibilidade temporária ou definitiva da execução por motivos que não lhes sejam imputáveis.

Cláusula 4.ª

Preço

Em contrapartida pelo fornecimento dos bens objeto do presente contrato, o Contraente Público compromete-se a pagar o preço de 56.240.125,00 (cinquenta e seis milhões, duzentos e quarenta mil, cento e vinte e cinco escudos cabo-verdiano), sem IVA.

Cláusula 5.ª

Local de fornecimento dos bens e risco

1. Os bens objetos do presente procedimento deverão ser entregues no Depósito Central de Medicamento, Cidade da Praia, Ilha de Santiago, Cabo Verde.

2. A entidade adjudicante poderá, na vigência do contrato, solicitar o fornecimento dos bens noutras instalações a indicar, com carácter temporário ou permanente, sem que haja alterações no preço devido.

Cláusula 6.ª

Prazo e horário do fornecimento dos bens

1. O bem deverá ser fornecido no prazo de 10 (dez) dias, a contar da data da assinatura do contrato, nos termos da proposta apresentada pelo cocontratante.

2. O fornecimento dos bens deverá ter lugar entre as 9:00 horas e as 16:00 horas e apenas em dias úteis.

Cláusula 7.ª

Gestão do pessoal

1. Durante todo o período de vigência do contrato, o Cocontratante será responsável pelo pessoal afeto ao fornecimento dos bens.

2. Durante todo o período de vigência do contrato, o Cocontratante será responsável perante a Contraente Público e perante terceiros, pelos atos de todo o pessoal que utilizar no fornecimento dos bens e pelos riscos inerentes ao desenvolvimento desse fornecimento.

3. A responsabilidade pela conformidade do fornecimento dos bens será exclusivamente do Cocontratante, ainda que este recorra a terceiros para a execução do Contrato.

Cláusula 8.ª

Pessoal e Seguros

1. O Cocontratante ficará sujeito ao cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor sobre acidentes de trabalho e medicina do trabalho, relativamente a todo o pessoal afeto ao fornecimento, sendo da sua conta todos os encargos daí resultantes.

2. O Contraente Público não se responsabilizará por quaisquer danos sofridos pelo pessoal ao serviço do Cocontratante, resultantes de doenças profissionais, acidentes de trabalho ou outros motivos.

3. O Cocontratante obrigará-se a segurar contra todos os riscos os bens utilizados no fornecimento dos bens, durante todo o período do contrato.

4. Os encargos referentes aos seguros previstos nos números anteriores, bem como qualquer dedução efetuada pela seguradora a título de franquia em caso de sinistro indemnizável, serão da conta do Cocontratante.



Clausula 9ª

Regime do fornecimento

1. O fornecimento dos bens objetos do presente Procedimento será feito com autonomia e sem qualquer espécie de subordinação jurídica entre o Cocontratante ou os seus funcionários e a Contraente Público e os seus funcionários, pelo que, de modo algum, fica subentendida a existência de contrato de trabalho entre esta e aqueles.

2. Fica igualmente estabelecido que o poder direcional e disciplinar sobre os seus funcionários apenas poderá ser exercido pelo Cocontratante, pelo que quaisquer ordens ou instruções apenas poderão ser emitidas por este último.

Cláusula 10.ª

Dever de boa execução

1. O Cocontratante fica sujeita, no que respeito à execução do contrato, às exigências legais e normativos do sector aplicáveis às matérias objeto do contrato.

2. O Cocontratante desde já declara e garante que cumpre toda a legislação e regulamentação aplicável à atividade por si prosseguida e que está na posse de todas as autorizações, licenças, alvarás e ou aprovações que, nos termos da lei e regulamentação que lhe sejam aplicáveis e se mostrem necessárias para a prossecução da atividade, bem como para o cumprimento das obrigações decorrentes do contrato.

3. O Cocontratante garante que os bens a fornecer cumprem os requisitos exigidos e são adequados aos objetivos e finalidades definidos pelo Contraente Público.

Cláusula 11.ª

Documentação

1. Com o fornecimento dos bens compreendidos no presente procedimento, o Cocontratante entregará ao Contraente Público todos os documentos considerados indispensáveis.

2. A Entidade Adjudicante poderá, para seu uso exclusivo, proceder à reprodução de todos os documentos referidos no número anterior.

Cláusula 12.ª

Responsabilidade

1. O Cocontratante garante que os bens compreendidos no presente contrato serão fornecidos nos termos da Proposta adjudicada e em conformidade com o disposto na fatura proforma em anexo, de modo adequado à realidade e particularidades dos fins a que se destinam.

2. Em caso de incumprimento do fornecimento dos bens objeto do presente procedimento o Cocontratante, responderá perante o Contraente Público nos termos gerais de direito.

3. O Cocontratante responderá pelos atos do seu pessoal, ou de pessoal subcontratado, nomeadamente em questões de disciplina, furto ou qualquer ação que ponha em risco os interesses do Contraente Público, nomeadamente danos causados nas instalações, equipamento e material utilizado que seja propriedade desta.

4. Sempre que surjam situações do tipo previsto no número anterior, o Cocontratante obriga-se a reparar os danos por sua conta ou indemnizar o Contraente Público, pelos prejuízos causados.

5. Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, o Cocontratante é responsável perante o Contraente Público por qualquer indemnização que esta tenha de pagar a terceiros e por quaisquer pedidos, processos, danos, custos, perdas e despesas em que o Contraente Público incorra na medida em que resultem de factos imputáveis ao Cocontratante ou a entidade por si subcontratada.

6. O não cumprimento do disposto no ponto anterior, reserva ao Contraente Público o direito de mandar reparar os danos causados, debitando os seus custos, podendo para o efeito, efetuar a dedução na caução ou nos pagamentos ao Cocontratante.

Cláusula 13.ª

Inspeção dos Equipamentos

1. Realizada a entrega dos bens, o Contraente Público procederá, no prazo de 5 (cinco) dias a uma inspeção qualitativa do mesmo, com vista a verificar se as mesmas reúnem as características, especificações e requisitos técnicos solicitados, bem como dos demais requisitos legais aplicáveis.

2. Durante a fase de inspeção o Cocontratante obriga-se a prestar ao Contraente Público toda a cooperação e esclarecimentos necessários, podendo fazer-se representar durante a realização dos mesmos através das pessoas que considere devidamente credenciadas para o efeito.

3. Os encargos com a realização de inspeção que advenham para o Cocontratante, nomeadamente, os custos de deslocação e de recurso a mão-de-obra especializada, serão por este exclusivamente suportados.

Cláusula 14.ª

Inoperacionalidade, defeitos ou desconformidades

1. Após a realização da inspeção referida na cláusula anterior e caso se comprove a inoperacionalidade, desconformidade com as exigências legais ou a existência de defeitos ou discrepâncias com as características, especificações e requisitos técnicos solicitados, o Contraente Público deverá de isso informar, por escrito, o Cocontratante.

2. No caso previsto no número anterior, o Cocontratante deverá proceder, por sua conta e risco, à respetiva reparação ou substituição do(s) bem(s), no prazo de 15 (quinze) dias, ficando exclusivamente a cargo do Cocontratante quaisquer custos que advenham ou possam advir da referida reparação e/ou substituição.

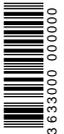
3. Após a realização das reparações ou substituições necessárias pelo Cocontratante, no prazo respetivo, o Contraente Público procederá a nova inspeção, nos termos constantes da cláusula anterior.

Cláusula 15.ª

Aceitação dos bens

1. Caso se venha a verificar a total operacionalidade dos bens, no decurso da inspeção referidas nas cláusulas anteriores, bem como a sua conformidade com as exigências legais e neles não sejam detetados quaisquer defeitos ou discrepâncias com as características, quantidades, especificações e requisitos técnicos solicitados, deve ser emitido um auto de receção dos bens, no prazo de 5 (cinco) dias a contar da data final da inspeção, assinado pelo Contraente Público.

2. Mediante a assinatura do auto a que se refere o número anterior, ocorre a transferência da posse e da propriedade do equipamento para o Contraente Público, sem prejuízo das obrigações de garantia que impedem sobre o Cocontratante.



Cláusula 16.^a

Regularização de contribuição fiscal e de segurança social

1. Durante a vigência do contrato, o Cocontratante obriga-se a manter regularizadas as obrigações fiscais e as obrigações contributivas para a Segurança Social do Estado de que o Cocontratante seja nacional ou se encontre estabelecida.

2. O Cocontratante obriga-se a disponibilizar a documentação comprovativa da regularização referida no número anterior, sempre que solicitado pelo Contraente Público, no prazo de 5 (cinco) dias.

Cláusula 17.^a

Faturação e condições de pagamento

1. O Cocontratante emitirá a(s) fatura(s) em nome do Contraente Público, sendo esta(s) enviada(s) para o Ministério da Saúde e da Segurança Social, sito na Cidade da Praia – Palácio do Governo – Cabo Verde, com os números de telefones (+238) 261 01 19 e (+238) 261 01 28.

2. O pagamento dos bens presentes do contrato será efetuado nas seguintes condições:

- 50% após assinatura do contrato;
- 50% após a entrega do equipamento e verificação da sua conformidade;

3. Desde que devidamente emitidas e observado o disposto na presente cláusula, a(s) fatura(s) serão pagas através de transferência bancária para conta nº 0003 00000 487560910176 do Banco Comercial do Atlântico, S.A.

4. Em caso de discordância quanto aos valores indicados na(s) fatura(s), o Contraente Público deverá comunicar este facto ao Cocontratante por escrito e no prazo de 15 (quinze) dias após receção da respetiva fatura, ficando o Cocontratante obrigado a prestar os esclarecimentos necessários ou a proceder à emissão de nova fatura corrigida.

5. O não pagamento dos valores contestados não vence juros de mora nem justifica a suspensão do fornecimento dos bens por parte do Cocontratante, devendo, no entanto, o Contraente Público proceder ao pagamento da importância não contestada.

6. O Contraente Público reserva-se o direito de, sem prejuízo do direito às penalidades e a uma indemnização nos termos gerais de direito, suspender qualquer dos pagamentos acima referidos, sempre que o Cocontratante não esteja a cumprir as suas obrigações contratuais.

CAPÍTULO III

PENALIDADES E RESOLUÇÃO

Cláusula 18.^a

Penalidades

1. Em caso de incumprimento imputável ao Cocontratante

2. , ou a terceiros por si contratados para o fornecimento dos equipamentos objeto do presente contrato, haverá lugar à aplicação de penalidades nas seguintes situações:

$P = V \cdot A / 180$, onde:

P – Corresponde ao montante da penalidade;

V – Valor do fornecimento dos bens em atraso;

A – Número de dias em atraso.

3. Caso seja aplicada uma penalidade nos termos do disposto no número anterior, o respetivo valor será apurado e deduzido na última fase de pagamento.

4. O valor acumulado das penalidades a aplicar não poderá exceder o limite máximo de 30% do preço contratual.

5. Caso seja excedido o montante referido no número anterior e o Contraente Público decida não proceder à resolução do contrato, pelo facto de tal resolução implicar um grave dano para o interesse público, o Cocontratante deverá compensar o Contraente Público do valor total na proposta dos bens objeto da penalização.

Cláusula 19.^a

Força Maior

1. Não podem ser impostas penalidades ao Cocontratante, nem é havida como incumprimento, a não realização pontual das prestações contratuais a cargo de qualquer das partes que resulte de caso de força maior, entendendo-se como tal as circunstâncias que de natureza extraordinária ou imprevisível exterior à vontade da parte afetada e que por esta não possa ser controlada.

2. Podem constituir força maior, e se verificarem os requisitos do número anterior, designadamente, guerra (declarada ou não), tumulto, insurreição civil, catástrofes naturais, greves gerais de âmbito nacional, incêndios, inundações, explosões, decisões governamentais ou outras situações não controláveis pelas Partes.

3. A ocorrência de circunstâncias que possam consubstanciar casos de força maior deve ser comunicada à parte contrária no prazo máximo de 5 dias a contar da data em que tenham tido conhecimento da ocorrência do mesmo.

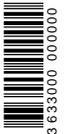
4. Sem prejuízo do disposto no número anterior, o Cocontratante deverá comunicar à Contraente Público quais as obrigações emergentes do contrato cujo cumprimento, no seu entender, se encontre impedido ou dificultado por força de tal ocorrência e as medidas que pretende pôr em prática a fim de mitigar o impacto da referida situação e os respetivos prazos, no prazo de 5 (cinco) dias úteis a contar do conhecimento da ocorrência da circunstância de força maior.

Cláusula 20.^a

Resolução por parte do Contraente Público

1. O Contraente Público pode resolver o contrato em caso de grave violação das obrigações contratuais do Cocontratante e ainda nos seguintes casos, sem prejuízo do direito de indemnização legalmente previsto:

- a) Razões de interesse público, mediante resolução fundamentada;
- b) Alteração anormal e imprevisível das circunstâncias, nos termos do disposto na alínea a) do n.º 2 do artigo 22.º do Regime Jurídico dos Contratos Administrativos;
- c) Incumprimento definitivo do contrato por facto imputável ao Cocontratante;
- d) Incumprimento, por parte do Cocontratante, de ordens, diretivas ou instruções transmitidas no exercício do poder de direção sobre matéria relativa à execução das prestações contratuais;
- e) Oposição reiterada do Cocontratante ao exercício dos poderes de fiscalização do Contraente Público;



3 633000 000000

- f) Cessão da posição contratual ou subcontratação realizadas com inobservância dos termos e limites previstos na lei ou no contrato, desde que a exigência pelo Cocontratante da manutenção das obrigações assumidas pelo Contraente Público contrarie o princípio da boa-fé;
- g) Se o valor acumulado das sanções contratuais com natureza pecuniária exceder o limite previsto no n.º 2 do artigo 35.º do Regime Jurídico dos Contratos Administrativos;
- h) Incumprimento pelo Cocontratante de decisões judiciais ou arbitrais respeitantes ao contrato;
- i) Não renovação do valor da caução pelo Cocontratante;
- j) O Cocontratante se apresente à insolvência ou esta seja declarada pelo tribunal;
- k) Se a entrega dos bens compreendidos no presente procedimento se atrasar por um período superior a 1 (um) mês.

Cláusula 21.ª

Efeitos da resolução

1. Em caso de resolução do contrato subjacente ao presente procedimento pelo Contraente Público por facto imputável ao Cocontratante, este fica obrigado ao pagamento de indemnização a que haja lugar nos termos gerais de direito.

2. A indemnização é paga pelo Cocontratante no prazo de 10 (dez) a 15 (quinze) dias após a notificação para esse efeito, sem prejuízo da possibilidade de execução da caução prestada.

3. O disposto na presente cláusula não prejudica a aplicação de quaisquer penalidades que se mostrem devidas, se para tanto existir fundamento.

Cláusula 22.ª

Resolução pelo Cocontratante

1. O Cocontratante pode resolver o contrato em situações de grave violação das obrigações contratuais pelo Contraente Público e ainda nas seguintes situações:

- a) Alteração anormal e imprevisível das circunstâncias;
- b) Incumprimento definitivo do contrato por facto imputável ao Contraente Público;
- c) Incumprimento de obrigações pecuniárias pelo Contraente Público por período superior a seis meses ou quando o montante em dívida exceda 25% do preço contratual, excluindo juros;
- d) Exercício ilícito dos poderes do Contraente Público de conformação da relação contratual, quando tornem contrária à boa-fé a exigência pela parte pública da manutenção do contrato;
- e) Incumprimento de decisões judiciais ou arbitrais respeitantes ao contrato pelo Contraente Público.

2. No caso previsto na alínea (a) do número 1, apenas há direito de resolução quando:

- (a) A resolução não implique grave prejuízo para a realização do interesse público subjacente à relação jurídica contratual ou,

- (b) Caso implique tal prejuízo, quando a manutenção do contrato ponha manifestamente em causa a viabilidade económico-financeira do Cocontratante ou se revele excessivamente onerosa, devendo, nesse último caso, ser devidamente ponderados os interesses públicos e privados em presença.

3. O direito de resolução previsto no presente artigo é exercido por via judicial ou mediante recurso a arbitragem.

4. Nos casos previstos na alínea (c) do número 1, o direito de resolução pode ser exercido mediante declaração ao Contraente Público, produzindo efeitos 30 dias após a receção dessa declaração, salvo se o Contraente Público cumprir as obrigações em atraso nesse prazo, acrescidas dos juros de mora a que houver lugar.

Cláusula 23.ª

Despesas

Correm por conta do Cocontratante todas as despesas em que este haja de incorrer em virtude de obrigações emergentes do contrato, incluindo as relativas à prestação e manutenção da caução.

CAPÍTULO IV

DISPOSIÇÕES FINAIS

Cláusula 24.ª

Objeto do dever de sigilo

1. O Cocontratante deve guardar sigilo sobre toda a informação e documentação, de segurança, técnica e não técnica, comercial ou outra, relativa ao Contraente Público, de que possa ter conhecimento ao abrigo ou em relação com a execução do contrato.

2. A informação e a documentação coberta pelo dever de sigilo não podem ser transmitidas a terceiros, nem objeto de qualquer uso ou modo de aproveitamento que não o destinado direta e exclusivamente à execução do contrato, salvo autorização expressa do Contraente Público.

3. O Cocontratante obriga-se a remover e/ou destruir, no final do fornecimento dos bens, todo e qualquer tipo de registo (em qualquer tipo de suporte, incluindo papel ou digital) relacionados com a informação coberta pelo dever de sigilo.

4. Exclui-se do dever de sigilo previsto a informação e a documentação que sejam comprovadamente do domínio público à data da respetiva obtenção pelo Cocontratante ou que este seja legalmente obrigado a revelar, por força da lei, de processo judicial ou a pedido de autoridades reguladoras ou outras entidades administrativas competentes.

Cláusula 25.ª

Prazo do dever de sigilo

O dever de sigilo mantém-se em vigor para além do cumprimento ou cessação, por qualquer causa, do contrato e sem prejuízo da sujeição subsequente a quaisquer deveres legais relativos, designadamente, à proteção de segredos comerciais ou da credibilidade, do prestígio ou da confiança devidos às pessoas coletivas.



Cláusula 26.^a

Subcontratação e cessão da posição contratual pelo Cocontratante

1. A subcontratação e a cessão da posição contratual pelo Cocontratante dependem de autorização prévia do Contraente Público, nos termos do disposto no artigo 27º do Regime Jurídico dos Contratos Administrativos.

2. Para efeitos do disposto no número anterior, o Cocontratante deverá identificar quais as prestações contratuais que em concreto pretende subcontratar ou ceder, o subcontratado ou cessionário em causa, bem como deverá instruir a sua proposta com a documentação referida nos números 5 e 6 do artigo 27º do Regime Jurídico dos Contratos Administrativos, conforme aplicável.

3. A Contraente Público poderá, a todo o tempo, requerer a substituição de qualquer subcontratado, se:

- (a) No seu entender, tal subcontratado não se mostrar qualificado para cumprir as obrigações subcontratadas;
- (b) Tomar conhecimento de violação, pelo subcontratado, de quaisquer obrigações decorrentes do contrato ou de qualquer legislação ou regulamentação que lhe seja aplicável.

4. Caso o Contraente Público requeira a substituição do subcontratado, nos termos do disposto no número anterior, o Cocontratante deverá no prazo máximo de 5 (cinco) dias a contar da data de receção da comunicação do Contraente Público proceder à identificação do novo subcontratado e à apresentação dos documentos referidos no n.º 6 do artigo 27º do Regime Jurídico dos Contratos Administrativos relativamente ao subcontratado proposto.

5. A autorização da nova subcontratação referida no número anterior obedecerá ao disposto no artigo 27º do Regime Jurídico dos Contratos Administrativos.

6. Em caso de subcontratação o Cocontratante manter-se-á como garante e único responsável perante o Contraente Público pela execução das obrigações contratuais assumidas.

Cláusula 27.^a

Cessão da posição contratual pela Contraente Público

1. O Contraente Público poderá ceder a sua posição contratual a qualquer momento, sem necessidade de acordo do Cocontratante.

2. Sem prejuízo do disposto no número anterior, o Cocontratante poderá opor-se à cessão da posição contratual pelo Contraente Público apenas em caso de fundado receio de que a cessão envolva um aumento do risco de incumprimento das obrigações emergentes do contrato pelo potencial cessionário ou a diminuição das garantias do Cocontratante.

Cláusula 28.^a

Dever de Informação

1. O Cocontratante obriga-se a prestar a informação e esclarecimentos que lhe forem solicitados pelo Contraente Público, com a periodicidade que este razoavelmente entender conveniente, quanto ao fornecimento dos Produtos e ao cumprimento das obrigações que para aquele emergirem do contrato.

2. O Cocontratante obriga-se a comunicar de imediato, no prazo de 5 (cinco) dias, o Contraente Público o início ou a iminência de qualquer processo judicial ou extrajudicial

que possa conduzir à sua declaração de insolvência, a providência análoga à insolvência ou à sua extinção, bem como a verificação de qualquer outra circunstância que perturbe a execução do contrato.

3. O Contraente Público e o Cocontratante obrigam-se a comunicar entre si, no prazo de 5 (cinco) dias a contar do seu conhecimento, a ocorrência de quaisquer circunstâncias, constituam ou não força maior, designadamente de qualquer facto relevante que previsivelmente impeçam o cumprimento ou o cumprimento tempestivo de qualquer das respetivas obrigações contratuais.

Cláusula 29.^a

Comunicações

1. Salvo quando forma especial for exigida no Caderno de Encargo, todas as comunicações entre as Partes relativamente a este Contrato devem ser efetuadas por escrito, mediante carta ou correio eletrónico, e dirigidas para os seguintes endereços e postos de receção das Partes.

2. As comunicações efetuadas nos termos do número anterior considerar-se-ão realizadas na data da respetiva receção ou, se fora das horas normais de expediente, no primeiro dia útil imediatamente seguinte.

3. As comunicações protocoladas ou mediante carta registada com aviso de receção considerar-se-ão realizadas na data de assinatura do respetivo protocolo ou aviso.

4. Não se consideram realizadas as comunicações efetuadas por telefax, cujo conteúdo não seja perfeitamente legível pelo respetivo destinatário, desde que este comunique esse facto à Parte que tenha emitido a referida comunicação no primeiro dia útil imediatamente seguinte ao da respetiva receção.

5. Qualquer alteração das informações de contacto de cada Parte, incluído a alteração do representante legal e da sede social, deve ser imediatamente comunicada à outra Parte, nos termos do número 1 da presente cláusula.

Cláusula 30.^a

Resolução de litígios

1. Para o conhecimento de quaisquer litígios emergentes do contrato, designadamente os relativos à sua interpretação, execução, incumprimento, invalidade, resolução ou redução, é competente o Tribunal da Comarca da Cidade da Praia.

2. As partes no contrato podem derrogar o disposto no número anterior por acordo escrito, decidindo submeter à arbitragem algum litígio específico.

Cláusula 31.^a

Contagem dos prazos

Salvo quando o contrário resulte do presente contrato, os prazos aqui previstos são contínuos, correndo em sábados, domingos e dias feriados.

Cláusula 32.^a

Lei aplicável

O contrato subjacente ao presente Procedimento é regulado pela legislação Cabo-verdiana, incluindo o Regime Jurídico dos Contratos Administrativos.

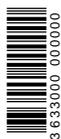
Praia, aos 2 de fevereiro de 2021

Pelo Contraente Público, *Bruno Santos*

Pelo Cocontratante, *João M. Coelho, de Sousa Matos.*



3 833000 000000



I SÉRIE
BOLETIM
OFICIAL

Registo legal, nº 2/2001, de 21 de Dezembro de 2001

Endereço Electronico: www.incv.cv



Av. da Macaronésia, cidade da Praia - Achada Grande Frente, República Cabo Verde
C.P. 113 • Tel. (238) 612145, 4150 • Fax 61 42 09
Email: kioske.incv@incv.cv / incv@incv.cv

I.N.C.V., S.A. informa que a transmissão de actos sujeitos a publicação na I e II Série do *Boletim Oficial* devem obedecer as normas constantes no artigo 28º e 29º do Decreto-lei nº 8/2011, de 31 de Janeiro.