

## INTRODUÇÃO

1. No Continente Africano, as doenças evitáveis através da vacinação são ainda uma das maiores causas de morbidade, incapacidade e de mortalidade entre as crianças. O fraco desempenho do PAV é grandemente devido à instabilidade civil, falta de recursos e a uma fraca gestão dos programas, que resultam nas estimativas de 1.1 milhões de mortes, atribuídas principalmente ao sarampo, à *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib), à hepatite B, à *tosse convulsa*, ao tétano neonatal, às doenças meningocócicas e à febre amarela.
2. Em Setembro de 1995, o Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC45/R5, considerando como parte do plano de acção regional do PAV para 1996-2000, as estratégias e as actividades propostas para cada grupo epidemiológico. Este plano marcou uma viragem para a identificação das prioridades dos programas em termos de objectivos mensuráveis de controlo das doenças, mais em termos de cobertura da vacinação.
3. Para além disso, os Estados-Membros aprovaram na implementação de intervenções específicas, tendo como objectivo o controlo das doenças (por exemplo, erradicação da polio, eliminação do tétano neonatal, controlo acelerado do sarampo), incluindo a implementação de vacinação suplementar (por exemplo Jornadas Nacionais de Vacinação sincronizadas) e a expansão das actividades de vigilância, com uma forte componente laboratorial, quando necessário.
4. No entanto, a partir da década de 80, e com as lições tiradas pela implementação de várias iniciativas do PAV (por exemplo, Vacinação Universal das Crianças -UCI<sup>1</sup>, erradicação da polio) tornou-se óbvio que os sistemas de vacinação são as bases de sustentação para uma melhoria do desempenho do PAV a nível regional. Por consequência, os mecanismos de coordenação estabelecidos a nível dos países para apoio da erradicação da polio, serão utilizados para apoiar uma agenda mais alargada do PAV.
5. O presente documento delimita os objectivos do PAV estabelecidos para o período 2003-2005 e propõe as estratégias de aceleração que os governos e os parceiros da política de vacinação devem implementar na Região Africana. A aceleração da implementação das estratégias do PAV são necessárias, para reduzir as mortes decorrentes de doenças evitáveis pela vacinação, aumentando as hipóteses de não atrasar a certificação da polio na Região Africana.

## ANÁLISE DA SITUAÇÃO

### Serviços de fornecimento de vacinação de rotina

---

<sup>1</sup> Definido como 80% das crianças que tenham que globalmente, até ao primeiro aniversário, todos os antígenos de rotina.

6. Nos finais da década de 80, a cobertura da vacinação alcançou o seu pico, após a iniciativa Vacinação Universal da Criança (UCI). Durante a década de 90 esta tendência crescente manteve-se em apenas 18 Estados-Membros, representando 31% da população regional. A partir de 1995 até o ano 2000, 21 dos 46 Estados-Membros representando 67% da população da Região, reportaram uma tendência para diminuição na cobertura da vacinação, cerca de 5%, pelo menos. Os importantes declínios nesta cobertura verificaram-se na Guiné Equatorial, Gabão, Etiópia, Uganda, Madagáscar, Gâmbia, Guiné-Bissau, Mauritânia, Senegal e Togo. Por outro lado, no ano 2000, alguns países com elevado índice populacional (Nigéria, República Democrática do Congo, Etiópia) e a maioria dos países da África Central reportaram um nível de cobertura em DPT-3<sup>2</sup> abaixo dos 50%, no ano 2000.

7. Apesar da existência de motivos específicos locais, os motivos a seguir mencionados podem ter tido um maior efeito no fraco desempenho a curto e médio prazo do programa de vacinação:

- a) durante mais de uma década, o PAV de rotina não beneficiou de atenção a nível nacional e global, não lhe tendo por isso, sido dado o nível de prioridade que merece;
- b) as crises político-sociais continuam em muitos países de África. Em 1999 a OUA calculou a existência de conflitos civis em 22 países, com os civis a constituírem mais de 90% das vítimas e os países afectados a representar aproximadamente 40% da população da Região;
- c) em alguns países, os recursos financeiros disponíveis para os serviços de rotina eram menores, devido em parte às alterações nas prioridades dos financiadores; como consequência, as actividades essenciais como os serviços de solidariedade, a formação e a supervisão, cessaram ou diminuíram;
- d) não foi mantida a elevada qualidade de gestão que tinha sido alcançada com o PAV. Em alguns casos, o pessoal do PAV não tem recebido o mesmo nível de formação e noutros ainda, a formação reforçou outros aspectos do PAV (tais como a vacinação de suplemento e a vigilância da doença), em lugar da vacinação de rotina.

### **Incidência das doenças evitáveis através da vacinação**

8. O sarampo continua a ser a principal causa de mortalidade, sendo responsável por cerca de metade das 1.1 milhões de mortes atribuídas às doenças evitáveis pela vacinação (Ver Quadro 1). A maior incidência das doenças ocorre nas crianças em idade pré-escolar da África do Oeste e Central, em que a vacinação é geralmente baixa. Os inadequados financiamentos e afectação de pessoal inadequados são as principais barreiras. Em sete países da África Sub-Sahariana implementaram-se estratégias comprovadamente eficazes, tendo-se reduzido para zero durante mais de três anos, a mortalidade devida ao sarampo.

*Quadro 1: Estimativas de mortes por ano, devido a doenças evitáveis pela vacinação na Região Africana*<sup>3</sup>

<b>Doenças</b>	<b>Número de mortes</b>
----------------	-------------------------

<sup>2</sup> Definido como tendo recebido três doses bem espaçadas da vacina da Difteria-Tosse Convulsa-Tétano

<sup>3</sup> Relatório Mundial da OMS, 1999

Sarampo	454.000
Haemophilus influenza tipo B	100.000-160.000
Doenças relacionadas com a Hepatite B	150.000
Tosse convulsa	106.000-199.000
Tétano Materno e Neonatal	110.000
Doenças meningocócicas	30.000-50.000
Febre Amarela	20.000-30.000

9. As estratégias para controlar o tétano materno e neonatal são bem compreendidas estando já alguns países a avançar com a sua implementação, apontado as suas intervenções iniciais para os distritos com maior risco da doença. O apoio da UNICEF tem sido importante, e é provável que a incidência da doença de 12 por cada 1.000 nados vivos (ainda elevada), seja reduzida nos próximos anos.

10. No ano 2000 e 2001 a África do Oeste sofreu grandes surtos de febre amarela que chegaram mesmo a afectar grandes áreas urbanas na Guiné e na Côte d'Ivoire. No ano 2001, com a melhoria da vigilância, os casos de febre amarela detectados em muitos países da África do Oeste (Guiné, Libéria, Côte d'Ivoire, Gana, Burkina Faso), em que as actividades de controlo foram limitadas apenas pelo fornecimento inadequado de vacinas e pela insuficiência de fundos.

### **Introdução de novas vacinas**

11. O fardo que representam as doenças de Hepatite B, a *Haemophilus influenza* do tipo B, está bem determinado em África (Quadro 1), não sendo no entanto, bem conhecido. Até ao final do ano de 2001, seis países tinham acrescentado à sua rotina do PAV as vacinas de Hepatite B e apenas uma vacina Hib. Com o auxílio da Aliança Global para as Vacinas e a Vacinação (GAVI) e do Fundo para a Vacinação, foram atribuídos fundos a muitos mais países, para a aquisição destas novas vacinas que serão brevemente introduzidas no Programa.

### **META E OBJECTIVOS**

#### ***Meta***

12. A meta é acelerar a implementação das actividades do PAV na Região Africana, a fim de melhorar a saúde das crianças.

#### **Objectivos**

13. Os objectivos de aceleração são:

- a) a optimização da prestação de serviços de vacinação sustentáveis e em qualidade;
- b) o aumento de esforços para alcançar a erradicação da poliomielite, o controlo do sarampo, a eliminação do tétano neonatal e o controlo da febre amarela;
- c) aceleração da introdução sustentável de novas vacinas e de tecnologias apropriadas, nos programas nacionais de vacinação.

## **ALVOS**

14. Durante o período de aceleração, serão mantidas os seguintes alvos.

### **Reforço do sistema de vacinação**

15. Até final do ano 2005:

- a) pelo menos 80% dos países terão atingido um mínimo de 80% de cobertura DPT3 em todos os distritos;
- b) 100% segurança nas injeções de vacinação usadas em todos os países;
- c) pelo menos 90% dos países estarão aptos a sustentar o financiamento do PAV, particularmente pelo aumento dos fundos governamentais, através de uma linha de financiamento para as vacinas e para a vacinação contemplada no orçamento nacional da saúde, incluindo uma disponibilização atempada e eficaz dos fundos.

### **Controlo acelerado das doenças**

#### *Erradicação da poliomielite*

16. a) até ao final de 2003, não existirão na Região mais casos de paralisia flácida aguda devido ao poliovírus selvagem.
- b) até 2005, o processo de certificação independente para o estatuto “livre de polio”, permitirá certificação total da Região.

#### *Controlo do Sarampo*

17. Até final do ano 2005:

- a) países com fraca cobertura de rotina de sarampo (<50%) e uma elevada taxa de mortalidade (taxa de Mortalidade de Caso >4%)<sup>4</sup>, irão reduzir em 90% a morbidade por sarampo e em 95% a mortalidade por sarampo (em comparação com os valores da época anterior)<sup>5</sup>
- b) países com uma cobertura de rotina moderada do sarampo (50%-75%) e uma baixa/média mortalidade (taxa de mortalidade do caso 0.5%-4%), atingirão e manterão quase a zero a taxa de mortalidade devido ao sarampo; e
- c) países com uma elevada cobertura de rotina de sarampo (>75%), e uma presumida baixa mortalidade (taxa de mortalidade do caso <0,5%), eliminarão os contágios internos do vírus do sarampo.

18. Até final ao ano 2005:

- a) pelo menos 80% dos países terão atingido em todos os distritos uma taxa de incidência do tétano neonatal inferior a um caso por 1.000 nados-vivos em valor estimado ou através de inquérito; e
- b) pelo menos 80% dos países atingirá um mínimo de cobertura em todos os distritos TT2+<sup>6</sup> entre as mulheres grávidas.

#### *Febre amarela*

19. Até final do ano 2005, os países com risco de febre amarela, irão:

- a) aumentar a cobertura da vacinação da febre amarela até pelo menos 80%; e
- b) implementar respostas de emergência para todos os casos confirmados de febre amarela, nos três dias seguintes à confirmação laboratorial.

### **Inovações**

#### *Novas vacinas*

---

<sup>4</sup> Definido como Taxa de Fatalidade dos casos

<sup>5</sup> Não é possível estabelecer uma data exacta para o início da vacinação em cada país, mas determinou-se o ano 1980, para a maioria dos países em desenvolvimento

<sup>6</sup> Definido como tendo recebido pelo menos duas doses bem espaçadas de toxina do tétano durante a gravidez

20. a) até ao final de 2003 todos os países terão sido apoiados de forma a incluírem a vacina da Hepatite B nos seus programas nacionais de vacinação e até 2005, metade dos países terão tido apoio para as incluírem a vacina contra *Haemophilus Influenza* tipo B; e
- b) até ao ano 2003 todos os países irão adoptar a política das seringas descartáveis ou quaisquer outras tecnologias de injeções com segurança (tal como a UNIJECT) para todas as injeções de vacinação.

## **ESTRATÉGIAS PARA ACELERAÇÃO**

### **Reforçar o compromisso político**

21. O aumento do compromisso político ao nível de cada país, será obtido através:
- a) do estabelecimento de uma linha de itens no orçamento nacional da saúde para a aquisição de vacinas e para os custos operacionais;
- b) do envolvimento do Parlamento e dos pais para garantir o direito inerente a todas as crianças à vacinação; e
- c) a utilização da cobertura da vacinação como indicador de equidade no acesso aos serviços de saúde.
- d) a paz deverá ser a base para o desenvolvimento
- e) todos os países elegíveis deverão aproveitar a iniciativa HIPC (Países Pobres Fortemente Endividados), no sentido de mobilizarem fundos para o PAV e outras relacionadas em saúde.

### **Promoção de advocacia, comunicação e mobilização social sustentáveis**

22. A aceleração será obtida através:
- a) do elevado compromisso político relativamente à vacinação;
- b) da melhoria das parcerias, através de reuniões dos comités de coordenação interagências (CCI); e
- c) do maior envolvimento da comunidade na vacinação,

### **Desenvolvimento do planeamento a nível nacional intermédio e distrital**

23. Os países irão criar planos de trabalho anuais e multianuais para o PAV, tendo como base o microplaneamento a nível distrital. Estes planos devem ser aprovados nas reuniões dos Comités de Coordenação Interagências (ICC).

### **Implementação dos mecanismos de coordenação para os parceiros PAV**

24. O ICC nacional constituirá o forum que coordenará os apoios provenientes das parcerias, para a aceleração do PAV.

### **Melhoria da capacidade técnica e da formação a nível nacional**

25. A aceleração da formação e da melhoria da capacidade técnica será obtida através do:

- a) desenvolvimento dos planos estratégicos anuais e quinquenais para o pessoal; e
- b) melhoria da formação, antes e durante o desempenho de funções, e da gestão do pessoal.
- c) Prestação de apoio logístico e manutenção da cadeia de frio

### **INTERVENÇÕES DE MAIOR ENVERGADURA**

#### **Reforço do sistema de vacinação**

##### *Prestação de um serviço de vacinação de qualidade*

26. Os países deverão apoiar os esforços locais, nomeadamente, prestando atenção ao plano de vacinação, organizando sessões de vacinação em postos fixos e móveis, garantindo a segurança das injeções de vacinação, incentivando a utilização de boletins de saúde das crianças, e encorajando os profissionais da saúde a transmitirem às mães a informação relevante sobre o PAV, através de formação e da supervisão de apoio, os profissionais da saúde de todos os níveis e comunidades, serão encorajados a analisar e utilizar no local, os dados existentes sobre vacinação, a fim de melhorar os resultados do programa.

##### *Logística*

27. Ao longo dos próximos três anos a logística será melhorada, através da aquisição e gestão otimizada das vacinas e da melhor gestão da rede de frio e de transporte, da segurança das injeções e da melhor gestão e eliminação de resíduos.

##### *Gestão de programas*

28. A supervisão, monitorização e activação, especialmente a nível das províncias e dos distritos, constituirão a base para a melhoria da implementação das actividades incluídas no plano nacional e nos micro-planos distritais para o PAV.

#### **Controlo acelerado das doenças**

##### *Erradicação da poliomielite*

29. A aceleração na implementação da iniciativa de erradicação da polio (IEP), na Região Africana será alcançada através:

- a) do aumento sincronizado dos NID, usando a técnica porta-a-porta

- b) da obtenção e manutenção da certificação - standard da vigilância da Paralisia Flácida Aguda (PFA) em todos os países; e
- c) aceleração da certificação das actividades de erradicação da polio, incluindo o reforço de contenção nos laboratórios dos poliovírus selvagens.

#### *Eliminação do tétano neonatal*

30. Ao longo dos próximos três anos, a eliminação do tétano neonatal e materno será conseguido através:
- a) de vacinação suplementar com tóxico tetânico (TT) das mulheres que vivam em distritos de alto-risco;
  - b) da promoção de práticas de parto com higiene;
  - c) da obtenção e manutenção de uma cobertura de pelo menos 80% TT2+ de vacinação de rotina para as mulheres grávidas.
  - d) da inclusão em todos os países, da vigilância do tétano neonatal que é efectuada para a PFA;
  - e) realização de pesquisas sobre mortalidade, para documentar a certificação da eliminação do TNN.

#### *Controlo do sarampo e da febre amarela*

31. Ao longo dos próximos três anos, a aceleração do controlo da febre amarela e do sarampo serão alcançados através:
- a) da inclusão da vacinação da febre amarela na vacinação de rotina em todos os “países de risco”<sup>7</sup>.
  - b) da criação de *stocks* de reserva, de pelo menos um milhão de doses de vacinas da febre amarela para a Região, que permitam o seu rápido envio para os países onde existam surtos;
  - c) do estabelecimento de laboratório nacional com capacidade de realização de todos os testes do IgM da febre amarela, com ligação a um laboratório de detecção do sarampo;
  - d) da cobertura de rotina do sarampo de pelo menos 80% até ao fim de 2005;
  - e) de vacinação suplementar contra o sarampo, a fim de dar às crianças uma segunda oportunidade de serem vacinadas contra o sarampo; a idade-alvo será escolhida com base na epidemiologia do país, e tendo como objectivo a redução da circulação do vírus do sarampo para um nível muito baixo; e

---

<sup>7</sup> Definido como um distrito numa área altamente endémica, com um histórico de casos reportados/surtos nos últimos cinco a dez anos e com uma fraca cobertura de vacinação contra a febre amarela.



- f) da melhoria da gestão dos casos de sarampo e das actividades de resposta em casos de surto.

#### *Prevenção de deficiência em vitamina A*

32. No ano 2004, os países incluirão o suplemento de vitamina A nos seus serviços de vacinação de rotina, com a continuação da administração de Vitamina A durante as actividades de vacinação de suplemento.

### **Inovações**

#### *Introdução de novas vacinas*

33. A aceleração de introdução de novas vacinas através:
- a) do planeamento, implementação e avaliação dos processos de introdução de vacinas novas e das sub-aproveitadas;
  - b) da melhoria das actividades de vigilância de acordo com a estratégia IDS, de Vigilância Integrada das Doenças (VID)
  - c) do equipamento de todas as vacinas financiadas pela GAVI com as quantidades necessárias de seringas descartáveis. Para todos os países designados, a GAVI fornecerá seringas descartáveis para todas as vacinas, durante um período de três anos.

#### *Introdução de novas políticas e tecnologias*

34. A introdução de uma política de ampolas multidoses (PAMD) e de monitores de ampolas de vacinas como instrumentos de gestão da vacinação de rotina, será promovida através da melhoria da capacidade técnica a nível do país e interpaíses.

### **Vigilância e serviços laboratoriais**

#### *Melhoria da vigilância da doença através do PAV*

35. A aceleração da vigilância irá continuar a ser desenvolvida ao nível do país e interpaíses, de acordo com os seguintes princípios estratégicos:
- a) o alargamento de vigilância da PFA de forma a incluir outras doenças PAV, no âmbito do VID, incluindo a introdução da vigilância de casos-base para o controlo do sarampo;
  - b) a análise dos dados em cada um dos níveis de obtenção, que permitam agir em termos de pessoa, de local e tempo;
  - c) a monitorização da elaboração atempada de relatórios por parte das instalações de saúde para o nível do distrito e o reportar atempado deste para o nível seguinte; e
  - d) preparação para a introdução de novas vacinas através do planeamento para a vigilância sentinela para a hepatite B e a *Haemophilus influenzae tipo B*, meningococos do grupo A.

### *Reforço dos laboratórios para apoio dos serviços de vigilância*

36. A actual rede de laboratórios de poliomielite servirá de base para a implementação de outras redes de laboratórios, no âmbito da estratégia VID para os próximos três anos. Até ao final de 2005, os Estados-Membros terão desenvolvido serviços laboratoriais capazes de confirmar atempadamente e com confiança, a etiologia das suspeitas de doenças e dos surtos.

### **PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO**

37. De forma a acelerar a implementação do PAV nos países, estes serão apoiados:

- a) para expandirem ou criarem ICC nacionais,
- b) para prepararem planos estratégicos anuais ou quinquenais;
- c) para centrarem a implementação ao nível distrital.

Para a implementação das suas actividades, cada distrito terá um processo de microplaneamento.

38. Quando possível, as três componentes do PAV (reforço do sistema de vacinação, controlo acelerado das doenças e inovações, serão implementadas simultaneamente. Os microplanos distritais e os planos nacionais serão utilizados para a mobilização de recursos.

### **O Papel dos países**

39. Os Estados-Membros devem implementar o processo de aceleração, devem reforçar a capacidade humana e mobilizar recursos financeiros para os programas nacionais de vacinação, dando maior ênfase à melhoria da qualidade na prestação de serviços e à cobertura em cada distrito, os países deverão coordenar as actividades dos seus parceiros neste processo.

### **O Papel da OMS**

40. “A OMS providenciará apoio técnico e financeiro aos países, onde necessário, para o planeamento, implementação, monitorização e avaliação do PAV. A OMS negociará fundos GAVI para os países actualmente excluídos, apoiando também a introdução de novas vacinas”.

### **Papel dos parceiros**

41. O Grupo de Trabalho para a Vacinação (GTV) será o fórum coordenador dos apoios de todos os parceiros. Mais parceiros serão encorajados a juntarem-se ao GTI e a investirem no PAV.

### **MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO**

42. No período de 2003-2005, os países adoptarão instrumentos de monitorização do PAV mais abrangentes, em concordância com o sistema de gestão da informação da saúde, a nível nacional. Os dados da vigilância continuarão a orientar as decisões para os programas. O reforço da vigilância das doenças, com a sua componente laboratorial irá fornecer os dados para a avaliação dos progressos e eventualmente, as áreas infectadas serão o alvo das estratégias de vacinação de erradicação. As reuniões anuais do Grupo de Trabalho para a Vacinação (GTV) e o Comité Africano Interagências de Coordenação (CAIC) constituirão os foruns para a monitorização e direcção anual e para as actividades regionais de vacinação.

## **CONCLUSÃO**

43. No ano 2005, espera-se que os Estados-Membros atinjam níveis mais elevados de cobertura da vacinação de rotina (medida pela cobertura DPT-3 de 80% em cada distrito) para todos os antígenos PAV, detenham a certificação erradicação de poliomielite; eliminem o tétano neonatal; controlem o sarampo e a febre amarela e introduzam novas vacinas, de forma sustentada.

44. O plano aceleração para a implementação da estratégia regional do PAV durante o período 2003-2005, contido neste documento será submetido ao Comité Regional para adopção.





ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE  
ESCRITÓRIO REGIONAL AFRICANO

COMITÉ REGIONAL AFRICANO

AFR/RC52/9

2 de Fevereiro de 2002

Quinquagésima-segunda sessão  
Brazzaville, Congo, 19-23 de Agosto de 2002

ORIGINAL: INGLÊS

Ponto 8.2 da ordem do dia provisória

ESTRATÉGIA REGIONAL SOBRE A VACINAÇÃO  
PARA O PERÍODO DE 2003-2005

Relatório do Director Regional

RESUMO

1. Em 1995, a Quadragesima-quinta sessão do Comité Regional Africano, adoptou a Resolução AFR/RC45/R5, de forma a melhorar a orientação do plano estratégico do PAV, para o período 1996-2000. Os Estados-Membros desenvolveram e implementaram estratégias nacionais para atingir os objectivos de erradicação da poliomielite, controlo do sarampo e eliminação do tétano neonatal, no contexto do reforço dos programas nacionais de vacinação.
2. Houve um progresso substancial para atingir estes objectivos. A transmissão da poliomielite está prestes a ser erradicada; doze países eliminaram o tétano neonatal e sete países da África Sub-Sahariana mantiveram a eliminação do sarampo desde 1999 até 2001. No entanto, as doenças evitáveis através da vacinação permanecem como grandes causas da morbidade, incapacidade e mortalidade com cerca de 1.1 milhões de mortes anualmente na Região Africana. Estas mortes devem-se a: a) à estagnação de cobertura da vacinação de rotina aos níveis baixo e médio; b) a falta de atenção e apoio adequados para a implementação de estratégias vocacionadas para a eliminação do tétano neonatal e para a redução a mortalidade devido ao sarampo; c) o atraso na inclusão de vacinas da febre amarela em países endémicos e de novas vacinas (Hepatite B e *Haemophilus tipo B*) nos sistemas de imunização de rotina. A implementação de estratégias regionais do PAV deverá ser acelerada por forma a reduzir as mortes devido a doenças evitáveis pela vacinação, ao mesmo tempo que se melhoraram as oportunidades de não atrasar a certificação de erradicação da poliomielite na Região Africana.
3. Este documento propõe estratégias de aceleração necessárias para atingir os objectivos estabelecidos para 2005. Estas estratégias pretendem reforçar a implementação de vacinação de rotina centrando-se de novo nas iniciativas de controlo das doenças e no reforço da introdução de novas vacinas na Região Africana ao longo dos próximos três anos.
4. Espera-se que até 2005, os Estados-Membros atinjam níveis mais elevados de cobertura de imunização de rotina para todos os antígenos do PAV; atingir a certificação de erradicação da poliomielite, efectuem o controlo do sarampo; eliminarem o tétano neonatal e introduzir novas vacinas, tudo de uma forma sustentada.
5. O plano para aceleração de implementação de estratégia regional do PAV durante o período de 2003-2005 contido neste documento será submetido ao Comité Regional para adopção.

## ÍNDICE

	<i>Parágrafos</i>
INTRODUÇÃO.....	1 - 5
ANÁLISE DA SITUAÇÃO.....	6 - 11
..... Serviços rotineiros de fornecimento da vacinação	6 - 7
..... Incidência das doenças evitáveis através da vacinação	8 - 10
..... Introdução de novas vacinas	11
META E OBJECTIVOS .....	12 - 13
..... Meta	12
..... Objectivos	13
ALVOS.....	14 - 20
..... Reforço do sistema de vacinação	15
..... Controlo acelerado das doenças	16 - 19
..... Inovações	20
ESTRATÉGIAS PARA ACELERAÇÃO.....	21 - 25
..... Reforçar o compromisso político	21
..... Promoção de advocacia, comunicação e mobilização social sustentáveis	22
..... Desenvolvimento do planeamento a nível nacional e distrital	23
..... Implementação dos mecanismos de coordenação para os parceiros do PAV	24
..... Garantia da melhoria da capacidade técnica e da formação a nível nacional	25
INTERVENÇÕES DE MAIOR ENVERGADURA.....	26 - 36
..... Reforço do sistema de vacinação	26 - 28
..... Controlo acelerado das doenças	29 - 32
..... Inovações	33 - 34
..... Vigilância e serviços laboratoriais	35 - 36
PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO.....	37 - 41

.....	Papel dos países	39
.....	Papel da OMS	40
.....	Papel dos parceiros	41
MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO .....		42
CONCLUSÃO.....		43 - 44