

O Paludismo em Cabo Verde: o percurso para a eliminação da doença

Malaria in Cape Verde: the path towards eliminating the disease

Paludisme au Cap-Vert : la voie vers l'élimination de la maladie

Artur Correia

MPH, PhD. Direção Nacional de Saúde - Ministério de Saúde (aposentado),
Praia – Cabo Verde. Palácio do Governo, Praia, Cabo Verde
Autor correspondente: ajcorreia51@gmail.com

António Moreira

MD. Direção Nacional de Saúde - Ministério de Saúde, Praia – Cabo Verde
Palácio do Governo, Praia, Cabo Verde

Carolina Leite

MD. Organização Mundial de Saúde – Escritório de Cabo Verde, Praia
Prédio Comum das Nações Unidas

Resumo

I. Introdução e objetivos: O paludismo é um desafio de saúde global e continua a ser uma das doenças infecciosas mais prevalentes em muitas partes do mundo, com destaque para o continente africano. Cabo Verde tem feito um percurso positivo no combate à doença, tendo conseguido, em janeiro de 2024, o estatuto de “país livre do paludismo”. Persiste o desafio da vigilância epidemiológica e entomológica, para a prevenção da reintrodução da doença.

Os objetivos desta nota histórica são dar a conhecer os aspetos históricos da luta contra a doença no país; os fatores influenciadores da dinâmica de transmissão, com destaque para os casos importados; as medidas de prevenção e controlo adotadas até ao momento da certificação do país como “livre do paludismo”, pela OMS; os principais ganhos da luta contra o paludismo no país e os desafios a serem enfrentados, para evitar a reintrodução da doença.

II. Materiais e métodos: Esta nota histórica baseou-se na análise documental, na aplicação de entrevistas e de grupos focais, com os atores principais, para a recolha de dados. Para análise de dados, utilizou-se a análise de conteúdo e a “Análise Focal Estratégica”, no caso dos grupos focais, a partir da ferramenta de gestão organizacional S.W.O.T.

III. Resultados: A Luta Contra o Paludismo em Cabo Verde ganhou um grande impulso, ainda no período colonial, tendo o vetor sido eliminado de várias ilhas, com a consequente diminuição da carga da doença.

Destacam-se três períodos de interrupção da transmissão (1967 a 1972; 1983 a 1985 e 2018 à presente data).

Atualmente, o país apresenta vários ganhos no combate à doença, foi certificado, pela OMS, como “livre do paludismo” e está a implementar um Plano de Prevenção da Reintrodução da doença.

IV. Conclusão: Cabo Verde enfrentou várias etapas na luta contra o paludismo até chegar à eliminação e certificação como “país livre do paludismo”. O sistema de vigilância é resiliente e funcional, centrado na gestão dos casos impor-

tados e na vigilância e controlo do mosquito vetor. A qualidade do diagnóstico está garantida e existe um plano de Prevenção da Reintrodução da doença em implementação.

Palavras-chave: Paludismo, Vigilância, Eliminação, Certificação, Reintrodução.

Abstract

I. Introduction and objectives: Malaria is a global health challenge and continues to be one of the most prevalent infectious diseases in many parts of the world, particularly on the African continent. Cape Verde has made a positive progress in combating the disease, having achieved, in January of 2024, the status of “malaria-free country”. The challenge of epidemiological and entomological surveillance remains to prevent the reintroduction of the disease.

The objectives of this historical note are to publicize the historical aspects of the fight against the disease in the country; the factors influencing transmission dynamics, with emphasis on imported cases; the prevention and control measures adopted until the country was certified as “malaria-free” by the WHO; the main gains in the fight against malaria in the country and the challenges to be faced, to prevent the reintroduction of the disease.

II. Materials and methods: This historical note was based on documentary analysis, the application of interviews and focus groups, with the main actors, to collect data. For data analysis, content analysis and “Strategic Focal Analysis” were used, in the case of focus groups, using the S.W.O.T. organizational management tool.

III. Results: The fight against malaria in Cape Verde gained great momentum during the colonial period, with the vector being eliminated from several islands, with a consequent reduction in the burden of the disease.

Three periods of transmission interruption stand out (1967 to 1972; 1983 to 1985 and 2018 to the present date).

Currently, the country has made several gains in the fight against the disease, has been certified by the WHO as “malaria-free” and is implementing a Plan to Prevent the Reintroduction of the disease.

IV. Conclusion: Cape Verde faced several stages in the fight against malaria until achieving elimination and certification as a “malaria-free country”. The surveillance system is resilient and functional, focused on the management of imported cases and the surveillance and control of the mosquito vector. The quality of the diagnosis is guaranteed and there is a plan to prevent the reintroduction of the disease in implementation.

Keywords: Malaria, Surveillance, Elimination, Certification, Reintroduction.

Résumé

I. Introduction and objectifs: Le paludisme constitue un défi de santé mondial et continue d’être l’une des maladies infectieuses les plus répandues dans de nombreuses régions du monde, en particulier sur le continent africain. Le Cap-Vert a réalisé des progrès positifs dans la lutte contre la maladie, ayant obtenu, en janvier de 2024, le statut de “pays exempt de paludisme”. Le défi de la surveillance épidémiologique et entomologique reste de prévenir la réintroduction de la maladie.

Les objectifs de cette note historique sont de faire connaître les aspects historiques de la lutte contre la maladie dans le pays; les facteurs influençant la dynamique de la transmission, en mettant l’accent sur les cas importés; les mesures de prévention et de contrôle adoptées jusqu’à ce que le pays soit certifié “exempt de paludisme” par l’OMS ; les principaux acquis dans la lutte contre le paludisme dans le pays et les défis à relever pour empêcher la réintroduction de la maladie.

II. Matériels et méthodes: Cette note historique s’est basée sur l’analyse documentaire, l’application d’entretiens et de groupes de discussion, avec les principaux acteurs, pour collecter des données. Pour l’analyse des données, l’analyse de contenu et “l’analyse focale stratégique” ont été utilisées, dans le cas des groupes de discussion, à l’aide de l’outil de gestion organisationnelle S.W.O.T.

III. Résultats: La lutte contre le paludisme au Cap-Vert a pris un grand essor pendant la période coloniale, le vecteur étant éliminé de plusieurs îles, avec pour conséquence une réduction de la charge de la maladie.

Trois périodes d’interruption de transmission se distinguent (1967 à 1972 ; 1983 à 1985 et 2018 à nos jours). Actuellement, le pays a réalisé plusieurs progrès dans la lutte contre la maladie, a été certifié “exempt de paludisme” par l’OMS et met en œuvre un plan pour prévenir la réintroduction de la maladie.

IV. Conclusion: Le Cap-Vert a traversé plusieurs étapes dans la lutte contre le paludisme jusqu’à parvenir à l’élimination et à la certification de “pays sans paludisme”. Le système de surveillance est résilient et fonctionnel, axé sur la gestion des cas importés et la surveillance et le contrôle du moustique vecteur. La qualité du diagnostic est garantie et un plan est en cours de mise en œuvre pour prévenir la réintroduction de la maladie.

Mots-clés: Paludisme, Surveillance, Élimination, Certification, Réintroduction.

I. Introdução

O paludismo é um desafio de saúde global e continua a ser uma das doenças infecciosas mais prevalentes em muitas partes do mundo, especialmente em regiões tropicais e subtropicais. A África subsaariana é a região mais afetada, com cerca de 90% dos casos e mortes por paludismo no mundo.

De salientar os progressos feitos nas últimas décadas, no controlo do paludismo em algumas regiões. Contudo, apesar dos avanços, existem desafios persistentes no controlo da doença, nomeadamente: a resistência aos medicamentos antipalúdicos; a resistência dos mosquitos aos inseticidas e o acesso limitado a serviços de saúde, em algumas áreas afetadas. Além disso, em termos de impacto socioeconómico, o paludismo tem abalado, significativamente, as comunidades afetadas, causando doença, morte e incapacidade, além de sobrecarregar os sistemas de saúde e de prejudicar o desenvolvimento económico.

Face a essa situação a comunidade internacional estabeleceu metas ambiciosas para reduzir, ainda mais, o fardo do paludismo. Estas incluem a eliminação da doença em vários países e regiões até 2030, conforme estabelecido pela “Estratégia Técnica Global de Controlo do Paludismo”, da Organização Mundial da Saúde (OMS) [1].

Em Cabo Verde, o paludismo foi sempre considerado um problema de saúde pública [2], tendo sido alvo de programas de erradicação, até a década de sessenta, de pré-eliminação e de eliminação, até janeiro último, altura em que o país foi declarado “livre de paludismo” pela OMS.

Em termos epidemiológicos e de dinâmica da doença, o paludismo no país é considerado instável, de baixa transmissão, muito vulnerável a casos importados

e com recetividade em várias ilhas, ou seja, presença do vetor.

O vetor identificado é o *Anopheles arabiensis*, membro do complexo *Anopheles gambiae*.

Quanto aos plasmódios identificados no país, desde 1994 (há 30 anos), o *Plasmodium falciparum* é o responsável pela transmissão local, embora na década de sessenta o *Plasmodium vivax* fosse muito frequente.

Vários fatores influenciam a dinâmica de transmissão da doença no país e constituem desafios importantes a ter em conta, requerendo uma vigilância permanente e integrada. São eles:

- O movimento de pessoas;
- O aumento da mobilidade interna;
- A baixa imunidade da população;
- A possibilidade de modificar o comportamento dos vetores, principalmente, devido às mudanças climáticas e às medidas de luta antivetorial implementadas;

- Os problemas relacionados ao surgimento de resistência a inseticidas, de entre outros.

De 2009 a 2019, o país adotou dois planos de pré-eliminação de paludismo e, a partir de 2020 até 2024, um Plano de Eliminação (Relatório Nacional de Eliminação, 2023) [3].

Este último plano teve foco na prevenção da reintrodução da doença, tendo adotado as seguintes estratégias principais:

1. A capacitação dos recursos humanos, nos diferentes domínios;
2. A vigilância entomológica e o controlo vetorial, numa perspetiva integrada;
3. A vigilância epidemiológica;
4. A gestão de casos;
5. A informação, educação e comunicação.

Os objetivos desta nota histórica são dar a conhecer os aspetos históricos da luta contra a doença no país; os fatores influenciadores da dinâmica de transmissão, com destaque para os casos importados; as medidas de prevenção e controlo adotadas até o momento da certificação do país como “livre do paludismo”, pela OMS; os principais ganhos da luta contra o paludismo no país e desafios a serem enfrentados, para evitar a reintrodução da doença.

II. Materiais e métodos

Esta nota histórica sobre o paludismo em Cabo Verde, baseou-se na análise documental, na aplicação de en-

trevistas e de grupos focais, com os atores principais (Delegados de Saúde, Diretor do Serviço de Vigilância e Resposta, Coordenadores de Programas Nacionais de Doenças Transmissíveis, Responsáveis dos Serviços de Fronteira), para a recolha de dados. Para análise de dados, utilizou-se a análise de conteúdo [13] e a “Análise Focal Estratégica”, no caso dos grupos focais como defende Backes et al. [14], a partir da ferramenta de gestão organizacional S.W.O.T.

III. Resultados

Refletem o cruzamento entre os dados da análise documental e das entrevistas e grupos focais.

Aspetos históricos

Os dados históricos indicam que o paludismo existia em todas ilhas.

Contudo, desde há mais de uma dezena de anos, o paludismo autóctone tem ocorrido, fundamentalmente, na ilha de Santiago - no concelho da Praia, um concelho situado a uma baixa altitude e de natureza, essencialmente, urbana. Igualmente, ocorreram um caso autóctone na Boavista, em 2015, e quatro casos, em 2016 [4].

Esses casos têm ocorrido no período de junho a dezembro, geralmente, acompanhando a queda das chuvas e, também, prolongando-se por um a dois meses no período pós chuva (novembro e dezembro).

Por outro lado, os casos importados têm ocorrido todos os anos, sem qualquer vínculo à sazonalidade e em várias ilhas do país.

Quanto ao mosquito vetor, o *Anopheles arabiensis*, a última atualização da distribuição dá conta de sua presença em seis ilhas do país (Santo Antão, São Vicente, São Nicolau, Boavista, Santiago e Maio) [5].

Relativamente ao parasita, três espécies de *Plasmodium* foram responsáveis pelo paludismo no país:

- O *Plasmodium falciparum*;
- O *Plasmodium vivax*;
- O *Plasmodium malariae*.

Os dados mostram que, na década de 60, as infeções por *P. vivax* eram mais comuns do que aquelas causadas por *P. falciparum* [6].

Além disso, durante o pico epidémico de 1978, com 844 casos e 13 óbitos, ocorrido na ilha de Santiago, um terço dos casos autóctones foram devidos ao *P. vivax* [7]. Contudo, desde 1994, somente o *P. falciparum* foi identificado em casos de paludismo autóctone, em todo o

arquipélago.

Depois da “erradicação” do paludismo de várias ilhas, na década de 1950, a transmissão local da doença focalizou-se, essencialmente, na ilha de Santiago, dando origem a uma intensa campanha de luta nesta ilha, a partir dos anos sessenta.

Como resultado, o número de casos de paludismo entrou num processo de redução contínua e, em 1967, as autoridades obtiveram a primeira suspensão nacional da transmissão da doença. Essa suspensão durou até 1973, altura em que se constatou um recomeço da transmissão em Santiago [7].

Os dados históricos mostram que, de 1973 a 1983, o país entrou num período de transmissão local contínuo, com registo de epidemias, mas, somente na ilha de Santiago [7].

Assim, nesse período, foram retomadas medidas de luta que levaram a uma diminuição do número de casos, passando de 149 em 1973, para 20 casos autóctones em 1976 [7].

Contudo, uma nova epidemia ocorreu, com um total de 844 casos e 13 óbitos com pico epidémico em 1978 [7]. Uma segunda interrupção da transmissão local da doença foi conseguida, de 1983 a 1985. A partir dessa data, entrou-se num novo período de transmissão local.

Assim, em 1987, ocorreu uma nova epidemia de paludismo, concentrada na ilha de Santiago, com 434 casos, e outra, em 1988, com 814 casos (incluindo 12 mortes). Segue-se um período de manutenção de um baixo nível de transmissão, mas, no entanto, com três focos de cerca de 100 casos, respetivamente, localizados em localidades separadas, na ilha de Santiago, em 1995 (Achada Leite – Santa Catarina), 2000 (Assomada – Santa Catarina) e 2001 (Achada Fátima e Salina – Santa Cruz); depois, em 2014 e 2015, ocorreram pequenos focos de transmissão na ilha da Boavista (1 caso e 4 casos, respetivamente).

Entre 1990 e 2009, foram notificados 1293 casos, incluindo 929 classificados como autóctones (todos por *P. falciparum*) e os restantes casos importados [7].

No concelho da Praia, destacam-se a epidemia de 2017, com 423 casos e 4 casos “introduzidos” (1 em 2018, 1 em 2019, 1 em 2021 e 1 em 2022) [3].

Saliente-se que, efetivamente, o paludismo em Cabo Verde tem sido instável nas últimas três/quatro décadas, com transmissão sazonal, esporádica e de baixa epidemia que varia, consideravelmente, de ano para ano. A doença tem sido responsável por uma morbidade flutuante, com picos cíclicos dependentes, prin-

cipalmente, das chuvas e condições ambientais, que favorecem o aumento da densidade, longevidade e infetividade do vetor.

Podemos considerar 7 etapas na prevenção e controlo do paludismo no país [3]:

- Etapa 1

O lançamento da primeira campanha de eliminação do paludismo em Cabo Verde (1953), com a duração de sete anos, visando as áreas mais afetadas; A criação da prestigiosa Missão Permanente de Estudo e Combate de Endemias de Cabo Verde (1955), que passou a coordenar a prevenção e o controlo do paludismo, além de outras endemias;

- Etapa 2

A eliminação da transmissão local do paludismo (de 1967 até 1972, inclusive); A paralisação das campanhas de pulverização intradomiciliária com DDT, em 1969;

- Etapa 3

O paludismo autóctone reapareceu em Santiago (1973), nos concelhos de Santa Catarina e Santa Cruz; Foi criada a Brigada de Luta Contra o Paludismo (1978), para responder ao vazio deixado pelo desmantelamento dos serviços de luta contra o paludismo;

- Etapa 4

A eliminação, pela segunda vez, da transmissão local do paludismo, por três anos consecutivos (1983 a 1985);

- Etapa 5

O recomeço da transmissão local do paludismo (1986); a Criação do Programa Nacional de Luta Contra o Paludismo (PNLP) (1989), em substituição da Brigada de Luta Contra o Paludismo; a Elaboração do primeiro Plano Estratégico Nacional de Pré-eliminação do Paludismo (2009-2013) [8], cujo objetivo era reduzir a incidência para menos de um caso por mil habitantes; Uma nova epidemia de paludismo, na Praia, com um total de 446 casos com um pico epidémico incommum, em julho de 2017 e na ausência das chuvas [9].

- Etapa 6

A eliminação da transmissão local do paludismo, pela terceira vez, com a notificação de zero casos autóctones, a partir de fevereiro de 2018.

- Etapa 7

A certificação de Cabo Verde como “país livre de paludismo” e a elaboração de um “Plano de Prevenção da Reintrodução do Paludismo (2023 – 2025)” [3].

Essas etapas permitiram ao país o desenvolvimento de uma certa resiliência no combate ao paludismo,

testemunhada nos vários domínios de prevenção e controlo da doença.

Fatores influenciadores da dinâmica de transmissão

Vários fatores influenciam a dinâmica de transmissão do paludismo no país e constituem desafios importantes a ter em conta, requerendo uma vigilância permanente e integrada [3].

São eles:

- A mobilidade de pessoas de e para áreas endémicas;
- O aumento da mobilidade interna;
- A baixa imunidade da população;
- A possibilidade de modificar o comportamento dos vetores, principalmente devido às mudanças climáticas e às medidas de luta antivetorial implementadas;
- Os problemas relacionados ao surgimento de resistência a inseticidas.

Observações de campo durante os surtos sugerem que a recetividade pode ser, esporadicamente, alta nos focos de transmissão, apesar das condições ecológicas marginais gerais.

Os recomeços da transmissão ocorrem, habitualmente, após as chuvas, com o conseqüente aumento da população de vetores. Contudo, excetua-se a epidemia de 2017, na Praia, que teve o seu início antes do período das chuvas, devido a viveiros negligenciados de mosquitos, originados a partir da atividade humana (valas de vazamento de águas, excedentes dos poços, etc.). Esta situação teria sido agravada com a sequênciade casos autóctones, nos anos anteriores.

A tabela 1 mostra-nos a distribuição de todos os casos de paludismo (autóctones, importados e introduzidos) por espécie de plasmódio, num período de 27 anos. De destacar a predominância das infeções por *P. falciparum* (1887/1891), a epidemia de 2017 e um aumento inesperado do número de óbitos, em 2006 (7 óbitos).

Tabela 1: Distribuição de casos de paludismo por espécie de plasmódio e por ano. Cabo Verde, 1995 a 2022

Anos	Casos confirmados						Óbitos
	Total de casos	<i>P.f.</i>	<i>P.v.</i>	<i>P.m.</i>	<i>P.ovale</i>	Mistas (<i>P.f.+P.m.</i>)	
1995	127	127	0	0	0	0	3
1996	77	77	0	0	0	0	3
1997	19	19	0	0	0	0	3
1998	39	39	0	0	0	0	0
1999	90	90	0	0	0	0	2
2000	138	138	0	0	0	0	2
2001	115	115	0	0	0	0	1
2002	19	19	0	0	0	0	1
2003	68	68	0	0	0	0	1
2004	45	45	0	0	0	0	1
2005	68	68	0	0	0	0	1
2006	78	78	0	0	0	0	7
2007	18	18	0	0	0	0	1
2008	46	46	0	0	0	0	1
2009	66	66	0	0	0	0	2
2010	47	47	0	0	0	0	1
2011	36	36	0	0	0	0	3
2012	36	36	0	0	0	0	1
2013	45	45	0	0	0	0	0
2014	45	45	0	0	0	0	1
2015	27	27	0	0	0	0	0
2016	77	77	0	0	0	0	1
2017	446	445	1	0	0	0	2
2018	21	21	0	0	0	0	0
2019	40	39	0	0	0	1	0
2020	10	8	0	0	2	0	0
2021	21	21	0	0	0	0	0
2022	27	27	0	0	0	0	1
TOTAL	1891	1887	1	0	2	1	39

Fonte: Relatórios do PNL (1995 a 2022)

P.f. = Plasmodium falciparum; P.v. = Plasmodium vivax; P.m. = Plasmodium malariae

A tabela 2 retrata-nos os índices paludométricos do país, de 1995 a 2022 [4]. De salientar que, relativamente à “população em risco”, considerou-se toda a população de Cabo Verde, dado ao facto de casos importados ocorrerem em, praticamente, todas as ilhas, de haver uma grande mobilidade de pessoas entre as ilhas e a possibilidade do mosquito vetor ser transportado, por avião e barco, de uma ilha para a outra. Os dados de testes realizados só estão disponíveis a partir de 2014. Assim, num período de 9 anos (2014 a 2022), a taxa de realização de testes (microscopia)

variou entre 0,74%, em 2021, e 3,13%, em 2017 (ano da epidemia) [3].

De salientar que desde a interrupção da transmissão da doença, a partir de fevereiro de 2018, o número de testes diagnósticos tem vindo a diminuir, retomando uma tendência crescente, a partir de 2022 [3].

Tanto a taxa de positividade dos testes realizados (variando entre 0,22% e 0,88%), como a taxa de incidência parasitária por mil habitantes (variando entre 0,02 e 0,8), ao longo do período considerado, demonstram um baixo nível de transmissão [3].

Tabela 2: Índices paludométricos do país, por anos

Ano	Total da população do país	População em risco	Número de pessoas testadas para o paludismo (microscopia)	Número de testes parasitológicos positivos	Taxa anual de exames de sangue %	Taxa de testes positivos %	Incidência parasitária anual/1000
1995				127			
1996				77			
1997				19			
1998				39			
1999				90			
2000	435806	435806		138			0,3
2001	441880	441880		115			0,3
2002	447956	447956		19			0,04
2003	453778	453778		68			0,1
2004	459379	459379		45			0,1
2005	465236	465236		68			0,1
2006	471353	471353		78			0,2
2007	477587	477587		18			0,04
2008	483589	483589		46			0,1
2009	488787	488787		66			0,1
2010	494040	494040		47			0,1
2011	499929	499929		36			0,07
2012	505983	505983		36			0,07
2013	512173	512173		45			0,09
2014	518467	518467	5323	45	1,03	0,85	0,09
2015	524833	524833	5418	27	1,03	0,50	0,05
2016	531239	531239	8788	77	1,65	0,88	0,1
2017	537661	537661	16849	446	3,13	2,65	0,8
2018	544081	544081	9520	21	1,75	0,22	0,04
2019	550483	550483	7908	40	1,44	0,51	0,07
2020	556857	556857	4402	10	0,79	0,23	0,02
2021	563198	563198	4190	21	0,74	0,50	0,04
2022	569509	569509	8126	27	1,43	0,33	0,05

Fonte: PNLP

A tabela 3 mostra-nos a distribuição dos casos de paludismo (autóctones, importados e introduzidos) por espécie de plasmódio, de 2013 a 2022 [3].

De salientar a ausência de casos autóctones, a partir de fevereiro de 2018; o registo de 4 casos introduzidos

(1 em 2018, 1 em 2019, 1 em 2021 e 1 em 2022); a ocorrência de casos importados durante todos os anos no período (média de 23 casos); a ocorrência de um caso importado por *P. vivax*, em 2017, e 2 casos importados por *P. ovale*, em 2020.

Tabela 3: Número de casos autóctones, casos introduzidos e casos importados por espécie (2013 a 2022)

Classificação de casos	Espécies	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Casos autóctones	<i>P. falciparum</i>	22	25	7	49	423	2a)	0	0	0	0	528
	<i>P. vivax</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<i>P. malariae</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<i>P. ovale</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Casos introduzidos	<i>P. falciparum</i>	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	4
	<i>P. vivax</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<i>P. malariae</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<i>P. ovale</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Casos importados	<i>P. falciparum</i>	23	20	20	28	22	18	39	8	20	26	224
	<i>P. vivax</i>	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	<i>P. malariae</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<i>P. ovale</i>	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
Total		45	45	27	77	446	21	40	10	21	27	

a) Ocorrido em janeiro de 2018

calam países de endemia palustre e cruzam o país, atracando nos nossos portos, sobretudo o de S. Vicente, transportando, algumas vezes, doentes de paludismo (esses doentes, são imediatamente internados no hospital local, para confirmação diagnóstica e tratamento, sendo depois encaminhados, diretamente, para os respetivos barcos, sem nenhum contato com a comunidade); 2- a “importação de casos”, a partir de delegações governamentais, desportivas, por exemplo, de países endémicos que se deslocam ao país (tabelas 4 e 5).

Os casos importados

Cabo Verde sempre teve uma forte comunidade emigrada, em vários países africanos endémicos de paludismo, que, ao longo do tempo, tem mantido a tradição de visitar o país, para férias e contatos familiares. Muitas vezes, esses emigrantes transportam parasitas, incluindo gametócitos, infetantes para o vetor local, o *Anopheles arabiensis*.

Em termos históricos, numa primeira fase, esses países de emigração pertenciam a países da CPLP (principalmente, Guiné-Bissau, Angola, S. Tomé e Príncipe), mas, também, a países da África Ocidental e Central, com destaque para o Senegal, Guiné-Conacri, Costa do Marfim, Guiné Equatorial, situação que se agravou no período pós-independência (a partir de 1975), com a intensificação de laços comerciais e profissionais, e, mesmo de imigração de cidadãos de alguns desses países para Cabo Verde.

Assim, o risco de introdução de casos de paludismo importados no país sempre esteve presente e sofreu um incremento, após a independência, com a intensificação da mobilidade de pessoas (nacionais e estrangeiros) entre Cabo Verde e países de endemia palustre.

Dois fenómenos dignos de registo são: 1- a “importação de casos” de paludismo, a partir de barcos que es-

Tabela 4: Número e percentagem de casos tratados, no espaço de dois dias, após o início dos sintomas, nos 5 anos antecedentes ao primeiro ano sem casos autóctones, até ao presente

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Nº de casos tratados, nos 2 dias seguintes após início de sintomas (a)	21	16	37	251	10	20	3	13	17
Nº de casos analisados (b)	43	27	75	446	21	40	10	21	27
Percentagem (a/b × 100)	48,8	59,3	49,3	56,3	47,6	50,0	30,0	61,9	63,0

Tabela 5: Número e percentagem de casos confirmados, notificados dentro de 24 horas, nos últimos 5 anos, antes de zero casos autóctones, até ao presente

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Número de notificados nas 24 horas (a)	43	27	75	-	21	40	10	21	26
Número de casos analisados (b)	43	27	75	446 1)	21	40	10	21	26
Percentage (a/b × 100)	100	100	100	-	100	100	100	100	100

A tabela 6 apresenta a distribuição dos casos de paludismo importado, por ilhas, ao longo dos últimos doze anos (2010 a 2022) [4].

De destacar que a maioria dos casos importados foi detetada na ilha de Santiago (70%), nos últimos 13 anos, seguida de São Vicente, com 14%, e do Sal, com 8%. Igualmente, destacam-se as ilhas do Maio e da Brava, com zero caso [3].

Ao nível nacional, a média de casos importados, nesse período de treze anos, é de 24 casos por ano, com um mínimo de 10 casos, em 2020, e um máximo de 39, em 2019.

Tabela 6: Distribuição de casos de paludismo importado por ilhas e anos. Cabo Verde, 2010 a 2022

Ilhas	Casos importados e anos													Média	Mínimo	Máximo
	010	011	012	013	014	015	016	017	018	019	020	021	022			
Santo Antão	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0,08	0	1
São Vicente	0	1	7	4	3	4	2	7	0	6	3	5	1	3,3	0	7
São Nicolau	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,08	0	1
Sal	2	2	3	0	3	1	3	1	4	4	0	2	0	1,9	0	4
Boa Vista	0	2	1	1	2	0	0	0	1	3	0	1	1	0,9	0	3
Maio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santiago	25	21	20	17	12	15	20	14	13	22	7	11	24	16,2	7	25
Fogo	1	2	3	1	0	0	1	0	0	3	0	1	1	1	0	3
Brava	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cabo verde	29	28	34	23	20	20	26	23	18	39	10	20	27	24,4	10	39
Média	3,2	3,1	3,8	2,6	2,2	2,2	2,9	2,6	2	4,3	1,1	2,2	3			
Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Máximo	25	21	20	17	12	15	20	14	13	22	7	11	24			

Fonte: Relatório Nacional de Eliminação do Paludismo (2023)

Quanto à nacionalidade dos casos importados (2013 a 2022), o destaque vai para os seguintes países:

- Cabo Verde – 34%
- Guiné-Bissau – 18%
- Angola – 8%
- Nigéria – 7%
- Guiné-Conacri – 6%
- Senegal – 6%

De salientar que 34% dos casos importados ocorreram em cabo-verdianos que regressaram de países de endemia palustre e que 45% dos casos ocorreram em indivíduos com as nacionalidades de Guiné-Bissau,

Angola, Nigéria, Guiné-Conacri e Senegal.

Quanto ao país de origem dos casos importados, de 2013 a 2022, o destaque vai para os países abaixo indicados, com os respetivos números de casos, representam, conjuntamente, cerca de 74% de todos os casos importados no período (tabela 7):

- Guiné-Bissau – 49
- Angola – 47
- Senegal – 22
- Nigéria – 19
- Guiné Equatorial – 16
- Guiné-Conacri – 16

Tabela 7: Número de casos de Paludismo importados por país de origem e ano. Cabo Verde, 2010-2022

Países	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Guiné-Bissau	8	1	2	4	7	6	7	1	7	6	49
Angola	8	5	4	11	5	3	6	3	1	1	47
Senegal	2	1	0	1	2	1	5	2	3	5	22
Burkina Faso	1	0	2	0	1	0	0	0	1	0	5
Espanha	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2
Angola	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	4
Cor. do Sul	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Serra Leoa	0	1	0	0	0	1	2	0	0	0	4
Itália	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Gana	0	0	0	1	1	0	3	0	1	0	6
Nigéria	0	2	2	2	2	3	2	0	4	2	19
Costa Marfim	0	1	3	0	0	0	1	2	1	2	10
Guiné Equat.	4	4	3	2	0	0	2	0	0	1	16
Mali	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Guiné Conac.	1	0	0	1	2	1	5	0	0	6	16
Congo	0	0	3	3	0	0	0	2	1	0	9
Camarões	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2
Brasil	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2
Benin	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
Togo	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	3
Filipinas	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Moçambique	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Índia	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Sudão	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Gâmbia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Total	23 (+1 recrud)	20	20	28	23	18	38 (+1 recrud)	10 (+1 recrud)	20	26	

Fonte: PNL

A estratificação do país de acordo com o risco de reintrodução da doença

A estratificação adotada para o contexto de eliminação considera quatro estratos de risco potencial de reintrodução do paludismo no país [3]:

Estrato I – Risco Muito Alto (Santiago e Boavista)

Estrato II – Risco Alto (São Vicente, Sal e Fogo)

Estrato III – Risco Baixo (São Nicolau)

Estrato IV – Risco Muito Baixo (Brava, Maio e Santo Antão)

Essa estratificação leva em consideração fatores ligados à presença do vetor, à existência de transmissão atual ou recente, nos últimos anos, à evolução do número de casos importados e ao potencial turístico das ilhas e, ainda à mobilidade das pessoas entre as ilhas e regressados de zonas de endemia palustre.

Assim, as estratégias de eliminação do paludismo no país levam em consideração a situação epidemiológica com as seguintes características, tendo em conta os humanos, o vetor e o parasita:

- Uma população sem imunidade à doença, que se desloca a países de endemia palustre;
- A existência de nacionais emigrados em países de endemia palustre, que visitam, regularmente, o país;
- Nacionais que se deslocam a países de endemia palustre, em missão de serviço;
- A existência de uma importante imigração de pessoas provenientes de países de endemia palustre e que visitam regularmente os respetivos países;
- A presença do vetor em várias ilhas habitadas;
- A possibilidade real do mosquito vetor ser transportado de uma ilha, para outra onde não exista;
- A constatação de que o parasita dominante nos casos importados anualmente e nas últimas epidemias tem sido o *P. falciparum*, apesar de terem sido detetados casos importados esporádicos de todas as espécies.

Se considerarmos os últimos casos de paludismo autóctone, registados até 2017, destacam-se os seguintes municípios:

- Praia;
- Santa Cruz;
- Santa Catarina;
- Boavista.

Contudo, o destaque vai para o concelho da Praia que é, de facto, o território onde ocorreu a última epidemia de paludismo (2017) e onde existe a maior concentração de casos importados.

A cidade da Praia é a capital de Cabo Verde e situa-se na ilha de Santiago, a maior ilha do país. A população da cidade representa 29,6% da população do país, isto é, 145 378 habitantes [10]. A população da Praia é cerca de 97% urbana.

A distribuição dos imigrantes por ilhas, está espelhada na figura 2, mostrando-nos que é na ilha de Santiago, com destaque para o concelho da Praia, onde residem mais de 50% dos imigrantes (56,8% e 43,5%, respetivamente).

A cidade é caracterizada pela alternância de vales ao nível do mar e planaltos elevados. Muitos desses vales contêm campos agrícolas de pequena escala. A precipitação varia muito de ano para ano, com um máximo de 695 mm por ano; há cerca de nove meses secos (novembro a julho) seguidos pela estação chuvosa (agosto a outubro). A temperatura mínima varia de 19 a 24°C e a máxima de 25 a 30°C.

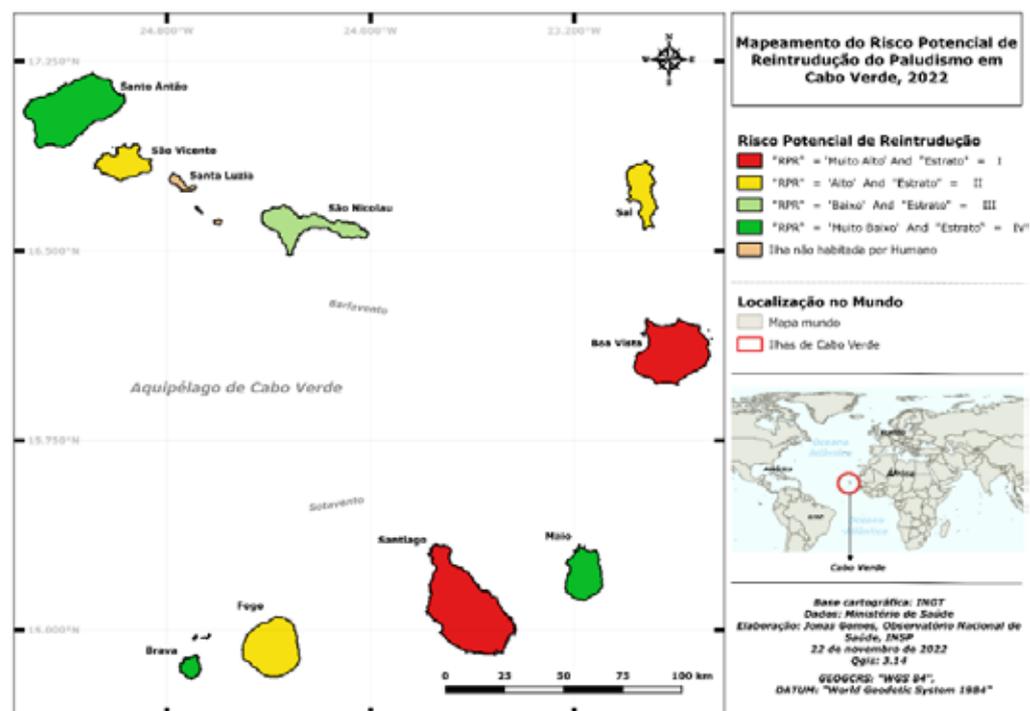


Figura 1: Mapeamento do risco potencial de reintrodução do paludismo. Cabo Verde, 2022



Figura 2: Distribuição da população imigrante, por ilhas. Cabo Verde, 2018

A Praia é o maior município do país, em termos de número de habitantes e de população urbanizada. Igualmente, é o mais cosmopolita dos municípios, albergando população de todas as ilhas e imigrantes provenientes de vários países, inclusive de países de endemia palustre, com destaque para a Guiné-Bissau. Existem vários bairros populosos no concelho, alguns com sinais de degradação marcantes, em termos sociais, económicos e sanitários. Ocorre, ainda, na Praia um forte movimento pendular com o interior da ilha, resultando na mobilidade diária de milhares de pessoas, para a cidade da Praia.

Dados da análise das fichas de investigação dos casos importados, na Praia (2021), mostram que a média de dias entre a chegada ao país e a apresentação de sintomas de paludismo é de cerca de 10 dias (mínima de 0 e máxima de 28 dias), enquanto cerca de 13% de casos apresentou sintomas antes da chegada ao país.

A Boavista é outro concelho de alto risco.

Tem uma população de 12.798 habitantes, representando 2,6% da população do país [10].

A população da ilha vive maioritariamente em meio urbano (86,3%). Contudo, alguma população vive em meio rural, com destaque para a da localidade de João Galego, com 620 habitantes.

O bairro de Boa Esperança que notificou os casos importados, em 2018 e 2019, está localizada na zona noroeste da cidade de Sal Rei, com cerca de 9 000 habitantes. A maioria da população desse bairro é de outras Ilhas de Cabo Verde, principalmente de Santiago, mas, também, de países vizinhos. Com efeito, dados de 2018 [11]: Estatísticas de Imigração, Pobreza e Condições de Vida – 2013 a 2018) apontam que a ilha de Boavista, alberga 13,7% da população de imigrantes, do país.

Relativamente a casos de paludismo, a análise de dados da Delegacia de Saúde da Boavista mostra que os últimos 4 casos de paludismo autóctone datam de 2016.

Os últimos casos e focos de paludismo registados no país e os procedimentos implementados

Os últimos focos autóctones de paludismo foram re-

gistrados durante o período 2014-2018, em 4 localidades da ilha de Santiago (Praia, Saltos Abaixo, Achada Fazenda, Veneza) e 2 localidades da ilha da Boa Vista (Boa Esperança e João Galego). A cidade da Praia representa a quase totalidade dos casos registados.

Os dois últimos focos ativos de paludismo, em Cabo Verde, ocorreram na Praia, em Tira-Chapéu e Palmeirejo, em janeiro de 2018, na continuidade da epidemia de 2017 (Fig. 3).

A abordagem aos dois últimos casos, obedeceu as normas instituídas, isto é: após a deteção passiva e a confirmação dos casos, procedeu-se ao seu internamento, para o respetivo tratamento. Notificou-se de imediato os casos à Delegacia de Saúde, que, por sua vez, procedeu à notificação oficial ao Programa e ao Serviço de Vigilância Integrada e Resposta, no espaço de 24 horas.

No dia seguinte, o epidemiologista da Delegacia de Saúde iniciou a investigação dos casos e dentro do espaço dos 7 dias previsto, procedeu-se à investigação dos respetivos focos. Com efeito, após a investigação e classificação dos casos, uma equipa pluridisciplinar, incluindo epidemiologista, técnicos de laboratório, agentes de controlo vetorial e de informação, educação e comunicação, iniciou a planificação e a implementação da investigação e da resposta aos dois focos, com a deslocação às localidades afetadas. Essas deslocações visaram:

- A deteção de eventuais novos casos, numa abordagem de testagem (TDR), priorizando todos os casos febris, nas localidades afetadas, num raio de 500 metros, relativamente à casa dos pacientes identificados;
- A sensibilização da população, sobre os aspetos preventivos do paludismo;
- Ações de luta antivetorial (pulverização intradomiciliar e luta antilarvar), dentro do raio estabelecido.

Procedeu-se ao seguimento da parasitemia dos dois pacientes nos 4^o, 7^o, 14^o, 21^o e 28^a dias, conforma estipulado, e uma monitorização dos dois focos, após 20 dias, e não se registou mais casos de paludismo.

A Fig. 3 mostra a evolução dos focos de paludismo (autóctones) de 2014 a 2022, no concelho da Praia e na ilha de Boavista, áreas geográficas prioritárias, onde foram registados casos autóctones de paludismo, durante o período.

De destacar que, a partir de 2018, os “focos ativos” evoluíram para “focos residuais inativos” e “focos eliminados”.

De salientar, ainda, que foram registados quatro casos

na Praia, classificados como introduzidos, com ligações diretas a casos importados:

- 1 Fonton (2018)
- 1 Tira Chapéu (2019)
- 1 Fundo Cobon (2021)
- 1 Fazenda (2022)

tratégico Nacional de Pré-Eliminação do Paludismo”, para o período 2009-2013, cujo objetivo era reduzir a incidência para menos de um caso por mil habitantes. Seguiu-se um novo Plano Estratégico Nacional de Pré-Eliminação do Paludismo (2015-2019) [12] e um primeiro “Plano Estratégico Nacional de Eliminação do Paludismo (2020-2024) [7].

De referir, igualmente, que Cabo Verde abraçou o compromisso da iniciativa E2020 da OMS, composta por 21 países, considerados com potencial para eliminar o paludismo até 2020.

A eliminação da transmissão local do paludismo, pela terceira vez, com a notificação de zero casos autóctones, de fevereiro de 2018 até à presente data, foi um marco importante nesse processo de eliminação.

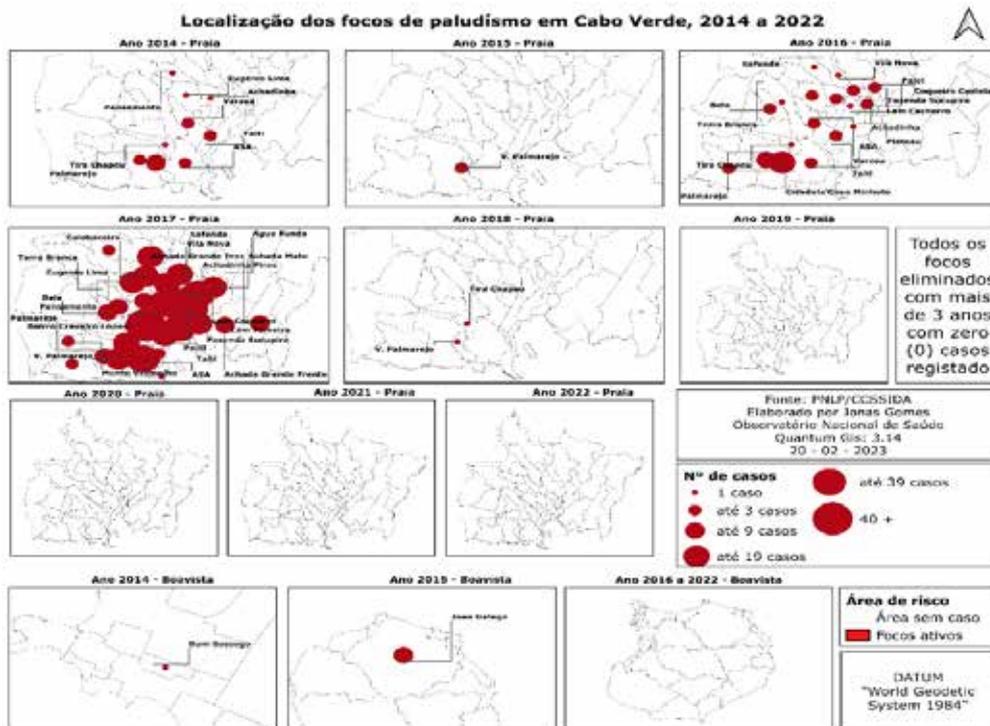


Figura 3: Localização dos focos de paludismo autóctone, em Cabo Verde (2014 a 2022)
Fonte: INSP e PNL

Estratégias e atividades empreendidas para conseguir a eliminação do paludismo

Após a primeira interrupção da transmissão da doença, em 1967, o restabelecimento da transmissão nos anos 70, a segunda interrupção de 1983, o paludismo manteve-se como uma doença sob controlo, com baixa taxa de transmissão.

De salientar que o documento da Política Nacional de Saúde [2] considerava que “atendendo à dimensão atual do paludismo no país e ao reduzido impacto nos níveis de saúde da população, as orientações específicas devem ser no sentido da erradicação da doença entre a população cabo-verdiana, até o ano 2020.”

Até 2009, vários planos de ação foram desenvolvidos e implementados, mas sem focar na eliminação do paludismo.

Efetivamente, em 2009, houve uma mudança de abordagem ao paludismo, para um foco na eliminação da doença. Assim, foi elaborado o primeiro “Plano Es-

As principais estratégias de eliminação do paludismo no país centraram no seguinte:

1 - Capacitação de recursos humanos

- Nos domínios vigilância entomológica e de controlo vetorial;
- Em gestão de casos;
- Em vigilância epidemiológica;
- No diagnóstico laboratorial e controlo de qualidade;
- Em comunicação de risco.

2 - Vigilância epidemiológica

- Monitorização dos casos de paludismo importado, através da deteção passiva, reativa e proactiva;
- Realização sistemática de testes de diagnóstico laboratorial a todos os casos suspeitos, para a deteção, diagnóstico e tratamento precoces, incluindo o tratamento anti-gametócitos, nos casos de *P. falciparum*, de acordo com o Protocolo Nacional; OBS. O acesso a esses serviços é gratuito.
- Notificação imediata dos casos, por telefone, e

dentro de 24 horas a seguir à detecção do caso;

- Investigação de casos e de focos, visando uma resposta rápida e eficaz, dentro de 48 horas e de uma semana, respetivamente;

3 - Vigilância entomológica e controlo vetorial

- Implementação da vigilância da distribuição e da densidade vetorial a nível nacional, através de recolha sistemática de amostras de mosquitos (trimestralmente, na Praia e quadrimestralmente, nos outros municípios);

- Monitorização regular da eficácia da aplicação dos inseticidas utilizados;

- Monitorização da sensibilidade do vetor aos inseticidas;

- Luta anti-mosquito adulto, através da aplicação intradomiciliar de inseticida de ação remanescente;

- Luta anti-larvar, através da aplicação sistemática de larvicidas, de luta biológica com peixes larvívoros e do manejo ambiental;

- Deslocação sistemática de equipas de luta anti-vetorial aos focos de transmissão potencial detetados, para a aplicação de pulverizações intradomiciliares e de larvicidas nos criadouros de mosquitos;

4 - Gestão de casos

- Internamento sistemático de todos os casos confirmados, para tratamento eficaz;

- Controlo sistemático da parasitemia, nos dias 3º, 7º, 14º, 21º e 28º, para verificar a eficácia do tratamento e detetar eventuais casos de resistência aos medicamentos utilizados.

5 - Informação, educação e comunicação

- Ações de informação, educação e comunicação de proximidade, para o empoderamento e envolvimento das comunidades sobre o paludismo, para uma melhor resposta;

No contexto da governança e colaboração institucional, dando corpo a uma abordagem multissetorial, é de se destacar as seguintes estratégias:

- Articulação com as universidades, visando a implementação de uma agenda nacional de investigação, que inclua a temática do paludismo;

- Abordagem multissetorial e pluridisciplinar às questões do paludismo, envolvendo vários Departamentos Governamentais, as Câmaras Municipais e organizações comunitárias;

- Criação de fóruns de discussão e partilha como sejam o Comité Interministerial de Luta Antivetorial, a Comissão Técnica Multissetorial, o Comité Consultivo, Nacional, Independente para a Eliminação do Paludismo, o Conselho Nacional de Saúde e as Comissões Mu-

nicipais de Saúde.

O foco na eliminação da doença tem levantado a necessidade de “mudança de *chip*”, para intervenções mais inovadoras e de maior engajamento e responsabilização de todos os atores.

A atualização dos manuais sobre procedimentos padronizados, em todos os domínios de intervenção, assim como a respetiva validação e formação de recursos humanos, representou momentos de reforço de engajamento e de partilha de responsabilidades entre todos os intervenientes.

A retoma do sistema de controlo de qualidade do diagnóstico laboratorial, o reforço da alimentação da Plataforma DHIS2, com dados sobre o paludismo, garantirão a qualidade do diagnóstico e a fiabilidade dos dados estatísticos.

Igualmente, a elaboração de um plano e de um manual de procedimentos padronizados, contribuíram para a melhoria das ações de vigilância entomológica e controlo vetorial.

Legislação e regulamentos relevantes para a eliminação do paludismo

Legislação

Com a priorização do Paludismo, no âmbito da “Política Nacional de Saúde (2007-2020)” [2], como doença sujeita à “erradicação”, um conjunto de iniciativas estratégicas, programáticas e operacionais começaram a ser tomadas.

Assim, no contexto dos Planos Estratégicos de Pré-Eliminação e de Eliminação do paludismo no país, o Governo e o Ministério de Saúde adotaram um conjunto de iniciativas normativas, traduzidas em Resoluções e Decretos-Lei e despachos internos do Ministro de Saúde, nomeadamente:

- Criação da Comissão Interministerial de Luta Antivetorial, presidida pelo Primeiro-ministro (Resolução nº34/2009 do Conselho de Ministros, de 2 de novembro);

- Criação da Comissão Estratégica Multissetorial (Resolução nº34/2009 do Conselho de Ministros de 2 de novembro);

- Criação do Comité Consultivo Nacional Independente para a Eliminação do Paludismo (CCNIIEP) (Despacho nº 05 do Ministro de Saúde, de 1 de abril de 2022);

- Renovação do Núcleo de Apoio Técnico (NAT) (renovado, através do Despacho nº 1 do DNS, de 6 de maio de 2022).

Regulamentos, Normas e Procedimentos

Durante o processo de eliminação, um conjunto de documentos estratégicos foram produzidos e/ou revistos, visando reforçar a estratégia de “eliminação do paludismo” nomeadamente:

- Plano Estratégico Nacional de Pré-Eliminação do Paludismo (2009-2013);
- Plano Estratégico Nacional de Pré-Eliminação (2015-2019);
- Plano Estratégico Nacional de Eliminação do Paludismo (2020-2024);
- Vigilância do Paludismo, no contexto de Eliminação (revisto em 2022);
- Manual de Luta Integrada Contra Vetores e Engajamento Comunitário (revisto em 2022);
- Guia de Diagnóstico Laboratorial (revisão de 2022);
- Guia de Controlo de Qualidade Laboratorial (revisto em 2022);
- Protocolo Terapêutico do Paludismo (revisto em 2022);
- Guia Nacional de Vigilância Integral de Doenças e Respostas (2007);
- Plano de Prevenção da Reintrodução do Paludismo (2023 – 2025).

Principais ganhos no combate ao paludismo no país

Na análise dos principais avanços verificados destacam-se ações fundamentais, nos seguintes domínios:

- **A capacitação dos recursos humanos:** nos domínios vigilância entomológica e de controlo vetorial; de gestão de casos; de vigilância epidemiológica; de diagnóstico laboratorial e controlo de qualidade, e comunicação de risco;
- **A vigilância entomológica:** o país tem implementado um programa de âmbito nacional, de seguimento da densidade e da distribuição vetorial (identificação das espécies, localização de criadouros e respetivo mapeamento);
- **O controlo vetorial:** a luta antilarvar, para o controlo da densidade das larvas, e a luta contra o mosquito adulto, através de pulverizações intra-domiciliárias, com um inseticida de ação remanescente (Delthametrine e Fludora);
- **A vigilância epidemiológica:** o país adotou a estratégia de diagnóstico precoce, (detecção passiva e ativa), de notificação imediata (por telefone) e dentro do prazo de 24 horas, de investigação do caso, den-

tro do prazo de 48 horas, e do, dentro do prazo de 7 dias. Os focos de doença, antigos e mais recentes, são devidamente classificados e monitorizados. Todos os casos positivos são confirmados por microscopia (a regra de outro) e submetidos a exame de PCR, para reconfirmação ou esclarecimento de dúvidas. Todos os casos positivos e, pelo menos, 5% de casos negativos são submetidos ao controlo de qualidade laboratorial, através do laboratório nacional de referência. Existe uma atenção focalizada nos pontos de entrada do país, sobretudo nos voos provenientes de zonas de paludismo endémico e monitorização de eventuais casos importados;

- **A gestão de casos:** a adoção do protocolo terapêutico tem sido supervisionada; tem ocorrido supervisões formativas; existe uma monitorização permanente do stock de antipalúdicos, por parte do Programa Nacional; existe a prática regular de discussão de casos e de eventuais óbitos;

- **Na comunicação de risco,** existe uma abordagem de proximidade com as comunidades específicas, além de uma abordagem dirigida à população em geral, utilizando agentes de saúde, pares educadores e meios de comunicação social.

IV. Conclusão

A Luta Contra o Paludismo em Cabo Verde ganhou um grande impulso, ainda no período colonial, tendo o vetor sido eliminado em várias ilhas e a consequente diminuição da carga da doença, em termos de morbilidade e de mortalidade.

Em termos históricos, constatou-se três períodos de interrupção da transmissão (1967 a 1972; 1983 a 1985 e 2018 à presente data).

O sistema de vigilância e resposta tem demonstrado resiliência na deteção, notificação, investigação e resposta, salvaguardando os ganhos de mais de cinco anos sem nenhum caso autóctone e demonstrando a capacidade de manter a eliminação da doença no país.

A certificação de Cabo Verde como “país livre de paludismo”, pela OMS, em janeiro do corrente ano, trouxe alguns desafios ao país, nomeadamente:

- 1 - A manutenção de uma vigilância epidemiológica eficaz;
- 2 - A manutenção de uma notificação imediata dos casos registados;
- 3 - A manutenção de uma investigação célere de casos, segundo as normas;
- 4 - A manutenção de uma investigação célere dos

focos eventuais segundo as normas;

5 - A manutenção de uma vigilância entomológica e um controlo vetorial permanentes;

6 - A manutenção de uma comunicação de risco de abordagem multissetorial.

Conflitos de interesse

Os autores declaram que não existem conflitos de interesse relacionados com o presente artigo.

Bibliografia

1. OMS. Estratégia Técnica Mundial para o Paludismo 2016–2030. Genebra, 2015.
2. Ministério de Saúde. Política Nacional de Saúde (2007-2020). Praia, 2007.
3. Ministério de Saúde. Relatório Nacional de Eliminação. Praia, 2023.
4. Ministério de Saúde. Relatórios Anuais do Programa Nacional de Luta Contra o Paludismo (2009 a 2022). Praia, 2009 a 2022.
5. INSP. Relatório trimestral de vigilância entomológica. Praia, 2023.
6. IHMT. Relatórios Anuais da Missão de Endemias de Cabo Verde. Praia, 1963 a 1967.
7. PNLP. Plan Stratégic National D'Élimination du Paludisme (2020 – 2024). Praia, 2020.
8. PNLP. Plano Estratégico Nacional de Pré-Eliminação do Paludismo (2009 a 2013). Praia, 2009.
9. OMS. Rapport sur la lutte contre l'épidémie de paludisme au Cabo Verde en 2017. Praia, OMS, 2018.
10. INE. Inquérito demográfico: Dados preliminares. Praia, 2021.
11. INE. Estatísticas de Imigração, Pobreza e Condições de Vida – 2013 a 2018. Praia, 2019.
12. PNLP. Plano Estratégico Nacional de Pré-Eliminação do Paludismo (2015 a 2019). Praia, 2014.
13. Freitas H, Janissek-Muniz R e Moscarola J. Técnicas de análise de dados qualitativos. S. Paulo, 2005.
14. Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH, Lunardi, VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. The focal group as a technique for data collection and analysis in qualitative research. O MUNDO DA SAÚDE, São Paulo, 35(4), 438- 442. S. Paulo, 2011.