



REPÚBLICA DE ANGOLA
Ministério da Saúde

Plano Plurianual de Imunização

2016-2020

VERSÃO RASCUNHO, SUJEITO A REVISÃO

Luanda, Angola

PLANO PLURIANUAL DE IMUNIZAÇÃO. ANGOLA, 2016 – 2020

Contexto internacional

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Contexto nacional

A República de Angola é um dos países mais extensos do continente africano, tendo uma superfície territorial de 1.246.700 Km². Está situada na costa ocidental da África Austral, sendo limitada a Noroeste pela República do Congo, a Nordeste e Leste pela República Democrática do Congo, a Sudeste pela República da Zâmbia e a Sul pela República da Namíbia, com uma fronteira terrestre de 4.837 km. Ao oeste está limitado pelo Oceano Atlântico; o comprimento da linha marítima é de cerca de 1.236 km.

As características geomorfológicas de Angola consistem num maciço de terras altas limitadas por uma faixa de terras baixas: A zona central do País é caracterizada por montanhas e planaltos. O clima de Angola é tropical ao norte, sub tropical ao sul e temperado nas zonas planálticas. Destacam-se duas estações; uma onde se observam os maiores índices pluviométricos e outra fria e seca denominada cacimbo.

O País está dividido política e administrativamente em 18 províncias, 161 municípios e 618 comunas. É multicultural, multilingue com mais de 8 grupos etno-linguísticos e seus respectivos léxicos. Os grupos étnicos principais são: Ovimbundos, Kimbundos, Bacongos, Tchokwe, Nyaneka-Nkhumbi, Ovambo, Ganguela, Xindonga, Hereros e Khoisan. A língua oficial é o português, as línguas mais faladas são: Português, Umbundo, Kimbundu, Quicongo, Tchokwé.

O recenseamento nacional da população realizado em 2014, mostrou que o País tem uma população de 24.383.301 habitantes. A população da província de Luanda é a mais populosa concentrando 27% da população total do país. A população urbana corresponde 62,3% da população total do país, dos quais

43% está concentrada na província de Luanda. A pirâmide etária da população angolana caracteriza-se por uma predominância mais jovem (47% com menos de 15 anos) e apenas a 2,4% da população total com mais de 65 anos.

Angola sofreu uma guerra civil de 27 anos de duração, que finalizou em 2002, tendo custado mais de um milhão de vidas, cerca de 4 milhões de pessoas deslocadas e ampla destruição de infra-estrutura vial, produtiva, económica e social, que gradualmente foi reconstruída graças à estabilidade política e do crescimento económico acelerado.

Nos últimos 13 anos aconteceram grandes transformações, aumentando as infra-estruturas de saúde, educação, a rede rodoviária em sua maioria constituída de estradas primárias e secundárias que vinculam com as principais cidades e sedes municipais do país.

Os aeroportos, os portos e o sistema ferroviário, tiveram amplas melhorias que põem em contacto as principais cidades do país bem como outras cidades africanas, europeias e do resto do mundo.

Segundo o Banco Mundial, a economia de Angola baseia-se principalmente nas receitas do petróleo, em média, no período de 2002 a 2012, os rendimentos do petróleo foram estimados em 53% do Produto Interno Bruto (PIB) total. As exportações do petróleo e os empréstimos estrangeiros incentivaram o crescimento económico e promoveram uma rápida reconstrução. Ao longo do 2014, a economia angolana tem dado sinais de abrandamento; o PIB atingiu 4,4% em 2014, em relação aos 6,8% de 2013. A descida do preço internacional do petróleo teve um impacto nos saldos orçamentais, com um aumento do défice orçamental de 0,3% de PIB em 2013, para 2,9% em 2014). Com a redução contínua do preço global do crude, o orçamento do país viu um declínio nas receitas do petróleo, de 30 para 24% do PIB, entre 2013 e 2014.

Demografia

O Recenseamento Geral de População e Habitação realizado pelo Instituto Nacional de Estatísticas entre o 15 de Maio e 15 de Junho de 2014, estabeleceu a existência de uma população total de 25.789.024 habitantes, com uma densidade populacional de 20,7 habitantes por Km², quer dizer 4.3 vezes maior que no anterior recenseamento realizado em 1970, nesse ano o País tinha 5.673.000 habitantes, com uma densidade de 4,6 habitantes por Km².

Com a assinatura do “Acordo de Paz” em 2002, as populações que estavam deslocadas nas sedes das províncias retornaram a suas áreas de origem e as pessoas refugiadas em países vizinhos, após o seu regresso ao País foram reassentadas em diversas províncias em particular Uíge, Zaire, Moxico e Huambo. Devido a importante imigração populacional de países de África do Oeste, existem colónias de migrantes que estão em sua grande maioria assentados em áreas urbanas das principais cidades e em municípios fronteiriços do País. As populações de imigrantes encontram-se integradas na actividade socio económica nacional.

Os principais dados demográficos relacionados com a imunização são os seguintes.

Tabela Nº 1. Dados demográficos para cálculo de indicadores de vacinação. Angola, 2014-2020

Grupo de Idade	2014	2016	2017	2018	2019	2020
Número de municípios/distritos	166	166	166	166	166	166
População Total	25 789 024	27200432	27934844	28689085	29463690	30259210
Nascimentos (5%)	1 289 451	1 360 022	1 396 742	1 434 454	1 473 185	1 512 961
Menores de 1 ano (4,3%)	1 108 928	1 169 619	1 201 198	1 233 631	1 266 939	1 301 146
Menores de 5 anos (20%)	4 974 703	5 246 963	5 388 631	5 534 124	5 683 546	5 837 002
Menores de 15 anos (47%)	12 198 208	12 865 804	13 213 181	13 569 937	13 936 325	14 312 606
Grávidas (5%)	1 289 451	1 360 022	1 396 742	1 434 454	1 473 185	1 512 961
Mulheres em idade fértil (21%)	5 415 695	5 712 091	5 866 317	6 024 708	6 187 375	6 354 434

Fonte: Projeções de população baseadas no recenseamento de 2014

A tabela a seguir mostra a distribuição da população projectada para 2016 por províncias e grupos de idade:

Tabela Nº 2. População e densidade demográfica por província. Angola, 2016

PROVÍNCIA	População Total	%	Densidade Km2	Menores de 1 ano (4,3 %)	Grávidas (5%)	<15 Anos (47%)
Bengo	356 641	1,0%	17,3	16 175	18 808	177 923
Benguela	2 231 385	9,0%	51,9	101 201	117 675	1 113 208
Bie	1 455 255	6,0%	18,9	66 001	76 745	726 008
Cabinda	716 075	3,0%	94,4	32 476	37 763	357 240
Quando Cubango	534 002	2,0%	2,5	24 219	28 161	266 406
Cuanza Norte	443 386	2,0%	20,9	20 109	23 383	221 199
Cuanza Sul	1 881 873	7,0%	32,3	85 349	99 243	938 842
Cunene	990 087	4,0%	12,5	44 904	52 214	493 941
Huambo	2 019 555	8,0%	56,9	91 594	106 504	1 007 529
Huíla	2 497 422	10,0%	29,9	113 266	131 705	1 245 931
Luanda	6 945 386	27,0%	347,4	314 997	366 275	3 464 962
Lunda Norte	862 566	3,0%	8,01	39 120	45 489	430 323
Lunda Sul	537 587	2,0%	6,2	24 381	28 350	268 195
Malanje	986 363	4,0%	11,2	44 735	52 017	492 084
Moxico	758 568	3,0%	3,6	34 404	40 004	378 439
Namibe	495 326	2,0%	8,2	22 465	26 122	247 112
Uíge	1 483 118	6,0%	22,8	67 264	78 214	739 908
Zaire	594 428	2,0%	15,2	26 959	31 348	296 553
ANGOLA	25 789 023	100%	4,8	1 169 619	1 360 020	12 865 802

Fonte: Recenseamento nacional de População e vivenda. Instituto Nacional de Estatística, 2014.

As províncias de Luanda, Huila, Benguela, Huambo e Cuanza Sul concentram 60% da população total. A mais populosa é a Província de Luanda. As menos populosas são Bengo e Cuanza Norte.

As províncias de Luanda e Cabinda apresentam a maior densidade populacional, sendo as de Cuando Cubango, Moxico e Lunda Sul são de menor densidade.

Situação económica e social

Apesar dos progressos alcançados nos últimos 10 anos no campo económico e social, Angola encontra-se entre os países menos desenvolvidos de África. De acordo com o Índice do Desenvolvimento Humano (IDH)¹ para 2014 foi de 0,532, colocando o País no 149º lugar de 188 países. A incidência da pobreza é alta afectando cerca de 40 % da população total.

A expectativa de vida – indicador sintético das condições sanitárias do país – foi de 60,2 anos em 2014, superior à da África subsariana (58,5 anos) e inferior do conjunto de países de desenvolvimento humano (60,6 anos).

Segundo o Plano Nacional de Desenvolvimento 2013-2017, “O desenvolvimento dos diferentes sectores está limitado por vários tipos de Fraquezas Críticas que devem ser superadas, a breve trecho, por forma a garantir a sustentabilidade e a dinâmica do processo de desenvolvimento de Angola. Tendo sido identificadas por sector económico, infra-estruturas, social ou institucional. Entre as fraquezas sectoriais mais relevantes podem identificar-se as seguintes de natureza mais transversal: elevada taxa de desemprego; existência de disparidades de género em múltiplas dimensões; baixo nível de qualificação da população economicamente activa, fundamentalmente nas profissões de natureza técnica; alto índice de analfabetismo no meio rural; escassez de quadros com formação académica e profissional qualificada; escassez de cursos universitários nas áreas de engenharia e tecnologias; insuficiente oferta de ensino técnico-profissional; deficiente conhecimento e gestão dos vastos recursos agrícolas, pesqueiros ou minerais; desestruturação sócio produtiva das comunidades rurais devido à falta de infra-estruturas sociais e produtivas, com realce para as vias rurais; ausência de redes.

Antes da crise global, a economia Angolana foi uma das que teve mais rápido crescimento no mundo. A queda bruta do preço do petróleo, que começou no final de 2008, levou a uma deterioração considerável da situação macroeconómica durante o primeiro semestre de 2009. O Governo, tem confrontado um desequilíbrio desfavorável das contas externas com a queda das receitas, tendo implementado profundas medidas de aperto fiscal para cortar gastos e controlar o défice.

Posteriormente a economia Angolana recuperou-se substancialmente, com altos índices de crescimento do PIB nos anos subsequentes com uma média de 9.2% nos últimos 5 anos como resultado do incremento no rendimento do sector petrolífero e de um aumento significativo dos níveis de actividade nos sectores da construção, agricultura e serviços mercantis.

Em 2014 com a nova queda dos preços do petróleo o País está implementando medidas rigorosas de contenção de gastos devido pelo facto da economia Angolana ser muito dependente das receitas petrolíferas. Na seguinte tabela pode-se ver os indicadores macroeconómicos relacionados com saúde:

¹ Relatório do Desenvolvimento Humano 2014

Tabela Nº3. Indicadores macroeconómicos do financiamento em saúde. Angola, 2010-2014

Indicador	2010	2011	2012	2013	2014
PIB per capita (US)	3.887	4.745	5.887	5.327	5233
Total despesas em saúde per capita (US)	132,0	160,0	168,0	226,0	179
Despesas de Governo em saúde como % do total de despesas em saúde	61,0%	64,0%	65,0%	72,0%	64,0%

Fonte: Health system profile by country. WHO 2015. <http://www.who.int/nha/country>

No período 2010-2014 registou-se um incremento do Produto Interno Bruto per capita bem como do total das despesas em saúde. A proporção da contribuição do Governo no total das despesas em saúde não registou mudanças significativas.

Situação da saúde

Angola realizou importantes progressos no período pós guerra civil tendo melhorado os indicadores de saúde, entretanto, os mesmos ainda estão considerados entre os mais baixos da África Subsariana. As recentes melhorias das condições de vida e saúde não se reflectem nos indicadores por falta de dados recentes.

As taxas de mortalidade em crianças menores de 5 anos e a mortalidade materna estão entre as mais altas da Região Africana. As principais causas directas de mortalidade geral são as doenças transmissíveis e a malnutrição. A Malária, as Doenças Diarreicas, as Infecções Respiratórias Agudas, o Sarampo, o Tétano e as afecções perinatais são as principais causas de mortalidade das crianças menores de 5 anos. A Malária, a Tuberculose e o SIDA são causas relevantes de mortalidade previsível em adultos. Os acidentes de viação são uma importante causa de internamento hospitalar, incapacidade e mortalidade.

Tabela Nº 4 Indicadores Demográficos e de Saúde. Angola

Indicador	Nível	Ano	Fonte
Taxa de crescimento anual da população	2,8 %	2014	INE
Taxa bruta de natalidade	43% x 1.000 Habitantes	2009	IBEP
Taxa bruta de mortalidade geral	17/1000 Habitantes	2009	IBEP
Taxa global de fecundidade	5,8 Filhos por mulher	2009	IBEP
Taxa de mortalidade Infantil	96/1.000 Nados vivos	2009	IBEP
Taxa de mortalidade de menores de 5 anos	194/1.000 Nados vivos	2009	IBEP
Taxa de malnutrição (moderada e severa)	16 % Menores 5 anos	2007	Inquérito Nutricional
Taxa de mortalidade materna	460 x 100.000 Nados vivos	2012	MINSA
Expectativa de vida a nascença	51,9 Anos	2013	INE

Sistema Nacional de Saúde

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

- (a) nível primário constituído por centros e postos de saúde;
- (b) nível secundário constituído pela rede hospitalar polivalente dos hospitais municipais e

provinciais;

(c) nível terciário que compreende as unidades hospitalares diferenciadas do nível nacional.

Apesar da definição de níveis de atenção, em geral ainda não existe um sistema efectivo de referência e inter-relação funcional entre os níveis.

Os níveis de gestão do Serviço Nacional de Saúde são quatro:

(a) nível central constituído pela estrutura central de carácter normativo do Ministério da Saúde;

(b) nível provincial de carácter operacional e de apoio técnico, constituído pelas Direcções Provinciais de Saúde (Gabinete Provincial de Saúde em Luanda e Secretaria Provincial de Saúde em Cabinda) que têm dependência técnica do Ministério da Saúde e administrativa do Governo Provincial

(c) nível municipal de carácter operacional, constituído pelas Direcções Municipais de Saúde, dependentes da administração municipal;

(d) nível local constituído pelas unidades sanitárias dependentes da administração municipal (postos de saúde, centros de saúde e hospitais municipais).

A rede pública de serviços de saúde é escassa e distribuída de forma heterogénea favorecendo as áreas urbanas (tabela Nº 5) ; estima-se que cerca de 70-75% da população têm acesso geográfico a serviços básicos de saúde, existindo ainda limitações na qualidade e continuidade dos serviços prestados.

Tabela Nº 5 Rede de serviços do Sistema Nacional de Saúde. Angola, 2014

Província	Centro Mat. Inf	Centro Saúde	Hosp. Nac.	Hosp. Mun.	Hosp. Prov.	Posto Saúde	Outro	Total
Bengo	1	17		9	1	91	3	122
Benguela	3	37		15	1	136	4	196
Bié	6	23		14	4	80		127
Cabinda	2	17		9	1	80		109
Cuando Cubango		6		10	1	60		77
Cuanza Norte	1	16		8	1	85	3	114
Cuanza Sul	7	22		14	1	185	16	245
Cunene		16		6	1	69		92
Huambo	10	45		9		125	2	191
Huila	4	39		3	5	161		212
Luanda	2	53	12	10	4	65	3	149
Lunda Norte		11		7	2	61	1	82
Lunda Sul	3	13		4	1	63		84
Malange	3	12		15	1	106	3	140
Moxíco	3	6		10	1	88	6	114
Namibe		11		6	2	58		77
Uíge	8	42		11	2	221		284
Zaíre	4	20		6	1	56		87
Total	55	406	12	167	30	1790	41	2501

Fonte: MINS.A.GEPE/Mapa Sanitário

Das 2.501 unidades sanitárias do sector público de Angola, 209 são hospitais (8.4%), 461 centros de saúde (18.4%), 1.790 postos de saúde (71,6%) e os restantes 41 outros tipos de serviços de saúde. Os hospitais e centros de saúde estão concentrados em áreas urbanas e os postos de saúde estão localizados em áreas rurais e algumas áreas urbanas periféricas.

As entidades privadas lucrativas estão concentradas nas cidades, sua cobertura não está quantificada, estimando-se a nível nacional em cerca de 10%. As entidades não lucrativas dependentes principalmente de Igrejas são muito escassas e a sua cobertura não é relevante.

Os recursos humanos qualificados em saúde são insuficientes. Os médicos do sector público apenas alcançam 0,7 médicos /10.000 habitantes ou seja 14 vezes menos que o recomendado pela OMS. O sistema de saúde baseia-se principalmente em enfermeiros, como se pode ver na tabela a seguir:

Tabela Nº 6 Recursos Humanos do Sistema Nacional de Saúde. Angola, 2014

Província	Pop. Total 2013	Médicos	p/ 10.000 hab	Enferm.	p/ 10.000 hab	Tec. Diag.	Admin.	Auxiliar	Total
Bengo	340.680	89	2,6	819	24,0	122	249	201	1.480
Benguela	1.973.525	234	1,2	3214	16,3	692	1.135	664	5.939
Bié	1.297.416	55	0,4	1937	14,9	31	250	395	2.668
Cabinda	666.948	52	0,8	1237	18,5	377	280	461	2.407
Cuando Cubango	494.548	15	0,3	853	17,2	28	407	291	1.594
Cuanza Norte	414.704	72	1,7	900	21,7	47	637	32	1.688
Cuanza Sul	1.738.180	141	0,8	1668	9,6	143	512	380	2.844
Cunene	935.364	59	0,6	1099	11,7	61	337	327	1.883
Huambo	1.837.366	109	0,6	3499	19,0	416	340	690	5.054
Huíla	2.281.412	49	0,2	1668	7,3	436	647	764	3.564
Luanda	6.340.112	325	0,5	4717	7,4	1.473	819	2.030	9.364
Lunda Norte	775.152	63	0,8	669	8,6	53	180	364	1.329
Lunda Sul	500.079	39	0,8	555	11,1	40	190	65	889
Malange	938.123	94	1,0	885	9,4	39	395	1.025	2.438
Moxico	705.039	56	0,8	1013	14,4	98	654		1.821
Namibe	456.993	47	1,0	1632	35,7	172	398	121	2.370
Uíge	1.382.137	101	0,7	1440	10,4	121	300	675	2.637
Zaíre	549.641	68	1,2	824	15,0	104	153	188	1.337
Total	23.627.418	1.668	0,7	28.665	12,1	4.453	7.883	8.673	51.342

Fonte: MINSA.GEPE/Mapa Sanitário. A população 2013 foi estimada com base nos resultados do recenseamento da população e habitação 2014

Financiamento do sector de saúde

De acordo com a Lei 21-B/92, o financiamento do Serviço Nacional de Saúde deve ser assegurado pelo Estado, através do orçamento geral do estado (OGE) complementado com a comparticipação dos utentes e a cooperação internacional para o sector saúde.

A seguinte tabela mostra que a proporção das despesas públicas no sector saúde, desde o ano 2010 até 2014 permaneceram a volta de 4-6 %. Por outro lado, cerca de 50% das despesas do sector público em saúde correspondem ao pagamento de pessoal seguido das despesas para compra de medicamentos, vacinas, equipamentos e outros bens e serviços.

No contexto da descentralização dos recursos financeiros destinados a cuidados primários de saúde foram descentralizados ao nível municipal com a finalidade de cobrir custos operacionais de actividades de vacinação mediante equipas avançadas e móveis, campanhas de vacinação, actividades do programa materno infantil e outras actividades de formação e equipamento básico local. Estes recursos estão sob responsabilidade de gestão das administrações municipais.

Tabela 7. Evolução do Orçamento Geral do estado e Orçamento de Saúde. 2010-2014 (em milhões de USD)

Indicador	2011	2012	2013	2014
Total Orçamento Geral do Estado	41.371,61	44.630,72	65.794,97	71.970,51
Orçamento do Sector Saúde	2.076,62	2.293,53	3.660,37	3.132,46
% do orçamento do sector saúde em relação ao orçamento geral do Estado	5%	5%	6%	4%
Orçamento do Programa de Imunização	21,59	21,59	47,38	47,38
% do orçamento da Imunização em relação ao orçamento do sector saúde	1%	1%	1%	2%

Fonte: Orçamentos de saúde e nacional de 2011 a 2014 (Ministério das Finanças)

Programa Alargado de Vacinação

Antecedentes históricos

O Programa Alargado de Vacinação (PAV) teve início em Angola em 1979. Tinha como objectivo vacinar as crianças menores de um ano contra a Poliomielite, Difteria, Tétano, Tosse Convulsa e Sarampo, Tuberculose e contra o Tétano às mulheres em idade fértil incluindo grávidas.

As actividades tiveram início numa reduzida rede de serviços públicos de saúde com apoio de equipas móveis que se deslocavam às comunidades. O objectivo inicial foi o de garantir a vacinação de 40% da população alvo. Atingir esta meta revelou-se difícil de alcançar devido, essencialmente ao factor guerra, que impediu durante mais de duas décadas o funcionamento normal do sector de saúde.

No final de 2003 foram seleccionados e priorizados 59 municípios entre os mais populosos do País, e que tinham pessoal capacitado em vacinação e cadeia de frio. Nestes municípios que tinham cerca de 75% da população alvo do País, iniciou-se a implementação da "Estratégia ACM" (Atingindo Cada Município) para acelerar o aumento de cobertura da vacinação de rotina. Para a implementação desta estratégia, contou-se com o apoio financeiro da GAVI e outros parceiros,

No contexto da Iniciativa Mundial de Erradicação da Poliomielite, desde o ano 1996 até 2010 foram realizadas em Angola mais de 45 Jornadas Nacionais de Vacinação Suplementar contra a Poliomielite,

com uma frequência de 2 a 6 fases por ano. A partir do ano 1999 implementaram-se também Jornadas Locais de Vacinação segundo a situação epidemiológica.

Para orientar as actividades de erradicação da Pólio foi desenvolvida a vigilância das Paralisias Flácidas Agudas (PFAs), que teve início em 1994, na sequência de um estudo feito em colaboração com a OMS/AFRO, o Centro de Controlo e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), as Forças Armadas Angolanas e apoio da Embaixada de Alemanha.

Com a grande epidemia da Pólio ocorrida em 1999 foi reforçado o sistema de vigilância epidemiológica a nível nacional. Este sistema é responsável pela notificação e investigação de doenças potencialmente epidémicas.

Relativamente ao controlo do sarampo, no primeiro semestre de 2003, foi realizada uma campanha de vacinação contra o sarampo denominada “Campanha de Ataque”, destinada às crianças de 9 meses aos menores de 15 anos de idade, atingindo-se pela primeira vez grande parte do território nacional. Em 2006 foi realizada mais uma campanha, denominada “1ª Campanha de Seguimento”, em 2009 foi implementada a “2ª Campanha de Seguimento contra o Sarampo”. Ambas campanhas de seguimento foram direccionadas aos menores de 5 anos de idade.

Desde 1979 até o início de 2001, o suporte financeiro para a compra de vacinas de rotina, material de vacinação, equipamento para a cadeia de frio e transporte foi assegurado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e contribuições especiais da Agência Sueca para o Desenvolvimento². A partir de 2002 o Governo assumiu gradualmente a compra de vacinas, tendo financiado em 2007 100% dos custos das vacinas tradicionais e materiais de vacinação de rotina, excepto a vacina Pentavalente.

O Governo de Angola considera o Programa Alargado de Vacinação (PAV), um componente essencial dos Cuidados Primários de Saúde. O programa começou em Angola, em 1979, vacinando crianças menores de um ano de idade contra a Poliomielite, Difteria, Tétano, Tosse Convulsa, Sarampo, Tuberculose e vacina contra o Tétano às mulheres em idade fértil incluindo grávidas.

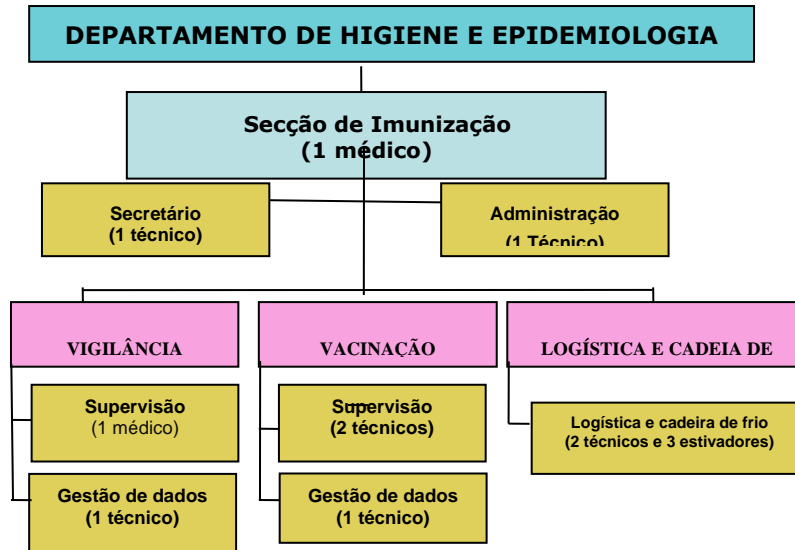
A vacina contra febre-amarela foi introduzida no calendário nacional de vacinação de rotina em 1980, a vacina pentavalente (Hepatite B, Hib, DTP) em 2006, a vacina Pneumo-13 em 2013 e a rotavírus em 2014.

Organização administrativa da secção de imunização

Dentro da estrutura hierárquica da Direcção Nacional de Saúde Pública a Secção de Imunização depende do Departamento de Higiene e Epidemiologia. Tem a função da gestão e avaliação do programa, elaboração de normas e procedimentos técnicos a nível nacional, compreende 3 áreas: (a) Área de vigilância (b) Área de vacinação; (c) Área de logística e cadeia de frio.

² Avaliação do Programa Alargado de Vacinação e requerimentos da Cadeia de frio: Relatório de visita a República Popular de Angola: PAV, 25 de Setembro a 8 de Outubro 1982.

Gráfico Nº1 : Organigrama da secção de Imunização. Angola, 2014



RECURSOS HUMANOS

Relativamente aos recursos humanos específicos da Secção de Imunização, antes de 2005 a nível central contava-se com 5 supervisores de vacinação, 2 técnicos de vigilância epidemiológica, 2 gestores de dados, 1 técnico para a mobilização social, 2 responsáveis da Logística e cadeia de frio, 3 estatísticos, 3 pessoas para a área de administração e finanças, todos coordenados pela chefe de secção. Actualmente o Programa conta com menos pessoal e está constituído pela Chefe de Secção, 2 supervisores nacionais de vacinação, 1 técnico nacional de vigilância, 2 logísticos, 1 gestor de dados, 3 estivadores para apoio a logística e 1 técnico para a área administrativa.

A nível de cada um das 18 províncias conta com 3 técnicos provinciais (vacinação, vigilância e cadeia de frio) e a nível municipal conta com um supervisor de vacinação e um técnico de vigilância epidemiológica. A nível dos hospitais e centros de saúde conta-se com um ou mais técnicos de vacinação e a nível dos postos de saúde tem-se em geral um técnico responsável pelas acções de saúde incluindo vacinação.

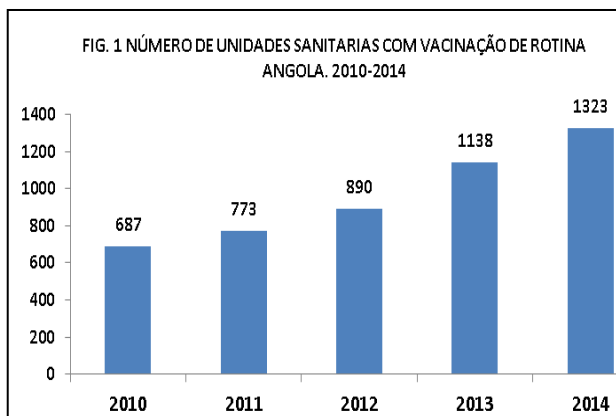
Em Novembro de 2014 foi realizado um importante esforço para elevar o nível de conhecimentos do pessoal técnico do PAV a nível nacional, com a formação de dois formadores internacionais e formadores nacionais da faculdade de medicina e técnicos do PAV, no curso de formação de formadores em gestão média do PAV (MLM) com dez dias de duração. Estes terão a responsabilidade de reproduzir a formação a nível nacional.

Análise da situação do sistema de vacinação

Situação actual do PAV

A rede de serviços de saúde, destruídas durante a guerra em grande parte dos pais, foi gradualmente reabilitada, e novas instalações foram construídas e estão em fase de apetrechamento. Das 2.501 unidades de saúde existentes, cerca de 1323 realizam actividades de vacinação de rotina equivalente a 53% dos serviços de saúde.

Os serviços sem vacinação em grande maioria são postos de saúde localizados na área rural. Dos 1.831 Postos de Saúde, correspondente a 73% do total de unidades de saúde existente, grande parte delas contam apenas com um funcionário para todos os serviços e estão localizados em populações pequenas e não tem condições para realizar de forma contínua a vacinação de rotina.



Fonte: Relatórios municipais de vacinação de rotina 2010- 2014

A escassez de recursos humanos e o número insuficiente de pessoal qualificado no sector de saúde pública foram identificados na estratégia nacional de desenvolvimento, como factores limitantes para expandir de forma sustentável os serviços de saúde e vacinação de rotina em Angola.

Nos últimos 5 anos o Governo fez investimentos importantes na construção e remodelação de estruturas de saúde tendo-se ampliado a rede nacional de serviços de saúde particularmente de hospitais municipais e provinciais. Com a compra gradual de equipamentos de cadeia de frio por alguns municípios e a capacitação do pessoal do PAV em imunizações, foram criadas condições técnicas para aumentar a oferta rotineira de vacinação.

De 2010 a 2014 quase foi duplicado o número de unidades sanitárias que realizam vacinação de rotina. Como se pode ver no gráfico 1, em 2010 somente 687 unidades sanitárias informaram actividades de vacinação de rotina. Passando para 1.323 em 2014.

Não obstante este importante progresso ainda ficam muitos bairros e comunidades sem acesso fácil a vacinação pelo qual a estratégia fixa está sendo complementada com equipas avançadas e móveis para atingir as comunidades sem serviços de saúde.

Com o propósito de fortalecer o sistema de imunização, durante o primeiro semestre de 2013 foi realizada uma capacitação básica em imunização e novas vacinas (Pneumo-13 e Rotavírus) a nível nacional. A metodologia utilizada foi a capacitação em cascata tendo-se beneficiado técnicos de todos os níveis do sistema de saúde. Foram treinados 34 formadores nacionais, 54 formadores provinciais (das 18 províncias do País) e 202 técnicos das equipas municipais de saúde. As equipas municipais com o apoio dos supervisores provinciais e parceiros, capacitaram durante 4 dias aproximadamente 5.144 técnicos de 1.286 unidades sanitárias (95%).

Relativamente a cobertura nacional de vacinação de rotina o país realizou grandes progressos nos últimos 8 anos, acompanhando a reconstrução e melhoria de acesso aos serviços de saúde. A cobertura administrativa da vacinação de rotina (Penta-3) em menores de um ano, a nível nacional mostra um incremento dramático de cerca de 40% em 2006 para 93% em 2013. Ver na tabela Nº 3 e anexo 1.

Este aumento substancial da cobertura vacinal em grande parte se explica pelo efeito multiplicador da Iniciativa de Erradicação da Poliomielite que mobilizou a vontade política e recursos do Executivo Nacional, dos Governos Provinciais e das Administrações Municipais que passaram a ter um papel preponderante no financiamento e apoio ao PAV. Por outro lado, as Organizações das Nações Unidas, ONGs parceiras e doadores privados contribuíram técnica e financeiramente no processo.

O Ministério da Saúde em Angola oferece a todas as crianças um esquema de vacinação único para assegurar que se evitem as doenças em cada criança vacinada e para que com a cobertura efectiva da vacinação se diminua a incidência e a mortalidade de doenças preveníveis pela vacinação incluídas no calendário de vacinação oficial (Ver tabela 8)

Tabela 8. Calendário do vacinação 2014

IDADE	VACINA	DOSE	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	DOSAGEM
Ao nascer	BCG	Única	Intradérmica	0,05 ml
	Pólio	Dose 0	Oral	2 gotas
2 meses	Pólio	1ª dose	Oral	2 gotas
	Rotavirus	1ª dose	Oral	Tudo o conteúdo da bisnaga
	Penta	1ª dose	Intramuscular	0,5 ml
	Pneumo	1ª dose	Intramuscular	0,5 ml
4 meses	Pólio	2ª dose	Oral	2 gotas
	Rotavirus	2ª dose	Oral	Tudo o conteúdo da bisnaga
	Penta	2 Intramuscular ª dose	Intramuscular	0,5 ml
	Pneumo	2ª dose	Intramuscular	0,5 ml
6 meses	Pólio	3ª dose	Oral	2 gotas
	Penta	3ª dose	Intramuscular	0,5 ml
	Pneumo	3ª dose	Intramuscular	0,5 ml
	Vitamina A	1ª dose	Oral	2 gotas
9 meses	Sarampo	1ª dose	Subcutânea	0,5 ml
	Febre-amarela	Única	Subcutânea	0,5 ml
	Vitamina A	2ª dose	Oral	2 gotas
Mulher em idade fértil	Tétano	1ª dose	Intramuscular	0,5 ml
		2ª dose	Intramuscular	0,5 ml
		3ª dose	Intramuscular	0,5 ml
		4ª dose	Intramuscular	0,5 ml
		5ª dose	Intramuscular	0,5 ml

Nível de implementação da estratégia ACM (Atingir Cada Município: ACM):

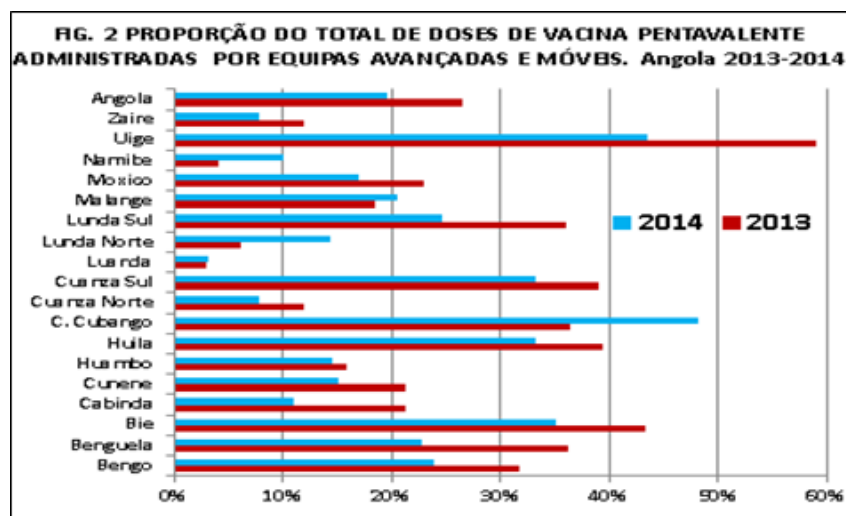
A implementação da estratégia ACM (Atingindo Cada Município) em Angola é efectiva desde 2003 e constitui a estratégia para cobrir a população alvo nacional com doses completas de todas as vacinas do programa de imunização, baseando-se na aplicação das 5 componentes operacionais nomeadamente: (1) Organização e gestão de recursos humanos e financeiros a nível municipal; (2) Micro planificação municipal, por bairros e aldeias; (3) Expansão da cobertura mediante equipas avançadas e móveis, focalizando nas áreas com maior número de crianças não vacinadas; (4) Supervisão formativa sistemática e (5) Reforço do vínculo da unidade sanitária com a comunidade incluindo maior demanda qualificada de serviços pela comunidade.

Embora os postos fixos de vacinação de rotina localizados nas unidades sanitárias tenham tido um incremento considerável, de cerca de 460 em 2004 para 1.138 em 2013, estima-se que cerca de um terço da população alvo não tem acesso fácil aos mesmos, pelo que actividades de vacinação mediante equipas avançadas nos arredores dos serviços de saúde, e equipas móveis para atender populações distantes sem serviços de saúde são necessários. Em 2014, 122 municípios implementaram estas actividades com diverso grau de cumprimento, com recursos dos cuidados primários de saúde descentralizados pelo MINSA até o nível municipal e complementado com fundos dos parceiros.

Através da estratégia fixa móvel e avançada a estratégia RED permitiu melhorar a cobertura de vacinação de rotina no país mais ainda existem debilidades ao nível municipal. Mas destaca-se uma fraca implementação da vacinação de rotina através de equipas móveis.

As actividades de equipas avançadas e móveis podem-se apreciar no gráfico 2 que mostra a proporção do total de doses de vacina pentavalente administrada em cada província mediante esta estratégia.

As doses de vacina pentavalente administradas por equipas avançadas e móveis passaram de 25% em 2013 a 20% em 2014. Isto deveu-se provavelmente:



Fonte: Base de dados MINSA-PAV

- devido ao aumento do número de unidades de saúde com postos fixos de vacinação de rotina que é a estratégia sustentável reduzindo a implementação de outras estratégias em algumas localidades;

- a redução do apoio financeiro das administrações municipais,

- ao número reduzido de recursos humanos nas unidades sanitárias,

- a implementação da

campanha integrada de vacinação,

- a participação do pessoal de saúde no censo populacional.

Durante a avaliação externa do programa de vacinação em 2014 foi observado que 98% dos serviços de saúde visitados (48 unidades sanitárias de 11 províncias) realizavam a vacinação mediante estratégia fixa e 69% utilizavam estratégias avançadas ou móveis. Constatou-se também que apenas 20% dos serviços de saúde tinham estratégias de recuperação de crianças faltosas a vacinação.

Considerando a totalidade da rede pública de saúde, somente 53% das 2.501 unidades sanitárias com possibilidade de vacinar em postos fixos realizam vacinação de rotina, incluindo hospitais, centros de saúde e postos de saúde. Os serviços sem vacinação na grande maioria são postos de saúde. A nível nacional poucos são os serviços privados que fazem a vacinação de rotina, excepto em Luanda onde 39% das unidades sanitárias com vacinação são privadas. As principais razões para não implementação da vacinação nos serviços públicos e privados são a falta de cadeia de frio e insuficiente pessoal.

Segundo os resultados da avaliação pós introdução da vacina Pneumo13, realizada no primeiro trimestre de 2014, todas as equipas municipais foram treinadas (gráfico 3). A nível das unidades sanitárias, a orientação de capacitar 4 técnicos por unidade sanitária não foi implementada na íntegra, tendo-se capacitado, apenas 1 a 2 técnicos em

média. Em alguns casos, o treinamento foi reduzido de 3 a 5 dias. Constatou-se a nível municipal e de unidades sanitárias, que alguns técnicos capacitados já não estavam vinculados ao PAV, devido a mudança de função.



Na avaliação internacional encontraram-se algumas lacunas nos conhecimentos básicos sobre as doenças-alvo do PAV e calendário de vacinação, tanto a nível dos técnicos das unidades sanitárias como do pessoal de nível intermédio com funções de supervisão. O inquérito mostrou também que a percentagem de responsáveis dos postos de vacinação das unidades sanitárias que conhecem a idade de administração dos antigénios do PAV varia conforme o antigénio (média de 91%); as idades de administração menos conhecidas foram para a vacina da Febre-amarela, Rotavírus e Toxoide Tetânico.

Na oferta de serviços de vacinação observam-se deficiências na continuidade da vacinação em muitas províncias pelo incumprimento do horário estabelecido de oferta de vacinação nos serviços de saúde. As principais razões deste incumprimento do horário têm a ver com a política de formação contínua do pessoal sem um mecanismo para assegurar a continuidade dos serviços.

O Ministério da Saúde orienta que as vacinas do PAV devem ser oferecidas a população alvo sem custo. No entanto, a gratuidade nem sempre é aplicada a nível dos serviços de saúde.

A vacinação em geral está integrada com outras intervenções de saúde materna infantil. Durante o controlo pré-natal administra-se o toxoide tetânico às grávidas, embora não sendo de forma sistemática, confirmado pela investigação de casos de Tétano Neonatal onde foram encontradas mães com mais de uma visita de controlo sem ter recebido a vacina TT.

A avaliação internacional também constatou que a vitamina A está integrada no PAV em 80% dos serviços de saúde visitados e a desparasitação em 70%. A distribuição de mosquiteiros tratados com insecticida é realizada de forma irregular.

A prestação de serviços de vacinação tem dificuldades de espaço, porque o lugar de vacinação em grande parte das unidades sanitárias é insuficiente para facilitar a movimentação dos usuários e vacinadores, bem como, arrumar o equipamento e material de forma adequada. Por outro lado, frequentemente existem largos tempos de espera por início tardio das operações, insuficiente pessoal ou não adequação do serviço a demanda e horário da população.

Referente a qualidade do atendimento, não se notificaram efeitos adversos graves atribuíveis a falhas no sistema de vacinação. A inter-relação das mães ou encarregados de educação com os vacinadores (as) em geral é muito escassa e não é aproveitada para motivar e dar informação sobre as doses recebidas e doses subsequentes nem a necessidade de informar sobre os eventos adversos.

Em Janeiro de 2014 foi realizado um inquérito nacional de cobertura vacinal numa amostra de 3.764 famílias. As mães de crianças não vacinadas ou incompletamente vacinadas foram inquiridas sobre as razões do não cumprimento do calendário vacinal. Os resultados foram classificados: falta de informação, falta de motivação e obstáculos (tabela 9).

Tabela 9. Razões dadas pelas mães pela não vacinação das suas crianças. Angola, Janeiro 2014

	%
Não conhece correctamente as vezes que deve levar a criança a vacinação	61%
A criança estava doente e não foi ao posto de vacinação;	19%
A vacina não é importante, porque não protege as crianças	16%
A vacina causa doença nas crianças	10%
Não conhece os postos de vacinação	7%
Não conhece o calendário vacinal	4%
Acha que seu filho não precisa de ser vacinado porque é recém-nascido	1%
FALTA DE MOTIVAÇÃO	%
Adiou para outra data	58%
A mãe estava muito ocupada com outras coisas	35%
No dia de vacinação havia problemas familiares;	29%
Não confia na vacinação	5%
OBSTÁCULOS	%
As enfermeiras não têm modos de atender as pessoas	72%
No posto de vacinação espera-se muito tempo;	69%
No dia de vacinação da criança não havia vacinas;	43%
O lugar da vacinação está muito longe;	34%
No dia de vacinação da criança o vacinador estava ausente.	29%
A criança foi ao posto e não recebeu vacinas porque estava doente	23%
O período (horário) de vacinação não é conveniente;	15%
A igreja não permite vacinação das crianças	3%

Fonte: Inquérito Nacional de Cobertura Vacinal. Dec-2013-Jan-2014. Grupo CORE

Os problemas colocados pelas mães inquiridas mostram por uma parte a falta de satisfação dos serviços de vacinação no tratamento interpessoal, deficiências de informação e comunicação, problemas na gestão dos serviços que não se adaptam as necessidades dos utentes levando a largos tempos de

espera, horários de oferta de vacinação insuficientes e falhas na previsão de logística causando rupturas de estoque de vacina ou material.

A falta de atendimento no posto de vacinação por não assistência do vacinador deve merecer maior seguimento e acção local para assegurar a continuidade do serviço (treinamento de outros membros da equipa, melhor organização do serviço, etc). Para ultrapassar as grandes distâncias ao serviço de saúde uma apropriada localização do sítio de atendimento das equipas avançadas ou móveis coordenadas com os líderes comunitários e com uma mobilização social antecipada pode minimizar as dificuldades ao acesso.

Oportunidade, integridade e qualidade dos dados da vacinação de rotina

A informação de 2012 a 2014 corresponde a 100% dos municípios existentes, no entanto durante a avaliação internacional foi encontrada subnotificação de relatórios em algumas unidades sanitárias.

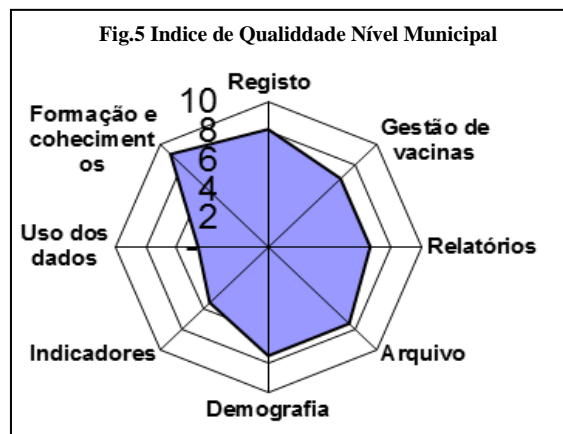
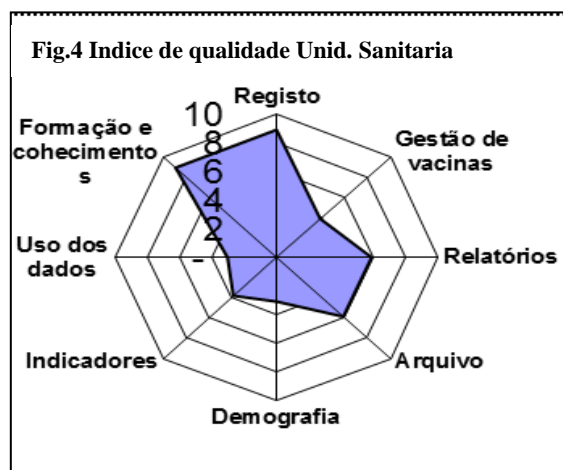
Durante a ano 2014 apenas 63% dos relatórios mensais dos municípios chegaram dentro de 15 dias do mês seguinte, dificultando a análise e interpretação periódica dos dados.

A auditoria externa da qualidade de dados (AQD) realizada em Julho de 2014 avaliou a exactidão dos dados de Julho a Dezembro de 2013 e a qualidade do sistema de monitorização dos últimos três anos.

No que diz respeito a precisão dos dados os resultados mostraram, que na maioria dos casos não há notificação exacta de dados, observando-se subnotificação e sobre notificação.

A sobre notificação significa que a informação notificada não pode ser verificada, tendo sido observada maioritariamente ao nível das unidades sanitárias. Nestes serviços as duas principais causas foram: erros de cálculo ao transferir os dados das fichas de registo aos cadernos de consolidação ou relatórios mensais, e a anotação de crianças não registadas como vacinadas. Apenas 11% das unidades visitadas tiveram relatórios exactos; 55% sobre notificaram e 34 % subnotificaram (Doses de Penta 3).

A AQD a nível municipal mostrou que 46% dos 24 municípios avaliados tinham uma notificação exacta do número de doses de vacina Pentavalente, 29% sobre notificaram e 25 % subnotificaram. As principais causas da sobre notificação dos dados a nível municipal foram os erros de cálculo ao consolidar os relatórios das unidades sanitárias e o arquivo deficiente que não permitiu verificar alguns relatórios.



A principal causa da subnotificação foi a recepção incompleta de relatórios de unidades sanitárias, devido a falta de envio de relatórios por parte de algumas unidades sanitárias e que muitas delas enviam o relatório mensal a província 5 à 8 dias antes do final do mês, sem adicionar os dados remanescentes do mês anterior. Muitas destas causas podem-se reduzir mediante a validação local dos dados, antes da sua transmissão ao nível hierárquico superior, actividade que em geral ainda não está sendo realizada.

O índice de qualidade (IQ) é uma medida quantitativa da qualidade dos componentes do sistema de monitorização nomeadamente: registo, relatórios, indicadores, demografia, dados de gestão de vacinas, arquivo e formação e conhecimentos. Ele corresponde à percentagem de boas respostas dadas após a realização do questionário. O IQ é aceitável se for superior ou igual a 80%.

A nível das unidades sanitárias o índice global de qualidade foi de 55%; a análise por componente mostra que duas componentes atingiram uma pontuação $\geq 80\%$: Registo 90%; Formação e conhecimentos 90%. As componentes com a pontuação mais fraca a este nível foram: o conhecimento da população 30% e a utilização dos dados 30%, seguidos de pouco conhecimento dos indicadores, atraso do envio de relatórios e monitorização da taxa de perda de vacinas (figura 4).

A nível municipal o índice global de qualidade foi de 70%; três dos oito componentes atingiram um mínimo aceitável: Registo 80%, denominador 80% e formação 90%. As outras componentes têm um IQ $<80\%$: monitorização da taxa de perda de vacinas 70%, notificação oportuna dos relatórios mensais 70%, arquivo e utilização dos dados de vacinação de rotina que tiveram pontuação inferior a 50% (figura 5).

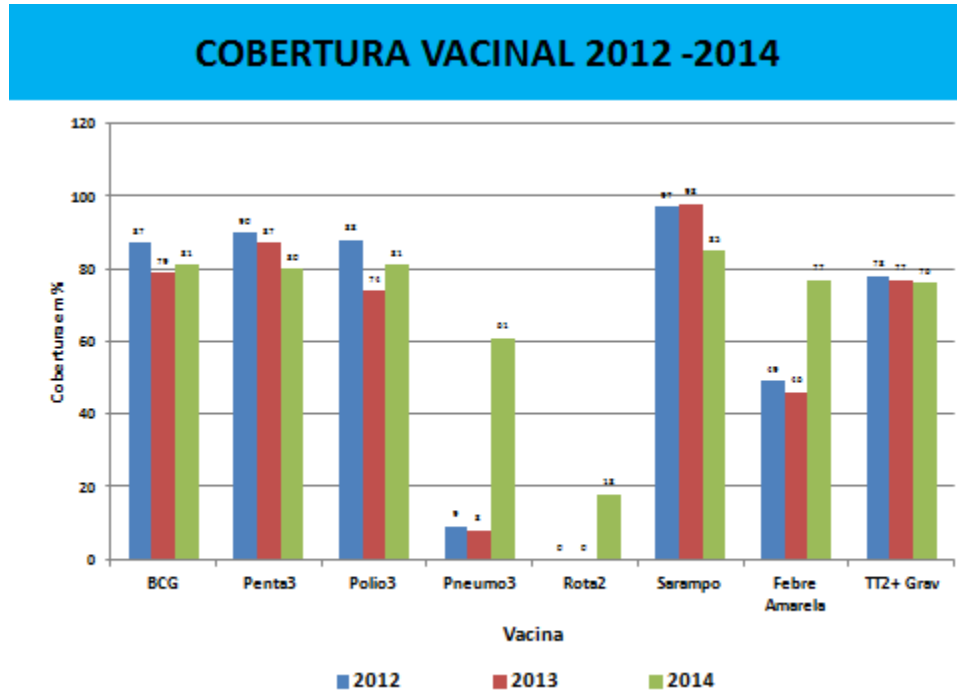
Pelo facto do mesmo relatório municipal ser enviado em duas cópias ao nível provincial e central deveria não haver diferenças na notificação de dados a estes níveis. Mesmo assim, foram encontradas diferenças devido a falhas no arquivo e não disponibilidade completa dos relatórios enviados. O nível provincial não foi pontuado. A nível central o IQ médio foi de 76%. As áreas melhor pontuadas (90%) foram a concepção do sistema e a monitorização; as áreas mais fracas (60%) foram as práticas de arquivo e falta de procedimentos operacionais padrões (POP) para a gestão de dados.

Coberturas da vacinação de rotina

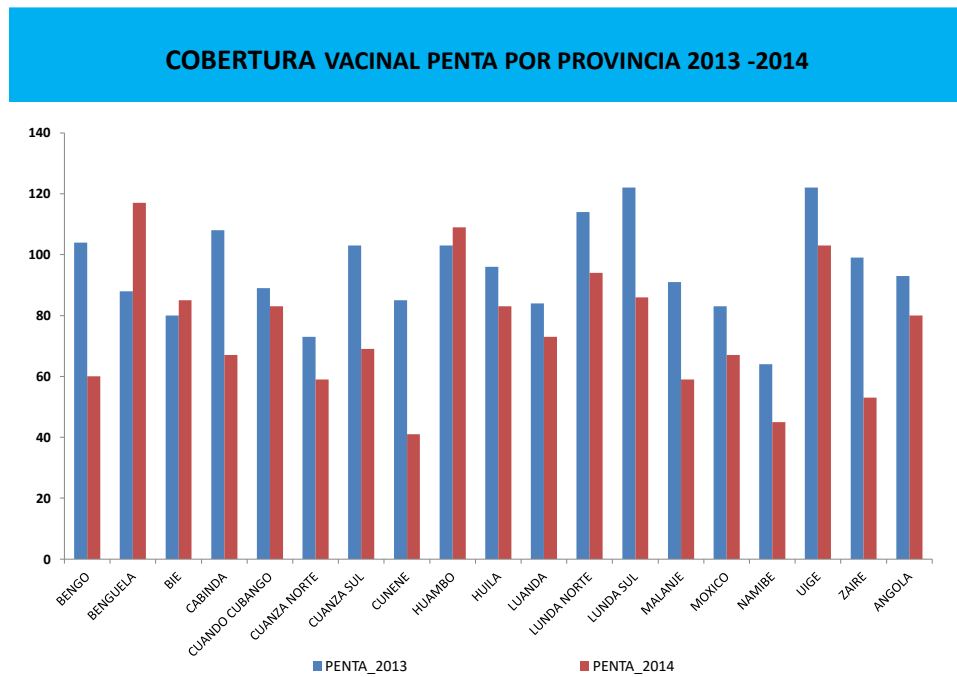
Apesar dos progressos realizados na vacinação de rotina, é necessário mencionar as limitações das estimativas de cobertura em particular a nível local, devido a falta de dados populacionais fiáveis (prévio o último censo de 2014, o anterior foi realizado há 43 anos). Por outro lado, existem lacunas na qualidade do registo e consolidação dos relatórios de vacinação de rotina em grande parte devido ao escasso nível educativo do pessoal que realiza as actividades do programa a nível local e a troca constante do pessoal de vacinação por técnicos não treinados.

Durante o período de 2012 à 2014, é possível notar que em 2012 e 2013 as coberturas de vacinação para todos antigénios é pouco variável excepto a pólio3 e a Febre amarela que registaram ruptura de stock. Em 2014 houve um incremento das coberturas de Fere - amarela e pólio3. As baixas coberturas de vacinação da pneumo e rotavírus têm a ver com o período de introdução em cascata realizado em 2013 e 2014 respectivamente (gráfico 6).

O gráfico 6 coberturas de vacinação de rotina 2012-2014



Apesar da cobertura nacional de vacinação da penta 3 ter alcançado uma média superior a 80% o gráfico a seguir mostra que houve fraquezas em algumas províncias, devido a ruptura de stock em algumas unidades sanitárias e a continuidade dos serviços de vacinação.



As coberturas acima de 100% estão relacionadas com a qualidade de dados e falta de estimativas fiáveis (Censo populacional). Em 2013, 10 das 18 províncias atingiram mais de 90% de cobertura Penta-3. As províncias que não atingiram esta meta foram: Benguela, Bié, Cunene, Cuando Cubango, Cuanza Norte, Luanda, Moxico e Namibe.

A tabela a baixo, mostra o aumento gradual das coberturas com vacinas pentavalente e sarampo a nível nacional, assim como a redução da percentagem de municípios com coberturas inferiores a 50%. Apesar da redução da taxa de abandono (Penta-1 a Penta-3), as mesmas ainda são consideradas altas devido a falta de continuidade dos serviços.

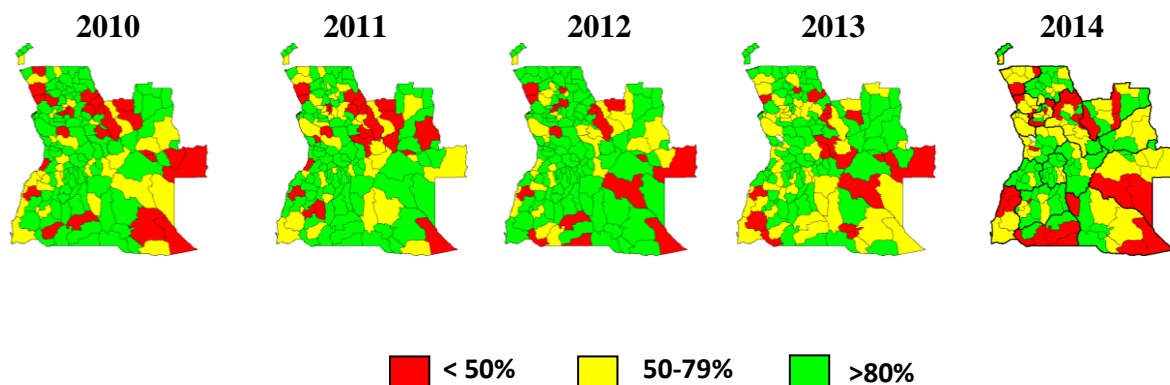
Tabela 10. Indicadores de desempenho da vacinação de rotina. Angola, 2006-2014

Ano	Acesso	Utilização	Taxa de abandono Penta1 – Penta3	Cobertura Sarampo	Percentagem de municípios
	Penta-1	Cobertura Penta-3			Cobertura Penta3 <50%
2006	69	40	42	48	76
2007	111	83	25	88	24
2008	100	81	20	79	24
2009	93	73	21	77	34
2010	108	91	16	93	26
2011	101	86	15	88	23
2012	107	91	15	97	19
2013	112	93	19	105	7
2014	99	80	19	85	17

Fonte: MINSA -PAV.

Dos 161 municípios e 5 distritos da Província de Luanda, somente 82 (49%) atingiram coberturas superiores ou iguais a 90% e 106 municípios coberturas superiores ou iguais a 80%. Nos seguintes mapas, pode-se observar a evolução das coberturas de vacinação de rotina

Mapa 1: Mapa de cobertura Penta-3 por municípios. Angola 2009-2014



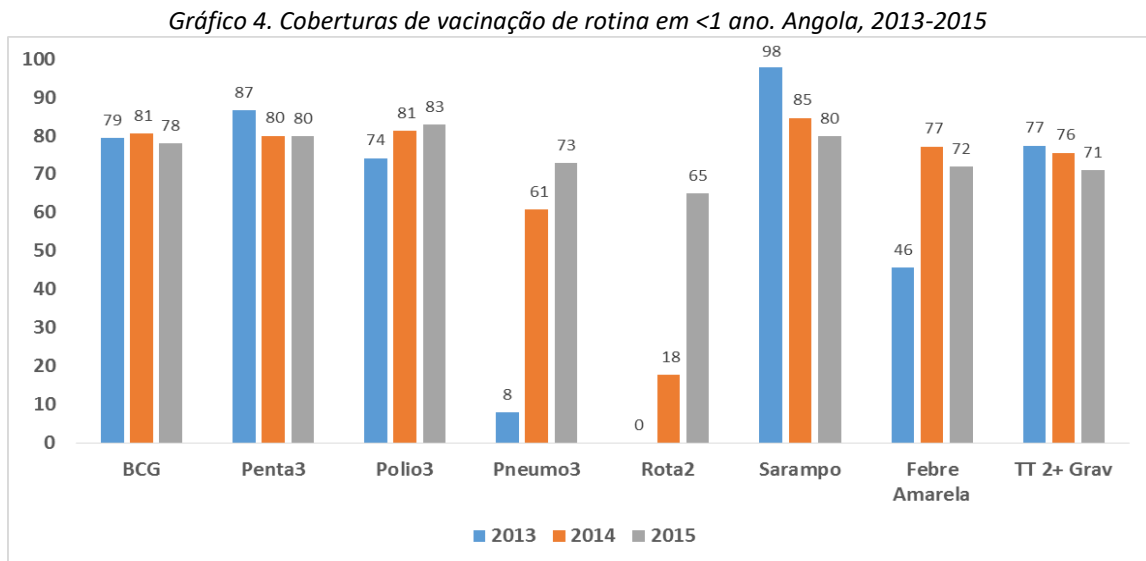
Referências:

Fonte: MINSÁ -PAV .

Gráfico 2: Cobertura de Vacinação de Rotina Penta-3 Por Província Angola, 2012 - 2014

Analises ajustada das coberturas de vacinação por antígenos baseada nos resultados provisórios do Censo de 2014

O gráfico 4 abaixo apresenta uma estimativa retrospectiva de coberturas vacinal para o período 2012 - 2014 elaborada com os dados populacionais provisórios do censo realizado no mês de Maio de 2014.

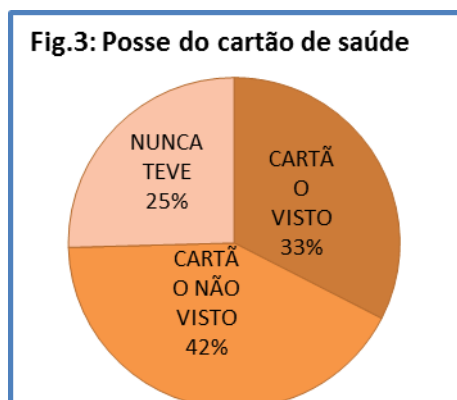


Fonte: Base de dados MINSÁ-PAV. Denominadores estimados do recenseamento nacional de população

O Gráfico Nº 4 mostra um estagnamento das coberturas de vacinação de rotina da BCG e Pentavalente, a pólio com uma média de 80%, coberturas baixas de Febre- amarela com tendência de aumento e coberturas relativamente altas contra o sarampo nos últimos 3 anos. A cobertura Pneumo-13 no seu segundo ano de introdução foi apenas de 61% não obstante ser administrada de forma conjunta com a vacina pentavalente (DTP-Hib-HepB). A vacina contra o Rotavírus foi implementada gradualmente no segundo semestre de 2014 o que explica a baixa cobertura.

Em 2014 houve tendência de redução das coberturas devido a diminuição de actividades de vacinação de rotina com equipas avançadas e móveis, a campanha nacional de vacinação contra o Sarampo às crianças menores de 10 anos de idade, que durou mais de dois meses desde a preparação até a implementação.

De 19 de Dezembro de 2013 a 16 de Janeiro de 2014 foi realizada por uma equipa independente (CORE



Group) um inquérito independente de cobertura em todas as províncias do país, utilizando a metodologia da OMS de 30 conglomerados em cada inquérito e sete crianças de 12 a 23 meses de idade em cada conglomerado, totalizando uma

amostra de 3.764 crianças. Esta metodologia tem 95% de confiança e +/- 5% de erro.

Os resultados de cobertura de vacinação do inquérito foram analisados tendo em consideração a fonte de informação: cartão de saúde infantil e história de vacinação.

Como se pode observar na figura Nº 3, apenas 33% das crianças inquiridas possuíam cartão de vacinação, 42% não apresentaram o cartão e 25% nunca tiveram o cartão.

A insuficiente disponibilidade de crianças com cartão dificultou a realização de estimativas adequadas da cobertura de vacinação de rotina. As coberturas estimadas pelo inquérito são menores que as coberturas administrativas ilustrada na tabela 11.

A partir dos resultados do inquérito, a OMS e o UNICEF fizeram ajustes considerando possíveis viés de memória o que afectou sobretudo as vacinas de múltiplas doses (Pentavalente e VPO).

Tabela 11. Coberturas de vacinação de rotina em crianças de 12-23 meses de idade. Angola, 2012

Antigénio	Cobertura segundo inquérito (%)		Ajuste Viés (OMS/UNICEF)
	Só cartão	Cartão + história	
BCG	32.2 %	87.5 %	87.5 %
DTP- HEPB-Hib 1ª dose	30.0 %	82.7 %	82.7 %
DTP- HEPB-Hib 3ª dose	26.6 %	48,0%	73.0 %
Pólio 1	30.1 %	82.5 %	82.5 %
Pólio 3	26.9 %	42.2 %	74.0 %
Sarampo	25.8 %	72.0 %	72.0 %
Febre-amarela	22.2 %	64.4 %	64.4 %

Fonte: Relatório do Inquérito de cobertura vacinal. CORE Group. 2014. Ajuste viéss OMS/UNICEF/HQ

A evolução dos indicadores de desempenho da vacinação de rotina dos últimos três anos é ilustrada na tabela 12.

Tabela 12. Indicadores de desempenho da vacinação de rotina. Angola, 2012-2014

Ano	Acesso	Utilização	Taxa de abandono DTP1 – DTP3	Cobertura Sarampo	% de municípios com cobertura Penta-3 <50%
	Penta-1	Penta-3			
2012	99	84	15	90	20
2013	104	87	17	84	9
2014	99	80	19	85	27

Fonte: Relatório anual conjunto MINSÁ -OMS/UNICEF (JRF): 2012, 2013,2014. Ajustado retrospectivamente com dados do recenseamento nacional de população 2014

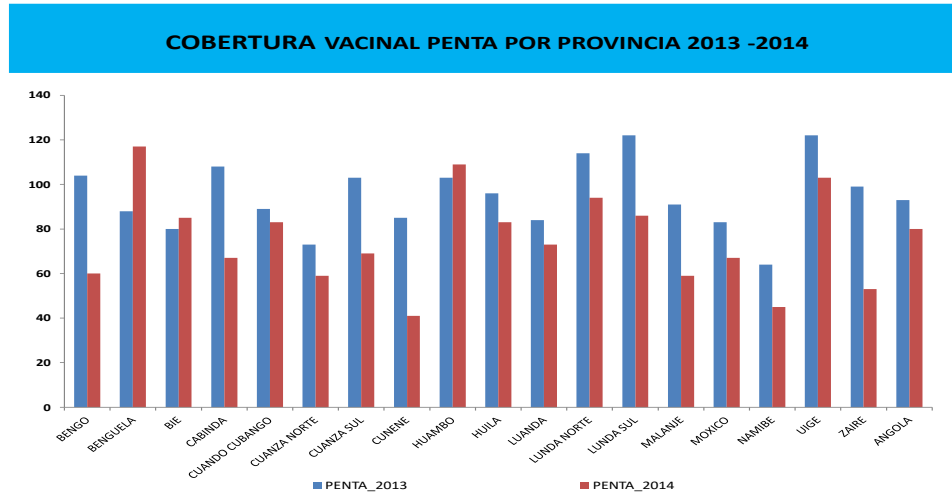
A partir dos dados do recenseamento da população realizado pelo INE em 2014, a população alvo da vacinação de rotina foi estimada a 83.444 crianças (7,4%). Realizou-se ajustes retrospectivos para o cálculo dos indicadores de cobertura vacinal de 2012 a 2014

A análise dos indicadores de desempenho da vacinação de rotina mostra um acesso alto, altas taxas de abandono e cobertura nacional acima de 80%, mas de forma heterogenia a nível provincial, devido principalmente as variações na implementação de equipas avançadas e móveis como mostra a fig.2 Esta situação mostra ao mesmo tempo a necessidade de estender a rede de postos fixos a todas as unidades

sanitárias que reúnem condições básicas de pessoal e cadeia de frio. A redução das coberturas de vacinação registadas em 2014 está relacionada provavelmente com a fraca implementação das actividades de vacinação com equipas avançadas e móveis.

O gráfico a seguir mostra uma redução da cobertura vacinal da penta em 2014 em relação ao ano 2013 com variações acentuadas de menos de 50% a mais de 90% de cobertura Penta-3 como ilustrado no gráfico 5.

Gráfico 5. Cobertura de vacinação Penta-3 por províncias. Angola, 2014

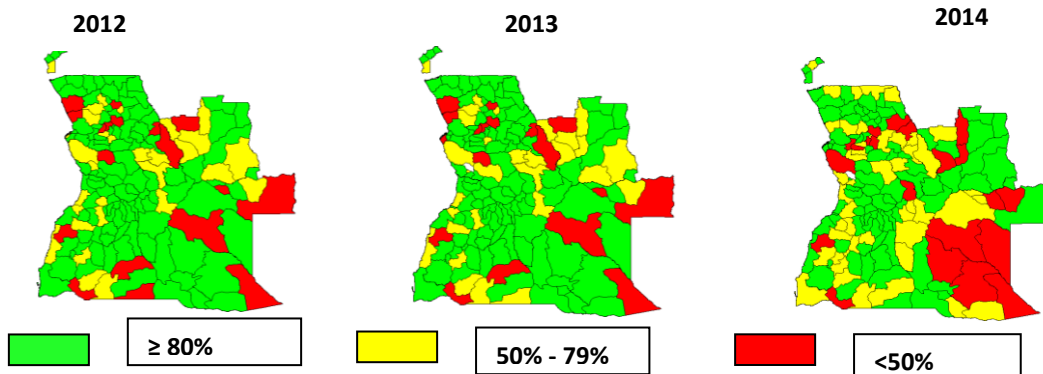


Fonte: Base de dados MINSAs-PAV 2013-2014

Em 2014, apenas 8 das 18 províncias (44%), atingiram cobertura administrativa de 80% ou mais, 8 com cobertura de 50 a 79% e 2 com cobertura inferior a 50%. As províncias de Benguela, Huambo e Uíge têm coberturas superiores a 100% principalmente por problemas do denominador e da qualidade dos dados.

A nível municipal, os dados de coberturas de vacinação de rotina são também heterogéneos (Mapa 2). Em 2014 as coberturas diminuíram em quase todos os municípios por falta de continuidade das actividades com equipas avançadas e móveis e pela prolongada campanha de vacinação contra o sarampo.

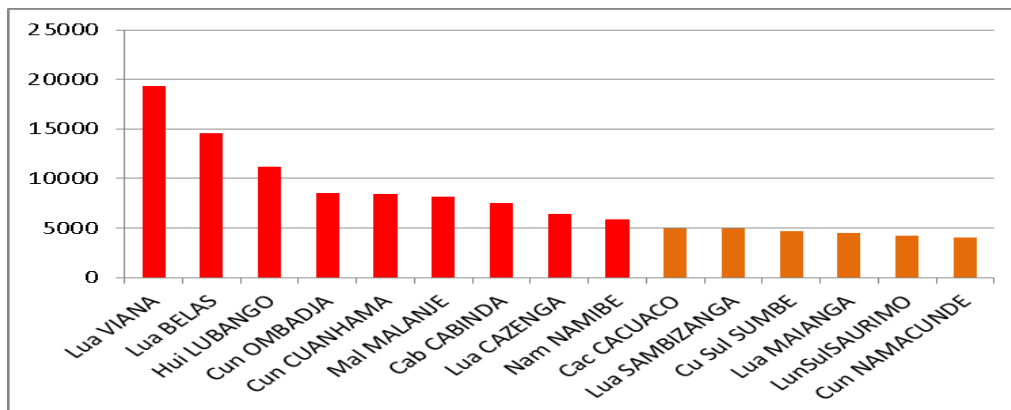
Mapa 2. Cobertura de vacinação Penta-3 por municípios. Angola, 2012-2014



Fonte: Base de dados MINS-PAV 2012, 2014

Em 2014, oitenta por cento das crianças não vacinadas concentravam-se em 15 municípios de 7 províncias do País (gráfico 6), sendo: 5 em Luanda (37,4 %), 3 no Cunene (14,3%), 1 na Huila (7,6 %), 1 em Cabinda (5,1%), 1 no Namibe (4%), 1 no Cuanza Sul (3,2%) e 1 na Lunda Sul (2,9%).

Gráfico. 6. Municípios que concentram 80% das crianças não vacinadas do País. Angola 2014



Fonte: Base de dados MINS-PAV. 2014

Estes 15 municípios são críticos para acelerar a redução do número de crianças não vacinadas no País e devem receber a máxima prioridade das intervenções. O grande número de crianças não vacinadas em zonas periurbanas e nas áreas rurais de difícil acesso deve-se a falta de implementação da vacinação mediante equipas avançadas e móveis, limitações de acesso a vacinação e perda de oportunidades nos serviços fixos de saúde.

As taxas de abandono da 1ª a 3ª dose de vacinas múltiplas são altas: Pentavalente1-3 (19%), Pneumo1-3 (21%) e TT1-2 (32%). As principais causas são: falta de continuidade das visitas de equipas avançadas e móveis nas comunidades ou bairros; a insuficiente informação às mães e encarregados das crianças sobre o calendário de vacinação; as oportunidades perdidas nos serviços de saúde por causas diversas; deficiente envolvimento da comunidade na busca dos faltosos e não utilização do livro de registo nominal para o seguimento das crianças.

As actividades suplementares de vacinação contra a Poliomielite constituem uma das estratégias básicas da Iniciativa Mundial de Erradicação da Poliomielite, a qual o Governo Angolano aderiu. No período de 1995 a 2014, foram realizadas mais de 50 campanhas de vacinação com a liderança, engajamento, apoio político e financeiro do Governo. Desde o ano 2010 assumiu perto de 95% dos custos operacionais das campanhas e em 2013 começou a assumir também o custo da vacina.

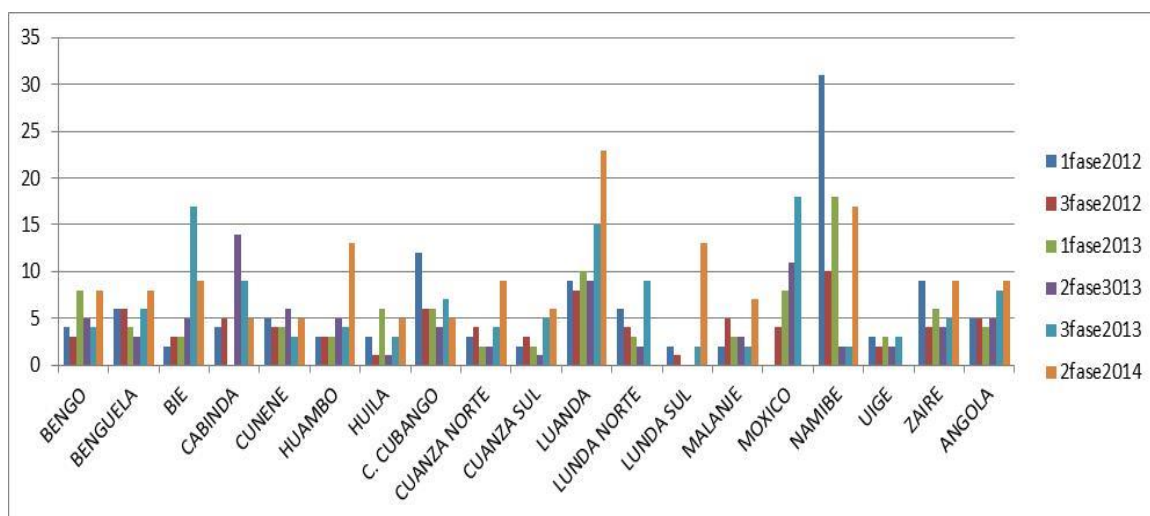
Não obstante os esforços nacionais e especialmente depois da interrupção da transmissão do vírus selvagem da Poliomielite no País em 2011, foram observadas dificuldades para manter o interesse e a participação activa dos actores envolvidos nas campanhas em algumas províncias em particular em Luanda. Foi notável ao longo do tempo, sinais de esgotamento e diminuição do grau de envolvimento de algumas autoridades de nível provincial, municipal, técnicos de saúde, persistindo problemas no recrutamento e capacitação adequada de vacinadores, supervisores assim como a falta de utilização de mapas/croquis.

Também foi observada insuficiente implementação de ações correctivas pós campanhas nomeadamente a repescagem em áreas mal vacinadas identificadas pela monitorização e supervisão.

De 2012 a 2014 foram implementadas 3 Jornadas Nacionais de Vacinação contra a Poliomielite, nas quais foram administradas 3 doses suplementares de vacina da Pólio a cerca de 6.5 a 6.9 milhões de crianças menores de 5 anos de idade por ano. Em 2014 a primeira fase das JNVs foi integrada a vacinação contra o sarampo e administração de vitamina A.

Para avaliar a qualidade das campanhas foram realizados inquéritos independentes por conveniência em cerca de 40 municípios do País durante a campanha para corrigir as falhas registadas e pós campanha para avaliar a qualidade da mesma (gráfico 7).

Gráfico 7 Percentagem de crianças não vacinadas 1ª e 2ª fase JNVs Pólio Angola, 2012-2014



Fonte: Monitorização Independente (nas casas) pós campanha: Grupo CORE Agosto de 2015

Gráfico 8: Percentagem de crianças não vacinadas 2ª fase JNVs Pólio Angola, 2015

Fonte: Monitorização independente (nas casas) pós campanha: Grupo CORE Outubro de 2015

Actividades suplementares de vacinação contra o sarampo

A campanha nacional de ataque contra o sarampo realizada em 2003 abrangeu crianças de 9 meses a menores de 15 anos. A mesma foi bem-sucedida de forma uniforme, estimando-se em 96% a cobertura do grupo alvo. Posteriormente foram realizadas campanhas de seguimento com menor qualidade em 2006, 2009 e 2011 em que 36-40% dos municípios não alcançaram coberturas superiores a 95% devido a insuficiente disponibilidade de recursos humanos pela escassa participação do pessoal de enfermagem dos hospitais e centros de saúde.

A integração de múltiplas intervenções durante a campanha de seguimento contra o sarampo tais como vitamina A, Albendazol, vacina Pólio, distribuição de mosquiteiros e a vacinação de mulheres em idade fértil reduziram a qualidade da mesma.

Em 2014, foi realizada a 4ª campanha nacional de vacinação de seguimento contra o sarampo integrada com a administração de vitamina A e vacinação contra a Poliomielite. O grupo alvo foram crianças de 0 a menores de 10 anos de idade. A mesma teve grande demanda da população e uma duração de 2 semanas.

Para validar os dados administrativos foi realizado um inquérito de cobertura, utilizando a metodologia de 30 conglomerados da OMS; o tamanho da amostra foi de 7.206 crianças de 6 meses a menores de 10 anos. Os resultados do inquérito mostraram que a campanha foi muito bem-sucedida. A média de cobertura nacional foi de 97,2% numa taxa de cobertura provincial de 92,7% a 99%.

A implementação das diferentes campanhas permitiu tirar as seguintes lições:

- a) a periodicidade das campanhas de vacinação de seguimento depende do acumulo de susceptíveis e o atraso na implementação das mesmas fazem perder o impacto esperado;
- b) o período de preparação da campanha não pode ser inferior a 6 meses considerando aspectos técnicos e logísticos;
- c) o apoio, engajamento e liderança dos governos provinciais, administrações municipais, comunais e principalmente dos líderes tradicionais têm uma importância relevante;
- d) a administração de outras intervenções tais como vacina da Pólio, vitamina A e Albendazol melhora a demanda além de aumentar o impacto da campanha. Outras intervenções como a distribuição de mosquiteiros podem-se incorporar, mas exigem uma planificação logística atempada e detalhada;
- e) o recrutamento de pessoal técnico de hospitais é crítico em particular nas áreas urbanas altamente populosas.

Projeção de introdução de novas vacinas e capacidade de armazenamento

O Plano Operativo Anual do Programa Alargado de Vacinação Angola 2014, consta os objectivos específicos que têm em conta as metas do PNDS 2012-2025 do MINSa e estão em convergência com os objectivos da Década das Vacinas (2011-2020) preconizada pela OMS. E com referencia as novas vacinas, os objectivos relativos as novas vacinas são:

- Introduzir novas vacinas e doses adicionais de vacinas tradicionais
- Introduzir a vacina Rotavírus durante o segundo trimestre de 2014.
- Introduzir a segunda dose de vacina sarampo no calendário nacional de vacinação de rotina.
- Introduzir a dose zero da vacina contra a Hepatite B a nascença nos hospitais e centros de saúde com parto institucional.
- Preparar as condições para a introdução bem-sucedida em 2016 das vacinas da Pólio inactivada (IPV) e a vacina contra o vírus do papiloma humano (HPV) para melhorar a prevenção de cancro de colo de útero.

Os grandes desafios estão em relação as novas vacinas é de atingir coberturas ao nível de outras vacinas e que as mesmas tenham os níveis estândaes internacionais. Uma situação de particular importância é o reforço dos sistemas de saúde a todos os níveis para fortalecer as acções do pessoal e a infra-estrutura das unidades sanitárias, relativamente à cadeia de frio e o manejoamento de segurança das vacinas.

A introdução de novas vacinas continuará a ser um grande desafio para o PAV a todos os níveis. está prevista a introdução da vacina da pólio inactivada (IPV) a todas a crianças em 2015. Já foram realizadas algumas actividades tendentes a introdução da vacina contra HPV a grupos específicos. Sua introdução será paulatina até cobrir as coortes de nascimento das mulheres a partir dos 10 anos. Em 2017 adicionalmente será incluído o antigénio contra o vírus da rubéola adicionado a vacina do sarampo.

Segurança de injeções

O país tem uma política permanente de segurança de injeções. Foram realizados treinos específicos sobre o tema nas diferentes capacitações das actividades de rotina e de campanhas. Este tema está inserido nos manuais do PAV de rotina e das campanhas. Para aplicação de vacinas são utilizadas seringas autobloqueantes normalizadas com as técnicas de injeção de acordo com a norma estabelecida pelo programa. Esta actividade é incluída nos processos de supervisão a todos os níveis.

As avaliações externas do PAV põem em evidência que estas actividades são feitas em geral. A cadeia de frio é um elemento fundamental para assegurar a qualidade das vacinas a injectar, por esta razão, o fortalecimento da cadeia de frio a todos os níveis deve ser reforçado permanentemente. Apesar disto, algumas actividades ainda estão pendentes ou carecem de melhorias, nomeadamente:

- a formação dos profissionais para manter a qualidade destes processos,
- melhorar a notificação dos eventos adversos pós-vacinação,
- melhorar os processos de disposição final dos objectos cortantes em todo o país,
- activar os comités de Segurança das Injeções nas unidades sanitárias e em todos os distritos.

Para ultrapassar esta situação, o PAV:

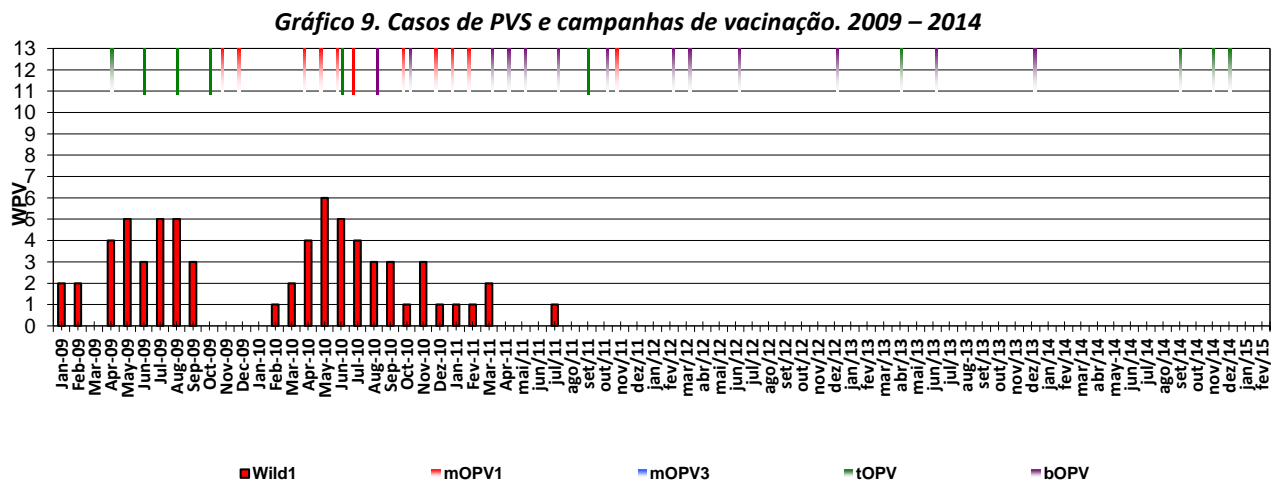
- Irá concluir o inventário da cadeia de frio a nível municipal com actualização periódica quadrimestral;
- Coordenará suas acções com a Entidade Reguladora de Vacinas baseada na Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos e/ou no Instituto Nacional de Saúde Pública com a finalidade de recomendar laboratórios pré-qualificados para aquisição de vacinas, autorizar o registo de novas vacinas, receber e investigar notificações de eventos adversos severos;
- Activar-se-á a formação e funcionamento dos Comités de Segurança das Injeções nas unidades sanitárias e em todos os distritos;
- será actualizado anualmente o plano de injeções seguras, será produzido e distribuído material educativo e promocional para fortalecer as práticas de injeções seguras e destruição adequada do lixo da vacinação;
- aquisição gradual de incineradores com recursos das administrações municipais e de parceiros, até a cobertura dos 166 municípios e algumas comunas de municípios populosos (com mais de 300.000) habitantes, para a eliminação final do lixo da vacinação serão
- Construção de estruturas físicas para montagem dos incineradores serão construídas em sítios estratégicos de cada município. O combustível para seu funcionamento está previsto no orçamento municipal da unidade de saúde onde se encontram instalados.
- Será feito uma nova capacitação das equipas de vacinação e vigilância epidemiológica sobre a segurança das injeções e sobre a vigilância de eventos adversos pós vacinação (EAPV).
- Os formulários de registo e investigação de EAPV serão actualizados no contexto do manual de normas do PAV.

- Os Eventos Adversos Pós Vacinação serão incluídos na lista de doenças de notificação obrigatória nacional e a notificação será realizada por pessoal de saúde e pelas famílias afectadas.
- Para a investigação de casos severos será designada uma equipa ad hoc constituída pelo técnico de vigilância, um clínico e o responsável local da vacinação, e, em caso de necessidade, membros da equipa nacional do PAV apoiarão na investigação.

Análise da vigilância epidemiológica das doenças alvo do PAV

Situação epidemiológica da Poliomielite e Vigilância das Paralisias Flácidas Agudas (PFAs)

Angola está livre da Poliomielite há mais de 4 anos, o último caso de Poliovírus selvagem foi notificado no município de Quimbele, Província do Uíge a 7 de Julho de 2011. O gráfico a seguir mostra a incidência de casos de PVS e as campanhas de vacinação implementadas para interromper a sua transmissão.



A vigilância das paralisias flácidas agudas em Angola teve início em 1995. Em 1999 foi estabelecida a rede de vigilância activa com actividades específicas desenvolvidas pelos pontos focais nacionais em todas províncias e municípios do país.

A nível de todas as províncias e municípios existe um técnico do MINSA, responsável pela vigilância epidemiológica e um ponto focal da OMS que dão apoio técnico e logístico para a vigilância epidemiológica das PFAs que é a porta de entrada da vigilância de outras doenças. A mesma, constitui uma estratégia básica da Iniciativa Mundial de Erradicação da Poliomielite para detectar todo caso suspeito de Poliomielite, e a partir da colheita de amostras de fezes isolar Poliovírus Selvagem (PVS) ou vírus derivado da vacina (VDPV).

Outra estratégia complementar é a vigilância ambiental que inicialmente está sendo implementada na província de Luanda e vai permitir confirmar a ausência ou presença da circulação do poliovírus selvagem no meio ambiente .

A nível da região Africana há um ano que não se notifica casos de Poliovírus Selvagem (PVS) e o risco de não detecção ou detecção tardia da circulação do vírus pode ter graves consequências para a Iniciativa Mundial de Erradicação da Poliomielite (IMEP). Em Angola, há mais de 4 anos que não se notifica casos de PVS.

Como resultado da implementação do Plano de Emergência para interromper a transmissão do PVS 2011-2013, esforços consideráveis foram feitos para melhorar a sensibilidade do sistema de vigilância das PFAs através da mobilização de recursos governamentais, privados e de organizações internacionais, que permitiram o reforço de recursos humanos da OMS/PAV, a aquisição de algumas viaturas e financiamento das actividades operacionais. Isto permitiu o aumento da rede de vigilância activa e melhoria da qualidade dos dados.

Apesar dos progressos alcançados, ainda persistem problemas relacionados com as limitações ou carência de meios de transporte que não permitem cumprir com a frequência de visitas de vigilância activa nas unidades sanitárias e pontos focais comunitários segundo o nível de prioridade. A falta de dedicação exclusiva as actividades de vigilância por parte dos técnicos provinciais e municipais, as deficiências na retro informação e gestão de dados, são outros factores que influenciam negativamente na qualidade da vigilância epidemiológica.

Durante a avaliação internacional realizada em Julho de 2014, foram identificados os seguintes problemas: falta de actualização regular dos sítios de vigilância activa; visita irregular aos pontos focais; atraso no tempo de envio de amostras nos diferentes níveis, atraso do exame de seguimento de 60 dias e envio dos relatórios bem como falta de coincidência dos registos de casos de PFA notificados nos distintos níveis devido a deficiente qualidade do sistema de arquivo das fichas de investigação.

Em 2014, a fim de colmatar as lacunas de vigilância foram realizados três encontros sub-regionais de avaliação e capacitação dos técnicos municipais e provinciais de vigilância epidemiológica. No total foram formados 108 técnicos de vigilância municipais e provinciais provenientes de 10 províncias. Participaram também técnicos de nível central, 26 técnicos da OMS, 3 técnicos do UNICEF.

A evolução dos principais indicadores da vigilância das PFAs mostra que a maior parte dos indicadores foram atingidos a nível nacional (tabela 10), e continuam estáveis ao longo dos anos com excepção do atraso na chegada das amostras ao laboratório da África do Sul, devido o dificuldades do transporte dos pontos de notificação até as sedes municipais.

Tabela 13. Indicadores da vigilância das paralisias flácidas agudas (PFAs). Angola, 2011-2014

Indicadores	Alvo	2011	2012	2013	2014
Taxa de PFA NP p. 100,000 < 15 anos	≥ 3.0	2,3	3,1	2,8	2,7
Taxa de Amostras oportunas	≥ 80%	89%	88%	89%	89%
Investigados ≤ 2 dias após a notificação	≥ 80%	85%	89%	88%	94%
Amostras recebidas no lab ≤ 7 dias após a colheita	≥ 80%	9%	24%	36%	38%
Amostras recebidas em boas condições	≥ 90%	99%	97%	96%	99%
Taxa de Enterovirus Não polio isolados	≥ 10%	12%	23%	19%	16%
Resultados de Lab recebidos dentro de 14 dias	≥ 80%	97%	96%	94%	94%

Fonte: Base de dados MINSÁ-PAV, 2011-2014

Em 2014, foram notificados a nível nacional, um total de 317 casos de Paralisia Flácida Aguda em crianças menores de 15 anos. Após investigação e análise foram classificados da seguinte maneira: 310 descartados e 7 casos compatíveis com pólio.

Neste sentido apenas 10 das 18 províncias (56%) apresentaram uma taxa de PFA-NP superior ou igual a 3/100,000 crianças menores de 15 anos. No que concerne a taxa mínima de amostras oportunas todas as províncias atingiram a meta mínima de amostras oportunas (≥80%). A tabela 11 ilustra os indicadores de desempenho da vigilância das PFAs por província.

Tabela 14. Indicadores de desempenho da vigilância das PFAs. Angola, 2012-2014

PROVINCE	01 Jan 2012 a 31 Dez 2012			01 Jan 2013 a 31 Dez 2013			01 Jan 2014 a 31 Dez 2014		
	Casos_PFA NP	Taxa_PFA NP	% Amostras Adequadas	Casos_PFA NP	Taxa_PFA NP	% Amostras Adequadas	Casos_PFA NP	Taxa_PFA NP	% Amostras Adequadas
BENGO	5	4,94	83	5	4,81	100	6	3,63	100
BENGUELA	43	3,45	84	32	2,50	76	34	3,55	94
BIE	19	2,79	95	18	2,57	89	17	2,70	84
CABINDA	9	3,69	100	9	3,59	100	10	3,09	100
CUANDO CUBANGO	8	3,62	89	7	3,08	100	5	2,08	83
CUANZA NORTE	5	2,72	100	5	2,65	100	9	4,47	89
CUANZA SUL	17	2,83	88	21	3,40	95	19	2,25	100
CUNENE	4	1,73	100	8	3,36	67	8	1,76	89
HUAMBO	17	2,20	89	27	3,39	73	29	3,25	93
HUILA	23	2,37	88	22	2,21	100	26	2,35	100
LUANDA	72	2,62	84	61	2,17	94	64	2,08	83
LUNDA NORTE	15	4,57	93	21	6,22	90	13	3,46	92
LUNDA SUL	5	2,87	83	5	2,79	100	6	2,47	100
MALANJE	9	2,83	70	9	2,75	100	11	2,42	67
MOXICO	9	2,76	100	4	1,19	60	18	5,26	73
NAMIBE	13	11,27	100	9	7,59	100	5	2,26	100
UIGE	32	4,49	91	24	3,27	88	25	3,73	92
ZAIRE	3	2,15	100	5	3,49	80	5	1,88	80
ANGOLA	308	3,05	88	292	2,81	89	310	2,71	89

Fonte: Base de dados MINSÁ-PAV, 2012-2014

Em 2014, 8 municípios com uma população superior a 33.000 crianças menores de 15 anos ficaram silenciosos: Baia Farta, Caimbambo, Nharea, Conda, Namacunde, Mungo, Quipungo e Quimbele.

Vigilância Ambiental do Poliovírus

Angola é o terceiro país da região africana a estabelecer a vigilância ambiental da poliomielite, desde Julho de 2014. Foram identificados quatro sítios de alta prioridade para recolha de amostras de esgoto na província de Luanda, em quatro municípios nomeadamente Cazenga, Maianga, Samba e Kilamba Kiayi.

Durante o ano de 2014, foram colhidas 24 amostras ambientais em 4 sítios e foram enviadas ao laboratório de referência em Johannesburg, África Sul. Os resultados recebidos de todas as amostras enviadas são negativas para Pólio Vírus Selvagem e para vírus derivado da vacina. Os quatro sítios tiveram amostras com resultados positivos para outros tipos de vírus (Pólio vírus tipo Sabin ou outros êntero vírus não pólio). Considera-se que estes sítios foram bem escolhidos para a tomada de amostras.

O Ministério da Saúde com o apoio da OMS está a envidar esforços no sentido de desenvolver a capacidade do laboratório Nacional de Saúde Pública para concentrar as amostras antes do envio à África do Sul. Tão logo o laboratório esteja totalmente operacional, o número de sítios / ou frequência de colheita pode ser aumentada em Luanda e estendida a outras províncias.

Vigilância do sarampo

A vigilância do sarampo baseada em caso teve início em 2003, depois da campanha de vacinação de ataque ao grupo alvo de crianças dos 9 meses a menores de 15 anos de idade. A mesma compreende a investigação epidemiológica de cada caso suspeito, a colheita de amostras de sangue dos primeiros 5 casos detectados em cada município para confirmação laboratorial, assim como o processamento, análise e retro informação periódica da informação.

No mesmo período, o Instituto Nacional de Saúde Pública foi estabelecido como o Laboratório de Referência Nacional para o diagnóstico do Sarampo. Com apoio da OMS/AFRO, foram formados técnicos do MINSA e equipado o laboratório. Em Setembro de 2010, foi acreditado e em 2012 o controlo da qualidade externa mostrou deficiências na leitura das amostras. Por esta razão, as amostras foram enviadas ao laboratório de referência da Costa de Marfim, com atrasos na retro/informação dos resultados.

Apesar das actividades de vigilância do sarampo baseada em caso ser parte das tarefas dos técnicos de vigilância a todos os níveis do sistema de saúde incluindo a comunidade e estar inserida na vigilância activa das Paralisias Flácidas e Agudas, a mesma ainda apresenta muitas fragilidades, traduzidas pelo número elevado de casos e surtos epidémicos que não são notificados e investigados bem como as discrepâncias entre o sistema baseado em caso e o sistema de vigilância integrada de doenças e resposta.

Em 2013 o sistema de vigilância integrada de doenças e resposta do MINSA registou 15.114 casos suspeitos de sarampo dos quais foram investigados 8.750; destes 607 foram confirmados pelo laboratório e 7.708 confirmados por vínculo Epidemiológico, 167 compatíveis com sarampo e 268 foram descartados.

Em 2014 o sistema de vigilância integrada de doenças e resposta do MINSA registou 26.514 casos suspeitos de sarampo dos quais foram investigados 12.265; destes 568 foram confirmados pelo laboratório e 11.131 confirmados por vínculo Epidemiológico, 254 compatíveis com sarampo e 312 foram descartados.

A evolução dos indicadores de desempenho da vigilância baseada em casos pode-se ver na tabela 15:

Tabela 15. Principais indicadores de vigilância epidemiológica do sarampo. Angola, 2012-2014

Indicadores	META	2012	2013	2014
População sob vigilância	100%	21515030	22095862	24383301
% de casos suspeitos com amostras	80%	100%	100%	100%
% Municípios > 100.000 hab. com >=1 caso suspeito	80%	69%	70%	76%
Taxa anual de casos suspeitos de sarampo investigados /100.000 hab.	2	1,56	1,21	1,28
% de casos confirmados de sarampo	<10%	46%	58%	50%
Taxa de incidência de casos confirmados / 1000.000 habitantes	<5	208	384	490

Fonte: Base de dados MINSA-PAV, 2012-2014

Situação epidemiológica do sarampo

O Sarampo em Angola continua a ser um importante problema de saúde pública por sua alta morbimortalidade. Nos últimos 10 anos o sarampo teve um padrão de transmissão contínua, com surtos epidémicos de diversa magnitude cada 2 a 3 anos em quase todos os municípios. Os anos 2013 e 2014 foram considerados epidémicos para o sarampo (gráfico 10 e 11), pela confirmação de 8.482 e 11.953 casos de sarampo respectivamente.

Gráfico 10. Casos suspeitos e confirmados de sarampo e campanhas de vacinação. Angola, 2010-2014

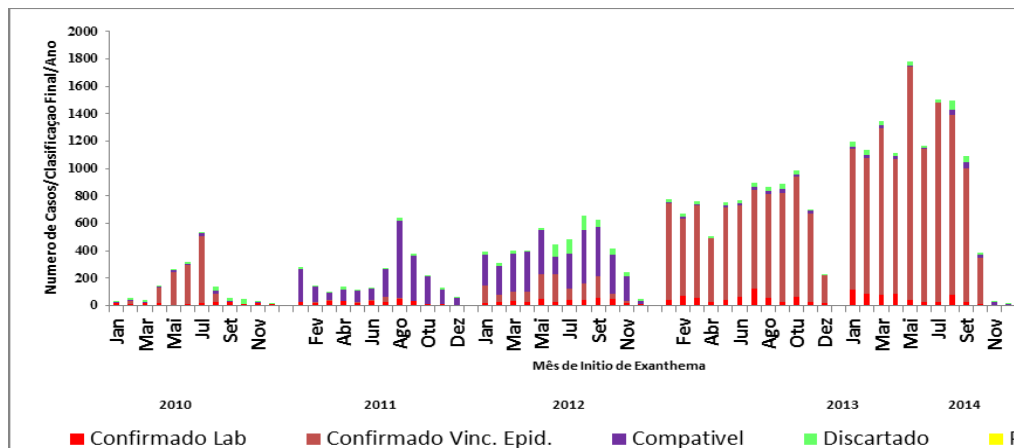
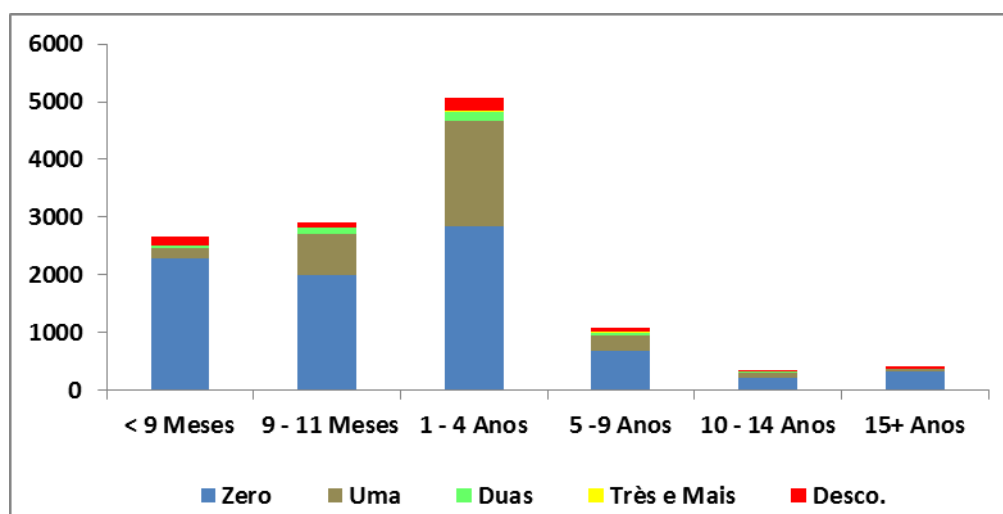


Gráfico 11. Casos confirmados de sarampo por grupo de idade e estado vacinal. 2014

A maior ocorrência de casos de sarampo foi na faixa etária dos 1 aos 4 anos seguidos dos dos 9 meses de 11 meses e dos 5 aos 9 anos. A maior predominância de casos são as crianças não vacinadas. o número considerado de desconhecidos quanto ao estado vacinas justifica a fraqueza do sistema de vigilância baseado em caso (gráfico--)



Vigilância do tétano neonatal e febre-amarela

Tétano neonatal

A vigilância epidemiológica do Tétano neonatal é realizada através da vigilância epidemiológica activa das Paralisias Flácidas e agudas com a finalidade de acelerar o processo de eliminação da doença. O estado de situação deste processo é avaliado por indicadores pré estabelecidos.

Para a certificação a cobertura de vacinação das mulheres em idade fértil é o indicador principal Existem outros nomeadamente a atenção institucional ao parto igual ou major a 60% do total dos nascidos vivos e a proporção de mulheres grávidas que fizeram pelo menos uma consulta pré-natal. Os aspectos de cumprimento da vigilância epidemiológica com a definição de caso não esta dirigida só aos hospitais e maternidades, incluem também as actividades comunitárias, já que ainda uma grande proporção dos partos ocorrem nos domicílios.

Tabela 16. Casos de tétano neonatal por provincia. Angola 2010 - 2014

PROVINCIA	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
Bengo	0	0	1	1	0	2
Benguela	8	1	1	5	1	16
Bie	4	0	0	0	0	4
Cabinda	0	0	0	0	1	1
Cunene	0	0	1	2	2	5
Huambo	0	0	0	1	0	1
Huila	0	1	0	0	0	1
Cuanza Sul	0	0	0	1	0	1
Luanda	24	20	1	15	7	67
Lunda Norte	1	0	1	7	6	15

PROVINCIA	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
Malanje	0	0	1	1	1	3
Moxico	0	0	0	1	0	1
Namibe	1	0	0	0	0	1
Uige	1	2	0	0	1	4
TOTAL	39	24	6	34	19	122

As províncias com maior frequência de casos de tétano neonatal de 2010 até 2014 são Luanda e Benguela. Luanda Norte tem o incremento mais importante nos dois últimos anos. Esta situação permite estabelecer estas províncias como as de maior risco.

É necessário o reforçar as actividades de atenção pré-natal, vacinação com toxoide tetânico e a comunicação social de risco, para melhorar a demanda da atenção médica, ter melhor acesso aos serviços de saúde para garantir ao menos uma consulta pré-natal durante a gravidez assim com realizar a capacitação do pessoal de saúde em atenção do parto limpo e institucional. Estas são as tarefas fundamentais para manter a baixa taxa de casos e para eventualmente eliminar a doença.

FEBRE- AMARELA

A Febre- amarela é uma doença de especial atenção no campo da vigilância epidemiológica devido a suas implicações por ser uma doença de notificação obrigatória a nível internacional e merece uma atenção especial pelo facto de Angola estar localizada na cintura endémica da febre-amarela e a mais de 20 anos ter sofrido a última epidemia. Nos últimos 5 anos o sistema de vigilância notificou apenas casos isolados de síndrome febril ectérico em Benguela, Cuanza Sul, Cunene, Luanda, Lunda Norte e Entretanto, têm acumulo de susceptíveis, condições ecológicas e presença do vector o que obriga o reforço da vigilância activa.

Tabela 17. Casos de síndrome febril ectérico. Angola 2010 - 2014

PROVINCIA	2010		2011		2012		2013		2014	
	ESPERADOS	NOTIFICADOS	ESPERADOS	NOTIFICADOS	ESPERADOS	NOTIFICADOS	ESPERADOS	NOTIFICADOS	ESPERADOS	NOTIFICADOS
BENGO	4	0	4	0	5	0	5	0	8	0
BENGUELA	65	0	67	0	54	11	55	4	41	0
BIE	28	0	29	0	30	1	30	0	27	0
CABINDA	11	0	11	0	11	2	11	0	14	0
CUANDO CUBANGO	9	0	9	0	10	0	10	0	11	0
CUANZA NORTE	9	0	9	0	8	0	9	0	9	0
CUANZA SUL	22	0	23	0	26	5	27	35	36	27
CUNENE	10	0	10	0	10	0	11	7	20	9
HUAMBO	29	0	29	0	33	0	34	2	38	2
HUILA	35	0	36	0	42	0	43	0	48	1

PROVINCIA	2010		2011		2012		2013		2014	
	ESPER ADOS	NOTIFI CADO	ESPER ADOS	NOTIFI CADO	ESPER ADOS	NOTIFI CADO	ESPER ADOS	NOTIFI CADO	ESPER ADOS	NOTIFI CADO
LUANDA	110	0	113	2	117	9	120	12	131	1
LUNDA NORTE	14	0	14	0	14	0	15	13	16	10
LUNDA SUL	7	0	7	0	8	0	8	0	11	1
MALANJE	13	0	13	0	14	5	14	1	20	0
MOXICO	13	0	13	0	14	2	15	1	15	1
NAMIBE	5	0	5	0	5	0	6	0	10	0
UIGE	27	0	27	1	31	3	32	2	29	0
ZAIRE	6	2	6	0	6	0	7	1	12	0
ANGOLA	406	2	418	3	431	38	442	78	488	52

A semelhança de outros processos de vigilância epidemiológica, esta inclui a participação multidisciplinar dos médicos clínicos, dos epidemiologistas, dos profissionais da saúde pública e do pessoal do laboratório. Devido a ausência de casos a base do diagnóstico são os resultados do laboratório para confirmar a etiologia.

Vigilância sentinela da meningite bacteriana e rotavírus

A vigilância sentinela das doenças preveníveis pela vacinação está dedicada aquelas doenças que por sua severidade são atendidas na sua maioria em hospitais e clínicas. A participação dos clínicos e pessoal de enfermagem nos protocolos de vigilância sentinela é fundamental. É a partir da vigilância sentinela de meningites bacteriana e de rotavírus que se pode estabelecer a circulação das estirpes específicos e seu papel nos recanto **(nichos) ecológicos das crianças nos grupos de idade branco da vacinação.**

É fundamental reforçar este tipo de vigilância assim como garantir a qualidade do processo de diagnóstico etiológico. Para algumas outras doenças deve-se valorizar a incorporação da vigilância sentinela, mas em nenhum caso se deve eliminar a vigilância epidemiológica “tradicional” nem a comunitária.

Em qualquer caso a vigilância sentinela pode ser realizada num longo período de tempo ou por necessidade emergente por algumas semanas. Estas actividades serão realizadas em forma permanente durante a vigência deste plano.

Segurança de injeções

O país tem uma política permanente de segurança de injeções. Foram realizados treinos específicos sobre o tema nas diferentes capacitações das actividades de rotina e de campanhas. O tema está inserido nos manuais do PAV e das campanhas de vacinação. Para a vacinação são utilizadas seringas autobloqueantes normalizadas. Sempre são seguidas as técnicas de injeção com estas seringas. Esta actividade é incluída nos processos de supervisão a todos os níveis.

As avaliações externas do PAV põem em evidência que estas actividades são feitas em geral. A cadeia de frio é um elemento fundamental para assegurar a qualidade das vacinas a injectar, por esta razão o fortalecimento da cadeia de frio de todos os níveis deve ser realizado permanentemente. No entanto,

algumas actividades ainda estão pendentes. Estas incluem melhorar a formação dos profissionais para manter a qualidade destes processos, melhorar a notificação dos eventos adversos pós-vacinação, melhorar os processos de disposição final dos objectos cortantes em todo o país, activar os Comités de Segurança das Injecções nas unidades sanitárias e em todos os distritos (Anexo 5. Acções chave no melhoramento das actividades da Segurança nas injecções)

Vigilância dos eventos adversos

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

Mobilização e comunicação social

As actividades de comunicação e mobilização social devem ser realizadas como suporte fundamental as actividades de vacinação tanto de rotina como em campanhas. O país tem um largo caminho já percorrido nestas actividades. As razões da não vacinação são bem conhecidas tem sido desenvolvidas estratégias para sua atenção.

As actividades de comunicação são coordenadas e implementadas pelo Departamento de Promoção para Saúde. Existe um plano estratégico integrado de comunicação e um plano operacional anual do nível central. O nível central promove a veiculação de mensagens informativas sobre a vacinação de rotina pela rádio e a televisão. As actividades de promoção da vacinação de rotina com activistas comunitários são esporádicas e só se realizam em alguns municípios. Nas unidades sanitárias realizam-se palestras diárias para informação das mães sobre as vacinas e outras intervenções em prol da saúde.

Varias investigações operacionais e estudos sobre os conhecimentos, atitudes e práticas em vacinação foram realizadas em distintos contextos culturais, mas foi escassa a utilização prática para elaborar planos e mensagens educativas.

Os principais esforços de comunicação em prol da vacinação, assim como da participação de activistas comunitários são realizados durante o período de preparação e implementação das campanhas nacionais de vacinação contra a Pólio, Sarampo e Tétano a mulher em idade fértil. Nestes períodos são veiculadas mensagens educativos em português e em 8 línguas nacionais pela rádio e televisão. São também realizadas entrevistas de peritos e pessoal da saúde na radio e televisão, eventos informativos e de motivação de jornalistas bem como actos de lançamento de campanhas com ampla participação de autoridades e da sociedade civil.

Durante a avaliação pós introdução da vacina Pneumo-13 foram identificados os seguintes problemas: fraca comunicação interpessoal educativa entre o vacinador e as mães durante a vacinação; insuficiente conhecimento do calendário vacinal por parte das mães, falta de material de informação sobre as vacinas nas unidades sanitárias e falta de actividades de promoção por activistas comunitários.

Não obstante terem sido definidas estas actividades, ainda não tem o impacto requerido para mudar as concepções dos pais ou encarregados para que seja garantida a vacinação das crianças. As actividades propostas devem ser realizadas de forma contínua com a identificação dos grupos alvo

que devem assegurar o impacto destas actividades com resultados focalizados na melhora das coberturas de vacinação e redução do número de crianças não vacinadas.

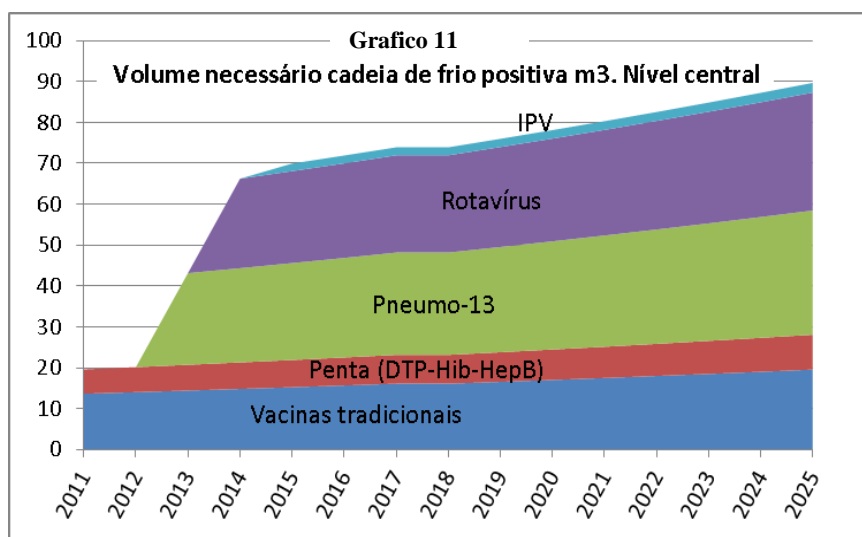
Para alcançar os objectivos e metas do presente plano, serão adoptadas como principais estratégias as seguintes:

- Advocacia às autoridades políticas e administrativas, líderes tradicionais e religiosos, directores provinciais e municipais para tomadas de decisão, para mobilização e alocação de recursos adicionais a favor da implementação das actividades de vacinação;
- Sensibilização dos técnicos de saúde para o seu envolvimento activo em todas as actividades de vacinação;
- Acções de mobilização social com envolvimento formal da média, associações, grupos de mulheres, igrejas a fim de participarem activamente nas actividades de vacinação e vigilância;
- Mobilização e a comunicação interpessoal realizada pelos agentes comunitários de saúde e pontos focais da vigilância para a mudança de comportamento no sentido de aderirem a notificação de casos, a vacinação de rotina e campanha.

Logística e cadeia de frio

Nível central

A nível central foi construído o armazém nacional de vacinas com capacidade neta de 430 m³ de refrigeração positiva (130 m³ neto) e 231 m³ de refrigeração negativa suficientes para os próximos 10-15 anos. Para o armazenamento de seringas, caixas seguras algodão, materiais e equipamento está disponível um armazém com 1.355 m³ de capacidade.



As novas vacinas encontram-se armazenadas no armazém central. Apesar da avaliação internacional realizada em Julho de 2014 ter recomendado concentrar as vacinas no armazém central do PAV, por existir capacidade suficiente e garantia de controlo da qualidade de conservação por pessoal especializado, as vacinas tradicionais encontram-se nas câmaras frias dos intermediários (Health Care e Concentra).

A distribuição de vacinas e material de vacinação às províncias é realizada desde 2013 pela central de compras de medicamentos e insumos médicos do Ministério da Saúde (CECOMA) e responde aos planos trimestrais ou mensais de distribuição elaborada pelo PAV nacional. Para o envio são utilizadas viaturas refrigeradas de empresas privadas, que contém controlo contínuo da temperatura de conservação de medicamentos e insumos médicos.

Nível provincial e municipal

A nível provincial foram construídas câmaras de refrigeração e estruturas físicas novas nas Províncias de Luanda, Malange, Lunda Norte, Lunda Sul, Cabinda e Benguela. Estão em processo de aquisição câmaras para as províncias do Cuanza Sul, Huambo, Huila, Uíge e Zaire. As restantes províncias não requerem câmaras, somente arcas de refrigeração e congelação em virtude do tamanho da população a cobrir.

O equipamento padrão para os municípios com características rurais e as unidades sanitárias foi a mini arca RCW 50EG a electricidade e gás, com 24 litros netos de capacidade, não é suficiente para a maior parte dos municípios e para as unidades sanitárias urbanas de alta demanda. Estes devem ser renovados gradualmente por equipamentos a energia solar recomendados pela OMS/UNICEF (TCW 3000 SDD, TCW 2000 SDD e TCW 40 SDD) que têm 3 a 6 vezes maior capacidade de armazenamento e maior duração (20 anos) com manutenção mínima.

Para ultrapassar o défice de armazenamento a nível de algumas províncias e municípios foi aumentada a frequência das entregas de vacina com a conseqüente sobrecarga logística. Algumas administrações municipais realizaram compras de equipamentos de fornecedores locais não respeitando em alguns casos as especificações técnicas dadas pelo PAV. Estes equipamentos não estão sendo utilizados.

O processo de aquisição de equipamentos de cadeia de frio pelas Administrações municipais dificultou ter o conhecimento real da situação da cadeia de frio pelo nível central. Por esta razão, torna-se necessário actualizar o inventário a todos os níveis durante o ano 2015 para compatibilizar as necessidades de armazenamento com as novas compras.

O abastecimento de vacinas das províncias aos municípios realiza-se em geral de forma mensal em caixas isotérmicas adequadas sob responsabilidade dos municípios. Em alguns casos as unidades sanitárias são responsáveis do próprio abastecimento mensal ou com maior frequência.

Para a vacinação são utilizadas de forma sistemática e sem roturas de estoque seringas Auto bloqueantes e para a reconstituição de vacinas liofilizadas seringas descartáveis.

A eliminação do lixo da vacinação realiza-se em duas etapas: a primeira, mediante a utilização de caixas de destruição segura para seringas utilizadas e a segunda através da queima e aterro ao ar livre. Somente as unidades sanitárias de Luanda contam com um serviço de incineração privado para resíduos hospitalares incluindo o descarte de seringas.

Em Julho de 2014 foi realizado o inquérito de gestão efectiva de vacinas (EVM) numa amostra ao acaso dos depósitos centrais, 11 depósitos provinciais, 17 depósitos municipais e 34 unidades sanitárias. Os principais problemas gerais detectados foram:

- a) a nível das unidades sanitárias: falta de controlo de temperatura no final de semana e feriados, insuficiente controlo de estoque e falta de sistema de monitorização das perdas de vacina;
- b) a nível provincial e municipal foi mencionada a falta de registo de estoques e o insuficiente treinamento de técnicos. Foi também mencionada a insuficiente capacidade de armazenamento de vacinas em algumas províncias e municípios;
- c) a nível central os problemas foram a falta de gestão e conservação de vacinas num só sítio, a falta de controlo contínuo de temperatura e a inexistência de procedimentos operacionais padrão escritos.

Aprovisionamento e qualidade de vacinas

A aquisição das vacinas tradicionais e do material de vacinação realiza-se através da CECOMA mediante intermediários locais que importam vacinas. Não obstante existir suficiente capacidade de armazenamento nas câmaras centrais do PAV estas vacinas ainda não estão sendo centralizadas ficando a conservação sob a responsabilidade dos fornecedores com os seguintes riscos: má conservação, ruptura de estoque, etc.

O MINSA em convénio com a GAVI adquire as novas vacinas através do UNICEF a partir de fornecedores pré-qualificados e as mesmas são armazenadas no depósito central de vacinas do PAV. Os procedimentos padrão de empacotamento e envio, assim como o preenchimento dos formulários de qualidade de chegada de vacinas são implementados (Vaccine Arrival Report).

O abastecimento de vacina não segue o período semestral de abastecimento recomendado pela OMS, comprometendo o estoque de segurança e criando roturas de estoque. A principal causa deste problema é o atraso na disponibilização de verbas e deficiências no processo de previsão e compra. Aconteceram algumas roturas de estoque de vacinas da BCG e Pólio a nível central por períodos de um a dois meses.

Componentes de apoio do sistema de vacinação

Financiamento do programa

Financiamento governamental

O financiamento das actividades do Programa Alargado de Vacinação (PAV) é realizado em grande parte com fundos do OGE complementados com recursos de organismos de cooperação internacional e contribuições de outros parceiros. Ver análise quantitativa detalhada e projecções futuras no instrumento de custos em anexo (Immunization costing tool).

O orçamento do Ministério da Saúde tem duas linhas específicas para financiar as actividades do PAV sob responsabilidade do nível central, uma para o co-financiamento das novas vacinas e a outra para compra de vacinas tradicionais e actividades operacionais. Na eventualidade de necessidades adicionais pode-se recorrer a outras linhas orçamentais. Este orçamento aumentou de 21,9 a 47,3 milhões de Dólares de 2011 a 2014.

As actividades financiadas com recursos do OGE através do nível central são:

- a) Compra de vacinas tradicionais e novas para vacinação de rotina e campanhas de vacinação,
- b) Compra de material de vacinação e registo incluindo seringas, caixas seguras, algodão, livros, fichas de registo, cartões de saúde infantil e da mulher em idade fértil;
- c) Pagamento das despesas de transporte de vacinas e material do nível central para as províncias,
- d) Custos de funcionamento e manutenção das câmaras de conservação de vacinas do nível central;
- e) Parte dos custos de supervisão, capacitação e avaliação do programa.

Em geral não se apresentaram problemas no financiamento central, excepto o atraso no pagamento do co-financiamento de novas vacinas com a GAVI o que criou dificuldades para manter a contribuição da GAVI no período de graduação do País.

Os Governos provinciais são responsáveis de cobrir:

- a) Custos de supervisão do programa aos municípios de sua jurisdição;
- b) Transporte de vacinas e material gastável a seus municípios;
- c) Construção e instalação de câmaras de refrigeração e outros equipamentos de cadeia de frio provincial, assim como custos de funcionamento e manutenção.

No entanto muitas províncias não assumiram totalmente estas despesas ou fizeram parcialmente, reduzindo ao mínimo as supervisões, não construindo câmaras de refrigeração em províncias com mais de 1 milhão de habitantes e solicitando aos municípios a recolha de vacinas e material em vez de assumir a sua responsabilidade de entrega periódica ao município.

No contexto da desconcentração e descentralização administrativa do Governo Angolano, os recursos financeiros do MINSa para cobrir as despesas operacionais dos Cuidados Primários da Saúde foram transferidos desde 2010 às Administrações Municipais; inicialmente a um grupo piloto de 68 municípios e posteriormente a todos os municípios. No âmbito das imunizações estes recursos foram utilizados principalmente para as campanhas de vacinação, deslocação de equipas avançadas e móveis, aquisição e manutenção de equipamentos de cadeia de frio, motorizadas, equipamentos e outros materiais.

Financiamento externo

O grosso do financiamento externo do programa está alocado para a compra de novas vacinas e para apoio à vigilância epidemiológica principalmente de doenças preveníveis pela vacinação provenientes da GAVI, OMS e UNICEF. Ambas fontes de financiamento estão sendo reduzidas gradualmente, existindo o critério de que o Governo acrescente seus aportes para a manutenção das actividades a longo prazo.

Angola deixou de ser elegível a cooperação da GAVI por ter um rendimento per capita (PIB) acima de US 1.570 que é o limite máximo para continuar a receber apoio de acordo a resolução do Conselho Executivo da GAVI. Contudo, o País tem o direito de adquirir as vacinas a preços negociados pela Gavi por um período de 5 anos após a graduação através da Divisão de Compras do UNICEF que tem acordo especial com os fornecedores.

Em conformidade com os projectos de introdução de novas vacinas e o “Acordo de Parceria entre a República de Angola e a Aliança Global de Vacinas e Imunização” assinados pelos Ministros da Saúde e das Finanças de Angola e a GAVI, o financiamento das novas vacinas é realizado por um mecanismo de co-financiamento, correspondendo ao País aumentar gradualmente o montante do co-financiamento até cobrir 100% dos custos. Actualmente, o País encontra-se num período de graduação e deve cobrir 100% do custo da vacina Pentavalente a partir de 2016, da vacina Pneumo-13 em 2017 e a partir de 2018 o custo total da vacina contra o Rotavírus.

Considerando as dificuldades observadas no período 2011-2015 para o pagamento oportuno do co-financiamento, e tendo em conta as necessidades orçamentais que o governo Angolano terá que arcar para cobrir a totalidade dos custos de novas vacinas e vacinas tradicionais, será indispensável manter a prioridade política que actualmente tem o programa. A elaboração deste plano vai permitir uma orçamentação previsional que permitirá ao Governo mobilizar e liberar atempadamente os fundos.

Desenvolvimento de recursos humanos

A equipa técnica do PAV central é pequena para um programa reconhecidamente prioritário e que tem uma ampla carga de trabalho e responsabilidades. Seu reforço com pessoal técnico qualificado é crítico para garantir o cumprimento das actividades necessárias de gestão geral, monitorização, supervisão e capacitação do pessoal do programa das 18 províncias.

O recurso humano específico da Secção Nacional de Imunização até finais de 2014 é 37% inferior que em 2005 altura em que o programa oferecia apenas 8 vacinas contra 13 actualmente. Neste momento o programa conta com 1 médica chefe de secção, 3 técnicos de enfermagem que realizam a supervisão nacional do PAV, 1 médica a cargo da vigilância epidemiológica, 1 gestor de dados, 2 logísticos, 1 administrativo e 3 estivadores para apoio no armazém de vacinas e 1 empregada de limpeza.

A nível de cada uma das 18 províncias dispõe-se de 4 técnicos provinciais: vacinação, vigilância, cadeia de frio e logísticos em algumas províncias e a nível municipal conta com um supervisor de vacinação e um técnico de vigilância epidemiológica. Em Luanda a nível municipal conta com 1 logístico.

A nível dos hospitais e centros de saúde conta-se com um ou mais técnicos de vacinação e a nível dos postos de saúde tem-se em geral um técnico responsável pelas acções de saúde incluindo a vacinação.

A introdução de novas vacinas foi uma oportunidade para reforço geral dos conhecimentos do pessoal do PAV a todos os níveis em 2013 e 2014. Neste período também foram implementados encontros sub-regionais de capacitação em vigilância epidemiológica do pessoal provincial e municipal. Devido a alta rotação dos quadros, assistência irregular aos serviços, e o baixo nível de escolaridade dos técnicos de muitas unidades sanitárias principalmente na área rural, requer um maior reforço baseado nas competências específicas de cada nível de pessoal.

Para o efeito, prevê-se para o ano 2015 capacitar os supervisores provinciais e municipais do PAV e Técnicos de vigilância, mediante o “Curso padronizado da OMS para gestores médios do PAV” denominado MLM da sigla em inglês (Mid Level Managers Course) bem como os técnicos das unidades sanitárias. Esta estratégia de desenvolvimento de recursos humanos levará a sustentabilidade técnica do sistema de vacinação.

Gestão do Programa

O PAV é um dos programas do MINSa que tem dados periódicos de indicadores do desempenho até o nível municipal, para tomada de decisões. Conta também com informação de estoques de vacina e material do nível provincial bem como a ocorrência de casos de doenças preveníveis pela vacinação. A tomada de decisões é baseada em geral em dados, mas poderia ainda ser otimizada a todos os níveis com uma análise sistemática mensal dos distintos componentes operacionais do programa.

A implementação das medidas correctivas muitas vezes vê-se dificultada pelo insuficiente ou carência do pessoal, dificuldade de coordenação com outras instâncias ou programas e a falta de recursos materiais e financeiros. Existe um Comité de Coordenação Interagências do PAV (CCI), que se reúne com periodicidade mensal e de forma semanal em caso de emergência.

O CCI é coordenado por sua Excelência o Sr. Ministro da Saúde e integram os chefes de agências de cooperação (OMS, UNICEF e USAID), membros da sociedade civil como Grupo CORE, Rotary Internacional e Cruz Vermelha, representante da Sociedade de Pediatria, Presidente do Comité de Peritos da Pólio e Técnicos do MINSa. O CCI aprova e monitoriza a implementação de planos e actividades do programa a nível provincial e municipal.

As sub comissões técnicas, de mobilização e logística do CCI prestam apoio sistemático ao PAV para a planificação, implementação, monitorização das actividades, supervisão do pessoal provincial e avaliação das actividades do programa.

A nível provincial a gestão do programa está a cargo das Direcções Provinciais de Saúde, Secretaria Provincial de Saúde em Cabinda e Gabinete Provincial de Saúde em Luanda, que gerem o PAV de forma integrada com outros programas de saúde. As autoridades provinciais de saúde têm relação de dependência administrativa dos Governos Provinciais e apenas dependência técnica do MINSa. O nível provincial implementa actividades orientadas pelo nível central, define actividades próprias e na maioria dos casos apenas transfere os relatórios municipais sem apresentar relatórios consolidados provinciais do PAV ao nível central.

As administrações municipais são órgãos dependentes dos governos provinciais e no campo da saúde tem dependência técnica e administrativa do nível provincial. As Direcções Municipais de Saúde estão subordinadas as administrações municipais que gerem os recursos financeiros dos cuidados primários de saúde.

Coordenação e parceria

Monitoria e avaliação

A monitorização e a avaliação interna e externa são passos necessários para permitir o programa tomar decisões apropriadas na implementação das suas actividades da vacinação e da vigilância. As avaliações das actividades do PAV são baseadas nas análises de dados administrativas realizada semanalmente e mensalmente. Monitorização semanal tem como o alvo as PFAs, Sarampo, Febre-amarela e Tétano Neonatal. Mensalmente a Vacinação de Rotina, a vigilância sentinela de Rotavírus e Meningite. Além disso têm os estudos específicos (inquéritos) que são realizados regularmente.

As bases de dados estão disponíveis a nível central e provincial. Estas bases de dados são alimentadas com os dados dos relatórios mensais enviados por técnicos provinciais para os técnicos centrais e municipais para o nível provincial. Esses bancos de dados contêm as seguintes informações: datas de transmissão, tipos de sítios, o número de visitas necessárias por tipo de sítio, número de visitas e da data de conclusão das visitas. Estes elementos permitem a monitorização da integridade e prontidão das visitas da busca activa. Por exemplo em 2014 todos os 166 municípios do país mandaram os relatórios semanais e mensais. Portanto só 23% dos municípios têm 100% dos relatórios semanais e/ ou mensais das unidades sanitárias recebidos. Cada final do mês, uma análise é feita a nível provincial e central. A retro informação é enviada pelos responsáveis através de boletins semanais/ mensais enviados por e-mail, teleconferências etc.

A monitorização é feita em todos os níveis, através da recolha, análise, interpretação, divulgação e retro informação utilizando as ferramentas informatizadas. As reuniões de avaliação bianuais a nível operacional e a nível central realizam-se semestralmente.

Além disso, deve-se notar que atenção especial é dada aos municípios silenciosos e aqueles que têm pequena população (menos de 50.000 habitantes) e os municípios com a taxa baixa de comprimento das visitas de busca activa. O reforço da vigilância nessas áreas permite a reduzir as lacunas da vigilância ao nível operacional.

Os resultados da monitorização independente mostram que menos de 10% da população alvo pela vacinação de rotina escapa. As razões da não vacinação destas crianças são diversas, incluindo não visitar (revisitado) as casas de vacinadores e não informar as mães sobre as campanhas.

Análise de rotina é feito regularmente e de forma adequada na Secção de Imunização / PFA vigilância / Departamento de Higiene e Epidemiologia / Direcção Nacional de Saúde Pública, tendo em conta os níveis de todos os indicadores e desempenho dos níveis provincial e municipal. A análise descritiva do caso é feito e apresentado às reuniões do CCIA.

A monitorização dos indicadores de desempenho do PAV realiza-se por níveis:

- A nível central mensalmente durante as reuniões técnicas do PAV e nas reuniões do Comité de Coordenação Interagências são apresentados indicadores do PAV por município.
- Mensalmente o nível central realiza retro informação desta informação ao nível provincial.
- O Ministro / Vice Ministra da Saúde envia periodicamente cartas aos governadores provinciais informando sobre os indicadores de desempenho e dando recomendações.

- Na área de Laboratório, realizam-se reuniões mensais entre a equipa técnica do PAV e os técnicos de laboratório nacional de referência para monitorizar as actividades e intercambiar informação.
- O Comité Nacional de Peritos e o secretariado do PAV reúnem-se periodicamente para revisão dos indicadores de vigilância e vacinação, assim como para a classificação final dos casos de PFA.
- A nível provincial realizam-se reuniões mensais de análise integrada de dados de vacinação e vigilância por municípios. Esta actividade ainda não é sistemática e/ou regular.

Gestão de dados

O PAV Nacional estabeleceu um subsistema de informação para a vacinação de rotina que permite obter os indicadores chave de desempenho mensalmente. O sistema consta de um conjunto de formulários de colheita de dados de vacinação, formulários de consolidação e relatórios mensais para o nível da unidade sanitária, município e província. A nível local utiliza-se o gráfico simplificado de monitorização mensal do acesso a vacinação, cobertura e taxa de abandono; este gráfico encontra-se amplamente distribuído e utiliza-se em geral em todos os municípios.

Os dados das actividades de PAV podem ser divididos em duas categorias. O número de crianças vacinadas por grupo de idade, por tipo de vacina e por estratégia. A segunda trata de stokes de vacina e sua utilização. O sistema de informação é parte do sistema de informação do MINSA. Em 2014 foram iniciados os processos de Auto Avaliação de Qualidade de Dados a nível de municípios e províncias. Ainda e processos esta a ser desenvolvido.

Supervisão

A supervisão do PAV realiza-se em cascata: o nível central supervisiona o nível provincial com apoio dos parceiros devido a escassez de pessoal nacional a nível central. As supervisões são integradas aproveitando em muitas oportunidades as viagens de apoio as campanhas de vacinação com uma frequência de 2 a 3 vezes por ano. A supervisão da província aos municípios é realizada por equipas provinciais de vigilância e vacinação que realizam visitas mais regulares aproveitando as deslocações de vigilância activa com uma frequência mensal/bimensal. A supervisão das unidades sanitárias é realizada pela equipa municipal com uma frequência mensal. Durante as supervisões utilizam-se listas de verificação que engloba todos os componentes do sistema de vacinação.

As supervisões em geral não são regulares por limitações de meios de transporte e recursos financeiros para as ajudas de custos “per diem” dados os altos custos operacionais prevaletentes no País.

Análise FOFA

Forças	Oportunidades	Fraquezas	Ameaças
1. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS			
<ul style="list-style-type: none"> - Aumento em média de 23% por ano de postos fixos de vacinação nos últimos 4 anos; - Existência do sistema de informação de vacinação de rotina actualizado; - Introdução de novas vacinas; - Integração de outros serviços nas actividades de vacinação; - Alta demanda aos serviços de vacinação; 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento das infra estruturas sanitárias; - Aberturas e Reabilitação das vias de acesso; - Decentralização dos serviços de saúde; - Requalificação dos municípios e construção de novas centralidades; 	<ul style="list-style-type: none"> - Em 2014, 73 % de municípios com taxas de abandono superior a 10% - Existência elevado número de crianças não vacinadas com predominância nas sedes provinciais - Deficiente estratégia da recuperação das crianças faltosas; - Implementação das equipas avançadas não sistemática; - Deficiente análise e uso de dados ao nível sub nacional; - Insuficiente implementação da estratégia ACD; - Falta de um comité de monitorização e melhoria da qualidade de dados e sistema de informação 	<ul style="list-style-type: none"> - Redução das coberturas vacinais - Ocorrência de epidemias
2. APROVISIONAMENTO QUALIDADE E LOGISTICA DE VACINA			
<ul style="list-style-type: none"> - Existência de um inventário de equipamento de cadeia de frio - Existência de um plano de melhoria de gestão de vacinas - Existência de uma política e plano de gestão de resíduos - Existência de uma central de compras agrupadas; - Aquisição de 100% de vacinas e material de vacinação pelo Governo; - Existência de camaras de frio a nível central e em seis províncias do país com capacidade projectada para mais de 10 anos - Existência de uma empresa responsável pela distribuição da logística do PAV em todos pais - Realização da avaliação da gestão efectiva de vacinas - Existência de uma autoridade regulatório nacional de medicamentos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Aquisição logística das administrações municipais - Existência de apoio técnico dos parceiros - Apoio de equipamento de cadeia de frio de parceiros Internacionais e Nacionais 	<ul style="list-style-type: none"> - Rotura de estoque de vacina, - Insuficiente meio de transporte para distribuição de vacinas a nível provincial e municipal, - Não utilização do plano de melhoria da gestão de vacinas - Armazenamento das vacinas tradicionais nas camaras do fornecedor; - Insuficiente capacidade de armazenamento de vacinas em algumas províncias, municípios e unidades de saúde, - Fraca utilização do instrumento disponível para a gestão de vacinas 	<ul style="list-style-type: none"> - Aquisição de vacinas não pré-qualificadas pela OMS; - Aquisição de equipamento de frio não recomendado pela OMS,
3. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA			

<ul style="list-style-type: none"> - Existência de um sistema de vigilância das PFA integrado a outras doenças - Vigilância sentinela de rotavírus e meningite bacteriana funcional - Implementação da vigilância ambiental da pólio - Existência de um plano de resposta a epidemia da pólio - Existência de uma rede de vigilância comunitária 	<ul style="list-style-type: none"> - Existência de um projecto de Agentes Comunitário de Saúde - Apoio de parceiros e sociedade civil - Existência de novas tecnologias 	<ul style="list-style-type: none"> - Debilidade do sistema de vigilância dos eventos adversos pós vacinação - Existência de municípios silenciosos particularmente a vigilância do Sarampo e Febre- amarela 	<ul style="list-style-type: none"> - Ocorrência de surtos epidémicos nas áreas silenciosas
COMUNICAÇÃO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL			
<ul style="list-style-type: none"> - Existência de um plano de comunicação social - Realizados estudos de avaliação do comportamento, demanda e acesso aos serviços de vacinação, - Existência de logotipo para cada vacina, 	<p>Existência da política dos agentes comunitário</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fraca implementação das actividades em prol da vacinação de rotina - Inexistência de planos provinciais e municipais da vacinação de rotina - Insuficiente material de mobilização social - Fraca mobilização de recursos para a mobilização social 	<ul style="list-style-type: none"> - Rejeição da população aos serviços de vacinação
4. GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS			
<p>Existência de um plano nacional de desenvolvimento sanitário 2014-2025</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existência de um plano estratégico de desenvolvimento de recursos humanos actualizado - Aumento constante do número de profissionais de Saúde com mestrado em Saúde Publica - Existência de uma política de participação comunitária - Existência de técnicos do nível central e provinciais formados em MLM; 	<p>Aumento do número de escolas de saúde (enfermagem e medicina)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descentralização do processo de recrutamento dos profissionais de saúde desde 2002, - Existência de infra-estruturas para os profissionais de saúde - Existência de um projecto de agentes comunitários 	<p>Insuficiência de técnicos de saúde e profissionais qualificados (Exp.1 médico/10.000 hab, 1 parteira /100.000 hab)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concentração de profissionais qualificados nas grandes cidades Exp. Luanda com 42% - Inexistência de um mecanismo de gestão de horário de trabalho para os profissionais estudantes - Inexistência de um mecanismo para retenção dos profissionais de saúde nas suas áreas de trabalho - Unidades de saúde funcionais apenas com um profissional de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Limitação de recrutamento de profissionais de saúde qualificados ou sem perfil desejado - Fuga de técnicos para outros Ministérios ou Instituições privadas - Diversificação do currículo de formação das instituições privadas e estatais
5- GESTÃO DE PROGRAMAS			
<ul style="list-style-type: none"> -- Existência de CCI funcional - Existência de uma Entidade Nacional Reguladora de Vacinas (ANR) - Existência de um grupo técnico para apoio ao programa de vacinação - Plano Municipal de Desenvolvimento 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio técnico e financeiro dos parceiros - Existência de formadores nacionais para o curso de MLM 	<ul style="list-style-type: none"> - Política nacional de vacinação não actualizada - Falta de reuniões de advocacia ao parlamento para apresentação da situação do programa, 	<ul style="list-style-type: none"> - Inexistência de uma legislação que permita a criação do Fundo Nacional de Vacinação

<p>Sanitário incluindo a vacinação,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realização de avaliação externa do Programa - Realização de inquéritos de cobertura vacinal - Técnicos formados em gestão de programas (MLM) - Existência de um plano de transição 			
FINANCIAMENTO			
<ul style="list-style-type: none"> - Existência de uma linha orçamental do OGE para as actividades de imunização - Existência de fundo da municipalização dos cuidados primários de saúde alocado as administrações - 	<ul style="list-style-type: none"> - Existência de apoio financeiro de parceiros internacionais - Existência de apoio financeiro do projecto de combate a pobreza - Existência do apoio financeiro da GAVI para introdução de novas vacinas - Acesso a compra de vacinas com os preços negociados pela GAVI 	<ul style="list-style-type: none"> - Fraca absorção dos fundos dos cuidados primários de saúde a favor da Imunização. - Falta de priorização de investimento para a área de Imunização 	<p>Utilização dos fundos dos cuidados primários de saúde para outras áreas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de legislação para obtenção de financiamento para Imunização - Novas políticas de transferência de fundos ao exterior do país- - Crise económica Mundial devido a queda do preço do petróleo

Estabelecimento de prioridades nacional

Visão da imunização para Angola 2020

1. A imunização é essencial para o fortalecimento do sistema de saúde e é oferecida de forma gratuita em **todas** as unidades sanitárias públicas e privadas de forma contínua e sustentada.
2. Cada criança, adolescente ou adulto tenha acesso similar às vacinas, sem distinção do lugar de residência, sexo ou situação socio económica.
3. Desenvolver a capacidade técnica e dotar de meios adequados para transportar, conservar, administrar as vacinas e destruir o material utilizado mantendo altos padrões de qualidade e segurança, ser capazes de realizar a vigilância epidemiológica das doenças alvo do PAV de forma a detectar rapidamente modificações no padrão epidemiológico.

Missão do MINSA em relação à imunização

A missão do Ministério da Saúde no domínio da imunização é de criar condições e facilitar meios para proteger a população alvo contra doenças preveníveis pela vacinação.

Prioridades do Plano Plurianual do PAV 2016-2020

As prioridades do MINSA para o quinquénio 2016-2020 têm a ver com o reforço do sistema de vacinação no seu conjunto, privilegiando aqueles aspectos fracos para um desenvolvimento harmónico e eficiente do mesmo, no contexto das acções e prioridades do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025.

O processo de priorização deverá ser muito criterioso, para balancear as prioridades programáticas com as restrições orçamentais do período de crise económica. Será necessário melhorar a gestão

dos recursos disponíveis a todos os níveis.

Principais problemas e níveis de prioridades

Prestação de serviços

- Concentração de crianças não vacinadas nas sedes das províncias
- Elevada taxa de abandono
- Inadequada qualidade de dados

Logística

- Insuficiente capacidade de armazenamento das vacinas a nível sob nacional
- Controlo inadequado de vacina e materiais
- Insuficientes meios de transporte para distribuição de vacinas a nível provincial e municipal

Vigilância epidemiológica

- Existência de municípios silenciosos particularmente a vigilância do Sarampo e Febre- amarela
- Debilidade do sistema de vigilância dos eventos adversos pós vacinação

Comunicação e mobilização social

- Existência de municípios silenciosos particularmente a vigilância do Sarampo e Febre- amarela
- Debilidade do sistema de vigilância dos eventos adversos pós vacinação (2)

Gestão de Recursos humanos

- Insuficientes recursos humanos (1)

Gestão de programas

- Falta de actualização da política nacional de vacinação (1)
- Falta de reuniões de advocacia ao parlamento para apresentação da situação do programa (2)

Financiamento

- Inadequada utilização dos fundos dos cuidados dos cuidados primários de saúde (1)

Prioridade 1: Melhoria da eficiência dos componentes operacionais do sistema de vacinação para o aumento do acesso, utilização e qualidade dos serviços de vacinação.

Actividades:

- a) Expandir/Reforçar a rede de postos fixos de vacinação de rotina dotando equipamento de cadeia de frio e assegurar capacitação teórico-prática para dotar competências ao pessoal das unidades sanitárias;
- b) Assegurar visitas de equipas avançadas planificadas pelas unidades sanitárias, a comunidades ou bairros sem serviços de saúde com uma frequência de 4-6 visitas ano a cada localidade, promovendo a participação da comunidade;
- c) Estabelecimento de um mecanismo para a recuperação das crianças faltosas;
- d) Criação de um comité de monitorização e melhoria da qualidade de dados e sistema de informação;
- e) Assegurar a nível central o abastecimento de vacinas de 6 em 6 meses e manter um estoque permanente de segurança para 3 meses;
- f) Assegurar à curto prazo a capacidade de armazenamento da cadeia de frio positiva para armazenar os imunobiológicos num período de 3 meses em todos os depósitos províncias e 1 mês nos depósitos municipais;
- g) Aumentar a sensibilidade do sistema de vigilância epidemiológica de doenças preveníveis pela vacinação,
- h) Regularizar as visitas de vigilância activa integrada, aos pontos focais institucionais e comunitários com periodicidade de acordo com o nível de prioridade;
- i) Aquisição de vacinas pré-qualificadas de provedores idóneos que assegurar os preços mais baixos do mercado, qualidade de processos e transparência;
- j) Assegurar a vigilância dos efeitos adversos pós vacinação.

Prioridade 2: Promover consensos e articular alianças para reforço dos componentes de apoio do sistema de vacinação.

Actividades:

- a) Assegurar prioridade total ao financiamento governamental oportuno de todas as vacinas tradicionais e novas do calendário nacional de vacinação, de forma sustentável a longo prazo;
- b) Mobilizar recursos adicionais de outras fontes;
- c) Aumentar o pessoal para equipa central do PAV, nível provincial e municipal mediante a racionalização de recursos humanos existentes no sistema de saúde;
- d) Apoiar a capacitação gradual MLM em cascata de todas as equipas provinciais e do pacote de vacinação em prática para as equipas de unidades sanitárias sob supervisão e apoio do nível central.

Objectivo

Contribuir na redução da morbilidade e mortalidade da população de Angola por doenças preveníveis pela vacinação, no período de 2016-2020.

Objectivos específicos e metas

Objectivo 1. Atingir em 2020 a metas Regional e Global de vacinação de rotina.

- a) Alcançar 95% ou mais de cobertura nacional e provincial de vacinação de rotina com todos os antigénios: BCG, Pólio, Penta, Pneumo, Rota, Sarampo e Febre-amarela, HepB a nascença e TT-2+;
- b) Introduzir a vacina Pólio inactivada (IPV) no calendário nacional de vacinação de rotina e atingir 95% de cobertura vacinal em crianças menores de um ano;
- c) Atingir 95% de cobertura de vacinação de rotina com todos os antigénios em todos os municípios do País.
- d) Introduzir a vacinação contra o vírus de papiloma humano e a vacina dupla viral (sarampo e rubéola).

Objectivo 2. Manter o estatuto de País livre da Poliomielite até 2018 como parte da certificação na região de AFRO da OMS

- a) Documentar as actividades da Iniciativa de Erradicação da Poliomielite e conter o Poliovírus Selvagem na rede de laboratórios antes de 2018.
- b) Atingir e manter a taxa de PFA não Pólio anualizada $\geq 3.0/100.000$ menores de 15 anos e uma taxa de amostras oportunas $\geq 80\%$ a nível nacional e nas 18 províncias do País.
- c) Atingir 80% de amostras de casos de PFA que cheguem a nível central num período inferior a 3 dias depois de colhida a 2ª amostra.
- d) Manter a vigilância ambiental semanal do Poliovírus no sistema de esgotos da Província de Luanda e estender a outras províncias do País.
- e) Reduzir o número de crianças não vacinadas durante as campanhas de vacinação suplementar contra a Pólio a menos de 5% em todos os municípios do País.

Objectivo 3. Certificar a eliminação do sarampo e reduzir a rubéola e a rubéola congénita até 2020

- a) Alcançar, a nível nacional, uma incidência inferior a um caso confirmado de sarampo por 1 milhão de habitantes;
- b) Atingir pelo menos 80% dos municípios com 1 caso suspeito de sarampo com amostra de sangue;
- c) Atingir pelo menos 2 casos febris com exantema não sarampo por 100000 habitantes em cada município;
- d) Atingir uma cobertura de sarampo1 $\geq 95\%$ ao nível nacional e municipal; sarampo2 90%;
- e) Alcançar pelo menos 95% de cobertura das ASV contra o sarampo em todos os municípios;
- f) Introduzir a vacina da rubéola (MMR ou MR) antes de 2020.

Objectivo 4. Certificar a eliminação do Tétano Neonatal até 2017

- a) Alcançar, a nível nacional e em todos os municípios do País uma incidência inferior a um caso confirmado de tétano neonatal por mil nascidos vivos;
- b) Atingir uma cobertura de dT2+ $\geq 90\%$ ao nível nacional e municipal;
- c) Alcançar pelo menos 95 % de cobertura das ASV contra o tétano em mulheres em idade fértil nos municípios de risco.

Estratégias

Prestação de serviços de vacinação

Os serviços de vacinação de rotina enquanto componente dos Cuidados Primários de Saúde, serão *prestados de forma integrada com as intervenções para as mães e as crianças*, tanto nos postos fixos como nas equipas avançadas e móveis, utilizando a vacinação como uma plataforma integradora para a promoção do serviço de saúde, organização do atendimento e das visitas de seguimento.

As estratégias de prestação de serviços de vacinação centram-se em como aumentar a cobertura utilizando a abordagem descentralizada do fortalecimento dos serviços municipais de saúde. Focalizando nas áreas com maior número de crianças não vacinados *melhorando o acesso e reduzindo os abandonos* ou seja a utilização.

A abordagem “*Atingir cada Município e cada Comunidade*” (ACM / ACC) centra-se nas etapas de planificação, gestão e monitorização dos serviços de saúde para melhorar à curto prazo a cobertura de vacinação. O nível de execução primária da abordagem é o município, onde se desenvolvem competências locais para planificar, implementar e monitorizar os seus próprios serviços de vacinação utilizando de forma contínua os dados do programa para monitorar o progresso e resolver problemas.

A ACM / ACC é utilizada em Angola desde 2003, mas, será necessário criar condições e apoiar as equipas municipais a desenvolver os cinco componentes operacionais dessa abordagem: 1) *micro planificação participativa* das actividades e melhoria da gestão de recursos humanos e financeiros em coordenação com a administração municipal; 2) *Atingir às populações-alvo*, melhorando o acesso da população alvo aos serviços de vacinação fixos, *avançados e móveis*; 3) Fortalecer o *vínculo das unidades sanitárias com as comunidades*, realizando parcerias com as Líderes tradicionais, religiosos e organizações sociais das comunidades para promover e prestar os serviços; 4) Supervisão formativa, capacitação em serviço de forma regular, retro informação e seguimento das acções correctivas com os técnicos de saúde e 5) Monitorização para a acção utilizando o gráfico de monitorização e outros instrumentos, retro informação para uma auto-avaliação e melhoria contínua.

A finalidade da abordagem ACM/ACC é de concentrar-se na planificação a nível municipal e direccionar recursos para onde eles são mais necessários; quer dizer para os municípios com maior número absoluto de crianças não vacinadas e maior taxa de abandono, activando e incentivando os municípios para analisar seus problemas e desenvolver soluções práticas, assim como prestar apoio para que eles supervisionem e apoiem regularmente o pessoal das unidades sanitárias.

Logística e cadeia de frio

A abordagem de reforço da logística e cadeia de frio, nos três níveis do sistema de saúde, têm implicações para garantir a conservação, transporte e disponibilização contínua de vacina e material nos postos de vacinação, assegurar a potência das vacinas e eficácia da vacinação.

Para este efeito será necessário actualizar o inventário dos equipamentos e realizar uma avaliação rápida da situação, para propor aumento da capacidade de armazenamento da cadeia de frio positiva. Será priorizada a compra de equipamentos para cobrir o défice de capacidade de armazenamento da cadeia de frio positiva dos depósitos de redistribuição de vacina do nível provincial e municipal.

As Províncias ou municípios com população maior a 1 milhão de habitantes serão dotadas de câmaras de refrigeração com recursos locais complementados com fundos de doadores e outros parceiros. Os depósitos de vacinas de províncias ou municípios com défice de capacidade de armazenamento serão cobertos preferivelmente com equipamentos a energia solar para refrigeração e compartimentos de congelação para acumuladores. Antes da instalação dos equipamentos o pessoal local deverá ser capacitado nos procedimentos de limpeza e manutenção das arcas e painéis solares.

A extensão da rede de postos fixos de vacinação, será feita com base no inventário geral de todas unidades sanitárias e disponibilidade e tipo de equipamento de cadeia de frio. A prioridade será dada aos equipamentos a energia solar nas unidades sanitárias com alta demanda de serviços de vacinação que não disponham de equipamentos funcionais. A seguir se estenderá a rede de postos fixos a unidades sanitárias com pelo menos 2 funcionários e população alvo de sua área de abrangência no mínimo de 5.000 habitantes.

Para assegurar a gestão adequada de estoque de vacina e material de vacinação, dever-se-á utilizar o instrumento computadorizado de controlo padronizado pela OMS a nível central, provincial e municipal, além do registo manual de movimento de estoque que deve estender-se até as unidades sanitárias. A distribuição de vacinas do nível central as províncias será trimestral, das províncias aos municípios mensal ou bimensal e as unidades sanitárias se recomenda distribuição mensal ou com base do consumo. Em todos os níveis deverá manter-se um estoque de segurança de 25 % da necessidade para o período de abastecimento. No fim de cada mês a província deverá enviar a secção de imunização por correio electrónico um relatório de disponibilidade de vacina e material e os municípios farão o mesmo para o nível provincial, utilizando telefone ou correio electrónico.

A monitorização contínua da temperatura de controlo de vacinas nos depósitos central provincial e municipal, assim como em todas as unidades sanitárias será realizado com termómetros electrónicos simples a pilha ou electricidade. A temperatura máxima e mínima, será registada manualmente duas vezes por dia incluindo fins-de-semana e feriados. Estes termómetros serão utilizados também para envio de vacinas entre os depósitos de conservação de vacinas.

Para a logística de vacinação por equipas avançadas ou móveis, deverão ser mobilizados recursos locais para a compra de viaturas, motas e bicicletas e utilizar viaturas disponíveis no serviço ou utilizar o transporte público.

Vigilância epidemiológica

A vigilância das doenças preveníveis pela vacinação continuará a ser realizada no contexto da Vigilância Integrada de Doenças e Resposta (VIDR). Será dado ênfase na capacitação das equipas provinciais, municipais

e pontos focais das unidades sanitárias nos conteúdos básicos da vigilância, da investigação epidemiológica de casos e surtos e na gestão de dados.

A vigilância baseada em casos será reforçada através das equipas de vigilância activa da Pólio que visitam regularmente as unidades sanitárias e os sítios de vigilância das comunidades. A investigação de casos de paralisia flácida aguda (PFA), casos suspeitos de sarampo, tétano neonatal, febre-amarela será de forma integrada, e requerem aumentar a sensibilidade para alcançar os principais indicadores em função do objectivo.

O laboratório do Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP) deverá continuar a receber apoio técnico da OMS para as actividades de contenção do Poliovírus Selvagem, para o controlo de qualidade e reforço institucional em particular do diagnóstico serológico do sarampo e febre-amarela. O envio de amostras nasofaríngea de casos suspeitos de sarampo, ao laboratório regional de referência para diferenciação genotípica será realizado para seguimento da origem dos vírus em circulação. O INSP continuará a ser fortalecido para a concentração de amostras de vigilância ambiental do Poliovírus e o envio das mesmas ao laboratório de referência.

A vigilância sentinela das doenças causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b, *Streptococcus pneumoniae* e Rotavírus continuará a ser realizada no Hospital Pediátrico de Luanda David Bernardino, que actualmente conta com recursos humanos capacitados e dotados de meios adequados e um laboratório equipado com capacidade de detectar os antígenos específicos. Prevê-se estender para mais uma unidade de Luanda e nas províncias de Benguela, Huambo e Huila.

Avaliação da qualidade de dados de vacinação

Para melhorar a confiabilidade dos dados administrativos da vacinação serão postas em prática as habilidades desenvolvidas com os treinos feitos para este fim. A integralidade e a prontidão serão os primeiros indicadores a serem revistos com periodicidade mensal. A nível municipal e provincial serão feitas reuniões de análises para determinar as acções a seguir a fim de corrigir os indicadores em falta ou com fraco desempenho bem como os outros indicadores. A auditoria semestral da qualidade dos dados será realizada tomando como amostra unidades sanitárias, municípios e províncias. De forma rotineira critérios básicos de verificação da qualidade dos dados estão inclusos na lista de verificação da supervisão por níveis; central a provincial, provincial a municipal e municipais as unidades sanitárias.

Se mantiveram os ajustes no subsistema de informação do PAV para melhorar em forma permanente a qualidade dos dados, também se realizara a introdução do registo nominal de vacinados em vez de ficha de registo e a informação por unidade sanitária no relatório municipal.

Advocacia e comunicação

A advocacia com entidades de decisão nacional, provincial e municipal deverá continuar para manter a alta prioridade que actualmente tem a imunização, focando na mobilização atempada de recursos financeiros, para vacinas e actividades do programa. Para o efeito regularizar-se um boletim de advocacia com a semelhança do que foi utilizado durante a implementação do plano de emergência para a erradicação da Poliomielite. Serão também organizados eventos com doadores e parceiros, visitas das autoridades nacionais e chefes de agências às províncias e municípios críticos.

A comunicação interpessoal será privilegiada, utilizando manuais e material promocional e normalizando a formação de técnicos de vacinação e líderes comunitários para melhorar a empatia e confiança dos utentes. As investigações operacionais socio antropológicas continuarão a ser apoiadas para orientar a elaboração de

materiais de apoio e mensagens informativas e educativas a serem validadas com antecedência e veiculados por distintos meios.

A mobilização social, que reforça o vínculo dos serviços de saúde com a comunidade, continuará a ser promovida não somente para as campanhas de vacinação, mas também para promoção da vacinação de rotina com amplo envolvimento dos líderes comunitários.

Para reforçar a comunicação pela mass média, a rádio e a televisão serão priorizadas, procurando na veiculação de mensagens nas horas nobres com frequência de 3 a 4 vezes por dia, renovados trimestralmente.

Aprovisionamento e qualidade de vacinas

A estimativa de vacinas e seus custos deve-se preparar no mês de Julho do ano anterior para sua orçamentação e informação ao laboratório fornecedor. Isto é importante sobretudo para vacinas com produção limitada tais como a vacina BCG, Febre-amarela e pólio-bivalente.

Todas as vacinas compradas deverão ser pré-qualificadas e adquiridas de provedores que garantam qualidade, procedimentos padrão de embalagem e envio assim como baixos custos no contexto do mercado mundial. Os fornecedores deverão dar pré-alerta atempada da chegada da vacina, verificando a recepção da informação pela autoridade competente do MINSA. Após recepção da vacina é obrigatório o preenchimento do formulário padrão pela autoridade do Ministério.

A responsabilidade de recepção, armazenamento e distribuição das vacinas tradicionais e novas vacinas deverá ser única integrando procedimentos e os recursos humanos do PAV e CECOMA. Todas as vacinas adquiridas para o PAV deverão ser armazenadas na câmara central de vacinas e distribuídas aos depósitos regionais e provinciais.

A autoridade reguladora de vacinas (ARV), dependente da Direcção Nacional de Equipamentos e Medicamentos (DNEM), é responsável pelo registo, autorização e controlo da qualidade das vacinas que entram no País. O departamento de farmacovigilância da DNEM, em coordenação com o PAV nacional é responsável da farmacovigilância dos efeitos adversos pós vacinação em particular das novas vacinas.

Financiamento sustentável

As vacinas são consideradas um bem público. Por tanto, todo cidadão do grupo alvo tem direito a ser beneficiário das vacinas contidas no Calendário Nacional de Vacinação de forma gratuita. Por esta razão, o Governo está a desenvolver mecanismos de financiamento sustentável a longo prazo.

O custo das vacinas tradicionais está coberto na íntegra pelo OGE desde 2007. Com a introdução das novas vacinas (Pentavalente, PCV-13 e Rotarix), mais caras que as vacinas tradicionais há necessidade de recursos financeiros adicionais na linha orçamental do OGE. A partir de 2018, o custo total de novas vacinas e tradicionais será suportado pelo Governo de Angola. O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário prevê a introdução da vacina contra a Pólio (VPI), a vacina contra Papiloma Vírus Humano (VPH) e a vacina combinada Sarampo-Rubéola (SR) para estas vacinas conta-se com o co- financiamento da GAVI. Para assegurar o financiamento das vacinas, material de vacinação e outras despesas do nível central, o MINSA estabeleceu duas linhas orçamentais, uma denominada Imunização PAV/UNICEF e outra Imunização PAV. No contexto do

orçamento em saúde e da economia Angolana, considera-se que o orçamento atribuído ao PAV é razoável dado seu elevado custo-benefício.

Do ponto de vista estratégico e prático a previsão orçamental a longo prazo realizada pelo instrumento de custos (costing tool) anexo a este plano, será de grande utilidade para facilitar a orçamentação anual ou quinquenal do MINSA. As compras de vacina e equipamentos de cadeia de frio deverão ser realizadas via UNICEF, instituição que garante qualidade, segurança, transparência e com preços 4 vezes mais baixos comparado com o mercado.

Para viabilizar procedimentos burocráticos fluidos no processo de compra de vacina por importação e pagamento antecipado, será necessário a formalização do fluxo de tramitação mediante memorando de entendimento intergovernamental das instituições envolvidas.

Outro elemento estratégico para o financiamento sustentável dos custos operacionais das actividades do PAV a nível local é a regulamentação do uso dos recursos financeiros dos cuidados primários de saúde, descentralizados às Administrações Municipais. Isto significa atribuição de fundos aos municípios tendo em conta a população municipal a servir, definição das linhas orçamentais que garantam o financiamento de actividades de extensão de cobertura do PAV, assim como a participação activa das Direcções Municipais de saúde na planificação e seguimento do uso destes recursos.

Desenvolvimento dos recursos humanos do sistema nacional de saúde

Angola, ainda deve considerar-se um País pós conflito, não obstante ter passado mais de uma década depois do Acordo de Paz de Luena, devido as distorções que introduziram as deslocações causadas pela guerra, o rápido crescimento populacional e o reassentamento causaram uma iniquidade tanto a nível da rede de serviços de saúde e a distribuição do pessoal.

Os recursos humanos do sistema nacional de saúde, predominam pessoal de enfermagem pouco qualificado e escassos profissionais médicos e administrativos qualificados. O rápido desenvolvimento de faculdades públicas e privadas de ciências da saúde em várias províncias vai gradualmente cobrir a grande lacuna existente.

Em relação a informação acima exposta, é claro que as políticas nacionais de requalificação do pessoal de enfermagem, que oferecem oportunidades em todas as províncias para profissionalizar o pessoal, terão efeito a longo prazo.

A capacitação do pessoal de saúde em imunização nas instituições formadoras, em particular de enfermagem e medicina, requiere a revisão curricular a sua aprovação, a capacitação dos docentes e a dotação de material técnico adequado. Foram formados docentes do Instituto Superior de Ciências da saúde e da Universidade Agostinho Neto e se prevê ainda a formação de formadores em 2015 com envolvimento de mais docentes.

A estratégia para a melhoria do desempenho do pessoal do PAV a curto e médio prazo, baseia-se no apoio a capacitação em cascata do Curso MLM a todas as equipas provinciais e municipais do País, o seguimento e apoio subsequente. Para este efeito já foram capacitados 30 formadores nacionais de 18 províncias do País. Para elevar o desempenho em vacinação do pessoal das unidades sanitárias será necessário capacitar formadores e o pessoal das unidades sanitárias no pacote educativo "*Vacinação em prática*".

Gestão

Para fortalecer a gestão do PAV a nível central é crítico reforçar a equipa central com técnicos qualificados em saúde pública, gestão de dados e logística/cadeia de frio. Dadas as restrições municipais de saúde para o acréscimo de pessoal, será necessário racionalizar o pessoal de outras entidades para reforçar o PAV. O apoio técnico contínuo de consultores internacionais será indispensável para desenvolver a capacidade nacional e atingir os desafios do Plano Global de Imunização.

A gestão de sustentabilidade assegurará a continuidade das actividades do PPAC anterior e requer promover a mobilização de recursos humanos, financeiros e materiais para o PAV, na sua justa distribuição e utilização racional. Na conjuntura de crise económica terá que reforçar-se a capacidade de definir prioridades e tomar decisões para assegurar cumprimento de metas com menos recursos. Neste contexto, terá que gerir os esforços de forma coordenada com outros programas de saúde, isto requer competências em comunicação, liderança, motivação, relações interpessoais e trabalho de equipa.

Após a avaliação externa de todos os componentes do sistema de vacinação, a equipa de gestão do MINSa terá que implementar medidas correctivas para uma melhor implementação das recomendações. A mesma deverá avaliar regularmente o desempenho do trabalho, promover auditorias da qualidade dos dados e reforçar a monitorização das actividades com indicadores de consenso a todos os níveis do sistema de saúde e desta maneira contribuir na sustentabilidade técnica do programa. A gestão também terá que se adaptar tendo em consideração as mudanças introduzidas pelo ambiente interno e externo do período de crise económica. A pesquisa operacional deverá ser promovida, apoiada e os resultados utilizados para melhor gestão do PAV.

O papel do CCI na gestão do PAV, deverá manter-se para reforçar o apoio político para coordenar os esforços das distintas agências de cooperação, dos programas e projectos do MINSa. Um dos desafios do CCI será de acompanhar, orientar a implementação das actividades chave, identificar as fraquezas, obstáculos, oportunidades e encontrar soluções alinhadas com o presente PPAC 2016-2020 vinculado ao Plano de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025.

O estabelecimento de um grupo de peritos independentes (NITAG) para apoiar o MINSa nas decisões de política, priorização e implementação de novas orientações, contribuirá numa melhor gestão do programa no curso da implementação deste Plano Plurianual.

MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO COM INDICADORES

O Plano Plurianual do PAV será avaliado durante as reuniões anuais de avaliação provincial com os municípios e as posteriores reuniões de avaliação do nível central com as equipas provinciais de vigilância e vacinação, com base no cumprimento dos seis objectivos específicos e nos resultados esperados para cada um deles. Nas reuniões também participarão os parceiros e eventualmente representantes dos doadores.

- Os indicadores de processo serão monitorizados mensalmente (ver anexo Nº2) durante as reuniões do CCI. A retro informação será realizada mediante o boletim trimestral de imunizações.
- Cada primeira semana do mês de Maio de cada ano será levada a cabo a avaliação da Gestão Efectiva de Vacinas e Armazéns,
- Cada 6 meses será implementada a auditoria interna de dados de vacinação tendo como amostra de províncias, municípios e unidades sanitárias.
- Inquéritos de cobertura vacinal serão implementados anualmente em municípios com informação questionada.

- Avaliações de campo serão levadas a cabo um mês depois de introduzida cada nova vacina
- Informes de gestão financeira e situação das prestações de conta de fundos do governo e parceiros será apresentada trimestralmente nas reuniões do CCI.
- Cada fim de ano (ao principio de ano) será realizada uma reunião de avaliação do PAV para rever processos incompletos e realizações e estabelecer as estratégias de ajuste para realizar a revisão das actividades.

Anexo 1 Orçamento Plano Plurianual do PAV 2011-2015 em USD

cMYP Component	Expenditures		Future Resource Requirements				
	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
	2014	2016	2017	2018	2019	2020	Total 2016 - 2020
Vaccine supply and logistics (routine only)	\$36.280.965	\$42.041.315	\$59.928.062	\$65.675.336	\$70.345.416	\$73.526.550	\$311.516.678
Service delivery	\$11.988.392	\$12.264.003	\$12.720.613	\$13.015.981	\$18.062.393	\$18.423.641	\$74.486.632
Advocacy and Communication	\$803.302	\$1.101.231	\$1.347.907	\$1.539.848	\$1.759.123	\$2.009.621	\$7.757.730
Monitoring and disease surveillance	\$19.442.459	\$26.499.309	\$29.909.005	\$33.690.633	\$36.774.994	\$42.893.732	\$169.767.674
Program management	\$8.811.460	\$10.128.429	\$12.549.935	\$15.754.274	\$18.477.656	\$24.249.253	\$81.159.547
Supplemental immunization activities (SIAs)	\$11.707.677	\$2.617.361	\$11.873.982	\$3.586.258	\$1.950.136	\$6.357.086	\$26.384.824
Shared Health Systems Costs (EPI Portion)	\$4.781.091	\$4.876.712	\$6.845.914	\$5.781.810	\$8.611.479	\$5.079.793	\$31.195.709
Grand Total	\$93.815.346	\$99.528.360	\$135.175.419	\$139.044.140	\$155.981.197	\$172.539.678	\$702.268.794

Routine recurrent costs	Cost category	Expenditures		Future Resource Requirements				Total
		2014	2016	2017	2018	2019	2020	Total 2016 - 2020
	Vaccines (routine vaccines only)	3.450.243	900.167	924.478	949.437	975.068	1.001.397	\$4.750.547
	Traditional	\$888.477	\$900.167	\$924.478	\$949.437	\$975.068	\$1.001.397	\$4.750.547
	Underused	\$2.561.766	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
	New	3.450.243	900.167	924.478	949.437	975.068	1.001.397	\$4.750.547
	Injection supplies	\$888.477	\$900.167	\$924.478	\$949.437	\$975.068	\$1.001.397	\$4.750.547
	Personnel	\$2.561.766	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
	Salaries of full-time EPI health workers (immunization specific)	\$8,486,961,179	3.338.627	0	9.164.250	0	0	4.354.292
	Per-diems for outreach vaccinators/mobile teams	\$2,662,405,200	\$3.338.627	\$0	\$9.164.250	\$0	\$0	\$4.354.292

Per-diems for supervision and monitoring	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Transportation	1.468.563	817.027	860.777	1.687.384	0	0	\$3.365.188
Fixed Site Strategy (Incl. Vaccine Distribution)	\$1.468.563	\$817.027	\$860.777	\$1.687.384	\$0	\$0	\$3.365.188
Outreach strategy	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Mobile strategy	0	0	0	0	0	0	\$0
Maintenance and overhead	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Cold chain maintenance and overhead	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Maintenance of other capital equipment	0	0	0	0	0	0	\$0
Building Overheads (Electricity, Water...)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Short-term training	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
IEC/Social Mobilization	0	0	0	0	0	0	\$0
Disease Surveillance	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Program management	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Other routine recurrent costs	0	0	0	0	0	0	\$0
Subtotal	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

Routine capital costs	Routine capital costs						
------------------------------	------------------------------	--	--	--	--	--	--

Vehicles (100% EPI)	\$0	\$219.300	\$457.776	\$0	\$59.534	\$0	\$736.610
Cold chain equipment	\$208.355	\$20.464	\$22.237	\$36.677	\$35.791	\$210.428	\$325.597
Other capital equipment	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Buildings Construction (100% EPI)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Subtotal	\$208.355	\$239.764	\$480.013	\$36.677	\$95.325	\$210.428	\$1.062.207

Supplemental immunization activities (SIAs)

Campanha Polio 1ª fase	3.450.243	900.167	924.478	949.437	975.068	1.001.397	\$4.750.547
Vaccines & injection supplies	\$888.477	\$900.167	\$924.478	\$949.437	\$975.068	\$1.001.397	\$4.750.547
Operational costs	\$2.561.766	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Campanha Polio 2ª fase	3.450.243	900.167	924.478	949.437	975.068	1.001.397	\$4.750.547
Vaccines & injection supplies	\$888.477	\$900.167	\$924.478	\$949.437	\$975.068	\$1.001.397	\$4.750.547
Operational costs	\$2.561.766	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Campanha Sarampo/Rubeola/Parotidite	3.338.627	0	9.164.250	0	0	4.354.292	\$13.518.542
Vaccines & injection supplies	\$3.338.627	\$0	\$9.164.250	\$0	\$0	\$4.354.292	\$13.518.542
Operational costs	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Campanhas Tétano MIF	1.468.563	817.027	860.777	1.687.384	0	0	\$3.365.188
Vaccines & injection supplies	\$1.468.563	\$817.027	\$860.777	\$1.687.384	\$0	\$0	\$3.365.188
Operational costs	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Campanha 1ª fase HPV em escolas	0	0	0	0	0	0	\$0
Vaccines & injection supplies	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Operational costs	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Campanha 2ª fase HPV em escolas	0	0	0	0	0	0	\$0
Vaccines & injection supplies	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Operational costs	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
-	0	0	0	0	0	0	\$0
Vaccines & injection supplies	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Operational costs	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

-		0	0	0	0	0	0	\$0
Vaccines & injection supplies		\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Operational costs		\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
-		0	0	0	0	0	0	\$0
Vaccines & injection supplies		\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Operational costs		\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Vaccines & injection supplies		0	0	0	0	0	0	\$0
		\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Operational costs		\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
	Subtotal	11.707.677	2.617.361	11.873.982	3.586.258	1.950.136	6.357.086	\$26.384.824
Shared Health Systems Costs (EPI Portion)								
	Shared Personnel Costs	\$3.611.788	\$3.684.024	\$3.768.356	\$3.843.723	\$4.250.303	\$4.335.309	\$19.881.715
	Shared Transport Costs – Vehicles, Fuel and Maintenance	\$1.169.303	\$1.192.689	\$3.077.558	\$1.938.087	\$4.361.176	\$744.484	\$11.313.994
	Shared buildings - construction	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
	Shared Buildings – Overhead	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
	Subtotal	\$ 848,981,280	\$4.781.091	\$4.876.712	\$6.845.914	\$5.781.810	\$8.611.479	\$5.079.793
Grand Total		\$93.815.346	\$99.528.360	\$135.175.419	\$139.044.140	\$155.981.197	\$172.539.678	\$702.268.794
	Routine Immunization	82.107.669	96.910.999	123.301.437	135.457.882	154.031.061	166.182.591	675.883.970
	Supplemental immunization activities (campaigns)	11.707.677	2.617.361	11.873.982	3.586.258	1.950.136	6.357.086	26.384.824

Anexo 3 Cronograma de SWITCH tOPV por bOPV e introdução da vacina IPV, VPH e sarampo/rubéola/papeiras (Tiple viral) em Angola 2016-2020

Nº	Actividade	Responsável	2016				2017				2018				2019				2020			
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
1	Aprovação do Plano Plurianual	ICC	J																			
2	Mobilização fundos complementares para cadeia de frio e logística	MINSa Parc	J	F																		
3	Encomenda câmaras de frio para as províncias	UNICEF		M			M			M				M						M		
4	Instalação câmaras de frio nas províncias	DNSP			J			J				J				J					J	
5	Compra de arcas províncias	UNICEF		M			M			M				M						M		
6	Envio de arcas as províncias	CECOM/PAV			J			J				J				J					J	
7	Encomenda cadeia de frio para unidades sanitárias	UNICEF		M			M			M				M						M		
8	Distribuição equipamentos as unidades sanitárias	DPS			J			J				J				J					J	
9	Actualização normas e sistema de informação	PAV Nac.	J				J			J				J						J		
10	Mobilização de fundos para a compra de vacina bOPV	MINSa/ Parc		A		D				D				D						D		D
11	solicitação de vacina bOPV ao fornecedor	MINSa Parc		A		D				D				D						D		D
12	Disponibilidade de vacina no PAV central	CECOMA		A			J			J				J						J		
13	Envio da vacina bOPV as províncias	CECOMA /PAV		A			J			J				J						J		
14	Distribuição vacina bOPV as unidades sanitárias	DPS		A			M			M				M						M		
15	Actualização de normas e sistema de informação	PAV Central	J			D				D				D						D		

Nº	Actividade	Responsável	2016				2017				2018				2019				2020			
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
16	Capacitação do pessoal central provincial	PAV Central /Parc	M				J				J				J				J			
17	Capacitação do pessoal operativo	DPS/PAV	M				J				J				J				J			
18	Campanha comunicação social	Departamento de Promoção UNICEF	F																			
19	Avaliação pós introdução bOPV	PAV central /Parc		M																		
20	SWITCH tOPV por bOPV	PAV central/ DPS		A																		
21	Mobilização de fundos para a compra de vacina IPV	GAVI					J															
22	Solicitação de vacina IPV ao fornecedor	UNICEF						A														
23	Disponibilidade de vacina IPV no PAV central	CECOMA							J													
24	Envio da vacina IPV às províncias	CECOMA /PAV							J													
25	Distribuição de vacina IPV às unidades sanitárias	DPS							S													
26	Actualização normas e sistema informação acerca da vacina IPV	PAV Central					D															
27	Capacitação do pessoal central provincial acerca da vacina IPV	PAV Central/ Parceiros							J													
28	Capacitação de pessoal operativo acerca da vacina IPV	DPS							A													
29	Campanha comunicação social acerca da vacina IPV	Departamento de promoção/UNICEF							A													
30	Introdução da vacina IPV	PAV central/ DPS								O												
31	Avaliação pós introdução IPV	PAV central /Parc								D												
32	Mobilização de fundos para a compra de vacina VPH	MINSA /Parc					N				D				D					D		

Nº	Actividade	Responsável	2016				2017				2018				2019				2020			
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
33	Refrescamento capacitação vacina VPH	PAV Central/ DPS Parc					J				J				J				J			
34	Solicitação de vacina VPH ao fornecedor	UNICEF						A			J				J				J			
35	Disponibilidade de vacina VPH no PAV central	CECOMA							J		J				J				J			
36	Envio da vacina VPH às províncias	CECOMA PAV							J		J				J				J			
37	Distribuição vacina VPH as unidades sanitárias	DPS							J		J				J				J			
38	Atualização normas e sist informação em relação com vacina VPH	PAV Central						A														
39	Capacitação do pessoal central provincial em relação com vacina VPH	PAV Central Parc							A													
40	Capacitação do pessoal operativo em relação com vacina VPH	DPS								A												
41	Campanha comunicação social em relação com vacina VPH	PAV central e UNICEF								J												
42	Introdução gradual da vacina VPH	PAV central DPS													O							
43	Avaliação pós introdução vacina VPH	PAV central Parc														D						
44	Refrescamento capacitação em relação com vacina VPH	PAV Central DPS Parc									J				J				J			
45	Mobilização de fundos para a compra de vacina dupla viral (MR)	MINSA , Parceiros				D																
46	Solicitação de vacina dupla viral ao fornecedor	MINSA /UNICEF					J															
47	Disponibilidade	CECOMA					M															

Nº	Actividade	Responsável	2016				2017				2018				2019				2020											
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4								
	de vacina no PAV central																													
48	Envio da vacina dupla viral as províncias	CECOMA PAV					M																							
49	Distribuição vacina dupla viral as unidades sanitárias	DPS					M																							
50	Actualização normas e sistema de informação em relação com vacina dupla viral	PAV Central					J																							
51	Capacitação do pessoal central provincial em relação a vacina dupla viral	PAV Central Parc					F																							
52	Capacitação de pessoal operativo em relação a vacina dupla viral	DPS					F																							
53	Campanha comunicação social em relação a vacina dupla viral	PAV central UNICEF					M																							
54	Introdução gradual da vacina dupla viral	PAV central DPS						A																						
55	Avaliação pós introdução vacina dupla viral	PAV central Parc						M																						
56	Refrescamento capacitação em relação a vacina Triple viral	Pav central Parc											J				J									J				

Anexo 3 Indicadores do desempenho do PAV 2016 -2020

Componente	Indicador	Situação Nacional				
		2016	2017	2018	2019	2020
1 Cobertura de vacinação	% Cobertura DPT-3	83	87	90	92	95
	% Cobertura PCV	80	85	90	92	95
	% Cobertura de Sarampo	85	90	92	95	95
	% Cobertura rotavírus	80	85	90	92	95
	% Cobertura IPV	--	10	60	80	90
	% de municípios com DPT3 ≥ 80%	50	56	65	75	85
	% de municípios com DPT3 entre ≥ 50% e <80%	31	25	20	18	15
	Nº de municípios com DPT3 < 50%	32	32	25	12	0
	Taxa nacional de abandono de DPT1 a DPT3	15	13	12	11	10
	Taxa nacional de abandono de PCV1 a PCV3	15	13	12	11	10
	Taxa nacional de abandono de Rota1 a Rota3	19	18	18	17	17
	% de municípios com IPV nos 6 seguintes meses da introdução	100	100	100	100	100
2 Logística e cadeia de frio	% de Municípios com cadeia de frio funcional	80	90	95	100	100
	Rotura de stock a nível central de vacinas	Não	Não	Não	Não	Não
	Nº de meses de rotura de stock de vacina (s) a nível central	0	0	0	0	0
	Nº de meses de rotura de stock de seringas AD a nível central	0	0	0	0	0
	% de unidades sanitárias com cadeia de frio	80	90	95	100	100
3. Injecções seguras	Existência de autoridade reguladora das vacinas	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
	% de municípios que utilizam seringas AD	100	100	100	100	100
	Rotura de stock DE seringas AD a nível central	Não	Não	Não	Não	Não
	Existência de plano de gestão de lixo da vacinação	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
	Sistema Nacional de monitorização de eventos adversos pós vacinação *	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

4. Advocacia e comunicação	Disponibilidade de um plano nacional de comunicação e mobilização social	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
	Existência de orçamento para advocacia e comunicação	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
	Promoção por meios massivos da comunicação	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
5. Integração	Equipas avançadas e móveis oferta outras intervenções (malária, nutrição etc.)	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
	Administração de vitamina A integrada nas campanhas de vacinação	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
6. Vigilância	% de relatórios municipais recebidos nível nacional	76	89	97	99	99
	% de relatórios municipais recebidos nível nacional em tempo oportuno	75	85	90	95	95
	Frequência da retro-informação escrita a nível municipal	Trimest	Trimest	Trimest	Mensal	Mensal
	Taxa PFA não Pólio	38	38	38	38	38
	% de amostras de casos de PFA oportunas	85	90	93	95	95
	% de municípios com pelo menos 1 caso suspeitos de sarampo notificado	80	85	90	95	95
7. Gestão de programas	Número de reuniões mensais do ICC realizadas	12	12	12	12	12
	% de fundos financiados pelo Governo (vacinas da rotina excepto Pentavalente)	100	100	100	100	100

Anexo 4 Actividades chave controlo eliminação e erradicação de doenças – cronograma

Objectivo do programa	Estratégias	Actividades chave	Cronograma				
			2016	2017	2018	2019	2020
1 Controlo, Eliminação e Erradicação de doenças							
1.1 Interromper a transmissão do PVS a nível nacional até 2011	Vacinação suplementar de qualidade casa a casa com m-OPV a crianças menores de 5 anos	1 Realizar 3 JNVs e 3 SJNVs/ano	X	X	X	X	X
		2 Distribuir vitamina A e Albendazol durante as JNVs	X	X	X	X	X
		3 Mobilização social	X	X	X	X	X
	Vigilância das PFAs	1 Vigilância activa em unidades sanitárias	X	X	X	X	X
		2 Vigilância activa na comunidade	X	X	X	X	X
	Vacinação de rotina	1 Vacinação em postos fixos, avançados e móveis	X	X	X	X	X
1.2 Reduzir a morbilidade e mortalidade por sarampo em 90% até 2015	Campanha de vacinação integrada de seguimento a menores de 5 anos	1 Campanhas de vacinação seguimento		X		X	
		2 Distribuir vitamina A e Albendazol mosquiteiros		X		X	
		3 Distribuir Mosquiteiros		X		X	
	Vacinação de Rotina	1 Expandir a estratégia RED (nº de municípios)	166	166	166	166	166
	Implementação da vigilância baseada em casos institucional e comunitária	1 Vigilância de casos	X	X	X	X	X
		2 Diagnóstico laboratorial	X	X	X	X	X
1.3 Eliminação do Tétano Materno e Neonatal até 2012	Vacinação suplementar com TT a nível nacional	1 Vacinação suplementar em todos os municípios	X	X	X	X	X
	Vigilância baseada em casos institucional e comunitária	1 Vigilância de casos	X	X	X	X	X
1.4 Estabelecer a vigilância de Hib, Hepatite B, Febre Amarela, Rotavírus e pneumococo	Vigilância de outras doenças imuno-preveníveis	1 Estabelecer e manter os centros sentinela Hib, S pneumónia, Rotavírus	X	X	X	X	X
		2 Intensificar a vigilância síndromica de F Amarela e Hepatite B	X	X	X	X	X
		3 Diagnóstico laboratorial	X	X	X	X	X

Anexo 5 Actividades chave no melhoramento das actividades na Segurança nas injeções – cronograma

Estratégias	Actividades chave	Cronograma				
		2016	2017	2018	2019	2020
Melhoramento da cadeia de frio	Concluir o inventário da cadeia de frio a nível municipal e actualizar com periodicidade quadrimestral.	X	X	X	X	X
Registro e controlo de vacinas a ser utilizadas no país	Coordenará as acções com a Entidade Reguladora de Vacinas baseada na Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos e/ou no Instituto Nacional de Saúde Pública (recomendar laboratórios pré-qualificados para aquisição de vacinas, autorizar o registo de novas vacinas, receber e investigar notificações de eventos adversos severos).	X	X	X	X	X
Segurança nas injeções	Manter a formação e funcionamento dos Comités de Segurança das Injeções nas unidades sanitárias e em todos os distritos.	X	X	X	X	X
	Actualização anual do plano de injeções seguras,	X	X	X	X	X
	Adquisição gradual de incineradores com recursos das administrações municipais e de parceiros, até a cobertura dos 166 municípios e algumas comunas de municípios populosos (de mais de 300.000) habitantes.	X	X	X	X	X
Segurança nas injeções	Estabelecer os fundos para a aquisição de combustível para funcionamento dos incineradores nos orçamentos municipais da unidade de saúde onde se encontram instalados.	X	X	X	X	X
Treino contínuo de pessoal de saúde	Capacitação contínua das equipas de vacinação e vigilância epidemiológica sobre a segurança das injeções e sobre a vigilância de eventos adversos pós	X	X	X	X	X

	vacinação (EAPV).					
Vigilância epidemiológica de EPAV	Revisão e actualização dos formulários de registo e investigação de EPAV no contexto do manual de normas do PAV.	X	X	X	X	X
	Os EPAV serão incluídos na lista de doenças de notificação obrigatória nacional e se analisara e avaliara seu desempenho em forma continuada	X	X	X	X	X
Vigilância epidemiológica de EPAV	Implementar a vigilância de EPAV em sítios piloto (um por província ao menos) para realizar os ajustes necessários aos procedimentos e as fichas	X	X			
	Manter o funcionamento do sistema da vigilância epidemiológica de EPAV nas 18 províncias e nos 166 municípios do país			X	X	X
	Avaliar a qualidade do dato de notificação de EAPV pelas unidades sanitárias e a nível comunitário.	X	X	X	X	X
	Conformar uma equipa <i>ad hoc</i> para a investigação de casos severos que será constituída por um técnico de vigilância, um clínico e o responsável local da vacinação. O PAV poderá apoiar a investigação e classificação final dos casos notificados	X	X	X	X	X