



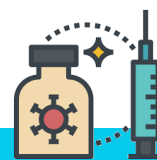
REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE

COMISSÃO MULTISSECTORIAL PARA PREVENÇÃO E COMBATE A COVID-19

COVID-19
ACÇÕES DE COMBATE

PLANO NACIONAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

Dezembro de 2020 (Actualizado a 15.01.2021)



SEGURA
EFICAZ
GRATUÍTA

GOVERNO DE
ANGOLA



SUMÁRIO EXECUTIVO

A pandemia da COVID-19 constitui uma ocorrência sanitária excepcional e trágica que transcende o sector da saúde pelo seu impacto sistémico negativo na sociedade e na economia e para a qual, nenhum país estava preparado. Apresenta enormes desafios para o sector da saúde, por ser uma ameaça permanente à vida e segurança individual e colectiva, causando perturbações no comportamento social da população e a deterioração da condição económica das famílias e do tecido empresarial, o que por consequência faz aumentar a pobreza.

Com o rápido desenvolvimento de vacinas seguras e altamente eficazes para prevenir a COVID-19, algumas delas já aprovadas ou em processo final de aprovação por entidades reguladoras de países com sistemas rigorosos de qualificação, abre-se a possibilidade de prevenir esta doença através da vacinação. Por outro lado, para minimizar o alto custo das vacinas e a grande competição mundial para aceder às mesmas, foi criada uma entidade de âmbito global denominada COVAX-Facility, que pretende facultar o acesso a vacinas contra a COVID-19 sem custos para 20% da população que apresenta um maior risco, residentes em países de média-baixa e de baixa renda. Por outro lado, a COVAX-Facility tem o objectivo de facilitar a compra de vacinas por estes países, para cobrir outros grupos etários, sendo uma oportunidade ímpar para Angola, para proteger a sua população da COVID-19.

O Plano Nacional de Vacinação Contra a COVID-19, aqui exposto, tem o objectivo de reduzir rapidamente a mortalidade e a morbilidade, contribuindo para o bem-estar da população e a retoma das actividades económicas e sociais. A estratégia desenvolvida tem duas etapas e tem um custo total estimado em USD 262.948.209,00 Milhões (duzentos e sessenta e dois milhões e novecentos e quarenta e oito mil dólares americanos). Na Primeira Etapa, 20% da população nacional (6.4 milhões) será vacinada. Isto inclui a população com exposição contínua, como os profissionais de saúde, de serviços sociais e da ordem e segurança pública, as pessoas com morbilidades de risco e as pessoas de idade igual ou superior a 40 anos. O propósito nesta etapa é de reduzir a morbilidade e a mortalidade. O recomendado é vacinar primeiro a população de idade igual ou



superior a 65 anos, que em Angola corresponde a 2,5% da população. A vacinação será feita em duas fases, para administrar as duas doses necessárias para conferir imunidade. Serão utilizados 12.8 milhões de doses de vacina a serem fornecidas pela COVAX-Facility. Se a vacina estiver disponível como perspectivado, esta fase estará concluída no 1º semestre de 2021. O custo total desta etapa está estimado em USD 105.2 Milhões (cento e cinco milhões e 200 mil dólares americanos). Os custos da cadeia de frio e os custos operacionais serão cobertos através do Orçamento Geral do Estado e do Banco Mundial.

Na Segunda Etapa, pretende-se vacinar mediante campanhas massivas as pessoas da faixa etária entre os 16 e 39 anos de idade (10.4 Milhões de habitantes), correspondendo a 32% da população. O propósito de estender a vacinação a este grupo de idade é reduzir a transmissão da COVID-19, dado que este subgrupo populacional não apresenta alta taxa de mortalidade, mas tem a maior taxa de incidência da doença. Pretende-se que 20.7 milhões de doses da vacina sejam adquiridas através do financiamento do Banco Mundial (86.2%) e do Banco Europeu de Investimento (13.8%). Esta aquisição será feita através do mecanismo COVAX-Facility/UNICEF, de modo a ter acesso a preços subvencionados de USD \$7.00 (sete dólares) por dose. Esta etapa seria realizada no segundo semestre de 2021. O custo total desta etapa está estimado em USD 157.7 Milhões (cento e cinquenta e sete milhões e setecentos mil dólares americanos). Os custos operacionais serão cobertos através do Orçamento Geral do Estado, do Banco Mundial e de outros parceiros.

A vacinação contra a COVID-19 da população menor de 16 anos de idade, não foi priorizada por não ter sido recomendada pela OMS pela insuficiente evidência científica, relativamente à efectividade e segurança da vacina em menores de 16 anos. Por outro lado, durante a pandemia foi o grupo etário menos afectado pela doença. No entanto, os estudos prosseguem e no futuro as condições podem mudar e incluir-se-á este grupo na vacinação. Importa referir que a vacinação não está recomendada a mulheres grávidas.

A coordenação geral das campanhas de vacinação é da responsabilidade da Comissão Multisectorial de Prevenção e Combate a Pandemia da COVID-19. A



coordenação técnica é da responsabilidade da Ministra da Saúde, apoiada pelo *Grupo Técnico Nacional para a Introdução da Vacina da COVID-19*, através de 6 subcomissões.

A nível provincial, a coordenação geral da vacinação será assegurada pelo Governador da Província. A nível municipal, a responsabilidade da coordenação será dos Administradores Municipais.

O apoio técnico ao MINSA para a planificação, implementação, monitorização e avaliação está garantido através dos técnicos da OMS, UNICEF, GAVI, CDC, PNUD, Banco Mundial e Banco Europeu de Investimento, que foram integrados no Grupo Técnico Nacional de Trabalho. O Grupo Técnico Consultivo Nacional para Imunização (GTCNI), que tem carácter independente, tem a função de emitir pareceres para o ajuste do plano de forma a otimizar a abordagem e a implementação do mesmo.

Os custos de implementação das duas etapas e possíveis fontes de financiamento estão resumidos na seguinte tabela:

Etapas	Total	Fonte de Financiamento proposta			
		OGE	GAVI	Banco Mundial	Banco Europeu de Investimento
1ª Etapa	Vacina m-RNA + Vacina Vector Viral				
Período Implementação	Primeiro semestre de 2021				
População a cobrir	6.419.534 Habitantes ≥40 anos de idade + pessoal de saúde e outras mais expostas				
Vacina e material	\$90 691 008	\$74 135	\$90 616 873	\$0,00	\$0,00
Cadeia de frio	\$6 309 291	\$3 505 591	\$529 980	\$2 273 720	\$0,00
Custos Operacionais	\$8 208 204	\$800 723	\$50 000	\$7 357 481	\$0,00
Sub-total 1ª Etapa	\$105 208 503	\$4 380 449	\$91 196 853	\$9 631 201	\$0,00
2ª Etapa	Vacina Vector Viral				
Período de Implementação	Segundo semestre 2021				
População a cobrir	10 403 750 Habitantes de 16 a 39 anos de idade				
Vacina e material	\$146 883 834	\$74 720	\$0,00	\$126 809 114	\$20 000 000
Custos Operacionais	\$10 855 873	\$2 395 964	\$0,00	\$8 459 908	\$0,00
Sub total 2ª Etapa	\$157 739 707	\$2 470 684	\$0	\$135 269 022	\$20 000 000
Custo Total 2 Etapas USD	\$262 948 209	\$6 851 133	\$91 196 853	\$144 900 223	\$20 000 000



INDICE

1.	INTRODUÇÃO	7
1.1.	Antecedentes.....	7
1.2.	Evolução da situação epidemiológica.....	8
1.3.	A resposta ao surto da COVID-19.....	10
1.4.	Justificação da Vacinação.....	12
2.	OBJECTIVOS	14
2.1.	Objectivo Geral.....	14
2.2.	Objectivos Específicos e Metas.....	14
2.2.1.	Metas para a Primeira Etapa.....	15
2.2.2.	Metas para a Segunda Etapa:.....	15
2.2.3.	Pilares de acção.....	16
2.3.	Grupos prioritários para vacinação.....	17
2.4.	Prevenção da infecção por COVID-19 durante a vacinação.....	20
2.5.	Eliminação do lixo da vacinação.....	21
3.	ESTRATÉGIAS	22
3.1.	Estratégias Operacionais.....	22
4.	ORGANIZAÇÃO	27
4.1.	Organização a nível central (coordenação geral).....	27
4.2.	Organização a nível Provincial.....	28
4.3.	Organização a nível Municipal.....	29
5.	ACTIVIDADES CHAVE POR ÁREA	29
5.1.	Gestão Geral.....	29
5.2.	Cadeia de frio para a Vacinação COVID-19.....	30
5.3.	Actividades críticas de logística e cadeia de frio.....	31
5.4.	Capacitação.....	32
5.5.	Farmacovigilância.....	33
5.6.	Comunicação de risco e promoção da demanda ou Mobilização?.....	33
5.7.	Vigilância epidemiológica e investigação laboratorial.....	34
5.8.	Regulamentação.....	35
5.9.	Campanha de Vacinação.....	35
5.9.1.	Fase preparatória.....	35
5.9.2.	Fase de Vacinação.....	36
6.	MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO	37
6.1.	Monitorização da preparação e implementação.....	37
6.2.	Avaliação.....	37
7.	VACINAS CONSIDERADAS	38
8.	BASES PARA A ELABORAÇÃO DO ORÇAMENTO	39
9.	RESUMO ORÇAMENTAL POR POSSÍVEIS FONTES DE FINANCIAMENTO (em USD)	40



FICHA TÉCNICA:

Elaboração: DNSP – Direcção Nacional de Saúde Pública

Colaboração: DNME – Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos Médicos

IGS – Inspecção Geral das Actividades Sanitárias e Farmacêuticas

INIS – Instituto Nacional de Investigação em Saúde

Parceiros: OMS, UNICEF, BM, GAVI, PNUD, CDC

Data: 31 de Dezembro de 2020

Actualização 15.01.2020



1. INTRODUÇÃO

1.1. Antecedentes

O Coronavírus é um grupo de vírus que afecta animais e eventualmente o homem. Em 2002, foi detectado na China um surto de Síndrome Respiratório Agudo Severo (SARS-CoV) que foi transmitido de gatos para humanos. Em 2012, na Arábia Saudita, outro coronavírus foi transmitido de camelos dromedários para humanos, causando um surto do Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV) que afectou 26 países. Apesar de terem sido controlados, estes surtos provocaram grande preocupação internacional pela alta mortalidade e pelo risco de expansão.

Em Dezembro de 2019, um novo coronavírus, o SARS-CoV-2, foi identificado como a causa de um surto de pneumonia viral em Wuhan, Hubei-China. Esta nova doença tinha alta letalidade e revelou-se muito transmissível. A Organização Mundial da Saúde (OMS) designou a doença como COVID-19 (isto é, *Coronavirus Disease 2019*). Dada a susceptibilidade universal de humanos a essa nova doença, a OMS declarou em Janeiro de 2020 “*Emergência de Saúde Pública de Preocupação Internacional*” e em Março de 2020, declarou pandemia da COVID-19, pela sua rápida propagação a outros países e continentes.

A pandemia da COVID-19, espalhou-se globalmente afectando mais de 216 países e territórios em todo o mundo. Nos primeiros três meses, quase 1 milhão de pessoas foram infectadas e 50.000 morreram. Em seis meses, o número de casos ultrapassou 10 milhões e houve mais de 500.000 mortes. Até 31 de Dezembro de 2020, mais de 46,6 milhões de casos foram confirmados, com mais de 1,2 milhões de óbitos atribuídos à COVID-19, com uma segunda onda da doença afectando vários países da Europa e de outros continentes. A OMS notificou a 30 de Dezembro de 2020, que variantes de mutações genéticas do SARS-CoV-2 com características de maior transmissibilidade foram identificadas em 31 países/territórios.

Considerando a rápida propagação da doença, a falta de tratamento e de meios de prevenção específicos, a maior parte dos países do mundo respondeu através da



implementação de medidas como as restrições das viagens internacionais, o encerramento de fronteiras, quarentena em amplas áreas geográficas e severa restrição das actividades sociais e económicas consideradas não essenciais.

As medidas de contenção causaram graves perdas económicas globais e a escassez generalizada de suprimentos que afectam centenas de milhões de pessoas. As instituições de ensino foram total ou parcialmente fechadas. A desinformação relativa ao assunto tem circulado nas redes sociais e nos meios de comunicação de massa. A queda global acentuada do preço do petróleo a níveis nunca vistos, agravou a situação económica dos países exportadores, dos quais Angola faz parte e em que este recurso natural é o principal motor da economia nacional.

É neste cenário de dificuldades, que a pandemia da COVID-19 se está a desenvolver em Angola com grave impacto na saúde e na economia do país.

1.2. Evolução da situação epidemiológica

Em Angola, os dois primeiros casos da COVID-19 foram confirmados a 21 de Março de 2020, importados de um país com transmissão comunitária. A 26 de Abril de 2020, foi confirmado o primeiro caso de transmissão local. Até 31 de Dezembro de 2020, 17.553 casos de COVID-19 foram confirmados mediante o teste RT-PCR, com 405 óbitos, o que significa uma taxa de letalidade de 2,3%, explicada em parte pela existência de comorbidades não controladas, como hipertensão, diabetes, tuberculose, VIH, drepanocitose, doenças cardiovasculares, pulmonares e renais crónicas.

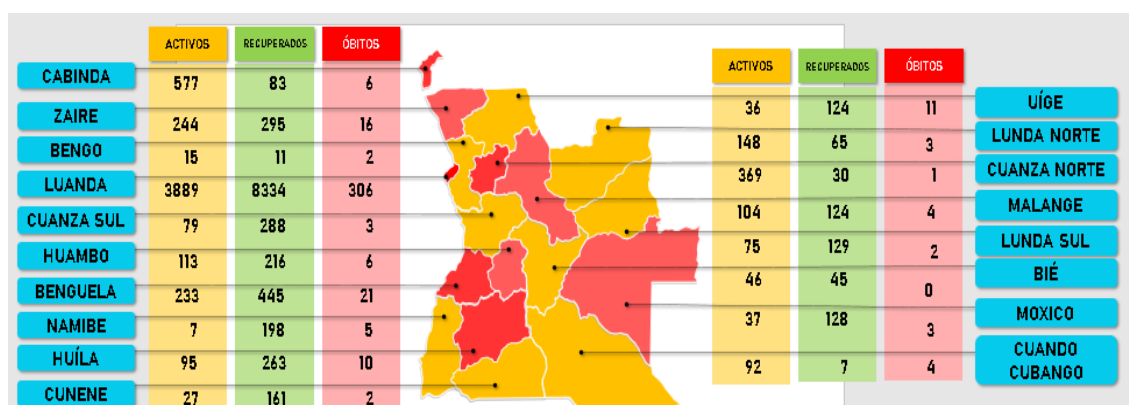
A magnitude, progressão e actual extensão da pandemia em Angola foi muito inferior ao projectado por organismos internacionais, possivelmente devido à resposta antecipada e rápida, com medidas de contenção efectivas e ajustes sucessivos, realizados pela Comissão Multisectorial para Prevenção e Combate da COVID-19, de acordo com a situação epidemiológica. Por outro lado, o facto de a população angolana ser maioritariamente jovem (a média de idade é de 16,8 anos) pode ter contribuído para a evolução favorável da situação.



O grupo etário mais afectado (com mais casos detectados) foi dos 30 aos 54 anos (65% dos casos). O grupo etário com maior taxa de mortalidade foram as pessoas de 65 ou mais anos de idade. Do total de casos notificados, 67% dos casos ocorreram no sexo masculino. Os profissionais de saúde são um subgrupo populacional seriamente afectado, com um total de 840 casos e 21 óbitos. Até ao dia 31 de Dezembro de 2020, foram realizados 310.932 testes pelo método RT-PCR com uma taxa de testagem de 971 testes por 100.000 habitantes, que é relativamente baixa. Não foram identificadas variantes do Vírus SARS-CoV-2.

Até final de Dezembro de 2020 as 18 províncias do país estavam afectadas pela COVID-19. A populosa Província de Luanda é a mais afectada, concentrando 12.529 casos e 306 óbitos (71% dos casos confirmados e 76% dos óbitos) e mantém transmissão comunitária. Nas outras províncias a tendência geral é o incremento: há transmissão local do SARS-CoV-2 de nível variável, desde pequenos aglomerados de casos até áreas mais afectadas, bem como a ocorrência de pequenos surtos.

Figura 1 - Distribuição dos casos e óbitos da COVID-19 por Províncias. Angola, 31 de Dezembro de 2020



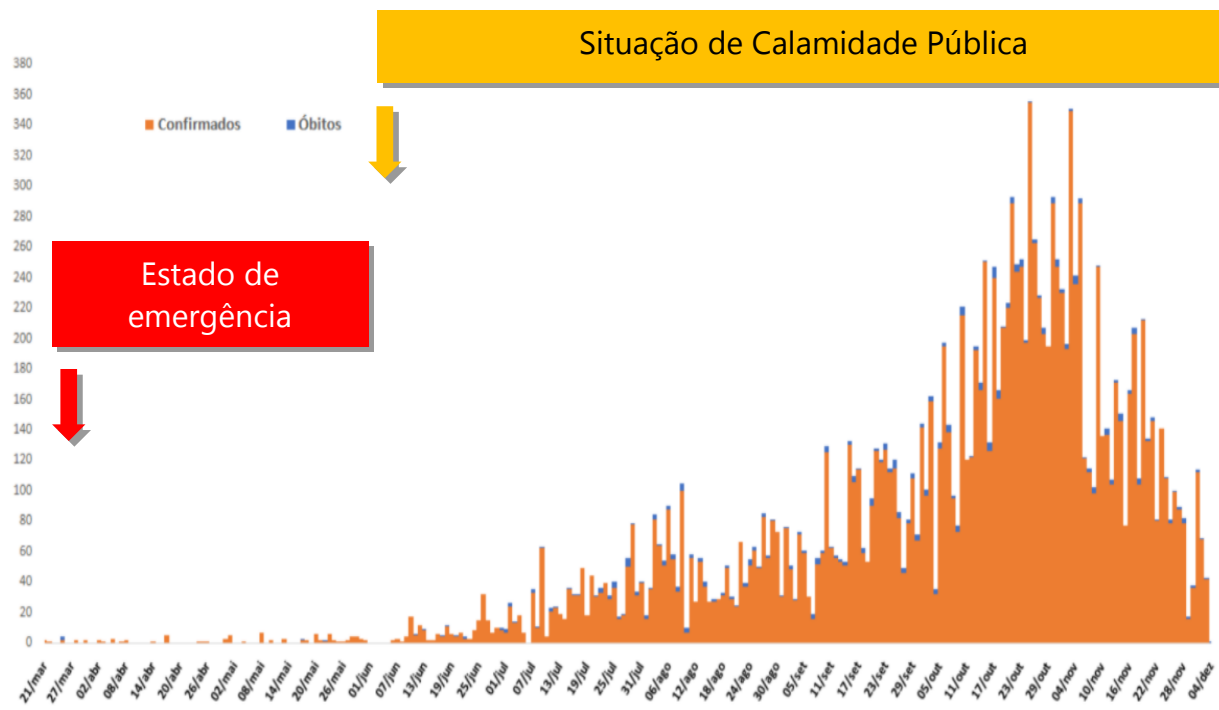
Fonte: DNSP - 2020

A curva epidémica da incidência de casos confirmados da COVID-19, por semana epidemiológica, mostrou um lento incremento nas primeiras 17 semanas (entre Março e Junho), para depois duplicar o número de casos em apenas três semanas (entre Junho e Julho), desacelerando posteriormente, requerendo 8 semanas para duplicar o número de casos (entre Agosto e Setembro), atingindo o pico em Outubro. Desde essa altura que a transmissão do SARS-COV-2 abrandou e se



encontra em declínio. Isto não significa que não possa acontecer um rápido aumento, como está a acontecer em muitos países (segunda e terceiras vagas).

Figura 2 - Casos confirmados da COVID-19 por semanas epidemiológicas. Angola, 21 de Março a 31 de Dezembro de 2020



1.3. A resposta ao surto da COVID-19

Figura 3 – Matriz de resposta do Governo de Angola à pandemia COVID-19



A resposta do Governo Angolano à pandemia da COVID-19 foi bastante rápida, permitindo assim tomar medidas eficazes de forma precoce, tendo sido criada a Comissão Multisectorial para Prevenção e Combate a COVID-19, coordenada pelo Ministro de Estado da Presidência da República, que monitoriza a implementação



do Plano Nacional de Contingência para o Controlo da COVID-19 e realiza ajustes às medidas de contenção.

Neste sentido, apenas 6 dias após a confirmação do primeiro caso da COVID-19, o Governo, através do Decreto Presidencial nº 81/20, de 27 de Março de 2020, declarou “*Estado de Emergência*”, impondo quarentena às pessoas que entravam no país, busca activa de casos e contactos, isolamento de casos, quarentena de contactos, acompanhada pela restrição da mobilidade de pessoas, reduzindo indiretamente as actividades produtivas e de serviço.

A resposta do sector da saúde foi imediata, tendo sido criadas equipas de resposta rápida nas 18 províncias e aumentada a capacidade instalada do sistema para diagnosticar, internar e tratar casos da COVID-19. Os leitos hospitalares e de cuidados intensivos foram aumentados a níveis cinco vezes superiores aos do início da pandemia.

A capacidade laboratorial de confirmação de casos foi reforçada com a aquisição de cinco laboratórios de Biologia Molecular e Sorologia (ELISA), aumentando a capacidade diária de testagem para 18 mil exames. Os equipamentos de biologia molecular e os novos laboratórios instalados serão utilizados também para o diagnóstico de outras doenças e para o melhor controlo das grandes endemias do país como a tuberculose, a malária, a dengue, entre outras, permitindo, desta forma, reforçar a capacidade nos serviços essenciais do Serviço Nacional de Saúde.

Foram comprados equipamentos de protecção individual (EPIs) para os profissionais de saúde, medicamentos e desinfectantes para a rede de serviços. Em paralelo, foram adaptadas ou desenvolvidas normas para vigilância, medidas de higiene e de protecção individual, fluxogramas de diagnóstico e referência de casos, assim como normas de atendimento de casos da COVID-19. O sistema de saúde não colapsou em nenhum momento, fruto não só da rápida resposta, mas também devido à lenta evolução da pandemia em Angola.

A partir de 26 de Maio, com o objectivo de reduzir o impacto económico causado pelas medidas de contenção da pandemia COVID-19, o Governo de Angola através do Decreto Presidencial nº 142/20 declarou “*Situação de Calamidade Pública*” em todo o território nacional. Esta medida atenuou as fortes restrições ao

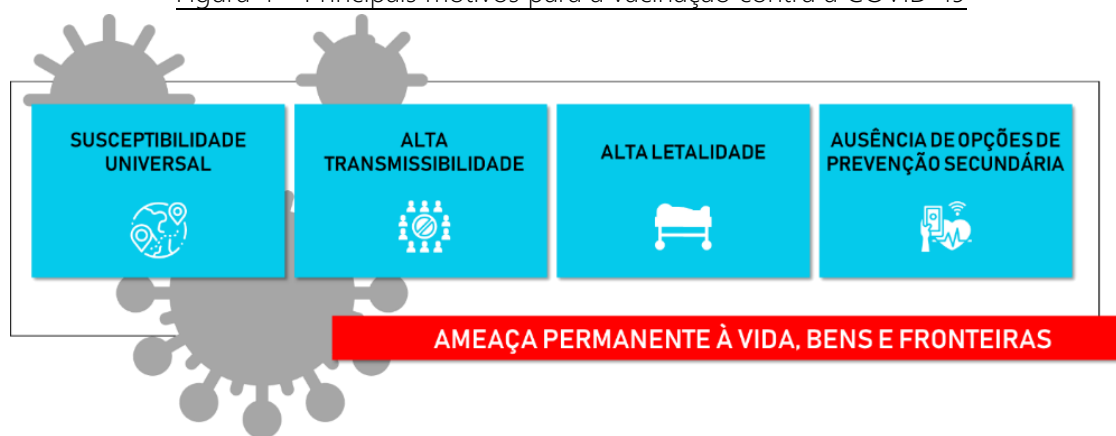


funcionamento de empresas, serviços públicos e privados, impostas pelo Estado de Emergência decretado, mantendo o isolamento dos casos e contactos, a quarentena institucional para todas as pessoas que entram no país, a cerca sanitária em Luanda e o uso obrigatório de máscaras pela população.

Mediante modificações sucessivas ao Decreto Presidencial, que adequam as medidas de contenção à situação epidemiológica da COVID-19, o Governo continuou a trabalhar para criar condições para o retorno gradual à normalidade. Em Outubro, reiniciaram as aulas presenciais nas escolas, para as classes de exame e posteriormente para as classes de transição do 1º e 2º ciclo do Ensino Secundário, autorizaram-se reuniões com limitação de número de participantes, mantendo-se, no entanto, algumas das medidas de contenção, incluindo a cerca sanitária à Província de Luanda.

1.4. Justificação da Vacinação

Figura 4 – Principais motivos para a vacinação contra a COVID-19



As razões de saúde pública para que o País invista fortemente na vacinação contra a COVID-19, prendem-se com a existência de susceptibilidade universal à doença e a falta de tratamento específico que impede a realização de Prevenção Secundária. Por outro lado, a alta transmissibilidade que origina surtos que envolvem milhares de pessoas, ameaça colapsar todo o sistema de saúde. A alta letalidade da COVID-19 em pessoas idosas bem como naquelas com co-morbilidades de doenças crónicas é uma ameaça permanente à vida e à segurança individual e colectiva, altamente stressante, que provoca grandes perturbações no comportamento social



da população e na situação económica, adquirindo assim uma transcendência e importância ímpar na história recente da humanidade.

Foi necessário encontrar novas técnicas que promoveram avanços e inovações significativas no desenvolvimento de vacinas seguras, altamente eficazes e, neste caso, específicas contra a COVID-19. Algumas delas já foram aprovadas ou estão em processo final de aprovação por entidades reguladoras de países com sistemas rigorosos de qualificação e aprovação. Assim, é fundamental que o país proceda à rápida aquisição de vacinas pré-qualificadas, garantindo desde já a protecção da sua população e da sua economia, relativizando os altos custos, quer para assegurar a vacina, quer para melhorar as restantes condições, nomeadamente as relacionadas com a cadeia de frio, a disponibilização de recursos humanos devidamente capacitados e os custos operacionais para implementar com sucesso a vacinação massiva e gradual da população.

Realça-se, no entanto, a iniciativa COVAX-Facility, da qual Angola é parte integrante desde Julho de 2020, que vai permitir aceder à vacina contra a COVID-19 sem custos para o país, para proteger pelo menos 20% da população. Por outro lado, o país poderá realizar compras através deste mecanismo, para ampliar o grupo a vacinar.

As medidas de contenção que constituem a única medida efectiva, na ausência de vacina, causam graves problemas à sociedade e motivam perdas económicas muito superiores aos eventuais gastos na vacinação, pelo que, por motivos económicos e financeiros, a vacinação da população é, de facto, neste momento, a única ferramenta efectiva para controlar esta doença.

Dentro deste paradigma, o Executivo Angolano, encontra-se empenhado em assegurar o rápido acesso da população a vacinas seguras contra a COVID-19. Para este efeito, implementará inicialmente, em conjunto com a COVAX-Facility, GAVI, OMS, UNICEF, Banco Mundial e outros parceiros, a vacinação de 20% da população, de acordo com a estratégia deste Plano Nacional de Vacinação e posteriormente, alargará de forma gradual a vacinação a toda a população nacional.



2. OBJECTIVOS

2.1. Objectivo Geral

Reduzir a mortalidade e a morbilidade por COVID-19, através da vacinação, contribuindo decisivamente para o bem-estar da população e a retoma das actividades económicas e sociais.

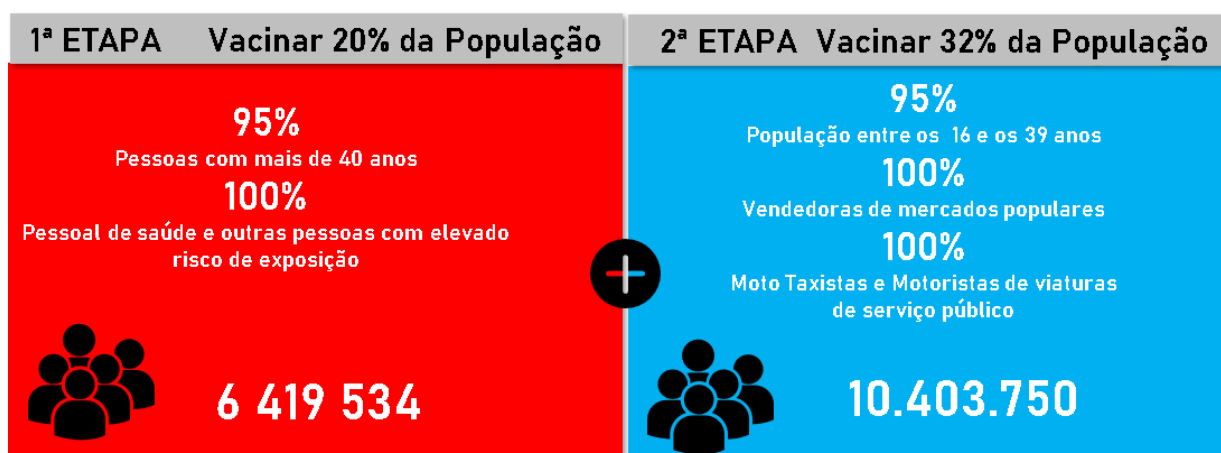


2.2. Objectivos Específicos e Metas

- 2.2.1. Vacinar 52% da população contra a COVID-19 em duas etapas, com duas doses;
- 2.2.2. Manter a eficácia e a segurança da vacina garantindo uma cadeia de frio adequada e o transporte para a sua distribuição;
- 2.2.3. Capacitar 100% dos técnicos das equipas envolvidas na vacinação;
- 2.2.4. Estabelecer o sistema de notificação e investigação de efeitos adversos severos pós-vacinação;
- 2.2.5. Promover a informação da população relativamente à importância da vacinação
- 2.2.6. Monitorizar o processo de preparação, implementação e avaliação da campanha contra a COVID-19.

Apresenta-se na figura a seguir as etapas e os principais dados a elas associados.

Figura 5 – Sumário das etapas e dados associados à vacinação contra a COVID-19





2.2.1. Metas para a Primeira Etapa

- ❖ Vacinar contra a COVID-19 95% das pessoas ≥ 40 anos de idade (6.419.534 habitantes, pessoas com elevado risco de exposição e autoridades em função executiva que corresponde a 20% da população de Angola projectada pelo INE para Junho de 2021):
 - ← Vacinar 100% do profissionais de saúde de serviços públicos e privados, para preservar o funcionamento contínuo dos serviços de saúde;
 - ← Vacinar 100% do pessoal e usuários de serviços sociais básicos, incluindo lares de idosos, orfanatos, locais de assistência a pessoas incapacitadas, cadeias e professores entre outros;
 - ← Identificar e vacinar gradualmente pessoas com co-morbidades, de risco através de serviços clínicos regulares específicos estabelecidos em 100% dos Municípios/Distritos do país;
 - ← Vacinar 100% dos funcionários aeroportuários e de fronteiras;
 - ← Vacinar 100% dos agentes das forças da ordem e de segurança pública;
 - ← Vacinar 100% das Autoridades Executivas do Governo e instituições críticas para preservar a governabilidade e as acções estratégicas do governo;
- ❖ Vacinar 95% da população de idade igual ou superior a 40 anos de idade, num curto período, de forma a criar impacto na redução de casos severos (mortalidade e ocupação hospitalar).

2.2.2. Metas para a Segunda Etapa:

- ❖ Vacinar 95% da população da faixa etária entre os 16 e 39 anos de idade (10.403.750 pessoas, ou seja, 32% da população de Angola projectada pelo INE para Junho de 2021):



← Vacinar 100% de vendedores de mercados formais e informais;

← Vacinar 100% de motoristas de viaturas de serviços públicos;

← Vacinar 100% de moto taxistas;

2.2.3. Pilares de acção

Apresenta-se na próxima figura, de forma macro, os principais pilares de acção para cumprir os objectivos preconizados para a estratégia das duas etapas definidas:

Figura 6 – Principais pilares de acção e tarefas macro associadas

CAPACITAÇÃO	REFORÇO DA CAPACIDADE EXISTENTE	MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normas e procedimentos ▪ Supervisão ▪ Vacinação ▪ Conservação ▪ Logística/transporte ▪ Aplicação da vacina ▪ Descarte seguro de lixo ▪ Monitorização ▪ Avaliação ▪ Sistemas de suporte (logística, monitorização da cadeia de frio, registo electrónico de vacinação, registo do pessoal de saúde participante, vigilância epidemiológica, farmacologia, plataforma de formação à distância, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adequar as câmaras frias e os depósitos para material de vacinação de COVID-19 ▪ Expansão das plataformas existentes e implementação dos módulos necessários (DHIS2, IOTA, Monitorização Electrónica da Cadeia de Frio, plataforma de ensino à distância) ▪ Implementação do Registo Electrónico de Vacinação ▪ Sistema de monitorização e avaliação da cobertura entre grupos de risco e do impacto da vacinação ▪ Base de dados de pessoal de saúde participante ▪ Integração entre os Sistemas existentes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Redefinição dos processos, procedimentos e informação a monitorizar no contexto da Vacina contra a COVID-19 ▪ Definição dos níveis de acesso, bem como da periodicidade e dos mecanismos de partilha de informação ▪ Implementação dos critérios de monitorização e avaliação da cobertura entre grupos de risco e do impacto da vacinação ▪ Implementação dos critérios de monitorização de Eventos Adversos Pós Vacinação COVID-19 ▪ Monitorização da cadeia de Logística de Vacinas ▪ Implementação de "dashboards" de avaliação e qualidade, no contexto da Vacina contra a COVID-19

- ❖ Capacitar 100% do pessoal a ser envolvido na supervisão e vacinação para o cumprimento das normas e procedimentos de conservação, transporte, aplicação da vacina e descarte seguro do lixo da vacinação contra a COVID-19;
- ❖ Organizar e realizar capacitação específica do pessoal logístico necessário para receber, armazenar e distribuir a vacina e material em 100% dos depósitos da Cadeia de Frio (central, provincial e municipal), melhorando o que já existe e criando novas condições, sempre que necessário, adequando as câmaras frias e os depósitos para material de vacinação.



- ❖ Reforçar o sistema de distribuição de vacinas do nível central para os depósitos provinciais, utilizando carrinhas refrigeradas com termómetros com controlo contínuo de temperatura do nível provincial ao municipal, empregando caixas isotérmicas de larga duração, termómetros e marcadores de controlo de temperatura,
- ❖ Expandir o controlo de stock em tempo real a nível central, provincial e municipal, utilizando o sistema IOTA, de gestão digital de vacinas e material, recorrendo a dispositivos móveis de baixo custo, nomeadamente telefones. Associar ao sistema IOTA a componente de Monitorização Electrónica da Cadeia de Frio, permitindo assim, o controlo remoto das condições de armazenamento da vacina, bem como obter vários níveis de avisos e outras sinaléticas, sempre que existirem condições anormais;
- ❖ Implementar o Registo Electrónico da Vacinação associado às plataformas de gestão de Saúde e Logística em implementação no MINSA, para assim se conseguir, não só identificar todos os que receberam a primeira dose, como também fazer o seguimento da segunda dose, através do envio de um SMS, reutilizando, sempre que possível, serviços do Portal de Serviços Públicos Electrónicos do Governo de Angola (SEPE). Esta é uma medida estruturante e fundamental para a monitorização de todo o processo de vacinação;
- ❖ Reforçar a unidade de farmacovigilância da DNME para a investigação e documentação de possíveis Eventos Adversos Pós Vacinação da COVID-19;
- ❖ Reforçar a capacidade da Escola Nacional de Saúde Pública para o ensino e certificação à distância;
- ❖ Implementar na DNSP/INIS um sistema de monitorização e avaliação da cobertura entre grupos de risco e do impacto da vacinação.

2.3. Grupos prioritários para vacinação

Tendo em conta que toda a população é susceptível ao SARS-CoV-2 e a impossibilidade inicial de vacinar toda a população, a exemplo do acontecido durante a epidemia da febre-amarela, é necessário estabelecer prioridades.



A abordagem geral consiste em cobrir, numa primeira etapa, apenas 20% da população total, devido à dificuldade de acesso à vacina, face à elevada concorrência global pelas vacinas autorizadas para uso, seguindo o devido protocolo de emergência.

Neste sentido, com base na análise epidemiológica nacional e tendo em conta as recomendações dos peritos internacionais da SAGE, foi necessário priorizar as pessoas muito expostas, como os profissionais de saúde e de outros serviços sociais, os grupos de idade mais vulneráveis (mais de 65 anos) e pessoas com morbilidades pré-existentes de risco.

Contudo, já que o grupo acima dos 65 anos de idade é de apenas 2,5% da população, permitiu alargar a faixa etária a ser protegida na primeira etapa, para pessoas de idade igual ou superior a 40 anos que, no caso de Angola, formam uma parte importante do grupo de risco, já que a maior parte dos casos graves que ocupam leitos hospitalares são desta faixa etária. As pessoas ≥ 40 anos de idade constituem 16% da população.

Devido a que se encontra assegurada a vacina para 20% da População, a restante vacina permitirá cobrir 4% da população, incluindo profissionais de saúde e de outros serviços sociais incluindo, pessoal da polícia e das forças armadas e professores, expostos continuamente ao SARS-CoV-2 e que são fundamentais para manter a integridade do sistema de saúde e outros serviços críticos. Nesta primeira etapa, será vacinada também a estrutura humana de Governação Nacional e de Instituições críticas para o Estado, de forma a preservar a governabilidade.

Posteriormente, à medida que uma maior quantidade de vacinas esteja disponível, o país vai adquirir vacinas para cobrir toda a população nacional com fundos do Orçamento Geral do Estado, Banco Mundial e outros parceiros, através da COVAX-Facility, ou por compra directa aos fabricantes. Foram estabelecidos princípios racionais para todo o processo, com o estabelecimento de prioridades para cada grupo de risco e etário.



Figura 7 - Prioridades para vacinar, por risco etário e de exposição. Angola 2021

Grupo de Idade	População 2021 INE	Taxa de Incidência x 1Milhão	Taxa de Mortalidade x 1Milhão	Taxa Letalidade x 100	Prioridade	Baixar Mortalidade	Baixar transmissão
≥80 anos	96 799	577	155	27	1A		
75-79 anos	129 071	418	193	46			
70-74 anos	221 096	370	89	24			
65-69 anos	345 619	572	134	23			
60-64 anos	500 999	526	87	17			
55-59 anos	676 983	698	42	6	1B		
50-54 anos	879 435	718	35	5			
45-49 anos	1 102 633	749	13	1,8			
40-44 anos	1 357 125	726	13	1,8			
Pessoal de Saúde	113 000	6935	2740	1,7	1A		
Co-morbilidades	300 000				1A		
Serviços Sociais Professores	200 000				1A		
Polícia e FAA, detentos, refugiados	200 000				1A		
Outros Grupos, motoristas de viaturas públicas etc.	296 774				1B		
Grupos de risco	1 109 774	Pessoas menores de 40 anos de idade					
Total 1ª etapa	6 419 534	20% da população nacional					
Grupo de Idade	População 2021 INE	Taxa de Incidência x 1Milhão	Taxa de Mortalidade x 1Milhão	Taxa Letalidade x 100	Prioridade	Baixar Mortalidade	Baixar transmissão
35-39 anos	1 466 929	1497	6	0,7	2A		A
30-35 anos	1 749 756	732	5	0,7			
25-29 anos	2 100 625	310	6	0,9			
20-24 anos	2 549 011	139	1	0,5			
16-19 anos	2 537 430	54	1	1,7			
Total 2ª etapa	10 403 750	32% da população nacional					
Total 1ª e 2ª Etapas	16 823 284	53% da população nacional					

Fonte: Projeção populacional para 2021 - Dados de incidência, mortalidade e letalidade baseados na notificação de 7 997 casos e 264 óbitos - Sistema de Vigilância da COVID-19- DNSP. A população total de Angola para 2021 foi estimada pelo INE em 32.097.671 habitantes.

O estabelecimento de prioridades permitirá adequar a estratégia de vacinação à disponibilidade de vacinas. A vacinação contra a COVID-19 terá início nos grupos mais expostos como o pessoal de saúde, pessoas com co-morbilidades de risco e pessoal de serviços sociais, incluindo professores e outros grupos mais expostos (estimam-se em 3,4%). Os idosos de 65 anos e mais de idade estimam-se em 2,5% e têm o maior risco de mortalidade por COVID-19.

A vacinação segundo grupos etários é uma abordagem geral que procura impacto imediato epidemiológico na mortalidade e na transmissão. Deve ser



complementada com a vacinação de grupos específicos de risco, que não correspondam a estes grupos etários e que podem ser abordados de forma fácil e segura nas suas instituições ou serviços, utilizando equipas móveis de vacinação.

A vacinação de pessoas com morbilidades de risco para COVID-19 é mais complexa e não pode ser abordada em curtos períodos, como numa campanha de vacinação, pelo que, se requer a disponibilização contínua de vacinação na rede de serviços de saúde, onde exista a capacidade de detectar e orientar a vacinação neste tipo de cidadãos, assim como condições de conservação e segurança da vacina.

As taxas de mortalidade e de letalidade por COVID-19 são altas a partir dos 50 anos de idade, destacando a prioridade desta faixa etária para prevenir a mortalidade.

As maiores taxas de incidência de casos (taxas de incidência por grupo de idade) estão nos grupos etários de 30 a 54 anos de idade, o que indica que, para reduzir a transmissão desta doença, estes grupos são prioritários.

O grupo etário de menores de 16 anos de idade, não parece ser relevante na transmissão, de acordo com a informação disponível. Por outro lado, a maior parte dos ensaios clínicos de fase III, não consideraram menores de 16 anos de idade, pelo que, não se conhece o impacto ou problemas da vacina neste grupo etário. Por este motivo, a vacinação desde grupo etário foi proposta para 2022 à espera de novas recomendações da OMS.

Cerca de metade da população não vai receber num curto período a vacinação contra COVID-19. Deste modo a possibilidade de atingirmos imunidade de rebanho é pequena contando somente com a vacinação. A infecção natural pode contribuir para atingir a imunidade de rebanho.

2.4. Prevenção da infecção por COVID-19 durante a vacinação

As seguintes precauções devem ser tomadas com o objectivo de prevenir a transmissão da COVID-19 durante a vacinação:

Higiene e protecção pessoal:

- Lavar as mãos com água corrente e sabão, cada vez que se atenda uma pessoa ou, na sua falta, desinfetar as mãos com uma solução de álcool-gel;



- Não é obrigatório usar luvas durante a administração de vacinas;
- Usar toca, bata e uma máscara durante toda a jornada de vacinação. Evitar tocar a máscara.

Gestão de aglomeração de pessoas:

- A selecção do sítio onde será organizado um ou mais Postos de Vacinação é crítico, para evitar aglomerações. Estes sítios deverão permitir o espaçamento físico recomendado;
- Durante a vacinação, dever-se-á manter o espaçamento físico de pelo menos um (1) metro, com o apoio do pessoal da Polícia ou das FAA;
- Os Postos de Vacinação de Alto Rendimento (várias equipas em um sítio de vacinação) têm também o objectivo de evitar esperas prolongadas e aglomerações.

Sensibilização das comunidades:

- Sensibilizar os Líderes das Igrejas, Autoridades Tradicionais e Organizações Comunitárias sobre a necessidade de informar a população sobre a necessidade de usar máscaras e cumprir com o espaçamento físico durante a vacinação.

Triagem:

- Antes da vacinação, deve-se excluir todos os casos suspeitos de COVID-19, perguntando se a pessoa a ser vacinada apresenta um dos sinais ou sintomas da doença (febre, tosse, dificuldade de respirar ou respiração rápida) perguntar se esteve em contacto com pessoas com COVID-19.
- Perguntar a todas as mulheres se não estão grávidas.

2.5. Eliminação do lixo da vacinação

Para a protecção do meio ambiente e evitar infecções acidentais de pessoas que mexem com o lixo, as seringas utilizadas durante a vacinação serão sistematicamente depositadas em caixas seguras de papelão forte de 5 litros com capacidade para descarte de 100 seringas. Estas caixas, formam parte do kit de material de cada equipa de vacinação. Diariamente, a equipa municipal dos serviços



de saneamento, recolherá e armazenará as caixas em lugar seguro para no dia seguinte serem eliminadas:

- Nos municípios que dispõem de incineradores, as seringas utilizadas serão incineradas;
- Nos municípios que não possuam incineradores, o método a ser utilizado será o descarte pelo método de queima a céu aberto e aterro;
- Os frascos de vacina e diluente serão descartados em aterros sanitários de acordo com as normas do PAV.

3. ESTRATÉGIAS

3.1. Estratégias Operacionais

Angola tem vasta experiência na organização e implementação de campanhas de vacinação em massa. Foram realizadas, nos últimos 20 anos, mais de 50 campanhas de vacinação em crianças contra a pólio e uma vacinação da população total do país, durante a emergência da epidemia da febre-amarela, sendo que esta foi realizada em condições difíceis, devido à insuficiência de vacinas e à demanda descontrolada.

Para o sucesso da vacinação, em particular das campanhas, é essencial que exista:

- 1) Forte engajamento dos Departamentos Ministeriais do Executivo e Governadores Provinciais;
- 2) Envolvimento dos Administradores Municipais na preparação, implementação, monitorização e avaliação da campanha;
- 3) Integração das Forças Armadas e da Polícia Nacional na preparação, implementação, monitorização e avaliação da campanha;
- 4) Coordenação com os Líderes das Igrejas, Autoridades Tradicionais e Organizações Comunitárias para a sua participação na promoção e implementação das campanhas.



Figura 8 – Estratégias para a operacionalização da vacinação contra a COVID-19



1 Auto-vacinação do pessoal de saúde



O pessoal de saúde de cada Serviço de Saúde com mais de 20 funcionários, selecionará uma equipa de vacinação que depois de ser treinada, será responsável em assegurar a vacinação de todo o pessoal assistencial, administrativo e de serviço. Eticamente é difícil vacinar somente o pessoal assistencial de primeira linha, porque na realidade a equipa de saúde funciona como um todo e é responsável pela funcionalidade do serviço. Caso a Unidade Sanitária tenha menos de 20 funcionários, estes irão concentrar-se na Sede Municipal, num local apropriado.

Esta estratégia poderá modificar-se, no caso da vacina disponibilizada ser da plataforma m-RNA, que requer condições de conservação de ultrafrio em cada província onde se utilize esta vacina e cadeia de frio $+2^{\circ}\text{C}+8^{\circ}\text{C}$ nos postos de vacinação para garantir a conservação adequada no período de 5 dias de utilização da vacina descongelada. Neste caso, a estratégia de vacinação será de micro campanhas por concentração em postos de vacinação com condições, protecção contra a luz do sol, espaço suficiente para evitar aglomerações e garantia de espaçamento físico.

A microplanificação da vacinação do pessoal de saúde será um processo participativo, que deve realizar-se ao nível Municipal ou Distrital, que permita localizar adequadamente os Postos de Vacinação ao qual acudirá o pessoal de serviços de saúde próximos. Deve-se ter em conta a cadeia de frio apropriada em



cada Posto de Vacinação para cada tipo de vacina, assim como mobilizar e organizar os recursos humanos e a disponibilidade de vacinas e material. Recomenda-se utilizar o microplano modelo proposto pelo nível central.



Vacinação contínua em centros de saúde designados



Em cada município, serão designadas Unidades Sanitárias que tenham a capacidade e os meios para detectar correctamente riscos de morbilidade, conservar e utilizar a vacina de COVID-19 para vacinar a população que demande este serviço. Estas unidades sanitárias oferecerão a vacina da COVID-19, de forma contínua e gratuita nos dias úteis. Mediante a plataforma digital IOTA, serão controlados os principais fluxos logísticos, bem como monitorizados em tempo real a utilização, o stock e a qualidade da cadeia de frio. Esta estratégia será implementada com a vacina que não requeira condições de conservação de ultrafrio.



Micro-campanhas com equipas móveis



Para a implementação desta estratégia, será necessário organizar equipas móveis que terão uma lista dos locais a serem visitados, número de pessoas a serem vacinadas, dia e hora (itinerário e calendário). Nestes locais, os grupos prioritizados serão concentrados em instituições ou locais designados, respeitando o espaçamento físico para prevenir a exposição à COVID-19. As equipas responsáveis de cada itinerário, terão logística de transporte e conservação de vacinas e cumprirão a sua tarefa geograficamente definida, quer seja no município, distrito, comuna ou bairro, segundo a sua densidade demográfica.



Campanha de vacinação massiva por concentração



Esta estratégia permite a redução rápida de pessoas susceptíveis à doença, pelo que, deverá ser implementada em cada fase, logo que sejam criadas as condições. Será implementada gradualmente por Províncias para assegurar a supervisão, a deslocação de recursos humanos e eventualmente a transferência temporal de equipamento da cadeia de frio. Será realizada em duas fases sucessivas urbana e rural. As primeiras províncias a serem vacinadas serão aquelas com maiores



problemas da COVID-19. Nas áreas urbanas densamente populosas serão organizados locais de alto rendimento, com a colocação de vários postos de vacinação por local de vacinação com uma área de entrada e outra de saída como foi feito na epidemia da febre-amarela.

O grupo etário na primeira etapa, abrangerá todas as pessoas ≥ 40 anos, na segunda etapa irá abranger a população de 16 a 39 anos de idade. A duração dependerá da disponibilização de vacinas, recursos humanos e financeiros. Deve-se assegurar o uso da máscara pelos profissionais de saúde e pela comunidade, o espaçamento físico, a fila prioritária para pessoas idosas e pessoal de segurança para evitar aglomerados. A organização da campanha deve garantir aos responsáveis dedicação exclusiva, trabalhando na preparação pelo menos um mês antes do início da campanha. A autonomia de gestão ao nível municipal e a supervisão técnica deverá estar garantida.

As campanhas massivas de vacinação serão realizadas de forma faseada em cada etapa, por província ou grupo de províncias tendo em conta critérios epidemiológicos geográficos e operacionais, beneficiando primeiramente as províncias mais afectadas ou com rápida deterioração da situação epidemiológica. Eventualmente, poderá priorizar-se um município específico. No entanto, a orientação geral será a de cobrir províncias completas. A implementação de forma faseada, também obedece a escassa disponibilidade global desta vacina e grande procura por todos os países.

A possibilidade de utilizar mais de um tipo de vacina tem que ser considerada dada a escassez da mesma. Nesta situação, deverá ser utilizado um mesmo tipo de vacina numa área geográfica determinada e assegurar a disponibilidade da segunda dose, antes de iniciar a vacinação em outra província.

Uma excepção a esta orientação pode acontecer na vacinação de um grupo específico de risco, como ser o pessoal de saúde, que na fase inicial receba um tipo diferente de vacina que a população geral de seu município receba.



Figura 9 – Estratégias de vacinação contra a COVID-19 para cada grupo de risco. Angola 2021

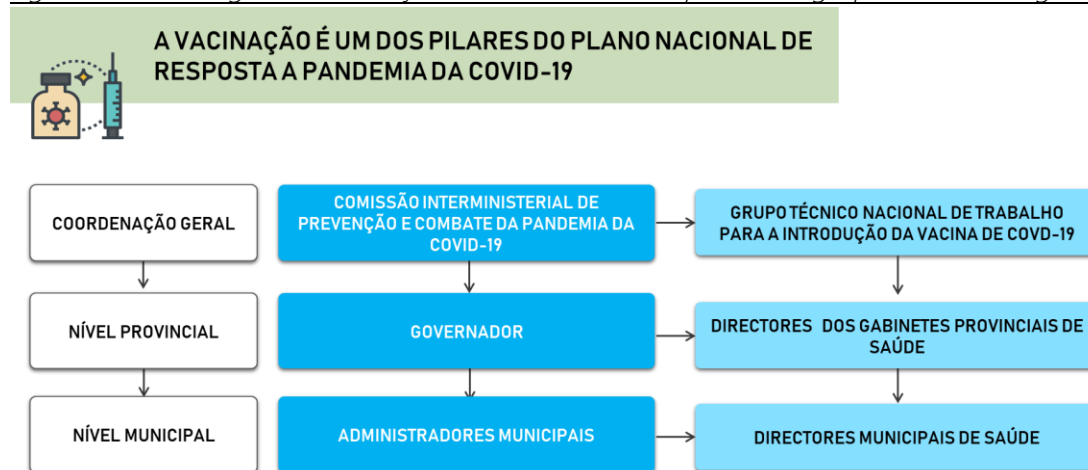
Grupo de risco	Estratégia de vacinação	Local	Frequência	Modalidade de vacinação
Risco etário:				
Pessoas ≥ 40 anos	Campanha nacional massiva	Por província (s)	2 Rondas	Por concentração em postos fixos
Pessoas de 20 a 39 anos	Campanha nacional massiva	Por província (s)	2 Rondas	Por concentração em postos fixos
População < 20anos	Campanha nacional massiva	Por província (s)	2 Rondas	Por concentração em postos fixos
Risco de exposição:				
Pessoal serviços públicos de saúde	Auto-vacinação - Ponto Focal	Por Municípios	2 vezes	Pessoal da Unidade Sanitária
Serviços privados de saúde	Auto-vacinação - Ponto focal	Por Municípios	2 vezes	Pessoal da Unidade Sanitária
Polícias	Micro campanhas	Por Quartel	2 vezes	Equipas móveis mistas saúde/polícias
Forças armadas (FAA)	Micro campanhas	Por Quartel	2 vezes	Equipas móveis mistas saúde/FAA
Professores escolas univ. públicas	Micro campanhas	Local de concentração	2 vezes	Equipas móveis saúde
Professores escolas univ. privadas	Micro campanhas	Local de concentração	2 vezes	Equipas móveis saúde
Lares de idosos e portadores de deficiências	Micro campanhas	Centro	2 vezes	Equipas móveis saúde
Detentos em cadeias	Micro campanhas	Cadeia	2 vezes	Equipas móveis saúde
Motoristas e Moto taxistas	Micro campanhas	Local de concentração	2 vezes	Equipas móveis saúde
Pessoal fronteiras e aeroporto	Micro campanhas	Local de concentração	2 vezes	Equipas móveis saúde
Vendedores mercados	Micro campanhas	Mercado	2 vezes	Postos fixos
Risco de morbilidade				
Pessoas doentes identificadas	Vacinação contínua	Unidade sanitária	Contínuo	Unidades seleccionadas
Risco de Governação				
Governo e Instituições críticas	Micro campanhas	Por Instituição	2 vezes	Equipas móveis saúde



4. ORGANIZAÇÃO

Na figura abaixo, apresentamos de uma forma geral o modelo de gestão da vacinação.

Figura 10 – Estratégias de vacinação contra a COVID-19 para cada grupo de risco. Angola 2021



4.1. Organização a nível central (coordenação geral)

A vacinação é um dos pilares do Plano Nacional de Resposta à Pandemia da COVID-19, pelo que a coordenação geral da campanha será realizada pela *Comissão Multisectorial para a Prevenção e Combate a COVID-19*. Pontos focais de cada Departamento Ministerial serão nomeados e trabalharão de forma integrada com as equipas técnicas do Ministério da Saúde.

A coordenação técnica estará a cargo do Ministério da Saúde apoiada pelas *Comissões Multisectoriais* e do *Grupo Técnico Nacional de Trabalho para a introdução da vacina contra a COVID-19* (Despacho Ministerial nº 815/GAB.MIN/MS/2020), através das 8 subcomissões, nomeadamente:

1. Vacinação e prestação de serviços;
2. Logística e cadeia de frio;
3. Comunicação e Mobilização Social
4. Vigilância epidemiológica;



5. Investigação;
6. Farmacovigilância dos efeitos adversos pós vacinação (EAPV);
7. Monitorização e avaliação da cobertura e do impacto da vacinação;
8. Segurança física durante os eventos de vacinação e custódia das vacinas.

Estas subcomissões poderão subdividir-se em função da complexidade das mesmas.

Técnicos das organizações parceiras entre elas a OMS, UNICEF, Banco Mundial, Grupo Técnico Consultivo Nacional de Imunizações (GTCNI), CDC e Consultores da GAVI, serão integrados nas subcomissões e apoiarão o processo de planificação monitorização e avaliação.

Os representantes de organizações da sociedade civil serão convocados para conhecer as actividades planificadas e facilitar o envolvimento dos seus membros a nível provincial, municipal e comunal.

4.2. Organização a nível Provincial

A nível Provincial, a coordenação geral da vacinação será realizada pelo Governador de cada província e sua equipa.

A coordenação técnica e gestão da campanha serão realizadas pelos Directores dos Gabinetes Provinciais de Saúde através de 6 subcomissões que apoiarão os níveis municipais:

- 1) Técnica;
- 2) Logística e cadeia de frio;
- 3) Comunicação e mobilização social;
- 4) Estatística/gestão de dados;
- 5) Vigilância e Efeitos Adversos Pós-vacinação (EAPV);
- 6) Segurança e custódia das vacinas.



4.3. Organização a nível Municipal

A nível municipal, a coordenação e operacionalização da vacinação contra a COVID-19 será realizada pelos Administradores Municipais e Comunsais que terão a responsabilidade de mobilizar e organizar as autoridades tradicionais, organizações sociais entre elas as igrejas e organizações da sociedade civil.

A coordenação técnica e gestão da campanha, será realizada pelos Directores Municipais de Saúde através de 6 subcomissões:

- 1) Técnica;
- 2) Logística e cadeia de frio;
- 3) Comunicação e mobilização social;
- 4) Estatística/gestão de dados;
- 5) Vigilância e Efeitos Adversos Pós-vacinação (EAPV);
- 6) Segurança e custódia das vacinas.

5. ACTIVIDADES CHAVE POR ÁREA

5.1. Gestão Geral

- 1) Consolidar o compromisso de provisão da vacina contra a COVID-19 da COVAX-Facility a Angola, para vacinar 20% de população total em maior risco, mediante a assinatura de um convénio;
- 2) Mobilizar recursos do OGE e parceiros, para cofinanciamento da vacina para a segunda e terceira etapa, material de vacinação, cadeia de frio e custos operacionais da vacinação;
- 3) Adquirir antecipadamente seringas, caixas seguras e algodão através do UNICEF, caso não seja fornecida juntamente com a vacina;
- 4) Colocar em funcionamento o equipamento do novo armazém central de vacinas do PAV, particularmente as câmaras de congelação (-15-25 °C), a câmara de refrigeração (+2+8°C);



- 5) Localizar os equipamentos de ultrafrio a nível central e nas Províncias nas quais serão administradas vacinas da Pfizer-BioNTech. Transportar as vacinas do nível central às Províncias com equipamentos de ultrafrio, utilizando gelo seco 16 -18 kg por caixa, utilizando viaturas refrigeradas e a mesma caixa em que chegou a vacina;
- 6) Completar a instalação de câmaras de conservação de vacinas nas 6 Províncias em falta;
- 7) Implementar o Registo Electrónico da Vacinação para a COVID-19, com capacidade para integrar com o SEPE, para envio automático de SMS para a aplicação da segunda dose da vacina;
- 8) Implementar a base de dados nacional do registo do pessoal das equipas de vacinação e apoio participante;
- 9) Elaborar de forma antecipada os documentos necessários para a *“dispensa de libertação dos lotes de vacinas de COVID-19”* pré-qualificadas pela OMS” .

5.2. Cadeia de frio para a Vacinação COVID-19

O Depósito Nacional de vacinas tem uma câmara de temperatura +2°C+8°C de 123 m³ de capacidade líquida e uma câmara de temperatura -15°C a -25°C de 70 m³ líquidos. Para conservação ultrafrio -70°C dispõe de 10 arcas de 780 litros de capacidade de armazenamento cada uma. O gelo seco para envio de vacina mRNA é produzido em empresas privadas de Luanda. A capacidade de armazenamento seco é de cerca de 900m³. Caso seja necessário, poder-se-á ocupar o armazém de CECOMA para seringas e material de vacinação.

Para o nível provincial, 19 arcas adicionais de ultrafrio serão distribuídas estrategicamente nas capitais das províncias. A nível provincial todas as 18 províncias têm câmaras frigoríficas de 7 m³ líquidos, excepto Benguela que tem câmaras de congelação e refrigeração de 15 m³ líquidos e Cuando Cubango que não dispõe de câmara, por ter pouca população.



A nível nacional e provincial existe suficiente capacidade de armazenamento de vacinas de COVID-19. A nível municipal utilizar-se-á a capacidade instalada das campanhas de vacinação contra a Pólio.

Serão adquiridas arcas de refrigeração e de congelação adicionais para todos os municípios em conformidade com as necessidades de armazenamento de cada município. A nível Provincial, Cuando Cubango será também reforçado. Caixas isotérmicas de 20 litros e porta vacinas adquiridos para as campanhas da Febre Amarela e Pólio, serão utilizadas. Este equipamento também será reforçado com a aquisição de novo equipamento para a vacinação COVID-19.

O Programa de Vacinação tem quatro veículos refrigerados para a entrega de vacinas no país. Adicionalmente, veículos frigoríficos particulares serão alugados durante as campanhas para distribuição de vacinas e outros materiais, através do CECOMA.

5.3. Actividades críticas de logística e cadeia de frio

- 1) Reactivar o grupo de trabalho de logística nacional com termos de referência apropriados e procedimentos operacionais padrão para o armazenamento, distribuição, transporte e utilização das vacinas da COVID-19, material de vacinação e tratamento do lixo da vacinação;
- 2) Fornecer procedimentos operacionais padrão para a conservação, transporte, vacinação e diretrizes para a recolha e descarte de resíduos adequados às condições locais, com ênfase, na utilização de equipamentos de ultrafrio e gestão de vacinas m-RNA;
- 3) Actualizar o inventário de cadeia de frio a todos os níveis, capacidade e localização dos pontos de armazenamento de vacina e material, em todos os níveis, em relação às características das vacinas da COVID-19 recebidas e preencher as lacunas de abastecimento e logística identificadas;
- 4) Organizar os depósitos central e provinciais de vacinas, criando condições para a recepção de vacinas e material, logística de transporte, cadeia de frio e pessoal adicional necessário para a distribuição aos níveis inferiores;



- 5) Implementar o módulo de Gestão de Temperaturas da Cadeia de Frio da Plataforma IOTA;
- 6) Capacitar o pessoal provincial e municipal das 12 províncias em gestão digital de stock de vacinas e material (IOTA) em falta, e dotar de telefones.
- 7) Mapear e confirmar as informações de contacto de pessoas-chave dos níveis provincial, municipal e das unidades sanitárias;
- 8) Monitorizar, em tempo real, o stock de vacinas da COVID-19 e material de vacinação, utilizando a Plataforma Digital de Gestão Logística de Vacinas IOTA;
- 9) Estabelecer acordos contratuais para o transporte e gestão de resíduos, quando aplicável;
- 10) Em coordenação com a subcomissão de segurança, estabelecer disposições para garantir a integridade das vacinas da COVID-19 e do material de vacinação em toda a cadeia de abastecimento, bem como o acesso às ferramentas de monitorização, em tempo real, de todo o processo logístico e de vacinação.

5.4. Capacitação

- 1) Desenvolver um plano de formação e implementar um modelo de formação de formadores e implementadores. O plano deve incluir grupos-chave de participantes, áreas temáticas de conteúdo, parceiros-chave de formação, métodos de formação, plataformas de suporte, cronograma de acções e responsáveis pela sua execução;
- 2) Adaptar, imprimir e distribuir materiais de capacitação desenvolvidos pela OMS e elaborados pela DNSP, conforme o tipo de vacina a ser utilizada e as necessidades locais;
- 3) Reforçar e integrar a capacidade da Escola Nacional de Saúde Pública para disponibilizar conteúdos de formação e certificação nas diversas áreas da luta e vacinação contra a COVID-19;



- 4) Realizar formações descentralizadas, presenciais e/ou virtuais, em conformidade com o plano de capacitação, os conteúdos elaborados e o público-alvo;
- 5) Realizar formações específicas para gestão da cadeia de ultrafrio e vacinas mRNA.

5.5. Fármacovigilância

- 1) Planificar a vigilância activa de eventos adversos específicos relacionados com a vacina da COVID-19 em uso;
- 2) Garantir que as diretrizes e procedimentos documentados, bem como as ferramentas para a notificação, investigação, avaliação de causas prováveis dos Eventos Adversos Pós-vacinação (EAPV), comunicação de risco e resposta, estejam disponíveis em todos os níveis;
- 3) Garantir que as subcomissões provinciais de farmacovigilância trabalhem de forma coordenada com as equipas de vigilância epidemiológica e que sejam treinados para realizar as actividades de forma adequada;
- 4) Estabelecer canais de comunicação seguros para compartilhar dados e descobertas de segurança da vacina COVID-19 através da OMS.

5.6. Comunicação de risco e promoção da demanda ou Mobilização?

Esta actividade contará com a estrutura e apoio técnico da equipa de comunicação e mobilização social de risco da Comissão Multisectorial de Prevenção e Combate a COVID-19. O público principal para comunicação, serão os profissionais de saúde. O público secundário, serão as famílias dos grupos-alvo, autoridades e líderes comunitários (líderes tradicionais, religiosos e professores).

As actividades de comunicação interpessoal irão variar de acordo com os grupos-alvo, complementadas por mensagens de rádio e televisão em língua portuguesa e em línguas nacionais. As mensagens para a vacinação serão integradas na promoção de comportamentos saudáveis de protecção e atendimento precoce da COVID-19 nas unidades de saúde.

Serão desenvolvidas as seguintes actividades:



- 1) Elaborar um plano de mobilização incluindo advocacia, comunicação e mobilização social, comunicações de risco e segurança, envolvimento da sociedade civil e capacitação dos jornalistas e mobilizadores para gerar confiança, aceitação e a demanda à vacinas da COVID-19. Deve incluir um plano de preparação para comunicações de crise;
- 2) Realizar ou actualizar inquéritos CAP para conhecer a aceitabilidade da vacina e percepções incorrectas em distintos grupos populacionais de forma a orientar as mensagens e materiais-chave para comunicações ao público e advocacia, em alinhamento com o plano de comunicação social;
- 3) Estabelecer sistemas de colecta de dados, incluindo:
 - a. Monitorização da informação divulgada pela comunicação social e gestão de rumores;
 - b. Avaliação de dados sociais e comportamentais.
- 4) Elaborar manuais para os mobilizadores das equipas de vacinação e disponibilização dos mesmos em formato electrónico, reduzindo custos e permitindo assim o acesso à distância.

5.7. Vigilância epidemiológica e investigação laboratorial

- 1) A Equipa de Vigilância Epidemiológica de Doenças e Resposta do Ministério da Saúde e os Técnicos do Instituto Nacional de Investigação em Saúde (INIS) conjuntamente com os Técnicos da OMS e outros parceiros, continuará a implementar as acções de vigilância e investigação epidemiológica;
- 2) A ficha epidemiológica de investigação de casos da COVID-19, incluirá o antecedente e a data de vacinação contra a COVID-19, assim como os dados epidemiológicos relevantes dos grupos alvo da vacinação, que permita avaliar o impacto da mesma;
- 3) A subcomissão de vacinação deverá ter informação sobre a situação epidemiológica, a localização e os grupos humanos afectados por novos surtos, de forma a planificar e implementar campanhas de vacinação de resposta a surtos e a avaliação do impacto da campanha;



- 4) Investigações epidemiológicas/laboratoriais serão implementadas pela equipa do Instituto Nacional de Investigação em Saúde (INIS) em coordenação com o Departamento de Higiene e Vigilância Epidemiológica da DNSP.

5.8. Regulamentação

A importação e distribuição no território nacional da vacina para COVID-19, para uso no âmbito da pandemia, requer a aprovação da Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos - Autoridade Reguladora do Sector Farmacêutico, conforme artigos 6º e 8º do Decreto Presidencial nº 315/20 de 17 de Dezembro.

No referente aos requisitos técnicos, a vacina a ser considerada para uso emergencial em Angola, deve ser previamente autorizada pela *Agência Europeia de Medicamentos (EMA)*, seguida da pré-qualificação pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (*Ponto nº 4, artigo 12º do Decreto Presidencial nº 180/10 de 18 de Agosto*) e o fabricante deve remeter ao MINSA, uma cópia da Autorização de Introdução no Mercado Condicional (AIM) da vacina a ser adquirida.

5.9. Campanha de Vacinação

5.9.1. Fase preparatória

- 1) Elaborar o microplano municipal de acordo com a orientação da DNSP;
- 2) Recrutar/designar o(s) responsável(eis) de apoio técnico a tempo inteiro em cada província;
- 3) Reactivar/criar as subcomissões com termos de referência específicos;
- 4) Planificar a implementação das campanhas nas províncias e municípios de acordo com a prioridade;
- 5) Elaborar microplanos locais e orçamentos seguindo as orientações da equipa nacional;
- 6) Organizar encontros periódicos com as autoridades municipais, líderes religiosos, comunitários e organizações da sociedade civil;



- 7) Localizar pontos de vacinação e sinalizar com bandeirolas (unidades sanitárias e postos avançados nas comunidades) em consulta com os líderes locais;
- 8) Localizar espaços e criar condições para Postos de Vacinação de Alto Rendimento;
- 9) Identificar voluntários nas comunidades;
- 10) Preparar o registo nominal do pessoal de saúde participante, procurando que os mesmos residam próximo do local de vacinação e que se comprometam em participar durante a duração da campanha. Recrutar segundo o microplano:
 - Profissionais de saúde de hospitais, centros e postos de saúde dos serviços públicos e privados;
 - Profissionais de saúde de ONGs nacionais e internacionais;
 - Alunos do último ano das Escolas de Enfermagem e de Medicina;
- 11) Capacitar o pessoal vacinador, registador, supervisor, mobilizador e de segurança;
- 12) Realizar inquéritos CAP para preparar os conteúdos educativos;
- 13) Veicular mensagens de promoção e orientação, rectificando rumores referentes à vacina, utilizando os mass media e as redes sociais;
- 14) Assegurar a logística de distribuição da vacina e material;
- 15) Distribuir a vacina na data mais próxima ao dia de início da campanha e garantir a segurança no local de conservação;
- 16) Coordenar com as equipas de segurança a disponibilidade dos mesmos em todos os pontos de vacinação massiva.

5.9.2. Fase de Vacinação

- 1) Verificar o funcionamento de todos os pontos de vacinação planejados, hora de início e de finalização, o efectivo das equipas e disponibilidade das viaturas planejadas;



- 2) Supervisão técnica da vacinação seguindo a lista de verificação e corrigir erros e resolver problemas encontrados;
- 3) Realizar reuniões de balanço diário curtas, com os coordenadores para o ajuste da campanha;
- 4) Verificar a informação diária sobre as doses de vacina administrada, stock remanescente e seu estado de conservação;
- 5) Recolha diária do lixo da vacinação e tratamento de acordo com as normas da OMS.

6. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

6.1. Monitorização da preparação e implementação

- 1) Será realizada utilizando os instrumentos VIRAT e o Instrumento de avaliação integrado da OMS/BM;
- 2) Para seguimento das actividades planeadas em cada etapa será elaborado um instrumento de seguimento similar aos desenvolvidos para a poliomielite e será preenchido semanalmente on-line para acesso a todos os níveis;
- 3) Para o acompanhamento da cobertura de vacinação e controlo dos frascos de vacinação, utilizar-se-á o mesmo instrumento de monitorização, com os dados quantitativos das vacinações realizadas em cada fase e em cada tipo de estratégia e grupo alvo;
- 4) Semanalmente, o Grupo Técnico Nacional e as equipas provinciais e municipais analisarão os resultados presencialmente ou através de videoconferências.

6.2. Avaliação

- 1) Ao final de cada etapa, será realizada uma avaliação da cobertura por grupo etário e por população em risco, utilizando os dados administrativos e resultados de inquéritos LQAS implementados em municípios chave;



- 2) Será também avaliada a participação das distintas instituições e parceiros dos diferentes sectores envolvidos, assim como os custos de implementação. Os resultados de cada etapa permitirão realizar ajustes nas etapas seguintes;
- 3) A notificação e investigação de cada caso de possível evento adverso pós-vacinação, será analisado pela equipa técnica nacional e os resultados informados à OMS;
- 4) A sero conversão em pessoas vacinadas de um distinto grupo de idade e o impacto na incidência da COVID-19 será objecto de estudos epidemiológicos e de laboratório a serem realizados pelo Instituto Nacional de Investigação em Saúde e pelo Departamento de Vigilância Epidemiológica.

7. VACINAS CONSIDERADAS

As vacinas consideradas para serem utilizadas para vacinar a população Angolana devem ser pré-qualificadas/autorizadas pela OMS. Entre elas, foram consideradas as seguintes:

VACINAS CANDIDATAS		Tecnologia plataforma	Custo USD	Situação actual	Conservação
Pfizer/BioNtech BNT162	EUA/Alemanha	mRNA	19,5	Aprovada: Agência Europeia de Medicamentos, FDA, OMS	-70°C
Moderna	EUA	mRNA	37	Aprovada: Agência Europeia de Medicamentos, FDA,	-20°C
Sinovac/Butantan Coronavac	China/Brasil	Inactivada	30	Em processo de aprovação	+2-+8°C
Astra Zeneca ChAdox1-S	Grã Betanha	Vector Viral	4	Aprovada: Agência Europeia de Medicamentos	+2-+8°C
Gamaleya Gam-COVID-Vac	Russa	Vector Viral	?	Em processo de aprovação	+2-+8°C



8. BASES PARA A ELABORAÇÃO DO ORÇAMENTO

A elaboração do Orçamento do Plano Nacional de Vacinação, baseou-se em algumas premissas:

- O custo padrão de vacinas contra COVID-19 para compra através da COVAX-facility é de 7 USD por dose, para qualquer tipo de vacina;
- A totalidade de vacinas e material de vacinação para cobrir 20% da população em maior risco será fornecida pela COVAX-Facility sem custos para o País;
- Para adquirir as restantes doses, os fundos serão mobilizados com o apoio de Bancos Internacionais de Desenvolvimento;
- Está previsto que o acesso às vacinas seja gradual, pelo que será necessário realizar a vacinação por fases em cada etapa, com os custos de preparação e logísticos acrescentados;
- As vacinas a serem utilizadas precisam de 2 doses para imunizar as pessoas;
- As necessidades de cadeia de frio poderão variar segundo o tipo e quantidade de vacinas a ser disponibilizada;
- Os custos operacionais foram estimados com base nas recentes campanhas de vacinação implementadas no país;
- A estratégia de implementação será flexível por depender da quantidade e tipo de vacina a ser disponibilizada a curto prazo, podendo modificar-se os cenários;
- Para operacionalizar a vacinação da população susceptível foram estabelecidas duas etapas: a primeira etapa que cobrirá 20% da população nacional tem a máxima prioridade e a segunda que cobre 32% da população tem prioridade alta.



9. RESUMO ORÇAMENTAL POR POSSÍVEIS FONTES DE FINANCIAMENTO (em USD)

Figura 11 – Orçamento das 2 Etapas de Vacinação da população nacional e cronograma tentativo

Etapas	Total	Fonte de Financiamento proposta			
		OGE	GAVI	Banco Mundial	Banco Europeu de Investimento
1ª Etapa	Vacina m-RNA + Vacina Vector Viral				
Período Implementação	Primeiro semestre de 2020				
População a cobrir	6.419.534 Habitantes ≥40 anos de idade + pessoal de saúde e outras mais expostas				
Vacina e material	\$90 691 008	\$74 135	\$90 616 873	\$0,00	\$0,00
Cadeia de frio	\$6 309 291	\$3 505 591	\$529 980	\$2 273 720	\$0,00
Custos Operacionais	\$8 208 204	\$800 723	\$50 000	\$7 357 481	\$0,00
Sub-total 1ª Etapa	\$105 208 503	\$4 380 449	\$91 196 853	\$9 631 201	\$0,00
2ª Etapa	Vacina Vector Viral				
Período de Implementação	Segundo semestre de 2021				
População a cobrir	10 403 750 Habitantes de 16 a 39 anos de idade				
Vacina e material	\$146 883 834	\$74 720	\$0,00	\$126 809 114	\$20 000 000
Custos Operacionais	\$10 855 873	\$2 395 964	\$0,00	\$8 459 908	\$0,00
Sub total 2ª Etapa	\$157 739 707	\$2 470 684	\$0	\$135 269 022	\$20 000 000
Custo Total das 2 Etapas USD	\$262 948 209	\$6 851 133	\$91 196 853	\$144 900 223	\$20 000 000