Abordagem Gavi a Países com Rendimento Médio

Descrição de Apoio à Teoria da Mudança de Intervenções-Alvo

Uma descrição completa para acompanhar a Teoria da Mudança é uma parte necessária do pedido de apoio do país. Deve ser completada durante e após o desenvolvimento da Teoria da Mudança.

1. Desenvolvimento da Teoria da Mudança

Descrever o processo realizado no país para desenvolver a Teoria da Mudança.

Que partes interessadas (por exemplo, ministros do governo, altos funcionários do Ministério da Saúde, funcionários do governo subnacional, líderes comunitários, sociedade civil, representantes dos trabalhadores da saúde, membros da população, etc.) estiveram envolvidos nas discussões?

Como foram levadas em consideração as diferentes vozes e (por exemplo, vozes de homens e mulheres, populações vulneráveis, etc.)?

Qual foi o formato das discussões (por exemplo, workshops, seminários), quantas foram realizadas e em que período de tempo? As partes interessadas a todos os níveis estão comprometidas com a priorização da zero dose por meio desta intervenção proposta?

Que evidências existem para apoiar este compromisso?

Como serão responsabilizadas as partes interessadas por esses compromissos?

Como planeia manter essas partes interessadas empenhadas ao longo da implementação da subvenção?

Que papel irão elas desempenhar na monitorização do progresso?

O que foi desafiante durante o processo?

*Até 500 palavras*

O desenvolvimento da Teoria da Mudança foi um processo gradual de consulta e colaboração impulsionado pelo desafio de mudar as coisas para alcançar maior equidade na vacinação infantil, decorrente da necessidade de superar o retrocesso no acesso (aumento de crianças com dose zero) e na a cobertura vacinal de rotina que afeta o país e que é agravada pela persistência da pandemia de COVID-19. O processo começou em Julho de 2021 em plena pandemia de COVID-19 com uma série de workshops por videoconferência entre a GAVI e a equipa técnica do Ministério da Saúde, OMS, UNICEF e Banco Mundial sobre a Teoria da Mudança para Angola. Em Agosto, o Ministério da Saúde organizou um workshop de 2 dias sobre a teoria da mudança, com a participação de directores provinciais de saúde, supervisores de vacinação, e outros técnicos das 18 províncias. Posteriormente realizaram-se encuentros semanales del equipo central de Inmunización con profesionales de comunicación e sistema de información para discutir los problemas e a priorización de las provincias con base na información de vacunacion, encuestas de pobreza, estadísticas de recursos humanos, red de servicios de salud entre outras. Foram posteriormente realizadas 3-4 reuniões e recebidas contribuições para a definição dos objectivos e actividades da proposta MICS – Zero Dose. Mais tarde em Dezembro, uma vez seleccionadas 5 províncias (Luanda, Bié, Cunene, Huambo e Cuanza Sul e dentro destes 22 municípios prioritários que concentram 60% das crianças com dose zero no país. Foram consultadas por videoconferência autoridades tradicionais (SOBAS), Agentes Comunitários de Desenvolvimento e Saúde (ADECOS), líderes religiosos, membros de organizações de mulheres e membros de ONGs Cruz Vermelha, CORE e World Vision. Em Dezembro, foi realizado um inquérito junto das mulheres de baixos rendimentos sobre os motivos da não vacinação de crianças em áreas urbano-periféricas de Luanda. A Directora da Direcção Nacional de Saúde Pública e posteriormente a Ministra da Saúde analisaram a proposta e assumiram a objetivos para o período 2022-2023: 1) Aumentar a cobertura nacional de vacinação de rotina com todos os antígenos (indicador Penta-3) em 15%; 2) Reduzir as crianças Zero Doses em 15%, criando gradualmente condições sustentáveis. Os resultados de médio prazo foram assumidos para melhorar a equidade dos serviços de vacinação e melhorar sua sustentabilidade financeira. A Ministra da Saúde já assinou o compromisso “Assinaturas e Endossos da Teoria da Mudança e Detalhe de Apoio Gavi” e está em curso a assinatura da Ministra das Finanças. Para responsabilizar a equipa técnica, será emitido um Despacho Ministerial, mencionando os membros e funções da equipe técnica nacional responsável pela condução da estratégia Zero Dose, uma vez aprovado o projeto. Para manter a dinâmica, pretende-se realizar reuniões trimestrais de acompanhamento nas 5 províncias e ao nível central, a equipa nacional de monitorização apresentará um relatório de progresso que será incorporado no relatório mensal que o Ministério da Saúde envia ao Ministério de Planejamento para acompanhamento do Plano Nacional de Desenvolvimento. A parte mais desafiadora do processo foi a sobreposição da emergência da pandemia de COVID-19 que atrasou o processo.

1. Alinhamento com os Princípios Orientadores

Descrever como as intervenções planeadas podem satisfazer os princípios orientadores do apoio. Consultar as orientações para mais informações sobre cada um dos princípios.

*Até 200 palavras por cada Princípio Orientador.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Princípio Orientador** | **Resposta** |
| Alto Impacto | Pretendemos atingir um impacto elevado, pois a proposta de intervenção contempla 22 Municípios de 5 Províncias (Luanda, Bié, Cunene, Huambo e Cuanza Sul), que concentram cerca de 60% das crianças Dose Zero do país e 41% do total da população nacional menor de 1 ano de idade. Nesses municípios, muitas unidades de saúde reduziram seu desempenho vacinando irregularmente ou não vacinando, por outro lado existem clínicas e serviços particulares e religiosos que podem ser incorporados à vacinação sistemática por meio de convênios com o Ministério da Saúde e a proposta pretende integrá-los. Pretende-se também expandir os postos fixos de vacinação disponibilizando uma rede de frio e capacitação de pessoal dos serviços de saúde que não estão a vacinar. A integração das organizações sociais de base em cada município com o apoio de ONGs facilitará o vínculo ou com os serviços de saúde, o aumento da demanda e a maior confiança da população na vacinação. |
| Alvo (targeted) | Alvo definida porque pretende aumentar a cobertura nacional de vacinação de rotina com todos os antígenos (indicador Penta-3) em 15%; e reduzir as crianças Zero Doses em 15%, criando gradualmente condições sustentáveis para 2023. Esta meta Nacional é a base mínima que será ultrapassada a nível dos 22 municípios e das 5 provincias seleccionadas na proposta. |
| Adaptativo | É adaptativo porque propõe diferentes estratégias para diferentes contextos: urbano, periferia urbana muito povoada com poucos serviços de saúde e áreas rurais. A realização de sessões de Teoria da Mudança no início das atividades em cada município priorizado com a participação de gestores municipais, pessoal de saúde municipal, Sobas, ADECOS, chefes de Igrejas, organizações de mulheres promovidas por ONGs locais e projetos de desenvolvimento local contribuirá a ter uma perspectiva de longo prazo, ações de curto prazo e compromissos necessários para aumentar a cobertura e identificar e integrar crianças Zero Dose utilizando os recursos disponíveis ou mobilizados localmente e os do projecto. |
| Inovador | É inovador porque diferente dos projetos usuais focados apenas na parte técnica da vacinação, considera o processo a partir da ética e responsabilidade social com a criança e toma de forma abrangente as possibilidades de mudança nos condicionantes, em especial o financiamento sustentável. Por outro lado, visa desenvolver a Teoria da Mudança localmente facilitada por ONGs locais que não estavam participando da vacinação. Algumas inovações são a integração formal padronizada de clínicas e serviços privados e religiosos em vacinação, o registo digital individual em áreas urbanas com lembrete por SMS das seguintes doses com base na experiência bem-sucedida do registro digital de vacinação contra COVID-19 (plataforma ReDIV). O reforço da capacidade de gestão e administração da subvenção seguindo o Sistema Integrado de Gestão Financeira do Estado (SIGFE) em vez dos habituais mecanismos ad hoc virá a reforçar a gestão geral dos recursos públicos. |
| Coordenado | É coordenado porque a gestão será feita pela Direcção Nacional de Saúde Pública através da Equipa Técnica Interagências de Imunizações e localmente pelos administradores municipais e equipo técnico municipal, com a participação de Sobas, responsáveis de Igrejas, ADECOS e ONG locais num comité local de saúde. Os municípios de cada província serão coordenados e apoiados pelas equipas técnicas das 5 províncias seleccionadas. |
| Catalisador e sustentável | É catalítico e sustentável porque os recursos injetados pela GAVI circularão pelo Sistema Integrado de Gestão Financeira do Estado (SIGFE) e serão combinados localmente com recursos do Orçamento do Estado para combater a pobreza e acabarão por contribuir para a mobilização de recursos para a expansão das infraestruturas para a saúde com o apoio do Plano Integrado de Intervenção nos Municípios (PIIM). |

1. Descrição do problema

Descrever os desafios que a intervenção proposta procura enfrentar. Existem várias ferramentas que os países podem consultar quando realizam as suas análises. Por exemplo:

* O [Cartão Gavi de Análise Zero Dose](https://www.gavi.org/news/document-library/zero-dose-analysis-card), tendo em conta que nem todas as suas partes são relevantes para apoio a Intervenções Orientadas. Pedir ajuda ao Gestor do País/Gestor de Empenhamento do País para interpretação da orientação.
* Ferramentas UNICEF sobre Género e Vacinação:
  + [A Practical Guide to Integrate a Gender Lens into Immunization Programmes, UNICEF Regional Office for South Asia](https://eur01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https://www.gavi.org/sites/default/files/document/programmatic-policies/UNICEF-ROSA-Practical-Guidance-on-Immunization-and-Gender-2019.pdf&data=04|01|kharper@gavi.org|ecff25595ce244fbd9ae08d94dbd5446|1de6d9f30daf4df6b9d65959f16f6118|0|0|637626297814558823|Unknown|TWFpbGZsb3d8eyJWIjoiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzIiLCJBTiI6Ik1haWwiLCJXVCI6Mn0=|1000&sdata=aGugW4HoYGCyKe4Yc1qhQq57+Qzv0bQArqamK8BbM5A=&reserved=0)
  + [Integrating Gender in Programming for Every Child in Europe and Central Asia, UNICEF Regional Office for Europe and Central Asia](https://eur01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https://www.unicef.org/eca/media/15101/file&data=04|01|kharper@gavi.org|ecff25595ce244fbd9ae08d94dbd5446|1de6d9f30daf4df6b9d65959f16f6118|0|0|637626297814558823|Unknown|TWFpbGZsb3d8eyJWIjoiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzIiLCJBTiI6Ik1haWwiLCJXVCI6Mn0=|1000&sdata=yZXYRKb1A26ivMZjWHNfSrArXOYns2LBmGZTmkg9yqM=&reserved=0)
* Organização Mundial da Saúde [Technical Resources for Improving Immunization Coverage and Equity](https://www.technet-21.org/en/library/main/7095-technical-resources-for-improving-immunization-coverage-and-equity)
  1. Crianças com Dose Zero

Usando a falta de DTC1 (Difteria, Tétano e Tosse Convulsa) como uma definição operacional para “zero dose”, quantas (e em que proporção) crianças zero dose existem no país e onde estão localizadas (no nível mais baixo para o qual existam dados fiáveis)?

* Usando a falta de DTC1 (Difteria, Tétano e Tosse Convulsa) como uma definição operacional para “zero dose”, quantas (e em que proporção) crianças zero dose existem no país e onde estão localizadas (no nível mais baixo para o qual existam dados fiáveis)?
* Porque não foram vacinadas estas crianças?
* Quais são as principais barreiras na oferta e na procura dos serviços de vacinação?
* Como se cruza isto com as identidades sociais, incluindo o género ou barreiras existentes relacionadas com o género?
* Como variam estes motivos com o local?
* Podem também ser consideradas as seguintes barreiras do lado da oferta e da procura:
* Acessibilidade do serviço: tempo de viagem ou distância até ao ponto de vacinação mais próximo, representação e participação das mulheres na tomada de decisão do programa de vacinação
* Cadeia de fornecimentos: disponibilidade de vacinas/níveis de *stocks*, disponibilidade/funcionalidade dos equipamentos da cadeia de frio
* Recursos Humanos para a Saúde (HRH): disponibilidade do trabalhador de saúde (masculino e feminino), condições de trabalho, salário,
* Determinantes Comportamentais e Sociais (BeSD): pensamento e sentimento, motivação, processos sociais, factores práticos
* Barreiras de género: recursos financeiros, educação e acesso à informação, poder da tomada de decisões familiares, mobilidade, tempo fora de casa (horário, tempo de espera, etc.), adequação dos serviços
* Barreiras socioeconómicas: índice de riqueza, educação materna, religião, etnia, taxa de casamentos infantis

*Até 500 palavras*

A informação nacional disponível sobre crianças doses zero provém de duas fontes, por um lado, das informações administrativas dos relatórios mensais das unidades de saúde compiladas na plataforma DHIS2 até dezembro de 2021, e por outro lado, das estimativas anuais de cobertura da OMS -UNICEF realizado anualmente (Estimativa WUENIC) permite dados mais confiáveis ​​sobre o número de crianças que não recebem a vacina Penta1 (crianças dose zero). Em 2020, segundo dados administrativos, havia 174.334 crianças sem dose e segundo a WUENIC, 424.939. De acordo com o DHIS-2, para dezembro de 2021, são estimadas 244.185 crianças com dose zero, 40% a mais que no ano anterior. A projeção dos dados WUENIC para 2021 mostra um quadro mais sombrio; 432.873 crianças com zero doses Segundo o DHIS-12, Luanda acumula (30,0%) de zero doses, Huambo (15,7%), Bié (8,5%), Cunene (5,1%) e Cuanza Sul (2,8%) em conjunto 62,1% das crianças zero dose do país. Nestas províncias, 22 municípios respondem por cerca de 60% do número de crianças não vacinadas no país. Todos esses municípios foram selecionados. As causas de crianças com dose zero têm a ver com a reduzida rede de serviços públicos de saúde, sua má distribuição, as grandes distâncias. Dificuldades logísticas dos serviços, transporte público insuficiente e de alto custo. Las principais causes evitáveis são falhas na continuidade do atendimento e qualidade humana na prestação dos serviços fixos de vacinação. La Pandemia do COVID-19 agravou os factores condicionantes incluindo a escassez de recursos financeiros a nível municipal para as atividades de extensão da vacinação a comunidades sem fácil acesso aos serviços públicos de saúde. Por outro lado, há insuficiente utilização de serviços privados e religiosos para vacinação. O inquérito nacional representativo de causas de não vacinação realizado em 2014 mostrou que 72% das mães entrevistadas não receberam tratamento educado, 69% longo tempo de espera, 43% falta de vacinas ou material, longas distâncias 34%, ausência de vacinador 29 %. Essas descobertas são semelhantes às pesquisas de conveniência recentes. Muitas dessas causas poderiam ser eliminadas e facilitar o acesso mais equitativo à vacinação. Por detrás de tudo isto há causas mais profundas que foram reveladas no inquérito MICS 2015 que mostra grandes iniquidades no acesso e utilização dos serviços de vacinação. Filhos de mães do primeiro quintil socioeconômico têm 17 vezes menos chances de não receber a vacina em relação aos filhos de mães do quinto quintil. Filhos de mães sem escolaridade têm 4 vezes menos chances de não serem vacinados do que filhos de mães com ensino superior. Filhos de mães em áreas rurais são três vezes mais propensos a não serem vacinados em relação aos filhos de mães urbanas. Desigualdades de gênero não foram encontradas. Em suma, as crianças zero doses estão em áreas urbanas e rurais periféricas, suas mães são das camadas econômicas mais pobres e menos escolarizadas. A responsabilidade dos serviços de saúde em termos de atendimento humanizado, melhoria da logística são fundamentais, assim como financiamento para extensão de equipamentos avançados e móveis para áreas próximas aos serviços de saúde.

* 1. Recuo da cobertura vacinal.

Qual é o nível actual da cobertura vacinal de DTP3 no seu país a nível nacional e subnacional?

Que mudanças foram registadas nos últimos anos?

A mudança foi uniforme em todo o país ou as diferentes áreas registaram experiências diferentes?

O que está por trás dessas mudanças (tanto do lado da oferta como da procura)?

Houve diferentes motivadores a nível nacional e subnacional e em algumas áreas em comparação com outras?

Qual foi o impacto dessas mudanças na população?

Alguns grupos da população foram mais ou menos afectados do que outros?

Como e porquê?

*Até 500 palavras*

Ao igual que para cero doses a informação nacional disponível sobre crianças doses zero provém de duas fontes, por um lado, das informações administrativas dos relatórios mensais das unidades de saúde compiladas na plataforma DHIS2 e por outro lado, das estimativas anuais de cobertura da OMS -UNICEF realizado anualmente (Estimativa WUENIC) que permite dados mais confiáveis ​​sobre as coberturas. A tendência da cobertura de vacinação de rotina (dados administrativos) em menores de um ano medida pelo indicador Penta3 é decrescente, tendo iniciado a descer mesmo antes da pandemia pois em 2018 era de 84%, caindo para 78% em 2019, para 72% em 2020 e 65% em 2021. As estimativas OMS-UNICEF (WUENIC) são para todos os anos cerca de 30% inferiores as coberturas estimadas pelos dados administrativos o que é bastante preocupante pelos níveis e tendências da cobertura vacinal e por problemas na qualidade dos dados. Relativamente as coberturas provinciais, observa-se um deterioro marcado em 2021 onde 9 das 18 provincias mostraram coberturas inferiores a 60% nomeadamente Zaire, Bengo, Malanje, Lunda Norte, Bié, Huila, Namibe, Cunene e Cuando Cubango. Sete provincias atingiram coberturas entre 60-79%: Luanda, Uige, Cuanza Norte, Cuanza Sul, Benguela, Huila e Moxico. Somente a província da Lunda Sul tinha coberturas superiores a 80% (possivelmente por estar subestimada a população alvo). Não obstante os problemas, a Provincia de Luanda a mais populosa do País melhorou a cobertura Penta-3 em 2021 passando de 58%para 62%. A análise das coberturas de vacinação de rotina (Penta-3) a nível municipal mostram uma situação muito ruim mesmo em 2020 que piorou em 2021. Em 2021 o 46% dos municípios tiveram coberturas menores a 60%. Esta situação significa o acúmulo de crianças susceptíveis de doenças imunopreveníveis em todos os municípios do país. Estima-se de acordo a OMS/UNICEF WUENIC que nos últimos anos estão a se acumular anualmente entre 300.000 e 400.000 crianças sem vacinação que irão a apresentar surtos epidémicos de doenças comuns como a sarampo /Rubéola, rotavírus, c-PVDV-tipo2 com nefastas consequências para a saúde e bem-estar das crianças do país caso de não se tomar medidas que levem a sua rápida redução.

1. Aprendizagem contínua

Se for relevante, como se baseiam as intervenções planeadas nas tentativas anteriores de enfrentar esses desafios (no mesmo país ou aprendendo com a experiência de outro país)?

Como serão usadas as informações recolhidas como parte do Quadro de Responsabilização para ajustar e melhorar a implementação do programa?

Com que frequência serão analisados e usados os dados?

Quem é responsável por garantir a realização da análise e da utilização dos dados?

Como serão integradas as perceções centradas na comunidade de utilizadores, beneficiários e OSC nas suas atividades de monitorização e aprendizagem?

Como será medida a eficácia das abordagens às barreiras relacionadas com o género e outras barreiras à procura?

*Até 500 palavras*

O aproveitamento de investimentos anteriores realizados na fase pós transição da cooperação GAVI que consideramos deveriam ter continuidade é a consolidação do 100% de financiamento nacional das vacinas novas e antigas assim como do material de vacinação financiado pelo Estado (excepto a vacina IPV). E de salientar que mesmo nas crises financeiras profundas de 2019,2020 e 2021 com a caída dos preços do petróleo motor da economia de Angola, o financiamento das vacinas teve prioridade a outras despesas importantes para o Estado em parte pela eficaz advocacia com o Ministério das finanças. A formação de gestores do programa de vacinação do nível médio em parceria com a Universidade Agostinho Neto e OMS crio capacidade nacional docente, que pode ser utilizada para continuar com a formação de mandos médios nas provincias e municípios, importante por ter transcorrido, mas de 3 anos desde o último curso e que muitos gestores foram promovidos ou mudados a outras áreas. Um investimento inovativo do período póst-transição foi a implementação da gestão digital de stock de vacinas e material de vacinação de rotina utilizando a plataforma IOTA, que também é de grande utilidade para gerir em tempo real as vacinas da COVID-19 até o posto de vacinação. Dado o enorme défice de cadeia de frio o equipamento de cadeia de frio para novos postos de vacinação, que se pretende dar continuidade principalmente com fundos de governo e importante para a recuperação de coberturas e fazer sustentável a vacinação principalmente rural das crianças actualmente excluídas por el insuficiente financiamento e médios para implementar equipas móveis. Os módulos de capacitação em Imunização em Práctica desenvolvidos para África pela OMS pretende-se dar continuidade, más mediante formação a distância. Avançar na melhoria da qualidade dos dados e a utilização da plataforma DHIS-2, não somente para recopilar dados, mas e fundamentalmente para a realização de encontros de análise de informação para tomada d decisões que ajudem a reduzir as iniquidades e por outra parte melhor o uso crítico dos dados a confiabilidade do sistema. A micro planificação municipal participativa e organização de equipas móveis e avançadas de vacinação, pretende-se levar-lha ate nível de bairro ou comunas para implementa-lha com critérios de equidade para áreas mais vulneráveis onde abundam as zero doses. A Unidade de Monitorização da Direcção Nacional de Saúde Pública criada com apoio do plano pós transição terá a missão de sistematizar a informação e preparar relatórios. A proposta actual pretende realizar maior trabalho com as organizações de base comunitária e maior apoio às ONGs locais. Nos encontros participativos de microplanificação participarão os membros destas organizações, assim como nos encontros de avaliação que foram planificados eles terão voz, assim mesmo os Gabinetes do Utente que se pretende instalar nos centros de saúde com apoio da Direção de Humanização do atendimento do Ministério da Saúde darão voz. As medições dos câmbios positivos nas barreiras ao atendimento terão seguimento específico por consultores e inquéritos de seguimento estão previstos. Por outro lado, os relatórios de supervisão farão enfase neste aspeito

.Documentos suplementares

Se disponível, incluir no pedido qualquer um dos seguintes documentos para apoiar as informações contidas na pasta de trabalho de detalhes da Pedido de Ajuda e esta descrição, por exemplo:

1. Documentos para evidenciar o processo de desenvolvimento da Teoria da Mudança descrita, por ex., atas de reuniões, listas de presença, materiais de seminários, etc.
2. Evidência de compromissos por parte das principais partes interessadas para dar prioridade às crianças zero dose e apoiar a implementação desta intervenção, por ex., declarações, comunicados de imprensa, compromissos políticos
3. Materiais de apoio para evidenciar os diferentes elementos do Pedido de Apoio (apresentação do problema, atividades propostas, etc.), por ex., análises, avaliações, relatórios, resumos, estudos, fontes e análises de dados existentes a nível de país, etc.
4. Informações sobre esforços complementares por parte do governo nacional/subnacional e/ou outros parceiros e financiadores

Enumerar os nomes dos ficheiros dos documentos comprovativos fornecidos e a sua relevância.

1. Carta da Ministra da Saúde
2. Sumário do workshop de discussão da Teoria da Mudança GAVI- Equipa técnica do PAV Angola;
3. Sumário do Workshop sobre Teoria da Mudança com as províncias;
4. Consultas exploratórias a Sociedade Civil de Algumas Províncias
5. Resultados do Inquérito de obstáculos a vacinação