

AVALIAÇÃO COMPLETA DO APOIO DE GAVI AO PAÍS

Breve Sumário de Progressos do Ano 2015

Moçambique



Este breve sumário sintetiza os achados de 2015 da Avaliação Completa do Apoio de Gavi ao País (FCE) Moçambique. O mesmo foi preparado pelo the Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) da Universidade de Washington (UW) em colaboração com os membros da equipa de FCE: Universidade Eduardo Mondlane (UEM), Moçambique; Health Alliance International (HAI), Moçambique; Centro de Investigação em Saúde da Manhica (CISM); ICCDDR, em Bangladesh; the Infectious Diseases Research Collaboration (IDRC), Uganda; Universidade de Zâmbia (UNZA), Zâmbia; e a PATH nos Estados Unidos.

Este trabalho pretende informar sobre melhorias de provisão de imunização baseadas em evidências nos países abrangidos por FCE. O conteúdo desta publicação não pode ser reproduzido na íntegra nem parcialmente sem permissão da equipa de Avaliação Completa do Apoio de Gavi ao País.

Citação: Equipa de Avaliação Completa do Apoio de Gavi ao País. *Avaliação Completa do Apoio de Gavi ao País: Breve sumário do relatório de progressos do ano 2015 - Moçambique*. Seattle, WA: IHME, 2016.

Universidade Eduardo Mondlane,
Faculdade de Medicina
Av. Salvador Allende, 702 Maputo
Maputo C. P. 257
Moçambique

Telefone: +258 (21) 428076
ou +258 (84) 3158350
Fax: +258 (21) 325255
Email: Baltazar Chilundo, MD, PhD
baltazar.chilundo@gmail.com

www.medicina.uem.mz

Health Alliance International
1107 NE 45th Street, Suite 350
Seattle, WA 98105
USA

Telephone: +1-206-543-8382
Email: Sarah Gimbel, PhD, MPH, RN
Sgimbel@uw.edu

www.healthallianceinternational.org

Centro de Investigação em Saúde da
Manhica
Escritório da Manhica
Rua 12, Cambeve, Vila de Manhica
Maputo C. P. 1929,
Moçambique

Telefone: +258 21 810002
Fax: +258 21 810002
Email: Betuel Sigauque, MD, PhD,
necy_sigauque@yahoo.com

cism@manhica.net

Institute for Health Metrics and Evaluation
2301 Fifth Ave., Suite 600
Seattle, WA 98121
USA

Telefone: +1-206-897-2800
Fax: +1-206-897-2899
Email: engage@healthdata.org

www.healthdata.org

PATH
Departamento de Monitoria e Avaliação
2201 Westlake Avenue, Suite 200
Seattle, WA 98121
USA

Telefone: +1-206-285-3500
Fax: +1-206-285-6619
Email: Jessica Shearer, PhD
jshearer@path.org
www.path.org

www.path.org

Secretariado Gavi
Monitoria e Avaliação
2, Chemin des Mines, 1202
Geneva
Suíça

Telefone: 00 41 22 9096542
Fax: 00 41 22 9096551
Email: Abdallah Bchir
abchir@gavi.org

www.gavi.org

CRONOGRAMA

dos principais eventos de vacinação em Moçambique

Apresentamos uma visão geral dos principais eventos de imunização no País, destacando os atrasos relevantes na implementação (Figura 1).

Figura 1: Cronograma dos principais eventos de imunização no país, destacando os atrasos relevantes na implementação

PLANEADO
2015

ACTUAL
2015

PLANEADO 2015	ACTUAL 2015
JAN	✓
FEV	✓
MAR	○ Provavelmente irá acontecer em 2016
ABR	✓
MAI	✓
JUNHO	○ Provavelmente irá acontecer em 2016
	○ JULHO
	○ AGO
	○ AGO *
	○ NOV ***
	○ AGO
JULHO	✓
	✓
	✓
	○ AGO
	○ SET **
AGO	
SET	✓
	○ OUT
OUT	✓
	○ NOV ****
NOV	✓
DEZ	

Linhas de apoio avaliadas em 2015

- Implementação da vacina pneumocócica conjugada (PCV)
- Apoio em financiamento através de Fortalecimento de Sistemas de Saúde (HSS)
- Demonstração da vacina de vírus humano papiloma (HPV)
- Vacina inactivada contra poliomielite (IPV)
- Vacina rotavirus
- Segunda dose de sarampo
- Outras actividades do sistema PAV
- ✓ Implementado como planejado / nenhum atraso
- Atraso
- * Somente foi feita a Mobilização social sobre a vacina contra rotavirus
- ** Somente foi lançada a vacina contra rotavirus
- *** Mobilização social sobre IPV e segunda dose de sarampo
- **** Lançamento conjunto de IPV e segunda dose de sarampo

Métodos de avaliação 2015

Análise de progressos, sucessos e desafios

- Colectados e revistos documentos relevantes acerca do financiamento de Gavi, planos operacionais e orçamentos, guiões e conjuntos de dados.
- Participação e observação de encontros chave, workshops, lançamentos e formações de nível nacional, provincial e distrital.

Entrevistas com informadores-chave

- Realizadas 51 entrevistas a nível nacional e distrital com intervenientes governamentais, parceiros da Gavi, organizações não-governamentais (ONG), centros de pesquisa em saúde, direcções provinciais de saúde, serviços distritais de saúde e unidades sanitárias.
- Realizadas 23 entrevistas a nível global com Secretariado da Gavi, Parceiros da Vaccine Alliance e outros.
- Realizadas oito entrevistas de verificação de factos.

Análise de parcerias

- Conduzida análise de parcerias usando métodos de Análise de Redes Sociais (Social Network Analysis/ SNA). Os inquéritos SNA foram administrados aos respondentes durante as entrevistas com informadores chave de níveis nacional e sub-nacional.

Rastreamento de recursos

- Administrado o inquérito e realizadas as entrevistas para recolha de dados sobre as despesas de recursos para imunização.

Inquérito aos agregados familiares

- Planeada a análise de dados a partir do inquérito Nacional de Indicadores de Imunização, Malária e HIV e SIDA (IMASIDA).

Análise de dados administrativos sobre a cobertura vacinal

- Usado o Módulo Básico e os dados da cobertura Nacional do Programa Alargado de Vacinação (PAV) para examinar a expansão e a rotinização da vacina pneumocócica conjugada (PCV).

Análise de pequenas áreas

- Compiladas e analisadas todas as fontes de dados disponíveis de inquérito aos agregados familiares e censos.
- Estimada a cobertura de vacinação a nível nacional, regional, provincial, distrital e subdistrital e mortalidade em menores de 5 anos de idade.

Análise de iniquidades

- Compiladas e analisadas todas fontes de dados disponíveis de inquéritos sobre riqueza nas famílias e de cobertura de vacinação.

ANÁLISE

de cobertura de vacinação, mortalidade em crianças e iniquidades

Cada achado é acompanhado por uma classificação que reflecte a robustez de evidência. Veja abaixo a escala de quatro pontos resumida:

Classificação	Razão
A	Os achados são suportados por múltiplas fontes de dados (boa triangulação) que geralmente são de boa qualidade. Onde existe poucas fontes de dados, as evidências de suporte são mais baseadas em factos do que subjectivas.
B	Os resultados são suportados por múltiplas fontes de dados (boa triangulação) de menor qualidade, ou os resultados são suportados por poucas fontes (triangulação limitada) de boa qualidade, mas talvez são mais percepções do que factos.
C	Os resultados são suportados por poucas fontes de dados (triangulação limitada) e são baseadas em percepções, ou geralmente baseadas em dados que são considerados como tendo menor qualidade.
D	Os resultados são suportados por evidências muito limitadas (fonte única) ou incompleta ou evidência não confiável. No contexto desta avaliação prospectiva, os resultados com esta posição podem ser preliminares ou emergentes durante o processo activo da recolha de dados e no respectivo seguimento.

VACINA

pneumocócica conjugada

Moçambique introduziu a Vacina Pneumocócica Conjugada 10 (PCV10) na rotina do PAV em Abril de 2013 com o apoio da Gavi. Os dados do SIS de 2013 a 2015, indicam que a PCV foi largamente rotinizada no sistema de imunização do país.

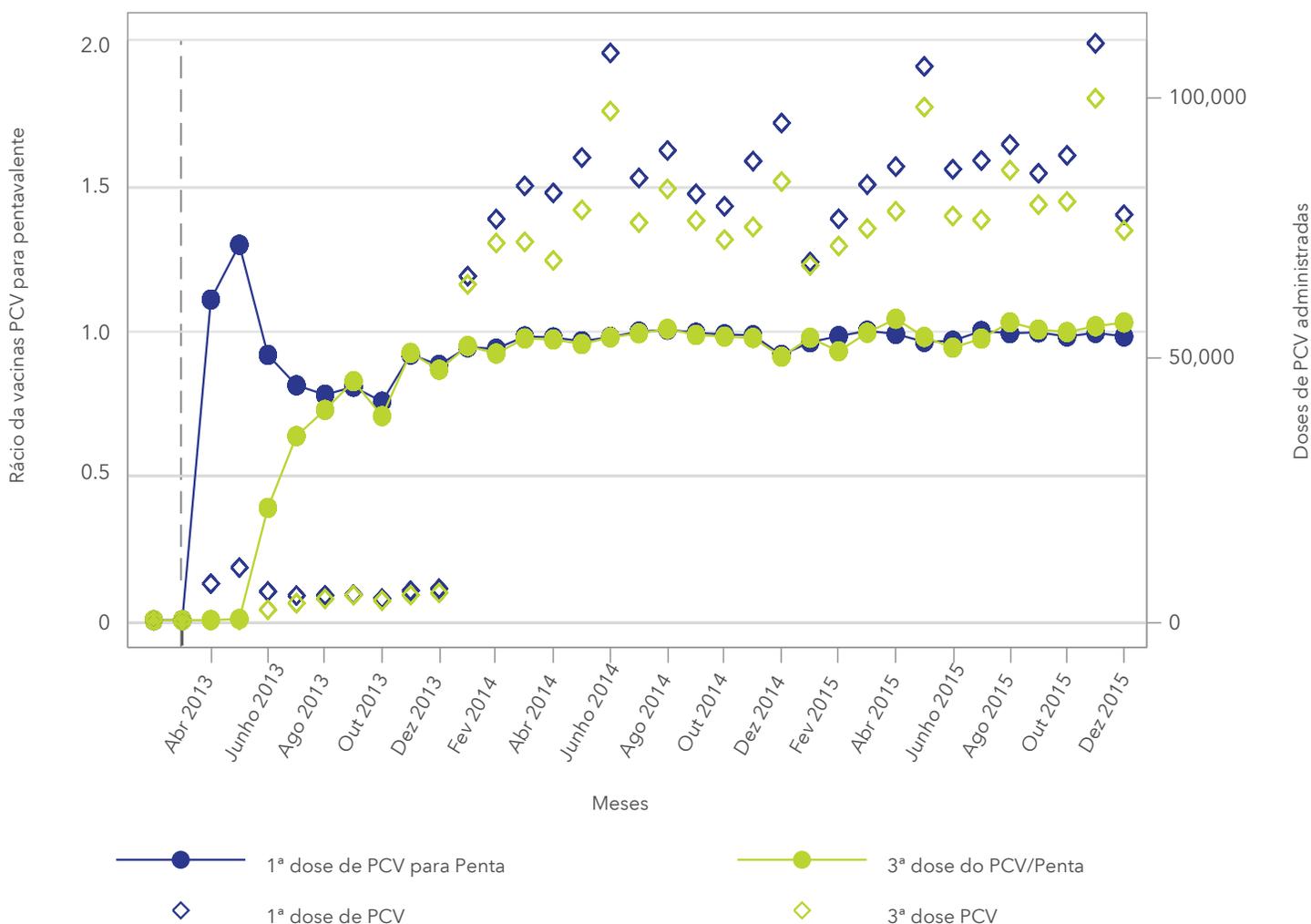
ACHADO 1

A PCV foi largamente rotinizada no sistema de imunização em Moçambique, com o número de doses de PCV fornecidas a ficar no mesmo nível das vacinas existentes. Há desigualdades geográficas na cobertura, o que reflecte a existência de estrangamentos no sistema

Classificação: B

Expansão bem-sucedida. PCV foi largamente rotinizada no sistema de imunização com o rácio de doses correspondentes de vacina PCV para vacina pentavalente estabilizado a uma relação de UM durante dois anos aproximadamente (Figura 2).

Figura 2: Rácio de doses de PCV para doses pentavalentes administrados em Moçambique segundo o SIS



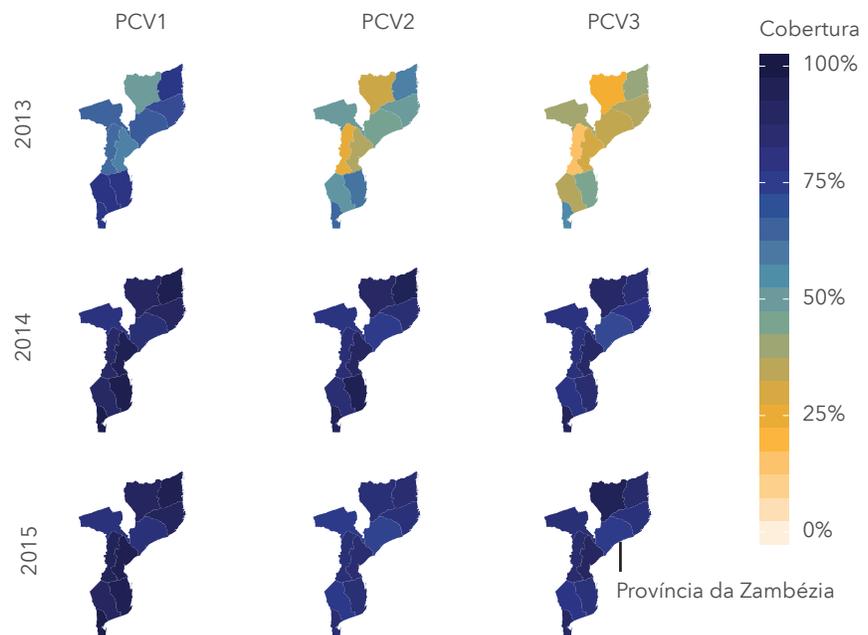
As iniquidades persistem. A província da Zambézia apresenta uma cobertura da PCV significativamente inferior em relação a outras províncias no país (Figura 3).

O inquérito do IMASIDA irá confirmar o nível de cobertura do PCV e outras vacinas em Moçambique.

RECOMENDAÇÃO

Avaliação subsequente deve explorar os factores impulso-nadores de iniquidades regionais que dizem respeito à forma como a vacina PCV está sendo actualmente implementada

Figura 3: Estimativa da cobertura de PCV por dose e por província em Moçambique



ACHADO 2

Os achados preliminares do estudo sobre a efectividade da vacina, incluindo inquéritos sobre os portadores nasofaríngeos de pneumococos antes e depois da introdução da PCV em Nampula, Maputo, e Manhiça e assim como a vigilância da doença invasiva pneumocócica e pneumonia confirmada por raio-X, sugerem que a expansão da PCV está a reduzir a incidência da doença pneumocócica em Moçambique.

Classificação: B

Estudo de portadores nasofaríngeos de pneumococos

- Efeito directo da vacina entre crianças <5 anos de idade não-infectadas pelo HIV

Observada uma redução de 41% (intervalo de confiança de 95% [IC]: 6, 69) nos portadores pneumocócicos do tipo de vacina em crianças não-infectadas pelo HIV que receberam três doses. Observada a redução de 61% (95% CI 9, 82) em crianças infectadas pelo HIV que receberam três doses.

- Primeiras indicações do efeito indirecto da vacina sobre as crianças infectadas pelo HIV

Entre as crianças infectadas pelo HIV, houve uma redução de 31% (95% intervalo de confiança 11, 46) entre aquelas que não receberam doses de PCV. Existiu também um aumento nos portadores pneumocócicos do tipo de vacina não PCV10, incluindo serotipos cobertos por PCV13.

Pré e pós-vigilância da doença pneumocócica invasiva em Manhiça²

- Redução na doença pneumocócica invasiva do tipo coberto pela vacina. Houve uma redução significativa doença pneumocócica invasiva do tipo coberto pela vacina (72.5%, 95% CI 8.9, 91.7).
- Houve aumento não significativo da doença pneumocócica invasiva do tipo não coberto pela vacina (49.9%, 95% CI -30.0, 221.3).
- Houve uma redução não significativa na pneumonia confirmada por Raio-X (20.8%, 95% CI 43.1, 56.3) e na pneumonia invasiva em geral (25.8%, 95% CI -39.0, 60.4).

¹ Como parte da FCE da Gavi, o estudo de efectividade da vacina PCV foi conduzido em Moçambique pelo CISM com apoio da USAID e CDC.

² Estes resultados preliminares sobre a efectividade da vacina representam as mudanças de 18 meses depois da introdução e são baseadas em estudos observacionais.

INTRODUÇÃO MÚLTIPLA DE NOVAS VACINAS (MVI): vacina rotavírus, vacina pólio inactivada e segunda dose de sarampo

Na sequência da primeira aplicação sem sucesso para vacina contra o rotavírus em 2012, o País submeteu com sucesso a segunda aplicação da proposta para a introdução simultânea das vacinas rotavírus e segunda dose de sarampo em 2013. Moçambique submeteu com sucesso a aplicação para a vacina Pólio Inactivada em Agosto de 2014.

Moçambique propôs um plano para fazer o lançamento simultâneo da vacina rotavírus e IPV em Julho de 2015 e lançar a segunda dose de sarampo em outubro de 2015. A vacina rotavírus foi lançada no dia setembro de 2015 e IPV e segunda dose de sarampo em Novembro de 2015.

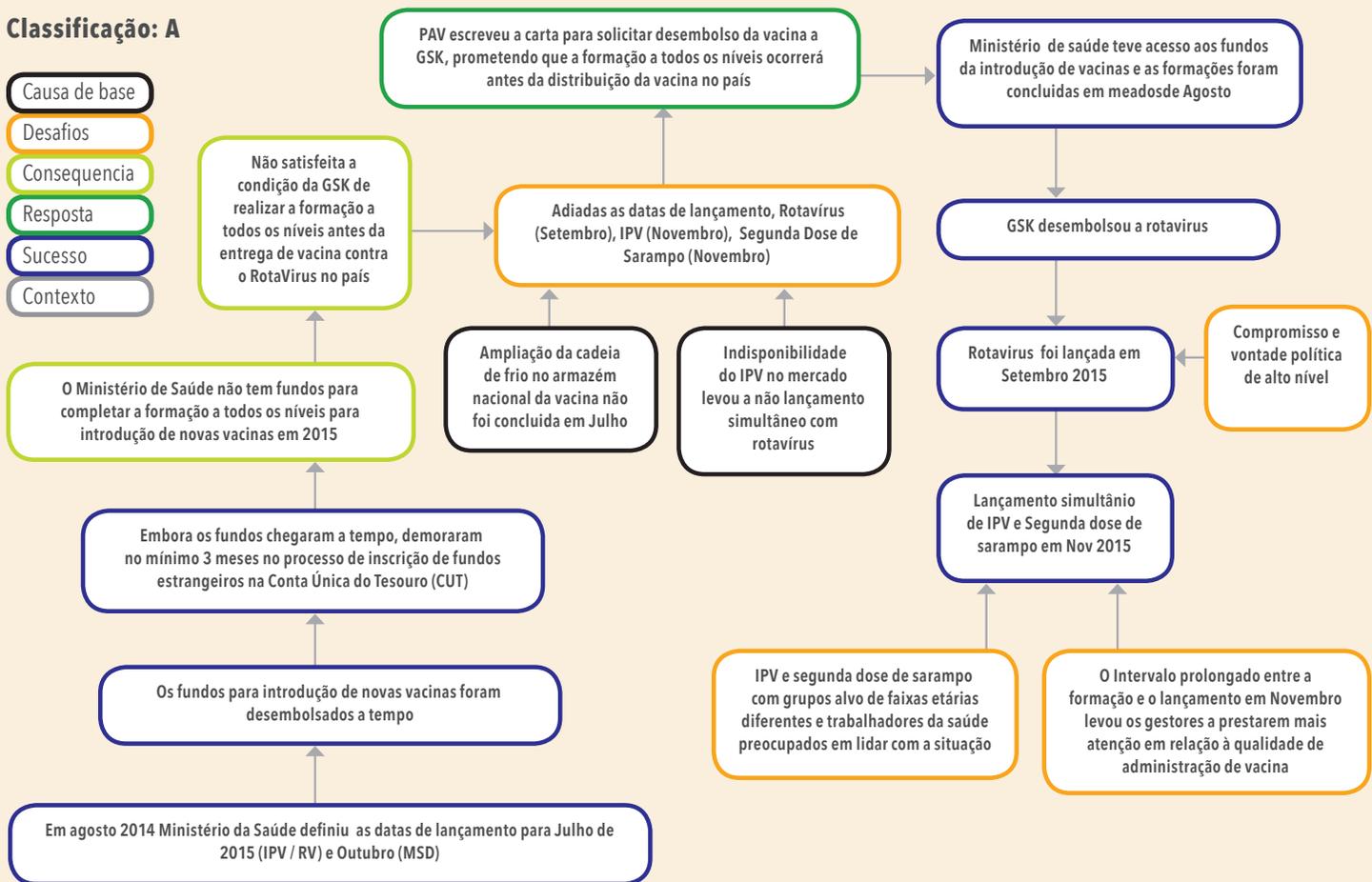
Sumário dos achados acerca da Introdução Múltipla de Novas Vacinas

As três vacinas planeadas (RV, IPV, e MSD) foram introduzidas com sucesso em 2015.

Análise de causas de base para desvios de planos originais para a introdução conjunta do rotavírus, IPV e segunda dose de sarampo

Classificação: A

- Causa de base
- Desafios
- Consequencia
- Resposta
- Sucesso
- Contexto



RECOMENDAÇÕES

1. Introduzir simultaneamente as múltiplas novas vacinas tem o potencial de maximizar os recursos em contextos de recursos limitados
2. O fornecimento de vacinas para o País deve ter em consideração os esforços de lançamento conjunto de vacinas.

VACINA CONTRA O PAPILOMA vírus humano

O projecto de demonstração de dois anos da vacina contra o papiloma vírus humano (HPV) em Moçambique começou em 2014. Durante o ano um, foi implementado um modelo de provisão de três doses baseado na escola adaptado da abordagem de campanhas de vacinação contra tétano já existente nas escolas. O projecto de demonstração incluiu três locais: um distrito apoiado Gavi, Manhiça, e dois distritos

apoiados pelo MISAU: Manica, localizada na região central, e Mocímboa da Praia, localizada na região norte do país. No segundo ano, o país continuou com o foco na provisão baseada na escola com primeira e segunda doses administradas em todos os três distritos. Esta abordagem foi apoiada pela varredura nas comunidades e provisão nas unidades sanitárias, com objectivo de alcançar as crianças que não estiveram na escola no momento da campanha.

ACHADO 1

O projecto de demonstração de vacina contra o HPV foi bem-sucedido no cumprimento dos critérios de alcance de cobertura de pelo menos 50% no distrito de Manhiça (apoiado por Gavi). O projecto de demonstração contra o HPV no local apoiado por Gavi foi alavancado para fornecer assistência técnica na formação e mobilização social aos dois locais de demonstração apoiados pelo MISAU que testaram modalidades de provisão semelhantes. A cobertura da vacina contra o HPV nestes dois distritos (apoiados pelo MISAU), no entanto, foi notavelmente menor devido aos desafios relacionados com a geração de demanda e mobilização da comunidade, fornecendo importantes lições para a introdução à escala nacional. Estas lições de outra forma não teriam sido detectadas sem que o governo de Moçambique tivesse financiado os dois locais de demonstração adicionais.

No distrito de Manhiça (financiado por Gavi), o projecto de demonstração da vacina contra o HPV preencheu os critérios de alcance de cobertura de 50%.

- O projecto teve sucesso em gerar alta aceitação da comunidade.
- Como resultado, atingiu-se uma cobertura de 73% de meninas completamente vacinadas no inquérito do ano um.

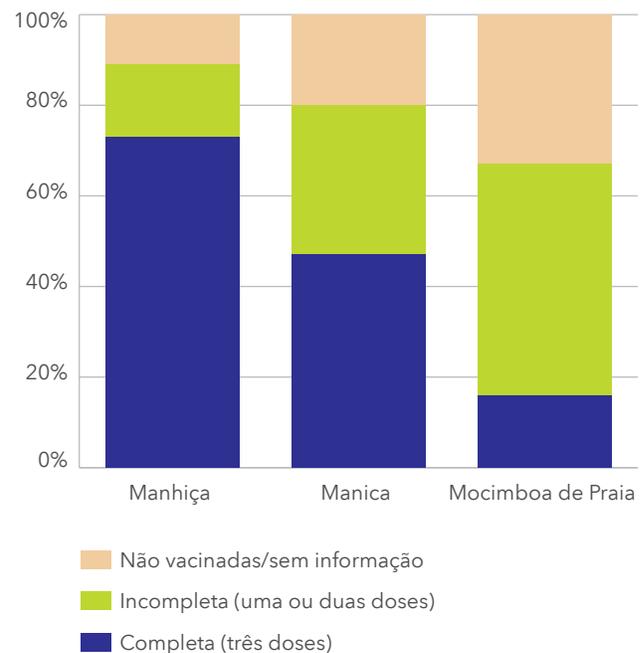
O projecto de demonstração HPV apoiado por Gavi serviu para fornecer assistência técnica (formações e IEC) aos dois locais de demonstração financiados pelo MISAU (Manica e Mocímboa de Praia).

- Através do CISM, o projecto de demonstração apoiado por Gavi foi aproveitado para fornecer apoio em espécie aos dois locais aos dois locais de demonstração financiados pelo MISAU, que testaram as modalidades de provisão semelhantes.

A cobertura da vacina contra HPV em Manica e Mocímboa de Praia foi notavelmente inferior (Figura 4).

- A cobertura foi notavelmente baixa devido aos desafios com geração de demanda e mobilização da comunidade.
- Estes resultados representam importantes lições sobre a provisão de vacina contra o HPV em Moçambique e vai ajudar o país a uma melhor preparação para a introdução nacional.
- Estas lições aprendidas importantes foram obtidas porque o governo financiou os dois locais adicionais de demonstração.

Figura 4: Estimativa da cobertura de HPV em Moçambique



Fonte: Inquérito HPV do CISM, 2015

RECOMENDAÇÃO

A futura implementação de HPV a nível nacional deve seguir uma abordagem cuidadosa e escalonada a fim de facilitar a monitorização em tempo real e avaliação de efectividade contextual

Os produtos de avaliação do ano um (cobertura, aceitabilidade e sustentabilidade financeira do modelo de provisão da vacina contra o HPV testados no projecto de demonstração) não estavam disponíveis a tempo para o balanço do ano um, devido a prazos não realistas estabelecidos pela Gavi, bem como limitações na assistência técnica e na capacidade. Como resultado, houve uma oportunidade perdida para afinar ou testar modelo(s) de provisão alternativo(s) no ano dois. Isto é particularmente pertinente dadas as preocupações actuais sobre a viabilidade programática e financeira do modelo de provisão testado para a introdução nacional.

Certos produtos eram esperados para estarem disponíveis para o ano um da avaliação (mês 10-12 do primeiro ano), a fim de ajustar o modelo de provisão testado ou para delinear uma nova estratégia a ser utilizada no ano dois.

- Os produtos necessários destinados a orientar a revisão do fim do ano um incluem:
 - (i) A avaliação pós-introdução (PIE) para avaliar a viabilidade do modelo de provisão testado (a efectuar na altura da provisão da última dose);
 - (ii) Um inquérito de cobertura baseado na comunidade (a ser realizado no prazo de seis semanas após provisão da última dose); e
 - (iii) Uma análise de custo-efectividade de execução do programa (para começar no momento da provisão da primeira dose).

CISM, o parceiro responsável pela consecução dos três produtos, não cumpriu o prazo de entrega dos produtos de avaliação que era de Março de 2015.

- Os principais impulsionadores do atraso no reporte foram:
 - o Prazos irrealistas definidos pela Gavi
 - o Disponibilidade limitada da AT da OMS para completar o PIE (incluindo a componente de viabilidade)
 - o Capacidade limitada do CISM para realizar o estudo de custo-efectividade, com atrasos na identificação de um consultor adequado.
- Os papéis e expectativas do CISM e PAV em relação aos relatórios finais não estavam claros.

Devido ao atraso na submissão dos produtos de avaliação, houve uma oportunidade perdida para afinar ou testar um modelo alternativo de provisão de vacina contra HPV no ano dois.

- Os resultados preliminares sobre a aceitabilidade, cobertura e viabilidade (incorporado na PIE) foram apresentados em 2015 e os resultados do relatório de custo-efectividade foram apresentados no início de 2016.
- Como resultado de produção tardia dos relatórios de avaliação, não foi possível proceder a uma revisão abrangente

do ano um para informar possíveis aperfeiçoamentos ou mudanças ao modelo de provisão no segundo ano do projecto de demonstração.

- Isso foi agravado pela limitada consciência a nível de país da importância do projetos de demonstração da vacina contra HPV como objectivo de afinar ou testar novos modelos de provisão de vacina no ano dois. Embora este aspecto do projecto de demonstração tenha sido posteriormente esclarecido, planos de implementação para o segundo ano não foram alterados.

ACHADO 3

Os consensos ao nível nacional entre os intervenientes-chave apontam que o país deve prosseguir com a vacina contra HPV a nível nacional, seguindo uma abordagem cuidadosa e escalonada usando modalidades de provisão baseadas na escola, unidades sanitárias e comunidade, conjuntamente com pesquisa de implementação para capturar e disseminar as lições chave dos três contextos.

Na reunião de revisão/balço de HPV que teve lugar pouco antes da finalização do relatório de FCE 2015, a maioria de intervenientes-chave estiveram presentes para avaliar resultados do projeto de demonstração e definir os próximos passos.

- CISM, INS (Instituto Nacional de Saúde), FCE, e outros parceiros-chave participaram.
- A cobertura preliminar dos três locais demonstra heterogeneidade significativa da captação, que destaca a importância crítica da implementação de projectos de demonstração em vários locais para obter uma compreensão mais completa dos potenciais desafios e oportunidades regionais.

Depois de discussão no encontro de balanço de HPV, houve consenso de que a execução tinha sido bem-sucedida e que várias lições aprendidas poderiam ser utilizadas para orientar a próxima fase de introdução à escala nacional.

- Foi acordado que várias modalidades de provisão, incluindo as escolas, US e comunidade, devem ser consideradas e que introdução à escala nacional deve ocorrer de forma escalonada, permitindo que pesquisas de implementação sejam realizadas em tempo real para capturar e disseminar as melhores práticas e lições aprendidas.

FORTALECIMENTO do Sistema De Saúde

Após duas submissões sem sucesso, a terceira candidatura de Moçambique para o HSS foi aprovada em Julho de 2013. A preparação para implementação do HSS sofreu atrasos significativos devido à priorização de novas vacinas (IPV, rotavírus, segunda dose de sarampo) juntamente com dificuldades constantes de comunicação provocadas pela rotatividade tanto no programa PAV quanto no secretariado da Gavi, que continuaram até 2015. As negociações para introdução dos requisitos de gestão financeira (FMR) causam um atraso adicional. O desembolso da primeira parcela de fundos programáticos para o país ocorreu em Julho de 2015. Apesar desse atraso, em geral houve melhorias em termos de cobertura da vacina.

ACHADO 1

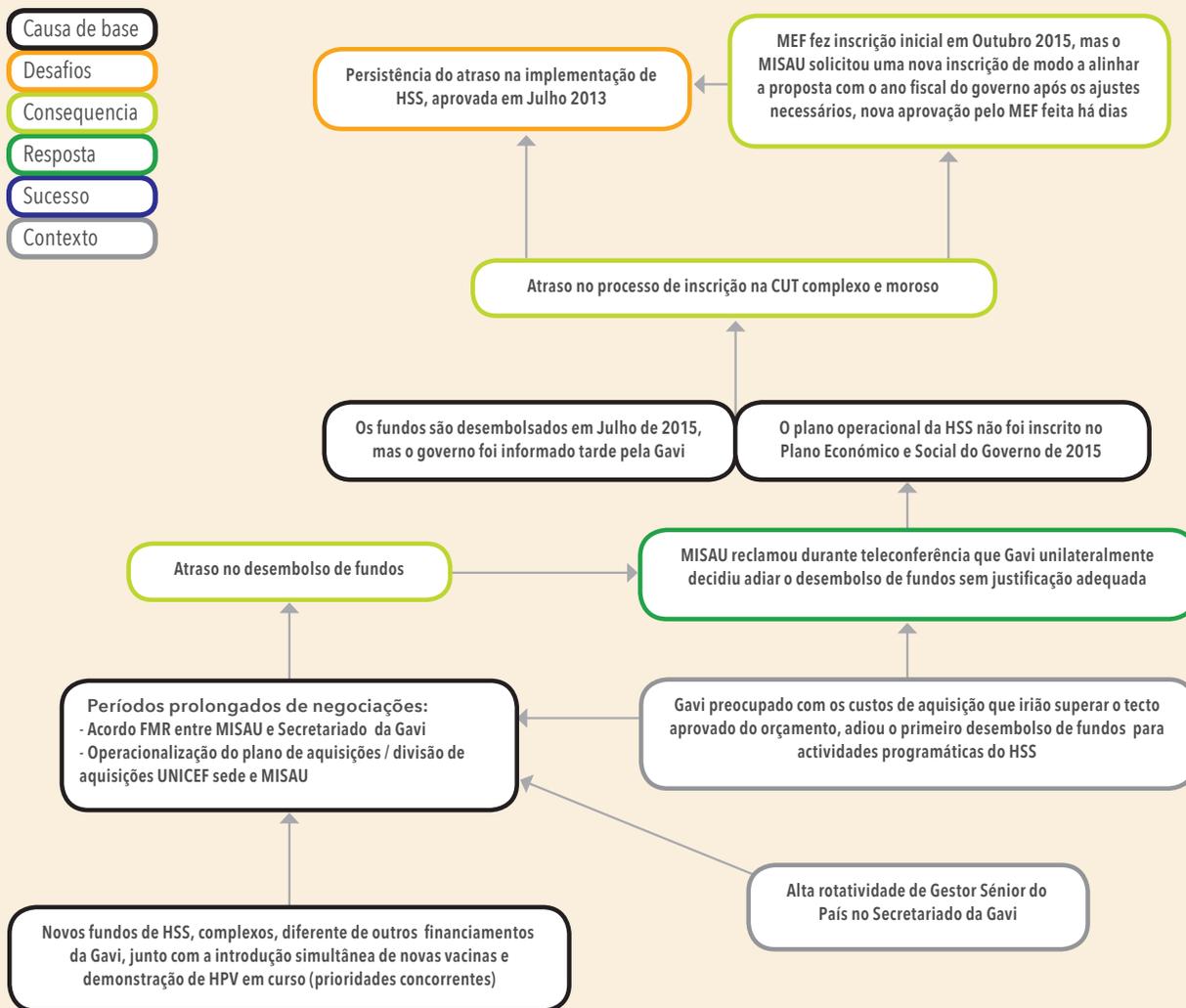
Apesar da data de chegada de fundos de HSS ser de Julho de 2015, na prática, estão a acontecer as grandes aquisições sob a responsabilidade do Unicef e actividades preparatórias do MISAU do ano 1. As actividades do MISAU que dependem de fundos HSS irão iniciar em breve após reinscrição do projecto no tesouro, alinhando-o com o ano fiscal governamental.

RECOMENDAÇÕES

1. O governo de Moçambique, em conjunto com as partes interessadas, devem desenvolver e apresentar uma proposta para introduzir HPV a nível nacional através de três modalidades, que serão comunicadas através de campanhas de mobilização de média organizadas a nível nacional usando rádio, TV e jornais.
 - a. Unidades sanitárias: disponibilidade geral do HPV fornecida através de serviços SAAJ.
 - b. Escolas: campanhas periódicas baseadas na escola para meninas, iniciando com um ano de captação para as meninas 10-13 anos e subsequente vacinação às crianças de 10 anos de idade. Também permitir que meninas que não vão à escola recebam vacinas nas escolas.
 - c. Comunidade: Brigadas móveis periódicas nas áreas de baixo atendimento escolar, e apoiado com a participação de líderes comunitários..

Análise de causas de base do atraso contínuo da implementação HSS sem o início das actividades programáticas planificadas

Classificação: A



RECOMENDAÇÕES

1. Considerar prestação de Assistência Técnica à gestão financeira porque esta representa um risco para o desempenho da subvenção e a gestão programática já foi alavancada.
2. Compreender os factores impulsionadores de melhorias de cobertura vacinal em Moçambique vai ajudar a orientar melhor futuras acções do fortalecimento do sistema de saúde.

ANÁLISE DE ACHADOS

transversais do país

Ponto Principal 1

Os processos de gestão financeira são complexos, e envolvem diversas etapas e actores além do domínio do PAV; assim, a planificação de introdução de novas vacinas precisa ter em conta esta consideração.

Atrasos críticos foram observados em 2015 no período entre a recepção dos fundos para introdução de vacinas e formação e entre a recepção dos fundos de HSS e o início das respectivas actividades. O atraso foi atribuído aos seguintes aspectos:

- Processos burocráticos complexos necessários para integrar os fundos dos doadores nas contas do governo e também muitos atrasos decorrem de medidas de dependem de funcionários de gestão financeiras foram da Jurisdição da Direcção Nacional da Saúde Pública.
- Envolvimento necessário de actores que se encontram além do sector do PAV e da Direcção Nacional de Saúde Pública para muitos aspectos de processos financeiros.
- Capacidade limitada da gestão financeira do PAV, da Direcção Nacional de Saúde Pública e Direcção de Administração e Finanças e as dificuldades de comunicação no seio do MISAU.

Embora seja improvável que o desenho dos processos complexos de gestão financeira possam ser mudadas, para melhoria, a FCE propõe as seguintes acções:

- Devem ser tomadas medidas possíveis para garantir que os processos sejam bem geridos e que os gestores do governo e implementadores tenham tempo e capacidade para trabalhar no sistema existente.
- Sempre que possível, o período de tempo definido previsto para registo de fundos no país deve ser considerado na fase de planificação e incluído nos planos de implementação.

Ponto Principal 2

O efeito cumulativo de introdução de novas vacinas e a necessidade de novas competências para gerir subvenções monetárias sobrecarregaram o sistema de gestão administrativa e financeira.

Plans for multiple vaccine introductions (MVI) in 2015 O 015, foi criado em 2012, mas não incluía uma introdução de múltiplas vacinas com a implementação de HSS.

- Atrasos causados por desfasamentos no processo de con-

cessão da subvenção e complexidades que rodeiam a implementação HSS e outros fatores, como a disponibilidade de vacinas criaram um ambiente em que a capacidade não pode fazer face à demanda da implementação.

Actores chave decidiram proceder a introdução múltipla de vacinas em 2015, apesar das limitações de capacidades serem conhecidas. Factores chave, incluem:

- A pressão para introduzir rapidamente as vacinas, uma estratégia conhecida para prevenção efectiva da doenças.
- Possibilidade de maximização de recursos limitados.
- O compromisso nacional face a Iniciativa Global para a Erradicação da Pólio permitiu a introdução do IPV até ao fim de 2015.

As principais áreas de tomada de decisão estão distribuídas por actores.

- O Comité de Peritos para a Imunização (COPI) jogou um papel técnico de aconselhamento, dando opções na tomada de decisão, enquanto o Comité de Coordenação Inter-agências (ICC) é incumbido com tarefas decisórias de gestão do programa.

A capacidade da cadeia de frio é crítica para introduções múltiplas.

- Os fundos de HSS dedicados para expansão da cadeia de frio foram significativamente atrasados. Facilitação de planos de contingência foi concluída para a expansão antes dos lançamentos de 2015, embora ainda mais expansão é necessária.
- Este uso de financiamento de contingência levou à reprogramação de fundos da HSS onde os fundos definidos para expansão do armazém do nível central foram então atribuídos à expansão dos armazéns das regiões central e do norte do País.

O PAV identificou a qualidade de dados como uma área fraca e incluiu-a no plano de HSS.

- As evidências indicam que a qualidade de dados irá deteriorar assim que forem adicionadas ou introduzidas novas

vacinas no sistema de imunização, uma vez que não há planos para expansão de recursos humanos para a gestão do sistema de registo baseado em papel usado pelos trabalhadores de saúde.

A demanda da subvenção do HSS exige o fortalecimento do PAV.

- O PAV/DNSP e UNICEF designaram um novo funcionário para servir como ponto focal do HSS; a Direcção Nacional de Saúde Pública identificou um técnico das finanças para apoiar o PAV e os fundos de HSS serão usados para contratar um gestor de HSS para regiões chave.
- A avaliação de gestão financeira (FMA) destacou que DAF precisa alocar um técnico financeiro como ponto focal para HSS e que o MISAU precisa alocar um especialista de aquisições para apoiar a gestão financeira.

Ponto principal 3

Falta de clareza dos papéis no processo de Apreciação Conjunta.

O processo de Apreciação Conjunta foi implementado pela primeira vez em Moçambique em Agosto de 2015. Ele incluiu uma nova abordagem para identificar as necessidades de Assistência Técnica e sugestão de provedores de Assistência Técnica para informar o respectivo financiamento de Assistência Técnica através do Quadro de Envolvimento de Parceiros (PEF).

Houve falta de clareza sobre os papéis dos actores na Apreciação Conjunta.

- O secretariado da Gavi esperou que o país liderasse o processo, mas o governo e os parceiros intervenientes esperavam uma estrutura similar ao processo da apreciação conjunta, onde a equipa externa pudesse facilitar e preparar as apresentações e o relatório.
- A falta de clareza sobre estas expectativas pode ter sido devido a implementação e comunicação sub-ótima do processo de apreciação conjunta, incertezas sobre o processo no Secretariado e maior rotatividade do Gestor Sénior do País da Gavi.
- **O envolvimento do consultor da UNICEF - contratado para realizar o processo de Apreciação Conjunta, causou confusão entre as partes interessadas.** O PAV e as partes interessadas no país assumiram que, o secretariado da Gavi, em conjunto com a UNICEF e o consultor iriam facilitar o workshop de Apreciação Conjunta.

Houve falta de clareza na identificação das necessidades de

Assistência Técnica.

- A falta de clareza no início, sobre como identificar as necessidades de Assistência Técnica e a falta de instruções explícitas sobre quem iria seleccionar os novos parceiros no país para PEF teve impacto negativo no processo. Membros estavam preocupados pois o método aconselhado para identificar as necessidades de Assistência Técnica pode ter permitido que o processo PEF gerasse responsabilidades adicionais de Assistência Técnica ao PAV.

O Processo de Apreciação Conjunta reuniu Gavi e os parceiros chave juntos para avançar sobre questões estagnadas.

- Juntar estes actores chave no mesmo lugar permitiu um espaço para ultrapassar mal-entendidos, o que não seria possível de outra maneira.

O processo de Apreciação Conjunta foi longo e rigoroso.

- O PAV e os intervenientes foram rigorosos no exercício de Apreciação Conjunta, visto que Moçambique, não realizava uma avaliação/revisão do PAV nos últimos três anos.
- As três semanas de Apreciação Conjunta foram “pesadas”. As entrevistas aos informadores chave indicaram que este nível de esforço não é possível anualmente.

Ponto principal 4

Rotatividade do Gestor Sénior do País no Secretariado de Gavi teve um impacto negativo na comunicação com Moçambique e contribuiu para a implementação sub-ótima de produtos Gavi antes da chegada do novo Gestor Sénior do País no segundo trimestre de 2015.

Os informadores chave manifestaram que a frequente mudança de Gestor Sénior do País nos últimos dois anos prejudicou a implementação de produtos da Gavi, com mais efeitos a serem sentidos na subvenção para HSS.

- Moçambique teve 5 Gestores Sénior do país para produtos da Gavi entre 2014 e 2015.

Desafios de comunicação na língua Portuguesa.

- Moçambique é um país de língua Portuguesa e muitos dos intervenientes do PAV, especialmente do MISAU, não são profissionalmente competentes em Inglês, isto resulta em algumas em barreiras de comunicação para estes actores.
- O Gestor Sénior do País recente fala português e os intervenientes em Moçambique afirmaram que isto já está a facilitar a boa comunicação.

RECOMENDAÇÕES

1. Introduções futuras e planos de actividade precisam incluir o tempo que os fundos de Gavi para levam para estarem acessíveis, a fim de evitar uma situação de actividades planeadas não ocorrendo porque o dinheiro está no Tesouro, mas não são acessíveis para utilização pelo Ministério da Saúde, criando uma percepção de demora.
2. A gestão financeira fraca é um risco para os fundos de Gavi e especialmente para HSS. AT para esta questão deve ser considerada por Gavi para garantir que os fundos sejam adequadamente atribuídos e geridos a níveis central e sub-nacional. É necessário destacar AT para DAF e/ou DNSP do MISAU para apoiar as equipas de gestão financeira nestas direcções e trabalhar de perto com o ponto focal de HSS recém-designado no PAV.
3. Os requisitos de gestão financeira para o fortalecimento da equipa de contabilidade da DAF devem ser implementados.
4. A Listagem de papéis e responsabilidades num documento acessível antes do processo de apreciação conjunta ajudaria a facilitar a comunicação e os subsequentes esforços de trabalho conjunto das partes interessadas.
5. O secretariado da Gavi deve ser mais explícito na explicação sobre os papéis do país (governo e parceiros) nos processos do Apreciação Conjunta (JÁ) e Quadro do Envolvimento de Parceiros (PEF), especificamente na clarificação de como os recursos devem ser alocados entre os parceiros da Gavi (UNICEF e OMS) e outros intervenientes de imunização (MISAU, CDC, FDC, etc.).
6. Quaisquer AT identificadas para apoiar a implementação de produtos Gavi devem ser preferencialmente baseadas no país.
7. Moçambique manifestou o desejo de que AT de Gavi deve criar capacidade. Gavi, juntamente com o MISAU deve considerar um indicador para medir isso, enquanto esclarece que tipo (s) de capacidade deve ser priorizada.
8. Os Gestores Sénior do País devem ser profissionalmente proficientes na língua oficial do país.
9. Gavi deve minimizar a alta rotatividade de Gestores Sénior do País e ter estratégias de mitigação em caso de rotatividade.

Ponto principal 5

A FCE analisou os recursos para o PAV em Moçambique.

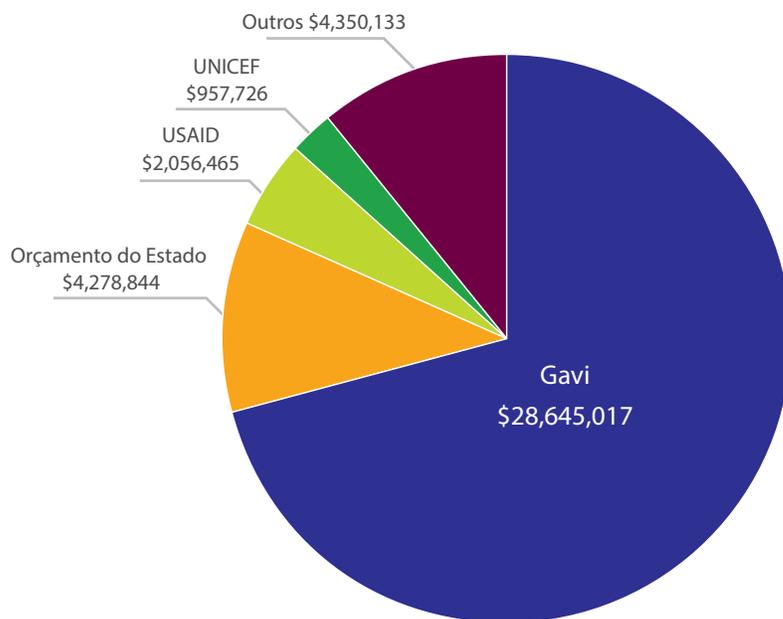
Em 2015, a equipa de FCE de Moçambique realizou um estudo de rastreio de recursos que foi continuação do estudo realizado em 2014.

O estudo visa compreender os recursos financeiros que são alocados à imunização dentro do País e a proporção da contribuição do governo relativa à Gavi e de outros financiadores.

Moçambique é maioritariamente dependente do financiamento externo para imunização.

- O total de despesas para imunização captado por este estudo em 2014 foi de 40.228.184 dólares norte-americanos, o que significa uma despesa total per capita de 1,56 dólares norte-americanos (Figura 4).
- O montante mais elevado de financiamento para a imunização em Moçambique em 2014, foi da Gavi (71%), seguida das contribuições do Orçamento de Estado (11%) e da USAID (5%). Em 2013, a Gavi (35%), o Departamento de Ajuda Internacional para o Desenvolvimento do Reino Unido (DFID) (27%) e o Orçamento de Estado (19%) foram as maiores fontes de financiamento.

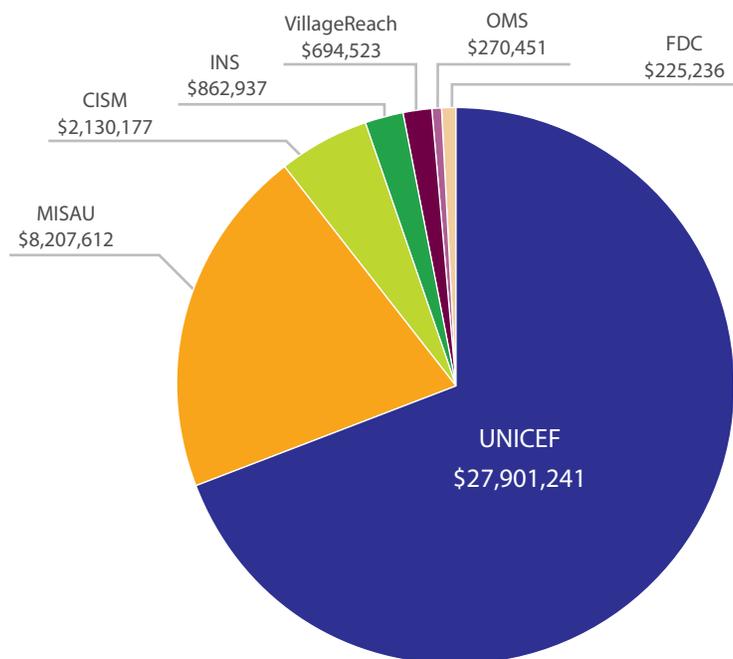
Figura 4: Percentagens de financiamento total para imunização em 2014 em Moçambique incluídos no estudo por fonte de financiamento



A maioria do financiamento para imunização é canalizado através da Unicef e MISAU.

- Qualquer um dos fundos de imunização é canalizado através de agências de procura ou desembolsado para o país usando canais diferentes.
- A maioria dos fundos da Gavi são canalizados através da Unicef para procura da vacina (Figura 7).

Figura 5: Valor do financiamento para imunização gerido por cada agente de financiamento em 2014, de acordo com informação disponibilizada pelas organizações participantes do estudo



Os fluxos dos fundos para imunização desde Nível Nacional (Central) para nível subnacional (provincial e Distrital) são complexos com muitos constrangimentos.

- Financiamento a partir das fontes para agentes não-governamentais em geral fluíram suavemente. Esses agentes preferem apoiar o governo a nível central e provincial em apoio por bens e serviços, do que transferir dinheiro devido aos constrangimentos.
- Entidades dependentes dos departamentos e ministérios do governo, em ambos níveis, central e provincial reportaram um número de constrangimentos para o fluxo dos fundos:
 - Doadores várias vezes condicionam o desembolso dos fundos ou vacinas a condições que ditam que o MISAU implemente certas actividades antes do desembolso.
 - Os processos burocráticos para o desembolso de financiamento para o governo fazem com que o fluxo dos fundos para níveis provincial e distrital seja mais longo.
 - Os desembolsos de dinheiro são dificultados pelo fardo do processo de justificação de fundos. Os informadores chave revelaram que isso fez com que um número de agentes de financiamento passasse a apoiar o MISAU em bens e serviços, e às vezes atrasando os projectos.

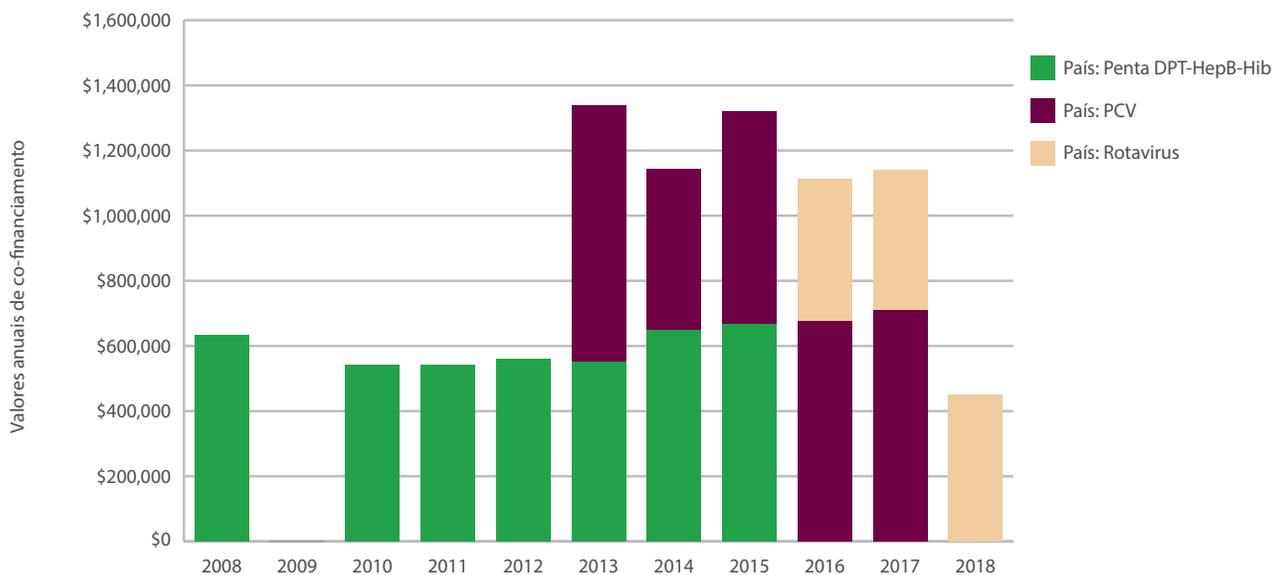
A FCE identificou a falta de conhecimento de procedimentos administrativos, especialmente sobre o contexto do país em processo contínuo de descentralização.

- Notavelmente, havia falta de formação e supervisão de acompanhamento para gestores de saúde de níveis distritais e unidades sanitárias que foram instruídos a estas tarefas relativamente recentes no âmbito de descentralização.

No contexto de profunda dependência no financiamento externo, existe aumento progressivo nos requisitos de co-financiamento.

- Os requisitos de co-financiamento acompanham as introduções das vacinas PCV e rotavírus (Figura 9).⁴
- Intervenientes-chave entrevistados a nível central reportaram desafios significativos para a sustentabilidade financeira.
- Há necessidade de estabelecer a capacidade de sustentabilidade em gestão financeira assim como o aumento de co-financiamento, que irão aumentar e forçar o MISAU a gerir os seus recursos e fundos a todos os níveis do Sistema de Saúde.

Figura 6: Valores anuais de co-financiamento para vacinas pentavalente, PCV, vacina contra rotavírus, pelo governo de Moçambique (em dólares Americanos \$)



Note: Dados do País de 2009 não disponíveis.

⁴ As contribuições do país são projectadas para 2016 e incluem rotavírus, usando dados da contribuição do País, que foram recolhidos a partir dos dados do relatório do ano anterior. Podem existir diferenças entre volumes de despesas projectadas e actuais.

