



MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
GRUPO TÉCNICO DE COORDENAÇÃO E MONITORIZAÇÃO
DA TRANSIÇÃO DA PÓLIO EM ANGOLA

PLANO NACIONAL DE TRANSIÇÃO DA ERRADICAÇÃO DA PÓLIO 2018-2022

Luanda, Março de 2018



MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
GRUPO TÉCNICO DE COORDENAÇÃO E MONITORIZAÇÃO
DA TRANSIÇÃO DA PÓLIO EM ANGOLA

PLANO NACIONAL DE TRANSIÇÃO DA ERRADICAÇÃO DA PÓLIO 2018-2022

Luanda, Março de 2018

REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE DE ANGOLA
PLANO NACIONAL DE TRANSIÇÃO DA ERRADICAÇÃO DA PÓLIO 2018-2022

Equipa Responsável:

Grupo Técnico de Coordenação e Monitorização de Transição da Pólio

Dr ^a Isilda Simões Neves	Directora Nacional de Saúde Pública, MINSA - Coordenadora
Dr ^a . Helga Freitas	Assessora da Direcção Nacional de Saúde Pública, MINSA
Dr ^o . Eusébio Manuel	Chefe de Departamento de Higiene e Vig.Epidemiológica, MINSA
Dr ^a Joseth Rita de Sousa	Chefe de Departamento de Promoção de Saúde, MINSA
Dr ^a Alda Morais de Sousa	Chefe de Secção de Imunização, MINSA
Dr ^o Jean Marie Kipela	Chefe de Equipa PAV/Pólio, OMS Angola
Dr ^o Fekadu Lemma	Oficial de Vigilância Epidemiológica, OMS Angola
Dr ^o Victor Ngololah	Chefe de Sobrevivência Infantil, UNICEF Angola
Lic. Emilie Homawoo	Oficial de Imunização, UNICEF Angola
Lic. Maria Estela Caparelli	Chefe de Comunicação para o Desenvolvimento, UNICEF Angola

Equipa de Redacção:

Dr ^o Nicolás Velarde	Consultor de Transição da Pólio, OMS Angola
Dr ^a . Helga Freitas	Assessora da Direcção Nacional de Saúde Pública, MINSA
Lic. José da Costa Soares Caetano	Jornalista. Especialista em Ciências Jurídicas e Comunicação

Apresentação

Em Julho de 2018, Angola completará sete anos como país livre da circulação do poliovírus selvagem. Esta conquista não foi fácil. Tem sido o resultado de quase vinte anos de um trabalho imenso dos funcionários, técnicos de saúde, autoridades locais e membros da comunidade envolvidos na organização de campanhas de vacinação, vigilância epidemiológica e mobilização social. Os ganhos de tal investimento não podem ser perdidos e devem ser feitos todos os esforços para que sejam sustentáveis. A reintrodução de um poliovírus procedente de uma província do Norte da República da Índia em 2005, quatro anos após ter interrompido a circulação do poliovírus autóctone já mostrou que o País é vulnerável a este tipo de situações.

A erradicação da pólio tem sido não somente uma fonte de experiências e de lições aprendidas mas também um longo processo com oportunidades para desenvolver o sistema de saúde, introduzindo-se novas actividades, metodologias e instrumentos, aperfeiçoando as práticas actuais e promovendo novos compromissos a todos os níveis. Adicionalmente, o apoio dos recursos da pólio para outras intervenções de saúde pública tem sido outro benefício recebido durante este longo processo. Por isso, a transição do apoio técnico e financeiro que o País tem recebido para combater a Pólio requer especial atenção pelos desafios que este processo enfrentará.

O Grupo Técnico de Coordenação e Monitorização que foi criado pelo Ministério da Saúde para responder a esta situação elaborou o presente **Plano Nacional de Transição da Erradicação da Pólio 2018-2022**. Por meio dele, o Ministério pretende assegurar que as actividades de vigilância epidemiológica e de vacinação indispensáveis para preservar a condição de “país livre da Pólio” sejam implementadas nos próximos cinco anos ao mesmo tempo que reforçam-se as áreas de vigilância epidemiológica, vacinação e promoção de saúde, consolidando as boas práticas e lições aprendidas desta experiência para serem aproveitadas por outros programas de saúde.

Os ganhos de uma Angola livre de Pólio só poderão ser sustentados com um sistema de saúde mais desenvolvido. Por isso, o Plano possui um roteiro para o reforço das capacidades das equipas provinciais e municipais para o desenvolvimento de um sistema de informação de saúde capaz de monitorizar as actividades de saúde e supervisionar os serviços de saúde. Esta é a parte mais ambiciosa do Plano Nacional de Transição porque suas actividades não só pretendem alargar o apoio dos recursos da pólio a outras intervenções de saúde, especialmente para a saúde da mãe e da criança e a vigilância e resposta a surtos epidémicos. Também porque o reforço das capacidades é uma contribuição importante para o processo de municipalização da saúde. Assim, o Plano se integra às prioridades do Governo de Angola reflectidas no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025. Finalmente, a implementação do Plano é uma prioridade para o Ministério da Saúde pela sua contribuição para atingir as metas do Plano de Desenvolvimento Nacional.

No âmbito global, as acções propostas coadjuvam a favor das metas do Plano de Acção Global de Vacinas, e ao reforço do acesso universal aos serviços de vacinação e dessa forma apoia outros esforços para atingir as Metas de Desenvolvimento Sustentável com as quais o Governo de Angola está comprometido.

Convencidos da importância deste Plano de Transição para o Sistema Nacional de Saúde, o Governo de Angola mobilizará compromissos para seu financiamento não só com recursos próprios, mas contando também com os seus parceiros. Neste ponto convidamos também o sector privado angolano a prestar um apoio complementar a este financiamento. Agindo assim, o sector privado angolano encontrará nesta iniciativa mais uma forma para reafirmar a sua responsabilidade social com o País.

Faço um apelo final a todos os funcionários e técnicos de saúde de todos os níveis para participar com o maior dos empenhos na execução de todas as acções traçadas por este Plano e assim trabalharmos juntos para uma melhor saúde que todos os angolanos merecemos.

Dr^{oa} Sílvia Paula Valentim Lutucuta
Ministra da Saúde
República de Angola

Índice

Apresentação	iii
Índice	v
Resumo Executivo	1
1 Introdução	7
1.1. A Iniciativa Global de Erradicação da Pólio	9
1.2. A Situação da Poliomielite em África	10
1.3. O Plano Estratégico e da Fase Final da Pólio 2013-2018	10
1.4. O Processo de Planificação da Transição da Pólio em Angola	11
1.5. O Plano de Transição da Pólio	14
2 Análise de Situacional da Erradicação a Pólio em Angola	15
2.1. Contexto Geográfico de Angola	17
2.2. Contexto Político e Económico de Angola	20
2.3. A Situação da Saúde em Angola	21
2.4. O Sistema de Saúde de Angola	21
2.5. O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica	22
2.6. O Programa Alargado de Vacinação	24
2.7. As Acções de Mobilização e Comunicação Social	29
2.8. Os Recursos Humanos e Físicos Financiados pela Erradicação da Pólio	30
2.9. As Antenas Epidemiológicas da OMS	37
2.10. A Desaceleração do Apoio da Iniciativa Global de Erradicação da Pólio	39
3 Objectivos, estratégias e cenários de implementação do Plano de transição	43
3.1. Prefácio	45
3.2. Objectivos do Plano e Período de Execução	45
3.3. Os Resultados do Exercício de Simulação da Transição da Pólio	46
3.4. Cenários de Implementação do Plano de Transição	49
3.5. Complementaridade com outros planos estratégicos	54
4 Objectivo 1: Consolidação das funções da pólio e das boas práticas no Sistema Nacional de Saúde	55
4.1. Prefácio	57
4.2. Qual é o propósito?	58
4.3. O que se requer?	58
4.4. O que será realizado?	59
4.5. Como será executado?	61
4.6. Orçamento	62
4.7. Cronograma o Objectivo 1 com actividades, tarefas, responsáveis e período de implementação por trimestre	63
5 Objectivo 2: Reforço das capacidades para executar as funções da pólio	65
5.1. Prefácio	67
5.2. Qual é o propósito?	68
5.3. O que se requer?	68
5.4. O que será realizado?	70
5.5. Como será executado?	76

5.6.	Orçamento	77
5.7.	Cronograma o Objectivo 2 com actividades, tarefas, responsáveis e período de implementação por trimestre	78
6	Objectivo 3: Reforço da gestão provincial e municipal da saúde pública com ênfase para a atenção à Mãe e à Criança	83
6.1.	Prefácio	85
6.2.	Qual é a finalidade?	86
6.3.	O que se requer?	86
6.4.	O que será realizado?	88
6.5.	Como será executado?	93
6.6.	Orçamento	94
6.7.	Cronograma do Objectivo 3 com actividades, tarefas, responsáveis e período de implementação por trimestre	96
7	Objectivo 4: Transferência dos recursos da pólio para o Ministério da Saúde	99
7.1.	Prefácio	101
7.2.	Qual é a finalidade?	101
7.3.	O que se requer?	102
7.4.	O que será realizado?	102
7.5.	Como será executado?	103
7.6.	Orçamento	103
7.7.	Cronograma do Objectivo 4 com as actividades, tarefas, responsáveis e período de execução por trimestre	104
8	Orçamento e Financiamento do Plano de Transição	105
8.1.	Visão geral do orçamento do plano para os quatro cenários e necessidades de financiamento	107
8.2.	Orçamento do plano de transição por objectivo e actividade (cenário 1)	108
8.3.	Financiamento do Plano de Transição	Erro! Marcador não definido.
9	Monitorização do Plano de Transição	Erro! Marcador não definido.
9.1.	Prefácio	Erro! Marcador não definido.
9.2.	Quadro de Monitoria e Avaliação.	Erro! Marcador não definido.
9.3.	Recolha de Dados	Erro! Marcador não definido.
9.4.	Mecanismos de Informação	Erro! Marcador não definido.
9.5.	Asseguramento de Qualidade de Dados	Erro! Marcador não definido.
10	Bibliografia	Erro! Marcador não definido.
Anexos		Erro! Marcador não definido.
Anexo 1.	Termos de referência do Comité de Coordenação Interagências para o Processo de Transição da Pólio	Erro! Marcador não definido.
Anexo 2.	Termos de referência do Grupo Técnico de Coordenação e Monitorização da Transição de Pólio	Erro! Marcador não definido.
Anexo 3.	Lacunas normativas e administrativas relevantes para a implementação das funções da pólio em Angola	Erro! Marcador não definido.
Anexo 4.	Lacunas normativas e administrativas relevantes para a implementação das funções da pólio em Angola	Erro! Marcador não definido.
Anexo 5.	Definição, Fonte de dados e responsável de informação dos Indicadores de Monitorização do Plano de Transição	Erro! Marcador não definido.

Lista de acrónimos

ACM	Estratégia Atingir cada Município (Reach Every District – RED Strategy)
cça.	Criança
CCI	Comité de Coordenação Interagências
CDC	Centros para o Controlo e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos da América
CNC	Comité Nacional de Certificação da Erradicação da Pólio
CNPP	Comité Nacional de Peritos da Pólio
DHIS2	Aplicativo “Sistema Distrital de Informação de Saúde versão 2” (District Health Information System version 2)
DHVE	Departamento de Higiene e Vigilância Epidemiológica
DMS	Direcção(es) Municipal(is) de Saúde
DNSP	Direcção Nacional de Saúde Pública, Ministério da Saúde
DQS	Auditoria de Qualidade de Dados (Data Quality Self-Assessment)
FBMG	Fundação Bill & Melinda Gates
GAVI	Aliança Global para Vacinas e Imunização (Global Alliance for Vaccines and Immunization)
GEPE	Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística, Ministério da Saúde
GJ	Gabinete Jurídico, Ministério da Saúde
GPS	Gabinete(s) Provincial(is) de Saúde (ex-Direcção Provincial de Saúde - DPS)
GTC	Grupo Técnico de Contenção do Poliovírus no Laboratório
GTCM	Grupo Técnico de Coordenação e Monitorização da Transição da Pólio
GTI	Gabinete de Tecnologia de Informação, Ministério da Saúde
IEC	Informação, Educação e Comunicação
INSP	Instituto Nacional de Saúde Pública, Ministério da Saúde
JLVs	Jornadas Locais de Vacinação contra a Pólio
JNVs	Jornadas Nacionais de Vacinação contra a Pólio
MINSAs	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OMS AFRO	Escritório Regional Africano da Organização Mundial da Saúde
PASS2	Projecto de Apoio ao Sector Saúde 2, União Europeia
PAV	Programa Alargado de Vacinação
PFA	Paralisia Flácida Aguda
PMDS	Plano Municipal de Desenvolvimento Sanitário
PPRS	Planos de Preparação e Resposta a Surtos
PS	Promoção da Saúde
PVDVc	Poliovírus Derivado da Vacina Circulante
PVS	Poliovírus Selvagem
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

USAID	Agencia dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (United States Agency for International Development)
VE	Vigilância Epidemiológica
VID-R	Vigilância Integrada de Doenças e Resposta
VPO	Vacina de Pólio Oral
VPOt	Vacina de Pólio Oral Trivalente
VPOb	Vacina de Pólio Oral Bivalente
VPI	Vacina de Pólio Inactivada



Resumo Executivo

Angola a avançar com passos firmes. A erradicação da Pólio em Angola começou em 1997. Vinte anos depois, Angola completa sete anos como país livre da Poliomielite, quando o Mundo está mais perto do que nunca da interrupção da circulação do poliovírus. Porém, uma nova etapa na erradicação desta doença está por começar e é necessário consolidar os ganhos obtidos ao longo destes anos e reforçar as capacidades para manter uma vigilância de doenças de qualidade e assegurar uma cobertura vacinal capaz de atingir a última criança.

Sumário Executivo

Introdução

O desenvolvimento de um plano capaz de assegurar que o investimento para a erradicação da pólio dos últimos vinte anos contribua para futuras metas de saúde, constitui um dos objectivos do Plano Estratégico Nacional e da Fase Final da Erradicação Pólio, no período 2013-2018. Tal contribuição poderá ser prestada com a documentação e transição das lições aprendidas, quer pelos processos e bens financiados pela Iniciativa Global de Erradicação da Pólio (IGEP). O processo de elaboração do Plano de Transição foi definido metodologicamente através de seis marcos, quatro dos quais já foram completados por Angola.

A criação do Grupo Técnico de Transição da Pólio a ser coordenado pela Direcção Nacional de Saúde Pública foi aprovada em Março de 2017 enquanto que o workshop de Exercício de Simulação foi implementado em Agosto do mesmo ano.

Este processo de discussão e maturação de ideias reflecte-se no seguinte Plano de Transição da Pólio 2018-2022 que pretende manter as funções de pólio, ao tempo que desenvolve as capacidades do sistema nacional de vigilância epidemiológica, do programa alargado de vacinação e da área de promoção de saúde durante o período de pre-certificação da erradicação da pólio.

Análise situacional

(Completar)

Objectivos, estratégias e cenários de implementação do Plano de transição

O objectivo geral do Plano de transição é “Contribuir para a Erradicação da Pólio em Angola e no Mundo garantindo a implementação das funções essenciais da iniciativa contra a pólio e fortalecendo o Sistema Nacional de Saúde para a transição dos recursos e das actividades, processos e sistemas desenvolvidos ao longo dos últimos anos para as estruturas e programas actuais do Ministério de Saúde e os seus parceiros” de forma que se possa garantir a sustentabilidade dos ganhos obtidos, reduzir o risco de qualquer forma de reintrodução do poliovírus, institucionalizar as lições aprendidas nestes anos e continuar o apoio às províncias e outros programas de saúde pública. Isto será conseguido através de quatro objectivos específicos:

- a) Consolidar as funções e actividades da erradicação da pólio, assim como as boas práticas no funcionamento do sistema de saúde.
- b) Reforçar as capacidades do Sistema de Saúde a todos os níveis para implementar as actividades de qualidade de VE, PAV e promoção de saúde (que incluem às funções da pólio).
- c) Reforçar as capacidades das equipas provinciais e municipais de saúde pública para gerir os programas de saúde com ênfase para a saúde da mãe e da criança e para a vigilância e resposta a surtos epidémicos.
- d) Estabelecer os procedimentos de transferência dos recursos financiados pela iniciativa de erradicação da pólio para o Ministério da Saúde.

As discussões do workshop sobre o Exercício de Simulação da Transição da Pólio (Luanda, 16-17 de Agosto de 2017) concluíram que vigilância epidemiológica e gestão de dados seriam funções primárias com maior risco de serem afectadas pela perda dos recursos da pólio, além de que a administração de vacinação de rotina e as campanhas de vacinação estariam afectadas de forma moderada. Outras funções envolvidas foram consideradas de risco baixo. Houve um consenso quanto à conveniência de transferir a maioria das funções executadas pela OMS para o MINSA, implementando-se um plano de reforço de capacidades. Viu-se que também seria necessário estender por mais algum tempo (em princípio 2 a 3 anos) o apoio técnico da OMS Angola ao reforço da vigilância epidemiológica e da vacinação, para ajudar a consolidar as capacidades sem as quais não se reduziria essa dependência.

Analisadas as possíveis opções estratégicas para a transferência dos recursos humanos, dos equipamentos e execução dos custos operativos à luz dos prós e contras de cada opção, assim como as possíveis situações de disponibilidade de financiamento, foram identificados até quatro cenários de implementação do plano de transição em função dos quais deveriam ser calculados orçamentos alternativos:

- a) Cenário 1 – *Recrutamento dos recursos humanos da pólio pelo Nível Central sob um regime especial com contrato a termo certo com salários melhorados, transferência dos recursos físicos à DNSP e execução dos custos operativos pela OMS.*- O cenário com maiores vantagens para um menor financiamento;
- b) Cenário 2 – *Recrutamento dos recursos humanos da pólio pelo Nível Central com contrato por termo certo com a escala salarial da administração pública; transferência dos recursos físicos para a DNSP e execução dos custos operativos pela OMS, caso haja menor disponibilidade de fundos;*
- c) Cenário 3 – *Manter os recursos da pólio adstrictos à Representação da OMS em Angola por um período adicional, com uma equipa central mais reduzida caso se mantenha o mesmo nível de apoio financeiro dos anos anteriores;*
- d) Cenário 4 – *Não recrutar recursos humanos para a pólio, esperando que os mesmos sejam contratados pelos Governos Provinciais; que a transferência dos recursos físicos seja feita a favor da DNSP, assim como a execução dos custos operativos em forma centralizada.*- Se existir falta de financiamento para os dois primeiros cenários.

Objectivo 1: Consolidação das funções da pólio e das boas práticas no Sistema Nacional de Saúde de transição

Reconhecendo-se a necessidade de melhorar o quadro de responsabilidade e as actividades dos técnicos envolvidos na vigilância epidemiológica, vacinação e promoção da saúde, a todos os níveis, e a recuperação da informação e documentação dispersa sobre a erradicação da pólio, o propósito do objectivo 1 de consolidar o exercício das funções de pólio e a prática das lições aprendidas no Sistema Nacional de Saúde será atingido, mediante a:

- a) criação de uma biblioteca virtual de documentos técnicos das três áreas (programas) de saúde que implementam as funções da pólio;
- b) elaboração de manuais de procedimentos que reflexam as actividades da pólio integradas às outras destas áreas, que incorporem as lições aprendidas; e
- c) revisão dos termos de referências dos técnicos envolvidos nas três áreas para que os procedimentos dos manuais estejam reflectidos nas suas responsabilidades e tarefas.

O objectivo 1 possui 3 resultados esperados e 4 actividades principais. A sua implementação não sofre alteração em qualquer dos 4 cenários definidos. O orçamento total do objectivo é 150.500 USD e o seu período de implementação tem início no 2º trimestre de 2018 e estende-se até o 1º trimestre de 2019.

Objectivo 2: Reforço das capacidades para executar as funções da pólio

Como desde o início da erradicação da pólio em Angola as funções da pólio foram realizadas através das três áreas de saúde, o propósito do objectivo 2 será reforçar as capacidades de gestão e funcionamento das mesmas a nível provincial e municipal para uma execução adequada e sustentável das primeiras. Isto será atingido através de:

- a) a implementação acompanhada dos manuais de procedimentos destas três áreas;
- b) a implementação de planos de assistência técnica para melhorar a gestão e funcionamento das três áreas no nível municipal;
- c) o fortalecimento do sistema de referência laboratorial;
- d) melhoria do funcionamento dos comités nacionais da pólio;
- e) planos de aquisição de equipamentos essenciais para suas actividades;
- f) planos de financiamento para o funcionamento e manutenção do seu funcionamento no orçamento público, e
- g) o reforço do Departamento de Higiene e Vigilância Epidemiológica e o Departamento de Promoção da Saúde com recursos humanos qualificados.

O objectivo 2 possui 7 resultados esperados e 8 actividades principais. A sua implementação não mudaria em qualquer dos 4 cenários definidos. O orçamento total do objectivo é 1.734.304 USD e o seu período de implementação começa no 2º trimestre de 2018 até o fim do período do Plano em 2022.

Objectivo 3: Reforço da gestão provincial e municipal de saúde pública com ênfase na atenção à Mãe e a Criança

Considerando que os recursos da pólio apoiam outras actividades de vigilância epidemiológica e de saúde pública, em especial a resposta a surtos epidémicos a que o país é altamente vulnerável, o objectivo 3 aponta para o reforço das capacidades de gestão das equipas provinciais e municipais de saúde pública. Para este fim sugere-se que:

- a) seja criado um programa especial que permita estender o apoio às equipas provinciais da OMS que seriam transferidas progressivamente para a DNSP e por meio desta estrutura
- b) a implementação de um novo modelo de supervisão que integre o foco na assistência técnica aos municípios;
- c) a implementação assistida do DHIS2 a todos os municípios;
- d) a implementação assistida de ferramentas de monitorização de desempenho;
- e) a elaboração assistida de planos municipais de preparação e resposta a surtos epidémicos; e
- f) o reforço das reuniões de monitorização da equipa técnica provincial.

O objectivo 3 possui 6 resultados esperados e 6 actividades principais. A sua implementação teria variantes, especialmente no orçamento segundo o cenário de implementação. O objectivo custará 27 milhões de dólares americanos para 5 anos em caso do cenário 1 em que a DNSP

recruta o pessoal com salários melhorados; 24,1 milhões para o cenário 2, onde os salários são equiparados à administração pública; 35,6 milhões para o cenário 3, em que a OMS implementa este objectivo e 17,7 milhões para o cenário 4 em que os recursos da pólio são aproveitados até 2019 e dispensados no 2020. As actividades deste objectivo são implementadas desde o 2º trimestre de 2018 até o fim do plano de transição em Dezembro de 2022.

Objectivo 4: Transferência dos recursos da pólio ao Ministério da Saúde

A transferência dos recursos humanos e dos equipamentos que estavam sob a gestão da OMS pode requerer arranjos especiais. O Objectivo 4 trata da agenda para que esse processo seja realizado de forma apropriada. Este objectivo possui 2 resultados esperados atingidos através de 4 actividades. Para este fim propõe-se:

- a) definir o regime final de integração do pessoal da OMS no MINSA;
- b) executar na última fase deste plano a integração do pessoal retido pela DNSP;
- c) elaborar um plano de funcionamento e manutenção dos equipamentos da DNSP que inclua os equipamentos a serem usados na execução do Plano; e
- d) realizar a transição definitiva dos equipamentos remanescentes, concluído o período de implementação do Plano.

A elaboração e execução de um plano de funcionamento e manutenção de equipamentos começarão desde o início do projecto entanto que à integração de recursos humanos e dos equipamentos remanescentes terão lugar nos últimos 2 anos do plano (2021 e 2022).

Orçamento e Financiamento do Plano de Transição

Dos quatro cenários de implementação do Plano de Transição, o cenário 1 cujo orçamento é na ordem de 28,9 milhões USD será a referência para fins de mobilização de recursos. Os outros cenários têm orçamentos que vão desde 19,5 milhões USD (cenário 4) com menor disponibilidade de fundos até 37,5 milhões USD (cenário 3) que retém à OMS como executor do Plano. Considerando que existem 12,4 milhões de dólares disponíveis do IGEP para financiar parte das actividades dos primeiros 2 anos, os recursos a serem mobilizados para garantir o financiamento do plano oscilam entre 7,1 milhões USD até 25,1 milhões USD segundo o cenário.

Objectivo que concentra a maior parte do orçamento (93,5%) é o Objectivo 3 que se concentra na formação de capacidades de gestão de saúde pública, incluindo igualmente os recursos humanos requeridos para o plano (69,1% dos custos). As actividades de supervisão e assistência técnica é a segunda rubrica mais importante do plano e responde por 11,7% do orçamento total seguida do 7,6% para organização de encontros com as equipas provinciais e municipais.

Considerando os fundos do IGEP, nos dois primeiros anos, será necessário mobilizar 1,9 e 1,6 milhões USD, considerando que a partir do terceiro ano serão necessários 3,49 milhões USD para garantir o financiamento. Os custos que se propõem ser assumidos progressivamente pelo Governo de Angola estão identificados. Os possíveis financiadores complementares variam segundo o objectivo e incluem os projectos em fase de encerramento, GAVI, o sector privado angolano, OMS, UNICEF, Banco Mundial e USAID.

Monitoria e Avaliação do Plano

(Completar)



1

Introdução

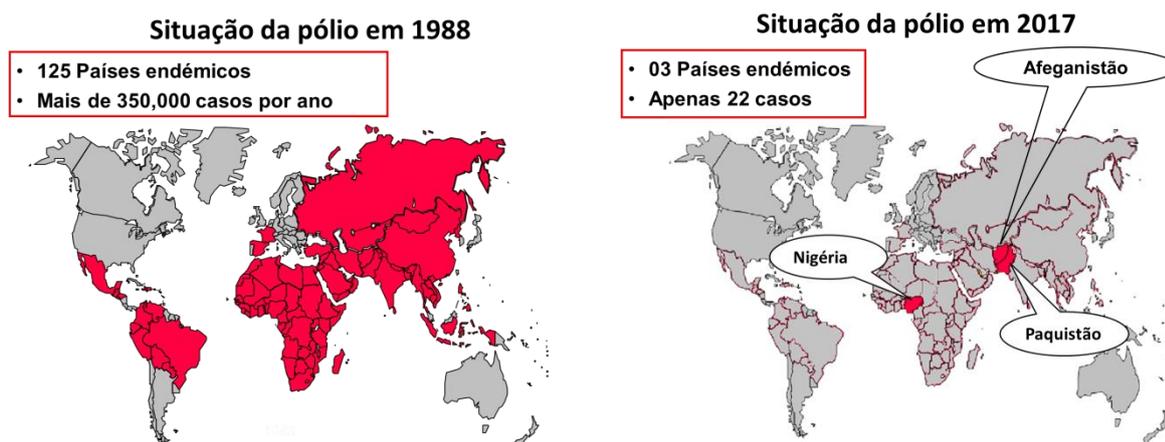
Lições aprendidas durante a erradicação da pólio (Menongue, Cuando Cubango, JNVs 7-9 Julho de 2011). A participação de membros da Polícia Nacional (registador do lado direito) e das Forças Armadas de Angola (vacinador da esquerda) tem sido assinalada como um exemplo de boas práticas na organização deste tipo de campanhas e um sinal do envolvimento das autoridades de vários sectores do governo para fazer de Angola um país livre da Poliomielite. Que este ganho perdure e se replique a outras intervenções de saúde é o fim principal deste Plano de Transição.

Introdução

1.1. A Iniciativa Global de Erradicação da Pólio

- 1.1.1. A 41ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em Maio de 1988, aprovou a resolução 41.28 que declarou o compromisso de erradicar a poliomielite até o ano 2000. Isto impulsionou a criação da Iniciativa Global de Erradicação da Pólio (IGEP), uma parceria público-privada que liderada pelos governos em cada País e que actualmente tem o apoio de cinco grandes parceiros: a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Rotary Internacional, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), e a Fundação Bill e Melinda Gates (FBMG). Nessa altura a transmissão do poliovírus selvagem (PVS) ocorria em mais de 125 países com uma estimativa de mais de 350.000 crianças paralisadas devido à pólio (ver figura nº1).
- 1.1.2. A OMS propôs quatro estratégias para conseguir interrupção da circulação do PVS em cada país: a) a implementação de um sistema de vigilância epidemiológica das paralisias flácidas agudas (PFAs) com capacidade de detectar um caso de PFA por cada 100.000 menores de 15 anos; b) o desenvolvimento de um programa de vacinação de rotina capaz de assegurar altos níveis de cobertura vacinal (superiores a 90% das crianças menores de 1 ano) com três doses de vacina de pólio oral (VPO); c) a implementação de campanhas nacionais de imunização complementar ao programa de vacinação para menores de 5 anos (em Angola nomeadas Jornadas Nacionais de Vacinação) e d) a implementação de actividades de imunização de “limpeza” em áreas geográficas com casos de pólio limitados. Elas foram o fundamento dos planos estratégicos de erradicação da pólio implementados nos seguintes 15 anos e cuja implementação foi possível pela grande contribuição financeira da IGEP que somou ao disponibilizado pelo governo de cada país.

Figura nº 1
Extensão da circulação do vírus da Pólio e número de casos em 1988 e 2017



Fonte: Actualização global semanal da pólio.

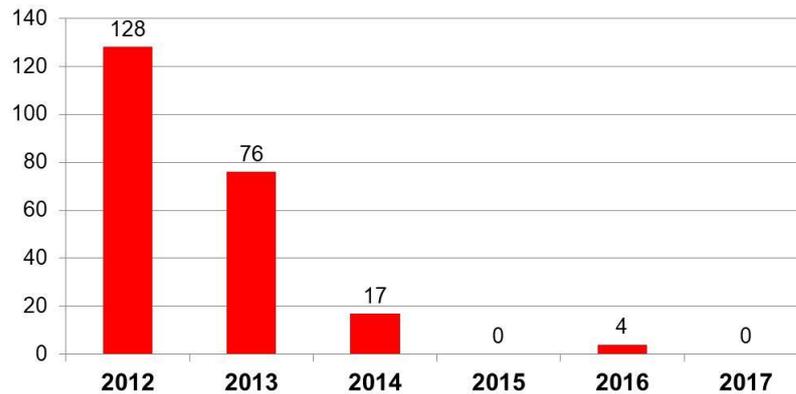
- 1.1.3. O apoio da IGEP tem permitido um **investimento na ordem de 14.000 milhões** de dólares para implementar as actividades nacionais que permitiram que até fim de 2017 os casos de PVS sejam reduzidos a 22 casos com apenas três países endémicos no Mundo. Embora a meta inicial de interromper a circulação do PVS para o ano 2000 não foi atingida e teve de reprogramada várias vezes, a meta actual é conseguir este resultado para fim do ano 2018.

1.2. A Situação da Poliomielite em África

- 1.2.1. Na região africana da Organização Mundial da Saúde (OMS AFRO), nos últimos 6 anos, o número de casos de PVS reduziu drasticamente de 128, em 2012, para 4 casos em 2016 (ver gráfico nº1). A região completou mais de um ano e meio sem que novos casos fossem detectados. O último caso notificado de pólio, com a data de início da paralisia a 21 de agosto de 2016, foi registado na Nigéria.

Gráfico nº 1

Número e casos de poliovírus selvagem detectados na região africana da OMS (2012 a 2017)



Fonte: Actualização global semanal da pólio (8-Agosto-2017).

- 1.2.2. Porém, **a República Democrática do Congo enfrenta um surto de paralisia provocado pelo vírus tipo 2 derivado de vacina**, com o registo de 22 casos, apresentados em 2017, e 3 casos ocorridos nas primeiras semanas de 2018, tendo o último caso sido registado a 31 de Janeiro de 2018.

1.3. O Plano Estratégico e da Fase Final da Pólio 2013-2018

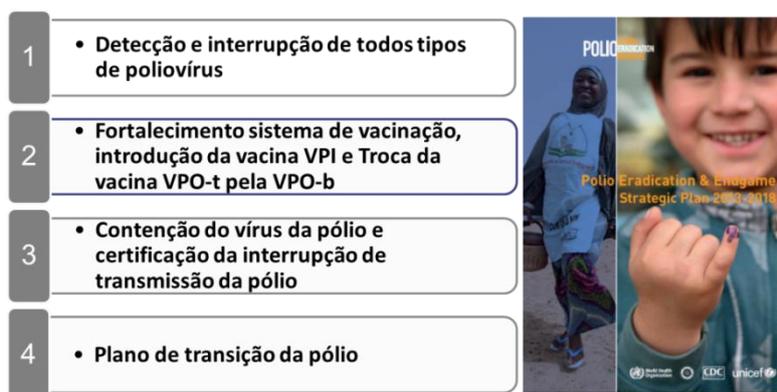
- 1.3.1. O Plano Estratégico e de Fase Final de Erradicação da Pólio 2013-2018 foi concebido num momento em que a República da Índia registava sucesso na interrupção da circulação do poliovírus selvagem da mesma forma que três dos quatro países que tiveram a reintrodução e restabelecimento da circulação do poliovírus selvagem (designadamente, Angola, República Democrática do Congo e Sudão). Estes resultados permitiram validar a utilização de novas ferramentas e tecnologias (como o uso da VPO bivalente) cujo uso também mostrou-se eficaz, face aos riscos crescentes de novos surtos por poliovírus derivado de vacina circulante (PVDVc) para a erradicação da pólio. Este plano estratégico difere dos planos estratégicos anteriores porque além de perseguir a eliminação do PVS e do PVDVc, faz ênfase na melhoria urgente dos sistemas de vacinação em zonas geográfica chave e promove que o sistema criado para a pólio seja usado para outras intervenções de saúde.
- 1.3.2. O plano está estruturado à volta de 4 objectivos estratégicos (ver figura nº2), que os países foram chamados a incluir as suas estratégias dentro dos seus respectivos sistemas de vigilância epidemiológica e de vacinação:
- Objectivo 1:** Completar a interrupção da transmissão global do poliovírus selvagem e detectar e interromper mais rapidamente quaisquer novos surtos devido a poliovírus derivados de vacina;

- b) **Objectivo 2:** Fortalecer o sistema de vacinação, introduzir a vacina de pólio inactivada (VPI) e trocar a vacina de pólio oral trivalente (VPO-t) pela bivalente (VPO-b)
- c) **Objectivo 3:** Certificar a erradicação da pólio e conter todas as formas de poliovírus selvagem.-
- d) **Objectivo 4:** Desenvolver um plano que assegure que o investimento da pólio contribui para futuras metas de saúde através da documentação e transição das lições aprendidas, os processos e os bens da IGEP.

Figura nº 2

Objectivos do Plano Estratégico e de Fase Final da Erradicação da Pólio 2013-2018

4 Objectivos principais do plano de fase final da erradicação da pólio:



1.4. O Processo de Planificação da Transição da Pólio em Angola

- 1.4.1. No quadro do objectivo 4 do Plano Estratégico e da Fase Final de Erradicação da Pólio 2013-2018 o plano de transição a ser elaborado deve contemplar tanto quanto possível a transferência das “funções da pólio” (os sistemas, processos e actividades que têm sido executados), dos recursos humanos, dos recursos materiais e das experiências (as lições aprendidas, as boas práticas, etc.) para o Ministério da Saúde (MINSa) ou outros programas ou projectos dos seus parceiros; para os quais as entidades receptoras deverão introduzir ajustes nos objectivos, na gestão ou no financiamento de forma a que isso seja factível e sustentável.
- 1.4.2. A OMS definiu uma metodologia de seis fases com os respectivos marcos para a elaboração e monitorização do plano de transição (ver figura nº3). As primeiras acções foram implementadas nos primeiros meses de 2015 e consistiram em informar os governos sobre a redução progressiva do financiamento do IGEP de forma a que os países pudessem elaborar os seus planos com tempo suficiente e implementar as acções quando ainda se contava com os recursos e fundos do IGEP.
- 1.4.3. Em Angola, as **actividades de consciencialização do MINSa e dos seus parceiros** consistiram em informar sobre a finalização do financiamento da pólio e a necessidade de planificar a transição, o que foi transmitido em diferentes ocasiões, nomeadamente:
 - Participação de uma delegação de Angola na Conferência Ministerial sobre Imunização em África (Adis Abeba, Etiópia, de 24-25 de Fevereiro de 2015).

- Uma apresentação sobre a transição da pólio na reunião do Comité de Coordenação Interagências (CCI) no 8 de Setembro de 2016.
- Diversas comunicações entre a OMS e o MINSA e encontros de trabalho onde se discutiu a redução do apoio técnico da OMS às províncias.

Figura nº 3

Marcos para o Processo de Preparação dos Planos de Transição da Pólio em 14 Países Prioritários Não Endémicos (OMS 2015)

Consciencialização	• Liderança governamental informada em forma apropriada do processo de planificação da transição, com compreensão dos efeitos do IGEP no País, bem como das sua redução.
Coordenação	• Um órgão regulador e um grupo de coordenação/gestão identificados, com um plano de trabalho no nível superior .
Evidência	• Um mapa completo de recursos da Pólio , dados exactos da redução de orçamento , e mapeamento das prioridades e necessidades de saúde.
Opções Estratégicas	• Um workshop ou exercício de simulação de planificação da transição realizado com um grupo amplo de parceiros / grupos interessados
Visão para o futuro	• Rascunho do plano de transição /fundamentação partilhada com os parceiros /grupos interessados para suas contribuições.
Roteiro	• Uma estratégia mutuamente concordada para avançar, com compromissos financeiros e um roteiro de execução .

Fonte: Organização Mundial da Saúde. **Planeamento do Legado da Pólio. Orientações para Preparar um Plano de Transição.** Organização Mundial da Saúde. 2015.

- 1.4.4. O **mapeamento de recursos da pólio** foi finalizado em Agosto de 2016. Consistiu no levantamento de dados sobre os recursos humanos contratados e os equipamentos em uso financiados com fundos da pólio. Incluiu também o mapeamento das actividades realizadas com estes recursos (“as funções da pólio”) e o mapeamento das prioridades de saúde do governo. Nessa altura, as únicas organizações que utilizavam fundos da pólio eram OMS e o Grupo CORE (o conjunto de organizações não-governamentais que recebem financiamento do Agencia dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional). Porém, o Grupo CORE realizou a “graduação” do apoio para a erradicação da Pólio em Setembro de 2016 pelo que na data actual o mapeamento de recursos limita-se principalmente à OMS.
- 1.4.5. A **criação e funcionamento das instâncias de coordenação** deste processo avançou em forma mais lenta apesar de ser considerado o segundo passo. Foi consenso do MINSA e dos seus parceiros que o organismo dirigente do processo devia ser o Comité de Coordenação Interagências (CCI). Em Angola, o CCI tem estado constituído basicamente pelo MINSA, OMS, UNICEF, o Grupo CORE, o Rotary-Plus e a Cruz Vermelha de Angola. A esta estrutura juntam-se representantes dos serviços de saúde das Forças Armadas Angolanas, da USAID dentre outros (ver figura nº 4). Porém, em Janeiro de 2016 o funcionamento do CCI teve de ceder prioridade à coordenação da resposta ao surto de Febre Amarela, o que afectou a liderança e coordenação esperada para este processo. Isso foi compensado com a criação do Grupo Técnico de Coordenação e Monitorização da transição (GTCM) em Março de 2017, coordenado pela Direcção Nacional de Saúde Pública. Os termos de referência do CCI e do GTCM para a transição de pólio constam do Anexo 1 e 2.

Figura nº 4
Organizações que constituem a Comissão de Coordenação Interagências
(Angola, 2018)



- 1.4.6. Para promover a discussão e **definição das opções estratégicas** a serem utilizadas na planificação da transição foi realizado o workshop sobre o *Exercício de simulação da transição da Pólio* (16 e 17 de Agosto de 2017). Adicionalmente estão previstas duas rondas de conversações com doadores e financiadores para discutir as opções para uma transição sustentada dos recursos e funções da pólio e identificar oportunidades de financiamento do plano.
- 1.4.7. Assim, em termos de progressos, estão atingidos os marcos de “consciencialização”, “coordenação”, “evidência” e “opções estratégicas”. O plano de transição está em processo de aprovação enquanto que a definição do roteiro final está pendente (ver figura nº5).

Figura nº 5
Progressos de Angola relativamente aos seis marcos do processo elaboração do plano de transição
(Março de 2017)

Consciencialização	<ul style="list-style-type: none"> • Realizada através de cartas da OMS, discussões entre as equipas da OMS e o MINSA e numa apresentação ao CCI
Coordenação	<ul style="list-style-type: none"> • Foi constituído o Grupo Técnico de Coordenação e Monitorização da Transição da Pólio (GTCM). O funcionamento do CCI está em processo reactivação.
Evidência	<ul style="list-style-type: none"> • O mapa de recursos da pólio foi finalizado em Agosto de 2016. O plano de desaceleração do apoio da OMS com recursos da pólio para 2017 e 2018 foi acordado com o MINSA.
Opções Estratégicas	<ul style="list-style-type: none"> • Exercício de Simulação implementado de 16-17 de Agosto. O relatório final do Workshop está em revisão.
Visão para o futuro	<ul style="list-style-type: none"> • O rascunho final do Plano de Transição foi validado pelo GTCM. Está pendente o endorso do CCI e a aprovação final pela Ministra da Saúde.
Roteiro	<ul style="list-style-type: none"> • Os doadores potenciais foram identificados e alguns de eles visitados. Ainda não se conseguiram compromissos financeiros nem existem propostas de acordos de cooperação.

1.5. O Plano de Transição da Pólio

- 1.5.1. O Plano Nacional de Transição da Pólio 2018-2022 de Angola não só define e estrutura todas as acções que devem ser implementadas no quadro do objectivo 4 do Plano Estratégico e da Fase Final da Erradicação da Pólio 2013-2018, como também considera as condições que devem ser garantidas para manter as funções da pólio durante a etapa de pré-certificação (o período de tempo que vai desde o momento em que se interrompe a circulação do poliovírus em todo o mundo –possivelmente este ano– até serem transcorridos três anos, quando existam as condições para certificar o fim da Pólio). Neste período é essencial que o sistema de vigilância epidemiológica mantenha uma detecção de casos de PFA de qualidade, que o sistema de saúde mantenha coberturas óptimas de VPO e que o país esteja preparado para qualquer eventual surto de pólio que pudesse surgir de alguma fonte vacinal ou laboratorial ainda não eliminada. Além disso, o plano desenvolverá as actividades de formação de capacidades no sistema de saúde para que este possa realizar as funções da pólio sem o apoio dos recursos do IGEP e as actividades de documentação e transferência das lições aprendidas.

2

Análise de Situacional da Erradicação a Pólio em Angola

Análise da situação da erradicação da pólio em Angola

2.1. Contexto Geográfico de Angola

2.1.1. **Localização e limites da República de Angola.** Angola situa-se na parte Ocidental da África Austral, no litoral Atlântico. O País possui uma superfície total de 1.246.700 km² e 5.198 km de fronteiras que partilha com a República do Congo a Norte (201 km), a República Democrática do Congo (RDC) a Norte e Leste (2.511 km), a Zâmbia a Leste (1.110 Km), Namíbia a Sul (1.376 Km) e uma costa marítima de 1.650 km¹. A Província de Cabinda é um enclave de 7.270 Km² localizado entre a República do Congo e a RDC (ver figuras nº 6 e 7). Assim, Angola está circundada por um bloco de países francófonos a Norte e Nordeste e por um bloco de países austrais anglófonos a Sul e Sudeste. O movimento transfronteiriço é mais intenso na fronteira norte pelas actividades económicas desenvolvidas à volta da exploração do petróleo e diamantes nas províncias fronteiriças.

Figura nº 6
Mapa de África indicando a localização de Angola na África Austral



Fonte: Africa 21 digital online (2017)

2.1.2. **Organização político-administrativa.** O País é constituído por 18 Províncias e 163 Municípios. O terceiro nível administrativo são os distritos (existem 7 distritos em Luanda) nos municípios com grande população ou as comunas (553 comunas identificados no recenseamento de 2014) nos municípios do resto do País (ver figura nº7).

¹ Wikipedia, La enciclopedia libre. Geografia de Angola. https://es.wikipedia.org/wiki/Geografia_de_Angola

Figura nº 7
Mapa de Angola com Províncias e Municípios



- 2.1.3. **Clima.** O clima em Angola contempla duas estações: a estação das chuvas, período mais quente, que ocorre entre Setembro e Maio, e a estação do Cacimbo ou Seca, que é menos quente e que ocorre entre Maio e Setembro. A estação de chuvas está associada ao incremento das doenças transmitidas por mosquitos (i.e. Malária, Dengue e Chikungunya entre outras) e doenças transmitidas pela água e alimentos (i.e. Diarreias virais, cólera e febre tifóide entre outras). Em média, as temperaturas do País variam entre, 17°C, a mínima, e 27°C, a máxima.
- 2.1.4. **População.** A população de Angola para 2018 está estimada em 29,250 milhões de habitantes com base em projecções dos resultados do Recenseamento Geral da População e Habitação de 2014. O aumento gradual da população angolana (estimado em cerca de 2,7% por ano), nos últimos anos tem sido um resultado não só da alta taxa de natalidade, mas também do constante regresso de angolanos, outrora refugiados nos países vizinhos e da migração de estrangeiros buscando oportunidades de trabalho e comércio, bem como do aumento da esperança de vida. Maioritariamente, 62% da população encontra-se concentrada nas áreas urbanas e apenas 38% vive nas áreas rurais. A concentração das pessoas nas cidades, resulta em parte da migração (20%) em busca de segurança e de melhores oportunidades económicas.

- 2.1.5. **Estrutura da população.** A distribuição por género aponta para uma população composta por 48% de homens e 52% de mulheres. A distribuição etária apresenta uma população essencialmente jovem, havendo cerca de 48% da população abaixo dos 15 anos de idade, 49% entre os 15 e os 64 anos e apenas 3% têm idade acima dos 64 anos. A população infantil (abaixo dos cinco anos de idade) constitui 20% da população total. A população com menos de 15 anos de idade é de cerca de 47% e 49% nas zonas urbanas e rurais, respectivamente. As crianças com menos de um ano de idade (8%), estão distribuídas de igual forma entre as áreas rurais e urbanas. As mulheres em idade reprodutiva, compreendida entre 15 e 49 anos, constituem 44% do universo feminino e apresentam uma taxa de fecundidade elevada, estimada actualmente em 6,4 nascimentos por mulher. O tamanho médio dos agregados familiares é de cinco pessoas.
- 2.1.6. **Línguas.** O português é a língua oficial, sendo falado por perto de 83% da população angolana, maioritariamente nas áreas urbanas. Consta-se que em províncias como Bié, Cunene, Moxico, Zaire, Lunda Sul e Cuando Cubango, mais de metade da população não fala português. O Umbundo é uma língua encontrada nas 18 províncias. O Kimbundu é a segunda língua nacional mais falada, mas está mais limitada geograficamente às províncias de Luanda, Bengo, Malanje, Cuanza Norte, Cuanza Sul e uma parte de Benguela. O Chokwe, o Kikongo e o Nhaneca também apresentam níveis de incidência geográfica relativamente altos. A proporção da população que identifica as línguas nacionais como língua materna, é significativamente inferior à que se identifica com o português.
- 2.1.7. **Nível de alfabetização.** Quanto à alfabetização e educação, as estatísticas revelam que mais de 76% de famílias no meio urbano e 55% no meio rural, têm acesso à escola num raio de 2 km da sua residência. Cerca de 29 % das crianças têm de percorrer, diariamente, mais de 2km para frequentar a escola. Em geral, 34% da população angolana ainda é analfabeta. No meio rural, essa proporção atinge mais de 70% da população, o dobro do que se regista no meio urbano.
- 2.1.8. **Escolaridade.** A taxa de frequência líquida no ensino é de 76% a nível nacional. As raparigas entram na escola com idade correcta (55%) e em maior percentagem do que os rapazes (49%), o que contribui para uma incidência maior de escolaridade primária entre as meninas. Consequentemente, 62% das mulheres completam o ensino primário, comparativamente aos 50% dos homens. Esta tendência inverte-se a seguir, com uma diferença de 7% a favor dos homens, no 1º Ciclo.
- 2.1.9. **Habitação.** Em relação à habitação, 88% dos agregados familiares vivem em habitações inadequadas, sendo a proporção menor nas áreas urbanas (79%) comparativamente às rurais (99%). Calcula-se que mais de metade da população (54,8%) esteja concentrada no meio urbano, particularmente em volta das grandes cidades das províncias de Luanda, Benguela, Huíla, Huambo e Kwanza Sul. Em Angola, 36% da população tem acesso à rede eléctrica, sobretudo na área urbana.
- 2.1.10. **Água e saneamento.** A nível nacional, apenas 42% da população usa uma fonte apropriada de água para beber. Na área rural, a população tem uma probabilidade muito inferior de obter água potável, comparativamente à população urbana. A precaridade em termos de água de consumo nota-se mais entre as populações pobres, sendo que apenas uma em cada cinco pessoas entre os 20% da população mais pobre, tem acesso a fontes apropriadas de água para beber. No que concerne ao saneamento, apenas 53% dos agregados tem algum

tipo de instalação sanitária em casa. A proporção de famílias com uma instalação sanitária em casa, é maior nas áreas urbanas (74%).

2.2. Contexto Político e Económico de Angola

- 2.2.1. **Organização política.** Nas Províncias, o poder político é exercido por um Governador Provincial nomeado pelo Presidente da República. Os municípios, pela sua vez estão a cargo de um Administrador Municipal nomeado pelo Governador da Província. No processo de desconcentração e descentralização iniciado no País, o Município tornou-se numa unidade de administração e gestão administrativa do Estado.
- 2.2.2. **Eleições de 2017.** Em Setembro de 2017, tomou posse em Angola um novo governo eleito nas eleições gerais realizadas em Agosto desse ano. A posse de um novo governo, sem contudo haver mudança do partido no poder, o MPLA, implicou uma renovação da maior parte da administração governamental. No sector de saúde isso significou uma mudança de Ministro, Secretários de Estados e Directores Gerais.
- 2.2.3. **Situação económica.** Nos últimos dez anos a economia de Angola registou um rápido crescimento económico. O petróleo e seus derivados, continuam a predominar nas exportações (95%) e no PIB (47%), seguidos da Agricultura e Pescas (9%) e da indústria manufacturadora (5%). O PIB por habitante passou de US\$ 871,40, em 2003, para US\$ 4.266,80, em 2010.
- 2.2.4. **Dependência das actividades de exploração do petróleo.** Segundo o Banco Mundial, a economia de Angola baseia-se principalmente nas receitas do petróleo, em média, no período de 2002 a 2012, os rendimentos do petróleo foram estimados em 53% do Produto Interno Bruto (PIB) total. As exportações do petróleo e os empréstimos estrangeiros incentivaram o crescimento económico e promoveram uma rápida reconstrução. Ao longo do 2014, a economia angolana tem dado sinais de abrandamento; o PIB atingiu 4,4% em 2014, em relação aos 6,8% de 2013. Apesar da dependência do sector petrolífero, o país regista uma notável estabilidade e performance macroeconómica, que se reflecte na estabilidade da moeda nacional, de entre outros indicadores. Com efeito, a taxa de inflação passou de 45,3% em 2004, para 14,5% em 2010.
- 2.2.5. **Gradação de Angola como País de renda média.** O rápido crescimento económico registado nos últimos anos associado principalmente ao aumento do preço do petróleo ocasionou que Angola fosse classificado pelo Banco Mundial como “país de renda média alta” o que deu lugar a um processo progressivo de gradação (finalização) dos programas de assistência financeira que o País recebia. Desde 2017, e consoante com os critérios vigentes do Banco Mundial, Angola passará a ser classificado como “país de renda média baixa”. Com tudo, os processos de gradação dos programas de apoio financeiro seguem em curso.
- 2.2.6. **Crise financeira de 2014.** A descida do preço internacional do petróleo teve um impacto nos saldos orçamentais, com um aumento do défice orçamental de 0,3% de PIB em 2013, para 2,9% em 2014). Com a redução contínua do preço global do crude, o orçamento do país viu um declínio nas receitas do petróleo, de 30 para 24% do PIB, entre 2013 e 2014.

2.3. A Situação da Saúde em Angola

Perfil epidemiológico do País

- 2.3.1. A esperança média de vida à nascença em Angola é estimada actualmente em 52 anos, sendo 51 para os homens e 53 para as mulheres.
- 2.3.2. Angola realizou importantes progressos no período pós guerra civil tendo melhorado os indicadores de saúde, entretanto, ainda considerados entre os mais baixos da África Subsariana. As recentes melhorias das condições de vida e saúde não se reflectem nos indicadores por falta de dados recentes.
- 2.3.3. As taxas de mortalidade em crianças menores de 5 anos e a mortalidade materna estão entre as mais altas da Região Africana. As principais causas directas de mortalidade geral são as doenças transmissíveis e a malnutrição. A malária, as doenças diarreicas, as infecções respiratórias agudas, o sarampo, o tétano e as afecções perinatais são as principais causas de mortalidade das crianças menores de 5 anos. A malária, a tuberculose e o SIDA são causas relevantes de mortalidade previsível em adultos. Os acidentes de viação são uma importante causa de internamento hospitalar, incapacidade e mortalidade.

Tabela nº 1
Indicadores Demográficos e de Saúde. Angola

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

- 2.3.4. Importa realçar a existência de estudos que sugerem que os episódios de diarreia, podem ser reduzidos entre 35% a 39% através do tratamento e conservação adequados, da água de consumo. Por outro lado, admite-se que a melhoria do saneamento pode diminuir em 38% os casos de diarreias, ao passo que os hábitos de lavagem das mãos, estão relacionados com uma redução na ordem de 35%.

2.4. O Sistema de Saúde de Angola

2.4.1. Recursos humanos em saúde

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

- 2.4.3. A tabela nº2 mostra que a proporção das despesas públicas no sector saúde, desde o ano 2010 até 2014 permaneceram a volta de 4-6 %. Por outro lado, cerca de 50% das despesas do

sector público em saúde correspondem ao pagamento de pessoal seguido das despesas para compra de medicamentos, vacinas, equipamentos e outros bens e serviços.

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

Tabela nº 2
Evolução do Orçamento Geral do Estado e Orçamento de Saúde. 2010-2014 (em milhões de USD)

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

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

2.4.5. *O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário*

2.4.6. *Os planos estratégicos de alguns programas chaves*

2.4.7. *Os projectos em curso*

2.5. O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

2.5.1. **Inícios:** O actual sistema nacional de vigilância epidemiológica (SNVE) tem a sua origem no programa nacional que existiu desde a independência do País. Os técnicos municipais e provinciais de vigilância epidemiológica (VE) eram responsáveis de receber a informação estatística sobre casos e óbitos das doenças prioritizadas mensalmente e transmiti-las para o Nível Central. O programa funcionava principalmente como um sistema de registo e envio de dados mensais por causa da limitada capacidade de análise de dados que exista nessa altura. A guerra civil que existia no País limitava a cobertura de informação a que só incluía os principais hospitais e algumas unidades das sedes municipais. Nos primeiros anos da década dos 1990s foi criado o Sistema de Alerta Rápida e Vigilância Epidemiológica (SARVE) para transmitir informação de casos e óbitos de malária e outras doenças alertas de saúde pública. A notificação regular de doenças potencialmente epidémicas foi adicionando-se posteriormente. Porém, este sistema funcionou desde o início com grandes limitações de cobertura de dados.

2.5.2. **Vigilância das Paralisias Flácidas Agudas:** Em 1994, na sequência de um estudo feito em colaboração com o Escritório Regional Africano da Organização Mundial da Saúde (OMS AFRO), os Centros para Controlo e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), as Forças Armadas Angolanas (FAAs) e com apoio da Embaixada de Alemanha foi implementada

a vigilância baseada em casos² das paralisias flácidas agudas (PFAs). A investigação de casos dependia inicialmente de uma equipa do Nível Central, mas com a grande epidemia da Pólio ocorrida em 1999 foi evidente a necessidade de acelerar implementação da vigilância das PFAs em todas as províncias e municípios. Em 2001, e com financiamento da Iniciativa Global de Erradicação da Pólio (IGEP), a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu equipas técnicas em cada Província para apoiar a vigilância baseada em casos e a busca activa de casos em unidades sanitárias.

- 2.5.3. **Reforço do sistema de vigilância com a vigilância activa:** A equipa provincial de vigilância, constituída pelo ponto focal da OMS e o supervisor municipal de vigilância epidemiológica tinham como tarefas investigar cada caso notificado de PFA, realizar visitas às unidades sanitárias para realizar a busca de casos não notificados nos registos de pacientes, sensibilizar os médicos e outros profissionais de saúde para eles notificarem casos de PFA, sensibilizar agentes comunitários para identificar casos, notificá-los e treinar os supervisores municipais para replicar as mesmas actividades em cada município. Os fundos providenciados pela IGEP permitiram a aquisição de motorizadas para os municípios e alguns incentivos para os técnicos municipais implementarem as actividades de vigilância activa.
- 2.5.4. **Vigilância do sarampo:** Para complementar as acções de eliminação do sarampo, a partir de 2003, e depois da campanha nacional de ataque, o sarampo foi integrado à vigilância do sarampo baseada em casos. O apoio das equipas provinciais da OMS foi importante para facilitar este processo. Complementarmente, e com o apoio da OMS AFRO o laboratório do Instituto Nacional de Saúde Pública foi reforçado com equipamento, treino dos seus técnicos e reagentes para actuar como Laboratório de Referência Nacional para o diagnóstico do Sarampo.
- 2.5.5. **Vigilância Integrada de Doenças e Resposta:** Para complementar as acções de eliminação do sarampo, a partir de 2003, e depois da campanha nacional de ataque, o Sarampo foi integrado à vigilância do sarampo baseada em casos. O apoio das equipas provinciais da OMS foi importante para facilitar este processo. Complementarmente, e com o apoio da OMS AFRO o laboratório do Instituto Nacional de Saúde Pública foi reforçado com equipamento, treino dos seus técnicos e reagentes para actuar como Laboratório de Referência Nacional para o diagnóstico do Sarampo.
- 2.5.6. **Vigilância de eventos adversos pós vacinação:** A vigilância dos eventos adversos pós vacinação (EPAV) é considerada como parte da segurança das vacinas e como um processo importante que permite garantir que o processo de vacinação é seguro e que melhora o custo-benefício da vacinação. Este subsistema de vigilância epidemiológica foi desenvolvido de forma lenta mas já foram realizados alguns avanços relacionados com o treino do pessoal a nível provincial e municipal. No entanto ainda é necessário reforçar algumas actividades para que o sistema seja funcional.
- 2.5.7. **Situação actual da vigilância das PFAs.** Angola conseguiu interromper a circulação do poliovírus selvagem em 2011 sendo que o último caso detectado de poliomielite ocorreu no município de Quimbele, na Província de Uíge com data de início da paralisia a 7 de Julho de

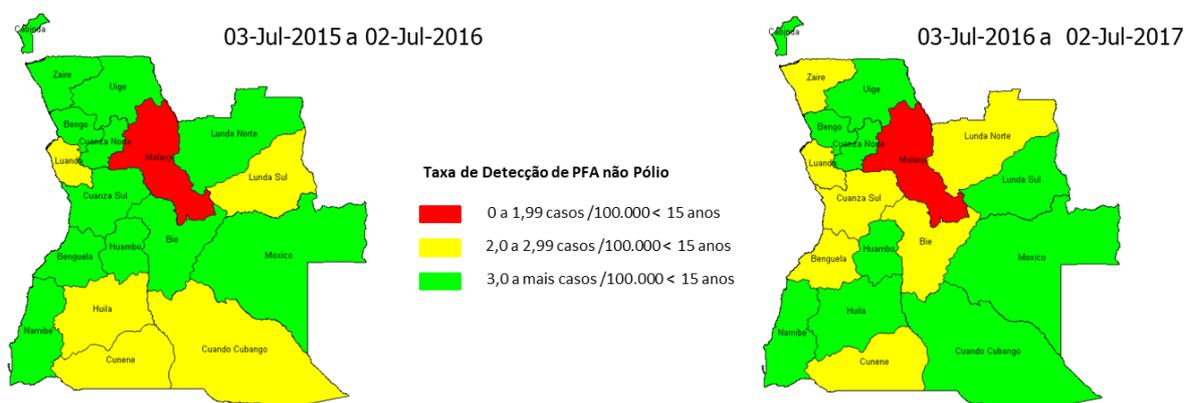
² Na vigilância epidemiológica baseada em casos cada caso suspeito notificado é investigado com levantamento de dados individuais, exame físico e colheita de amostra para confirmação ou descarte laboratorial.

2011. Desde essa data não foi notificado mais casos confirmados de pólio. Adicionalmente, outras actividades estão a ser impulsionadas:

- Reforço permanente da vigilância das paralisias flácidas agudas (PFAs) no País.
- Implementação da vigilância ambiental da pólio, a que já está a ser realizada em Luanda desde Julho de 2014, mas que será expandida a Benguela e Malange.
- Realização de 2 jornadas de vacinação contra a pólio por ano.
- Actualização do plano nacional de preparação para a detecção de casos de pólio.

2.5.8. Embora que em termos gerais o País tem mantido uma taxa de detecção igual ou superior à meta regional de 3 casos de PFA não Pólio por cada 100.000 crianças menores de 15 anos, seguem existindo lacunas na capacidade de detecção a nível provincial (ver Figura nº3). O reforço da capacidade do sistema nacional de vigilância epidemiológica para reduzir estas lacunas e manter persistentemente níveis de detecção seguirá sendo um desafio e deve ser tomado em quando se definirem as opções de transição da pólio.

Figura nº 8
Evolução da Taxa de detecção de PFAs por Província nos últimos 24 meses
(Angola 3-Jul-2015 a 2-Jul-2017)



Fonte: Base de dados de casos de paralisia flácida aguda. Seccção de Imunização. Direcção Nacional de Saúde Pública. Ministério da Saúde de Angola.

2.6. O Programa Alargado de Vacinação

2.6.1. **Origens:** Em Angola, o Programa Alargado de Vacinação (PAV) foi estabelecido em 1979, quando o País vivia a guerra civil e a rede de serviços de saúde era bastante reduzida. O seu objectivo principal foi assegurar o acesso da população menor de 1 ano a 4 vacinas (vacina BCG, vacina de pólio oral ou VPO, vacina de DPT e vacina contra o sarampo) protegendo contra 6 doenças e às mulheres em idade fértil incluindo grávidas com toxóide tetânico. Inicialmente, a meta foi alcançar o 40% de cobertura. Em 1980 foi introduzida a vacina contra febre-amarela foi introduzida no calendário nacional de vacinação de rotina.

2.6.2. **As Jornadas Nacionais de Vacinação:** No quadro da Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (IGEP), as primeiras Jornadas Nacionais de vacinação (JNVs) foram implementaram em 1996. A partir de 1999, começaram-se a implementar também Jornadas Locais de Vacinação (JLV) que cobriam parcialmente o País com actividades focalizadas a algumas Províncias priorizadas. Desde essa altura têm sido implementadas 2 a 3 jornadas por ano. À medida em que esta actividade se consolidava, foi decidido fazer da

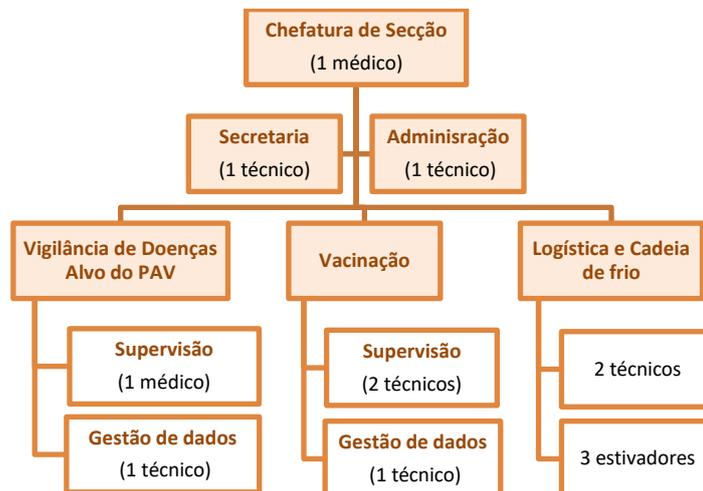
administração de vacina de pólio oral (VPO) a intervenção de saúde pública de maior cobertura no País, e aproveitar cada campanha das JNVs para administrar conjuntamente a vitamina A e o Albendazole.

- 2.6.3. **As campanhas de vacinação contra o Sarampo:** Em 2003 o PAV incluiu a aceleração da eliminação do sarampo entre as suas metas . Para este propósito, implementou-se uma Campanha Nacional “de Ataque” que abrangeu crianças de 9 meses a menores de 15 anos, atingindo-se pela primeira vez grande parte do território nacional. Estima-se que esta campanha cobriu 95% do grupo alvo. Posteriormente foram realizadas campanhas de vacinação “de seguimento” em 2006, 2009 e 2011 mas com menor grau de sucesso que na primeira. Aproveitando a experiência obtida com as JNVs, foram integradas outras intervenções durante as campanhas de vacinação de seguimento tais como a administração de vitamina A, o Albendazole, a VPO, a distribuição de mosquiteiros e a vacinação de mulheres em idade fértil. Estima-se que nestas outras campanhas, uma percentagem entre 36 a 40% dos municípios não tenham alcançado coberturas superiores a 95%. É provável que a implementação destas campanhas mais complexas associada à insuficiente disponibilidade de recursos humanos (pela escassa participação do pessoal de enfermagem dos hospitais e centros de saúde) tenha afectado a qualidade de implementação. A 4ª campanha de seguimento foi realizada em 2014 integrada com a administração de vitamina A e VPO. Desta vez o grupo alvo foram crianças de 0 a menores de 10 anos de idade. A mesma teve grande demanda da população e uma duração de 2 semanas. O inquérito de cobertura realizado pela OMS mostrou que esta campanha foi bem-sucedida estimando-se que a média de cobertura nacional foi de 97,2% com uma taxa de cobertura provincial de 92,7% a 99%.
- 2.6.4. **Implementação da estratégia ACM:** No final de 2003, e com o apoio financeiro da Aliança Global para Vacinas e Imunização (GAVI), a OMS, UNICEF e outros parceiros começou a implementar-se a estratégia “Atingir cada Município” (ACM) para acelerar o aumento de cobertura de vacinação de rotina. Inicialmente as acções foram concentradas nos 59 municípios mais populosos do País que concentravam 75% da população alvo e que tinham pessoal capacitado em vacinação e cadeia de frio.
- 2.6.5. **Evolução do calendário vacinal:** Em 2006 a vacina tripla DPT foi substituída pela vacina pentavalente (Hepatite B, Hib, DTP) com o qual o calendário vacinal de menores de 1 ano passou a ter 9 antígenos em 5 vacinas mais a vitamina A. Em 2013 foi introduzida a vacina da Pneumo-13 e em 2014 a vacina de rotavírus. Em Abril de 2016 a vacina de pólio oral trivalente, foi substituída pela vacina bivalente e em Dezembro de 2017 foi integrada a vacina de pólio inactivada (VPI) no calendário vacinal.
- 2.6.6. **Organização do PAV:** A condução geral, supervisão e avaliação do PAV está a cargo da Secção de Imunização que depende do Departamento de Higiene e Epidemiologia da Direcção Nacional de Saúde Pública (DNPS) do MINSa. Esta secção está organizada em 3 áreas técnicas e é composta por 13 pessoas: A chefe de secção, 2 supervisores nacionais, 1 técnico de vigilância epidemiológica, 2 logísticos, 3 estivadores, 1 secretária e 1 técnico para a área administrativa. A nível das 18 Províncias, o PAV dispõe de equipas coordenadas por um supervisor provincial e constituída por um número variado de técnicos que podem incluir um gestor de dados, outros técnicos de programa, de logística e cadeia de frio. A vigilância epidemiológica das doenças alvo de PAV está a cargo da equipa de vigilância epidemiológica.

Esta estrutura repete-se a nível municipal. A nível das unidades sanitárias conta-se com um ou mais técnicos de vacinação que executam as actividades do Programa incluindo a administração de vacinas.

2.6.7. **Financiamento do PAV:** Desde a criação do Programa, em 1979, até 2001, o PAV foi-se desenvolvendo com o apoio financeiro do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e contribuições especiais da Agência Sueca para o Desenvolvimento que sustentaram a compra de vacinas, material de vacinação equipamento para a cadeia de frio e transporte. A partir de 2002, o Governo começou a assumir gradualmente a compra de vacinas. A apropriação progressiva do financiamento do PAV pelo Governo de Angola permitiu que a partir de 2007 este suportasse 100% do custo das vacinas tradicionais do PAV. Com a graduação do apoio de GAVI em fins de 2017, a partir de 2018 o Governo assumiu toda a responsabilidade de aquisição de todas as vacinas introduzidas com o apoio do GAVI.

Figura nº 9
Organigramas da Secção de Imunização da Direcção Nacional de Saúde Pública
(Angola, 2018)



Fonte: Plano Plurianual de Imunização 2016-2020. Ministério da Saúde, Angola

2.6.8. **Lições aprendidas deste processo:** A implementação das diferentes campanhas permitiu tirar as seguintes lições:

- a periodicidade das campanhas de vacinação de seguimento depende do acumulo de susceptíveis e o atraso na implementação das mesmas fazem perder o impacto esperado;
- o período de preparação da campanha não pode ser inferior a 6 meses, considerando os aspectos técnicos e logísticos;
- o apoio, engajamento e liderança dos governos provinciais, das administrações municipais, comunais e principalmente dos líderes tradicionais tem uma importância relevante;
- a administração de outras intervenções tais como vacina da Pólio, vitamina A e Albendazol melhora a procura além de aumentar o impacto da campanha. Outras

intervenções como a distribuição de mosquiteiros podem-se incorporar, mas exigem uma planificação logística atempada e detalhada;

- o recrutamento de pessoal técnico de hospitais é crítico em particular nas áreas urbanas altamente populosas.

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

Tabela nº 3
Calendário Nacional de Vacinação para Menores de 1 ano
(Angola, 2018)

IDADE	VACINA	DOSE	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	DOSAGEM
Ao nascer	BCG	Única	Intradérmica	0,05 ml
	Vacina de Pólio Oral	Dose 0	Oral	2 gotas
2 meses	Vacina de Pólio Oral	1ª dose	Oral	2 gotas
	Rotavirus	1ª dose	Oral	Conteúdo da bisnaga
	Penta	1ª dose	Intramuscular	0,5 ml
	Pneumo-13	1ª dose	Intramuscular	0,5 ml
4 meses	Vacina de Pólio Oral	2ª dose	Oral	2 gotas
	Vacina de Pólio Inactivada	Única	Intramuscular	0,5 ml
	Rotavirus	2ª dose	Oral	Conteúdo da bisnaga
	Penta	2ª dose	Intramuscular	0,5 ml
	Pneumo-13	2ª dose	Intramuscular	0,5 ml
6 meses	Vacina de Pólio Oral	3ª dose	Oral	2 gotas
	Penta	3ª dose	Intramuscular	0,5 ml
	Pneumo-13	3ª dose	Intramuscular	0,5 ml
	Vitamina A	1ª dose	Oral	2 gotas
9 meses	Sarampo	1ª dose	Subcutânea	0,5 ml
	Febre-amarela	Única	Subcutânea	0,5 ml
	Vitamina A	2ª dose	Oral	2 gotas

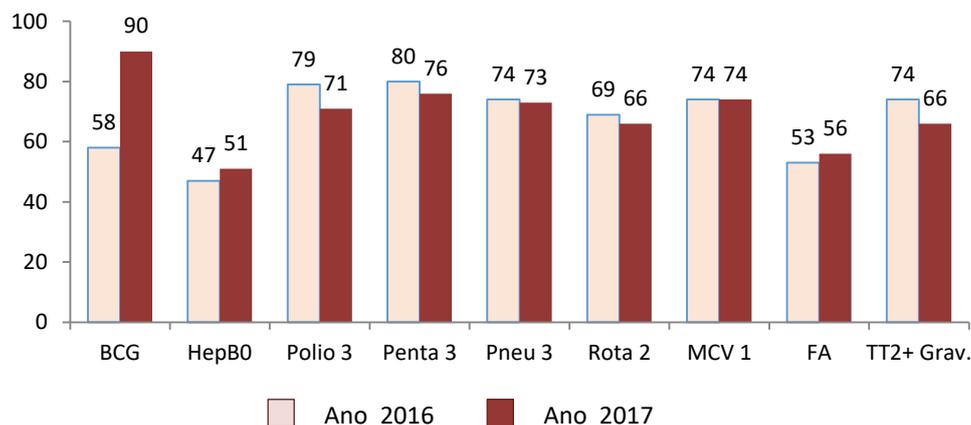
Fonte: Secção de Imunização. Direcção Nacional de Saúde. MINSA, Angola

2.6.10. **Desafios do PAV:**

- a) **Melhorar o acesso a serviços de vacinação de rotina.**- Até o ano 2014, das 2.501 unidades sanitárias existentes na rede de atenção pública, cerca de 1.323 (53%) realizavam actividades de vacinação. O acesso é ainda mais limitado nas unidades sanitárias rurais que contam apenas com só um técnico de saúde para todos os serviços para atender populações pequenas e dispersas. A melhora do acesso dependerá por um lado de uma maior dotação de recursos humanos e da aquisição de equipamentos de cadeia de frio para criar condições para oferta de serviços de vacinação nessas unidades sanitárias, mas também da **capacitação, supervisão e monitorização adicional** para os novos postos de vacinação. Adicionalmente, e enquanto estas condições vão sendo criadas, será

necessário complementar a estratégia de postos fixos com a implementação de estratégias por equipas avançadas e móveis com um maior **rigoridade elaborando microplanos de atenção com maior nível de detalhe** que requererão maior informação sobre as populações sem acesso e melhora das práticas actuais de planificação.

Figura nº 10
Coberturas de vacinação em crianças menores de 1 ano e grávidas para cada vacina por ano (Angola 2016 e 2017)³



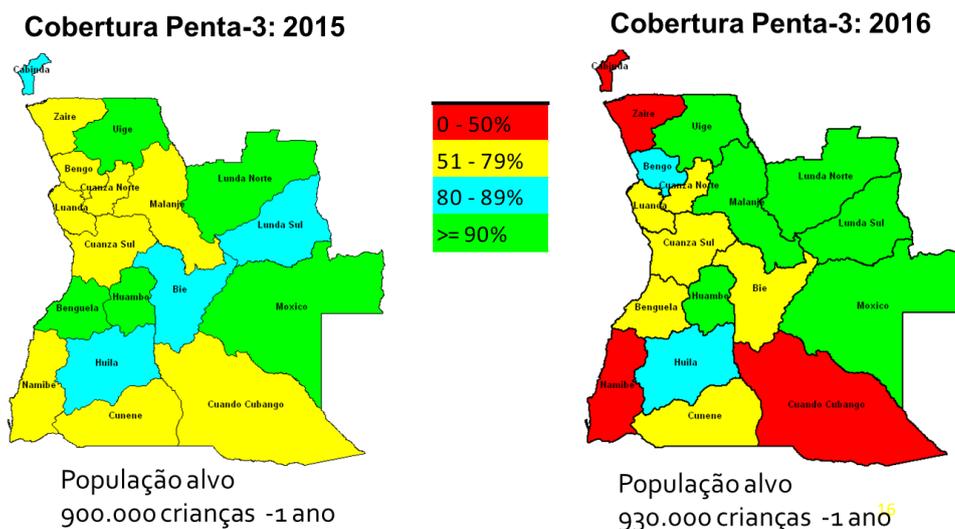
Fonte: Secção de Imunização. Direcção Nacional de Saúde. MINSA, Angola

2.6.11. **Situação da vacinação de rotina contra a pólio.** No caso de Angola, este objectivo esteve representado por três actividades principais: a substituição da vacina de pólio trivalente (OPV-t) pela vacina bivalente (OPV-b), a introdução da vacina da pólio inactivada (VPI) no calendário nacional de vacinação de rotina e o reforço dos serviços de vacinação. Angola implementou a troca da OPV-t pela OPV-b em Abril de 2016. A introdução da IPV esteve prevista para Dezembro de 2017, dois anos depois do tempo previsto por problemas globais de fornecimento da vacina. Nos últimos anos, várias actividades de reforço dos serviços de vacinação foram implementadas ou estão em curso (alocação de fundos externos para municípios priorizados para intensificar a vacinação por equipas móveis e avançadas; treinamento para o reforço da estratégia “Atingir cada Município”, formação dos responsáveis provinciais do programa alargado de vacinação –PAV– nos módulos do curso de gestores de nível médio, aquisição de equipamentos de cadeia de frio, etc.).

2.6.12. A despeito destas iniciativas, factores diversos como os constrangimentos no financiamento público dos últimos anos, (que sustentavam as actividades de vacinação por equipas avançadas e móveis) e a prioridade dada à resposta à epidemia de febre amarela que viveu o País em 2016, tiveram um efeito negativo nos indicadores de desempenho do PAV. Assim, entre 2015 e 2016 observa-se que várias províncias mantiverem coberturas de vacinação por debaixo da meta de 90% para a 3ª dose de vacina pentavalente em menores de 1 ano (ver figura nº4). Outras províncias inclusive reduziram o seu desempenho comparativamente ao ano anterior.

³ Vacinas o calendário nacional de imunização: BCG (vacina), Hep B0 (Dose ao nascer de hepatite B); Polio 3 (3ª dose de vacina de pólio oral), Penta 3 (3ª dose de vacina pentavalente); Pneu 3 (3ª dose de vacina pneumo-13), Rota 2 (2ª dose de vacina contra rotavírus); MCV1 (1ª dose de vacina contra sarampo), FA (vacina contra a febre amarela), TT2+ Grav (Grávidas com pelo menos 2 doses de toxóide tetânico).

Figura nº 11
Evolução das coberturas de vacinação de 3ª dose de vacina pentavalente por Município dos dois anos anteriores (Angola, 2015 e 2016)



Fonte: Base de dados de casos de vacinação de rotina. Seccção de Imunização. Direcção Nacional de Saúde Pública. Ministério da Saúde de Angola.

2.7. As Acções de Mobilização e Comunicação Social

- 2.7.1. As actividades de educação para a saúde, comunicação e mobilização social devem ser realizadas como sustentáculo fundamental das actividades de vacinação tanto de rotina como em campanhas. O país tem um largo caminho já percorrido nestas actividades. As razões da não vacinação são bem conhecidas e têm sido desenvolvidas estratégias para sua atenção.
- 2.7.2. As actividades de comunicação são coordenadas e implementadas pelo Departamento de Promoção para Saúde. Existe um plano estratégico integrado de comunicação e um plano operacional anual a nível central. O nível central promove a veiculação de mensagens informativas sobre a vacinação de rotina, com ênfase pela rádio e a televisão. As actividades de promoção da vacinação de rotina, com activistas comunitários são esporádicas e só se realizam em alguns municípios. Nas unidades sanitárias realizam-se palestras diárias para informação e consciencialização das mães, sobre a importância das vacinas e de outras intervenções para a protecção da saúde.
- 2.7.3. Várias investigações operacionais e estudos sobre os conhecimentos, atitudes e práticas em vacinação foram realizadas em distintos contextos culturais, mas foi escassa a utilização prática para elaborar planos e mensagens educativas.
- 2.7.4. Os principais esforços de comunicação em prol da vacinação, assim como a participação de activistas comunitários, são realizados durante o período de preparação e implementação das campanhas nacionais de vacinação contra a pólio, sarampo e tétano e a atenção à mulher em idade fértil. Nestes períodos são veiculadas pela rádio e televisão mensagens educativas em português e em 8 línguas nacionais. São também elaborados planos de media, incluindo entrevistas com peritos e pessoal da saúde na radio e na televisão, eventos

informativos e de motivação de jornalistas, actos de lançamento de campanhas com ampla participação de autoridades, parceiros e membros da sociedade civil.

- 2.7.5. Durante a avaliação pós introdução da vacina pneumo-13 foram identificados os seguintes problemas: fraca comunicação interpessoal com carácter educativo durante a vacinação, entre os vacinadores e as mães; insuficiente conhecimento do calendário vacinal por parte das mães, falta de material de informação sobre as vacinas nas unidades sanitárias e fracas actividades de promoção por parte dos activistas comunitários.
- 2.7.6. Não obstante estas actividades terem sido claramente definidas, elas ainda não têm o impacto esperado para mudar as concepções, atitudes e comportamento de todos os pais ou encarregados de educação quanto à vacinação de todas as crianças em idade vacinal. As actividades propostas devem ser realizadas de forma contínua com a identificação dos grupos alvo
- 2.7.7. que devem assegurar o impacto destas actividades com resultados focalizados na melhora das coberturas de vacinação e redução do número de crianças não vacinadas.
- 2.7.8. Para alcançar os objectivos e metas do presente plano, serão adoptadas como principais estratégias as seguintes:
 - Advocacia junto às autoridades políticas e administrativas, líderes tradicionais e religiosos, directores provinciais e municipais para tomadas de decisão, para mobilização e alocação de recursos adicionais a favor da implementação das actividades de vacinação;
 - Sensibilização dos técnicos de saúde para o seu envolvimento activo em todas as actividades de vacinação;
 - Acções de mobilização social com envolvimento formal dos media, associações, grupos de mulheres, igrejas a fim de participarem activamente nas actividades de vacinação e vigilância;
 - Educação para a saúde, mobilização social e comunicação interpessoal para a mudança de comportamento, a serem realizadas pelos agentes comunitários de saúde e pontos focais da vigilância, no sentido de uma maior adesão aos esforços de notificação de casos, vacinação de rotina e campanhas de vacinação.

2.8. Os Recursos Humanos e Físicos Financiados pela Erradicação da Pólio

Organizações e recursos financiados pela pólio

- 2.8.1. Em 2001 e com financiamento da Iniciativa Global de Erradicação da Pólio (IGEP), houve um reforço do apoio internacional a Angola para o controlo da circulação do poliovírus selvagem (PVS). Nessa altura Angola tinha saído da maior epidemia de Poliomielite jamais registada na Região Africana⁴; ainda se vivia o conflito armado no País; a rede sanitária estava destruída os seus recursos humanos capacitados eram bastante reduzidos; e existia uma intensa acção de ajuda humanitária em todo o País.
- 2.8.2. A **Organização Mundial da Saúde (OMS)** recrutou técnicos nacionais e internacionais e criou uma equipa técnica nacional para a pólio e equipas de apoio para cada uma das 18 Províncias

⁴ A epidemia de Póiomielite de 1999 registou 1,181 casos e 113 óbitos. Nessa altura ainda não tinha sido implementado o sistema de classificação virológica e a classificação de casos era de tipo clínica.

do País. Foi concordado com o Ministério da Saúde que estas equipas, além do apoio às actividades de controlo da pólio, também colaborariam no funcionamento do sistema de vigilância epidemiológica (SNVE), especialmente com o envio regular de dados desde as Províncias até o Nível Central, tendo sido por isso que foram nomeadas “**Antenas Epidemiológicas**”. Cada equipa, inicialmente constituída por um técnico de vigilância epidemiológica e um motorista, foi equipada com uma viatura, um computador de mesa (posteriormente portátil), mobília e equipamento para o envio de dados (ao início foram rádios UHF com funcionalidade para envio de emails, mas, anos depois, isto foi substituído por modems de internet). Por sua vez, cada Direcção Provincial de Saúde (DPS), concedeu um gabinete para o funcionamento desta equipa.

- 2.8.3. O **UNICEF** recrutou técnicos nacionais para reforçar a equipa de supervisão central e reforçou as actividades de apoio logístico das equipas subnacionais que existiam em algumas províncias estratégicas.
- 2.8.4. O **Grupo CORE**, o conjunto de organizações não-governamentais (ONGs) financiadas pela Agencia dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), estabeleceu projectos de apoio à vigilância comunitária em alguns municípios prioritizados. Para estes projectos contratou pessoal para pequenas unidades de projecto em cada ONG. A **Cruz Vermelha de Angola**, aproveitando também financiamento da IGEP foi envolvida nas actividades de mobilização social, especialmente no que concerne aos preparativos das campanhas de vacinação. A assistência técnica e financiamento de algumas actividades da Cruz Vermelha esteve a cargo de UNICEF.
- 2.8.5. Nos últimos anos, este apoio foi reduzindo, a medida que a circulação do poliovírus selvagem na região africana era interrompida. No quadro do Plano Estratégico e da Fase Final da Erradicação da Pólio, foi orientado aos 16 países que concentravam mais do 80% do financiamento do IGEP para elaborassem planos de transição da pólio. Embora o processo de planificação da transição tivesse começado apenas no último trimestre de 2015, o UNICEF já tinha deixado de ter pessoal financiado pela pólio em Angola anos antes. A USAID terminou o seu apoio às actividades de erradicação da pólio em Setembro de 2016. Assim, até a presente data, a OMS é a única organização que continua a ser apoiada com fundos externos da pólio e com um plano de redução progressiva das suas actividades e do seu pessoal até 2019.

Os recursos humanos da pólio

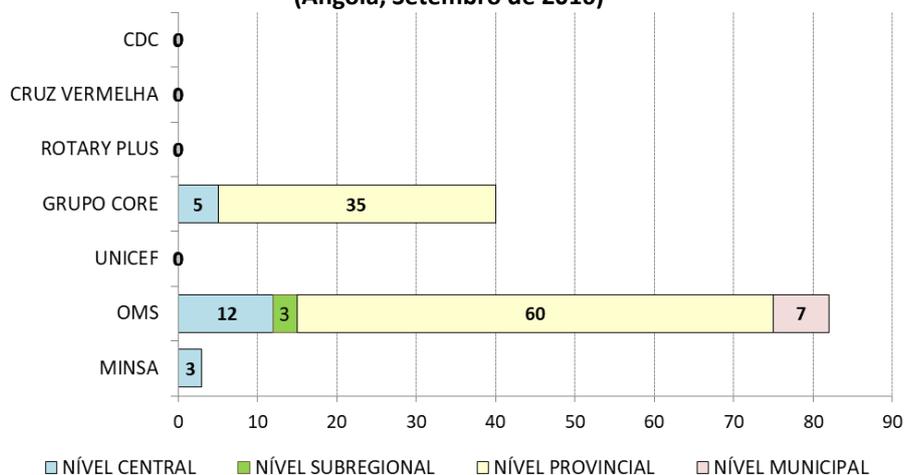
- 2.8.6. O **mapeamento de recursos humanos financiados pela pólio**, que faz parte do processo nomeado “evidência”, e que é um dos seis marcos de processo de elaboração do plano de transição foi completado em Agosto de 2016. Foi distribuída entre a OMS, o UNICEF, o Grupo CORE e o MINSA uma tabela em Excel para cadastrar os recursos humanos e para recolher dados sobre cada pessoa. Esta tabela incluía dados sobre o tipo de actividades que cada membro do pessoal implementava (para enquadrá-lo em cada “função primária” da pólio), a organização a que pertencia, a sua localização geográfica, tipo de contrato, nível de educação, e salário anual e anos de serviço. Os resultados finais com o número total do pessoal contratado com fundos da pólio para cada organização são mostrados na tabela nº 4.

Tabela nº 4
Número de pessoal contratado com fundos da Pólio por nível administrativo segundo Organização (Angola, Setembro de 2016)

ORGANIZAÇÃO PARCEIRA	NÍVEL CENTRAL	NÍVEL SUBREGIONAL	NÍVEL PROVINCIAL	NÍVEL MUNICIPAL	TOTAL
MINSА	3	0	0	0	3
OMS	12	3	60	7	82
UNICEF	0	0	0	0	0
GRUPO CORE	5	0	35	0	40
ROTARY PLUS	0	0	0	0	0
CRUZ VERMELHA	0	0	0	0	0
CDC	0	0	0	0	0
TOTAL	20	3	95	7	125

Fonte: Base de dados dos recursos da Pólio. Grupo Técnico de Coordenação e Monitoria da Transição da Pólio.

Gráfico nº 2
Número de pessoal contratado com fundos da Pólio por nível administrativo segundo Organização (Angola, Setembro de 2016)



Fonte: Base de dados de recursos da Pólio. Grupo Técnico de Coordenação e Monitoria da Transição da Pólio.

- 2.8.7. **Número e distribuição dos recursos humanos da pólio:** A OMS além de ter o pessoal mais numeroso, também era a única organização com pessoal em quatro níveis administrativos (ver gráfico nº 2) e a única organização com pessoal pago pela pólio nas 18 Províncias do País (ver tabela nº 5). O pessoal em funcionamento nas províncias constitui a grande maioria, e representa cinco vezes o número do pessoal contratado a nível central. Depois da OMS, o Grupo CORE é o segundo parceiro com o maior número de pessoal contratado pela pólio, e possuía uma quantidade considerável de pessoal nas províncias, sete vezes mais do que a quantidade de pessoal da sua própria equipa central. Porém, o Grupo CORE só conseguiu cobrir seis das 18 províncias; e o MINSА apenas teve 3 pessoas pagas pela pólio no nível central. O UNICEF, a Cruz Vermelha de Angola e a representação do Centro para Controlo e

Prevenção de Doenças (CDC) em Angola não tinham pessoal financiado pela pólio. As províncias com maior quantidade de pessoal pago pela pólio, sem incluir os membros da equipa central têm sido Luanda (21 pessoas de OMS e 18 do Grupo CORE) e Benguela (6 pessoas de OMS e 8 do Grupo CORE), ambas com mais de 10 pessoas. As restantes têm entre 2 a 6 pessoas.

2.8.8. **Funções primárias da pólio apoiadas pelos recursos humanos.** A tabela nº6 indica o número de pessoas financiadas pela pólio em cada organização parceira segundo a principal função primária da pólio que estas estavam apoiando⁵. Quase uma quarta parte (29 técnicos ou 23% do total) do pessoal pago pela pólio estava envolvida em actividades da função de “vigilância epidemiológica”. Nesta função houve maior predomínio de pessoal da OMS. Na função “implementação e prestação de serviços”, registava-se um maior predomínio do pessoal do Grupo CORE que representa 18% do total do pessoal (23 pessoas). O MINSA não tem tido pessoal pago pela pólio nestas áreas. Observa-se que metade de todo o pessoal está concentrado na função “Gestão e Operações”. Isto deve-se ao facto de esta função incluir motoristas, secretários e outro tipo de pessoal administrativo.

Tabela nº 5
Número de pessoal contratado com fundos da Pólio por Organização segundo localização (Angola, Setembro de 2016)

PROVÍNCIA	MINSÁ	OMS	UNICEF	GRUPO CORE	ROTARY PLUS	TOTAL
Nível Central	3	12	0	5	0	20
Bengo	0	3	0	0	0	3
Benguela	0	6	0	8	0	14
Bié	0	2	0	0	0	2
Cabinda	0	2	0	0	0	2
Cuando Cubango	0	3	0	2	0	5
Cuanza Norte	0	3	0	0	0	3
Cuanza Sul	0	2	0	3	0	5
Cunene	0	3	0	0	0	3
Huíla	0	3	0	0	0	3
Huambo	0	3	0	0	0	3
Luanda	0	21	0	18	0	39
Lunda Norte	0	2	0	0	0	2
Lunda Sul	0	2	0	0	0	2
Malange	0	4	0	0	0	4
Moxico	0	3	0	3	0	6
Namibe	0	3	0	0	0	3
Uíge	0	3	0	0	0	3
Zaire	0	2	0	1	0	3
TOTAL	3	82	0	40	0	125

Fonte: Base de dados de recursos da Pólio. Grupo Técnico de Coordenação e Monitoria da Transição da Pólio.

⁵ O pessoal financiado pela pólio tem estado envolvido em múltiplas funções. Porém para fins do mapeamento da pólio, foi considerada a sua principal função ou aquela que ocupava a maior parte do seu tempo.

Tabela nº 6
Número de pessoal contratado com fundos da Pólio por Organização segundo localização
(Angola, Setembro de 2016)

FUNÇÃO PRIMÁRIA	MINSÁ	OMS	UNICEF	GRUPO CORE	ROTARY PLUS	CRUZ VERMELHA	CDC	TOTAL
Implementação e Prestação de Serviços	0	5	0	18	0	0	0	23
Vigilância Epidemiológica	0	26	0	3	0	0	0	29
Gestão e Operações	2	49	0	12	0	0	0	63
Monitorização, Gestão de Dados e Pesquisa	1	2	0	1	0	0	0	4
Comunicação e envolvimento da comunidade	0	0	0	3	0	0	0	3
Políticas, estratégia e mobilização de recursos	0	0	0	3	0	0	0	3
TOTAL	3	82	0	40	0	0	0	125

Fonte: Base de dados de recursos da Pólio. Grupo Técnico de Coordenação e Monitoria da Transição da Pólio.

- 2.8.9. **Recursos humanos por tipo de contrato.** Quando se analisa o custo comparativo do pessoal recrutado por cada tipo de contrato (ver tabela nº7), observa-se que o maior custo de pessoal corresponde à OMS; que tem gasto 9,022 milhões de dólares americanos por ano para financiar os seus 82 funcionários (75 pessoas com contratos de quadro eventuais e 7 pessoas contratadas por serviço). O Grupo CORE tem gasto pouco mais de um terço deste montante, equivalente a 3,114 milhões de dólares americanos por ano para financiar os seus 40 funcionários. O MINSÁ, por sua vez, gastou 34.167 dólares por ano para sustentar os seus três funcionários. Estes valores exprimem os diferentes custos salariais de cada organização.

Tabela nº 7
Número de pessoal contratado com fundos da Pólio por Organização segundo localização
(Angola, Setembro de 2016)

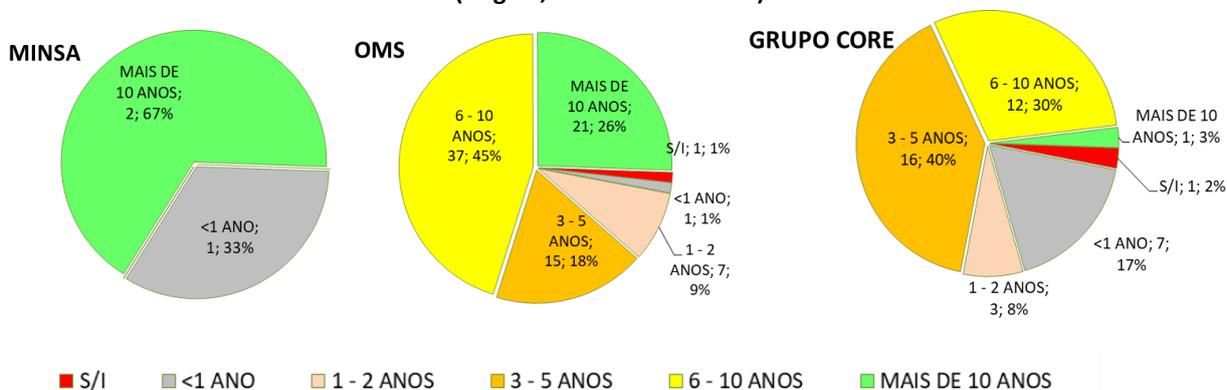
ORGANIZAÇÃO PARCEIRA	QUADRO PERMANENTE	QUADRO EVENTUAL	CONTRATADO POR SERVIÇOS	TOTAL
MINSÁ	0 USD	0 USD	34.167 USD	34.167 USD
OMS	0 USD	8.275.000 USD	747.000 USD	9.022.000 USD
UNICEF	0 USD	0 USD	0 USD	0 USD
GRUPO CORE	0 USD	3.114.469 USD	0 USD	3.114.469 USD
ROTARY PLUS	0 USD	0 USD	0 USD	0 USD
CRUZ VERMELHA	0 USD	0 USD	0 USD	0 USD
CDC	0 USD	0 USD	0 USD	0 USD
TOTAL	0,00 USD	11.389.468,91 USD	781.166,58 USD	12.170.635,49 USD

Fonte: Base de dados de recursos da Pólio. Grupo Técnico de Coordenação e Monitoria da Transição da Pólio.

- 2.8.10. **Recursos humanos da pólio por tempo de trabalho.** Ao analisar o período de tempo trabalhado para o programa da pólio, observa-se que grande parte do pessoal tem mais de 6 anos de contrato para executar este tipo de tarefas (ver gráfico nº 3). Por exemplo, dentre o pessoal do MINSÁ, 2 das 3 pessoas contratadas têm mais de 10 anos de trabalho para este programa. No caso da OMS, a quarta parte dos seus 82 funcionários têm mais de 10 anos de serviço e outros 45% possuem mais de 6 anos (ou seja 71% do seu pessoal tem estado a trabalhar durante mais de 6 anos para a erradicação da pólio). No caso do Grupo CORE, este tempo é inferior e apenas 33% (13 das 40 pessoas contratadas com fundos da pólio) possuem

mais de 6 anos de serviço neste programa. Isto significa que o pessoal envolvido na pólio é bastante experiente nestas actividades.

Gráfico nº 3
Número e percentagem de funcionários por anos de trabalho para o MINSA, OMS e o Grupo CORE (Angola, Setembro de 2016)

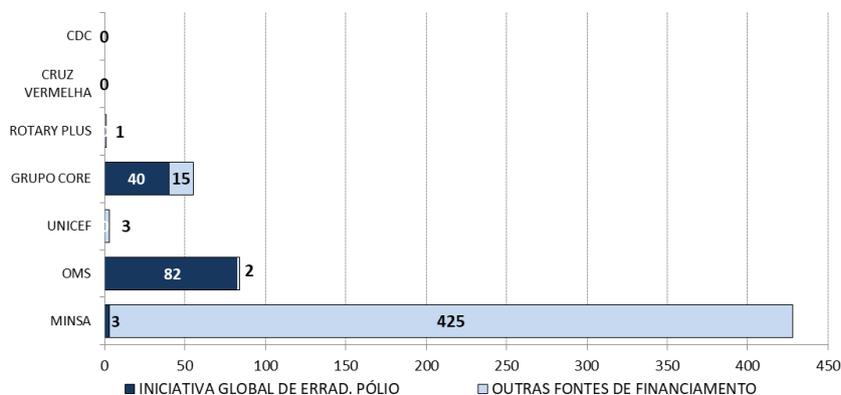


Fonte:

Base de dados de recursos da Pólio. Grupo Técnico de Coordenação e Monitoria da Transição da Pólio.

2.8.11. **Comparação entre os recursos humanos da pólio e outros que também apoiam as actividades da pólio.** O gráfico nº5 ilustra todos os recursos humanos que estão envolvidos directa ou indirectamente em actividades da pólio por cada organização. Nota-se que o MINSA possui 425 funcionários apoiando estas actividades. Este grupo numeroso é composto em grande parte pelos técnicos das 18 províncias e dos 164 municípios em três programas diferentes⁶ (vigilância epidemiológica, imunização e promoção da saúde). O Grupo CORE possui 15 membros na sua estrutura, quer a nível central quer a nível provincial, que ainda poderiam apoiar as actividades da pólio (embora actualmente o apoio deste parceiro já não envolva actividades da pólio). Por sua vez, o UNICEF ainda mantém 3 funcionários que apoiarão directa ou indirectamente as funções da pólio enquanto se espera que o Rotary Angola participaria com um membro da organização.

Gráfico nº 4
Número e percentagem de funcionários por anos de trabalho para o MINSA, OMS e o Grupo CORE (Angola, Setembro de 2016)



Fonte: Base de dados de recursos da Pólio. Grupo Técnico de Coordenação e Monitoria da Transição da Pólio.

⁶ Nalguns municípios as funções de supervisor de mais de um programa são executadas pelo mesmo supervisor.

2.8.12. A OMS é claramente a organização que mais ficará afectada pela perda dos recursos humanos financiados pela pólio. Esta perda lança a pergunta sobre de que forma será possível transferir as actuais funções deste pessoal para o resto dos quadros mencionados.

Bens Físicos financiados pela pólio

2.8.13. **Mapeamento dos bens materiais da pólio.** Para o mapeamento de bens materiais da pólio, utilizou-se o inventário dos itens com custos acima de 500,000 USD e que estão dentro da sua vida útil. Estes dados baseiam-se no inventário dos activos da OMS de Março de 2017. Não foram registados itens do UNICEF ou do Grupo CORE, uma vez que estas organizações não estão a implementar actividades com fundos da Pólio e nenhuma transição de bens materiais é esperada de sua parte. Os bens são basicamente viaturas, equipamentos informáticos e de suporte audiovisual.

Figura nº 12
Resultados do Mapeamento de bens materiais da pólio em Angola
(Angola, 15 de Agosto 2017)



VIATURAS

NIVEL ADMINISTRATIVO	CAMIONETA		CARRINHA DE CAIXA ABERTA		TOTAL	
	Número	Custo Original	Número	Custo Original	Número	Custo Original
Central	10	371.200,00 USD	1	39.718,00 USD	11	410.918,00 USD
Provincial	26	1.312.920,00 USD	4	137.140,00 USD	30	1.450.060,00 USD
TOTAL	36	1.684.120,00 USD	5	176.858,00 USD	41	1.860.978,00 USD



EQUIPAMENTOS INFORMÁTICOS

NIVEL ADMINISTRATIVO	COMPUTADOR		DIGITALIZADOR		IMPRESSORA	
	Número	Custo Original	Número	Custo Original	Número	Custo Original
Central	20	27.486,00 USD	2	2.770,00 USD	3	2.145,00 USD
Provincial	56	71.183,00 USD	7	8.483,00 USD	2	1.095,00 USD
TOTAL	76	98.669,00 USD	9	11.253,00 USD	5	3.240,00 USD



EQUIPAMENTOS AUDIOVISUAIS

NIVEL ADMINISTRATIVO	PROJECTOR DE DADOS		FOTOCOPIADORA	
	Número	Custo Original	Número	Custo Original
Central	0	0,00 USD	1	7.725,00 USD
Provincial	6	4.203,00 USD	3	12.519,00 USD
TOTAL	6	4.203,00 USD	4	20.244,00 USD

Fonte: Base de dados de recursos da Pólio. Grupo Técnico de Coordenação e Monitoria da Transição da Pólio.

- 2.8.14. **Viaturas da pólio.** Até inícios de Março de 2017, existiam 41 viaturas compradas com fundos da pólio das quais 33 são operacionais e 8 estão fora de uso. Trinta e seis (36) destas viaturas são camionetas, todas funcionais, das quais 26 estão alocadas para apoiar o trabalho nas 18 Províncias e em 6 municípios de Luanda. As restantes prestam apoio às actividades da equipa central. O custo de aquisição das primeiras está avaliado em 1,68 milhões de dólares americanos (figura nº 12).
- 2.8.15. **Equipamentos informáticos.** Existem 76 computadores, tanto computadores de mesa como portáteis distribuídos entre o nível central e as províncias, totalizando um valor de aquisição de 98,6 mil dólares americanos. 40 destes equipamentos têm como data de início de uso o ano 2016, enquanto que os restantes entraram em serviço entre os anos 2012 e 2014, pelo que à data presente possuem um relativo nível de obsolescência. O equipamento inclui adicionalmente alguns digitalizadores (scanners), impressoras, projectores de dados e fotocopiadoras, com um valor total de aquisição de uns 38,9 mil dólares americanos.

2.9. As Antenas Epidemiológicas da OMS

- 2.9.1. **As Antenas Epidemiológicas:** São as equipas provinciais estabelecidas em cada Província pelo Escritório da Organização Mundial da Saúde em Angola (OMS/Angola) com financiamento da Iniciativa Global de Erradicação da Pólio (IGEP). As equipas estão constituídas por um técnico de vigilância epidemiológica e um motorista, possuem equipamento básico de transporte, processamento de dados e comunicação electrónica (uma viatura todo terreno, um computador de mesa, uma portátil, um scanner e um modem) e recebem apoio logístico e financeiro para deslocações aos diversos municípios, para referência de amostras ao Nível Central e para manter uma comunicação telefónica e electrónica com a Equipa Central. Elas funcionam em gabinetes cedidos pelos Gabinetes ou Direcções Provinciais de Saúde (GPS/DPS), facto que tem sido fundamental para a prestação de um apoio técnico quando se sabe que as próprias GPS/DPS experimentaram falências em termos de capacidades. Os Directores Provinciais de Saúde apoiam-se nas equipas da OMS para assegurar a disponibilidade de dados para a tomada de decisões e para implementar algumas das suas recomendações.
- 2.9.2. **Início das antenas epidemiológicas:** As antenas epidemiológicas foram implementadas a partir de 2001 nas 18 Províncias do País com o objectivo de reforçar a vigilância das PFAs e assim detectar precocemente a circulação do vírus da pólio e implementar as campanhas de resposta para interromper a circulação do poliovírus selvagem. Inicialmente, cada equipa esteve constituída por um técnico de vigilância epidemiológica (VE) e um motorista. Posteriormente, e durante dois anos, foram recrutados epidemiologistas internacionais em Luanda, Benguela, Huambo, Cabinda, Malange e Moxico para reforçar a coordenação destas equipas. A partir de meados de 2004, as equipas deixaram de ter pessoal estrangeiro.
- 2.9.3. **Apoio das antenas epidemiológicas a outras actividades de saúde:** Embora criadas com a função primordial de apoiar as actividades de erradicação da pólio, as antenas epidemiológica actuaram desde seus inícios como um secretariado técnico das Direcções Provinciais de Saúde (DPS). Após o fim do conflito armado, em Abril 2002, elas ajudaram na implementação do programa de saúde de emergência, com o qual se assegurava a atenção

básica de saúde às zonas de assentamento dos grupos armados desmobilizados à luz dos acordos de paz entre o Governo angolano e a UNITA, e colaboraram em actividades de saúde para as populações refugiadas em países vizinhos que regressavam a Angola. Em 2003, apoiaram a organização da Campanha Nacional de Ataque ao Sarampo e a implementação da vigilância epidemiológica do sarampo baseada em casos. Em 2006, apoiaram a implementação da nova vacina pentavalente e o reforço da supervisão integrada de VE e PAV. As equipas da OMS também prestaram um grande apoio para implementar o mudança de vacina de pólio oral de trivalente para bivalente em Abril de 2016. Além disso, as equipas provinciais da OMS têm oferecido apoio pontual e variado em cada Província a outras actividades de saúde pública tais como o mapeamento de doenças tropicais negligenciadas; a recolha de dados sobre mortalidade materna; a promoção do funcionamento dos Comités de Mortes Maternas; a implementação de inquéritos de indicadores múltiplos de saúde, a execução das actividades de controlo de VIH/SIDA; e mais recentemente, a elaboração dos planos municipais de desenvolvimento sanitário (PMDS), entre outros.

- 2.9.4. **Apoio das antenas epidemiológicas para a resposta a surtos epidémicos:** Os surtos epidémicos surgidos nos últimos 10 anos, demonstraram a importância das antenas epidemiológicas para manter a resiliência do SNVE: As epidemias de Marburg e de Cólera em 2005, a reintrodução do vírus da Pólio detectada em três ocasiões entre 2005 e 2011, o surto epidémico de malária na Lunda Norte em 2012 e outro posteriormente em Cuando Cubango, o surto epidémico de Dengue que começou em Luanda em 2014, o ressurgimento da raiva humana (cuja alerta mais recente foi feita em 2015), a epidemia de febre amarela em 2016 e o mais recente surto epidémico de cólera no norte do País em 2017. A isto somam-se as emergências surgidas periodicamente como resultado das secas ou das cheias em várias províncias do País. O apoio das antenas permite que as equipas provinciais possam realizar a investigação de alertas e rumores, a referência de amostras de casos suspeitos para o Laboratório Nacional, o envio regular de dados ao Nível Nacional, a planificação das campanhas de vacinação de resposta, a capacitação do pessoal de saúde envolvido e a monitorização das actividades. Este apoio é especialmente valorado em situações de emergência e quando têm existido muita pressão sobre as estruturas provinciais de saúde. Isso foi evidenciado entre 2008 e 2011, quando houve até cinco jornadas de vacinação por ano para assegurar a interrupção da circulação do vírus da Pólio
- 2.9.5. **Vantagens do modelo de apoio técnico das Antenas Epidemiológicas.** O facto de funcionarem dentro das próprias GPS/DPS tem sido um factor fundamental para o apoio que as equipas provinciais da OMS têm providenciado. Além do apoio técnico, elas têm assegurado transporte para actividades de terreno, assistência logística na referência de amostras ao Nível Central, e meios de comunicação electrónica quando as capacidades próprias das DPS experimentavam falência. Os Directores Provinciais de Saúde apoiam-se nas equipas da OMS para assegurar a disponibilidade de dados para a tomada de decisões e para implementar algumas das suas recomendações. Este apoio é especialmente valorado em situações de emergência e quando têm existido muita pressão sobre as estruturas provinciais de saúde. O quadro nº1 apresenta as principais características deste modelo de assistência técnica às Províncias.

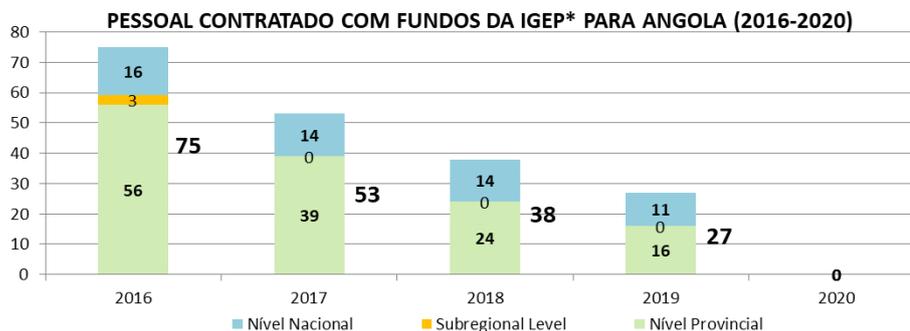
Quadro Nº1
Características do Modelo Actual de Assistência Técnica Epidemiológica da OMS às Províncias

- 1) A equipa da OMS trabalha dentro da Direcção Provincial de Saúde e faz parte da Equipa Técnica Provincial, o que favorece a coordenação permanente e a mentoria permanente dos técnicos provinciais e municipais de saúde.
- 2) A equipa técnica provincial da OMS é integrada por pessoal nacional contribuindo, através da sua formação contínua, ao reforço de recursos humanos nacionais para a melhor gestão do sistema de saúde.
- 3) As equipas estão sob a hierarquia da OMS.
- 4) Os técnicos das antenas da OMS jogam um papel de assessoria e advocacia para promover compromissos e mobilizar recursos do governo local e de parceiros.
- 5) As antenas contam com meios próprios de transporte e equipamento para o processamento de dados e comunicação para assegurar a implementação efectiva das actividades de apoio às Direcções Provinciais.
- 6) O perfil profissional dos técnicos da OMS e o apoio prestado pela Equipa Central da OMS facilitam o apoio/execução de actividades na área da saúde pública a nível provincial e municipal com um nível técnico adequado, incluindo:
 - a. Investigação de casos e de surto
 - b. Visitas de supervisão às equipas municipais e às unidades sanitárias
 - c. Processamento de dados epidemiológicos e de vacinação
 - d. Organização de campanhas de vacinação de reforço e de resposta a surtos
 - e. Recolha e envio de dados ao Nível Nacional.
 - f. Apoio aos outros programas nacionais de saúde pública

2.10. A Desaceleração do Apoio da Iniciativa Global de Erradicação da Pólio

- 2.10.1. Projectando-se o fim da circulação do vírus da Pólio para este ano, ou para o próximo, a IGEP está a regista uma redução progressiva do seu financiamento. No quadro do objectivo 4 do Plano Estratégico e da Fase Final da Pólio, ao abrigo do qual cada País que tenha recebido fundos da pólio deverá elaborar o seu plano de transição, a OMS orientou que cada escritório nacional planifique a redução progressiva do seu apoio técnico.
- 2.10.2. Neste contexto a OMS Angola foi informada da redução do seu orçamento a partir de 2017 em que o mesmo passará de 9.694.000 USD para 7.155.000 USD (ver gráfico nº 5). Esta redução é feita na linha orçamental de assistência técnica, a qual inclui os recursos humanos. Esta redução contínua em 2018 e 2019, que será o último ano com financiamento da pólio. Em 2020, não se prevêem mais financiamento para apoiar actividades de erradicação da pólio.
- 2.10.3. Com esta referência, a OMS Angola já projectou a redução progressiva do seu pessoal e das suas actividades de assistência técnica. Assim, em 2017 o número de pessoal com contratos a prazo determinado ou fixo foi reduzido de 75 para 53 e em 2018 reduzir-se-á para 38. O ano 2019 será o último ano com pessoal pago pela pólio, que diminuirá para 27 e, em 2020 deixarão de haver recursos humanos financiados pela pólio.

Gráfico nº 5
Número e percentagem de funcionários por anos de trabalho para o MINSA, OMS e o Grupo CORE
(Angola, Setembro de 2016)



FINANCIAMENTO DA IGEP* PARA ANGOLA (2016-2020)

LINHA ORÇAMENTALc	2016	2017	2018	2019	2020
Assistência Técnica	8.794.000 USD	6.228.000 USD	4.671.000 USD	3.503.000 USD	0 USD
Vigilância Epidem.	900.000 USD	927.000 USD	955.000 USD	983.000 USD	0 USD
TOTAL	9.694.000 USD	7.155.000 USD	5.626.000 USD	4.486.000 USD	0 USD

Fonte: Equipa PAV, OMS Angola.

2.10.4. Com referência ao apoio às províncias, segundo as previsões anteriores, foi elaborada uma proposta de redução progressiva das províncias apoiadas pelas equipas da OMS (ver tabela nº8). Em 2017 ainda manter-se-á o apoio às 18 províncias (incluindo 6 municípios de Luanda). Porém, em 2018, este apoio reduzir-se-á para 11 províncias e em 2019 serão finalmente 8 províncias. Em 2020, este apoio será concluído por não se contar mais com este financiamento.

Tabela nº 8
Orçamento anual disponível e número de equipas provinciais da OMS projectadas
(Angola, 2016 a 2020)

	2016	2017	2018	2019	2020
ORÇAMENTO PLANIFICADO PARA R.H.	\$8.794.000,00	\$6.228.000,00	\$4.671.000,00	\$3.503.000,00	\$0,00
APOIO DIRECTO ÀS PROVÍNCIAS	Equipas em todas as Províncias: Técnico de VE + motorista (+ secretário)	Equipas em todas as Províncias: Técnico de VE + motorista	Equipas em 11 Províncias: Técnico de VE + motorista	Equipas 8 Províncias: Técnico de VE + motorista	Nenhum pessoal da Pólio nas Províncias: Nenhum.

Fonte: Equipa PAV, OMS Angola

2.10.5. A perda dos recursos do IGEP levanta algumas questões, às quais a elaboração do Plano de Transição da Pólio do País deve dar resposta:

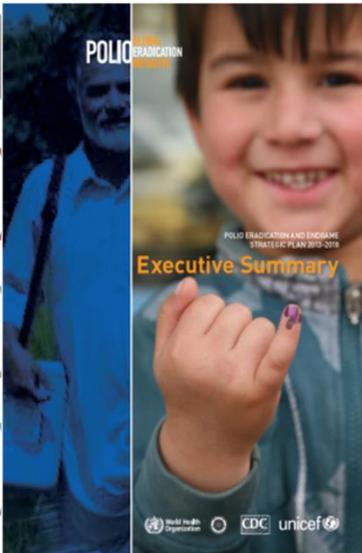
- Como serão mantidas as funções essenciais da pólio quando os fundos do IGEP não estiverem mais disponíveis e como essas funções podem ser transferidas de forma sustentável para o Ministério da Saúde (MINSA) ou outros parceiros;
- Como podem ser transferidos para o MINSA e outros parceiros os recursos materiais financiados pela pólio (recursos humanos e equipamentos), a fim de contribuírem para o fortalecimento do sistema de Saúde;

- c) Qual será o esquema para manter a assistência técnica que o nível provincial recebeu através das equipas da OMS (conhecidas como "antenas epidemiológicas");
- d) Como serão integradas as actividades de transição aos planos estratégicos e operacionais existentes?

Plano Estratégico e de Fase Final da Erradicação da Pólio 2013-2018

4 Objectivos principais do plano de fase final da erradicação da pólio:

1	• Detecção e interrupção de todos tipos de poliovírus
2	• Fortalecimento sistema de vacinação, introdução da vacina VPI e Troca da vacina t_VPO pela b_VPO
3	• Contenção do vírus da pólio e certificação da interrupção de transmissão da pólio
4	• Plano de transição da pólio



3

Objectivos, estratégias e cenários de implementação do Plano de transição

O objectivo 4 do **Plano Estratégico e da Fase Final da Erradicação da Pólio 2013-2018** preconiza que se deve efectuar um planeamento para garantir que os investimentos realizados para erradicar a poliomielite contribuam para futuros objectivos de saúde, através de um programa de trabalho que documente e transfira sistematicamente o saber, a experiência adquirida e os recursos da Iniciativa Global de Erradicação da Pólio. Esta é a visão com que se elabora o presente Plano de Transição.

Objectivos, estratégias e cenários de implementação do Plano de transição

3.1. Prefácio

- 3.1.1. O processo de transição da pólio deve garantir que pelo menos as funções essenciais da pólio sejam sustentadas para além do ano 2019, quando finalizar os financiamento através da Iniciativa Global de Erradicação da Pólio (IGEP). O ideal é que isso pudesse ser financiado pelo próprio sistema de saúde de Angola. Porém, parte dessas actividades eram executadas pelas estruturas e sistemas que a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu e que não existem necessariamente nem funcionam da mesma forma a nível central ou provincial. Por este motivo, será necessário um reforço de algumas estruturas do MINSA em termos de formação, desenvolvimento de metodologias e instrumentos de apoio, introdução de práticas melhoradas, equipamento e melhora do financiamento.
- 3.1.2. Um aspecto que deve ser resolvido é a situação dos recursos humanos que participaram ao longo dos últimos anos nas actividades de erradicação da pólio, do Programa Alargado de Vacinação (PAV) e de vigilância epidemiológica (VE) e cuja experiência pode ser de grande valia para o reforço do sistema de saúde. Da mesma forma a transferência dos equipamentos que apoiaram as actividades de PAV e VE deveria adoptar um esquema que permita a sua continuidade
- 3.1.3. Finalmente, a documentação das lições aprendidas, a institucionalização das boas práticas e a recuperação de toda a documentação técnica desenvolvida durante todo o processo de Erradicação da Pólio devem ser incluídas no espectro do Plano de Transição.

3.2. Objectivos do Plano e Período de Execução

- 3.2.1. **Objectivo geral do Plano:** *Contribuir para a erradicação da Pólio em Angola e no Mundo garantindo a implementação das funções essenciais da pólio⁷ e fortalecendo o Sistema Nacional de Saúde para a transição dos recursos e das actividades, processos e sistemas desenvolvidos ao longo dos últimos anos às estruturas e programas actuais do Ministério de Saúde e os seus parceiros.* Para este fim o Plano de Transição tem como principais estratégias reforçar as condições e capacidades para executar as actividades de Vigilância Epidemiológica (VE), do Programa Alargado de Vacinação (PAV) e de Promoção da Saúde (PS), assim como garantir os recursos financeiros para manter a execução das funções essenciais da pólio e definir os passos necessários para a transferência dos *recursos da pólio*⁸ visando garantir a sustentabilidade dos ganhos obtidos, reduzir o risco de qualquer forma de reintrodução do poliovírus, institucionalizar as lições aprendidas com a implementação deste programa e continuar o apoio às províncias e outros programas de saúde pública.

⁷ O termo “*funções da pólio*” será usado para referir-se não só às actividades específicas mas também aos processos e sistemas necessários para a boa implementação das actividades de erradicação da poliomielite.

⁸ Para os fins deste documento, o termo “*recursos da pólio*” se empregue em diante para designar a todos os recursos humanos, materiais (equipamentos), financeiros, aos sistemas, processos e actividades e às experiências, boas práticas e lições aprendidas como parte da erradicação da poliomielite no País ou com financiamento da Iniciativa Global de Erradicação da Pólio, incluindo o apoio recebido por outros programas de saúde.

3.2.2. **Objectivos específicos do Plano:** O objectivo geral será implementado através de quatro objectivos específicos:

- a) Consolidar as funções e actividades da erradicação da pólio e as boas práticas no funcionamento do sistema de saúde.
- b) Reforçar as capacidades do Sistema de Saúde a todos os níveis para implementar as actividades de qualidade de VE, PAV e promoção da saúde (que incluem às funções da pólio).
- c) Reforçar a capacidade das equipas provinciais e municipais de saúde pública para gerir os programas de saúde com ênfase na mãe e criança e na vigilância e resposta a surtos epidémicos.
- d) Estabelecer os procedimentos de transferência dos recursos financiados pela erradicação da pólio ao Ministério da Saúde.

3.2.3. **Período de implementação:** Considerando a necessidade de garantir a implementação das funções essenciais da pólio e de se criarem capacidades para uma transição sustentável das actividades financiadas pelo IGEP quando a pós-certificação iniciar, o período de implementação do plano está proposto de 2018 a 2022.

3.3. Os Resultados do Exercício de Simulação da Transição da Pólio

3.3.1. O Exercício de Simulação da transição da pólio é um workshop de dois dias concebido com o propósito de incentivar as partes interessadas a reflectir sobre o impacto de um eventual fim de todos os recursos do programa da pólio na prestação de serviços de saúde pública no País; identificar riscos críticos e prever cenários para lidar com estes riscos no futuro. Faz parte do processo de elaboração do Plano de Transição da Erradicação da Pólio em cada país e pela sua importância estratégica é considerado um dos marcos de referência do processo geral de transição da pólio. Em Angola, este workshop decorreu nos dias 16 e 17 de Agosto de 2017 no Hotel Alvalade na cidade de Luanda. Foi registada uma participação aceitável com 46 participantes que representaram as 6 agências de cooperação, 2 projectos em execução, 4 organizações parceiras do MINSa, 9 estruturas do MINSa e 4 Direcções Provinciais de Saúde.

Figura nº 13
Participantes do Workshop Exercício de Simulação da Transição da Pólio em Angola
(Luanda, 16 e 17 de Agosto de 2017)



Fonte: Foto OMS/Angola

3.3.2. **Análise de riscos das funções da pólio:** As discussões realizadas durante o workshop concluíram que se os recursos actualmente disponibilizados pelo IGEP fossem retirados a maioria das *actividades de vigilância epidemiológica da pólio correriam um alto risco* de serem afectadas (este impacto seria menor para as actividades de vigilância comunitária e as de reprodução de material de sensibilização para profissionais de saúde). Isto exprime a considerável dependência das actividades de VE, relativamente aos recursos humanos, equipamentos e financiamento da pólio. No referente às *actividades de vacinação e organização de campanhas, o nível de risco foi qualificado como de “moderado”* pela sua menor dependência dos recursos da pólio. *As actividades de gestão e dados, monitorização e supervisão de programas foram identificadas como sendo de alto e moderado risco* a depender do tipo de actividade. As actividades de maior risco de serem afectadas foram as de processamento e análise de dados dos casos investigados e dos relatórios das actividades dos serviços de saúde, as pesquisas operacionais, os inquéritos de qualidade de dados e as avaliações de programa, todas elas com maior nível de conhecimento técnico e de implementação relativamente recente no sector. As funções de gestão e administração de programas foram as que mostraram um nível de risco mais baixo ou moderado quando comparadas com as anteriores.

Tabela nº 9
Resumo dos resultados da discussão sobre Opções Estratégicas para a transição das 9 funções primárias da Pólio em Angola

OPÇÃO ESTRATÉGICA	REDUZIR E MANTER RECURSOS ACTUAIS DA OMS	REDUZIR E TRANSFERIR RECURSOS PARA OUTRO PROJECTO	TRANSFERIR PARA O MINSA	PRESCINDIR DOS RECURSOS ACTUAIS E REFORÇAR CAPACIDADES NAS ESTRUTURAS DO GOVERNO
Planificação da implementação e prestação de serviços	14		3	
Monitorização, gestão de dados e investigação	4	5	3	
Vigilância epidemiológica	2	4	1	1
Mobilização de recursos e coordenação com doadores				2
Desenvolvimento de política, planificação estratégica e Parcerias e coordenação				2
Gestão, responsabilização e justificação de contas				3
Reforço de capacidades		5		
Envolvimento da comunidade, comunicação e advocacia política				15
TOTAL	20	14	7	26
Prazos	3 anos	2 anos	2 anos	3 anos

Fonte: Apresentações dos grupos de trabalho. Exercício de Simulação da Transição da Pólio em Angola, Luanda, 16-17 de Agosto de 2017

3.3.3. **Opções estratégicas para a transição das funções primárias da pólio:** A discussão sobre as 67 subfunções listadas para as 9 grandes funções primárias da erradicação da pólio para quatro opções estratégicas iniciais identificadas (ver Tabela nº10) contribuiu para uma reflexão sobre os possíveis cenários de implementação do Plano de Transição. A discussão demonstrou que a implementação poderia ter cenários diferentes em função do tipo de actividade que se transferiria. Por exemplo, embora fossem qualificadas de risco “moderado”, houve consenso de que o actual apoio prestado pela OMS não deveria ser interrompido mas deveria estender-se por mais três anos para respaldar o processo de desenvolvimento dos serviços de vacinação e de organização de campanhas de vacinação. Na gestão de dados e monitorização houve actividades que foram recomendadas para serem mantidas com a OMS no entanto outras poderiam ser transferidas a outros projectos ou programas ou ao MINSA num prazo de 2 anos. De forma similar recomendava-se esta diversidade de cenários para as actividades de vigilância epidemiológica. Para as restantes funções, o consenso segundo o qual dever-se-ia prescindir do apoio dos recursos actuais da pólio e reforçar as capacidades nas estruturas do Governo num prazo entre 2 a 3 anos.

Tabela nº 10
Actividades sugeridas para ser transferidas para cada Opção Estratégica
(Exercício de Simulação da Transição da Pólio, Luanda 16-17 de Agosto de 2018)

OPÇÕES ESTRATÉGICAS	ACTIVIDADES SUGERIDAS PARA ESSA OPÇÃO ESTRATÉGICA
<i>Manter o apoio da OMS com outro tipo de financiamento</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Investigação de casos e surtos e em particular para o apoio à referência de amostras para a investigação laboratorial; • Processamento e análise de dados sobre casos investigados; o apoio em transporte para a implementação de actividades de supervisão e gestão e programa a nível provincial • Apoio técnico para as diversas actividades de gestão de programa no Nível Nacional. • Desenvolvimento de orientações, guiões e ferramentas técnicas para o funcionamento do PAV. • Apoio para organização de campanhas de vacinação, incluindo a elaboração de microplanos. • Implementação de inquéritos de auto-avaliação da qualidade de dados (DQS) e o apoio para a implementação da monitorização independente de qualidade durante as campanhas de vacinação.
<i>Transferir as funções para outro projecto ou programa</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio à vigilância comunitária; • Reprodução de material de apoio para o reforço da vigilância epidemiológica; • Processamento de dados sobre casos investigados; • Formação de pessoal e a implementação de inquéritos DQS.
<i>Transferência de responsabilidades para o MINSA</i>	Foi sugerido para a gestão de vacinas e para todas as actividades de capacitação.
<i>Prescindir dos recursos actuais e reforçar as capacidades das estruturas do governo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento da vigilância ambiental da Pólio; • Actividades de mobilização e coordenação com os doadores • Disponibilização e justificação de fundos. • Envolvimento da comunidade, a comunicação e advocacia política.

- 3.3.4. A análise de opções estratégicas do exercício de simulação foi útil para criar consenso sobre o maior ênfase que devia ser dado à transferência das funções de VE, PAV e gestão de dados. Por outro lado, foi consenso que o processo de transição não podia durar menos de 2 ou 3 anos, tempo durante os quais dever-se-iam criar capacidades para o MINSA e as províncias implementarem as actividades com menor nível de dependência técnica da OMS. Os aspectos a serem objecto da formação de capacidades também foram propostos neste exercício.
- 3.3.5. Embora estas quatro opções estratégicas fossem orientadoras outra discussão necessária é a criação de cenários em função das opções de transferência dos recursos materiais e não das funções da pólio.

3.4. Cenários de Implementação do Plano de Transição

- 3.4.1. Sendo que no caso de Angola, as funções da pólio já são geridas e implementadas pelas estruturas do sistema nacional de saúde, a sua transferência final consistirá no reforço das capacidades das actuais equipas no nível central, provincial e municipal e criar as condições para executar as actividades relacionadas à erradicação da pólio com melhor qualidade e desempenho eliminando a dependência técnica, logística e financeira das equipas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Iniciativa Global de Erradicação da Pólio (IGEP). Porém a transferência dos recursos humanos e materiais actualmente sustentados com fundos do IGEP, que não só permitem a implementação das funções da pólio, mas também apoiam o funcionamento das actividades de vigilância epidemiológica, vacinação e outras intervenções de saúde pública resulta mais complicada porque estas requerem maiores compromissos de supervisão e financiamento sustentável do Ministério da Saúde (MINSA) e do Governo de Angola para garantir a sua apropriada disponibilização e utilização. Num contexto de constrangimento financeiro e de múltiplas prioridades a competir pela atenção das autoridades, será necessário considerar diferentes cenários de implementação do plano de transição segundo as condições que forem surgindo durante o período de implementação.
- 3.4.2. Foi possível identificar **cinco variáveis com diferentes opções estratégicas** para a transferência parcial ou definitiva dos recursos humanos (regime de recrutamento do pessoal da pólio e nível de salário a considerar), dos equipamentos (esquema de gestão dos equipamentos) e de execução dos custos operativos. Todas as possíveis opções estratégicas (pública, através de Organizações não Governamentais - ONGs ou mantendo à OMS) foram tomadas em conta para o exercício ser o mais objectivo possível. Foram também definidas as opções estratégicas para manter o apoio técnico às equipas do Nível Central. A tabela nº 11 apresenta as diferentes opções estratégicas identificadas para todas as variáveis consideradas.
- 3.4.3. Uma análise de prós e contras para cada opção estratégica com sugestões de possíveis medidas de contingência para reduzir os contras é apresentada no Anexo nº2. Tomando em conta as opções com melhor balanço de prós e o contexto actual foi observado que:

- a) *Em termos de transferência de recursos humanos*, o recrutamento especial por contrato a prazo feito pelo Nível Central tinha mais vantagens do que as outras opções estratégicas (incluindo o cenário de envolver uma ONG no recrutamento de pessoal e de realizar o recrutamento imediato do pessoal através de concursos públicos). Sobre a definição de opções salariais um cenário intermédio entre a escala actual da administração pública e o salário actual com Nações Unidas estaria associado a maiores vantagens.

Tabela nº 11

Variáveis a considerar e potenciais Opções estratégicas para a definição de cenários de Transição dos recursos da Pólio

Variáveis a considerar para os cenários	Opções estratégicas
1) Modelo de apoio técnico às equipas centrais de VE, PAV, Promoção de Saúde e Laboratório.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manter uma equipa central na OMS ▪ Recrutar uma ONG para apoiar a DNSP ▪ Reforçar a DNSP com consultores externos recrutados pelo MINSA. ▪ Reforçar a DNSP com recursos humanos e capacitá-los no exterior
2) Modelo de apoio técnico às equipas provinciais de saúde pública.	
a. Regime de recrutamento do pessoal das equipas provinciais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recrutamento regular através de concursos públicos abertos para integrar-se à administração pública. ▪ Recrutamento especial por contrato a prazo fixo <ul style="list-style-type: none"> – A cargo dos Governos Provinciais /GPS – A cargo do Ministério da Saúde/DNSP ▪ Recrutamento a través de uma ONG ▪ Recrutamento a través da OMS.
b. Nível salarial do pessoal técnico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala salarial da administração pública (sector Saúde) ▪ Escala salarial do sector não governamental não lucrativo (ONGs) ▪ Escala salarial das Nações Unidas
c. Esquema de gestão dos recursos materiais da pólio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transferidos para as Províncias e geridos à discricção pela DPS. ▪ Transferidos para o MINSA e geridos à discricção pela DNSP. ▪ Transferidos para uma ONG ou projecto em curso ▪ Retidos pela OMS até o fim da sua vida útil.
d. Esquema de gestão dos custos operativos do apoio às Províncias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A cargo das Províncias <ul style="list-style-type: none"> – Como parte dos seus recursos ordinários – Como recursos especiais transferidos desde o Nível Central ▪ A cargo do Nível Central/DNSP ▪ A cargo de um parceiro <ul style="list-style-type: none"> – A cargo de uma ONG – A cargo da OMS

- b) *Em termos de transferência de recursos materiais*, a transferência para o MINSA para uma gestão centralizada dos mesmos mostrou maior número de vantagens, mas a transferência a uma ONG ou sua permanência com a OMS também teriam como prós uma gestão efectiva e uma manutenção atempada.
 - c) *No referente às opções para execução dos custos operativos*, a execução centralizadas destes fundos ou a sua implementação pela OMS mostraram ter o maior número de vantagens.
 - d) Sobre a continuação do apoio ao Nível Central não houve uma opção que destaque mais que as outras e, em termos práticos, destacaram “manter o apoio de uma equipa central na OMS” e “facilitar a contratação de consultores externos pelo MINSA”, cada qual com prós e contras.
- 3.4.4. Como resultado da análise anterior, foram definidos os seguintes cenários de implementação do plano de transição:
- a) ***Cenário 1 – Recrutamento dos recursos humanos da pólio pelo Nível Central sob um regime especial com contrato a termo certo com salários melhorados, transferência dos recursos materiais para a DNSP e execução dos custos operativos pela OMS.-*** Este cenário seria o que concentra as maiores vantagens com menor financiamento requerido.
 - b) ***Cenário 2 – Recrutamento dos recursos humanos da pólio pelo Nível Central com contrato a termo certo com a escala salarial da administração pública, transferência dos recursos materiais para a DNSP e execução dos custos operativos pela OMS.-*** Este cenário seria aplicado em caso de existir uma menor disponibilidade de fundos ou se não existirem condições administrativas para o recrutamento do pessoal da Pólio num regime especial.
- 3.4.5. Adicionalmente, e considerando um melhor cenário com disponibilidade mais prolongada do financiamento da IGEP e um pior cenário em que não seja possível assegurar financiamento para os cenários anteriores foram definidos mais dois cenários:
- c) ***Cenário 3 – Manter os recursos da pólio com a OMS por um período adicional mas com uma equipa central mais reduzida.-*** Este cenário só seria possível se houver um nível de financiamento similar ao que tem actualmente o IGEP.
 - d) ***Cenário 4 – Não recrutar os recursos humanos da pólio e esperar que eles sejam contratados pelos Governos Provinciais, transferência dos recursos materiais para a DNSP e execução dos custos operativos em forma centralizada pela DNSP.-*** Seria o cenário a aplicar se existir a maior falta de recursos para financiar o Plano de Transição.
- 3.4.6. As tabelas nº 12 e nº13 apresentam uma análise comparativa das vantagens e desvantagens dos quatro cenários definidos com base do exercício similar das opções estratégias anteriores apresenta no Anexo 2.

Tabela nº 12

Comparação das vantagens de cada um dos 4 cenários definido para a implementação do Plano de Transição da Pólio

<p>Cenário 1: Recrutamento centralizado dos RHs com contratos a termo certo com salários melhorados, equipamentos transferidos à DNSP e OMS executando os custos operativos</p>	<p>Cenário 2 Recrutamento centralizado dos RHs com contratos a termo certo com salários da administração pública, equipamentos transferidos à DNSP e OMS executando os custos operativos</p>	<p>Cenário 3 Manter os recursos da pólio com a OMS por um período adicional mas com uma equipa central mais reduzida</p>	<p>Cenário 4 Não recrutar os RHs da pólio e esperar que eles sejam contratados pelos Governos Provinciais, transferência dos recursos materiais à DNSP e a execução dos custos operativos em forma centralizada</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ O MINSA lidera o processo de recrutamento. ▪ Pode atrair e reter profissionais de bom nível técnico. ▪ Permite uma integração provisional mas progressiva do pessoal da pólio ao MINSA ▪ Pode incentivar a dedicação exclusiva do pessoal para as actividades ou emergências de saúde pública. ▪ Permite financiamento misto ou público. Os custos podem ser melhor suportados ao longo do tempo. ▪ O pessoal mantem certa imparcialidade para suas funções com as províncias ▪ Segura melhor o uso dos bens para as actividades a que foram programados ▪ Pode garantir uma manutenção mais eficiente e atempada alargando a vida útil dos bens ▪ Não existem problemas de execução nem justificação de fundos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O MINSA lidera o processo de recrutamento. ▪ Permite uma integração provisional mas progressiva do pessoal da pólio ao MINSA ▪ Facilita melhor o financiamento misto ou público. Os custos podem ser melhor suportados ao longo do tempo. ▪ O pessoal mantem certa imparcialidade para suas funções com as províncias ▪ Segura melhor o uso dos bens para as actividades a que foram programados ▪ Pode garantir uma manutenção mais eficiente e atempada alargando a vida útil dos bens ▪ Não existem problemas de execução nem justificação de fundos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ É atractivo para atrair e reter profissionais de bom nível técnico. ▪ Permite a dedicação exclusiva do pessoal para as actividades ou emergências de saúde pública. ▪ O pessoal mantem imparcialidade para suas funções com as províncias. ▪ Segura melhor o uso dos bens para as actividades a que foram programados ▪ Pode garantir uma manutenção mais eficiente e atempada alargando a vida útil dos bens. ▪ Não existem problemas de execução nem justificação de fundos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nas Províncias onde o pessoal da pólio conseguir ser recrutado, pode contribuir com a sua integração ao sistema de saúde, ▪ Não requer financiamento adicional para recursos humanos. Os custos são mais fáceis de sustentar ao longo do tempo ▪ Segura melhor o uso dos bens para as actividades a que foram programados ▪ Pode garantir uma manutenção mais eficiente e atempada alargando a vida útil dos bens. ▪ Não existem problemas de justificação de fundos mas podem existir problemas de execução.

Tabela nº 13

Comparação das desvantagens de cada um dos 4 cenários definido para a implementação do Plano de Transição da Pólio

Cenário 1 Recrutamento centralizado dos RHs com contratos a termo certo com salários melhorados, equipamentos transferidos à DNSP e OMS executando os custos operativos	Cenário 2 Recrutamento centralizado dos RHs com contratos a termo certo com salários da administração pública, equipamentos transferidos à DNSP e OMS executando os custos operativos	Cenário 3 Manter os recursos da pólio com a OMS por um período adicional mas com uma equipa central mais reduzida	Cenário 4 Não recrutar os RHs da pólio e esperar que eles sejam contratados pelos Governos Provinciais, transferência dos recursos materiais à DNSP e a execução dos custos operativos em forma centralizada
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pode estender a dependência de recursos externos das províncias embora assegura que estes estejam disponíveis. ▪ Não promove o desenvolvimento das próprias capacidades nem responsabilidades das províncias para os custos operativos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pode estender a dependência de recursos externos das províncias embora assegura que estes estejam disponíveis. ▪ Não promove o desenvolvimento das próprias capacidades nem responsabilidades das províncias para os custos operativos. ▪ Pode dificultar a dedicação exclusiva do pessoal para as actividades ou emergências de saúde pública ▪ Pode não ser atractivo para atrair e reter profissionais de bom nível técnico. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estende a dependência de recursos externos das províncias embora assegura que estes estejam disponíveis. ▪ Não promove o desenvolvimento das próprias capacidades nem responsabilidades das províncias para os custos operativos. ▪ O MINSA não controla a sua implementação. ▪ Não contribui com a integração do pessoal da pólio ao sistema ao MINSA ▪ Não contribui ao financiamento misto ou público. Os custos são difíceis de ser suportados ao longo do tempo. 	<p>.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Não promove a dedicação exclusiva do pessoal para as actividades ou emergências de saúde pública. ▪ Não é atractivo para atrair e reter profissionais de bom nível técnico. ▪ O MINSA não controla a sua implementação ▪ O pessoal perde a sua imparcialidade para suas funções com as províncias. ▪ Deve-se desenvolver as capacidades da DNSP para executar os custos operativos em todas as Províncias.

3.5. Complementaridade com outros planos estratégicos

- 3.5.1. Relativamente às actividades e ao reforço de capacidades de VE, PAV e PS, o presente Plano de Transição complementa o Plano Estratégico do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, o Plano Plurianual de Imunização 2016-2020 e a Estratégia Nacional de Promoção da Saúde 2016-2020. Nas actividades coincidentes estes planos partilharão com as actividades dos objectivos 1 e 2 do Plano de Transição as fontes de financiamento. No mesmo sentido as actividades coincidentes de assistência técnica de GAVI para reforço da vacinação de rotina deverá ser harmonizada com estes planos.
- 3.5.2. No que concerne às actividades de desenvolvimento do sistema de informação, de monitorização e do modelo de supervisão o presente Plano alinha-se e complementa o roteiro de desenvolvimento do sistema de informação de saúde e do sistema de monitorização dos Gabinetes de Tecnologia de Informação (GTI) e de Estudos, Planeamento e Estatística (GEPE).



4

Objectivo 1:

Consolidação das funções da pólio e das boas práticas no Sistema Nacional de Saúde

Técnica de vigilância epidemiológica aplicando a vacina contra o tétano neonatal a uma mulher: A metodologia e a organização utilizadas para organizar e implementar as jornadas de vacinação contra a pólio foram adaptadas para realizar outras campanhas de vacinação (i.e. sarampo, febre amarela e tétano neonatal). O desenvolvimento de capacidades para as províncias e municípios implementarem campanhas de vacinação é um dos legados da erradicação da pólio em Angola.

Objectivo 1: Consolidação das funções da pólio e das boas práticas no Sistema Nacional de Saúde

Resumo do Objectivo 1		
Objectivo em detalhe	Resultados esperados	Actividades principais
Consolidar as funções da pólio e as boas práticas na estrutura orgânica e no funcionamento do sistema de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arquivo virtual de documentos técnicos das áreas de imunização (PAV), vigilância epidemiológica (VE) e Promoção da Saúde (PS) criado e acessível em Dezembro de 2008. ▪ Manuais de procedimentos para VE, envio de amostras (laboratório), PAV, promoção da saúde e procedimentos administrativo-financeiros elaborados e disponíveis em cada província e município no primeiro trimestre de 2019.. ▪ Termos de referência actualizados para todo o pessoal dos níveis nacional, provincial e municipal envolvido em actividades da pólio a fins de 2018. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criação da biblioteca virtual de documentos técnicos de VE, PAV e promoção da saúde. ▪ Elaboração, validação e aprovação dos manuais de procedimentos de VE, PAV, da PS e actividades logístico-financeiras ▪ Reprodução e distribuição dos manuais de procedimentos. ▪ Actualização e validação dos termos de referência para o pessoal envolvido em actividades da pólio.
Monitorização: Grupo Técnico de Coordenação e Monitorização - DNSP		

4.1. Prefácio

4.1.1. Em Angola, o início da erradicação da pólio está associado à criação do programa alargado de vacinação (PAV) em 1997. Desde então, a execução das nomeadas **funções da pólio**⁹ foi-se integrando noutras estruturas do Ministério da Saúde (MINSa). Actualmente, elas são implementadas principalmente através de três áreas, nomeadamente a vigilância epidemiológica (VE), o Programa Alargado de Vacinação (PAV) e a Promoção da Saúde (PS). No nível central, elas dependem do Departamento de Higiene e Vigilância Epidemiológica (DHVE) constituído pelas secções de Imunização e de Vigilância Epidemiológica e do Departamento de Promoção da Saúde. Estes fazem parte da Direcção Nacional de Saúde Pública (DNSP) do MINSa. A nível provincial e municipal existem os supervisores provinciais de VE, do PAV e da PS, que coordenam, supervisionam e implementam as actividades de terreno necessárias para promover a saúde, prevenir e controlar doenças, incluindo a erradicação da pólio. Embora o envio de amostras de casos de paralisias flácidas agudas (PFA) para teste laboratorial de pólio seja coordenado pela Secção de Imunização, este mesmo sistema é utilizado pelo Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP) para o referenciamento de amostras de pólio ambiental, de casos suspeitos de sarampo, de febre amarela e de outras doenças que requerem investigação epidemiológica. Finalmente, têm existido outras actividades complementares ou de apoio implementadas por outros parceiros do MINSa como a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Grupo CORE, e a Cruz Vermelha de Angola.

⁹ O termo “funções da pólio” será usado para referir não só actividades específicas mas também processos e sistemas necessários para a boa implementação das actividades de erradicação da poliomielite.

4.1.2. O facto de as “funções da pólio” em Angola terem sido executadas em forma integrada com outras actividades das três áreas já mencionadas, constitui uma grande vantagem para a sua transição para o Sistema Nacional de Saúde. Porém, desde o ponto de vista normativo-administrativo, podem identificar-se algumas lacunas que não representam um constrangimento para sua implementação mas cuja correcção criaria condições mais favoráveis para a sua sustentabilidade:

- a) O regulamento interno da DNSP que normaliza as responsabilidades das áreas em que as actividades da pólio são executadas, não está oficializado (aprovado);
- b) As responsabilidades em que se sustentam as funções da pólio não estão completamente reflectidas na proposta de regulamento interno da DNSP em vigor;
- c) Os termos de referência ou descrições das responsabilidades dos funcionários das áreas em que se implementam as actividades da pólio não estão oficializadas e não estão disponíveis a nível provincial, municipal e local e
- d) Existem actividades de saúde, em que as actividades da pólio estão inseridas, mas que não estão apropriadamente padronizadas ou que carecem de procedimentos padrão, especialmente no concernente à gestão do programa.

4.1.3. Os quase vinte anos de erradicação da pólio em Angola têm providenciado múltiplas oportunidades de desenvolvimento das capacidades de todo o pessoal e estruturas administrativas envolvidas bem como uma fonte de produção de uma quantidade numerosa de documentos técnicos, guiões, ferramentas técnicas, vídeos e outros materiais de apoio que actualmente estão dispersos e que precisam de ser recuperados, organizados e devidamente arquivados pela sua potencial utilidade não só para documentar os ganhos obtidos com todo este processo mas também por poderem ser úteis a outros programas de saúde pública.

4.2. Qual é o propósito?

4.2.1. Este objectivo pretende consolidar a implementação das funções da pólio e as lições aprendidas com a experiência da erradicação da pólio no Sistema Nacional de Saúde assegurando o registo e documentação das boas práticas; e dotando o MINSa dos padrões de execução das actividades nas áreas de vigilância epidemiológica, imunização e Promoção da saúde¹⁰, a todos os níveis, garantindo também a adopção das boas práticas identificadas.

4.3. O que se requer?

4.3.1. **Recolecção da documentação histórica, técnico-normativa e metodológica relacionada às áreas de VE, PAV e Promoção da Saúde:** Devem recolectar-se todos os manuais, guiões, relatórios, instrumentos metodológicos, materiais de informação, comunicação e educação (IEC) e qualquer outro documento relevante que possa ter utilidade para descrever ou explicar as experiências e lições aprendidas em Angola, sustentar as recomendações de boas práticas, assim como todas as orientações para implementar actividades das três áreas já mencionadas. Todos os documentos e ficheiros deverão ser classificados e organizados para sua apropriada disponibilização. Será coordenado com o Gabinete de Tecnologia de Informação (GTI) do MINSa o melhor esquema para armazenar e facilitar o acesso institucional e público a estes documentos (por exemplo, uma biblioteca virtual, um arquivo digital na nuvem, uma

¹⁰ As que já incluem as actividades de erradicação da pólio em forma integrada.

disponibilização via o portal do MINSa, etc.) e os meios para que os técnicos dos níveis provincial, municipal e local possam utilizar os mais relevantes para o seu trabalho quotidiano.

- 4.3.2. **Elaboração de manuais de procedimentos integrados de VE, PAV e Promoção da Saúde:** Devem elaborar-se manuais de procedimentos para as três áreas que intervêm em actividades da pólio. As actividades de vigilância epidemiológica incluirão uma secção própria para o sistema de referenciamento de amostras ao Instituto Nacional de Saúde Pública. Estes devem definir e explicar em forma gráfica e esquemática todas as actividades essenciais, técnicas e administrativas. Os manuais devem tratar não só das actividades executadas pelo MINSa, mas também devem envolver as realizadas actualmente pela OMS que serão transferidas para as estruturas do MINSa assim como aquelas que fizeram parte do anterior apoio técnico do UNICEF, do Grupo CORE¹¹ e outros parceiros.
- 4.3.3. **Revisão dos termos de referência para técnicos e funcionários de PAV, VE e Promoção da Saúde:** As descrições de responsabilidades de cada técnico e funcionário envolvido na implementação de actividades destas três áreas (que incluem as denominadas “funções da pólio”), serão actualizadas aproveitando os resultados do exercício de elaboração dos manuais de procedimentos garantindo a coerência entre ambos. A versão final dos termos de referência será incluída nos manuais de procedimentos.
- 4.3.4. **Reprodução dos manuais de procedimentos:** As versões finais dos manuais de procedimentos, após validadas, editadas e aprovadas, serão reproduzidas para serem disponibilizadas não só a nível central e provincial mas também nos níveis municipais. A disseminação incluirá uma versão em formato PDF que possa ser facilmente partilhada por via magnética com o pessoal do MINSa de todos os níveis.

4.4. O que será realizado?

Actividades principais

1. Criação de uma biblioteca virtual para documentos técnicos, normativos e metodológicos de VE, PAV e PS (incluindo do material de documentação de boas práticas e lições aprendidas da erradicação da pólio).
2. Elaboração, validação e aprovação do manual de procedimentos da VE, do PAV, da PS e actividades logístico-financeiras (que incluem as funções da pólio).
3. Actualização e validação dos termos de referência para o pessoal envolvido em actividades da pólio.
4. Reprodução e distribuição dos manuais de procedimentos.

Actividade 1: Criação de uma biblioteca virtual para VE, PAV e Promoção da Saúde.

- 4.4.1. A elaboração de uma lista de documentos relevantes, o “mapeamento” dos documentos disponíveis, impressos ou em ficheiros informáticos, e a recollecção dos mesmos deverão ser realizadas no prazo mais curto através de um ponto focal designado para este propósito. O mapeamento deverá incluir a identificação de computadores antigos, dispositivos de memória, ex-funcionários do MINSa e parceiros, consultores visitantes e até técnicos

¹¹ O Grupo CORE é a associação de ONGs internacionais cujos projectos são financiadas pela Agencia dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID). Em Angola está constituído actualmente pelo Catholic Relief Service (CRS), World Vision, Africare, Exército de Salvação e Caritas de Benguela.

provinciais ou municipais que pudessem ter cópias dos documentos. Este deve ser finalizado até fim de Junho de 2018.

- 4.4.2. Depois de finalizar a recolha dos documentos, será necessária a digitalização de todos aqueles que só existam em cópias impressas. O inventário final e a sua classificação (por áreas programáticas, tipo de ficheiros, tipo de documentos, etc.) deverão ser elaborados para apresentação ao Grupo Técnico de Coordenação e Monitorização da transição da pólio (GTCM) que avaliará a conveniência de continuar o finalizar a recolha, digitalização e registo dos documentos e mapeamento. Este trabalho pode ser finalizado até Agosto de 2018.
- 4.4.3. O GTCM, em coordenação com o GTI, definirão os mecanismos para armazenar e disponibilizar os documentos das três áreas de saúde (portal/portais web a ser(em) usados, rota de acesso, alternativas de descarga, etc.) incluído a maneira como se informará periodicamente os técnicos do MINSA e parceiros dos recursos disponíveis e a forma de acesso a tais documentos. Este trabalho pode ser desenvolvido durante o 3º trimestre de 2018 de deveria estar completamente definido no fim de Setembro de 2018.
- 4.4.4. A proposta final será implementada durante o 4º trimestre do ano pelo GTI.

Actividade 2: Elaboração, validação e aprovação do manual de procedimentos de VE, PAV, Promoção da Saúde e actividades logístico-financeiras.

- 4.4.5. O rascunho dos manuais com procedimentos elaborados como parte da documentação das funções da pólio, deverá ser revisto e discutido pela equipa central do MINSA e da OMS para verificar que este:
 - a) Envolve todas as actividades essenciais da pólio;
 - b) Mantem uma abordagem integrada com as outras actividades e doenças cobertas pelas três áreas de saúde; e
 - c) Incorpora a maior parte das boas práticas e lições aprendidas da pólio.

Será necessário completar o processo de protocolização de actividades, especialmente no que diz respeito às actividades de PS que incluem a comunicação e mobilização social em apoio das actividades de erradicação da pólio e outros programas de saúde. Deve-se definir também quais serão as outras actividades ou funções nestas três áreas de saúde que não são da pólio e que não foram anteriormente protocolizadas a fim de se ter uma ideia do trabalho ainda necessário para produzir manuais suficientemente completos. A estas devem complementar-se as actividades logísticas e financeiras de apoio que sejam importantes para a implementação das anteriores, especialmente as que comprometem recursos de parceiros cuja execução e justificação apropriada é necessária para preservar esta colaboração. Este trabalho deverá ser implementado ao longo do 2º trimestre de 2018.

- 4.4.6. A versão final dos manuais de procedimentos será partilhada com as equipas provinciais da OMS e com os supervisores municipais de alguns Gabinetes Provinciais de Saúde (GPS) para validar a consistência dos seus conteúdos, a sua aplicabilidade aos diferentes contextos provinciais e a sua idoneidade para os técnicos provinciais e municipais. Adicionalmente, será realizado um workshop de validação dos manuais a Nível Central. A versão final deverá estar pronta em fins Outubro de 2018, pelo que este trabalho deve estar finalizado num prazo não superiora três meses.

- 4.4.7. As versões finais dos manuais devem passar à fase de elaboração gráfica, incluindo o desenho de infografias.
- 4.4.8. A versão final deve ser aprovada pelo Ministro da Saúde até finais de 2018.

Actividade 3: Actualização e validação dos termos de referência para o pessoal envolvido em actividades da pólio

- 4.4.9. A lista de actividades padronizadas nos manuais de procedimentos e termos de referência dos técnicos da OMS serão utilizados para adequar os termos de referência dos técnicos do MINSa que exercem as actividades da erradicação da pólio. Estes deverão ser revistos para estar orientados para a acção (e não ao propósito da função ou posição) e guardar coerência com as actividades dos manuais de protocolos através das quais se implementam por completo. Este trabalho deve ser feito durante o 3º trimestre de 2018.
- 4.4.10. A versão final dos termos de referência será utilizada para rever a sua consistência com as funções gerais do DHVE e do Departamento de Promoção da Saúde. As anotações finais serão submetidas como recomendações para futuras actualizações do regulamento interno da DNSP.
- 4.4.11. Finalmente, para reforçar a implementação destas funções, a versão final dos termos de referência deverá harmonizar-se com os paradigmas definidos pelo Manual de Procedimentos da Administração Pública em vigor. O resultado final, será incluído nos manuais de procedimentos correspondentes, a fim de que quando forem distribuídos durante o primeiro trimestre de 2019, todos os técnicos provinciais e municipais também os tenham antes de iniciar a capacitação em serviço.

Actividade 4: Reprodução e distribuição dos manuais de procedimentos

- 4.4.12. As versões aprovadas dos manuais de procedimentos passarão para reprodução durante o último trimestre de 2018. Os manuais serão reproduzidos em quantidades suficientes para serem distribuídos a todos os supervisores provinciais, municipais e distritais, responsáveis provinciais, municipais e distritais da saúde pública e aos técnicos da equipa central. Uma versão digital dos documentos será preparada para distribuição por correio electrónico ou por descarga do portal do website definido.
- 4.4.13. Quando os manuais estiverem disponíveis deverão ser distribuídos a todas as províncias, municípios e distritos durante o primeiro trimestre de 2019 antes de começar o processo de capacitação em serviço (Objectivo 2 do Plano de Transição).

4.5. Como será executado?

- 4.4.14. A implementação será a mesma para qualquer dos 4 cenários de implementação do Plano de Transição (ver o ponto 3,4 da Secção3 Objectivos, estratégias e cenários de implementação do Plano de transição).
- 4.4.15. A criação da biblioteca virtual para as três áreas de saúde não precisará de recursos adicionais, além dos já existentes porque as tarefas podem ser executadas com os recursos humanos e materiais existentes no MINSa (DNSP e GTI) e parceiros. Porém, o GTCM deverá monitorizar o plano de trabalho elaborado pelo ponto focal desta actividade.

- 4.4.16. A revisão, validação e elaboração final dos manuais de procedimentos será feito pela equipa central da DHVE e do Departamento de Promoção da Saúde com apoio das equipas técnicas de OMS e UNICEF. Pode ser possível que seja necessário apoio adicional das equipas técnicas dos escritórios regionais para obter informação de experiências similares de outros países da região para contribuições. Prevê-se o recrutamento de um especialista em actividades de vigilância epidemiológica e vacinação e outro em actividades de promoção da saúde por dois meses para dedicar-se à implementação desta actividade. Estes especialistas trabalharão com os grupos de trabalho técnico designados pela DNPS para revisar e discutir as propostas de procedimentos para cada actividade.
- 4.4.17. Para a edição da versão final dos manuais de procedimentos está proposto que junto das artes gráficas sejam elaboradas infografias para dotar os manuais de capacidade didáctica. Isto será feito através da contratação de um serviço profissional fora do País de ser necessário. O UNICEF fornecerá a assistência técnica especializada para supervisionar este trabalho.
- 4.4.18. A reprodução dos manuais de procedimentos será feita contratando os serviços de uma gráfica, a que poderá ser em Angola ou no exterior, em função dos custos e da qualidade do serviço. Projecta-se a reprodução de 600 cópias de cada Manual para garantir que cada Município receba duas cópias de cada Manual (para o supervisor municipal e o chefe de secção de saúde pública), que cada Província receba 6 cópias de cada Manual (para poder formar a equipa provincial de saúde pública, e que o Nível Central conserve as cópias restantes.
- 4.4.19. A actualização e validação dos termos de referência do pessoal das três áreas de saúde serão feitas com apoio da equipa central da OMS e de UNICEF. Pode que seja necessário apoio adicional das equipas técnicas dos escritórios regionais.

4.6. Orçamento

ACTVIDADE	RECURSOS NECESSÁRIOS	MONTANTE ESTIMADO
Actividade 2: Elaboração, validação e aprovação do manual de procedimentos de VE, PAV e Promoção da Saúde	2 meses de apoio de especialista para a sistematização das actividades de VE e PAV	14.000 USD
	3 meses de apoio de especialista para sistematização de actividades de Promoção da saúde.	21.000 USD
	3 meses de apoio de especialista para sistematização de actividades logísticas e financeiras	21.000 USD
	Artes gráficas (infografia) para 3 manuais de procedimentos	8.100 USD
	Workshop de validação dos manuais de procedimentos	1.812 USD
Actividade 4: Reprodução e distribuição dos manuais de procedimentos	Reprodução de 1.800 exemplares dos manuais de procedimentos de vigilância epidemiológica, vacinação e promoção da saúde (600 de cada manual).	86.400 USD
MONTANTE TOTAL		152.312 USD



5

Objectivo 2:

Reforço das capacidades para executar as funções da póllo

Equipa provincial planificando a campanha de vacinação com os pontos focais da OMS e UNICEF na Província de Benguela (2003).

Nos últimos anos, as equipas da OMS, do UNICEF, e do Grupo CORE têm apoiado a planificação e implementação de actividades de vigilância, vacinação de rotina e campanhas. As capacidades das equipas provinciais e municipais devem ser reforçadas para melhorar a qualidade das actividades executadas e reduzir a dependência do apoio do Nível Central e dos parceiros.

Objectivo 2: Reforço das capacidades para executar as funções da pólio

Resumo do Objectivo 2		
Objectivo em detalhe	Resultados esperados	Actividades principais
Reforçar as capacidades do Sistema de Saúde a todos os níveis para implementar as actividades de qualidade da Vigilância Epidemiológica (VE), do Programa Alargado de Vacinação (PAV) e da Promoção da Saúde (PS), incluindo às funções da pólio.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pessoal do MINSA, GPS/DPS e DMS aplicando os padrões dos manuais de procedimentos para VE, PAV e promoção da saúde até finais de 2020. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reforço da implementação de procedimentos integrados de VE, PAV e Promoção da saúde.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 80% dos municípios certificados na implementação de padrões de organização e funcionamentos do PAV, da VE e da PS até meados de 2021. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mapeamento da situação da VE, PAV e Promoção a nível municipal. ▪ Elaboração e implementação dos planos operativos por província para reforço da organização e funcionamento da VE, PAV e da Promoção da saúde.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ INSP com condições para apoiar as actividades de VE a partir de Agosto de 2018 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reforço do apoio do INSP às actividades de vigilância de casos e vigilância ambiental
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comitês de certificação da pólio acompanhando as actividades de erradicação da pólio a partir de Setembro de 2018 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reforço do seguimento das actividades de erradicação da pólio pelos comitês nacionais de certificação, de peritos e o grupo técnico de contenção laboratorial
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipas provinciais com equipamento de informação, comunicação e transporte repostos até finais de 2021. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plano de aquisição de equipamentos de informação, comunicação e transporte para o MINSA e as GPS/DPS.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planos municipais de funcionamento de equipamentos em implementação até ao primeiro trimestre de 2019. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboração e implementação dos orçamentos para a operação e manutenção dos equipamentos com cada província e município.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DHVE e Departamento de Promoção da Saúde reforçados com recursos humanos até meados de 2019. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reforço do DHVE e do Departamento de Promoção de Saúde com recursos humanos.
Monitorização: Grupo Técnico de Coordenação e Monitorização - DNSP		

5.1. Prefácio

- 5.1.1. Como em qualquer programa de saúde, a execução das “funções da pólio” em Angola apresenta maiores desafios no desempenho e na qualidade quanto mais próximo estiver do nível local. Isso tem a ver com três grupos de factores: (a) lacunas existentes nas habilidades dos técnicos ou supervisores de programas, (b) níveis baixos de organização dos programas, especialmente a nível municipal; e (c) condições desfavoráveis de equipamento e de apoio logístico e financeiro com as quais os técnicos realizam estas actividades.
- 5.1.2. Três situações contribuem com a persistência de lacunas nas habilidades e no desempenho dos técnicos de vigilância epidemiológica (VE), do Programa Alargado de Vacinação (PAV) e de promoção de saúde (PS), que implementam as actividades das três áreas em que estão integradas as actividades da pólio: à rotação dos técnicos que ocorre com certa periodicidade, especialmente no nível municipal; à dependência dos encontros de refrescamento do nível central como a principal estratégia para refrescamento de

conhecimentos; e o limitado nível de seguimento das suas actividades (por falta de um sistema de monitorização eficaz e integrado com um modelo de supervisão quotidiana).

- 5.1.3. Os baixos níveis de organização dos programas persistem e, para além da estratégia de formações em cascata, não se dispõe de outra metodologia que possa identificar as lacunas próprias de cada município e corrigi-las. O modelo de supervisão que está a ser usado actualmente pelas províncias não está orientado para tratar, de uma forma sistemática qualquer lacuna identificada nestas três áreas de interesse.
- 5.1.4. Por último, as condições desfavoráveis de equipamento e de apoio logístico e financeiro poderão ser melhoradas em forma sustentável se as províncias e municípios possuírem planos claros de aquisição e reposição para os equipamentos dos sistemas de apoio (transporte, comunicação e logística) inseridos nos orçamentos anuais e complementados com procedimentos aprovados pela autoridade corresponde para sua utilização.
- 5.1.5. Embora, os factores antes mencionados não sejam de fácil solução, a transição definitiva das funções da pólio para o Ministério da Saúde (MINSa) requer um esforço para corrigi-los. A estas acções, propõe-se adicional mente o reforço da equipa nacional do Departamento de Higiene e Vigilância Epidemiológica (DHVE) para poder acompanhar a implementação destas acções.
- 5.1.6. Finalmente, o reforço das capacidades institucionais da saúde deverá envolver também o Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP) e os três comités nacionais que avaliam os resultados das actividades de vigilância de casos de PFA (Comité Nacional de Peritos da Pólio - CNPP), de contenção do vírus no laboratorial (Grupo Técnico de Contenção Laboratorial - GTC) e as actividades de erradicação da pólio em geral (Comité Nacional de Certificação da Erradicação da Pólio -CNC).

5.2. Qual é o propósito?

- 5.2.1. O objectivo 2 visa reforçar as capacidades de gestão e funcionamento da VE, do PAV e da PS, especialmente a nível provincial e municipal, para garantir uma execução adequada e sustentável das funções essenciais da pólio. Isto será atingido através da implementação acompanhada dos manuais de procedimentos destas três áreas; a implementação de planos de assistência técnica para melhorar a gestão e funcionamento das três áreas no nível municipal; reforçando o sistema de referência laboratorial; reforçando o funcionamento dos comités nacionais da pólio; disponibilizando planos de aquisição de equipamentos essenciais para suas actividades; planos de financiamento para o funcionamento e manutenção do seu funcionamento no orçamento público e reforçando o DHVE e o Departamento da Promoção de Saúde com recursos humanos.

5.3. O que se requer?

- 5.3.1. **Implantação do uso de manuais de procedimentos para VE, PAV e Promoção da Saúde:** Aproveitando a disponibilidade dos manuais de procedimentos recém elaborados, os supervisores provinciais das áreas de VE, PAV e PS com apoio do técnico provincial da Organização Mundial da Saúde (OMS) validarão e corrigirão as suas práticas actuais aderindo os procedimentos contidos nos manuais. A medida que estes padrões fossem sendo atingidos e as actividades tivessem menor dependência do técnico da OMS, o acompanhamento às tarefas ligadas à implementação dos protocolos passaria a estar a

cargo do Chefe de Departamento Provincial de Saúde Pública. Este mesmo esquema será replicado para a implementação dos protocolos com as equipas municipais durante as visitas de supervisão.

- 5.3.2. **Elaboração da linha de base da situação do funcionamento da VE, PAV e PS nos municípios.** Será elaborada uma avaliação do nível de desenvolvimento de cada processo ou componente da VE, do PAV e da PS de cada município. Para este propósito, o Nível Central, com apoio da OMS e do UNICEF, elaborará a metodologia de avaliação a ser usada, a qual será distribuída às províncias e aos respectivos municípios para ser aplicada, depois de ser validada. Finalizada a avaliação, será elaborado um mapa da situação de organização e funcionamento de cada componente das três áreas de saúde que servirá de linha de base para as actividades de reforço a sere implementadas posteriormente.
- 5.3.3. **Elaboração dos planos provinciais de reforço da VE, do PAV e da PS:** Com base na estratégia nacional a ser desenvolvida pelo Nível Central em resposta aos resultados da linha de base anterior, a definir, e de um instrutivo para orientar este processo, cada equipa provincial deverá elaborar um plano de reforço das três áreas de saúde para cada um dos seus municípios. Estes planos devem servir para que num prazo de três anos as lacunas identificadas na linha de base tenham sido ultrapassadas e os municípios possam mostrar progressos em cada um dos seus componentes. Esta actividade no seu conjunto terá o apoio técnico das equipas centrais do UNICEF e da OMS. Um mecanismo de avaliação anual será criado para acompanhar os progressos.
- 5.3.4. **Reforço do apoio laboratorial.-** Para maior consolidação do sistema de vigilância epidemiológica (incluindo a vigilância das PFAs e a vigilância ambiental), será necessário reforçar a liderança do INLS sobre o sistema de referência de amostras e garantir o seu apoio à investigação de caso e à vigilância ambiental do poliovírus. Isto significará implantar os protocolos de gestão do subsistema de referência laboratorial, implementar planos de compras para todos os materiais críticos da vigilância das doenças alvo de PAV e da vigilância ambiental e reforçar tanto os fluxos de envios de amostra dentro do País como o acesso à rede laboratorial internacional por meio de companhias transportadoras aéreas e terrestres.
- 5.3.5. **Reforço das actividades dos comités nacionais da pólio.-** O reforço dos três comités nacionais de apoio às actividades de erradicação da pólio será feito através da implementação de um retiro para treino dos seus novos membros; de reuniões trimestrais conjuntas de coordenação de actividades; de um retiro para revisão do relatório anual de actividades do País; de visitas de supervisão e de apoio as suas reuniões periódicas.
- 5.3.6. **Renovação dos equipamentos das equipas provinciais:** Embora o equipamento actual da pólio que a OMS possui a nível provincial garanta as condições para executar as actividades da pólio a nível provincial, eles cumprirão a sua vida útil ou serão obsoletos em quatro anos, quando o processo de transição finalizar. Por este motivo será necessário elaborar e submeter um plano de renovação/reposição dos equipamentos a ser implementado com financiamento público em 2021, quando existirem melhores condições de financiamento público.

- 5.3.7. **Elaboração dos orçamentos para funcionamento e manutenção dos equipamentos:** De forma complementar, será necessário planificar a manutenção dos equipamentos e calcular os fundos provinciais (que assegurem de forma contínua pacotes de dados, combustível, cobertura com antivírus) para garantir a sustentabilidade o apoio técnico das equipas provinciais aos municípios quando os recursos da OMS forem finalmente transferidos para o MINSA. Neste exercício, far-se-á o mesmo cálculo para os equipamentos existentes nos municípios.
- 5.3.8. **Reforço da DHVE com recursos humanos:** Também deve considerar-se o reforço dos Departamentos de Higiene e Vigilância Epidemiológica (incluindo a Secção de Imunização) e da Promoção da Saúde da DNSP para permitir que o Nível Central assuma o seu papel de órgão reitor, normalizador, de coordenação e da assistência técnica.

5.4. O que será realizado?

Actividades principais

1. Reforço da implementação de procedimentos integrados de VE, PAV e PS.
2. Elaboração da linha de base e do mapeamento do nível de funcionamento da VE, PAV e PS a nível municipal segundo um modelo de certificação do grau de desenvolvimento.
3. Elaboração e implementação dos planos operativos por província de reforço da VE, PAV e PS.
4. Reforço do apoio do INSP às actividades de vigilância de casos e vigilância ambiental.
5. Reforço do seguimento das actividades de erradicação da pólio pelos comités nacionais de certificação, de peritos e o grupo técnico de contenção laboratorial.
6. Renovação de equipamentos de informação, comunicação e transporte para a DNSP/DHVE e as Províncias.
7. Elaboração e implementação dos orçamentos para a operação e manutenção dos equipamentos com cada província e município
8. Reforço em recursos humanos da DHVE e do Departamento de Promoção da Saúde.

Actividade 1: Reforço da implementação de procedimentos integrados de VE, PAV e da PS.

- 5.4.1. Um workshop nacional de orientação sobre a implantação dos protocolos e a transição progressiva das responsabilidades dos pontos focais da OMS para os supervisores provinciais de VE, do PAV, e o reforço das actividades de Promoção da Saúde será organizado no 2º trimestre de 2019. A preparação do material de trabalho do workshop incluirá a elaboração de um guião metodológico para apoiar este processo enfatizando o uso de sessões de apresentação e discussão dos protocolos pelas equipas provinciais de saúde pública, seguidas de prática no terreno e avaliação de cumprimento. Neste workshop também será apresentado o plano geral de transição e todas as actividades a serem implementadas.
- 5.4.2. Em cada província, as equipas provinciais de saúde pública organizarão sessões de revisão dos manuais de procedimentos integrados da VE, do PAV e da PS. Será discutido não só o grau de cumprimento actual de cada procedimento, mas também a forma de implementar a sua monitorização e verificação a cargo do Chefe de Departamento de Saúde Pública. Finalizada a ronda de sessões para realizar a revisão, cada equipa provincial deverá elaborar uma acta

com recomendações para a implementação regular dos procedimentos. Cópia da acta digitalizada será enviada à DNSP para monitorização dos progressos.

- 5.4.3. Nos meses seguintes, os técnicos provinciais de PAV, de VE e de PS irão implementando as recomendações resultantes das sessões de revisão dos procedimentos. À medida em que o cumprimento de cada procedimento é validado, o ponto focal da OMS e o Chefe de Departamento de Saúde Pública farão a avaliação da percentagem do manual de procedimentos que já está implementado. Complementarmente, começará um processo de reforço da implementação dos procedimentos em cada município durante as visitas de supervisão, utilizando a mesma metodologia que para a equipa provincial.
- 5.4.4. À medida em que for concluído processo de reforço do uso de procedimentos em cada nível, cada equipa provincial elaborará relatórios de execução de actividades usando os indicadores de monitoria de execução de procedimentos. O modelo destes relatórios será elaborado pela equipa nacional.

Actividade 2: Elaboração da linha de base da VE, PAV e Promoção da saúde em cada município segundo um modelo de acreditação do funcionamento destas áreas.

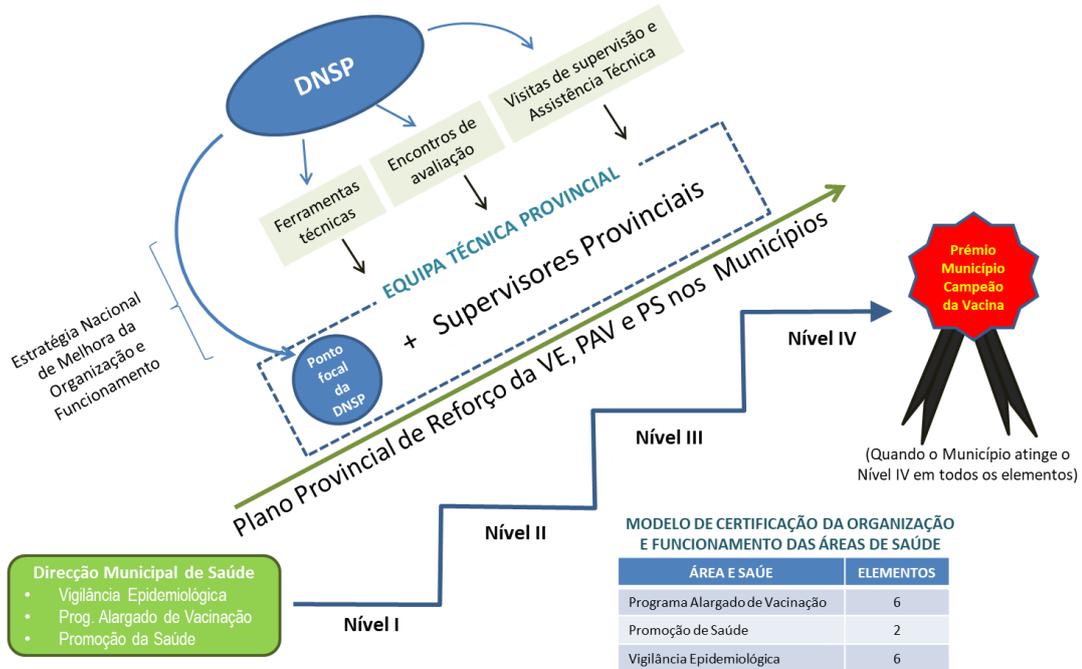
- 5.4.5. A equipa nacional do MINSA, com apoio dos seus parceiros, deverá elaborar e validar uma metodologia para avaliar o grau de funcionamento das áreas de VE, PAV e PS. Esta deverá definir os diferentes componentes ou processos para cada uma das três áreas de saúde, estabelecer os diferentes cenários ou níveis de desenvolvimento a serem tomados de referência e os seus critérios de verificação (incluindo os documentos de suporte para acreditar ou certificar o nível de desenvolvimento de componente). A metodologia atribuirá um rol de “avaliador” às equipas provinciais que aplicarão a metodologia a cada município e um rol de “certificador” ao Nível Central.
- 5.4.6. Finalizada a elaboração da metodologia, o passo seguinte será a preparação de um instrutivo para sua aplicação em duas fases: (a) pelas equipas municipais (exercício de auto-avaliação) e (b) pelas províncias e o nível central (exercício de avaliação e certificação).
- 5.4.7. A metodologia e o instrutivo serão apresentados no mesmo workshop que tratará da implementação dos protocolos (Actividade 1). Tendo recebido o instrutivo, no decorrer dos seguintes dois meses, a equipa provincial o reproduzirá e distribuirá aos municípios para sua aplicação. Num primeiro momento, os municípios realizarão sua auto-avaliação, cujos resultados serão remetidos às Províncias e depois ao Nível Central.
- 5.4.8. Após do exercício anterior, cada município começará a reunir os documentos necessários para sustentar os resultados da sua auto-avaliação em cada área de saúde. O GTMC produzirá um mapa do País com a situação de cada componente ou processo em cada Município e fará uma actualização semestral para partilhar com a DNSP e os parceiros à medida em que novos dados fossem recebidos. O resultado final deste exercício será um relatório nacional de avaliação das três áreas com anotações sobre as lacunas existentes que deverão ser corrigidas. No sucessivo, o exercício e auto-avaliação, avaliação e acreditação será repetido cada ano pelos próximos três anos de forma que o mapa de acreditação do funcionamento das três áreas de saúde esteja sempre actualizado e possam verificar-se os progressos obtidos.

O MODELO DE REFORÇO DO FUNCIONAMENTO DA VE, DO PAV E DA PS

A nível municipal, as três áreas de saúde (Vigilância Epidemiológica, Programa Alargado de Vacinação e Promoção da Saúde) serão avaliadas para estabelecer o seu nível de organização e funcionamento (classificados de I a IV em que IV representa o nível de excelência). Inicialmente tem sido identificados 14 elementos ou componentes a serem avaliados.

Figura nº 14

O Plano Provincial de Assistência Técnica aos Municípios e o seu relacionamento com o Modelo de Certificação da Organização e Funcionamento das Áreas de Saúde



As equipas técnicas provinciais têm a responsabilidade de elaborar um plano de reforço das três áreas nos seus municípios cujo propósito será levantar o nível de cada um dos elementos sob avaliação. O objectivo é que num prazo de 3 a 4 anos, todos os municípios atinjam o nível IV em todos os elementos das três áreas. Quando isto acontecer, o Município será reconhecido ou premiado.

A DNSP elaborará uma estratégia nacional para a melhora dos níveis criando ferramentas metodológicas e técnicas a serem aplicadas pelas Províncias e Municípios, e aproveitando os encontros anuais de avaliação e as visitas de supervisão e assistência técnica às Províncias. Adicionalmente, o ponto focal da DNSP (anteriormente o ponto focal da OMS) reforçará a equipa provincial para a implementação destes planos.

Actividade 3: Elaboração e implementação dos planos operativos por província para melhorar o nível de funcionamento de VE, PAV e PS.

- 5.4.9. Com os resultados do mapeamento do funcionamento das três áreas de saúde a equipa central da DHVE com a ajuda dos parceiros desenvolverá uma estratégia nacional para reduzir as lacunas identificadas na linha de base anterior e desenhará as ferramentas para sua implementação.
- 5.4.10. Como passo seguinte, e com base na estratégia nacional anterior, será criado um instrutivo para a elaboração de planos provinciais de reforço da VE, o PAV e da PS nos municípios. Os planos devem visar que num prazo de três anos, os municípios atinjam os melhores níveis de funcionamento possíveis para os componentes das três áreas de saúde.

- 5.4.11. Durante o workshop de implementação dos protocolos de VE, PAV e PS (Actividade 1), também será apresentada a estratégia nacional de reforço das três áreas de saúde, a metodologia para elaborar os planos de reforço destas três áreas nos municípios e serão coordenados os aspectos da implementação dos planos, incluindo o apoio que será dado desde o Nível Central. Adicionalmente nos workshops de avaliação do PAV, VE e PS que serão realizados a cada ano serão tratados os progressos na implementação destes planos.
- 5.4.12. Os planos serão implementados a partir de 2019, embora já estejam em curso outras actividades de reforço envolvidas no plano plurianual do PAV. As melhoras serão monitorizadas com a actualização do mapeamento anteriormente referido.
- 5.4.13. A equipa técnica central formada pelo MINSA e os seus parceiros (OMS e UNICEF) implementará visitas de supervisão a cada província para validar a informação recebida, certificar os progressos e sugerir ajustes aos planos de operativos elaborados por cada província.
- 5.4.14. Anualmente, serão implementados dois encontros de avaliação integrada PAV-VE-Promoção da Saúde para analisar os indicadores de desempenho, os progressos nos planos operativos para melhorar o funcionamento do PAV, da VE e da PS, para providenciar outras orientações metodológicas e para refrescar conhecimentos em alguns temas críticos para implementação dos planos operativos.

Actividade 4: Reforço do apoio do INSP às actividades de vigilância de casos e vigilância ambiental.

- 5.4.15. O INLS elaborará no segundo trimestre de 2018 um plano de aquisição e abastecimento de kits de amostras, de caixas transportadoras, de reagentes e de reprodução de etiquetas para o despacho de amostras necessários para assegurar o apoio às actividades de vigilância epidemiológica das doenças alvo de PAV e da vigilância ambiental. O plano pode ser parte de um plano mais abrangente ou pode ser elaborado como piloto para depois ser integrado com o plano total do INSP.
- 5.4.16. No terceiro trimestre de 2018, o departamento de laboratório do INLS implementará sessões de discussão dos procedimentos para o sistema de referência laboratorial para avaliar as práticas existentes e tomar as decisões para sua implementação total. Deverá ser elaborado um plano de trabalho com as tarefas necessárias para este fim. Uma informação sobre o seguimento da execução do plano e a verificação dos resultados finais será transmitida ao Grupo Técnico de Coordenação e Monitorização da Transição da Pólio (CMTG) nos termos que sejam concordados.
- 5.4.17. Até final do terceiro trimestre de 2018, o INLS organizará um workshop para actualização e padronização dos procedimentos de despacho de substâncias biológicas com responsáveis de transporte de cargas das principais companhias aéreas que cobrem as rotas nacionais e internacionais para os laboratórios de referência internacional (Sonair, TAAG, Ethiopian Airlines e South African Airways), a empresa de despacho DHL e algumas companhias de transporte terrestre que são actualmente usadas para envio de amostras desde algumas Províncias. No final do workshop, devem ficar estabelecidos todos os fluxos de envio de amostras e as práticas para garantir que se seguem as normas internacionais para despacho de substâncias biológicas.

- 5.4.18. Finalizada a revisão dos protocolos para o sistema de referência laboratorial, o INSP implementará as medidas administrativas e financeiras para responsabilizar-se por completo por este subsistema da vigilância epidemiológica. Os ajustes administrativos e orçamentais serão concordados entre a DNSP o INSL e o GEPE para que sejam reflectidos nos orçamentos dos seguintes anos.

Actividade 5: Reforço do seguimento das actividades de erradicação da pólio pelos comités nacionais de certificação, de peritos e o grupo técnico de contenção laboratorial.

- 5.4.19. No 3º trimestre de 2018 o PAV organizará um retiro de 3 dias para treinar os novos membros dos três comités nacionais de apoio à erradicação da pólio (CNC, CNPP e GTC), rever o plano de trabalho dos três comités e reforçar o funcionamento, sendo que nos últimos meses os três comités.
- 5.4.20. A partir de Outubro de 2018, o CNC com apoio do seu secretariado organizará encontros trimestrais dos três comités cada ano para avaliar os progressos da erradicação da pólio e em especial das actividades do Plano Estratégico e da Fase Final da Pólio.
- 5.4.21. Segundo as recomendações dos encontros, a partir do quarto trimestre, os três comités começarão a implementar visitas de terreno para validar e avaliar a execução das diversas actividades de erradicação da pólio. O seu plano de visitas deverá ser articulado com o plano de supervisão do Nível Central.
- 5.4.22. Em Novembro de 2018 terá lugar um retiro do CNC para actualizar e revisar o Relatório de Certificação da Erradicação da Pólio do País e a sua documentação de sustento antes da sua submissão ao Escritório Regional da OMS. Este retiro será repetido cada ano.
- 5.4.23. Segundo os seus planos de trabalho, os comités terão reuniões periódicas cada 2 meses.

Actividade 6: Renovação dos equipamentos de informação, comunicação e transporte para as equipas provinciais

- 5.4.24. A princípio do 2020 seria feita uma actualização dos equipamentos a serem utilizados pelas equipas provinciais e equipas municipais das três áreas de saúde (PVE, PAV e Promoção da Saúde).
- 5.4.25. Em função dos resultados do inventário de equipamentos, a equipa central da DHVE elaborará um plano de aquisição de meios de transporte, equipamentos informáticos e de comunicação para renovar os equipamentos críticos para as actividades de VE, PAV e da PS. O foco principal deste plano serão as equipas provinciais, mas também incluirá na medida que for possível o nível central e os municípios.
- 5.4.26. O plano elaborado, com o aval do Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística (GEPE) será submetido para aprovação do Ministério da Saúde.
- 5.4.27. Em 2020, quando for a altura da elaboração do Orçamento do Ministério da Saúde para o ano 2021, o orçamento para compra de equipamentos será inserido no primeiro. Não se descarta a necessidade de uma advocacia de Alto Nível para a aprovação deste orçamento.

- 5.4.28. Na presunção que o orçamento para a compra dos equipamentos será aprovado, a inícios de 2021 começará um trabalho de advocacia perante o Ministério das Finanças (MINFIN) para programar a adjudicação deste orçamento ao MINSa, com a previsão de que isto aconteça no primeiro trimestre de 2021.
- 5.4.29. Se os fundos forem disponibilizados, o processo de aquisição dos equipamentos terá lugar durante o segundo trimestre de 2021.
- 5.4.30. A distribuição dos equipamentos deverá ter lugar no terceiro trimestre de 2021, afim da reposição ter lugar antes de fim de ano.

Actividade 7: Elaboração e implementação dos orçamentos para o funcionamento e manutenção dos equipamentos com cada província e município

- 5.4.31. A equipa de administração da OMS e do GEPE desenvolverão um guião para elaborar os planos de manutenção e calcular o orçamento para o funcionamento dos equipamentos informáticos, de comunicação e de transporte aproveitando a experiência e dados históricos do programa de erradicação da pólio e a execução orçamental da OMS e do UNICEF. O guião deve permitir calcular custos de operação como (combustível, planos de dados para acesso a internet, tinteiros, consumíveis diversos, etc.) e gastos de manutenção (estação de serviço, manutenção preventiva, licenças de antivírus, etc.). Pode incluir-se a elaboração de uma ferramenta em Excel para fazer os cálculos requeridos. O rascunho deste guião deverá estar pronto para fins de Setembro de 2018
- 5.4.32. A versão final do guião será validada usando para calcular os custos de funcionamentos e manutenção de duas províncias e dois municípios seleccionados.
- 5.4.33. A versão final do guião será distribuída às Províncias para elas elaborarem os seus orçamentos para apoiar a execução das actividades de VE, PAV e PS. Os planos elaborados pelas equipas provinciais serão revistos pela equipa central para validar os critérios usados e a consistência dos cronogramas e montantes finais.
- 5.4.34. Nos cinco meses seguintes, a equipa provincial assessorará os municípios, durante as visitas de supervisão para elaborar os planos de funcionamento e manutenção dos equipamentos das três áreas nos municípios. Usando os critérios validados com a equipa central, a equipa provincial validará a qualidade de todos os planos submetidos pelos municípios.
- 5.4.35. A versão final dos planos de cada município será submetida à Administração Municipal e sustentada pelos Directores Municipais de Saúde a fim de obter a aprovação e inclusão dentro do orçamento dos cuidados primários de saúde.
- 5.4.36. À medida em que as tarefas anteriores forem sendo executadas, a equipa do GEPE com o apoio da OMS elaborará um guião para monitorizar a implementação dos planos de funcionamento e manutenção dos equipamentos. O guião deve estar em consonância com os processos de relato da Administração Pública.
- 5.4.37. O guião elaborado será distribuído a todas as províncias para elas implementarem a monitorização dos planos até fins de Fevereiro de 2019. A informação deverá ser submetida ao Nível Central para seguimento dos progressos.

Actividade 8: Reforço do DHVE e do Departamento de Promoção da Saúde com recursos humanos

- 5.4.38. Os resultados do exercício de revisão dos termos de referência dos diferentes funcionários do DHVE e do Departamento de Promoção da Saúde (realizado no objectivo 1, Actividade 3) deve servir para identificar as necessidades de reforço dos quadros com pessoal adicional para fortalecer a monitorização de actividades das Províncias, gerir o volume de informação existente e dar resposta às necessidades de gestão da VE, do PAV e da PS. Uma proposta para reforçar os quadros dos dois departamentos será elaborada em colaboração com o GEPE. Esta deve ser finalizada no 4º trimestre de 2018.
- 5.4.39. A proposta será submetida para aprovação oficial do MINSa, para cujo efeito deverá ser preparado o processo que sustente o pedido.
- 5.4.40. O pedido aprovado pelo MINSa deverá ser negociado com o MINFIN para estabelecer os procedimentos de inclusão no orçamento do MINSa para o 2019 ou 2020. Poderá ser necessária a elaboração de uma proposta de actualização do Estatuto Orgânico do MINSa para modificar o quadro de pessoal correspondente.
- 5.4.41. Se as propostas serem aprovadas para o 3º trimestre de 2019 ou em 2020 poderia ser executado o recrutamento deste pessoal.

5.5. Como será executado?

- 5.5.1. As actividades deste objectivo serão implementadas pelas equipas do DHVE e do Departamento de Promoção da Saúde com apoio da OMS e do UNICEF, não se descartando um apoio adicional com especialistas de outros projectos de parceiros do MINSa. A implementação não mudaria para qualquer dos 4 cenários de implementação do Plano (ver o ponto 3,4 da Secção 3 Objectivos, estratégias e cenários de implementação do Plano de transição).
- 5.5.2. A análise dos resultados do mapeamento da situação da VE, do PAV e da PS, a elaboração da estratégia de reforço das três áreas e do instrutivo para elaborar os planos provinciais de reforço, poderá requerer o apoio de um ou mais especialistas em gestão de programas de saúde pública com experiência em acreditação de serviços, gestão e implementação do PAV com experiência em implementação da estratégia RED a escala nacional, e/ou um especialista em implementação de actividades de PS que possa ajudar a elaborar estes produtos.
- 5.5.3. Pela importância de explicar a metodologia do reforço da VE, PAV e PS às equipas provinciais, está previsto um workshop de três dias com a participação de cinco membros das equipas provinciais (chefe de departamento provincial de saúde pública, supervisores provinciais de VE, de PAV, de Promoção da saúde e o ponto focal provincial da OMS). O workshop terá como objectivo explicar e assegurar a implementação dos protocolos integrados e a estratégia nacional de reforço das três áreas de saúde e a coordenação necessária para todo o processo.
- 5.5.4. Para facilitar a elaboração dos planos de funcionamento e a manutenção dos equipamentos em cada província e município, assim como e a advocacia para sua implementação, deslocar-se-á a cada província uma equipa do Nível Central para apoiar a equipa provincial a organizar a assistência que cada município deverá receber para este fim.

5.6. Orçamento

ACTVIDADE	RECURSOS NECESSÁRIOS	MONTANTE ESTIMADO
Actividade 1: Reforço da implementação de procedimentos integrados de VE, PAV e PS	Workshop nacional de apresentação da metodologia para avaliação e de certificação e de apoio técnico aos municípios.	115.360 USD
Actividade 2: Mapeamento da situação da VE, PAV e Promoção de Saúde a nível municipal	Especialista em gestão de serviços de PAV e VE por 3 meses	48.500 USD
	Especialista em marketing social em saúde por 2 meses	35.500 USD
Actividade 3: Elaboração e implementação dos planos operativos por província para melhorar o nível de funcionamento de VE, PAV e PS.	Visitas de assistência técnica e supervisão a cada Província para validar a avaliação de PAV, VE e PS e certificar progressos	91.944 USD
	Workshops de avaliação dos progressos dos planos operativos das províncias	670.488 USD
Actividade 4: Reforço do apoio do INSP às actividades de vigilância de casos e vigilância ambiental.	Compra de materiais de laboratório	289.000 USD
	Workshop para revisão de procedimentos de despacho de amostras	3.550 USD
	Envio de amostras ao exterior	177.060 USD
Actividade 5: Reforço do seguimento das actividades de erradicação da pólio pelos comités nacionais da pólio.	Workshops de refrescamento dos comités	22.483 USD
	Retiros para avaliação de erradicação da pólio	112.415 USD
	Reuniões trimestrais de coordenação dos comités	68.800 USD
	Reuniões bimestrais dos comités	45.000 USD
	Visitas de verificação dos 3 comités	135.820 USD
Actividade 7: Elaboração e implementação dos orçamentos para o funcionamento e manutenção dos equipamentos	Visitas de assistência técnica e supervisão a cada Província para a elaboração dos planos de funcionamento e manutenção de equipamentos, supervisão e certificação.	91.944 USD
MONTANTE TOTAL		1.905.864 USD



6

Objectivo 3:

Reforço da gestão provincial e municipal da saúde pública com ênfase para a atenção à Mãe e à Criança

Ponto focal a OMS fazendo a revisão dos registos de doentes com o chefe da unidade sanitária e o supervisor municipal de vigilância epidemiológica. O apoio das equipas provinciais da OMS não consiste apenas no apoio e respaldo logístico e financeiro para assegurar algumas actividades provinciais dos programas de vigilância epidemiológica e vacinação. Os técnicos de epidemiologia têm contribuído com a sua experiência e iniciativa para reforçar a qualidade da supervisão nos municípios.

Objectivo 3: Reforço da gestão provincial e municipal da saúde pública com ênfase para atenção à Mãe e à Criança

Resumo do Objectivo 3		
Objectivo em detalhe	Resultados esperados	Actividades principais
Reforçar a capacidades das equipas provinciais e municipais da saúde pública para gerir os programas de saúde com ênfase para a saúde da mãe e da criança e na vigilância e resposta a surtos epidémicos..	▪ Todas as províncias reforçadas com apoio de um ponto focal da DNSP para os próximos 5 anos.	▪ Implementação do programa nacional de reforço das capacidades de gestão.
	▪ Novo modelo de supervisão provincial e municipal implantado a partir do 4º trimestre de 2018.	▪ Implementação dos planos de supervisão e assistência técnica aos municípios.
	▪ Sistema de informação de saúde (DHIS2) implementado em todas as províncias e municípios até fins de 2020.	▪ Implementação das bases de dados provinciais e municipais.
	▪ Sistema de monitorização de programas de saúde da mãe e da criança implementado até fins de 2021.	▪ Implementação das ferramentas de monitorização do desempenho dos programas.
	▪ Todas as províncias e municípios com planos de VID-R até fins de 2020.	▪ Elaboração e implementação de planos provinciais e municipais de VID-R.
	▪ 80% dos municípios implementando a retro informação de indicadores de desempenhos das intervenções de saúde pública	▪ Relatórios trimestrais de avaliação de programas com recomendações para os responsáveis provinciais e municipais.
Monitorização: Grupo Técnico de Coordenação e Monitorização - DNSP		

6.1. Prefácio

6.1.1. Os recursos da pólio permitiram à Organização Mundial da Saúde (OMS) organizar equipas a nível central e provincial (estas últimas nomeadas “antenas epidemiológicas”) que serviram para apoiar o desenvolvimento não só do sistema nacional de vigilância epidemiológica (VE) e do Programa Alargado de Vacinação (PAV) mas também para apoiar as actividades de outros programas de saúde. Embora o propósito inicial destas equipas provinciais fosse apoiar a execução de actividades de erradicação da pólio, o facto delas estiverem dentro das direcções provinciais de saúde significou também o reforço do sistema de saúde com quadros capacitados. As equipas também constituíram um apoio importante para tornar o sistema mais resiliente às pressões surgidas com os surtos epidémicos que periodicamente afectam o País. Adicionalmente, as equipas da pólio têm contribuído para a implementação de outras actividades de planificação, capacitação, levantamento de dados, investigação de casos, envio de informação e de amostras ao nível nacional e de supervisão, especialmente quando o Nível Nacional requeria a sua execução em todo o País.

6.1.2. Considerando que o País é altamente vulnerável a surtos epidémicos; que o contexto de restrição financeira que se vive tem constituído um impacto negativo no desempenho de vários programas de saúde, que o processo de municipalização de serviços de saúde ainda não está consolidado, e que nos próximos anos a implementação do novo sistema de informação vai requerer um apoio e seguimento considerável desde o nível nacional e provincial, resulta conveniente manter o modelo de equipas provinciais de apoio criado com os recursos da pólio.

6.2. Qual é a finalidade?

6.2.1. O objectivo 3 visa reforçar a capacidade de gestão das equipas provinciais e municipais de saúde pública de duas formas. Por um lado, vai dar-se apoio ao fortalecimento do sistema de informação de saúde a nível, do sistema de monitorização de desempenho, e da implantação de um modelo de supervisão orientado para a assistência técnica aos municípios para o desenvolvimento dos programas de saúde. Com estes três mecanismos espera-se impulsionar a melhora do desempenho de todos os programas de saúde em que estão integradas as funções da pólio, incluindo a vigilância epidemiológica (VE), o Programa Alargado de Vacinação (PAV) e a Promoção da Saúde (PS). Por outro lado, será promovida a realização de reuniões regulares de trabalho da equipa provincial de saúde pública para coordenar e implementar as medidas de resposta perante diversas situações identificadas na monitorização e supervisão. Este objectivo integra-se nos seus componentes com o Plano Estratégico Nacional de Melhoria da Qualidade de Dados 2018-2020.

6.3. O que se requer?

- 6.3.1. **Criação de novo Programa Nacional a inserir na estrutura do Ministério da Saúde (MINSA) a gestão do apoio das actuais equipas da OMS.** A criação do Programa Nacional de Reforço das Capacidades de Gestão estabelecerá um regime ou estatuto especial para sustentar a integração progressiva dos recursos da pólio na estrutura da DNSP e as novas funções das equipas geridas pela OMS. No marco deste programa a Direcção Provincial de Saúde Pública (DNSP) terá equipas de apoio em cada Província usando o mesmo modelo das actuais equipas provinciais da OMS: As equipas estariam compostas por um técnico epidemiologista apoiado por um motorista e equipados com uma viatura, computadores (portáteis e computadores de mesa) e meios de comunicação (um táblete e uma linha telefónica); a equipa estaria baseada na sede de cada Gabinete ou Direcção Provincial de Saúde (GPS/DPS); seria criado um fundo de maneiço para sustentar os custos operativos do trabalho; as equipas teriam apoio logístico e financeiro complementar fornecido desde o Nível Central. Inicialmente, este programa seria executado com os recursos da pólio (pessoal e equipamento) e seria gerido de forma conjunta pela DNSP e a OMS. Posteriormente, à medida em que a DNSP se organizasse para gerir as equipas e segundo o acordado, os recursos da OMS da pólio passariam para a DNSP.
- 6.3.2. **Implementação de planos de supervisão e de assistência técnica aos municípios.** A DNSP aprovará um novo modelo de supervisão integrada e formativa a municípios e unidades sanitárias que deverá estar formulado até à primeira metade de 2018. Em cada província implementar-se-á um sistema regular de visitas a municípios programadas em conformidade com os critérios do modelo de supervisão formativa. O técnico epidemiologista da OMS/DNSP ajudará a elaborar o plano de supervisão e fará parte da equipa de supervisão e posteriormente, irá delegando responsabilidades a outros membros da equipa provincial de saúde pública. As visitas de supervisão estarão integradas com as actividades de assistência técnica da equipa provincial.

Proposta do Programa de Reforço das Capacidades de Gestão Municipal de Saúde

Objectivo Principal

Contribuir para o processo de descentralização/desconcentração da saúde por meio do reforço das capacidades das equipas de saúde pública do nível provincial e municipal para gerir os programas de saúde, com ênfase para a saúde da mãe e da criança e da vigilância e resposta a surtos epidémicos e outros eventos de importância para a saúde pública.

Objectivos Específicos

Para o efeito, os objectivos específicos serão os seguintes:

- a) Facilitar a criação e o funcionamento de equipas de vigilância nos hospitais provinciais e municipais da Província.
- b) Apoiar o desenvolvimento e a implementação de uma vigilância activa no nível provincial e municipal incluindo a elaboração de planos de visitas de vigilância, o treinamento em serviço de técnicos do nível provincial e municipal e a mobilização de recursos locais para as actividades de campo.
- c) Apoiar o desenvolvimento da Vigilância Integrada de Doenças e Resposta (VID-R) em todos os municípios da Província.
- d) Apoiar a vigilância e investigação de surtos de doenças potencialmente epidémica, particularmente das doenças imunopreveníveis.
- e) Apoiar a implementação de um padrão de supervisão a nível provincial e municipal.
- f) Prestar apoio técnico e supervisão à implementação do novo sistema de informação de saúde (DHIS2) a nível provincial e municipal, incluindo a Auditoria de Qualidade de Dados (DQS).
- g) Apoiar o desenvolvimento e monitorização dos planos municipais de saúde (PMDS).
- h) Apoiar o funcionamento dos comités de mortes maternas a nível provincial e municipal.

Estratégia

- Criação de equipas de supervisão e de assistência técnica em cada Província dependentes da Direcção Nacional de Saúde Pública constituídas por um epidemiologista e um motorista e com condições de trabalho que garantem o apoio às equipas técnicas provinciais.
- Implementação de um pacote de ferramentas de gestão
- Implementação de um modelo de supervisão integrada ao acompanhamento do uso das ferramentas de gestão

Coordenação

Direcção Nacional de Saúde Pública

6.3.3. Implementação das bases de dados provinciais e municipais do DHIS2. Dando seguimento aos workshops de implementação do novo sistema de informação em cada Província, as futuras visitas de supervisão da equipa provincial aos municípios deverão incluir actividades de apoio à implementação do novo sistema de informação DHIS2. Isto poderá envolver inicialmente a supervisão e o apoio à inserção de dados, a monitorização da prontidão e integridade, e a solução de problemas pontuais de oportunidade, qualidade e conservação dos relatórios recebidos. O roteiro de implementação do DHIS2 em cada município será complementado com as actividades do plano de melhoria da qualidade de dados.

- 6.3.4. **Implementação de ferramentas para monitorização de desempenho.** Quando as bases de dados já estiverem criadas, a assistência técnica durante as visitas de supervisão deverá começar a ter o seu foco na implementação de um pacote de ferramentas e procedimentos de processamento e informação de dados, elaborados pelo Nível Central, e que servirá para que cada município seja capaz de monitorizar o desempenho dos programas de saúde incluindo as metas dos seus planos municipais de saúde. Numa etapa final as visitas estarão maioritariamente focadas na análise, discussão e tomada de decisões.
- 6.3.5. **Elaboração dos planos provinciais e municipais de preparação e resposta a surtos.** Outra tarefa a ser implementada durante as visitas aos municípios será a elaboração dos planos de preparação e resposta a surtos (PPRS) para cada município trabalhando-se não só com o supervisor municipal de VE mas envolvendo nas discussões ao chefe de secção dos programas de saúde e ao próprio Director Municipal de Saúde. O apoio do técnico também incluirá a activação dos comités municipais de mortes maternas.
- 6.3.6. **Apoio às reuniões da equipa provincial de saúde pública.** O técnico epidemiologista da OMS/DNSP apoiará as equipas técnicas provinciais na organização e no seguimento de reuniões formais periódicas de discussão/análise de dados provenientes da monitorização dos programas e das visitas de supervisão.

6.4. O que será realizado?

Actividades principais

1. Criação e implementação do Programa Nacional de Reforço das Capacidades de Gestão.
2. Implementação de planos de supervisão e assistência técnica aos municípios.
3. Implementação das bases de dados provinciais e municipais do DHIS2.
4. Implantação do uso de ferramentas para monitorização do desempenho dos programas de saúde pública a nível provincial e municipal.
5. Elaboração dos planos provinciais e municipais de preparação e resposta a surtos epidémicos e dos planos de vigilância activa de casos.
6. Reforço do desempenho pelas equipas técnicas provinciais.

Actividade 1: Criação e implementação do Programa Nacional de Reforço das Capacidades de Gestão

- 6.4.1. A criação do Programa Nacional de Reforço das Capacidades de Gestão tem como propósitos:
- Dar suporte legal e administrativo à implementação de equipas da DNSP em cada Província para apoiar às equipas técnicas provinciais;
 - Sustentar a transferência dos recursos humanos e materiais financiados pela pólio nas estruturas do Ministério da Saúde;
 - Garantir a sustentabilidade da alocação de recursos financeiros adicionais e especiais à DNSP, para as actividades de apoio às direcções provinciais de saúde; e
 - Criar condições especiais para o reforço da DNSP com recursos humanos e equipamento.

- 6.4.2. A sustentação da criação deste programa bem como a enunciação da sua finalidade, actividades, organização, implementação e outros assuntos afins serão explicados num projecto de Resolução Ministerial elaborado pela DNSP com apoio da OMS e outros parceiros envolvidos no apoio técnico. Procurar-se-á o nível mais alto de aprovação para este Programa. A criação do Programa deveria estar aprovada até fim de Setembro de 2018.
- 6.4.3. Assim que o Programa for criado, será recrutada uma equipa mínima (o MINSA indigitará um profissional com experiência e domínio de gestão dos cuidados primários de saúde para a sua coordenação e um técnico informático com domínio avançado das ferramentas de gestão de dados). O recrutamento desta equipa deveria ser concluído até princípios do 4º trimestre de 2018.
- 6.4.4. A tarefa inicial do coordenador será organizar uma equipa de trabalho e, partindo da proposta de termos de referência para as equipas provinciais da DNSP elaborar um plano de trabalho e o respectivo orçamento para os próximos quatro anos. Nesta tarefa, poderá contar com o apoio da OMS e de outros parceiros. O plano bianual e o orçamento serão objecto de uma actividade adicional de mobilização de recursos a nível central que deverá articular-se com a implementação do plano de comunicação e advocacia da transição da pólio. O plano deverá ser submetido à aprovação pela DNPS, em Novembro de 2018.

Actividade 2: Implementação dos planos de supervisão e assistência técnica aos Municípios.

- 6.4.5. A partir de Maio de 2018, com apoio da OMS e do UNICEF, a DNSP deverá fazer a revisão do modelo vigente de supervisão. Este documento deve ser revisto urgentemente para facilitar o apoio técnico integrado que se deve prestar aos municípios no desenvolvimento dos componentes das três áreas de saúde (Objectivo 2, actividade 1, 2 e 4) e para o desenvolvimento do sistema de informação de monitorização e a elaboração dos planos municipais de preparação e resposta a surtos epidémicos. Dentre as definições do novo modelo de supervisão, destacam-se as seguintes:

- Os critérios para planificar as visitas de supervisão;
- A metodologia de preparação de uma visita de supervisão;
- As listas de verificação para visitas a municípios e unidades sanitárias;
- As ferramentas para recolha de dados durante as visitas (sobre população, recursos, humanos, inventário de equipamento de programas, agentes comunitários, etc.);
- O material de apoio para refrescamento durante as visitas;
- O sistema de informação da supervisão;
- Os indicadores a serem usados para monitorização e avaliação;
- As actividades pós-visita.

Devem ser desenvolvidas as ferramentas adicionais necessárias para este propósito. De igual modo, poderá ser necessário explorar experiências de outros países ou rever as iniciativas actuais de utilização de tábletes para incluir novas perspectivas.

- 6.4.6. Quando o modelo de supervisão estiver completamente definido e aprovado pela DNSP, será necessário começar a desenvolver as ferramentas para sua implementação e monitorização. Isto pode implicar a criação de listas de verificação, formatos de registo, protocolos de verificação, formulários para captura de dados com aplicações informática e bases de dados

na plataforma DHIS2. Um processo de validação com testes no terreno poderia servir para consolidar esta actividade. Esta actividade deveria finalizar até finais de Setembro de 2018.

- 6.4.7. A implementação do modelo de supervisão será realizado através de um workshop seguido de visitas da equipa central da DNSP para acompanhar a elaboração dos planos provinciais de supervisão e de uma linha de base dos programas. Uma equipa nacional de supervisão será organizada com os técnicos dos diferentes programas da DNSP para acompanhar o processo. O plano nacional de supervisão deverá estar pronto ao longo do 4º trimestre de 2018.
- 6.4.8. Quando os planos provinciais de supervisão começarem a ser implementados, a equipa nacional implantará a monitorização de todas as actividades de supervisão e programará as suas visitas de seguimento de acordo com o plano de supervisão do nível central. A monitorização da supervisão deverá estar implantada em Dezembro de 2018.

Actividade 3: Implementação das bases de dados provinciais e municipais de DHIS2

- 6.4.9. Será necessária a criação das bases de dados para os programas prioritários de saúde pública (no quadro deste plano serão prioritárias as bases de dados da vigilância epidemiológica, do PAV e de Promoção de Saúde) bem como os formulários para inserção de dados e os perfis de acesso para cada um dos responsáveis provinciais e municipais dos programas que ingressarão os dados. Esta tarefa será realizada em forma conjunta entre a DNSP, a OMS e o Gabinete de Tecnologia de Informação do MINSa (GTI). Este trabalho deve ser concluído até o 4º trimestre de 2018.
- 6.4.10. Da mesma forma devem ser elaborados os instrutivos para a introdução de dados, de forma a que esteja garantida a autoformação dos responsáveis pelo inserção de dados. Os instrutivos devem estar finalizados até o 4º trimestre de 2018.
- 6.4.11. A partir da segunda metade do ano 2018, em cada sede provincial começarão a ser organizados workshops provinciais de formação para as equipas municipais para o inserção de dados para as equipas municipais em cada sede provincial. A equipa central se organizará para ao longo de seis meses poder cobrir todo o País e ter atingido todas as equipas municipais.
- 6.4.12. Depois da implementação dos workshops, o apoio técnico para reforçar a implementação das bases de dados municipais será incluído na agenda das visitas de supervisão a cada município. Os temas incluirão ingresso de dados, a monitorização da prontidão e integridade do ingresso de dados, a descarga de dados e a organização dos arquivos se estenderá até verificar-se que o município há desenvolvido totalmente a capacidade para o ingresso de dados. Até fim do 1º trimestre de 2021 este processo deveria ter finalizado.

Actividade 4: Implementação de ferramentas para a monitorização do desempenho dos programas de saúde pública.

- 6.4.13. No quarto trimestre de 2018, depois de finalizada a criação das bases de dados dos programas de saúde, os perfis de acesso para os municípios e os instrutivos para o inserção de dados, as equipas da DNSP, a OMS, GEPE e GTI começarão a desenhar e a elaborar as ferramentas para análise de dados que serão utilizadas a nível provincial e municipal. Algumas farão parte da estrutura do DHIS2, mas outros deverão ser criados fora deste

aplicativo para o uso com os dados descarregados ou importados a partir da base de dados existente nos computadores. Estas últimas ferramentas (arquivos de Excel ou Access com fórmulas ou instruções para elaborar análises de dados ou criar relatórios) não só devem ser capazes de fazer os cálculos para todos os indicadores do sistema de monitoria de cada programa, mas também devem poder produzir tabelas e gráficos que forneçam os dados esperados para a tomada de decisões. Pode ser necessário o recrutamento de um especialista em informática para reforçar a equipa do nível nacional e acelerar este processo. Este processo deve completar-se até finais do ano 2018.

- 6.4.14. Conjuntamente com a criação das ferramentas de monitoria do desempenho, deverão ser criados guiões para sua utilização, os quais deverão incluir, também, os procedimentos para interpretar os dados.
- 6.4.15. No 3º trimestre do ano 2019, serão organizados os workshops de formação para a utilização das ferramentas de processamento, análise de dados e informação dos indicadores para as equipas municipais em cada sede provincial. A equipa central organizar-se-á para, ao longo de seis meses, poder cobrir todo o País e, assim, atingir todas as equipas municipais. Durante a visita dos facilitadores nacionais para a realização de cada workshop, serão planificadas também as actividades de apoio técnico a cada município como parte do plano de supervisão provincial.
- 6.4.16. Ao longo de 2019, 2020 e 2021, os municípios receberão apoios da equipa provincial para implementar o uso da ferramenta e para começar a elaborar os relatórios para o Director Municipal de Saúde com o desempenho dos programas de saúde pública cobertos pelas actividades anteriores de forma que até fim desse ano esta actividade esteja completamente implantada em todas as províncias e municípios.

Actividade 5: Elaboração dos planos provinciais e municipais de preparação e resposta a surtos epidémicos e dos planos de vigilância activa de casos.

- 6.4.17. Usando as directrizes do Manual Nacional de Vigilância Integrada de Doenças e Resposta (VID-R), as equipas da DNSP e da OMS elaborarão, um plano piloto de preparação e resposta a surtos (PPRS) de dois municípios. O plano deve contemplar não só a ocorrência de surtos por doenças imunopreveníveis (especialmente a pólio, o sarampo e a febre amarela) mas também outras situações como cólera, doença de Marburgo e gripe aviária. Os aspectos de comunicação e mobilização social serão também incluídos. Este exercício aproveitará as lições aprendidas da pólio e da resposta a surtos anteriores e poderá alimentar-se de modelos obtidos de outros países. Poderá ser necessário contar com o apoio de especialistas do escritório regional da OMS e do UNICEF. A versão final dos dois planos deverá servir de modelo para sua implementação no resto do País. Esta actividade será concluída no fim do 3º trimestre de 2018.
- 6.4.18. A experiência obtida com a elaboração dos dois primeiros PPRSs será utilizada para elaborar um instrutivo metodológico e como um paradigma de plano que possa ser adoptado para os municípios do País. O instrutivo deve ser o suficientemente completo e didáctico, para assegurar a elaboração do plano sem necessidade de apoio adicional. A versão final do instrutivo deve ser finalizada em Outubro de 2018.

- 6.4.19. O instrutivo será apresentado na primeira reunião nacional de avaliação em que participarem as equipas provinciais da DNSP e os supervisores provinciais de vigilância epidemiológica, esperando que isso aconteça aproximadamente no último trimestre de 2018.
- 6.4.20. Depois do workshop, começará a elaboração dos PPRS municipais em cada Província. A equipa provincial deverá incluir na agenda de cada visita a município sessões de trabalho com as equipas municipais para a elaboração conjunta do PPRS. Isso deverá avançar durante os próximos meses, esperando que o trabalho esteja completado deve ser completado até o primeiro trimestre de 2020 (as províncias com menor número de municípios deverão concluir este trabalho a mediados de 2019 entanto que as de maior número de municípios finalizarão este trabalho a fim de 2019 ou no primeiro trimestre de 2020).
- 6.4.21. À medida em que os PPRS estiverem prontos, serão submetidos aos Administradores Municipais para aprovação. Cópias digitalizadas da versão aprovada serão submetidas à direcção provincial de saúde e à DNSP para validação desta actividade.
- 6.4.22. Com os planos municipais finalizados, as equipas provinciais de saúde pública devem elaborar um plano provincial de preparação e resposta a surtos que deve estar em concordância com as acções e recursos reflectidos nos PPRS municipais. A DNSP fornecerá orientações adicionais para a elaboração destes planos provinciais. Finalizados os planos, estes serão submetidos ao Governo Provincial e à DNSP para validar a finalização do processo. O processo total deverá estar concluído em meados de 2020.

Actividade 6: Implementação do relatório de monitorização de desempenho e das reuniões das equipas técnicas provinciais.

- 6.4.23. Um componente final do reforço das capacidades de gestão das equipas provinciais será o apoio para a implantação de um sistema de reuniões regulares (quinzenais ou mensais) da equipa provincial de saúde pública para acompanhar o resultado das supervisões e da monitorização do desempenho em cada programa de saúde priorizado. Durante o segundo trimestre de 2018, a DNSP elaborará um guião que explique:
- os pontos regulares que devem ser tratados como parte da agenda;
 - os relatórios ou boletins de análise de dados que devem ser elaborados para sua discussão pela equipa técnica;
 - os critérios a serem usados para discutir o desempenho dos programas de saúde;
 - a documentação e registo das reuniões

O técnico epidemiologista provincial da OMS/DNSP actuará como facilitador para implementar o guião.

- 6.4.24. A criação progressiva de um modelo de boletim trimestral para apresentar os principais indicadores deve ser outra tarefa a ser realizada pela DNSP com apoio da OMS. A elaboração deste boletim trimestral aproveitará os resultados da implementação das bases de dados provinciais e das ferramentas de processamento e análise de dados. Os primeiros boletins priorizarão o seguimento dos indicadores da VE, do PAV e da PS. Progressivamente, serão adicionados os outros programas ou áreas de saúde prioritários.

6.4.25. O guião e os modelos de boletim trimestral serão enviados às equipas técnicas provinciais para começar a sua implementação. As reuniões regulares das equipas provinciais começarão a partir da segunda metade de 2018. Adicionalmente, e paralelamente a cada visita de supervisão da equipa central da DNSP será reforçada a implementação destes encontros, convocando-se uma reunião especial com a equipa visitante. Um mecanismo de armazenamento de cópias das actas, um sistema de registo dos acordos das reuniões e da monitorização do seu cumprimento será criado na nuvem ou através do sistema DHIS2 para seguimento e validação pela DNSP.

6.5. Como será executado?

Actividade 1

- 6.5.1. A elaboração da proposta de decreto para a criação e implementação do Programa Nacional de Reforço de Capacidades será realizada em conjunto entre a DNSP, o GEPE e o Gabinete Jurídico (GJ) do Ministério da Saúde.
- 6.5.2. A dotação de recursos para o funcionamento do Programa será coberta inicialmente com os recursos actuais do programa da pólio, especialmente o pessoal, os equipamentos e o financiamento das equipas provinciais. A OMS ajustará o seu plano operativo para priorizar as actividades deste plano na sua agenda de cooperação com o MINSA. Porém, como os recursos da pólio começarão a diminuir a partir do ano 2018, deverão mobilizar-se recursos adicionais para estender o apoio de todas as equipas até o ano 2022.
- 6.5.3. Em termos de recursos financeiros para recursos humanos será necessário incluir:
 - A equipa da DNSP que coordenará o apoio através das equipas provinciais. Propõe-se que sejam indicados (ou recrutados) um especialista em gestão de cuidados primários e saúde pública que coordene e monitorize as actividades e um especialista de informática que ajude a construir as ferramentas de monitorização e ajude à produzir os dados para facilitar o seguimento de todas as actividades.
 - A equipa da OMS que continuará a facilitar a assistência técnica a este processo e a apoiar a VE, o PAV e a PS.
 - As 21 equipas provinciais (um epidemiologista provincial e um motorista em cada Província, incluindo 4 equipas para a Província de Luanda. Entre 2018 e 2019 o recrutamento pela DNSP deverá cobrir as províncias onde a OMS vai reduzindo as suas equipas. A partir de 2020 todas as equipas serão recrutadas pela DNSP.
 - Os custos operativos essenciais para garantir o funcionamento das equipas provinciais: combustível para viaturas, gastos de manutenção das viaturas, serviços de internet por modem ou cabo, material de escritório incluindo tinteiros para impressora e toner para fotocopiadora, envio de amostras ao Nível Central.

Actividade 2

- 6.5.4. A implementação do novo modelo de supervisão vai requerer que se assegurem o financiamento das actividades de supervisão da equipa central e das equipas provinciais. Para este efeito, será necessário financiar pelo menos os custos de per-diem para 2 pessoas da equipa provincial que visitarão pelo menos durante 10 dias por mês os municípios de interior (onde devem igualmente pernoitar).

Actividade 3

6.5.5. A implementação das bases de dados municipais há-de requerer fundos para a organização de workshops de 4 dias em cada sede província em que participarão facilitadores do Nível Central, e 2 membros de cada município (um estatístico e um supervisor de programas de saúde de PAV ou VE), e a equipa técnica provincial incluindo os responsáveis da estatística e gestão de dados na Província.

Actividade 4

6.5.6. A criação das ferramentas em Access ou Excel para a monitorização do desempenho pode requerer a contratação de um informático com domínio avançado destes aplicativos por espaço de 4 meses. Este pode ser o informático recrutado para a gestão de programas da DNSP ou um especialista adicional se a demanda de trabalho para completar as ferramentas de todos os programas não pudesse ser coberta pelo primeiro.

6.5.7. De forma similar à actividade 3, serão necessários workshops provinciais para treinar os estatísticos municipais na utilização das ferramentas para monitorização do desempenho.

Actividade 5

6.5.8. A elaboração do modelo de PPRS pode requerer o apoio técnico de especialistas do escritório regional da OMS que apoiem a criação do modelo de plano e de instrutivo.

6.6. Orçamento

6.6.1. O orçamento mudará para cada um dos 4 cenários definidos em função à disponibilidade de fundos e o acordo do MINSA e os seus parceiros (ver ponto 3,4 da *Secção 2 Objectivos, Estratégias e Cenários de Implementação*). A decisão do cenário afectará os custos atribuídos por recrutamento ou contratação de recursos humanos afectando o orçamento total para este objectivo.

Tabela nº 14
Orçamento do Objectivo 3 para os quatro cenários definidos

ACTVIDADE	RECURSOS NECESSÁRIOS	CENÁRIO 1 ¹²	CENÁRIO 2 ¹³	CENÁRIO 3 ¹⁴	CENÁRIO 4 ¹⁵
Actividade 1: Criação e implementação do Programa Nacional de Reforço das Capacidades de Gestão	Recrutamento de uma equipa de gestão do programa na DNSP	560.000 USD	304.850 USD	560.000 USD	0 USD
	Contratação das equipas provinciais de apoio às províncias pela DNSP	5.092.080 USD	2.463.720 USD	0 USD	0 USD
	Contratos da equipa central de apoio da OMS	6.194.450 USD	6.194.450 USD	6.194.450 USD	1.238.890 USD
	Contratos das equipas provinciais da OMS	4.891.530 USD	4.891.530 USD	15.140.450 USD	4.891.530 USD
	Contratos da equipa administrativa central da OMS	3.244.080 USD	3.244.080 USD	6.721.740 USD	3.244.080 USD
	Custos operativos das equipas provinciais	2.362.454 USD	2.362.454 USD	2.362.454 USD	2.362.454 USD
Actividade 2: Implementação dos planos de assistência técnica aos municípios	Visitas de assistência técnica e supervisão a cada Município pelas equipas provinciais	3.539.160 USD	3.539.160 USD	3.539.160 USD	3.539.160 USD
Actividade 3: Implementação das bases de dados provinciais e municipais de DHIS2	18 encontros provinciais para formar os gestores de dados de DHIS2	580.456 USD	580.456 USD	580.456 USD	580.456 USD
Actividade 4: Implementação de ferramentas para a monitorização do desempenho dos programas de saúde pública.	18 encontros provinciais para formar na utilização das ferramentas de monitorização e desempenho dos programas	580.456 USD	580.456 USD	580.456 USD	580.456 USD
MONTANTE TOTAL		27.044.665 USD	24.160.245 USD	35.678.565 USD	17.675.915 USD

¹² Cenário 1 – Recrutamento dos recursos humanos da pólio pelo Nível Central sob um regime especial com contrato a termo certo com salários melhorados, transferência dos recursos físicos à DNSP e execução dos custos operativos pela OMS

¹³ Cenário 2 – Recrutamento dos recursos humanos da pólio pelo Nível Central com contrato a termo certo com a escala salarial da administração pública, transferência dos recursos físicos à DNSP e execução dos custos operativos pela OMS

¹⁴ Cenário 3 – Manter os recursos da pólio com a OMS por um período adicional mas com uma equipa central mais reduzida

¹⁵ Cenário 4 – Não recrutar os recursos humanos da pólio e esperar que eles sejam contratados pelos Governos Provinciais, transferência dos recursos materiais para a DNSP e execução dos custos operativos em forma centralizada pela DNSP



7

Objectivo 4: Transferência dos recursos da pólio para o Ministério da Saúde

A transferência final dos recursos remanescentes para o Ministério da Saúde depois de atingida a erradicação da pólio também é abordada pelo Plano de Transição. Neste contexto, pretende-se que eles também continuem a contribuir para futuros objectivos de saúde, especialmente no caso dos recursos humanos cuja experiência adquirida possa resultar valiosa para o Sector.

Objectivo 4: Transferência dos recursos da pólio para o Ministério da Saúde

Resumo do Objectivo 4		
Objectivo	Resultados esperados	Actividades principais
Estabelecer os procedimentos de transferência dos recursos financiados pela pólio para o Ministério da Saúde.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ .Pessoal da pólio inseridos no MINSA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definição e aprovação do regime para incorporação do pessoal da pólio para o MINSA. ▪ Incorporação do pessoal da pólio para a DNSP.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transportes e equipamento da OMS transferidos para o MINSA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboração do plano de funcionamento e manutenção de equipamentos da DNSP. ▪ Transferência dos recursos materiais da pólio para o MINSA e as GPS/DPS.
Monitorização: Grupo Técnico de Coordenação e Monitorização - DNSP		

7.1. Prefácio

- 7.1.1. A iniciativa de erradicação da pólio tem sido uma fonte de aprendizagem para as pessoas envolvidas não só pelo Ministério da Saúde (MINSA) mas também pelos parceiros. Nos últimos 15 anos, o pessoal nacional da OMS que colaborou com as actividades a nível provincial e municipal acumulou conhecimentos técnicos especializados sobre vigilância epidemiológica, o programa de vacinação e outras intervenções de saúde pública de utilidade para o sistema de saúde. Quando os fundos da erradicação da pólio finalizarem, estes recursos podem ser perdidos a menos que se estabeleça uma estratégia de integração dos mesmos no sistema de saúde.
- 7.1.2. Considerando que a maioria do pessoal que trabalhou na pólio, ultrapassou a idade de admissão na carreira pública, que as competências deste pessoal são únicas e que os processos de recrutamento não são frequentes, deverá ser criado um mecanismo extraordinário para que tais quadros sejam integrados no sistema de saúde. No quadro do presente plano propõe-se que estes quadros sejam integrados no Nível Nacional para que possam ser inseridos inicialmente no Programa de Reforço das Capacidades de Gestão e garantir, deste modo, a sustentabilidade do apoio às províncias e os municípios.
- 7.1.3. Quando finalizar o processo da transição, os recursos materiais (viaturas, equipamentos informáticos e outros) que estiveram geridos pela OMS serão transferidos para o acervo do Ministério de Saúde para integrar o inventário da DNSP e serem atribuídos ao Programa de Reforço de Capacidades de Gestão, desde que ainda estejam funcionais.

7.2. Qual é a finalidade?

- 7.2.1. O objectivo 4 tem como propósito estabelecer quais os procedimentos a observar na transferência dos recursos humanos e materiais financiados pela pólio para o Ministério da Saúde.

7.3. O que se requer?

- 7.3.1. **Definição do regime de incorporação do pessoal da OMS no MINSA.** Será elaborado um projecto de norma especial para permitir a incorporação no MINSA do pessoal da OMS nas Províncias. Será necessário implementar uma estratégia de advocacia ao mais alto nível para conseguir a aprovação desta norma e facilitar a alocação de fundos para o recrutamento deste pessoal. O plano de comunicação e advocacia deverá considerar a aproximação a autoridades do Executivo (incluindo os Ministros de Finanças e da Administração Pública, Emprego e Promoção Social) e da Assembleia Nacional para assegurar o apoio à proposta.
- 7.3.2. **Elaboração do plano de funcionamento e manutenção de equipamentos da DNSP.** A fim de criar condições para a recepção dos equipamentos financiados pela pólio ou quaisquer outros no futuro, a DNSP elaborará um plano para o funcionamento e manutenção dos equipamentos em sua posse e aqueles que prevê receber. O plano será incluído no orçamento do seguinte ano.
- 7.3.3. Transferência dos recursos materiais da pólio para o MINSA e os GPS/DPS.
- 7.3.4. Incorporação do pessoal da Pólio na DNSP.

7.4. O que será realizado?

Actividades principais

1. Definição e aprovação do regime para incorporação final do pessoal da pólio para o MINSA.
 2. Incorporação do pessoal da pólio para a DNSP/MINSA
 3. Elaboração do plano de funcionamento e manutenção de equipamentos da DNSP.
 4. Transferência dos recursos materiais da pólio para o MINSA e as GPS/DPS.
-

Actividade 1: Aprovação do regime de incorporação do pessoal da pólio no MINSA.

- 7.4.1. No primeiro trimestre de 2021, o GEPE o Gabinete Jurídico e a DNSP trabalharão na elaboração de um projecto de norma para incorporação do actual pessoal financiado pela pólio no MINSA. A proposta será acompanhada por uma sustentação técnico-administrativa e financeira.
- 7.4.2. Elaborada a proposta, e com o aval do Ministério da Saúde, começará a advocacia a todos os actores com poder de decisão visando sua aprovação e o seu financiamento segundo a abordagem da estratégia de comunicação e de advocacia. Isto deverá ocorrer ao longo do segundo trimestre de 2021.
- 7.4.3. Depois da advocacia, a proposta será submetida para aprovação esperando-se que esta seja obtida no segundo trimestre de 2021.

Actividade 2: Elaboração do plano de funcionamento e manutenção de equipamentos da DNSP.

- 7.4.4. No segundo trimestre de 2018, a DNSP elaborará a actualização do seu inventário de equipamentos, incluindo aqueles que se encontrarem em Províncias.
- 7.4.5. No terceiro trimestre de 2018, aproveitando o instrutivo elaborado para as províncias e municípios (Objectivo 2), a DNSP elaborará o seu próprio plano de funcionamento e manutenção de equipamentos. Este exercício será executado todos os anos no mesmo período.
- 7.4.6. Finalizado o plano, este será submetido ao GEPE para aprovação e inclusão no orçamento da DNSP do ano seguinte. Este processo será realizado anualmente de forma similar, durante o último trimestre de cada ano.
- 7.4.7. Após da aprovação, e se os fundos forem atribuídos, a DNSP começará a implementação do plano.

Actividade 3: Transferência dos recursos materiais da pólio para outros programas, MINSA ou DPS.

- 7.4.8. Elaboração de um plano para transferência dos recursos materiais da pólio para outros programas, DPS ou MINSA
- 7.4.9. Submissão do plano para aprovação, elaboração e assinatura de acordos para transferência de bens.
- 7.4.10. Entrega dos bens.

Actividade 4: Incorporação do pessoal da pólio para a DNSP.

- 7.4.11. Aprovação do Decreto Executivo sobre a integração do pessoal da pólio no MINSA.
- 7.4.12. Comunicação com o pessoal a incorporar e recepção de processos de adesão
- 7.4.13. Registo do pessoal como quadros do MINSA
- 7.4.14. Reunião de apresentação do novo pessoal e entrega de credenciais

7.5. Como será executado?

- 7.5.1.

7.6. Orçamento

Não se prevêm custos para esta actividade por ser executadas pelas equipas centrais da DNSP, OMS e UNICEF.

7.7. Cronograma do Objectivo 4 com as actividades, tarefas, responsáveis e período de execução por trimestre

ACTIVIDADES E TAREFAS	RESPONSÁVEL	2018				2019				2020				2021				2022			
		1T	2T	3T	4T																
Actividade 1: Definição e aprovação do regime para incorporação do pessoal da pólio para o MINSA																					
1.1. Elaboração do projecto de norma para a incorporação do pessoal da pólio no MINSA.e sustento técnico-administrativo e financeiro.	DNSP, GEPE, GJ																				
1.2. Advocacia com autoridades do governo para aprovação da proposta: MINFIN, MAPESS, Conselho de Ministros, Assembleia Nacional	MINSA /OMS / UNICEF																				
1.3. Submissão da proposta para aprovação	DNSP																				
Actividade 2: Elaboração do plano de funcionamento e manutenção de equipamentos da DNSP.																					
2.1. Actualização do inventário dos equipamentos da DNSP.	DNSP																				
2.2. Elaboração do plano de funcionamento e manutenção dos equipamentos da DNSP.	DNSP, GEPE, OMS																				
2.3. Submissão do plano para o GEPE para aprovação e inclusão no orçamento da DNSP do ano seguinte.	DNSP																				
2.4. Implementação do plano	DNSP																				
Actividade 3: Transferência dos recursos materiais da pólio para outros programas, MINSA ou DPS.																					
3.1. Elaboração de um plano para transferência dos recursos materiais da pólio para outros programas, DPS ou MINSA	MINSA, OMS																				
3.2. Submissão do plano para aprovação, elaboração e assinatura de acordos para transferência de bens.	DNSP, OMS, GTI																				
3.3. Entrega dos bens.	DNSP, OMS, GTI, FG																				
Actividade 4: Incorporação do pessoal da pólio para a DNSP.																					
4.1. Aprovação da Resolução de integração do pessoal da pólio no MINSA.	MINSA																				
4.2. Comunicação com o pessoal a incorporar e recepção de processos de adesão	MINSA																				
4.3. Registo do pessoal como quadros do MINSA	MINSA																				

8

Orçamento e Financiamento do Plano de Transição

Orçamento e Financiamento do Plano de Transição

8.1. Visão geral do orçamento do plano para os quatro cenários e necessidades de financiamento

8.1.1. Dentre os quatro cenários sobre a implementação do projecto (ver numeral 3,4 da Secção 2, *Objectivos, estratégias e cenários de implementação do Plano de transição*) o **cenário 1 será o de referência para fins de descrição do orçamento** e das necessidades de mobilizar recursos para o financiamento. O orçamento total do Plano de Transição 2018-2022 está estimado em 29.102.841,67 USD. A tabela nº15 apresenta também o orçamento total calculado para os outros três cenários.

Tabela nº 15
Orçamento total do Projecto para cada cenário de implementação do Plano de Transição da Pólio

CENÁRIO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO	ORÇAMENTO TOTAL
Cenário 1: Recrutamento centralizado dos RHs com contratos a termo certo com salários melhorados, equipamentos transferidos à DNSP e OMS executando os custos operativos	29.102.841,67 USD
Cenário 2 Recrutamento centralizado dos RHs com contratos a termo certo com salários da administração pública, equipamentos transferidos à DNSP e OMS executando os custos operativos	26.042.549,17 USD
Cenário 3 Manter os recursos da pólio com a OMS por um período adicional mas com uma equipa central mais reduzida	37.560.869,17 USD
Cenário 4 Não recrutar os RHs da pólio e esperar que eles sejam contratados pelos Governos Provinciais, transferência dos recursos materiais à DNSP e a execução dos custos operativos em forma centralizada	19.558.219,17 USD

8.1.2. Como a transição da pólio implica que os recursos financiados pela Iniciativa Global de Erradicação da Pólio (IGEP) estejam adjudicados à implementação do presente Plano, já existe 11.747.418 USD da contribuição da OMS ao financiamento, o que significa que o montante em falta para implementar o plano será muito menor para cada cenário (ver Tabela nº16).

Tabela nº 16
Orçamento total do Projecto para cada cenário de implementação do Plano de Transição da Pólio

CENÁRIO	ORÇAMENTO TOTAL	FINANCIAMENTO DA IGEP	MONTANTE A SER FINANCIADO
Cenário 1	29.102.841,67 USD	11.747.418 USD	17.355.423,63 USD
Cenário 2	26.042.549,17 USD	11.747.418 USD	14.295.131,17 USD
Cenário 3	37.560.869,17 USD	11.747.418 USD	25.813.451,17 USD
Cenário 4	19.558.219,17 USD	11.747.418 USD	7.810.801,17 USD

8.2. Orçamento do plano de transição por objectivo e actividade (cenário 1)

8.2.1. O orçamento total do Plano de Transição da Pólio para o período 2018-2022 que está estimado para o cenário 1, considerando o mais vantajoso para este processo, é de 29.102.841,67 USD. A tabela nº9 apresenta o montante orçado para cada um dos quatro objectivos do Plano. O grosso do orçamento (93,5%) está concentrado nas actividades do objectivo 3 que está orientado para o reforço de capacidades de gestão de saúde pública das equipas provinciais e municipais através da melhora dos sistemas de informação, monitorização, supervisão e na elaboração de planos de preparação e resposta a surtos epidémicos. Estes montantes estão desagregados por actividade e por ano na tabela nº17.

Tabela nº 17
Orçamento do Plano de Transição da Pólio 2018-2022 de Angola por Objectivo

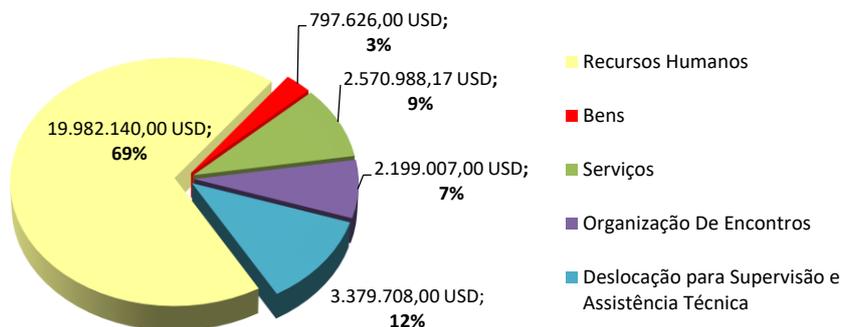
OBJECTIVO	MONTANTE ORÇADO
Objectivo 1: Consolidação das funções da pólio e das boas práticas no Sistema Nacional de Saúde	152.312,50 USD
Objectivo 2: Reforço das capacidades para executar as funções da pólio	1.905.864,00 USD
Objectivo 3: Reforço da gestão provincial e municipal de Saúde Pública com ênfase para a atenção à mãe e a criança	27.044.665,17 USD
Objectivo 4: Transferência dos recursos da pólio para o Ministério da Saúde	0,00 USD
ORÇAMENTO TOTAL DO PLANO DE TRANSIÇÃO	29.102.841,67 USD

8.2.2. A tabela nº18 e o gráfico nº6 apresentam o orçamento desagregado por tipo de custo. Os custos em recursos humanos representam a maior proporção do orçamento com pouco mais de dois terços do orçamento total (19.982.140 USD). A segunda rubrica mais importante são os custos de deslocação para supervisão e assistência técnica (3.379.708 USD), que representam quase 12% do orçamento total. Ambos correspondem a 80% do total do orçamento.

Tabela nº 18
Orçamento do Plano de Transição da Pólio 2018-2022 de Angola por Rubrica de Gasto

TIPO DE ACTIVIDADE	2018	TOTAL	PERCENT.
Recursos Humanos	6.485.980,00 USD	19.982.140,00 USD	68,7%
Bens	166.725,20 USD	797.626,00 USD	2,7%
Serviços	734.509,63 USD	2.742.548,17 USD	9,4%
Organização De Encontros	768.904,00 USD	2.200.819,50 USD	7,6%
Deslocação para Supervisão e Assistência Técnica	626.356,00 USD	3.379.708,00 USD	11,6%
TOTAL	8.782.474,83 USD	29.102.841,67 USD	100,0%

Gráfico nº 6
Composição do Orçamento do Plano de Transição 2018-2022



8.3. Financiamento do Plano de Transição

8.3.1. O fundos da Iniciativa Global de Erradicação da Pólio (IGEP) atribuídos a Angola para os anos 2018 e 2019, e estimados em aproximadamente 12,4 milhões de dólares podem assegurar uma parte importante do orçamento do Plano de Transição se forem reorientados para executar as acções deste plano sem deixar de cumprir o seu objectivo de garantir a execução das actividades de apoio permanente à vigilância das paralisias flácidas agudas (PFA), reforço da vacinação de rotina e outros questões necessárias para Angola manter o estatuto de “país livre da Pólio” e contribuir para a certificação da erradicação da pólio na região africana. Porém, isto deve ser complementado com o investimento de fundos do Orçamento Geral do Estado (OGE) e a mobilização de fundos de doadores ou parceiros tradicionais ou de potenciais doadores a serem identificados para assegurar o financiamento total deste Plano.

8.3.2. A tabela nº19 apresenta o orçamento total do plano por cada ano. Os fundos da pólio cobririam a maior parte das despesas dos anos 2018 e 2019, relacionadas na sua maioria aos custos de recursos humanos, mas não contribuirão mais além desse período. Será necessário mobilizar 1,9 milhões de dólares americanos adicionais no primeiro ano, 1,6 milhões no segundo e posteriormente aproximadamente 3,49 milhões por ano nos próximos 3 anos.

Tabela nº 19
Orçamento do Plano de Transição da Pólio 2018-2022 de Angola por Rúbrica de Gasto

ANO	INICIATIVA GLOBAL DE ERRADICAÇÃO DA	USAID	FINANCIADOR A IDENTIFICAR	TOTAL
2018	6.456.034,02 USD	331.652,82 USD	1.994.788,00 USD	8.782.474,83 USD
2019	5.291.384,02 USD	0,00 USD	2.474.439,32 USD	7.765.823,33 USD
2020	0,00 USD	0,00 USD	4.184.847,83 USD	4.184.847,83 USD
2021	0,00 USD	0,00 USD	4.184.847,83 USD	4.184.847,83 USD
2022	0,00 USD	0,00 USD	4.184.847,83 USD	4.184.847,83 USD
TOTAL	11.747.418,03 USD	331.652,82 USD	17.023.770,82 USD	29.102.841,67 USD

8.3.3. Os fundos do IGEP serão investidos principalmente nas actividades do objectivo 3. A implementação das actividades dos objectivos 1 e 2 requererá de um financiamento adicional na ordem de 1.884.804,00 USD (ver tabela nº20). No caso das actividades do Objectivo 3, um montante adicional de 14,6 milhões de dólares será necessário para implementar todas as actividades ao longo dos 5 anos.

Tabela nº 20
Orçamento do Plano de Transição da Pólio 2018-2022 de Angola por Rúbrica de Gasto

TIPO DE ACTIVIDADE	INICIATIVA GLOBAL DE ERRADICAÇÃO DA	USAID	FINANCIADOR A IDENTIFICAR	TOTAL
OBJECTIVO 1: CONSOLIDAÇÃO DAS FUNÇÕES DA PÓLIO E AS BOAS PRÁTICAS NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE	0,00 USD	0,00 USD	152.312,50 USD	152.312,50 USD
Actividade 2: Elaboração, validação e aprovação do manual de procedimentos de VE, PAV e Promoção da Saúde	0,00 USD	0,00 USD	65.912,50 USD	65.912,50 USD
Actividade 3: Reprodução e distribuição dos manuais de procedimentos.	0,00 USD	0,00 USD	86.400,00 USD	86.400,00 USD
OBJECTIVO 2: REFORÇO DAS CAPACIDADES PARA EXECUTAR AS FUNÇÕES DA PÓLIO	0,00 USD	297.854,00 USD	1.608.010,00 USD	1.905.864,00 USD
Actividade 1: Reforço da implementação de procedimentos integrados de VE, PAV e Promoção de Saúde para melhorar a acreditação do PVE e PAV.	0,00 USD	115.360,00 USD	0,00 USD	115.360,00 USD
Actividade 2: Mapeamento da situação do PVE e PAV a nível municipal segundo um modelo de acreditação do funcionamento destes programas	0,00 USD	0,00 USD	82.000,00 USD	82.000,00 USD
Actividade 3: Elaboração e implementação dos planos operativos por província para melhorar o nível de funcionamento de VE, PAV e Promoção da saúde.	0,00 USD	0,00 USD	762.432,00 USD	762.432,00 USD
Actividade 4: Reforço do apoio do INSP às actividades de vigilância de casos e vigilância ambiental.	0,00 USD	100.412,00 USD	369.198,00 USD	469.610,00 USD
Actividade 5: Reforço do seguimento das actividades de erradicação da pólio pelos comités nacionais da pólio.	0,00 USD	82.082,00 USD	302.436,00 USD	384.518,00 USD
Actividade 7: Elaboração e implementação dos orçamentos para operação e manutenção dos equipamentos com cada província e município.	0,00 USD	0,00 USD	91.944,00 USD	91.944,00 USD
OBJECTIVO 3: REFORÇO DA GESTÃO PROVINCIAL E MUNICIPAL DA SAÚDE PÚBLICA COM ÊNFASE NA ATENÇÃO À MÃE E A CRIANÇA	11.747.418,03 USD	33.798,82 USD	15.263.448,32 USD	27.044.665,17 USD
Actividade 1: Criação e implementação do Programa Nacional de Reforço de Capacidades de Gestão	10.931.754,03 USD	33.798,82 USD	11.379.041,32 USD	22.344.594,17 USD
Actividade 2: Implementação de planos de supervisão e assistência técnica aos municípios.	815.664,00 USD	0,00 USD	2.723.496,00 USD	3.539.160,00 USD
Actividade 3: Implementação das bases de dados provinciais e municipais do DHIS2.	0,00 USD	0,00 USD	580.455,50 USD	580.455,50 USD
Actividade 4: Implementação das ferramentas para monitorização do desempenho dos programas de saúde pública a nível provincial e municipal	0,00 USD	0,00 USD	580.455,50 USD	580.455,50 USD
TOTAL	11.747.418,03 USD	331.652,82 USD	17.023.770,82 USD	29.102.841,67 USD

8.3.4. Embora o momento actual não facilite o financiamento do OGE para o Plano de Transição, este pode ser introduzido a partir de 2019 permitindo os seu incremento progressivo nos anos seguintes. Os gastos que podem ser assumidos com maior facilidade pelo orçamento público por fazerem parte dos custos regulares das actividades implementadas pela Direcção Nacional de Saúde Pública são os seguintes:

- Custos de organização de encontros
- Custos de deslocação da equipa central para supervisão.
- Custos de deslocação das equipa provinciais para supervisão.
- Custos operacionais do sistema de vigilância: custos de combustível, custos de chamadas telefónicas e pacotes de dados para acesso à internet, custo de envios de amostras ao nível central e ao exterior.

- Custos de manutenção dos equipamentos de apoio: manutenção e reparação de viaturas, manutenção de equipamentos informáticos (antivírus, licencias para aplicações, etc.)

8.3.5. Outros custos que possam ser absorvidos pelo OGE dependerão da opção estratégica finalmente aprovada e concordada entre o Ministério da Saúde (MINSa), os seus parceiros e os doadores.

8.3.6. A tabela nº21 apresenta uma lista de potenciais financiadores identificados em função às áreas de assistência técnica priorizadas por cada organização.

Tabela nº 21
Orçamento do Plano de Transição da Pólio 2018-2022 de Angola por Rúbrica de Gasto

OBJECTIVO	MONTANTE ORÇADO	POSSÍVEIS FINANCIADORES
Objectivo 1: Consolidação das funções da pólio e as boas práticas no Sistema Nacional de Saúde	152.312,50 USD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Projecto PASS 2 ▪ GAVI ▪ Sector privado
Objectivo 2: Reforço das capacidades para executar as funções da pólio	1.905.864,00 USD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ OMS/IGEP (Pólio) ▪ UNICEF ▪ GAVI ▪ Governo de Angola (OGE) ▪ Sector privado
Objectivo 3: Reforço da gestão provincial e municipal de Saúde Pública com ênfase para a atenção à mãe e à criança	27.041.665,17 USD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ OMS/IGEP (Pólio) ▪ Banco Mundial ▪ GAVI ▪ Governo de Angola (OGE) ▪ USAID ▪ Sector privado
Objectivo 4: Transferência dos recursos da pólio para o Ministério da Saúde	0,00 USD	
ORÇAMENTO TOTAL	29.102.841,67 USD	

8.3.7. A participação do orçamento geral do Estado e até do sector privado para cobrir parte os 16,5 milhões de dólares adicionais aos fundos do IGEP seria uma vantagem para atrair e convencer outros potenciais financiadores que estariam interessados num esquema de co-participação do financiamento.

8.3.8. Uma possível fonte de financiamento que deverá ser explorada é o Banco Mundial, que financiará um projecto de apoio ao sector saúde de 2018 a 2022.

Tabela nº 22
Orçamento Total do Plano de Transição de Angola por ano segundo Objectivo e Actividade (2018-2022)

TIPO DE ACTIVIDADE	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
OBJECTIVO 1: CONSOLIDAÇÃO DAS FUNÇÕES DA PÓLIO E AS BOAS PRÁTICAS NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE						152.312,50 USD
Actividade 2: Elaboração, validação e aprovação do manual de procedimentos de VE, PAV e Promoção da Saúde						
2.1 Revisão da proposta de manuais de procedimento	56.000,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	56.000,00 USD
2.2 Encontro de validação dos manuais de procedimentos no Nível Central	1.812,50 USD	0,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	1.812,50 USD
2.3 Elaboração da versão final dos manuais de procedimentos (com artes gráficas)	8.100,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	8.100,00 USD
Actividade 3: Reprodução e distribuição dos manuais de procedimentos.						
2.1 Reprodução dos manuais de procedimentos	86.400,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	86.400,00 USD
OBJECTIVO 2: REFORÇO DAS CAPACIDADES PARA EXECUTAR AS FUNÇÕES DA PÓLIO						1.905.864,00 USD
Actividade 1: Reforço da implementação de procedimentos integrados de VE, PAV e Promoção de Saúde para melhorar a acreditação do PVE e PAV.						
1.1 Organização do workshop de implementação dos protocolos e da implementação dos planos de reforço de VE, PAV e Promoção da Saúde	115.360,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	115.360,00 USD
Actividade 2: Mapeamento da situação do PVE e PAV a nível municipal segundo um modelo de acreditação do funcionamento destes programas						
2.1 Elaboração do instrutivo para avaliação do funcionamento do PAV, VE e Promoção da Saúde e das	82.000,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	82.000,00 USD
Actividade 3: Elaboração e implementação dos planos operativos por província para melhorar o nível de funcionamento de VE, PAV e Promoção da saúde.						
3.5 Visitas de supervisão e certificação de progressos pela equipa central da DNSP	0,00 USD	22.986,00 USD	22.986,00 USD	22.986,00 USD	22.986,00 USD	91.944,00 USD
3.6 Organização do workshop de avaliação de desempenho e progressos nos planos operativos	0,00 USD	167.622,00 USD	167.622,00 USD	167.622,00 USD	167.622,00 USD	670.488,00 USD
Actividade 4: Reforço do apoio do INSP às actividades de vigilância de casos e vigilância ambiental.						
4.1 Elaboração e implementação de planos de compra de material de laboratório para o apoio à	65.000,00 USD	56.000,00 USD	56.000,00 USD	56.000,00 USD	56.000,00 USD	289.000,00 USD
4.3 Organização de workshop de refrescamento em procedimento de despacho de substâncias	3.550,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	3.550,00 USD
4.4 Utilização dos fluxos para referência de amotras a nível nacional e internacional.	35.412,00 USD	177.060,00 USD				
Actividade 5: Reforço do seguimento das actividades de erradicação da pólio pelos comités nacionais da pólio.						
5.1 Implementação de um workshop de refrescamento dos novos membros dos comités nacionais da	22.483,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	22.483,00 USD
5.2 Encontros trimestrais de 2 dias dos 3 comités	13.760,00 USD	68.800,00 USD				
5.3 Implementação de retiro para revisão dos relatórios anuais dos comités para a OMS-AFRO	22.483,00 USD	112.415,00 USD				
5.4 Visitas de supervisão dos comités nacionais	14.356,00 USD	30.366,00 USD	30.366,00 USD	30.366,00 USD	30.366,00 USD	135.820,00 USD
5.5 Reuniões ordinárias dos Comités Nacionais	9.000,00 USD	45.000,00 USD				

Orçamento Total do Plano de Transição de Angola por ano segundo Objectivo e Actividade (2018-2022) cont.

TIPO DE ACTIVIDADE	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
OBJECTIVO 2: REFORÇO DAS CAPACIDADES PARA EXECUTAR AS FUNÇÕES DA PÓLIO						1.905.864,00 USD
Actividade 7: Elaboração e implementação dos orçamentos para operação e manutenção dos equipamentos com cada província e município.						
7.6 Elaboração dos planos provinciais e municipais de funcionamento e manutenção de equipamentos	0,00 USD	22.986,00 USD	22.986,00 USD	22.986,00 USD	22.986,00 USD	91.944,00 USD
OBJECTIVO 3: REFORÇO DA GESTÃO PROVINCIAL E MUNICIPAL DA SAÚDE PÚBLICA COM ÊNFASE NA ATENÇÃO À MÃE E A CRIANÇA						27.044.665,17 USD
Actividade 1: Criação e implementação do Programa Nacional de Reforço de Capacidades de Gestão						
1.3 Recrutamento da equipa do Programa Nacional de Reforço das Capacidades de Gestão.	6.958.470,83 USD	6.096.920,83 USD	3.096.400,83 USD	3.096.400,83 USD	3.096.400,83 USD	22.344.594,17 USD
Actividade 2: Implementação de planos de supervisão e assistência técnica aos municípios.						
2.5 Implementação dos planos de supervisão e assistência técnica.	707.832,00 USD	3.539.160,00 USD				
Actividade 3: Implementação das bases de dados provinciais e municipais do DHIS2.						
3.5 Organização do workshops regionais de implementação do ingresso de dados pelos municípios	580.455,50 USD	0,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	580.455,50 USD
Actividade 4: Implementação das ferramentas para monitorização do desempenho dos programas de saúde pública a nível provincial e municipal						
4.3 Implementação dos workshops provinciais para implementar o processamento, análise de dados e relato dos indicadores	0,00 USD	580.455,50 USD	0,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	580.455,50 USD
TOTAL	8.782.474,83 USD	7.765.823,33 USD	4.184.847,83 USD	4.184.847,83 USD	4.184.847,83 USD	29.102.841,67 USD

Tabela nº 23

Orçamento Total do Plano de Transição de Angola por ano segundo Rúbrica Tipo de Gasto Objectivo e Actividade (2018-2022)

TIPO DE ACTIVIDADE	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
RECURSOS HUMANOS						
Recrutamento de equipa central da DNSP	112.000,00 USD	560.000,00 USD				
Recrutamento de equipas provinciais da DNSP	484.960,00 USD	788.060,00 USD	1.273.020,00 USD	1.273.020,00 USD	1.273.020,00 USD	5.092.080,00 USD
Contratação da equipa central de transição da OMS	1.238.890,00 USD	6.194.450,00 USD				
Contratação da equipa técnica e administrativa de apoio à Pólio	1.622.040,00 USD	1.622.040,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	3.244.080,00 USD
Contratação das equipas provinciais da OMS	3.028.090,00 USD	1.863.440,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	4.891.530,00 USD
BENS						
Combustível para 22 viaturas	95.832,00 USD	479.160,00 USD				
Tinteiros e material de escritório	5.893,20 USD	29.466,00 USD				
Materiais para apoio laboratorial	65.000,00 USD	56.000,00 USD	56.000,00 USD	56.000,00 USD	56.000,00 USD	289.000,00 USD
SERVIÇOS						
Recrutamento de consultores - Elaboração de documentos técnicos	138.000,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	138.000,00 USD
Artes gráficas e infografia para manuais de procedimentos	8.100,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	8.100,00 USD
Reprodução dos manuais de procedimentos	86.400,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	86.400,00 USD
Serviços de envio de amostras ao nível central	33.798,82 USD	168.994,08 USD				
Serviços de transporte de amostras fora do país	35.412,00 USD	177.060,00 USD				
Serviços de manutenção de 21 viaturas	408.568,05 USD	2.042.840,24 USD				
Serviços de modem e conexão de internet	24.230,77 USD	121.153,85 USD				
ORGANIZAÇÃO DE ENCONTROS						
Workshops provinciais com técnicos dos municípios	580.455,50 USD	580.455,50 USD	0,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	1.160.911,00 USD
Workshops nacionais com equipas técnicas provinciais	115.360,00 USD	167.622,00 USD	167.622,00 USD	167.622,00 USD	167.622,00 USD	785.848,00 USD
Workshop com companhias de transporte	3.550,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	3.550,00 USD
Workshops dos comités nacionais de erradicação da pólio	44.966,00 USD	22.483,00 USD	22.483,00 USD	22.483,00 USD	22.483,00 USD	134.898,00 USD
Encontros da Equipa Central	1.812,50 USD	0,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	0,00 USD	1.812,50 USD
Encontros trimestrais dos comités	13.760,00 USD	68.800,00 USD				
Reuniões de trabalho bimensais dos comités	9.000,00 USD	45.000,00 USD				
DESLOCAÇÃO PARA SUPERVISÃO E ASSISTÊNCIA TÉCNICA						
Supervisão e assistência técnica aos municípios	612.000,00 USD	3.060.000,00 USD				
Supervisão e assistência técnica às Províncias	0,00 USD	45.972,00 USD	45.972,00 USD	45.972,00 USD	45.972,00 USD	183.888,00 USD
Supervisão dos comités nacionais de erradicação da pólio	14.356,00 USD	30.366,00 USD	30.366,00 USD	30.366,00 USD	30.366,00 USD	135.820,00 USD
TOTAL	8.782.474,83 USD	7.765.823,33 USD	4.184.847,83 USD	4.184.847,83 USD	4.184.847,83 USD	29.102.841,67 USD



9

Monitorização do Plano de Transição

Monitorização do Plano de Transição

9.1. Prefácio

9.1.1. Em termos gerais, o seguimento da execução do Plano de Transição está a cargo do Grupo Técnico de Coordenação e Monitorização da Transição da Pólio (GTCM), que tem como responsabilidades “*elaborar e desenvolver o sistema de monitorização e avaliação das actividades de Transição da Pólio*”; “*detectar precocemente situações de risco para a sustentabilidade das actividades de vigilância, vacinação e mobilização social necessárias para preservar em Angola a condição de País livre da Pólio e propor acções de resposta que devem ser incluídas ao Plano de Transição da Pólio*” e “*elaborar relatórios de progressos sobre a preparação e a execução do Plano de Transição da Pólio e as apresentações para disseminar estas informações ao Ministério da Saúde e aos seus parceiros, bem como às instâncias regionais e internacionais que realizam a coordenação global da Erradicação da Pólio*” (ver os Termos de referência do GCM no Anexo 2). Porém, para fins operativos, estas actividades estarão a cargo de uma equipa de monitorização do Plano cujo coordenador será o ponto focal de monitoria do Programa de Reforço de Capacidades da DNSP cuja função será organizar e implementar o sistema de monitorização a ser apresentado.

9.1.2. A monitorização de actividades seja realizada mensalmente e a situação dos indicadores de desempenho será analisada e disseminada através de um relatório mensal. O GTCM realizará ordinariamente uma apresentação sobre os progressos do Plano de Transição será realizada em forma trimestral ao Comité de Coordenação Interagências para apoiar a direcção e coordenação da implementação do Plano a esse nível.

9.2. Quadro de Monitoria e Avaliação.

9.2.1. A monitoria do Plano de Transição será feita através de três grupos de indicadores e um cronograma de elaboração de documentos e instrumentos. Em termos gerais foram propostas 19 indicadores distribuídos da seguinte forma:

- a) **Indicadores de Implementação do Plano de Transição:** 10 indicadores (6 para o seguimento do objectivo 2 e 4 para o objectivo 3).
- b) **Indicadores de Financiamento e Execução do Orçamento:** 3 indicadores
- c) **Indicadores de Desempenho das Funções da Pólio:** 6 indicadores

9.2.2. **Detalhe dos indicadores.** Os três grupos de indicadores são apresentados na tabela nº 24 na qual também indica-se a frequência de recolha destes dados. A definição, a fonte de dados e os responsáveis de recolher os dados estão detalhados no Anexo Nº 5.

9.2.3. **Quadro de Monitoria do Plano de Transição.** Um quadro de monitoria para fazer seguimento da implementação da execução do Plano de Transição com os resultados esperados para os 19 indicadores é apresentado na Tabela Nº25.

Tabela nº 24
Indicadores de Monitoria do Plano de Transição da Pólio 2018-2022)

GRUPO DE INDICADORES	INDICADOR	FREQUÊNCIA DOS DADOS
Indicadores de Implementação do Plano de Transição	<ol style="list-style-type: none"> 1) Nº de Províncias que completaram as sessões de revisão dos manuais de procedimentos com os seus municípios 2) Nº de Municípios que completaram as sessões de revisão dos manuais de procedimentos. 3) Nº acumulado de visitas de supervisão e assistência técnica da DNSP às Províncias no ano (2 visitas/província cada ano). 4) Nº de municípios com microplanos de Nível IV para todas suas áreas de vacinação 5) Nº de municípios com planos de funcionamento e manutenção de equipamentos aprovados pela Administração Municipal e financiados. 6) Nº de municípios que atingiram Nível IV para todos os seus indicadores de vacinação 7) Nº acumulado de visitas de supervisão e assistência técnica das equipas provinciais aos seus municípios com relatórios no sistema. 8) Nº de municípios a implementar o ingresso de dados no sistema de informação DHIS2 9) Nº de municípios a elaborar relatórios de monitoria de desempenho de programas e envia-los à DNSP. 10) Nº de municípios com Plano de Preparação e Resposta a Surtos elaborados e aprovados pela Administração Municipal 	Mensal
Indicadores de Financiamento e Execução do Orçamento	<ol style="list-style-type: none"> 1) % do orçamento do Plano com financiamento assegurado 2) % do orçamento do Plano de Transição executado 3) % dos desembolsados que foram justificados do Plano de Transição 	Trimestral
Indicadores de Desempenho das Funções da Pólio	<ol style="list-style-type: none"> 1) Número e % de municípios com mais de 100.000 habitantes menores de 15 anos que tem taxa de detecção de casos de PFAs não pólio (PFANP) ≥ 2 2) Número e % de municípios com cobertura de Penta 3 $\geq 90\%$ 3) Número e % de municípios com cobertura de Vacina de Pólio Inactivada (VPI) $\geq 90\%$ 4) Número e % de municípios com taxa de abandono cobertura de Vacina de Pólio Inactivada (VPI) $< 10\%$ 5) Número e % de municípios com planos de vacinação de rotina financiados pelas Administrações Municipais em mais de 75% do montante orçado. 6) Número e % de municípios com microplanos de campanha elaborados e orçados para todas suas áreas de vacinação. 	Mensual

Plano de Transição da Pólio de Angola 2018-2022

OBJECTIVO RELACIONADO	PRODUTO	LINHA BASE	2018			2019				2020				2021				2022			
			2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T
Indicadores de desempenho das actividades de erradicação da Pólio																					
	Número e % de municípios com mais de 100.000 habitantes menores de 15 anos que tem taxa de detecção de casos de PFAs não pólio (PFANP) ≥ 2				80%		80%		80%		85%		85%		90%		90%		95%		95%
	Número e % de municípios com cobertura de Penta 3 ≥ 90%				65%		65%		65%		65%		65%		80%		80%		90%		90%
	Número e % de municípios com cobertura de Vacina de Pólio Inactivada (VPI) ≥ 90% para 1ª e 2ª dose (quando for implementada)				65%		65%		65%		65%		65%		80%		80%		90%		90%
	Número e % de municípios com taxa de abandono cobertura de Vacina de Pólio Inactivada (VPI) < 10%										35%		35%		20%		20%		10%		10%
	Número e % de municípios com planos de vacinação de rotina financiados pelas Administrações Municipais em mais de 75% do montante orçado.	S / I																			
	Número e % de municípios com microplanos de campanha elaborados e orçados para todas suas áreas de vacinação.	0				2 1%	2 1%	2 1%	2 1%	4 2%	15 9%	44 26%	60 35%	87 51%	125 74%	150 88%	170 100%	170 100%	170 100%	170 100%	170 100%

Tabela nº 26
Lista de Documentos Intermédios ou Finais e Instrumentos a serem Elaborados no Plano de Transição da Pólio 2018-2022)

OBJECTIVO RELACIONADO	PRODUTO	MECANISMO DE ELABORAÇÃO	DATA LIMITE	APROVADOR
Objectivo 1	Lista de documentos relevantes para a biblioteca virtual de VE, PAV e Promoção da Saúde	Grupo de Trabalho da DNSP	jun-18	GTCM
Objectivo 1	Rascunho do Manual de procedimentos de vigilância epidemiológica	Consultor	jul-18	DNSP
Objectivo 1	Rascunho do Manual de procedimentos de Vacinação	Consultor	jul-18	DNSP
Objectivo 1	Rascunho do Manual de procedimentos de Promoção da Saúde	Consultor	jul-18	DNSP
Objectivo 2	Metodologia de certificação de organização e funcionamento das três áreas de saúde	Consultor	jul-18	DNSP
Objectivo 2	Plano de aquisição e abastecimento para actividades laboratoriais de apoio à VE	Grupo de Trabalho do INIS	jul-18	INIS
Objectivo 3	Termos de referência para a equipa de gestão do Programa Nacional de Reforço de Capacidades de Gestão		jul-18	DNSP
Objectivo 3	Modelo de supervisão integrado a assistência técnica aos Municípios	Consultor	jul-18	DNSP
Objectivo 1	Arquivo de documentos digitalizados para a biblioteca virtual	Grupo de Trabalho da DNSP	ago-18	GTCM
Objectivo 1	Proposta para armazenar e disponibilizar os documentos da biblioteca virtual	GTI	set-18	CCI
Objectivo 1	Rascunho final dos termos de referência das três áreas	Consultor	set-18	DNSP
Objectivo 2	Instrutivo para a avaliação do funcionamento das três áreas de saúde	Consultor	set-18	DNSP
Objectivo 2	Guião para elaborar os planos de funcionamento e manutenção de equipamentos	Grupo de Trabalho do GEPE	set-18	CCI
Objectivo 3	Ferramentas para implementação e monitorização do novo modelo de supervisão	Consultor	set-18	DNSP
Objectivo 3	Modelo de plano municipal de preparação e resposta a surtos epidémicos (PPRS)	Grupo de Trabalho da DNSP	set-18	DNSP
Objectivo 1	Versão validada dos três manuais de procedimentos	Grupo de Trabalho da DNSP	out-18	DNSP
Objectivo 3	Elaboração do instrutivo para a elaboração do PPRS municipal	Grupo de Trabalho da DNSP	out-18	DNSP

OBJECTIVO RELACIONADO	PRODUTO	MECANISMO DE ELABORAÇÃO	DATA LIMITE	APROVADOR
Objectivo 3	Plano de trabalho bianual do Programa Nacional de Reforço de Capacidades de Gestão	Coordenado do PNRCG	nov-18	DNSP
Objectivo 1	Biblioteca virtual implementada	GTI	dez-18	CCI
Objectivo 1	Versão dos três manuais de procedimentos com elaboração gráfica	Gráfica a ser contratada	dez-18	DNSP
Objectivo 2	Relatório de implementação da certificação da organização e funcionamento das 3 áreas de saúde	Grupo de Trabalho da DNSP	dez-18	DNSP
Objectivo 2	Estratégia nacional de reforço da VE, do PAV e da PS.	Consultor	dez-18	DNSP
Objectivo 2	Proposta de novo quadro de pessoal do DHVE e Dpto de PS	Grupo de Trabalho da DNSP	dez-18	DNSP
Objectivo 3	Plano Nacional de Supervisão (Nível Central)	Grupo de Trabalho da DNSP	dez-18	DNSP
Objectivo 3	Módulos e perfis do sistema de informação (incluindo supervisão e vigilância) para os municípios	Grupo de Trabalho do GTI	dez-18	Comissão DNSP/GEPE
Objectivo 3	Instrutivos para o ingresso de dados	Grupo de Trabalho do GTI	dez-18	Comissão DNSP/GEPE
Objectivo 1	600 cópias disponíveis de cada um dos três manuais de procedimentos	Gráfica a ser contratada	fev-19	DNSP
Objectivo 2	Instrutivo para a elaboração dos planos provinciais de reforço da VE, do PAV e da PS.	Consultor	fev-19	DNSP
Objectivo 3	Ferramentas de análise de dados, monitorização e informação de indicadores	Consultor / Grupo de Trabalho GTI	fev-19	Comissão DNSP/GEPE
Objectivo 2	Guião para a implementação dos procedimentos integrados de VE, PAV e PS	Consultor	mar-19	DNSP
Objectivo 3	Instrutivos para o utilização das ferramentas de análise de ados, monitorização e informação	Consultor / Grupo de Trabalho GTI	mai-19	Comissão DNSP/GEPE

9.2.4. A lista de 31 documentos o instrumentos intermédios e finais que deverão ser elaborados como requerimento ou como resultado final de algumas das actividades do Plano de Transição é apresentada na Tabela Nº 26, indicando-se também os prazos de elaboração e o responsável da aprovação.

9.3. Recolha de Dados

9.3.1. **Fontes de Informação.** As fontes de informação que facilitarão os dados para a construção de relatórios são as seguintes:

- a) Relatórios provinciais mensais de implementação do Plano de Transição.- A DNSP definirá um modelo de relatório mensal que fornecerá os dados para o cálculo dos indicadores.
- b) Sistema de Informação de Saúde DHIS2.- Os indicadores de desempenho das funções da pólio serão obtidas das bases de dados de casos de PFA e dos relatórios de vacinação de rotina os que deverão ser parte do Sistema de Informação de Saúde. No entanto, como estes módulos estão em desenvolvimento, a fonte de dados serão as bases de dados geridas pela Secção de Imunização da DNSP. Como os dados das supervisões não estão incluídos no DHIS2, deverá ser criada uma ferramenta de registo de dados que será utilizada pelas Províncias e Municípios até sua inclusão no sistema de Informação.
- c) Documentos disponíveis nas pastas partilhadas criadas para cada Província.- Uma parte dos dados será obtida ou validada com os documentos disponíveis num conjunto de pastas partilhadas na nuvem que deverá ser criada para que as equipas provinciais e municipais arquivem documentos de sustento das actividades implementada e aquelas a serem utilizadas durante o exercício de certificação (exemplo: microplanos elaborados, relatórios de monitorização elaborados, etc.) O Gabinete de Tecnologias de Informação (GTI) coordenará com a DNSP a criação das pastas partilhadas.
- d) Ordens de transferência de fundos do MINSA, UNICEF e OMS.- Os indicadores de disponibilidade de fundos terão como referência as cartas e notificações de transferência de fundos.
- e) Relatórios de justificação de fundos, geridos pelos responsáveis de tesoureira de OMS, UNICEF e MINSA.

9.3.2. **Responsáveis da recolha de dados.** Será a equipa de monitorização do Plano de Transição que deverá ser constituída com o ponto focal de monitoria da DNSP, um membro da unidade de monitoria do GEPE, um técnico do GTI. Eles poderão ser assistido pelos pontos focais de monitoria e gestores de dados de OMS e UNICEF. A coordenação da equipa será decidida pelo MINSA.

9.3.3. **Periodicidade da recolha de dados.** Esta será mensal para a maioria dos indicadores.

9.4. Mecanismos de Informação

9.4.1. O GTCM elaborará um **relatório de progressos do Plano de Transição** tomando como referência as metas do quadro de monitoria. Este relatório será submetido em forma mensal ao Ministério da Saúde e partilhado com os parceiros em forma electrónica.

- 9.4.2. Cada três meses, o GTCM elaborará uma apresentação do grau de implementação e dos progressos obtidos para o CCI
- 9.4.3. Um espaço para informar sobre o processo de transição da pólio e apresentar informação sobre os progressos obtidos seria desenvolvido no portal do Ministério da Saúde.

9.5. Asseguramento de Qualidade de Dados

- 9.5.1. O asseguramento da qualidade dos dados será desenvolvida através dos seguintes mecanismos:
- a) A qualidade dos dados do Sistema de Informação de Saúde DHIS2 dependerá dos mecanismos de verificação de dados próprios de DHIS2 e das actividades e auditoria de dados que fazem parte do Plano de Melhora da Qualidade de Dados.
 - b) As informações dos relatórios das Direcções Provinciais de Saúde serão validados usando os arquivos disponíveis nas pastas partilhadas criados para cada Província onde estarão os documentos que sustentam a qualificação por níveis para cada uma das categorias do modelo de certificação da organização e funcionamento do PAV, da VE e da PS.

10 Bibliografia

- 1) The Polio Global Eradication Initiative. <http://polioeradication.org>
- 2) Polio Global Eradication Initiative. **Polio Eradication & Endgame Strategic Plan 2013 – 2017**. World Health Organization (WHO). Genebra, Suíça. WHO publications. 2013. 122 Pp.
- 3) Ministério da Saúde, República de Angola. **Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025, Mais e Melhor Saúde**. Volume 1. Luanda, Janeiro 2015. 118 Pp.
- 4) Instituto Nacional de Estatística, República de Angola. **Anuário de Estatísticas Sociais. Dados de 2011**. Luanda. Edição 2013, 81 Pp.
- 5) Africa 21 digital. Secção conhecimento. Dia de Africa é assinalado em todo o mundo. <https://africa21digital.com/2017/05/25/dia-de-africa-e-assinalado-em-todo-o-mundo/>. 25 de Maio de 2017.
- 6) Wikipedia, La enciclopedia libre. Geografia de Angola. https://es.wikipedia.org/wiki/Geografía_de_Angola. Editada no 7 de Outubro de 2017.
- 7) Ministério da Saude. **Plano Plurianual de Imunização 2016-2020**. Luanda, Angola. 71 Pp.
- 8) Organização Mundial da Saúde. **Planeamento do Legado da Pólio. Orientações para Preparar um Plano de Transição**. Organização Mundial da Saúde. 2015.

Anexos

Anexo 1.

Termos de referência do Comité de Coordenação Interagências para o Processo de Transição da Pólio

O Comité de Coordenação Interagências (CCI), presidido pelo Ministério da Saúde e composto pela OMS, o UNICEF, o Grupo CORE, a Cruz Vermelha de Angola, o Rotary Internacional e a USAID actuará como o organismo director do processo total de Transição da Pólio.

Para este propósito, o CCI adicionará aos seus termos de referência as seguintes funções:

- a) Aprovar o Mapa de Recursos da Pólio que será utilizado como referência para a elaboração do Plano de Transição da Pólio e a coordenação com os parceiros do Ministério da Saúde;
- b) Aprovar o plano de trabalho para a elaboração do Plano de Transição da Pólio;
- c) Validar e aprovar as prioridades de saúde e as estratégias de intervenção a serem consideradas para a elaboração do Plano de Transição da Pólio;
- d) Endorsar o Plano de Transição da Pólio 2017-2020 a ser aprovado pelo Ministério da Saúde.
- e) Aprovar os relatórios de progressos a serem submetidos às instâncias regionais e globais para certificar os progressos na Transição da Pólio em Angola;
- f) Recomendar a subscrição de acordos de cooperação, memorandos de entendimento e adendas entre o Ministério de Saúde e as Agencias de Cooperação bilateral que apoiam o sector Saúde para mobilizar recursos para a implementação do Plano de Transição da Pólio;
- g) Coordenar e recomendar apoios que o Ministério da Saúde e parceiros da Erradicação da Pólio deveriam brindar para atingir os objectivos da Transição da Pólio;

Anexo 2.

Termos de referência do Grupo Técnico de Coordenação e Monitorização da Transição de Pólio

Para a coordenação operativa das acções para a transição da Pólio, será constituído um Grupo Técnico de Coordenação e Monitorização composto pelos seguintes membros.

▪ Directora Nacional de Saúde Pública	/Coordenador(a)	DNSP/MINSA
▪ Chefe de Dpto de Higiene e Vigilância Epidemiológica		DNPS/MINSA
▪ Chefe de Secção de Imunização		DNPS/MINSA
▪ Chefe de Departamento de Promoção da Saúde		DNSP/MINSA
▪ Ponto focal de transição da Pólio		OMS
▪ Ponto focal de Imunização/Chefe de equipa PAV/Pólio		OMS
▪ Coordenador de Supervivência Infantil		UNICEF
▪ Coordenadora de Comunicação para o Desenvolvimento		UNICEF

As funções e responsabilidade deste grupo serão as seguintes:

- a) Realizar a validação do Mapa de Recursos da Pólio, verificando a inclusão de informações relevantes para a planificação geral e operacional da transição da Pólio, coordenando e actualizando-as periodicamente;
- b) Elaborar o cronograma de trabalho para a elaboração do Plano de Transição da Pólio e submetê-lo ao Comité de Coordenação Interagências para a sua aprovação;
- c) Definir e desenvolver uma estratégia de comunicação e advocacia para envolver as agências de cooperação, os parceiros e as autoridades de saúde nacionais e provinciais no apoio e na mobilização de recursos a favor do Plano de Transição da Pólio.
- d) Coordenar a implementação do cronograma de trabalho;
- e) Elaborar e desenvolver o sistema de monitorização e avaliação das actividades de Transição da Pólio;
- f) Elaborar relatórios de progressos sobre a preparação e a execução do Plano de Transição da Pólio e as apresentações para disseminar estas informações ao Ministério da Saúde e aos seus parceiros, bem como às instâncias regionais e internacionais que realizam a coordenação global da Erradicação da Pólio.
- g) Detectar precocemente situações de risco para a sustentabilidade das actividades de vigilância, vacinação e mobilização social necessárias para preservar em Angola a condição de País livre da Pólio e propor acções de resposta que devem ser incluídas ao Plano de Transição da Pólio.

Anexo 3.

Lacunas normativas e administrativas relevantes para a implementação das funções da pólio em Angola

Lacunas normativas e administrativas relevantes para a implementação das funções da pólio em Angola

- a) ***Direcção Nacional de Saúde Pública (DNSP) sem regulamento interno aprovado.***- O Estatuto Orgânico do MINSA vigente foi aprovado por Decreto Presidencial nº178/13 de 6 de Novembro de 2013. Este indica as competências da DNSP, indica que estas são desenvolvidas através de quatro Departamentos e estabelece que a sua estrutura orgânica e funcionamento é indicado no seu regulamento interno aprovado pelo Ministério da Saúde. Desde essa altura o funcionamento da DNSP se fundamenta numa proposta de regulamento interno que ainda está pendente de aprovação.
- b) ***A gestão e implementação das diferentes “funções da pólio” não se podem verificar por completo na proposta de regulamento interno vigente.***- A versão em uso do regulamento interno da DNSP não reflecte em forma suficientemente clara as competências do Departamento de Higiene e Vigilância Epidemiologia (DHVE) que estariam relacionadas com as actuais actividades executadas pelo MINSA e os seus parceiros como parte da erradicação da pólio. Adicionalmente não se indica como estão distribuídas nas secções que fazem parte do DHVE. Não se fazem definições similares para as estruturas dependentes da DNSP a nível provincial e municipal (os departamentos provinciais de saúde pública e as secções municipais de saúde pública).
- c) ***Não existe uma versão oficial actualizada dos termos de referências para os técnicos do MINSA que realizam actividades relacionadas à pólio.*** Existem versões das funções dos técnicos provinciais e municipais e de os membros da equipa central. Porém, estas nunca foram oficializadas nem comunicadas formalmente.
- d) ***Não existe um manual de procedimentos que explique como implementar as diversas actividades executadas pelo nível central e provincial.***- Foram elaborados o guião de vigilância para erradicação da poliomielite (2001), vários guiões para a organização de cada fase de jornadas nacionais de vacinação (JNVs) e um manual nacional de vacinação (2013) que orientam sobre como realizar várias actividades de terreno. Porém, eles se enfocam principalmente no nível operacional.

Anexo 4.

Lacunas normativas e administrativas relevantes para a implementação das funções da pólio em Angola

Tabela nº 27

Análise das opções identificadas para o apoio técnico à Equipa Central da DNSP

Opções Estratégicas	Vantagens (Os Prós)	Desvantagens (Os Contras)	Possíveis medidas de contingência
Manter uma equipa central na OMS	<ul style="list-style-type: none"> ❶ Assegura apoio técnico especializado para VE, PAV e Promoção da Saúde na DNSP. ❷ Assegura a integração com a rede técnica internacional da OMS e a agenda de saúde pública. 	<ul style="list-style-type: none"> ❸ Pelos custos altos é mais difícil de sustentar com fundos públicos e depende de apoio financeiro externo. 	<p>Para sustentar a contratação de pessoal estrangeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conseguir financiamento adicional interno ou externo (projectos de assistência técnica ou empréstimos como os de Banco Mundial) <p>Para fomentar a integração com a rede técnica internacional da OMS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incluir no perfil profissional do pessoal a ser recrutado o domínio de línguas estrangeiras (Francês e/ou Inglês) ▪ Incluir a colaboração com os membros da equipa recrutada dentro do plano de cooperação a OMS. <p>Para garantir o apoio técnico especializado para a DNSP:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Solicitar a colaboração de pessoal ou consultores de OPAS (em caso não existirem pessoas com experiência relevante que falem português em AFRO).
Recrutar uma ONG para apoiar a DNSP	<ul style="list-style-type: none"> ❶ Assegura apoio técnico especializado para VE, PAV e Promoção da Saúde na DNSP. ❸ Pelos custos que tem é possível que possa ser financiada com fundos do governo ou com fundos externos. 	<ul style="list-style-type: none"> ❷ Não assegura a integração com a rede técnica internacional da OMS e a agenda de saúde pública. 	
Reforçar a DNSP com consultores externos recrutados pelo MINSA.	<ul style="list-style-type: none"> ❶ Assegura apoio técnico especializado para VE, PAV e Promoção da Saúde na DNSP. ❸ Pelos custos que tem é possível que possa ser financiada com fundos do governo ou com fundos externos. 	<ul style="list-style-type: none"> ❷ Não assegura a integração com a rede técnica internacional da OMS e a agenda de saúde pública. 	
Reforçar a DNSP com recursos humanos e capacita-los com supervisão internacional	<ul style="list-style-type: none"> ❸ É o cenário de maior sustentabilidade pelos custos que possui. 	<ul style="list-style-type: none"> ❶ Não se consegue apoio técnico especializado para VE, PAV e Promoção da Saúde. Requer apoio técnico para formação do pessoal novo. ❷ Não assegura a integração com a rede técnica internacional da OMS e a agenda de saúde pública. 	

Tabela nº 28
Análise das opções identificadas para a transição dos recursos humanos – Recrutamento do pessoal

Opções Estratégicas	Vantagens (Os Prós)	Desvantagens (Os Contras)	Possíveis medidas de contingência
Recrutamento regular através de concursos públicos abertos para integrar-se à administração pública	<ol style="list-style-type: none"> ❶ Assegura a transferência definitiva dos recursos humanos da pólio ao MINSA. ❷ Sustenta-se no financiamento público. ❸ Tem custos mais baixos. 	<ol style="list-style-type: none"> ❹ As vagas ofertadas podem não ajustar-se à qualificação do pessoal em cada Província. ❺ O MINSA não controla a sua implementação ❻ O pessoal perde a imparcialidade que tinha com a OMS. ❼ O pessoal da OMS pode não concorrer 	<p>Para promover a integração funcional:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enquadrar o pessoal a ser recrutado num programa especial dentro do processo de descentralização. ▪ Assemelhar os termos de referência ou a descrição dos postos dos pontos focais com as da estrutura actual do MINSA/DNSP. ▪ Incluir o salário do pessoal da pólio no orçamento do MINSA/DNSP ou das Províncias. <p>Para reforçar a imparcialidade do pessoal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eliminar o vínculo administrativo com os GPS/DPS. <p>Para reforçar o controlo do MINSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definir termos de referência claros para as posições a serem criadas/recrutadas.
Recrutamento especial por contrato a prazo fixo pelos Governos provinciais	<ol style="list-style-type: none"> ❶ Permite uma integração provisional dos recursos da pólio ao MINSA. ❷ Sustenta-se no financiamento público. ❸ Tem custos mais baixos. ❹ As vagas podem ajustar-se ao perfil do pessoal. 	<ol style="list-style-type: none"> ❺ O MINSA não controla a sua implementação ❻ O pessoal perde a imparcialidade que tinha com a OMS. 	
Recrutamento especial por contrato a prazo fixo pelo MINSA/DNSP	<ol style="list-style-type: none"> ❶ Permite uma integração provisional dos recursos da pólio ao MINSA. ❷ Permite financiamento público ou misto. ❸ Tem custos mais baixos e mais flexíveis ❹ As vagas podem ajustar-se ao perfil do pessoal. ❺ O MINSA controla a sua implementação. ❻ O pessoal mantém certa imparcialidade. 		
Recrutamento através de uma ONG	<ol style="list-style-type: none"> ❹ As vagas podem ajustar-se ao perfil do pessoal. ❺ O MINSA controla a sua implementação através de acordos com a ONG. ❻ O pessoal tem maior imparcialidade. 	<ol style="list-style-type: none"> ❶ Não contribui à integração do pessoal ao MINSA. ❷ Vai requerer financiamento externo ❸ Tem custos mais elevados. 	
Recrutamento através da OMS	<ol style="list-style-type: none"> ❹ As vagas podem ajustar-se ao perfil do pessoal. ❺ O MINSA controla a sua implementação através do Plano de Cooperação com a OMS. ❻ O pessoal tem maior imparcialidade. 	<ol style="list-style-type: none"> ❶ Não contribui à integração do pessoal ao MINSA. ❷ Vai requerer financiamento externo ❸ Tem custos mais elevados. 	

Tabela nº 29
Análise das opções identificadas para a transição dos recursos humanos – Nível Salarial

Opções Estratégicas	Vantagens (Os Prós)	Desvantagens (Os Contras)	Possíveis medidas de contingência
Escala salarial da administração pública (sector Saúde)	<ol style="list-style-type: none"> ❶ Assegura a transferência administrativa definitiva dos recursos humanos da pólio ao MINSA. ❷ Tem custos mais baixos pelo que é mais sustentável para o financiamento público. 	<ol style="list-style-type: none"> ❸ Não incentiva a dedicação exclusiva de pessoal para actividades ou emergências de saúde pública. ❹ Não atrai a pessoas com bom nível técnico que estão fora da administração pública (i.e. pessoal actualmente pago pela pólio) ❺ Não incentiva para o pessoal ficar a trabalhar no sector. Assim que aparecem oportunidades de trabalho no sector não-governamental, o pessoal capacitado tenta sair. 	<p>Para reforçar a dedicação exclusiva do pessoal às actividades de saúde pública:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estabelecer outros mecanismos de pagamento adicional: <ul style="list-style-type: none"> – Nº de dias por mês de trabalho nos municípios de interior com pagamento de per-diem assegurado. – Contratos enquadrados num regime especial com salários mais altos. – Incentivos pagos por determinados resultados. <p>Para atrair e reter pessoas com bom nível técnico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Salários mais elevados que só são possíveis por fora da administração pública. <p>Para promover a transferência:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assemelhar os salários à administração pública.
Escala salarial do sector não-governamental não lucrativo (ONGs)	<ol style="list-style-type: none"> ❷ Possui custos que poderiam ser melhor suportados pelo financiamento público. Pode ser mais fácil conseguir financiamento externo. ❸ Pode incentivar a dedicação exclusiva de pessoal para actividades ou emergências de saúde pública. ❹ Atrai a pessoas com bom nível técnico que estão fora da administração pública (i.e. pessoal actualmente pago pela pólio) ❺ Incentiva para o pessoal ficar a permanecer na instituição. 	<ol style="list-style-type: none"> ❶ Não contribui muito com a transferência administrativa definitiva dos recursos humanos da pólio ao MINSA. 	
Escala salarial das Nações Unidas	<ol style="list-style-type: none"> ❸ Pode incentivar a dedicação exclusiva de pessoal para actividades ou emergências de saúde pública. ❹ Atrai a pessoas com bom nível técnico que estão fora da administração pública (i.e. pessoal actualmente pago pela pólio) ❺ Incentiva para o pessoal ficar a permanecer na instituição. 	<ol style="list-style-type: none"> ❶ Não contribui em forma alguma com a transferência administrativa definitiva dos recursos humanos da pólio ao MINSA. ❷ Os seus custos são enormemente desiguais com o pessoal da administração pública. Depende por completo de financiamento externo o que é complicado no contexto actual. 	

Tabela nº 30
Análise das opções identificadas para a transferência dos recursos materiais financiados pela Pólio

Opções Estratégicas	Vantagens (Os Prós)	Desvantagens (Os Contras)	Possíveis medidas de contingência
Transferidos às Províncias e geridos à discricção pela DPS.	<ul style="list-style-type: none"> ❶ Maior nível de apropriação pelas GPS/DPS é mais compatível com um enfoque de desconcentração. ❷ Promove melhor a criação de capacidades próprias do sector. Exige maior responsabilização pelos bens. 	<ul style="list-style-type: none"> ❸ Usualmente dilui o uso dos bens com várias actividades (e reduz o seu uso primário para as actividades prioritizadas). ❹ O funcionamento as vezes está comprometido e o deterioro é maior por falta de sistemas e orçamentos de manutenção. 	<p>Para aumentar efectividade e eficácia (uso esperado dos equipamentos):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disseminar instruções claras sobre o uso dos equipamentos. ▪ Implementar registos de uso para equipamentos existentes (i.e. viaturas doadas pelo GAVI) ▪ Ligar o uso dos equipamentos ao sistema de monitorização e à retroinformação de programas. ▪ Criar alternativas para reforçar
Transferidos ao MINSA e geridos à discricção pela DNSP.	<ul style="list-style-type: none"> ❷ Promove melhor a criação de capacidades próprias do sector. ❸ Segura melhor o uso dos bens para as actividades a que foram programados. ❹ Pode garantir uma manutenção mais eficiente e atempada alargando a vida útil dos bens. 	<ul style="list-style-type: none"> ❶ Pode promover a dependência de recursos externos. ❷ Não existe actualmente um sistema para manutenção centralizada dos bens. 	<p>Para melhorar a qualidade da sua gestão e manutenção</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar e implementar protocolos de gestão de bens. ▪ Desenvolver planos provinciais e municipais de operação e manutenção dos recursos existentes ▪ Garantir uma linha orçamental e planos de uso e manutenção.
Transferidos a uma ONG ou projecto em curso	<ul style="list-style-type: none"> ❸ Segura melhor o uso dos bens para as actividades a que foram programados. ❹ Segura melhor uma manutenção atempada e alarga a vida útil dos bens. 	<ul style="list-style-type: none"> ❶ Reforça a dependência de recursos externos. ❷ Não promove o desenvolvimento da própria capacidade nem responsabilidade dos GPS/DPS. 	<p>Para promover a sustentabilidade</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolver planos provinciais e municipais de operação e manutenção dos recursos existentes ▪ Garantir uma linha orçamental e planos de uso e manutenção. ▪ Elaborar um plano de compra de equipamentos para repor os actuais em 4-5 anos.
Retidos pela OMS até o fim da sua vida útil.	<ul style="list-style-type: none"> ❸ Segura melhor o uso dos bens para as actividades a que foram programados. ❹ Segura melhor uma manutenção atempada e alarga a vida útil dos bens. 	<ul style="list-style-type: none"> ❶ Reforça a dependência de recursos externos. ❷ Não promove o desenvolvimento da própria capacidade nem responsabilidade dos GPS/DPS. 	

Tabela nº 31
Análise das opções identificadas para a execução dos custos operativos para o apoio às Províncias

Opções Estratégicas	Vantagens (Os Prós)	Desvantagens (Os Contras)	Possíveis medidas de contingência
Implementados pelas Províncias com os seus recursos ordinários	<ul style="list-style-type: none"> ❶ Maior nível de apropriação pelas GPS/DPS é mais compatível com um enfoque de desconcentração. ❷ Promove melhor a criação de capacidades próprias do sector. Exige maior responsabilização pelos bens. ❹ Não existem problemas para implementar ou justificar os fundos. 	<ul style="list-style-type: none"> ❸ Usualmente estes custos devem competir com outras prioridades da Província especialmente num contexto de falta de gestão por resultados e falta de monitorização. 	<p>Para reforçar as capacidades e melhorar o uso dos fundos para as actividades programadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Criar rúbricas de orçamento nas contas de saúde para registar os gastos operativos. ▪ Criar um sistema de monitorização para a contabilidade provincial e associa-la aos indicadores de desempenho. ▪ Centralizar a execução dos custos operativos entanto se cria capacidade provincial e municipal. ▪ Elaborar e aprovar orçamentos dos custos operativos relacionados a um plano de operação e funcionamento.
Implementados pelas Províncias com recursos adicionais transferidos desde o Nível Central	<ul style="list-style-type: none"> ❷ Promove melhor a criação de capacidades próprias do sector. ❸ Pode garantir o uso dos fundos para as actividades programadas. 	<ul style="list-style-type: none"> ❶ Pode promover a dependência de recursos externos. ❹ Podem surgir problemas de justificação ao Nível Central. 	
Implementados pelo Nível Central /DNSP	<ul style="list-style-type: none"> ❷ Pode contribuir a criar capacidades próprias do sector. ❸ Permite assegurar e controlar melhor que os fundos sejam destinados para as actividades programadas. 	<ul style="list-style-type: none"> ❶ Reforça a dependência de recursos externos. ❹ Não existem problemas de justificação mas pode existir problemas para executar. 	
Implementados por uma ONG	<ul style="list-style-type: none"> ❸ Permite assegurar e controlar melhor que os fundos sejam destinados para as actividades programadas. 	<ul style="list-style-type: none"> ❶ Reforça a dependência de recursos externos. ❷ Não contribui com a criação de capacidades próprias do sector. ❹ Não existem problemas de justificação mas pode existir problemas para executar. 	
Implementados pela OMS	<ul style="list-style-type: none"> ❸ Permite assegurar e controlar melhor que os fundos sejam destinados para as actividades programadas. ❹ Não existem problemas de execução nem justificação. 	<ul style="list-style-type: none"> ❶ Reforça a dependência de recursos externos. ❷ Não contribui com a criação de capacidades próprias do sector. 	

Anexo 5.

Definição, Fonte de dados e responsável de informação dos Indicadores de Monitorização do Plano de Transição

Nome do Indicador	Desagregação	Definição	Fonte	Responsável de informar
Indicadores de Implementação do Plano de Transição				
Nº de províncias que completaram as sessões de revisão dos manuais de procedimentos com os seus municípios.	Por mês	Número de províncias que conseguiram implementar todas as sessões necessárias de revisão conjunta dos manuais de procedimentos com as equipas municipais de todos os seus municípios durante as visitas de supervisão.	Relatórios provinciais mensais de implementação do Plano de Transição.	Ponto focal de monitorização do Plano de Transição da DNSP.
Nº de municípios que completaram as sessões de revisão dos manuais de procedimentos com os seus municípios.	Por mês	Número de municípios cuja equipa municipal completou a revisão conjunta dos manuais de procedimentos com a equipa provincial.	Relatórios provinciais mensais de implementação do Plano de Transição.	Ponto focal de monitorização do Plano de Transição da DNSP.
Nº acumulado de visitas de supervisão e assistência técnica da DNSP às Províncias no ano	Por mês	Número acumulado de visitas de supervisão e assistência técnica da DNSP às províncias registadas com relatório no sistema de informação	Módulo de supervisão do sistema de informação	Ponto focal de monitorização do Plano de Transição da DNSP.
Nº de municípios com microplanos de Nível IV para todas as áreas de vacinação	Por mês	Número de municípios com microplanos de vacinação de rotina com os critérios do nível IV para a certificação da organização e funcionamento do PAV em todas as áreas de vacinação	Documentos de sustento para a certificação de PAV, VE e PS. Relatórios provinciais mensais de implementação do Plano de Transição.	Ponto focal de monitorização do Plano de Transição da DNSP.
Nº de municípios com planos de funcionamento e manutenção de equipamentos aprovados pela Administração Municipal e financiados.	Por mês	Número de municípios com planos de funcionamento e manutenção de equipamentos usando o modelo elaborado pelo MINSa, aprovado por el Administrador Municipal e submetido à Direção Provincial de Saúde	Documentos de sustento para a certificação de PAV, VE e PS. Relatórios provinciais mensais de implementação do Plano de Transição.	Ponto focal de monitorização do Plano de Transição da DNSP.
Nº de municípios que atingiram Nível IV para todos os seus indicadores de vacinação	Por mês	Número de municípios que demonstraram que cumpriram com os critérios do Nível IV para todos os elementos do modelo de certificação do funcionamento e organização do PAV.	Documentos de sustento para a certificação de PAV, VE e PS. Relatórios provinciais mensais de implementação do Plano de Transição.	Ponto focal de monitorização do Plano de Transição da DNSP.

Nome do Indicador	Desagregação	Definição	Fonte	Responsável de informar
Nº acumulado de visitas de supervisão e assistência técnica das equipas provinciais aos seus municípios com relatórios no sistema.	Por mês	Número acumulado de visitas de supervisão e assistência técnica desde início do ano realizadas pelas equipas provinciais para implementar acções do Plano de Transição com dados e relatórios no sistema de informação.	Sistema de informação de saúde (DHIS2), módulo de supervisão Relatórios provinciais mensais de implementação do Plano de Transição.	Ponto focal de monitorização do Plano de Transição da DNSP.
Nº de municípios a implementar o ingresso de dados no sistema de informação DHIS2	Por mês	Número de municípios que ingressam dados em forma regular durante três meses em todos os módulos do sistema de informação de saúde DHIS2.	Sistema de informação de saúde (DHIS2), módulo de supervisão Relatórios provinciais mensais de implementação do Plano de Transição.	GTI Ponto focal de monitorização do Plano de Transição da DNSP.
Nº de municípios a elaborar relatórios de monitoria de desempenho de programas e envia-los à DNSP.	Por mês	Número de municípios que utilizam as ferramentas para elaborar relatórios de monitoria de desempenho, elabora os relatórios de monitoria e os submete à Província e os arquiva na pasta partilhada do MINSA.	Relatórios provinciais mensais de implementação do Plano de Transição. Pasta partilhada de relatórios do MINSA.	GTI Ponto focal de monitorização do Plano de Transição da DNSP.
Nº de municípios com Plano de Preparação e Resposta a Surtos elaborados e aprovados pela Administração Municipal	Por mês	Número de municípios com Plano de Preparação e Resposta a Surtos elaborados, aprovados pela Administração Municipal, submetidos à Província e arquivados na pasta partilhada do MINSA.	Relatórios provinciais mensais de implementação do Plano de Transição. Pasta partilhada de relatórios do MINSA.	GTI Ponto focal de monitorização do Plano de Transição da DNSP.
Indicadores de financiamento e Execução do Orçamento				
% do orçamento do Plano com financiamento assegurado	Total e por ano	$\frac{\text{Fundos confirmados com desembolso programados}}{\text{Total do orçamento do Plano}} \times 100$	Acordos de cooperação subscritos (Memorandos de entendimento) Comunicações dos parceiros e financiadores ao MINSA	Grupo Técnico de Coordenação e Monitoria da Transição da Pólio
% do orçamento do Plano de Transição executado	Total e por ano	$\frac{\text{Montante acumulado pago de activ. executadas}}{\text{Total do orçamento do Plano}} \times 100$	Ordens de transferência do MINSA, UNICEF e OMS	Pontos focais de finanças do MINSA, UNICEF e OMS
% dos desembolsados que foram justificados do Plano de Transição	Total e por ano	$\frac{\text{Montante acumulado com justificações aprovadas}}{\text{Montante acumulado pago de activ. executadas}} \times 100$	Justificativos recebidos pelo MINSA, OMS e UNICEF	Pontos focais de finanças do MINSA, UNICEF e OMS

Nome do Indicador	Desagregação	Definição	Fonte	Responsável de informar
Indicadores de desempenho das actividades de erradicação da Pólio				
Número e % de municípios com mais de 100.000 habitantes menores de 15 anos que tem taxa de detecção de casos de PFAs não pólio (PFANP) ≥ 2	Últimos 12 meses; por ano	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de municípios com taxa de detecção de PFANP adequada}}{\text{Total de municípios com mais de 100 mil} < 15 \text{ anos}} \times 100$ Taxa de detecção de PFA não pólio: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de PFA não pólio nos últimos 12 meses}}{\text{População de menores de 15 anos}} \times 100$ Taxa de detecção de PFANP adequada: ≥ 2 casos por 100.000 menores de 15 anos.	Base de dados de casos notificados de PFA	Secção de Imunização, DNSP OMS, Equipa Pólio/PAV
Número e % de municípios com cobertura de Penta 3 $\geq 90\%$	Acumulado, por ano	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de municípios}^{16} \text{ com cobertura de Penta-3} \geq 90\%}{\text{N}^\circ \text{ total de municípios de Angola}} \times 100$ Cobertura de vacinação por 3ª dose de Pentavalente (Penta-3): $\frac{\text{N}^\circ \text{ de crianças vacinadas com 3ª dose de Pentavalente}}{\text{População menor de 1 ano}} \times 100$	Base de dados do PAV Nacional Sistema Nacional de Informação – DHIS2	Secção de Imunização, DNSP OMS, Equipa Pólio/PAV
Número e % de municípios com cobertura de Vacina de Pólio Inactivada (VPI) $\geq 90\%$ Para 1ª (e 2ª dose quando estiver implementada)	Acumulado, por ano	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de municípios}^{16} \text{ com cobertura de IPV} \geq 90\%}{\text{N}^\circ \text{ total de municípios de Angola}} \times 100$ Cobertura de vacinação por IPV: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de crianças vacinadas com IPV}}{\text{População menor de 1 ano}} \times 100$	Base de dados do PAV Nacional Sistema Nacional de Informação – DHIS2	Secção de Imunização, DNSP OMS, Equipa Pólio/PAV
Número e % de municípios com taxa de abandono cobertura de Vacina de Pólio Inactivada (VPI) $< 10\%$	Acumulado, por ano	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de municípios}^{16} \text{ com taxa de abandono} < 10\%}{\text{N}^\circ \text{ total de municípios de Angola}} \times 100$ Taxa de abandono (para vacina pentavalente): $\frac{\text{N}^\circ \text{ de cças. com 1ª dose} - \text{N}^\circ \text{ de cças. com 3ª dose}}{\text{N}^\circ \text{ de cças. com 1ª dose de Pentavalente}} \times 100$	Base de dados do PAV Nacional Sistema Nacional de Informação – DHIS2	Secção de Imunização, DNSP OMS, Equipa Pólio/PAV

¹⁶ Na avaliação geral, os distritos de Luanda serão incluídos nesta estatística como se forem municípios. Uma análise própria será feita para a Província de Luanda.

Nome do Indicador	Desagregação	Definição	Fonte	Responsável de informar
Número e % de municípios com planos de vacinação de rotina financiados pelas Administrações Municipais em mais de 75% do montante orçado.	Acumulado, por ano	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de municípios}^{16} \text{ com planos de vacinação de rotina financiados em mais de 75\% pelas Admin. Municipais}}{\text{N}^\circ \text{ total de municípios de Angola}} \times 100$ <p>% do plano de municipal de vacinação financiado pela Administração Municipal:</p> $\frac{\text{Montante acumulado recebido da Admin. Municipal}}{\text{Orçamento total do plano anual de vacinação do Município}} \times 100$	Base de dados do PAV Nacional Relatórios Sistema Nacional de Informação – DHIS2 Relatórios das Direcções Municipais de Saúde e das Direcções Provinciais de Saúde	Secção de Imunização, DNSP OMS, Equipa Pólio/PAV
Número e % de municípios com microplanos de campanha elaborados e orçados para todas suas áreas de vacinação.	Acumulado, por ano	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de municípios}^{16} \text{ com microplanos elaborados e orçados para todas suas áreas de vacinação}}{\text{N}^\circ \text{ total de municípios de Angola}} \times 100$	Arquivo nacional de microplanos de vacinação do Processo de certificação do PAV.	Secção de Imunização, DNSP OMS, Equipa Pólio/PAV

