REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

DESEMPENHO DO SECTOR DA SAÚDE
SEXTA AVALIAÇÃO CONJUNTA

ACA VI

MAPUTO, MARÇO 2007

FICHA TÉCNICA

GRUPO TÉCNICO DE MONITORIA E AVALIAÇÃO
MISAU

COORDENAÇÃO: DIRECÇÃO DE PLANIFICAÇÃO E COOPERAÇÃO

ÍNDICE

FICHA TÉCNICA 2
SUMÁRIO EXECUTIVO 7
I. INTRODUÇÃO 10
I.1. METODOLOGIA 11
II. ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO 13
III. DESEMPENHO DO SISTEMA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS 16
III.1 INDICADORES DE DISPONIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DE RECURSOS 16
III.1.1 NÚMERO DE CAMAS POR HABITANTE 16
III.1.2 PESSOAL TÉCNICO POR HABITANTE 16
III.1.3 REDE SANITÁRIA 17
IV. CONSUMO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE 18
IV.1 CONSULTAS EXTERNAS POR HABITANTE 18
IV.1.1 EQUIDADE NO ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE 18
IV.1.2 TEMPO USADO PELOS UTENTES PARA CHEGAR A UNIDADE SANITÁRIA 18
IV.1.3 GRAU DE SATISFAÇÃO DOS UTENTES DAS UNIDADES SANITÁRIAS 19
V. ÁREA DA SAÚDE DA COMUNIDADE 20
V.1 SAÚDE REPRODUTIVA 20
V.1.1 COBERTURA DE PARTOS INSTITUCIONAIS 20
V.1.2. CUIDADOS OBSTÉTRICOS ESSENCIAIS 21
V.1.3 MORTALIDADE MATERNA 21
V.1.4 NATIMORTALIDADE 22
V.1.5 PLANEAMENTO FAMILIAR 23
V.2 SAÚDE INFANTIL 23
V.2.1 COBERTURA DE CONSULTAS PREVENTIVAS 23
V.5.1 INDICADORES DE VIGILÂNCIA NUTRICIONAL 26
V.5.1.1 SUPLEMENTAÇÃO EM VITAMINA A 27
V.6-SAÚDE AMBIENTAL 27
V.7 SAÚDE MENTAL 28
V.8 SAÚDE ESCOLAR E DO ADOLESCENTE 29
V.9 SAÚDE ORAL 30
VI. GRANDES ENDEMIAS 31
VI.1 PLANO DE COMBATE À MALÁRIA 31
VI.1.2 ACTIVIDADES PREVENTIVAS 31
VI.2 PLANO DE COMBATE AS ITS/HIV/SIDA 32
VI.2 CASOS NOTIFICADOS DO HIV NOS SERVIÇOS DE ATS 32
VI.2.1 TRATAMENTO ANTIRETROVIRAL (TARV) 33
VI.2.2 PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL (PTV) 34
VI.3 ATENDIMENTO E TESTAGEM EM SAÚDE (ATS) 34
VI.4 INTEGRAÇÃO DE PROGRAMAS VERTICAIS NOS SERVIÇOS EXISTENTES 36
VI.5 PLANO DE COMBATE À TUBERCULOSE E LEPRA 36
VII. CUIDADOS ASSISTENCIAIS 38

VII.1 QUALIDADE DE SERVIÇOS E BIOSSEGURANÇA 38

VIII. SISTEMAS DE APOIO À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE 41

VIII.1.1 PLANIFICAÇÃO, GESTÃO, ORGANIZAÇÃO E COORDENAÇÃO 41
VIII.1.2 HARMONIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DE PLANOS 41

VIII.2 RECURSOS HUMANOS 42

VIII.2.1 DISPONIBILIDADE 42
VIII.2.2 INCENTIVOS 43
VIII.2.3 FORMAÇÃO 43

VIII.3 SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE 44

VIII.4 MEDICAMENTOS 45

VIII.4.1 PEDIDOS DE MEDICAMENTOS SATISFEITOS PELA CMAM 45
VIII.4.2 CONTROLE DE STOKS DE MEDICAMENTOS 46
VIII.4.3 MECANISMOS DE REGULAÇÃO 47

VIII.5 LOGÍSTICA, MANUTENÇÃO, EQUIPAMENTO E INFRA-ESTRUTURAS 47

VIII.6 REFORMAS DO SECTOR 48

VIII.7 GÉNERO 49

IX. GESTÃO FINANCEIRA E MECANISMO DE FLUXOS 50

IX.1 DISPONIBILIDADE DE RECURSOS FINANCEIROS 50
IX.2 EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO GERAL DO ESTADO 51
IX.3 EXECUÇÃO DE DESPESAS DE INVESTIMENTOS 51
IX.3.1 EXECUÇÃO DO PROSAÚDE 51
IX.3.2 EXECUÇÃO DO FUNDO COMUM DE MEDICAMENTOS 52
VII.3.3 EXECUÇÃO DO FUNDO COMUM PROVINCIAL 52
IX.3.4 PROGRAMAS VERTICAIS 52
IX.4 EXECUÇÃO DESPESAS CORRENTES 52

X. DESEMPENHO DOS PARCEIROS 54

X.1 PREVISIBILIDADE 54
X.2 RESPONSABILIZAÇÃO 54
X.3 ALINHAMENTO E HARMONIZAÇÃO 55
X.4 PESO ADMINISTRATIVO 56
X.5 TRANSPARÊNCIA 56
X.6 COMPOSIÇÃO DA CARTEIRA 56

XI. CONCLUSÕES 58

BIBLIOGRAFIA 60

ANEXO I – BALANÇO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES DA ACA III 62

ANEXO II – BALANÇO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES DA ACA V 65

ANEXO III – RECOMENDAÇÕES DA ACA VI 69

ABREVIATURAS

ACA	Avaliação Conjunta Anual
AECI	Agência Espanhola de Cooperação Internacional
AIDI	Atenção Integrada às Doenças de Infância
AFD	Agência Francesa de Desenvolvimento
APEs	Agente Polivalente Elementar
ARV	Antiretroviral
ATS	Aconselhamento e Testagem em Saúde
BES	Boletim Epidemiológico Semanal
BNP	Baixo Peso à Nascença
CCS	Comité de Coordenação Sectorial
CDC	Centro de Controlo de Doenças
CI	Crescimento Insuficiente
CIDA	Agência Canadiana de Cooperação Internacional
CERN	Cuidados Essenciais de Recém Nascido
CMAM	Centro de Medicamentos e Artigos Médicos
COE	Cuidados Obstétricos Básicos
CS	Centro de Saúde
CSM	Centro de Saúde de Moatize
DDS	Direcção Distrital da Saúde
DNS	Direcção Nacional da Saúde
DPM	Deposito Provincial de Medicamentos
DPPF	Direcção Provincial de Plano e Finanças
DPS	Direcção Provincial da Saúde
EC	Comissão Europeia
EP1	Escola Primária do 1º Grau
FC	Fundo Comum
FCMSM	Fundo Comum de Medicamentos e Suprimentos Médicos
FCP	Fundo Comum Provincial
FE	Fundos Externos
FI	Fundos Internos
GACOPI	Gabinete de Cooperação Internacional
GTPO	Grupo Técnico de Planificação e Orçamento
GTZ	Cooperação Técnica Alemã
HCM	Hospital Central de Maputo
HCN	Hospital Provincial de Nampula
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
HP	Hospital Provincial
HR	Hospital Rural
HRU	Hospital Rural de Ulongué
IEC	Informação, Educação e Comunicação
INE	Instituto Nacional de Estatística
ITS	Infecções Sexualmente Transmissíveis
JICA	Agência Japonesa de Cooperação Internacional
LNM	Lista Nacional de Indicadores de Monitoria
MAE	Ministério de Administração Estatal

M&A	Monitoria e Avaliação
MdE	Memorando de Entendimento
MISAU	Ministério da Saúde
MPD	Ministério do Plano e Desenvolvimento
NPCS	Núcleo Provincial de Combate ao SIDA
NV	Nados Vivos
OGE/OE	Orçamento Geral do Estado
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PARPA	Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta
PAV	Programa Alargado de Vacinação
PEN	Plano Estratégico Nacional
PES	Plano Económico e Social
PESS	Plano Estratégico do Sector da Saúde
PFA	Paralisia Flácida Aguda
PME	Programa de Medicamentos Essenciais
POA	Plano Operacional Anual
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
PVHS	Pessoas Vivendo com HIV/SIDA
QAD	Quadro de Avaliação do Desempenho
RED	Alcançando Todos os Distritos
SAAJ	Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens
SDC	Agencia Suiça para o Desenvolvimento
SISTAFE	Sistema de Administração Financeira do Estado
SIGM	Sistema de Informação e Gestão de Medicamentos
SMI	Saúde Materno Infantil
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SIDA	Sindroma de Imunodeficiência Adquirida
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
SWAP	Abordagem Ampla Multisectorial
TARV	Tratamento Antiretroviral
TB	Tuberculose
TORs	Termos de Referência
UAs	Unidades de Atendimento
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
US	Unidade Sanitária
USD	Dólar Americano
VAS	Vacina Anti Sarampo

SUMÁRIO EXECUTIVO

O estado geral da população revela algumas melhorias em relação ao período precedente.

De forma global o padrão de doença do país em 2006 foi semelhante ao dos últimos anos. Os dados relativos às doenças notificadas pelo Boletim Epidemiológico Semanal (BES) revelam que, por um lado, houve aumento de 167.4% e 13.6% na notificação de casos de cólera e de meningite, e por outro lado, houve uma diminuição acentuada de casos de sarampo de 12598 casos em 2005 para 171 em 2006, correspondendo a uma redução de - 98.6%. Por sua vez, a malária registou um ligeiro aumento de 0.5% de casos notificados de 2005 para 2006 e uma subida de óbitos em 14.4% no mesmo período.

Os planos gerais do sector de saúde foram parcialmente alcançado e cumpridos, tomando em conta a evolução positiva ocorrida nos indicadores principais do desempenho do sector, registada à vários níveis de saúde.

Em termos gerais, em 2006 houve uma melhoria do índice de iniquidade no acesso a serviços, uma tendência que vem se verificando desde o ano 2000. O índice de iniquidade registado em 2006 foi de 3.4%, significando uma ligeira melhoria em relação a 2005 cujo índice foi de 3.6%. Apesar dessas melhorias a meta planificada de 3.3% para o período em avaliação não foi ainda atingida. Quanto a iniquidade no consumo de serviços entre as províncias com maior e menor consumo o valor registado de 2.3%, superou a meta prevista para o período que foi de 2.8%.

O comportamento dos indicadores de qualidade - taxa de mortalidade materna intra hospitalar e infantil – mantêm-se estáveis e a níveis altos, podendo comprometer o alcance dos objectivos 4 e 5 das Metas de Desenvolvimento do Milénio.

A qualidade assistencial em 2006 foi influenciada pela situação do sistema de referência. A debilidade deste sistema continuou sendo um constrangimento e desafio para o Sistema Nacional de Saúde.Com vista a melhorar o funcionamento deste sistema, o sector investiu consideravelmente na aquisição de meios de transporte, mas a comunicação entre as USs continua ainda deficitária.

Os indicadores de disponibilidade de recursos mantiveram-se estagnados em 2006. O indicador (pessoal técnico por habitante) registou uma ligeira melhoria ao passar de 1638 em 2005 passou para 1112 em 2006. Persistem porém grandes diferenças entre as províncias, sendo Maputo a mais privilegiada e Zambézia a mais desfavorecida, o que revela a necessidade de se melhorar os critérios de afectação de pessoal.

O sector da saúde, em 2006, fez enormes investimentos em actividades de expansão da rede sanitária que resumiram-se em novas construções e obras de reabilitação e ampliação. Contudo, a informação disponível é relativa às obras de gestão central, mostrando por isso uma tendência de concentração e focalização de construções ao nível de centros de saúde de tipo urbano.

No período em análise, o sector fez avanços no sentido de melhorar a qualidade de serviços prestados. Foram elaborados protocolos de maneio e doenças comuns; elaborado um Programa de Controle de Infecções, instituídas e revistas as normas de funcionamento de serviços nas unidades sanitárias (o que de certo modo melhorou a aplicação das normas e protocolos de controle de qualidade); elaborado guião para avaliação da satisfação do utente; instituídas reuniões clínicas de análise de óbitos; e revitalizados os conselhos de base em todas USs, com maior expressão nos hospitais centrais, provinciais e gerais.

Em 2006, registou-se crescimento dos indicadores de cobertura da saúde reprodutiva, excepto o indicador de cobertura de partos institucionais que não somente não atingiu as metas previstas em 2006, como também reduziu em relação ao ano anterior, cujas causas carecem de uma análise mais profunda. Foi constado um deficiente funcionamento das casas de espera para mulheres grávidas. O programa de planeamento familiar registou ruptura de stocks de alguns produtos anticonceptivos, em particular as pílulas progestínicas e pílula combinada devido a problemas logísticos ao nível central e provincial.

Na área de saúde infantil, durante 2006, o sector cobriu 90% das unidades sanitárias com AIDI, ultrapassando a meta de 80% previamente estipulada. Igualmente, foi integrado nesta estratégia de formação temáticas relacionadas com o HIV/SIDA pediátrico e o tratamento da diarreia. Ao longo de 2006, foram realizados cursos de AIDI em todas as províncias e cerca de 400 profissionais de saúde foram treinados neste pacote. Foram realizadas actividades comunitárias nos Distritos expandindo a AIDI Comunitário à mais 50% das comunidades rurais com o apoio das ONG´s nacionais e estrangeiras.

O sector fez igualmente esforços com vista a integração dos Cuidados Essenciais do Recém-Nascido nos cursos de COE, cobrindo 40% do previsto na formação devido ao excesso e incidência de formações nos mesmos técnicos a nível provincial e distrital. Além disso, foi distribuído material de formação e manuais de apoio para os cursos sobre Cuidados Essenciais ao Recém-nascido (CERN).

No ano de 2006, o sector fez a revisão e compilação do Manual de Educação para a Saúde Pública e desenhou a estratégia de comunicação para a campanha antitetânica e para a gripe das aves.

Em 2006 o sector fez esforços no sentido de definir uma estratégia nacional de saneamento do meio (e respectivos indicadores). No âmbito de controlo da qualidade de alimentos, o sector aprovou o Regulamento Nacional de Águas Engarrafadas e distribuiu kits de controlo de água em Maputo. Esta actividade não cobriu todo o país devido a demora no processo do concurso. Foi igualmente criada uma rede de informação e comunicação em água e saneamento coordenada pelo MISAU.

Os dados estatísticos de 2006 indicam que comparativamente com o ano anterior houve um aumento aparente do número de casos e de óbitos por Malária. O aumento da morbimortalidade por malária está associada à redução da imunidade devido ao HIV, a natureza do processo de diagnóstico que é na sua maioria presuntivo e, ao aumento da capacidade de detecção da endemia. O sector preconiza como estratégia integrada de controlo da malária o uso de redes mosquiteiras impregnadas e a Pulverização Intra-domiciliária. A pulverização foi realizada em todos os distritos previamente seleccionados de todas as províncias, com 91% de cobertura (casas pulverizadas). O ano 2006 foi igualmente marcado pelo (re)início da implementação da estratégia anti-larval e da profilaxia da malária na gravidez, cujo resultados serão visualizados no balanço de 2007.

Em relação as ITS/HIV/SIDA a avaliação mostra que no global, o programa de HIV/SIDA registou grandes avanços quer na estrutura organizacional a nível das DPS/DDSs quer ao nível das unidades sanitárias devido a integração das intervenções nos serviços existentes. Nesta componente, o ano de 2006 foi marcado pela aceleração da expansão do TARV a todas as sedes distritais e este esforço implicou grande investimento na área de formação e alocação de pessoal assim como na parte logística e infraestrutural para acomodação do fluxograma ora vigente. Em 2006 foram abertos, apetrechados/equipados mais 120 locais para TARV o que corresponde a 50% acima do inicialmente planificado para este período que era de 60 locais, totalizando150 locais oferecendo TARV em todas as Províncias com uma cobertura de mais

de 70% de todas as sedes distritais. Destes, 32 locais oferecem TARV pediátrico. O aumento de locais foi acompanhado pelo incremento do número de beneficiários: o número de doentes atingiu 44.100 (sendo 58% de mulheres e 3.443 crianças de menos de<15 anos) o que corresponde a um aumento de mais de 10% em relação a meta previamente estabelecida de 40.000 indivíduos em tratamento.

Em relação à Prevenção da Transmissão Vertical do HIV o ano de 2006 foi marcado pela expansão acelerada destes serviços na consulta pré-natal, na maternidade, consulta pós parto, consultas de planeamento familiar e consultas da criança de risco. O PES/2006 previa o aumento de serviços de PTV para 110 unidades sanitárias até finais de 2006. Até ao final do ano, 222 USs ofereciam os serviços de PTV, tendo já sido ultrapassada a meta para esse ano. Nestas US, foram atendidas 259827 mulheres grávidas (primeiras consultas pré-natais), das quais 194117 (74.7%) aceitaram fazer o teste de HIV após aconselhamento e 28516 (14,6%) tiveram resultado positivo.

No ano de 2006 foi harmonizado o PES e POA 2007 O MISAU e parceiros continuam comprometidos na integração progressiva dos instrumentos de planificação e monitoria, assim como na criação de instrumentos que permitam uma ligação eficaz entre a orçamentação e planificação das actividades, bem como entre os vários níveis do sector. Porém, a nível provincial persistem dois planos e por consequência uma duplicação do processo de prestação de contas. Além disso, o PES continua a ser um plano de nível Central, em parte, devido à ainda fraca coordenação entre os níveis Central e Provincial nos processos de planificação.

Embora tenha sido criada uma Unidade de Género, em 2006, não houve progressos assinaláveis na integração da componente Género no sector da saúde devido a constrangimentos de recursos humanos. Todavia, no período em análise foi dada continuidade das actividades de capacitação dos recursos humanos em género e saúde.

A execução média global dos fundos do sector, fixou-se em 75%, mais cinco pontos percentuais comparativamente ao total de financiamento em 2005 (70%). Os níveis de execução financeira e orçamental de 2006 foram historicamente os mais elevados dos últimos três anos. Neste período, houve melhorias substanciais e notórias na qualidade da execução orçamental do OE. Em termos percentuais a execução de 2006 esteve acima de 2005. A execução do OE despesas correntes foi de 93%, nível aproximado ao compromisso feito pelo MISAU no CCS de Novembro de 2005. O desempenho da área de execução orçamental foi bastante notória nas componentes despesas correntes do Orçamento do Estado e Prosaúde, atingindo uma cifra acima de 90%. Ao nível provincial o desempenho foi igualmente satisfatório tanto nas despesas correntes do OE bem como no Fundo Comum Provincial (FCP).

Na análise do desempenho dos parceiros foi constatado que mais de 2/3 comprometeram-se a financiar o sector da saúde por mais de 2 anos. Os dados sobre os compromissos assumidos ilustram que há garantia de disponibilidade de financiamento até finais de 2010. Esta é indicação da necessidade que o sector da saúde tem de iniciar cedo uma estratégia de planeamento e mobilização de recursos para depois desse período. Por outro lado, a avaliação constatou que os desembolsos no Fundo Comum em 2006 registaram um decréscimo acentuado em relação ao ano precedente que chegaram a atingir o nível de 90% . Este decréscimo no desembolso de fundos esteve associado à baixa execução orçamental registada em 2005. No mesmo período em análise quase todos os parceiros (90%) frequentaram as reuniões do preSWAP em 2006 e participaram activamente em mais de dois grupos de trabalho. Este elevado nível de participação reduziu o potencial de fragmentação das intervenções assim como aliviou o peso respectivo para a entidade governamental

I. INTRODUÇÃO

No contexto do SWAP o Ministério da Saúde (MISAU) tem estado a desenvolver um programa de Avaliação Conjunta Anual (ACA) do grau de implementação das actividades e do desempenho do Sector Saúde. Como recomendação da ACA IV, realizada em Novembro de 2005, esta actividade começou a ser feita em colaboração com os parceiros de cooperação, bem como a sua harmonização com o processo de Revisão Anual Conjunta do Governo da implementação do PARPA que tem lugar no mês Abril de cada ano no âmbito do Apoio Orçamental Directo.

A sexta Avaliação Conjunta Anual (ACA-VI) é o segundo exercício de alinhamento dos processos de revisão conjunta do sector de Saúde com os processos de planificação do governo com base nos principais instrumentos de planificação do governo (Plano Económico e Social (PES), POA, Orçamento do Estado (OE), Quadro de Avaliação do Desempenho (QAD). Deste modo, a ACA-VI não só avalia o desempenho do sector em 2006 como também cria condições técnicas e organizativas mais adequadas visando o aperfeiçoamento dos processos de coordenação e gestão, através de um reforço institucional, capacitando-se uma equipe interna para o efeito.

De um modo geral, este exercício da avaliação conjunta tem como objectivo fazer uma revisão ampla da implementação do PESS no sector da saúde, focalizando os instrumentos de acompanhamento do Balanço do PES, do POA e do desempenho dos parceiros. A revisão faz uma avaliação global do desempenho do sector da saúde em 2006 bem como a verificação dos indicadores dos planos para 2006, dando recomendações para 2008.

Do ponto de vista específico se pretendeu:

- Avaliar o grau de implementação das prioridades do sector reflectidas no PES/POA 2006 através da análise dos principais indicadores da LNM e QAD;

- Analisar a implementação do mecanismo de financiamento comum PROSAUDE e a execução orçamental;

- Analisar o desempenho dos parceiros ao longo de 2006 no que se refere à consistência entre os compromissos e acordos internacionais, a política e planos aprovados pelo Sector, assim como a coordenação entre as parcerias ao nível central e provincial, através de Fundos Comuns ou apoios bilaterais;

- Apreciar o grau de implementação das recomendações da ACAIII e ACA V;

- Elaborar recomendações para aprovação no CCS.

I.1. METODOLOGIA

A realização desta avaliação conjunta ocorreu em três momentos essenciais. No primeiro momento foram constituidas equipas conjuntas com técnicos do MISAU, parceiros e CNCS que efectuaram visitas de avaliação ao terreno; no segundo momento, foi realizada uma oficina de trabalho; e no último momento foi feita a revisão da documentação essencial pela assistência técnica contratada com vista a elaboração do relatório final.
As visitas foram realizadas entre Janeiro e Fevereiro de 2007 às províncias de Nampula, Zambézia e Tete com o objectivo geral de avaliar e reportar o grau de realização do Plano Económico e Social (PES Saúde), Quadro de Análise de Desempenho do Governo e seus parceiros) (QAD/PAF) e dos Indicadores contidos na Lista Nacional de Indicadores de Monitoria do PESS (LNM) ao nível da provincial. Adicionalmente, as visitas visaram avaliar o progresso registado relativamente aos objectivos do PESS 2001-05 ainda em Implementação, bem como a implementação das actividades do PES/POA 2006 ao nível de cada província. Em termos metodológicos, e para uma percepção rápida da situação e do grau de desempenho do sector saúde, o processo de avaliação no terreno foi efectuada em três fases. A primeira consistiu na leitura e análise de documentos relevantes e de indicadores ao nível provincial e distrital, com destaque para o Relatório de Balanço do PES/POA 2005 e 2006 de cada DPS, bem como dados dos NPCS. A segunda fase consistiu na realização de encontros e consequente condução de entrevistas aos responsáveis dos sectores chave, nomeadamente: Departamento de Planificação e Cooperação, Recursos Humanos, Administração/Gestão, Transportes e dos programas de saúde ao nível da Direcção Provincial (HIV/SIDA, TB e Lepra, Malaria, SMI, AIDI, PAV, SAAJ, Saúde Mental, PTV), principais parceiros do sector saúde ao nível provincial e alguns membros da Sociedade Civil. A terceira fase consistiu na observação directa do funcionamento e do estado geral dos serviços de saúde de 3 USs da província de Tete, 4 da província da Zambézia e 3 da província de Nampula incluindo os respectivos depósitos provinciais de medicamentos. Estas visitas constituíram uma oportunidade para avaliar a forma e condições como e em que os serviços de saúde são prestados.

A segunda etapa da metodologia geral da ACA VI foi a realização de uma oficina de trabalho. Esta oficina de trabalho teve a duração de quatro dias (de 6 a 9 de Março de 2007) e contou com a participação de representantes do MISAU do nível central e parceiros de cooperação que, divididos em seis grupos específicos de trabalho, puderam discutir e analisar os relatórios rascunhos das áreas de desempenho de acordo com as prioridades definidas no POA 2006. As discussões em grupo foram facilitadas pela assistência técnica com base num guião de tópicos previamente elaborado por esta. A concepção do guião tomou como base o balanço de PES 2006, o POA 2006 e respectivo balanço, os relatórios das visitas ao terreno realizadas por equipas conjuntas do MISAU e parceiros no quadro desta ACA e as recomendações das ACA's anteriores. Os tópicos do guião privilegiaram aspectos planificados e omissos nos balanços, clarificação de dados que constam dos balanços e sem a devida análise, o grau da implementação de recomendações anteriores e as principais sugestões para o ano seguinte. Foi elaborada uma versão preliminar do guião que foi submetida ao Grupo Técnico de M&A e parceiros para comentários e observações, que foram incorporados na versão final.

A última etapa foi a revisão da documentação disponível com vista a redacção do relatório final da avaliação. A documentação compreendeu planos anuais e respectivos balanços, relatórios de diversas áreas do sector da saúde, avaliações de períodos precedentes, avaliações externas e relatórios de progresso de projectos e ou programas específicos dentro do sector.

Os principais constrangimentos na realização desta oficina de trabalho estiveram relacionados com a falta de dados quantitativos consolidados sobre indicadores da LNM e QAD de 2006 que permitissem fazer uma análise completa do estado de saúde da população e do sistema de prestação de serviços.

Por outro lado, para a análise do desempenho do sistema de prestação de serviços, os TORs sugeriam uma análise desagregada por província e numa perspectiva comparativa dos últimos três anos. Tal exercício analítico não foi empreendido devido à limitação na apresentação dos dados dos períodos precedentes. Nos últimos dois anos a apresentação dos dados e/ou indicadores de desempenho do sector não foi desagregada por província, o que tornou impossível o estabelecimento de critérios comparativos. A desagregação de dados por província feita neste balanço do PES deve continuar e sobretudo deve integrar a rotina na apresentação dos dados em cada subsector que alimenta os relatórios e/ou balanços anuais.

O conteúdo do presente relatório é essencialmente baseado na informação recolhida dos relatórios, entrevistas e observações directas. Contudo, algumas das constatações mais importantes são baseadas em evidências indirectas, resultantes do cruzamento de informação contida nos relatórios, entrevistas e visitas de campo.

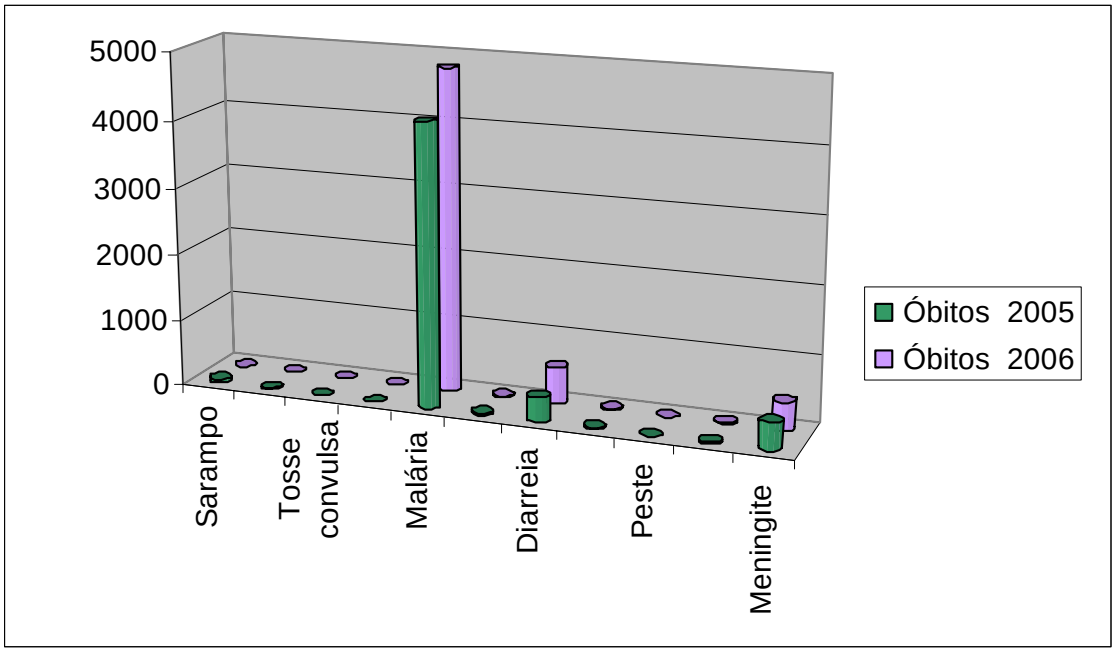
II. ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

O estado geral da população revela algumas melhorias em relação ao período precedente.

A informação sobre o registo das doenças de notificação obrigatória no País em 2006 continuou seguindo o mesmo padrão dos últimos anos, esta informação que tem como fonte o Boletim Epidemiológico Semanal (BES) revela por um lado que houve aumento de 167.4% e 13.6% na notificação de casos de cólera e a meningite, e por outro lado uma diminuição acentuada de casos de sarampo de 12598 casos em 2005 para 171 em 2006, correspondendo a uma redução de - 98.6%.

A malária registou um ligeiro aumento de 0.5% de casos notificados de 2005 a 2006 e uma subida de casos de óbitos em 14.4% no mesmo período. Este aumento está por hipótese associado, entre outros factores, ao aumento da capacidade de diagnóstico devido a extensão da rede sanitária; à potencial redução da imunidade por causa de HIV/SIDA e à natureza do processo diagnóstico que na maior parte dos casos é presuntivo.

FIG.1 ÓBITOS POR DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA



FONTE: BALANÇO DO PES 2006, P.5.

Uma análise comparativa entre províncias mostra que em 2006 a província de Nampula foi a que mais casos reportou (1124116), seguida da província de Gaza onde foram registados 798199 em 2005 e 874302 casos em 2006. Em termos de evolução da endemia a província de Cabo Delgado teve um crescimento de 23.1%. Contrariamente aos casos verificados em períodos precedentes, a província de Maputo foi a que teve um decréscimo mais acentuado de 2005 para 2006 (- 41.1%) seguida da província de Manica (-21.7). O decréscimo significativo ocorrido na província de Maputo pode estar associado ao impacto da iniciativa regional conjunta entre a Africa do Sul, Moçambique e Swazilandia que mobilizou um volume significativo de recursos com vista a debelar o impacto da endemia. Contudo, de uma forma geral,

a letalidade por esta doença manteve-se praticamente estável, com uma insignificante alteração de 0.07% em 2005 para 0.08% em 2006.

Em relação à cólera, no ano de 2006 foram notificados 5559 casos nas províncias de Sofala, Nampula e Zambézia contrariamente aos 2079 notificados em 2005. Embora tenham ocorrido surtos, que se manifestaram no aumento elevado de 167.4% de casos entre 2005 para 2006, a letalidade devido a esta doença reduziu de 1 % em 2005 para 0.4% 2006 a nível nacional. Uma análise comparativa entre as províncias revela que tal como ocorreu em 2005, no de 2006 os índices elevados de casos foram notificados nas províncias de Sofala, Manica e Zambézia, um indicativo da necessidade de melhoramento das condições de saneamento do meio e a educação para a saúde nas províncias referidas.

No período em análise foram notificados 1451 casos de meningite contrariamente aos 1277 registados em igual período do ano passado o que corresponde a uma aumento de 13.6%. Maputo Cidade continua sendo a província com maior número de casos notificados (58% dos casos) seguida da província de Nampula (14.5%). Em termos de evolução da doença a província de Cabo Delegado foi a que apresentou a maior redução em termos de evolução da doença (-84.2%).

Os dados relativos à Paralisia Flácida Aguda (PFA), registam um aumento de casos de 80 (2005) para 103 (2006). A província de Tete continua a ser a que mais casos notificados (20% em 2005 e 17.5% em 2006). Por outro lado, a província de Cabo Delgado notificou 15 casos contra 2 do período precedente. O aumento dos casos nesta província está associada à prováveis melhorias no sistema de detecção e/ou registo dos casos. O processo de detecção de casos de PFA continua merecendo atenção e constitui um desafio do sector de saúde tendo em conta que um dos grandes objectivos do sector é a erradicação da poliomielite até ano 2010.

O comportamento dos indicadores de qualidade - taxa de mortalidade materna intra hospitalar e infantil – embora se tenham revelado estáveis, continuam abaixo do recomendado pela OMS. A taxa de mortalidade materna em Moçambique continua sendo uma das mais altas do mundo. Esta é uma indicação de que o país precisa de envidar grandes esforços para lograr atingir os objectivos 4 e 5 das Metas de Desenvolvimento do Milénio, que preconizam uma redução em ¾ da mortalidade materna e 2/3 da redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos entre 1990 e 2015.

Em termos comparativos houve progressos na área de mortalidade infantil mas não aconteceu o mesmo em relação à mortalidade materna, embora haja uma estratégia definida e implementada desde 2002. O aumento dos índices de mortalidade materna está ligada à melhoria da capacidade de registo e notificação da parte do sistema. O sector envidou esforços na adopção de políticas e estratégias mas ainda falta a mobilização de recursos (humanos e financeiros) para a operacionalização desses instrumentos e estratégias.

Informação referente à epidemiologia do HIV/SIDA em Moçambique mostra que esta não difere da maioria dos países da região austral. Os dados disponíveis referem-se ainda a última ronda de vigilância epidemiológica realizada em 2004. Segundo esta, a seroprevalência de HIV do país é de 16.2%, sendo a região centro a mais afectada com 20.4%, a região sul com 18.1% enquanto que a região norte apresenta 9.3%. Contudo, é de realçar que esta situação poderá ter se alterado, nos últimos dois anos, sendo a falta de dados actualizados uma limitação

Em 2006 foram notificados 10860 casos de SIDA. Estes dados correspondem ao período de Janeiro a Setembro. Foram igualmente notificados cerca de 484.498 casos de ITS, destes 115.551 equivalentes a 27.6% foram contactos notificados contra 23% notificados em 2005. O sexo feminino continua sendo o grupo com maior número de casos de ITS representando 57,7% do total de casos notificados. O grupo etário maior de 20 anos, representa 80,2% dos casos.

A tuberculose continua sendo uma das grandes endemias cuja redução de índices constitui desafio para o país. O número de casos de tuberculose associados ao HIV tem vindo a aumentar de forma acelerada nos últimos cinco anos, visto que a tuberculose é a infecção oportunista mais comum nas pessoas vivendo com HIV/SIDA.

Os indicadores de vigilância nutricional revelam que o estado nutricional da população moçambicana continua estável com pouca alteração em relação ao ano precedente: a Taxa de Baixo Peso à Nascença (BPN) foi de 10.7% em 2006 contra 10.3% em 2005 e a de Crescimento Insuficiente (CI) foi de 5.6% em 2006 contra 5.7% de 2005.

III. DESEMPENHO DO SISTEMA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Os planos gerais do sector saúde foram parcialmente alcançado e cumpridos, tomando em conta a evolução positiva ocorrida nos indicadores principais do desempenho do sector, registada à vários níveis de saúde. com efeito, o volume global de actividades do sector aumentou durante o ano de 2006.

III.1 INDICADORES DE DISPONIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DE RECURSOS

III.1.1 Número de camas por habitante

Os indicadores de disponibilidade de recursos por província (Camas/1000hab e Hab/pessoal técnico) apresentam pouca alteração em relação ao período precedente. O índice de número de camas por 1000 hab foi de 0.87 em 2005 e passou ligeiramente para 0.89 em 2006, índices ainda abaixo do desejável. Uma análise comparativa entre províncias revela que as províncias de Maputo Cidade, Gaza e Sofala registaram os melhores indicadores cama/1000 hab (acima de 1). A pouca alteração e/ou estabilidade deste indicador de disponibilidade de recursos está relacionada com o baixo aumento registado na disponilização de camas sobretudo ao nível da rede primária.

III.1.2 Pessoal Técnico por Habitante

Este indicador teve a mesma tendência verificando ligeira melhoria ao passar de 1638 em 2005 passou para 1112 em 2006. Em termos comparativos, 2006 continuou a registar-se uma maior disponibilidade de RH na Cidade de Maputo (743hab/pessoal técnico), valor 1.4 vezes inferior ao da média nacional. Situação contrária foi verificada na província da Zambézia (2583 hah/pessoal técnico). Comparando as províncias mais e menos privilegiadas em termos de pessoal de saúde disponível, constata-se que a província da Zambézia tem o índice 3.4 vezes pior que a Cidade Capital. Em termos regionais, o norte seguido do centro apresenta índices mais baixos em relação a este indicador de disponibilidade de recursos. Apesar de ligeiras melhorias em relação ao período precedente, os dados evidenciam que persistem grandes desigualdades territoriais no concernente a disponibilidade de pessoal técnico

TAB 1 - INDICADORES DE DISPONIBILIDADE DE RECURSOS POR PROVÍNCIA JAN-NOV 2005/2006

	Camas/1.000 Habitantes		1000 Habitantes/ Pessoal tec	
	2005	2006	2005	2006
Maputo C	1.99	2.5	737	743
MaputoP	0.99	0.96	1493	1858
Gaza	1.23	1.21	1568	1583
Inhambane	1.02	1.03	1586	1594
Sofala	1.2	1.19	1188	1215
Manica	0.95	0.75	1648	1660
Tete	0.83	0.79	1563	1526
Zambezia	0.43	0.43	2685	2583
Nampula	0.74	0.75	2268	2176
Niassa	0.63	0.61	1098	1160
Cabo Delg	0.62	0.66	1855	1873
País	0.87	0.89	1638	1112

FONTE: SIMP/MISAU

Esta tendência evolutiva ilustrada pelos dados da tabela foi confirmada pelos dados da avaliação ao terreno no âmbito da realização desta ACA. Foi observada e analisada a relação entre pessoal de saúde e fluxo dos doentes. Assim, as visitas de avaliação conjunta observaram que nas três províncias visitadas – Nampula, Zambézia e Tete - existiam casos de Técnicos que atendem em média cerca de 200 doentes por dia; situações de funcionários que trabalham mais de 48 horas sem rendição; e a existência de serviços ou sectores que ficam paralisados durante meses por motivo de doença do pessoal afecto a essas unidades, sobretudo na província de Tete. Foi igualmente constatado que o maior movimento que se verifica nos utentes, sobretudo de unidades sanitárias de referência a nível regional e provincial deve-se a escassez de recursos humanos (em quantidade e qualidade)

De uma forma geral, o comportamento e evolução do indicador de Pessoal Técnico por Habitante está condicionando pela estratégia e perfil de recursos humanos existentes, sobretudo em relação à sua formação, sua capacidade de absorção e colocação (afectação) pelo SNS. Actualmente, observa-se que a capacidade de absorção do pessoal depende do Fundo de Salário que nem sempre cobre as necessidades. Por outro lado, o processo de afectação do pessoal é feito a nível central e muitas vezes não toma em conta o comportamento dos indicadores que revelam desigualdades regionais e provinciais. A realidade mostra que o SNS presta pouca atenção às desigualdades no interior de cada província, onde a maioria dos Recursos Humanos e com qualificações está concentrada nas capitais provinciais.

III.1.3 Rede Sanitária

O sector da saúde em 2006 fez enormes investimentos em actividades de expansão da rede sanitária que resumiram-se em novas construções e obras de reabilitação e ampliação. A expansão da rede sanitária via construções tem um efeito catalisador no aumento da disponibilidade dos serviços de saúde; todavia, os dados do balanço do PES sobre esta componente referem-se sobretudo às obras de gestão central, não incluindo a totalidade das que são geridas ao nível local.

Recomendações específicas

- Rever os indicadores de afectação de recursos;
- Descentralizar a abordagem SWAP a nível provincial, especialmente a abordagem das avaliações conjuntas anuais de modo a permitir que as autoridades sanitárias provinciais tenham um espaço e oportunidade de analisar o comportamento dos seus indicadores de desempenho;
- Priorizar a expansão da rede sanitária na área rural o que permitirá diminuir as iniquidades regionais e intra-regionais no acesso e uso dos serviços de saúde;
- Explorar a possibilidade de capitalizar e apoiar outros actores provedores de serviços de saúde de modo a contribuir para a extensão da rede e facilitar o acesso e uso de cuidados de saúde.

IV. CONSUMO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

IV.1 Consultas Externas por Habitante

O sistema de prestação de serviços medido em parte pelo volume de consultas externas registou um crescimento de 7.0% em 2006, cuja meta anual de 18.719.000 consultas para 2006 foi ultrapassada. Os índices de consumo de serviços também confirmam a tendência positiva, quer do indicador Consultas Externas por Habitante, como das Unidades de Atendimento por Habitante, tendo-se ultrapassado as metas previstas. A análise comparativa mostra que o maior índice Consulta externa por habitante foi verificado na região sul do país nomeadamente nas províncias de Maputo Cidade, Maputo província, Gaza, Inhambane, com 1.6, 1.4, 1.4 e 1.3 respectivamente, correspondente a duas vezes mais o índice verificado na província da Zambézia. A província da Zambézia similarmente a 2005 continua com o mais baixo índice com 0.7, contrariando a tendência geral de todas as províncias que registaram um crescimento mais ou menos homogéneo.

TABELA 2 - EVOLUÇÃO DAS ACTIVIDADES E CONSUMO DE SERVIÇOS DE JAN-DEZ 2005-2006

Actividades	Real2004	Real2005	Real 2006	% Evol	Meta 2006
Consultas Externas	0.96	19.321.866	20.676.201	7.0%	18.719.000
Consultas Estomat	n/d	418.305	405.082	-3.2%	
Consultas/hab.	n/d	1	1	-	0.94
Unid.Atendimento	n/d	75.840.682	80.368.955	6.0%	80.899.000
UAs/Hab	3.77	3.9	4.0	-	4.0

FONTE: SIMP/ MISAU (02.07.07) N/D : DADOS NÃO DISPONÍVEIS

IV.1.1 Equidade no acesso a serviços de saúde

Em termos gerais, houve uma melhoria no índice de iniquidade no acesso a serviços, uma tendência que vem se verificando desde ano 2000. O índice de iniquidade registado em 2006 foi de 3.4, significando uma ligeira melhoria em relação a 2005 cujo índice foi de 3.6. Apesar dessas melhorias a meta planificada de 3.3 para o período em avaliação não foi atingida. Quanto a iniquidade no consumo de serviços entre as províncias com maior e menor consumo o valor registado de 2.3, superou a meta prevista para o período que foi de 2.8.

IV.1.2 Tempo Usado Pelos Utentes para chegar a unidade sanitária

Não existe dados actualizados sobre este indicador de análise da problemática de acesso e uso dos serviços de saúde, pois este é feito de tempos em tempos pelo INE. Os últimos dados disponíveis referem-se a um inquérito realizado em 2001 que indicava que 72,2% da população rural em contraste com apenas 14,7% da população urbana tinha que despender mais de 60 minutos para chegar à unidade sanitária mais próxima. Contudo, é de esperar que com os investimentos em curso na expansão da rede sanitária a situação venha a apresentar melhorias no futuro.

IV.1.3 Grau de satisfação dos utentes das unidades sanitárias

Tal como o indicador precedente não existem dados actualizados sobre a percepção dos utentes em relação aos serviços prestados pelo SNS, um indicador indispensável para avaliar igualmente a qualidade dos serviços prestados. Segundo a adenda ao Balanço do PES, elaborado pelo então Departamento de Assistência Técnica, está em curso a elaboração e actualização dos instrumentos de recolha de dados (inquéritos) para este indicador.

Recomendações específicas:

- Realizar uma análise global sobre a problemática de acesso e uso dos serviços de saúde no país aplicando softwares (SAM, SIGsaúde, etc) e modelos analíticos actualizados que permitam uma visão holística e realística do problema. A informação resultante deste processo deverá ser passível de actualização de forma rotineira;

- Desagregar o indicador de *Taxa de ocupação de cama* diferenciando as unidades sanitárias de nível primário (onde as camas apenas servem para observação) e o nível hospitalar.

V. ÁREA DA SAÚDE DA COMUNIDADE

V.1 SAÚDE REPRODUTIVA

V.1.1 *Cobertura de Partos Institucionais*

No período em análise registou-se crescimento dos indicadores de cobertura da saúde reprodutiva, excepto o indicador de cobertura de partos institucionais que não atingiu as metas previstas em 2006, para além de revelar uma redução em relação ao ano anterior. Tendência contrária verificou-se nas cobertura das consultas pós parto que aumentaram significativamente de 55.6% em 2005 para 63.8% em 2006, valor que ultrapassou a meta anual prevista. Em termos comparativos, especial destaque é dada a província do Niassa que pelo segundo ano consecutivo apresenta as mais elevadas coberturas de consultas pré-natais e pós parto tanto em 2005 como em 2006;

TABELA 3 - COBERTURA DAS CONSULTAS PRÉ-NATAIS, PÓS-PARTO E PARTOS INSTITUCIONAIS

Indicador	Real 2004	Real 2005	Real2006	Meta Anual 2006
Consultas pré-natais	104%	97.50%	100%	98%
Partos institucionais	47%	50.1%	48.4%	52%
Consultas pós-parto	57,4	55.6%	63.8%	62%

FONTE: SIMP/MISAU

Com a implementação da estratégia de redução da mortalidade materna em 2000, focalizada na prestação de cuidados obstétricos de emergência verificou-se uma melhoria na assistência ao parto nas unidades sanitárias que passaram a oferecer COEm. Por outro lado, e com vista a incrementar a cobertura, o sector da saúde investiu no aumento do número de casas de espera para mulheres grávidas, que passou de 110 para 134 em 2006, o que significa um crescimento de 21%, porém, regista-se uma de fraca utilização das mesmas principalmente devido a deficientes condições de alimentação.

A redução das coberturas de partos verificadas em 2006 carecem de uma análise mais profunda uma vês que contrariam as tendências dos últimos anos, bem como os esforços feitos pelo sector nos últimos anos.

Recomendações específicas

- Promover pacotes de pesquisa para compreensão dos factores que determinam a baixa cobertura dos partos institucionais, em particular a redução verificada em 2006. Estas pesquisas deverão também documentar experiências e boas práticas no funcionamento de casas de espera para mulheres grávidas;

- Humanizar o parto: prestar um atendimento centrado nas necessidades da mulher e sobretudo ser permissivo à participação da família durante as intervenções na gestação, o parto e puerpério;

- Definir uma estratégia de expansão e sustentabilidade de funcionamento das casas de espera de mulheres grávidas, incluindo o aspecto de alimentação das suas utentes;

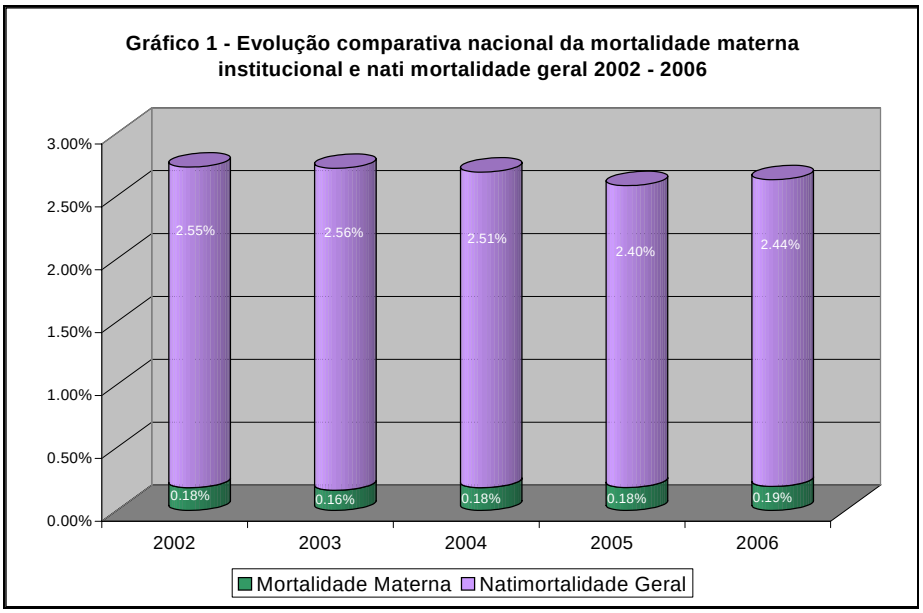
V.1.2. Cuidados Obstétricos Essenciais

Em 2006 o sector investiu significativamente na expansão dos serviços de atenção à saúde da mulher e ao recém-nascido. Foram realizados 41 cursos de COEm, entre básicos e completos, com a participação de médicos de clínica geral, técnicos de medicina e cirurgia, agentes de medicina geral, enfermeiras de SMI de nível básico e médio e parteiras elementares em todas as províncias,. Estas acções contribuíram para o alcance da cobertura de 1.18 US/500000 hab com COEm Completos e 2.3 US/500000hab nos COEm básicos, mas a meta de 6.9 US/500000\ hab não foi atingida. Esta meta para 2006 foi erradamente calculada devido a um erro na interpretação do indicador. Este é medido em função da actividade assistencial oferecida aos utentes pelo que a meta corrigida seria de 1.93 US/500000 hab que foi, portanto, ultrapassada.

V.1.3 Mortalidade Materna

Em 2006 a taxa de mortalidade materna intra hospitalar aumentou ligeiramente de 182 para 190 (óbitos maternos/100000 NV). Esta taxa foi influenciada pela melhoria do registo dos óbitos maternos e tratamento atempado das complicações obstétricas; melhoria da estratégia em relação a notificação de casos que se reflecte no maior registo e melhoria da capacidade de monitoria; persistência de dificuldades ao nível da 1ª demora devido; concentração de acções a nível hospitalar e insuficientes intervenções ao nível comunitário.

Analisando a tendência da taxa de letalidade por complicações obstétricas é notório que mais casos complicados chegam e proporcionalmente a taxa vai reduzindo, o que significa melhor capacidade de tratamento. As taxas mais elevadas verificadas nas Províncias de Inhambane e Sofala estão ligadas ao melhor desempenho dessas províncias na implementação do plano de redução de mortalidade materna e a melhor consciência dos provedores que deixaram de sub notificar os óbitos maternos. Quanto a província de Cabo Delgado apesar de ainda revelar taxas elevadas, observa-se que está melhorando de ano para ano. As mais baixas taxas de mortalidade foram registadas nas Província e Cidade de Maputo.

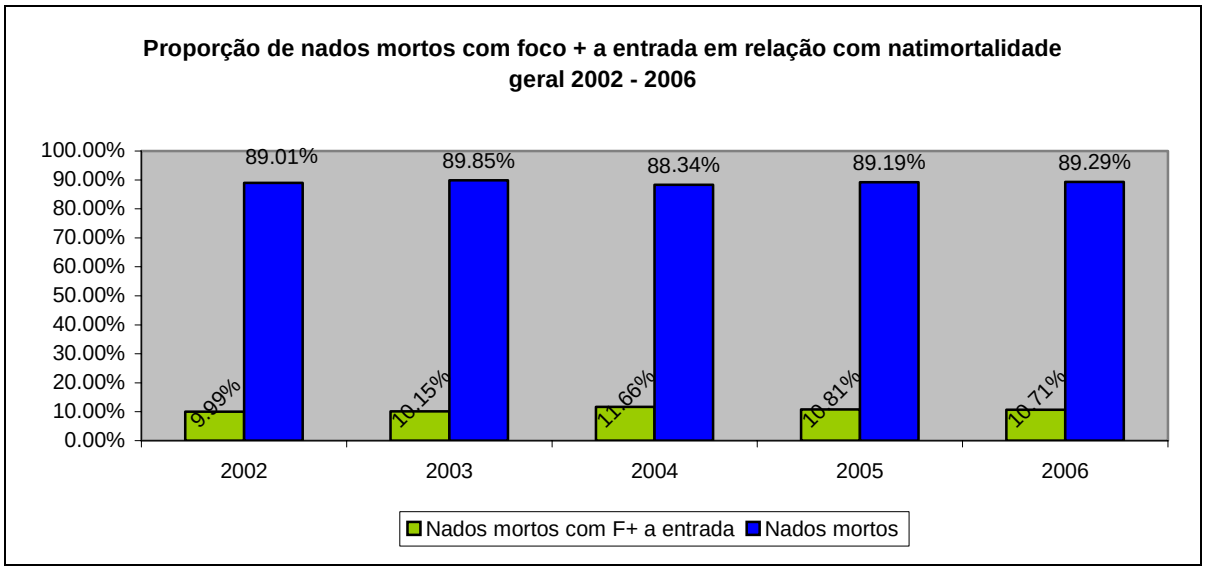


FONTE: RELATÓRIO DNS 2007, P.30

V.1.4 NATIMORTALIDADE

No período em análise, a taxa de natimortalidade com foco positivo não sofreu alteração de 256 (2005) para 255 (2006) nados mortos por 100000 NV. A província do Niassa foi a que apresentou um decréscimo significativo de 389 para 290, e contrária tendência foi verificada em relação a Maputo Cidade com um aumento de 397 para 549 o que poderá ser resultado da melhoria da notificação na Província e Cidade de Maputo: O Hospital Geral José Macamo presta assistência cirúrgica durante 24 horas e assegura as referências da Província de Maputo para além da sua respectiva área de saúde. O Hospital geral de Mavalane iniciou em 2006 a actividade cirúrgica por períodos de 12 horas dia numa primeira fase, esperando que em 2007 passe a funcionar durante 24 horas.

Os dados do gráfico abaixo mostram que a percentagem de nados mortos com foco + tem vindo a diminuir ligeiramente, devido a formação em Cuidados Obstétricos e Neonatais de Emergência. No entanto, há ainda necessidade de supervisão dos cursos pelo nível central, para garantir a qualidade.



FONTE: RELATÓRIO DNS 2007, P.31

Ainda no âmbito da implementação da estratégia e melhoria da qualidade dos serviços prestados a população, estão em funcionamento os comités de estudo de Mortes Maternas em todas as Províncias, que vão funcionando com algumas limitações e fragilidades, sobretudo por nem sempre ser possível ter mais de 1 Médico Obstetra para discussão. No entanto, o nível de eficácia dos comités de mortes maternas é condicionado pelo seu funcionamento irregular e sobretudo pela ausência de um Comité Nacional de estudo e análise de casos de mortes maternas e neonatais, cuja criação é urgente para dentre outras actividades, elaborar o guião e lista de verificação para a discussão das mortes maternas e peri-natais por forma a padronizar e orientar as discussões nas província.

Recomendações específicas:

- Acelerar a finalização e implementação da estratégia de intervenção comunitária e padronização das intervenções existentes;

- Acelerar a formação de técnicos de cirurgia, enfermeiras de SMI de nível superior e anestesistas para aumentar a capacidade de resposta e de resolução de complicações obstétricas;

- Reforçar a componente de cirurgia de urgência na formação de médicos generalistas;
- Formar em gestão os responsáveis provinciais e distritais de saúde materno-infantil;
- Fortalecer a participação dos médicos genico-obstétras existentes nos hospitais provinciais na gestão e implementação dos programas provinciais de saúde reprodutiva;
- Avaliar a situação actual dos recursos humanos na área de SMI/SSR;
- Acelerar o processo de criação do comité nacional de mortes maternas criando condições institucionais para seu funcionamento;
- Revitalizar e padronizar as atribuições e funcionamento dos comités locais de morte materna;
- Reforçar a componente de aprendizagem, partilha de informação, experiências e boas práticas nos comités.

V.1.5 Planeamento Familiar

Este componente é crucial e indispensável na estratégia de saúde sexual e reprodutiva como um todo e sobretudo pelo efeito que tem na prevenção das mortes maternas. O ano de 2006 foi marcado por problemas na gestão das intervenções de planeamento familiar: o programa enfrentou dificuldades em algumas Províncias em virtude de se ter verificado ruptura de stocks de alguns anticonceptivos, em particular as pílulas progestínicas de marca MICROLUT e a , pílula combinada MICROGYNON devido a problemas logísticos quer a nível central, quer a nível provincial.. Foi reportado no terceiro e quarto trimestre de 2006, o atraso e/ou não recebimento de anticonceptivos pedidos nas províncias de Tete, Gaza e área de Chamanculo.

Recomendações específicas

- Fortificar a coordenação entre os programas de saúde e a central de medicamentos na provisão de anticonceptivos;
- Capacitar os gestores e técnicos implementadores da estratégia em matéria de logística, gestão e planificação;
- Incrementar acções que visem a melhoria da 1ª demora, incluindo material educativo;
- Aumentar o número de supervisões, sobretudo da província para os distritos, aumentando o tempo de permanência com vista a acompanhar actividades e corrigir possíveis irregularidades.

V.2 Saúde Infantil

V.2.1 Cobertura de Consultas Preventivas

As coberturas das consultas preventivas de 0-11meses e dos 0-4 anos mantiveram-se estáveis quando

comparadas a igual período do ano passado. No entanto, as consultas 0-4 anos mantiveram-se ainda aquém da meta estipulada para este ano.

TABELA 4 - COBERTURA DE CONSULTAS PREVENTIVAS DE CRIANÇAS COM IDADE INFERIOR A 5 ANOS

Cobertura	2005	2006	Meta 2006
1ªs consultas crianças 0-11M	100%	100%	98%
1ªs consultas crianças 0-4 anos	41.8%	41.4%	72%

FONTE: SIMP/MISAU

V.2.2 Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI)

Durante 2006, o sector cobriu 90% das unidades sanitárias com AIDI, ultrapassando a meta de 80% previamente estipulada. Igualmente foi integrado nesta estratégia de formação temáticas relacionadas com o HIV/SIDA pediátrico. Ao longo de 2006, foram realizados cursos de AIDI em todas as províncias e cerca de 400 profissionais de saúde foram treinados neste pacote. Foram realizadas actividades comunitárias nos Distritos expandindo a AIDI Comunitário à mais 50% das comunidades rurais com o apoio das ONG´s nacionais e estrangeiras.

V.2.3 Cuidados Essenciais do Recém-Nascido (CERN)

Esta é uma componente nova nas intervenções do MISAU. O sector fez esforços com vista a integração dos Cuidados Essenciais do Recém-Nascido nos cursos de COE, cobrindo 40% do previsto na formação devido ao excesso e incidência de formações nos mesmos técnicos a nível provincial e distrital. Foram realizados Cursos sobre Cuidados Essenciais ao Recém Nascido, em pacote único ou combinado com COEm, sendo formados mais de 700 trabalhadores de saúde. Paralelamente às formações foi distribuído material de formação e manuais de apoio para os cursos sobre Cuidados Essenciais ao Recém-nascido (CERN). Actualmente, mais de 40% dos Hospitais Rurais e Gerais cumprem com as normas Nacionais de tratamento da doença grave na infância. Contudo, a meta anual de 80% não foi atingida.

O sector realizou actividades com vista a aprimorar e dotar a saúde infantil com instrumentos orientadores da implementação da sua abordagem: foi elaborado o Protocolo de Investigação sobre o Recém-Nascido na comunidade e actualizados os manuais de AIDI. Adicionalmente, durante o período em análise foi finalizado o documento sobre a Política de Saúde Neonatal e Infantil e iniciou-se o processo de elaboração do Plano de Acção para a Melhoria da Qualidade dos Serviços de Saúde Infantil.

Recomendações específicas

- Rever os critérios de definição de metas e operacionalizar de forma gradual as formações em AIDI;
- Definir pacotes integrados de formação e promover uma maior comunicação e coordenação com programas afins de forma a, entre outros, aliviar a concentração das formações nas ESMI;
- Acelerar intervenções na área do recém-nascido com maior ênfase no envolvimento comunitário;

V.3 O PROGRAMA ALARGADO DE VACINAÇÃO (PAV)

V.3.1 Cobertura Vacinal de menores de 1 ano Contra a DPT3/HEP.B

Durante o período em análise registou-se uma cobertura integral em todas as componentes, principalmente

no indicador chave "Cobertura de crianças menores de 1 ano vacinadas contra a DPT/HEB 3ª dose" que não somente atingiu como também superou a meta anual prevista como ilustra a tabela seguinte.

TABELA 5 - COBERTURA VACINAL DE CRIANÇAS MENORES DE 1ANO DE JAN-NOV 2005/2006

Tipo de Vacina	2005	2006	Meta 2006
BCG	100%	100%	98%
VAS	83.2%	100%	98%
DPT/Anti-Pólio e HB(3ª)	83.6%	100%	95%

FONTE: SIMP/MISAU.

Neste período, registou-se uma melhoria da quebra vacinal DPT1/DPT3 que passou de 11.8% em 2005 para 9.1% em 2006, sugestivo de melhoria na planificação e organização das actividades do PAV. Por outro lado, a melhoria da rede de cadeia de frio, associada a melhoria do fornecimento de vacinas e material de vacinação, bem como a alocação de meios de transporte, actuaram sinergicamente para o bom desempenho do PAV em 2006.

V.3.2 Campanhas de vacinação

Decorreu de 11 a 15 de Dezembro de 2006 a primeira volta da Campanha de Vacinação anti-tetánica em 15 distritos considerados de alto risco para o tétano neonatal, isto é, nas províncias de Cabo Delgado (Balama e Mueda), Nampula (Malema, Mogovolas e Nacala Velha), Zambézia (Alto-Molócue, Chinde, Lugela, Maganja da Costa, Milange, Morrumbala e Pebane), Tete (Changara) e Manica (Manica e Mossurize), tendo como grupo alvo mulheres em idade fértil (15-49 anos). A taxa de cobertura da campanha foi de 94.2%.

Recomendações específicas:

- Centralizar no MISAU a procura e aquisição de acessórios para o equipamento da cadeia de frio;
- Capacitar os utilizadores em aspectos de manutenção preventiva básica das unidades de frio;
- Capacitar os técnicos de manutenção na reparação do equipamento de frio e no treinamento dos utilizadores;
- Treinar o pessoal de saúde do nível distrital e de unidade sanitária na gestão e implementação do PAV;
- Acelerar a reprodução do Manual do PAV e do livro de bolso das normas do PAV para consulta rápida e garantir a sua distribuição a todos os níveis;
- Garantir a aplicação integral da estratégia RED a nível distrital;

V.4 ACTIVIDADES DE BASE COMUNITÁRIA : EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA

O sector de Educação e Saúde Pública é importante para o desempenho positivo do sector de saúde, sobretudo na promoção da saúde e prevenção de doenças. No ano de 2006, o sector fez a revisão e compilação do Manual de Educação para a Saúde Pública e desenhou a estratégia de comunicação para a campanha antitetânica e para a gripe das aves. Neste momento, o sector não dispõe de uma estratégia holística de comunicação, funcionando com ferramentas ad-hoc de educação sanitária. As actividades comunitárias são desenvolvidas principalmente por entidades não estatais e existe uma multiplicidade de abordagens e práticas concernentes.

No âmbito de formação foi realizado um curso sobre Metodologias de Comunicação dirigido a Formadores das Direcções Provinciais da Cidade de Maputo e da Zambézia. Está em processo a revisão dos curricula de formação do pessoal de saúde nas IdFs incluindo o de Agentes Comunitários de Saúde (APEs) tendo em vista a incorporação de matérias de IEC.

Recomendações específicas:

- Elaborar e divulgar uma estratégia de comunicação para a saúde com ênfase na participação comunitária;
- Clarificar a abordagem do MISAU em relação aos Agentes Polivalentes Elementares;

V.5 NUTRIÇÃO

V.5.1 Indicadores de Vigilância Nutricional

Em 2006 o sector saúde na área de nutrição teve como principais áreas de intervenção a vigilância nutricional, dietética, reabilitação nutricional, segurança alimentar e suplementação com a Vitamina A.

Os indicadores de Vigilância Nutricional dos últimos dois anos ilustrados na tabela abaixo mostram que as taxas tanto para o Crescimento Insuficiente como para o Baixo Peso a Nascença aumentaram ligeiramente em relação ao ano 2005. As taxas de Crescimento Insuficiente mantiveram-se num nível aceitável (abaixo dos 16%) enquanto que as taxas de Baixo Peso à Nascença continuam a indicar uma situação séria (acima de 7,0%).

TABELA 6 - INDICADORES DE VIGILÂNCIA NUTRICIONAL

Ano	Baixo Peso à Nascença	Crescimento Insuficiente
2003	10.1	6.4
2004	9.7	6.0
2005	10.5	5.7
2006*	11.5	6.0

* DADOS ATÉ SETEMBRO DE 2006 FONTE: NUTRIÇÃO/DNS/MISAU

As principais razões apresentadas pelas províncias para o registo de elevados índices de Baixo peso a Nascença foram:

- Problemas associados a Infecções por malária e HIV/SIDA e ITS na mulher grávida;

- Alimentação inadequada durante a gravidez devido a falta de alimentos ou falta de conhecimentos na utilização dos alimentos localmente disponíveis;
- Tabus alimentares;
- Gravidez precoce;
- Parasitoses intestinais.

V.5.1.1 Suplementação em Vitamina A

A cobertura de suplementação com Vitamina A em crianças dos 6-59 meses através do sistema de rotina até Setembro de 2006 foi de 39,28%. Em relação à suplementação com Vitamina A em mulheres no pós-parto, foram registadas baixas coberturas (menos de metade da meta traçada para este ano – 60 %) comparativamente ao mesmo período de 2005.

TABELA 7 - COBERTURA DE SUPLEMENTAÇÃO COM CÁPSULAS DE VIT A

	Ano	
Vitamina A	2005	2006
Criança 6 – 59 meses	60,7 %	39,3 %*
Pós-parto	50,0 %	28,5 %*

* EXCEPTO ZAMBÉZIA E NAMPULA FONTE: NUTRIÇÃO/DNS/MISAU

As principais razões que possam ter contribuído para as baixas coberturas registadas no período em análise são:

- Fraca qualidade dos dados devido ao mau lançamento no novo banco de dados e mau preenchimento de novas fichas de registo diário (onde muitos trabalhadores ainda enfrentam dificuldades no registo), utilização de dados demográficos diferentes entre o MISAU e as Províncias;
- Ruptura de stock (má distribuição de cápsulas durante a campanha de vacinação em 2005, fez com que houvesse Ruptura de stock no primeiro trimestre de 2006);

Em 2006 foram formados 1663 técnicos de saúde em 297 Unidades Sanitárias sobre o Pacote Nutricional Básico tanto a nível central como provincial. Foram também formados em todas as províncias formadores de Agentes Comunitários de Saúde sobre a estratégia de expansão da suplementação da vitamina A na comunidade.

V.6-Saúde Ambiental

Em 2006, no âmbito de controle da qualidade de alimentos, o sector identificou e inspeccionou um número considerável de estabelecimentos comerciais e industriais, aprovou o regulamento nacional de águas engarrafadas e distribuiu kits de controlo de água em Maputo. Esta actividade não cobriu todo o país devido a demora no processo de aquisição. Foi igualmente criada uma rede de informação e comunicação

em água e saneamento coordenada pelo MISAU.

Na área de águas e saneamento, o sector iniciou a definição da Estratégia sobre a Água e Saneamento, bem como a elaboração da Estratégia sobre o Saneamento do Meio para o Sector da Saúde (ainda em curso). Na área da sanidade internacional foi revisto o regulamento Internacional da Saúde (aguarda aprovação) de modo a adequa-lo a situação contextual do país. Além disso, foi elaborado o plano Nacional de Contingência para a gripe das aves, incluindo a preparação dos documentos normativos sobre a Gripe das aves para as fronteiras e formado pessoal em todas as Províncias.

Em relação a gestão de lixo hospitalar, o sector não dispõe de uma estratégia a área, o que resulta na multiplicidade de formas de gestão e tratamento do mesmo. Dados das visitas ilustram que na quase totalidade das unidades sanitárias observadas a gestão do lixo hospitalar não ocorre segundo padrões aceitáveis por constrangimentos vários ligados sobretudo à falta de equipamento apropriado e recursos. Por outro lado, e como foi referido antes, persiste a existência de unidades sanitárias sem infra-estruturas básicas como água e que ainda enfrentam problemas do saneamento do meio.

Recomendações específicas:

- Incluir e priorizar na planificação a resolução de problemas de saneamento nas unidades sanitárias;
- Definir padrões de tratamento do lixo hospitalar por nível de US, capitalizando as experiências existentes;
- Divulgar fichas de recolha de dados pelas unidades sanitárias.

V.7 SAÚDE MENTAL

O MISAU fez esforços significativos com vista a reactivar o programa de saúde mental, cujas acções foram focalizadas na formação, definição de estratégias e políticas respectivas. Com vista a expansão da cobertura de serviços de psiquiatria e de cuidados de saúde mental foram colocados 30 técnicos médios de psiquiatria e saúde mental recém formados que irão reforçar as actividades do programa a nível de todas as províncias. A cobertura dos cuidados de psiquiatria e saúde mental aumentou, com mais 21 novas unidades sanitárias em todo o pais a oferecer este serviços (20 distritos e o Hospital Militar de Nampula).

Em relação à componente de políticas e estratégias, o sector disseminou o Plano Estratégico da Saúde Mental durante a Reunião Nacional de Saúde Mental; foram igualmente elaborados planos de acção para diversas áreas de saúde mental, nomeadamente para a prevenção e controle da epilepsia, esquizofrenia e outras psicoses, para o atendimento à população necessitada, bem como para o controle do consumo de álcool, tabaco e drogas. Na componente institucional e de infra-estruturas, foram aprovados os projectos de Centro de Reabilitação para tóxico dependentes e do Centro de Reabilitação Psicossocial, aguardando a elaboração do projecto arquitectónico.

Recomendações específicas

- Criação de Brigadas móveis integradas ou incluir nas já existentes (ex: psiquiatria e oftalmologia ou SMI/PAV);

- Inclusão dos indicadores de saúde mental no SIS;

- Formar e envolver activistas para a expansão das acções de educação para a saúde mental, particularmente nas questões de álcool, drogas e tabaco;

- Melhorar a operacionalização da estratégia, apresentando prazos e indicadores concretos e realistas;
- Colaborar com os praticantes da medicina tradicional para a melhoria das condições de tratamento dos doentes mentais.

V.8 SAÚDE ESCOLAR E DO ADOLESCENTE

Na componente Escolar, as acções focalizaram-se na vacinação e no programa de desparasitação. No âmbito da Vacinação Anti-Tetánica às crianças, foram abrangidas 671 do EP1 das 8.535 existentes no país. De um total de 977.406 alunos matriculados na 1ª classe foram vacinados 444.702 (1ª dose), o que corresponde a uma taxa de cobertura de 45.4%, enquanto dos 467.204 matriculados na 2a classe, foram vacinados 274089 (2ª dose) o que correspondente a uma taxa de cobertura de 58.6%.

O programa de desparasitação beneficiou 270.290 alunos de 66 escolas do EP1 da província de Inhambane onde esta componente do pacote básico está mais desenvolvido.

No concernente à implementação do pacote básico, foram observados 440.573 alunos em exames médicos, dos quais 17976 apresentaram problemas de saúde nos diferentes serviços oferecidos.

Durante o ano de 2006, foram revistos, testados e distribuídos módulos de formação em saúde escolar, cujos conteúdos foram introduzidos no curriculum básico do aluno da 1ª a 7 ª classes. No âmbito da formação, foram treinados 299 formadores, dentre os quais gestores de programas de Saúde e de Educação, em matéria de saúde escolar incluindo em primeiros socorros. Estes formadores, capacitaram um total de 544 professores das províncias de Nampula, Zambézia, Manica e Inhambane.

A componente Adolescente concentrou-se na expansão dos Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens (SAAJ). No período em análise, foi implantado um total de 46 SAAJ, totalizando actualmente 179, o que corresponde a cumprimento de 92% da meta de 50 novos SAAJ para o ano de 2006. No concernente à meta global cumulativa de 200 SAAJ em 2006 estipulada no PEN SIDA 2004-2008, o cumprimento já atinge os 89%. Nestes serviços foi atendido um total de 147.129, sendo 70.312 novos utentes.

Paralelamente à abertura de novos SAAJs ocorreu a formação de 26 formadores e 51 provedores dos SAAJ em Aconselhamento e Testagem do HIV na perspectiva de implantação desta componente em 40 SAAJ. Está em processo de finalização o Manual de Formação de Formadores e o de Provedores em AT para os SAAJ, bem como o guião operacional. No âmbito geral do programa, um total de 280 provedores foram formados em Saúde Sexual e Reprodutiva para Adolescentes e Jovens/ITS/HIV/SIDA, dos quais 103 foram objecto de certificação multisectorial.

Recomendações específicas

- Criar mecanismos que possam contribuir para eliminar as barreiras culturais e psicológicas para uma maior aderência dos jovens – sobretudo os do sexo masculino aos SAAJs;
- Descentralizar os serviços, incluindo a gestão;
- Expandir os serviços para zonas Rurais;
- Implantar SAAJs nas IdF (como campo de estágio e para melhorar o acesso);
- Coordenar com os sectores de educação e juventude a colocação de activistas pares nos SAAjs, garantindo mecanismos de monitoria constante, assim como na definição de um pacote de incentivos para os activistas pares operando nos SAAJ;
- Integrar os SAAJs na caracterização e funcionamento das US;

V.9 SAÚDE ORAL

No ano de 2006, o programa de saúde oral concentrou-se em actividades de melhoria da qualidade nesta sub componente do sector da saúde. Neste contexto, foi adquirido equipamento, incluindo 70 cadeiras de Estomatologia e 20 aparelhos de Rx. Na área de recursos humanos foram capacitados Enfermeiros e Agentes de Medicina Geral na extracção dentária e Tratamento Restaurativo Atraumático permitindo a expansão da taxa cobertura de distritos com serviços de estomatologia. O sector realizou igualmente uma Reunião Nacional de Saúde Oral para a actualização da política nacional.

VI. GRANDES ENDEMIAS

VI.1 PLANO DE COMBATE À MALÁRIA

Em Moçambique, a malária é a principal causa de procura dos serviços de saúde, sendo responsável por 40% de todas as consultas externas; cerca de 60% de doentes internados nas enfermarias de pediatria resultam da malária severa. A malária é também a principal causa de mortalidade nos hospitais em Moçambique, sendo responsável por quase 30% de todos os óbitos registados. A estimativa de incidência no grupo etário de 2 a 9 anos de idade varia de 40 a 80%, chegando a atingir 90% de crianças menores de 5 anos de idade em algumas áreas.

Os dados estatísticos de 2006 indicam que comparativamente com o ano anterior sugerem um aumento do número de casos e de óbitos. O aumento da morbilidade por malária está também associada à redução da imunidade devido ao HIV, à natureza de processo de diagnóstico que é na sua maioria presuntivo. Em relação ao comportamento por regiões, a província de Maputo regista uma diminuição acentuada de casos e óbitos de malária comparativamente ao resto do país devido fundamentalmente à implementação da estratégia regional de combate a malária (Libombo Spacial Development Initiative) implementada conjuntamente entre as repúblicas de Africa do Sul, Moçambique e Reino da Swazilândia.

VI.1.2 ACTIVIDADES PREVENTIVAS

O sector preconiza como estratégia integrada de controlo da malária o uso de redes mosquiteiras impregnadas e a Pulverização Intra-domiciliária. As províncias de Gaza, Inhambane, Tete, Zambézia e Cabo Delgado têm actualmente projectos bem estabelecidos de distribuição de redes mosquiteiras às mulheres grávidas às crianças menores de 5 anos. No período em análise estas actividades se estenderam para as províncias de Nampula e Niassa. A pulverização foi realizada em todos os distritos previamente seleccionados de todas as províncias, com um resultado de 91% de cobertura (casas pulverizadas). Com a expansão para o distrito da Manhiça (primeira ronda) bem como no município da Matola e Maputo, a pulverização domiciliária residual atingiu uma cobertura de 34% da população, contra os 25% planificados.

O ano 2006 foi igualmente marcado pelo reinício da implementação da estratégia anti-larval cujos resultados serão visualizados no balanço de 2007. Actualmente está-se no processo de levantamento de criadores de larvas.

No mesmo período iniciou a profilaxia da malária na gravidez (tratamento intermitente preventivo) a nível nacional, tendo sido feita formação do pessoal de saúde sobre a matéria. Pelo facto de a implementação da estratégia ter iniciado no segundo semestre de 2006 é ainda cedo para se avaliar o seu impacto que por sua vez, está directamente associado à cobertura dos serviços de SMI, à funcionalidade das brigadas móveis (que não conseguem estar todos os meses nos mesmos locais) e ao momento em que ocorre a 1ª consulta.

Na componente comunitária da prevenção, o sector iniciou o processo de disponibilização de medicamentos para o tratamento de malária via formação de agentes comunitários de saúde e inclusão de anti-maláricos no seu kit de medicamento.

Recomendações específicas

- Aprimorar o diagnóstico laboratorial para distinguir o que é de facto malária;
- Sensibilizar a comunidade para o reconhecimento dos sinais de malária e recorrer o mais cedo possível às unidades sanitárias;
- Iniciar as campanhas de pulverização domiciliar antes da época chuvosa;

VI.2 PLANO DE COMBATE AS ITS/HIV/SIDA

No âmbito dos programas prioritários relacionados com as grandes endemias, as constatações das missões no terreno e a documentação disponível mostram que no global o programa de HIV/SIDA registou grandes avanços quer na estrutura organizacional a nível das DPS/DDSs quer ao nível das unidades sanitárias devido a gradual integração das intervenções nos serviços existentes. Nesta componente, o ano de 2006 foi marcado pela aceleração da expansão do TARV a quase todas as sedes distritais e este esforço implicou grande investimento na área de formação e alocação de pessoal assim como na parte logística e infraestrutural para acomodação do fluxograma ora vigente.

O investimento na expansão das componentes do HIV/SIDA teve um efeito positivo no aumento de serviços. Embora não se tenham sido atingidas as metas previstas, numa perspectiva comparativa o desempenho do sector em 2006 nesta área duplicou em relação aos resultados atingidos no ano precedente. No entanto, há que realçar que a melhoria do desempenho deste programa resultou da concentração de actividades e recursos nestes, o que poderá ter condicionado o desempenho do sistema de prestação de serviços noutras áreas, devido sobretudo à escassez de pessoal na periferia. O desafio nesta componente é de se assegurar a existência de uma visão e abordagem mais integrada e equilibrada na implementação dos programas de modo a permitir o sucesso e melhor desempenho de todos.

VI.2 CASOS NOTIFICADOS DO HIV NOS SERVIÇOS DE ATS

Em 2006 foram notificados 10860 casos de SIDA. Os dados sobre a distribuição regional da percentagem dos casos de HIV+ em relação ao total dos que frequentaram os serviços de ATS ao nível nacional, mostram que a Província de Maputo (incluindo a Cidade de Maputo), aparentemente registam o maior número de infectados pelo vírus de HIV com 28%, seguida de Gaza e Sofala com 20% e 14%, respectivamente. Estes dados podem não revelar a situação real da evolução da endemia, pois em termos de proporcionalidade, Maputo conheceu maior fluxo de utentes em relação a todas as Províncias e isso contribui para a notificação de mais casos. Com baixos níveis de notificação, encontra-se, em primeiro lugar, a Província de Cabo Delgado com 1%, seguida pelas Províncias Niassa e Nampula com 2% cada. Isto está de certa forma de acordo com o padrão de resultados das rondas de vigilância epidemiológica do HIV.

VI.2.1 TRATAMENTO ANTIRETROVIRAL (TARV)

O ano de 2006 foi marcado pelo aumento do acesso ao tratamento com ARV e das doenças oportunistas. Em 2006 foram abertos, apetrechados/equipados, mais 120 locais para TARV o que corresponde a 100% acima do inicialmente planificado para este período que era de 60 locais . No total existem nas US do País 150 locais oferecendo TARV em todas as Províncias com uma cobertura de mais de 70% de todas as sedes distritais. Destes, 32 locais oferecem TARV pediátrico.

O aumento de locais foi acompanhado pelo incremento do número de beneficiários: o número de doentes em tratamento atingiu 44.100 (sendo 58% de mulheres e 3.443 crianças de menos de <15 anos) o que corresponde a um aumento de mais de 10% em relação a meta previamente estabelecida de 40.000 indivíduos[1] e mais que o dobro do ano anterior (19.000). A superação da meta deveu-se à uma rápida expansão dos serviços que veio acontecer em meados de 2006, com a formação dos técnicos de medicina e melhoria de condições de diagnóstico. Este grupo profissional começou a ser a referência dos doentes ao nível mais periférico, estando habilitados a fazer o diagnóstico, prescrição da primeira linha do TARV e seguimento dos doentes. Importa realçar que a distribuição dos beneficiários no País melhorou, contrariamente a 2005 onde cerca de 60% destes estavam na Cidade de Maputo.

Paralelamente à expansão dos serviços do TARV, procedeu-se à elaboração, distribuição e implementação de fichas para recolha de dados nas diferentes componentes do programa. Tendo em vista a actualização/capacitação do pessoal, foram organizados cursos de TARV adulto e pediátrico para Técnicos de Medicina e Médicos. Foram também realizadas um curso de formação em organização das equipes integradas de TARV e a Reunião Nacional de HIV/SIDA/ITS e foi aberto um laboratório Biomolecular (CD4) em Sofala (Beira).

Quanto ao estágio de implementação do TARV pediátrico foi constatado que há dificuldades de seguimento das crianças que recebem as doses de profilaxia. Outro constrangimento identificado foi a fraca capacidade a nível local na recolha, tratamento e canalização atempada de dados e não uso destes em actividades de planificação e monitoria. Adicionalmente foram identificados situações de estigma o que resulta em pouco apoio disponibilizado a nível comunitário às mulheres testadas.

Recomendações específicas:

- Criar condições para uma abordagem mais integrada e equilibrada entre os programas de saúde;
- Elaborar e implementar uma estratégia de comunicação associada ao TARV com vista a aumentar a demanda e aderência ao tratamento;
- Assegurar a supervisão e controlo de qualidade dos serviços prestados no âmbito da rápida expansão do TARV;
- Assegurar maior vínculo e coordenação entre actividades de SMI/PTV e TARV;
- Reforçar as redes de apoio psicossocial;

[1] Foi inicialmente definida pelo PARPA II uma meta de 57.950. Esta meta foi posteriormente revista para 40.000 no âmbito do processo de reflexão sobre a problemática do HIV/SIDA no geral iniciada em 2006.

- Divulgar informação e dados sobre o processo de implementação de PTV.

VI.2.2 PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL (PTV)

Em relação à Prevenção da Transmissão Vertical do HIV o ano de 2006 foi marcado pela expansão acelerada destes serviços na consulta pré-natal, maternidade, consulta pós parto, consultas de planeamento familiar e consultas da criança de risco. O PES/2006 previa o aumento de serviços de PTV para 110 unidades sanitárias até finais de 2006. Até o final do ano 222 US ofereciam os serviços de PTV, tendo já sido ultrapassada a meta definida para o período. Nestas US, foram atendidas 259827 mulheres grávidas (primeiras consultas pré-natais), das quais 194117 (74.7%) aceitaram fazer o teste de HIV após aconselhamento e destas 28516 (14,6%) tiveram resultado positivo.

Durante o ano a equipa de trabalho criada para promover acções com vista à integração e implementação do programa para a redução da transmissão vertical, desenvolveu acções pertinentes como a elaboração de fluxograma na abordagem integrada dos serviços de saúde materna, a terapia profiláctica intra parto nos locais com condições para o efeito e aconselhamento na opção " Opt-out" – teste do HIV com direito a recusa. Embora não haja dados estatísticos precisos, estimativas indicam que a percentagem de recusa onde este teste é realizado, ronda os 5% (dados da maternidade do HCM).

Em relação à profilaxia antiretroviral, o PES-2006 previa que até finais de 2006, 16,000 mulheres grávidas seropositivas recebessem a profilaxia. No período em análise, 12150 grávidas seropositivas receberam a profilaxia o que corresponde a um índice de cumprimento de 75.9% e 12042 crianças filhas de mães seropositivas que receberam profilaxia. No mesmo período, 1026 crianças foram testadas aos 18 meses tendo 211 sido positivas, o que corresponde a 20.5% em 2006, um aumento em relação aos 14.8% registados em 2005.

TABELA 8 - INDICADORES DO PTV 2005/2006

Indicadores	2005	2006	Meta 2006	Índice Cump
US com PTV	82	222	110	201%
Mulheres HIV+	14193	28516	-	-
Mulheres HIV+ que receberam profilaxia ARV	7690	12150	16,000	75.9%
Mulheres que iniciaram TARV	554	950	=	=
Crianças expostas que receberam profilaxia ARV	5439	12042	=	=
Crianças testadas aos 18 meses	581	1026	=	=
Crianças com resultado Positivo	86	211	-	-

FONTE: DNS/MISAU

VI.3 ATENDIMENTO E TESTAGEM EM SAÚDE (ATS)

Actualmente existem em Moçambique cerca de 355 unidades de Aconselhamento e Testagem em Saúde em funcionamento, sendo 277 de Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS) e os restantes 78 de Prevenção de Transmissão Vertical (PTV) registados na Base de Dados do HIV/SIDA do MISAU. Este número corresponde a um acréscimo de cerca de 78% do número de ATS existentes em relação a igual período de 2005 onde se dispunha de 191 ATS (ex-GATVs) em funcionamento.

Relativamente aos locais de testagem para o HIV, o período em análise foi marcado por uma mudança na abordagem dos utentes. O processo de substituição do modelo e conceito de GATV em ATS, bem como a integração de programas verticais nos serviços existentes ocorre de forma variável entre as províncias e dentro da mesma província. Na prática tem havido uma confusão entre os conceitos de ATS e GATV, levando a que o novo modelo seja implementado de maneira diferente de acordo com a percepção local que se tem e se constroem. Trata-se de um processo numa fase inicial que está sendo aprimorado através da elaboração da Estratégia de ATS e respectivos guiões e manuais.

A introdução do modelo de ATS teve um efeito catalisador no próprio processo de integração de programas verticais com outros de cuidados primários e na potencial expansão e aumento do TARV. Este modelo está contribuindo para reduzir o estigma existente em relação ao HIV/SIDA, tanto do lado dos técnicos de saúde, como do lado dos utentes. Por outro lado, o modelo facilita o acesso a informação diversa sobre saúde, permite melhorar o sistema de referência e possui um potencial para catalisar a expansão e acesso ao TARV.

Embora se registem vantagens, o processo de implementação do novo modelo confronta-se com vários constrangimentos que limitam o seu potencial de gerar sinergias positivas. Em muitos locais, houve mudança do conceito mas a simbologia usada é ainda a mesma que identificava as GATV, utilizam-se as mesmas infra-estruturas que são exíguas e os mesmos recursos humanos que à partida são escassos. Foi também objecto de reflexão o impacto que a introdução deste modelo está tendo nos níveis de aderência ao teste, sobretudo numa perspectiva de género. Neste aspecto foi constatado que o novo modelo ainda não está tendo impacto no aumento da aderência dos homens aos serviços de teste e aconselhamento.

Recomendações específicas

- Harmonizar os padrões de implementação do modelo de ATS;
- Incluir uma visão intersectorial na implementação do ATS, alargando e abrindo espaço para outros actores e provedores de assistência com especial ênfase para os técnicos de Acção Social;
- Consolidar e finalizar a estratégia em desenvolvimento, incluindo a divulgação dos guiões, normas e protocolos de ATS;
- Ampliar as oportunidades de testagem na rotina dos serviços de saúde integrando o teste em todos os pontos de contacto com o doente;
- Conceber indicadores específicos que permitam avaliar o impacto da actividade de ATS na melhoria do acesso e uso de serviços;
- Desenvolver uma ampla abordagem comunitária com vista ao incremento da aderência à testagem em saúde;
- Simplificar e reduzir os níveis de referência, de mobilidade e trajecto do paciente na mesma unidade sanitária elaborando fluxogramas simplificados de referência de doentes de um serviço para outro;

- Integrar a perspectiva de género na estratégia de ATS promovendo uma maior interacção e colaboração com a sociedade civil, estruturas de base (principalmente lideranças influentes) com vista a sensibilização de homens para afluir aos serviços de ATS.

VI.4 INTEGRAÇÃO DE PROGRAMAS VERTICAIS NOS SERVIÇOS EXISTENTES

O processo de integração das componentes do programa do HIV/SIDA nos serviços de saúde mais amplos ainda não atingiu o desejado.. E nos casos em que a integração está em curso, é importante salvaguardar que não haja sobrecarga dos recursos humanos e alargamento do tempo de espera para atendimento dos utentes. Para além disso, na maioria dos locais, não existe uma estratégia e prática de integração das componentes de ITS e Planeamento Familiar num pacote integrado de SSR, embora sejam cruciais e tenham um impacto crítico na actualidade.

A existência de dificuldades na integração de programas foi testemunhada pelas visitas de avaliação às províncias. Na província da Zambézia, embora o sistema de saúde ofereça em todos os distritos serviços integrados de Atendimento e Testagem em Saúde/Prevenção, Transmissão Vertical/Tratamento Anti-Retroviral, a avaliação registou que a maioria desses serviços funcionam em condições não adequadas em termos de infra-estruturas e que há ainda dificuldades em matéria de integração efectiva do programa de prevenção e do tratamento do HIV/SIDA. O funcionamento actual, que conta com o apoio da Columbia University, ainda faz coexistir, em paralelo, Hospitais de Dia. Por sua vez, na província de Tete, os Hospitais Dia estão fisicamente integrados nos recintos hospitalares, todavia, regista-se uma falta de adequação das infra-estruturas e escassez de recursos humanos em algumas US de referência.

Recomendações específicas

- Desenvolver acções de formação e sobretudo assegurar uma permanente supervisão;
- Integrar o Planeamento Familiar no pacote integrado de SSR/PTV/HIV/SIDA;
- Incluir pacotes temáticos e operacionais sobre ATS e assegurar sua integração nos currículos de formação dos técnicos de saúde.

VI.5 PLANO DE COMBATE À TUBERCULOSE E LEPRA

O perfil epidemiológico da TB nas várias regiões do Pais é variável. No período em análise, a região norte reportou um total de 5754 casos de tuberculose, o que representa 16.1% do total de casos no Pais. As regiões Centro e Sul que reportam maior número de casos, notificaram 13.344 e 16.534 casos respectivamente. De realçar que a Cidade de Maputo e Província de Sofala são as que notificam mais casos de TB no País.

Durante o período em análise, os principais indicadores do programa melhoraram, apesar de ainda se encontrarem aquém do recomendo pela OMS. A OMS recomenda que através da estratégia de Tratamento sob Observação Directa (DOTS), sejam detectados pelo menos 70% de casos novos com baciloscopia positiva esperados e que sejam tratados com sucesso pelo menos 85% dos casos detectados. De Janeiro

a Setembro de 2006 a taxa de despiste para todas as formas de tuberculose foi de 29.2%, estando muito aquém da meta apesar de estarem em falta os dados do 4° trimestre. Por outro lado, em 2006, a taxa de cura situou-se em 78.9% estando próxima das metas internacionalmente fixadas. A taxa de abandono ao tratamento foi de 5% em 2006 e a taxa de letalidade por tuberculose foi 7%.

A baixa taxa de detecção de casos de tuberculose é condicionada pelo número limitado de USs com capacidade de diagnóstico e tratamento de TB; baixo índice de suspeita de casos de TB nas US por parte dos técnicos de saúde; existência de poucas acções preventivas a nível da comunidade; e a associação TB/HIV/SIDA. No período em analise foram notificados 26873 casos de tuberculose em todo o pais. Os casos BK+ constituem a forma mais frequente de casos detectados correspondendo a 50.4% de todos casos notificados. Em ordem decrescente de frequência seguem-se os casos BK- (29.8%) e finalmente os casos de tuberculose extra pulmonar correspondendo a 12.5%. A tendência crescente de casos novos de todas as formas de tuberculose é agravada pela prevalência do HIV/SIDA. A análise da distribuição regional dos casos mostra que as regiões Centro e Sul, onde a prevalência do HIV é muito elevada, foram as que maior número de casos notificaram (33% e 48.2% do total de casos respectivamente).

O ano de 2006 marcou o início da estratégia de DOTS comunitário e esta é implementada de forma diferenciada em três províncias. Esta estratégia constitui uma plataforma de descentralizar os serviços de suporte onde não há US. A segunda fase do processo de implementação do DOTS comunitário é o levantamento das condições existentes a nível provincial e a formação de voluntários.

Dados do programa de lepra indicam uma taxa de detecção baixa e a necessidade urgente de expansão das actividades para mais distritos. Em todas as províncias visitadas, o seguimento de doentes é considerado satisfatório, embora haja necessidade de uma análise mais pormenorizada sobre os dados. Contudo, os esforços que vêm sendo empreendidos pelo sector rumo a eliminação da lepra em 2008 têm mostrado resultados positivos a avaliar pela tendência de redução da prevalência da lepra no País.

Recomendações específicas:

- Fortificação da coordenação entre os programas com enfoque comunitário (Malária e TB) com vista a maior troca de experiência e melhoria da monitoria, bem como a criação de sinergias para maior integração de programas;

- Criação de uma base dados dos agentes comunitários de saúde e sua partilha entre diferentes programas com enfoque comunitário;

- Definir e distribuir instrumentos (manuais, protocolos, guias de utilização de medicamentos, fichas de M&A, fichas de gestão de medicamentos) ao pessoal técnico;

- Melhorar e reforçar a capacidade de supervisão;

- Realizar cursos clínicos para consciencializar o pessoal clínico sobre a necessidade de se fazer o despiste rotineiro de TB;

- Capacitar o pessoal e descentralizar os laboratórios de referência bem como aumentar a rede de laboratórios.

VII. CUIDADOS ASSISTENCIAIS

Na prestação de serviços de saúde na área de Assistência Médica houve um importante avanço no sentido de melhoria de funcionamento e organização das US, bem como da qualidade nos processos de prestação de serviços, embora ainda esteja aquém do nível desejado. Relativamente a expansão dos cuidados especializados, houve ligeiros avanços em termos de aumento da capacidade diagnostica e de tratamento de maior número de doenças.

VII.1 QUALIDADE DE SERVIÇOS E BIOSSEGURANÇA

No período em análise, o sector fez avanços no sentido de melhorar a qualidade de serviços prestados nas US. Neste sentido, houve uma melhoria significativa na qualidade dos processos, e particularmente na limpeza e higiene das instalações e serviços, estando em implementação o Programa de Controlo de Infecções em 40 US, o qual define procedimentos e contribui em grande escala para o cumprimento das normas de bio segurança, monitorizando periodicamente o desempenho dos serviços nesta área.

Em termos de recursos básicos que condicionam a qualidade dos serviços prestados, existe disponibilidade de agua e energia permanente nos Hospitais centrais, provinciais e gerais, mas faltam ainda na maioria dos Hospitais de nível secundário e primário, bem como meios alternativos de abastecimento de água no caso de avaria da rede geral, tal como foi observado nas visitas as províncias.

O período em análise foi marcado pelo aumento da disponibilidade de equipamento nas USs de todos os níveis, na base de sua carga tipo, contribuindo para minimizar a grave carência existente em todas as USs e substituir uma parte do equipamento obsoleto, assim como aumentar a credibilidade nas US. Dentre as aquisições efectuadas consta material médico-cirúrgico, mobiliário hospitalar, equipamento de laboratório, incluindo equipamento de CD4 para todas as Províncias, estomatologia, radiologia, medicina física e reabilitação, e roupa hospitalar para os doentes, pessoal técnico e pessoal de apoio, contribuindo assim para a dignificação do paciente e do trabalhador.

Para melhorar a qualidade técnica nos Hospitais foram elaborados protocolos de manejo de doenças comuns; além disso, foram instituídas reuniões de discussão de casos clínicos e análise de óbitos em todos os serviços hospitalares, assim como análise sistemática dos processos clínicos e prescrições de medicamentos, para identificar e corrigir os erros detectados. Porém, a área dos serviços auxiliares carece ainda de protocolos que são igualmente imprescindíveis para a melhoria da qualidade de serviços e do acesso e uso de serviços de saúde.

Para aumentar o humanismo nos cuidados e conforto do doente, foi melhorada a alimentação dos doentes internados e reduzido o tempo de espera nas USs, em particular nos SUR de todos os Hospitais Centrais, Provinciais e Gerais. Por outro lado, iniciou a elaboração da Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes das USs, a qual irá contribuir para a melhoria do atendimento. Para o mesmo fim, está igualmente em elaboração o guião de avaliação da satisfação do utente. Apesar das melhorias que se notam nesta área, persistem ainda situações de mau atendimento nas USs traduzidas por cobranças ilícitas e deficiente relacionamento entre os profissionais de saúde e os utentes.

Recomendação específica:

- Continuar a apetrecharas USs em recursos básicos de água e energia

- Continuar o processo de aquisição de equipamento até completar a carga tipo em todas as US
- Monitorar o cumprimento de normas e padrões em todas as US até atingir o padrão de qualidade desejável
- Continuar a elaborar protocolos e normas dos serviços, em particular para a área de serviços auxiliares à prestação de cuidados de saúde.

VII. 2 Organização e funcionamento das US:

Em termos gerais melhorou a organização e o funcionamento das US, em particular dos Hospitais, sendo instituídas e implementadas normas de funcionamento de serviços clínicos, com ênfase nos serviços de Urgência, de Internamento, do Bloco Operatório e Sistema de Transferência. Também foram definidos critérios de desempenho para os serviços clínicos dos Hospitais.
Por outro lado, foi expandida a melhoria de organização dos Arquivos clínicos nas USs, mas ainda encontra se numa fase inicial, devendo atingir o nível das USs primárias.

Durante o período em análise houve uma melhoria de aprovisionamento de consumíveis nas USs, se bem que ainda continuam a notar-se frequentes roturas de stock, aliado ao problema da deficiente manutenção nas USs, quer das infra-estruturas quer do equipamento médico.

Para aumentar a participação da sociedade civil no funcionamento do Hospital foram instauradas reuniões periódicas com as comunidades atendidas pelo Hospital, para auscultar as opiniões e queixas, e posteriormente incorporar nos planos do hospital. Foram revitalizados os conselhos de base em todas USs como forma de aumentar a participação dos trabalhadores e utentes na gestão da US, tendo actualmente uma maior expressão nos hospitais centrais, provinciais e gerais.

Durante o período em análise 25 Directores dos principais Hospitais do País foram formados em Direcção e gestão Hospitalar, aumentando a sua capacidade de utilização de ferramentas de gestão para melhorar a eficiência das US, e foi melhorado o desempenho nos Hospitais do Pais através da definição de indicadores de desempenho dos médicos especialistas, a qual está sendo alargada para outras categorias e áreas profissionais.

Recomendações específicas:

- Continuar a melhorar a organização e gestão dentro das US
- Elaborar e cumprir plano de manutenção a nível Central, Provincial e Unidades Sanitárias
- Melhorar a planificação de necessidades de consumíveis e a sua distribuição nas US

VII. 3 Sistema de Referência

A situação geral do sistema de referencia registou melhorias em 2006, sobretudo na área de transportes. Com efeito, foram alocadas ambulâncias em cerca de 60% dos distritos e viaturas 4x4 em quase todos os distritos. Porém, a deficiente comunicação entre as USs periféricas e as de referência, aliada às precárias condições das vias de acesso, especialmente na época chuvosa, continuam a ser um constrangimento importante para a operacionalização eficaz do sistema de referência.

Recomendações específicas:

- Analisar com profundidade e em cada província, a funcionalidade do sistema de referência;

- Reforçar os meios de comunicação entre as USs no país e capitalizar a ligação intersectorial com vista a melhoria da rede de referência;

- O plano de desenvolvimento da rede sanitária deverá incluir a componente de comunicações nas unidades sanitárias.

, .

VII.4 Acesso a serviços especializados

Houve alguns avanços acesso a serviços especializados de qualidade, pese embora persistam as limitações em termos de RH qualificados, sobretudo médicos especialistas e técnicos especializados. Actualmente, 80% dos principais Hospitais do País estão dotados de especialistas moçambicanos nas áreas prioritárias.

A compra de equipamento e de material médico-cirúrgico, e a formação continua aumentou a capacidade de diagnóstico e tratamento de maior número de doenças, como é o caso do cancro de colo uterino, da mama e fracturas da anca, etc. Foram também realizados cursos de actualização para Técnicos de Cirurgia da região centro e norte para Técnicos de Anestesia, capacitação do pessoal dos Hospitais Provinciais para Cirurgia de cataratas, bem como a capacitação dos Técnicos de Ortoprotesia de todas as províncias em próteses dos membros inferiores.

Recomendações específicas:

- Continuar a colocar médicos especialistas, sobretudo nacionais, nas províncias
- Melhorar a coordenação da assistência especializada a nível Provincial, com maior envolvimento dos médicos especialistas dos Hospitais Provinciais e Centrais para apoio técnico aos Hospitais Rurais e CS, de modo a estender os cuidados especializados

VII.5 Eficiência e Desempenho Hospitalar

A análise dos principais indicadores de utilização, eficiência e qualidade hospitalar, é realizada sistematicamente quer a nível dos Hospitais quer a nível central, quer provinciais e gerais (Cidade de Maputo).

Em termos de desempenho a tendência entre 2004 e 2006 é de crescimento gradual. Notou-se um crescimento no número de internamentos em 13 % comparativamente a 2005,(340.386 em 2006 e 300.605 em 2005). As intervenções cirúrgicas de grande cirurgia tiveram igualmente um crescimento de 7 % (39.920 em 2006 e 36.858 em 2005), enquanto as consultas externas especializadas aumentaram em 14 % (684.594 em 2006 e 544.574 em 2005) .

Na área de eficiência hospitalar, a média nacional de TOC nos grandes Hospitais foi de 89,7 % em 2006, comparativamente aos 89 e 87% registados em 2005 e 2004, respectivamente. Este valor é considerado internacionalmente como “eficiente”, podendo estar a indicar que os Hospitais, em geral, estão quase no limite de sua capacidade. Com efeito, alguns hospitais e/ou serviços até ultrapassam os 100%.

A média do TMP manteve se em 6 dias nos dois anos em análise, e a Rotação de cama foi de 70 doentes por cama, contrariamente aos 58 verificados em 2005, o que indica uma melhor utilização do recurso.

A Mortalidade intra-hospitalar nos grandes Hospitais continua igual ao verificado em 2005 (6,1%).

Recomendação especifica:

- Reforçar a capacidade de gestão dos Serviços e Programas Clínicos e também da área administrativa.

VIII. SISTEMAS DE APOIO À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

VIII.1.1 PLANIFICAÇÃO, GESTÃO, ORGANIZAÇÃO E COORDENAÇÃO

VIII.1.2 HARMONIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DE PLANOS

No ano de 2006 foram feitos avanços com vista a harmonização do PES e POA. O MISAU e parceiros continuam comprometidos na integração progressiva do PES e POA assim como na criação de instrumentos que permitam uma ligação eficaz entre a orçamentação e planificação das actividades, bem como entre os vários níveis do sector. A nível central o conceito foi harmonizado, e desde 2007 que opera apenas um único instrumento de planificação: o PES e respectiva matriz. Porém, a prestação de contas precisa ainda de ser consolidada de forma a satisfazer as expectativas dos vários grupos de interesse, sobretudo MISAU, MDP e parceiros de cooperação. Além disso, o PES/POA continua a ser um plano de nível Central, em parte, devido à ainda fraca coordenação entre os níveis Central e Provincial nos processos de planificação, aliado ao facto de a nível provincial persistem ainda dois planos e, por conseguinte uma duplicação do processo de planificação e prestação de contas.

No período analisado, deu-se continuidade a revisão do PESS, instrumento fundamental de orientação e coordenação das actividades de sector e seus intervenientes. A versão final deverá estar concluída no primeiro trimestre de 2007.

No nível provincial e distrital, os planos são pouco conhecidos e se o são nem sempre são seguidos, operando-se à base de necessidades que vão surgindo. Entre as DPS/DDS e seus parceiros não se regista uma planificação integrada que envolve eficazmente todos os actores do sector. Esta situação ocorre porque há pouco conhecimento de técnicas de planificação e das diferenças de ciclos de planificação entre os vários actores. A planificação de uma forma geral confronta-se com o problema de definição de prioridades, pois *tudo é considerado prioritário nos planos*. Por outro lado, as actividades definidas com base no financiamento disponível e as metas para os programas são muitas vezes estabelecidas pelo nível central e sem a devida coordenação com as provincias, o que as vezes não reflecte devidamente a realidade da província. Adicionalmente, registam-se problemas de comunicação e articulação entre os níveis central e provincial/distrital para melhoria do ciclo de planificação.

Recomendações específicas:

- Fortificar a integração dos instrumentos PES e PIP a nível provincial;
- Treinar os recursos humanos de nível provincial e local em matéria de planificação;
- Providenciar mais assistência técnica às províncias para aprimorar a qualidade dos seus planos;
- Harmonizar o calendário e competências entre os diferentes níveis no processo de planificação, tendo em conta o ciclo de planificação do Governo. Este processo deve se concretizar na implantação duma cultura de responsabilização e de respeito de prazos no ciclo de planificação;

- Divulgar aos outros níveis as estratégias definidas pelo nível central;

- Explorar mecanismos de o nível central concentrar-se sobretudo na definição de estratégias e descentralizar a planificação e a operacionalização das mesmas ao nível provincial e distrital.

Coordenação intersectorial e articulação com ONG's

No que concerne à coordenação e articulação intersectorial o ano de 2006 foi marcado por melhorias significativas na articulação entre o MISAU e o Ministério do Plano e Desenvolvimento (MPD), mas o mesmo não ocorreu a nível provincial sobretudo entre o sector de saúde e de finanças, com impacto negativo na gestão financeira devido a atrasos no desembolso de fundos. Este atraso nos desembolsos e reposição de fundos é originado por dificuldades de justificação e/ou prestação de contas por parte do sector provincial de saúde.

O sector envidou esforços com vista a uma coordenação entre a DPS/DDS e os diversos parceiros (bi e multi-laterais), que operaram aos vários níveis fornecendo apoio financeiro e técnico, para a capacitação institucional, actividades de formação, infra-estruturas, equipamentos, entre outros no sector da saúde. O sector criou e operacionalizou a Unidade de Gestão de ONG's no MISAU. Como resultado da sua existência houve melhorias no relacionamento entre MISAU e ONG's. Até ao momento, já foram disponibilizados fundos a 14 ONG's que implementam actividades nas áreas definidas pelo MISAU.. No entanto, o funcionamento desta entidade confronta-se com constrangimentos resultantes da fraca capacidade institucional, sobretudo em recursos humanos qualificados e disponíveis a tempo inteiro para garantir uma gestão correcta dos contractos. Foram também realizados encontros que resultaram na aprovação do Código de Conduta das ONGs, tendo já sido assinado por cerca de 27 ONG's

Recomendações específicas

- Alocar pessoal qulifcado na Unidade de Gestão para trabalhar a tempo inteiro na gestão dos cpontratos com as ONG's;

- Definir formas eficazes de articulação com as ONG's aos vários níveis e conceber respectivos guiões orientadores.

VIII.2 Recursos Humanos

VIII.2.1 DISPONIBILIDADE

Nos últimos três anos houve um crescimento numérico de recursos humanos, mas ainda não cobre as necessidades. Embora haja grandes esforços na formação de técnicos de saúde, estes são absorvidos pela rede sanitária que está constantemente em expansão. Durante o período em análise, foram colocados 553 técnicos recém formados, dos quais 38 médicos de clínica geral, 102 técnicos médios de saúde e 413 técnicos básicos, o que representou cerca de 66% das colocações previstas para todo ano. Igualmente foram nomeados 786 técnicos que vinham trabalhando em regime de contrato e recrutados 37 médicos expatriados de diferentes áreas de especialização. As novas colocações e nomeações aumentaram o número total de pessoal nacional no Serviço Nacional de Saúde em cerca de 6.8% que conta neste momento com cerca de 24.042 trabalhadores, dos quais 608 médicos nacionais.

Durante 2006 a componente dos recursos humanos continuou sendo um dos aspectos críticos para se atingir o objectivo estratégico de prestação e disponibilidade de cuidados de saúde de qualidade. Em todas as unidades sanitárias das províncias visitadas foi notória a falta de recursos humanos em número e qualificados. Na prática, a distribuição do pessoal foi em função do que existia e não em função da necessidade da província. As unidades de referência regional e provincial (Hospitais) ressentem-se da falta de técnicos e médicos especialistas e pessoal de apoio. Para além da disponibilidade, o SNS confrontou-se com dificuldades de retenção de pessoal: a nível central a saída foi maior sobretudo para as carreiras comuns e a nível local o pessoal técnico foi atraído pelas melhores condições salariais oferecidas pelas ONG's. Por outro lado, o processo de absorção de técnicos continuou sendo um dos problemas e prioridades da área dos recursos humanos. A progressão na carreira ainda não é a desejada pela burocracia excessiva que resulta na morosidade do processo na tramitação de processos, e também do fraco conhecimento dos procedimentos por parte dos técnicos de recursos humanos. Contudo, é preciso notar que comparativamente aos anos anteriores houve um grande esforço de promoção e progressão dos funcionários do sector.

VIII.2.2 INCENTIVOS

Para assegurar maior capacidade de retenção do pessoal, o sector iniciou o desenvolvimento de uma política de incentivos no contexto da revisão do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos. No que concerne aos incentivos, o MISAU condecorou em 2006 funcionários com mais de trinta anos de serviço, introduziu um kit de instalação dos funcionários nas zonas rurais, elaborou um folheto que divulga os direitos e deveres básicos dos funcionários e que será actualizado anualmente, e foi introduzida a premiação de quatro melhores trabalhadores de cada distrito. Está também em elaboração o regulamento de Habitação para funcionários, instalação de centros sociais para funcionários da saúde, análise da possibilidade de atribuir terrenos aos funcionários das capitais provinciais e continuação da política de atribuição de bolsas de estudo. No mesmo período, o sector encomendou e finalizou um estudo que analisa formas alternativas de incentivos, a partir do qual será elaborada uma estratégia abrangente de incentivos para os funcionários do sector.

VIII.2.3 FORMAÇÃO

Na área de Formação, ao longo do período em análise estiveram a decorrer 155 cursos de formação, com um total de 4.276 estudantes nos diferentes tipos de formação. Foram iniciadas formações em pós-graduação de 33 médicos, sendo Pediatria (4), Medicina (4) interna, Cirurgia Geral (2), Oftalmologia (1) , em Ginecologia e Obstetrícia (4), Urologia (1) , Medicina Familiar e Comunitária (4), Ortopedia e Traumatologia (2), Infecciologia (1), Oncologia (1), Otorrinolaringologia (1), Imagiologia (1), Anestesiologia(1), Anatomia Patológica (1), Genética Clínica(1), Dermatologia e Venereologia (2) e Medicina Legal (2). No mesmo período, completaram a formação em pós-graduação 23 médicos especialistas nas áreas de: Medicina Física e Reabilitação (2), Imagiologia (1), Ginecologia e Obstetrícia (2) e Medicina Interna (1), Cardiologia (3), Cirurgia Geral (1), Urologia (1), Pediatria (5), Otorrinolaringologia (1), Oftalmologia (1), Pneumologia (1), Neurologia (1), Dermatologia e Venereologia (1) e Anestesiologia (2) que corresponde a 143.7% do previsto (16). Nas outras categorias profissionais foram formados 24 técnicos especializados, 715 técnicos de nível médio e 592 técnicos de nível básico, o correspondente a 91.5% das formações previstas (1454).

Para fazer face à escassez de recursos humanos, agravadas pelo problema do HIV, o sector da saúde em 2006 aprovou e iniciou a implementação de um Plano Acelerado de Formação, com mais de 36 cursos. O

plano terá os primeiros graduados no final de 2007. A implementação do plano sofreu constrangimentos relacionados com falta de recursos financeiros para reabilitação e ampliação de infra-estruturas (de treinamento/formação), um desafio que sempre se colocará com o aumento de cursos e de candidatos.

Recomendações específicas

- Actualizar e adaptar os indicadores de disponibilidade de pessoal técnico à realidade das províncias;
- Planificar as metas do desempenho do sector tomando em conta a disponibilidade de recursos humanos;
- Flexibilizar o processo de progressão na carreira bem como tornar efectivo o beneficio dos direitos profissionais básicos do funcionário do Estado;
- Capacitar os técnicos dos departamentos provinciais de recursos humanos em matéria de procedimentos, gestão e planificação de pessoal;
- Criar de um sistema objectivo de avaliação de desempenho, como base para atribuição de incentivos;
- Garantir a inclusão de intervenções nas Instituições de Formação no Plano Integrado de Desenvolvimento das Infra-estruturas a ser elaborado pelo sector.

VIII.3 Sistema de Informação para a Saúde

No período em análise foi elaborado e aprovado o Plano de Reorientação e Reorganização do SIS ("ROAD MAP") que focaliza a sua atenção na informação sobre o estado de saúde da população, a integração dos subsistemas, a preparação de formação de Técnicos de Estatística Sanitária, a reposição da fiabilidade dos dados, ao recrutamento de pessoal para dar vazão a demanda daquele órgão. A sua implementação iniciou no 2º semestre de 2006.

No âmbito da monitorização dos indicadores, em 2006 foram revistos e adequadas à nova abordagem de programas integrados, todo o sistema de recolha de informação, que incluem livros de registo e fichas de recolha de dados, com informação de Saúde Materna incluindo cuidados de aborto, despiste e tratamento do cancro do colo do útero e mama, Nutrição, Malária, ITS e PTV, como forma de uniformizar a recolha de informação, evitando o preenchimento simultâneo pela enfermeira de SMI de muitos livros de registos existentes até ao momento.

O sector realizou três seminários de formação e capacitação de técnicos de nível provincial e distrital no âmbito da introdução das novas fichas de registo, recolha e processamento de dados do PAV (respectivamente zonas Norte, Centro e Sul). No mesmo período foram compilados e tabulados os indicadores que deverão constar no Anuário do INE, e na publicação Moçambique em Números.

No âmbito do desenvolvimento e disseminação do Módulo Básico-SIS foi feita a programação/automatização de mais 2 fichas relativas ao Programa do HIV-SIDA particularmente o PTV (*B17 para Maternidade e B14 para Consultas Pré-natais*) e a ficha H23 (*para Cuidados Domiciliários*) e estendido o Módulo Básico para as províncias de Niassa, Gaza e Inhambane.

Recomendações específicas:

- Continuar a reorganizar o SIS, nas componentes de recolha e processamento de dados (observando aspectos de qualidade, quantidade e fiabilidade);
- Descentralizar recursos financeiros para a produção de fichas , impressos e livros de registo para as Direcções Provinciais;
- Rever em coordenação com INE/MAE as datas actuais de encerramento do mês estatístico e propor uma data mais exequível compatível entre as DDS's e as Administrações Distritais;
- Capacitar continuamente os técnicos das DPS´s na utilização e manutenção dos pacotes informáticos em uso no SIS;
- Admitir pessoal para dar assistência técnica e fazer manutenção do equipamento informático;
- Rever a lista de indicadores de desempenho do sector;
- Equipar e melhorar a eficiência de transmissão de informação, capacidades de comunicação (rádios, painéis solares, computadores, calculadoras) incluindo meios circulantes a todos os níveis para melhorar o sistema de informação e comunicação.

VIII.4 Medicamentos

VIII.4.1 PEDIDOS DE MEDICAMENTOS SATISFEITOS PELA CMAM

A avaliação não dispôs de dados sobre este indicador. De um modo geral, a análise desta componente em 2006 revelou que o sistema de aprovisionamento manifestou-se regular nos últimos dois anos. Em geral, a Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM) satisfaz as necessidades das províncias e tem obedecido às normas, pese embora persistirem alguns relatos de roturas de stock nas províncias. O ano de 2006 foi marcado por melhorias significativas no sistema de gestão e planificação a nível central graças ao uso do SIGM. Com esta ferramenta a Central de Medicamentos conseguiu visualizar os diferentes níveis de consumo de medicamentos. No entanto, permaneceu a verticalização e centralização do processo de distribuição de ARV's. A integração na via clássica não ocorre ainda porque as províncias registam dificuldades de gestão sobretudo na análise dos mapas que recebem.

A satisfação dos pedidos de medicamentos revelou-se mais crítica da província ao distrito, e deste às localidades, sobretudo devido a dificuldades de transporte. Esta situação resulta no uso de ambulância para transporte de medicamentos. Durante o ano de 2006 o sector fez esforços significativos com vista a alocar transporte (camiões e carrinhas) às províncias e distritos com vista a fazer face a este problema, mas o desafio ainda continua. As visitas reportaram situações de falta de transporte para medicamentos resultantes da falta de combustíveis, problemas de manutenção dos veículos e a própria gestão do sector de transporte no que diz respeito às prioridades. Neste último caso foram reveladas situações de atrasos na distribuição de medicamentos devido a demora na cedência de transporte no órgão gestor a nível provincial e distrital.

O nível de aprovisionamento é e continua sendo influenciado pela existência e qualidade de infra-estruturas que por sua vez tem implicações na qualidade dos medicamentos. A conservação dos medicamentos do SNS não segue as normas estabelecidas. A maioria dos distritos não dispõem de infra-estruturas adequadas e os medicamentos são armazenados em compartimentos improvisados. Onde existem depósitos, não possuem condições adequadas e a sua construção não obedeceu a um modelo apropriado.

Recomendações específicas:

- Melhorar a coordenação, gestão e sobretudo planificação no processo de alocação de transporte para facilitar distribuição de medicamentos;
- Melhorar a comunicação entre o sector de medicamentos e programas de saúde;
- Idealizar plantas e/ou modelos tipos para depósitos provinciais e distritais e coordenar com a GACOPI a integração da sua construção no Plano de Desenvolvimento de Infra-Estruturas em definição e viabilização da sua construção;
- Fortificar a coordenação com o fornecedor do SIGM para treinamento e assistência técnica no uso eficiente da ferramenta;
- Rever a qualidade/composição dos kits tomando em atenção os perfis epidemiológicos das regiões e protocolos de tratamento;
- Investir na expansão e capacidade do Laboratório de medicamentos;
- Usar rede de laboratórios da região da SADC para controlo externo da qualidade de medicamentos e a partilha de experiências e boas práticas no sector;
- Actualizar e divulgar a lista de medicamentos existentes ao pessoal clínico;
- Fazer aquisição de material de reembalagem que vise melhorar o processo de dispensa de medicamentos nas farmácias do serviço ambulatório para promover a adesão terapêutica e dignificar o utente;
- Viabilizar a construção de um armazém regional da zona norte para flexibilizar o processo de aprovisionamento e distribuição de medicamentos;
- Explorar a introdução de um módulo sobre ARV's no SIGM.

VIII.4.2 CONTROLE DE STOKS DE MEDICAMENTOS

No período em análise (2º semestre) persistiu a ruptura de stocks de medicamentos devido a fornecedores que não honraram os compromissos, mudança nos padrões de utilização de certos medicamentos, demora na disponibilização de fundos para aquisição dos mesmos e deficiente coordenação entre os programas e a CMAM. Para além da ruptura de stocks de medicamentos, o ano de 2006 foi marcado pela ruptura de

modelos de gestão de stocks, fichas e balancetes que teve impacto negativo na própria gestão e planificação sobretudo a nível provincial e distrital. Estas rupturas foram resultantes, por um lado, da demora no processo de discussão das especificações dos modelos e fichas e, por outro, pelo não cumprimento de prazos de fornecimento pelas gráficas.

As rupturas de stocks de medicamento têm também como fonte a prática de corrupção no sector da saúde. De acordo com estudo feito no final do período em análise, o desvio de medicamentos é muito frequente nos hospitais e farmácias moçambicanas e é uma prática que acontece em quase todas as unidades hospitalares. O pessoal hospitalar usa do seu acesso privilegiado a medicamentos para desviarem para outros fins que não a aplicação aos doentes em face de prescrição médica. As práticas envolvem a viciação dos registos para a eliminação das evidências do roubo e o suborno do pessoal encarregue da supervisão. Os medicamentos são posteriormente vendidos no mercado informal, desviados e transportados para fora do país para serem.

Recomendações específicas:

- Usar indicadores objectivos de gestão do stock de medicamentos existentes;
- Fortificar o sistema de gestão e planificação de medicamentos a nível provincial através da informatização;
- Melhorar a comunicação entre o sector de medicamentos e programas de saúde;
- Disponibilizar de forma atempada os modelos de gestão de stock;
- Controlar os roubos e desvios dos medicamentos através de acções que visem identificar os funcionários do SNS envolvidos no desvio dos mesmos para o mercado paralelo;
- Acelerar a introdução de sistemas automatizados de dispensa.

VIII.4.3 MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Durante o período em análise, foi elaborado o Caderno de Encargos Modelo específico para a aquisição de medicamentos e suprimentos médicos. O sector concluiu a revisão da Lei do Medicamento (existe um esboço) faltando a efectivação de consensos e realização de um ciclo de consultas (sua apresentação e divulgação junto dos parceiros e sociedade civil). O sector elaborou o Formulário Nacional de Medicamentos e na actualidade ocorre o processo de contratação da empresa para sua impressão e posterior divulgação. Nesta componente, o sector de medicamentos carece de uma Autoridade Reguladora de Medicamentos, uma entidade cujo instalação está prevista no processo de reestruração em curso npo MISAU.

Recomendações específicas

- Acelerar o processo de criação e funcionalização da autoridade reguladora de medicamentos, definindo de antecedência o papel e recursos necessários para seu funcionamento.

VIII.5 Logística, manutenção, equipamento e infra-estruturas

Em 2006, o sector de Logística reforçou a capacidade de aquisição e acelerou os processos de gestão, compra e distribuição de materiais e equipamento, tendo-se dado início a várias acções que visaram a melhoria das condições de armazenagem dos bens adquiridos e implementados mecanismos de segurança. Uma atenção especial foi prestada à melhoria da coordenação entre as diferentes unidades, programas, províncias e distritos que têm responsabilidades nesta área. No mesmo período, foram incrementados os processos de recepção, armazenamento e distribuição do material médico-cirúrgico, bens vitais, equipamento, tendo-se trabalhado de forma mais incisiva sobre o próprio processo de importação.

As visitas de avaliação conjunta constataram que, na generalidade, o aspecto das infra-estruturas das unidades sanitárias visitadas é satisfatório, embora haja particularidades assinaláveis. Contudo foi observado que a componente de manutenção de equipamento e infra-estruturas é um desafio crítico para o desempenho do sector da saúde. Existem dificuldades que na prática estão associadas à persistência da falta de uma estratégia e cultura de manutenção preventiva que se manifesta pela má conservação de equipamento e infra-estruturas sanitárias. O desafio da implantação de uma cultura de manutenção de equipamento e infra-estruturas foi também identificado por uma avaliação feita aos sectores da saúde e educação pelo Banco Africano de Desenvolvimento. Este constrangimento é, em parte, atribuído à falta de pessoal qualificado para controlar e fiscalizar o processo de reabilitação e manutenção das infra-estruturas, assim como para fazer um diagnóstico atempado dos problemas existentes neste domínio.

Recomendações específicas

- Definir políticas e realizar campanhas de consciencialização aos gestores, funcionários e utentes das USs sobre a importância da conservação, manutenção de infra-estruturas e equipamento;
- Envolver e capacitar a comunidade e ONG's locais para a manutenção das infra-estruturas na zona rural;
- Desenvolver um programa de treinamento de recursos humanos na manutenção de infra-estruturas e equipamento;
- Assegurar a inclusão da componente de treino em manutenção em todos os contractos com fornecedores de equipamentos;
- Actualizar de forma rotineira o sistema de informação do sector de manutenção;
- Estudar a possibilidade de replicar o modelo de alocação e gestão directa de fundos implementado pelo Ministério da Educação para flexibilizar a aquisição e a manutenção de equipamentos pelas próprias USs;
- Acelerar o processo de criação de condições em infra-estruturas para a instalação conjunta da Central de Medicamentos e Departamento Farmacêutico de modo a facilitar a coordenação funcional com outros programas.

VIII.6 Reformas do Sector

A introdução do e-SISTAFE a partir do mês de Julho de 2006 no sector da saúde trouxe melhorias substanciais na obtenção de recursos financeiros na segunda metade do ano, especialmente ao nível das DPS's, cuja falta de liquidez era considerada crónica. Com a implementação do novo instrumento, alterou-se o processo de execução orçamental, passando o sector a dispor de recursos para depois prestar contas através do encerramento dos processos. No procedimento de encerramento de contas houve alguns constrangimentos para finalizar a execução de 2006. Outra preocupação que ressaltou quanto a disponibilidade de recursos prende-se a necessidade de se dar uma maior atenção no controlo das dotações ao longo da execução orçamental. Para além das reformas em processos de gestão, o sector realizou reestruturações na organização e funcionamento do próprio MISAU.

VIII.7 Género

Embora tenha sido criada uma Unidade de Género, em 2006 não houve progressos assinaláveis na integração da componente Género no sector da saúde devido a constrangimentos de recursos humanos. Todavia, no período em análise foi dada continuidade às actividades de capacitação dos recursos humanos em género e saúde. Foram realizadas formações em matéria de género e HIV/SIDA, violência doméstica aos membros da Unidade de Género; formação do grupo de planificadores do MISAU (GTPO) em orçamentação na óptica de género, e foi feita a produção de materiais didácticos sobre género e saúde destinados aos trabalhadores de saúde ao nível de prestação de serviços.

Recomendações específicas:

- Aumentar os recursos humanos existentes a nível central;
- Proceder a um treinamento/capacitação de todos os gestores de programas de saúde em matéria de género.

IX. GESTÃO FINANCEIRA E MECANISMO DE FLUXOS

IX.1 DISPONIBILIDADE DE RECURSOS FINANCEIROS

O quadro do financiamento global para o sector da saúde em 2006 (abaixo) mostra que ascendeu a 7.168.449 milhares de meticais, equivalentes a USD 280.291.269. Em relação ao exercício económico de 2005 o financiamento decresceu 17%, resultado do decréscimo na disponibilização de fundos comuns. Deste envelope, 59% representa financiamento do OE, apesar de estar considerada a componente externa do Investimento. Este quadro revela que continua a dependência do OE em relação ao financiamento externo, embora haja cada vez mais parceiros com interesse em apoiar directamente o OE.

Ao longo do ano em análise houve disponibilidade global de fundos no valor de 3.537.676 milhares de Meticais, equivalente a 98% da dotação actual prevista. Destes recursos financeiros cerca de 337.695 milhares de Meticais transitaram de 2005 do PROSAÚDE. O aspecto positivo em 2006 vai para o nível de desembolsos do OE que correspondeu a 98,5% da dotação disponível para o MISAU. O grau de absorção global dos recursos financeiros foi de 90%. A absorção de recursos no sector da saúde foi definida como prioridade central em 2006 e os níveis atingidos contrariam as sucessivas e reduzidas taxas de execução orçamental e financeira registadas entre o período de 2000 a 2005 e que representavam a perda de oportunidade do sector em prover cuidados de saúde, bem como na perda de saldos orçamentais do OE e parceiros.

TABELA N.º 9 -FINANCIAMENTO E EXECUÇÃO GLOBAL DO SECTOR SAÚDE POR FONTES DE RECURSOS (MZM'000) - *VALORES EM MILHARES DE METICAIS*

Fontes de Financiamento	Dotação	Execução	%
Orçamento do Estado (OE)	4,228,948	2,851,152	67%
Receitas do Sector	273,006	250,867	92%
Despesas Correntes	2,457,337	2,273,377	93%
Despesas de Investimento (Int. e Ext.)	1,498,604	326,908	22%
Fundos Externos "ON BUDGET"	2,142,708	2,010,332	94%
PROSAÚDE	1,329,645	1,295,770	97%
Fundo de Medicamentos	813,064	714,561	88%
Fundos Externos "OFF BUDGET"	796,793	513,974	65%
Fundo Comum Provincial (FCP)	535,905	431,731	81%
Outros (programas e projectos)	260,888	82,243	32%
Financiamento Global da Saúde	7,168,449	5,375,457	75%

FONTE: DAG

EXECUÇÃO ORÇAMENTAL DOS FUNDOS INTERNOS (FI) E EXTERNOS (FE)

IX.2 EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO GERAL DO ESTADO

Os níveis de execução financeira e orçamental de 2006 foram historicamente os mais elevados dos últimos três anos. Neste período, houve melhorias substanciais na qualidade da execução orçamental do OE. Em termos percentuais a execução de 2006 esteve acima de 2005. A execução do OE, relativas as despesas correntes, foi de 93%, nível aproximado ao compromisso feito pelo MISAU no CCS de Novembro de 2005. O desempenho da área de execução orçamental foi bastante notório nas componentes despesas correntes do Orçamento do Estado e Prosaúde, atingindo uma cifra acima de 90%. Ao nível provincial o desempenho foi igualmente satisfatório tanto nas despesas correntes do OE bem como no Fundo Comum Provincial (FCP). A execução média global dos fundos do sector, fixou-se em 75%, mais cinco pontos percentuais comparativamente ao total de financiamento em 2005 (70%). Em termos absolutos a execução orçamental de 2006 esteve abaixo em USD 27.163.907, concluindo-se ter havido um decréscimo real de 11% na execução total em relação a 2005.

IX.3 EXECUÇÃO DE DESPESAS DE INVESTIMENTOS

A componente de Investimento do OE de 2006 em comparação com o ano anterior manteve a mesma característica: baixa execução da componente interna provincial e da componente externa global. Embora haja melhoria na recolha de informação sobre a execução de Investimento da componente interna com a introdução do e-SISTAFE a execução global é bastante afectada pela escassez de informação da componente externa.

Em termos percentuais a execução global de investimento em 2006 manteve-se no nível de 2005 (22%). A execução global da despesa de investimento na componente interna (68%) apresenta um crescimento de 19 pontos percentuais relativamente a 2005 (49%), influenciada pela elevada execução dos órgãos centrais (94%). A nível provincial persistiram os problemas relatados nos anos precedentes anteriores que dificultam a execução do investimento: longo ciclo de investimento (desde a fase de projecto até a contratação) e, na fase de execução, fraca capacidade dos empreiteiros e desembolsos tardios. Contudo, importa realçar que a execução do Orçamento de Investimento não reflecte a realidade pelo facto de que grande parte da componente externa é executada directamente pelos financiadores, cuja informação não é canalizada total e atempadamente ao sector. Persiste a fraca informação da componente interna do investimento das províncias, embora, em termos globais, represente uma parcela pequena do investimento.

IX.3.1 EXECUÇÃO DO PROSAÚDE

De acordo com o relatório da Direcção de Administração e Finanças (DAF) sobre o ano em análise, os desembolsos dos parceiros totalizaram USD 50.755.492. De uma forma geral houve evolução na componente do PROSAÚDE, que passou de uma execução de 39% em 2004, passando de uma execução de 74% em 2005 e atingindo 97% em 2006. Particular realce para o crescimento dos gastos entre 2004 e 2005. Em 2005 persistiram problemas de absorção de recursos associados ao longo ciclo de aquisição de equipamentos e execução de obras. A execução orçamental e financeira em 2006 fixou-se em 97.5% e 99.8%, respectivamente. A inclusão dos adiantamentos deveu-se a sua associação com os gastos definitivos, faltando, no entanto, documentos justificativos para a sua correcta contabilização.

IX.3.2 EXECUÇÃO DO FUNDO COMUM DE MEDICAMENTOS

Em 2006 atingiu-se um nível de execução de 88% sobre o planificado. Estavam previstos desembolsos no montante de USD 31.791.342 e foram recebidos dos Parceiros de Cooperação USD 28.880.259, representando 91% de realização em relação aos fundos previstos. Este nível de realização dos desembolsos por parte dos Parceiros de Cooperação em relação aos compromissos é considerado satisfatório. Em 2006 a componente de apoio institucional não fez parte do FCMSM e com isso a execução refere-se somente a componente de aquisição de medicamentos. Importa referir que na componente de aquisição de medicamentos do FCMSM de 2005, transitou o montante de USD 30.607.49, dos quais estavam comprometidos USD 30.506.544 em Cartas de Créditos emitidas naquele ano e que foram definitivamente liquidadas em 2006.

VII.3.3 EXECUÇÃO DO FUNDO COMUM PROVINCIAL

As informações sobre este tópico ainda não são completas. Esta informação será objecto de relatório específico com a informação definitiva das DPPF's. No entanto, tendências ilustram que a execução orçamental e financeira do FCP foi positiva situando-se na ordem dos 81% e 95%, respectivamente. Houve melhoria substancial em relação a 31 de Dezembro de 2006, pois a DAF emitiu uma circular em Fevereiro de 2007 orientando as DPPF para a libertação dos fundos para o pagamento das dívidas de 2006 das DPS's.

IX.3.4 PROGRAMAS VERTICAIS

A escassez de informação fiável sobre o financiamento vertical reduz a fiabilidade da análise destes fundos. Dados disponíveis indicam que em 2006 o nível central contou com USD 10.200.915 em fundos verticais, cuja gestão encontra-se descentralizada por diversos programas e projectos, sendo a sua maioria na DNS. Nesta componente foi apurada uma execução de 32%, no montante de USD 3.215.750. O destaque vai para o programa do *Center of Disease Control* (CDC) que representou 91% do total dos fundos verticais (contabilizados) de 2006. A sua execução foi de 31%, o que influenciou igualmente a execução total.

IX.4 EXECUÇÃO DESPESAS CORRENTES

As despesas correntes observaram, a partir do segundo semestre, significativas melhorias no nível de execução orçamental pela introdução e-SISTAFE no sector. Este facto permitiu a passagem do controlo do processo de execução da despesa pública para o sector, gerando maior flexibilidade pela redução de entidades intervenientes. Como resultado, a execução orçamental fixou-se em 93%, mais nove pontos percentuais em relação a 2005.

Receitas

A Receita global arrecadada durante o ano de 2006, com reservas em termos de disponibilidade de informação pelas unidades geradoras, atingiu o valor de 273.006 milhares de meticais. O nível de utilização destes recursos foi de 250.867 milhares de meticais, correspondente a 92 % de execução. Estes recursos são gastos fundamentalmente no apoio aos gastos correntes das unidades sanitárias.

Os níveis de previsão, arrecadação e gasto estiveram acima dos verificados em 2005, constatando-se alguma melhoria na gestão destes recursos. Persistem dificuldades do sistema de controlo, nomeadamente, arrecadação e registo e aplicação, para além de dificuldades na previsão e orçamentação. Estas deficiências do sistema de controlo da receita tornam pouco fiáveis os dados recolhidos das instituições geradoras. A DAF continua envidando esforços na melhoria do processo de recolha de informação junto às entidades geradoras.

Recomendações:

- Reforçar a área de gestão orçamental e financeira e o controlo interno através de treinamentos, troca de informação, diálogo, elaboração de relatórios, documentação, fiscalização;
- Reforçar as capacidades dos distritos para a gestão dos fundos descentralizados e transferidos;
- Priorizar o melhoramento do nível de execução a nível de província e periferia;
- Melhorar a capacidade de controle e monitoria da área financeira, incluindo a divulgação de instrumentos normativos de controle financeiro;
- Implementar um sistema de gestão orçamental e financeira compatível com o SISTAFE e necessidades do MISAU a todos os níveis;
- Desenvolver um plano de capacitação da DAG priorizando recursos humanos de nível periférico.

X. DESEMPENHO DOS PARCEIROS

O balanço do desempenho dos parceiros baseia-se nos dados obtidos nos19 questionários realizados aos Parceiros do Sector, onde foi possível obter a seguinte informação:

X.1 PREVISIBILIDADE

Mais de 2/3 de parceiros comprometeram-se a financiar o sector da saúde por mais de 2 anos, a excepção da Cooperação Técnica Japonesa que se compromete anualmente com base em financiamentos de projectos. Mais de metade dos parceiros (57,8%) afirmam que depois de terminados os compromissos estes não serão automaticamente actualizados. Os dados sobre os compromissos assumidos ilustram que há garantia de disponibilidade de financiamento até finais de 2010: seis parceiros que corresponde a 31.6% do total dos doadores terminam o seu ciclo de compromissos em 2007, três parceiros (15.8%) terminaram em 2008, quatro em 2009 e apenas um parceiro assumiu compromissos até o ano 2010. Esta é a indicação da necessidade que o sector da saúde tem de iniciar com margem de antecedência uma estratégia de planeamento e mobilização de recursos para depois desse período.

Indicador	0	1	2	3	4	5
Duração normal dos compromissos indicativos de fundos para o sector saúde	PEPFAR	FG, WHO	UNICEF, SDC, IC, EKN, AFD	AECI, RDE, EC, EF, USAID, CIDA, NE	Flanders, GTZ	USAID (health team)
Anos que restam no ciclo actual de compromissos pós 2007	JICA, EC, GTZ, IC,NE	AECI, FG, SDC, EF	USAID,CIDA, AFD, WHO	RDE		

X.2 RESPONSABILIZAÇÃO

Os níveis de desembolsos para os Fundos Comuns e Projectos Verticais são elevados, verificando-se uma participação 52,6% dos parceiros no desembolso dos Fundos Comuns, e 80.5% nos Projectos Verticais. Os desembolsos no Fundo Comum em 2006 registaram um decréscimo acentuado em relação ao ano precedente que chegaram a atingir o nível de 90% . Este decréscimo no desembolso de fundos esteve associado à baixa execução orçamental registada em 2005. A quase totalidade dos parceiros do FC seguiu os preceitos estabelecidos no Memorando de Entendimento acordado com o MISAU.

Parceiros	Compromisso Total	Comprom. (FC)[2]	Comprom. (FC/T)[3]	Desembolso (FC)	Desem/Com. (FC)	Desemb. (PV)[4]	Desem (PV)/ Com.(T)
Japão	6,510,000	0	0	0	0	1,655,000	25.4%
AFD	8,298,000	3,300,000	39.8%	2,592,000	78.5	2,900,000	34.9%
PEPFAR	81,950,910	0	0	0	0	81,950,910	100%
WHO	5,735,893	0	0	0	0	1,921,979	33.5%
UNICEF	8,768,431	0	0	0	0	8,665,822	98.8%
Global Found	24,000,000	24,000,000	100%	24,000,000	100		0
Suiça (SDC)	8,300,901	6,120,480	73.7%	4,189,826	68.5	1,995,531	24%
Spanish (AECI)	9,516,261	2,468,000	25.9%	1,653,810	67	4,964,623	52.1%
Royal Danish Embassy	151,045,000	43,500,960	28.8%	39,875,880	91.7	114,794,200	76%%
EC	22,212,000	10,118,800	45.6%	9,872,000	97.6	7,212,000	32.5%
Embassy of Finland	5,526,198	4,181,133	75.7%	4,181,133	100	1,345,064	24.3%
Flanders	5,108,760	0	0	2,468,000	0	1,643,152	32.2%
Alemanha (GTZ)	740,400	0	0	0	0	0	0
Italia (Italian Cooperation)	7,591,076	0	0	0	0	7,591,076	100%
Embassy of the Kingdom of the Nethrland	3,702,000	3,702,000	100%	2,838,200	76.7	1,929,937	52.1%
(USAID)	18,500,000	0	0	0	0	14,000,000	75.7%
Canada (CIDA)	5,231,120	4,282,12	81.9%	6,633,347	155	701,652	13.4%
Norwegian Embassy	14,591,497[5]	13,116,320[4]	89.9%	360,653	2.75	1,475,544[4]	10.1%
USAID-Health team	13,350,000	0	0	0	0	5,133,000	38.5%
Total	400,678,448	114,789,819	28.6%	98,664,850	85.95	259,879,494	64.9%

Nota: Todos os valores são em USD. As taxas de câmbio foram obtidas do web site da Reserva Federal dos Estados Unidos (de 25 de Abril de 2006)

X.3 ALINHAMENTO E HARMONIZAÇÃO

Do total dos parceiros apenas cerca de 26% tem uma estratégia específica para o sector e 31,6% coordenam as suas actividades estratégicas com outros doadores baseados na estrutura do SWAP. No período em análise quase todos os parceiros (90%) participaram nas reuniões do preSWAP em 2006 e participaram activamente em mais de dois grupos de trabalho. Este elevado nível de participação reduziu o potencial de fragmentação das intervenções assim como aliviou o peso respectivo para a entidade governamental. Para o alívio concorreu igualmente a redução acentuada que ocorreu no número de projectos e de assistência técnica: o número de projecto diminuiu de 120 projectos para cerca de 93

[2] FC - Fundo Comum
[3] FC/T – Fundo Comum Total
[4] Projectos Verticais
[5] soma das doações em NOK e em USD

projectos em 2006, e as assistências técnicas baixaram de 100 em 2005 para cerca de 72 em 2006. Devido a deficiências de coordenação e articulação foram poucos os projectos incluídos nos Planos Provinciais Integrados, o que poderá ter aumentado o nível de duplicação de esforços. O fortalecimento dos mecanismos de coordenação entre MISAU e parceiros continua um desafio do sector.

X.4 PESO ADMINISTRATIVO

Para o ano de 2006 havia cerca de 42 missões representando mais de 412 dias de missões, contra 59 missões representando mais de 750 dias de missões em 2005. O decréscimo das missões que poderá ter aliviado o peso administrativo do sector, não se traduziu na delegação de responsabilidades na cooperação, mas foi resultado da redução do número de projectos e de assistências técnicas referidas anteriormente. Esta redução de projectos e missões poderá estar associada a novas abordagens de liderança no sector da saúde que privilegiam uma liderança política do MISAU na definição de prioridades que devem ser consistentes e coerentes com as estratégias governamentais, na organização e alocação de recursos.

X.5 TRANSPARÊNCIA

Apenas um parceiro não respondeu ao questionário anual sobre informação financeira de acordo com a programação, contudo houve uma participação total no preenchimento dos questionários o que é muito positivo e fundamental para o acompanhamento do desempenho dos parceiros do sector.

X.6 COMPOSIÇÃO DA CARTEIRA

Poucos parceiros prevêem uma mudança no mecanismo de financiamento nos próximos dois anos. Cerca de 47,3% dos doadores canalizaram parte dos seus fundos para 2007 em apoios a assistência técnica e 57,8% aos compromissos com os mecanismos do Fundo Comum. Dados de 2006 indicam que pouca ajuda foi desembolsada seguindo modalidades programáticas. Este é um desafio que persiste no âmbito da implementação da abordagem do SWAPs que mais do que constituir um mecanismo de facilitação de ajuda, é igualmente um instrumento importante que permite ao sector da saúde desenvolver e implementar políticas assim como a priorizar e a articular o desenvolvimento da capacidade técnica.

Parceiros	Comprom. 2007 ($US)	TA	Comp 2007-TA %	Comprom. Mecanismos FC ($US)	Comp 2007-FC %
Japão (Embassy of Japan an Japan International Cooperation Agency)	64,417,410	11,924,829	18.5	0	0
AFD	12,927,792	197,700	1.5	3,495	0.03
PEPFAR (U.S President´s Emergency Plan for AIDS Relief)	81,850,910	0	0	0	0
WHO	5,141,107	2,163,113	42.1	0	0
UNICEF	8,500,000	100,000	1.2	0	0
Global Found to Fight AIDS Tuberculosis and Malaria	50,000,000	0	0	50,000,000	100
Suiça (SDC)	7,331,825	0	0	6,120,480	83.5
Spanish Cooperation Development Agency (AECI)	4,997,001	550,200	11.0	2,620,000	52.4
Royal Danish Embassy	6,800,000	300,000	4.4	3,200,00	47.1
EC	20,000,000	1,000,000	5	9,500,000	47.5
Embassy of Finland	4,936,000	0	0	5,306,200	107.5
Flanders	7,237,410	0	0	2,468,000	34.1
Alemanha (GTZ)	1,110,600	0	0	0	0
Italia (Italian Cooperation)	2,354,000	0	0	0	0
Embassy of the Kingdom of the Nethrland	4,618,600	0	0	4,618,600	100
Estados Unidos (USAID)	0	4,070,000	0		0
Canada (CIDA)	4,123,340	0	0	3,174,970	76.9
Noruega (Norwegian Embassy)	13,400	0	0	12,000	89.6
Estados Unidos (USAID-Health team)	16,500,000	4,000,000	24	0	0
Total	302,859,395.56	8,311,013.00	2.7	87,023,745.00	28.7

Nota: Todos os valores são em USD. As taxas de câmbio foram obtidas do web site da Reserva Federal dos Estados Unidos (de 21 de Abril de 2006)

XI. CONCLUSÕES

A situação sanitária do país em 2006 reflecte em parte o grau de implementação dos principais programas de saúde. De forma global o as principais doenças no País em 2006 continuam seguindo o mesmo padrão dos últimos anos. Os dados relativos às doenças notificadas pelo Boletim Epidemiológico Semanal (BES) sugerem que o estado de saúde da população regista melhoras em relação ao período precedente.

Em termos gerais, em 2006 houve uma melhoria no índice de iniquidade no acesso a serviços, uma tendência que vem se verificando desde o ano 2000. Apesar dessas melhorias a meta planificada de 3.3 para o período em avaliação não foi atingida (3.4 em 2006). Os indicadores de disponibilidade de recursos por província (Camas/100hab e Hab/pessoal técnico) apresentam pouca alteração em relação ao período precedente. O índice de número de camas por 1000 hab registou melhorias muito ligeiras;.

O sistema de prestação de serviços medido em parte pelo volume de consultas externas registou um crescimento de 7.0%, tendo inclusive ultrapassado a meta anual de 18.719.000 consultas. Os índices de consumo de serviços também confirmam a tendência positiva, quer do indicador Consultas Externas por Habitante, como das Unidades de Atendimento por Habitante, tendo-se ultrapassado as metas previstas.

Os indicadores de Vigilância Nutricional dos últimos dois anos mostraram que as taxas de Crescimento Insuficiente e de Baixo Peso a Nascença aumentaram ligeiramente em relação ao ano 2005. As taxas de Baixo Peso à Nascença continuam a indicar uma Situação Séria (acima de 7,0%).

No período em análise registou-se crescimento dos indicadores de cobertura da saúde reprodutiva, excepto o indicador de cobertura de partos institucionais que não somente não atingiu as metas previstas em 2006, como também reduziu em relação aos períodos precedentes.

A área de saúde infantil, durante 2006, caracterizou-se pelo aumento da cobertura das unidades sanitárias com AIDI, ultrapassando a meta de 80% previamente estipulada, como resultado de formações realizadas para cerca de 400 profissionais de saúde. Foram igualmente realizadas actividades comunitárias nos Distritos, expandindo a AIDI Comunitário à mais 50% das comunidades rurais com o apoio das ONG´s.

Os dados estatísticos de 2006 do programa de Malária indicam que comparativamente com o ano anterior houve um aumento do número de casos e de óbitos Malária, associado a vários factores como HIV, a natureza de processo de diagnóstico e ao aumento da capacidade de detecção da endemia. Actividades de prevenção (pulverização e distribuição de redes) foram reforçadas. O ano 2006 foi igualmente marcado pelo (re)inicio da implementação da estratégia anti-larval e da profilaxia da malária na gravidez, cujo resultados serão visualizados no balanço de 2007.

Em 2006 foram notificados 10860 casos de SIDA nas ATS, cuja maioria foi reportada na Província e Cidade de Maputo. porém, isto não significa necessariamente que são as províncias mais afectadas pela doença. Este ano foi marcado pelo aumento considerável do acesso ao TARV, tratamento das doenças oportunistas e PTV. Contudo, esta última não atingiu as metas definidas.

A situação da TB nas várias regiões do Pais é variável: a Cidade de Maputo e Província de Sofala são as que mais casos notificam em todo o Pais. Os principais indicadores de desempenho do programa melhoraram, apesar de ainda se encontrarem aquém do recomendo pela OMS.

Na área dos recursos humanos, durante o período em análise, foram colocados 553 técnicos recém formados dos quais 38 médicos de clínica geral, 102 técnicos de saúde e 413 técnicos básicos, o que representa cerca de 66% das colocações previstas para todo ano. Igualmente foram nomeados 786 técnicos que vinham trabalhando em regime de contrato e recrutados 37 médicos estrangeiros de diferentes áreas de especialização. As novas colocações e nomeações aumentaram o número total de pessoal nacional no Serviço Nacional de Saúde em cerca de 6.8% que conta neste momento com cerca de 24.042 trabalhadores dos quais 608 médicos nacionais.

Na área financeira, os níveis de 2006 foram historicamente os mais elevados dos últimos três anos. Neste período, houve melhorias substanciais na qualidade da execução orçamental do OE. Em termos percentuais a execução de 2006 esteve acima de 2005. A execução do OE despesas correntes foi de 93%, nível aproximado ao compromisso feito pelo MISAU no CCS de Novembro de 2005. O desempenho da área de execução orçamental foi bastante notória nas componentes despesas correntes d
o Orçamento do Estado e Prosaúde, atingindo uma cifra acima de 90%. Ao nível provincial o desempenho foi igualmente satisfatório tanto nas despesas correntes do OE bem como no Fundo Comum Provincial (FCP).

BIBLIOGRAFIA

African Developmente Bank (2006) Creating a Maintenance Culture in Mozambique: Study of Maintenance of Infrastructure in the Health and Education Sectors. Draft Report, 25th October 2006

CASTEL-BRANCO, Carlos Nuno (2007) Mozambique Programme Aid Partners Performance Review 2006. Final Report, Maputo, 28 Fevereiro de 2007

Dickson, Clare; Martinez, Javier; Whitaker, Dan & Pearson, Mark (2007) *The Global Fund operating in a SWAp through a common fund: issues and lessons from Mozambique*. London: HLSP Institute, Policy Brief, January 2007

MISAU (2007a) – Relatório de Actividades de 2006. Maputo: Direcção de Administração e Finanças, Março de 2007

MISAU (2007b) – Relatório Anual da DNS para o XXXII CNCS. Maputo: DNS, Março de 2007

MISAU (2007)c - Relatório da Visita de Campo – Nampula, Fevereiro 2007

MISAU (2007d) - Relatório da Visita de Campo – Zambézia, Janeiro 2007

MISAU (2007e) - Relatório da Visita de Campo – Tete, Janeiro 2007

MISAU (2006a) - Termos de Referência para a VI Avaliação Conjuntado Sector da Saúde. Visitas Conjuntas às Províncias, Novembro 2006

MISAU (2006b) - Termos de Referência da Avaliação Conjunta Anual (ACA VI) Dezembro 2006/Abril 2007. Visitas Conjuntas às Províncias, Novembro 2006

MISAU (2006) Comunicado Final; VII Reunião da DAG & Matriz de Operacionalização das Recoemndações

MISAU (2006) Comunicado Final, IV Reuniao Nacional de Medicamento e Farmácia & Matriz de Recomendações

MISAU (2006) Comunicado Final & Matriz de Recomendações, II Reunião Reunião Nacional para aceleraçao do Combate à Lepra; Outubro 2006

MISAU (2006) Comunicado Final & Matriz Recomendações da Reunião Nacional sobre doenças preveniveis por vacinas e o PAV

MISAU (2006) Comunicado Final & Matriz Recomendaçoes/Decisoes Nivel central e provincial da III Reuniao Nacional de Enfermagem

MISAU (2006) Comunicado Final & Recomendações da IV Reunião Anual da Malaria

MISAU (2006) Comunicado Final da Reunião Anual de Saúde Ambiental, Outubro 2006

MISAU (2006) Comunicado Final & Matriz de Recomendações da IV Reunião Anual de Farmácia, Outubro 2006

MISAU (2006) Comunicado Final & Recomendaçoes/Decisoes da Reunião Nacional de Reflexão sobre Mecanismos de Monitoria e Avaliação, Setembro 2006

MISAU (2006) 1ª Reuniao Nacional de Manuntenção "Comunicado final e matriz de recomendações", Maputo, 16-17 de Agosto de 2006

MISAU (2006) Comunicado Final & Matrizes de actividades da 1ª Reuniao Nacional de ITS e HIV

MISAU (2006) Comunicado Final & Matriz Recomendaçoes da Reuniao Nacional de Saude Mental, Abril 2006

MISAU (2005) - Plano Operacional Anual 2006 – Sector da Saúde

MISAU (2005) - Proposta do Plano Economico e Social 2006, Setembro 2005

Mosse, Marcelo & Cortez, Edson (2006) A corrupção no sector de saúde em Moçambique. Maputo: Centro de Integridade Pública, Documento de Discussão nº 4

Martinez, Javier et all (2005) Avaliação Conjunta de Médio Prazo do Plano Estratégico do Sector da Saude (PESS) 2001-2005-2010. HLSP & EconPolicy

ANEXO I – BALANÇO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES DA ACA III

Componente	Acção	Responsável	Ponto da situação
Recomendações sobre o desempenho do sector			
Preparação para uma descentralização lógica	a) Coordenar com a planificação descentralizada de desenvolvimento e implementação a nível distrital, que está sendo ensaiada actualmente em 21 Distritos do País.	Direcção do MISAU/ DPC	O processo de descentralização iniciou e ocorre no âmbito das reformas do sector. Todavia o processo encontra constrangimentos ligados a capacidade de recursos humanos a nível local
	b) Introdução do aumento de autonomia dando prioridade inicialmente às províncias e distritos que aparentam ter o potencial de, com confiança, poderem lidar com responsabilidades acrescidas		
Unificação do sistema de recolha e distribuição de informação	a) Trabalhar para uma situação que use apenas um sistema acessível a todos	DPC	Está em curso a implantação de um sistema informático denominado Módulo Básico do SIS que procura unificar todos os subsistemas de informação; este sistema já foi introduzido em todas as DPSs, bem como em pelo menos 1 distrito de cada província
	b) Usar o sistema harmonizado para a aprendizagem horizontal entre os serviços, de tal forma que as pessoas em serviço sejam encorajadas a colectar dados e a aprender sobre as suas implicações.		
	c) O sistema de informação deve acompanhar o processo de planificação		
Medidas adicionais para manter o pessoal motivado a trabalhar na periferia	Explorar a possibilidade de incentivos que de forma transparente possam ser contemplados nas condições de trabalho do GoM.	Direcção do MISAU/ DRH / Parceiros	O MISAU está a desenvolver uma política de incentivos no âmbito da revisão do plano de desenvolvimento de recursos humanos. Em 2006, o sector condecorou os trabalhadores mais antigos e quatro melhores de cada distrito e introduziu um pacote de incentivos que ainda estão a ser regulamentados
Enfoque selectivo sobre as questões do género	a) Em acções com enquadramento lógico nas principais áreas temáticas tais como saúde reprodutiva, particularmente a maternidade segura e no domínio de HIV/SIDA, nomeadamente nos GATVs com comprometimento dos responsáveis dos programas.	Direcção do MISAU com o apoio de todas as DNs	Foi feita uma revisão da componente género no SIS, um processo que ainda esta em consolidação
	b) Todos os esforços relacionados com o género deveriam ser registados nos dados de rotina desagregados por sexo, como repetidamente já fora recomendado mas que ainda está por implementar (a coluna extra M/F' nos formulários).		

Componente	Acção	Responsável	Ponto da situação
Recomendações sobre SWAP e Elementos de Coerência dos Mecanismos de Implementação			
Processo SWAP	1. A revisão dos actuais Termos de Referência para o SWAP	Gabinete do Ministro/ DPC	Os TdR do SWAP foram revistos e aprovados em 2005. O MISAU elaborou e assinou um código de conduta e novo MdE com ONGs em 2006.O processo de integração de Hospitais Dias está a correr com sucesso, embora haja problemas de compatibilizar infra-estrutura em muitas das províncias Não existe informação sobre a recomendação relativa as isenções
	a) A revisão deverá incluir discussões dos respectivos papéis do CCS e GT-SWAP		
	b) Considerar a possibilidade de divisão de funções do GT-SWAP em diferentes categorias de reuniões		
	2. Os Hospitais Dia devem indicar claramente os serviços que providenciam, mas a integração de outros serviços que não o HIV/SIDA, assim como a localização deste tipo de serviços, depende da unidade sanitária na qual estão adstritos.	DPC/ DNAM	
	3. Nas visitas de supervisão, priorizar e disseminar os mecanismos de coordenação com os parceiros de cooperação.	DPC	
	4. O MISAU deveria considerar as recomendações do relatório sobre as ONGs, produzido por (Notburga Timmermans em Março 2004)	Gabinete do Ministro/ DPC	
	5. Dever-se-á organizar uma reunião sobre o significado do SWAP, ao nível de várias organizações do serviço de saúde.		
Procura/ Processo de Contratação	1. O MISAU deverá urgentemente prestar atenção ao reforço da capacidade da Unidade de Gestão das ONGs	DPC	Foi criada e operacionalizada a Unidade de Gestão de ONG's em 2006. Esta entidade serve de ligação com as ONGs. Na sua autoridade foi aberto um concurso de financiamento de actividades pelo MISAU. Todavia, a estrutura debate-se com escassez de recursos humanos a tempo
	2. Como questão de urgência, o MISAU deverá solicitar a isenção aduaneira de kits de VCT e reagentes de testes de HIV.		
Processo de Planificação	1. Monitorar o impacto da implementação do PEN, em relação à prestação de serviços no geral, em todos os locais onde as actividades relacionadas com o PEN são executadas.		O processo de integração dos serviços de HIV nos serviços normais está a ocorrer com sucesso. Todavia o processo confronta-se com problemas de inadequabilidade de infra-estrutura e escassez de recursos humanos (sobrecarga) o que tem implicações na qualidade dos serviços prestados Foi terminado o processo de revisão de PESS e foi elaborada uma matriz do mesmo que serve de quadro lógico Relativamente às incertezas no processo de planificação, o Governo e parceiros iniciaram em 2006 um processo de harmonização e alinhamento dos apoios com o ciclo de planificação do Governo, onde as contribuições dos parceiros são comunicadas atempadamente.
	2. Estudar a integração do HIV/SIDA como um problema de saúde prioritário, analisando como isso poderá criar oportunidades para iniciar a sua integração não apenas como uma doença, mas sim como saúde, no sentido de objectivo social positivo e mais amplo.		
	3. No processo de revisão ou actualização do PESS		
	a) Aconselha-se a elaboração de um quadro lógico-ninho.		
	b) Efectuar uma revisão da relação entre os vários processos de planificação estratégica que existem actualmente, incluindo os contidos nos Anexos do PESS.		
	c) Continuar a harmonização dos objectivos e das actividades, entre os planos estratégicos ao nível central e provincial.	DPC	
	d) Desenvolver estratégia para capacitar as DPSs a apoiarem os distritos no desenvolvimento de processos de planificação de saúde	DPC	
	e) Garantir que na próxima avaliação do processo de planificação, a questão de lidar com incerteza seja tratada em sede própria. O GT/SWAP deveria ser integrado neste processo.		

Componente	Acção	Responsável	Ponto da situação
Melhoramento Constante da Informação Anual de Monitoria do PESS			
Na área Financeira	1. Alargar os Indicadores de Monitoria do PESS para a área financeira (DAG), incluir o Financiamento Externo, os Medicamentos, os dados populacionais e o número de Unidades de Atendimento por província.	DPC/DAF/ DNAM	A melhoria dos indicadores de monitoria do PESS será feita no contexto da revisão em curso deste documento O SIMP inclui uma componente financeira e já está em uso nas províncias, embora persistam problemas de operacionalidade do sistema.
	a) Continuar a actualizar os dois anteriores estudos da DPC sobre financiamento externo.		
	2. Usar em todas as Províncias um mesmo e único sistema de informação financeira –sugere-se o SIMP e acelerar a ligação entre o SIMP e os ficheiros da DAG.	DPC/DAF	
Recomendações sobre a Melhoria das Relações entre MPF e MISAU			
Comunicação MISAU/ MPF	1. Estreitar os canais de comunicação entre o MPF/DNPO e o MISAU, e entre as DPPF e as DPS.	DPC	A DAG/MISAU já estabeleceu um mecanismo de diálogo constante com a DNT/MF através de encontros regulares e avaliação de 2006 revela melhorias significativas nesse aspecto. O MISAU participa na elaboração do CFMP do Governo, embora a metodologia de elaboração deste não esteja ainda claramente definida. Relativamente à regulamentação da lei dos órgãos locais, a DPC/MISAU faz parte do grupo interministerial criado para o efeito pelo MAE
	2. Reforçar a participação efectiva do MISAU/DPC na finalização da metodologia para a elaboração do CFMP (papel activo do MISAU e das DPS na fixação de critérios de priorização e alocação inter e intra-provincial dos fundos).		
	3. Fazer advocacia para promover a participação activa do MISAU na regulamentação da Lei dos Órgãos Locais, advogando o papel determinante do MISAU e das DPS na redução das iniquidades, pela via da afectação dos limites orçamentais. Subsidiar a DNPO para intervir no mesmo sentido.		
Recomendações Sobre a Estratégia de Financiamento do Sector			
Planificação/ Orçamentação	1. Reforçar a planificação financeira do MISAU e das DPS, por forma a incorporar todos os recursos previsíveis, sejam ou não on-budget, e a relacioná-la com o programa de acção. Continuar a trabalhar com os doadores para capturar informação sobre níveis de financiamento externo futuro. Reforçar os sistemas de colecta da informação sobre execução financeira.	DPC e DAF	Foi desenvolvida uma ficha de inquérito aos fundos externos para facilitar a recolha desta informação, cujo preenchimento é apoiado pelos parceiros de 1o contacto. Este inquérito serve de base para avaliação do desempenho dos parceiros. Persistem contudo dificuldades de recolha de informação relativa, sobretudo, aos fundos verticais A componente de recitas está contemplada no SISTAFE cuja implementação iniciou ano passado, todavia, dados do ACA VI revelam que persistem problemas da sua gestão e sobretudo de canalização
	2. Estabelecer com o MPF e os doadores metas de desembolsos trimestrais às DPSs e incluí-las no PES 2005		
	3. Estudar com o MPF/SISTAFE formas mais simples de declaração e utilização das receitas consignadas.	DPC	
Lista de Assuntos Prioritários Para Avaliação de Médio Prazo			
	1. Explorar as razões subjacentes às diferenças de desempenho tanto nas províncias e entre os distritos, e se possível ao nível de serviços. Metodologia: concentrar-se em fortes implementadores e encontrar denominadores comuns entre eles.	Gabinete do Ministro DPC	A AMP foi realizada em 2005 e contemplou alguns destes aspectos Através das reuniões nacionais, as DPS são envolvidas nas discussões de política e estratégias.
	2. Formação específica das DPS e DDS para o desempenho da função (planificação, gestão financeira, aspectos administrativos, negociação, liderança, papel das ONGs e organizações sócio económicas, etc.).		
	3. Envolvimento das DPS nas discussões sobre políticas e estratégias (SWAP).		

ANEXO II – BALANÇO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES DA ACA V

Recomendação da ACA V	Responsável	Ponto do Situação
No âmbito do estado de saúde da população		
Realizar, através do INS, um estudo compreensivo sobre morbimortalidade e factores chave subjacentes	INS	Não existe informação sobre o progresso desta actividade
No âmbito do desempenho do SNS		
Rever critérios de avaliação e medição do desempenho do Sector	DPC	Processo não iniciado, todavia ocorrem acções afins no âmbito do Plano de Reorganização do SIS
Promover o desenvolvimento e operacionalização do roteiro ("road map") para acelerar a consecução dos ODM relativos à saúde materna e Neonatal (ODM)	DNPCD	O sector elaborou igualmente o "Road Map" o roteiro de Moçambique para a redução da mortalidade materna e Neonatal e já está concluído.
Continuar os esforços de integração e melhoria da coordenação dos programas ao nível da prestação de cuidados nas Unidades Sanitárias.	DNPCD	A coordenação e a integração melhoraram.
Adequar os indicadores da componente de Saúde Reprodutiva	DNPCD/INS	A actividade está em progresso e ocorre no âmbito da reestruturação do Sistema de Informação de Saúde
Reforçar as actividades das brigadas móveis com cuidados preventivos e curativos de forma a aumentar a cobertura dos cuidados de saúde.	DNPCD	As brigadas móveis são integradas ao nível dos programas de cuidados primários assistenciais
Melhorar a coordenação das actividades de base comunitária, incluindo a realização de um workshop para troca de experiências nesta matéria, com envolvimento das ONG´s	DNPCD	Não há informação sobre o progresso desta actividade, contudo é de realçar que o sector não dispõe de uma estratégia de comunicação e participação comunitária. Esta agendada uma Reunião Nacional no II trimestre de 2007 para discutir e obter consensos em volta do tema
Clarificar o papel dos agentes comunitários nas intervenções de carácter curativo e preventivo e aumentar o seu número	DNPCD	Actividade em processo
Garantir atempadamente as condições para a operacionalização do programa de pulverização intra domiciliar	DNPCD	Em 2006 foi realizada uma campanha de pulverização domiciliar que atingiu resultados positivos
Finalizar e aprovar a política de distribuição das redes mosquiteiras	DNPCD	Não há dados sobre o progresso da actividade, mas este tópico registou sucessos no âmbito do plano de combate à malária em 2006
Acelerar a integração das actividade TB/HIV a todos os níveis	DNPCD	Em processo: a actividade é catalisada pela introdução do modelo de ATS
Reforçar a integração das componentes dos programas das grandes endemias nos serviços de saúde ao nível provincial e sobretudo distrital.	DNPCD	Foram apropriados, as DPS estão a tomar a liderança.
Promover a integração dos serviços de HIV/SIDA no SNS e expandir com base em critérios de equidade	DNPCD	Em processo, a integração ocorre em todo o país com níveis variáveis, devido a escassez de recursos humanos (sobrecarga de trabalho) e inadequabilidade de infra-estruturas
Revitalizar o programa de ITS e expandir o diagnostico etiológico das ITS e Sífilis.	DNPCD	Em fase formação de pessoal para executar
Aprofundar a análise das tendências de casos de malária e tuberculose	DNPCD	Actividade desenvolvida com base nos principais indicadores de processo e de impacto dos programas.

Recomendação da ACA V	Responsável	Ponto do Situação
Continuar os esforços para melhorar os sistemas de referência, sobretudo no concernente aos meios de transporte de doentes e sistema de comunicação entre as US.	DNAM	O sector fez investimentos significativos nesta matéria, alocando ambulância e carrinha por cada distrito, todavia, o desafio continua
Alargar aos hospitais rurais e CS os esforços para melhoria de qualidade, organização e gestão das unidades sanitárias	DNAM	Actividade ocorre no âmbito das medidas gerais de melhoria da qualidade de serviços de saúde no SNS
Âmbito da planificação		
A Revisão do MdE deve ter em conta a necessidade de harmonização dos processos de planificação ao nível central e provincial (PES/POA, PIP ACA e informação estatística sumária)	DPC	Em curso a revisão do MdE. Já harmonizados os instrumentos PES/POA num único instrumento de planificação
A disponibilidade de informação (fundos e actividades) sobre os programas verticais deve ser harmonizada com o ciclo de planificação do governo	DPC/Parceiros	Persistem dificuldades em controlar e obter informação dobre este dado. Dados do desempenho da área financeira ilustram que ainda não houve harmonização
Criar mecanismos que garantam a coordenação e integração dos processos de planificação e monitorização entre o nível central , provincial e distrital	DPC	Há avanços mas a integração ainda não ocorreu
Actualizar os instrumentos de planificação ao nível provincial e distrital e capacitar os respectivos técnicos, tendo em conta o processo de descentralização em curso no País	DPC/GM	O processo de descentralização iniciou, a actualização dos instrumentos também, mas o processo ainda não está consolidado
Sistema de Informação de Saúde		
Definir um roteiro para o desenvolvimento do SIS, com prazos, metas e meios necessários	INS/GM	O roteiro foi definido no âmbito da realização da Reunião Nacional sobre mecanismos de monitoria e avaliação (faz parte das recomendações)
Continuar a melhorar e simplificar os instrumentos de recolha de dados principalmente ao nível primário e garantir a sua integração gradual	INS/GM	No âmbito do plano de reorganização do SIS foram treinados técnicos na utilização das novas fichas para o PAV e HIV/SIDA.
No contexto da revisão do PESS, rever os indicadores da LNM de forma a fornecer informação sobre o estado de saúde da população e a melhor avaliar o desempenho do sector	INS/DPC	Há consensos de revisão destes indicadores no contexto da revisão do PESS. No entanto o SIS de forma geral está em processo de actualização para responder as necessidades do sector
Garantir o desenvolvimento do website através do reforço do pessoal	INS	O web site funciona, no entanto não há registo sobre a quantidade de recursos humanos afectados
No âmbito dos Recursos Humanos		
Estudar e discutir medidas que permitam manter os quadros qualificados no sector e o pessoal de saúde motivado	DRH	Está em revisão o plano de desenvolvimento de recursos humanos do sector e em elaboração a respectiva política de incentivos

Recomendação da ACA V	Responsável	Ponto do Situação
Melhorar os mecanismos de articulação entre diferentes níveis de forma a facilitar colocação dos recursos humanos na periferia, de acordo com as necessidades e tendo em conta os actuais desequilíbrios.	DRH	A disponibilidade de pessoal na periferia continua sendo desafio do sector devido a sua escassez
Fortalecer a capacidade de formação de profissionais de saúde nas áreas + criticas ao nível central e provincial.	DRH	Tem sido feitas regularmente formações dirigidas ao pessoal das províncias na área de HIV/SIDA, formação na área de SMI/SSR, formação de malária e outros programas prioritários
Incluir nos termos de referência das Assistências Técnicas a componente de formação de quadros moçambicanos	DRH/Parceiros	Não existe informação sobre o progresso desta actividade
Medicamentos		
Fortalecer a capacidade de formação de profissionais de saúde sobretudo nas áreas mais críticas como a farmácia ao nível central e provincial.	DRH/DNAM	Iniciou-se a formação de farmacêuticos no âmbito do plano acelerado de formação
Logística e Manutenção		
Tornar a manutenção das infra-estruturas e equipamento parte integrante dos planos estratégicos e operacionais, sobretudo ao nível da província	DAF	Não há informação sobre o progresso desta actividade. No entanto, as visitas do ACA VI confrontam-se com dificuldades nesta área: persiste a falta de cultura de manutenção resultado da falta de recursos humanos
Aumentar o financiamento para a manutenção das unidades sanitárias e fomentar a cultura de manutenção elaborando critérios para a manutenção preventiva	DAF/DPC	Na planificação 2006, a componente manutenção está financiada no FCP
Sistema de Gestão e Área financeira		
Aumentar a capacidade institucional em recursos humanos qualificados para a área de gestão financeira, essencialmente nas províncias.	DAF/DRH	Foram contratados alguns contabilistas, mas ainda são insuficientes.
Melhorar a formação e divulgação sobre os instrumentos de gestão financeira, especialmente no nível provincial e distrital, incluindo o manual de procedimentos de gestão financeira.	DAF	Houve um seminário com todos administrativos sobre gestão financeira e património
Realizar um estudo sobre alternativas de financiamento do sector (recuperação dos custos)	DPC	Foram elaborados os TdR sobre a abolição das taxas utilizadoras do SNS
Reforçar o diálogo com o MF sobre o financiamento do sector e classificação da dotação da despesa	DAF	Em 2006 houve melhorias na articulação inter sectorial entre as 2 instituições
No âmbito das reformas do sector		
Elaborar uma política de desenvolvimento do quadro técnico do MISAU nas áreas de administração e gestão sanitária	DRH/GM	Em curso no âmbito da revisão do plano de desenvolvimento de recursos humanos do sector da saúde
Estudar a possibilidade de descentralizar o processo de gestão operacional dos contratos de serviços/ONG´s	DPC	Não há informação sobre o progresso desta actividade

Recomendação da ACA V	Responsável	Ponto do Situação
Fortalecer diálogo com MPD para garantir que o equilíbrio inter provincial seja mantido no contexto da descentralização	DPC/DAF	Houve melhorias na articulação entre o MISAU e MPD
No âmbito da revisão do MdE:		
Discutir a forma de criar um processo mais eficiente para o financiamento dos investimentos tendo em conta o seu carácter plurianual	DPC/Parceiros	Foi revisto o MdE
Na revisão do MdE e suas adendas, garantir que a produção da informação estatística sumária seja concluída até Março	DPC/Parceiros	Assunto tratado na revisão do MdE
Definir um plano sustentável e realístico de integração gradual do FCP e FCM dentro do PROSAUDE	DPC/Parceiros	Assunto tratado na revisão do MdE
Harmonizar os anexos do MdE com as novas regras de aprovisionamento da função pública (nomeadamente o decreto de lei 54/05 de 23 de Dezembro sobre a aquisição de bens e serviços no sector público que entrará em vigor em Julho 2006)	DPC/Parceiros	Processo em curso no âmbito da revisão do MdE
Ter em conta a harmonização dos processos de planificação ao nível central e provincial (PES/POA, PIP ACA e informação estatística sumária).	DPC/Parceiros	Revisto o MdE, a harmonização será consolidada em 2008
Discutir a forma de criar um processo mais eficiente para o financiamento dos investimentos tendo em conta o seu carácter plurianual	DPC/Parceiros	Assunto tratado na revisão do MdE
Relação MISAU/Parceiros		
Necessidade de debate sobre a política de cooperação do MISAU, para definir a estratégia dos próximos 5 anos	DPC/Parceiros	No I semestre de 2007, prevê-se a aprovação da Estratégia de Cooperação
Continuar o reforço do diálogo institucional MISAU/ONG´s.	DPC/Parceiros	O diálogo ocorre através de reuniões regulares e prestação das contas. Foi operacionalizada a Unidade de Gestão de ONG's
Propor uma abordagem comum sobre a assistência técnica no sentido de melhorar a coordenação	DPC/Parceiros	Não há informação sobre o progresso deste tópico

ANEXO III – RECOMENDAÇÕES DA ACA VI

Recomendação da ACA VI	Responsável	Ponto do Situação
No âmbito do estado de saúde da população		
Realizar de uma análise global sobre a problemática de acesso e uso dos serviços de saúde no país aplicando softwares e modelos analíticos actualizados que permitam uma visão abrangente e realística do problema. A informação resultante deste processo deverá ser actualizada e alimentada por indicadores de rotina	INS	
No âmbito do desempenho do SNS		
Rever critérios de avaliação e medição do desempenho do Sector	DPC	
Valorizar e atribuir ênfase semelhante aos protocolos e normas não clínicos com vista a aumentar a qualidade dos serviços de saúde	DNAM	
Priorizar a expansão da rede sanitária na área rural o que permite diminuir as iniquidades regionais e intra regionais no acesso e uso dos serviços de saúde	DNAM/DPC	
Explorar a possibilidade de capitalizar e apoiar outros actores provedores de serviços de saúde de modo a contribuir para a extensão da rede e facilitar o acesso e uso de cuidados de saúde.	DNAM	
Promover pacotes de pesquisa para compreensão dos factores que determinam a baixa cobertura dos partos institucionais	DNPCD	
Humanizar o parto	DNPCD	
Expandir e definir uma estratégia para as casas de espera de mãe grávidas que inclua a componente de aprovisionamento regular em alimentação	DNPCD	
Fortificar a coordenação entre os Hospitais Provinciais e Direcções Provinciais na resposta às complicações obstétricas	DNPCD	
Acelerar o processo de criação do comité nacional de mortes maternas criando condições institucionais para seu funcionamento	DNPCD	
Capacitar os gestores e técnicos implementadores da estratégia de Planeamento Familiar em matéria de logística, gestão e planificação	DNPCD	
Aumentar o número de supervisões, sobretudo da província para os distritos, aumentando o tempo de permanência com vista a acompanhar actividades e corrigir possíveis irregularidades na área de Planeamento Familiar	DNPCD	
Rever os critérios de definição de metas e operacionalizar de forma gradual as formações em AIDI	DNPCD	
Definir pacotes integrados de formação e promover uma maior comunicação e coordenação com programas afins (SMI/SSR/AIDI/COE)	DNPCD	
Proceder a um treinamento/capacitação de todos os gestores de programas de saúde em matéria de género	GM	
Acelerar intervenções na área do recém nascido com maior ênfase no envolvimento comunitário	DNPCD	
Explorar em conjunto com outros programas possibilidades de se aliviar a concentração das formações nas ESMI	DNPCD	
Centralizar no MISAU a procura e aquisição de acessórios para o equipamento da cadeia de frio	DNPCD	
Capacitar os técnicos de manutenção na reparação do equipamento de frio e no treinamento dos utilizadores	DNPCD	
Acelerar a reprodução do Manual do PAV e do livro de bolso das normas do PAV para consulta rápida e garantir a sua distribuição a todos os níveis	DNPCD	
Aplicação dos métodos de planificação e implementação das actividades conforme descrito na estratégia RED	DNPCD	
Elaborar e divulgar urgentemente uma estratégia de comunicação para a saúde com ênfase na participação comunitária e e definir	DNPCD	

Recomendação da ACA VI	Responsável	Ponto do Situação
urgentemente um pacote mínimo de serviços a oferecer a comunidade pelo SNS		
Incluir e priorizar na planificação a resolução de problemas de saneamento nas unidades sanitárias	DNPCD	
Definir padrões de tratamento do lixo hospitalar por nível de US capitalizando experiências existentes	DNPCD	
Melhorar a operacionalização da estratégia de saúde mental, apresentando prazos e indicadores concretos e realistas	DNPCD	
Criar mecanismos que possam contribuir para eliminar as barreiras culturais e psicológicas para uma maior atracção/adesão dos jovens sobretudo os do sexo masculino aos SAAJs	DNAM	
Implantar SAAJs nas IdF	DNAM	
Grandes Endemias		
Criar condições para uma abordagem mais integrada e equilibrada entre programas verticais com maior volume de recursos e outros menos privilegiados em termos de alocação de recursos.	DNPCD	
Elaborar e implementar uma estratégia de comunicação associada ao TARV com vista a aumentar a demanda	DNPCD	
Reforçar as redes de apoio psicossocial as pessoas HIV+	DNPCD	
Harmonizar os padrões de implementação do modelo de ATS	DNPCD	
Incluir uma visão intersectorial na implementação do ATS, alargando e abrindo espaço para outros actores e provedores de assistência com especial ênfase para os técnicos de Acção Social	DNPCD	
Conceber e divulgar guiões, normas e protocolos de ATS.	DNPCD	
Ampliar as oportunidades de testagem na rotina dos serviços de saúde integrando o teste em todos os pontos de contacto com o doente.	DNPCD	
Simplificar e reduzir os níveis de referência, de mobilidade e trajecto do paciente na mesma unidade sanitária elaborando fluxogramas simplificados de referência de doentes de um serviço para outro	DNPCD	
Melhorar o registo de dados desagregando por sexo e idade os dados de morbimortalidade da malária para melhor compreender as causas da letalidade e sua ligação com o HIV/SIDA	DNPCD	
Aprimorar o diagnóstico laboratorial para distinguir o que é malária de facto porque as mortes podem estar associadas à outras doenças	DNPCD	
Melhorar a colaboração inter-sectorial com vista a materialização de uma estratégia integrada de malária	DNPCD	
Fortificação da coordenação entre os programas com enfoque comunitário (Malária e TB) com vista a maior troca de experiência e melhoria da monitoria, bem como a criação de sinergias para maior integração de programas	DNPCD	
Realizar cursos clínicos para consciencializar o pessoal técnico das consultas sobre a necessidade de se fazer suspeita rotineira de TB	DNPCD	
Capacitar o pessoal e descentralizar os laboratórios de referência bem como aumentar a rede de laboratórios	DNPCD	
Descentralização do processo de tratamento de amostras no programa de TB	DNPCD	
Âmbito da planificação		
Fortificar a integração dos planos PES e POA a nível provincial	DPC	
Treinar os recursos humanos de nível provincial e local em matéria de planificação	DPC	
Clarificar o ciclo e/ou calendário e competências entre os diferentes níveis no processo de planificação	DPC	
Providenciar mais assistência técnica às províncias para aprimorar a qualidade dos seus planos	DPC	
Idealizar plantas e/ou modelos tipos para depósitos provinciais e distritais e coordenar com a GACOPI a integração da sua construção no Plano de Investimento em definição e viabilização da construção	DPC	
Sistema de Informação de Saúde		
Inclusão dos indicadores de saúde mental no SIS	INS	

Recomendação da ACA VI	Responsável	Ponto do Situação
Refuncionalizar e capacitar os núcleos distritais de estatística;	INS	
Desagregar a apresentação dos dados sobre TARV por província de modo a permitir analisar se a expansão deste tratamento está reduzindo as iniquidades anteriormente existentes entre regiões;	INS/ DNPCD	
Conceber indicadores específicos que permitam avaliar o impacto da actividade de ATS na melhoria do acesso e uso de serviços	INS/ DNPCD	
Rever em coordenação com INE/MAE as datas actuais de encerramento do mês estatístico e propor uma data mais exequível compatível entre as DDS's e as Administrações Distritais	INS	
Capacitar permanentemente os técnicos das DPS´s na utilização e manutenção dos pacotes informáticos em uso no SIS	INS	
Explorar a introdução de um módulo sobre ARV's no SIGM	INS/DNAM	
No âmbito dos Recursos Humanos		
Formar de maneira acelerada técnicos de cirurgia, enfermeiras de SMI de nível superior e anestesistas para aumentar a capacidade de resposta e de resolução de complicações obstétricas	DRH/DNAM/ DNPCD	
Reforçar a componente cirúrgica na formação de médicos generalistas	DRH/DNAM	
Introduzir um curso de gestão integrada da estratégia de Saúde Sexual Reprodutiva	DRH/ DNPCD	
Avaliar a situação actual dos recursos humanos na área de SMI/SSR	DRH/ DNPCD	
Rever o currículo de formação inicial da carreira de Medicina Preventiva e Saneamento do Meio e introduzir respectivos cursos superiores	DRH/ DNPCD	
Incluir pacotes temáticos e operacionais sobre ATS e assegurar sua integração nos curricula de formação dos técnicos de saúde	DRH/ DNPCD	
Criação de uma base dados dos agentes comunitários de saúde e sua partilha entre diferentes programas com enfoque comunitário	DRH/ DNPCD	
Actualizar e adaptar os indicadores de disponibilidade de pessoal técnico à realidade das províncias	DRH/INS	
Capacitar os técnicos dos departamentos provinciais de recursos humanos em matéria procedimentos, gestão e planificação de pessoal	DRH/DPC/DAF	
Criar de um sistema objectivo de avaliação de desempenho, como base para atribuição de incentivos	DRH	
Medicamentos		
Fortificar a coordenação entre os programas de saúde e a central de medicamentos na provisão de suprimentos médicos	DNAM	
Reforçar a coordenação com o fornecedor do SIGM para treinamento e assistência técnica no uso eficiente da ferramenta	INS	
Rever a qualidade/composição dos kits tomando em atenção os perfis epidemiológicos das regiões	DNAM	
Fazer aquisição de material de reembalagem que vise melhorar o processo de dispensa de medicamentos nas farmácias do serviço ambulatório para promover a adesão terapêutica e dignificar o utente	DNAM	
Usar rede de laboratórios da região da SADC para controlo externo da qualidade de medicamentos e a partilha de experiências e boas práticas no sector	DNAM/DPC	
Fortificar o sistema de gestão e planificação de medicamentos a nível provincial através da informatização	DNAM	
Adoptar mecanismos com vista a controlar os roubos e desvios dos medicamentos através de acções que visem identificar os funcionários do SNS envolvidos no desvio dos mesmos para o mercado paralelo	Inspecção/DNAM	
Acelerar a introdução de sistemas automatizados de dispensa	DNAM	
Criar e funcionalizar a autoridade reguladora de medicamentos, definindo o papel e recursos necessários para seu funcionamento.	GbM	
Logística , Manutenção e Infra-estruturas		
Acelerar a implementação do Plano Acelerado de Formação na componente de investimento	DRH	
Descentralizar recursos financeiros para a produção de fichas , impressos e livros de registo para as Direcções Provinciais	INS/DNAM/DAF	
Admitir pessoal para dar assistência técnica e fazer manutenção do equipamento informático	DRH/INS	

Recomendação da ACA VI	Responsável	Ponto do Situação
Definir políticas e realizar campanhas de consciencialização dos gestores, funcionários e utentes das USs sobre a importância da conservação, manutenção de infra-estruturas e equipamento	DAF	
Envolver a comunidade e ONG's locais para a manutenção das infra-estruturas na zona rural	DAF	
Assegurar a inclusão da componente de treino em manutenção em todos os contractos com fornecedores de equipamentos	DNAM/DAF	
Sistema de Gestão e Área financeira		
Reforçar a área de gestão orçamental e financeira e o controlo interno através de treinamentos, troca de informação, diálogo, elaboração de relatórios	DAF	
Reforçar as capacidades dos distritos, para a gestão dos fundos descentralizados	DAF	
Melhorar a capacidade de controle e monitoria da área financeira	DAF	
Implementar um sistema de gestão orçamental e financeira compatível com o SISTAFE e necessidades do MISAU a todos os níveis	DAF	
Priorizar o melhoramento do nível de execução a nível de província e periferia	DAF	
Relação MISAU/Parceiros		
Conceber guiões orientadores de articulação entre DPS e ONGs	DNP	