REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Direcção de Planificação e Cooperação

Plano Estratégico do Sector da Saúde

PESS 2014-2019

Por uma descentralização efectiva do sector de saúde, que melhor responda às necessidades locais do nosso povo e assegure a progressiva cobertura universal de saúde

Maputo, 30 de Setembro de 2013

Índice

Lista de Tabelas..... IIIII

Lista de Figuras..... III

Ficha Técnica..... IV

Acrónimos e siglas. V

Agradecimentos IX

Prefácio X

Sumário Executivo XII

1. Introdução..... 1

1.1 Objectivos do documento..... 1

1.2 Processo e desenvolvimento do PESS..... 1

1.3 Estrutura do documento..... 3

2. Antecedentes..... 5

2.1 Análise da situação e o contexto do PESS 5

2.2 Sumário dos problemas e prioridades do sector de saúde 33

3. Visão, missão, princípios orientadores e prioridades do PESS 35

3.1 Visão 35

3.2 Missão..... 36

3.3 Princípios orientadores 36

3.4 Prioridades de saúde e objectivos estratégicos do PESS 2014-17..... 38

4. Abordagem do PESS..... 44

4.1 Mais e Melhores Serviços de Saúde..... 45

4.2 Agenda de Reforma do Saúde do Sector 47

5. Programas de Saúde e Sistemas de Apoio 49

5.1 Programas de Saúde 50

5.2 Sistemas de Apoio à Prestação de Serviços 76

6. Agenda de Reformas para o Fortalecimento do Sistema de Saúde..... 98

6.1 Serviços de Saúde 99

6.2 Infra-estruturas 101
6.3 Liderança e Governação 101
6.4 Financiamento 103
6.5 Recursos Humanos 105
6.6 Logística e Tecnologias Médicas 107
6.7 Informação Para a Saúde, Monitoria e Avaliação 110
7. Mecanismos de Implementação 113
8. Envelope de Recursos e Custos do PESS 116
8.1 Metodologia de custeamento 116
8.2 Envelope de Recursos 117
8.3 Resultados de custeamento 120
8.4 Conclusão 126
9. Monitoria e Avaliação 127
9.1 Indicadores gerais do PESS III 129
9.2 O processo de revisão 130
10. Pressupostos e Riscos e Medidas de Mitigação 132
11. Anexos 137
12. Documentos Consultados 149

Lista de Tabelas

Tabela 1. Indicadores do Estado Saúde, Moçambique..... XI

Tabela 2. Matriz Indicadores do Sector Saúde e metas PESS 2014-2019..... XV

Tabela 3. Raio Teórico da Rede Primaria do SNS..... 17

Tabela 4. Cronograma da Agenda das Reformas..... 111

Tabela 5. Equivalentes a tempo inteiro do pessoal necessário vs. efectivo..... 125

Tabela 6. Análise de Risco..... 133

Lista de Figuras

Figura 1. Tendência Histórica dos Desastres Naturais, 1956-2008..... 5

Figura 2. Pirâmide etária, Censo 2007, Moçambique..... 6

Figura 3. Quadro conceptual do PESS 2014-2019..... 45

Figura 4. Quadro conceptual das reformas do sector..... 49

Figura 5. Tendências de Financiamento (2007-2012)..... 118

Figura 6. Cenários alternativos do envelope de recursos..... 119

Figura 7. Distribuição geral dos custos, 2014-2019..... 121

Figura 8. Síntese de custos dos Programas da Saúde Pública e da Assisténcia Médica (2014-2019)..... 122

Figura 9. Distribuição custos dos Programas da Saúde Pública e da Assistência Médica (2014-2019)..... 123

Figura 10. Síntese de custos por nível de atendimento..... 124

Figura 11. Custos do PESS vs. Envelope de Recursos..... 126

Figura 12. Ligação entre os Planos Estratégicos Principais e o Plano de Fortalecimento de Sistema de Monitoria e Avaliação..... 127

Figura 13. Interligação do Plano Nacional de M&A do sector e dos Programas..... 128

Figura 14. Enquadramento da M&A do PESS..... 128

Ficha Técnica

Coordenação-Geral do PESS

Dra. Célia Gonçalves, Directora Nacional da DPC

Dr. Moisés Ernesto Mazivila, Director Nacional Adjunto da DPC

Grupo Técnico de Trabalho

Dr. Elias Mangujo Cuambe, Coordenador (USAID)

Dr. Nelson Cuamba, Consultor (OMS)

Dra. Laia Cirera-Crivillé, Assessora da DPC

Dra. Leopoldina Massingue, Chefe do DM&A

Dra. Cidália Baloi, Chefe do DIS

Dr. Daniel Simone Nhachengo, Chefe do DPES

Dra. Vânia Tembe, Assessora do DPES (FORSSAS)

Dr. Kevin Pilz, Assessor da DPC/CMAM (USAID)

Dra. Tânia Matsinhe (DANNIDA)

Dr. Nana Enyimayew, Consultor (OMS)

Dr. João Costa, Consultor (SDC)

Dr. Eduardo Celades (OMS)

Dra. Silvia Bignamini, Assessora do D&MA (FORSSAS)

Dr. Humberto Muquingue (JHPIEGO)

Sra. Anilde Munguambe (Secretariado, MISAU)

Sra. Francina Nhantole (Secretariado, OMS)

Pontos focais do *OneHealth* nas Direcções Nacionais e Instituicções Subordinadas

Acrónimos e Siglas

ACA	Avaliação Conjunta Anual
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDI	Atenção Integrada de Doenças da Infância
AMM	Assistência Médica e Medicamentosa
ANN	Avaliação Nacional das Necessidades
APEs	Agentes Polivalentes Elementares
ARV	Antiretroviral
ATS	Aconselhamento e Testagem em Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BCG	Vacina contra a Tuberculose
BES	Boletim Epidemiológico Semanal
CA	Centro de Abastecimentos
CCC	Comité de Coordenação Conjunta
CCR	Controlo de Criança em Risco
CCS	Comité de Coordenação Sectorial
CE	Comissão Europeia
CFDFMP	Cenário Fiscal de Despesa e Financiamento a Médio Prazo
CI	Capacidade Institucional
CMAM	Central de Medicamentos e Artigos Médicos
CNCS	Conselho Nacional de Combate Contra o SIDA
COEmB	Cuidados Obstétricos de Emergência básicos
COEmC	Cuidados Obstétricos de Emergência completos
CPN	Consulta Pré-Natal
CPP	Consulta Pós-Parto
CS	Centro de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DAC	Deficiências Auditivas Crónicas
DAF	Direcção de Administração e Finanças
DCV	Doenças Cardiovasculares
DEPROS	Departamento de Promoção da Saúde
DF	DepartamentoFarmacêutico
DFID	*Department for International Development/* Departamento de Desenvolvimento Internacional
DIS	Departamento de Informação para a Saúde
DM&A	Departamento de Monitoria e Avaliação
DNAM	Direcção Nacional de Assistência Médica
DNSP	Direcção Nacional de Saúde Pública
DNT	Doenças Não Transmissíveis
DOT	Tratamento Directamente Observado
DPC	Direcção de Nacional de Planificação e Cooperação
DPS	Direcção Provincial de Saúde
DQS	*Data Quality System*/Sistema de Qualidade de Dados
DRH	Direcção de Recursos Humanos
DTN	Doenças Tropicais Negligenciadas
FC	Formação Contínua
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNM	Formulário Nacional de Medicamentos
FOFA	Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças
GdM	Governo de Moçambique
GFP	Gestão das Finanças Públicas
GRM	Governo da República de Moçambique

GTT	Grupo Técnico de Trabalho, responsável pela elaboração do PESS
HCB	Hospital Central da Beira
HCM	Hospital Central de Maputo
HCN	Hospital Central de Nampula
HG	Hospital Geral
HIV/SIDA	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
HTA	Hipertensão Arterial
HP	Hospital Provincial
ICS	Instituto de Ciências e Saúde
IdF	Instituição de Formação
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
IEC	Informação, Educação e Comunicação
IFE	inquérito dos Fundos Externos
IGS	Inspecção Geral de Saúde
IIM	Inquérito de Indicadores Múltiplos
IMT	Instituto de Medicina Tradicional
INADE	Instituto Nacional para o Desenvolvimento da Educação
INCAM	Inquérito Nacional sobre as Causas de Morte
INE	Instituto Nacional de Estatística
InfoFlash	Informação sobre a Segurança Alimentar e Nutricional em Moçambique
INGC	Instituto Nacional de Gestão das Calamidades Naturais
INS	Instituto Nacional de Saúde
INSIDA	Inquérito Nacional do SIDA
IRA	Infecção Respiratória Aguda
ITS	Infecção de Transmissão Sexual
JANS	*Joint Assessment of National Strategies*/Avaliação Conjunta das Estratégias e dos Planos Nacionais de Saúde
LNCQM	Laboratório Nacional de Controlo de Qualidade de Medicamentos
LOLE	Lei dos Órgãos Locais do Estado
M&A	Monitoria e Avalaição
MdE	Memorando de Entendimento
MF	Ministério das Finanças
MJD	Ministério da Juventude e Desportos
MINED	Ministério da Educação
MISAU	Ministério da Saúde
MPD	Ministério da Planificação e Desenvolvimento
MRI	*Magnetic Resonance Imaging/*Imagem por Ressonância Magnética
MTA	Medicina Tradicional e Alternativa
OCS	Órgãos de Comunicação Social
ODM	Objectivo de Desenvolvimento do Milénio
OE	Orçamento do Estado
OGE	Orçamento Geral do Estado
OHM	*OneHealth Model*
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não-Governamentais
ONUSIDA	Agência das Nações Unidas para o SIDA
PARP	Plano de Acção para Redução da Pobreza
PAV	Programa Alargado de Vacinação
PCI	Prevenção e Controlo de Infecções
PEDD	Programa Estratégico Distrital de Desenvolvimento
PELF	Plano Estratégico de Logística Farmacêutica
PES	Plano Económico e Social
PESOD	Plano Económico e Social Orçamento Distrital
PESOE	Plano Económico e Social e Orçamento do Estado

PESOP	Plano Económico e Social e Orçamento Provincial
PESS	Plano Estratégico do Sector Saúde
PF	Planeamento Familiar
PIB	Produto Interno Bruto
PIDOM	Pulverização Intradomiciliária
PIMA	Grupo de Trabalho: Planificação, Infra-estrutura, Monitoria e Avaliação
PMT	Praticante de Medicina Tradicional
PNCL	Programa Nacional de Controlo da Lepra
PNCM	Programa Nacional de Controlo da Malária
PNCT	Programa Nacional de Controlo da Tuberculose
PNDRHS	Plano de Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde
PNTS	Programa Nacional de Transfusão de Sangue
PPP	Parcerias Público-Privadas
PT	Parteira Tradicional
PTV	Prevenção de Transmissão Vertical
QAD	Quadro de Avaliação de Desempenho
RED	*Reach Every District*/Chegar a Cada Distrito
RHS	Recursos Humanos de Saúde
RMTILD	Rede Mosquiteira Tratada com Insecticida de Longa Duração
RN	Recém-nascido
RSS	Revisão do Sector de Saúde
SAAJ	Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens
SDSMAS	Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social
SETSAN	Secretariado Técnico para Segurança Alimentar e Nutricional
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIFO	Sistema de Informação sobre as Formações
SIGEDAP	Sistema de Gestão e Desempenho na Administração Pública
SIMAM	Sistema de Informação para a Gestão de Medicamentos
SIS	Sistema de Informação de Saúde
SISTAFE	Sistema de Administração Financeira do Estado
e-SISTAFE	Sistema de Administração Financeira do Estado/electrónico
SMI	Saúde Materno-Infantil
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SS	Sistema de Saúde
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
SSAJs	Serviços de Saúde para Adolescentes e Jovens
SSRAJ	Serviços de Saúde Reprodutiva para Adolescente e Jovens
SWAp	*Sector-Wide Approach*/Abordagem Sectorial Ampla
TAC	Tomografia Axial Computorizada
TARV	Tratamento Antiretroviral
TATE	Avaliação e Tratamento de Emergência
TB	Tuberculose
TB-MDR	TB Multi-Droga Resistente
TDO	Tratamento Directamente Observado
TDR	Teste de Diagnóstico Rápido (usado em malária)
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
TxOC	Taxa de Ocupação de Cama
TM	Taxa de Mortalidade
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
TMM	Taxa de Mortalidade Materna
TIP	Tratamento Intermitente Preventivo
UEM	Universidade Eduardo Mondlane
UGB	Unidade de Gestão Beneficiária
UGEA	Unidade Gestora Executora das Aquisições

UNICEF	*United Nations Children's Fund/*Fundo das Nações Unidas para a Infância
US	Unidade Sanitária
XDR	Tuberculose de Extrema Resistência

Agradecimentos

O Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS) 2014 a 2019 é o culminar de um longo e complexo processo que envolveu a participação de diversas instituições, individualidades e grupos de trabalho, cujo contributo tornou possível este produto final. Por isso, o MISAU expressa o seu profundo agradecimento ao Grupo Técnico de Trabalho (GTT), que coordenou todo o exercício de elaboração do PESS, sob a liderança da Direcção de Planificação e Cooperação (DPC). Este agradecimento é extensivo aos Directores Nacionais, que não só disponibilizaram tempo dos seus técnicos para participarem no processo, em particular os pontos focais do *OneHealth*, mas também deram a sua indispensável contribuição nos momentos cruciais.

A DPC, no seu papel de liderança do processo, contou com a participação do *Sector WideApproach* (SWAP) Saúde através do Grupo de Trabalho de Planificação, Investimentos, Monitoria e Avaliação, também designado Grupo de Trabalho PIMA. O MISAU reconhece a inestimável contribuição deste GT, que inúmeras vezes providenciou orientação estratégica e assistência técnica.

O MISAU estende os seus agradecimentos à USAID por ter dispensado dois técnicos, quase a tempo inteiro, para apoiarem directamente o processo e financiado o exercício de custeamento do PESS; à OMS, na pessoa do seu Representante Dr. Daniel Kertesz,pelo apoio no exercício *JANS*; pela participação activa no PIMA; pela assistência técnica ao PESS, bem como pelo exercício de custeamento, através da provisão de consultores, e apoio logístico. Agradece também, à Cooperação Suíça e DANIDA pmaelo fornecimento de apoio financeiro; à JHPIEGO pela cedência de consultores para apoio ao processo de consulta às províncias e à revisão do PESS, e ainda à Deloitte Consulting LLP que, através do projecto FORSSAS financiado pela USAID, facultou equipamento e material para o funcionamento do GTT, bem como assistência técnica directa.

A qualidade do PESS resulta de um amplo processo de consultas, conduzido pelo MISAU, a vários níveis. Por isso, os agradecimentos são extensivos aos vários sectores e níveis do Governo da República de Moçambique, às Organizações da Sociedade Civil, Organizações Não Governamentais Nacionais e Estrangeiras e, mais uma vez, aos parceiros de cooperação.O MISAU quer também agradecer à equipa de logística da DPC que assegurou o sucesso dos inúmeros e indispensáveis encontros de consulta, busca de consensos, divulgação, e outros, realizados durante todo o processo.

Evidentemente que é impossível, em poucas palavras e num processo tão complexo, individualizar todas as contribuições recebidas. Por esse motivo, o MISAU estende ainda os seus agradecimentos a todos aqueles que, directa ou indirectamente, tornaram possível este produto final.

O nosso muito obrigado!

Prefácio

A planificação estratégica é reconhecida como área basilar para o sucesso de qualquer política. O Ministério de Saúde, ao elaborar o seu terceiro plano estratégico, fê-lo com o objectivo de proporcionar a todos os intervenientes na área da saúde, linhas mestras de orientação para o desenvolvimento e operacionalização de programas e projectos a todos níveis, que conduzam a um único resultado: "*a melhoria do estado de saúde da população".*

O presente Plano estratégico, apresenta-se como um instrumento de crucial importância para o sector, bem como para os restantes, pois assenta numa análise abrangente e profunda das principais concretizações dos últimos 10 anos e dos principais desafios, propondo orientações estratégicas para as diversas componentes do sector saúde.

Este documento coloca as intervenções em dois pilares que naturalmente impele a todos, a uma acção mais estruturada e melhor custo eficaz. Por um lado, a abordagem do "**mais e melhores Serviços** prestados" implica a necessidade imperiosa de redefinir, adequar, melhorar, aumentar e progredir, privilegiando as parcerias com todos os Sectores, Organizações e pessoas singulares, ou colectivas, por forma a atingir-se o objectivo proposto. Por outro lado, **o enfoque das reformas** visa levar os diversos interventientes do sector, a reflectirem sobre a forma mais adequada de se organizarem em múltiplas vertentes, que conduzam a uma melhoria da resposta aos desafios da saúde, em Moçambique.

Uma outra particularidade, digna de realce, é o facto de o presente Plano estar devidamente custeado, o que permite maior previsibilidade de recursos e a elaboração de um plano mais realista. Convém referir que, durante o período de elaboração do documento, prevaleceu sempre a necessidade de alinhamento entre as diferentes estratégias nacionais e internacionais. Gostariamos também de destacar o elevado grau de envolvimento dos diversos intervenientes, quer a nivel Distrital, quer Provincial e Central, além da sociedade civil, o que permitiu a respectiva apropriação e será determinante para o sucesso da sua implementação. Importa ainda pôr em relevo os princípios orientadores que estiveram na baseda elaboração deste plano, nomeadamente a equidade, etc.

A observância dos preceitos deste plano deve constituir um elemento diferenciador para a prosssecução da melhoria do estado de saúde da população, conferindo **valor ainda maior à vida (LEMA).**

Sumário Executivo

Desde o ano 2000, que o MISAU iniciou a elaboração de planos estratégicos para o sector de saúde (PESS), com o propósito de orientar a edificação do Sistema de Saúde moçambicano, em particular o SNS, tendo em vista a melhoria progressiva do estado de saúde da população. O primeiro desses planos correspondeu ao período de 2000 a 2005, o segundo ao período de 2007 a 2012 e o terceiro ao de 2014 a 2019. O presente plano foi elaborado num contexto sócio-económico e político caracterizado por desastres naturais, de grande impacto nos serviços de saúde, crescentes, ou persistentes, desigualdades de saúde e seus determinantes, aumento da demanda de serviços de qualidade, por parte dos cidadãos, sobretudo da camada jovem, que representa a maioria de uma população cada vez mais urbanizada,além do número crescente de actores, no sector. Porém, o sistema de saúde é ainda frágil para responder a estes desafios adicionais.

Tabela 1. Indicadores do Estado de Saúde, Moçambique

INDICADOR	IDS 1997	IDS 2003	IIM 2008	IDS 2011
Esperança de vida ao nascer*	42	50.9	-	53.1**
TG de Fecundidade (filhos)	5.6	5.5	-	5.9
TM Materna (100,000 NV)	690	408	-	408
TM < 5 anos (1,000 NV)	201	178	138	97
TM Infantil (1,000 NV)	135	124	93	64
TM neonatal (1,000 NV)	54	48	-	30
Preval. da Malnutrição Crónica (%)	35.9	41	-	43

** Fonte: INE, II RGPH 97; III RGPH 2007; Projecções da População 2007-2040; **projecção para 2013; ***Censo 2007*

Apesar de avanços assinaláveis, nas últimas décadas, o estado de saúde dos moçambicanos apresenta progressos desiguais: as taxas de mortalidade em crianças menores de cinco anos decresceram substancialmente, em especial na mortalidade infantil, aproximando-se as metas de desenvolvimento do milénio. Todavia, registaram-se progressos mais lentos na mortalidade neonatal, que representa 16% das mortes nesta faixa etária, e as taxas de mortalidade materna continuam igualmente altas, com tendência estacionária e influenciada pelas elevadas taxas de fecundidade. A esperança de vida dos moçambicanos melhorou ligeiramente, mas continua a ser afectada por um perfil epidemiológico dominado por doenças transmissíveis como a Malária, HIV, Tuberculose, e por Doenças Não Transmissíveis. Os elevados níveis de pobreza do País, a desnutrição crónica num contexto de forte insegurança alimentar, baixos níveis de escolaridade das mulheres, fraco acesso a água potável e deficiente saneamento do meio e o reduzido acesso a serviços de saúde de qualidade, constituem os principais determinantes do estado de saúde e peso da doença em Moçambique. Estes problemas afectam sobretudo as mulheres, famílias residentes nas zonas rurais e nas províncias da região norte.

A capacidade de resposta do sistema de saúde a estes enormes desafios é ainda limitada: a rede sanitária cobre apenas cerca de metade da população, e algumas das Unidades Sanitárias não possuem condições adequadas para a provisão de serviços de saúde de qualidade, quer em termos de recursos humanos, quer de equipamento, medicamentos e outros insumos. A continuidade de cuidados é

comprometida pelo deficiente funcionamento do sistema de referência, devido a insuficiência de unidades sanitárias de referência, a nivel distrital. A participação (formal) comunitária e do sector privado no aumento da capacidade de provisão destes serviços de saúde é ainda insignificante. O sector é sistematicamente sub-financiado e dependente de recursos externos. Nos últimos anos, a situação tem-se agravado dado o decréscimo nestes financiamentos, e ineficiências na alocação e utilização dos escassos recursos disponíveis. A governação é ainda centralizada, apesar de estar em curso o processode reformas do sector público, o que também limita a capacidade de resposta aos problemas locais de saúde: a participação e desenvolvimento de parcerias eficazes; a produção de recursos humanos, que ainda não satisfaz as necessidades de profissionais de saúde de qualidade, aliada à sua distribuição desigual e fraco desempenho; a deficiente logística de medicamentos e outros artigos médicos, de que resultam, rupturas frequentes de *stocks,* condicionando a qualidade dos serviços de saúde prestados. Por seu turno, a fraca cobertura e insuficiente apetrechamento dos serviços de imagiologia e laboratórios clínicos, e de outras tecnologias médicas, potenciam as deficiências na qualidade dos serviços prestados. Finalmente, a actual arquitectura do SIS e o incipiente desenvolvimento institucional da M&A, que resultam numa ineficaz disponibilização atempada de dados fiáveis e limitam a tomada de decisão oportuna, baseada na evidência.

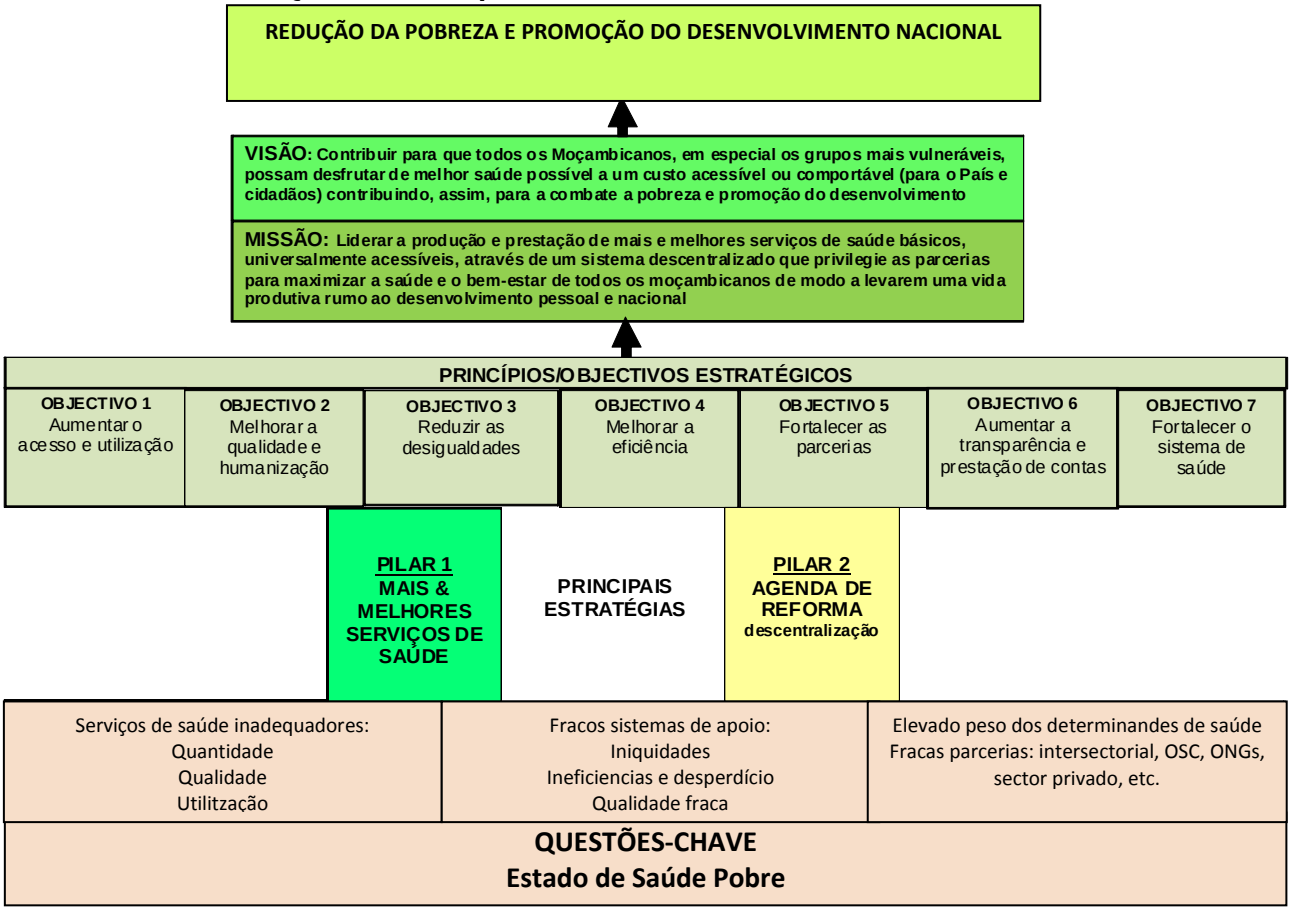
A complexidade destes factores internos e externos requer uma abordagem dinâmica e holística, que tenha em conta o carácter multifacetado e interconectado das componentes do sistema de saúde (serviços de saúde, governação, financiamento, recursos humanos, produtos e tecnologias médicas e sistemas de informação), bem como o papel dos diferentes actores do sector. Por essa razão, o MISAU definiu como missão para os próximos anos:

Liderar a produção e prestação de mais e melhores serviços de saúde básicos, universalmente acessíveis, através de um sistema descentralizado que privilegie as parcerias, para maximizar a saúde e o bem-estar de todos os moçambicanos, que lhes permita levar uma vida produtiva, rumo ao desenvolvimento pessoal e nacional

A importância desta missão assenta em dois pilares fundamentais, que constituem a abordagem do PESS: O primeiro contém uma agenda de reformas holística e centrada na descentralização, que fortaleça o sistema de saúde e permita sustentar os ganhos actuais e futuros na melhoria equitativa do estado de saúde. O segundo pilar, designado por “Mais e Melhores” serviços, visa, essencialmente, acelerar os progressos para cumprir com os compromissos assumidos, sobretudo nas áreas de mortalidade materna e neonatal, malnutrição, redução do peso da malária, HIV, TB e DTN, através da intensificação das acções de promoção da saúde e da melhoria do acesso a intervenções-chavede qualidade, incluindo ganhos rápidos (*quickwins*) nas áreas de apoio aos serviços.

Porque as mudanças, que se pretendem profundas, exigem um longo processo participativo, e inclusivo, de tomada de decisão, as prioridades e o modo de concretização das reformas serão definidos nos primeiros anos de implementação do PESS, prevendo-se que o início da sua execução tenha lugar na segunda metade do plano. Assume-se que estes pilares conduzirão ao alcance dos objectivos estratégicos do PESS, nomeadamente melhoria do acesso e da qualidade aos programas e serviços prioritários de saúde, redução das iniquidades na alocação e distribuição de recursos, e o incremento da eficiência na sua utilização, bem como, o bom êxito das parcerias. Por último, o progresso generalizado do desempenho sectorial desencadeado pelas reformas que forem efectuadas. Parte-se do princípio de que, ao atingir estes objectivos, o sector vai cumprir a sua missão e visão de longo prazo, contribuindo assim para uma cobertura universal de saúde e, em função disso, para a agenda política de desenvolvimento nacional, como demonstra o quadro conceptual a seguir ilustrado.

Quadro conceptual do PESS 2014-2019



A implementação bem-sucedida do PESS será assegurada no contexto do ciclo de planificação anual do governo e através do fortalecimento do sistema de planificação, que envolve: instrumentos de alocação de recursos baseados na equidade; preparação e uso efectivo do cenário fiscal e da despesa de médio prazo; estabelecimento de directrizes anuais de planificação que integrem as políticas

existentes; aplicação do PESS e respectivo exercício de custeamento, além de encontros de coordenação sectorial, a vários níveis. Serão também definidos papéis e responsabilidades específicas para os intervenientes-chave como o intuito de assegurar o alinhamento e harmonização dos diversos contributos.

Um exercício de custeamento deste PESS foi realizado através do Modelo *OneHealth*, o qual prevê quais as necessidades financeiras essenciais para que se alcancem as metas de cobertura dos serviços de saúde, e as do próprio sistema, que estejam associadas a este plano. Os resultados desse exercício demonstraram que as necessidades financeiras para a implementação do PESS 2014-2019 ascendem a US$7.81 biliões, assim distribuídos: Assistência Médica, com um montante de US$2.7 biliões (35% do total), que representa um considerável volume de custos do Plano, devido, em boa parte, ao programa de HIV/SIDA, que atinge uma soma de US$1.35 biliões (representando 17% dos custos totais do PESS); Programas de Saúde Pública, que representam 18% dos valores globais; Despesa comos Salários dos Trabalhadores da saúde, a qual se eleva a um total de US$2.1 biliões (27% do total); Fortalecimento do Sistema de Saúde em infra-estruturas e equipamento perfazendo um total de US$887 milhões (11%). Por seu turno, a Logística para os Medicamentos e Consumíveis (incluindo a taxa de desperdício), acrescidos os custos com os sistemas de governação, totalizam, respectivamente, US$566 milhões (7.2%) e US$106 milhões (1.4%). Contudo, a plena execução do plano depende da disponibilização de recursos para o sector. O cenário dos fundos internos e externos para o período de execução fixado, elaborado a partir dos principais documentos de planificação do ministério (OE, CFMP) e da informação facultada pelos parceiros (IFE) apresenta um défice financeiro de US$1.47 bilião para todo o período de vigência do PESS.

A M&A efectiva do PESS será assegurada por um sistema harmonizado com os processos actuais de monitoria (QAD, ACA, balanços do governo), o qual irá disponibilizar, atempadamente, dados e informações sobre os progressos na implementação do PESS e os resultados, ou impacto das intervenções, previstos neste plano, no âmbito dos dois pilares fundamentais. Compreende uma matriz resumida (vide tabela 2 abaixo), para o nível macro de monitoria do PESS e de diálogo entre o MISAU e seus parceiros, que constituem o foco da avaliação conjunta anual, e uma outra, bastante detalhada, para a gestão do dia-a-dia do sector, de forma a assegurar os resultados pretendidos, a qual servirá de base aos balanços regulares do plano. Com fins de aconselhamento, no decurso da execução do Plano, está prevista uma avaliação de médio prazo, em 2016, e uma outra, em 2019/20, de avaliação final do impacto do PESS. Serão também aplicados instrumentos de controlo de qualidade de dados, bem como um mecanismo de divulgação e utilização de indicadores, que visam garantir o acesso e utilização de informação fiável.

Tabela 2. Matriz Indicadores do Sector Saúde e metas PESS 2014-2019

		Linha de base	Ano	Fonte dados	Meta (2015)	Meta (2017)	Meta (2019)*
Redução da mortalidade materna e neonatal	Rácio de Mortalidade Materna (mortes maternas /100,000 nascimentos vivos)	408	2011	IDS	250	190	190
	Taxa de mortalidade neonatal (por 1,000 nados vivos)	30	2011	IDS	28	25	23
	Partos assistidos por pessoal de saúde qualificado	54.30%	2011	IDS	68%	70%	75%
	Necessidades não satisfeitas de contracepção	28.5%	2011	IDS	24%	20%	20%
	Taxa de prevalência contraceptiva	11.3%	2011	IDS	19%	27%	30%
Melhoria da saúde infantil incluindo a Nutrição	Cobertura de DTP3 (12–23 meses)	70.90%	2011	IDS	88%	90%	94%
	Crianças menores de 5 anos com desnutrição crónica	43%	2011	IDS	30%	25%	17%
	Taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos (por 1,000 nados vivos)	97	2011	IDS	75	65	55
	Taxa de mortalidade infantil (por 1,000 nados vivos)	64	2011	IDS	58	50	45
	Taxa de baixo peso a nascença	6.8%	2012	SIS	5.6%	4.9%	4.5%
Redução das grandes endemias	Proporção de obitos entre os casos de TB BK+ notificados anualmente (por 100,000)	6.3	2011	PNCT	4	3	3
	Taxa de Retenção ao TARV depois de 12 meses de tratamento	70%	2012	SESP	80%	80%	80%
	Taxa de prevalência de HIV/SIDA nos jovens de 15-24 anos (mulheres; homens)	11.1% 3.7%	2009	INSIDA	7.1%; 2.7%	7.1% ; 2.7%	7.1%; 2.7%
	Casos de malária por 1,000 habitantes	135	2012	BES	158 (SISMA)	139	120
Prevenção e tratamento das doenças crónicas	Percentagem de homens e mulheres que tenham um consumo de risco de álcool	23.7%	2005	STEPS	21.5%	20%	18%
	Percentagem de homens de 15-64 anos que consomem tabaco	22%	2011	IDS	17%	12%	10%
	Taxa de cobertura de rastreio de cancro de colo de útero em mulheres entre 30-55 anos	1%	2012	DNT	5%	10%	15%
Objectivos estratégicos							
OE.1 Acesso/ Utilização	Nº (e %) de mulheres grávidas HIV+ que receberam medicamentos ARV nos últimos 12 meses para reduzir o risco de transmissão de mãe para o filho	80,779 (79%)	2012	SIS	87,423 (90%)	90%	90%
	Nº de crianças (e % sobre elegíveis) que recebem TARV pediátrico	25, 891 (22%)	2012	SIS	90,087 (80%)	80%	80%
	Percentagem de crianças completamente vacinadas	78.80%	2012	SIS	87.50%	90%	94%
	Consultas externas/habitante (desagregado por Província)	1,21	2012	SIS	1,27	1,39	1,45
	Rácio de trabalhadores das áreas de medicina, enfermagem e obstetrícia/SMI por cada 100,000 habitantes	68.2	2012	SIP	70	75	77
	Taxa de Notificação de todas as Formas de Casos de TB (por 100.000 Pessoas)	222	2012	PNCT	253	306	asd
	Percentagem da população em risco potencialmente coberta pela distribuição de REMTILD	64.20%	2012	PNCM	100%	100%	100%
	Aleitamento materno exclusivo dos 0-5 meses	42.80%	2011	IDS	50%	50%	50%
	Cobertura de Partos Institucionais (desagregado por Província)	63.80%	2012	SIS	68%	70%	75%
	Cobertura consulta pós-parto (e Proporção CPP dentro de 2 dias após o parto)	62%	2012	SIS	80%	90%	90%
	Número de APEs que prestam serviços na comunidade (e % em relação aos APEs necessários)	1,213 (24.2%)	2012	DEPROS	3,444 (68.8%)	3,944 (78.8%)	3,550 (71%)
	% de novas utentes em métodos modernos de Planeamento Familiar	24.40%	2012	SIS	27%	30%	32%
OE.2 Qualidade/ Humanização	Taxa de cura por desnutrição aguda	62%	2012	SIS	70%	75%	80%
	% de sucesso do tratamento para TB-MR	40%	2011	PNCT	50%	60%	65%
	% de mulheres grávidas que recebem profilaxia de malária segundo o protocolo nacional entre as utentes da CPN (primeira consulta)	36%	2012	SIS	70%	80%	80%
	% de crianças menores de 5 anos com sintomas de IRA que receberam antibiótico	12.1%	2011	IDS	25%	40%	40%
	Cobertura de CPN (pelo menos 4 consultas durante a gravidez)	51%	2011	IDS	70%	80%	80%
	Taxa de nati-mortalidade com foco positivo à entrada	0.23%	2012	SIS	0.20%	0.15%	0.15%
OE.3 Equidade	Nº de adultos HIV+ (e % sobre elegíveis) que recebem TARV (desagregado por sexo)	282,687 (54%)	2012	SIS	520,076 (80%)	80%	80%
	Habitantes/US (desagregado por província/distrito)	16,300	2012	SIS	16,060	asd	asd
	Camas/1,000 habitantes (desagregado por província/distrito)	0.86	2012	SIS	1	>1	>1
OE.4 Eficácia e eficiência	Produtividade pessoal (Unidade Atendimento/profissional)	5,689	2012	SIS	5,000-6,000	5,000-6,000	5,000-6,000
	Quebra vacinal (DPT/HEP 3ª dose/DPT/HEP 1º dose)	8.40%	2012	SIS	6%	5%	5%
	% de distritos que submetem informação completa e dentro de prazo ao DIS	35.50%	2012	SIS	80%	95%	95%
OE.5 Melhores parcerias	% dos HIV+/TB registados no PNCT em TARV e tratamento para TB	54.60%	2012	PNCT	90%	>90%	95%
	Proporção de fundos externos on-budget e on-cut	27%	2012	REO/ IFE	80%	85%	>90%
	N. (e %) de US com comités de co-gestão estabelecidos e em funcionamento	349 (24%)	2012	DEPROS	471 (30%)	593 (40%)	715 (50%)
OE.6 Transparência prestação de contas	Taxa de execução orçamental dos fundos sob gestao do MISAU	87%	2012	REO	95%	>95%	>95%
	% do Orçamento necessário para a compra de contraceptivos que foi coberta pelo Orçamento do Estado	5%	2012	OE	10%	12%	12%
	% de províncias que cumprem satisfatoriamente com os procedimentos de Gestão, Controlo e Dispensa de Medicamentos na cadeia de Distribuição.	33%	2012	CMAM	70%	80%	90%

1. Introdução

A saúde é a condição principal para o desenvolvimento dos indivíduos, das comunidades e do país no geral. O presente plano estratégico do sector da saúde (PESS) reflecte a ambição desse desenvolvimento, expressa, de forma inequívoca, nos propósitos contidos no âmbito da visão, missão e princípios orientadores já fixados.

Desde os primórdios da década 2000-10, o Ministério da Saúde (MISAU) tem desenvolvido planos estratégicos quinquenais para orientar a planificação e implementação das acções do sector, como um contributo importante para a evolução, e consequente melhoria do estado de saúde do povo moçambicano. Este terceiro PESS dá continuidade a esta prática de gestão e procura incrementar, gradualmente, este exercício. Com efeito, o presente Plano identifica os problemas e as prioridades do sector, englobando-os em programas, serviços de saúde e sistemas de apoio, discutindo também os que não haviam sido incorporados no anterior, nomeadamente, os relacionados com programas clínicos individualizados. O presente documento inicia debates em torno de alguns dos grandes temas da actualidade, tais como a relação da saúde com as mudanças climáticas, a crescente e inevitável urbanização e a insdustrialização do País, entre outros. O PESS 2014-2019 foi elaborado no momento em que o Governo está a acelerar os seus esforços para a redução da pobreza e a reforma do sector público.

1.1 Objectivos do documento

O objectivo deste documento é fornecer uma orientação estratégica para a coordenação das políticas e programas do sector, a médio e longo prazos. O documento proporciona também um quadro conceptual que permitirá ao sector da saúde preparar-se para as reformas programadas, bem como para a descentralização ao longo de um período de cinco anos.

1.2 Processo e desenvolvimento do PESS

A elaboração do presente PESS teve início em 2011 com a Revisão do Sector de Saúde (RSS), que deu origem a um relatório detalhado sobre o desempenho do sector em termos de saúde da população, resultados programáticos e desafios das componentes do sistema de saúde moçambicano.

Em Julho de 2012 o Ministério da Saúde constituiu um Grupo Técnico de Trabalho (GTT), sob a tutela da Direcção de Planificação e Cooperação (DPC), composto por quadros seniores da DPC, parceiros de cooperação do MISAU e consultores nacionais e internacionais, quer a tempo inteiro, quer parcial, aos quais foram atribuídas tarefas específicas para a produção deste documento. Esse grupo tinha como propósito coordenar todo o processo de elaboração do Plano Estratégico do Sector de Saúde (PESS) para o período de 2014-19. O trabalho do GTT consistiu

na elaboração do documento PESS, com o apoio do Grupo de Trabalho do PIMA e a coordenação de cada etapa pela DPC.

O desenvolvimento do conteúdo do PESS começou por um levantamento dos documentos de política do MISAU, e outros documentos relevantes, e sua ulterior revisão documental. Com base nisto, o GTT propôs a visão, missão e princípios orientadores, e uma abordagem do PESS assente em dois pilares, a qual foi aprovada pela direcção do MISAU. Seguiu-se então um amplo processo de consultas, que envolveu praticamente todos os responsáveis de programas, departamentos e áreas afins do MISAU, na tarefa de definição da visão estratégica e das suas áreas específicas, bem como o arrolamento dos assuntos-chave das reformas. Foi assim que surgiu, no início de Dezembro de 2012, o primeiro rascunho do PESS, não editado, nem custeado.

Uma vez acordado o uso do modelo *OneHealth* (OHM) para o custeamento do PESS, iniciou-se o exercício quase em simultâneo (Novembro de 2012), tendo sido designados pontos focais em todas as Direcções Nacionais e Instituições subordinadas do MISAU, para capacitação e adaptação do instrumento OHM ao contexto do País. Em Dezembro foram dados os primeiros passos para a entrada de dados, exercício que se prolongou por cerca de cinco meses. Esse exercício, incluindo o seu alinhamento com o documento do PESS, implicou a realização de encontros com os programas e sectores do MISAU, bem como com as respectivas lideranças, para obtenção de consensos.

Em Fevereiro de 2013 foi produzida e posta a circular a segunda versão do PESS, não custeada e completamente editada, para consultas aos parceiros de cooperação, incluindo a realização de um encontro nacional de consulta, em que participaram todas as Direcções Provinciais de Saúde (DPSs) e representantes provinciais da sociedade civil. Esta versão foi igualmente submetida a uma avaliação do JANS para aferição da qualidade do documento e da abrangência do processo, a qual constatou que o documento ainda não estava apto para este exercício.

Entre os meses de Março e Junho ocorreu um amplo processo de limpeza e validação dos dados introduzidos no OHM, que envolveu o pessoal-chave do MISAU e culminou com um exercício de priorização das intervenções e racionalização das metas, para alinhamento com o envelope de recursos e a capacidade de resposta do sistema de saúde.

Com base nos dados do OHM e nas consultas com os programas de saúde e áreas afins do MISAU foi produzida uma terceira versão, parcialmente custeada e editada em finais de Maio de 2013. Para além da sua partilha com os parceiros do sector, para comentários, a mesma foi submetida a um alargado processo de auscultação em todas províncias, que envolveu os governos províncias, as DPSs e outros sectores do Governo, os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social

(SDSMAS), Municípios, Organizações da Sociedade Civil (OSC) e Organizações Não Governamentais (ONGs), bem como os órgãos centrais do Governo.

Com base nas contribuições apresentadas em relação à terceira versão, foi elaborado um rascunho pré-final, que foi submetido a um segundo exercício de Avaliação Conjunta das Estratégias e dos Planos Nacionais de Saúde (JANS), que teve lugar de 14 a 24 de Julho de 2013. As recomendações desse exercício, que foram adoptadas pelo MISAU e seus parceiros, estiveram na origem da redacção da versão final do documento PESS, que veio a ser aprovada pelo Conselho Coordenador Nacional e pelo Conselho Consultivo do Ministro, e endossada pelos seus parceiros de cooperação (vide tabela no anexo 01).

As informações para a elaboração do PESS foram, por conseguinte, obtidas de fontes diversas e utilizando vários métodos, dos quais destacamos o RSS que serviu de ponto de partida, as revisões de documentos orientadores/estratégicos dos programas, entrevistas com os responsáveis dos programas/serviços intervenientes, discussões com parceiros do MISAU e consultas aos vários níveis do sector e grupos de interesse.

1.3 Estrutura do documento

O documento do PESS 2014-19 é composto por dez capítulos e um conjunto de anexos, que servem de referência e fonte de apoio informativo ao documento principal.

O Capítulo Um apresenta o objectivo do documento e fornece uma descrição do processo de elaboração do PESS. O Capítulo Dois estabelece o contexto no qual foi desenvolvido o PESS: apresenta o perfil e o estado de saúde da população, bem como os determinantes chave da saúde em Moçambique. Em seguida, faz uma descrição do desempenho e dos desafios do sector da saúde, tendo como base as seis componentes do sistema de saúde, nomeadamente serviços de saúde, governação, financiamento, recursos humanos (RH), sistema logístico e sistemas de informação e de monitoria e avaliação (M&A). O capítulo termina com um resumo das questões-chave de saúde e do sistema de saúde, que orientam as prioridades do sector para os próximos anos.

No Capítulo Três apresenta-se a hierarquia das expectativas do sector, a médio e longo prazos, começando pela Visão, Missão e Princípios Orientadores do PESS, para depois se descreverem as prioridades de saúde e os objectivos estratégicos para os próximos seis anos.

O Capítulo Quatro explana o quadro conceptual e a abordagem do PESS, que assenta em dois pilares: o pilar I, de “Mais e Melhores” serviços de saúde, visa acelerar os progressos sobretudo nas áreas de fraco desempenho, e o pilar II, das Reformas do Sector de Saúde, visa sustentar os ganhos obtidos.

O Capítulo Cinco detalha a forma como cada programa de saúde e área de apoio irá contribuir para se alcançarem os objectivos estratégicos, na componente de mais e melhores serviços, principalmente alargando o acesso e utilização, melhorando a qualidade dos serviços e a equidade, bem como maximizando os recursos e incrementando as parcerias. Enquanto isso, o Capítulo Seis descreve o segundo pilar, através de uma discussão dos problemas/desafios críticos inerentes às reformas/descentralização da saúde, e fornece um roteiro para a tomada de decisão sobre as mudanças de fundo a implantar no sistema de saúde.

O Capítulo Sete apresenta a plataforma de implementação, nomeadamente o modo como o PESS será posto em prática, os instrumentos dessa implementação e as responsabilidades dos vários intervenientes.

Os recursos potenciais com que o sector irá contar para implementar o PESS, ou os cenários de financiamento, são abordados no Capítulo Oito. Neste capítulo são ainda examinados os custos das intervenções, as metas que se pretende alcançar e o défice existente, em função dos recursos disponíveis.

O Capítulo Nove descreve a estrutura de M&A do plano, incluindo a hierarquia dos indicadores, o processo de revisão e de divulgação dos resultados.

No Capítulo Dez são examinados os pressupostos subjacentes à implementação do PESS e os riscos que podem dificultar a execução do plano, sendo indicadas medidas susceptíveis de mitigar esses riscos. Finalmente, no Capítulo 11 são apresentados os anexos que fornecem alguma informação adicional ao texto, enquanto o último capítulo lista os documentos que foram consultados durante a elaboração deste Plano.

2. Antecedentes

> ***"Nós só podemos consertar ou mudar coisas que entendemos"***
>
> *Autor desconhecido*

Este capítulo descreve a situação de saúde e do sector saúde, em Moçambique, no contexto do desenvolvimento socioeconómico e da reforma política. Nele são descritos e analisados, sucintamente, os indicadores de estado de saúde, bem como os factores que o determinam. A prestação de cuidados e os sistemas que a tornam possível são analisados com algum pormenor. Por fim, é analisda a influência das reformas políticas sobre o funcionamento do sector. O capítulo termina com um sumário dos desafios mais importantes para os próximos seis anos, e aos quais os capítulos seguintes deverão dar resposta.

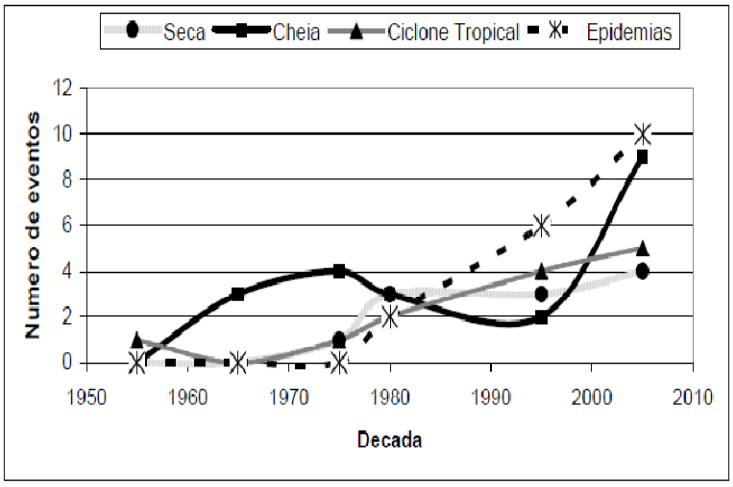
2.1 Análise da situação e o contexto do PESS

Uma Revisão do Sector Saúde precedeu a elaboração do Plano Estratégico, pelo que a maioria das informações apresentadas provém desse documento. Contudo, dados e informações adicionais baseiam-se no último Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS 2011), nos diversos documentos de política existentes no MISAU enas entrevistas e consultas realizadas. Os progressos registados nos últimos anos e os desafios ainda persistentes são aqui aflorados, com destaque para estes últimos, nos quais se fundamentam as prioridades e intervenções-chave para os próximos anos.

2.1.1 Perfil do País

Moçambique é um País da costa sul oriental de África, com uma superfície total de 799,380 Km2 dividida, administrativamente, em Províncias, Distritos, Postos Administrativos e Localidades. O clima é tropical húmido no norte e zona costeira, e seco no sul e interior do País. Este é condicionado por regimes de monções no norte e influência de centros ciclónicos e anticiclónicos no sul, com uma zona de transição na região centro. O País apresenta uma época seca que vai de Maio a Setembro, e outra chuvosa nos meses de Outubro a Abril.

Figura 1. Tendência Histórica dos Desastres Naturais 1956-2008



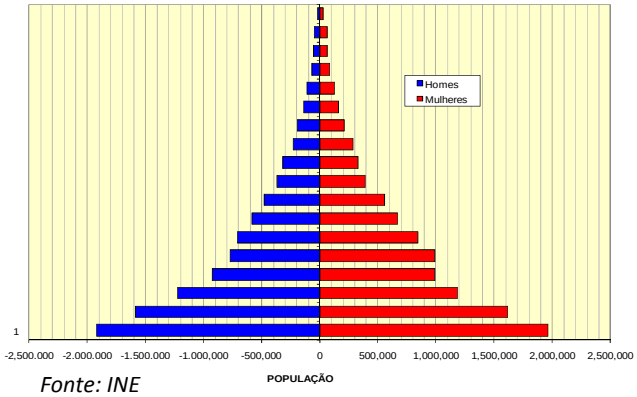
Fonte: INGC

Estas características climatéricas determinam o padrão epidemiológico de algumas doenças como a Malária e a Cólera na época chuvosa, e Doenças Diarreicas e

Meningite na época seca, bem como tornam o País vulnerável à ocorrência de calamidades naturais (cheias, secas e ciclones) com impacto negativo na saúde e serviços de saúde, pelo agravamentodo risco destas doenças e destruição de infra-estruturas sanitárias nas zonas afectadas e acampamentos de deslocados. De acordo com o Instituto Nacional de Gestão das Calamidades Naturais (INGC)[1], a ocorrência de desastres naturais tem vindo a aumentar nas últimas três décadas (figura 1).

A população moçambicana para 2013 está calculada em 24,366,112 habitantes, com tendência a aumentar para cerca de 28.6 milhões (INE base de dados) até 2019, a um ritmo ainda elevado de crescimento anual, na ordem dos 2.4%, resultante da descida mais acentuada da mortalidade do que da natalidade. A densidade populacional é de 30 hab/Km^2, e o processo de urbanização está a acelerar, tendo passado de 21% em 1990, para cerca de 40% o total da população vivendo em zonas urbanas. O País apresenta uma população com estrutura etária muito jovem, facto relacionado com as contínuas taxas elevadas de fecundidade como consequência do baixo nível de escolaridade das mulheres e fraco nível de uso de serviços de planeamento familiar (INE). Segundo a Política de População (1999), esta estrutura populacional tem implicações socioeconómicas, pois a sua população é mais propensa ao consumo do que à produção, devido à elevada proporção de dependentes, e pressiona de forma preponderante os sectores-chave de desenvolvimento, principalmente a educação, saúde, emprego e habitação. Estas características demográficas influenciam a procura por serviços de saúde, especialmente a satisfação das necessidades da camada infanto-juvenil, no contexto da criação do capital humano indispensável para o desenvolvimento da economia e o combate à pobreza, bem como a pressão sobre os serviços de saúde urbanos. Importa realçar que cerca de 5.6% da população é composta por pessoas idosas, a maioria das quais padece de várias doenças como a hipertensão, diabetes, cancro, artrose, osteoporose, entre outras, agravadas por problemas de cariz nutricional e pela inactividade física. No entanto, não existe, no País, um programa de saúde específico concernente à protecção, promoção da saúde e assistência médica à Pessoa Idosa.

Figura 2. Pirâmide etária, Censo 2007, Moçambique



Fonte: INE

[1]INGC, UEM. Abordagem Geral sobre Desastres Naturais e Mudanças Climáticas em Moçambique. 2009

Após uma década de crescimento económico anual superior a 6%, o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* era de US$ 545.5, em 2011. As perspectivas são ainda boas, com crescimentos projectados de 7-8%, devido, sobretudo, aos mega-projectos da indústria extractiva e ao investimento público na área das infra-estruturas[2]. Espera-se que este crescimento venha a traduzir-se no aumento do espaço fiscal (despesa) para a saúde, bem como na criação de mais oportunidades de geração de renda dos indivíduos e famílias, e consequente melhoria das condições de vida e de saúde, bem como do PIB. De facto, a OMS argumenta que a melhoria dos cuidados de saúde, através de investimentos nos sistemas de saúde, pode acelerar o crescimento económico e é essencial para o desenvolvimento sustentável. Por outro lado, uma melhor saúde reduz os custos financeiros dos cuidados de saúde para as famílias, comunidades, sector privado e governos.

O Governo da República de Moçambique (GRM) vem desenvolvendo e implementando estratégias de redução da pobreza (PARPA I e II, PARP III) desde 2001, em que a saúde é um dos sectores prioritários dado o seu inestimável contributo para o desenvolvimento social e humano. Com efeito, a incidência da pobreza reduziu de 69.4% em 1996 para 54.7% em 2009, mas manteve-se aos mesmos níveis de 2003, de acordo com a Terceira Avaliação da Pobreza[3]. A pobreza é mais incidente no meio rural e varia muito entre e dentro das províncias. O mesmo estudo revela que a desigualdade cresceu, com índices de Gini a subir para cerca de 43.5, em 2008/09, i.e., mais dois pontos que a estimativa de 2002-03. O mesmo relatório indica que o acesso das famílias a uma Unidade Sanitária (US); em menos de 45 minutos a pé; melhorou consideravelmente entre 2002/03 e 2008/09 nas zonas rurais, sobretudo da região norte. Situação contrária observou-se nas zonas urbanas onde o acesso decresceu, possivelmente em resultado do enorme crescimento populacional nas periferias das cidades.

O GRM assumiu o compromisso de alcançar os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODMs). O Relatório mais recente de avaliação [4] indica grandes probabilidades de Moçambique atingir, em 2015, os objectivos 3 (igualdade de género), 4 (redução da mortalidade infantil) e 8 (parceria global para o desenvolvimento), e possibilidade de alcançar os objectivos 1 (pobreza extrema), 2 (educação primária universal), 5 (saúde materna), 6 (HIV/SIDA, Malária e outras doenças) e 7 (sustentabilidade ambiental). Para além destas, o GRM assumiu igualmente compromissos "adicionais" para a redução da mortalidade materna e neonatal, e na área do HIV.

Em termos políticos, Moçambique é um País com uma jovem democracia, iniciada em 1990 e caracterizada por um sistema presidencialista com eleições regulares gerais, provinciais e autárquicas. Para o fortalecimento desta democracia, está,

[2]International Monetary Fund. Republic of Mozambique: Staff Report for the 2011 Article IV Consultation.
[3] Terceira Avaliação NacionaldaPobreza. Outubro 2010
[4] Ministério da Planificação e Desenvolvimento. Relatório dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. Moçambique 2010

entre outras acções, em implementação, desde 2001, a Estratégia Global de Reformas do Sector Público, que tem a descentralização como uma das suas componentes fundamentais. É neste âmbito que foi aprovada, em 1997, a Lei dos Órgãos Locais do Estado (LOLE), que estabelece o distrito como a "principal unidade territorial da organização e funcionamento da administração local, e a base da planificação do desenvolvimento económico-social e cultural da República de Moçambique", e cuja regulamentação vem sendo gradualmente desenvolvida. Daí que, as funções e o grau de autonomia dos diferentes órgãos locais ainda não estejam completamente definidos, o que impõe desafios à planificação e gestão coordenada, descentralizada e participativa das políticas, recursos e instituições públicas, e à consequente satisfação das necessidades dos cidadãos.

2.1.2 Estado de saúde:

Esta secção analisa os indicadores convencionais do estado de saúde de uma população, tal como reflectido na tabela 1. Em Moçambique, os indicadores do estado de saúde têm registado progressos, mas a ritmos diferentes: A esperança de vida ao nascer, embora tenha aumentado dos 42.3, em 1997, para 53.1 anos, em 2013 (INE), ainda é baixa comparativamente à média africana (55), denotando insatisfação de muitas necessidades humanas básicas, tais como nutrição adequada, água potável e saneamento, serviços de saúde, etc.

Dados actuais de Moçambique revelam poucos avanços na redução da mortalidade materna e no alcance do acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva. Apesar da redução registada entre 1997 e 2003 (IDS 97 e 03), nos últimos anos o Rácio de Mortalidade Materna mostra-se estacionário (IDS 11) e é ainda inaceitavelmente alto (408/100.000 NV), estando em risco o alcance da meta definida nos ODMs. A exposição ao risco de morte materna é igualmente elevado, com as taxas de fecundidade geral a situarem-se nos 5.9 filhos, valor ligeiramente superior aos anteriores IDSs, em parte devido à pouca utilização dos serviços de planeamento familiar (PF).

Os indicadores de saúde infantil mostram progressos assinaláveis e consistentes nos últimos anos. As Taxas de Mortalidade (TM) em menores de 5 anos e infantil baixaram em mais de 100% entre 1997 e 2011. Porém, o decréscimo da TM neonatal está a ocorrer a um ritmo mais lento, requerendo uma atenção especial nas estratégias vindouras, tendo em conta que cerca de 81% destas mortes ocorrem durante a primeira semana de vida e 32% delas no primeiro dia[5].

Apesar da ligeira redução registada entre 2003 e 2011, a prevalência da malnutrição em crianças menores de 5 anos continua alta. Dado o seu efeito directo e indirecto na saúde como descrito abaixo, o GRM lançou, em 2010, o Plano de Acção Multissectorial para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique 2011-2015 (2020).

[5]Estudo Nacional sobre a Mortalidade Infantil, 2009. MISAU

Os indicadores do estado de saúde acima apresentados são largamente influenciados pelo padrão de doenças e problemas de saúde. Com efeito, o Fardo da Doença em Moçambique é ainda dominado pelas doenças transmissíveis, em particular o HIV/SIDA, com uma prevalência nacional estimada em 11.5% (1.4 milhões de infectados) e a Malária com 3.2 milhões de casos notificados em 2012, que combinadas representam mais de metade das mortes (27% e 29% respectivamente) na população geral. As diarreias, Infecções Respiratórias e a Tuberculose também contribuem consideravelmente para este perfil. A mortalidade em crianças menores de 5 anos apresenta o mesmo padrão, mas as mortes neonatais, que contribuem em cerca de 16% das mortes em menores de cinco anos, são causadas principalmente por Prematuridade (35%), Asfixia (24%) e Sépsis Neonatal (17%). Estima-se também que 30% das mortes em crianças menores de 5 anos têm a malnutrição como causa subjacente. As mulheres em idade fértil, para além destes problemas comuns, enfrentam o peso adicional das mortes maternas resultantes das complicações da gravidez e do parto: os dados da Avaliação Nacional das Necessidades de Saúde Materna e Neonatal (ANN-2007/2008) destacam a ruptura uterina (29%), hemorragia obstétrica (24%), sépsis puerperal (17%) e complicações pós-aborto como principais causas directas de morte materna, enquanto as causas indirectas mais frequentes incluem o HIV/SIDA (54%) e a malária (40%). A anemia moderada é também frequente entre mulheres dos 15 aos 49 anos (14% em 2011).

A persistente ocorrência de surtos epidémicos vem agravar o peso das doenças transmissíveis. Nos últimos cinco anos registaram-se surtos de Cólera[6], entre 2008 e 2010 (pico em 2009, com mais de 19,000 casos), Sarampo, em 2010 (cerca de 3,500 casos) e Meningite, cuja frequência e gravidade traduzem uma ainda limitada capacidade de resposta do sector a estes eventos. Outras doenças de alta incidência são disenterias e outras diarreias.

Embora as Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) existentes em Moçambique não sejam uma causa directa de morte, pela alta prevalência de Tracoma, parasitoses intestinais (53%), bilharziose (47%), filaríase linfática (13%), oncocercose, etc., no País, que causam incapacidades, atraso no desenvolvimento físico e mental das crianças, e sua correlação com anemias e malnutrição, etc., contribuem significativamente para aumentar o peso da doença, sobretudo em crianças em idade escolar, para além do estigma social e limitação da produtividade das pessoas acometidas por estas doenças, agravando a correlação entre doença e pobreza.

As doenças não transmissíveis (DNT) são consideradas responsáveis por 80% de todas as mortes e por 60% de todas as causas de incapacidade que ocorrem nos países em desenvolvimento, com importantes consequências no consumo dos serviços de saúde, bem como nos recursos económicos. Estas doenças, e o trauma

[6]Misau. Boletim Epidemiológico Anual 2007 a 2011

que delas advém, começam a influenciar o perfil epidemiológico do País e, consequentemente, o fardo da doença e a pressão sobre os serviços de saúde. Nas DNT, a Doença Cardiovascular (DCV) é a causa mais importante de morbilidade e mortalidade, tendo como principal factor de risco a Hipertensão Arterial (HTA). A prevalência da HTA é estimada em 35% a nível nacional, sendo maior nas cidades (40,6%) que no campo (29,8%), aumentando com a idade. A diabetes é também uma das maiores causas de doença e morte prematura, sendo responsável pelo aumento do risco para as DCV. Em Moçambique, a prevalência da diabetes na população com idade superior a 20 anos foi de 3,1% em 2003, e projectava-se um aumento para 3,6% em 2005. De igual forma, os cancros estão a aumentar a sua expressão nas causas de consulta e internamento no País: por exemplo, o número de consultas externas de oncologia no Hospital Central de Maputo (HCM) cresceu em mais de 50% nos últimos 3 anos, e a taxa de ocupação de camas tem ultrapassado os 100%. Dados dos Serviços da Anatomia Patológica (SAP) do HCM nos períodos de 1991-2008 e 2009-2010 na Cidade de Maputo, mostram que nas mulheres os cancros mais frequentes são o cancro do colo do útero (31%), seguido do cancro da mama (10%) e do sarcoma de Kaposi (7%). Nos homens, são o sarcoma de Kaposi (16%), o cancro da próstata (16%) e do fígado (11%). Relativamente ao trauma, dados da Unidade de Cuidados Intensivos do HCM indicam que, em 2012, os acidentes de viação foram a 3ª causa básica de morte (10%) e as complicações dos traumatismos representaram a 6ª causa directa de morte, naquele serviço.

O estado de saúde e a distribuição do fardo da doença pelo território nacional (províncias e distritos) e grupos populacionais não são uniformes. Pessoas vivendo nas zonas rurais e periferias das cidades, que são também as mais pobres, bem como as crianças e mulheres, suportam grande parte do peso da doença. O IDS 2011, p.e., refere que a fecundidade é muito mais elevada no meio rural do que no urbano (4.5 e 6.6, respectivamente); a mortalidade em crianças menores de 5 anos em famílias pobres foi quase 2 vezes superior à observada em famílias mais ricas, no IDS 2003; a malnutrição em crianças é mais acentuada nas províncias do Norte e no meio rural.

Vários factores concorrem para este padrão de doença, os quais são designados, no seu todo, por “determinantes sociais de saúde”, sendo analisados na secção seguinte.

2.1.3 Determinantes de Saúde e iniquidades em saúde

Esta secção descreve os factores determinantes de saúde, não só para se compreender melhor o padrão de doença e do estado de saúde em Moçambique, mas também para melhor direccionar as intervenções sanitárias em termos de grupos-alvo e geográficos, bem como fortalecer a colaboração intersectorial. A

análise é incompleta devido à limitada disponibilidade de estudos específicos de Avaliação de Impacto na Saúde[7].

O estado de saúde dos indivíduos, comunidades e populações não é condicionado apenas por processos genéticos e biológicos, mas também pelas condições sociais e económicas em que as pessoas vivem. Estes determinantes sociais de saúde incluem factores políticos, socioculturais, económicos, geográficos e o meio ambiente que influenciam o aparecimento de doenças, o acesso e a utilização dos serviços de saúde. Porém, estes factores influem de forma diferenciada sobre as regiões e grupos populacionais, resultando em iniquidades no estado de saúde dos indivíduos, comunidades e populações.

O **contexto político** exerce uma enorme influência sobre a saúde da população uma vez que deve criar o ambiente político-legal propício à promoção e preservação da saúde dos cidadãos, em observância ao princípio de equidade. Em Moçambique, existe um quadro legal favorável à saúde e prossecução da equidade: ao nível supra-sectorial, a Constituição da República define a República de Moçambique como Estado de justiça social; define a defesa e promoção dos direitos humanos como um dos objectivos fundamentais do estado, garante a protecção a grupos especiais como crianças, deficientes físicos, idosos; estabelece o princípio da igualdade do género, assegura a todos os cidadãos o direito à assistência médica e sanitária e promove a igualdade no seu acesso; a política de população (1999) reconhece a existência de desequilíbrios e desigualdades no acesso aos recursos, infra-estruturas e serviços sociais, realça o princípio do respeito pelos direitos humanos e do direito à igualdade e equidade entre o homem e a mulher, e reconhece a necessidade de investir em áreas que respondam às necessidades de uma população predominantemente jovem. A mesma apresenta a redução da Taxa de Mortalidade Materna (TMM) e da TM em menores de 5 anos como um dos seus objectivos fundamentais; os Programas Quinquenais do Governo e as estratégias de redução da pobreza colocam a saúde no topo das prioridades. Existem igualmente várias políticas e estratégias intersectoriais (acção social, educação, agricultura, etc.) que realçam o papel da saúde, ou atribuem responsabilidades ao sector. Ao nível intra-sectorial, os documentos de política e estratégias do sector enfatizam o compromisso do GRM na promoção e preservação da saúde, bem como a equidade no acesso e distribuição dos recursos e benefícios de saúde. De igual modo, existem políticas que promovem as reformas da administração, em

[7]*HealthImapctAssessment (HIA)* na versão Inglesa que, segundo a OMS, é uma combinação de procedimentos, métodos e instrumentos através dos quais uma política, programa ou projecto pode ser avaliado em termos de potenciais efeitos na saúdede uma população, e a distribuição destes efeitos nos diferentes grupos populacionais.

particular a descentralização. Porém, o processo de desenvolvimento destas políticas externas e internas ao sector (definição dos problemas e soluções, consultas e participação, implicações sistémicas, etc.) cria potencial para sobreposições, fragmentação e descoordenação, o que dificulta a sua implementação e eficácia.

Em termos legais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi criado pela lei 25/91 e congrega apenas instituições públicas, nomeadamente US, instituições de formação, pesquisa, laboratórios, etc. Legislação adicional enquadra o funcionamento do sector privado com fins lucrativos e não lucrativos.

Os **factores económicos** estão altamente correlacionados com os resultados de saúde: baixos rendimentos e baixo emprego são inequivocamente nefastos à saúde. Apesar do constante crescimento económico que se regista nos últimos anos, Moçambique continua entre os Países mais pobres do mundo e com uma distribuição desigual da riqueza: cerca de 54% dos moçambicanos vive abaixo da linha de pobreza, sobretudo nas zonas rurais (56.9%) e nas províncias da Zambézia (70%), Província de Maputo, Gaza, Sofala e Inhambane. É nas populações mais pobres destas regiões que residem os piores indicadores do estado de saúde e de consumo dos serviços de saúde, conforme evidenciam vários estudos: p.e., o IDS 2011 mostra que a mortalidade em menores de 5 anos nas zonas rurais é 1.4 vezes maior do que nas zonas urbanas; na Zambézia apenas 5% das mulheres casadas usam algum método contraceptivo moderno. Segundo o INE (Estatísticas de Moçambique 2011), a estrutura da economia moçambicana é dominada pela Agricultura (15%), Industria Transformadora (14%), Transportes e Comunicações (13%) e Comércio e Serviços Reparação (12%), o que pode determinar o padrão de doenças ocupacionais e/ou originar problemas de saúde resultantes do impacto ambiental destas actividades económicas.

O papel determinante da **malnutrição** na génese ou agravamento da doença e no estado geral de saúde é sobejamente conhecido, particularmente nas mulheres e crianças. É igualmente reconhecida a influência negativa da malnutrição no desenvolvimento físico e cognitivo da criança, bem como na produtividade dos indivíduos e consequente impacto na economia. A desnutrição crónica tem como causas imediatas a ingestão inadequada de nutrientes, os níveis elevados de doenças infecciosas e a gravidez precoce; causas subjacentes a insegurança alimentar (especialmente no acesso limitado e no uso dos alimentos nutritivos), pobreza e práticas inadequadas em relação aos cuidados das meninas adolescentes, mães e crianças, bem como o acesso insuficiente à saúde e à água, sobretudo nas zonas rurais, onde afecta 45.5% das crianças (35% urbano), e com maior gravidade nas províncias de Nampula (55.3%) e C. Delgado (52.7%). Cerca de 69% de crianças dos 6-59 meses tem anemia, particularmente nas áreas rurais, numa proporção de 72% contra 60% da sua contraparte urbana, sendo as províncias de Cabo Delgado, Nampula e Zambézia (79%) as que apresentam as proporções mais elevadas. 54% das mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos)

têm anemia, igualmente predominante nas zonas rurais (55%) e na província da Zambézia (62%). Estes grupos populacionais e áreas geográficas são as que também suportam o maior peso das doenças infecciosas e índices de mortalidade.

A **agricultura** influencia a saúde de várias formas: contribuindo para uma nutrição adequada através do fornecimento de produtos alimentares básicos, ou facilitando a propagação de doenças através de alimentos contaminados; ao alterar o ambiente (p.e., projectos de irrigação) pode criar condições para a propagação de doenças como a Malária, bilharziose, etc.; contribuir para a geração de rendimento e emprego, mas os trabalhadores do sector carecem de boa saúde para serem produtivos. A agricultura é a base de subsistência de muitas famílias moçambicanas das zonas rurais e periurbanas, onde a incidência e prevalência das doenças e malnutrição é igualmente maior. Segundo as edições regulares do InfoFlash do SETSAN[8], o País é caracterizado pela ocorrência cíclica de bolsas de Insegurança Alimentar e Nutricional, por vezes extrema, afectando sobretudo o interior das províncias de Gaza, Inhambane, Sofala, Manica e Tete, onde a alimentação é também pouco diversificada.

A **educação**, sobretudo das mulheres, joga um papel importante na saúde da população, em particular das crianças. As pessoas com nível educacional mais elevado têm baixas taxas de morbilidade por doenças agudas e crónicas mais comuns, independentemente dos factores básicos demográficos e do mercado de trabalho. De acordo com o Censo 2007, a taxa de analfabetismo das mulheres, em Moçambique, ainda é extremamente elevada, situando-se em 64%. A prevalência da malnutrição crónica em crianças de mães sem nenhuma escolaridade é quase o dobro da registada em crianças cujas mães têm o nível secundário ou mais (IDS 2011). O IDS mostra também que 51% das adolescentes grávidas não possuem nenhum nível de escolaridade, contra 26% das adolescentes que alcançaram pelo menos o ensino secundário. As diferenças aparecem igualmente na utilização dos serviços de saúde: o grau de utilização cresce com o aumento do nível de escolaridade do utente. Por exemplo, a percentagem de partos ocorridos nas US é de 40% entre as mulheres sem nenhum nível de escolaridade, contra os 93% entre as mulheres com nível secundário ou mais. Por outro lado, problemas de saúde podem minar os investimentos na educação ao, p.e., provocar o absentismo das crianças ou a desistência das raparigas, para tomarem conta de familiares doentes.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 10% do fardo global da doença poderia ser prevenido através da melhoria da disponibilidade de **água potável, saneamento, higiene e gestão dos recursos hídricos**. Com efeito, grande parte da ocorrência de doenças como as diarreias, malnutrição, malária e doenças tropicais negligenciadas é atribuível à indisponibilidade de água potável, saneamento inadequado ou higiene insuficiente. De acordo com o Inquérito de

[8]InfoFlash – Informação sobre a Segurança Alimentar e Nutricional em Moçambique; SETSAN – Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional

Indicadores Múltiplos 2008 (IIM), apenas 43% da população tinham acesso à água potável e 19% por cento ao saneamento seguro. A situação era mais crítica nas zonas rurais onde apenas 30% da população tinha acesso à água potável e 6% ao saneamento adequado, contra os 70% e 47% das zonas urbanas, respectivamente. O mesmo estudo indicava que o acesso a água potável era 6.5 vezes maior no quintil socioeconómico mais alto, quando comparado com o mais baixo, sendo esta diferença ainda maior no acesso ao saneamento. É nestas zonas pobres que se verificam, p.e., surtos frequentes de cólera.

A qualidade das **habitações** e respectivas condições básicas (água, saneamento e electricidade) exercem uma influência considerável no estado de saúde dos indivíduos e populações, pois podem facilitar a propagação de infecções respiratórias, cutâneas e de doenças transmitidas por vectores. Em Moçambique, as precárias condições de habitação nas zonas rurais, periurbanas e mesmo urbanas são bastante conhecidas. Segundo o censo 2007, cerca de 70% dos agregados familiares vivem em palhotas[9] e com uma média de 4.4 pessoas por agregado, sendo mais alta nas zonas urbanas de Maputo e Sofala com 4.9 e 4.8, respectivamente. No geral, 85.4% das habitações particulares possuem 1-2 divisões para dormir (rural: 90; urbano 75%), o que, conjugado com o tamanho dos agregados familiares e as condições precárias de habitação, denota a superlotação das casas e consequente facilitação da propagação das doenças acima referidas. Adicionalmente, apenas 10% das habitações estão ligadas à rede eléctrica e grande parte delas usa o petróleo, parafina, querosene (54%) e a lenha (30%) como fonte de energia; somente 10% das habitações possuem água canalizada dentro ou fora de casa, e a maioria dos residentes usa água não canalizada, sobretudo de fontes não seguras (90%). Em termos de saneamento, cerca de 53.7% das habitações não têm retrete/latrina, ou possuem latrinas não melhoradas (30.7%). O impacto da água e saneamento na saúde já foi descrito no parágrafo anterior.

Os **factores culturais** têm impacto na saúde ao influenciarem a exposição e vulnerabilidade à saúde, os comportamentos de risco, a eficácia dos esforços de promoção de saúde e o acesso, disponibilidade e qualidade dos cuidados de saúde, bem como moldam as percepções e respostas aos problemas de saúde. Moçambique é um País de uma enorme diversidade cultural com crenças e tabus que afectam negativamente a saúde: há relatos de seitas religiosas que recusam a transfusão sanguínea e/ou a vacinação em algumas províncias, crenças sobre a cura do HIV que favorecem a propagação da doença, etc. A não consideração dos estilos de vida, atitudes, crenças e práticas tradicionais que formam a base das percepções comunitárias sobre a saúde e doença no desenho de políticas, em particular de promoção de saúde e formação dos profissionais de saúde, limitam o sucesso na sua implementação.

[9]Casas cujo material de construção predominante é de origem vegetal (caniço, capim, palha, etc.)

As diferenças nas relações sociais baseadas no **género** e culturalmente construídas, sobretudo no acesso aos recursos, poder ou tomada de decisão, e papéis e responsabilidades, têm implicações no estado de saúde da população, particularmente das mulheres que muitas vezes vêem a sua capacidade de tomada de decisões limitada. Esta influência do género é exercida de diversas formas: exposição, risco e vulnerabilidade; natureza, gravidade ou frequência dos problemas de saúde; forma como os sintomas são percebidos; comportamentos na procura de serviços; acesso aos serviços de saúde; capacidade de seguimento do tratamento; consequências sociais e de saúde a longo prazo, etc. Em Moçambique, p.e., o comportamento polígamo aumenta o risco de as mulheres contraírem o HIV cuja prevalência, segundo o INSIDA 2009, é muito mais elevada nas mulheres (13.1%) do que nos homens (9.2%). O IDS 2003 mostrava que os índices de mortalidade em menores de 5 anos são mais pronunciados nas crianças do sexo masculino. A Estratégia de Inclusão da Igualdade de Género no Sector da Saúde (2009) destaca o desrespeito pelos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, o fraco poder de decisão da mulher sobre o seu próprio corpo e a falta de decisão de procurar os serviços de saúde durante a gravidez, como importantes factores contribuintes para a alta morbimortalidade materna. Dados do IDS 2011 mostram que a malnutrição crónica incide mais sobre as crianças do sexo masculino, o que pressupõe consequências de saúde mais graves, a longo prazo, neste grupo populacional.

Os **serviços de saúde** constituem por si só um determinante de saúde. O acesso aos cuidados de saúde promotivos, preventivos e curativos de qualidade contribuem para a redução da morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida. Em Moçambique, e apesar das melhorias consideráveis constatadas no Inquérito dos Agregados Familiares (IAF) 2008, sobretudo nas zonas rurais do norte, menos de metade das famílias têm acesso a uma US, em menos de 45 minutos. O estudo refere que o acesso piorou nas zonas urbanas devido, possivelmente, à urbanização com maior crescimento populacional nas periferias das cidades, onde o acesso aos serviços públicos é menor, e a uma maior dependência de hospitais e outras instalações médicas em zonas urbanas, que reduz a procura por US do nível primário. Por outro lado, o IDS 2011 mostra que apenas 54% dos partos foram assistidos por profissionais de saúde, notando-se uma enorme diferença entre as zonas urbanas (80%) e rurais (44%), e sobretudo na Zambézia, que, inclusive, piorou de 2003 (32%) a 2011 (26%). Mesmo com serviços de extensão providos através de brigadas móveis, a cobertura com vacinação completa de crianças entre 12-23 meses de idade está ainda nos 64%, sendo mais elevada na área urbana com 75% e menor na rural (60%), e a Zambézia com o pior índice.

Existem vários outros determinantes de saúde, não aflorados neste documento devido à escassez de informação e ao seu carácter incipiente, que começam a ditar o agravamento ou surgimento de doenças que futuramente irão alterar o perfil epidemiológico do País, e pressionar ainda mais os serviços de saúde. Tais são os casos das condições de trabalho, que influenciam o risco de acidentes e doenças

profissionais, novos hábitos de vida que resultam em comportamentos nocivos à saúde, as mudanças climáticas (aquecimento e desastres naturais) que magnificam as DNT e transmissíveis, os efeitos potenciais da industrialização na saúde dos trabalhadores e comunidades circunvizinhas, o aumento do tráfico rodoviário e suas consequências nos acidentes, poluição do ar e sonora, actividade física, etc. As políticas de longo prazo do sector de saúde, e não só, devem aprofundar as análises destes importantes factores determinantes e começar a fortalecer acções nestas áreas.

2.1.4 Provisão de serviços de saúde

A prestação de serviços de saúde, em Moçambique, é feita por quatro tipos de prestadores. O Sector Público, agrupado no SNS, é o mais abrangente geográfica e tecnicamente. O Sector Privado divide-se em lucrativo –de presença quase exclusiva em zonas urbanas– e não lucrativo, constituído por ONGs nacionais e internacionais com fortes ligações com o sector público. Os prestadores de serviços ao nível da comunidade cobrem parcialmente as necessidades básicas nas áreas, sem a presença do SNS. Finalmente, os Praticantes de Medicina Tradicional (PMT), de grande aceitação pelas comunidades, oferecem medicina não alopática, complementar à ocidental.

Enquanto a descrição dos restantes subsistemas será sumária, a análise do SNS é mais detalhada devido à sua importância, e também ao facto de este ser gerido pelo MISAU.

2.1.4.1 O Serviço Nacional de Saúde

2.1.4.1.1 Rede Sanitária e Recursos Humanos

O SNS estrutura-se em quatro níveis de prestação de serviços: centros de saúde (CS) e postos de saúde (PS) constituem o nível primário e prestam os serviços básicos de saúde, que, contudo, incluem a maior parte dos programas prioritários. O nível secundário é composto pelos Hospitais Distritais, Gerais e Rurais, que habitualmente servem mais do que um distrito e representam o primeiro nível de referência. Os níveis primário e secundário estão essencialmente vocacionados para a prestação de Cuidados de Saúde Primários. Hospitais Provinciais (nível terciário) e Hospitais Centrais e Especializados (nível quaternário) oferecem cuidados diferenciados, prestados por profissionais especializados, e representam os níveis seguintes de referência.

Nos últimos 10 anos, o sector de saúde registou progressos assinaláveis na melhoria do acesso aos cuidados de saúde, sobretudo primários. Com efeito, cerca de 200 novas US primárias e alguns hospitais foram construídos neste período, e um número considerável de PS (320) foram elevados à categoria de CS, passando desta forma a oferecer serviços de maternidade. Com vista à melhoria dos serviços de referência, foram igualmente feitas diversas intervenções nas US dos níveis II a IV. Porém, a cobertura da rede do SNS é ainda limitada, pois o raio teórico de cobertura de cada US de nível primário é de 14km (Tabela 3), variando de 18km em Tete a 2km na Cidade de Maputo.Contudo, esta última apresenta o pior rácio de habitantes por US, sendo o dobro da média nacional e confirmando o agravamento do deficiente acesso urbano, atrás referido. Por outro lado, as US localizam-se nas principais vilas e aldeias, ao redor duma US de referência distrital, que pode ser um Hospital (Distrital ou Rural) ou um Centro de Saúde de tipo I, geralmente situado na sede distrital. As transferências para outras US deveriam acontecer a partir da US de referência distrital. Porém, o sistema de referência é pouco funcional e não influencia o nível em que os utentes acedem ao serviço, resultando muitas vezes na superlotação das unidades de maior porte e ineficiências a todos os níveis.

Tabela 3. Raio teórico da rede primaria do SNS

PROVINCIAS	US POR NIVEL 2012					Raio Teórico
	I	II	III	IV	TOTAL	
NIASSA	152	2	1	0	155	**16**
CABO DELGADO	107	4	1	0	112	**16**
NAMPULA	197	9		1	207	**11**
ZAMBEZIA	212	7	1	0	220	**13**
TETE	99	5	1	0	105	**18**
MANICA	74	3	1	0	78	**17**
SOFALA	191	4	0	1	196	**11**
INHAMBANE	120	3	1	0	124	**13**
GAZA	108	4	1	0	113	**15**
MAPUTO PROV.	103	2	0	0	105	**8**
MAPUTO CIDADE	32	5	0	2	39	**2**
Nível Nacional	**1.395**	**48**	**7**	**4**	**1.454**	**14**

Fonte: DIS e cálculos

O SNS ainda não adoptou um Pacote de Serviços integrado para ser prestado aos diferentes níveis, mas utiliza as normas que cada programa estabelece, frequentemente baseadas em estratégias internacionais. Contudo, esta verticalização dos programas faz com que a disponibilidade de serviços frequentemente fique aquém do estatuído e se expanda a ritmos diferentes, contribuindo para as ineficiências do sistema. A título ilustrativo, enquanto 98% de US de nível primário oferecem a estratégiade Atenção Integrada das Doenças da Infância(AIDI), e mais de 90% dispõem de, pelo menos, três métodos de Planeamento Familiar (PF), a disponibilidade de Cuidados Obstétricos de Emergência Básicos limita-se a 2.2 unidades por cada 500,000 habitantes[10].

Para além da disponibilidade real de serviços, o limitado acesso às USs é agravado pela ausência de equipas mínimas de provedores de saúde nestas USs e pela fraca qualidade das infra-estruturas. Apesar de a rede do SNS ser operada por cerca de 34,500 trabalhadores e da definição da equipa-tipo, por tipo de US, bem como dos grandes esforços de formação acelerada e colocação de pessoal nas províncias

[10]Misau. Relatório de Balanço da Implementação do PES 2011, 2012

mais desfavorecidas na última década, as equipas de saúde estão desequilibradas, sobretudo nas regiões mais remotas, e o Norte do País apresenta ainda baixa disponibilidade de RH em relação às médias nacionais. Por outro lado, as deficientes condições físicas das infra-estruturas, onde apenas metade das USs periféricas dispõem de sistemas de energia e 60% de abastecimento de água, condicionam ainda mais a qualidade dos serviços prestados.

2.1.4.1.2 Coberturas dos principais programas de saúde

Esta secção descreve as tendências dos principais programas de saúde implementados em Moçambique, que justificam, parcialmente, os progressos registados no estado de saúde analisado acima. Em geral, grandes avanços na expansão e implementação das intervenções de saúde têm vindo a ser assinalandos ao longo dos tempos. Contudo, o RSS identifica alguns constrangimentos, que são comuns a todos os programas e serviços:

- A disponibilidade equitativa de *RH* qualificados é, provavelmente, o maior constrangimento para a implementação adequada dos programas, e tem uma grande influência sobre a qualidade dos cuidados.
- Obviamente, se o *acesso às US*, mesmo de nível básico, é difícil, as coberturas dos programas ficam aquém do esperado. Mesmo onde existem US, a não disponibilidade de equipamento adequado limita as possibilidades de prestação de serviços e pode influenciar negativamente a *procura* dos mesmos.
- A distribuição atempada de *medicamentos* é imprescindível para garantir os cuidados de saúde.
- Maior *envolvimento comunitário* é necessário para a expansão de alguns dos programas com maior potencial de melhoria da saúde, incluindo a adesão ao tratamento, ou a distribuição de métodos de PF.
- O seguimento das *normas e protocolos* existentes parece inadequado, bem como a falta de protocolos em alguns programas ou serviços, se bem que seja a principal via para a melhoria da qualidade.

As intervenções na área de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) apresentam progressos variáveis. Contudo, o início precoce da actividade sexual (mediana de 16 anos), as altas taxas de fecundidade na adolescência (167 nascimentos por 1,000 mulheres entre os 15-19 anos, em 2011), com importantes disparidades urbano-rurais (141 vs 183), o elevado índice de casamentos precoces (17.7% das raparigas casaram-se antes dos 15 anos de idade) e a elevada prevalência do HIV nos adolescentes e jovens (IDS 2011, INSIDA 2009) indicam que a cobertura e o impacto destes programas está ainda muito aquém do desejável; a taxa de utilização de contraceptivos entre as mulheres casadas, ou em união, desceu de 21%

em 2003 para 11% em 2011 (IDS 2011). Com efeito, em Moçambique, a taxa de prevalência contraceptiva para métodos modernos é ainda muito baixa e sem melhorias, quando comparando aos dois IDS anteriores (11.7% em 2003 para 11.3% em 2011), com importantes disparidades urbano-rurais e muito influenciada pelo nível de escolaridade e quintil de riqueza. Esta taxa é ainda mais baixa no grupo de 15-19 anos de idade (5.9%). Dados de rotina do SNS revelam um aumento da capacidade dos serviços de saúde de atrair novas utentes (de 13.9% em 2009 para 23% em 2011), mas, segundo o IDS 2011, as necessidades não satisfeitas para o PF permanecem elevadas (22.3%). Na componente de saúde materna, a RSS refere que a cobertura de Consultas Pré-Natais se mantém -em percentagens superiores a 90%, nível já atingido em 2008. Contudo, das mulheres que receberam cuidados pré-natais em 2008, somente 67% tiveram sua tensão arterial medida e apenas 40% tiraram amostra de urina (INE, UNICEF, 2009); a cobertura de partos institucionais aumentou de 44% em 1997 para 54% em 2011 (IDS). A preocupante prevalência de Fístula Obstétrica estima-se em 2-5 por cada 1,000 partos. A proporção significativa de nados-mortos com foco positivo à entrada da maternidade, que foi de 11.2% em 2011 (DIS), denota problemas de qualidade de assistência ao parto. Por outro lado, há necessidade de se aumentar o número de Maternidades com Cuidados Obstétricos de Emergência Básicos e Completos (COEmB/C), visto que apenas 38% e 80% da meta foram atingidos para COEmB e COEmC, respectivamente (ANN-2007/2008), bem como a disponibilidade de kits completos de parto, que se situou em apenas 37% das salas de parto avaliadas (relatório ODM, 2010); de acordo com o Relatório do PES 2011, a cobertura da primeira Consulta Pós-Parto (CPP) foi de 66.7% em 2010, mas dados do IDS, de 2003, mostravam que apenas 25% das CPP foram feitas na primeira semana após o parto, período mais relevante para as complicações pós-parto e neonatal. As desigualdades geográficas e entre grupos populacionais, sendo as províncias do norte, zonas rurais e agregados familiares pobres as mais desfavorecidas, constitui tónica dominante nestes programas de saúde.

Contrariamente à área de saúde materna, a maioria dos programas de saúde infantil registaram progressos assinaláveis, que fundamentam os avanços observados nos indicadores do estado de saúde deste grupo etário: em 2011, mais 90% das US tinham profissionais de saúde treinados em AIDI. Porém, dados do IDS 2011 indicam que a procura destes serviços por parte da população e o manejo das doenças da infância nas USs ainda não são satisfatórios. Tal como em 2003, cerca de 64% das crianças dos 12 aos 23 meses receberam todas as vacinas básicas em 2011, mas a imunização completa durante o primeiro ano de vida regrediu de 53 para 46% no mesmo período. Espera-se que o processo em curso de introdução de novas vacinas como PCV e Rotavirus venha potenciar o impacto do Programa Alargado de Vacinação (PAV).

Relativamente ao programa de nutrição, a amamentação exclusiva em menores de 6 meses cresceu de 30%, em 2003, para 43%, em 2011 (IDS), bem como a

cobertura da suplementação com Vitamina A, que foi de 75% em 2011, contra os 50% registados em 2003. Apesar de o SNS ter integrado intervenções de nutrição, especialmente a nível dos CPS, ainda persiste a exiguidade de RH qualificados nesta área, dificultando actividades de promoção e aconselhamento de boas práticas sobre alimentação e nutrição, e a extensão destes serviços para as comunidades. O tratamento da desnutrição aguda a nível hospitalar ainda não é satisfatório, tal como mostram as elevadas taxas de abandono e mortalidade intra-hospitalar por desnutrição aguda grave, associada à deficiente disponibilização de insumos para o seu tratamento. Para além destas intervenções, o sector de saúde vem implementando várias outras iniciativas dedicadas à nutrição, tais como "hospital amigo da criança", suplementação com sal ferroso, iodo, desparasitação, administração de multi-micronutrintes às crianças, mulheres grávidas e adolescentes, criação de postos sentinela para o seguimento da malnutrição crónica e de centros de reabilitação nutricional nas USs, promoção do pacote nutricional básico, desenvolvimento de protocolos de manejo da malnutrição grave; etc. Contudo, e como já foi referido acima, os indicadores nutricionais mostram poucos progressos nos últimos anos, exprimindo a necessidade de fortalecimento das estratégias multissectoriais em curso, ou avaliação do impacto das mesmas.

As actividades de controlo da epidemia de **HIV/SIDA** experimentaram um grande crescimento nos últimos anos, apesar das iniquidades existentes, entre e dentro das províncias, sendo a região norte a mais desfavorecida. De facto, os moçambicanos estão diariamente expostos a intensas campanhas de prevenção, através dos meios de comunicação; os serviços de Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS) são oferecidos em todas as USs do País, e também ao nível comunitário. Com a descentralização da terapia antiretroviral (TARV) iniciada em 2007, em 2012 cerca de 22.5% (316) das USs do País providenciavam o TARV para adultos e crianças, contra apenas 12 em 2003. Na área de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV), das 8 US com CPN que ofereciam serviços de PTV, atingem actualmente os 99% de um universo de 1109 destas US. Como resultado, quase 3 milhões de utentes foram aconselhados e testados num serviço ATS, em 2011, e perto de 900.000 mulheres grávidas receberam estes serviços, em 2012; os serviços de TARV atingiram mais de 300.000 doentes, em 2012, contra os 1600 beneficiários em 2003; segundo o RSS, mais de 2/3 das mulheres grávidas HIV+ receberam TARV para PTV em 2011. O mesmo relatório indica que a zona Sul do País atinge coberturas muito mais elevadas do que o Centro e Norte. Não obstante estes avanços, a taxa de incidência do HIV não mostra sinais de decréscimo num futuro próximo, a cobertura do TARV, em 2012, ainda se encontrava nos 52% para os adultos e 22% para as crianças, e a retenção da continuidade dos cuidados durante a gravidez e pós-parto ainda é um desafio[11]. Por outro lado, a ACA XI refere que a taxa de abandono de TARV foi de 19%, em 2011, variando de 29% em Cabo Delgado e 11% na Província de Maputo. Por isso, a redução do risco de infecção, o acesso

[11] Rascunho do Plano Acelerado do HIV

equitativo e a adesão ao TARV, sobretudo nas crianças e mulheres grávidas, constituem os principais desafios do programa.

A co-infecção TB-HIV está a produzir um crescimento de casos de **Tuberculose**, cuja notificação aumenta anualmente; a percentagem de doentes de TB que são HIV+ já aumentou de 47%, em 2007, para 63%, em 2011. A estratégia de Tratamento Directamente Observado (DOT) é implementada em toda a rede do SNS e ao nível comunitário, mas as taxas de despiste de TB BK+ (50% em 2012) variam entre as províncias, de 103% na cidade de Maputo e 91% em Sofala, em contraste com 21% de taxa de detecção em Niassa e 30% em Tete, de acordo com o Relatório Anual do Programa Nacional de Controlo da Tuberculose (PNCT), de 2012. A taxa de cura situa-se nos 88.6%, tendo amais alta sido observada na Zambézia (90%), e as mais baixas, entre 80-81%, nas províncias de Gaza, Inhambane, Manica e Cidade de Maputo. Um problema adicional é o crescimento dos casos de TB multi-resistente, que já ultrapassam os 1.500, o que reduz as taxas de cura para 40%, de acordo com o programa de TB resistente.

As acções de combate à **Malária** (controlo vectorial e manejo adequado de casos) têm resultado numa redução do número de casos notificados, mas, como já foi referido, ainda é a primeira causa de morte em Moçambique. Apesar da distribuição de redes mosquiteiras, inicialmente às mulheres grávidas e crianças menores de 5 anos e posteriormente de uma forma universal, a utilização de redes mosquiteiras é ainda baixa, pois, segundo o IDS 2011 apenas 35% de crianças menores de 5 anos e 34% de mulheres grávidas haviam dormido debaixo de uma rede tratada com insecticida, na noite anterior. A pulverização intra-domiciliária (PIDOM) também não atinge ainda os níveis desejáveis por cada área seleccionada para a pulverização (80%). O tratamento intermitente preventivo das mulheres grávidas (TIP) parece oscilar, mostrando uma diminuição entre 2008 e 2011, ilustrada quer nos inquéritos como na notificação de rotina, e não ultrapassa os 19% (IDS 2011). O manejo de casos de febre em crianças regrediu, pois a proporção de crianças com febre, que receberam terapia combinada com base de Artemisinina, reduziu de 26%, em 2008, para 15%, em 2011 (IIM 2008 e IDS 2011).

Devido à elevada prevalência e impacto das **doenças tropicais negligenciadas (DTN)** no País, sobretudo nas zonas rurais onde a maioria das DTNs ultrapassa os 40% de prevalência, o MISAU adoptou, em 2009, a estratégia de controlo destas doenças recomendada pela OMS, que inclui a administração massiva de medicamentos, o controlo da morbilidade, o saneamento do meio e a educação para a saúde. Desde então, várias campanhas de tratamento massivo têm sido realizadas em áreas seleccionadas, projectando-se a eliminação de algumas delas como a oncocercose. Relativamente à Lepra, registaram-se, nos últimos anos, progressos assinaláveis, como resultado da intensificação de actividades para a sua eliminação no País, nas quais se incluíram campanhas e mini- campanhas para a eliminação da Lepra, implementação do Dia da Lepra e o aumento do número de Pontos de Distribuição de Medicamentos, com intenso envolvimento de voluntários

comunitários, sobretudo nas cinco províncias endémicas, nomeadamente Cabo Delgado, Nampula, Niassa, Zambézia e Manica. Com efeito, desde 2006 que se regista uma redução acentuada nas taxas de detecção da lepra, em Moçambique, estando neste momento prestes a deixar de ser problema de saúde pública, no País.

O crescente peso das **doenças não transmissíveis (DNT)** no perfil epidemiológico do País ditou, em 2002, a criação de uma repartição, posteriormente transformada em departamento, dedicada exclusivamente ao controlo destas doenças. Em 2007/08 foi lançado o Plano Estratégico Nacional para a Prevenção e Controlo das DNT 2008-2014, que visa minimizar, ou eliminar, a exposição a factores de risco como a obesidade e o hábito de fumar, e garantir o acesso aos cuidados de saúde relacionados com as DNT. Progressos neste programa, incluem a integração do rastreio do cancro do colo uterino no programa da SSR e a gratuidade dos medicamentos para estas doenças, entre outros. Em 2009, o MISAU iniciou o Programa de Prevenção do Cancro do Útero e da Mama, tendo já sido criados serviços básicos de rastreio do cancro do colo do útero em 75 USs do país; em 2012, cerca de 36.700 mulheres foram rastreadas com uma positividade de 5.9% para lesões pré-cancerígenas do colo uterino.

2.1.4.1.3 A qualidade e eficiência dos programas e serviços de saúde

A par dos problemas de acesso e equidade mencionados acima, o relatório de RSS sublinha, na maioria dos programas de saúde, a fraca qualidade dos serviços prestados e ineficiências na provisão dos mesmos. Por exemplo, em menos de metade das CPN são cumpridas as normas preconizadas (medição da TA, análise de urina, etc.), poucas crianças com Malária, IRA ou diarreia recebem tratamento adequado, somente 65% das salas de parto pesquisadas tinham um Ambú operacional para reanimar recém-nascidos, uma boa proporção dos recursos do sector (37%) são gastos em “Gestão e Administração dos Programas de Saúde Pública” e “Administração Geral da Saúde”, as ineficiências e altos custos operacionais do sistema logístico impulsionadas pelo seu carácter emergencial, etc.

As causas destes constrangimentos, que também limitam a utilização dos serviços e a disponibilidade de recursos, são analisados abaixo, no capítulo ‘sistemas de apoio’. Porém, pode dizer-se que, de um modo geral, resultam da ausência, ou do incumprimento de protocolos e padrões de qualidade, deficiente planificação e supervisão da provisão de serviços de saúde, no contexto da descentralização, e de resposta aos reais problemas de saúde, do subfinanciamento crónico do sector e gestão deficiente dos escassos recursos disponíveis, da falta de RH à altura das necessidades, da disponibilidade irregular de produtos médicos e do ineficaz mecanismo de acompanhamento de provisão destes serviços.

2.1.4.2 O Sector Privado

A dimensão e a abrangência do sector privado na provisão de serviços de saúde variam de acordo com as respectivas subcategorias: os prestadores privados com fins lucrativos limitam-se, praticamente, às zonas urbanas. Em particular na Cidade de Maputo, mais de metade dos estabelecimentos prestam serviço de farmácia e beneficiam, principalmente, trabalhadores de grandes empresas, missões diplomáticas e clientes de seguradoras. Devido ao fraco controlo deste sector e à falta de clareza quanto à sua regulamentação, pouca informação existe sobre à sua utilização, bem como sobre os recursos que utiliza, embora seja assumido que os RH, e não só, são partilhados com o sector público. Daí que o seu papel complementar na melhoria do acesso equitativo aos cuidados de saúde careça de uma análise mais aprofundada.

O sector privado não lucrativo é composto por uma variedade de ONGs, desde locais ou nacionais, internacionais, ligadas a missões religiosas, de base comunitária, etc. Embora algumas ONGs tenham uma orientação de caridade, participação e emponderamento, a maioria das que operam no sector de saúde concentram-se na provisão de serviços em estreita ligação com o sector público. Em geral, estas organizações focalizam-se em uma ou várias áreas programáticas, sobretudo o HIV/SIDA e SMI, complementando desta forma o SNS. O financiamento predominantemente externo destas ONGs, a sua distribuição desigual pelo território nacional, a concentração num número restrito de programas que muitas vezes exclui o fortalecimento das instituições nacionais, ameaça a sustentabilidade dos seus programas e dificulta a implementação de políticas de redução das iniquidades. O deficiente acompanhamento das suas actividades realça a necessidade de se repensar em mecanismos eficazes de parceria com este sector, nomeadamente os instrumentos de cooperação e mecanismos de M&A, entre outros.

2.1.4.3 Saúde Comunitária

Várias iniciativas de prestação de serviços de saúde de base comunitária ocorrem em Moçambique, quer por iniciativa e apoio directo do Governo, quer através de ONGs locais e internacionais. Para além de brigadas móveis e campanhas de saúde realizadas pelo SNS, com apoio dos seus parceiros, alguns serviços básicos são prestados por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), nomeadamente Agentes Polivalentes Elementares (APEs), Parteiras Tradicionais (PT) e outros ACS. O programa APE está a ser revitalizado pelo MISAU, incluindo uma revisão do seu perfil e formação intensiva dos mesmos, esperando-se expandir, em 20%, a cobertura dos cuidados de saúde providenciados pelo SNS. Em finais de 2012 já haviam sido treinados cerca de 1,213 APEs em todo o País. Porque um número considerável de partos ainda ocorre nas comunidades, com os enormes riscos daí decorrentes, o MISAU decidiu redireccionar o perfil da PT para promotoras da saúde materna e neonatal na comunidade, e do parto institucional, realizando o parto higiénico e cuidados essenciais ao recém-nascido, apenas em situações de

emergência. Os outros ACS trabalham fundamentalmente na área do HIV/SIDA (por exemplo na prestação de cuidados domiciliários) e expressam-se na forma de conselheiros leigos, activistas, associações como os Grupos de Apoio à Adesão Comunitária para o TARV, Grupos de Apoio de Mãe-para-Mãe, e outros, e têm uma presença variável nas comunidades. A cobertura com equidade, a qualidade e sustentabilidade destas iniciativas, incluindo o seu enquadramento no aparelho do Estado, são os principais Desafios destes programas.

2.1.4.4 Medicina Tradicional e Alternativa

No país, por razões culturais e de acesso aos cuidados de Saúde, a maioria dos moçambicanos são primeiro observados pelos Praticantes da Medicina Tradicional (PMT), e sabe-se que a actividade realizada por estes, abrange maior cobertura de serviços de saúde primários na comunidade (cerca de 70%). Estima-se que um PMT está para 200 habitantes. A integração deste grupo no Sistema Nacional de Saúde e a sua colaboração, como actores formais, nos CSP é de extrema importância, tendo em conta a situação de insuficiência em que se encontra a cobertura dos serviços de saúde formais. Por outro lado, é reconhecida a existência de plantas com valor medicinal apreciável, assim como cuidados de saúde prestados por este grupo com resultados satisfatórios. Contudo, certos tratamentos têm resultado em casos de intoxicação por medicamentos tradicionais, assim como algumas práticas não garantem a segurança dos pacientes. Em consequência disso, o MISAU criou o Instituto de Medicina Tradicional (IMT) para promover o conhecimento e o recurso à Medicina Tradicional e Alternativa (MTA), melhorar as práticas dos PMT's, promover os cuidados de saúde primários através desta medicina, legislar e orientar a prática da MTA no País. Apesar de ser uma instituição nova (fundada em 2010), registam-se avanços consideráveis na melhoria da integração dos PMT's e Alternativa, nos Cuidados de Saúde Primários e na orientação da prática da medicina tradicional em Moçambique. Dados registados de algumas actividades indicam que foram treinados cerca de 4,743 PMT's, os quais enviaram cerca de 60,972 pacientes para as US, distribuíram cerca de 173,352 preservativos, 1,969 PMT's estão em comités de saúde e de humanização, parte deles são também activistas para DOT's Comunitário e Cuidados ao Domicílio. Entretanto, a área caracteriza-se ainda por falta de uma legislação da prática de medicina tradicional que regulamente o sector, incipiente investigação na área das plantas medicinais e na área sócio-antropológica, dificuldade por parte do pessoal de saúde em colaborar com os PMT's, aliada à limitada afiliação dos PMT em associações. Estão a ser efectudas formações para melhoria da abordagem, por parte dos PMT's, em relação aos problemas de saúde na comunidade, e está a ser testado um sistema de referência dos doentes atendidos pelos PMT's, que são remetidos para as US. Neste contexto, e dado o número elevado de praticantes no país, devem ser envidados para se formar um maior número de PMT's, em matéria de CSP. Um dos desafios do IMT para os próximos cinco anos é a construção de instalações para albergar a sua sede e laboratórios de pesquisa.

2.1.5 Sistemas de Apoio

A prestação de serviços de saúde é possível porque diferentes sistemas de apoio cumprem a função de aprovisionar as US e as estruturas que as gerem com recursos (humanos, infra-estruturas, medicamentos) e instrumentos (informação, metodologias de gestão, normas e protocolos) para a sua utilização. Analisam-se, de seguida, o Financiamento da Saúde, a área de RH, a Farmácia, Logística e Tecnologia, a componente de Informação e M&A e a governação do sector de saúde com base no RSS. Contudo, no Cap. 5.2, apresentam-se análises adicionais destas componentes, com o objectivo de fundamentar as intervenções de curto e médio prazos, bem como as de longo prazo (reformas) descritas no Cap. 6.

2.1.5.1 Financiamento e gestão financeira

O financiamento adequado e utilização racional dos recursos disponíveis têm influência directa na quantidade e qualidade de serviços que o sistema de saúde pode providenciar. Em Moçambique, a despesa total com a saúde tem aumentado, sistematicamente, ao longo dos anos e calcula-se que tenha representado 6.2% do PIB, em 2009, ou seja, cerca de 1,000 Meticais (27 US$) per capita. Porém, este nível de financiamento está ainda muito aquém das médias regionais e das recomendações da OMS e do Banco Mundial, para o financiamento de um pacote básico de serviços de saúde.

O Orçamento do Estado (OE) é constituído pelas receitas ordinárias do Estado, pelos fundos e apoio orçamental directo, e pelo PROSAÚDE – fundo para o apoio orçamental ao sector da saúde, inserido na Abordagem Sectorial Ampla (SWAp), que é aplicada nos mesmos moldes que o OE. O peso da saúde na despesa total do governo tem diminuido em termos relativos, de quase 14%, em 2006, para cerca de 7%, em 2011 (REO 2006, 2011), embora parte dessa queda seja atribuível à mudança dos critérios de inclusão dos fundos externos, como contribuição ao OE, e a saúde continue a ser uma prioridade do GRM. A segunda fonte de financiamento são os fundos verticais, destinados a suportar o combate a doenças específicas. Destes, os fundos do Governo dos Estados Unidos (USG) e do Fundo Global de Luta contra HIV, TB e Malária (FG) representam mais de metade dos recursos financeiros totais do sector, e são utilizados, frequentemente, sob a forma de contratos com ONGs, ou em espécie (IFE 2012). Finalmente, a terceira fonte de financiamento são as despesas privadas, que representaram cerca de 13% dos gastos totais, correspondendo a pagamentos feitos a prestadores privados, farmácias e co-pagamentos por serviços nas US do SNS. Esta fonte inclui também a Assistência Médica e Medicamentosa, que desconta 1.5% do vencimento base aos funcionários públicos e é utilizada nas US do SNS. O financiamento através das seguradoras ainda não está devidamente explorado, apesar do seu franco crescimento nos últimos anos.

A descentralização em curso implica que a afectação de recursos de base territorial substitua a afectação sectorial anteriormente vigente. Assim, os recursos do OE são atribuídos pelo Ministério das Finanças às diferentes Unidades de Gestão Beneficiárias (UGB), que incluem Governos Provinciais, DPS, Hospitais (Centrais, Provinciais e Gerais) e Secretarias Distritais. As autarquias ainda não recebem transferências de fundos para o financiamento de serviços. A afectação de recursos a hospitais distritais e rurais e à SDSMAS é feita pela Secretaria Distrital. Contudo, existe uma hierarquia quanto a esta afectação de recursos: por exemplo, os limites orçamentais para as Secretarias Distritais são fixados pelo Governo Provincial. Em geral, a afectação de recursos do OE é feita de maneira incremental. Presentemente, os distritos executam uma pequena parte (11% em 2011) do OE total do sector. A afectação do PROSAÚDE para o nível provincial e distrital segue critérios mais objectivos, baseados numa fórmula que tem em conta as necessidades diferenciadas entre as províncias e os distritos. Como resultado da falta de critérios claros e objectivos de afectação de determinados recursos, as alocações *per capita* acabam beneficiando algumas Províncias,em detrimento das mais favorecidas. Por exemplo, a Província da Zambézia apresenta a maior taxa de mortalidade infanto-juvenil do País, mas o orçamento *per capita* destinado a esta Província é o mais baixo (UNICEF, Informe Orçamental 2012).

Os recursos estão concentrados em três níveis: i) ao nível central, onde são comprados os medicamentos e o equipamento, e financiados os investimentos para o sistema público, ii) ao nível provincial para investimentos e despesas operacionais, e iii) ao nível distrital, que assume parte das despesas operacionais da rede primária e secundária (hospitais distritais e rurais). A não separação entre financiador e prestador limita a utilização do mecanismo de canalização de fundos (compra de serviços), enquanto instrumento de implementação das políticas de saúde.

A elaboração do Plano Económico e Social e Orçamento (PES/OE) acontece em simultâneo, e a todos os níveis, dificultando a integração e a coerência. Por outro lado, esforços têm estado a ser feitos para institucionalizar a orçamentação por programas, mas a classificação ainda não abrange todos os serviços de saúde e, na prática, continua baseada nos recursos (*inputs*) necessários para a execução das actividades previstas. Em termos de execução do orçamento, ao nível distrital a despesa dos SDSMAS e dos hospitais distritais, ou rurais, é efectivada pela Secretaria Distrital, e está condicionada à execução plena de todos os serviços distritais, de tal modo que, se um deles se atrasa, toda a execução do distrito fica comprometida. A gestão do PROSAÚDE provincial é feita pela DPS, embora implementando as decisões tomadas pelos SDSMAS e hospitais. A descentralização tem reduzido a capacidade de monitoria das alocações e da respectiva execução, por parte das DPS e do nível Central, uma vez que as informações são agregadas por distrito e não por serviços distritais.

2.1.5.2 Recursos Humanos

A disponibilidade de pessoal qualificado tem aumentado nos últimos anos, tendo superado o dobro de trabalhadores entre os anos 2000 e 2010 (15,920 para 34,507), graças à implementação do Plano Acelerado de Formação 2006-09 (PAF I) e ao corrente Plano Nacional de Formação 2011-15, que contemplou essencialmente a construção de novas Instituições de Formação (IdF) e o aumento de salas de aulas nas já existentes, o que aumentou a capacidade de formação em cerca de 1/3, entre 2004 e 2010, bem como a introdução de cursos adicionais para as categorias críticas no apoio (gestão financeira, RH, logística, etc.), que também enfrentam período pós-laboral. Esta última abordagem está a ser implementada em 59 cursos, no PAF II 2013-15 e resultará na graduação adicional de cerca de 1,475 profissionais do nível médio (85%) e básico, o que reforça a prioridade de formação de quadros médios. O número anual de novos ingressos é superior a 2,000, mas ainda inferior ao planificado, e muito aquém de satisfazer as necessidades de pessoal, pois a disponibilidade total de quadros críticos (medicina, enfermagem e saúde materno-infantil) é de 63 por 100,000 habitantes, muito abaixo dos 230 preconizados pela OMS. De facto, com o actual ritmo de formação, o País dificilmente irá responder, minimamente, às necessidades nas próximas décadas, apesar do incremento gradual de instituições públicas e privadas para formação de profissionais de saúde de nível superior, que ainda não atinge os 200 graduados por ano. A disponibilidade de quadros de outras áreas-chave, como nutrição e medicina preventiva, para responder aos actuais problemas de saúde, é igualmente crítica, sem descurar as áreas de apoio (gestão financeira, RH, logística, etc.) que também enfrentam uma séria escassez de pessoal. Por outro lado, a limitada capacidade de absorção de pessoal no sector – cerca de 1,000 a 1,500 funcionários por ano – contra o ritmo anual de graduações (acima de 2,000), por parte das instituições de formação, resulta no aumento do pessoal fora do quadro (mais de 6,000 trabalhadores ou 18% da força de trabalho total), os quais são habitualmente financiados com fundos externos. A colocação do novo pessoal priorizou as áreas mais desfavorecidas, como a zona Norte do País, a qual, ainda assim, tem uma disponibilidade por habitante, bem abaixo da média nacional. A título de exemplo, o número de profissionais de saúde aumentou de 1,019, em 2000, para 2,491 em 2010, na província da Zambézia, significando uma subida de 144%.

A fuga de RH da saúde para o exterior do País nunca foi um problema relevante em Moçambique. Os principais motivos de perdas (2,5% dos trabalhadores em 2010) são as aposentações e as saídas voluntárias. A limitada oferta de alternativas no mercado do sector privado da saúde, e algumas estratégias de retenção (expansão da formação e incentivos para colocação em zonas rurais, etc.), fazem com que o pessoal continue ligado ao SNS, apesar de escalas salariais pouco aliciantes.

A descentralização tem forçado mudanças na gestão de pessoal. Apesar de os técnicos de saúde serem ainda distribuídos pelo nível central, com base nas equipas-padrão, por tipo de US, e colocados pela DPS, que assegura o cabimento

orçamental, os distritos têm autonomia para estabelecer as vagas das carreiras gerais, se bem que as necessidades de pessoal sejam calculadas pelos SDSMAS e DPS, a partir das previsões de saídas de trabalhadores e da construção de novas US (equipas-padrão).

O aumento do número de cursos foi acompanhado pelo crescimento de docentes efectivos, em número e nível de formação, bem como de revisões curriculares. Além disso, em 2008 foi introduzido um sistema de avaliação da qualidade da formação, que compreende padrões de qualidade com indicadores de avaliação em 4 áreas (instrução na sala de aulas e laboratório humanístico, estágios clínicos, infra-estruturas e materiais de ensino; gestãoda IDFs), bem como um processo de avaliação interna bianual e uma externa anual. Em 2012 foi também introduzido o sistema de exame nacional, para cada área de formação, por forma a "nivelar" a qualidade da formação no País. Apesar das melhorias resultantes, a qualidade do ensino continua a ser uma preocupação, uma vez que uma avaliação recente calculou em 70-80% a implementação dos padrões de qualidade nas IdF. O número de universidades que oferecem formação médica tem aumentado e prevê-se que o número anual de graduados possa crescer para 2,000, a partir de 2014.

As actividades de Formação Contínua (FC) são fragmentadas e dispersas devido sobretudo à multiplicidade de programas verticais e iniciativas de cooperação, e os conteúdos dos cursos não estão alinhados com as actividades a realizar, nem com o nível dos participantes. Além disso, a modalidade predominante é ainda a tradicional e escolar, centrada em cursos com pouca ênfase nas competências a serem adquiridas. Não existe ainda um mecanismo de monitorização da qualidade da formação e dos seus efeitos no desempenho e desenvolvimento profissional dos trabalhadores. Está neste momento em elaboração uma estratégia de FC para inverter esta situação.

2.1.5.3 Produtos, Equipamentos e Tecnologias Médicas

A logística dos medicamentos, vacinas, e equipamentos no SNS é realizada ao nível central por duas instituições, cada uma respondendo a uma Direcção específica do MISAU: a Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM), que se ocupa da logística dos medicamentos, testes rápidos e reagentes de laboratório, e o Centro de Abastecimentos (CA), que gere a cadeia de abastecimentos dos consumíveis, material médico-cirúrgico, equipamento médico, mobiliário hospitalar e viaturas. Enquanto a CMAM é responsável pela planificação, procura, importação, armazenagem e distribuição, o mandato do CA começa na armazenagem.

A regulamentação e registo de medicamentos é da responsabilidade do Departamento Farmacêutico (DF). A inexistência de uma Política Farmacêutica aprovada, a não revisão prevista do Formulário Nacional de Medicamentos (FNM) para 2012, o deficiente controlo de qualidade dos medicamentos devido à limitada capacidade do Laboratório Nacional de Controlo de Qualidade dos Medicamentos

(LNCQM), que faz com que apenas os medicamentos suspeitos sejam sujeitos a controlo, caracterizam, comummente, esta área.

A selecção e quantificação de necessidades de medicamentos são feitas pela CMAM e pelos programas de saúde, com base no FNM e no consumo anterior, ao nível dos distribuidores intermédios e não das US, excepto para os kits de medicamentos essenciais (originalmente baseados na notificação do número de consultas e utilizando arbitrariamente um crescimento anual de 10%), programas de controlo de Malária, HIV/SIDA e Tuberculose, que utilizam uma abordagem epidemiológica.

A procura é feita pela CMAM, em concursos nacionais, o que tem acarretado um aumento de custos, estimado em cerca de 30%. O sistema de monitoria das encomendas, e mesmo a qualidade do processo dos concursos, é considerado deficiente. A demora no processo de aquisição obriga ao recurso a compras de emergência, com custos adicionais, quer na operacionalização quer nos próprios medicamentos. Esta situação deve-se, em parte, à inadequação da legislação que regulamenta a aquisição de bens e serviços do Estado ao sistema de procura de medicamentos.

A distribuição dos medicamentos desde o nível central (Maputo e Beira) até ao provincial é da responsabilidade da CMAM. Os depósitos provinciais distribuem mensalmente os medicamentos a nível distrital. Avaliações do Quadro de Avaliação do Desempenho (QAD) indicam uma disponibilidade média de medicamentos acima dos 90%, embora sejam, informalmente, reportadas algumas rupturas de *stock* de produtos essenciais nas USs. Uma das razões apontadas para esta situação é o crescimento exponencial das necessidades de aprovisionamento resultante da expansão do TARV e de outros programas como a Malária, TB, especialidades clínicas, etc. Não existem informações actualizadas quanto ao uso racional dos medicamentos.

O financiamento da área farmacêutica é múltiplo, mas com forte dependência de fontes externas e incluindo donativos em espécie. Segundo o relatório de monitoria do POA da CMAM, a taxa de execução dos fundos alocados para medicamentos, em 2012, era de 99.9%. A uniformização dos preços de venda ao público (taxa única de 5 Meticais por receita), instituída há alguns anos, reduziu a capacidade de recuperação de custos, valores que eram utilizados como fundo de reserva para imprevistos.

O material médico-cirúrgico, outros consumíveis e equipamentos (mobiliário, viaturas, equipamento médico e geral, fichas e impressos) são adquiridos mediante concursos nacionais e internacionais, por quatro tipos de agentes, nomeadamente a UGEA, a CMAM, o Departamento de Infra-estruturas da DPC e parceiros de cooperação. Enquanto a planificação e quantificação das necessidades de material médico-cirúrgico e equipamento são efectuadas pelo Departamento de Logística e

Manutenção, a CA é apenas responsável pelo seu desembaraço aduaneiro, armazenagem e distribuição, desde o nível central atéàs províncias, tendo, para o efeito, aumentado a sua capacidade e agilizado os procedimentos.

Porém, esta multiplicidade de actores nos sistemas de aquisição, o posicionamento e responsabilidades pouco claras dos diferentes intervenientes na cadeia logística e a falta de articulação entre eles, resultam em importantes ineficiências deste sector crucial para o desempenho eficaz dos serviços de saúde.

A introdução e uso de novas tecnologias médicas no sector como o *eHealth*, etc., é ainda incipiente e algo fragmentada, carecendo de uma política clara para um melhor aproveitamento dos benefícios tecnológicos recentes.

2.1.5.4 Sistema de Informação e Monitoria e Avaliação

O Sistema de Informação tem várias componentes. O SIS integrado de M&A (Módulo Básico) agrega e reporta os dados de rotina ao nível das US, em forma de fichas mensais, que são transferidas mensalmente para o SDSMAS, e deste para a DPS e MISAU. Os SIS não integrados são sistemas paralelos desenhados para responder às necessidades de programas específicos. O CLINIQUAL alimenta as intervenções de melhoria da qualidade. O Boletim Epidemiológico Semanal (BES) recolhe, agrega e reporta dados sobre doenças de notificação obrigatória. Alguns programas, como o HIV/SIDA e Nutrição, têm ainda sistemas de vigilância sentinela em US seleccionadas. Recentemente foram introduzidos os Sistemas de Vigilância Demográfica, presentes apenas em 3 distritos, e o Sistema de Vigilância da Mortalidade (SIS-ROH) ao nível dos hospitais. Finalmente, os inquéritos populacionais coordenados pelo INE são também relevantes para o sector.

As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) estão presentes nas DPS, SDSMAS e em alguns hospitais, embora o acesso à internet seja limitado em muitas áreas do País. O site do MISAU está sendo reformulado e a arquitectura do SIS está em processo de revisão. De acordo com as ACAs, a qualidade dos dados medida como concordância entre o notificado e o disponível na fonte, está a melhorar, mas são precisos ainda mecanismos para monitorar e avaliar, rotineiramente, a qualidade dos dados produzidos.

2.1.5.5 Estrutura de Governação do sector da saúde

Existe evidência cada vez mais crescente de que a governação do sector de saúde joga um papel importante no desempenho (positivo ou negativo) do sistema de saúde. Com efeito, a resposta adequada às necessidades da população requer uma combinação complexa de requisitos e habilidades médicas, científicas, políticas e organizacionais unificadas. Das várias dimensões da governação, esta secção descreve sucintamente a estrutura formal de governação do sector, ficando as análises mais detalhadas desta componente para o capítulo 5.2.

Tradicionalmente, a governação do sector é feita a 3 níveis, designadamente central, provincial e distrital, cada um com responsabilidades específicas e directas sobre os 4 níveis de atenção da saúde. Habitualmente, a estrutura organizacional dos níveis periféricos tende a espelhar a do nível central. Contudo, a política de descentralização em implementação no sector público está a transformar a estrutura de governação, outrora de base sectorial, numa de base territorial, afectando sobretudo a forma como as instituições se relacionam e estruturam, incluindo no sector da saúde. Assim, o MISAU tem a responsabilidade de elaborar as políticas e estratégias do sector, coordenar a elaboração de planos, mobilizar e alocar fundos, monitorizar, quer a implementação dos planos como o estado de saúde da população, fiscalizar e supervisionar a prestação de serviços, bem como coordenar os diferentes actores nacionais e internacionais, com quem são criadas parcerias. A Direcção Provincial de Saúde (DPS) é parte do Governo Provincial e presta contas ao Governador da Província. Tem a função de coordenar a elaboração e implementação de planos sectoriais provinciais, e monitorizar o seu cumprimento, assim como distribuir recursos e dar suporte logístico e técnico aos serviços distritais. O Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS) faz parte da Administração Distrital e presta contas ao Administrador do Distrito, tendo como funções a gestão dos recursos da saúde e a prestação de serviços à população. Os Municípios têm também competências na área de saúde, que incluem a “gestão corrente das US do nível primário” e “participar, fazer propostas e dar parecer sobre as metas a atingir para cada um dos programas de saúde”. Devido à capacidade dos Municípios de angariar fundos através de receitas próprias, e a sua relação directa com o nível central do Governo (e a não prestação de contas ao Governo Provincial), espera-se que esta venha a ser a primeira experiência de devolução no sector da saúde, e não só. Contudo, as funções que devem ser transferidas para os níveis mais periféricos do sistema ainda não estão claramente definidas, e, até ao momento, não foi realizada nenhuma transferência de recursos (rede sanitária, RH, etc.) ou responsabilidades para os municípios. Por outro lado, a afectação de recursos aos órgãos locais – Governos Provinciais, Secretarias Distritais, Municípios, Hospitais Provinciais, DPSs e outros – é realizada directamente pelo Ministério das Finanças. Estas Unidades de Gestão Beneficiárias (UGBs) têm autonomia de gestão, mas os tectos orçamentais são fixados pela unidade administrativa da qual dependem (P.e., as dotações orçamentais para as Secretarias Distritais são fixadas pelo Governo Provincial); os municípios têm maior grau de autonomia e podem arrecadar receitas próprias e decidir a sua utilização. Porém, e apesar da importância atribuída à descentralização, na prática os recursos ainda estão concentrados nos níveis superiores. Segundo o RSS, em 2010 menos de 1% das despesas do Governo foi realizada pelos municípios e apenas 4.8% pelo nível distrital.

Embora na lei exista uma separação de funções entre o MISAU e a SNS (rede sanitária de prestação de serviços), na prática, o MISAU, as DPS e SDSMAS combinam as funções de órgão financiador, supervisor e prestador de serviços,

tornando difícil a inspecção do SNS. Além disso, não existe na estrutura orgânica do MISAU nenhuma unidade com responsabilidade sobre o sistema distrital de saúde, nem mesmo da rede primária de prestação de serviços. Aliás, as transformações estruturais centrais não têm reflectido o processo de descentralização, em curso no sector público, mantendo uma estrutura algo pesada e de certa forma verticalizada.

A planificação no sector saúde enquadra-se no ciclo de planificação do Governo. O Plano Quinquenal do Governo, que orienta o PARP, é o nível de planificação estratégica de médio prazo do governo, e tem o PESS como instrumento de materialização, ainda que, desfasado dos primeiros, em termos temporais. O Cenário Fiscal de Médio Prazo (CFMP), do qual o sector saúde faz parte, traduz os planos estratégicos em prioridades efectivadas, na afectação de recursos, e facilita a elaboração dos planos anuais. Existe, por outro lado, a chamada orçamentação por programas, que visa assegurar a ligação e harmonização dos planos, mas ainda está numa fase incipiente. A partir destes instrumentos de nível superior, o sector integra-se dentro dos documentos de planificação territoriais, a todos os níveis, desde o Plano Económico e Social (PES) e OE do Governo até ao equivalente Plano Económico e Social e Orçamento Distrital (PESOD) no nível distrital. Dentro do sector saúde, existe uma miríade de planos estratégicos, elaborados por programas e serviços, nem sempre harmonizados, com periódicidade de implementação diferente, e que reflectem uma lógica de abordagem verticalizada. No geral, o uso da evidência científica e da consideração do género, nestes planos, é ainda débil.

Os três níveis de gestão (MISAU, DPS e SDSMAS) estabelecem e coordenam as relações com os múltiplos parceiros do sector, quer nacionais, quer internacionais, dentro e fora do governo. Memorandos de Entendimento (MdE) com alguns sectores do Governo e a participação em grupos de trabalho multissectoriais asseguram a frágil colaboração intersectorial. A sociedade civil, com formas mais ou menos formais de associação, apresenta desafios específicos no seu relacionamento com o MISAU, nos seus vários níveis: apenas no nível distrital estão preconizados comités de co-gestão das USs e os conselhos consultivos locais, estes últimos como parte da política de descentralização do Governo central. Parceiros de cooperação –individual ou colectivamente– contribuem financeira e tecnicamente para a elaboração e implementação das políticas de saúde. Um grupo de doadores coopera com o MISAU na Abordagem Sectorial Ampla (*SWAp*), formalizada através de acordos de cooperação, MdEe Códigos de Conduta, a qual canaliza fundos externos como ajuda orçamental ao sector, na forma do fundo PROSAÚDE e/ou através de financiamentos verticais (off-Budget), utilizando mecanismos comuns de coordenação, mas também mecanismos paralelos, algumas vezes examinados como custos de transacção daí decorrentes. A importância do sector privado pode vir a crescer no futuro, quer na forma de parcerias público-privadas (PPP), como sucede com o impacto dos grandes projectos de investimento privado na sustentabilidade do sector público de saúde.

2.2 Sumário dos problemas e prioridades do sector de saúde

Apesar de melhorias documentadas, o actual estado de saúde da população moçambicana sugere a necessidade de acelerar os progressos na redução dos elevados índices de mortalidade materna e neonatal, por complicações da gravidez, parto e perinatais, incluindo a redução do risco resultante das elevadas taxas de fecundidade e de malnutrição. Para além dos problemas específicos de saúde materno-infantil, o peso da doença continua a ser dominado por doenças preveníveis, ou pela mudança de comportamento, ou por medidas de controlo, nomeadamente da Malária, HIV, TB e DNT. Contudo, as DNTs e o trauma, caracterizados por evolução crónica, começam a influenciar o perfil epidemiológico do País e a competir pelos escassos recursos existentes. Além disso, a vulnerabilidade aos desastres naturais e a ocorrência de surtos epidémicos coloca desafios adicionais à capacidade de resposta do sistema de saúde. O carácter jovem da população moçambicana e a crescente urbanização aumentam a pressão sobre os serviços. Os determinantes destes problemas de saúde não dependem somente do sector de saúde e afectam os moçambicanos de forma desigual, incidindo mais sobre os pobres vivendo nas zonas rurais e nas províncias da Zambézia e da região norte do País. Este perfil ressalta a necessidade de concentrar os recursos do sistema em intervenções de promoção de saúde e prevenção das doenças, com enfoque na população infanto-juvenil e na redução das iniquidades geográficas, socioeconómicas e de género.

Há que salientar igualmente os progressos assinaláveis registados na mortalidade em menores de cinco anos, particularmente a infantil, bem como no controlo de alguns problemas de saúde pública como a Lepra, embora estes melhoramentos também se distribuam de forma desigual na população.

Por isso, acelerar os progressos nas áreas de fraco desempenho e suster os ganhos alcançados requer um sistema de saúde forte e funcional, capaz de reduzir as iniquidades no estado de saúde da população através do aumento do acesso a intervenções que salvam vidas, da melhoria da qualidade dos serviços prestados para produzirem o efeito desejado, da promoção e fortalecimento da colaboração intersectorial, tendo em conta o carácter multissectorial dos problemas de saúde, e parcerias para colmatar as limitações dos serviços públicos de saúde, e assegurar o uso eficiente dos escassos recursos disponíveis. Porém, o actual sistema de saúde enfrenta vários desafios:

A rede sanitária, para além de não dispor de condições básicas (RH, equipamento e medicamentos) e infra-estruturais para oferecer um pacote mínimo de intervenções imprescindíveis, ainda não está ao alcance da maioria da população, sobretudo dos mais vulneráveis em termos de condição socioeconómica, geográficos, de residência, género, idade e condição física. Por outro lado, a fraca qualidade das intervenções e do sistema de referência limita o impacto dos serviços prestados.

Em termos de governação, existem muitas políticas e estratégias orientadoras que promovem o desenvolvimento da saúde, mas apresentam potencial para sobreposição, fragmentação e descoordenação. A estrutura pesada e centralizada de governação do sector, aliada à fraca capacidade de gestão no nível periférico, bem como o sistema de gestão e planificação verticalizado e pouco participativo, e a deficiente prestação de contas contrastam com o processo e propósito da descentralização em curso no sector público. Além disso, a fraca colaboração intersectorial, de coordenação e aproveitamento das potenciais parceiras com os sectores comunitário, privado lucrativo e não lucrativo, limita a capacidade de resposta do sistema aos problemas de saúde.

O subfinanciamento crónico do sector de saúde, agravado pelas ineficiências na alocação e utilização transparente dos parcos recursos disponíveis, limita o espaço fiscal para a saúde, condicionando, desta forma, a quantidade e qualidade da provisão descentralizada de serviços de saúde. A forte dependência externa, sobretudo de fundos verticais, apresenta desafios adicionais em termos de eficiência na alocação e capacidade na planificação (harmonização dos planos), execução (unidades de gestão específicas) e monitoria (procedimentos contabilísticos diferentes) dos recursos financeiros, e, sobretudo, na sustentabilidade do sector.

A reduzida capacidade de produção e absorção de RH é uma das maiores condicionantes da disponibilidade de profissionais de saúde qualificados no País. A sua distribuição desigual e deficientes condições de trabalho, sobretudo nas zonas rurais, desmotiva o pessoal e também perpetua as iniquidades no acesso e qualidade dos serviços de saúde.

O deficiente funcionamento da cadeia logística de medicamentos e artigos médicos potencia a fraca qualidade dos serviços e contribui para as ineficiências do sector.

A tomada de decisão com base na evidência, nos vários níveis do sector, é afectada pela indisponibilidade de dados atempados e fiáveis, bem como pelo fraco sistema de M&A do desempenho do sector.

Se bem que o sector precise de mais e melhores serviços de saúde para acelerar os progressos nas áreas-chave com fraco desempenho, a maioria destes problemas programáticos, que afectam o desempenho do sector, são de origem sistémica e requerem mudanças profundas, que sejam holísticas, transversais, consensuais e baseadas em evidências sólidas, para sustentarem os ganhos actuais e futuros do sistema de saúde.

3. Visão, missão, princípios orientadores e prioridades do PESS

A aspiração de todos os moçambicanos é de uma sociedade desenvolvida e produtiva na qual todos possam ter acesso as necessidades básicas de comida, casa, saúde e educação ao longo da vida. O papel do sector da saúde para alcançar essas ambições é de proteger, promover e restaurar a saúde da população sob a liderança do MISAU.

A visão, missão e os princípios orientadores descritos abaixo, os quais adoptam a abordagem dos direitos humanos para a saúde, reflectem os valores e as aspirações de longo prazo dos moçambicanos. Esta abordagem visa concretizar o direito à saúde e outros direitos humanos co-relacionados, que já aparecem reflectidos no quadro legal moçambicano. Segundo a OMS, isto significa integrar as normas e princípios dos direitos humanos no desenho, implementação, monitoria e avaliação das políticas e programas relacionadas com a saúde. Estes incluem a dignidade humana, atenção às necessidades e direitos dos grupos vulneráveis, sem descriminação de qualquer espécie, a participação e prestação de contas, e uma ênfase em assegurar que o sistema de saúde é acessível a todos, tendo em conta os elementos de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade. O MISAU espera que todos os envolvidos no sector de saúde, desde o posto de saúde até ao nível quaternário de prestação de cuidados de saúde, e todos os seus parceiros, se guiem por estes princípios nas diversas formas de provisão de cuidados de saúde.

3.1 Visão

A declaração da visão para o futuro, expressa abaixo, tem o propósito de orientar o estabelecimento de metas e pontos de referência para o curto e médio prazos. Ela vai para além do período de vigência do actual PESS, assumindo-se que possa permanecer relativamente estável ao longo dos anos, e procura enquadrar o papel do sector na agenda nacional de desenvolvimento. Assim, a visão do sector para os próximos anos será a de:

> ***Assegurar, progressivamente, a cobertura universal de saúde por forma a contribuir para que todos os Moçambicanos, em especial os grupos mais vulneráveis, possam desfrutar da melhor saúde possível, a um custo comportável (para o País e cidadãos), contribuindo, assim, para o combate à pobreza e para a promoção do desenvolvimento nacional***

Esta afirmação traduz o compromisso do sector em relação ao conceito de cobertura universal de saúde[12], mostra o reconhecimento, por parte do sector, da

[12]A Cobertura Universal de Saúde é definida como a garantia de que todas as pessoas tenham acesso aos serviços de saúde promotivos, preventivos, curativos e reabilitativos de que necessitam, de suficiente qualidade para serem efectivos, garantindo também que não sejam expostas a dificuldades financeiras ao pagarem por estes serviços

importância do papel dos outros sectores na melhoria do estado de saúde, bem como destaca, implicitamente, a necessidade de colaboração intersectorial; exprime a universalidade dos benefícios (todos os moçambicanos), tendo em conta a abordagem de direitos humanos em saúde, incluindo o princípio de atenção às necessidades e direitos dos grupos mais vulneráveis, particularmente as mulheres, crianças, adolescentes e jovens; pretendendo-se também que a provisão de serviços produza os melhores resultados de saúde a um custo que as famílias/indivíduos possam pagar, sem risco de empobrecimento ou barreira ao acesso, e que o estado possa financiar de forma sustentável. Finalmente, o contributo para o combate à pobreza e promoção do desenvolvimento nacional ilustra não só o enquadramento da visão na agenda política nacional, mas também reflecte o impacto da saúde no desenvolvimento económico.

3.2 Missão

Por seu turno, a declaração da missão procura expressar o mandato e compromisso do sector e orientar o processo de tomada de decisão estratégica. Assim, o MISAU pretende:

> ***Liderar a produção e a prestação de mais e melhores serviços de saúde essenciais, universalmente acessíveis, através de um sistema descentralizado que privilegie as parcerias, para maximizar a saúde e o bem-estar de todos os moçambicanos, de modo a levarem uma vida produtiva rumo ao desenvolvimento pessoal e nacional***

A missão reflecte a vontade política do MISAU de, efectivamente, dirigir a prestação de melhores serviços para acelerar os progressos nas áreas prioritárias, bem como introduzir reformas centradas na descentralização e fortalecimento das parcerias para melhor responder às necessidades dos cidadãos e tirar o maior proveito dos benefícios de saúde. Desta forma os cidadãos poderão desfrutar de melhores oportunidades para uma vida saudável e produtiva, que os conduza a mais benéficas condições de vida e lhes possibilite dar o seu contributo para o desenvolvimento nacional.

3.3 Princípios orientadores

Princípios do PESS

1. Cuidados de Saúde Primários
2. Equidade
3. Qualidade
4. Parcerias
5. Envolvimento comunitário
6. Investigação e Inovação tecnológica
7. Integridade, trasnparência e prestação de contas

Os programas e investimentos para alcançar os objectivos do sector de saúde basear-se-ão nos princípios a seguir descriminados. Estes reflectem os valores que o cidadão moçambicano preza, tais como equidade, parcerias/solidariedade e mobilização comunitária, bem como a realidade revelada pela análise da situação do sector da saúde, nomeadamente a deficiente qualidade e acessibilidade dos serviços de saúde, notórias desigualdades sociais em saúde e cuidados de saúde e falta de responsabilização na prestação de cuidados de saúde.

3.3.1 Cuidados de Saúde Primários

Promover o acesso universal aos cuidados de saúde, com enfoque nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Isto significa a prestação de serviços integrados e contínuos, acessíveis, localmente relevantes e aceitáveis, com tecnologia apropriada, participação e apropriação pela comunidade.

O sector de saúde guia-se por um conjunto de princípios, que reflectem os valores fundamentais dos moçambicanos. Estes princípios incluem os valores básicos dos cuidados primários de saúde, que constitui o modelo usado na prestação de cuidados de saúde, em Moçambique.

Valores e abordagem dos Cuidados de Saúde Primários

Os CSP têm como valores básicos o acesso universal, a equidade, a participação e colaboração intersectorial. A abordagem dos CSP enfatiza também a importância da promoção da saúde e do uso de tecnologias apropriadas. O termo significa também a maneira como a organização dos cuidados de saúde, na qual o nível primário, ou nível de primeiro contacto – normalmente no contexto de saúde a nível distrital – actua, como um "motor" no sistema de prestação de cuidados, no seu todo. O princípio de providenciar tantos ou mais cuidados de saúde quanto possível, logo no primeiro ponto de contacto, de forma efectiva e suportada pelo nível secundário, que se concentra em cuidados de saúde mais complexos, continua sendo a aspiração de muitos países africanos, e não só. O conceito de cuidados de saúde primários integrados é visto na perspectiva do indivíduo: o objectivo é desenvolver mecanismos de prestação de serviços que encorajem a continuidade do cuidado para o indivíduo, dentro do sistema, a vários níveis de cuidados e ao longo da sua vida[13]

3.3.2 Equidade

Assegurar a equidade na alocação, prestação e utilização dos serviços de saúde de modo a que a localização geográfica, as relações de género, a situação económica, ou a condição de saúde não constituam barreira para o uso dos serviços.

3.3.3 Qualidade

Proporcionar serviços de saúde atempados (pontualidade) que atinjam os resultados desejados (eficácia), sem provocar danos ao utente, provedor e ao ambiente (segurança), e que respeitem as necessidades e preferências dos utentes (humanizantes).

3.3.4 Parcerias

Promover parcerias com os diversos actores de forma a maximizar os ganhos em saúde. O Sector vai privilegiar a colaboração intersectorial com outros sectores do Governo para influenciar positivamente os determinantes de saúde, as parcerias público-privadas e com agências internacionais, para a mobilização de recursos adicionais, e com a Sociedade Civil e ONG´s para potenciar a advocacia e a provisão de serviços.

[13] WHO 2007. Everybodybusiness

3.3.5 Envolvimento Comunitário

Empoderar e incentivar as iniciativas comunitárias para que a população seja um parceiro activo e respeitável na produção, gestão e utilização dos serviços de saúde, a todos os níveis. Para o MISAU, envolvimento comunitário significa trabalhar activamente com as comunidades, para que elas estejam organizadas e capacitadas para identificar os seus problemas de saúde e definir acções que conduzam á promoção da sua saúde e à prevenção de doenças.

3.3.6 Investigação e Inovação tecnológica:

Promover a adopção e uso de inovações tecnológicas relevantes para o contexto da prestação dos Serviços de Saúde de Moçambique, através da investigação científica e incentivos à inovação, de modo a maximizar os ganhos em saúde.

3.3.7 Integridade, Transparência e prestação de contas:

Promover um sector de saúde onde todos os actores sejam honestos, fidedignos, avessos à corrupção no exercício das suas funções oficiais (integridade), privilegiando o acesso livre e atempado a informação confiável sobre as decisões e o desempenho do sector (transparência), no qual o relato sobre o uso de recursos públicos e a responsabilização pelo incumprimento sejam uma prática corrente e regular, a todos os níveis (prestação de contas).

O PESS 2014-19 focaliza a sua atenção nestes princípios, apresentando-os mais adiante em forma de objectivos estratégicos, os quais irão orientar as actividades do sector da saúde ao longo dos próximos cinco anos e assegurar que este enfoque não seja diluído.

3.4 Prioridades de saúde e objectivos estratégicos do PESS

A análise de situação apresentada no Cap. 2 mostrou progressos variados na melhoria do estado de saúde e na redução do peso da doença, bem como a sua distribuição desigual pela população e território nacional: alguns mostram estagnação ou lenta redução e outros progressos assinaláveis, embora ainda aquém do desejável. A maioria das condições de saúde, senão todas, é passível de ser prevenida com intervenções de promoção de saúde e/ou de prevenção da doença. Assim, o PESS define como prioridades de saúde as seguintes:

- Acelerar os progressos na redução da mortalidade materna e neonatal, incluindo a redução das taxas de fecundidade geral
- Acelerar os progressos na redução da malnutrição crónica
- Reduzir o peso das doenças endémicas, nomeadamente a Malária, HIV, TB e DNT
- Sustentar os ganhos na redução da mortalidade em menores de cinco anos
- Suster ou reduzir a tendência progressiva das DNT e o trauma

Para acelerar os almejados progressos torna-se necessário providenciar mais e melhores serviços, a curto prazo, de forma a satisfazer também os compromissos do Governo, em particular os ODMs, bem como fortalecer (reformar) de forma holística e profunda o sistema de saúde moçambicano para sustentar os ganhos actuais e futuros. Estas duas abordagens são descritas com mais profundidade no capítulo 4, enquanto as metas e intervenções-chave, para cada uma destas prioridades, são apresentadas no capítulo 5. Com base nestas prioridades de saúde e nos problemas de base reflectidos nos princípios orientadores acima, definem-se os seguintes objectivos estratégicos, para inverter este cenário e orientar a definição dos objectivos e estratégias programáticos descritos no capítulo 5.1[14]:

3.4.1 *Objectivo estratégico 1: Aumentar o acesso e utilização dos serviços de saúde*

A. Aumentar o acesso aos serviços de saúde promotivos, preventivos, curativos e de reabilitação, com destaque para intervenções de comprovado custo-eficácia.

Intervenções-Chave

- Expandir a rede sanitária, sobretudo do nível primário e para as zonas rurais e peri-urbanas, assegurando o seu apetrechamento adequado (equipa mínima de saúde, equipamento básico, medicamentos e material médico-cirúrgico essenciais, água e energia)
- Fortalecer o sistema referência, em particular do nível II, para assegurar a continuidade dos cuidados de saúde
- Intensificar as actividades de promoção de saúde com vista à mudança dos estilos de vida e prevenção de comportamentos de risco
- Expandir as actividades de prevenção de doença, incluindo o fortalecimento das brigadas móveis
- Ampliar e fortalecer os serviços de base comunitária, com enfoque nos APEs e outros ACSs

Principais resultados esperados

- Alargada a cobertura das acções de prevenção (cobertura CPP, PTV, vacinal, etc.)
- Melhorados os conhecimentos, atitudes e práticas em relação aos principais problemas de saúde (estilos de vida, comportamentos de risco e de procura de serviços)

[14]Os objectivos estratégicos, intervenções-chave e resultados aqui descritos reflectem os assuntos transversais do PESS para melhorar o estado de saúde da população, no seu todo, enquanto os objectivos específicos e estratégias do capítulo 5 indicam a contribuição específica de cada programa de saúde e área de apoio, para que se alcancem os objectivos estratégicos e, consequentemente, os indicadores específicos do estado de saúde.

B. Aumentar a utilização dos serviços de saúde existentes

Intervenções-Chave

- Intensificar acções de introdução da procura pelos serviços e programas de saúde, com enfoque nos programas prioritários
- Remover as barreiras ao acesso (financeiras, género, culturais, qualidade do atendimento, disponibilidade de medicamentos, etc.)
- Promover a participação comunitária na gestão das US e dos programas de saúde no geral (planificação, implementação, M&A)

Principais resultados esperados

- Alargadas as CE/hab e UA/hab
- Aumentada a densidade de profissionais de saúde (Profissionais de saúde/habitante)
- Acrescida a proporção de US com comités de co-gestão funcionais

3.4.2 *Objectivo Estratégico 2: Melhorar a qualidade dos serviços prestados*

Intervenções-Chave

- Garantir a humanização no atendimento, com base em serviços orientados para o utente
- Desenvolver e implementar normas, padrões de atendimento e protocolos de procedimentos médicos e das áreas de apoio
- Assegurar RH motivados e com as qualificações e quantidades necessárias
- Fortalecer o sistema logístico de forma a evitar rupturas de stock de medicamentos e outros insumos básicos
- Instituir sistemas de acreditação das USs, incluindo segurança do paciente e dos profissionais de saúde, Carta dos Direitos e Deveres dos Pacientes, Padrões de Cortesia, etc.

Principais resultados esperados

- Reduzidos os índices de mortalidade geral intra-hospitalar
- Aumentado o Nº ou % de US acreditadas para AIDI
- Reduzida a ruptura de *stock* de medicamentos nas USs e depósitos distritais e provinciais
- Intensificada a implementação das normas de SMI (cobertura de 4 CPN, taxa de nati-mortalidade com foco positivo à entrada, etc.)
- Reforçada a cura e o sucesso de tratamento (taxa de cura por desnutrição aguda, taxa de sucesso de TB e TB-MR, etc.)

3.4.3 *Objectivo Estratégico 3: Reduzir as desigualdades geográficas, e entre grupos populacionais, no acesso e utilização de serviços de saúde*

Intervenções-Chave

- Desenvolver e assegurar a implementação de mecanismos de alocação/afectação de recursos (fundos, RH, medicamentos) baseados nas necessidades/equidade[15]
- Desenvolver e implementar um sistema de planificação e alocação ("interna") que favoreça as intervenções-chave dos programas prioritários do sector
- Fortalecer os mecanismos de protecção social dos grupos vulneráveis (serviços gratuitos, isenções, *riskpooling*, etc.)

Principais resultados esperados

- Redução dos índices de iniquidade nos Fundos alocados/capita e despesa/capita, na distribuição de RH "críticos", US/hab, medicamentos essenciais, desagregados por província/distrito
- Redução dos índices de iniquidade nas CE/hab e UA/hab, desagregados por província/distrito

3.4.4 *Objectivo Estratégico 4: Melhorar a eficiência na prestação de serviços e utilização de recursos*

Intervenções-chave

- Desenvolver e implementar um pacote básico/mínimo de serviços/intervenções de saúde por nível de atenção, que responda às necessidades de saúde e que seja custo-efectivo (tipo e nível das intervenções, integração de serviços, etc.)
- Desenvolver e implementar mecanismos para a melhoria do desempenho hospitalar
- Identificar áreas de ineficiências (produtividade de pessoal, práticas clínicas, nível das intervenções, despesa orçamental, sistema de procura, desperdício, uso indevido de medicamentos, material médico-cirúrgico e outros bens, etc.) e desenvolver medidas de mitigação
- Mobilizar recursos adicionais para a implementação do pacote básico/mínimo de serviços de saúde, incluindo relocação/reinvestimento de recursos poupados, e assegurar a sua alocação atempada
- Introduzir mecanismos de programação de actividades orientadas para resultados na planificação anual, orçamentação, M&A, etc., nos vários níveis de atenção de saúde, incluindo incentivos/financiamento baseados no desempenho

- [15]needs/equity based allocation mechanisms")

Principais resultados esperados

- Aumentada a % de US que implementam o pacote mínimo/básico de serviços, incluindo COEmB e COEmC
- Melhorada a alocação de recursos por Província
- Aumentada a produtividade pessoal (Unidade Atendimento/profissional)
- Aumentada a % de distritos que submetem informação completa e dentro do prazo, dentro do SIS
- Aumentada a taxa de execução orçamental, desagregada por província e distrito
- Reduzidos os índices de desperdício/ineficiências (quebra vacinal, medicamentos expirados, etc.)

3.4.5 *Objectivo Estratégico 5: Fortalecer as parcerias para saúde na base do respeito mútuo*

Intervenções-chave

- Definir e implementar mecanismos institucionais eficazes, de colaboração intersectorial, com vista a reduzir os efeitos e iniquidades dos determinantes de saúde, bem como facilitar o processo de descentralização do sector
- Rever e implementar mecanismos de envolvimento da Sociedade Civil no desenho, implementação e M&A das políticas e programas de saúde,nos vários níveis do sector
- Elaborar e implementar uma estratégia para o estabelecimento de Parcerias Público- Privadas (PPP), que apoiem a mobilização de recursos adicionais para a saúde e contribuam para a melhoria do acesso e utilização dos serviços de saúde
- Fortalecer os mecanismos de diálogo e relacionamento com os parceiros de desenvolvimento, com vista a restabelecer a confiança mútua e reforçar o papel de liderança do MISAU
- Rever os mecanismos de relacionamento com as ONGs (nacionais e internacionais) com vista a fortalecer o seu papel de advocacia e de apoio à implementação dos programas de saúde

Principais resultados esperados

- Aumentado o número de mecanismos formais (protocolos, MdE, etc) estabelecidos com os sectores do governo relevantes nos determinantes de saúde
- Aumentados os fóruns de participação efectiva das Organizações da Sociedade Civil (OSC) e de programas de base comunitária (US com comités de co-gestão, etc.).
- Aumentadas as iniciativas de PPP
- Aumentada a proporção de fundos externos *on-budgeteon-cut*
- Actividades das ONGs enquadradas nos PESOD e PESOPs

3.4.6 *Objectivo Estratégico 6: Aumentar a transparência e prestação de contas na forma como os bens públicos são utilizados*

Intervenções-chave

- Fortalecer os sistemas contabilísticos e de "procura", nos vários níveis do sector
- Desenvolver uma estratégia de comunicação que privilegie o acesso e partilha inclusiva de informação sobre as decisões políticas e desempenho do sector
- Estabelecer mecanismos efectivos de participação da sociedade civil na monitoria da utilização dos bens públicos alocados à saúde

Principais resultados esperados

- Aumentada a proporção de auditorias com opinião sem qualificações,em todos os níveis do sector (desagregação por província)
- Aumentada a Despesa executada como percentagem do orçamento aprovado do sector saúde

3.4.7 *Objectivo Estratégico 7: Fortalecer o sistema de saúde moçambicano*

Intervenções-chave

- Implementar o Plano Acelerado de Reformas Institucionais[16]
- Desenvolver uma agenda de reformas para o fortalecimento efectivo de todas as componentes do sistema de saúde, tendo como foco a descentralização
- Capacitar os sistemas distritais de saúde para a implementação dos objectivos estratégicos e preparação para a descentralização efectiva

Principais Resultados esperados

- Agenda de reformas aprovada de forma consensual e participativa
- Sistemas distritais de saúde capacitados em matéria de descentralização, planificação, gestão, negociação, liderança, etc.

Grande parte das intervenções-chave dos objectivos estratégicos 1 e 2 contribuem para acelerar os progressos acima mencionados, através de mais e melhores serviços, enquanto os objectivos 3 a 6 se enquadram melhor nas reformas que farão parte do objectivo 7, se bem que, algumas acções pontuais sejam necessárias nestes últimos, para acelerar os progressos (mais e melhores serviços). Estas duas abordagens são descritas no capítulo que se segue.

[16] As acções previstas neste plano estão inseridas nas estratégias do Cap. 5.2

4. Abordagem do PESS

"Para enfrentar os desafios, devemos entender as melhores abordagens e implementar os melhores programas"

Autor: Global Health - Science and Practice Journal

A solução para conciliar a necessidade imediata de serviços de saúde de rotina com os requisitos de longo prazo relacionados com o fortalecimento do sistema de saúde assenta em duas abordagens fundamentais, ou pilares, propostos neste PESS.

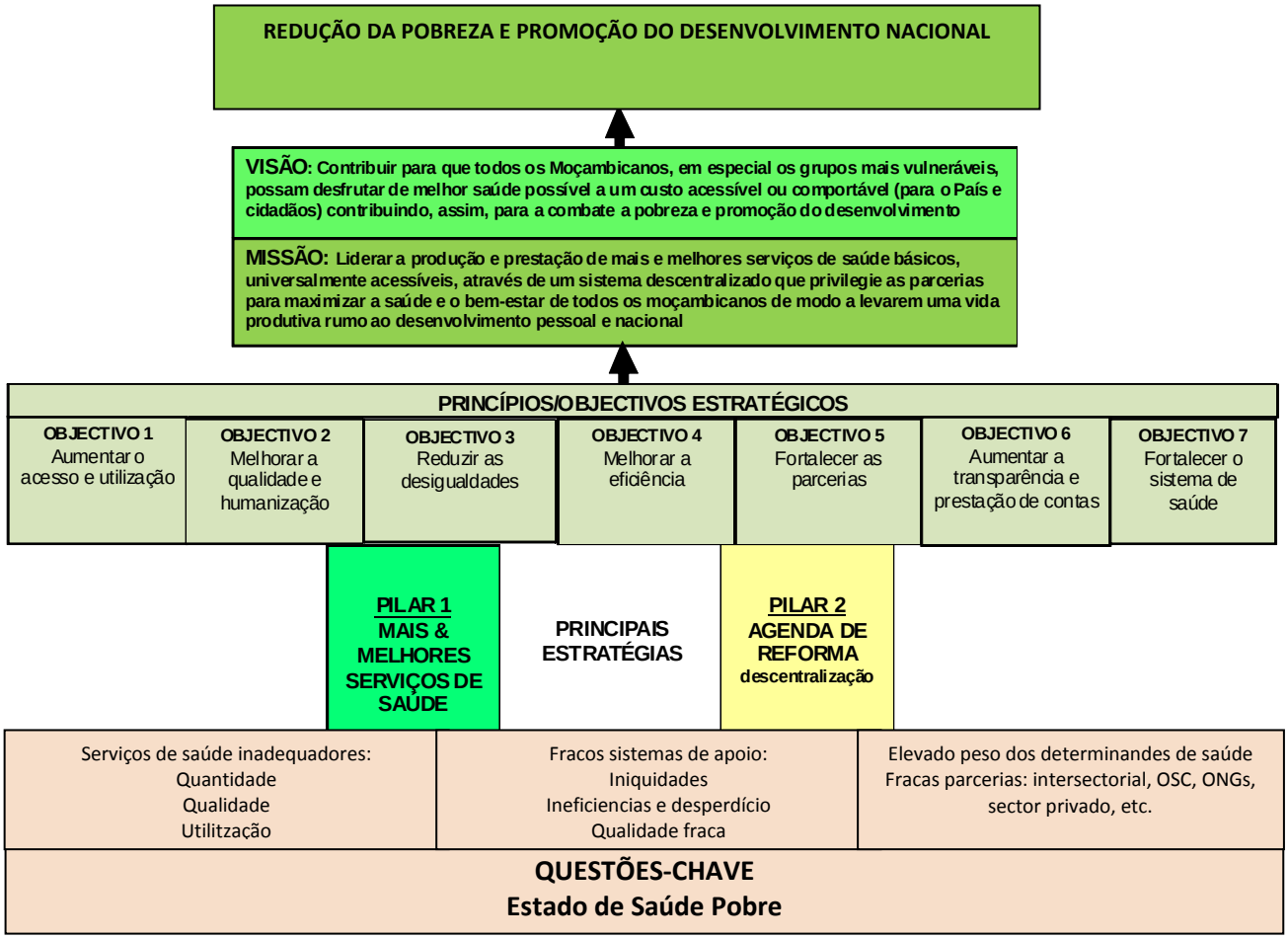
O primeiro, chamado **Pilar de "Mais e Melhor" serviços** visa continuar a prestação dos serviços de saúde de rotina e programas, com pequenas mas importantes mudanças (ganhos rápidos ou *"quick wins"*), que vão ajudar a acelerar os progressos nas áreas prioritárias com lenta progressão, sobretudo através da melhoria do acesso e utilização, e da qualidade dos serviços.

O segundo pilar tem como objectivo sustentar os ganhos actuais e futuros no estado de saúde, com equidade e eficiência,mediante mudanças fundamentais para o fortalecimento do sistema de saúde, aqui designado por **Pilar das Reformas de Saúde**. Ao longo dos próximos três anos, o MISAU vai trabalhar com todos os seus parceiros para definir claramente o roteiro a seguir para a reforma do sector da saúde. Portanto, nesta primeira fase, serão identificados, por um lado, os problemas fundamentais ou estruturais do sector/sistema de saúde, que exijam reformas ou que venham a ser resolvidos pela reforma. Por outro lado, será definida uma abordagem de implementação das reformas (p.e. incremental) que seja consentânea com a capacidade institucional, e sem prejuízo da prestação de cuidados de saúde.

O MISAU reconhece o grande desafio de equilibrar a pressão para se atingirem metas ambiciosas e acelerar os progressos almejados no Pilar I, com a necessidade de capacitação institucional e reformas, que fortaleçam o sistema de saúde,a fim degarantir os ganhos ora alcançados, e os vindouros. Daí que estejam previstos alguns arranjos institucionais para uma gestão eficaz do Pilar II.

A Figura 3 apresenta o quadro conceptual que mostra o enquadramento destes pilares na prossecução dos objectivos estratégicos e globais do sector de saúde, bem como da agenda política nacional.

Figura 3. Quadro conceptual do PESS 2014-2019



4.1 Mais e Melhores Serviços de Saúde

O Pilar I do PESS concentra-se em melhorar a prestação de serviços de rotina, enquanto o sector desenvolve e implementa a sua agenda de reformas para melhorar, a longo prazo, a funcionalidade e o desempenho do sector, no seu todo. Assim, nos próximos 2-3 anos, o sector de saúde vai introduzir, ou reforçar, algumas alterações, para garantir que os programas e serviços de saúde produzam mais e melhores resultados, em função dos seus compromissos para como povo Moçambicano, bem como compromissos internacionais assumidos pelo Governo. Os critérios para orientar estas melhorias são derivados dos princípios acima discutidos.

Os principais critérios são o ***acesso, utilização, qualidade, equidade e eficiência***, embora os dois últimos sejam abordados com mais profundidade nas reformas. O PESS apresenta definições operacionais destes valores, baseadas no contexto em que podem ser aplicadas a curto prazo, com os recursos, capacidade técnica e de gestão actuais. Uma definição mais abrangente destes critérios será feita no âmbito da agenda de reforma da saúde. A implicação prática para os serviços de saúde é desenvolver indicadores para monitorar esses critérios, durante a vigência do PESS 2014-19.

4.1.1 Acesso a serviços de saúde de rotina

Para o propósito do PESS 2014-19, o acesso é definido como a disponibilidade de um conjunto de intervenções-chave de saúde, promotivas, preventivas, curativas e reabilitativas, oferecidas a uma distância aceitável das comunidades e seleccionadas de acordo com o perfil epidemiológico de Moçambique e com os recursos disponíveis no sector. Por outras palavras, refere-se ao grau de facilidade com que os serviços de saúde necessários podem ser alcançados pelos utentes.

4.1.2 Qualidade dos serviços

De acordo com os princípios orientadores e para efeitos deste PESS, são consideradas quatro dimensões de qualidade: a segurança (serviços prestados alcançam os resultados desejados sem causar dano ao paciente, provedor, e meio ambiente), a pontualidade (redução dos tempos de espera e atrasos, por vezes prejudiciais para os clientes e provedores), a eficácia (serviços prestados com base no conhecimento científico para todos os que deles precisam, (abstendo-se de prestar serviços desnecessários, evitando o uso excessivo ou a subutilização), e cuidados centrados no paciente e humanização (cuidados que respeitam e são sensíveis às preferências individuais dos pacientes).

4.1.3 Uso dos serviços

O uso é expresso em termos de frequência dos contactos da população-alvo com os serviços de saúde, incluindo os de base comunitária. A curto prazo, serão considerados os seguintes determinantes da utilização: o acesso físico aos serviços, as barreiras financeiras (incluindo os custos de transporte e cobranças ilícitas) e factores culturais que influenciam a procura de serviços.

4.1.4 Equidade

Para a materialização do princípio da equidade, que é um conceito ético baseado no princípio da justa distribuição dos benefícios, e se manifesta por disparidades na distribuição dos serviços de saúde e/ou no estado de saúde da população, serão consideradas neste PESS três dimensões: a igualdade de acesso para as mesmas necessidades, taxas de utilização idênticas para as mesmas necessidades, e cuidados de qualidade idêntica para todos. Dependendo do tipo e momento da M&A, a análise das iniquidades será desagregada por sexo, idade, localização geográfica, residência e condição socioeconómica.

4.1.5 Eficiência dos serviços de saúde de rotina

A Eficiência refere-se tanto à obtenção de melhores resultados com os mesmos recursos, como a conseguir os mesmos resultados com menos recursos. A curto prazo, o PESS vai centrar-se na primeira dimensão da eficiência, enquanto, a longo prazo (reformas), ambas serão tomadas em consideração.

Cada um destes critérios, com destaque para o acesso, utilização e qualidade é aplicado na definição dos desafios, objectivos e estratégias dos programas de saúde descritos no capítulo 5, incluindo a contribuição das áreas de apoio para este efeito.

4.2 Agenda de Reforma do Sector da Saúde

Dada a variabilidade no desempenho do sector de saúde e o carácter sistémico dos problemas identificados, o MISAU decidiu engajar-se no desenvolvimento e implementação de uma agenda holística de reformas, para sanar ou minimizar, de forma sustentável, os problemas correntes de saúde e serviços de saúde, bem como para preservar os ganhos até agora conseguidos e os vindouros. De facto, as reformas envolvem um esforço significativo e premeditado para melhorar o desempenho do sistema de cuidados de saúde. Elas implicam mudanças fundamentais das práticas do passado (não mudanças incrementais ou evolucionárias) e processos sustentados (não limitados no tempo). Por isso, as reformas requerem em geral a introdução de um conjunto de intervenções interdependentes e mutuamente apoiantes. Por essa razão, este exercício irá compreender três etapas: a primeira que descreve o processo para a definição da agenda (conteúdo) das reformas, e que faz parte integrante do presente documento (capítulo 6); a segunda que envolve discussões e consensos sobre o conteúdo das reformas e a abordagem de implementação, a ter lugar nos primeiros 3 anos de execução do PESS; e a última, que implica a implementação real das reformas, a partir da segunda metade do presente PESS.

Um dado é já adquirido: o ponto de partida das reformas é a descentralização, por diversas razões: o sector público está, desde 2001, a implementar uma estratégia de reformas com grande impacto na prestação de serviços de saúde, e tem a descentralização como um dos pilares fundamentais. Foi ainda nesta envolvente que, recentemente, o distrito foi declarado como polo de desenvolvimento, no qual os sistemas distritais de saúde se enquadram. Portanto, o sector de saúde não pode isolar-se desse contexto.

No contexto deste PESS, a descentralização é entendida como a transferência, do nível central para o periférico, de certas funções e atribuições do sistema de saúde (políticas de saúde, gestão do sistema, financiamento de saúde e provisão de serviços). A definição concreta das funções a transferir, a reorganização necessária do sector e o respectivo processo serão objecto da segunda etapa acima referida, tendo em conta, como é óbvio, o quadro legal existente.

Embora o propósito da descentralização venha a ser refinado no futuro, pretende-se, no geral, melhorar o desempenho do sistema de saúde, com particular enfoque na equidade dos resultados, para que se torne mais responsivo às necessidades e expectativas de saúde locais. Para além da equidade, a descentralização visa

melhorar a qualidade, eficácia e eficiência na prestação dos serviços de saúde, bem como melhorar os processos de prestação de contas e transparência.

Apesar de existirem vários tipos de descentralização, e considerando o contexto moçambicano, neste PESS serão levadas a debate, na agenda de reformas, as seguintes formas de descentralização:

- A **Desconcentração,** que se refere à transferência de autoridade, responsabilidades e de recursos do nível central para o nível periférico, dentro da mesma estrutura administrativa, i.e., do MISAU para as DPS e SDSMAS
- A **Delegação,** que implica a transferência de autoridade, responsabilidades e recursos do nível central para as organizações não sob sua alçada directa, mas como instituições semi-autónomas (p.e., hospitais, CMAM), ONGs, governos locais, etc.
- A **Devolução**, que envolve a transferência de autoridade, responsabilidades e recursos de um nível central para uma estrutura administrativa separada dentro da Administração Pública, geralmente eleita como nas Autarquias locais. Esta já está legalmente estabelecida, pelo que resta ao MISAU adequar-se a ela.
- A **privatização,** que se refere à transferência de responsabilidades operacionais, e, em alguns casos, de direito de propriedade, para provedores privados, geralmente mediante um contrato que define o que se espera em troca dos fundos públicos. A terciarização de serviços (ex. hotelaria hospitalar) enquadra-se nesta forma de descentralização.

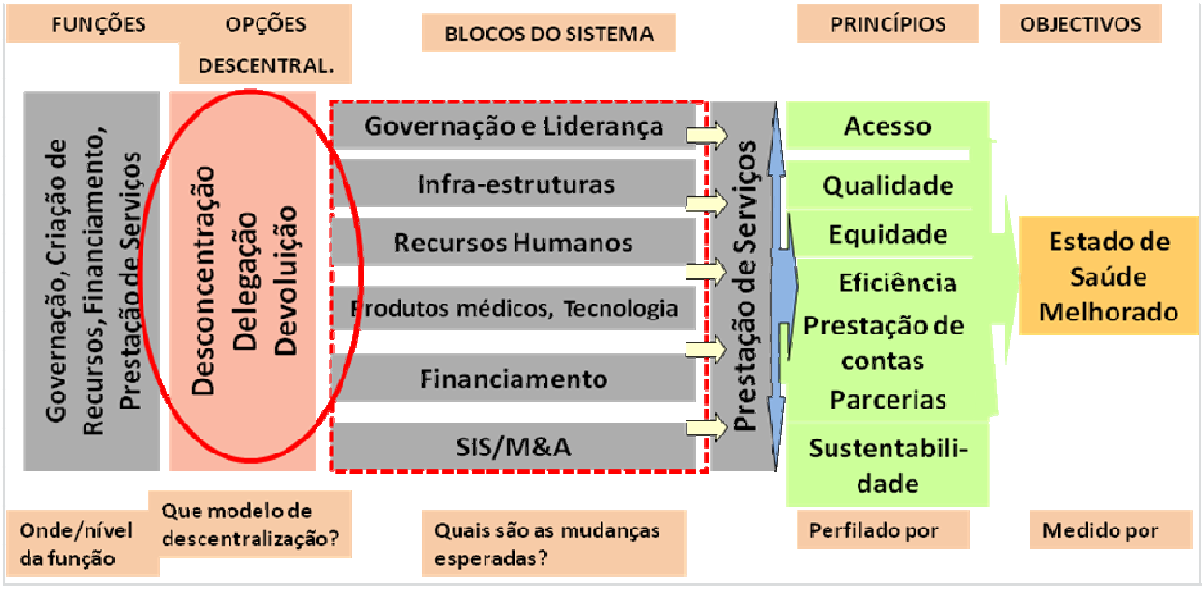
A forma e o grau de descentralização, assim como o seu propósito, serão definidos, ou refinados, durante a discussão e desenvolvimento da agenda de reforma do Sector da Saúde, que decorrerá durante os próximos 2-3 anos.

O foco na descentralização e a abordagem holística das reformas significa que, qualquer que seja a forma seleccionada, cada uma das seis componentes do sistema de saúde (serviços de saúde, governação e liderança, financiamento e gestão financeira, RH, produtos e tecnologias médicas, SIS e M&A) deverá detalhar as mudanças que precisa empreender para tornar o processo de descentralização efectivo. Por exemplo, não é possível “devolver” os cuidados de saúde para os Municípios sem definir as necessárias mudanças nas relações contractuais dos profissionais afectos a este nível (vide tabela ilustrativa no anexo 02).

A figura 4 ilustra graficamente a abordagem das reformas, tendo como base a descentralização: inicialmente as funções do sistema de saúde e as instituições que as executam são arroladas; de acordo com a forma de descentralização seleccionada, são definidas as funções que devem ser transferidas para os níveis periféricos e, em seguida, são analisadas as mudanças de fundo, que devem ocorrer em cada componente (bloco) do sistema de saúde, para que os serviços de

saúde se tornem responsivos aos princípios orientadores (objectivos estratégicos do PESS). Assume-se que, o bom desempenho do sistema de cuidados de saúde, que se alcançar com o sucesso dos objectivos estratégicos (princípios), levará à melhoria do estado de saúde, que é o objectivo último das reformas.

Figura 4. Quadro conceptual das reformas do sector



5. Programas de saúde e Sistemas de apoio

O presente capítulo descreve as intervenções que vão ocorrer para que se alcancem os objectivos estratégicos, definidos no âmbito do Pilar I de "Mais e Melhores" serviços, tanto nos diversos programas e serviços implementados pelo MISAU, como nas áreas de apoio que asseguram a sua implementação. O capítulo subdivide-se em duas partes: a primeira secção, em forma de matriz, destaca os programas e serviços de saúde cujas intervenções concorrem para acelerar os progressos nos problemas prioritários de saúde descritos no capítulo 3, mas também os restantes programas de saúde, no contexto da abordagem do PESS; a segunda parte apresenta as intervenções necessárias nas áreas de apoio,que vão assegurar a efectiva implementação das acções da primeirasecção. Para cada programa, ou serviço, são identificadas as estratégias e intervenções por cada objectivo estratégico como forma de demonstrar qual será o seu contributo para este fim; nas áreas de apoio são descritos os desafios actuais que justificamo desempenho do sistema de saúde, incluindo os aspectos que carecem de análise mais aprofundada e, como tal, serão objecto da agenda de reformas. Importa realçar que o instrumento *OneHealth* de custeamento, apresentado no capítulo 8, ajudou a projectar as metas e intervenções de uma forma mais realística e exequível, se bem que algumas metas, resultantes de compromissos políticos do GRM, não tenham sido alteradas.

5.1 Programas de saúde

Programa: Saúde Sexual e Reproductiva		
Objectivo principal I Reduzir a morbi-mortalidade através da expansão e melhoria da Qualidade dos Cuidados e Serviços de Saúde Materna	**Indicador de impacto** Rácio de Mortalidade Materna (mortes maternas /100,000 nascimentos vivos) Taxa de fecundidade na adolescência (nascimentos por 1,000 mulheres com idades 15-19)	
Objetivos estratégicos	**Estratégias e intervenções**	**Indicadores**
OE1 (acesso)	Aumentar a demanda de serviços de saúde materna (Atenção Pré-Natal, prevenção da transmissão vertical, parto institucional e consulta pós-parto) através de: • Fortalecer o envolvimento comunitário (Lideres, APE's, PTs, Activistas e outros) na promoção para a realização da 1ª CPN antes das 16 semanas de gestação, e para o cumprimento do calendário de pelo menos 4 CPN por gravidez; para o aconselhamento e mobilização para o parto institucional (incluindo a construção e utilização das casas de espera); sistemas de transporte comunitário; promoção da consulta pós-parto, e outras acções que visem a redução da morbi-mortalidade e promoção da saúde materna e neonatal. • Fortalecer o envolvimento da Comunidade, PTs e APEs, no sistema de referência das mulheres grávidas, parturientes e recém-nascidos, da comunidade para a US. • Desenvolver acções de advocacia para a promoção da saúde sexual e reprodutiva, saúde materna, prevenção de gravidezes indesejadas e abortos inseguros.	Número e % de US com Casa de Espera
OE2 (qualidade)	Aumentar a provisão de serviços de saúde materna de qualidade (Atenção Pré-Natal, prevenção da transmissão vertical, parto institucional e consulta pós-parto) através de: • Alargar a implementação de medidas preventivas e curativas na provisão de cuidados pré-natais,como sejam: TIP-Malária e tratamento de casos, de acordo com as normas nacionais; vacinação das mulheres em idade fértil, em particular as mulheres grávidas; prevenção e tratamento da Sífilis na Mulher Grávida e Recém-Nascido; e implementar o plano de eliminação da transmissão vertical do HIV da mãe para o filho. • Aumentar e reforçar, com equidade, o número das USs que prestam COEmB e COEmC; aumentar e reforçar o número de Maternidades que implementam a Iniciativa Maternidade Modelo; e Introduzir e alargar o uso do Misoprostol nas USs e na Comunidade, para o manejo e prevenção da Hemorragia Pós-Parto. • Fortalecer os Comités de óbitos e os Comités Nacional e Provinciais para melhorar o sistema de vigilância e resposta das mortes maternas. • Implementação do pacote dos Cuidados Pós-parto; cuidados pós-aborto; e expandir a Estratégia de Prevenção e Tratamento das Fistulas Obstétricas, através do reforço da	Taxa de cobertura da primeira consulta pré-natal; Taxa de cobertura de pelo menos quatro consultas pré-natais; % de mulheres grávidas que recebem pelo menos duas doses de TIP, de entre as utentes das consultas pré-natais; Número de US com serviços de PTV; Taxa de cobertura partos institucionais (por provincia); % de Partos assistidos em US com COEmB e COEmC; Taxa de cobertura de consultas pós-parto (e % dentro de 2 dias após o parto); Taxa de natimortalidade com foco positivo à entrada; % de Comités Provinciais e Distritais estabelecidos e em funcionamento (que fizeram a análise dos Processo de Morte Materna e Neonatal no último trimestre); Número de US que fazem cirurgia de fístula de rotina, por província.

	capacidade do sector na prevenção, rastreio, tratamento das fístulas assim comocoordenar acções com sectores-chave e organizações da sociedade civil para a reintegração social. Assegurar a "equipa mínima" e a implementação do "pacote integrado de cuidados" definidos para cada nível de atenção, considerando a continuidade da atenção (Gravidez, Parto, Pós-Parto, Planeamento Familiar…).	
OE3 (equidade)	Elaborar e implementar normas de referência (redes de referência considerando a disponibilidade e localização dos COEm básicos e completos); Melhorar e disponibilizar transportes e rádios de comunicação;	
Objectivo principal II Expandir e melhorar a Qualidade dos Cuidados e Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva	**Indicador de impacto** Taxa de prevalência contraceptiva Necessidades não satisfeitas de contracepção	
Objetivos estratégicos	**Estratégias e intervenções**	**Indicadores**
OE1 (acceso)	Implementar a Estratégia de Planeamento Familiar através de: • Aumentoda capacitação de provedores de serviços em competências técnicas, em aconselhamento e oferta de métodos de PF de acção prolongada (particularmente no pós-parto e pós- aborto imediato) e permanentes. Inclui a criação/reforço da capacidade dos provedores de serviços de saúde, professores, educadores e conselheiros em aconselhamento do PF, incluindo as pessoas seropositivas. • Implementação, à escala nacional, de uma abordagem baseada na provisão de planeamento familiar a nível comunitário, através dos APES, brigadas móveis e organizações da sociedade civil; • Integração do PF noutros serviços (pré-natal, pós-parto, pós-aborto, PTV, HIV/SIDA, ITS, rastreio de cancro de colo e de mama etc). • Investir massivamente no desenvolvimento de capacidades na gestão do controle de stocks de contraceptivos, assim como na cadeia para o seu aprovisionamento e distribuição eficiente. • Desenvolver e implementar uma Estratégia de Comunicação para o Planeamento Familiar.	% de novas utentes em Métodos Modernos de Planeamento Familiar: # e % de US que oferecem pelo menos 3 métodos modernos de planeamento familiar; % do Orçamento necessário para a compra de contraceptivos que foi coberta pelo Orçamento do Estado.
OE2 (qualidade)	Implementar a Estratégia de despiste e tratamento das ITSs, do HIV, do cancro do colo de útero e de mama, nas consultas de Saúde Sexual e Reprodutiva através de: • Fazer o rastreio e tratamento de ITS a todas as mulheres nas Consultas de PF/Consulta de Saúde Reprodutiva • Fazer o rastreio e tratamento (ou encaminhamento correcto) do cancro do colo de útero e de mama nas Consultas de PF/Consulta de Saúde Reprodutiva; • Assegurar uma previsão correcta das necessidades e a disponibilidade em testes para o rastreio de ITS (particularmente da Sifilis) e de HIV	% de Mulheres grávidas HIV positivo elegíveis, que iniciaram TARV

Programa: Saúde Infantil		
Objectivo principal Reduzir a mortalidade em crianças menores de 5 anos		**Indicador de impacto** Taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos (per 1,000) nados vivos Taxa de mortalidade infantil (per 1,000) nados vivos. Taxa de mortalidade neonatal
Objetivos estratégicos	**Estratégias e intervenções**	**Indicadores**
OE1 (acceso)	Melhorar o acesso aos cuidados essenciais ao recém-nascido (RN), incluindo a ressuscitação neonatal e seu seguimento, com ênfase na primeira semana de vida Expandir o número de US que oferecem cuidados ao RN através de: • Implementar os cuidados essenciais ao RN, na comunidade, usando as PTs ou APEs • Expandir o número de hospitais com unidade de cuidados neonatais (Berçário), incluindo pessoal qualificado, medicamentos e equipamento apropriado para prestar cuidados aos RN em condições severas/ graves • Implementar as normas neonatais e pós-natais em vigor para melhoria dos cuidados prestados ao RN • Expandir o método mãe canguru (MMC) • Introduzir o uso da Chlorhexidina nos cuidados do cordão umbilical para prevenção da Sepsis	Mortalidade neonatal especifica (Prematuridade, Sepsis, Asfixia neonatal); % Recém-nascidos avaliados na consulta pós-natal dentro dos primeiros 2 – 3 dias de vida; % Recém-nascidos avaliados pela PT ou APE nas 1as 24h e no 3º dia de vida; % de US que oferecem cuidados de emergencias aos RN; Nº de novos berçários criados .
OE2 (qualidade)	Melhorar a qualidade dos serviços de saúde infantil oferecidos nas USs, incluindo o seguimento adequado do seu crescimento e desenvolvimento, através de: • Promover a implementação do calendário da consulta de criança sadia, bem com a prestação, com qualidade, das intervenções definidas nas CCS (tais como o crescimento e desenvolvimento da criança) • Acelerar a implementação da Estratégia AIDI, incluindo ao nível da comunidade • Fortalecer os cuidados pediátricos através da implementação do TATE em todas US de referência • Melhorar a integração das consultas de CCR na CCS, para facilitar o seguimento das crianças e, deste modo, diminuir a perda de oportunidade e número de casos perdidos. • Dotar as US de pessoal qualificado, equipamento e medicamentos essenciais para o RN e para as crianças menores de 5 anos	% US de nível primário e de referência que implementam o AIDI; % US de nível primário e de referência que implementam o TATE; % de Crianças dos 0 -4 anos CCS; % de Crianças com outas condições de Risco nas CCR; % Crianças menores de 5 anos com diarreia tratadas com SRO, e SRO e Zinco; Aleitamento materno na primeira hora de vida
OE3 (equidade)	Reduzir as desigualdades na distribuição dos serviços de saúde das crianças menores de 5 anos,privilegiando as intervenções de saúde infantil, nas áreas mais desfavorecidas (províncias, distritos, rural/urbano)	Todos os indicadores de saúde materna serão desagregados por região, residência e grupos etários)
OE4 (eficácia e eficiência)	Melhorar a eficiência na prestação de cuidados de saúde do recém-nascido e crianças menores de 5 anos, através doaperfeiçoamento de acções de monitoria das intervenções de saúde neonatal e infantil	Nº de supervisões realizadas

Programa: Nutrição		
Objectivo principal Contribuir para a redução da morbimortalidade infantil, por desnutrição	**Indicador de impacto** Taxa de prevalência da Desnutrição Crónica em crianças menores de 5 anos	
Objetivos estratégicos	**Estratégias e intervenções**	**Indicadores**
OE1 **(acesso)**	Desenvolver, actualizar e disseminar materiais de IEC sobre alimentação saudável e formar profissionais e agentes comunitários da educação, agricultura e assistência social na promoção da alimentação saudável Promover boas práticas de alimentação e nutrição a nível familiar, através do desenvolvimento e implementação da Estratégia de Comunicação para a Mudança de Comportamento,que levem à adopção de hábitos alimentares mais saudáveis Formar profissionais e produtores familiares e/ou urbanos, para actuarem na promoção de hábitos alimentares saudáveis Contribuir para a redução das deficiências de micronutrientes Promover práticas de alimentação infantil adequadas, com foco nos 2 primeiros anos de vida, através da implementação da Política de Alimentação Infantil e do Plano de Comunicação e Mobilização Social para a Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno	Taxa de mau crescimento; Taxas de Aleitamento Materno exclusivo em menores de seis meses; Taxas de cobertura de administração preventiva de vitamina A no pós-parto; Taxa de cobertura da suplementação de rotina com Vitamina A a crianças menores de 5 anos; Aleitamento materno na primeira hora de vida.
OE2 **(qualidade)**	Contribuir para o controlo do HIV/SIDA e tuberculose, integrando a nutrição nas acções de prevenção da transmissão vertical do HIV e no tratamento das infecções Assegurar o controlo adequado do crescimento nas unidades sanitárias e comunidades, o que inclui a actualização e implementação do Pacote Nutricional Básico e a sua extensão às comunidades. Ajudar mulheres a garantirem uma nutrição adequada durante a gravidez e lactação, assegurando o controlo correcto do estado nutricional, e um aconselhamento nutricional apropriado, nas consultas pré e pós-natal. Elaborar e implementar o plano de desenvolvimento de recursos humanos em nutrição Implementar o Programa de Reabilitação Nutricional, o qual inclui o **protocolo de tratamento da desnutrição aguda nas crianças e adolescentes até aos14 anos,** e o protocolo de tratamento da desnutrição em adolescentes e adultos, a partir dos 15 anos de idade(incluindo a promoção de aleitamento exclusivo até aos 6 meses de idade e o início imediato da amamentação)	Taxa de baixo peso à nascença; Taxa de cura por desnutrição aguda; Taxa de Mortalidade Institucional por Desnutrição Grave (QAD 4).
OE3 **(equidade)**	Organizar campanhas educativas de promoção da alimentação saudável para grupos-alvo específicos Implementar programas de suplementação com micronutrientes para grupos-alvo específicos	% de criança elegíveis que recebe pelo menos 60 pacotes de micronutrientes em pó, nos últimos quatro meses (e % de sexo feminino)
OE4 **(eficácia e eficiência)**	Em colaboração com o SIS e instituições de investigação, fortalecer o Sistema de Vigilância Nutricional e promover estudos e pesquisas que apoiem a monitoria do estado nutricional, do consumo alimentar e nutricional Promover a realização de pesquisas operacionais que permitam fortalecer os programas de nutrição, incluindo a abordagem multissectorial.	

OE5 (melhores parcerias)	Implementar o Plano de Acção Multissectorial para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique, em particular as acções da nutrição sob a responsabilidade do sector saúde Promover a integração da nutrição nos sectores-chave como a saúde, agricultura, educação, acção social e os programas de desenvolvimento. Adaptação ao contexto nacional e implementação da **Estratégia Global de Alimentação, Actividade Física e Saúde da OMS.** **Contribuir para o controlo das taxas de sobrepeso** e obesidade infantil, e das prevalências de excesso de peso e obesidade em adolescentes e adultos Fortalecimento das acções de nutrição durante as emergências, através da melhoria da planificação da resposta de nutrição, capacitação das equipas de contingência e alocação dos recursos necessários para a resposta. Colaborar no desenvolvimento e implementação do Programa Nacional de Fortificação de Alimentos, incluindo a iodização do sal.	Taxa de crianças dos 9-11 meses que receberam alimentos complementares adequados o mínimo de vezes por dia de acordo com o estado de amementação

Programa: PAV		
Objectivo principal Reduzir a prevalência e mortalidade das doenças preveníveis através de vacinas	**Indicador de impacto** Incidência/prevalência das doenças preveníveis pelo PAV	
Objetivos estratégicos	**Estratégias e intervenções**	**Indicadores**
OE1 (acceso)	Em colaboração com a DeProS implementar campanhas, e outras formas de mobilização social, de intensificação de vacinação de rotina, tais como uso de OCS, organizações de base comunitárias, brigadas móveis, etc. Aumentar o número de postos fixos de vacinação Introduzir novas vacinas no PAV de rotina, nomeadamente de PCV, Rotavirus e HPV	Percentagem de crianças completamente vacinadas (QAD 2) Cobertura de DTP3 (12–23 months)
OE2 (qualidade)	Aumentar e melhorar a supervisão e apoio técnico aos níveis mais periféricos	Quebravacinal (DPT/HEP 3ª dose/DPT/HEP 1º dose)
OE3 (equidade)	Uso de brigadas móveis particularmente em áreas de difícil acesso, através da implementação da estratégia RED (Alcançando Cada Distrito)	Nº de distritos com brigadas móveis em funcionamento
OE4 (eficácia/ eficiência)	Introduzir novas técnicas de refrigeração Formar/capacitar o pessoal (cursos de curta duração, ou formação em serviço, em matérias de gestão da cadeia de frio, gestão de stocks e estratégia REDs e DQS, qualidade de dados). Realizar controlo de qualidade de dados e inquéritos de cobertura vacinal Supervisão e treino do pessoal das províncias na melhoria da qualidade de recolha de dados	

Programa Nacional do HIV/SIDA		
Objectivo principal Aumentar a percentagem de adultos e crianças HIV + elegíveis,que recebem terapia anti-retroviral para 80% até 2015; reduzir a taxa de transmissão do HIV de mãe para filho para<5% até 2015; e reduzir em 50% o número de novas infecções, até 2015.		**Indicador de impacto** Prevalência de HIV/SIDA nos jovens de 15-24 anos Taxa de transmissão vertical entre mulheres grávidas HIV positivas
Objetivos estratégicos	**Estratégias e intervenções**	**Indicadores**
OE1 (acesso)	Expandir a disponibilidade do ATIP nas unidades sanitárias e Assegurar que existem ligações efectivas entre os serviços de aconselhamento e a testagem do HIV, com outros serviços de prevenção, cuidados e tratamento Expandir a testagem familiar e de casais, com base num caso índice inscrito nos cuidados e tratamento do HIV Focalizar o ATS-C na identificação de casos, em áreas de alta prevalência do HIV e baixa cobertura de testagem Assegurar a distribuição e o uso correcto, e consistente, de preservativos Estabelecer ligações efectivas entre os serviços clínicos e comunitários Aumentar o acesso a serviços TARV para mulheres grávidas seropositivas Expandir e reforçar as estratégias de adesão e retenção nos cuidados de mulheres grávidas, através de grupos de apoio de Mãe para Mãe nos serviços de SMI e actividades de sensibilização comunitária Melhorar a participação dos homens nos serviços de SMI Melhorar a sensibilização e envolvimento comunitário na PTV Garantir que os membros das populações-chave são abrangidos pelos serviços de HIV, incluindo aconselhamento e testagem, CM, e inscrição nos cuidados e tratamento Expandir o acesso e a utilização da medicação TARV para a prevenção do HIV, incluindo a profilaxia pós-exposição e o TARV para o tratamento como prevenção Melhorar a qualidade e a disponibilidade de materiais informativos relacionados com a procura e a aceitação de serviços, incluindo o aconselhamento e testagem, a CM e cuidados e tratamento Diminuir a incidência do HIV, através do aperfeiçoamento da detecção e do tratamento atempado de ITSs, na população em geral Aumentar a taxa de detecção de crianças infectadas pelo HIV	Nº de utentes aconselhados e testados para o HIV Nº dos casos das ITS que foram diagnosticados e tratados Número de US com preservativos e recursos educacionais de fácil acesso Número de US que oferecem PPE Nº de crianças (e % sobre elegíveis) que recebem TARV pediátrico Nº de adultos HIV+ (e % sobre elegíveis) que recebem TARV por sexo % de crianças expostas ao HIV com diagnóstico precoce
OE2 (qualidade)	Fortalecer as ligações entre os serviços de aconselhamento e testagem e os serviços de cuidados e tratamento Melhorar a taxa de retenção actual, aos12 meses, para os pacientes pré-TARV Assegurar que os pacientes adultos elegíveis iniciam o TARV dentro de 1 mês, após a inscrição no serviço, e dentro de 2 semanas, para as crianças Fazer o rastreio de rotina das principais causas da morbilidade e mortalidade relacionadas com o HIV, em todos os sítios TARV, e fornecer tratamento e profilaxia	Número e % de mulheres grávidas que conhecem seu estado de HIV na 1º CPN Número e % de mulheres grávidas HIV+ que receberam medicamentos ARV nos últimos 12 meses, para reduzir o risco de transmissão de mãe para o filho % de mulheres grávidas HIV positivas recebendo profilaxia ARV, que recebem TARV (opção B+);

	Garantir que os pacientes com falência terapêutica iniciam a 2ª linha de tratamento Melhorar a capacidade de diagnóstico da TB, em crianças e adultos Expandir o uso do TARV em dose fixa combinada (toma de um comprimido, uma vez por dia) Reforçar os recursos humanos nacionais, em prol de uma maior capacidade na saúde Garantir que todos os sítios TARV/PTV implementam um programa padronizado de melhoria de qualidade Implementar o pacote básico de prevenção positiva (PP) e de apoio psico-social (APSS)	% de CE ao HIV na CCR que iniciaram profilaxia com CTZ
OE3 (equidade)	Expandir rapidamente a cobertura da circuncisão masculina, em Províncias com uma elevada prevalência de HIV e taxas reduzidas de circuncisão masculina Aumentar o número deUSs que oferecem TARV, ao nível nacional Estabelecer cuidados centrados na família, nas US que oferecem TARV Alcançar as raparigas adolescentes, através de intervenções efectivas que visem reduzir a aquisição do HIV Expandir a estratégia GAAC (Grupos de Adesão e Apoio Comunitário)	Nº de US que fazem TARV Número % de US que oferecem o pacote mínimo de serviços de PTV Número e % dos Homens elegíveis que recebem CM nas províncias prioritárias
OE4 (eficácia/ eficiência)	Desenvolvimento de um sistema de M&A HIV racional e sustentável, que facilite a toma de decisões Optimização das redes de laboratório nacionais para o diagnóstico e vigilância da doença Optimização do sistema nacional de logística e da cadeia de aprovisionamento	Taxa de Retenção ao TARV aos 12 meses de tratamento Taxa de Retenção ao pré-TARV aos 12 meses de tratamento
OE5 (melhores parcerias)	Aumentar a percentagem de pacientes co-infectados com TB/HIV, que recebem TARV Melhorar a capacidade de diagnóstico da TB, em crianças e adultos Melhorar a oferta de serviços de Planeamento Familiar (PF) e dos serviços de resposta a casos de VBG	% rastreados para TB na última consulta registada % dos HIV/TB+ registados no PNCTL em TARV e tratamento para TB % de pacientes (TARV e pré-TARV) que iniciaram TPI

Programa Nacional de Controlo da Tuberculose		
Objectivo principal Contribuir para a redução da incidência e da morbimortalidade por tuberculose de acordo com os ODM		**Indicador de impacto** % de óbitos entre os casos de TB BK+ notificados anualmente
Objetivos estratégicos	**Estratégias e intervenções**	**Indicadores**
OE1 (acesso)	Colaborar com a DePros na comunicação, e mobilização social/para mudança de comportamento e redução do estigma em relação à TB, de modo a remover as barreiras ao acesso, incluindo as barreiras culturais, de género e financeiras,.. Elevar o nível de conhecimento da população de modo a que mais pessoas adoptem comportamentos seguros (atitudes e percepção de risco) em relação à TB, e possam reconhecer os sinais de TB e utilizar os Serviços de TB disponíveis Implementar a estratégia de detecção activa e precoce de casos de TB, notificados e tratados adequadamente através da estratégia DOTS de qualidade Introduzir nas novas USs os Serviços da Tuberculose (particularmente os de diagnóstico, cuidados e de tratamento) nos diferentes níveis do SNS	Taxa de notificação de todas formas de casos de TB (por 100,000 pessoas)
OE2 (qualidade)	Supervisionar, treinar em serviço e melhorar o currículo de formação dos técnicos de saúde para elevar a capacidade técnica para a suspeita de tuberculose, e de manejo de casos clínicos Reduzir as infecções intra-hospitalares de TB, através da implementação adequada das medidas de prevenção e controlo das infecções hospitalares Reduzir o número de indivíduos que contraem Tuberculose Resistente, com destaque para MDR e XDR,mediante a sensibilização comunitária e do pessoal de saúde em relação a MDR e XDR-TB; diagnóstico mais rápido da MDR e XDR-TB; actualização dos protocolos de tratamento da MDR e XDR-TB; e medidas de prevenção e controlo de infecções. Adoptar as novas tecnologias existentes para diagnóstico rápido e mais sensível de TB e de TB-MDR	% de sucesso do tratamento DOTS para novos casos de TB %de sucesso do tratamento para TB-MDR
OE3 (equidade)	Aumentar a detecção de casos de TB nos grupos de alto risco (reclusos, mineiros, profissionais de saúde e trabalhadores de sexo) através de umabusca activa de casos Aumentar o número de crianças (<15 anos) diagnosticadas e tratadas de TB, especialmente entre os contactos,com recurso à estratégia DOTS	Número de crianças (<15 anos) diagnosticadas com TB, que iniciam o tratamento
OE4 (eficácia/ eficiência)	Estabelecer mecanismos eficazes de coordenação com a CMAM e outros, para melhorar a gestão dos fármacos de tuberculose Garantir o diagnóstico e um controlo bacteriológico oportuno e de qualidade, por intermédio do reforço das redes de laboratório	N° de depósitos provinciais com ruptura de *stock*de 4 DFC, 3DFC pediátrico, etionamida ou levofloxacina (produtos sentinelas) pelo menos uma vez durante um trimestre
OE5 (melhores parcerias)	Em coordenação com o programa de HIV/SIDA, garantir o acesso universal ao TARV dos indivíduos com co-infecção TB-HIV, recorrendo a estratégias como a abordagem de Paragem Única	Proporção de doentes de TB HIV+ que recebem TARV durante o tratamento da TB

Programa Nacional de Controlo da Malária		
Objectivo principal Reduzir para metade a morbi-mortalidade por malária, em relação aos níveis observados em 2009	**Indicador de impacto** Total de casos de malária por 1,000 habitantes Total de óbitos por Malária nos internamentos	
Objetivos estratégicos	**Estratégias e intervenções**	**Indicadores**
OE1 (acesso)	Distribuição de REMILD através de campanhas massivas, e para as mulheres grávidas na CPN, para assegurar uma cobertura universal; Implementação da PIDOM nas áreas seleccionadas; Provisão de TIP a todas as mulheres grávidas que se apresentam nas CPN Garantir o acesso universal à informação sobre prevenção e tratamento da malária através de Advocacia e Comunicação, por intermédio dos média, de profissionais de saúde, e de APEs; lideres (comunitários, políticos e religiosos) e voluntários.	% da população em risco potencialmente coberta pela distribuição de REMTILD; % de mulheres grávidas que recebem pelo menos duas doses de TIP de entre as utentes das consultas pré-natais (QAD 10); % de mulheres grávidas que recebem pelo menos uma REMTILD (na consulta pré-natal).
OE2 (qualidade)	Expansão do diagnóstico microscópio da malária nas US do SNS e dos Testes Rápidos de Diagnóstico (TDR) para a comunidade, através dos APEs; Testar todos os casos suspeitos da malária que se apresentem nas US e comunidades (APEs); tratar de acordo com as normas nacionais e reforçar o manejo de casos da malária complicada / grave; Reforçar a capacidade de gestão da Malária em todos os níveis,por meio de apoio técnico e dos pontos focais provinciais e distritais da Malária; Realização do controlo da qualidade de produtos da malária; Realização da avaliação do PNCM; Promoção das normas nacionais de tratamento dos casos da malária no sector privado, em coordenação com o departamento farmacêutico.	Proporção de casos suspeitos de malária testados; % de casos de malária correctamente tratados.
OE4 (eficácia e eficiência)	Reforçar os sistemas de vigilância, monitoria e avaliação,incluindo pesquisas operacionais a todos os níveis (central, provincial, distrital e comunitário),de modo a que todos os distritos tenham a capacidade de reportar com regularidade os indicadores-chave da malária Melhoria da prontidão e resposta às epidemias de malária;	% de unidades sanitárias que não reportaram ruptura de stock de ACTs num mês
OE5 (parcerias)	Apoiar os esforços de eliminação da malária na região da SADC, colaborando com os países vizinhos Em coordenação com o Ministério de Educação (MINED), fortalecer a capacidade dos professores, voluntários e alfabetizadores em aspectos de controlo de Malária Provisão de informação e educação da malária nas escolas e mobilização social para as campanhas de REMTILD e da PIDOM Envolver o sector privado, incluindo as indústrias emergentes, para que realizem intervenções de controlo da Malária	Número de reuniões de coordenação realizadas entre o PNCM e os Parceiros

Programa: Doenças não Transmissíveis		
Objectivo principal Reduzir o peso das DNT e mitigar o seu impacto socioeconómico		**Indicador de impacto** Prevalência dos factores de risco das DNT Taxa de mortalidade por acidentes de viação
Objetivos estratégicos	**Estratégias e intervenções**	**Indicadores**
OE1 (acesso)	Em coordenação com os governos locais (municípios e cidades) e entidades empregadoras, realizar actividades de promoção da saúde, com ênfase na prática regular de actividade física e promoção de hábitos alimentares saudáveis, através de IEC, de Dias daSaúde, dias das DNT, representações teatrais, e outras formas. Criação de uma plataforma legal para prevenção e redução da exposição aos factores de risco das DNTs (álcool, tabaco e dieta não saudável). Intensificar os esforços de tratamento e prevenção das principais doenças não transmissíveis, (doenças cardiovasculares, diabetes, asma) recorrendo à formação dos profissionais de saúde e a actividades destinadas a intensificar a procura de serviços Intensificar os esforços de tratamento e prevenção de cancros (cancro do útero, mama e próstata) através da realização de campanhas de despiste dos cancros de útero, mama e próstata, por meio do fortalecimento dos sistemas de referencia, e da disponibilização de medicamentos e tratamentos (incluindo cirúrgicos) dos cancros mais frequentes ou prevalecentes	Nº de doentes com DNT tratados (desagregados por província) Percentagem de homens e mulheres que tenham um consumo de risco de álcool (4 e 5 bebidas padrão/dia para mulheres e homens respectivamente).
OE2 (qualidade)	Formar e Desenvolver planos e guiões de formação, e de seguimento pós-treino, sobre prevenção, aconselhamento, manejo clínico e reabilitação de doentes com DNT, incluindo Vigilância Epidemiológica do trauma. Garantir os cuidados de saúde para os asmáticos,utilizando terapias apropriadas de prevenção e de tratamento de crises	Taxa de cobertura de rastreio de cancro de colo de útero em mulheres entre 30-55 anos
OE4 (eficácia e eficiência)	Fortalecer e expandir o Sistema de Vigilância, monitoria e avaliação para as DNT Em colaboração com instituições de pesquisa, realizar estudos do tipo CAP e de prevalência, sobre as DNT e os seus factores de risco Criar unidades orgânicas funcionais ao nível das províncias	
OE5 (melhores parcerias)	Estabelecer mecanismos de promoção da saúde para massificar o conhecimento sobre aos factores de risco relacionados com as DNTs Reforçar a advocacia para envolvimento de grupos comunitários, sector privado e sociedade civil na prevenção e controlo dos factores de risco	

Programa: Doenças Tropicais Negligenciadas		
Objectivo principal Reduzir a prevalência das doenças tropicais negligenciadas na comunidade	**Indicador de impacto** Taxa de prevalência das DTN desagregado por doença	
Objetivos estratégicos	**Estratégias e intervenções**	**Indicadores**
OE1 (acesso)	Tratamento massivo das doenças tropicais negligenciadas, através de campanhas nas escolas e nas comunidades Busca activa e tratamento dos casos de oncocercose através de grupos de autocuidados (onde eles existam), APES e PMT, activistas de saúde Criar um sistema de referência médica personalizada e humanizada para o tratamento das complicações das DTN, incluindo a lepra Massificação das actividades de IEC das DTN e da Lepra nas comunidades, através do envolvimento dos líderes políticos, voluntários comunitários, Grupos de Auto Cuidados, confissões religiosas, praticantes de medicina tradicional e órgãos de comunicação social	% da população das áreas endémicas com informação sobre prevenção
OE2 (qualidade)	Garantir o Diagnóstico e tratamento adequado de todos os indivíduos que se apresentam nas US com infecção por DTN, através do fortalecimento das capacidades do pessoal de saúde, voluntários e grupos de autocuidado, para uma melhor gestão, maneio dos casos e prevenção das deformidades (PoD) de DTN, incluindo a lepra Introdução em US com bloco operatório de cirurgias para a redução das deformidades causadas pelas DTN Em colaboração com INS, melhorar o funcionamento nos postos sentinela já definidos para o estudo de resistência aos fármacos usados na lepra, nas sete províncias mais endémicas Integrar as intervenções do programa da lepra nas diferentes áreas programáticas de saúde (cirurgia, oftalmologia e MFR) em matérias de prevenção, correcção e reabilitação das incapacidades e deformidades causadas pela lepra	Taxa de deformidade para DTN, desagregada por doença
OE3 (equidade)	Implementar a estratégia SAFE nos distritos endémicos Estabelecimento de postos sentinela nas províncias de Niassa, Cabo Delgado, Nampula e Tete, para a vigilância de THA, até 2017	Número e % de pessoas atingidas pelas campanhas de tratamento massivo, desagregado por província e doença
OE4 (eficácia/ eficiência)	Estudar a magnitude de transmissão de algumas doenças tropicais negligenciadas (tripanossomíase, tracoma) Integração das actividades da filaríase nos grupos de autocuidados da lepra, já existentes Em colaboração com o INS, realizar pesquisas operacionais para avaliar e melhorar o desempenho do programa das DTN e da lepra	Número de postos sentinelas estabelecidos para a vigilância da tripanosomiasis
OE5 (parcerias)	Advocacia com o sector das obras públicas/conselhos municipais/educação, para acelerar os programas de fornecimento de água, construção e uso de latrinas, melhoramento do saneamento de meio	asd

Programa: Saúde do adolescente		
Objectivo principal Melhorar o acesso e a qualidade dos Cuidados e Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva para Adolescentes e Jovens	**Indicador de impacto** Taxa de fecundidade na adolescência (nascimentos por 1,000 mulheres com idades 15-19) Taxa de prevalência de HIV/SIDA nos jovens de 15-24 anos	
Objetivos estratégicos	**Estratégias e intervenções**	**Indicadores**
OE1 (acesso)	Intensificar debates através dos OCS sobre as acções de SSR, com um foco no aconselhamento e contracepção Em colaboração com a DePros, realizar acções de educação sanitária para a prevenção do aborto inseguro Integração do adolescente e jovem vivendo com HIV nos Serviços do Atendimento ao Adolescente e Jovem (80% das US com SAAJ) Aumento dos pontos de prestação de serviços de SSRAJ integrados e de qualidade (planeamento familiar, aconselhamento e testagem de HIV e outras doenças de transmissão sexual, integração com outros serviços etc), incluindo a disponibilização dos preservativos e as pílulas de reposição directamente nas escolas	Taxas de contracepção entre adolescentes dos 15-19 anos
OE2 (qualidade)	Implementar e monitorar continuamente o pacote de serviços para integração de intervenções para adolescentes e jovens nos serviços de saúde, em todas as US com SAAJs Fortalecer as capacidades dos provedores de saúde, incluindo os parceiros comunitários, em matéria de atendimento da saúde sexual-reprodutiva aos adolescentes, atendimento e apoio psicossocial aos menores e adolescentes vitimas de violência e abuso sexual, e atendimento aos adolescentes vivendo com HIV/SIDA. Integração dos SAAJs no fluxograma de atendimento integrado às vítimas de violência, através da revisão do fluxograma de atendimento integrado das vitimas de violência	% das US com SAAJs que integram serviços de ATS para HIV
OE3 (equidade)	Alargamento dos SAAJs às US não cobertas (de 25 em 2013 para: 50 em 2014; 75 em 2015; 85 em 2016; e 100 em 2017) garantindo a equidade na sua distribuição geográfica	asd
OE5 (melhores parcerias)	Melhorar a coordenação das actividades de educação sexual e sexualidade, em parceria com o MINED, MJD, OSC e outros Assegurar a coordenação com sectores relevantes e Organizações Juvenis para uma abordagem Multissectorial para a SSRAJ (Geração Biz).	asd

Programa: Saúde escolar		
Objectivo principal Contribuir para o estabelecimento de um ambiente escolar seguro, saudável e favorável à boa aprendizagem e ao desenvolvimento harmonioso do aluno		**Indicador de impacto**
Objectivos estratégicos	**Estratégias e intervenções**	**Indicadores**
OE1 (acesso)	Incentivar práticas de vida saudáveis, através de educação sanitária regular nas escolas (higiene individual e colectiva, exercícios físicos), jornadas de limpeza, hortas escolares, não consumo de álcool, tabaco e promoção de segurança rodoviária, como ponta de entrada para a promoção das doenças não transmissíveis Intensificar as actividades de VAT2 nas Escolas Alargar o pacote básico de saúde escolar às escolas de nível secundário e pré-universitário, incluindo a realização de observações e/ou exames médicos periódicos nas escolas e a realização de campanhas de desparasitação	Taxa de cobertura de VAT2 nas escolas (1ª e 2ª classes)
OE5 (parcerias)	Fortalecer os mecanismos de coordenação para apoiar as escolas na promoção de estilos de vida saudáveis; cantos de aconselhamento e criação de ambientes livres de tabaco, álcool e outras drogas.	asd

Programa: Promoção de saúde		
Objectivo principal Contribuir para a redução do peso da doença através da adopção de estilos de vida saudáveis e da redução dos comportamentos de risco para a saúde	**Indicador de impacto** Incidência/prevalência das doenças transmissíveis e não transmissíveis	
Objetivos estratégicos	**Estratégias e intervenções**	**Indicadores**
OE1 (acesso)	Capacitação de Famílias/Grupos de Mães/Mães para servirem de modelos, dentro das comunidades, na promoção de estilos de vida saudáveis, educação nutricional, higiene e saneamento, prevenção de doenças Implementar iniciativas inovadoras de comunicação para a saúde, dando primazia à utilização das novas tecnologias de comunicação (bem como o uso das redes sociais cada vez mais implantado no país, incluindo as rádios comunitárias) Promover feiras de saúde e campanhas que incorporem informações e serviços à população voltados para a promoção da saúde e a prevenção de doenças, incluindo a promoção e distribuçao de métodos de planeamento familiar no circuito comunitário. Continuar a formar APEs, bem como a sua reciclagem, em todos os distritos do País	% da população que adopta estilos de vida saudáveis em relação às doenças não transmissíveis % da população dos 15-49 anos que adopta comportamentos seguros em relação às doenças transmissíveis
OE2 (qualidade)	Capacitar profissionais de saúde, líderes comunitários, líderes religiosos, organizações da sociedade civil, e organizações de base comunitária, para a promoção da saúde,recorrendo aos mecanismosmais eficazes mais eficazes de comunicação para disseminação de mensagens sobre redução de vulnerabilidades e riscos, hábitos de vida saudável e qualidade de vida Criação de um quadro, ou ambiente legal, favorável à promoção e protecção da saúde na área de Educação para a saúde	(por definir indicadores de funcionalidade dos APEs)

	Implementar mecanismos de operacionalização do programa de APEs (formação adequada, pagamento regular de subsídios, supervisão regular e de qualidade, prestação regular de contas, logística regular e eficiente de Kits de medicamentos e de trabalho, M&A regular, etc.) e qualidade na prestação dos APES	
OE3 (equidade)	Atingir os grupos mais vulneráveis com matérias relacionadas com a educação para a saúde, através de APEs e outros Agentes Comunitários de Saúde, Praticantes de Medicina Tradicional e activistas voluntários	
OE4 (eficácia e eficiência)	Criar, em coordenação com o DIS, um sistema de M&A das actividades de promoção de saúde e envolvimento comunitário Avaliaçao do programa de APEs Em colaboração com instituições de pesquisa, realização de investigação sobre comportamentos, atitudes e práticas da comunidade em relação às principais doenças, como forma de medir o impacto dos programas de promoção da saúde Melhorar a coordenação das actividades de IEC do Ajustar/actualizar os mecanismos sustentáveis de financiamento do programa de APEs, em coordenação com sectores-chave do GRM e colaboração dos parceiros do sector eficiência	
OE5 (melhores parcerias)	Reforçar as capacidades dos técnicos de saúde e parceiros para o desenvolvimento de acções de mobilização, promoção e monitoria das actividades comunitárias Em coordenação com os organismos de tutela, actualizar os *curricula* de formação, para inclusão da educação para a saúde no ensino básico/secundário, e nos cursos iniciais e de pós-graduação; Fortalecer os grupos multi-sectoriais de trabalho a todos os níveis (central, provincial e distrital) para a planificação,por meio de advocacia contínua, com o intuito de promover um maior envolvimento de outros sectores, na promoção da saúde.	% das US existentes que dispõem de comités de co-gestão, designados e em funcionamento

Programa: Saúde Mental		
Objectivo principal Prevenir e reduzir a morbilidade causada por perturbações mentais e de comportamento, doenças neuropsiquiátricas e distúrbios psicossociais, incluindo o consumo abusivo de drogas, sobretudo álcool e tabaco		**Indicador de impacto**
Objetivos estratégicos	**Estratégias e intervenções**	**Indicadores**
OE1 (acesso)	Em colaboração com o DEPROS realizar actividades de informação e sensibilização, que elevem o nível de conhecimento das comunidades sobre as consequências do consumo de substâncias psicoactivas, incluindo o álcool e o tabaco Promover a participação comunitária na promoção, prevenção, reabilitação e reinserção de doentes mentais, usando redes comunitárias informais e organizações de base comunitária, através da inclusão dos técnicos de saúde mental nas Brigadas Móveis, terapia comunitária e visitas domiciliárias Prover as unidades sanitárias, ao nível do distrito,com técnicos de psiquiatria e saúde mental Equipar os Hospitais Rurais com equipas multidisciplinares de psiquiatria e saúde mental Em colaboração com o Departamento de Infra-estruturas, criar centros especializados para o tratamento e reabilitação de toxicopendentes e Centros de Psicologia Aplicada e Exames Psicotécnicos.	Número de campanhas anuais de sensibilização e informação sobre as consequências do consumo de substâncias psicoactivas, incluindo o álcool e tabaco % de distritos que oferecem serviços de saúde mental”

OE2 (qualidade)	Reforçar as capacidades dos técnicos de SM e proporcionar formação e especialização aos Médicos de Saúde Mental, com ênfase na formação contínua, providenciando a sua participação em congressos e *workshops* internacionais, e em cursos de curta duração Integrar aspectos de SM nos currículos de formação de técnicos de saúde.	Número de médicos psiquiatras, psicólogos clínicos, terapeutas ocupacionais, técnicos de psiquiatria e saúde mental formados
OE4 (eficácia e eficiência)	Realizar pesquisas sobre prevalência e Conhecimentos, Atitudes e Práticas (CAP) na Epilepsia, Esquizofrenia e Outras Psicoses Criar mecanismos eficazes de coordenação e planificação com a CMAM,para aquisição e gestão de psico-fármacos	Número de estudos sobre prevalência e Conhecimentos, Atitudes e Práticas (CAP) na Epilepsia, Esquizofrenia e Outras Psicoses realizados % de US com ruptura de *stock* de psicofármacos
OE5 (melhores parcerias)	Incrementar a colaboração intra e inter-sectorial, e com a sociedade civil,paraa promoção da saúde mental e prevenção dos transtornos mentais e de comportamento,mediante planificação e monitoria conjunta das actividades	Número de encontros intra e inter-sectoriais, e com os parceiros, realizados anualmente

Programa: Epidemiologia		
Objectivo principal Contribuir para a redução da ocorrência/frequência de surtos/epidemias com ênfase na erradicação da Pólio e eliminação do Sarampo		**Indicador de impacto** Taxa de letalidade das principais doenças epidémicas
Objetivos estratégicos	**Estratégias e intervenções**	**Indicadores**
OE1 (acesso)	Fortalecer a capacidade dos distritos de prevenirem e responderem a surtos e epidemias, designando pontos focais distritais de vigilância epidemiológica (VE) exclusivos	
OE2 (qualidade)	Reforçar as aptidões dos profissionais de saude em responder a surtos e epidemias, possibilitando a formação de mestres em Epidemiologia de Campo e Laboratorial, e a Orientação em Epidemiologia de técnicos superiores de saúde pública, para serem colocados a nível provincial Realização de supervisão das actividades de Vigilância Epidemiológica, e formação em serviço em aspectos de Vigilância, a nível provincial e distrital	Número de técnicos formados com mestrado em Epidemiologia de Campo e Laboratorial
OE4 (eficácia e eficiência)	Introdução de novas tecnologias de informação para a transmissão atempada da informação (disponibilização da Internet nas USs do nível distrital, e outros meios como o PDAs, os celulares, etc) Definir um quadro legal que facilite a recolha de dados e informação de todos os intervenientes (ONGs, sector privado, etc.) Avaliação periódica independente do sistema de vigilância epidemiológica Expandir a sistema de vigilância epidemiológica para prevenir e responder de forma atempada aos surtos e epidemias	% de distritos que submetem informação completa e dentro de prazo, ao DIS (SIS)
OE5 (parcerias)	Colaborar com outras instituições do sector (PAV, saúde ambiental, promoção de saúde, etc.) para o fortalecimento das acções de prevenção das doenças potencialmente epidémicas	

Programa: Saúde Ambiental		
Objectivo principal Contribuir para a redução da incidência e prevalência de doenças relacionadas com determinantes ambientais de saúde	**Indicador de impacto** Total de casos de malária por 1,000 habitantes	
Objetivos estratégicos	**Estratégias e intervenções**	**Indicadores**
OE1 (acesso)	Realização de visitas porta a porta para avaliar as condições higiénico-sanitárias das comunidades para o controlo dos determinantes ambientais (água, alimentos e saneamento do meio). Em colaboração com o DePros, promover a educação e consciencialização da população sobre questões ambientais,por meio de palestras, dos meios de comunicação social, e das organizações de base comunitária, entre outros.	
OE2 (qualidade)	Elaboração de uma estratégia de saúde ambiental que inclua avaliação dos riscos de saúde resultantes das mudanças climáticas e respectivos mecanismos de resiliência Criação de capacidade técnica (recursos humanos e tecnologias) para vigilância de determinantes de saúde, incluindo de doenças infecciosas emergentes e das resultantes das mudanças climáticas, e para realização de inspecções sanitárias e controlo de água e alimentos Definição de normas eprocedimentos que visem a prevenção de doenças de origem ambiental ea protecção da saúde pública Divulgação e Implementação da Estratégia Nacional para Alimentos Seguros, incluindo a execuçãodo controlo sanitário nos pontos de entrada (aéreos, marítimos, fronteiras terrestre) com tráfego internacional, no quadro da implementação do Regulamento Sanitário Internacional.	Número de técnicos de medicina preventiva colocados nos principais pontos de entrada (aéreas, marítimas e terrestres) com tráfego internacional
OE3 (equidade)	Criação e capacitaçãode pontos focais a nível dos distritos mais vulneráveis, para garantir a preparação e resposta adequadas, no âmbito das mudanças climáticas	
OE4 (eficácia e eficiência)	Em colaboração com a CMAM, melhorar a aquisição e distribuição de reagentes e meios de cultura para o controlo de qualidade da água Melhorar a gestão dos lixos biomédicos nas unidades sanitárias de nível dos hospitais gerais, até 2016, através da fixação de procedimentos padronizados de gestão dos lixos biomédicos Colaboração com a CMAM na gestão de vacinas contra a febre-amarela	
OE5 (parcerias)	Providenciar a assinatura de memorandos de entendimento com instituições afins (MINAG, MICOA, Alfândegas e Migração, Água e Saneamento) para garantir a implementação de intervenções de âmbito multissectorial, incluindo do Regulamento Sanitário Internacional até 2015	

Programa: Medicina Desportiva		
Objectivo principal Contribuir para o bem-estar de saúde dos atletas e praticantes do exercício físico		**Indicador de impacto**
Objetivos estratégicos	**Estratégias e intervenções**	**Indicadores**
OE1 (acesso)	Criar condições físicas e logísticas para as actividades da MD,em particular a nível das províncias. Apoiar o INADE na instalação de um Centro de Medicina Desportiva Nacional	
OE3 (equidade)	Criar mecanismos de obrigação de cumprimento do regulamento e exames de aptidão física para actividade desportiva, através do reforço da advocacia e inspecção Realização de visitas de supervisão e apoio técnico Fortalecer as aptidões do pessoal de saúde em matéria de medicina desportiva, incluindo a capacitação em serviço dos pontos focais	
OE5 (parecerias)	Estabelecer mecanismos de colaboração intersectorial para o correcto desempenho da medicina desportiva, que inclua a implementação do regulamento dos exames de aptidão física, para a prática desportiva	

Programa: Saúde da terceira idade		
Objectivo principal Estabelecer um programa de saúde da terceira idade com vista a melhorar a qualidade de vida dos idosos		**Indicador de impacto**
Objetivos estratégicos	**Estratégias e intervenções**	**Indicadores**
OE1 (acesso)	Aumentar o nível de conhecimento sobre as doenças da terceira idade e as medidas para a sua mitigação na comunidade Envolver a comunidade no controlo das doenças crónicas e não transmissíveis no idoso, promovendo boas práticas de nutrição e actividade física Arrolar as principais patologias da pessoa idosa, tanto na zona urbana como na rural Estabelecer um pacote mínimo de serviços e implementar um programa piloto de saúde da terceira idade, numa unidade sanitária para posterior replicação da experiência Treinar técnicos de saúde para assistência a pessoas da terceira idade,com o objectivo de divulgar o acesso aos serviços de saúde preventivos, promocionais e de assistência à terceira idade, até ao nível distrital	
OE4 (eficácia e eficiência)	Criação de um grupo técnico multidisciplinar para coordenar, a nível central, todas as actividades de consolidação do programa (técnicos da DNSP e DNAM). Em colaboração com o SIS, desenhar um sistema eficiente de registo de informação para os serviços da terceira idade Estabelecer parcerias com várias instituições e ONGs, que trabalham na área da Terceira Idade, com vista a mobilizar recursos para melhorar a Saúde das pessoas idosas	

Área: Especialidades de medicina e pediatria		
Objectivo principal Contribuir para a redução da morbimortalidade através da provisão de mais e melhores serviços de medicina interna e pediatria, seguindo os protocolos Internacionais, adaptados à realidade de Moçambique		**Indicador de impacto** Taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos (per 1,000) nados-vivos Taxa de mortalidade geral
Objectivos estratégicos	**Estratégias e intervenções**	**Indicadores**
OE1 (acesso)	Alargar os serviços (consultas externas e internamento) das diferentes especialidades de MI e pediatria através do recrutamento, formação e colocação de especialistas e técnicos especializados (eg., médicos pediatras nacionais) em todas as capitais provinciais e hospitais rurais	Nº de CE por especialidade Nº de serviços de MI e pediatria criados nas capitais províncias ou % de capitais provinciais com estes serviços
OE2 (qualidade)	Produzir e distribuir protocolos/normas de procedimento-padrão sobre as principais doenças (do grupo pediátrico, medicina interna) para uso obrigatório em cada tipo de US Equipar as principais unidades sanitárias com os meios auxiliares básicos de diagnóstico e de tratamento (ex. bombas infusoras, seringas eléctricas, oxímetros, CIPAPS, etc.) Realizar visitas de apoio técnico, supervisão e formação em serviço, nas províncias e distritos Fortalecer as capacidades dos provedores de serviços nas áreas médicas e pediátricas, através de supervisões, cursos de capacitação, encontros nacionais de avaliação	Taxa de mortalidade intra-hospitalar nos serviços de medicina e pediatria Tempo médio de espera para as consultas (possível medir de rotina?)
OE3 (equidade)	Colocar e Redistribuir os especialistas pelas USs do país, privilegiando as zonas mais desfavorecidas	Nº de médicos internistas/pediatrias por habitante e por província
OE4 (eficácia e eficiência)	Em colaboração com o DIS desenhar um sistema eficiente de registo de informação para os serviços de medicina e pediatria	Taxa de ocupação das camas por serviço (desagregado por província) Rendimento por cama e por serviço (desagregado por província?)

Área: Serviços assistenciais de Cirurgia e Anestesiologia		
Objectivo principal Contribuir para a redução da morbimortalidade por doenças agudas e trauma, e suas sequelas		**Indicador de impacto**
Objectivos estratégicos	**Estratégias e intervenções**	**Indicadores**
OE1 (acesso)	Realizar Campanhas de Cirurgia de Fendas Orofaciais; Expandir os serviços de anastesiologia e reanimação, providenciandoa Formação de especialistas, e a colocação de pelo menos 1 técnico de anestesia em cada hospital distrital, rural e geral Expandir as unidades de dor a todos os hospitais centrais,facultando Treino a mais especialistas	Nº de intervenções cirúrgicas realizadas % de hospitais distritais, rurais e gerais com serviços de anestesia e reanimação Nº de unidades da dor criadas

OE2 (qualidade)	Assegurar o funcionamento adequado dos Blocos Operatórios (BO) e pequenas cirurgias, existentes no País, através de: • Formação de novos cirurgiões • Elaboração de protocolos específicos em cada especialidade cirúrgica • Introduzir listas de verificação nos BO e uso rotineiro do consentimento informado • Garantia nos Hospitais de condições materiais e infra-estruturais básicas para o funcionamento adequado dos BOs; • Realização de visitas de apoio/ supervisão técnica, incluindo para formação em serviço, nas novas técnologias médico-cirúrgicas (ex.cirurgiaslaparascópicas), a todas as províncias Reabilitar as salas de operações degradadas (todas as dos Hospitais Rurais) incluindo as grandes salas como Maputo, Beira e Nampula; Melhorar a qualidade dos serviços de anastesiologia e reanimação através da requalificação de técnicos de anestesia, de grau médio a superior	Taxa de mortalidade intra-hospitalar por serviço (cirurgia e reanimação) Tempo médio de espera para as consultas e intervenções cirúrgicas
OE4 (eficácia e eficiência)	Em coordenação com SIS desenvolver um sistema de informação e gestão dos serviços de cirurgia, anestesia e reanimação, e unidade da dor	

Área: Especialidades médico-cirúrgicas, ginecologia e obstetrícia, oftalmologia; otorrinolaringologia, ortopedia e traumatologia		
Objectivo principal Reduzir a morbimortalidade por doenças relacionadas com as patologias médico-cirúrgicas (ginecologia e obstetrícia, oftalmologia e otorrinolaringologia, ortopedia e traumatologia)	**Indicador de impacto** Taxa de mortalidade geral Prevalência de cataratas a nível das comunidades (a definir como vai ser medido) Prevalência de deformidades/deficiências pós-traumáticas a nível das comunidades	
Objectivos estratégicos	**Estratégias e intervenções**	**Indicadores**
OE1 (acesso)	Aumentar o acesso e a procura dos serviços básicos e especializados, das especialidades médico-cirúrgicas (ginecologia e obstetrícia, oftalmologia e otorrinolaringologia) por meio de campanhas e da promoção da saúde, através de APEs, ONGs, organizações de base comunitária e outros Alargar os serviços (consultas externas e internamento) das diferentes especialidades médico-cirúrgicas, através do recrutamento, formação e colocação de especialistas e técnicos especializados em todas as capitais provinciais e hospitais rurais Realizar campanhas de cirurgia de cataratas, detecção precoce de glaucoma e erros de refracção ao nível periférico	Nº de CE por especialidade Nº de serviços especializados criados nas capitais províncias, ou % de capitais provinciais com estes serviços
OE2 (qualidade/ humanização)	Reforçar a capacitação do pessoal de saúde geral, médio e especializado, através de formação em serviço em novas tecnologias de procedimentos cirúrgicos, aquisição de bibliografia, participações em cursos internacionais, e visitas de supervisão e apoio técnico Desenhar, disseminar e implementar protocolos/normas de procedimentos-padrão, para uso obrigatório em todas as US Garantir que as unidades sanitárias, a todos os níveis (distritais, provinciais), estão equipadas de acordo com as necessidades dos serviços especializados existentes (equipamento tipo) Introdução de novas tecnologias de diagnóstico e tratamento a nível do HCM	Taxa de mortalidade intra-hospitalar nos serviços médico-cirúrgicos (por especialidade) Tempo médio de espera para as consultas e intervenções cirúrgicas

OE3 (equidade)	Colocar e Redistribuir os especialistas pelas USs do país, privilegiando as zonas mais desfavorecidas	Nº de médicos especialistas por habitante e por província (desagregado por especialidade)
OE4 (eficácia e eficiência)	Em colaboração com o DIS, desenhar um sistema eficiente de registo de informação para os serviços de medicina e pediatria	Taxa de ocupação das camas por serviço Rendimento por cama e por serviço (desagregados por província)

Área: Emergências Médicas e Trauma		
Objectivo principal Contribuir para a redução da morbimortalidade por doenças agudas e trauma		**Indicador de impacto** Taxa de mortalidade intra-hospitalar nas 1as 48h Proporção (peso) de casos de trauma nos serviços de urgência
Objetivos estratégicos	**Estratégias e intervenções**	**Indicadores**
OE1 (acesso)	Criar um sistema único e integrado, com definição de uma rede de referenciação genérica e de redes de referenciação específicas, para as condições clínicas, competências ou procedimentos específicos, que clarifiquem os circuitos dos doentes Estabelecer o serviço de emergência pré-hospitalar integrado com o sistema de urgência/ emergência hospitalar, incluindo transporte para as unidades hospitalares em caso de emergência e trauma Aumentar a consciência e o conhecimento sobre as emergências/trauma, factores de risco, consequências e medidas de prevenção, em colaboração com o DEPROS. Garantir infra-estruturas/equipamentos que facilitem o acesso a um tratamento intra-hospitalar de emergência para doentes politraumatizados	asd
OE2 (qualidade)	Melhorar a resposta às emergências, através do estabelecimento de um centro coordenador de emergência pré-hospitalar, e da integração do serviço de emergência pré-hospitalar no sistema de urgência/ emergência hospitalar Estabelecer uma plataforma de colaboração, formação e monitorização que garanta que os fluxos dos doentes institucionalizados, são adequados Fortalecer e integrar as acções de formação no contexto de atendimento médico de urgência intra e extra hospitalar Desenvolver normas ou protocolos de atendimento integrado de emergência pré-hospitalar e intra-hospitalar para as vítimas de trauma e/ou doença súbita	asd
OE4 (eficácia e eficiência)	Reforçar o sistema integrado de vigilância epidemiológica, investigação, monitoria e avaliação do trauma e doenças súbitas Estabelecer mecanismos de registo, monitoria e avaliação	asd
OE5 (melhores parcerias)	Estabelecer mecanismos eficazes de colaboração e coordenação multissectorial para a prevenção e criação de uma plataforma legal para a prestação de cuidados de emergência e trauma, incluindo um sistema de atendimento de urgência pré-hospitalar	asd

Programa: Saúde Oral		
Objectivo principal Melhorar a condição de saúde oral da população moçambicana	**Indicador de impacto** Prevalência das principais doenças orais (a ser definidas na ficha técnica)	
Objectivos estratégicos	**Estratégias e intervenções**	**Indicadores**
OE1 (acesso)	Colaborar com DNSP no desenho de estratégias de educação, promoção e prevenção de doenças orais, na comunidade Massificar o uso do flúor nas comunidades, através do uso de pasta fluoretada, adição de flúor na água e bochechos com solução de flúor, em crianças entre os 6 e os 12 anos (crianças de risco) Elevar o conhecimento da população, em particular de crianças em idade escolar, sobre as doenças orais e seus factores de risco e promover estilos de vida conducentes a uma boa Saúde Oral, através de brigadas móveis Aumentar a quantidade de pessoal qualificado, bem como de meios de trabalho,em especial nos distritos	Número de crianças em idade escolar com conhecimento sobre as doenças orais e seus factores de risco; % de distritos com serviços de saúde oral (desagregado por província).
OE2 (qualidade/humanização)	Definir o pacote básico assistencial para os serviços de estomatologia, em cada nível de prestação de cuidado médico Aumentar a qualidade das infra-estruturas e as capacidades dos técnicos especializados na manutenção do equipamento de estomatologia	Número de US com serviços de estomatologia, desagregados por área urbana e rural
OE4 (eficácia e eficiência)	Melhorar a capacidade de gestão do programa de saúde oral, com a criação de um sistema de monitoria e avaliação do programa, em colaboração com o DIS Realizar estudos para avaliar a prevalência das principais doenças orais e desenhar o quadro epidemiológico das doenças orais	
OE5 (melhores parcerias)	Alargar e melhorar a colaboração multissectorial (Agricultura, Industria e Comércio, Obras Públicas, Finanças, Educação, Coordenação Ambiental), incluindo o estabelecimento de parcerias público-privadas nos determinantes da saúde oral, com vista à promoção da saúde oral e à distribuição de meios de prevenção	

Programa: Saúde Ocupacional		
Objectivo principal Contribuir para a redução e prevenção da morbimortalidade por doenças profissionais Contribuir para a redução e prevenção da morbimortalidade por doenças profissionais	**Indicador de impacto** Incidência/prevalência das doenças profissionais	
Objectivos estratégicos	**Estratégias e intervenções**	**Indicadores**
OE1 (acesso/ Utilização)	Formar técnicos em diversas áreas de saúde ocupacional: médicos de trabalho, higienistas e enfermeiros de trabalho	
OE2 (qualidade/ Humanização)	Mapear os principais grupos de empresas no país e os principais factores de risco ocupacional a elas associados Formar técnicos em diversas áreas de saúde ocupacional: médicos de trabalho, higienistas e enfermeiros de trabalho Definir as funções e estrutura do Programa de Saúde Ocupacional aos vários níveis do sector de saúde Elaborar uma política/estratégia de saúde ocupacional	

OE.4 (eficácia e eficiência)	Em colaboração com o DIS, criar um sistema de notificação de doenças relacionadas com o trabalho Definir a linha base da morbimortalidade por doenças ocupacionais Mapear os principais grupos de empresas no país e os principais factores de risco ocupacional a elas associados	
OE.5 (melhores parcerias)	Estabelecer mecanismos eficazes de colaboração e coordenação multissectorial com os intervenientes-chave (MITRAB, representantes de empregadores e trabalhadores, OIT, OMS, etc) Em colaboração com os empregadores formar formadores de socorristas	

Programa: Medicina Tradicional		
Objectivo principal Promover a utilização segura, eficaz, eficiente ede qualidade da Medicina Tradicional e Alternativa com enfoque nos Cuidados de Saúde Primários e de referência.		**Indicador de impacto** Proporção de crianças intoxicadas por Tratamentos Tradicionais, nas Unidades Sanitárias
Objectivos estratégicos	**Estratégias e intervenções**	**Indicadores**
OE1 (acesso/ Utilização)	Aumentar a cobertura de de CSP fornecidos pelos PMT	Número de pacientes referidos pelos PMTs para as US
OE2 (qualidade/ Humanização)	Integrar a MTA no Sistema Nacional de Saúde, através de: • capacitação dos praticantes em cuidados de saúde primários, • melhoria do sistema de referência e contrareferência. • treino dos profissionais de saúde em medicina tradicional • encontros regulares entre os PMT e medicina convencional para monitoria e avaliação das actividades • integração dos PMT's nos Comités de Saúde e de Humanização Fortalecer a capacitação do pessoal do IMT em áreas fitoquímicas, etnobotânica, farmacologia das plantas, antropologia médica, e cursos afins de curta duração, para melhoria das suas actividades Concluir a legislação e regulamentação da prática de medicina tradicional em Moçambique, e criar e operacionalizar o Conselho Nacional de Medicina Tradicional, incluindo a mobilização de recursos para a construção do IMT	Número e % de Comités de Saúde que integram PMTs
OE.4 (eficácia e eficiência)	Priorizar e desenvolver pesquisa na área de medicina tradicional relativa a plantas medicinais (entnobotânica, fitoquímica, ensaios biológicos e clínicos) Desenvolver pesquisas socioantropológicas em relação aos problemas de saúde, no geral	Número de Estudos de pesquisa planificados e realizados
OE.5 (melhores parcerias)	Prover equipamento para estudos e pesquisas, estabelecer parcerias com instituições afins,e assegurar RH Criar mecanismos eficazes de coordenação de actividades com outras instituições do Governo e dentro do Ministério (desenvolvimento de PESs conjuntos)	

Serviços de suporte às actividades clínicas (enfermagem, transfusão de sangue e medicina física e reabilitação)		
Objectivo principal Contribuir para a melhoria da qualidade de prestação dos cuidados clínicos através do aumento dos serviços de suporte às actividades clínicas (Transfusão de Sangue, Enfermagem, Medicina Física e Reabilitação)		**Indicador de impacto** Taxa de mortalidade intra-hospitalar, desagregada por doença
Objectivos estratégicos	**Estratégias e intervenções**	**Indicadores**
OE1 (acesso/ Utilização)	Em coordenação com a DRH, definir e formar equipas de enfermagem, por nível de atenção ou tipo de US Em colaboração com DRH/formação, aumentar a formação de enfermeiros de todos os níveis para atingir o rácio 1 enfermeiro por 15 camas Criar e equipar centrais de esterilização nos Hospitais Centrais, Provinciais, Rurais e Distritais com bloco operatório e capacitar os técnicos responsáveis pela gestão das centrais Formar e alocar técnicos médios, especializados em MFR, ao nível dos distritos, e fisiatras a nível de unidades de referência. Em colaboração com o Depto. de Infra-estruturas reabilitar os edifícios dos Centros Ortopédicos existentes (HC Maputo, HP Quelimane, HP Inhambane e Inhambane) e construir infra-estruturas onde não existem os serviços Promover acções, incluíndo comunicações/educação massivas e cursos para aumentar o número de dadores de sangue voluntários não remunerados e diminuir os dadores familiares Em coordenação com a DEPROS, promover actividades de IEC na comunidade para a prevenção e promoção de saúde física e para a identificação de patologias que podem causar a deficiência,referindo-as precocemente aos serviços de MFR	Rácio enfermeiro/camas Nº de centrais de esterilização criadas % de distritos com serviços de fisioterapia Nº de centros ortopédicos criados/reablitados % de sangue proveniente de dadores voluntários
OE2 (qualidade/ Humanização)	Expandir a abordagem/estratégia das “Enfermarias Modelo” para hospitais Centrais e Provinciais Revisão/actualização do Manual de Procedimentos de Enfermagem, bem como dos manuais de esterilização Capacitar/reciclar os enfermeiros em aspectos de cordialidade e humanização do atendimento dos pacientes e de biossegurança e gestão de lixo hospitalar Revitalizar e expandir as Comissões de Prevenção e Controle das Infecções (PCI) nos Hospitais Provinciais e Centrais, incluindo a capacitação de pessoal e avaliação do desempenho de boas práticas Garantir a testagem adequada (ELISA) de toda a unidade colhida, incluindo o rastreio para infecções transmissíveis, tipologia sanguínea e testagem de compatibilidade Desenvolver uma Politica Nacional de Transfusão de Sangue Em coordenação com o Depto. de Infra-estruturas desenvolver e aprovar as plantas tipo das infra-estruturas de MFR para a sua inclusão na construção de novas unidades sanitárias Em colaboração com o Depto. de Manutenção e Logística equipar, com equipamento básico, os serviços de fisioterapia e ortoprotesia em funcionamento	% de amostras testadas por ELISA
OE4 (eficácia e eficiência)	Promover o uso racional de sangue, de forma a reduzir as transfusões de sangue desnecessárias Em colaboração com o Centro de Manutenção, o *procurement* e fornecedores, estabelecer mecanismos para melhoria de gestão e manutenção dos equipamentos	

	Em coordenação com o DIS, desenvolver um sistema de informação e gestão de actividades de enfermagem, cobrindo as 3 áreas: cuidados de enfermagem, seguimento e análise das infecções intra-hospitalares nos Hospitais Centrais, Provinciais e rurais, bem como actividades de transfusão de sangue e MFR	
OE5 (melhores parcerias)	Advocar junto do MINED para inclusão de aspectos relacionados com a MFR na formação do professor primário e para reabertura de cursos de técnicos superiores de MFR Advocar para separação física de bancos de sangue de laboratórios clínicos Advocar junto da UEM e dos ICS para inclusão da cadeira de fisioterapia nos curricula de formação de técnicos de saúde, a todos os níveis	

Programa: Medicina Privada		
Objectivo principal Garantir que as Unidades Sanitárias Privadas (USP) forneçam cuidados de saúde de qualidade aos seus utentes		**Indicador de impacto**
Objectivos estratégicos	**Estratégias e intervenções**	**Indicadores**
OE2 (qualidade/Humanização)	Em colaboração com o Departamento jurídico elaborar normas e regulamentos de funcionamento da USP, incluindo a definição de clínica tipo-especificidade e a elaboração de protocolos que estabeleçam padrões de qualidade para serviços e cuidados no exercício de medicina privada Aumentar as capacidades da secção de MP através do recrutamento, capacitação e formação, a nível de especialização, do pessoal da MP	
OE4 (eficácia e eficiência)	Em colaboração com o SIS integrar a informação (indicadores) das USP no sistema existente (Modulo Básico do SNS).	

Serviços de gestão das actividades clínicas (gestão hospitalar, hotelaria e lavandaria, e arquivos clínicos)		
Objectivo principal Garantir uma prestação de serviços eficientes, eficazes e com qualidade que satisfaça os doentes		**Indicador de impacto**
Objectivos estratégicos	**Estratégias e intervenções**	**Indicadores**
OE2 (qualidade/ Humanização)	Melhorar a gestão, localização e segurança dos processos clínicos e dos arquivos clínicos das Unidades Sanitárias, através de capacitação do pessoal em matéria de gestão hospitalar, constituição de equipas de gestão dos hospitais, informatização dos serviços de aceitação e do sistema de gestão dos processos clínicos, contratação de gestor superior de AC (Bibliotecário ou Arquivista); Definir e/ou fortalecer procedimentos (protocolos) de boas práticas de gestão e de hotelaria hospitalar;	Taxa de mortalidade geral intra-hospitalar (desagregado por província, nível de atenção) Tempo médio de internamento

	Melhorar a qualidade da dieta hospitalar através da formação de especialistas em dietoterapia, capacitacao do pessoal de cozinha e dotação dos hospitais com equipamento básico apropriado, de cozinha Assegurar o processamento e desinfecção adequada da roupa hospitalar Divulgar e monitorizar a implementação do estatuto e regulamento dos hospitais Criar e expandir a rede de gabinetes de apoio aos utentes	(desagregado por província, nível de atenção)
OE.3 (equidade)	Estabelecer critérios de distribuição dos recursos para cada nível de cuidado e melhorar a distribuição de recursos humanos e matérias para reduzir possíveis iniquidades existentes na alocação de recursos Adquirir e distribuir de forma equitativa os principais recursos hospitalares (camas, pessoal especializado, equipamento, etc.)	Camas/habitante (desagregado por província, distrito)
OE.4 (eficácia e eficiência)	Melhorar a eficiência na prestação de cuidados hospitalares e o desempenho clínico e financeiro dos hospitais e sistema de saúde, através da criação de um sistema de monitoria e avaliação apropriado, para a gestão hospitalar em colaboração com o DIS. Definir e implementar o pessoal-tipo para cada nível de cuidado Produzir e implementar os documentos-guia de gestão dos hospitais Em coordenação com o DPES, desenvolver um sistema de planificação das actividades hospitalares baseado nas necessidades da população e nos indicadores de desempenho hospitalar Definir mecanismos para a redução de custos hospitalares, incluindo critérios de alocação de recursos financeiros, humanos (quadro-tipo de pessoal), etc. Melhorar a planificação e execução das actividades de hotelaria hospitalar em termos de estimativa de custos, programação dos cardápios, M&A, etc.) Apoiar actividades de investigação científica de patologias e de determinadas causas de morte, através de Estudo da possibilidade e pertinência, nas condições actuais, de se introduzir PC electrónico nas US públicas do país Reforçar os sistemas de controlo de entradas e saídas dos produtos de hotelaria hospitalar	Custo médio/unitário de DCO (desagregado por província, nível de atenção) Taxa de ocupação de camas (desagregado por província, nível de atenção) Rendimento por cama (desagregado por província, nível de atenção)
OE.5 (melhores parcerias)	Estabelecer mecanismos eficazes de coordenação intra-sectorial (hotelaria e limpeza, programas clínicos, etc.) para a melhoria do desempenho dos hospitais Colaborar com o sector de infra-estruturas do MISAU para definir a estrutura-tipo de um arquivo clínico no desenho de futuras US, tendo em conta a diversidade dos níveis de prestação de serviços dessas Unidades	

Programa: Medicina Legal		
Objectivo principal Melhorar a prestação dos SML no quadro da administração da justiça moçambicana		**Indicador de impacto**
Objectivos estratégicos	**Estratégias e intervenções**	**Indicadores**
OE1 (acesso/ Utilização)	Expandir o acesso e utilização dos SML até ao nível distrital e abrir Serviços Provinciais de Medicina Legal (SPML) nas capitais provinciais,pela afectação de RH qualificados e criação de espaço físico adequado Abrir Gabinetes Médico-legais (GML) nos distritos e hospitais do nível II, formando peritos ocasionais (treinamento de profissionais de saúde e outros) Criação/Reactivação das urgências médico-legais nos Hospitais Centrais e Provinciais Reabilitação e ampliação dos SML da Beira e Nampula Criar a Comissão Nacional de Peritagem Psiquiátrico Forense para assegurar a assistência às vítimas e vitimários da violência	% de províncias/distritos com SPML/GML % de HC e HP com urgências médico-legais em funcionamento
OE2 (qualidade/ Humanização)	Criar um sistema de referência de produtos/fluidos corporais com interesse médico-legal Montar laboratórios especializados de bioquímica, ADN, etc., nos Serviços regionais de medicina legal situados nos Hospitais Centrais (HCs) Promover a formação ou contratação de RH especializados em medicina legal (médico-legistas, psicólogos clínicos, psiquiatras, biólogos e químicos forenses, técnicos de laboratório, tanatologistas, enfermeiros, peritos ocasionais) Criar o Conselho Nacional de Medicina Legal para fiscalizar a actividade médico-legal	
OE5 (melhores parcerias)	Em coordenação com o Ministério da Justiça estabelecer um mecanismo de articulação eficaz com os outros órgãos de administração da justiça.	

5.2 Sistemas de apoio à prestação de serviços

Como está graficamente reflectido no enquadramento do PESS, o sistema de saúde (SS) é composto por um sistema de prestação de serviços – a rede sanitária, os recursos que utiliza e as tecnologias que aplica – e por sistemas de apoio, cujo propósito é criar as condições necessárias para que os serviços de saúde possam ser devidamente prestados.

Algumas destas áreas de apoio estão já a implementar planos multianuais, muitas vezes não harmonizados com as restantes componentes do sistema, nem com os programas e serviços que devem apoiar. Durante a primeira fase de implementação do presente PESS esta situação não vai mudar substancialmente. O grande desafio neste período será saber como responder às necessidades acrescidas dos programas e serviços, estimadas no contexto de uma prestação que procura mais e melhores ganhos a curto e médio prazos, em termos de acesso e utilização, qualidade, eficiência e equidade dos cuidados de saúde.

Assim, esta secção apresenta os planos de cada uma das áreas sistémicas, de acordo com as componentes de um sistema de saúde (e não propriamente pela estrutura orgânica do MISAU), indicando primeiro quais os desafios que a componente enfrenta para responder às necessidades dos serviços de saúde, em termos de mais e melhores serviços (Pilar I), bem como os problemas estruturais a serem tratados nas reformas (Pilar II), seguido dos objectivos (“quick-wins”) e das estratégias para os enfrentar a curto prazo (até 2016), incluindo as actividades previstas no Plano Acelerado de Reformas Institucionais (PARI) 2013-15, e também algumas intervenções que vão facilitar a implementação das reformas. O PARI contempla 8 áreas-chave de intervenção, nomeadamente (a) Execução Orçamental, Contabilidade, Reporte e Controlo Interno, (b) Planificação e Orçamentação, (c) Sistemas de Informação para Saúde-SIS, (d) M&A, (e) Gestão de RH, (f) Gestão e Logística de Medicamentos, (g) Aquisições, Inventário e Gestão de Activos, e (h) Inspecção Geral. Cada uma destas áreas possui resultados previstos e as respectivas actividades e subactividades, com responsabilidades e prazos de execução.

Quanto aos desafios, objectivos e estratégias associados ao desenvolvimento da rede de infra-estruturas, cabe destacar que esses vão ser reflectidos no Plano Integrado das Infra-estruturas, a ser elaborado no próximo ano (2014). Não obstante, os projectos que formam o Plano de Investimentos foram já incluidos no exercicio de custeamento e aparecem detalhados nos anexos 03 e 04. De realçar também que as mudanças profundas, sistémicas ou estruturais (reformas) necessárias para ultrapassar ou minimizar os desafios abaixo indicados serão tratadas no Cap. 6 das reformas.

5.2.1 Prestação de Serviços

Como componente essencial do sistema de saúde, a prestação de serviços refere-se à forma como os recursos são organizados e geridos, para assegurar o acesso, qualidade, segurança e continuidade dos cuidados de acordo com as condições de saúde, em diferentes locais e ao longo do tempo.

As limitações, sobretudo financeiras, ditam o crescimento lento e equitativo da rede de prestação de serviços de saúde, que, por vezes, é servida por equipas desiquilibradas operando em deficientes condições de trabalho, em termos de equipamento básico e infra-estrutras. Estes constrangimentos condicionam a qualidade e eficiência dos serviços prestados. As ineficiências resultam igualmente do precário funcionamento do sistema de referência, que conduz à sobrecarga dos hospitais mais diferenciados, ou à descontuidade dos cuidados de saúde.

A estrutura de gestão dos serviços de saúde, a todos os níveis, é hierarquicamente verticaliza e com limitada comunicação horizontal, contribuindo para as ineficiências acima descritas. Os papeis e responsabilidades de cada nível, bem como os seus mecanismos de coordenação e comunicação exigem uma maior clarificação, para prevenir a fragmentação e descontinuidade da prestação de cuidados de saúde.

O sector privado lucrativo, concentrado nas cidades e dominado por farmácias e clínicas, opera num quadro legal pouco claro e não regulamentado, e com pouca supervisão por parte do MISAU. Também, o sector privado não lucrativo, composto essencialmente por ONG nacionais e estrangeiras e actuando sobretudo no nível comunitário, opera num ambiente legal e estratégico pouco claro. Algumas missões religiosas gerem um pequeno número de US do SNS, na base de acordos com o MISAU.

A provisão de serviços de saúde de base comunitária é também assegurada por ACS e PMT. O MISAU tem uma relação mais formal com as PTs e APEs. Porém, a fraca supervisão e apoio, particularmente dos níveis mais periféricos, condiciona a qualidade dos serviços prestados a este importante nível de atenção de saúde, que muitas vezes representa o primeiro e único contacto dos que procuram cuidados de saúde.

Objectivos:

- Melhorar a organização e gestão do SNS de forma a assegurar a prestação de mais e melhores serviços de saúde
    - Definir um quadro legal para a organização e gestão adequada dos serviços de saúde
    - Assegurar a expansão ordenada e integrada dos serviços de saúde
    - Melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados no País
    - Fortalecer as parcerias com o sector privado e comunitário

Estratégias

- Capacitar os gestores do SNS em matéria de gestão de sistemas e serviços de saúde
- Realizar o estudo de "Indicadores de Prestação de Serviços" (*Service Delivery Indicators - SDI*) para informar o Plano de Desenvolvimento de Infra-estruturas
- Elaborar o plano de desenvolvimento integrado das infra-estruturas sanitárias, RH e equipamento
- Implementar o plano de cerca de 300 intervenções em infra-estruturas previstas no CFMP 2013-15
- Implementar a estratégia de qualidade e humanização
- Instituir mecanismos eficazes de colaboração e coordenação com o sector privado e comunitário de forma a tornarem-se parceiros efectivos do MISAU

5.2.2 Recursos humanos de Saúde

A área de RH do MISAU tem as funções de definir as categorias profissionais e as suas competências; coordenar a identificação de necessidades de pessoal para os diferentes serviços; coordenar a elaboração e implementação de planos de formação inicial e contínua; regulamentar e produzir instrumentos para a contratação, colocação, retenção e gestão dos recursos humanos da saúde.

A situação dos RHS do Sector da Saúde melhorou substancialmente na década 2000-10, tendo duplicado, sobretudo com pessoal de nível médio e superior. Com efeito, a força de trabalho assalariada no Sector da Saúde passou de 15,905 em 2000 para 34,507 em 2010, representando um crescimento de 117%. Nas áreas prioritárias, o crescimento foi ainda maior, com um aumento de 191% na área de saúde materna e infantil, e 171% na área da medicina, graças à experiência significativa na formação de profissionais de saúde não médicos, de nível básico, médio e médio especializado (nas áreas de medicina preventiva e curativa, saúde materno infantil, cirurgia, anestesiologia, farmácia, laboratório) que Moçambique possui, os quais têm garantido a expansão do acesso aos Cuidados de Saúde Primários. Porém, o número de profissionais de saúde e de médicos (respectivamente 83.6 e 5.5 por 100,000 em 2011) é ainda insuficiente.

O sector está a implementar o Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos (PNDRHS) 2008-2015 com o objectivo de se aproximar dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), melhorar a capacidade de formação do MISAU, reduzir o défice de RHS e as iniquidades em RHS, entre e dentro das províncias, melhorar quantitativamente e qualitativamente o desempenho dos RHS, reter a força de trabalho no Serviço Nacional de Saúde e definir melhor a função de regulação dos RHS do SNS. Na avaliação do médio termo do PNDRHS, realizada em Maio de 2012, concluiu-se que o mesmo apresentou progressos em alguns

indicadores, nomeadamente crescimento do efectivo de RHS do SNS e redução do défice absoluto em RHS com a melhoria dos rácios de técnicos de saúde das áreas prioritárias por 100,000 habitantes; redução das desigualdades entre as províncias sobretudo no acesso aos técnicos de cirurgia; diferenciação dos níveis de formação dos profissionais de saúde; aumento da produção de técnicos médios de saúde e aumento da oferta de serviços especializados pelos médicos especialistas estrangeiros. Adicionalmente, criou-se o observatório de RHS, houve fortalecimento dos sistemas de informação sobre RHS e de M&A e pesquisa, revisão das carreiras adaptadas ao conteúdo profissional e respectivos qualificadores, expansão da rede física e técnica das instituições de formação do MISAU e melhoria da qualidade do ensino, através da gestão das IdF's com base em padrões de desempenho.

No entanto, o SNS ainda se depara com alguns constrangimentos, com destaque para a escassez de RHS, em termos de qualidade e quantidade necessária para responder às diversas necessidades; limitada capacidade de produção e absorção de RHS, iniquidade na sua distribuição entre províncias e dentro das mesmas, aliadas às precárias condições de trabalho. Além disso, o Sector Saúde ainda apresenta algumas dificuldades em se adequar e integrar nas novas políticas de descentralização político-administrativa e delegação de competências, o que dificulta a sua gestão harmoniosa.

O actual Sistema de Informação de Pessoal (SIP) dos RH apresenta algumas limitações em informações básicas, que reflectem a situação real do país. Actualmente, o SIP permite descrever as categorias profissionais existentes, sua quantidade e localização. A médio prazo irá permitir visualizar o pessoal por categorias e carreiras, até ao nível mais periférico.

A maior parte dos constrangimentos identificados resultam da falta de recursos humanos qualificados para executar as actividades planificadas e insuficientes recursos financeiros.

Para colmatar estes desafios, a área de RH vai implementar os seguintes objectivos e estratégias a curto prazo, enquadradas nas quatro vertentes do PNDRHS.

Vertente estratégica 1:

Objectivo

- Garantir a adequação das equipas de saúde às US onde estão inseridas;
- Reduzir as iniquidades entre e dentro das províncias, em termos de rácio dos técnicos das áreas prioritárias, por 100.000 habitantes

Estratégias

- Elaborar o quadro-tipo de pessoal (regime especial de saúde e geral) de US, por nível de atenção, com base na identificação das necessidades de pessoal em função da carga/pressão de trabalho (estudo WISN "*Work Load Indicator Staffing Needs*")[17].
- Actualizar os quadros orgânicos aprovados, a todos os níveis, tendo em conta o novo quadro-tipo de pessoal, a análise funcional e a projecção do pacote de recursos;
- Definir mecanismos eficazes de implementação dos critérios de colocação aprovados. (Capacitação do pessoal de RH no uso dos instrumentos de planificação actualizados[18], Critérios de Colocação, Diploma Ministerial, etc.)

Vertente estratégica 2:

Objectivo

- Melhorar o desempenho dos gestores do SNS, em especial dos gestores de RHS
    - Fortalecer a capacidade de gestão, planificação e administração, em geral, e dos RH, em particular
    - Desenvolver o Observatório de RHS para apoiar na formulação de políticas, gestão e tomada de decisões baseadas em evidências e informação relevante referentes a RHS

Estratégias

- Capacitar os gestores de RH em mateiras de gestão, planificação e administração de RHS
- Definir e implementar padrões de desempenho dos departamentos provinciais de RHS
- Capacitar os gestores chave do SNS em matérias de gestão e liderança.
- Iniciar a formação inicial de técnicos médios de Gestão em Saúde e Administração Hospitalar no Instituto Médio Politécnico de Saúde (ex-CRDS).
- Desenvolver o sistema integrado de informação de pessoal de saúde (e-SIP Saúde), que incorpora os principais elementos do Ciclo de Vida [19] do funcionário.
- Definir mecanismos de uso dos dados/informação/evidências sobre RHS para tomada de decisão e diálogo político (definição de relatórios tipo para

[17] Esta actividade será enquadrada na actualização do Diploma Ministerial 127/2002

[18] Nova estratégia no âmbito do PESS 2013-2017: actividades a ser implementadas até 2015 para garantir as novas funções do MISAU, DPS e SDMAS, no contexo das reformas

[19] Nomeaçãoprovisória, nomeação definitiva, promoções, progressões, mudanças de carreira, transferências, aposentações, desligações,formação contínua,, licenças, penas disciplinares, etc.

análise e uso da informação; capacitação; supervisão) produção de informes de políticas sobre temas específicos de RH, etc.).

- Elaborar e implementar uma estratégia de disseminação de dados, boas práticas e pesquisas sobre RH em Moçambique.
- Implementar as acções do plano Acelerado de Reformas Institucionais referentes à gestão de RH, com destaque para a regularização do pessoal fora do quadro e da assistência técnica, incluindo a criação de um fundo de Assistência Técnica (AT)

Vertente estratégica 3:

Objectivo

- Melhorar a produtividade e motivação do pessoal da saúde

Estratégias

- Rever os indicadores da avaliação da produtividade do pessoal
- Avaliar os Profissionais de Saúde de acordo com os requisitos do SIGEDAP (plano individual de trabalho que reflecte as contribuições ao plano da instituição, incluindo os indicadores de produtividade de pessoal)
- Elaborar uma estratégia de atracção e retenção dos profissionais da Saúde no SNS
- Implementar incentivos definidos no Estatuto Geral dos Funcionários e Agentes do Estado (suplementos)

Vertente estratégica 4 – formação inicial

Objectivo

- Garantir a formação dos técnicos de saúde em número e qualidade necessários ao SNS
    - Realizar cursos de Saúde em todas as IdF`s conforme as capacidades existentes e prioridades definidas
    - Melhorar a qualidade da formação nas instituições de formação

Estratégias

- Continuar a implementar o plano de formação 2011-2015 já aprovado
- Aumentar a capacidade das infra-estruturas de formação em coordenação com a DPC
- Capacitar docentes, tutores e supervisores de estágio em pedagogia e metodologias de ensino
- Adaptar os actuais currículos de formação a currículos baseados em competência, de acordo com as normas do PIREP, e produzir materiais de ensino e aprendizagem

- Continuar a implementar os padrões de desempenho de qualidade nas IdF's
- Realizar pesquisas operacionais sobre as perdas escolares e avaliação das competências dos alunos de enfermagem geral e SMI

Vertente estratégica 4 – formação contínua (FC)

Objectivos

- Melhorar a qualidade da formação contínua
    - Integrar a FC no desenvolvimento da carreira profissional
    - Garantir que os conteúdos da FC sejam alinhados com o perfil dos profissionais

Estratégias

- Definir e implementar as normas de acreditação da FC
- Definir uma estrutura de coordenação da formação contínua, aos vários níveis, e assegurar a sua capacitação institucional
- Definir os instrumentos de regulamentação da FC (regulamento, manuais de FC, padrões de qualidade etc.)
- Treinar os docentes/formadores e supervisores/tutores em habilidades pedagógicas e normas da FC
- Sistema de Informação da Formação contínua (SiFo) para Hospitais Centrais e Provinciais
- Estabelecer um programa de FC à distância
- Desenhar e submeter a aprovação de estratégias da pós-graduação médica

5.2.3 Sistema de Informação para Saúde, Monitoria e Avaliação, e Estatísticas Vitais

a) Sistema de Informação para a Saúde e estatísticas vitais

Em Moçambique, o SIS é composto por um sistema de informação de rotina ("mãe") designado Módulo Básico –SIS para gestão, que permite integrar recursos e principais actividades de toda a rede sanitária pública e uma variedade de subsistemas verticais para o seguimento de programas e serviços. O sistema inclui ainda a vigilância e notificação epidemiológica das doenças de acordo com o CID 10, o SIS-H (sistema de dados agregado de informação hospitalar) e o SIS-ROH (sistema de informação de registo de causas de óbitos hospitalares), bem como informações demográficas seleccionadas.

Sistema de Informação de Saúde para a Monitoria e Avaliação (SIS-MA)

O Módulo Básico é o de maior abrangência, uma vez que os instrumentos de colheita são utilizados em todas as US da rede. Com vista a dispor de um sistema único de informação a nível nacional, que integre os fluxos verticais dos programas,

no ano de 2013 o MISAU, com apoio dos parceiros, iniciou o desenvolvimento de um novo sistema de informação (SIS-MA), que irá incluir todos os dados que respondem aos indicadores de rotina do sector, apresentados na matriz contida no sumário executivo deste Plano, e outros indicadores-chave dos programas de saúde, incluindo, numa primeira fase, SMI e PAV, HIV e PTV, Malária e nutrição e, numa segunda fase, outros programas prioritários (TB, envolvimento comunitário, DNT).

O principal objectivo do SIS-MA é apoiar a recolha, análise, interpretação e divulgação de dados de saúde para monitoria e definição de estratégias de saúde pública em Moçambique.

O SIS–MA será implementado em todas as províncias e distritos de Moçambique e o seu desenvolvimento será efectuado sobre uma tecnologia *open-source*, específica para a Saúde, garantindo ao MISAU, a propriedade intelectual do sistema.

Informatização dos hospitais

Estão a ser desenvolvidos três sistemas de informação ao nível dos hospitais: (i) Sistema de Informação para o registo de Óbitos Hospitalares (SIS-ROH); (ii) Sistema de Informação para os Hospitais-Internamento (SIS-H) e (iii) Sistema de Informação para HCM (SIS-HCM). O SIS-ROH é uma iniciativa que visa implementar, de forma regular e rotineira, um sistema de registo de mortes hospitalares com possibilidade de expansão a todos os Hospitais do País.

Objectivo dos Sistemas de Informação para a Saúde e Estatísticas Vitais

- Produzir informação relevante e de qualidade sobre os determinantes de saúde, desempenho do sistema de saúde e estado de saúde, para apoio ao processo de tomada de decisão baseado na evidência

Estratégias

- Melhorar a gestão do SIS com ênfase na qualidade e abrangência
- Adequar o modelo actual do SIS às necessidades do SNS, tornando-o mais fiável e mais abrangente, até 2014
- Aumentar a disponibilidade e qualidade dos recursos do SIS
- Recolher informação comunitária sobre nascimento e morte, através de trabalhadores comunitários da saúde e líderes comunitários, incluindo o uso de autopsias verbais e a testagem de novos meios de recolha (ex. telefones celulares)
- Reforçar, com base numa abordagem multidisciplinar e interministerial (MINJUS, MISAU, INE) os sistemas de registo civil, para providenciar dados exactos e fiáveis
- Reforçar a capacidade de produção de estatísticas vitais anuais sub-nacionais.

b) Monitoria e Avaliação

A implantação de um sistema robusto de M&A do sector é ainda incipiente e acontece num contexto de fragmentação desta importante função, em que muitos programas de saúde têm unidades de M&A próprias e não integradas, enquanto as DPSs, SDSMASs e US quase não realizam esta função.

Foi concluído um plano nacional de M&A do sector, o qual está alinhado com este PESS e visa garantir o fornecimento de informação de boa qualidade para:

- Medir a eficiência, a eficácia e o impacto dos programas;
- Melhorar a prestação de serviços com base no princípio da transparência e prestação de contas;
- Facilitar a tomada de decisões baseadas em evidência, para melhorar a prestação dos serviços em todos os níveis de actuação;
- Apoiar a definição e implementação de novas estratégias, em função da realidade de cada momento ou situação

Objectivo

- Ter um sistema de M&A mais abrangente, eficaz e útil para monitorar os progressos das actividades estratégicas definidas nos planos do sector, e avaliar os resultados

Estratégias

- Reforçar a coordenação aos diferentes níveis, dentro e fora do sector, de modo a assegurar um sistema de M&A dinâmico, interactivo e permanentemente actualizado
- Reforçar a capacidade de produção de informação de qualidade sobre os progressos do sector, através da melhoria da capacidade analítica dos dados
- Promover acções que estimulem o uso da informação produzida nos diferentes processos de tomada da decisão do sector
- Reforçaros RH da área específica de M&A, de modo a assegurar a implementação bem sucedida das diferentes acções estratégicas

5.2.4 Productos Médicos e Equipamentos

Alcançar uma maior equidade no acesso aos produtos médicos essenciais e tecnologias, pode requer a criação ou fortalecimento dos sistemas de planificação, procura, fornecimento, armazenagem e distribuição para minimizar as perdas e outros desperdícios, bem como melhorar o uso racional destes produtos. Em Moçambique, a governação desta área caracteriza-se pela existência de várias unidades no MISAU, que têm responsabilidades-chave nas áreas de farmácia e

logística de medicamentos, materiais médico-cirúrgicos e equipamentos, nomedamente o Departamento Farmacêutico, Departamento de Farmácia Hospitalar, a Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM), o Centro de Abastecimentos (CA) e o Departamento de Logística e Manutenção. Para além disso, o sistema está parcialmente descentralizado: enquanto os órgãos centrais relevantes fornecem os produtos essenciais às províncias, os Depósitos Provinciais de Medicamentos e Equipamentos e Economatos Provinciais, que fazem a distribuição aos distritos, estão subordinados à DPS em termos administrativos e financeiros, acontecendo o mesmo do nível distrital para as USs.

Na área logística dos medicamentos, os desafios incluem o sub-financiamento para a aquisição de medicamentos, combinado com a grande dependência nos fundos externos, muitas vezes destinados a determinados programas e que, normalmente, utilizam processos paralelos de aquisição para depois entregá-los à CMAM para distribuição, deixando pouco espaço ao MISAU para alocar os recursos de acordo com as prioridades do sector. Esta situação é agravada pela existência de um sistema de informação mal alimentado, desactualizado e inadequado às necessidades do sistema, e pela existência de várias linhas de comando no sector, bem como pela fraca capacidade institucional resultante da escassez de RH qualificados e da não existência de um quadro de pessoal logístico definido. Estes problemas limitam a capacidade operacional da área e conduzem, entre outros, à aplicação inapropriada dos procedimentos e ao uso rotineiro de processos de emergência em várias áreas e níveis, provocando ineficiências no desempenho da área farmacêutica e de logística. Por outro lado, a legislação sobre *procurement* não responde às exigências do sistema logístico de medicamentos e produtos médicos, resultando em atrasos na compra de medicamentos e promovendo compras de emergência com altos custos. A ineficaz gestão de stocks, ao nível das US, resulta em frequentes rupturas de stock de medicamentos essenciais e outros produtos médicos nas USs, desperdícios e ineficiências, bem como a circulação de produtos de validade duvidosa, comprometendo a qualidade dos cuidados de saúde.

Na área farmacêutica ainda há muitos desafios para assegurar a qualidade dos produtos e serviços farmacêuticos, relacionados com a ausência de um órgão regulador dos medicamentos e vacinas claramente definido, lacunas na regulamentação de algumas áreas particulares, como a de boas práticas de fabrico, e fraca capacidade de supervisão para fabricantes internacionais. Além disso, há sérias lacunas no que diz respeito ao desenvolvimento e manutenção actualizada do Formulário Nacional de Medicamentos, e também de uma lista de medicamentos/produtos vitais, essenciais e necessários para o sector público. As prescrições irracionais de medicamentos e a falta de medicamentos apropriados também contribuem para o uso irracional. A área de farmácia hospitalar caracteriza-se por debilidades no atendimento aos clientes nas farmácias públicas e falta de priorização dos serviços farmacêuticos nas US.

A maior parte desses desafios são também sentidos na área de logística dos produtos médicos e equipamentos. Nesse âmbito, cabe realçar que, apesar do processo de reformas do sector público, o sistema de logística se encontra ainda muito centralizado, o que resulta em excessivos e desnecessários custos de armazenamento, manuseamento e transporte, dificultando a capacidade operacional do CA central e a capacidade de resposta do sistema aos problemas de saúde. O sistema encontra-se também limitado pelo actual funcionamento dos mecanismos de procura, aquisição e gestão de equipamentos e produtos médicos. O funcionamento desta área é, além disso, comprometido pelo deficiente funcionamento dos sistemas de informação e monitoria dos dados, por falta de uma base de dados integrada, actualizada e sistematizada, que permita controlar, monitorar e avaliar as actividades e os níveis de stock ao longo da cadeia logística.

Objectivos

- Garantir o acesso equitativo a medicamentos, produtos médicos essenciais, vacinas, equipamentos e tecnologias, com qualidade, segurança, eficiência e custo-eficácia
    - Assegurar que os medicamentos que circulam no país sejam eficazes, seguros e de qualidade
    - Assegurar que os produtos médicos e equipamentos vitais e essenciais estejam disponíveis em quantidade, lugar, condição, e momento necessário para responder às prioridades de saúde da população, ao mais baixo custo possível.
    - Melhorar a gestão e o uso racional de medicamentos e produtos médicos, ao nível das USs

Estratégias

Área Farmacêutica

- Rever e aprovar o quadro legal de regulamentação de medicamentos
- Consolidar o registo prévio de medicamentos e produtos de saúde que entram ecirculam no País
- Garantir o cumprimento de Boas Práticas na produção e comercialização de produtos médicos, através da revisão, ou desenvolvimento, de políticas e procedimentos, formação, recrutamento de pessoal, e implementação
- Reforçar a monitoria efectiva do mercado farmacêutico e os instrumentos de supervisão do mercado, através de revisão, ou desenvolvimento, de políticas e procedimentos
- Assegurar o funcionamento eficiente do sistema de farmacovigilância, incluindo a monitoria dos efeitos adversos
- Assegurar um controle efectivo da qualidade dos produtos comprados pelo MISAU

- Fortalecer os sistemas de informação para apoiar a regulação e supervisão do sector (bases de dados do registo, reacções adversas, inspecções, licenças, etc.)
- Actualizar o Formulário Nacional de Medicamentos (FMN) até Dezembro 2014

Área de Logística, Produtos Médicos e Equipamentos

- Aprovar e implementar o Plano Estratégico de Logística Farmacêutica (Plano de Implementação, estatutos e regulamento da CMAM, etc.)
- Elaborar listas prioritárias de medicamentos, consumíveis, material médico-cirúrgico, apósito, reagentes de laboratório, meios complementares de diagnóstico e equipamento, para definir prioridades e racionalizar os recursos nos processos de compra e gestão
- Institucionalizar a quantificação periódica (anual e trimestral) dos planos de procura, para todos os grupos de produtos
- Analisar, estabelecer e implementar procedimentos e mecanismos para melhorar o controlo de aquisições (procura, contratações, compra, seguimento das encomendas, desempenho dos fornecedores) e agilizar o processo de procura
- Documentar as lacunas no financiamento para medicamentos, materiais médicos e equipamentos e advogar, dentro do MISAU e com parceiros, para conseguir acréscimo do financiamento
- Rever e aprovar as normas e os procedimentos do sistema logístico para materiais médico-cirúrgicos
- Capacitar o pessoal dos economatos sobre as novas normas e procedimentos do sistema logístico
- Institucionalizar e implementar um sistema de supervisão e auditoria para processos logísticos, em todo o país
- Aumentar a capacidade de transporte a nível provincial e distrital, incluindo análise da possibilidade de terciarização de transporte, especialmente entre províncias
- Aumentar a capacidade de armazenagem e da segurança dos medicamentos e materiais médicos
- Desenvolver um novo sistema de informação logístico sistematizado e integrado, que melhore a visibilidade de dados logísticos em toda a cadeia, e utilizar a informação para aperfeiçoar a gestão dos *stocks*
- Alargar a utilização do sistema SIMAM nos depósitos dos hospitais provinciais e nos Depósitos Distritais
- Melhorar a gestão financeira da CMAM recorrendo ao eSISTAFE e efectuando um controlo das receitas mais correcto

Área de farmácia hospitalar

- Melhorar o uso racional de medicamentos e produtos de saúde, mediante a elaboração e aperfeiçoamento de política, formação e fortalecimento dos sistemas de informação e supervisão
- Expandir os Comités Terapêuticos Hospitalares como meio de monitorar e orientar o uso racional de medicamentos em todo o país, com prioridade para os hospitais
- Actualizar o FMN até Dezembro 2014

5.2.5 Meios Auxiliares de Diagnóstico

Apesar dos progressos registados, sobretudo na criação de serviços de TAC, MRI e hemodinámica, persistem desafios na área de meios auxiliares de diagnóstico: o acesso aos serviços é limitado pela fraca cobertura dos serviços, especialmente de equipamentos de imagiologia especializados e serviços básicos de laboratório. O País conta apenas com 300 laboratórios clínicos e uma rede de imagiologia com 60 serviços, sobretudo RX simples, para uma rede de mais de mil US. Os serviços disponíveis carecem de recursos humanos qualificados a nível técnico e de gestão. Também existem grandes desafios em assegurar a disponibilidade atempada de materiais e reagentes nas quantidades necessárias. A escassez de equipamentos e materiais resulta em sobrecargas para os serviços e deficiências na qualidade da sua prestação. O sistema de informação da área de meios auxiliares de diagnóstico mostra-se fraco para monitorar o desempenho dos serviços e controlar os insumos, o que complica ainda mais a capacidade de gerir o sistema de maneira eficiente e com qualidade. Além disso, grande parte dos equipamentos das áreas de imagiologia e laboratórios é obsoleto, ou inoperante devido a uma deficiente manutenção, ou reposição. A prática de controlo de qualidade das actividades laboratoriais já não é feita com regularidade. Os problemas de gestão dos laboratórios de assistência médica agravam-se com a falta de harmonização dos equipamentos disponíveis no país, o que complica o processo de aquisição e distribuição de reagentes e suprimentos para equipamentos com a mesma função.

Relativamente a outras tecnologias de saúde, estão a ser introduzidos no país novos produtos (implantes contraceptivos, vacinas, novas medicinas, etc.) e soluções TIC e móvel, mas de uma forma fragmentada e não contextualizada, em relação aos desafios do sector. Porém, a inexistência de uma política, ou estratégia, para orientar o conhecimento, escolha e implementação de novas tecnologias e inovações tem resultado na implementação parcial e fragmentada de novos sistemas, desconhecimento dos sistemas em implementação no País, e numa imensa dificuldade em manter os sistemas operativos. Por outro lado, o estado actual da plataforma electrónica de tecnologias de informação e comunicação limita a capacidade de comunicação e interacção do MISAU e do seu pessoal com os actores internos e externos, e constrange a capacidade de resolução de problemas.

Objectivos

- Prestar serviços de meios auxiliares de diagnóstico com qualidade, e apoiar os prestadores de cuidados clínicos no diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças nos diferentes níveis de atenção de saúde
    - Alargar o acesso a serviços de Imagiologia seguros e de qualidade Assegurar serviços de protecção e segurança radiológica a todos os profissionais do SNS, em particular os técnicos da área
    - Alargar o acesso e cobertura dos serviços de diagnóstico laboratorial de qualidade no SNS

Estratégias

Área de Imagiologia

- Expandir os serviços de radiologia atéaos níveis provincial e distrital
- Monitorar com regularidade as doses de radiações ionizantes recebidas pelos trabalhadores expostos durante a sua actividade, para garantir a sua protecção de radiações ionizantes
- Recrutar e instalar pessoal especializado para serviços de Imagiologia e Radioterapia e reforçar a formação e supervisão
- Em coordenação com o serviço de oncologia, instalar uma unidade de Radioterapia no HCM, com técnicos especializados em número suficiente
- Em coordenação com o programa de saúde ocupacional, propor e aprovar normas de segurança no local de trabalho, relativas ao sector de imagiologia
- Em coordenação com a CMAM, definir mecanismos eficazes de planificação e monitoria para melhorar a logística de consumíveis, incluindo um sistema de informação, que possibilite maior controlo e monitoria dos gastos de consumíveis e de diagnósticos efectuados

Área de Laboratórios Clínicos

- Alargar o número de laboratórios na rede e melhorar a infra-estrutura laboratorial existente
- Melhorar a quantidade e qualidade dos recursos humanos, através de formação contínua, cursos e criação de centros de excelência
- Definir uma lista de produtos prioritários (vitais e essenciais) para o SNS
- Em coordenação com a CMAM, definir mecanismos eficazes de planificação e distribuição, que melhorem a logística de reagentes e consumíveis
- Reforçar o sistema de informação para aperfeiçoar o controlo e a monitoria dos gastos de consumíveis e de diagnóstico, efectuados quer com a formação, quer com a supervisão

- Reforçar, através da formação e supervisão, os sistemas de referência de amostras e de envio de resultados laboratoriais para melhorar o controlo de qualidade laboratorial
- Implementar sistemas de garantia de qualidade com supervisão e controlo regular dos resultados

Serviço Nacional de Anatomia Patológica

A Anatomia Patológica é responsável pelo estudo morfológico de órgãos, tecidos e células, com o propósito de auxiliar os clínicos no diagnóstico de lesões/doenças, com implicações no seu tratamento e prognóstico, bem como na sua prevenção. Neste âmbito, os Serviços de Anatomia Patológica (SAP) realizam actividades de rotina hospitalar (patologia cirúrgica, citologias esfoliativas e de punções aspirativas, e autopsias clínicas), para além de actividades de formação e investigação científica. Contudo, existem apenas 3 serviços de Anatomia Patológica, nos três hospitais centrais, nomeadamente de Maputo (HCM), da Beira (HCB) e Nampula (HCN), o que limita a disponibilidade destes serviços. A exiguidade de recursos humanos qualificados, a falta de equipamento e os obstáculos na manutenção do existente e a dificuldade de assegurar fornecimento regular de consumíveis e reagentes, minam a qualidade dos serviços prestados.

Estratégias

- Ampliar e equipar a rede de Anatomia Patológica aos hospitais provinciais
- Criar unidades de citologia nos HGJM, HGM, HP de Tete, HP Xai-Xai e HP Quelimane
- Prestar formação inicial a técnicos de laboratório, técnicos superiores e médicos especialistas em Anatomia Patológica
- Introduzir novas técnicas de anatomopatologia, nomeadamente imunohistoquímica no HC Nampula e imunofluorescência no HCM
- Em colaboração com a DIS, instalar um sistema de registo de dados dos exames anatomopatológicos, em especial do cancro. para todos os SAPs
- Colaboração intra-mural e com instituições de pesquisa internacional para estudar a prevalência e os factores de risco locais de doenças cancerígenas

5.2.6 Financiamento de saúde e gestão Financeira

Esta secção do PESS aborda os desafios em duas áreas fundamentais, relacionadas com os recursos financeiros: (1) o financiamento do sector, que é a função do sistema de saúde que se ocupa da mobilização, acumulação e alocação estratégica de fundos para cobrir as necessidades individuais e colectivas de saúde da população, no quadro do sistema de saúde; (2) a gestão financeira, que apoia a disciplina fiscal e a provisão eficiente de serviços. Em termos de soluções estratégicas para os desafios descritos abaixo, esta secção concentra-se na gestão

de finanças públicas, particularmente em duas áreas do PARI, nomeadamente, Execução Orçamental, Contabilidade, Reporte e Controlo Interno e Aquisições, Inventário e Gestão de Activos, visto que são necessárias melhorias urgentes nestas áreas para assegurar o financiamento adequado do sector a curto e médio prazos*.* Em virtude das eventuais mudanças profundas de que o sector da saúde carece, a componente de financiamento será tratada no capítulo das reformas.

Financiamento

A função de financiamento do sector de saúde visa assegurar uma adequada disponibilização de fundos e definir os incentivos correctos para os provedores de cuidados de saúde, de modo a garantir que todos os indivíduos tenham acesso a cuidados de saúde públicos, ou individuais. Para o efeito, executa três funções fundamentais: (1) a arrecadação de receitas (fontes de receitas, tipo de pagamento ou mecanismo de contribuição, e os agentes de colecta das receitas); (2) a partilha de recursos (acumulação e gestão de fundos provenientes dos contribuintes - *Pooling*) e (3) pagamento, ou compra, dos serviços de saúde.

A análise de situação conclui que, apesar da evolução positiva da despesa total em saúde, o sector está subfinanciado, pois o PIB *per capita* gasto em saúde está abaixo do recomendado e dos níveis da região, para além de que o peso relativo do sector de saúde OE tem diminuído nos últimos anos. Isto demonstra o reduzido espaço fiscal de que o sector dispõe para oferecer serviços básicos de saúde e a dependência substancial do sector em relação aos fundos externos, sobretudo para programas verticais, o que traduz alguma fraqueza na sustentabilidade dos programas do sector, para além dos elevados custos de transacção, implícitos na gestão destes fundos. As principais fontes de financiamento incluem o OE atribuído pelo Ministério das Finanças (MF), o qual inclui as contribuições directas dos parceiros ao OE, os fundos do PROSAÚDE e os fundos dos programas verticais. Existem ainda outras fontes, pouco documentadas em termos de financiamento do sector, nomeadamente as contribuições privadas ou das famílias, correspondentes a pagamentos feitos nas clínicas e farmácias privadas, os co-pagamentos nas instituições sanitárias do Estado, a Assistência Médica descontada aos funcionários do Estado, os seguros privados e as contribuições das empresas. À excepção do OE e do PROSAÚDE, grande parte destes fundos está fora do controlo do MISAU (*off-budget*), incluindo as receitas próprias e consignadas do sector, o que complica uma planificação e gestão adequadas. Por outro lado, estes fundos chegam aos provedores de serviços, quer em valor monetário, querem bens e serviços, usando diversos canais e critérios de alocação, o que coloca desafios adicionais de eficiência e coordenação da planificação, execução e monitoria dos recursos alocados. Apesar de a orçamentação ser feita por programas e distribuída em categorias orçamentais padronizadas pelo MF, os programas estão definidos na generalidade e não incluem todos os programas ou serviços de saúde, dificultando a relação do orçamento com os objectivos políticos do sector.

Os mecanismos de pagamento dos provedores públicos de saúde baseiam-se essencialmente na alocação de linhas orçamentais para as categorias funcionais do orçamento, em que se incluem salários, bens e serviços, etc. Porém, para a maioria das US, as decisões de atribuição dos fundos e a realização das despesas são feitas a nível dos SDSMAS, não havendo, portanto, nenhum incentivo financeiro para moldar, ou influenciar, o comportamento dos provedores de saúde. Os parceiros do sector têm estado a implementar algumas experiências de contratação baseadas no desempenho, mas o seu impacto ainda não foi avaliado.

Gestão das finanças públicas

A gestão das finanças públicas (GFP) é o processo através do qual o governo gera receitas e aloca, despende e presta contas dos recursos públicos, sendo, por isso, um instrumento importante na prossecução dos objectivos do governo. O sistema de GFP deve, fundamentalmente, alcançar três objectivos básicos: (1) a disciplina fiscal através do controlo efectivo do orçamento; (2) a alocação estratégica de recursos de forma a assegurar a implementação dos objectivos do governo e (3) a eficiente provisão de serviços, através da gestão do uso dos recursos orçamentados. A GFP é avaliada tendo em conta seis dimensões e respectivos indicadores internacionalmente reconhecidos, a saber: Credibilidade do Orçamento; Abrangência e Transparência; Orçamentação com base nas Políticas; Previsibilidade e Controlo na Execução Orçamental; Contabilidade, Registo e Reporte; Escrutínio e Auditoria Externa.

Contudo, as diversas avaliações e auditorias realizadas nos últimos anos mostram que a administração das finanças públicas do sector apresenta várias lacunas quanto ao sistema de gestão financeira dos vários níveis do MISAU: inconsistências entre o orçamento aprovado e as despesas do sector; não inclusão de todas as fontes de financiamento no orçamento, incluindo as receitas consignadas do sector; baixa execução dos fundos, sobretudo externos e ao nível das províncias; planos anuais de actividade desajustados dos respectivos orçamentos e dos documentos de política plurianual, e orientados para “inputs” (não para resultados); deficiente observação e transparência dos procedimentos de execução orçamental e contabilísticos, incluindo os métodos de controlo interno, procura e gestão do património.

Objectivo

- Assegurar o financiamento adequado e sustentável dos serviços de saúde
- Reformar e Reestruturar a DAF para a Melhoria da Gestão Económica e Financeira[20]
- Melhorar o Processo de Contratações e reduzir em 80% as aquisições fora do plano

[20] Objectivos e actividades retiradas do Plano Acelerado de Reformas Institucionais no Sector de Saúde 2013-15

Estratégias[21]

- Elaborar a estratégia de financiamento do sector[22]
- Realizar estudos de avaliação das ineficiências do SNS
- Implementar a nova Estrutura Orgânica da DAF e recrutar técnicos qualificados, incluindo a reestruturação dos sectores de contabilidade e prestação de contas, central e provincial, e a capacitação dos Técnicos nos sectores de contabilidade e prestação de contas, baseada no "Manual de Procedimentos", garantindo a respectiva implementação
- Operacionalizar o e-SISTAF na CMAM, LNHAA, LNCQ, CRDS, ICS, INS, Hospitais Provinciais, Rurais e Distritais
- Preparar um sistema de registo de receitas arrecadadas, por unidade orçamental
- Elaborar o Plano Anual de Contratações e Aquisições
- Criar um mecanismo eficaz de monitoria dos processos da UEGA (aplicativo informático, etc.)
- Definir mecanismos de gestão dos Contratos (arranjos institucionais, procedimentos)

5.2.7 Governação e Liderança

Esta função, exercida pelo governo, é a base de todo o sistema de saúde, uma vez que o desenho de políticas coerentes, apoiadas por evidências fortes, conhecimentos técnicos e cooperação, ou consulta, com os actores relevantes é um pré-requisito para o bom desempenho do sector público.

Como foi referido na análise de situação, há no País um ambiente legal e político que facilita a prossecução dos objectivos de saúde. Contudo, persiste algum potencial para sobreposições, fragmentação e fraca coordenação das várias leis e politicas intra e intersectoriais. Por exemplo, muitas iniciativas internas não tomam em consideração a capacidade do sistema de saúde, em particular as implicações combinadas, nos recursos humanos.

Em 2002, o Governo central lançou a estratégia de reformas do sector público para melhorar a prestação de serviços ao cidadão moçambicano. Essa estratégia está configurada em seis componentes, entre as quais a descentralização. Neste contexto, foi introduzida diversa legislação e algumas mudanças em áreas transversais, com destaque para a Lei dos Órgãos Locais do Estado (LOLE), sistema financeiro e de procura. Esperava-se que cada sector governamental propusesse as reformas específicas para se adequar a este contexto. Porém, ao longo dos anos, a estrutura orgânica do Ministério da Saúde foi-se adaptando apenas às circunstâncias, mantendo sempre uma concentração de funções, nas

[21] Devem ser harmonizadas com a versão final do Plano de Fortalecimento da Gestão de Finanças Públicas
[22] Os passos para a elaboração desta estratégia são abordados no Cap. 7 das reformas

quais se incluem: a elaboração de políticas e planos sectoriais, a regulamentação, o financiamento e a fiscalização, para além da gestão quase-directa dos serviços públicos e da respectiva supervisão. Esta situação é em parte devida à ausência de mecanismos institucionais para a gestão dos processos de reforma, que muitas vezes seguem uma abordagem verticalizada e com pouco impacto nos serviços de saúde. Por outro lado, a fragilidade dos sistemas distritais de saúde limita o aproveitamento dos potenciais benefícios da descentralização.

No quadro deste sector, a função de "fiscalização" do cumprimento das leis, normas e regulamentos é exercida principalmente pela Inspecção Geral de Saúde (IGS), órgão com representação a nível provincial. Porém, a fraca capacidade institucional resultante da escassez de RH, quer quantitiva, quer qualitativa, sobretudo nas DPSs; a falta de instrumentos adequados de trabalho e as deficiências no quadro legal do sector, emperram o desempenho eficaz desta área. Em consequência disso, esta função concentra-se nos aspectos administrativos das áreas de suporte (finanças, RH, etc.), embora já tenha iniciado alguma actividade na área de prestação de serviços de qualidade.

O papel da comunicação na promoção da boa governação, através da disseminação efectiva de informação e facilitação do diálogo entre os vários actores, é sobejamente reconhecido. Contudo, a comunicação interna (vertical e horizontal) e externa no sector de saúde não é eficaz, apresentando assimetrias de informação, dentro e fora do sector, fraco conhecimento das prioridades e do desempenho e défice de diálogo entre os vários intervenientes, em particular com os beneficiários dos serviços de saúde.

Apesar dos esforços empreendidos pelo MISAU no sentido de uma melhoria do sistema de planificação, a ligação entre planos estratégicos e planos operacionais, e entre estes e o processo de orçamentação e realização das despesas, continua fraca. Além disso, a extrema fragmentação da elaboração de planos por serviços, níveis, territórios e programas com pouca coordenação, resulta numa multiplicidade de exercícios e documentos de planificação. Este quadro é agravado pela falta de dados/informação sistemática relevante para análise de situação, como é o caso do fluxo de fundos, dos resultados e/ou impacto da despesa pública e do custo-eficácia dos serviços, bem como pela ausência de critérios claros de alocação dos recursos aos vários níveis do sector, que permitam responder às reais necessidades de saúde. Por outro lado, o deficiente funcionamento dos mecanismos formais de coordenação intersectorial, com os parceiros e sociedade civil, complica ainda mais os processos de planificação, resultando em ineficiências no sistema, incumprimento dos planos anuais, e sobrecarga do sector, entre outros.

As relações de género têm um impacto profundo no estado de saúde, acesso e utilização dos serviços de saúde. Por isso,o MISAU aprovou, em 2009, a estratégia de inclusão da igualdade do género no sector de saúde, que dá prioridade a

intervenções nas áreas de planificação, orçamentação, RH, qualidade, SSR, Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis. Desde então, foram nomeados pontos focais do género aos vários níveis do sector, realizadas intensas actividades de capacitação e sensibilização do pessoal de saúde, e iniciado um processo de desagregação de dados, por sexo, no SIS. Contudo, a inclusão dos assuntos de género em todos os processos de tomada de decisão ainda é bastante incipiente.

A coordenação e colaboração do MISAU na promoção, prevenção e defesa da Saúde Pública, em particular os determinantes de saúde e mitigação dos desastres naturais, incluindo as mudanças climáticas, são dominados pelas relações com os doadores e ONGs internacionais, sobretudo ao seu mais alto nível. Enquanto o MISAU tem procurado acomodar as ONGs (nacionais e internacionais) nos mecanismos de coordenação, a participação mais alargada da sociedade civil e do sector privado no processo de tomada de decisão é ainda diminuta, o que resulta na centralização da tomada de decisões onde os interlocutores se encontram. Por outro lado, nota-se uma proliferação e dispersão de mecanismos de financiamento e apoio do sector público de saúde que dificulta ainda mais a capacidade de coordenação do MISAU. A colaboração com outros sectores do Governo, relevantes nos determinantes de saúde, também não é satisfatória,principalmentea nível local, o que restringe o impacto das intervenções.

A pesquisa para produção de evidência científica relevante para a saúde pública, em Moçambique, tem evoluído bastante nos últimos anos, sobretudo nas áreas de vacinas e malária, com a criação de instituições de investigação operacional e fortalecimento da sua capacidade laboratorial. Porém, nem sempre tem efeitos na melhoria do sistema, nem é uma prioridade articulada com as políticas de saúde. Por outro lado, os recursos consagrados a esta área são bastante escassos. Como consequência disso, e apesar de contar com um corpo público de pesquisadores em saúde, o sector está fortemente dependente de consultorias e financiamento externo, para conseguir produzir a necessária evidência e análise sobre os sistemas de saúde. Além disso, o sistema de governação subordinada, e limitada autonomia administrativo-financeira do órgão que superintende a pesquisa em saúde, condiciona a capacidade de resposta às necessidades de evidência científica na tomada de decisão.

As soluções apresentadas nesta secção visam melhorar as actividades de rotina, enquanto se discutem as mudanças profundas necessárias para uma boa governação do sector.

Objectivos

- Melhorar a governação e liderança do sector de saúde
    - Incentivar a comunicação interna e externa do sector para o desenvolvimento do sector

- Aperfeiçoar os processos de planificação sanitária sectorial e territorial
- Assegurar a integração efectiva dos assuntos do género nos processos de formulação e implementação de políticas do sector
- Incrementar a capacidade de investigação e o uso da evidência na formulação e implementação das políticas do sector
- Reforçar as parcerias com os actores-chave de saúde
- Reforçar a capacidade de fiscalização/acompanhamento da implementação do quadro legal e políticas do sector
- Melhorar a transparência dos processos de tomada de decisão e a prestação de contas do desempenho do sector

Estratégias

Área de comunicação, transparência e prestação de contas

- Elaborar uma estratégia de comunicação que assegure a partilha eficaz e transparente de informação sobre as decisões e desempenho do sector e promova o diálogo efectivo entre os vários actores do sector
- Definir mecanismos de prestação de contas sobre o desempenho do sector

Área de planificação

- Aprovar e Disseminar o estudo sobre equidade e critérios de alocação de recursos
- Elaborar as Contas Nacionais de Saúde 2013 (2007-2011)
- Institucionalizar o *OneHealth* como instrumento de planificação anual e de alinhamento do plano e orçamento e da orçamentação para resultados
- Rever e adequar o sistema (instrumentos e processos) de planificação do sector, de modo a torná-lo mais sensível às necessidades de saúde locais
- Rever a metodologia de elaboração do Cenário Fiscal de Despesa e Financiamento Médio Prazo (CFDFMP) do sector de saúde, para que se torne um instrumento eficaz de materialização das políticas do sector
- Capacitar as equipas distritais de saúde, em planificação e gestão descentralizada
- Realizar o exercício PETS (*Public Expenditure Tracking Survey)* para actualizar informação sobre impacto da despesa na provisão de serviços
- Revitalizar a actividade de estudo de custos dos serviços de saúde
- Reforçar os mecanismos de coordenação do SWAP, em especial o diálogo com os parceiros do PROSAÚDE

Área de Género

- Realizar uma avaliação de médio termo da estratégia do género, com vista a adequá-la ao contexto actual do sector

- Realizar um estudo sobre o efeito das desigualdades/iniquidades do género na área de saúde (estado de saúde, determinantes de saúde, desempenho do sistema de saúde)

Área de parcerias

- Definir mecanismos eficazes de colaboração com os sectores do governo, que sejam relevantes nos determinantes de saúde
- Rever os mecanismos existentes de coordenação com os parceiros de desenvolvimento e as ONGs nacionais e internacionais (MdE, Códigos de Conduta, mecanismos de prestação de contas, etc.)
- Definir mecanismos eficazes de acompanhamento dos acordos celebrados pelo Governo na área de saúde (específicos ou com impacto na área)
- Organizar um banco de dados das parcerias do sector para facilitar a gestão das mesmas
- Definir mecanismos eficazes de participação da sociedade civil no processo de tomada de decisão e monitoria do desempenho do sector, e reforçar os existentes em coordenação com o DEPROS
- Definir uma estratégia/política/directrizes para as parcerias público-privadas (PPP) no quadro da política do governo/legislação existente
- Identificar oportunidades para o estabelecimento de iniciativas de PPP

Área de investigação

- Aprovar a Agenda Política de Pesquisa que irá responder às prioridades nacionais de saúde e ser relevante para o processo de tomada de decisão
- Definir mecanismos eficazes de divulgação dos resultados da pesquisa, incluindo a revitalização da Revista Médica de Moçambique
- Proporcionar formação (formal e contínua) aos profissionais do INS e do sector, para dotá-los de capacidade de investigação nos vários domínios da saúde, e de acordo com a Agenda Nacional de Pesquisa
- Criar núcleos provinciais de pesquisa para expandir as oportunidades de pesquisa em saúde e o uso da evidência na tomada de decisão
- Definir mecanismos de coordenação da planificação das actividades de pesquisa (operacional) com as outras áreas/instituições do MISAU

Área de fiscalização político-legal

- Capacitar os inspectores e auditores em matéria de fiscalização de cuidados de saúde, farmácia e área administrativa e financeira
- Recrutar/colocar pessoal no IGS
- Produzir Manuais de Procedimentos de Inspecções

6. Agenda de reformas para o fortalecimento do sistema de saúde

> ***"A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original"***
> *Albert Einstein*

Reconhecendo as fragilidades actuais do sistema de saúde moçambicano, descritas no capítulo 2.2, e a necessidade de um longo e difícil processo de consultas amplas e inclusivas, bem como a evidência científica para a tomada de decisão, o MISAU decidiu, no âmbito do PESS 2014-19, engajar-se num processo holístico, transversal e racional (abordagem do "pensamento sistémico"[23]) de identificação das mudanças necessárias para tornar o sistema de saúde funcional e prestar serviços que produzam o almejado impacto equitativo na saúde da população. Com efeito, a OMS define um sistema de saúde funcional como aquele que responde de uma forma equilibrada às necessidades e expectativas da população, permitindo a (1) melhoria do estado de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades; a (2) defesa da população contra o que periga a sua saúde; a (3) protecção das pessoas contra as consequências financeiras da doença; a (4) garantia do acesso equitativo a cuidados centrados nas pessoas e a (5) sua participação nas decisões que afectam a sua saúde e o sistema de saúde. Isto requer políticas e liderança fortes, bem como investimentos coerentes nas várias componentes do sistema de saúde.

Assim, este capítulo dá indicações sobre as reformas que se esperam nas componentes do sistema de saúde para permitir que os serviços de saúde satisfaçam a declaração da missão e os objectivos do PESS. Importa realçar (vide cap. 4) que o foco, ou ponto de partida, dessas reformas é a descentralização da gestão e da provisão dos serviços de saúde, e que a descriçãodas componentes do sistema, abaixo mencionada, se centra no mapeamento dos assuntos chave e num roteiro para a sua discussão, que permita produzir uma agenda de reformas nos próximos 3 anos, cuja implementação irá arrancar por volta da segunda metade do período de implementação do presente PESS, i.e., 2017. Importa salientar ainda, que será no decurso do desenvolvimento desta agenda que as prioridades e o roteiro (*criticalpath*) das reformas serão claramente definidos.

Assim, o presente capítulo descreve, para cada uma das sete[24] componentes do sistema de saúde, os assuntos consensualmente considerados chave para a tomada de decisão sobre as mudanças a operar no sistema de saúde, no seu todo,

[23] Pensamento sistémico é uma forma de analisar a realidade que enfatiza as relações entre as partes do sistema em vez das próprias partes. "Falhas no sistema requerem soluções sistémicas" – OMS 2008

[24]Ao contrário da internacionalmente aceite classificação do sistema de saúde em seis componentes (serviços de saúde, governação, recursos humanos, logística, sistemas de informação e M&A, financiamento), as infra-estruturas são classificadas como uma componente separada dada a sua complexidade e a inclusão das infra-estruturas as áreas de apoio.

e apresenta também orientações sobre o processo, ou roteiro, que deve estar subjacente à tomada dessas decisões.

Dada a complexidade do processo de desenvolvimento da agenda de reformas e àdedicação que ele exige, a direcção do Ministério vai constituir um grupo de trabalho com Termos de Referência (TdR) específicos, destinados a uma adequada gestão de todo o processo. Logo que o processo for iniciado, será elaborado um cronograma detalhado de actividades e desenhado o mapeamento dos grupos de interesse. Além disso, será deliineada uma estratégia de comunicação, que assegure a partilha eficaz e massiva de informação sobre o processo de reformas e um diálogo efectivo e inclusivo na tomada das decisões estratégicas sobre o futuro do sistema de saúde. Para a tomada de decisão informada sobre as reformas, estão previstos vários encontros de construção de consensos; visitas de estudo a países com contextos similares e larga experiencia em reformas do sector de saúde; consultorias para apoio técnico e estudos de pesquisade evidência científica. Todas estas actividades serão precedidas de aprovação de TdR claros, transparentes e consensuais. Será também discutida a necessidade, relevância e viabilidade da criação de um fundo específico para facilitar a elaboração da agenda de reformas.

Uma vez estabelecidos os arranjos institucionais e definida a estratégia de comunicação para as reformas, seguir-se-ão: o aprofundamento do significado da descentralização para o sector de saúde moçambicano; o seu propósito na perspectiva de uma melhoria do desempenho do sistema de saúde do país e as formas de descentralização que o sector vai explorar e que devem seradequadas ao contexto moçambicano. Esta clarificação é crucial para orientar as discussões (vide abordagem ilustrativa no anexo 01) em torno das mudanças necessárias, nas várias componentes do sistema de saúde, para que a descentralização se torne efectiva e conduza aos resultados almejados.

6.1 Serviços de Saúde

"Serviços de saúde acessíveis e de qualidade, melhores resultados de saúde."

Esta secção concentra-se na forma como os recursos e serviços estão organizados e geridos por forma a garantiremo acesso, qualidade, segurança e continuidade de cuidados. Assim, e com base nos problemas sistémicos identificados na componente dos serviços de saúde, foi arrolada uma série de questões que devem serrespondidas durante a preparação da agenda de reformas do sector.

Embora existam áreas, como o SMI, com pacote mínimo de serviços já definido, as intervenções de saúde só são definidas de forma incremental pelos programas verticais do MISAU, não estando fixado formalmente o mínimo que o sector deve oferecer aos cidadãos, em cada nível de atenção de saúde. Com isso, abre-se espaço para especulações, ineficiências e iniquidades. Por conseguinte é preciso clarificar, no âmbito das reformas, a necessidade e conteúdo de um pacote mínimo

de serviços, para cada nível, capaz de responder às necessidades de saúde básicas da população, mantendo a continuidade dos serviços, o tipo de orientação para a sua definição (técnica, política ou ambas), bem como o grau de flexibilidade (territorial e por nível), para além do respectivo custo.

A estrutura organizacional e de funcionalidade dos serviços de saúde são outras áreas que carecem de revisão. Assim, questões como a definição do sistema distrital de saúde no âmbito da descentralização; a possível separação MISAU/SNS; a integração dos programas verticais; o papel das ONGs na prestação de serviços públicos de saúde e a prestação ao nível comunitário deverão ser reexaminados no âmbito da reanálise funcional do sector[25], descrita no capítulo sobre a governação ena definição do sistema de saúde moçambicano, incluindo a descrição explícita dos papéis e responsabilidades dos vários níveis e actores, no contexto da descentralização. Daí que a revisão e harmonização dos dispositivos legais de gestão e funcionamento da rede sanitária (DM 127/2002, etc.), incluindo a regulamentação e/ou normalização do funcionamento dos sectores privado e comunitário, mereçam uma atenção particular por parte desta área.

A operacionalidade do sistema de referência é uma das áreas críticas para a continuidade da provisão de cuidados de saúde. Para clarificar esta componente dos serviços de saúde foram identificadas algumas questões que merecem uma análise mais aprofundada, nomeadamente o papel das US de referência, incluindo a sua área de captação/influência, a organização e disponibilidade dos sistemas de comunicação e transporte e os mecanismos e responsabilidades de financiamento e pagamento da referência.

Para a gestão dos serviços de saúde, que reflecte a forma como os recursos são transformados em produtos (intervenções de saúde), serão aprofundadas questões como: o mecanismo de financiamento dos serviços de saúde; o grau de autonomia hospitalar e de gestão das US dos níveis primário e distrital; o sistema de gestão da qualidade, possíveis modalidades de contratação de prestadores públicos e privados, incluindo as ONGs no contexto de descentralização. Questões de adequação das infra-estruturas sanitárias para uma melhor provisão de serviços de saúde serão tratadas na secção seguinte.

Para além da análise funcional tratada na Governação, estão previstos alguns estudos, incluindo metanálises onde há muita informação dispersa, para avaliação mais profundada operacionalidade dos serviços de saúde. Estão previstas também algumas consultorias, para um eventual desenvolvimento do pacote mínimo de serviços, etc., e ainda algumas visitas de estudo a países africanos com experiência nas reformas de serviços de saúde, em especial na separação de funções e/ou na descentralização da gestão dos serviços de saúde.

[25]A análise funcional feita no início das reformas do sector público concentrou-se na estrutura organizacional do MISAU central

6.2 Infra-estruturas

"Infra-estruturas adequadas, serviços de saúde de qualidade."

As infra-estruturas referem-se habitualmente aos edifícios, abastecimento de água e energia, e comunicações. A sua disponibilidade e acessibilidade adequadas são fundamentais para o bom desempenho dos serviços de saúde. Por isso, questões como a tipologia e desenho padronizado das US e infra-estruturas de suporte e sua flexibilidade, a clarificação de responsabilidades na planificação, execução, fiscalização e manutenção de infra-estruturas, bem como a elaboração de um plano de desenvolvimento das infra-estruturas[26] serão discutidas no âmbito do desenho da agenda de reformas. A assistência técnica disponível no MISAU será usada para estas actividades, que incluirão consultas aos vários actores chave e eventual contratação de serviços de consultoria, caso se afigurem necessários.

6.3 Liderança e Governação

"Boa governação do sector de saúde. Bom desempenho do sistema de saúde."

As reformas na componente de governação visam, essencialmente, criar o ambiente político-legal propício para a efectivação e acompanhamento do processo de descentralização do sector. Assim, há questões gerais, mas cruciais, de governação do sector de saúde que precisam ser tratadas logo de início: a revisão da Política Nacional de Saúde, em vigor desde a independência nacional, incluindo a definição das "fronteiras" do sistema de saúde moçambicano, para ajudar a clarificar a abrangência das reformas; a clarificação do propósito da descentralização e a definição das opções que o MISAU pretende considerar. Tendo em conta as funções gerais (padrão) de um sistema de saúde é também importante definir qual o papel e as responsabilidades gerais de cada nível, no contexto das reformas e da descentralização do sector público. A elaboração de um documento proposta de trabalho por parte do Grupo Técnico das reformas poderá servir de base para consultas e diálogo com os vários grupos de interesse. Este grupo poderá também fazer o mapeamento do quadro legal das reformas do sector público, para precaver a legalidade da agenda de reformas do sector de saúde.

Na governação e liderança propriamente dita, é preciso clarificar a estrutura funcional e organizacional adequada para o sector de saúde, bem como o papel regulador, fiscalizador e supervisor dos vários níveis do sector. Será igualmente definido o processo para o desenvolvimento de políticas e estratégias que assegurem a harmonização e consistência dos mesmos, incluindo o papel dos vários modelos de parceria do sector. A questão da (dupla) subordinação e os

[26]Actividade incluída no cap. 6.2

mecanismos de transparência dos processos de prestação de contas do desempenho, a todos os níveis e entre os vários actores, será reanalisada, incluindo a elaboração de uma estratégia de Comunicação[27] Interna (MISAU, DPSs, SDSMAS, provedores) e externa (MISAU/Parceiros) como instrumento de coordenação e de partilha de informação e diálogo. A capacidade Institucional (CI) necessária para exercer a governação e liderar o sector num ambiente descentralizado e participativo será também aflorada. Ainda neste contexto, serão definidos também os mecanismos mais eficazes de participação da sociedade civil nos processos de tomada de decisão, a todos os níveis.. Para assegurar uma cada vez maior disponibilidade e uso de evidência científica, discutir-se-á o papel e arranjo institucional do INS, incluindo o desenvolvimento de uma Agenda Nacional de Pesquisa consentânea com os desafios e prioridades do sector. Ainda no âmbito da governação, será ainda abordado o fortalecimento da função de fiscalização e supervisão das políticas do sector, em particular a capacitação institucional da IGS. Uma (re) análise funcional do MISAU e suas ramificações periféricas irá ajudar a estabelecer uma estrutura orgânica e funcional mais adequada aos desafios presentes e futuros, em particular o processo de descentralização em curso, que tem fortes implicações na forma como os serviços de saúde são geridos e prestados.

Na componente de planificação serão analisados aspectos relacionados com o sistema de planificação Estratégica e Anual do sector, o alinhamento com o ciclo de planificação do Governo, a promoção de boas práticas, a existência de uma multiplicidade de planos não harmonizados, bem como mecanismos de integração de programas, níveis e territórios num único ciclo de planificação anual. Os processos e métodos de planificação e orçamentação, incluindo a orçamentação por programas, abordagem do ciclo de vida, *OneHealth* e outros instrumentos, os mecanismos de implementação e de enquadramento dos assuntos transversais (género, integração, etc.) nos processos de governação do sector, a materialização dos princípios orientadores na cultura organizacional do MISAU serão reanalisados para adequá-los à descentralização do sector. Os instrumentos e processos de coordenação intersectorial e de parceria com as agências de desenvolvimento, de implementação e sector privado serão também revistos, com vista à melhoria da eficiência e eficácia do sistema de saúde.

Para tomada de decisão sobre as reformas na governação e liderança do sector estão previstos: a instituição de grupos de trabalho conjuntos, a realização de alguns estudos específicos, incluindo visitas a países com experiência na área, bem como a contratação de consultorias em certas áreas técnicas.

[27]Vide cap.6.2

6.4 Financiamento

"Financiamento e uso adequado, maior acesso a serviços básicos de saúde de qualidade."

Na definição da Reforma do Financiamento do sector saúde, o PESS 2014-2019 assume que, nos próximos três anos, o SNS de Moçambique continuará a ser financiado fundamentalmente pela composição de recursos do OE e contribuições dos parceiros externos, recorrendoa várias modalidades de financiamento, enquanto se desenvolve a **Estratégia de Financiamento do Sector de Saúde**. Esta estratégia terá como propósito definir mecanismos diversificados e sustentáveis de mobilização de fundos (espaço fiscal) que assegurem o acesso universal a um pacote mínimo de serviços de saúde de qualidade, prevenir as barreiras financeiras ao acesso aos serviços de saúde e promover a eficiência operacional do sector, incluindo incentivos para o bom desempenho dos provedores de serviços. Os objectivos específicos desta estratégia serão acordados no início do processo.

A Política/Estratégia de Financiamento do sector saúde deverá ter em conta o objectivo de cobertura universal de saúde, bem como formalizar as quatro[28] componentes básicas de um sistema de financiamento de saúde: 1) as fontes (mobilização) dos recursos; 2) a agregação dos recursos; 3) a alocação dos recursos; 4) os mecanismos de pagamento dos serviços de saúde. Estas quatro componentes serão desenhadas e implementadas tendo em vista a auto-suficiência do sistema e sua capacidade de assegurar e alocar recursos suficientes para satisfazer os objectivos estratégicos do sistema de saúde de Moçambique. As questões chave e os processos para aprovar a Política de Financiamento do sector saúde, incluem:

No âmbito da mobilização de recursos serão aprofundadas questões como: os níveis da despesa em saúde, principais contribuintes desta despesa e capacidade futura da despesa (avaliação do espaço fiscal na saúde). Atenção particular será dada à exploração de outros mecanismos (domésticos) sustentáveis de financiamento, como sejam: as receitas consignadas e os incentivos para a sua arrecadação, os serviços personalizados, seguros de saúde, comparticipação das famílias e impostos especiais para a saúde (*taxlevy,* fundo de saúde, etc.), entre outros. Para além da revisão documental, estão previstos estudos adicionais - as Contas Nacionais de Saúde, Revisão da Despesa Pública -para ajudar a responder a estas questões, bem como a criação de mecanismos de monitoria dos compromissos assumidos pelo governo como, p.e., a priorização do sector na alocação do OE, a Declaração de Abuja, etc.

[28]Notar que alguns especialistas incluem a alocação nos mecanismos de pagamento, considerando assim 3 componentes de financiamento

Em relação à componente de agregação dos recursos, serão objecto de análise os mecanismos e políticas de agregação e partilha de risco (*riskpooling*), existentes e potenciais em Moçambique; as eventuais barreiras ao acesso e suas consequências financeiras; as políticas de protecção dos grupos vulneráveis e mecanismos para a sua identificação; a capacidade de gestão dos recursos, etc. Os estudos referidos anteriormente podem também responder a estas questões, pelo que serão combinados. Adicionalmente, serão realizadas consultorias e visitas de estudo para recolha de experiências, sobretudo na área de seguros de saúde (sociais, privados e comunitários).

No que diz respeito à alocação de recursos importa analisar se os critérios e mecanismos de alocação dos recursos financeiros aos vários níveis promovem a redução das iniquidades em saúde, bem como o aumento da eficiência na alocação e utilização dos mesmos. Daí que, para além da análise crítica dos critérios de alocação, actualmente usados pelo Governo e gestores dos serviços de saúde, vão ser realizados estudos e análises das ineficiências que se verificam na atribuição (eficiência alocativa) e no uso de recursos (eficiência técnica), e do padrão de despesas do sector.

Os mecanismos de pagamento/compra de serviços desempenham um papel importante no garante da eficiência técnica e alocativa de recursos, bem como no desempenho dos serviços de saúde. Por isso, vão ser alvo de análise assuntos como o ambiente politico-legal que governa o pagamento de serviços, incluindo no sector privado; a aquisição (procura) e contratação de serviços; principais compradores e responsabilidades na compra de serviços; papel dos fundos externos neste processo, etc. As respostas desta componente basear-se-ão numa revisão documental, embora outros estudos e ajuda de consultorias possam vir a ser necessários. Vai ser efectuada a avaliação de algumas modalidades de pagamento, em experimentação no país, como é o caso dos incentivos baseados no desempenho, que se acredita serem uma forma de melhorar a eficiência e aprestação de contas.

Relativamente à gestão financeira, já foi salientada a sua importante contribuição para a eficiência e eficácia dos serviços públicos, e na tradução de recursos em resultados. Por isso, para além das acções previstas no Plano Acelerado de Reformas Institucionais (PARI) e do processo de descentralização do eSISTAF, vão ser conduzidos estudos sobre as ineficiências para documentar potenciais áreas de melhoria, bem como as mudanças de fundo necessárias para satisfazer os requisitos de um sistema robusto de gestão das finanças públicas, nomeadamente as seis dimensões descritas no Cap. 6.2.

6.5 Recursos Humanos

"RH suficientes, motivados e competentes, maior utilização de serviços de saúde de qualidade, melhor desempenho do sistema de saúde."

Com base nos problemas sistémicos anteriormente descritos e para alcançar os níveis de desenvolvimento e gestão adequados conforme as recomendações da OMS, o processo de reformas, na área dos RH, analisa as seguintes questões:

Na componente de categorias profissionais prevê-se a discussão da suficiência das categorias actualmente existentes, a questão da polivalência na formação e descrição de tarefas (*taskshifting*) e a possível inclusão de novas categorias profissionais como logísticos, estaticistas, conselheiros leigos, APEs, atendentes, flebotomistas, etc. Para além disso, considera-se a possibilidade de contratar uma consultoria para analisar a adequação das actuais categorias às necessidades e mandato do sector, incluindo a identificação de lacunas e trabalhadores não legalmente reconhecidos, que ajudem a produzir recomendações, à luz do processo de descentralização.

Relativamente à planificação e distribuição do pessoal, deverão ser clarificadas as responsabilidades de planificação e orçamentação de pessoal aos vários níveis, bem como a base e/ou critérios de planificação e de colocação/distribuição de pessoal. Ainda neste âmbito, será feita uma análise das necessidades dos Sistemas Distritais de Saúde (SDS) em termos de composição, competências e necessidades de capacitação das equipas distritais de saúde. Para o efeito efectuar-se-á uma análise interna na DRH, apoiada por consultas a todos os níveis, para "mapear" a legislação vigente, os constrangimentos existentes e recomendar melhorias, incluindo uma proposta de critérios de planificação e distribuição para os vários níveis, e uma consultoria para o mapeamento das necessidades nos SDS, que forneça recomendações para a capacitação das equipas distritais de saúde.

Na componente de recrutamento é preciso clarificar as responsabilidades e mandatos, incluindo a abertura de vagas a nível distrital/US (quadro de pessoal/ tipo de US); a absorção de pessoal fora do quadro; a compatibilidade dos contratos locais com a função pública e o eventual tratamento legal do pessoal voluntário e do nível comunitário. Far-se-á ainda uma análise dos obstáculos verificados no recrutamento das categorias específicas, a nível dos distritos.

No contexto da descentralização, o vínculo profissional dos funcionários, sobretudo nas autarquias e possíveis unidades semi-autónomas, torna-se um assunto de extrema importância que carece de uma definição clara. Realizar-se-ão visitas a países africanos com larga experiência nas reformas do sector de saúde, para se analisar o tipo de relações laborais e factores a ter em conta num processo de descentralização.

A gestão dos RH é uma área crucial para o bom desempenho e motivação do pessoal. Assim, nesta componente, serão analisadas várias questões como: a responsabilidade do SDSMAS e da secretaria distrital, das instituições autónomas e semi-autónomas na gestão do pessoal; as responsabilidades sobre o sistema de desenvolvimento do pessoal; os mecanismos de fixação, retenção e estabilização do pessoal; a política salarial do sector; a avaliação do desempenho e sua ligação a possíveis incentivos monetários e não monetários, etc. Neste processo serão incluídos os estudos já em curso,e/ou as estratégias em desenvolvimento. A acrescer a essas actividades terá lugar uma avaliação interna da DRH, apoiada por consultas atodosníveis para “mapear” a legislação vigente, os constrangimentos em termos de desenvolvimento e retenção de pessoal e a política salarial, incluindo os incentivos e seu impacto no desempenho do pessoal.

Com vista a minimizar a lacuna de RHS, na componente de formação inicial, deverão ser exploradas as questões ligadas à expansão da capacidade da rede de formação; acesso aos cursos de saúde do nível médio e superior; planificação e gestão descentralizada dos cursos; ao processo de garantia de qualidade (definição e controlo de padrões, introdução do propedêutico, etc.) e ao financiamento dos cursos, no contexto da descentralização, incluindo a exploração de abordagens inovadoras - formação no local de proveniência (turmas locais), rentabilização das instituições de formação,envolvimento do sector privado, etc. Projecta-se uma consultoria para análise das capacidades reais e das necessidades de expansão de formação, deficiências de planificação e gestão da formação, incluindo mecanismos e níveis de garantia da qualidade e de financiamento dos cursos.

Quanto à formação contínua (FC), questões fundamentais como a planificação, coordenação, financiamento (Gestão da FC) e a valorização desta actividade no desenvolvimento e desempenho dos RH carecem de aprofundamento, no âmbito da projectada descentralização. Efectuar-se-á uma análise interna da DRH, apoiada por consultas a vários níveis, para identificar os constrangimentos na programação, coordenação e financiamento da FC, bem como o seu impacto no desenvolvimento e desempenho individual dos trabalhadores de saúde

Alguns assuntos chave não se enquadram nas componentes acima descritas, pelo que são enumerados separadamente. No quadro das reformas desta componente, merecem também uma ateção especial: o papel das associações profissionais no licenciamento o desenvolvimento e fiscalização dos trabalhadores de saúde, e a regulamentação e fiscalização do pessoal do sector privado de saúde. Para esta discussão e proposta de soluções propõe-se a criação de um grupo de trabalho misto MISAU/associações/sector privado que incluirá visitas de estudo a um país com experiência relevante nesta área.

6.6 Logística e Tecnologias Médicas

"Produtos médicos disponíveis em quantidade e qualidade suficientes, maior acesso a serviços de saúde de qualidade."

A OMS argumenta que um sistema de saúde funcional assegura o acesso equitativo aos produtos médicos essenciais, vacinas e tecnologias de garantida qualidade, segurança, eficácia e custo-eficácia, e o seu uso cientificamente correcto e custo-efectivo.

6.6.1 Logística e Disponibilidade de Produtos Médicos

No quadro da agenda da Reforma e Descentralização do Sistema de Saúde, uma das áreas importantes e mais afectada será a da garantia do acesso aos medicamentos e produtos médicos. Até agora, um dos grandes desafios para o SNS tem sido o de assegurar que os medicamentos e materiais médicos vitais e essências estejam sempre disponíveis nas USs para responder às necessidades dos utentes. Por isso, estruturar a cadeia logística para melhor responder às necessidades de um sistema de saúde descentralizado e em expansão será um objectivo primordial para o MISAU, sob a agenda da reforma. O MISAU está em processo de conclusão do seu Plano Estratégico de Logística Farmacêutica (PELF) para guiar as grandes reformas que este objectivo exige. O plano responde também a várias necessidades do sistema, para outros produtos médicos, incluindo os que são geridos pelo Centro de Abastecimentos. As reformas fundamentais propostas no PELF incluem:

- A transformação da CMAM num órgão com autonomia administrativa e financeira, incluindo autoridade operacional, de recrutamento e retenção de quadros de logística e o financiamento adequado;
- A integração vertical da cadeia logística, com toda a cadeia de medicamentos sob alçada de um único gestorque tem a responsabilidade de entregar directamente os produtos de saúde às USs;
- A integração horizontal dos diferentes produtos numa cadeia segmentada (assegurando que a cadeia responde às necessidades de cada produto);
- A adequação dos processos de compra de medicamentos e produtos médicos;
- A redução dos níveis dentro da cadeia de aprovisionamento para que esta seja mais eficiente e ágil.

Várias destas reformas - nomeadamente a autonomia, financiamento e gestão de pessoal - são igualmente aplicáveis na cadeia de outros produtos médicos.

No âmbito do processo de desenvolvimento da agenda das reformas, o MISAU vai fazer uma análise e discussão profunda destas propostas, para definir o desenho mais eficiente e efectivo da cadeia logística, que melhor responda às necessidades

de um SNS em expansão num contexto de descentralização. Há vários questões que o Ministério terá que ter em conta como fazendo parte da análise e desenho das reformas da cadeia logística: melhores práticas internacionais; reflexão sobre os constrangimentos do marco legal; experiências anteriores de autonomização; nível e tipo de autonomia que facilitará a eficiência e efectividade do sistema logístico; papéis e responsabilidades dos diversos actores (CMAM, CA, programas, níveis inferiores, etc.) na planificação, procura e distribuição; mecanismos de financiamento da área logística; potencial tercialização de algumas funções da cadeia logística (por exemplo, transporte, importação) etc.

Em termos de processo, o MISAU irá aprovar um PELF custeado tendo em conta o princípio da abordagem holística e transversal da agenda das reformas, possivelmente, desenvolver um plano estratégico para a área de material médico-cirúrgico e determinar os custos e gastos operacionais actuais do sistema logístico. Prevê-se a realização de alguns estudos adicionais e visitas a países com contextos similares.

6.6.2 Regulamentação e Supervisão Farmacêutica

Se bem que, em Moçambique, a disponibilidade de medicamentos concentre muita atenção, o certo é que a qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos também é importante. O objectivo para o sistema de regulação e supervisão farmacêutica no âmbito da reforma será o de "*definir um marco político claro para a área farmacêutica e criar uma instituição capaz de regular e supervisionar o sector em todo o país".* Neste âmbito, as melhores práticas internacionais inserem a criação de uma autoridade autónoma, reguladora da área farmacêutica e o desenvolvimento de uma Política Nacional Farmacêutica. Actualmente, o MISAU não tem uma Política Nacional Farmacêutica aprovada, que assegure o acesso equitativo, a boa qualidade e o uso racional de medicamentos, e que dê prioridade às estratégias de médio e longo prazos, para atingir os objectivos. A capacidade de implementar a política e regular o mercado de medicamentos, nos sectores público e privado, requer um órgão que possa fixar as normas e regulamentos necessários e inspeccionar e supervisionar o mercado, com base no interesse público e sem interferências externas ao órgão. Como para a área logística, a autonomia também daria mais flexibilidade administrativa e financeira à operacionalização destas funções.

Para tanto, serão realizadas consultas aos actores chave desta área e efectuadas visitas de estudo, para se definirem os arranjos institucionais mais apropriados para a execução desta função de regulamentação e supervisão farmacêutica. Poderá ser necessária uma consultoria, para apoiar o desenvolvimento da Política Farmacêutica Nacional. O MISAU também envidará esforços para aprovação da Lei de Medicamentos, actualmente em sede da Assembleia da República.

6.6.3 Tecnologias Médicas e Meios Auxiliares de Diagnóstico

O sector de saúde é um forte consumidor de tecnologia em termos de equipamento especializado, sistemas de informação e comunicação, e divulgação. Por isso, a tecnologia vai ter um papel fundamental na melhoria qualitativa da expansão dos serviços de saúde, bem como no processo de descentralização. Assim, com o objectivo de garantir o acesso a tecnologias de saúde seguras e efectivas, em todos os níveis do SNS, as reformas nesta área irão concentrar-se no *desenvolvimento de uma estratégia e sistemas no MISAU, visando racionalizar a introdução e implementação de novas tecnologias, para melhor responder às necessidades de um sistema de saúde descentralizado e em expansão*. As questões chave que o MISAU irá considerar incluem: a clarificação do âmbito das tecnologias médicas; que órgãos/comités do MISAU terão responsabilidade pelos diferentes tipos de inovações, incluindo a sua aquisição, manutenção e massificação; os critérios a utilizar para decidir se, quando e onde implementar novas tecnologias; as evidências de impacto a nível internacional e no contexto de Moçambique; como assegurar o equilíbrio entre padronização e flexibilidade/concorrência dentro de linhas tecnológicas. A este propósito, é possível que sejam efectuadas consultas e, eventualmente, consultorias.

Uma área essencial em matéria de tecnologias é a de laboratórios clínicos, que faz face a uma grande dispersão de equipamentos e escassez de recursos para manutenção e aquisição de reagentes. Para melhorar este desempenho, serão discutidos os arranjos institucionais mais adequados para a gestão desta área, e definir-se-á uma política de laboratórios e Normas e Procedimentos, Padrões e Protocolos, incluindo um sistema de acreditação dos laboratórios. A Carga Tipo do laboratório, por cada nível de US, será definida no âmbito da discussão do pacote de serviços e do plano de desenvolvimento da rede sanitária. Consultas aos vários níveis e visitas de estudo irão ajudar na tomada de decisão sobre estes e outros aspectos de gestão dos laboratórios clínicos.

Dada a similitude com os laboratórios clínicos, em termos de desafios e funções, a área de Imagiologia terá a mesma abordagem, incluindo discussões conjuntas, das duas áreas.

Os serviços de sangue do SNS também sofrem da fragmentação do sistema e uso irracional de recursos/equipamentos. Tal como para os meios auxiliares, as reformas irão debruçar-se sobre os arranjos institucionais mais adequados para assegurar uma resposta eficaz e qualitativa às necessidades dos cuidados clínicos, incluindo os tipos de serviços de sangue para cada nível de US e o estabelecimento de um sistema de acreditação.

6.7 Informação Para Saúde, Monitoria e Avaliação

"Melhor informação. Melhores decisões. Melhor saúde."

Os SIS mais eficazes são práticos e apresentam conexões claras entre a colecta de dados e o uso da informação. Para tal, o sistema deve ser conciso, fiável e produzir informação atempada e relevante para os utentes, gestores dos serviços e programas de saúde, decisores políticos e público em geral. Para o SIS e a M&A do sector se conformarem com esta visão, várias questões precisam ser repensadas, tendo em conta a descentralização do sector e as estratégias/políticas existentes. Serão analisadas questões como a definição de uma arquitectura adequada para o SIS, incluindo a interoperabilidade dos sistemas de monitoria e avaliação, e sua implementação efectiva, incluindo o processo de recolha, fluxo, integração de dados, análise, uso, retro-informação e partilha. Por seu turno, a área de M&A como um importante sistema do MISAU, é relativamente nova e em franco crescimento, pelo que as discussões sobre o desenvolvimento de uma estrutura organizacional e funcional adequada, e a criação de capacidade humana, bem como a sua ligação ou interacção com o SIS e outros sistemas como o de registo civil e estatísticas vitais, incluindo as causas de morte, precisam ser definidas no quadro da agenda de reformas do sector. Também deverão ser abordadas questões como: instrumentos, uso das TICs, papel do MISAU aos vários níveis, incluindo na recolha e tratamento de estatísticas vitais e no uso efectivo da informação na tomada de decisão. O processo de discussão destas áreas envolverá a revisão dos esforços até agora empreendidos, encontros de construção de consensos e possíveis consultorias para assistir na definição da agenda de reformas nestas áreas.

Para a catalização do processo de desenvolvimento da agenda de reformas, apresenta-se a seguir um cronograma das intervenções chave e respectivos resultados:

Tabela 4. Cronograma da Agenda das Reformas

	Actvidade	2013	2014	2015	2016	2017-2019	Responsável
1	**Arranjos institucionais e "políticos" das reformas**						
1.a	Elaboração dos TdR do grupo de trabalho das reformas						GTT
1.b	Identificação da unidade de gestão das reformas						Direcção do Ministério
1.c	Constituição do GT das reformas						Unidade das reformas
1.d	(Re)Análise funcional do sector de saúde, incluindo actores não públicos						Unidade das reformas
1.e	Mapeamento dos grupos de interesse (stakeholders)						Unidade das reformas
1.f	Elaboração do cronograma detalhado das reformas e definição do processo de consulta						Unidade das reformas
1.g	Aprovação da agenda global de reformas do sector						Direcção do Ministério
1.h	Elaboração da estratégia de comunicação das reformas						Unidade das reformas
	RESULTADOS	O processo para a implementação das reformas definido e mecanismos para a implementação operacionalizados					
2	**Provisão de Serviços**						
2.a	Definição do pacote mínimo de serviços custeado por nível de atenção						DNSP / DNAM / DPC
2.b	Definição do Plano de Reforma Hospitalar conjuntamente com as novas responsabilidades da DNAM.						DNAM
2.c	Elaboração dos TdR para implementação efectiva de um sistema distrital de saúde descentralizado						Direcção do Ministério
	RESULTADOS	A prestação de serviços de qualidade, accesíveis e sustentáveis assegurado					
3	**Infra-estruturas**						
3.a	Inventário de infra-estruturas, serviços e recursos do SNS						DPC
3.b	Elaboração do plano integrado de desenvolvimento de infra-estruturas, RH e equipamento						DPC
	RESULTADOS	A capacidade do MISAU para planificar e desenvolver uma rede de infra-estructuras adequada as necesidades de saúde do país melhorada					
4	**Governação**						
4.a	Revisão e aprovação da Política Nacional de Saúde						Direcção do Ministério
4.b	Mapeamento/revisão do quadro legal do sector de saúde, inlcuindo reformas do sector público						Direcção do Ministério
4.c	Revisão do sistema de planificação estratégica e operacional do sector						DPC
4.d	Revisão dos mecanismos de coordenação do sector de saúde						DPC
4.e	Elaborar o Plano de Descentralização do Sector Saúde, incluindo os principios orientadores do processo						Direcção do Ministério
	RESULTADOS	Os sistemas de coordenação e tomada de decisões do sector saúde fortalecidos					

5	**Financiamento**						
5.a	Elaboração do roteiro (roadmap) da estratégia de financiamento						DAF (GTAF) / DPC (PIMA)
5.b	Estabelicimento do GT da estratégia de financiamento (TdR e constituição do GT)						DAF (GTAF) / DPC (PIMA)
5.c	Desenvolvimento da estratégia de financiamento e institucionalização do OneHealth						DAF (GTAF) / DPC (PIMA)
	RESULTADOS	O financiamento adequado e sustentável dos serviços de saúde é assegurado					
6	**Recursos Humanos**						
6.a	Análise das necessidades dos sistemas distritais de saúde (composição, competências e de capacitação das equipes distritais de saúde)						DRH
6.b	Revisão do sistema de formação/produção de RH para a saúde						DRH
	RESULTADOS	A capacidade de gestão, planificação e administração dos RH fortalecida					
7	**Logística e técnologias médicas**						
7.a	Desenvolvimento da Política Farmacéutica Nacional						Dep. Farmacéutico / CMAM
7.b	Definição da autonomia administrativa e financeira da CMAM						Dep. Farmacéutico / CMAM
7.c	Revisão do Formulário Nacional de Medicamentos						Dep. Farmacéutico / CMAM
7.d	Desenvolvimento da estratégia e sistemas para a introdução de novas tecnologias						DPC / INS
	RESULTADOS	O acesso equitativo a produtos médicos essenciais, vacinas e tecnologias de qualidade é garantido					
8	**SIS e M&A**						
8.a	Desenvolvimento e implementação de um novo sistema de informação (SIS-MA) único baseado no aplicativo DHIS2						DPC
	RESULTADOS	Um sistema de monitoria e avaliação de qualidade e útil para a tomada de decisões funcionante					

7. Mecanismos de Implementação

Os mecanismos de implementação visam garantir que os objectivos estratégicos do PESS são efectivamente alcançados. Estes definem o processo e os instrumentos de implementação, bem como os papéis e responsabilidades dos vários actores do sector de saúde, incluindo o seu relacionamento, os fóruns e processos para um trabalho conjunto rumo ao alcance dos objectivos do PESS. Este capítulo inclui uma descrição do envelope de recursos e custos do PESS, condição fundamental para a sua implementação bem sucedida.

7.1 O processo de planificação e orçamentação

O ciclo de planificação e orçamentação do GRM é liderado pelo MPD e MF e começa em Novembro de cada ano com a elaboração do CFDFMP, o qual visa definir, ou confirmar, os objectivos estratégicos do Governo e a consequente alocação macro de recursos financeiros (eficiência alocativa). Cada sector governamental e governos locais (província e distrito) apresentam a sua proposta de cenários como contribuição para este importante documento do Governo central. É com base neste instrumento que os MPD e MF definem e comunicam, em Maio, os tectos orçamentais dos sectores e governos locais para o ano seguinte, a partir dos quais são elaboradas as propostas do PES e o Orçamento, durante os meses de Junho e Julho.

Assim, com base nas prioridades e cenários de financiamento do PESS, e tendo em conta as orientações do MPD, a DPC/MISAU irá desenvolver directrizes técnicas específicas para orientar e apoiar os vários níveis do sector na elaboração dos respectivos cenários de financiamento e de despesa de médio prazo, que, no final, serão incorporados globalmente no CFDFMP do sector de saúde. Os custos e metas reflectidos no instrumento *OneHealth* serão usados para orientar este processo, bem como para fundamentar a proposta do sector, e servirão de base para discussão de eventuais “desvios” na definição dos tectos orçamentais.

Uma vez aprovado o CFDFMP em Abril, a DPC irá elaborar, em Maio, orientações técnicas específicas sobre a metodologia de elaboração do PES e OE, levando em linha de conta a metodologia emanada pelo MPD, o CFDFMP do sector, o desempenho do ano anterior, as metas e acções previstas no PESS e noutras estratégias/políticas existentes no sector, as avaliações que tenham ocorrido, bem como as novas políticas aprovadas e eventuais novos desafios impostos ao sector. Estas orientações deverão pormenorizar o processo de elaboração do plano e orçamento, especificar as intervenções locais de gestão central (infra-estruturas, distribuição de material e equipamento, afectação de pessoal, etc.), a proposta de metas provinciais para satisfazer os critérios de “Mais e Melhor” serviços, as intervenções no âmbito das reformas, e os procedimentos para incorporar as contribuições dos parceiros nos diversos níveis.

Também serão incluídas nestas notas a metodologia para a alocação dos fundos e para orçamentação das actividades, de forma a reflectirem as prioridades políticas do sector. Neste âmbito, o MISAU está a rever os critérios de alocação de fundos, cuja aplicação efectiva deverá ser negociada com o MPD e MF, logo após a aprovação.

Com base nos tectos orçamentais definidos pelo MF, nos compromissos dos parceiros e nas orientações técnicas disponibilizadas pela DPC, os sectores do MISAU central, províncias e distritos irão elaborar as suas propostas de plano e orçamento com a participação e apoio dos respectivos parceiro[29], sendo depois globalizadas e harmonizadas sob coordenação da DPC. A orçamentação das actividades irá usar a metodologia (adaptada) do *OneHealth*, que vai incluir orçamentos plurianuais. Para além das actividades específicas e de suporte a executar para atingir as metas e objectivos do sector, os PES e OE de todos os níveis deverão incluir cronogramas trimestrais de actividades, e respectivos planos de tesouraria, planos de aquisições e de distribuição, sendo o de nível nacional partilhado com as províncias, o provincial com os distritos e o distrital com as USs. A negociação e harmonização destes planos será feita primeiro ao nível provincial e depois numa reunião nacional de planificação, a decorrer em meados de Julho.

7.2 Os Instrumentos de Implementação

Para assegurar a operacionalização do PESS vários instrumentos de implementação serão usados: o processo de elaboração do PES e OE seguirá os passos acima descritos, cuja validação ocorrerá na Reunião Nacional de Planificação, sendo, posteriormente, aprovado no Consultivo do Ministro e endossado no 1º CCS, mas precedido pela aprovação no respectivo nível (governo distrital e provincial). Na gestão do dia-a-dia, a autorização da despesa será decidida não só com base nos princípios contabilísticos (cabimento orçamental e legalidade da despesa), mas também na observância do cronograma de actividades e plano de tesouraria aprovados. Por isso, as unidades de implementação, com facilitação da DAF central, serão encorajadas a introduzir a componente programática nos procedimentos de autorização da despesa.

7.3 Papéis e responsabilidades de Planificação e Implementação

A DPC e seus órgãos locais têm a principal responsabilidade de coordenar e orientar o processo de planificação e monitoria da execução das actividades, assegurando a complementaridade das acções dos vários níveis e prevenindo a sua duplicação. Por outro lado, a DPC prestará assistência técnica aos processos de planificação anual das DPSs, e estas aos dos SDSMAS. A DPC/MISAU é também responsável pela defesa e justificação do orçamento do sector durante as negociações com o Ministério das Finanças, e por apoiar tecnicamente a defesa da componente saúde nos

[29] Os mecanismos de participação efectiva da sociedade civil neste processo serão objecto de análise na agenda de reformas

PESOP[30]. Os outros sectores do MISAU (programas e áreas de apoio) desenvolvem as suas propostas tendo como base as orientações da DPC e responsabilizam-se pela implementação do cronograma de actividades aprovado. Particular responsabilidade recai sobre os sectores financeiros (DAF) no garante da realização da despesa em consonância com o cronograma de actividades e plano de tesouraria aprovados.

Como forma de promover a harmonização, alinhamento e mútua prestação de contas, as agências doadoras e ONGs, para além de participarem na planificação das actividades e na monitoria do desempenho do sector, através dos mecanismos existentes (GT-SWAP, CCC, CCS e exercícios de planificação provinciais, ACA, etc.), têm a responsabilidade acrescida de assegurar a integração das suas contribuições financeiras[31] e técnicas no PES e OE, garantir o desembolso atempado dos fundos e a execução oportuna das actividades sob sua directa gestão.

Como já foi referido, a participação e inclusão eficazes dos outros sectores do governo, sociedade civil e sector privado, nestes processos, carecem de uma análise e definição a ocorrer na agenda de reformas. Importa referir que o processo de fortalecimento de todo o sistema de planificação do sector está igualmente previsto nas reformas.

[30] Os Governos provinciais também defendem os seus PESOP (PES e OE provincial) junto do MF
[31] Qualquer que seja a modalidade de apoio (on ou off-budget, projectos verticais, etc.)

8. Envelope de Recursos e Custos do PESS 2014-19

A expansão dos serviços e intervenções do presente plano estratégico representa uma mudança na abordagem do sector para enfrentar os desafios de saúde no país. Neste capítulo serão apresentados as estimativas de custos das actividades previstas para 2014-2019, o padrão principal dos custos,bem como os recursos financeiros potencialmente disponíveis. Por último, será analisado o défice financeiro existente, com a finalidade de apoiar o GdM (Governo de Moçambique) a determinar os fundos adicionais a serem alocados, informar os parceiros externos empenhados na implementação do Plano e, ao mesmo tempo, identificar as análises adicionais a serem realizadas no futuro para melhorar o ajustamento entre as necessidades dos programas e as capacidades do sistema.

8.1 Metodologia de custeamento

O exercício de custeamento realizado no âmbito da elaboração do PESS 2014-2019 teve como objectivo principal estimar as necessidades financeiras para atingir as metas de cobertura dos serviços chave do sistema de saúde, associadas ao Plano. Para o cálculo dos custos recorreu-se ao *OneHealth Module* (OHM)[32]. A informação foi recolhida com recurso a uma série de entrevistas e trabalho, durante um período de mais de 6 meses, com os responsáveis dos diferentes programas e departamentos. Paralelamente, consultou-se e alinhou-se a informação com os diversos documentos estratégicos, disponíveis no MISAU e nos próprios programas.

A metodologia de custeamento tem como base as metas definidas em cada uma das componentes do sistema da saúde, os quais facilitam e garantem o desempenho efectivo dos programas da saúde. Estes pilares incluem as infra-estruturas (tipo de US, número actual, novas construções e reabilitações, custos operacionais, equipamento médico, mobiliário, viaturas e equipamento TIC), logística (armazéns, número actual, novas construções e reabilitações, custos operacionais, viaturas), sistemas de informação (gestão do conhecimento, recolha e provisão de dados estatísticos, arquivos clínicos, etc.), RH (tipo de pessoal, salários e benefícios, uso do tempo do pessoal, rotatividade, formação inicial e formação contínua, recrutamento, etc.) e governação (visão estratégica, reformas, descentralização e transparência, etc.)[33].

Foram igualmente custeadas as metas e actividades de gestão dos próprios programas da saúde - incluindo os 15 programas da Saúde Pública e 25 da Assistência Médica.

[32]O OHM é uma ferramenta que permite a planificação estratégica integrada a médio prazo e faz a estimativa dos custos diretos de cada programa, bem como as suas implicações a nível de recursos para a plena execução dos mesmos (por ex., recursos humanos, medicamentos, consumíveis, etc.).

[33]Na governação foram incluídos também os custos de gestão do Departamento de Administração e Finanças (DAF), Instituto Nacional da Saúde (INS), Instituto de Medicina Tradicional (IMT), Inspecção Geral da Saúde (IGS), Direcção de Planificação e Cooperação (DPC) e o Gabinete do Ministro.

Para a estimativa dos custos directos dos programas na provisão dos serviços médicos (medicamentos, consumíveis e material médico-cirúrgico), o processo seguiu os seguintes passos: primeiro foi identificada uma lista das principais intervenções e serviços médicos próprios de cada programa. De seguida, para cada intervenção, foi definido o tamanho da população alvo[34], a proporção dessa população que necessita da intervenção e a cobertura anual que se pretende alcançar. Uma vez calculado o número de pessoas abrangidas anualmente, e por intervenção, foi aplicado o custo financeiro por pessoa coberta, a partir da definição do pacote médio de serviços, por intervenção: tipo e dosagens de medicamentos, consumíveis e material médico-cirúrgico. Contudo, estes custos foram totalizados com base no número total de pessoas cobertas por intervenção e encontram-se incorporados nos respectivos programas[35].

8.2 Envelope de Recursos

Os recursos para o sector saúde em Moçambique são provenientes de fontes públicas e privadas. De acordo com o Inquérito dos Fundos Externos 2012[36] e os Relatórios de Actividades e Execução Orçamental[37], o GdM (OE) teve uma menor contribuição (36%) em relação aos doadores/parceiros de desenvolvimento (incluindo os fundos do Prosaúde, *Onbudget* e *Offbudget*), que representaram 64% da despesa com saúde em 2012.

No que diz respeito aos recursos provenientes das fontes privadas (contribuição das famílias e outras entidades privadas), esses não foram incluídos na estimativa do envelope de recursos, dada a limitação na obtenção dos dados nesta fase. Não obstante, está em curso um estudo sobre as fontes e o potencial das receitas no sector de saúde em Moçambique, bem como as Contas Nacionais de Saúde 2007-2011. Ambos os estudos serão usados como referências futuras na estratégia de financiamento do sector saúde.

Nos últimos anos verificou-se uma tendência crescente da despesa total com a saúde, passando de US$402 para US$759 milhões de 2007 para 2012. Este crescimento foi motivado em parte pelo aumento considerável dos fundos do OE, mas sobretudo pelo incremento dos fundos externos, mais concretamente de projectos verticais *Offbudget*, que mais do que duplicaram a partir de 2007 (figura 4).

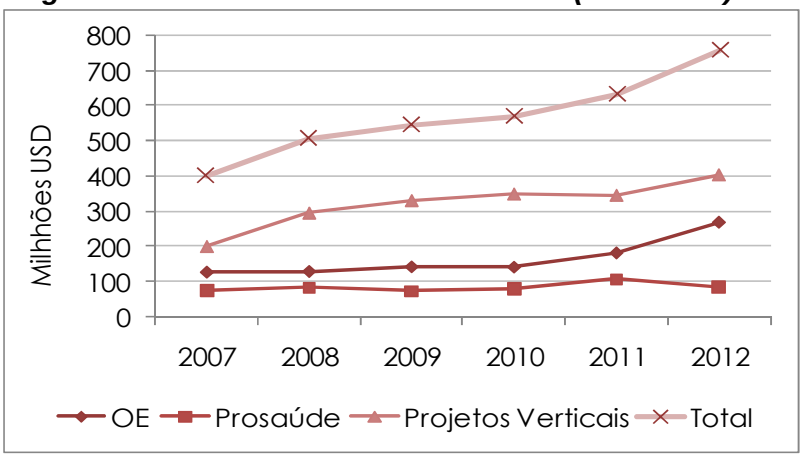
[34]A população alvo pode ser avaliada através de módulos demográficos e epidemiológicos integrados no OHM, que derivam do pacote de modelização *Spectrum (Spectrum modeling suite)*

[35]O anexo 05 detalha a metodologia de custeamento. Adicionalmente e com o suporte da assisténcia técnica, foi elaborado um Relatório do OneHealth com detalhes da metodologia e um análise exaustivo dos resultados de custeamento.

[36] O Inquérito dos Fundos Externos (IFE) é um documento e instrumento do MISAU, actualizado anualmente, que contém informação detalhada, de 2007 a 2017, sobre os compromissos financeiros dos Parceiros de Cooperação, assim como os desembolsos anteriores, efectuados.

[37]Documento trimestral que visa analisar e monitorar a Execução Orçamental e Financeira dos fundos alocados ao Sector Saúde, consolidando as informações Orçamentais e Financeiras do Sistema Nacional de Saúde.

Figura 5. Tendências de Financiamento (2007-2012)



Fonte: IFE 2012 e REO (2007-2012)

Apesar de, no global, o financiamento ter mostrado uma tendência crescente nos últimos anos, a dependência crescente das fontes de financiamento externas possui um elevado grau de incerteza derivado da actual situação económica e financeira mundial. Sendo assim, é indespensável uma análise detalhada dos possíveis cenários alternativos de financiamento, nos próximos anos, tendo como base as tendências anteriores, o contexto económico actual e as perspectivas económicas futuras, tanto de Moçambique como das economias desenvolvidas[38].

Cenário 0

Para os fundos do GdM considerou-se os projecções do Cenário Fiscal de Médio Prazo (2014-2016). Nos anos seguintes, a projecção foi feita com base na tendência verificada no período 2014-2016.

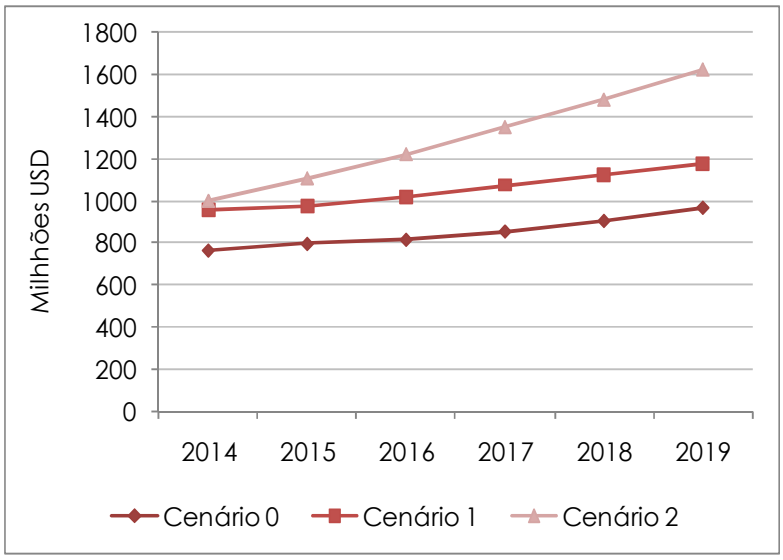
Para o caso dos fundos externos, as projecções, em todos os cenários, foram feitas tendo como base a informação disponibilizada pelos parceiros de desenvolvimento ao IFE 2012[39]. No geral, espera-se que neste cenário haja uma redução dos fundos do PROSAÚDE derivada da saída da União Europeia (EU) e da redução dos fundos do Canadá (para níveis de financiamento de 2012). Os fundos verticais *onbudget* (excluindo PROSAÚDE) e *offbudget* irão seguir a mesma tendência histórica, sendo que, para este último, a partir de 2014, toma-se em consideração a saída de parceiros que não efectuaram desembolsos nos últimos 2 anos, nem possuem nenhum compromisso futuro.

[38]Ver anexo 06 para mais detalhes sobre os pressupostos usados nos diferentes cenários de financiamento.
[39]A informação disponibilizada sobre a previsão de financiamento externo a médio prazo é muito limitada, visto que não foi possível apurar todos os compromissos dos parceiros da saúde através do IFE – Inquérito de Fundos Externos do Sector Saúde - nem através da base de dados da ODAMOZ. A dificuldade dos parceiros em disponibilizarem os compromissos para o período 2014-2019 pode estar associada à actual crise financeira mundial que se faz sentir.

Cenário 1

As projecções dos fundos do GdM para este cenário foram feitas tendo como base os indicadores macroeconómicos do Fundo Monetário Internacional (FMI). Assim, espera-se que a economia Moçambicana cresça a uma taxa média de 7,6% (FMI, 2012) durante o período de 2013 – 2015, decorrente da entrada de novos investimentos, o que poderá induzir um alargamento da base tributária, impulsionando deste modo o aumento dos recursos internos. Estima-se que para este cenário os fundos do GdM irão crescer à mesma taxa de crescimento real do PIB (ano base 2012) (projecções do FMI, Abril de 2013).

Figura 6. Cenários alternativos do envelope de recursos



Na projecção dos fundos externos assume-se a saída da UE do grupo do PROSAÚDE e em consecuencia, uma redução de 11% nestes fundos (peso da UE no PROSAÚDE) e a saída dos parceiros que não efectuaram desembolsos nos últimos 2 anos. Este último pressuposto também foi assumido para os projectos verticais *on-budget* e *off-budget*. Adicionalmente, para o caso dos fundos *offbudget*, assume-se que o Governo dos Estados Unidos irá reduzir a sua assistência em 5% e os fundos do Fundo Global vão manter-se constantes, conforme os anteriores níveis de investimento.

Cenário 2

Este seria um cenário mais optimista em que se assume que o GdM irá alocar, até 2015, os 15% da sua despesa no sector saúde, de acordo com o compromisso assumido no sentido de se atingir a meta de Abuja e, a partir de 2016, o crescimento da despesa irá seguir a tendência verificada nos últimos 3 anos.

Com base na informação fornecida pelos parceiros, assumiu-se que o peso dos fundos *onbudget* (excluindo GdM e PROSAÚDE) e do PROSAÚDE na despesa pública irá manter-se constante (19% e 30%, respectivamente), e que, para os fundos *offbudget*, haverá entrada de novos parceiros em 2014, 2016 e 2018, bem como a saída de parceiros que não efectuaram desembolsos nos últimos 2 anos.

8.3 Resultados de custeamento

Estima-se que estarão disponíveis entre US$5.08 biliões e US$7.78 biliões para o financiamento do Plano no período 2014 – 2019, ponderando-se os cenários "pessimista" (0) e "optimista" (2), respectivamente. Estes, por sua vez, quando comparados com os resultados preliminares do exercício de custeamento, mostraram um défice de financiamento de US$3.6 biliões (cenário 0) e de US$1.1 biliões (cenário 2) para todo o período. Esta lacuna no financiamento, deu uma indicação da falta de recursos para se garantir a plena execução dos programas e projectos identificados no PESS e, portanto, conduziu à necessidade de se racionalizar os custos. Neste sentido, iniciou-se um processo de priorização baseado nos critérios de eficiência, equidade e racionalidade na alocação dos recursos, que teve como objectivo final melhorar o ajustamento entre as necessidades dos programas e as capacidades dos sistemas de saúde, garantindo ao mesmo tempo, o impacto desejado na diminuição da mortalidade e morbilidade. A priorização de recursos foi guiada pelos seguintes parâmetros:

1. *Eliminar as ineficiências e diminuir o desperdício dos recursos*: eliminar os casos em que os serviços são prestados utilizando mais recursos do que é necessário e melhorar o uso dos mesmos;
2. *Melhorar a coordenação e eficiência entre os programas*: evitar duplicações na alocação dos recursos, coordenando e harmonizando os aspectos transversais entre programas;
3. *Racionalizar as metas*: definir um pacote de intervenções e metas que minimizem o custo e, ao mesmo tempo, permitam atingir o impacto desejado na saúde da população.

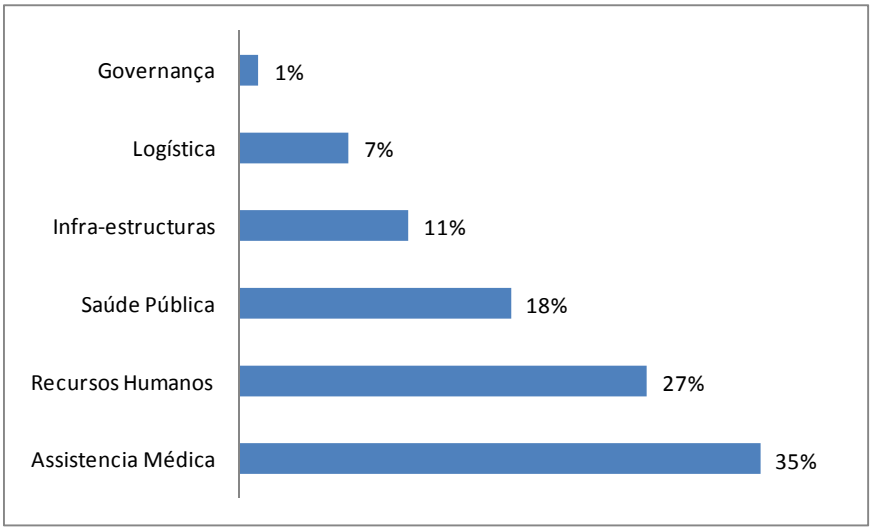
Em primeiro lugar, foram identificadas as potenciais áreas de ineficiência na alocação dos recursos para as actividades de gestão dos próprios programas e foram sugeridas alternativas para aumentar a eficiência no uso dos recursos, como a realização de visitas de supervisão, formações e outras actividades, de forma integrada em alguns programas (ex. Malária, SMI, Nutrição, etc.). Além disso, e com a finalidade de racionalizar e harmonizar os custos entre programas, foi utilizada uma mesma planilha para orçamentar as actividades de supervisão, as formações, bem como as reuniões de coordenação. Estas decisões levaram a uma racionalização dos custos totais em USD 202 milhões.

Adicionalmente, o exercício de custeamento permitiu identificar importantes sinergias e melhorar a coordenação dos diferentes aspectos transversais, entre programas e departamentos que,até ao momento, eram planificados de forma verticalizada e segmentada pelos próprios programas e departamentos (ex. infra-estruturas, equipamento médico, material de escritório, hardware e software, transporte, etc).

Por último, realizou-se um exercício de racionalização das metas dos programas, com a finalidade de controlar os custos e, ao mesmo tempo, atingir o impacto desejado na redução da mortalidade/morbilidade. Portanto, foram identificados os programas e intervenções estratégicas do PESS e, através da elaboração de cenários,sugeriram-se e analisaram-se diferentes pacotes de intervenções e coberturas, baseados em critérios de sustentabilidade, impacto na saúde e racionalização dos custos, tendo em conta o contexto do país[40]. Outras intervenções com metas muito ambiciosas foram ajustadas e alinhadas conforme as capacidades do sistema (doenças não transmissíveis, doenças tropicais negligenciadas). O processo de racionalização das metas levou à redução de custos em US$470 milhões, ao mesmo tempo foi maximizado o impacto na saúde da população.

Após o processo de priorização e com base na metodologia acima sistematizada, os custos foram racionalizados em US$780 milhões, ao longo do período (2014-2019), passando o custo total do Plano para US$7.82 biliões.

Figura 7. Distribuição geral dos custos, 2014-2019



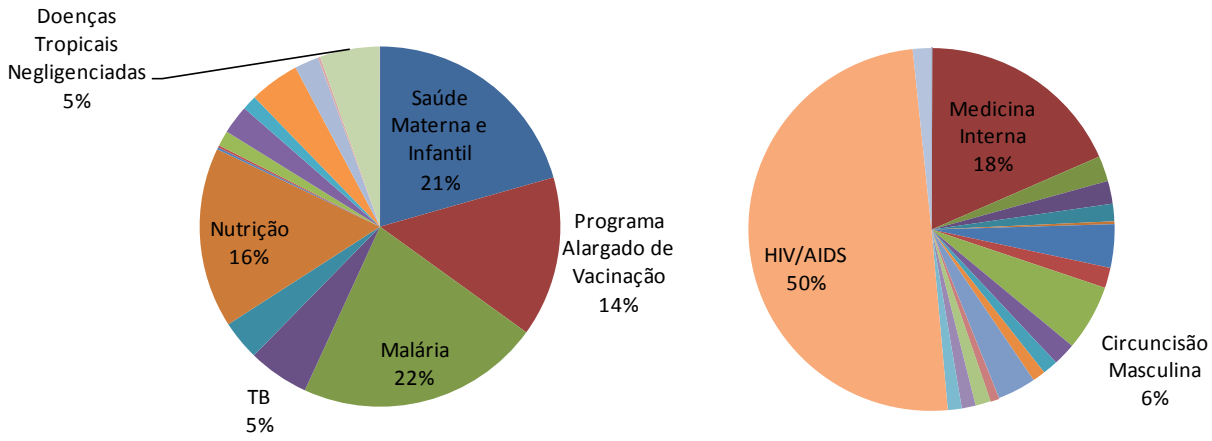
Na figura 6 é possível verificar, por um lado, que os programas da Assistência Médica com um valor de US$2.7 biliões (35% do total), apresentam o maior volume de custos do Plano, devido sobretudo ao programa de HIV-SIDA, com um valor de US$1.35 bilhões (o que representa 17% dos custos totais do PESS ao longo de 2014-2019). Por outro lado, os programas da Saúde Pública apresentam 18% dos custos totais. O valor financeiro do contributo dos trabalhadores da saúde para a prestação de serviços (avaliado pelo custo dos seus salários) eleva-se a um total de US$2.13 biliões (27% do total). O fortalecimento do sistema de saúde em infra-estruturas e equipamento perfaz um total de US$887 milhões (11%), enquanto a logística para os medicamentos e consumíveis (incluindo a taxa de desperdício) e os sistemas de governação, totalizam US$572 milhões (7%) e US$106 milhões (1.4%), respectivamente. (ver o anexo 07 para mais detalhes).

[40]Por exemplo, priorizaram-se as metas das intervenções chave na diminuição da mortalidade materno-infantil (principalmente as intervenções dos programas da SMI, Nutrição e Malária), ao mesmo tempo que se redefiniram metas progressivas e sustentáveis ao longo dos anos.

Este exercício de custeamento também permitiu fazer uma redistribuição mais específica dos custos, tanto dos programas como dos sistemas de saúde, no período em análise. A estimativa dos custos dos programas de saúde pública totaliza US$ 1.4 biliões, sendo 76% referentes à aquisição de medicamentos e consumíveis e o remanescente à gestão geral dos programas (formações, visitas de supervisão, material IEC, etc).

Espera-se que o investimento para os programas da saúde pública cresçam em 23% no período 2014-2019, sendo os programas da SMI, Malária, e Nutrição os que possuem um maior peso nos custos totais (figura 7). No âmbito da Assistência Médica, os programas de HIV (50%), Medicina Interna (18%), e Circuncisão Masculina (6%) são aqueles que apresentam os custos mais elevados.

Figura 8. Síntese de custos dos Programas da Saúde Pública e da Assisténcia Médica (2014-2019)

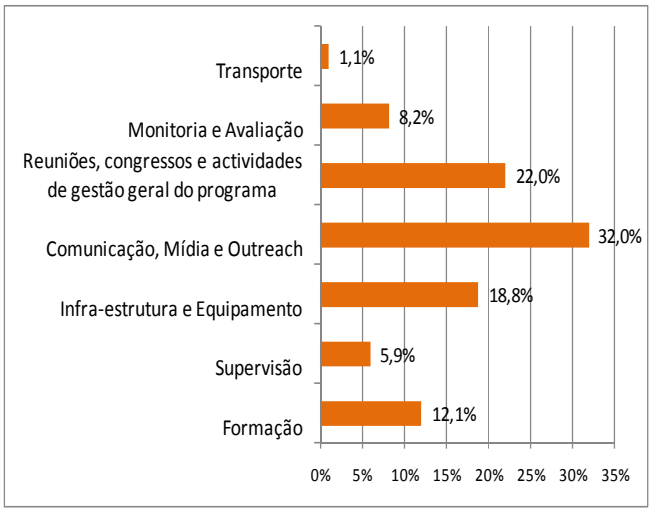


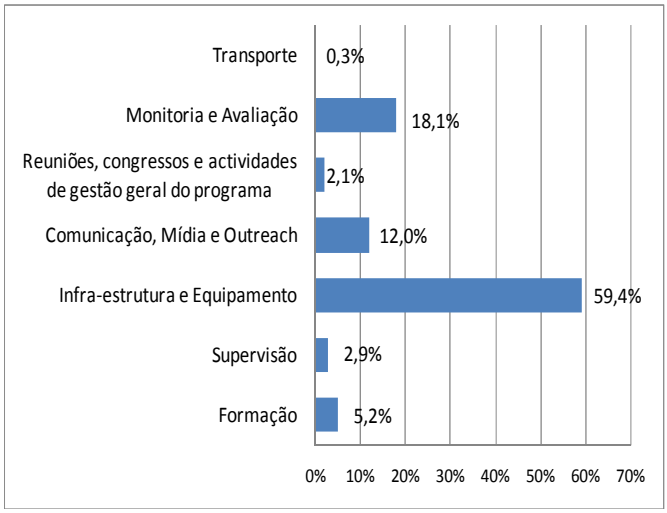
Nota: Nos gráficos só aparecem aqueles programas com um peso superior a 4% dos custos totais da Saúde Pública e da Assistência Médica, respectivamente.

A figura 8 mostra o padrão de custos das diferentes actividades de gestão dos programas de saúde pública e assistência médica. No caso dos programas da saúde pública, verifica-se que o maior peso de custos vai para as actividades de comunicação, média e brigadas móveis (*outreach*),com um peso de 32%, seguido dos custos das reuniões e outras actividades de planificação do programa (22%) e as infra-estruturas e equipamento (19%). A distribuição desses custos mantém-se uniforme ao longo dos anos.

Por outro lado, na distribuição de custos de gestão dos programas da assistência médica, e contrariamente ao observado nos programas de saúde pública, as infra-estruturas e equipamentos representam a parcela com maiores custos, com cerca de 59%, seguidos da M&A (18%) e as actividades de comunicação, média e *outreach* (12%). É importante referir que as metas do HIV influenciam grandemente esta distribuição, pois este programa consome cerca de 70% dos custos de gestão geral dos programas da DNAM.

Figura 9. Distribuição custos dos Programas da Saúde Pública e da Assistência Médica (2014-2019)





O sector de saúde totaliza US$3.7 biliões e possui a seguinte redistribuição em termos percentuais: RH (57%), Infra-estruturas (24%), Logística (16%) e Governação (3%).

Os custos totais com RH, que perfazem cerca de US$2.1 biliões para o todo o período, estão distribuídos entre salários (55%), benefícios e incentivos (37%), formações iniciais (3%) e custos gerais de administração e gestão (5%). Dada a ambiciosa política de contratação nos próximos anos, está previsto o aumento do pessoal do sector saúde em 23% para todo o período, o que implica um aumento de 74% nos custos totais.

Os projectos de fortalecimento do sistema de Infra-estruturas no período do Plano totalizam US$887.12 milhões, dos quais os custos operacionais das US existentes no país constituem o maior peso, em termos de custos (66%). Adicionalmente, e de acordo com o Plano actual das Infra-estruturas, foram planificadas a reabilitação de 22 CS em 2014 e a construção de 65 obras em todo o país durante o período do plano. É importante referir que a maior concentração destas obras está prevista para os dois primeiros anos (76 dos 88 estão planificados para 2014 e 2015) e os custos de construção, reabilitação e apetrechamento das novas unidades sanitárias, totalizam cerca de US$305 milhões (anexo 03).

Para além dos projectos inscritos no Plano geral das Infra-estruturas, existe uma série de projectos específicos dos programas que não possuem financiamento garantido. Por exemplo, os programas da Saúde Pública apresentaram a necessidade de US$39 milhões para investir em infra-estruturas durante o período de 2014-2019, os programas da Assistência Médica prevêem US$166 milhões no mesmo período, compostos principalmente por reabilitações, construções e ampliações de laboratórios, farmácias e gabinetes de consultas planificadas dentro do programa do HIV (anexo 04).

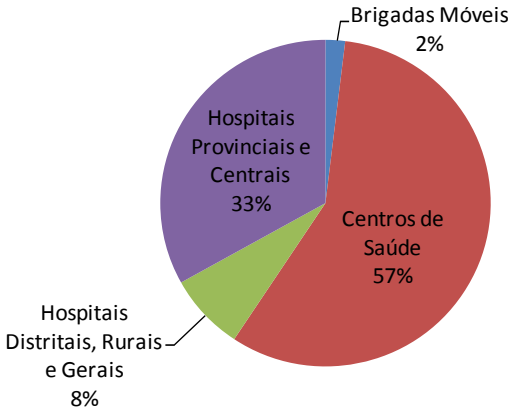
Para efeitos do presente exercício de custeamento, os projectos específicos dos programas encontram-se custeados nos respectivos programas. Não obstante, poderão existir importantes ineficiências e duplicações de custos devido à falta de coordenação entre programas e departamentos. No entanto, o desenvolvimento de um Plano Integrado de Infra-estruturas, a partir de 2014, irá permitir planificar todos os projectos de maneira integrada e coordenada a nível do sector e, por conseguinte, melhorar significativamente a eficiência na alocação dos recursos.

O sistema de logística, que inclui os custos de construção e manutenção dos armazéns a nível nacional, o sistema de transporte dos medicamentos, consumíveis e equipamento médico, os custos gerais de gestão, assim como a taxa de desperdício em medicamentos e consumíveis, apresenta um custo total de US$571.88 milhões, sendo o desperdício em medicamentos e consumíveis (79%) o custo mais representativo. Os custos de administração do sistema, que incluem as formações, sistemas de informação da logística, bem como a terceirização do transporte, contribuem com 10% dos gastos totais, enquanto os custos de construção, expansão, reabilitação e manutenção dos armazéns a nível nacional, totalizam US$40 milhões.

Por último, existem actividades referentes ao fortalecimento do sistema de informação para a saúde, bem como actividades de M&A, que não aparecem nas tabelas de custo por se encontrarem custeadas dentro de cada programa. No entanto, quando analisadas conjuntamente, observa-se que essas actividades totalizam US$180 milhões, o que representa 5% do orçamento total destinado aos sistemas de saúde.

A figura 9 apresenta a distribuição por níveis de atendimento. Dada a limitação na qualidade dos dados, só foi possível obter estimativas de custo desagregadas por nível de atendimento pelas rúbricas de logística (consumíveis e medicamentos) e infraestructuras. Por um lado, um 59% desses recursos são destinados ao nível de atendimento primário, incluindo os centros de saúde (57%) e as brigadas móveis (2%). Por outro lado, destina-se 8% dos recursos totais aos hospitais distritais, rurais e gerais, correspondendo o resto dos fundos (33%) aos hospitais provinciais e centrais.

Figura 10. Síntese de custos por níveis de atendimento



Mesmo assumindo que todos os recursos financeiros estarão disponíveis, é preciso ter em conta que o sector de saúde tem outras limitações devido à sua capacidade. Assim, o exercício de custeamento não se limitou apenas aestimar as necessidades

financeiras, mas também avaliou as capacidades do próprio sistema para atingir as metas propostas.

De facto, foi feita uma análise comparativa dos RH disponíveis e projectados no sistema e os necessários para a plena execução do PESS. Para este fim, foi definido para cada programa e intervenção, o tipo de pessoal envolvido na provisão dos serviços e a média de minutos dedicados por pessoa tratada. Aplicando esta informação ao número total de pessoas anualmente cobertas por intervenção, estimou-se os minutos totais requeridos por tipo de quadro anualmente. Esta informação foi comparada com os minutos disponíveis por quadro, anualmente (tendo em conta os dias de trabalho e o quadro de pessoal previsto no PNDRH), o que permitiu determinar os Equivalentes a Tempo Inteiro (ETI) necessários para a provisão e alcance das metas propostas no Plano.

Os resultados da análise são apresentados na tabela abaixo. Para facilitar esta análise, foram agrupados 65 tipos específicos do pessoal por quadro, em 14 subcategorias. Pode-se observar que os maiores desfasamentos em termos de recursos disponíveis vs. necessários para a execução do PESS se verificaramem relaçãoaos médicos especialistas e aos médicos generalistas. Para estas categorias, os ETIs de pessoal necessário irão ultrapassar, de longe, o pessoal disponível actualmente no SNS. .Por exemplo, seriam necessários 4 vezes mais médicos especialistas do que os actualmente existentes para se atingirem as metas almejadas no PESS. Isto sugere que a combinação actual de RHteria de ser reconsiderada, tal como a transferência de competências e a partilha de tarefas presentemente praticada, especialmente para aquelas categorias com maior ETI de pessoal necessário.

Tabela 5. Equivalentes a tempo inteiro (ETI) do pessoal necessário vs. efectivo

	Recursos humanos necessários / Recursos humanos disponíveis (*mostrado como %)*					
	2014	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
Médicos generalistas	187%	181%	163%	150%	150%	151%
Outros médicos especialistas	608%	629%	519%	447%	448%	451%
Obstetrícia e ginecologia e ESMI superior	827%	824%	806%	821%	819%	819%
ESMI (basico e medio)	91%	90%	90%	88%	87%	86%
Enfermagem (basico, medio, e superior)	124%	122%	115%	110%	110%	109%
Categorias de pessoal não apresentada: Pediatria; Cirurgia, medicina curativa, outros técnicos de saúde (médio e superior) e serventes. *Nota técnica: Uma percentagem superior a 100% indica défice para aquele tipo de pessoal num determinado ano*						

8.4 Conclusão

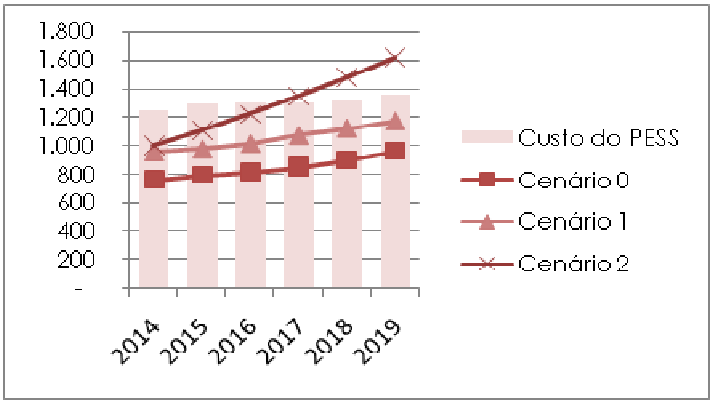
A provisão dos resultados do custeamento do PESS 2014-2019, com base no *OneHealth,* permitiu estimar as necessidades financeiras para atingir as metas de cobertura dos serviços chave do sistema de saúde, associadas ao Plano.

Os fundos, que se estima que estarão disponíveis no período do plano, têm como base 3 cenários principais, nomeadamente cenário 0, 1 e 2, e incluem estimativas tanto para os fundos internos como externos. As informações para a elaboração dos cenários foram obtidas através da consulta de documentos anuais de planificação, as tendências anteriores do financiamento para o sector da saúde, os compromissos políticos assumidos pelo Governo, assim como outros indicadores macroeconémicos da conjuntura económica nacional e internacional.

Os resultados preliminares do processo de custeamento mostraram um défice de financiamento de US$3.6 biliões (cenário 0) e de US$1.1 biliões (cenário 2) para todo o período. Este défice mostrou claramente a falta de capacidade financeira do sector para a implementação das actividades definidas numa primeira fase do Plano e culminou com um exercício de priorização das intervenções, por forma a racionalizar os custos.

O processo permitiu economizar os custos das actividades do PESS 2014-2019 em US$780 milhões e melhorar o ajustamento das necessidades dos programas com as capacidades do sistema de saúde. Contudo, as necessidades de investimento no sector de saúde ainda permanecem elevadas, quando comparadas com os diferentes cenários de recursos disponíveis (figura 10). Mesmo considerando o cenário 1, os resultados do custeamento amostram um défice total de US$1.48 biliões entre 2014-2019, distribuidos da seguinte maneira ao longo do período : US$290, US$316, US$282, US$223, US$187 e US$182 milhões.

Figura 11. Custos do PESS vs. Envelope



Não obstante, a priorização das actividades do PESS vai ser materializada anualmente no Plano Económico e Social (PES), com o ajustamento destas às metas do sector, e com base nos fundos disponíveis para o ano seguinte (n+1). Adicionalmente, as metas vão ser analisadas e ajustadas na revisão de meio termo, em 2016, e com base no futuro PQG. Com estes mecanismos garante-se o financiamento e implementação bem-sucedida das actividades chave do sector e assegura-se o devido ajuste do Plano aos futuros cenários de financiamento.

9. Monitoria e Avaliação

O sistema de M&A do PESS 2014-19 tem o propósito de proporcionar dados e informações sobre os progressos na implementação do PESS e os resultados, ou o impacto, das intervenções previstas neste plano estratégico. Para o efeito, foi desenvolvida uma matriz de M&A do PESS com indicadores de produto, resultado e impacto, incluindo diversas versões para satisfazer os diferentes grupos do interesse do MISAU: uma detalhada, que inclui indicadores de processo para facilitar a gestão do dia-a-dia da implementação do PESS[41], e outra mais resumida, no sumário executivo, que inclui os indicadores-chave para a tomada decisão ao nível mais elevado do MISAU e de diálogo entre este e os seus parceiros sobre os progressos e resultados da implementação do PESS.

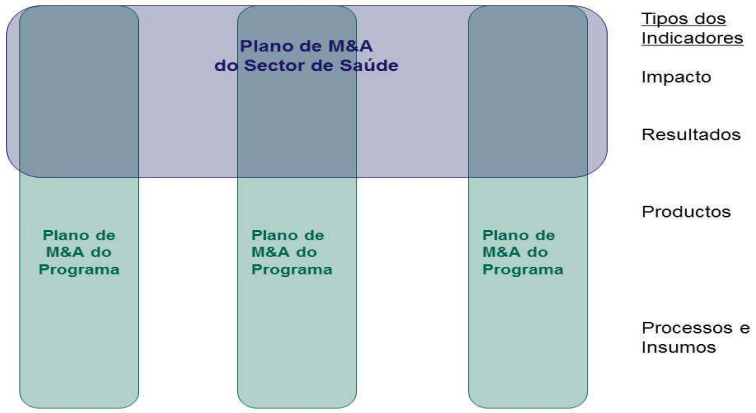
A matriz do PESS 2014-19 está harmonizada e alinhada com os instrumentos e processos de M&A existentes, ou em desenvolvimento, nomeadamente os Balanços regulares do sector, o Quadro de Avaliação de Desempenho (QAD), Avaliação Conjunta Anual (ACA), o *OneHealth*, e os planos e quadros de monitoria e avaliação dos programas; Isto significa que o conteúdo do QAD deverá ser ajustado aos objectivos do PESS. Para além da matriz do PESS 2014-19, foi concluído um Plano Nacional de M&A e vai ser aprovado para garantir que os mecanismos de M&A do sector saúde estejam alinhados com o PESS 2014-19, bem como para garantir a melhoria da qualidade, disponibilidade e uso da informação.

Figura 12. Ligação entre os Planos Estratégicos Principais e o Plano de Fortalecimento de Sistema de Monitoria e Avaliação

Por outro lado, os Planos de M&A das Direcções e Programas, para além dos indicadores que fazem parte do PESS 2014-2019, incluem também informação de nível de gestão dos programas, os indicadores de insumos e de processos que são utilizados numa frequência mais rotineira pelos gestores dos programas. A figura abaixo, mostra a relação do Plano Nacional de M&A do sector, e os planos de M&A dos programas.

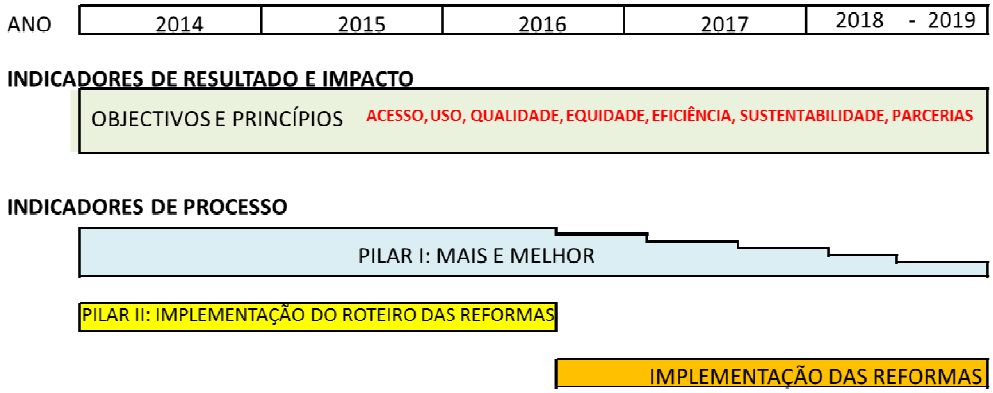
[41] A matrix detalhada é para uso interno do Ministério e encontra-se anexada ao Plano Nacional de M&A

Figura 13. Interligação entre o Plano Nacional de M&A do sector e dos Programas



A estruturação do PESS, em dois pilares, reflecte-se também na estrutura e composição do sistema de M&A com ele relacionado. Assim, a figura abaixo ilustra o que vai ser monitorizado e em que período.

Figura 14. Enquadramento da M&A do PESS



A monitora do PESS subdivide-se em dois processos diferentes, mas intimamente relacionados. Por um lado, é monitorizada a implementação das actividades a realizar para se atingirem os objectivos do PESS e, por outro, são monitorados os efeitos que elas produzem.

Assim, os efeitos da implementação do PESS serão avaliados com recurso a indicadores que mostram os progressos em termos dos Objectivos e Princípios Orientadores do PESS, que aliás coincidem com os indicadores convencionais de avaliação do desempenho dos sistemas de saúde. Estes indicadores serão calculados durante toda a vigência do Plano Estratégico, embora possam sofrer mudanças uma vez iniciada a implementação das reformas e a revisão do meio-termo, como por exemplo, a desagregação de dados e a monitoria dos determinantes de saúde.

A implementação do PESS consiste na tradução das estratégias contidas no documento para objectivos específicos e actividades dos Planos Anuais, pelo que, a monitoria será feita usando indicadores de processo, i.e., confirmando se as actividades foram realizadas.

O Pilar I, que consiste na prestação de mais e melhores serviços, será monitorado desde o início da implementação do PESS, sendo algumas das actividades implementadas ao longodos 6 anos do Plano, mas prevê-se que, a partir de 2016, o arranque efectivo das reformas tenha um efeito de substituição – uma das abordagens do pilar repostas por outras em quea coordenação e integração sejam melhores.

O Pilar II tem duas fases: até finais de 2016 será implementado o Roteiro da Agenda das Reformas, isto é, as actividades de análise, consulta e discussão que permitirão ao MISAU tomar decisões sobre as mudanças necessárias. Após 2016 serão progressivamente implementadas as reformas aprovadas. Assim, na fase I será monitorada a decisão sobre os assuntos chave arrolados no capítulo 7 (ex: criação de hospitais semi-autónomos), enquanto na fase II será monitorada a materialização das decisões tomadas (transformação de hospitais em unidades semi-autónomas), incluindo o acompanhamento cuidadoso dos efeitos das reformas sobre a prestação de serviços de saúde. Os indicadores de monitoria nos Planos Anuais deverão reflectir estas especificidades.

Para além do MISAU, outros Ministérios e outras instituições do Estado também contribuem para a construção do sistema de M&A em saúde. Por exemplo, o INE, que é o órgão responsável pela realização dos grandes inquéritos de base populacional. O DM&A da DPC coordenará as actividades orientadas para harmonizar a colheita e análise dos dados e os indicadores necessários para monitorar o PESS 2014-19.

9.1 Indicadores gerais do PESS III

O quadro geral de avaliação do PESS deve reflectir os diferentes níveis de objectivos. Assim, o objectivo do sector, expresso pela visão de uma população mais sadia, será monitorado[42] periodicamente com indicadores das áreas prioritárias do sector saúde ilustrados na Tabela dos indicadores-chave (no sumário executivo). Uma linha de base foi identificada para cada indicador, e a fonte de dados e responsável pela colheita e análise dos dados foram identificados. Os indicadores foram desagregados por sexo, idade e localização geográfica, quando relevante.

Sob os indicadores das áreas prioritárias, encontram-se os indicadores dos Objectivos Estratégicos do PESS, expressos como sendo os Princípios

[42]Monitoria multi-sectorial, através de inquéritos populacionais, uma vez que a Saúde tem uma influência limitada

Orientadores de Acesso e Utilização, Qualidade e Humanização, Equidade, Eficiência e Eficácia, Transparência e prestação de contas, e Parcerias. Os indicadores estão ajustados aos do programa, e devem ser monitorados no QAD. Para o efeito, será constituído um grupo de trabalho liderado pelo Departamento de M&A da DPC, que irá integrar elementos dos vários departamentos do MISAU e membros do grupo PIMA. Na selecção dos indicadores serão tomados em consideração os critérios de qualidade dos dados e de viabilidade da sua recolha.

9.2 O processo de revisão

Como já foi referido, o Plano Estratégico será implementado através do Plano Económico e Social e Orçamento do Estado (PESOE), o qual é monitorado através de balanços regulares e da ACA. Foi também referido que a M&A do PESS é constituída por matrizes de tomada de decisão, ao mais alto nível do MISAU, e de diálogo com os parceiros. Assim, os Balanços trimestrais[43] do PESOE (3, 6, e 9 meses) irão concentrar-se nos indicadores de processo do PESS e em algumas metas cumulativas disponibilizadas pelo SIS, enquanto o balanço anual procurará analisar a relação entre os produtos (p.e., índice de cumprimento das metas do PAV) e os processos (novos postos fixos abertos), bem como os progressos na agenda das reformas. A ACA, por sua vez, irá concentrar-se nos indicadores (ajustados) do QAD e em alguns assuntos chave seleccionados da agenda de reformas, podendo produzir recomendações para o período seguinte. Os balanços regulares e o ACA analisam as metas atingidas e a equidade, desagregando os dados de forma sub-nacional (Provincial; e Distrital quando fôr relevante).

Baseado nas recomendações do relatório Chess[44] para o desenvolvimento do componente da M&A, da estratégia nacional de saúde, estão previstas duas avaliações para analisar os seus efeitos com mais propriedade: uma de médio termo, formativa (2016) para analisar o grau de implementação do Pilar I e a sua relação com o progresso nos indicadores de resultados, além de verificar o grau de desenvolvimento da agenda de reformas, em termos de abrangência e consistência das mudanças previstas, etc.; uma avaliação final do PESS (2019/20) para analisar os resultados e seus factores determinantes, incluindo o efeito das reformas que já estarão em curso. A primeira avaliação irá incluir recomendações para a revisão dos indicadores do PESS, tendo em conta a agenda de reformas.

A M&A do PESS 2014-19 será coordenada pelo Departamento da Monitoria e Avaliação da DPC. Este departamento terá a responsabilidade de coordenar os diferentes actores na implementação das actividades previstas nos respectivos

[43]Ao nível micro (direcções, programas e instituições subordinadas) serão encorajados balanços mensais dos "micro" planos.
[44]Chess/IHP+, July 2010 "Development of a comprehensive M&E component of the national plan, Mozambique"

planos de acção, bem como liderar o processo de orçamentação das actividades de monitoria e avaliação.

O Grupo de Trabalho PIMA (que inclui a DPC e os parceiros de cooperação) é a plataforma que coordena as actividades da Avaliação Conjunta Anual; a revisão dos indicadores QAD e que participará activamente nas revisões de meio-termo e final. Os objectivos do grupo PIMA e as responsabilidades do grupo, incluindo os termos de referência do Grupo de Trabalho PIMA, encontram-se detalhados no Plano Nacional de Monitoria e Avaliação.

O controlo da qualidade dos Dados

Um dos principais objetivos da monitoria e avaliação é utilizar os dados e a informação produzidos pelo sistema da informação da saúde para facilitar a tomada de decisões e melhorar os resultados das intervenções de saúde. Vários factores podem influenciar este processo, sendo um deles a qualidade, ou credibilidade, dos dados. A utilização dos dados na tomada de decisões depende, em grande medida, da confiança que os decisores depositam na sua fiabilidade.

Em avaliações anteriores[45] foi reconhecida a fraca qualidade dos dados, com particular destaque para os seguintes aspectos: Informação incompleta (completude); fraca concordância e pouca fiabilidade dos dados, e atraso na chegada dos dados (aos níveis superiores). Estas fraquezas resultam da insuficiência de mecanismos de controlo da qualidade dos dados[46], nomeadamente ao nível de recolha de informação (ferramentas não padronizadas, sobrecarga de trabalho ao nível das US, e duplicação da informação) e ao nível da agregação e reportagem dos dados (como falta dos mecanismos padrão para avaliar, controlar, e melhorar a qualidade).

O Plano Nacional de M&A inclui as estratégias detalhadas, para garantir um adequado controlo da qualidade dos dados, incluindo as funções e responsabilidades, nomeadamente: a implementação da ferramenta "Guião de Supervisão, incluindo uma Componente de Verificação dos dados", para avaliar e reforçar a qualidade dos dados reportados no SNS; a contínua implementação e melhoria do sistema de retro informação sobre a completude e pontualidade dos dados; o atingir de metas e a validação dos dados agregados reportados; a introdução do novo SISMA, que inclui regras de validação e de análise de desvios para assegurar a qualidade dos dados recolhidos; e a verificação anual dos dados no contexto da ACA.

[45] Relatório Técnico da Oficina de Trabalho sobre Auto-avaliação do Sistema de M&A no SNS (2007); o relatório do seminário organizado pelo DIS para informar a elaboração de um Plano Estratégico do SIS em 2008.
[46] Particularmente na concordância dos dados individuais, registados nos livros das US, nos resumos mensais agregados na US e no fluxo desde a US até aos níveis superiores.

Divulgação e Uso dos Dados

O acesso à informação é um dos aspectos chave para a garantia dos processos de planificação, monitoria, e avaliação dos programas a nível central, provincial e distrital. O MISAU dispõe de informações obtidas através de: a) sistemas de rotina, b) inquéritos e c) estudos especiais e pesquisas operacionais. Assim, estão identificados vários canais de difusão, que constituem uma prioridade no presente plano: apresentações em reuniões nacionais e de coordenação com parceiros; portal do MISAU; elaboração de "*dashboards*", a nível nacional e provincial, para comunicar o desempenho do sistema de saúde de forma periódica; e encontros de rotina para revisão de dados. O novo SISMA , actualmente em desenvolvimento, vai permitir o acesso imediato aos dados desagregados a nível sub-nacional, a todos os actores chave na área de Saúde, incluindo actores governamentais e não governamentais. Estes processos constituem uma base importante de monitoria das actividades na área de saúde e de avaliação dos respectivos resultados, e são detalhados no Plano Nacional de M&A.

O MISAU também encoraja o uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) para a recolha de dados e análise e disseminação dos dados epidemiológicos e de gestão dos serviços (internet, *e-health*, etc.).

A M&A ao nível comunitário pode desempenhar um papel crucial nas intervenções destinadas a aumentar a qualidade, transparência e prestação de contas do sector saúde. Se implementada correctamente, a M&A comunitária é uma valiosa ferramenta de gestão para as comunidades organizarem de modo eficiente os seus recursos e tomarem decisões informadas para a planificação de intervenções futuras. O MISAU encorajará as iniciativas que impliquem um maior envolvimento das comunidades na área de M&A, através de iniciativas piloto e do desenvolvimento de estratégias de envolvimento comunitário.

10. Pressupostos e Riscos e Medidas de Mitigação

Nesta secção, o PESS identifica e avalia os acontecimentos que podem afectar a sua implementação e que, portanto, representam riscos. Estes acontecimentos foram identificados, tanto no ambiente externo, como no sector da saúde. Entende-se por "risco um evento com uma dada probabilidade de ocorrência e potencial para produzir efeitos adversos na realização dos objectivos estratégicos do PESS".

A avaliação do risco é feita tendo como base a matriz de risco da AusAID (anexo 09) e cada risco apresentado está identificado por níveis (4=muito alto, 3=alto, 2=moderado e 1=baixo) e com as principais medidas para a sua mitigação.

A tabela abaixo apresenta um resumo dos riscos inerentes à implementação do presente plano (para mais detalhes ver anexo 09).

Tabela 6. Análise de Risco

Risco	Análise do Risco		
	Probabilidade	Consequência	Risco
Financiamento inadequado para o sector saúde	3	4	**3**
A melhoria nos sistemas de gestão financeira poderá não ser suficiente, ou atempada	3	3	**3**
Avaliação do risco fiduciário	3	2	**2**
Gestão fraca e evolução lenta do processo de descentralização fiscal	2	3	**2**
Existência de fundos *off-budget* e *offcut*	4	4	**3**
Auditoria limitada por parte do Tribunal Administrativo	4	3	**3**
Fragilidades nos processos de planificação, orçamentação e elaboração dos relatórios	4	3	**3**
Falta de pessoal capacitado e de fundos públicos para aumento da massa salarial	4	4	**3**
Medidas de retenção e atracção pouco sustentáveis	3	2	**2**
Desastres Naturais e problemas emergentes de saúde pública	4	3	**3**
Fraca coordenação entre o sector público e privado	2	2	**1**
Estabilidade política	2	4	**2**
Crescimento demográfico e doenças endémicas	4	4	**3**

Principais riscos identificados

i. *Financiamento inadequado para o sector saúde*

Este plano assume que tanto o GdM como os parceiros de desenvolvimento irão alocar recursos financeiros para a sua implementação. Contudo, a actual conjuntura macroeconómica e as expectativas para os próximos anos terão reflexos no envelope de recursos, o que terá algumas implicações nos níveis de despesas públicas programadas para o período queo PESS (2014 – 2019) abrange. Sendo assim, existe um risco real de os países financiadores reprogramarem, ou mesmo reduzirem, o seu financiamento, devido à necessidade de investirem mais nos mercados domésticos. Além disso, não obstante a economia moçambicana estar a crescer nos últimos anos, a alocação do governo para o sector saúde poderá não atingir a meta de 15% (Declaração de Abuja) durante o período supracitado. Mesmo que as despesas de saúde do GdM cheguem aos 15%, os recursos não serão suficientes para executar integralmente o PESS.

- Medidas de mitigação: Assegurar mecanismos e lideranças para a necessidade de ter que ajustar a execução do PESS a cenários de menor disponibilidade de recursos financeiros, com a tomada de decisões em relação às prioridades definidas no PESS; Manter o diálogo político com os parceiros externos, a nível sectorial, de modo a advogar a atribuição adicional de recursos; Promover o uso eficiente dos recursos alocados; Desenvolver uma estratégia de financiamento que identifique outras fontes de financiamento e utilização eficaz de recursos, no sector da saúde, em Moçambique.

ii. Gestão Financeira

A melhoria nos sistemas de gestão financeira poderá não ser suficiente ou oportuna.

- Medidas de mitigação: Fortalecer os Sistemas de gestão financeira no sentido de garantir a eficiente utilização dos recursos financeiros e outros e, ao mesmo tempo, promover a transparência e a prestação de contas, para atrair os recursos financeiros para o sector saúde.

A percepção da existência de risco fiduciário aumenta e prejudica a confiança na relação com os parceiros que fornecem apoio orçamental.

- Medidas de Mitigação: Assumir, activamente, os compromissos do Governo de combater a corrupção e promover campanhas anticorrupção; Fortalecer os procedimentos de auditoria e monitoria interna; Reforçar a capacidade das equipas de auditoria e contabilidade; Utilizar dispositivos disciplinares para obter melhor implementação das normas existentes, na área de gestão financeira.

Processo de descentralização fiscal continua a evoluir lentamente e com uma gestão ineficaz.

- Medidas de Mitigação: Reforçar a capacidade de liderança para uma gestão eficaz a todos os níveis; Manter um diálogo político contínuo e activo, dentro do sector e com outros órgãos do Estado, a todos os níveis.

Existência de fundos off-budget e offcut: A permanência de uma grande parte de fundos *off-budget* e *offcut* leva ao risco do comprometimento da eficácia global de desenvolvimento, por haver possibilidades de distorçãor das prioridades, minando a planificação nacional e o processo de orçamentação do sistema.

- Medidas de mitigação: Definir limites para alargaro financiamento fora do orçamento; Definir instrumentos legais aplicáveis aos parceiros externos que utilizam estes mecanismos com o propósito de obter maior transparência sobre o uso de recursos no sector,com obrigação de partilha das informações; Definir estruturas no MISAU com responsabilidade para resolver essa limitação, dentro de um prazo definido; Promover o diálogo com os parceiros para explorar os mecanismos e procedimentos alternativos destinados a incorporar a planificação e os relatórios no sistema de governo, mesmo que os fundos ainda permaneçam *off-cut*.

Fraca capacidade do Tribunal Administrativo de realizar a auditoria externaao sector, conforme previsto no MdE com os parceiros do PROSAÚDE

- Medidas de mitigação: Utilizar serviços de auditoria externa para complementar os esforços do governo, enquanto a capacidade do Tribunal Administrativo é desenvolvida; Manter o compromisso político em comunicar de forma contínua e consistente a necessidade do desenvolvimento das capacidades do Tribunal Administrativo.

iii. Planificação, orçamentação e elaboração dos relatórios

Continua a haver lacunas de planificação, orçamentação e de elaboração de relatórios,a nível distrital e provincial.

- Medidas de Mitigação: Definir e implementar acções para o fortalecimento da capacidade, a nível provincial e distrital, e monitorar de forma contínua a execução dos respectivos orçamentos.

iv. Recursos Humanos

A necessidade, expressa no plano, de reforçar o pessoal do sector em diferentes áreas, pressupõe a existência de pessoal qualificado. No entanto,há falta de pessoal capacitado, e a possibilidade de o Governo não conseguir elevar a massa salarial para os RH.

- Medidas de mitigação: Maior investimento em recursos humanos como uma das prioridades do Plano; Liderar, coordenar activamente e maximizar a utilização das assistências técnicas disponíveis no Ministério, com o objectivo de reforçar as capacidades existentes em todos os níveis do sistema (central, provincial e distrital).

A expansão do sector privado e a possibilidade de saída de algum do pessoal capacitado, aliado à existência de medidas de retenção e atracção pouco sustentáveis, constitui um risco para a implementação do presente Plano.

- Medidas de mitigação: Tomar decisões relativas a medidas de retenção e atracção do pessoal para o sector público.

v. Desastres Naturais e problemas emergentes de saúde pública

A ocorrência recorrente de desastres naturais e surtos de doenças impõe um ónus pesado aos serviços de saúde, especialmente nas áreas rurais, onde há maior prevalência de pobreza.

- Medidas de mitigação: Colaborar com ministérios e órgãos competentes nas medidas de preparação para emergências; Manter planos de emergência actualizados e passíveis de serem operacionalizados

vi. Parcerias público-privadas (PPP)

Fraca coordenação entre o sector público e privado. Os mecanismos de coordenação existentes não têm em conta a diversidade do sector privado.

- Medidas de mitigação: enquadrar as PPP na agenda de reformas do sector.

vii. Estabilidade política

Diminuição do compromisso do governo com a melhoria do acesso dos pobres aos serviços de saúde

- Medidas de mitigação: a) o MISAU deve trabalhar com os outros Ministérios e Governos Locais, nas áreas de trabalho identificadas; b)a execução do PESS deve manter os compromissos do Governo de Moçambique para com a sua estratégia de redução da pobreza.

O apoio político para a priorização da saúde a nível nacional, provincial e distrital irá baixar

- Medidas de mitigação: a)envolver os Ministérios (particularmente o MPD e o MF) e os órgãos do Governo Local, nos processos de consulta do PESS; Informar e actualizar a comissão parlamentar responsável pela saúde sobre o PESS; Demonstrar, com a execução do PESS, a prioridade dada aos sectores sociais na despesa do Governo de Moçambique.

A agenda da descentralização perde relevância política.

- Medidas de mitigação: envolver o Ministério da Administração Estatal, agências governamentais e outras lideranças no processo de descentralização. Isto deverá ser feito através das revisões anuais do PESS e do envolvimento proactivo com estes órgãos, em tópicos específicos da reforma e descentralização de programas, como por exemplo os RH e a devolução dos CPS aos Municípios.

viii. Demografia

As características demográficas, incluindo a expectativa de vida, continua a ser pela epidemia do HIV / SIDA, afectando os jovens na faixa economicamente activa.

- Medidas de mitigação: Manter e revitalizar o programa de controlo do HIV / SIDA, aprofundando a sua implementação. Manteruma colaboração contínua, directa e activa com o organismo nacional de coordenação dos suportes ao programa.

11. Anexos

Anexo 01: Recomendações do JANS de curto termo e acção adoptada no PESS 2014-2019

Recomendação	Acção no PESS 2014-2019
1. Incluir o conceito de “Cobertura Universal de Saude” como objectivo geral do PESS	No lema inicial está incluída a "cobertura universal de saúde".
2. Incluir a descrição dos mecanismos existentes de coordenação ao nível central e provincial, inter e intra sectoriais (CCC, GT-SWAP*, CCS, PROSAUDE…)	O GTT inclui as principais estruturas de coordenação na secção de governação (e.g., SWAP). Na análise de situação e nas reformas são descritas as estruturas de coordenação e os principais mecanismos para fortalecer essas estruturas. Adicionalmente, no capítulo 5.2 detalham-se os principais desafios.
3. Alinhar o PESS com o próximo Plano Quinquenal do Governo mudando a data de início para 2014 e adicionando mais um ano de duração. PESS III terá duração a partir de Janeiro 2014 até Dezembro 2019. A revisão de meio-termo deve ser prevista em 2016.	As metas e os custos já foram devidamente alinhados com o novo período temporal (2014-2019).
4. Elaborar no âmbito do Pilar 2, os Termos de Referencia com cronograma e principais acções/resultados das reformas institucionais (ver o ponto G1 abaixo)	O GTT sugere que os TdR sejam sobre o processo e não sejam muito prescritivos
5. Considerar a criação de uma Unidade das Reformas com pessoal a tempo inteiro proveniente de diferentes níveis/áreas do sector que sejam parte do quadro orgânico do MISAU e sob a liderança directa do Ministro	O documento PESS já sugere a criação dum “Grupo Técnico Permanente” para as reformas, mais não define a composição.
6. Fortalecer o diálogo com os parceiros do PROSAUDE para assegurar que os desafios deste importante mecanismo de financiamento sejam ultrapassados	O GTT concorda com a recomendação mas sugere que a discussão seja transferida para o longo-termo (a ser incluída no PES 2015,…)
7. Balanço dos indicadores programáticos para melhor reflectir as prioridades definidas no PESS	Os indicadores de SMI mostram a prioridade do sector e foram balanceados com outros indicadores (promoção da saúde e assistência medica)
8. Expandir os planos e resultados esperados para a transição do SIS utilizando novas tecnologias de informação	Meia página foi produzida para integrar o conteúdo no capítulo 5.1
9. O PES interno 2014 deve ser alinhado as prioridades, objectivos estratégicos, indicadores e metas do novo PESS	O PES interno, a ser finalizado em Novembro 2013, já foi devidamente alinhado com as prioridades, objectivos e indicadores estratégicos do PESS.
10. O capítulo 7, sobre Mecanismos de Implementação, poderia beneficiar de uma narrativa mais detalhada sobre como o PESS será posto em prática e que contribuição é esperada dos vários intervenientes.	Os mecanismos de implementação foram elaborados com mais detalhe na última versão do documento.
11. É necessário definir as prioridades na alocação dos fundos disponíveis. As metas das intervenções e das coberturas deviam ser adaptadas a disponibilidade de fundos.	O capítulo de custeamento mostra como o padrão de custos reflecte a prioridade do sector e a distribuição de custos por nível de atendimento. As metas serão revistas e ajustadas anualmente e na revisão do meio termo.
12. O PESS deveria apresentar alternativas para fechar a lacuna de RHS	Esta acção se enquadra dentro das acções previstas no âmbito do PESS-Pilar 2
13. O capítulo 2 do PESS devia incluir (i) uma descrição dos progressos na área de grandes infra-estruturas; (ii) informações sobre os esforços para formar RHS adicionais, projectar as necessidades e colmar as lacunas; e (iii) uma análise da gestão e logística de produtos médicos e não médicos incluindo equipamento e consumíveis	A parte do analise de situação já inclui todas essas informações.
14. Inlcuir a recomendação da Revisão do Sector da Saúde (RSS) sobre o desenvolvimento da Política Farmacéutica Nacional.	Esse aspecto foi incluído no âmbito do PESS-Pilar 2

Anexo 02: Matriz ilustrativa dos assuntos chave das componentes do sistema de saúde de acordo com o modelo de descentralização

Estratégias de descentralização	**Componentes e temas do Sistema de saúde**					
	Serviços de saúde	**Governação**	**RH**	**Financiamento**	**Produtos médicos**	**SIS e M&A**
Desconcentração	• Demanda de serviços • Organização dos serviços de saúde • Sistema de referência • Gestão dos serviços • Integração de serviços • Pacote de serviços • Infra-estruturas					
Delegação	• Demanda de serviços • Organização dos serviços de saúde • Sistema de referência • Gestão dos serviços • Integração de serviços • Pacote de serviços • Infra-estruturas					
Devolução	• Demanda de serviços • Organização dos serviços de saúde • Sistema de referência • Gestão dos serviços • Integração de serviços • Pacote de serviços • Infra-estruturas					
Privatização	• IDEM					

Anexo 03. Projetos planificados no Departamento de Infra-estructuras (DI)

	Custo construção (USD)	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Centros de saude tipo II	$600,000	38	0	0	0	0	0
Hospital distrital	$3,500,000	4	6	4	4	4	4
Hospital geral	$10,000,000	0	2	0	0	0	0
Hospital provincial	$15,000,000	0	1	0	0	0	0
Hospital central	$60,000,000	1	0	0	0	0	0
Centro do INS	$12,000,000	1	0	0	0	0	0
		$108,800,000	**$56,000,000**	**$14,000,000**	**$14,000,000**	**$14,000,000**	**$14,000,000**

	Custo reabilitação (USD)	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Centros de saude tipo II	$132,000	22	0	0	0	0	0
Centro de Formaçao Inhambane	$833,333	1	0	0	0	0	0
Custo anual		**$3,737,333**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Anexo 04. Projetos em infra-estructuras específicos dos programas

Programas Saúde Pública	Programas Assisténcia Médica
Construção dos novos SAAJ's	Criar unidades de citologia
Criar 2 Centros Regionais de Reabilitação de Toxicodependentes (Maputo e Beira)	Criar novas enfermarias modelo
Criar Centro de Reabilitação Psicológica Infanto-Juvenil (CERPIJ) na Zambézia e Manica	Reabilitação Salas Emergências
Criar de Serviços de Psicologia Organizacional em Sofala e Nampula	Reabilitações, construções e ampliações de laboratórios, farmácias e gabinetes de consultas de HIV
Criar centros modelos de SMI/PTV	Construção da nova unidade de Radioterapia HCM.
Novos serviços estomatologia	Criar centro cirúrgico de tratamento da retinopatia diabética
Reabilitação centros medicina física e reabilitação	Reabilitação do bloco operatório do HCM
Construção 560 maternidades	Construção do serviço de oftalmologia em Sofala e Nampula
Construção do novo Instituto da Medicina Tradicional	Criar serviços de Neonatologia
Construções e reabilitações diversas de Centros de Pesquisa do INS	Construcção de laboratório de Prótese Dentaria no HCM
$43,314,160	**$166.627.291**
$209,941,451	

Anexo 05: Metodologia de custeamento

O exercício de custeamento estimou as necessidades financeiras dos 6 pilares do sistema da saúde e dos 39 programas de saúde para a efectiva execução e implementação das metas definidas no Plano. Os dados para definir e custear as actividades e intervenções chave do sector saúde provem de fontes de informação muito diversas. As principais fontes incluem o Plano Económico e Social, os planos estratégicos dos programas e as últimas propostas das rondas de financiamento do Fundo Global para Malaria, TB e HIV/AIDS.

Para o programa de HIV/SIDA, a análises do recente Plano de Aceleração 2013-2015 serviu de base para definir as metas e os custos unitários. Para todos os programas de saúde, especialmente para aqueles sem um plano recente custeado ou equivalente, foram elaboradas e distribuídas tabelas personalizadas para a recolha de dados. Os dados foram completados conjuntamente com o pessoal dos programas, pessoal médico, consultores e nalguns com base a literatura acadêmica..

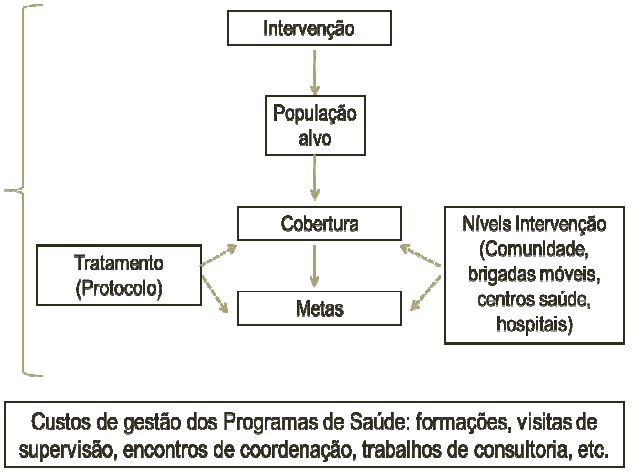
Detalhes sobre a metodologia usada pela ferramenta *OneHealth* podem se encontrar no *Relatório do OneHealth (2013)*. Contudo, a abordagem básica de custeamento dos programas é semelhar:

Custo total do programa = Custo directo provisão dos serviços (medicamentos e consumíveis) + Custos indirectos de gestão (M&A, formações, reuniões, etc.)

Custo directo na provisão dos serviços = Custo unitário por pessoa tratada e por ano (tmedicamentos e consumíveis) x Nº de pessoas tratadas

Onde o Nº de pessoas tratadas = cobertura (%) x população alvo (%) x tamanho da população.

A definição do pacote de serviços no tratamento, basea-se nos padrões de cuidado de Moçambique, após consulta de inquiridos-chave e o análise de directrizes-chave de cuidados e tratamento. Os preços unitários dos medicamentos e consumíveis foram providenciados pela CMAM ou tiveram como base recentes aquisições ao abrigo de subsídios de doadores diversos.Contudo, as etapas do cálculo total dos custos foram completadas usando a ferramenta OHM e um maior detalho sobre a metodologia e os principais resultados pode se obter no relatório do *OneHealth* em Moçambique.



Anexo 06. Pressupostos para a elaboração dos cenários

FONTE RECURSOS		Pressupostos		
		Cenário 0	**Cenário 1**	**Cenário 2**
FUNDOS ON-BUDGET ON-CUT	1) Governo de Moçambique (GdM)	Aumento conforme a taxa de crescimento nominal do PIB	2014-2016: CFMP 2017-2019: crescimento conforme a tendência dos 3 últimos anos	2014-2015: aumento progressivo até atingir a meta de Abuja (atribuir 15% dos orçamentos nacionais ao sector da saúde). 2016-2019: crescimento conforme a tendência dos últimos 3 anos.
	2) PROSAÚDE	Valores do IFE* em dezembro 2012. Dado o contexto económico actual, assumiu-se redução dos fundos PROSAÚDE em 2014 por parte dos 2 parceiros com maior participação, ou seja: 1) saída da CE do PROSAÚDE , e portanto uma redução dos fundos em 11%; 2) redução dos fundos da Canadá (principal fonte de finaciamento do PROSAÚDE em 2012 e 2013 com um peso do 32%) para os níveis de financiamento anteriores à 2012. 2015-2019: crescimento conforme a tendência dos 3 últimos anos.	Valores do IFE* em dezembro 2012. Dado o contexto económico actual, assumiu-se a saída da CE do PROSAÚDE a partir de 2014, e portanto uma redução dos fundos em 11%. Assumiu-se também que a partir de 2014, fundos PROSAÚDE de todos parceiros (i.e. DANIDA, DFID, Flanders, Irlanda, Suécia, UNFPA, UNICEF, etc.) que tiveram um desembolso regular e constante ao longo dos anos vão se manter constantes e pressupões-se também a saída dos parceiros que não efectuaram nenhum desembolso nos últimos dois anos.	No melhor dos cenários, assumiu-se que o peso do PROSAÚDE em relação a despesa pública do sector saúde vai se manter constante (30%).
	3) Projetos Verticais On-Budget (fundos On-Budget excluindo o Prosaúde e OE)	Valores do IFE em dezembro 2012. A partir de 2014, assumiu-se que os fundos dos parceiros que tiveram um desembolso regular e constante ao longo dos anos, irão manter-se. Por outro lado, pressupõe-se a saída dos parceiros que não efectuaram nenhum desembolso nos últimos 2 anos e permanecendo os restantes com os valores do IFE.	Valores do IFE em dezembro 2012. 2014-2019: crescimento conforme a tendência dos 6 últimos anos	No melhor dos cenários, assumiu-se que o peso dos fundos em relação a despesa pública do sector saúde vai se manter constante (19%).

FUNDOS OFF-BUDGET	4) Projetos Verticais Off-Budget	Dado o contexto económico actual, observou-se que o Governo dos Estados Unidos diminuiu em média 12%/ano o volume de assistência oficial ao desenvolvimento. Assumiu-se que esta tendência irá manter-se nos próximos anos. Supõe-se que o Fundo Global vais desembolsar o 80% do valor dos seus compromissos. Adicionalmente, a partir de 2014, assumiu-se que os fundos dos parceiros que demonstraram um desembolso regular e constante ao longo dos anos, irão manter-se. Por outro lado, pressupõe-se que haverá uma saída dos parceiros que não efectuaram nenhum desembolso nos 2 últimos anos.	Dado o contexto económico actual, observou-se que o Governo dos Estados Unidos diminuiu em média 12%/ano o volume de assistência oficial ao desenvolvimento desde 2010. Assumiu-se que o Governo vai reverter a tendência e só diminuir a assistência em 5%. Supõe-se que o Fundo Global vai desembolsar os compromissos para 2014 e manter ao longo dos anos. Adicionalmente, assumiu-se que os fundos daqueles parceiros que demonstraram um desembolso regular e constante ao longo dos anos, irão manter-se. Por outro lado, vai supõe-se a saída dos parceiros que não efectuaram nenhum desembolso nos últimos 2 anos.	Existe uma tendência crescente dos OFF-Budget em detrimento daqueles fundos que são geridos diretamente pelo governo. Assim, assumiu-se que 50% dos fundos PROSAÚDE nos últimos anos (cerca de 15 milhões USD), serão redireccionados para os projectos OFF-Budget. Também supõe-se a entrada de parceiros (2 novos parceiros em 2014, 2016 e 2018) com poder económico similar a dos países desenvolvidos (ex.Holanda). Assumiu-se que além das dificuldades do contexto económico actual o Governo dos Estados Unidos conseguirá manter os níveis dos compromissos para 2014-2019 e o Fundo Global inclusive aumentar o valor dos seus desembolsos num 5% anual. Adicionalmente, a partir de 2014, assumiu-se que os fundos dos parceiros que apresentaram um desembolso regular e constante ao longo dos anos, irão manter-se. Por outro lado, espera-se a saída dos parceiros que não efectuaram nenhum desembolso ao longo dos últimos 2 anos e nem efectuaram nenhum compromisso futuro.

* O Inquérito dos Fundos Externos (IFE) é um documento e instrumento atualizado anualmente que contem informação detalhada de 2007 a 2020 sobre os compromissos financeiros dos Parceiros de Cooperação, assim como sobre os desembolsos passados efetuados.

Anexo 07. Síntese de custos do PESS 2014-2019

	Custo Totais, US$ (2013 dólares)						
	2014	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**TOTAIS**
Programas de Saúde Publica							
Saúde Materna e Infantil	35,209,695	48,347,490	49,048,584	53,756,240	52,368,185	52,540,874	291,271,068
Programa Alargado de Vacinação	25,250,534	37,238,399	35,613,151	35,392,560	35,232,013	35,057,674	203,784,330
Malária	55,105,586	47,858,453	56,023,395	50,240,567	50,113,655	50,078,569	309,420,226
TB	8,511,079	10,324,966	18,262,626	13,655,060	13,531,992	13,531,992	77,817,714
HIV / SIDA (só PTV)	7,344,976	8,500,546	8,566,399	8,650,084	8,655,665	8,661,246	50,378,916
Nutrição	31,861,927	35,596,274	39,703,742	40,781,916	40,536,860	40,495,937	228,976,655
Saúde Ambiental	511,199	503,199	503,199	503,199	506,199	509,199	3,036,193
LNHAA	411,770	459,561	450,226	380,755	297,696	295,756	2,295,765
Doenças não transmissíveis	1,929,018	2,996,173	2,892,119	3,272,040	4,038,134	4,847,687	19,975,171
Saúde Mental	6,504,173	6,639,693	6,930,604	5,380,101	5,551,101	5,491,101	36,496,773
Saúde Adolescente	3,361,710	3,367,960	3,361,710	2,911,710	3,061,712	2,611,714	18,676,516
Promoção Saúde	8,749,776	9,077,432	11,208,112	10,612,848	12,359,596	11,776,514	63,784,278
Saúde Escolar	5,044,442	5,057,436	5,065,719	5,076,704	5,088,004	5,099,599	30,431,903
Epidemiologia	461,773	518,085	535,993	532,495	541,757	541,757	3,131,860
Doenças Tropicais Negligenciadas	9,566,739	12,376,706	12,832,663	13,402,553	13,749,480	13,750,196	75,678,337
Medicina Desportiva	52,974	72,514	72,514	72,514	72,514	72,514	415,544
Sub-total, Programas de Saúde Publica	**199,877,369**	**228,934,886**	**251,070,757**	**244,621,345**	**245,704,562**	**245,362,330**	**1,415,571,249**
Programas de Assistência Médica							
Medicina Legal	524,342	413,955	371,698	352,291	310,034	363,843	2,336,163
Medicina Interna	78,587,942	80,236,026	81,919,422	83,640,015	85,598,291	87,602,490	497,584,187
Emergencias e Trauma	7,982,386	7,922,761	8,333,135	8,356,082	12,082,465	16,232,402	60,909,231
Transfusão de sangue	7,602,636	8,380,963	9,291,047	10,030,077	10,123,216	10,134,906	55,562,846
Medicina Física e Reabilitação	6,893,641	7,206,920	7,132,822	6,940,584	6,767,236	6,767,236	41,708,439
Anatomia Patologia	1,165,103	1,147,603	1,137,303	1,133,303	1,028,113	1,028,113	6,639,535
Central Laboratorios Clínicos	17,703,750	17,630,719	17,262,909	17,235,759	17,226,609	17,226,609	104,286,353
Imagiologia e Radioterapia	6,156,040	12,811,215	7,570,908	7,592,423	7,532,789	7,532,789	49,196,164
Circuncisão Masculina	55,777,902	49,137,013	32,042,878	21,906,589	0	0	158,864,382
Pediatria	8,596,946	8,755,200	8,948,970	9,107,344	9,336,269	9,531,173	54,275,902
Obstetrícia e Ginecologia	6,734,685	7,072,145	5,498,050	5,617,349	5,741,809	5,868,779	36,532,817
Saúde Oral	4,416,479	5,122,579	5,194,866	5,284,192	5,410,038	5,492,921	30,921,075

Cirurgia	16,356,412	14,594,263	14,951,843	15,163,430	15,483,136	15,809,700	92,358,783
Anestesiologia	4,593,374	3,230,398	3,331,835	3,350,710	3,473,934	3,491,111	21,471,362
Otorrinolaringologia	6,338,267	5,754,425	5,869,088	6,708,845	6,131,593	6,270,969	37,073,188
Oftalmologia	4,864,782	5,055,282	5,296,363	5,751,459	5,875,549	6,002,549	32,845,984
Ortopedia	5,445,960	5,535,264	5,627,799	5,723,433	5,804,606	5,887,683	34,024,745
HIV/AIDS	206,387,828	239,140,740	252,597,295	215,639,728	217,008,200	218,373,302	1,349,147,093
Outros programas*	10,988,428	7,516,682	6,807,220	6,673,255	6,529,886	6,027,229	44,542,699
Sub-total, Programas de Assistência Medica	**457,116,905**	**486,664,152**	**479,185,451**	**436,206,867**	**421,463,772**	**429,643,803**	**2,710,280,949**
Outros componentes do sistema de saúde							
Recursos Humanos	258,521,923	294,023,386	331,012,321	380,404,303	413,328,392	449,316,820	2,126,607,146
Logística	93,509,270	97,316,755	100,598,622	93,179,447	90,969,071	90,501,617	566,074,782
Infra-estruturas	228,107,609	165,977,197	118,668,118	123,199,039	124,789,960	126,380,881	887,122,804
Governança**	12,439,535	21,554,203	19,058,035	20,798,557	16,271,676	16,271,676	106,393,681
Sub-total, Componentes do sistema de saúde	**592,578,337**	**578,871,542**	**569,337,096**	**617,581,346**	**645,359,098**	**682,470,994**	**3,686,198,413**
Custo Totais do PESS, MISAU	**1,249,572,611**	**1,294,470,580**	**1,299,593,304**	**1,298,409,557**	**1,312,527,432**	**1,357,477,127**	**7,812,050,611**

* Departamento de Enfermagem, Saúde Ocupacional, Qualidade e Harmonização, Gestão e Administração Hospitalar, Hotelaria Hospitalar, Dep. Logística e Manutenção, Dep. Farmácia Hospitalar, Medicina Privada

** DPC (todas os direções), DAF, IGS, INS, M&A, IMT, Departamento Farmacêutico

Anexo 08: Matriz de Risco Ausaid

Consequências → / **Probabilidade** ↓	**Insignificante** (Resulta em consequências que podem ser tratadas com operações de rotina)	**Menor** (pode causar um pequeno atraso ou tem um impacto menor na qualidade)	**Moderado** (pode levar a um pequeno ajustamento e requer um plano de acção; Pode ter um impacto negativo)	**Maior** (pode ameaçar as metas e objectivos; requer um acompanhamento)	**Severa** (as metas e objectivos não serão alcançados)
Quase certa (espera-se que ocorra em várias circunstâncias)	**Moderado**	**Moderado**	**Alto**	**Muito Alto**	**Muito Alto**
Provável (provavelmente ocorra na maior parte dos casos)	**Moderado**	**Moderado**	**Alto**	**Alto**	**Muito Alto**
Possível (pode ocorrer em algum momento)	**Baixo**	**Moderado**	**Alto**	**Alto**	**Alto**
Improvável (algum dia pode ocorrer)	**Baixo**	**Baixo**	**Moderado**	**Moderado**	**Alto**
Raro (pode ocorrer somente em condições excepcionais)	**Baixo**	**Baixo**	**Moderado**	**Moderado**	**Alto**

Nível de risco	
Muito Alto	Requer uma atenção do executivo e um plano de acção detalhado
Alto	Precisa de atenção a gestão
Médio	Especificar as responsabilidades de gestão e monitorar as condições de perto
Baixo	Medidas normais de monitoria são suficientes

Anexo 09: Análise de Risco para o PESS 2014-2019 e Medidas de Mitigação

Descrição do Risco	Análise do Risco			Medidas propostas de Mitigação do Risco
	Probabilidade (1-5)	Consequência (1-5)	Nível de Risco	
Financiamento Inadequado para o sector saúde				
Apesar do compromisso dos parceiros com o sector permanecer alto a actual conjuntura macroeconómica e as expectativas para os próximos anos terão reflexos no envelope de recursos, o que trará algumas implicações para os níveis de despesas públicas programadas durante o período que abrange o PESS (2013 – 2017). Sendo assim, existe um risco real de os países financiadores reprogramarem ou mesmo reduzirem o seu financiamento devido a necessidade de se investir mais nos mercados domésticos. Além disso, não obstante a economia Moçambicana estar a crescer nos últimos anos, a alocação do governo para o sector saúde poderá não atingir a meta de 15% (Declaração de Abuja) durante o período supracitado.	3	4	ALTO	Assegurar mecanismos e lideranças para a necessidade de ter que ajustar a execução do PESS a cenários de menor disponibilidade de recursos financeiros, com a tomada de decisões em relação as prioridades definidas no PESS. Fortalecer as lideranças e capacidade do MISAU de documentar e justificar as necessidades de aumento do orçamento para os Ministérios das Finanças. Manter o diálogo político a nível sectorial com os parceiros externos, actualizando-os com a informação contextual pertinente ao diálogo. Antecipar-se a diferentes contextos económicas introduzindo medidas destinadas a ganhos de eficiência através da utilização eficaz dos fundos parceiros.
Mesmo que as despesas de saúde do GdM cheguem aos 15%, os recursos não serão adequados para executar integralmente o PESS. A hipótese, portanto, é de que os parceiros de desenvolvimento devem continuar a fornecer recursos adicionais para o financiamento do sector	3	4	ALTO	Desenvolver uma estratégia de financiamento que identifica todas as fontes de financiamento e utilização de recursos no sector da saúde em Moçambique.
Gestão Financeira				
A melhoria nos sistemas de gestão financeira poderá não ser suficiente ou oportuna.	3	3	ALTO	Fortalecer os Sistemas de gestão financeira no sentido de garantir a eficiente utilização dos recursos financeiros e outros e ao mesmo tempo promover a transparência e a prestação de contas de forma a atrair os recursos financeiros para o sector saúde.
A percepção da existência de risco fiduciário aumenta e prejudica a confiança na relação com os parceiros que fornecem apoio orçamental.	3	2	MÉDIO	Assumir activamente os compromissos do Governo de combater a corrupção e promover campanhas anticorrupção; Fortalecer os procedimentos de auditoria e monitoria interna; Fortalecer a capacidade das equipas de auditoria e contabilidade; Utilizar dispositivos disciplinares para obter melhor implementação das normas existentes na área de gestão financeira.

Processo de descentralização fiscal continua a evoluir lentamente e com uma gestão fraca	2	3	MÉDIO	Reforçar a capacidade de liderança para uma gestão eficaz a todos os níveis. Manter um diálogo político contínuo e activo dentro do sector e com outros órgãos do Estado a todos os níveis.
Existência de fundos off-budget e offcut A permanência de uma grande parte de fundos fora do orçamento e fora da conta única do tesouro leva ao risco do comprometimento da eficácia global de desenvolvimento por haver possibilidades de se distorcer as prioridades e deste modo minar a planificação nacional e o processo de orçamentação do sistema.	4	4	ALTO	Definir limites para a expansão do financiamento fora do orçamento; Definir instrumentos legais aplicáveis aos parceiros externos que utilizam estes mecanismos com o propósito de obter maior transparência sobre o uso de recursos no sector e obrigações de compartilhamento das informações. Definir estruturas no MISAU com a responsabilidade por resolver essa limitação dentro de um prazo definido. Realizar diálogo com os parceiros para explorar os mecanismos e procedimentos alternativos para incorporar a planificação e os relatórios no sistema de governo, mesmo que os fundos ainda permaneçam offCUT.
Fraca capacidade de Tribunal Administrativo para realizar a auditoria sector externo conforme previsto no MdE com os parceiros do PROSAUDE	4	3	ALTO	Utilizar serviços de auditoria externa para complementar os esforços do governo, enquanto a capacidade do Tribunal Administrativo é desenvolvida; Manter o engajamento político com vista a comunicar de forma contínua e consistente a necessidade do desenvolvimento das capacidades do Tribunal Administrativo.
Planificação, orçamentação e elaboração dos relatórios				
Fragilidades de planificação, orçamentação e de elaboração de relatórios a nível distrital e provincial.	4	3	ALTO	Definir e implementar acções para o fortalecimento da capacidade a nível provincial e distrital e Monitorar de forma contínua execução do orçamento nesses níveis.
Recursos Humanos				
A necessidade expressa no plano de reforçar o pessoal do sector em diferentes áreas pressupõe a existência de pessoal qualificado. No entanto existe falta de pessoal capacitado e a possibilidade Governo não conseguir elevar a massa salarial para os recursos humanos.	4	4	ALTO	Maior investimento em recursos humanos como uma das prioridades do Plano; Liderar, coordenar activamente, e maximizar a utilização das assistências técnicas disponíveis no Ministério com o objectivo de fortalecer as capacidades existentes em todos os níveis (central, provincial e distrital).
A expansão do sector privado e a possibilidade de saída do pessoal capacitado do sector aliado a existência de medidas de retenção e atracção pouco sustentáveis e constituem um risco para a implementação do presente Plano.	**3**	**2**	**MÉDIO**	Tomar decisões relativas a medidas de retenção e atracção do pessoal para o sector público.

Desastres Naturais e problemas emergentes de saúde Pública				
A ocorrência recorrente de desastres naturais e surtos de doenças impõem um ónus pesado sobre os serviços de saúde, especialmente nas áreas rurais onde há maior prevalência de pobreza.	**4**	**3**	**ALTO**	Colaborar com ministérios e órgãos competentes para as medidas de preparação para emergências. Ter planos de emergência actualizados e passiveis de serem operacionalizados em curtíssimo prazo.
Parcerias público-privadas (PPP)				
Fraca coordenação entre o sector público e privado e os mecanismos de coordenação existentes não tomam em conta a diversidade do sector privado.	**2**	**2**	**BAIXO**	O plano já tem definido estratégias para a melhoria desta parceria.
Estabilidade política				
Diminuição do compromisso do governo com a melhoria do acesso dos pobres aos serviços de saúde	**2**	**4**	**MÉDIO**	A execução do PESS deve trabalhar nas áreas identificadas de trabalho com outros Ministérios e Governos Locais. A execução do PESS deve manter os compromissos do Governo de Moçambique com a sua estratégia de redução da pobreza.
O apoio político para a priorização da saúde a nível nacional, provincial e distrital irá reduzir-se.	**2**	**4**	**MÉDIO**	Envolver os Ministérios (particularmente os de Desenvolvimento e Panejamento e o das Finanças) e os órgãos do Governo Local, nos processos de consulta do PESS. Informar e actualizar a comissão parlamentar responsável pela saúde sobre o PESS. Demonstrar com a execução do PESS a prioridade dada aos sectores sociais na despesa do Governo de Moçambique.
A agenda da descentralização perde relevância política.	**3**	**3**	**ALTO**	Envolver o Ministério do governo local e agências governamentais e outras lideranças No processo de descentralização. Isso devera ser feito através das revisões anuais do PESS e do envolvimento proactivo com esses órgãos em tópicos específicos da reforma e descentralização de programas, como por exemplo os Recursos Humanos e as mudanças na gestão financeira.
Demografia				
As características demográficas, incluindo a expectativa de vida continua a ser moldado pela epidemia do HIV / SIDA, afectando os jovens na faixa economicamente activa.	**4**	**4**	**ALTO**	Manter e revitalizar o programa de controlo do HIV / SIDA, aprofundando sua implementação. Manter contínua, directa e activa colaboração com o organismo nacional de coordenação dos suportes ao programa.

12. Documentos Consultados

Bignamini S, Soi C. *Manual de Monitoria e Avaliação*, (2012). Direcção Nacional de Saúde Pública- Ministério De Saúde.

Boletim da República; Publicação Oficial da República de Moçambique; SUPLEMENTO; I série-Número 38; Segunda-Feira, 28 de Setembro de 2009.

Boletim da República; Publicação Oficial da República de Moçambique; 4^0 SUPLEMENTO; Imprensa Nacional de Moçambique, E.P; I série- Número 32; Terça-Feira, 14 de Agosto de 2012.

Departamento de Doenças não Transmissíveis/Direcção Nacional de Saúde Pública. *Plano estratégico para a prevenção e controlo do trauma e violência do ministério de saúde 2011-2015,* (2011). Ministério de Saúde.

Departamento de informação para a saúde. *Plano Estratégico de Sistema de Informação para a Saúde (SIS) 2009-2014,* (2009). Ministério de Saúde.

Departamento de prevenção e controlo da incapacidade e doenças não transmissíveis/Direcção Nacional e Promoção de Saúde e Controlo das Doenças *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças não transmissíveis para o período 2008-2014*, (2007). Ministério da Saúde.

Departamento de promoção de Saúde. *Estratégia Nacional para a Promoção da Saúde*, (2010). Ministério de Saúde.

Departamento de Promoção de Saúde/Direcção Nacional de Saúde Pública. *Termos de Referencias para o estabelecimento e funcionamento dos Comités de Co- Gestão das unidades Sanitárias*, (2012). Ministério da Saúde.

Departamento de Promoção de Saúde-Direcção Nacional de Saúde Pública. *Termos de Referencias para o estabelecimento e funcionamento dos Comités de saúde,* (2012). Ministério da Saúde.

Departamento de Saúde Ambiental. *Padrões e procedimentos de gestão de lixos biomédicos nas Unidades Sanitárias em Moçambique,* (2009). Ministério de Saúde.

Departamento de Saúde Ambiental. *Plano Nacional de Gestão de Lixo Biométrico*, (2009). Ministério de Saúde.

Departamento de Saúde Ambiental-Direcção Nacional de Controlo de Doenças, *Reforma de Sector de Saúde*, (2012). Ministério de Saúde.

Departamento de Saúde Escolar (Ministério da Saúde/Ministério da Educação). *Estratégia de Promoção da Saúde e prevenção de Doenças na Comunidade Escolar*, (2009). Ministério da Saúde.

Direcção Nacional de Assistência Médica. *Programa de atenção Integral ao Adulto maior Sub-programa Cuidados Comunitários de Idosos*, (2012). Ministério da Saúde.

Direcção Nacional de Promoção de Saúde E Controlo de Doenças. *Plano Estratégico de Controlo da Tuberculose em Moçambique para o Período 2008-2012*, (2007). Ministério de Saúde.

Direcção Nacional de Saúde pública. *Comité de Auditoria das mortes maternas perinatais e neonatais, (2009*). Ministério de Saúde.

Direcção Nacional de Saúde Pública. *Consulta do recém-nascido no período neonatal; Guião de utilização para o pessoal de saúde*, (2001). Ministério de Saúde.

Direcção Nacional de Saúde Pública. *Estratégia de Planeamento Familiar e contracepção 2010-2015 (2020)*, (2010). Ministério de Saúde.

Direcção Nacional de Saúde Pública. *Estratégia Nacional para a Promoção de Saúde*, (2010). Ministério da Saúde.

Direcção Nacional de Saúde Pública. *Grupo de Mães para Mãe- Guião Operacional*, (2010). Ministério de Saúde.

Direcção Nacional de Saúde Pública. *Grupo de Mães para Mães, Formação de Enfermeiras- Manual de Facilitador*, (2010). Ministério de Saúde.

Direcção Nacional de Saúde Pública*. Grupo de Mães para Mães; Formação de Mães Educadoras*, (2010). Ministério de Saúde.

Direcção Nacional de Saúde Pública. *Plano de comunicação e mobilização social para a promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno, 2009 – 2013*, 2015, (2009). Ministério de Saúde.

Direcção Nacional de Saúde Pública. *Plano Integrado para alcance dos objetivos, 4e 5, desenvolvimento do Milénio. 2009-2012 (201*5), (2009). Ministério de Saúde.

Direcção Nacional de Saúde Pública. *Plano Operacional de Saúde Neonatal e Infantil em Moçambique 2008-2010, (2007).* Ministério de Saúde.

Direcção Nacional De Saúde Pública. *Política Nacional de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos*, (2011). Ministério da Saúde.

Direcção Nacional de Saúde Pública. Termos de Referencia do Departamento de Saúde Mental (2007). Ministério da Saúde.

Direcção Nacional de Saúde Pública. *Plano Estratégico o PNCL em Moçambique 2009-2011*, (2008). Ministério de Saúde.

Direcção Nacional de Saúde Pulica. *Instrumento de Avaliação da Qualidade Dos Cuidados para Crianças nas Unidades Sanitárias de Referência em Moçambique*.

Direcção Nacional de SaúdePublica. *Código de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno*, (2005). Ministério de Saúde.

Djedje, MC, Arroz, JOL. (1995). Manual de Tripanossomíase Humana Rhodesiense; Instituto Nacional de Saúde-Ministério De Saúde.

Grupo de Mães para Mães, (2011). Ministério de Saúde.

Hospital Central da Beira. *Relatório Anual de Actividades*, (2010). Direcção Provincial de Saúde de Sofala.

Hospital Central de Nampula. *Relatório Anual*, (2010). Direcção Provincial de Saúde de Nampula.

Hospital Psiquiátrica de Infulene. *Relatório Anual de actividades do ano 2010*, (2011) Direcção de Saúde da Cidade de Maputo.

III Recenseamento Geral da População e Habitação 2007; Resultados Definitivos-Moçambique Instituto Nacional de Estatística; Maputo, Junho de 2010.

Instituto de Medicina Tradiciona. *Política de Medicina Tradicional e Estratégia da sua Implementação*, (2004). Ministério De Saúde.

Instituto de Medicina Tradicional. *Plano Estratégico e o plano de Acção do Instituto de Medicina Tradicional (IMT) -2012-2015 em Moçambique*, (2011), Ministério de Saúde.

Instituto Nacional de Estatística. *III Recenseamento Geral da População e Habitação 2007; Resultados Definitivos, Moçambique*, (2010). Instituto Nacional de Estatística.

Instituto Nacional de Estatística. *Projecções Anuais da População Total , Urbana e Rural 2007-2040*; (2006). Instituto Nacional de Estatística.

Instituto Nacional de Estatística. *Projecções Anuais da População Total, Urbana e Rural 2007-2040*, (2010). Instituto Nacional de Estatística.

Instituto Nacional de Estatística/Ministerio da Saúde. Mocambique-Inquérito Demográfico e de Saúde., (2013). Instituto Nacional de Estatística/Ministerio da Saúde.

Medicina Física e Reabilitação. *Plano Quinquenal - programa de Medicina Física e Reabilitação*, (2007). Ministério de Saúde.

Memorando de entendimento na área de Saúde Escolar entre o Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura, (2009). Ministério Saúde.

Ministério da Mulher e Acção Social. *Politica para a Pessoa Idosa e Estratégia de sua Implementação e Plano Nacional para a Pessoa Idosa (2006-2011)*. (2006).

Ministério da Mulher e Acção Social. *Política para a Pessoa Idosa e Estratégica de sua implementação e Plano Nacional para a pessoa Idosa (2006-2011)*, (2006). Ministério da Mulher e Acção Social.

Ministério da Mulher e Acção Social. *Proposta da Lei de Promoção e protecção dos Direitos da Pessoa Idosa*. VIII Sessão do Conselho Coordenador do Ministério da Mulher e Acção Social, Chidenguele, 25 a 27 de Julho de 2012.

Ministério da Saúde. *Plano Estratégico de Sector de Saúde: 2007-2012* (2008). Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. *Boletim de Epidemiológico N^{0} 3/2012 - Período de Janeiro a Setembro 2012,* (2012). Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. *Boletim de Epidemiológico N^{0} 4/2010- Período de Janeiro a Dezembro de 2010*, (2010). Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. *Boletim de Epidemiológico N^{0} 4/2011; Ministério da Saúde-Período de Janeiro a Dezembro de 2011*, (2011). Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. *Estratégia e Plano de Acção para a Saúde Mental* (2006-2015), (2006). Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. *Relatório da revisão do sector de saúde,* (2012). Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos.

Ministério de Saúde . *Plano Estratégico do Sector Saúde: 2007 -2012,* (2006). Ministério de Saúde.

Ministério de Saúde . *Política Nacional de Saúde e direitos Sexuais e Reprodutivos*, (2011). Ministério de Saúde.

Ministério de Saúde Triagem. *Avaliação e tratamento de Emergência (TATE)*; *Manual do Participante*, (2012). Ministério de Saúde.

Ministério de Saúde. *Estratégia de Casas de Espera para Mulheres Grávidas*, (2009). Ministério de Saúde.

Ministério de Saúde. *Estratégia e plano de Acção para a Saúde Mental*, (2007). Ministério de Saúde.

Ministério de Saúde. *Estratégia para o fortalecimento das intervenções da Parteira Tradicional*, (2008). Ministério de Saúde.

Ministério de Saúde. *Manual Técnico sobre Assistência ao Parto, ao Recém-nascido e às principais Complicações Obstétricas e Neonatais*, (2011). Ministério de Saúde.

Ministério de Saúde. *Normas de atendimento à Criança sadia e à Criança em risco*; (2011). Ministério de Saúde.

Ministério de Saúde. Plano de Acção de Moçambique (200-2013) *Estratégia 1: Promoção através dos Meios de Comunicação Social, (2008).* Ministério de Saúde.

Ministério de Saúde. *Plano Integrado Para o Alcance dos Objetivos 4 e 5 de Desenvolvimento do Milénio 2009 – 2012 (2015),* (2008). Ministério de Saúde.

Ministério de Saúde. *Plano Multissectorial plurianual para Implementação do regulamento Sanitário internacional, 2009-2012*, (2012). Ministério de Saúde.

Ministério de Saúde. *Programa Nacional para a Fortificação de Alimentos de Consumo Massivo em Moçambique 2011 – 2016,* (2011). Ministério de Saúde.

Ministério de Saúde. *Triagem, Avaliação e Tratamento de Emergência (TATE) Guião do Facilitador*, (2012). Ministério de Saúde.

Ministério de Saúde.*Parceria Nacional para a promoção da Saúde Materna, Neonatal e Infantil,* (2009). Ministério de Saúde.

Programa Nacional de Controlo da Malária. *Plano Estratégico do Programa de Controlo da Malária 2012 – 2016,* (2011). Ministério de Saúde.

Programa Nacional de Controlo da Tuberculose. *Plano Estratégico e Operacional 2013 – 2017*, (2012). Ministério de Saúde.

Programa Nacional de Medicina Desportiva. *Plano de Medicina Desportiva*, (2005). Ministério de Saúde.

Programa Nacional de Saúde Oral. *Plano Estratégico de Saúde Oral 2013 – 2017*, (2012). Ministério de Saúde.

Programa Nacional de Saúde Oral/Direcção Nacional de Assistência Médica. *Plano Estratégico de Saúde Oral* 2013-2016, (2012). Ministério da Saúde.

Secção de Medicina Física e Reabilitação. *Resumo do Plano Estratégico de Medicina Física e Reabilitação*, (2007) Ministério de Saúde.

Serra C, Cossa D. Colectânea de Legislacao de Saude, (2007). Ministerio da Justica.

WHO-AIMS Report On Mental Health Systems in Mozambique, (2009). World Health Organization/Ministry of Health Mozambique.