



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Direcção de Planificação e Cooperação

Plano Estratégico do Sector da Saúde

PESS 2014-2019

(Extensão 2020-2024)

«O NOSSO MAIOR VALOR É A VIDA»

Maputo, Agosto 2022

Índice

Lista de Tabelas	III
Lista de Figuras	III
Ficha Técnica	V
Acrónimos e Siglas	VII
Prefácio	XI
Sumário Executivo	XIII
1. Introdução	1
1.1 Objectivo do documento	1
1.2 Processo de Extensão do PESS 2014 -2019 para 2024.....	1
1.3 Estrutura do documento	2
2. Perfil Geo-demográfico, Socio-económico e Político do País	3
2.1 Perfil Geo-demográfico	3
2.2 Perfil Sócio-Económico.....	5
2.3 Perfil Político	5
3. Estado de Saúde	6
3.1 Grandes Endemias e Doenças Transmissíveis:.....	6
3.3 Doenças Não Transmissíveis:	14
3.3 Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal, Infantil, dos Adolescentes, e Jovens.....	15
3.4 Principais Determinantes de Saúde.....	24
4 Sistema Nacional de Saúde	31
4.1 Organização da Provisão de Serviços de Saúde no Sistema Nacional de Saúde.....	31
4.1 Reforço do Sistema Nacional de Saúde.....	33
4.3 Sumário dos problemas e prioridades do sector de saúde	43
4 Visão, missão, princípios orientadores e prioridades do PESS	45
5.1 Visão	45
5.2 Missão	46
5.3 Princípios orientadores	46
5 Prioridades de saúde e objectivos estratégicos do PESS	48

6.1 Objectivo estratégico 1: Aumentar o acesso e utilização dos serviços de saúde	49
6.2 Objectivo Estratégico 2: Garantir a qualidade dos Serviços e Cuidados de Saúde Prestados 51	
6.3 Objectivo Estratégico 3: Reduzir as desigualdades geográficas, e entre grupos populacionais, no acesso e utilização de serviços de saúde	52
6.4 Objectivo Estratégico 4: Melhorar a eficiência na prestação de serviços e utilização de recursos	53
6.5 Objectivo Estratégico 5: Fortalecer as parcerias para saúde na base do respeito mútuo	54
Intervenções-chave	54
6.7 Objectivo Estratégico 6: Melhorar a gestão financeira, e eficiência na utilização dos recursos públicos	55
6.7 Objectivo Estratégico 7: Fortalecer o sistema de saúde Moçambicano	57
6.8 Objectivo Estratégico 8: Fortalecer a gestão de emergências em Saúde	57
7 Abordagem do PESS	59
8 Programas de saúde e Reforço do Sistema Nacional	62
8.1 Programas de saúde	64
8.2 Reforço do Sistema Nacional de Saúde	103
9 Acções de reformas para o fortalecimento do sistema de saúde	122
10 Mecanismos de Implementação	124
10.1 O processo de planificação e orçamentação	124
10.2 Os Instrumentos de Implementação	124
10.3 Papéis e responsabilidades de Planificação e Implementação	125
11 Actualização dos custos do PESS 2020-2024.....	126
12 Conclusão	130
13 Monitoria e Avaliação	131
14 Pressupostos e Riscos e Medidas de Mitigação	135
14 Anexos.....	140
15. Documentos Consultados.....	149

Lista de Tabelas

Tabela 1: Evolução dos Indicadores do Estado de Saúde, Moçambique, 1997 - 2017	XIII
Tabela 2: Matriz Indicadores do Sector Saúde e metas PESS 2014-2019 (2024)	XVII
Tabela 3: Projecções da População para 2020 e 2024 com base no Censo 2017.....	4
Tabela 4: Evolução da prevalência das DNT e seus factores de risco, 2005 a 2015	15
Tabela 5: Gravidez na Adolescência: Comparação IDS 2011 e IMASIDA 2015	23
Tabela 6: Rede sanitária por Província e Raio Teórico em Kms por US, 2019	32

Lista de Figuras

Figura 1: Quadro Conceptual do PESS 2020 - 2024	XV
Figura 2: Tendência da evolução dos desastres naturais em Moçambique.....	3
Figura 3: Estrutura Etária segundo Grupos Funcionais – Censo 2017	4
Figura 4: Prevalência do HIV por Idades e Sexo, Moçambique IMASIDA 2015	7
Figura 5: Evolução da PTV, cobertura da profilaxia e TARV, 2002 - 2019	8
Figura 6: Evolução dos activos e a cobertura TARV dos pacientes HIV+, 2003 - 20019.....	8
Figura 7: Percentagem de crianças entre 6 a 59 meses de idade que tiveram teste positivo a malária – Teste Rápido, Moçambique (IIM 2018).	9
Figura 8: Número de pessoas diagnosticadas Malária e notificadas por mil habitantes e por província 2018 – 2019, Moçambique (MISAU 2020).....	10
Figura 9: Percentagem da população de agregados familiares acesso a uma Rede tratada com insecticida, Moçambique IIM 2018.....	11
Figura 10: Evolução da incidência estimada, notificação e cobertura de tratamento da Tuberculose, Moçambique 2010 – 2019 (PNCT 2020)	12
Figura 11: Evolução da Notificação de Casos de Tuberculose Multirresistentes em Moçambique 2010 - 2019	13
Figura 12: Evolução do número de pessoas que testam positivo para Corona Vírus, Moçambique	14
Figura 13: Percentagem de US por “Elementos Indicativos de Prontidão” dos Serviços de Planeamento Familiar (SARA, 2018).....	16
Figura 14: Evolução do Rácio da Mortalidade Materna, 1993 – 2017, Moçambique	17
Figura 15: Principais Causas de Mortalidade Materna Institucional por Complicações Obstétricas Directas (SIS-MA:2019)	18
Figura 16: Distribuição Percentual das Mortes Maternas por Período de Ocorrência (INCAM2007/2008) ...	18
Figura 17: Níveis e Tendências da Taxa de Mortalidade Neonatal (Média dos últimos 4 anos anteriores ao Inquérito).....	19
Figura 18: Principais Causas de Mortalidade Neonatal, Moçambique 2009.....	20
Figura 19: Evolução das Taxas de Mortalidade Infantil e em Menores de 5 Anos de Idade, Moçambique, 1990 - 2017	21
Figura 20: Principais Causas de Morte Intra-Hospitalar em Menores de 5 Anos, 2019.....	21
Figura 21: Coberturas Nacionais de intervenções relacionadas com Saúde Materna e Infantil.....	22
Figura 22: Determinantes de Saúde	24

Figura 23: Prevalência de Desnutrição Crônica e Aguda, e Anemia, em Crianças com menos de 5 anos de idade. Distribuição geográfica	26
Figura 24: Quadro Conceptual do PESS 2020-2024	60
Figura 25: Evolução da despesa pública em saúde.....	127
Figura 26: projecção de custos (US\$ 10 ⁶) e (MT 10 ⁶)	127
Figura 27: Custos relativos do PESS 2014-2019 e 2020-2024.....	128
Figura 28: Distribuição de custos por componente do Sistema de Saúde	129
Figura 29: custos por programas do SNS (principais programas com maior custo)	130
Figura 30: % de cobertura financeira 2014-2019 e estimativa de cobertura financeira 2020-2024.....	130

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. Daniel Simone Nhachengo, Chefe do DPES

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

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 Instituições Subordinadas

Revisão e Extensão

Coordenação-Geral do PESS

Dra Sãozinha Agostinho, Directora Nacional, DPC

Grupo de Referencia

Daniel S. Nhachengo	MISAU, DPC
Chadreqe Muluana	MISAU, DPC
Kádira Kará	MISAU, DPC
Elias Cumbi	USAID
Georgina Bonet	OMS
Cidália Baloi	OMS
Mbate Matandalasse	Hodi Consultores, Canada
Ashraf Hassanein	Canada
Maureen Louise Gallagher	UNICEF
Diana Rastrepo	UNFPA
Tânia Inmaculada Ortiz	GFF
Olga Guerreiro	Banco Mundial
Christopher Pupp	ThinkWell

Consultores

Leonardo Chavane

Colaboradores

Direções Nacionais

Instituições subordinadas e tuteladas

Serviços e Direcções Provinciais de Saúde

Ministérios Sectoriais

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
APE	Agente Polivalente Elementar
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	Departamento Farmacêutico
DFID	<i>Department for International Development/</i> 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	<i>Data Quality System/Sistema de Qualidade de Dados</i>
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
GFF	<i>Global Financing Facility</i>
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	Inspeção 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	<i>Joint Assessment of National Strategies/Avaliação Conjunta das Estratégias e dos Planos Nacionais de Saúde</i>
LNCQM	Laboratório Nacional de Controlo de Qualidade de Medicamentos
LOLE	Lei dos Órgãos Locais do Estado
M&A	Monitoria e Avaliação
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	<i>Magnetic Resonance Imaging/Imagem por Ressonância Magnética</i>
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	<i>OneHealth Model</i>
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 Lepre
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	<i>Reach Every District</i> /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	<i>Sector-Wide Approach</i> /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	<i>United Nations Children's Fund</i> /Fundo das Nações Unidas para a Infância
US	Unidade Sanitária
XDR	Tuberculose de Extrema Resistência

Agradecimentos

A revisão do Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS) 2014 a 2019 contou com um processo participativo que envolveu diversas instituições, individualidades e grupos de trabalho, cujo contributo tornou possível o PESS 2020-2024. Por isso, o Ministério da Saúde (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 a todas as Direcções Nacionais, que através dos seus técnicos participaram activamente no processo e deram a sua indispensável contribuição nos momentos cruciais.

O MISAU estende os seus agradecimentos ao Grupo de Parceiros de Saúde (HPG) que disponibilizou técnicos para apoiarem directamente o processo de revisão do PESS; à OMS, na pessoa do seu Representante Dra. Djamilia Cabral, pela Assistência Técnica dispensada e apoio financeiro e logístico.

A revisão do PESS resulta de um amplo processo de consultas, conduzido pelo MISAU, a vários níveis. Por isso, os agradecimentos são extensivos aos vários sectores do Governo da República de Moçambique, Órgãos de Representação do Estado, Órgãos de Governação Descentralizada, Organizações da Sociedade Civil e Organizações Não Governamentais Nacionais e Estrangeiras.

O MISAU estende ainda os seus agradecimentos a todos aqueles que, directa ou indirectamente, tornaram possível esta revisão.

Prefácio

O presente Plano Estratégico do Sector de Saúde (PESS) 2020-2024 representa a materialização da Política do Governo de Moçambique, com destaque para a recente Política de Saúde e respectiva estratégia de implementação. Este documento resulta do processo de revisão e extensão da implementação do PESS 2014 - 2019.

Em 2014 o Governo aprovou o PESS para ser implementado durante o período de 2014 - 2019 com perspectiva de extensão da sua implementação até 2024. Em 2018, foi realizada uma avaliação externa sobre o nível de alcance dos objectivos e metas preconizadas no PESS. O resultado desta avaliação identificou avanços no aumento da cobertura e utilização dos Serviços de Saúde com destaque para a expansão da cobertura do tratamento anti-retroviral (TARV) com 95% de todas as Unidades Sanitárias do país oferecendo serviços de TARV; aumento da utilização dos métodos modernos de Planeamento Familiar consubstanciado pelo aumento da prevalência de uso de métodos modernos na comunidade que passou de 12% em 2011 para cerca de 36% em 2019. Durante este período mais mulheres e crianças utilizaram os serviços de saúde, como também, a redução da mortalidade ligada às grandes endemias destacando-se a redução da mortalidade por Malária.

Apesar dos avanços notáveis, a avaliação mostrou desafios no alcance dos objectivos e metas para o período 2014 – 2019 bem como a necessidade de aumentar o financiamento ao sector para permitir progressos no alcance das mestas do sector, rumo à Cobertura Universal em Saúde. Por outro, as conclusões da avaliação apontaram a pertinência de continuar com o plano e a necessária revisão das metas dos objectivos estratégicos a serem alcançados de acordo com o actual contexto nacional e internacional, com foco para o processo de descentralização em curso no país, a implementação da agenda dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável “sem deixar ninguém atrás”. Esta decisão foi validada no XLIV Conselho Coordenador de Saúde, realizado em Tete.

A revisão mostra o realce na preparação do País para a prevenção e gestão das emergências em Saúde Pública e mitigação dos efeitos de desastres naturais cujo impacto resultou na destruição da rede sanitária e deslocação das populações. É neste contexto que foi introduzido um novo objectivo estratégico dedicado ao reforço da gestão de emergências em Saúde Pública.

Foram revistas e actualizadas as intervenções estratégicas de forma a conferir o alinhamento com as metas globais do sector. Em consonância com a Política Nacional de Saúde, o capítulo de sistemas de apoio, foi revisto para reforço do Sistema de Saúde

cobrindo os pilares do sistema de saúde da OMS. Esta abordagem foi usada também na reformulação do pilar das reformas do sector saúde.

Este processo contou com o envolvimento activo de vários actores no Ministério da Saúde, dos Parceiros de Cooperação, da sociedade civil, outros Ministérios do Governo, Representantes das Províncias e Municípios que participaram em vários momentos de consulta tendo contribuído com valiosas propostas para a melhoria do documento, pelo que vai desde já o nosso muito obrigado.

O desafio à nossa frente é de garantir que este plano seja implementado com sucesso, que ele seja o instrumento chave de planificação sectorial e que em 2024 possamos ter uma população moçambicana cada vez mais saudável de forma equitativa e com mais qualidade de vida!

Maputo, Julho de 2021

O Ministro da Saúde

Prof. Doutor Armindo Daniel Tiago

Sumário Executivo

Desde o ano 2000 que o MISAU iniciou a elaboração de planos estratégicos para o sector 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, o terceiro de 2014 a 2019 e o quarto (extensão) de 2020-2024.

O presente plano foi elaborado num contexto sócio-económico e político caracterizado por desastres naturais, instabilidade militar na zona centro e norte do país e a ocorrência da pandemia da COVID19. Apesar de avanços assinaláveis no último período (2014-2019), o estado de saúde da população apresenta progressos desiguais, nomeadamente: as taxas de mortalidade em crianças menores de cinco anos decresceram substancialmente, em especial na mortalidade infantil, aproximando-se às metas de desenvolvimento do milénio. Todavia, registaram-se progressos mais lentos na mortalidade neonatal, que representa 16% das mortes nesta faixa etária, e nas taxas de mortalidade materna que continuam igualmente altas, com tendência estacionária e influenciadas 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.

Tabela 1: Evolução dos Indicadores do Estado de Saúde, Moçambique, 1997 - 2017

INDICADOR	IDS 1997	IDS 2003	IIM 2008	IDS 2011	Censo 2017
Esperança de Vida ao Nascer*	42	50.9		53.1**	53.7
TG de Fecundidade	5.6	5.5		5.9	5.2
TM Materna / 100 mil NV	690	408		408	452
TM < 5 anos / 1.000 NV	201	178	138	97	
TM Infantil / 1.000 NV	135	124	93	64	67.3
TM Neonatal/ 1.000 NV	54	48		30	
Prevalência da desnutrição Crónica (%)	35.9	41		43	

* Fonte: INE, II RGPH97; III RGPH2007; Projecções da População 2007-2040; ** Projecções para 2013

A capacidade de resposta do sistema de saúde a estes desafios é ainda limitada: a rede sanitária cobre no geral 70,2% da população, sendo 55,4% da população rural e 97,9% da população urbana (INE). a continuidade de cuidados é comprometida pelo deficiente funcionamento do sistema de referência, devido a insuficiência de unidades sanitárias de referência a nível distrital; A expansão do sistema comunitário e a participação do sector

privado no aumento da capacidade de provisão serviços de saúde é ainda insignificante; o sector continua sub-financiado e é altamente dependente de recursos externos, sendo necessário encontrar mecanismos de sustentabilidade e diminuir as ineficiências na alocação e utilização dos escassos recursos disponíveis; a governação do sector decorre num processo de descentralização e reforma da administração pública; apesar do aumento de recursos humanos de regime geral, específico e de especialidade, este continua para além das necessidades do SNS; a deficiente cadeia logística de medicamentos e outros artigos médicos, de que resultam roturas frequentes de *stocks*; insuficiente apetrechamento dos serviços de imagiologia e laboratórios clínicos para apoiar na definição de diagnósticos clínicos adequados; e os persistentes desafios relacionados com a qualidade dos Sistemas de Informação, nomeadamente a qualidade e cobertura de dados do Sistema Nacional de Saúde (público, privado e comunitário), e a sua Monitoria e Avaliação (M&A). Estes desafios condicionam a qualidade dos serviços de saúde prestados rumo a Cobertura Universal.

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, 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-chave de qualidade, incluindo ganhos rápidos (*quickwins*) nas áreas de apoio aos. O segundo pilar, contém uma agenda de reformas holística e centrada na descentralização, que fortalece o sistema de saúde e permite sustentar os ganhos actuais e futuros na melhoria equitativa do estado de saúde da população. O presente PESS 2020-24 dará continuidade a implementação destes dois importantes pilares.

A seguir se ilustra o Quadro Conceptual do PESS 2020-24 que parecem dos objectivos estratégicos anteriores, incorpora o objectivo estratégico 8 sobre Fortalecimento da Gestão das Emergências em Saúde Pública.

Quadro conceptual do PESS 2020-2024



Figura 1: Quadro Conceptual do PESS 2020 - 2024

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 e orçamentação por programa, 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; elaboração do Plano Económico e Social (PES) e respectivo orçamento, incluindo a coordenação sectorial a todos os níveis e com os parceiros de cooperação. Serão também definidos papéis e responsabilidades específicas para os intervenientes-chave com o intuito de assegurar o alinhamento e harmonização dos diversos contributos.

O exercício de custeamento para o período 2020-2024 foi realizado através da ferramenta de custeamento *OneHealth*, a qual prevê as necessidades financeiras essenciais para o alcance das metas do SNS associadas a este plano. Os resultados do custeamento para a implementação do PESS estimam um total de US\$10.649 milhões (702.286 milhões de MT), neste período. Em termos relativos, os custos anuais do PESS representam um peso de entre 10% a 13% sobre o PIB, assim como um peso de entre 31% a 36% sobre o total da despesa do Governo, usando as projecções do FMI. Adicionalmente, em termos de custo total por habitante, este representa US\$54 (4.045 MT) per capita em 2020, aumentando até US\$ 71 (4.609 MT) per capita em 2024.

O peso do custo por componentes do Sistema de Saúde atribui 41% aos medicamentos e artigos médicos, 20% aos Recursos Humanos e 24% às despesas de gestão e capacitação

dos programas. Desde uma perspectiva de custo por programa, o programa do HIV representa 40% dos custos totais, sendo também o programa com maior atracção de recursos externos. As outras doenças endémicas, Malaria e Tuberculose, representam 10% dos custos. Em relação as áreas de saúde materna, reproductiva, neonatal, infantil, adolescente e nutrição, juntas representam 17% dos custos totais. Finalmente, a vigilância epidemiológica e gestão das emergências em saúde pública, representam 6% dos custos totais.

Contudo, a plena execução do plano depende da disponibilização de recursos para o sector. A partir dos Relatórios de Execução Orcamental (REO) do MISAU e das projeções da Estratégia de Financiamento do Sector da Saúde (2020-2030) foi feita uma análise da tendência do financiamento para o período 2014-2024; a partir do custeamento apurado para o período 2020-2024, estima-se um défice médio global de financiamento de 62%.

A M&A do PESS 2020-2024 será assegurada por um sistema harmonizado com os processos actuais do Governo, aplicando instrumentos de controlo de qualidade de dados e mecanismo de acesso de informação fiável. A revitalização dos mecanismos de coordenação no contexto do SWAp deverão criar espaços de monitoria conjunta da implementação do PESS para o período 2020 – 2024.

O presente plano prevê uma revisão de Médio-Termo no primeiro trimestre de 2023 e uma avaliação final em 2024. Os resultados da revisão de Médio-Termo constituirão as bases para a elaboração do próximo PESS que se pretende que tenha um horizonte temporal de 10 anos.

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 (2024)

Área	Indicadores	Linha de base	Meta (2019)	Linha de Base II	Ano da Linha de Base II	Fonte dados	Meta (2024)
Redução da mortalidade materna e neonatal	Rácio de Mortalidade Materna (mortes maternas /100,000 nascimentos vivos)	408	190	452	2017	CENSO	190
	Taxa de mortalidade neonatal (por 1,000 nados vivos)	30%0	23%0	29,4%0	2019	COMSA	20%0
	Partos assistidos por pessoal de saúde qualificado	54.30%	75%	73%	2015	IMASIDA	85%
	Necessidades não satisfeitas de contracepção	28.5%	20%	22.8	2019	FP2020	18%
	Taxa de prevalência contraceptiva	11.3%	30%	35.6%	2019	FP2020	45%
Melhoria da saúde infantil incluindo a Nutrição	Cobertura de DTP3 (12–23 meses)	70.90%	94%	81.6	2015	IMASIDA	95%
	Crianças menores de 5 anos com desnutrição crónica	43%	17%	43%	2011	IDS	40%
	Taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos (por 1,000 nados vivos)	97%0	55%0	81,7%0	2019	COMSA	55%0
	Taxa de mortalidade infantil (por 1,000 nados vivos)	64%0	45%0	53,6%0	2019	COMSA	45%0
Redução das grandes endemias	Taxa de baixo peso a nascença	6.8%	4.5%	2.7%	2019	SISMA	2%
	Proporção de óbitos entre os casos de TB BK+ notificados anualmente (por 100,000)	6.3	3	4	2018	PNCT	2
	Taxa de Retenção ao TARV depois de 12 meses de tratamento	70%	80%	67%	2019	SISMA	93%
	Total de novas infecções de HIV			130.000	2019	Spectrum	70.000
	Casos de malária por 1,000 habitantes	135	120	371	2019	PNCM	250
Prevenção e tratamento das doenças crónicas	Percentagem de homens e mulheres que tenham um consumo de risco de álcool	23.7%	18%	35,9%	2015	STEPS	30%
	Percentagem de homens de 15-64 anos que consomem tabaco	22%	10%	14,9%	2015	STEPS	10%
	Taxa de cobertura de rastreio de cancro de colo de útero em mulheres entre 30-55 anos que atendem Consulta de SSR	1%	15%	23%	2019	SISMA	50%
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%)	90%	97%	2019	PNCITS/ HIV	99%
	Nº de crianças (e % sobre PVHIV) que recebem TARV pediátrico	25, 891 (22%)	80%	91%	2019	PNCITS/ HIV	95%
	Percentagem de crianças completamente vacinadas	78.80%	94%	66%	2015	IMASIDA	85%
	Consultas externas/habitante (desagregado por Província)	1,21	1,45	1,56	2019	SISMA	1,8
	Rácio de trabalhadores das áreas de medicina, enfermagem e obstetrícia/SMI por cada 100,000 habitantes	68.2	77	103,8	2020	SIP	120
	Taxa de Notificação de todas as Formas de Casos de TB (por 100.000 Pessoas)	222	asd	340	2019	PNCT	390
	Percentagem da população em risco potencialmente coberta pela distribuição de REMTILD	64.20%	100%	82%	2018	IIM	99%
	Aleitamento materno exclusivo dos 0-5 meses	42.80%	50%	55%	2015	IMASIDA	55%
	Cobertura de Partos Institucionais (desagregado por Província)	63.80%	75%	87%	2019	SISMA	90%
	Cobertura consulta pós-parto (e Proporção CPP dentro de 2 dias após o parto)	62%	90%	95%	2019	SISMA	99%
	Número de APÉs que prestam serviços na comunidade (e % em relação aos APÉs necessários) – Agentes Comunitários de Saúde	1,213 (24.2%)	3,550 (71%)	6673	2019	DEPROS	16.836
% de novas utentes em métodos modernos de Planeamento Familiar	24.40%	32%	41%	2019	SISMA	45%	
OE.2 Qualidade/ Humanização	Taxa de cura por desnutrição aguda	62%	80%	86%	2019	SISMA	90%
	% de sucesso do tratamento para TB-MR	40%	65%	48%	2018	PNCT	60%
	% de mulheres grávidas que recebem profilaxia de malária segundo o protocolo nacional entre as utentes da CPN (primeira consulta)	36%	80%	68%	2019	SISMA	85%
	% de crianças menores de 5 anos com sintomas de IRA que receberam antibiótico	12.1%	40%	53%	2019	IMASIDA	70%
	Cobertura de CPN (pelo menos 4 consultas durante a gravidez)	51%	80%	53%	2019	SISMA	80%
OE.3 Equidade	Taxa de nati-mortalidade com foco positivo à entrada	0.23%	0.15%	0.16%	2019	SISMA	0,10%
	Nº de adultos HIV+ (e % sobre PVHIV) que recebem TARV (desagregado por sexo e por prvincia)	282,687 (54%)	80%	66%	2019	PNCITS/ HIV	95%
	Habitantes/US (desagregado por província/distrito)	16.300	asd	17.514	2019	SISMA	15.000
OE.4 Eficácia e eficiência	Camas/1,000 habitantes (desagregado por província/distrito)	0.86	>1	0.74	2019	SISMA	1
	Quebra vacinal (DPT/HEP 3ª dose/DPT/HEP 1º dose)	8.40%	5%	8%	2019	SISMA	7%
OE.5 Melhores parcerias	% de distritos que submetem informação completa e dentro de prazo ao DIS	35.50%	95%	81%	2018	SISMA	95%
	Proporção de fundos externos on-budget e on-cut	27%	>90%	27%	2012	REO/ IFE	
OE.6 Transparência prestação de contas	Taxa de execução orçamental dos fundos sob gestão do MISAU	87%	>95%	88%	2019	REO	95%
	% do Orçamento necessário para a compra de contraceptivos que foi coberta pelo Orçamento do Estado	5%	12%	5%	2012	OE	
	% de províncias que cumprem satisfatoriamente com os procedimentos de Gestão, Controlo e Dispensa de Medicamentos na cadeia de Distribuição.	33%	90%	58%	2018	CMAM	90%

1. Introdução

A saúde é a condição essencial 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 para orientar a planificação e implementação das acções do sector, como um contributo importante para a evolução, e conseqüente melhoria do estado de saúde do povo moçambicano. O presente Plano identifica os problemas e as prioridades do sector, englobando-os em programas, serviços de saúde e sistemas de apoio. Este documento inclui resultados dos 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 industrialização do País, entre outros. O PESS 2014-2019, com a extensão 2020-2024, foi elaborado no momento em que o Governo está a acelerar os seus esforços para a reforma do sector público.

Os resultados da avaliação de meio termo do PESS 2014 – 2019 mostram que houve avanços em termos de alcance das metas preconizadas, mas também prevalecem desafios relacionados com metas não atingidas. A avaliação considerou serem ainda relevantes os objectivos preconizados no PESS 2014 – 2019 e que uma extensão (2020-2024) na sua implementação constitui uma oportunidade para o sector continuar a perseguir estes objectivos.

1.1 Objectivo do documento

O objectivo deste documento actualizado é fornecer uma orientação estratégica para a coordenação das políticas e programas do sector para os próximos 5 anos, representado a extensão do anterior período de implementação de 2014 – 2019, para 2024. O documento faz a actualização da análise situacional e das estratégias para o alcance dos objectivos, dos meios necessários, dos mecanismos de implementação, de monitoria e avaliação do PESS.

1.2 Processo de Extensão do PESS 2014 -2019 para 2024

Para o início do processo de extensão foram elaborados os termos de referência que incluíam a contratação de uma equipa de consultores para a extensão incluindo a elaboração do Plano de Monitoria do Sector Saúde. Também foi estabelecido um grupo de referência com mandato para o acompanhamento do processo.

Foram realizadas consultas com as diferentes partes interessadas no processo, incluindo, Unidades Orgânicas do MISAU, Parceiros de Cooperação do Sector Saúde, Organizações da Sociedade Civil, Organizações não Governamentais Nacionais e Estrangeiras, outros Ministérios do Governo, Direcções Provinciais de Saúde, Representantes dos Serviços Provinciais de Assuntos Sociais e Representantes dos Municípios.

Foram conduzidas oficinas de trabalho com os Programas Nacionais e os Departamentos de nível central que culminaram com a revisão e actualização das estratégias e das metas programáticas.

Foi realizada uma oficina conjunta com a participação dos Directores Nacionais, Assessores, Quadros Seniores do MISAU e os Parceiros de Cooperação onde foram apresentados os resultados das consultas e as propostas de revisão do PESS.

Foram definidos grupos temáticos com base nas diferentes secções do PESS 2014 – 2019 e que serviram de plataforma para a harmonização das contribuições de revisão e da proposta de redacção para o PESS 2020-2024.

1.3 Estrutura do documento

O documento do PESS 2020-2024 é composto por treze 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 descreve o perfil demográfico, socio económico e político no qual se desenvolveu o PESS bem como a sua extensão. O Capítulo Três faz uma análise do estado de saúde da população e dos principais determinantes por detrás do estado de saúde e o Capítulo quatro descreve o processo da oferta de serviços de saúde no país, incluindo um sumário dos principais problemas de saúde.

No Capítulo Cinco 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 cinco anos.

O Capítulo Seis apresenta consecutivamente os Objectivos Estratégicos do PESS 2020 – 2024 e o Capítulo Sete explana o quadro conceptual e a abordagem do PESS. O Capítulo Oito detalha a forma como cada programa de saúde e área de apoio irá contribuir para se alcançarem os objectivos estratégicos. O Capítulo Nove descreve os problemas/desafios críticos inerentes às reformas/descentralização no sector da saúde.

O Capítulo Dez 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 2024 irão constar em um capítulo em anexo.

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

No Capítulo Doze 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, são apresentados os anexos que

fornece alguma informação adicional ao texto, e a lista os documentos que foram consultados durante a elaboração deste Plano.

2. Perfil Geo-demográfico, Socio-económico e Político do País

2.1 Perfil Geo-demográfico

Moçambique é um País da costa sul oriental de África, com uma superfície total de 799,380 Km², dividida administrativamente em 11 Províncias (incluindo a Cidade de Maputo), 154 Distritos, 419 Postos Administrativos, 1.052 Localidades e 53 Municípios. 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 à Setembro, e outra chuvosa nos meses de Outubro à Abril.

O País ocupa o décimo lugar a nível global em termos de vulnerabilidade ao risco de desastres naturais. Nos últimos 30 anos, pelo menos 14% da população foi afectada uma vez por seca, cheia ou tempestade tropical. Mais de metade dos eventos que resultaram em desastre (53%) desde 1970, ocorreram nas últimas duas décadas¹ (Figura 2), tendo sido atingindo em 2019 pelo Ciclone Idai e o Ciclone Kenneth, levando o Governo de Moçambique (GdM) a declarar “estado nacional de emergência” e a emitir um pedido de assistência internacional.

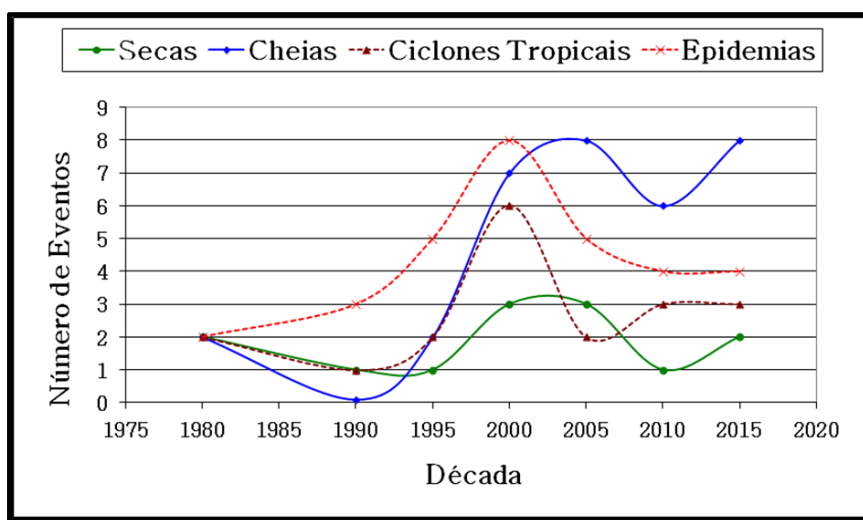


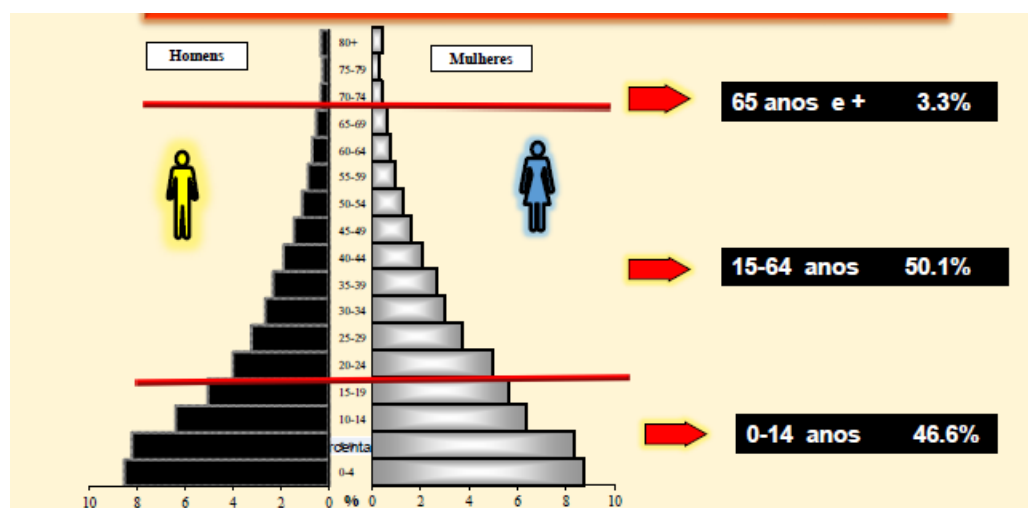
Figura 2: Tendência da evolução dos desastres naturais em Moçambique

Fonte: INGC - PLANO DIRECTOR PARA A REDUÇÃO DO RISCO DE DESASTRES 2017-2030

¹ INGC - PLANO DIRECTOR PARA A REDUÇÃO DO RISCO DE DESASTRES 2017-2030

Estas características climatéricas determinam o padrão epidemiológico e tem um impacto negativo pelo agravamento do risco de ocorrência de algumas doenças e destruição de infra-estruturas sanitárias nas zonas afectadas. Como exemplo o Ciclone IDAI destruiu cerca de 14% da infra-estrutura de saúde nas províncias afectadas - particularmente em Sofala (a destacar a Cidade da Beira), seguida de Manica, Tete, Zambézia e Inhambane, e resultou na morte de pelo menos 602 pessoas, mais de 1.641 feridas e mais de 1 milhão pessoas que necessitam de serviços essenciais de saúde².

De acordo com projecções do Censo Populacional de 2017, em 2020, Moçambique possuía uma População estimada em cerca de 30 milhões de habitantes com uma taxa de crescimento anual, na ordem dos 2.8%, resultante de uma maior descida da Taxa Bruta de Mortalidade (18.8 por 1.000 em 2007 para 11.8 por 1.000 em 2017) em comparação com a Taxa Bruta de Natalidade (42.2 por 1.000 para 37.9 por 1.000). O País apresenta uma população com estrutura etária muito jovem, facto relacionado com as contínuas Taxas Elevadas de Fecundidade. (INE: 2007= 5.7; 2017= 5.2). As Províncias de Nampula, Zambézia e Tete possuem cerca de 50% do total da População do País (Tabela 3).



Fonte: Instituto Nacional de Estatística – Resultados

Figura 3: Estrutura Etária segundo Grupos Funcionais – Censo 2017

Tabela 3: Projecções da População para 2020 e 2024 com base no Censo 2017

Província	População Projectada para 2020		População Projectada para 2024	
	Número	% do Total do País	Número	% do Total do País
Niassa	1.998.266	7%	2.274.936	7%
Cabo-Delgado	2.525.416	8%	2.821.612	8%
Nampula	6.183.863	21%	6.814.439	20%
Zambézia	5.567.252	19%	6.156.887	19%
Tete	2.900.213	10%	3.269.765	10%
Manica	2.114.507	7%	2.363.184	7%
Sofala	2.457.828	8%	2750530	8%

² SECTOR SAÚDE E NUTRIÇÃO: Avaliação das Necessidades Pós Desastre (PDNA) após o Ciclone Tropical ADAI. Maio de 2019

Província	População Projectada para 2020		População Projectada para 2024	
	Número	% do Total do País	Número	% do Total do País
Inhambane	1.531.959	5%	1.598.383	5%
Gaza	1.445.896	5%	1.488.103	4%
Maputo Província	2.216.460	7%	2.570.279	8%
Maputo Cidade	1.124.988	4%	1.136.296	3%
País - TOTAL	30.066.648	100%	33.244.414	100%

Fonte: Instituto Nacional de Estatística – Projecções da População com Base no IV Recenseamento Geral da População e Habitação

A densidade populacional é de 37 hab/Km² ³, e o processo de urbanização está a acelerar, tendo passado de 21% em 1990, para 33.4% em 2017 o total da população vivendo em zonas urbanas.

Segundo a Política da População (1999), esta estrutura populacional tem implicações socioeconómicas, pois a 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. O Censo de 2017 mostrou que a esperança de vida à nascença é de 53.7 (Mulheres: 56.5; Homens: 51) anos que representa um crescimento em relação à 50.9 anos estimada no censo de 2007 (Mulheres: 52.9; Homens: 48.8). Estas características demográficas influenciam a procura por serviços de saúde, especialmente a satisfação das necessidades da camada infanto-juvenil, bem como a pressão sobre os serviços de saúde. Cerca de 3.3% da população é composta por pessoas idosas com 65 ou mais anos, a maioria das quais padece de várias doenças crónicas como a hipertensão, diabetes, cancro entre outras, agravadas por problemas de cariz nutricional e pela inactividade física.

2.2 Perfil Sócio-Económico

Após uma década de crescimento económico médio anual de 6%, a partir de 2015 verificou-se uma desaceleração do crescimento do PIB e em 2019 foi estimado em US\$ 503,57⁴.

O Governo da República de Moçambique (GRM) tem desenvolvido e implementando estratégias de redução da pobreza (PARPA I e II, PARP III) desde 2001, com efeito, a incidência da pobreza reduziu de 69.4% em 1996 para 54.7% em 2009⁵. De acordo com o quarto relatório da pobreza (IOF) 2014/15 verifica-se uma relativa redução do nível da pobreza tendo sido estimada em 46,1% no global e 37,4% na zona urbana e 50,1% na zona rural.

2.3 Perfil Político

Moçambique é caracterizada por um sistema presidencialista com eleições regulares gerais, provinciais e autárquicas.

³ Instituto Nacional de Estatística: Anuário Estatístico 2019

⁴ Banco Mundial, <https://bit.ly/3apbZS0>

⁵ Terceira Avaliação Nacional da Pobreza. Outubro 2010, <https://bit.ly/3bv96zA>

A revisão pontual da constituição ocorrida em 2018 dá um novo destaque à descentralização da gestão do estado. Neste contexto, a revisão introduz a noção de que “O Estado orienta-se pelos princípios da descentralização e de subsidiariedade” nº2 do artigo 8 da Constituição. No âmbito da provisão dos cuidados de saúde, a revisão constitucional atribui à Governação descentralizada as funções de gestão da Saúde no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários. Assim, como consequência desta legislação foram criadas duas entidades responsáveis pela gestão do sector Saúde a nível Provincial, nomeadamente: a Direcção Provincial de Saúde no Conselho Executivo Provincial, e os Serviços Provinciais de Saúde no Conselho dos Serviços Provinciais de Representação do Estado. Cabe a Direcção Provincial de Saúde a Gestão dos Cuidados de Saúde Primários e aos Serviços Provinciais de Saúde a gestão da implementação das estratégias emanadas do Estado e ou órgão de tutela.

3. Estado de Saúde

Em Moçambique, os indicadores do estado de saúde têm registado progressos a ritmos diferentes. A Esperança Média de Vida ao Nascer, embora tenha aumentado dos, ainda é baixa comparativamente à média africana (62 anos para homens e 65 anos para mulheres).

3.1 Grandes Endemias e Doenças Transmissíveis:

3.1.1 HIV/SIDA

O Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e SIDA (IMASIDA) em 2015 estimou uma prevalência de 13,2% em adultos de 15-49 anos, que representa um aumento em relação a 2009 (11,5%). As mulheres são desproporcionalmente afectadas do que os homens e sendo que a disparidade é mais acentuada em raparigas adolescentes 15-19 anos, cuja prevalência é 4,3 vezes superior à dos seus pares rapazes (6,5% vs 1,5%).

Tanto a precocidade do início da vida sexual como das uniões/casamentos, em muitos casos de raparigas com homens muito mais velhos, são factores de base muito importantes para a contaminação por HIV;

A figura abaixo apresenta a prevalência de HIV por faixa etária de acordo com os resultados do IMASIDA 2015. A prevalência atinge o seu pico entre Homens e Mulheres na faixa etária de 35 a 39 anos de idade (17,5% e 23,4% respectivamente).

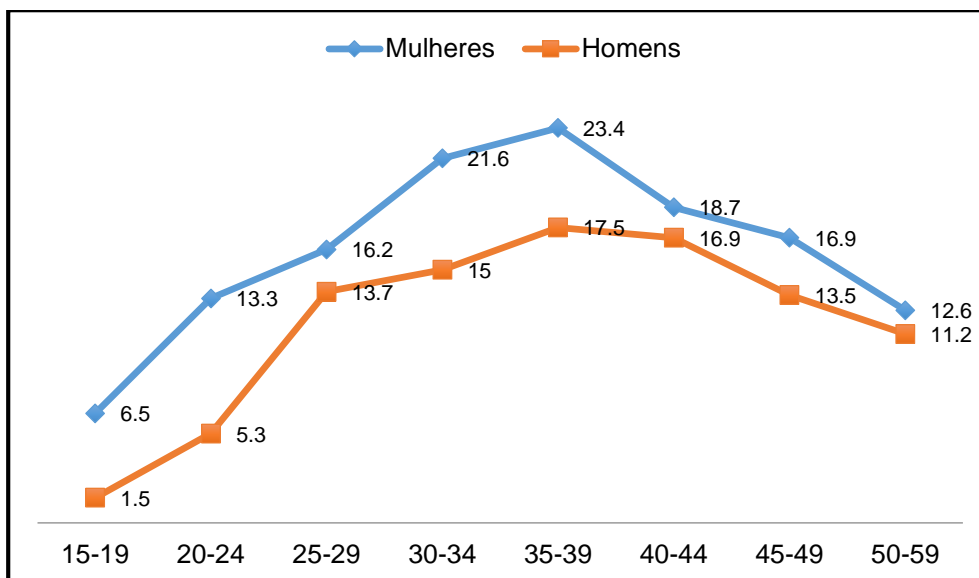


Figura 4: Prevalência do HIV por Idades e Sexo, Moçambique IMASIDA 2015

Estimativas indicam que em 2019 existiam em Moçambique cerca de 2,2 milhões de pessoas vivendo com HIV (PVHIV) e, pouco mais de 130 mil pessoas de todas as idades foram infectadas pelo HIV, o que corresponde a cerca de 356 novas infecções por dia. O número de novas infeções em adultos 15+ anos reduziu de cerca de 130 mil em 2010 para cerca de 120 mil em 2019, uma redução de 8%. Cerca de 14% das crianças nascidas de mães seropositivas ficaram infectadas pelo HIV em 2019, que embora represente uma redução substancial dos 32% estimados em 2010, esta redução tem sido mais lenta tendo permanecido quase estacionário desde 2015 (16%) até 2019. Ainda com referência a 2019, ocorreram no país cerca de 51 mil mortes relacionadas ao SIDA, sendo 84% (ou 43.000 mortes), entre pessoas com mais de 15 anos, 16% (8.200) em crianças menores de 14 anos (UNAIDS 2019). Houve um decréscimo no número de mortes em relação a 2010, quando se registaram 63 mil mortes.

Dados PNC ITS HIV/SIDA mostram uma evolução progressiva do acesso aos cuidados ilustrados nas figuras abaixo.

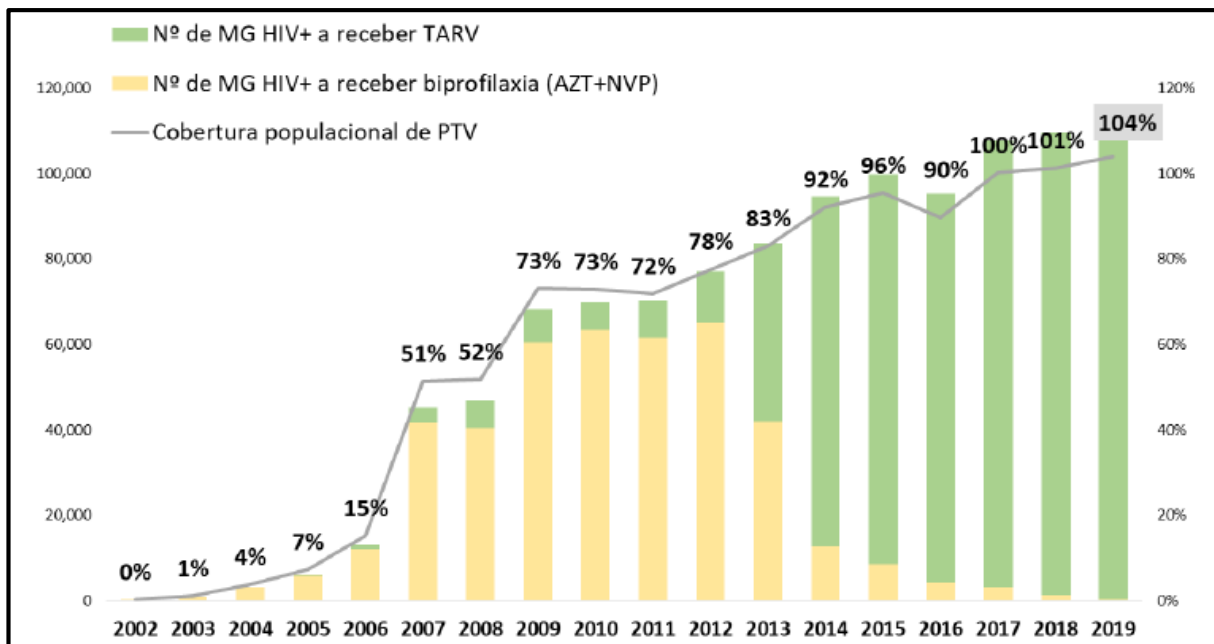


Figura 5: Evolução da PTV, cobertura da profilaxia e TARV, 2002 - 2019

Em 2019, cerca de 100% das mulheres grávidas diagnosticadas HIV positivas receberam antirretrovirais para tratamento.

No geral cerca de 77% das PVHIV conheciam o seu seroestado e cerca de 1,3 milhão de pessoas estavam em TARV até o final do ano 2019. No mesmo período 95% das unidades sanitárias do Serviço Nacional de Saúde forneciam TARV.

A figura abaixo ilustra a evolução da cobertura do TARV entre os anos 2003 e 2019. Durante o período 2014 a 2019, verifica-se uma relativa aceleração da cobertura tendo sido colocados em TARV cerca de 1.2 milhões de pessoas até 2019.

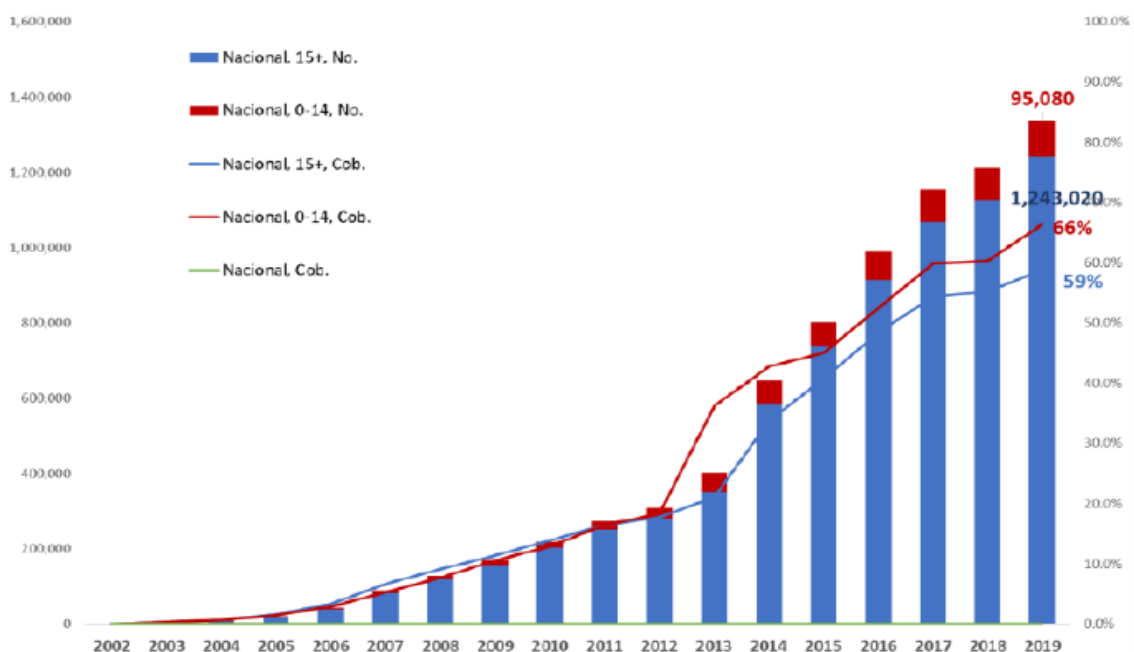


Figura 6: Evolução dos activos e a cobertura TARV dos pacientes HIV+, 2003 - 2019

3.1.2 Malária

A malária continua a ser um problema de saúde pública em Moçambique sendo endémica em todo o país e vários factores contribuem para esta endemicidade, desde as condições climáticas e ambientais como as temperaturas favoráveis e os padrões de precipitação pluviométrica, e existência de locais propícios para a reprodução do vector da malária. Na maior parte do país observa-se uma transmissão ao longo de todo o ano, com picos durante a época chuvosa, de Dezembro a Abril.

Os principais vectores da malária em Moçambique pertencem aos grupos *Anopheles funestus* e *gambiae*. O *Plasmodium falciparum* é o parasita mais frequente, sendo responsável por mais de 90% de todas infecções maláricas, enquanto infecções por *Plasmodium malariae* e *Plasmodium ovale* são observadas em 9% e 1%, respectivamente (IDS 2011). Em 2018 foi realizado o Inquérito Nacional sobre os Indicadores de Malária (IIM 2018) que revelou uma prevalência da malária de 39% entre crianças dos 6 aos 59 meses de idade por teste de diagnóstico rápido e uma prevalência de anemia severa ou moderada estimada em 14% no mesmo grupo etário.

A prevalência da Malária, mostra uma distribuição geográfica com um maior peso nas províncias do Centro e Norte do País quando comparadas com as províncias do sul do país como ilustra o Mapa a baixo.

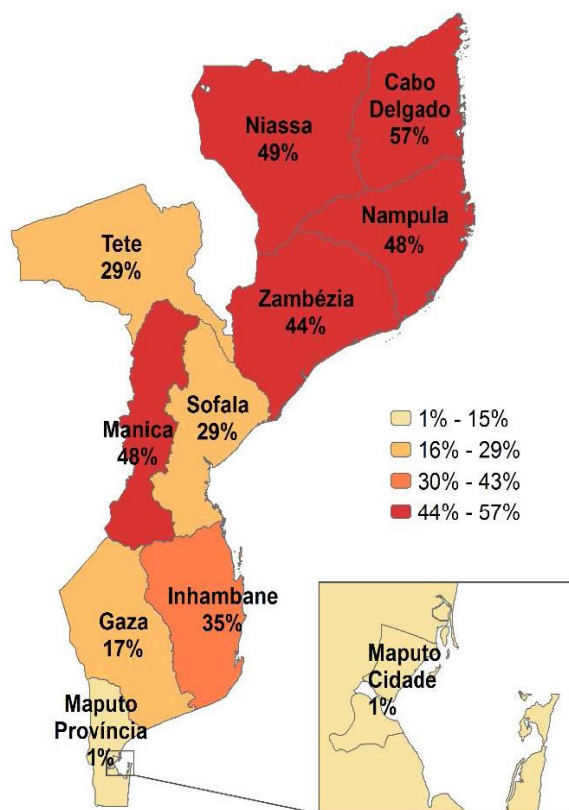


Figura 7: Percentagem de crianças entre 6 a 59 meses de idade que tiveram teste positivo a malária – Teste Rápido, Moçambique (IIM 2018).

De acordo com o relatório anual do MISAU de 2019, por cada mil habitantes foram notificados a nível nacional 371 casos de Malária com uma variação entre as províncias que vai de 19 por mil na Cidade de Maputo até 617 casos de malária por mil habitantes na Província de Manica, vide o gráfico a seguir.

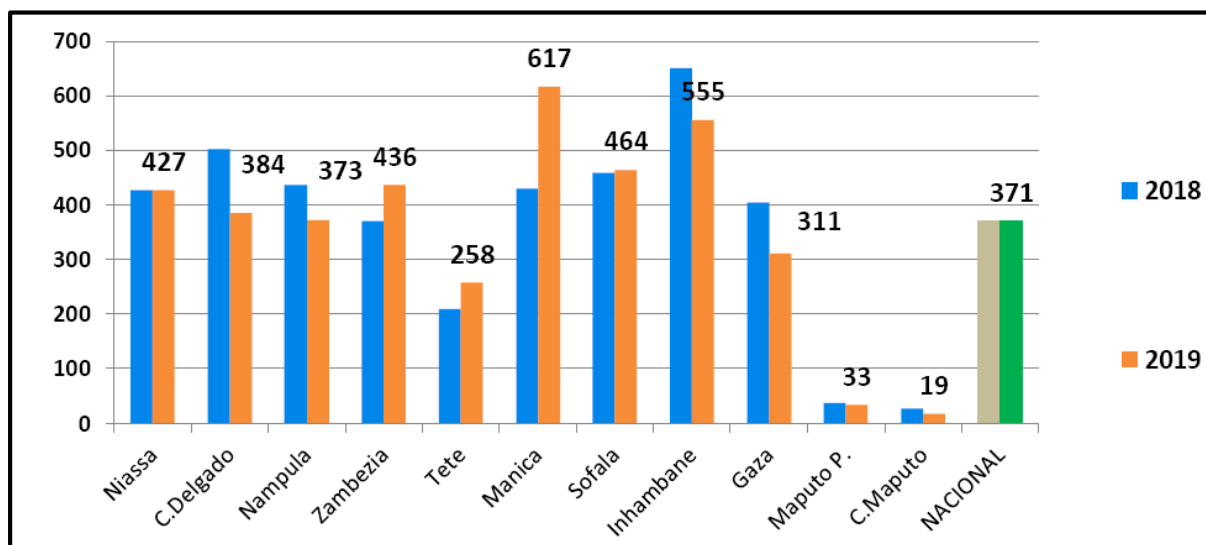


Figura 8: Número de pessoas diagnosticadas Malária e notificadas por mil habitantes e por província 2018 – 2019, Moçambique (MISAU 2020)

Relativamente a medidas de prevenção da Malária no País, o IIM constatou o seguinte:

- 82% dos agregados familiares moçambicanos possuem pelo menos uma RTI e, cerca de metade possuem pelo menos uma RTI para cada duas pessoas.
- A maioria das RTIs (87%) são obtidas nas campanhas de distribuição em massa, 4% nas consultas pré-natal (CPN) e 6% são compradas nas lojas ou mercados.
- 69% da população dos agregados familiares tem acesso a uma rede tratada com insecticida
- 68% da população dos agregados familiares, 73% das crianças menores de 5 anos e 76% das mulheres grávidas dormiram debaixo de uma RTI na noite anterior ao inquérito.
- 41% das mulheres dos 15-49 anos com um nado-vivo nos dois anos anteriores ao inquérito receberam, pelo menos, três doses de SP/Fansidar para a prevenção da malária na gravidez.

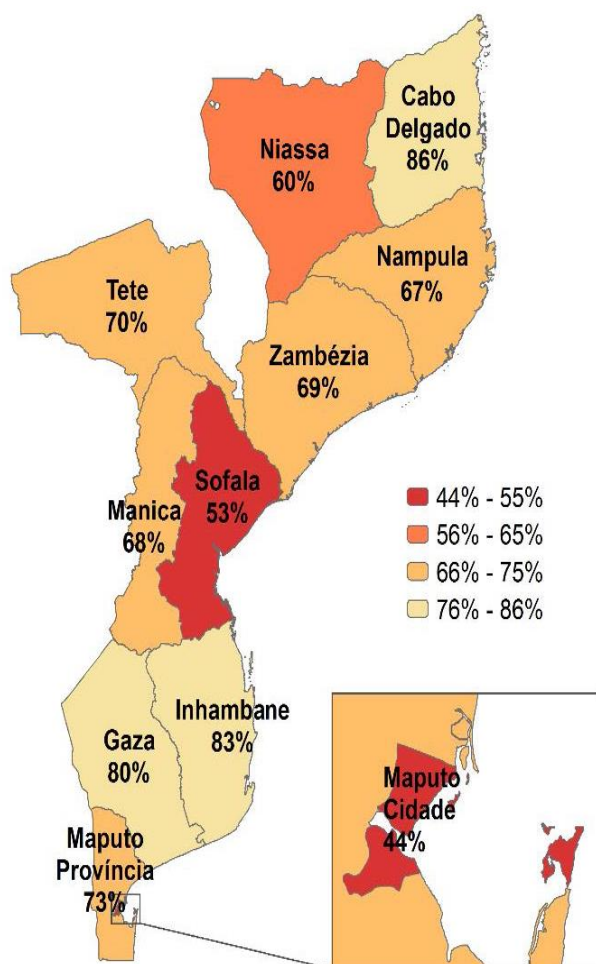


Figura 9: Percentagem da população de agregados familiares acesso a uma Rede tratada com insecticida, Moçambique IIM 2018

3.1.3 Tuberculose

Moçambique é um dos países considerados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como tendo alta incidência de TB, alta coinfeção TB/HIV e alta prevalência de Tuberculose resistente a múltiplos medicamentos (TB-MR).

Em 2018, Moçambique tinha uma incidência da TB estimada em 551 por 100.000 pessoas, para um total de 162.000 casos novos anualmente. Destes, estima-se que cerca de 36% estejam coinfectedados com HIV. A taxa de mortalidade estimada é de 72 por 100.000 pessoas nos pacientes com TB, HIV negativos.

A taxa de notificação de TB aumentou de 197 (por 100.000 habitantes) em 2010 para 228 em 2015 e 320 por 100.000 pessoas em 2019 de acordo como ilustra a figura a baixo.

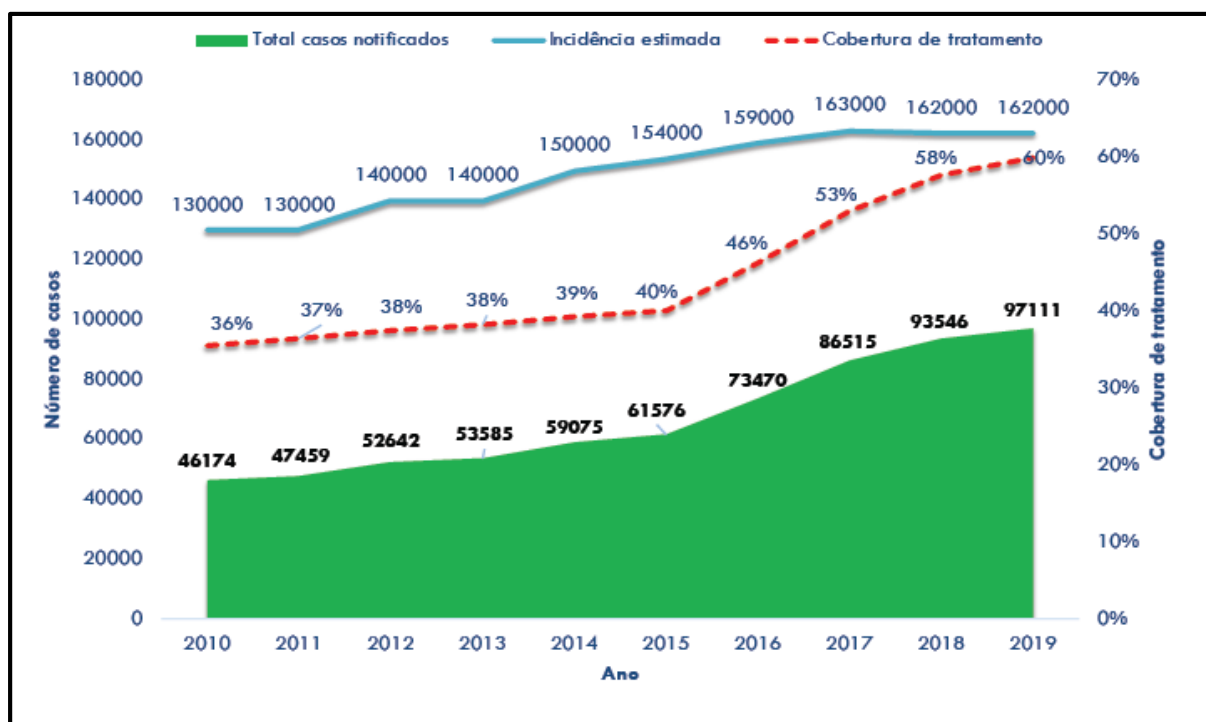


Figura 10: Evolução da incidência estimada, notificação e cobertura de tratamento da Tuberculose, Moçambique 2010 – 2019 (PNCT 2020)

Existe uma variação geográfica na distribuição dos casos da tuberculose no País. Dados de 2019 indicam que a maior notificação de novos casos da TB ocorreu na província da Zambézia (18.025) e a menor foi em Cabo Delgado (4.572) . As províncias do Sul (Cidade de Maputo, Província de Maputo e Gaza) têm altas taxas de co-infecção TB/HIV, em torno de 55%.

A taxa de sucesso de tratamento da tuberculose foi estimado em 91% no final do ano 2019, tendo sido mais alta na província de Niassa (93%) e a mais baixa na Cidade de Maputo (81%).

Uma ameaça aos esforços do controlo da tuberculose no país relaciona-se com o crescimento da epidemia de Tuberculose Multirresistente, estimando-se que cerca de 3,7% dos novos casos de tuberculose sejam multirresistentes e 20% dos casos de retratamento. A figura 11 representa a evolução de casos de TB MR notificados em Moçambique entre 2010 e 2019.

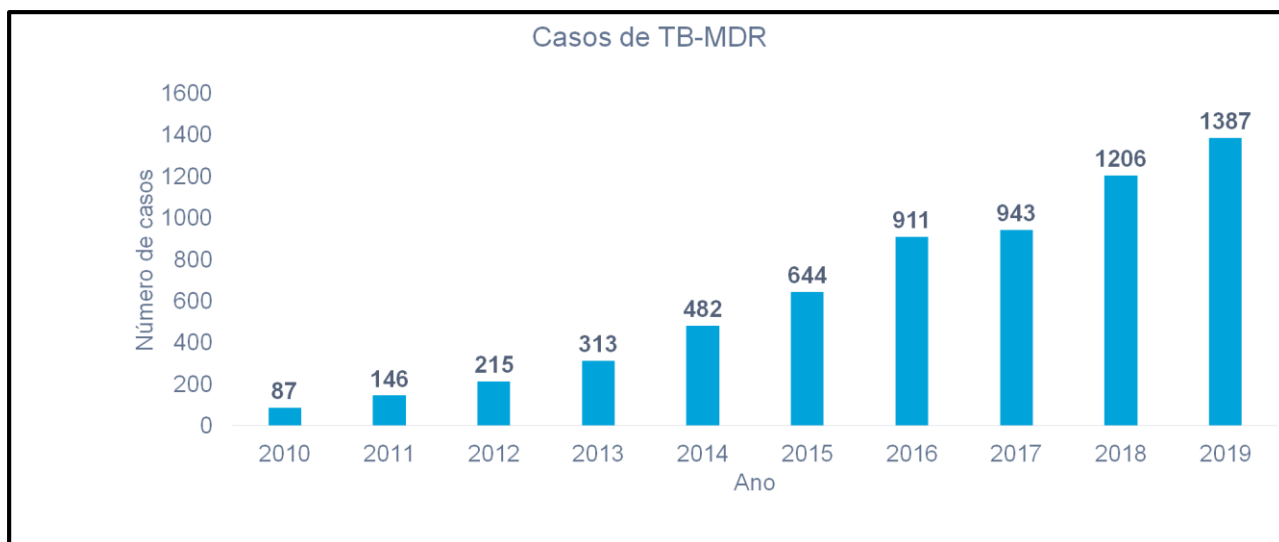


Figura 11: Evolução da Notificação de Casos de Tuberculose Multirresistentes em Moçambique 2010 - 2019

3.1.4 Doenças Tropicais Negligenciadas:

Embora as Doenças Tropicais Negligenciadas 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.

3.1.5 COVID 19

À semelhança do que acontece a nível global, Moçambique vem sendo assolado pela Pandemia provocada pelo Vírus SARS-CoV-2, a chamada COVID 19 em alusão ao tipo de vírus que provoca esta doença que pertence ao grupo de Coronavírus.

Em Moçambique o primeiro caso foi diagnosticado **em 23 de março** de 2020 e até finais de Janeiro de 2021, tinham sido diagnosticados um total de 40.260 pessoas com resultado positivos ao SARS-CoV-2 e 403 óbitos registados.

De acordo com o gráfico abaixo, após uma evolução relativamente lenta ao longo de todo o ano 2020, a partir da primeira semana de Janeiro de 2021, o país testemunhou um incremento de pessoas que testaram positivo ao SARS-CoV-2 e simultaneamente um incremento de pessoas que necessitam de internamento hospitalar e de cuidados intensivos. Este padrão tem sido também acompanhado por um incremento da mortalidade.

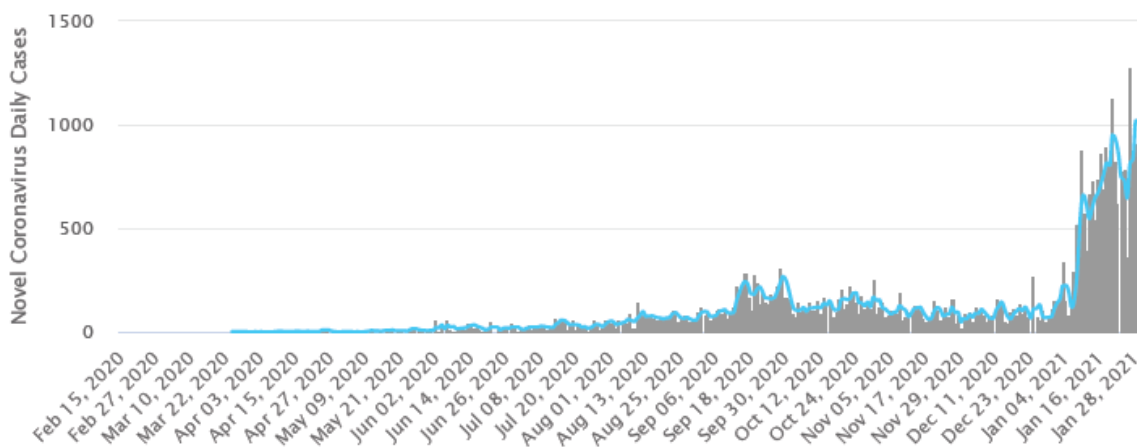


Figura 12: Evolução do número de pessoas que testam positivo para Corona Vírus, Moçambique

Fonte: [Mozambique Coronavirus: 40,260 Cases and 403 Deaths - Worldometer \(worldometers.info\)](https://www.worldometers.info/mozambique-coronavirus/)

Esta tendência da evolução da pandemia da COVID-19 representa uma ameaça crescente à capacidade do Sistema Nacional de Saúde em providenciar cuidados de saúde às pessoas que se apresentam nas Unidades Sanitárias com esta doença e ao mesmo tempo garantir a assistência médica para pacientes com outras necessidades. Um impacto bastante negativo desta pandemia tem sido de forma particular, o número de trabalhadores de saúde de todas as categorias que são infectados.

3.3 Doenças Não Transmissíveis:

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 consequências no consumo dos serviços de saúde, bem como nos recursos económicos. Estas doenças, e o trauma que delas advém, começam a influenciar o perfil epidemiológico do País e, conseqüentemente, 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 foi de 7,4% em 2015, representando um crescimento sobre 2,8% encontrado na avaliação de 2005⁶. Relativamente ao trauma, dados resultantes da implementação de um programa de registo de casos de trauma em quatro hospitais da Cidade e Província de Maputo entre 2014 e 2015 indicam que 30% de todos os traumas eram consequência de queda seguida de acidentes de viação com 19% e 18% provocados por agressão. De acordo com a estimativas do “*The Global Burden of Diseases*”⁷ 2019 o trauma resultante

⁶ STEPS

⁷ Global Burden of Disease, <http://www.healthdata.org/mozambique>

de acidentes de viação estava em 11^a posição como causa de mortes em 2009 e em 2019 esta passou para a 10^a posição. Ainda de acordo com estas estimativas, de entre os 10 factores mais importantes responsáveis por mortes e incapacidades ligadas a doenças não transmissíveis, destacam-se a Malnutrição, Pressão Arterial Alta, aumento do açúcar no sangue, riscos ligados a dietas, o consumo de Tabaco bem como o aumento do índice de massa corporal.

Os resultados da avaliação da prevalência das doenças e condições não transmissíveis usando a abordagem da OMS, STEPS, e comparando os anos 2005 e 2015 pode se notar um incremento dos factores de riscos de DNT e simultaneamente alguma redução de alguns dos factores de risco e a tabela 4 apresenta estes resultados comparativos.

Tabela 4: Evolução da prevalência das DNT e seus factores de risco, 2005 a 2015

FACTORES DE RISCO E DOENÇAS	STEPS 2005	STEPS 2015
Consumo de Tabaco	22,0%	14,9%
Consumo de bebidas alcoólicas (últimos 12 meses)	41,9%	35,9%
Consumo de fruta e/ou de vegetais (>=5 vezes /dia)	4,2%	10,2%
Comportamento sedentário (>90 min/dia sentado ou deitado)	61,2%	48,8%
Obesidade (Índice de massa corporal >= 30kg/m ²)	5,0%	9,7%
Hipertensão arterial	33,1%	39,0%
Diabetes	2,8%	7,4%

Estimativas da OMS para 2020 indicam que 27% das mortes que ocorrem em Moçambique são relacionadas a DNT e que ocorreram cerca de 69 mil mortes devido a DNT. O risco de mortalidade prematura por DNT (morte antes dos 70 anos de idade) em Moçambique é de 18%

A avaliação do peso global da doença de 2017, indica que os acidentes vasculares cerebrais que eram a sétima causa de morte em 2007, aumentou a sua importância como causa de morte passando a ocupar a quinta posição, representando um aumento de cerca de 14%.

Importa destacar a introdução do Programa de prevenção do cancro do colo do útero e da mama em 2009. Para o efeito, foram criados os serviços básicos de rastreio e, em 2019, foram rastreadas para o cancro do colo do útero 18% das mulheres atendidas nas Consultas de Planeamento Familiar.

3.3 Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal, Infantil, dos Adolescentes, e Jovens

3.3.1 Saúde Reprodutiva

A Taxa Geral de Fecundidade, apesar de uma ligeira redução entre os Censos Populacionais de 2007 e 2017, de 5,7 para 5,2, ainda pode se considerar alta. Por outro lado dados recentes mostram uma Taxa de Prevalência de Contracepção (TPC) de 35%

em 2019⁸ representando um crescimento dos níveis de 2015 estimados em cerca de 24%. O Relatório das Nações Unidas sobre Utilização de Contraceptivos por Método em 2019 refere uma Taxa de Prevalência para África Subsaariana de cerca de 30%, e é possível verificar que pela primeira vez Moçambique está entre os Países da região de África com níveis semelhantes de TPC, contudo ainda abaixo dos Países vizinhos como a África do Sul, Botswana, Malawi, Suazilândia e Zimbabwe.

A proporção de mulheres com Necessidades de PF Não Satisfeitas reduziu de cerca de 30% em 2015 para cerca de 26% em 2019.

De acordo com o inquérito de disponibilidade e prontidão dos serviços de Saúde (SARA 2018) 94% das Unidades Sanitárias oferecem Serviços de PF, e a disponibilidade do “Leque de Métodos Contraceptivos” varia entre 48% (Pilula de Contraceção de Emergência) a 90% (Pilula Contraceptiva Combinada), no entanto apenas 25% das US possuíam todos os Critérios de Prontidão.

A figura 11 apresenta os elementos de prontidão do programa de PF nas US.

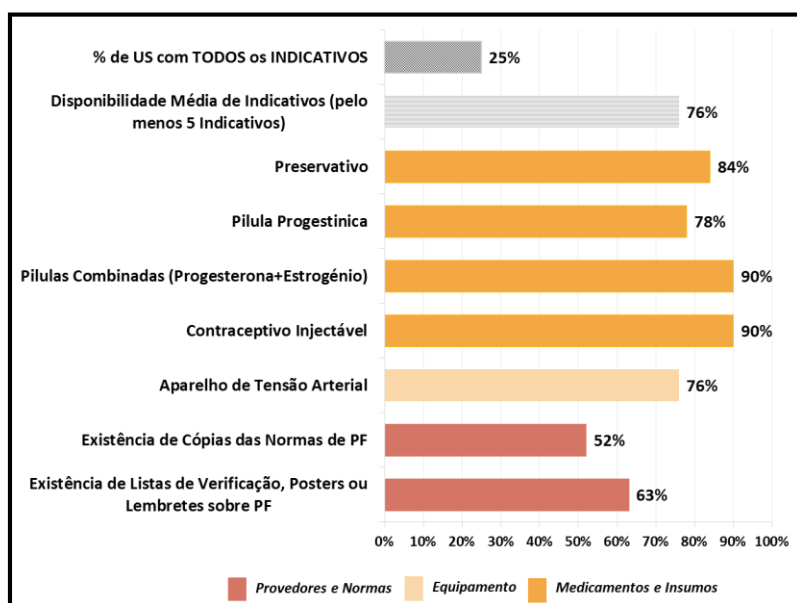


Figura 13: Percentagem de US por “Elementos Indicativos de Prontidão” dos Serviços de Planeamento Familiar (SARA, 2018)

⁸ cálculos baseados no TRACK 2020 (FP2020) <https://bit.ly/37Mz5S1>

3.3.2 Saúde Materna

Após uma redução acentuada de mais de 1.000 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos nos anos 90⁹ para 408 por 100.000 nascidos vivos em 2003 (IDS, 2003), o Rácio de Mortalidade Materna (RMM) manteve-se estacionário em 2011 (IDS, 2011). No entanto, dados do Censo Populacional de 2017 mostra um Rácio de 452 por 100.000 nascidos vivos, significando que a nível nacional, cerca de 17 mulheres por dia e 6.079 mulheres por ano, continuam a morrer durante a gravidez, parto e puerpério.

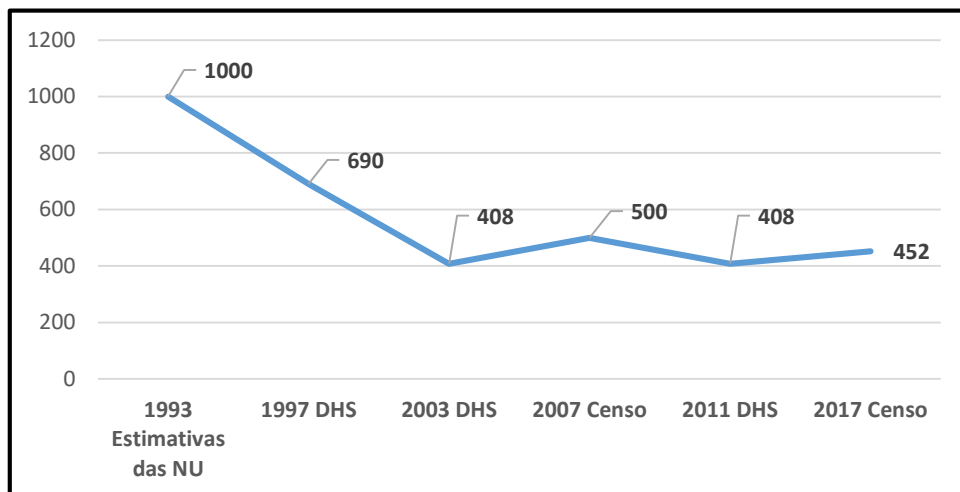


Figura 14: Evolução do Rácio da Mortalidade Materna, 1993 – 2017, Moçambique

A avaliação nacional de necessidades em Saúde Materna e Neonatal realizada em 2007 mostrou que 62% das mortes maternas institucionais ocorreram nas primeiras 24 horas após a admissão (e 63% destas antes de 2 horas) e 30% ocorreram mais de 48 horas após a admissão.

Ao analisar os dados de rotina do SIS-MA de 2017 a 2019, o Rácio Institucional de Mortalidade Materna mostra um aumento de 67/100.000 NV em 2017 para 78/100.000NV em 2019. Em 2019 as Províncias com os maiores rácios institucionais foram Niassa, Sofala, Gaza e Maputo Cidade.

⁹ Estimativas do Ministério da Saúde e das Nações Unidas

A figura 15 ilustra as causas de mortes maternas nas Unidades Sanitárias do País onde se destaca a Hemorragia Pós-Parto, a Pré-Eclampsia/Eclâmpsia, a Hemorragia Anteparto e a Sépsis Puerperal, como sendo as principais causas de mortes maternas directas.

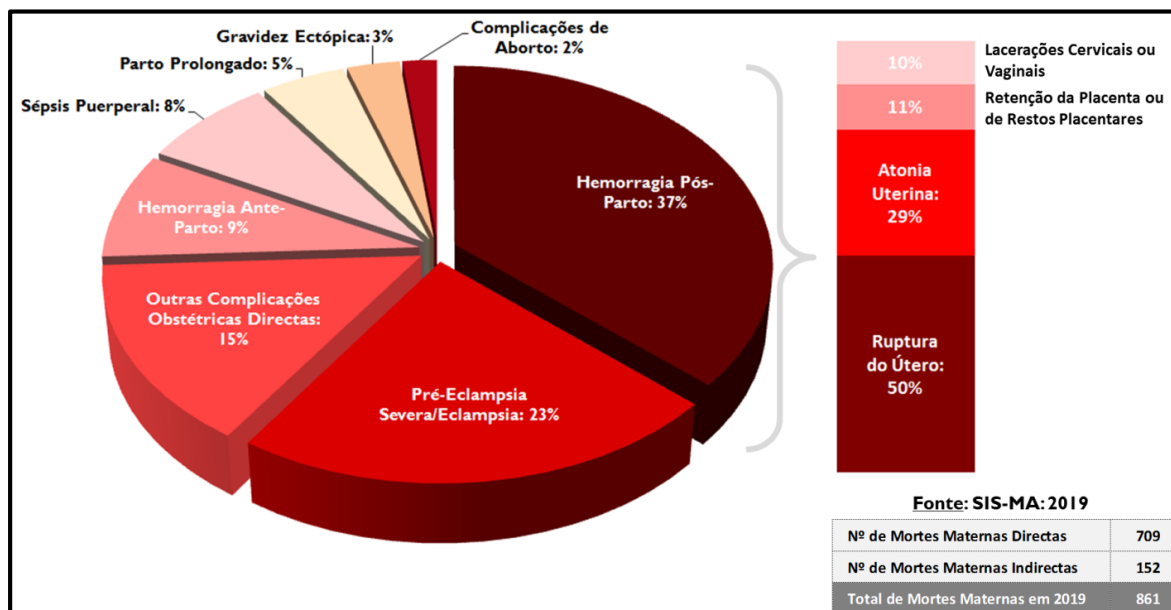


Figura 15: Principais Causas de Mortalidade Materna Institucional por Complicações Obstétricas Directas (SIS-MA:2019)

O Inquérito Nacional de Causas de Mortes (INCAM 2007¹⁰ identificou que 57% das mulheres que morreram por causas maternas tiveram o parto dentro de uma Unidade Sanitária.

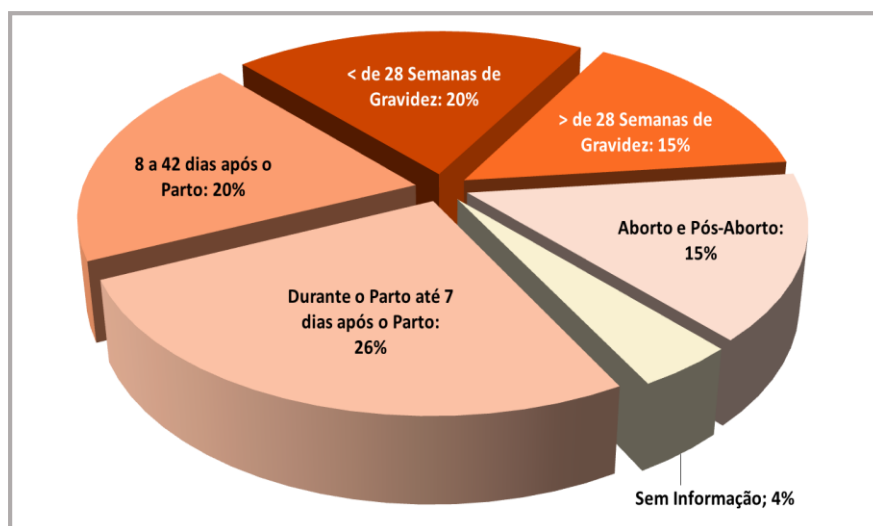


Figura 16: Distribuição Percentual das Mortes Maternas por Período de Ocorrência (INCAM2007/2008)

Relativamente a cobertura dos serviços da saúde materna importa destacar para o ano 2019:

¹⁰ INCAM: Inquérito Nacional de Causas de Morte. <https://bit.ly/3kmMchV>

- 24% das primeiras Consultas Pré-natais (CPN) foram entre adolescentes dos 10 aos 19 anos, sendo mais frequentes em Niassa e Cabo Delgado com 27% e mais baixas na Cidade de Maputo com cerca de 16%
- A percentagem de mulheres grávidas que tiveram a sua primeira CPN antes das 12 semanas foi de 8,2% em 2019 e cerca de 60% fizeram pelo menos quatro CPN, sendo mais alta em Gaza com 90% e a mais baixa na Província de Maputo com 69%.
- A cobertura de partos institucionais foi reportada 84,8% a nível nacional, com Manica e Niassa reportando coberturas acima de 100% e a cobertura mais baixa reportada na Província de Maputo com 47,2%.

De uma forma geral os indicadores descritos acima representam um crescimento relativamente aos anos anteriores, colocando o maior desafio na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde ao longo do ciclo da vida de modo a garantir uma melhoria continuada dos resultados da gravidez e do recém nascido.

3.3.3 Saúde Perinatal e Neonatal

Analisando as tendências da mortalidade neonatal nas últimas três décadas, nota-se uma redução de cerca de 52% entre 1990 e 2017, de 60 para 29 crianças, entre 0 e 28 dias de vida, que morrem por cada 1.000 crianças nascidas vivas.

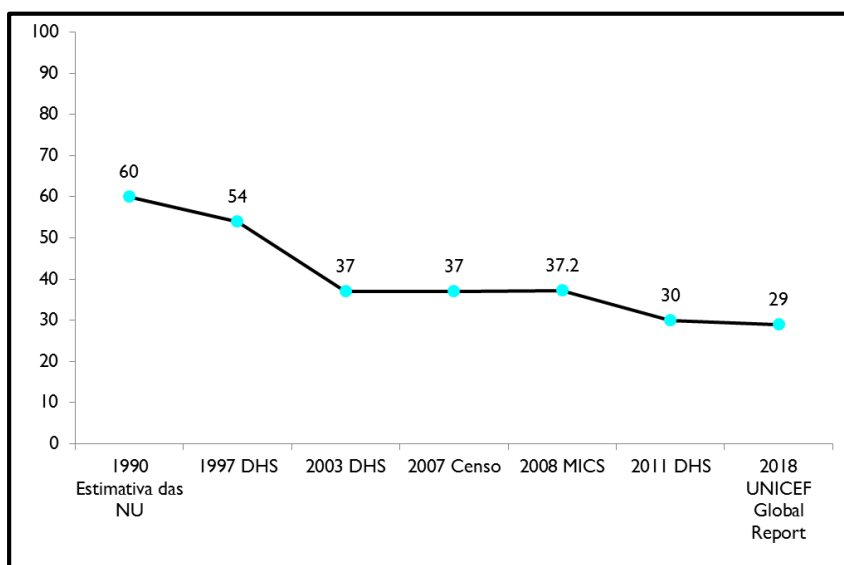


Figura 17: Níveis e Tendências da Taxa de Mortalidade Neonatal (Média dos últimos 4 anos anteriores ao Inquérito)

O estudo Nacional sobre a Mortalidade em Crianças realizado pelo MISAU e UNICEF em 2009 mostra que a Prematuridade, a Asfixia Perinatal e a Sépsis eram as principais causas de mortes neonatais vide figura 17.

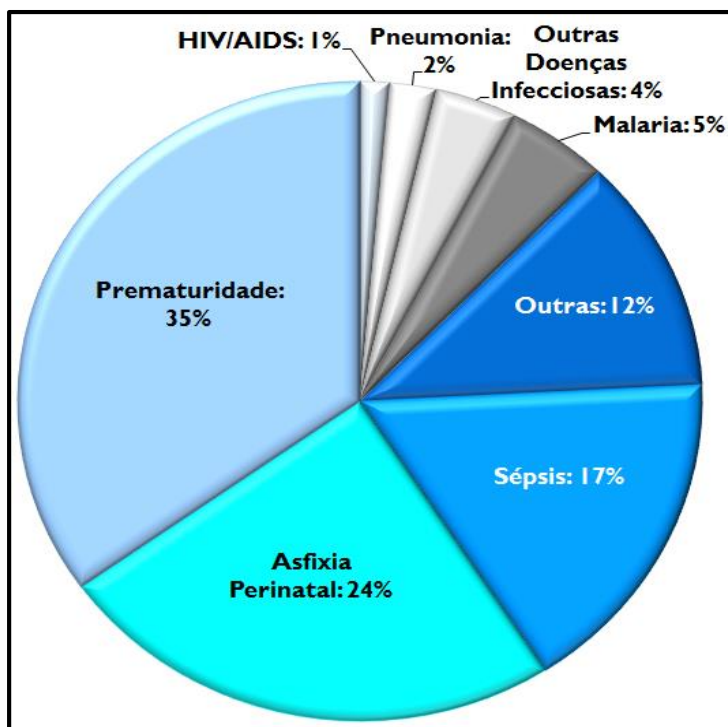


Figura 18: Principais Causas de Mortalidade Neonatal, Moçambique 2009.

Segundo relatório da OMS de 2018, Grupo de Estimativas Epidemiológicas em Saúde Materna e Infantil (MCEE), estima que as mortes neonatais em Moçambique, em 2017, foram causadas respectivamente por complicações de prematuridade 29%, eventos relacionados ao parto (principalmente asfixia) 28%, e sépsis/tétano 20%.

3.3.4 Saúde Infantil

Moçambique atingiu o Objectivo de Desenvolvimento do Milénio Nº 4: Reduzir a Taxa de Mortalidade de Crianças Menores de Cinco Anos em dois terços entre 1990 e 2015, no entanto, muitas crianças podem ser salvas com o aumento da cobertura das intervenções de saúde existentes e, explorando novas estratégias para alcançar as populações carentes.

A taxa de mortalidade infantil (TMI) reduziu cerca de 56% e a taxa de mortalidade em crianças abaixo de 5 anos (TM<5) reduziu em cerca de 66% no mesmo período de 1990 para 2017.

A figura 19 ilustra a evolução das estimativas das taxas de mortalidade infantil e em menores de 5 anos ao longo dos anos e em diferentes inquéritos entre 1990 e 2017.

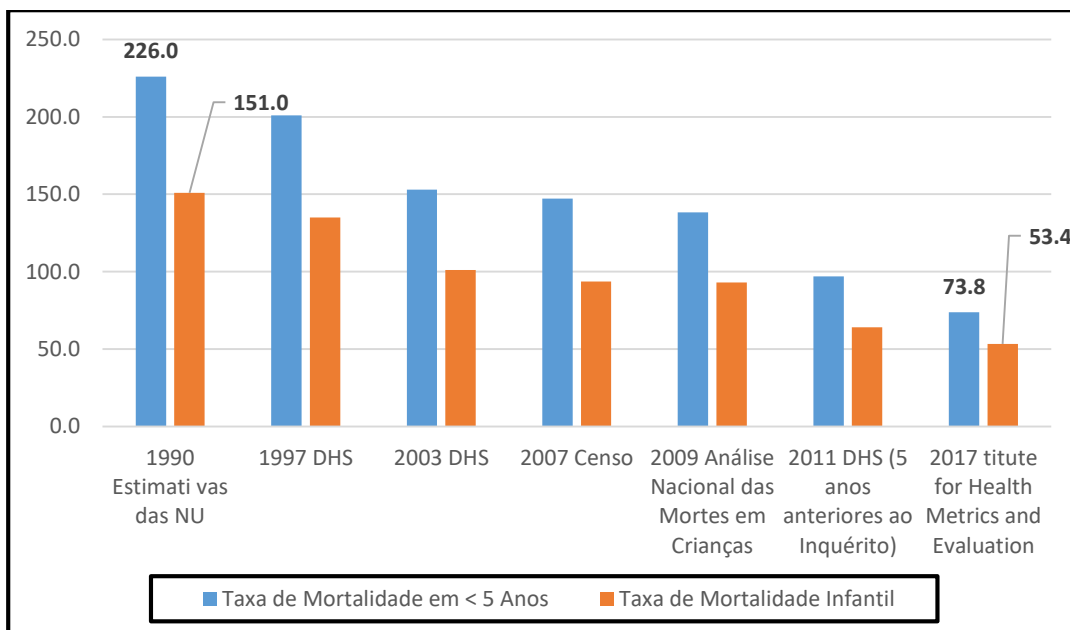


Figura 19: Evolução das Taxas de Mortalidade Infantil e em Menores de 5 Anos de Idade, Moçambique, 1990 - 2017

As causas neonatais possuem uma representação significativa tanto nas mortes em menores de 1 Ano (prematuridade 13%, asfixia perinatal 9% e sépsis 6%) como nas mortes em menores de 5 Anos (prematuridade 8%, asfixia perinatal 5% e sépsis 3%). Analisando as principais causas de morte em menores de 5 anos a nível intra-hospitalar em 2019.

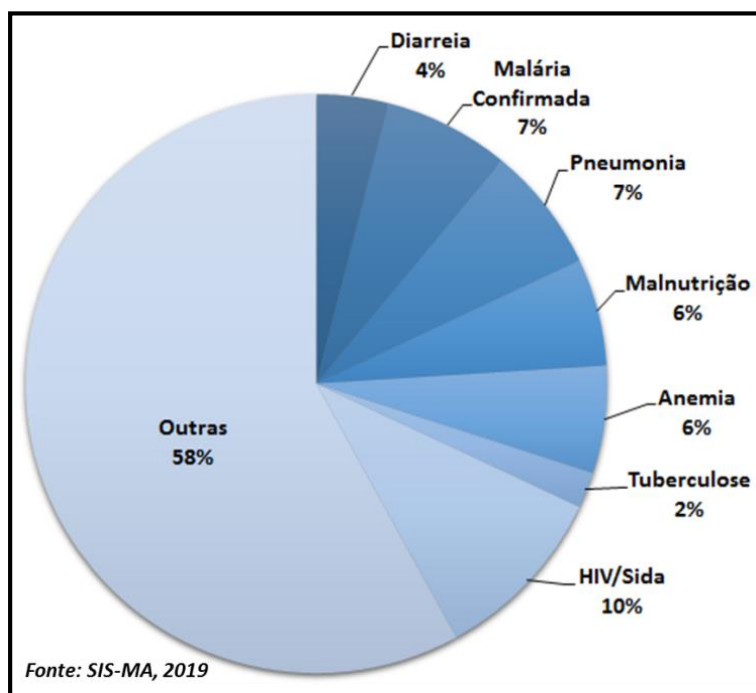


Figura 20: Principais Causas de Morte Intra-Hospitalar em Menores de 5 Anos, 2019

De acordo com as análises realizadas em uma série de artigos do *Lancet*¹¹, a mortalidade em menores de cinco anos poderia ser reduzida em 63% se um pacote de intervenções seleccionadas para a sobrevivência infantil atingisse uma cobertura universal. A Figura 20 demonstra que ainda existem lacunas consideráveis de cobertura em Moçambique para o conjunto de intervenções de saúde infantil, que são fundamentais para acelerar a redução da morbi-mortalidade infantil e em crianças menores de 5 anos.

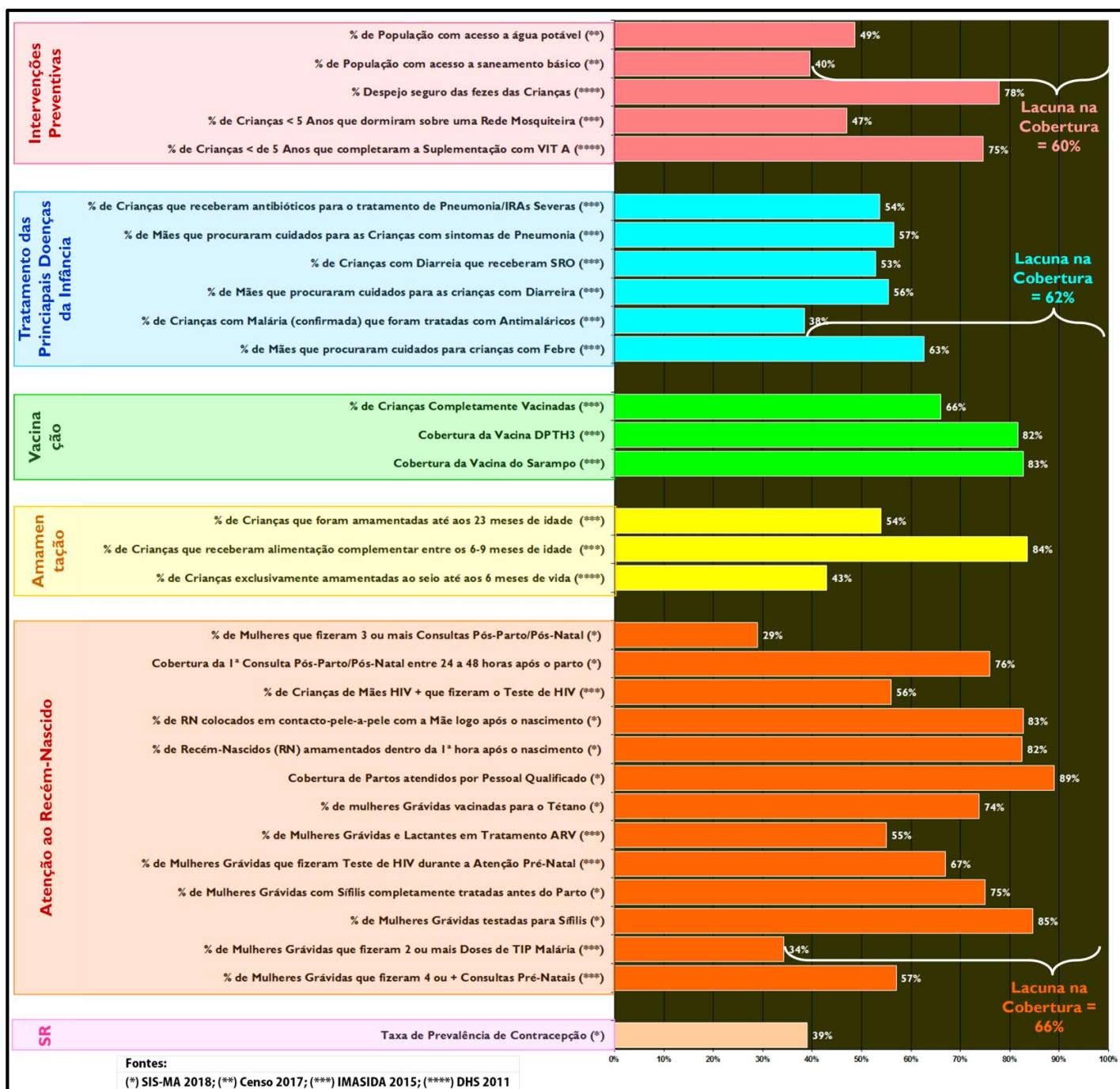


Figura 21: Coberturas Nacionais de intervenções relacionadas com Saúde Materna e Infantil

¹¹ PMNCH, *Conceptual and Institutional Framework: Partnership for maternal, Newborn and Child Health*. 1-27 2006. Geneve, Switzerland. 16-11-2010. <https://bit.ly/3qUHmuO>

3.3.5 Saúde da Criança

De acordo com estimativas contidas no estudo *Global burden of diseases* de 2019, para Moçambique as principais causas de mortalidade em crianças menores de 5 anos são: desordens neonatais 31%, seguida de HIV 12%, Malaria 12%, e Infecções respiratórias baixas 9%.

A Série Lancet de 2003 sobre a Sobrevivência Infantil estima que o aleitamento materno e alimentação complementar adequada em conjunto poderiam prevenir cerca de um quinto das mortes em crianças menores de 5 anos de idade nos países em vias de desenvolvimento, representando o mais poderoso conjunto de intervenções para reduzir a mortalidade infantil.

3.3.6 Saúde dos Adolescentes e Jovens:

Apesar de todos os esforços realizados no nível de advocacia e políticas de saúde, bem como a nível de implementação, com uma população actual de cerca de 30 milhões de habitantes, possuindo uma grande população jovem de 64% abaixo de 24 anos (33,2% de 10 a 24), os adolescentes e jovens moçambicanos ainda enfrentam enormes desafios relacionados ao desemprego, educação e saúde sexual e reprodutiva. As suas vulnerabilidades específicas aumentam o risco de doenças e mortalidade relacionadas a saúde sexual e reprodutiva. Raparigas adolescentes e mulheres jovens são particularmente vulneráveis, o que é evidente na alta taxa gestações em adolescentes, que aumentou de 2011 para 2015. A Tabela 6 apresenta uma comparação de características seleccionadas da Gravidez na Adolescência entre 2011 e 2015, mostrando um aumento de 37,5% para 46,4%.

Tabela 5: Gravidez na Adolescência: Comparação IDS 2011 e IMASIDA 2015

Características Seleccionadas	Porcentagem de Mulheres de 15 a 19 que:					
	Já teve Nascimento Vivo		Está Grávida pela Primeira Vez		% das Mulheres de que começaram a procriar	
	IDS 2011	IMASIDA 2015	IDS 2011	IMASIDA 2015	IDS 2011	IMASIDA 2015
Por Idade						
15	5.3	9.6	5.2	4.7	10.5	14.3
16	14.1	21.5	7.8	7.8	21.9	29.4
17	29.0	31.4	9.7	12.3	38.7	43.7
18	44.9	49.8	11.0	7.2	55.9	57.1
19	63.5	67.0	7.8	9.0	71.3	76.0
Por Área de Residência						
Urbana	25.4	26.8	5.4	8.2	30.8	35.0
Rural	31.7	45.9	9.8	8.0	41.5	54.0
TOTAL	29.3	38.3	8.2	8.1	37.5	46.4

A prevalência de HIV entre adolescentes e Jovens verificada no IMASIDA 2015 mostra a “feminização” da epidemia, destacando-se o grupo etário dos 15 a 19 anos em que a prevalência do HIV é cerca de 4 vezes maior nas raparigas que nos rapazes.

3.4 Principais Determinantes de Saúde

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.

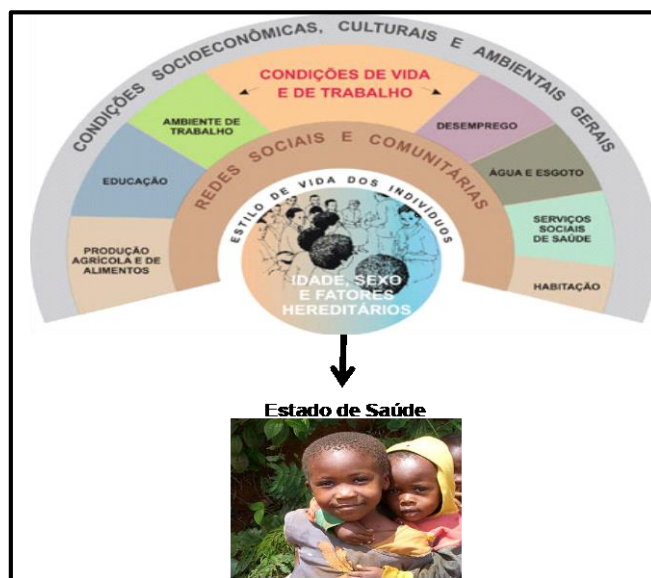


Figura 22: Determinantes de Saúde

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 à 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;

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 sectorial, os documentos de política e estratégias 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.

O processo de descentralização iniciado com a emenda Constitucional de 2018, que descentraliza a gestão dos Cuidados de Saúde Primários para os órgãos locais constitui uma oportunidade para uma melhor participação, acesso e utilização dos serviços de Saúde pelas Comunidades locais.

Os **factores económicos** estão altamente correlacionados com os resultados de saúde: baixos rendimentos e baixo emprego são inequivocamente nefastos à saúde. Moçambique continua entre os Países mais pobres do mundo e com uma distribuição desigual da riqueza: cerca de 46% dos moçambicanos vive abaixo da linha de pobreza, sobretudo nas zonas rurais (50%). 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.

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 conseqüente impacto na economia.

A nível mundial, a desnutrição infantil e materna é responsável por 45% da mortalidade infantil. O atraso de crescimento, causado pela desnutrição crónica, pode começar desde a concepção e ser irreversível após os dois primeiros anos de vida de uma criança.

Moçambique é um dos 22 países africanos com as maiores taxas de desnutrição infantil, resultando em ameaças significativas para o desenvolvimento humano devido as suas implicações na diminuição da capacidade cognitiva e de aprendizagem, no aumento da predisposição para as doenças e na redução da produtividade económica.

As causas da desnutrição crónica são complexas, com determinantes imediatos relacionados a doenças e ingestão inadequada de alimentos, que por sua vez estão ligados à insegurança alimentar, cuidados e práticas alimentares inadequados, falta de higiene, saneamento deficiente, fraco acesso à serviços de saúde e ambientes domésticos pouco saudáveis.

A malnutrição materna, práticas de alimentação infantil precárias, má qualidade dos alimentos, combinadas com infecções frequentes, especialmente durante a gravidez e nos dois primeiros anos de vida (os "primeiros 1.000 dias"), contribuem para a desnutrição crónica.

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 raparigas 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 Cabo 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.

Além da desnutrição crónica, a prevalência de deficiências de micronutrientes é elevada em Moçambique. Segundo uma pesquisa nacional representativa realizada em 2004, a prevalência de bócio em crianças menores de 5 anos era de 15%. A deficiência de vitamina A afecta 69% das crianças abaixo dos 5 anos e 11% de suas mães. Por seu turno, a anemia atinge 64% das crianças menores de 5 anos, sendo a prevalência mais elevada em meio rural relativamente ao urbano (67% e 54% respectivamente); em crianças dos 6-11 meses relativamente de 48-59 meses (78% vs. 53%); e no quintil menos abastado relativamente ao mais abastado (74% vs. 50%).

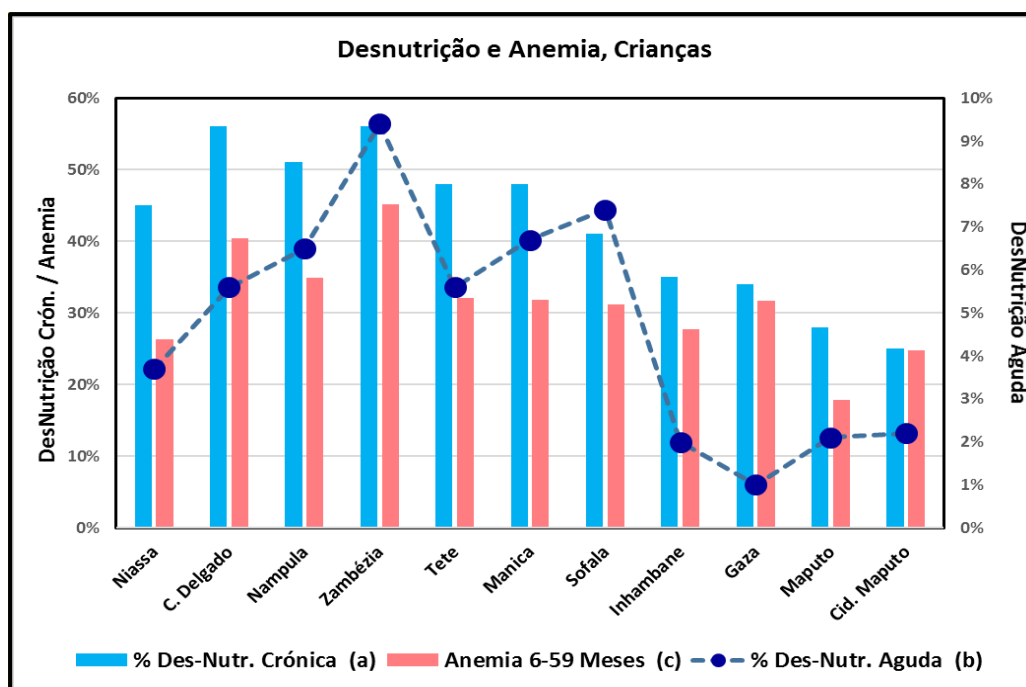


Figura 23: Prevalência de Desnutrição Crónica e Aguda, e Anemia, em Crianças com menos de 5 anos de idade. Distribuição geográfica

Fontes: DHS, 2011; IMASIDA, 2015

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. 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 SETSAN¹², 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. 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.

Os resultados do Censo 2017 indicam uma relativa melhoria das taxas de analfabetismo, que no geral reduziu de 50,4% observado em 2007 para 39,0%. No entanto persistem diferenças substanciais entre homens e mulheres onde os homens têm uma taxa de 27,2% entre mulheres esta taxa foi de 49,4% e também diferenças entre a zona urbana e rural. Os homens residentes nas zonas urbanas tem a menor taxa de analfabetismo estimada em 11,2% enquanto entre as mulheres que vivem nas zonas rurais tem a taxa mais alta de analfabetismo estimada em 62,4%.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 10% do peso 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. No que concerne ao acesso à água cerca de 49% dos agregados familiares tinham acesso a água potável em 2017, representando uma melhoria da cifra de 35% encontrada no censo de 2007. Quanto ao saneamento básico, cerca de 1.3 Milhões de agregados familiares (31%) sem acesso a uma retrete ou latrina.

A qualidade das **habitações** e respectivas condições básicas (água, saneamento e electricidade) exercem uma influência considerável no estado de saúde dos indivíduos e

¹²InfoFlash – Informação sobre a Segurança Alimentar e Nutricional em Moçambique; SETSAN – Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional

populações, pois podem facilitar a propagação de infecções respiratórias, cutâneas e de doenças transmitidas por vectores.

Das habitações apuradas durante o censo de 2017, apenas 5,8% eram convencionais e 47,4% eram palhotas contra 1,7% de convencionais e 68,9% de palhotas em 2007. No que se refere às paredes, 18,8% foram construídas usando blocos de cimento contra 11% em 2007, e 30,7% foram usados blocos feitos de adobe contra 31% em 2007, 22,3% paus maticados contra 33,6% em 2007 e 12,9% caniço contra 17,6% em 2007. Apesar de ainda se verificar em proporção baixa, a tendência é de redução do uso de material tradicional para material convencional.

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 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.

As diferenças nas relações sociais baseadas no **género** e culturalmente construídas, sobretudo no acesso aos recursos, poder ou tomada de decisão, papéis e responsabilidades, têm implicações no estado de saúde da população, particularmente das mulheres que muitas vezes vêm 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, 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 mesmo cenário se repetiu nos resultados do IMASIDA 2015 onde a prevalência entre mulheres dos 15 aos 49 anos foi estimada em 15,4% enquanto que nos homens na mesma faixa etária foi estimada em 10,1%. 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.

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.

Existem vários outros determinantes 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 extremos) que influenciam as DNT e transmissíveis, os efeitos potenciais da industrialização na saúde dos trabalhadores e comunidades circunvizinhas, o aumento do tráfego rodoviário e as consequências dos acidentes, poluição do ar e sonora, etc.

O GRM assumiu o compromisso de alcançar os Objectivos de Desenvolvimento do sustentável. Os principais indicadores sobre o estado da saúde estão descritos no objectivo 3 dos ODS no entanto vários outros objectivos possuem intervenções que influenciam o estado de Saúde das pessoas.

Objectivos de Desenvolvimento Sustentavel
Objectivo 3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.
3.1 até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos.
3.2 até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos até 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos até 25 por 1.000 nascidos vivos.
3.3 até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis.
3.4 até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis por meio de prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar.
3.5 reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool
3.6 até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas
3.7 até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais
3.8 atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos
3.9 até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos e por contaminação e poluição do ar, da água e do solo
3.a fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial de Saúde em todos os países, conforme apropriado
3.b apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha sobre o Acordo TRIPS e Saúde Pública, que afirma o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS, na sigla em inglês) sobre flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todos.

4 Sistema Nacional de Saúde

4.1 Organização da Provisão de Serviços de Saúde no Sistema Nacional de Saúde

A prestação de serviços de saúde, em Moçambique, é feita por quatro tipos de prestadores: O Sector Público, agrupado no Serviço Nacional de Saúde (SNS), Sector Privado lucrativo e Sector Privado não Lucrativo, o subsistema Comunitário e a Medicina Tradicional e Alternativa. O Sector Público cobre todo o país enquanto que o Sector Privado lucrativo esta presente essencialmente nas zonas urbanas e não lucrativo, constituído por ONG nacionais e internacionais com pouca expressão. Os prestadores de serviços ao nível da comunidade cobrem parcialmente as necessidades básicas nas áreas, sem a presença do SNS.

4.1.1 Serviço Nacional de Saúde

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 Cuidados de Saúde Primários, que, 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.

O sector de saúde vem registando progressos no acesso aos cuidados de saúde, sobretudo a nível dos Cuidados de Saúde Primários. Com efeito, na década precedente a aprovação do presente PESS, 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.

Durante a vigência do PESS 2014-2019, continuou a haver um progresso no crescimento da rede sanitária que passou de 1.395, em 2012, para um total de 1.674 Unidades Sanitárias no final de 2019, representando um crescimento de 20%. A cobertura da rede do SNS é ainda limitada, embora o raio teórico de cobertura de cada US de nível primário tenha passado de 14km em média em 2012 para 12.3 Km em 2019.

Tabela 6: Rede sanitária por Província e Raio Teórico em Kms por US, 2019

Província	Unidades Sanitárias por nível 2019					Raio Teórico por US
	I	II	III	IV	Total	
Niassa	177	3	1	0	181	15.07
Cabo Delgado	124	4	1	0	129	14.28
Nampula	223	8	1	1	233	10.56
Zambézia	255	7	0	1	263	11.28
Tete	130	4	1	0	135	15.41
Manica	116	4	1	0	121	12.74
Sofala	158	5	0	1	164	11.49
Inhambane	137	4	1	0	142	12.41
Gaza	142	5	1	0	148	12.76
Maputo Província	116	3	1	0	120	8.32
Maputo Cidade	31	4	0	3	38	1.59
Total	1609	51	8	6	1674	12,33

Está em curso a definição do Pacote Essencial dos Cuidados de Saúde (PECS) a ser prestado aos diferentes níveis. Para além da disponibilidade real de serviços, o limitado acesso às US é agravado pelo défice de equipas mínimas de provedores de saúde, fraca qualidade das infraestruturas e falta de definição da equipa-tipo. Por outro lado, as deficientes condições físicas das infraestruturas, onde apenas 88% das US dispõem de sistemas de energia e 81%¹³ de abastecimento de água, condicionam a qualidade dos serviços prestados.

Durante os últimos anos, esforços foram orientados para a formação acelerada e colocação de pessoal às províncias mais desfavorecidas; no final do ano de 2019 a rede do SNS contava com cerca de 58 mil funcionários (BPES 2019).

4.1.2 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 estão mais concentradas nas zonas urbanas, particularmente na Cidade de Maputo no entanto persiste um fraco controlo e deficiente regulamentação.

O sector privado não lucrativo é composto por uma variedade de ONG nacionais e internacionais a maioria das quais opera no sector com foco na provisão de serviços promotivos e preventivos.

O financiamento predominantemente externo destas ONG, a sua distribuição territorial desigual, a concentração num número restrito de programas que muitas vezes exclui o fortalecimento das instituições nacionais ameaça a sustentabilidade das suas intervenções o que realça a necessidade de se repensar em mecanismos eficazes de parceria com este

¹³ SARA 2018

sector, nomeadamente os instrumentos de cooperação e mecanismos de M&A, entre outros.

4.1.3 Saúde Comunitária

O Subsistema Comunitário de Saúde contribui para abordar os determinantes sociais e a oferta de serviços essenciais de saúde, próximo do cidadão e criar ambiente propício e favorável à saúde, comprometendo os indivíduos e as comunidades para promover, melhorar e manter a sua saúde e bem-estar.

O Subsistema Comunitário de Saúde, pressupõe implementação de acções em duas componentes, centradas no indivíduo e ao longo do ciclo de vida, tendo em conta o tipo de serviços, nomeadamente: (i) promoção da saúde; (ii) prevenção de doenças; (iii) diagnóstico e tratamento; e (iv) reabilitação e cuidados paliativos e por intervalos de idade, baseado em intervenções prioritárias para abordar as principais necessidades das 7 faixas etárias e género, que inclui os seguintes períodos: (1) gravidez e parto; (2) recém-nascido; (3) crianças menores de 5 anos; (4) idade escolar de 5 a 10 anos; (5) adolescentes e jovens; (6) adultos e (7) pessoas idosas.

4.1.4 Medicina Tradicional e Alternativa

No país, por razões culturais e de acesso aos cuidados de Saúde, grande parte dos moçambicanos recorrem primeiro aos Praticantes da Medicina Tradicional (PMT). O reconhecimento destes no Sistema Nacional de Saúde e a sua colaboração, como actores formais, nos CSP é de extrema importância. 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.

O MISAU criou uma Direcção Nacional de Medicina Tradicional e Alternativa 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. Dados registados indicam que existiam no final de 2019 um total de 23.590 PMT. Entretanto, a área caracteriza-se ainda por falta de uma legislação que regule 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, aliada à limitada afiliação dos PMT em associações.

Estão a ser efectuadas formações para melhoria da abordagem, por parte dos PMT, em relação aos problemas de saúde na comunidade, e está em implementação um sistema de referência dos doentes atendidos pelos PMT's, que são remetidos para as US.

4.1 Reforço do Sistema Nacional de Saúde

A prestação de serviços de saúde é possíveis porque diferentes sistemas de apoio cumprem a função de provisionar recursos (humanos, infra-estruturas, medicamentos) e instrumentos (informação, metodologias de gestão, normas e protocolos) para a sua utilização. Analisam-se, a seguir as áreas de Financiamento, Recursos Humanos, Farmácia, Logística e Tecnologias, Sistemas de Informação, Monitoria e Avaliação e a governação.

4.2.1 Financiamento e gestão financeira

O financiamento adequado e a utilização racional dos recursos disponíveis têm influência directa na quantidade e qualidade de serviços que o sistema de saúde pode providenciar. Moçambique enfrenta o desafio do subfinanciamento do sector de saúde, que tem um impacto na abrangência e na qualidade dos serviços oferecidos. Os recursos públicos dedicados à Saúde correspondem à cerca de 864,00 MZM per cápita, aproximadamente 16,00 US\$ (Conta Geral do Estado, 2019), e no total a despesa com saúde corresponde a valor per capita abaixo das recomendações internacionais de 86,00 US\$ per cápita para poder oferecer um pacote de serviços no contexto de país de baixa renda.

Os fundos provenientes do tesouro do estado tiveram um aumento significativo desde 2008 (4.020 milhões de MZM) até 2019 (18.995 milhões de MZM) em termos nominais, em termos reais o incremento é menos significativo, e a despesa do sector saúde não acompanhou de forma proporcional a tendência crescente da despesa pública. Existe margem para aumentar a priorização da Saúde no Orçamento de Estado com recursos internos. Para construir capital humano que é crítico para o crescimento econômico do país, bem como para colocar o sector de saúde em uma base sustentável, é fundamental que o Governo aumente a parcela dos gastos públicos alocados ao sector de saúde.

Os fundos externos tem um papel relevante no financiamento do sector saúde, representam aproximadamente 50% da despesa total (Contas Nacionais de Saúde, 2016). Uma grande parte do financiamento externo é fornecido fora da Conta Única do Tesouro (CUT), o que representa um desafio para o sistema porque cria fragmentação no sistema de financiamento e prestação de serviços de saúde.

As desigualdades na alocação de recursos entre as províncias, com implicações negativas para a eficiência e o acesso aos serviços de saúde para os pobres, é um problema persistente no país (Banco Mundial, 2014).

A Estratégia de Financiamento do Sector da Saúde (EFSS), em processo de finalização, propõe manter um sistema público de acesso universal, em concordância com os princípios da Cobertura Universal de Saúde e a Agenda 2030. O Pacote Essencial de Cuidados de Saúde (PECS) define os serviços a serem fornecidos, com foco nos Cuidados de Saúde Primários.

A EFSS prevê um compromisso do Governo de aumento anual significativo dos recursos internos, com o objectivo de cobrir as necessidades do sector nos próximos anos, tendo em conta a transição demográfica e epidemiológica e as necessidades emergentes, bem como no contexto global de crescimento da riqueza do país (PIB) e da política tributária.

Prevê-se a implementação progressiva de um Seguro de Saúde para aumentar o financiamento disponível no SNS. O desenho institucional deste seguro deverá ter em conta os riscos existentes, relativos à informalidade da economia e a ligação das contribuições com o acesso aos serviços de saúde.

Prevê-se uma reforma das taxas de usuário para garantir o acesso aos serviços a toda a população e melhorar a gestão incluindo a padronização destas, mantendo a acessibilidade e uniformidade.

A EFSS propõe também medidas de eficiência centradas na alocação de recursos e no uso destes. O fortalecimento de canais de financiamento directo para as unidades sanitárias tem o potencial de fortalecer a prestação de serviço com qualidade. A abordagem piloto de Apoio Directo às Unidades Sanitárias (ADUS) tem sido introduzida como mecanismo para aumentar este fluxo de fundos, e a autonomia e engajamento dos próprios gestores das US na tomada de decisão sobre sua alocação¹⁴.

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.

4.2.2 Recursos Humanos

A área de RH do MISAU tem as funções de planificar, gerir e implementar normas de Gestão de Recursos Humanos de acordo com as políticas e planos do Governo e definir políticas na área de formação em saúde, curricula de formação de técnicos na área de saúde, normas e regulamentos em coordenação com áreas afins.

O sector está a implementar o Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos (PNDRHS) 2016-2025 com o objectivo de garantir a Cobertura Universal de Saúde e o alcance dos ODS, através da melhoria da capacidade de formação e aumento da disponibilidade de RHS.

Na avaliação do médio termo do PNDRHS 2016-2025, realizada em 2020, concluiu-se que o sector registou progressos em alguns indicadores, nomeadamente crescimento do efectivo de RHS do SNS, melhoria dos rácios de técnicos de saúde das áreas prioritárias por 100,000 habitantes; aumento da capacidade de formação dos profissionais de saúde. Adicionalmente, foi fortalecido o sistema de informação sobre RHS e implementado de forma progressiva o Sistema Nacional de Gestão de Recursos Humanos do Estado, definidos e aprovados os critérios de selecção dos profissionais de regime especial de saúde, revisão das carreiras adaptadas ao conteúdo profissional e respectivos qualificadores, expansão da rede física e técnica das instituições de formação do MISAU e

¹⁴ O ADUS tem sido pilotado juntamente com os Cartões de Desempenho, com as alocações vinculados a desempenho medido nas avaliações, e planos de acção para fechar lacunas identificadas.

melhoria da qualidade do ensino, através da gestão das IdF's com base em padrões de desempenho.

A disponibilidade de pessoal qualificado tem aumentado nos últimos anos. O relatório da avaliação de meio termo do PNDRH 2015 – 2025 indica que no total o número de profissionais de saúde cresceu de 48.733 em 2015 para 57.765 em 2020 representando um crescimento de 18,3%. Apesar deste crescimento e do cumprimento em termos absolutos ficou aquém do necessário nos RHS do Regime Especial. Isto é, a meta de incremento da quantidade de profissionais de saúde continua a incorporar um excesso de entradas de RHS de Outros Regimes (devido em grande medida a mudanças de carreira) em detrimento de profissionais do Regime Especial. A disponibilidade total de quadros críticos (medicina, enfermagem e saúde materno-infantil) é de 103,8 por 100,000 habitantes em 2020, ainda abaixo dos 230 recomendados pela OMS.

Aumentou a disponibilidade do número de Médicos Especialistas Moçambicanos que passou de 274 em 2015 para 458, no entanto esta disponibilidade ainda se mantém aquém das necessidades e persiste uma distribuição desigual entre as Províncias. Recentemente o MISAU definiu a necessidade de implementação de um plano de formação de Médicos especialistas, especialmente para as áreas consideradas prioritárias. A avaliação do PNDRH considera que o nível de equidade na distribuição de técnicos de saúde do regime especial das categorias prioritárias entre províncias e distritos piorou em relação ao nível de 2015. Um dos exemplos de desequilíbrio na distribuição de profissionais é a existência de 2 Médicos para zona Rural por 20 Médicos na zona Urbana.

O MISAU continua com uma lacuna de um quadro Quadro Tipo de perfil e quantidade de RHS que necessita por tipo de US para dar resposta às demandas de cuidados de saúde, o que gera constrangimentos na planificação e alocação de RHS de forma coerente e controlada. O processo correntemente em curso de desenvolvimento do Pacote Essencial de Cuidados de Saúde constitui uma oportunidade para a definição e aprovação de um quadro de RH para a provisão de serviços em cada nível de oferta de serviços.

A avaliação do PNDRH também constatou que a implementação da Estratégia de Formação Contínua, apesar dos esforços feitos e número de cursos realizados, não assenta num processo claro de identificação de necessidades de capacitação dos profissionais. Neste contexto não é difícil ligar as acções de formação contínua com as lacunas de competências, habilidades e também o deficiente processo e mecanismos de avaliação e validação da formação dificulta a medição da qualidade da formação e o seu impacto no desempenho individual e do sector.

4.2.3 Produtos, Equipamentos e Tecnologias Médicas

O sistema de saúde enfrenta desafios relativos a cadeia de abastecimento de saúde e tem lutado para acompanhar o crescimento e cada vez mais demandas complexas para a provisão de serviços de Saúde à população.

O espaço de armazenamento é limitado, o que impacta negativamente a gestão adequada do armazenamento e distribuição de mercadorias. A cadeia de abastecimento sofre o impacto da escassez de recursos humanos específicos para a área de logística.

Alcançar a equidade no acesso aos produtos médicos essenciais e tecnologias que sejam seguros, eficazes e de qualidade, requer sistemas robustos e transparentes de regulamentação, de informação, planificação, procura, fornecimento, armazenagem e distribuição, para assegurar a disponibilidade, minimizar os desperdícios, bem como melhorar o uso racional destes produtos. Em Moçambique, várias unidades no MISAU têm responsabilidades nas áreas de farmácia e logística de medicamentos, materiais médico-cirúrgicos e equipamentos, nomeadamente:

- A Direcção Nacional de Farmácia, em fase de transição para Autoridade Nacional Reguladora de Medicamentos I.P. (ANARME I.P)
- O Departamento de Farmácia Hospitalar,
- A Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM),
- O Centro de Abastecimentos (CA)
- O Departamento de Infraestruturas e Equipamento Hospitalar.
- A Direcção Nacional de Assistência Médica.

O sistema está parcialmente descentralizado, enquanto os órgãos centrais relevantes fornecem os produtos essenciais às Províncias, os Depósitos Provinciais de Medicamentos, equipamentos, e economatos Provinciais é que fazem a distribuição aos distritos e estão subordinados às Direcções Provinciais de Saúde (DPS) em termos administrativos e financeiros, acontecendo o mesmo do nível distrital para as US.

Na área logística dos medicamentos, a planificação é feita em conjunto com os diferentes programas de saúde e parceiros. Os desafios incluem o financiamento para a aquisição de medicamentos, combinando com a grande dependência dos fundos externos, muitas vezes destinados a determinados programas em que os produtos são adquiridos e doados em espécie ao MISAU com destaque para os Programas de ITS e HIV e SIDA, programa de Malária e Programa de Controlo da Tuberculose. O sistema de informação, para gestão dos produtos médicos, não é abrangente a todas US, não permitindo visualizar de maneira completa e atempada a situação da disponibilidade de medicamentos essenciais. O sistema está fragmentado, com responsabilidades repartidas na cadeia logística.

Estes factores 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.

A legislação sobre a aquisição não responde às exigências do sistema logístico de medicamentos e produtos médicos.

A deficiente gestão de stocks, ao nível das US, resulta em frequentes rupturas de stock de medicamentos essenciais e outros produtos médicos nas US, desperdícios e ineficiências,

bem como a circulação de produtos de validade duvidosa, comprometendo a qualidade dos cuidados de saúde.

Nos últimos anos, o mercado farmacêutico nacional tem demonstrado um crescimento acelerado, com o destaque para o surgimento da indústria farmacêutica, o aumento do número de importadores e distribuidores de medicamentos, farmácias, outros estabelecimentos comerciais, bem como a introdução de novos produtos farmacêuticos com exigências específicas para o seu transporte e conservação. Este crescimento teve impacto na área regulamentar farmacêutica, que sofreu grandes avanços e alterações rumo ao seu fortalecimento, nas quais destacam-se as seguintes acções:

1. No âmbito da regulamentação farmacêutica

- a) A aprovação da Lei nº 12/2017 de 8 de Setembro, Lei do Medicamento, vacinas e outros produtos biológicos para uso humano, que cria a Autoridade Nacional Reguladora de Medicamentos (ANARME), instituição pública dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial, que desempenha as funções de regulação, supervisão, fiscalização, sancionamento e representação;
- b) Desenvolvimento e aprovação de documentos normativos com vista à regulamentação da lei supracitada, com maior enfoque para o Regulamento de Registo de Medicamentos, o Regulamento de Boas Práticas de Fabrico e o Estatuto Orgânico da ANARME;
- c) Elaboração do Plano Estratégico para a área regulamentar, que se encontra em fase de aprovação;
- d) Inclusão da Função Regulamentar “Vigilância Pós-Comercialização” na estrutura orgânica da Direcção Nacional de Farmácia;
- e) Implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade na DNF;

2. No âmbito do uso racional dos medicamentos:

- a) Aprovação e implementação do Plano Nacional de Acção contra a Resistência antimicrobiana (2019-2023)
- b) A aprovação do regulamento de boas práticas de prescrição e dispensa de medicamentos, e acções de formação realizadas aos prescritores e profissionais de farmácia;
- c) Revisão da Lista Nacional de Medicamentos Essenciais (2017; a nova versão está em fase de revisão);

3. Fortalecimento dos mecanismos de garantia da qualidade de produtos farmacêuticos através de:

- a) Implementação da inspecção pré-embarque de medicamentos na origem: piloto realizado para medicamentos provenientes da Índia através da empresa Qontrol;
- d) Controlo da qualidade dos medicamentos na chegada ao território nacional;
- e) Inspeção e certificação de indústrias farmacêuticas nacionais e internacionais em Boas Práticas de Fabrico (BPF);

- f) Inspeções em Boas Práticas Clínicas (BPC) dos ensaios clínicos realizados no país;
 - g) Implementação do formato Documento Técnico Comum (CTD - *Common Technical Document*) para o registo de medicamentos;
 - h) Realização da monitoria da qualidade pós-mercado dos medicamentos com base no risco.
4. Implementação do projecto de combate aos medicamentos contrafeitos e de baixa qualidade;
 5. Participação em iniciativas de harmonização como o ZAZIBONA, iniciativa que permitiu aos técnicos da DNF participar em avaliações e em inspeções conjuntas nas BPF;

Contudo persistem ainda desafios na área de regulamentação farmacêutica com destaque para:

- Política Nacional Farmacêutica, desajustada à realidade actual e não-alinhada com as recomendações da OMS;
- Implementação do Plano Estratégico para Área Regulamentar 2021-2025;
- Capacidade limitada para testagem dos medicamentos e outros produtos farmacêuticos;
- Regulamentação plena da Lei nº 12/2017 de 8 de Setembro, Lei do Medicamento, vacinas e produtos biológicos para uso humano;
- Operacionalização da ANARME;
- Combate aos medicamentos contrafeitos e de baixa qualidade.

Os desafios são também sentidos na área da logística dos produtos médicos e equipamentos. Apesar do processo de reformas do sector público, o sistema de logística encontra-se centralizado, o que busca a minimização dos custos de armazenamento, manuseamento e transporte.

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 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.

4.2.4 Sistema de Informação e Monitoria e Avaliação

O SIS é o sistema nuclear do MISAU e do SNS por mandato e por legislação, e tem ligações com outros subsistemas de informação do sector da saúde, mas ainda não tem relações com o sector privado de saúde. Incorpora dados de todos os níveis de prestação de cuidados (primário, secundário terciário e quaternário), indicadores epidemiológicos, sobre o tipo e o volume de serviços/actividades prestados, alguns recursos consumíveis e não consumíveis.

O SIS funciona de forma escalonada, começando pelas unidades sanitárias (US) que são os produtores “primários” de dados, onde são recolhidos, registados, processados,

analisados e, finalmente enviados às US de nível superior ou ao nível distrital. Por sua vez, o Serviço Distrital de Saúde Mulher e Acção Social (SDMAS) processa e encaminha os dados ao nível provincial que, os consolida e remete ao nível central. O nível central analisa, identifica problemas e solicita correcções. O sistema prevê o mecanismo de retroalimentação cuja complexidade varia na razão dos níveis. 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. A parte do SIS que recolhe dados agregados a nível dos SDMAS, dados de estatísticas vitais em todos os hospitais e centros de saúde com internamento encontra-se informatizada e em on-line através do SIS-MA (DHIS2). Neste caso uma vez processados os dados no DHIS2, os mesmos ficam disponíveis para todos os níveis.

4.2.5 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.

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.

Com a implementação das novas directivas decorrentes da emenda constitucional que reforça a descentralização no País, novos papeis estão sendo desenhados para os Conselhos Executivos e de Representação no Estado na Província no âmbito da gestão do sector saúde. A Direcção Provincial de Saúde (DPS) é parte do Conselho Executivo Provincial e presta contas ao Governador da Província. Tem a função de coordenar a implementação de intervenções a nível dos Cuidados de Saúde Primários. Os Serviços Provinciais de Saúde desempenham o papel de representação do sector de Saúde na Província e garante a implementação das actividades não descentralizadas no Sector de Saúde. No dia a dia, estas duas instituições devem coordenar as suas actividades de forma a garantir que não haja lacunas de cobertura de serviços bem como garantir a qualidade e continuidade destes.

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”.

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. No âmbito da descentralização, o Sector tem dado passos conducentes a uma efectiva desagregação de funções bem como para a instalação de uma Unidade Orgânica robusta para a gestão dos Cuidados de Saúde Primários a nível Central. O processo de re-funcionalização do MISAU que se segue à análise funcional recentemente realizada vai conduzir para a adopção de uma nova estrutura do MISAU a todos os níveis e uma redefinição dos papéis das suas Unidades Orgânicas.

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 central, 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 periodicidade 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.

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.

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 multissetoriais 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, MdE e 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 crise económica e financeira que tem afectado o país desde 2016, tem afectado a eficácia dos mecanismos de cooperação entre o MISAU e os seus parceiros de cooperação. Ao longo dos últimos cinco anos, vários doadores diminuíram ou deixaram de disponibilizar os seus apoios financeiros através do mecanismo de Prossaúde, optando por apoio através de ONG ou Agencias das Nações Unidas e ou mecanismos bilaterais. Está em curso o processo de revisão e revitalização dos mecanismos de Cooperação incluindo a revisão dos termos do Memorando de Entendimento entre MISAU e Parceiros de Cooperação.

A função de “fiscalização” do cumprimento das leis, normas e regulamentos é exercida principalmente pela Inspeção Geral de Saúde (IGS), órgão com representação a nível provincial. Porém, a fraca capacidade institucional resultante da escassez de RH, quer quantitativa, 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. Os resultados da análise funcional do sector indicam para um défice na legislação do sector, existindo dispositivos legais que carecem de actualização bem como a necessidade de aprovação de novos instrumentos legais necessários para a normação e protecção da Saúde Pública no País.

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.

4.3 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.

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. 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, embora estes melhoramentos também se distribuam de forma desigual na população.

Por isso, acelerar os progressos nas áreas de fraco desempenho e sustentar 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 multisectorial 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 de intervenções essenciais 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. O Sector está neste momento no processo de revisão da sua estrutura a luz da descentralização em curso no país. Entretanto, 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 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, execução e monitoria 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.

4 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 discriminação 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.

5.1 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:

Por uma população saudável, contribuindo para o desenvolvimento de Moçambique

Esta afirmação traduz o compromisso do sector em relação ao conceito de cobertura universal de saúde¹⁵, mostra o reconhecimento, por parte do sector, da 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-

¹⁵A 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

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.

5.2 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:

Trabalhar para a melhoria das condições de saúde de todos moçambicanos, por meio de um sistema que reconhece, capacita e agrega de forma coordenada, todas as partes interessadas

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.

5.3 Princípios orientadores

Os programas e investimentos para alcançar os objectivos do sector de saúde basear-se-ão nos princípios a seguir discriminados. 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.

Princípios do PESS

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

5.3.1 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 vida¹⁶

5.3.2 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.

5.3.3 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).

5.3.4 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.

5.3.5 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.

5.3.6 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.

¹⁶ WHO 2007. Everybodybusiness

5.3.6 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.

5 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
- Sustentar ou reduzir a tendência progressiva das DNT e o trauma
- Acelerar a edificação de Cuidados de Saúde Primários mais fortes com uma componente comunitária estruturada e participativa
- Reforçar a capacidade do Sector de Saúde para responder às emergências subsequentes aos desastres naturais e conflitos que resultam em destruição de Infraestruturas sanitárias e mobilização massiva da população

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 ODS, bem como fortalecer (reformular) de forma holística e profunda o sistema de saúde moçambicano para sustentar os ganhos actuais e futuros. 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.

6.1 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

- Fortalecer a organização e a gestão dos serviços de saúde de modo a ajustar a atenção às necessidades das pessoas e comunidades;
- Definir e implementar pacote de serviços de saúde de qualidade para cada nível de atenção, de acordo com as necessidades e prioridades de saúde no país, com a capacidade do Sistema de saúde e com o contexto epidemiológico nacional;
- Reforçar a capacidade dos cuidados de saúde primários, visando melhorar a capacidade de resposta, o acesso e expandir progressivamente a oferta de serviços;
- Definir e implementar processos visando melhorar sistemática e progressivamente a disponibilidade e o uso racional dos medicamentos seguros, eficazes e de qualidade (inclusive de vacinas), uso de equipamentos bem como o uso de outras tecnologias inovadoras para rastreio e diagnóstico precoce das doenças transmissíveis e não transmissíveis.
- Promover o envolvimento e empoderamento da sociedade civil e das comunidades para que participem no aumento da cobertura dos serviços e nos processos de formulação de políticas relacionadas ao acesso universal e à cobertura universal de saúde
- Reforçar parcerias e esforços internos para 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, prevenção e controlo de infecções (descarte final seguro do lixo infeccioso), 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, ao nível das comunidades incluindo o fortalecimento das brigadas móveis
- Ampliar e fortalecer os serviços de base comunitária, com enfoque nos APEs e outros ACSs

Principais resultados esperados

- Melhorada a organização e a gestão dos serviços de saúde;
- Reduzidas as barreiras de acesso (financeiras, género, culturais, qualidade do atendimento, disponibilidade de medicamentos, etc.) aos serviços preventivos, curativos e reabilitativos Definido o pacote essencial de serviços de saúde, de qualidade de acordo com as necessidades e prioridades de saúde no país;

- Alargada e reforçada a capacidade dos cuidados de saúde primários, visando melhorar a capacidade de resposta, o acesso e a oferta de serviços;
- Melhorada a disponibilidade, a gestão e o uso racional dos medicamentos (inclusive de vacinas), bem como de outras tecnologias inovadoras em saúde;
- Sociedade civil e comunidades participando activamente na promoção da saúde aumento do acesso e utilização dos serviços de saúde e nos processos de formulação de políticas;
- Alargada a cobertura das acções de prevenção primária (cobertura CPP, PTV, vacinal, PF, cobertura de escolas com intervenções de SSR, etc.)
- Melhorados os conhecimentos, atitudes e práticas em relação aos principais problemas de saúde (estilos de vida, nutrição, comportamentos de risco e de procura de serviços)
- Reforçados os mecanismos legais e colaboração multisectorial para à adopção de estilos de vida saudável e prevenção de comportamentos de risco das doenças transmissíveis e não transmissíveis.
- Aumentada a cobertura e qualidade dos serviços de base comunitária prestados pelos ACS

B. Aumentar a utilização dos serviços de saúde existentes

Intervenções-Chave

- Criar mecanismos inovadores de comunicação para aumento da demanda e utilização dos serviços de saúde
- Intensificar acções de introdução da procura pelos serviços e programas de saúde, com enfoque nos programas prioritários
- Intensificar mecanismos para 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)
- Reforçar o engajamento comunitário nas actividades de promoção para adopção de estilos de vida saudáveis e prevenção de doenças transmissíveis e não transmissíveis

Principais resultados esperados

- Aumentada a razão de Consultas Externas por Habitante ano
- Aumentada a densidade de profissionais de saúde (Profissionais de saúde/habitante)
- Acrescida a proporção de US com comités de co-gestão funcionais
- Aumentada a utilização de serviços de saúde e adesão e retenção de doentes crónicos ao tratamento.
- Aumentada a procura atempada dos serviços de saúde e reduzidas as complicações de doenças transmissíveis e não transmissíveis

6.2 Objectivo Estratégico 2: Garantir a qualidade dos Serviços e Cuidados de Saúde Prestados

Intervenções-Chave

- Garantir a qualidade no atendimento, com base em serviços centrados no utente e família
- Desenvolver e implementar normas, padrões de atendimento e gestão de casos, protocolos de condutas e procedimentos médicos e das áreas de apoio
- Assegurar RH qualificados em quantidades necessárias e motivados
- Fortalecer o sistema logístico de forma a evitar rupturas de stock de medicamentos e outros insumos básicos
- Apetrechamento das US's com equipamentos e materiais adequados para garantir atendimento de qualidade.
- Instituir sistemas que garantam segurança do paciente e dos profissionais de saúde
- Implementar a Carta dos Direitos e Deveres dos Pacientes, Padrões de Cortesia,
- Gerir a planificação, regulamentação e monitoria contínua dos esforços com objectivo de garantir o fortalecimento do sistema a todos os níveis, a melhoria do atendimento clínico e o atendimento centrado no utente
- Coordenar / harmonizar ou integrar as várias iniciativas de qualidade e de avaliação do Sistema Nacional de Saúde
- Estabelecer unidades de controlo de qualidade nas US (comissões de qualidade e núcleos de segurança do paciente)
- Institucionalizar e coordenar os processos de avaliação, auditoria e monitoria para identificar e comunicar as principais lacunas e suas causas
- Instituir o sistema de certificação e acreditação das Unidades Sanitárias incluindo a segurança do paciente e dos profissionais de saúde, de modo a tornar se uma cultura.
- Incentivar a implementação do cartão de desempenho (scorecard) e de pontuação comunitária (CPC) no SNS
- Incentivar e apoiar programas e iniciativas de melhoria de qualidade a todos os níveis do SNS para fechar as lacunas e factores contribuintes para resultados negativos.
- Garantir que cada Unidade Orgânica elabore 2 projectos de melhoria de qualidade por ano
- Fortalecer acções de promoção de saúde de qualidade que fortaleçam a adopção de estilos de vida saudáveis para prevenção dos factores de risco de doenças.
- Criar mecanismos para garantir a percepção e procura da qualidade nos serviços prestados por parte dos utentes

Principais resultados esperados

- Reduzidos os índices de mortalidade geral e intra-hospitalar
- Reduzidos os níveis de mortalidade materna, perinatal, neonatal e infantil com vista ao alcance dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)

- Aumentado N^o ou % de US certificadas e acreditadas pelos diferentes programas e iniciativas de melhoria de qualidade
- Reduzida a ruptura de *stock* de medicamentos nas USs e depósitos distritais e provinciais
- Melhorada a prontidão das USs de acordo com seu nível de atenção referente a: infra-estruturas, energia, água e saneamento, equipamentos e consumíveis
- Aumentada a aderência ao tratamento ARV
- Aumentado o rastreio e diagnóstico precoce e tratamento atempado das doenças crónicas (Cancro, HTA e Diabetes)
- Reduzida a exposição aos factores de risco das doenças como consumo de álcool, tabaco, drogas, sedentarismo, poluição, saneamento
- Constituída uma Comissão Nacional de Certificação e Acreditação para o SNS.
- Aumentada a cobertura e o nível de desempenho das Unidades Sanitárias com uso do cartão de desempenho e de pontuação comunitária,
- Estabelecidas Comissões ou grupos de qualidade abrangentes e efectivos nos Hospitais e CS,
- Factores contribuindo para mortalidade evitável identificados e solucionados OU Mortalidade evitável reduzida,
- Políticas e estratégias de qualidade actualizadas.
- Aumentada a disponibilidade de protocolos clínicos terapêuticos e de procedimento operacional padrão
- Melhorada a satisfação do utente e da comunidade
- Melhorada a satisfação e motivação do profissional de saúde
- Elaboradas, harmonizadas, actualizadas e disseminadas as normas, padrões e indicadores de qualidade referentes ao sistema nacional de saúde.

6.3 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/afecção de recursos (fundos, RH, medicamentos) baseados nas necessidades/equidade¹⁷
- 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 em colaboração com os sectores relevantes

Principais resultados esperados

• ¹⁷needs/equity based allocation mechanisms”)

- 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

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

Intervenções-chave

- Desenvolver e implementar um pacote essencial 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 essencial 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

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.)

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

Intervenções-chave

- Fortalecer os mecanismos de parceria sector de saúde parceiros de cooperação em consonância com a Declaração de Paris da Eficácia da Ajuda Externa bem como da Agenda para a acção adoptado em Acra.
- Implementar os mecanismos de diálogo do MISAU com os seus Parceiros, ONG e sociedade civil com vista a mobilização de recursos adicionais, potenciar a provisão de serviços e garantir sinergias das intervenções.
- Estabelecer/fortalecer Parcerias e Compromissos entre os vários Sectores do Governo para avançar para influenciar positivamente os determinantes de saúde.
- Fortalecer as relações com o Sector Privado e garantir a expansão do acesso aos serviços bem como a protecção dos interesses dos utentes incluindo estabelecimento de iniciativas de Parcerias Publico Privado

Principais resultados esperados

- Novos mecanismos da parceria implementados: estabelecidas a Reunião bianual do Sector Saúde (RBSS), o Grupo Técnico de Coordenação (GTC) e os Grupos Técnicos de Trabalho (GTTs).
- Prioridades nacionais desenvolvidas e implementadas conforme definido no PESS e no seu plano operacional anual (que inclui todas as sub-estratégias de operacionalização do PESS).
- Resultados de pesquisa e monitoria e avaliação (M&A) são utilizadas para alimentar discussões estratégicas sobre prioridades de saúde e coordenar novas pesquisas e M&A para melhorar a compreensão dos desafios e potenciais soluções do sistema de saúde moçambicano.
- Melhorada a mobilização e o alinhamento do financiamento de doadores, sociedade civil e sector privado e do Governo (incluindo o alinhamento da assistência técnica) para as prioridades nacionais de saúde.
- Estabelecido consenso sobre os objectivos dos gastos em saúde, garantida a harmonização do financiamento interno e externo em torno desses objectivos e garantida a monitoria dos resultados utilizando um quadro único comum de indicadores;
- Definida uma estratégia de Parcerias Público- Privadas (PPP) em saúde, que apoiem a mobilização de recursos adicionais para a saúde e contribuam para a melhoria do acesso e utilização dos serviços de saúde

- Concordada uma agenda de resposta dirigida aos principais determinantes da saúde em Moçambique e implementada no âmbito dos mecanismos de parcerias intersectoriais e instituições do Governo;
- Reativada a Parceria Nacional para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil;
- Garantida a participação ativa do MISAU no CIADAJ, e reforçada a Coordenação entre os Sectores da Saúde, Educação e da Secretaria de Estado para a Juventude, na implementação do Programa Geração BIZ;
- Garantida a participação ativa do MISAU no SETSAN para a redução da desnutrição;

6.7 Objectivo Estratégico 6: Melhorar a gestão financeira, e eficiência na utilização dos recursos públicos

Intervenções-chave

1. Fortalecer a capacidade de gestão e análise financeira a nível central e descentralizado

- Fortalecimento da DPC capacidade de Planificação Anual e de Médio Prazo
- Institucionalizar a estrutura programática como base para a ligação entre o PESS, planos operacionais e execução orçamental através da implementação da reforma do Subsistema de Planificação e Orçamentação
- Capacitar o pessoal da DAF e DPC sobre análise de dados financeiros para o uso e aproveitamento no sector.

2. Melhorar o controlo da despesa e prestação de contas do Sector

- Realizar um diagnóstico e fortalecimento do sistema de gestão das Receitas do Sector
- Planificação, Contabilização e Prestação de Contas dos Donativos em Espécie
- Reforçar os mecanismos de arrecadação da informação da componente externa, para efeitos de programação e execução e alimentação sistemáticas das Contas Satélite de Saúde.
- Estabelecer um mecanismo alinhado de auditorias que abranja todos os fundos destinados ao Sector.
- Manter e expandir as unidades/funções de conformidade processual e legal e prestação de contas a nível nacional e assegurar que estas unidades tenham planos de trabalho virados à prevenção dos erros baseados no risco da sua ocorrência.

3. Aumentar a credibilidade do orçamento sectorial e a previsibilidade, controlo e transparência na execução orçamental do Sector

- Na componente de Aquisições Públicas no Sector: Reestruturar a área de procura e introduzir mecanismos para garantia de transparência, celeridade processual e partilha de informação
- Na componente de Investimentos & Infraestruturas
 - a. Assegurar mecanismos informados e transparentes para a política de investimento e controlo dos activos e passivos
 - b. Assegurar mecanismos para orçamentação da manutenção dos investimentos.

4. Aumentar a transparência da comunicação sobre financiamento e execução orçamental

- Aumentar disponibilidade de informação financeira para outras unidades orgânicas que perseguem objectivos de aumentar a eficiência e a eficácia da despesa.
- Assegurar a visibilidade orçamental dos recursos destinados as unidades orgânicas centrais e à todas as unidades sanitárias
- Utilizar os canais existentes dentro do SWAp (GTC, CCC, CCS) para comunicação sobre financiamento ao sector em colaboração com o MEF
- Publicar a informação relevante sobre o desempenho do Sector e execução orçamental através das plataformas internas (plataformas informáticas e grupos de trabalho) e externas (website) do MISAU
- Estabelecer mecanismos efectivos de participação da sociedade civil na monitoria da utilização dos bens públicos alocados à saúde

Principais resultados esperados

- Restaurada a área de procura com introdução de mecanismos para garantia de transparência, celeridade processual e partilha de informação
- Criados Procedimentos Operacionais Padronizados (POP) para monitoria, Controlo e Liquidação das Despesas em Atraso
- Criados processos proactivos para a prevenção de erros de conformidade recorrentes.
- Aumentada a proporção de auditorias do sector em vez de por programa com opinião sem qualificações, a todos os níveis do sector (desagregação por província)
- Aumentada a despesa executada como percentagem do orçamento aprovado do sector saúde

- Criados painéis de dados para análises comparativas entre em diferentes dimensões: insumos vs. Desempenho (ver Integração de informação dos diversos sistemas de informação de saúde em uso no SNS);
- Aumentada a disponibilidade de informação financeira do Sector da Saúde aos parceiros, ao público geral e as outras unidades orgânicas
- Melhorada a capacidade dos recursos humanos como resultado de uma AT mais efectiva.

6.7 Objectivo Estratégico 7: Fortalecer o sistema de saúde Moçambicano

Intervenções-chave

- Reforço das intervenções dos seis blocos constituintes dos sistemas de Saúde nomeadamente:
 - Área de prestação de Serviços de Saúde
 - Recursos Humanos para a Saúde
 - Sistema de Informação para a Saúde
 - Produtos Médicos e Equipamentos
 - Financiamento e Gestão Financeira
 - Governança e Liderança
- Capacitar os sistemas distritais de saúde para a implementação dos objectivos estratégicos no âmbito da descentralização
- Institucionalizar o Subsistema Comunitário de Saúde
- Melhorar os mecanismos de coordenação com o Sector Privado em Saúde
- Implementar o processo de reformas do sector de saúde

Principais Resultados esperados

- Reforçados os sistemas de gestão dos Serviços de Saúde
- Expansão da cobertura dos serviços de saúde
- Sistemas distritais de saúde capacitados em matéria de descentralização, planificação, gestão, negociação, liderança, etc.
- Reforçada a interação Sector Público e Sector Privado de prestação de Serviços de Saúde

6.8 Objectivo Estratégico 8: Fortalecer a gestão de emergências em Saúde

A. Fortalecer a capacidade de preparação para emergências

Intervenções chave

- Actualizar o mapeamento da vulnerabilidade a riscos, ameaças e perigos para a Saúde pública no país

- Expandir a estratégia de Vigilância Integrada de Doenças e Resposta (VIDR) para as Unidades Sanitárias;
- Implementar a vigilância comunitária e a VIDR eletrónica;
- Elaborar perfis de risco para a saúde a nível nacional e provincial
- Fortalecer Equipes de Resposta Rápida multidisciplinares (ERR) a nível provincial e distrital
- Reforçar a capacidade de vigilância nos Pontos de entrada

Principais resultados esperados

- Capacidades de preparação para emergências para todos os perigos/riscos avaliadas e reportadas;
- Capacidades de preparação para emergências fortalecidas no país;
- País operacionalmente pronto para avaliar e gerir riscos e vulnerabilidades identificados;
- Plano de contingência multi-perigo / risco desenvolvido;
- Reforçada a coordenação multissetorial do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) 2005, inclusive nos pontos de entrada.

B. Fortalecer a capacidade de prevenir epidemias e pandemias

Intervenções chave

- Activar o Comitê Operativo multisectorial de Emergência em Saúde Pública em todos os níveis para coordenação das acções de preparação e resposta;
- Fortalecer a capacidade nacional para implementar medidas eficazes de controle de epidemias, pandemias, desastres com relevância para saúde pública;
- Fortalecer a implementação da estrutura de preparação para epidemias, pandemias, desastres com relevância para saúde pública;
- Reforçar a capacidade de diagnóstico laboratorial para prevenir, detectar e responder a emergências de saúde pública;
- Reforçar a capacidade local de comunicação de risco e envolvimento da comunidade.

Principais resultados esperados

- Estratégias de prevenção comprovadas para riscos, doenças epidémicas e pandémicas, desastres prioritários implementadas em larga escala;
- Mitigar o risco do surgimento e reemergência de patógenos de alto risco.

C. Fortalecer a capacidade do sistema de saúde para detectar e responder rapidamente às emergências de saúde

Intervenções chave

- Armazenamento e pré- posicionamento de medicamentos e consumíveis para responder a surtos de doenças;
- Treinamento sobre a realização de avaliações de risco;
- Reforçar a capacidade de disseminar informações sobre surtos, eventos e resultados de avaliações de risco por meio de boletins, relatórios de análise situacional, dashboards, revistas científicas e outros documentos relevantes;
- Fortalecer e estabelecer Centros de Emergência em Saúde Pública a nível nacional e provincial;
- Treinar os níveis nacional, provincial e distrital na gestão de emergências de saúde pública.
- Prestar assistência sanitária no Centros de Acomodação/ população em cenários de crise humanitária, garantindo a continuidade da oferta de serviços, através da implementação do pacote essencial de serviços

Principais resultados esperados

- Desastres e potenciais emergências de saúde atempadamente detectadas e os riscos avaliados e comunicados;
- Emergências de saúde agudas respondidas rapidamente com o apoio dos parceiros.

7 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 de garantir os ganhos ora alcançados, e os vindouros. Daí que estejam previstos alguns arranjos institucionais para uma gestão eficaz do Pilar II.

A figura 24 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.

Quadro Conceptual do PESS 2020-2024

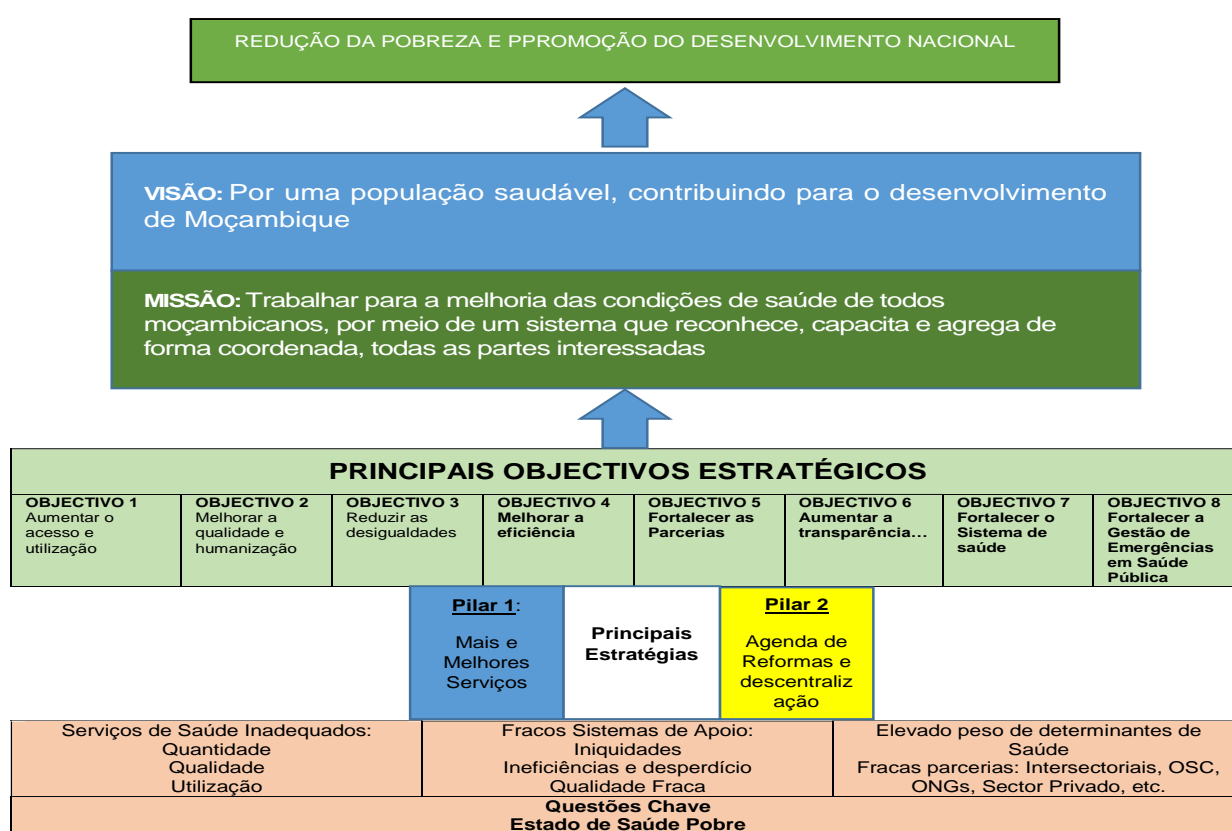


Figura 24: Quadro Conceptual do PESS 2020-2024

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 anos, o sector de saúde vai continuar a reforçar a sua capacidade 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**. 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 2020-2024.

Acesso a serviços de saúde de rotina

Para o propósito do PESS 2020-2024, 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.

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).

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.

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.

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.

Agenda de Reforma do Sector da Saúde

Na componente de reformas durante a implementação do PESS 2014-2019, o foco foi na melhoria da qualidade e eficiência, onde foram realizadas acções com destaque para as seguintes realizações:

- Processo de descentralização em que se verificaram avanços em áreas como gestão orçamental e gestão de recursos humanos.
- No âmbito da atualização do quadro legal do sector foram realizadas as seguintes acções: análise funcional do sector, iniciada a elaboração da lei de saúde pública, política de saúde e aprovada a lei do Medicamento.
- No âmbito do combate à corrupção e melhoria da transparência foi implementado o plano anti-corrupção, capacitada a Inspeção de Saúde para o combate anti-corrupção, iniciado o processo de divulgação de informação sobre os concursos e relatórios de execução financeira .

Entretanto, persistem desafios nas diferentes vertentes nomeadamente, relativamente ao financiamento, eficiência nos processos de aquisição, Quadro legal, cadeia e logística de medicamentos e artigos médicos, qualidade de dados e atracção e retenção dos funcionários.

8 Programas de saúde e Reforço do Sistema Nacional

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, mas também os restantes programas de saúde, no contexto da abordagem do PESS; a segunda parte apresenta as intervenções necessárias para o Reforço do Sistema Nacional de Saúde, que vão assegurar a efectiva implementação das acções da primeira secção. 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 reforço do sistema são descritas as intervenções e os resultados esperados na capacitação do sistema nacional de saúde.

8.1 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)	<ul style="list-style-type: none"> 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 (Líderes, APE's, PTs, Activistas e outros) na promoção para a realização da 1ª CPN antes das 12 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 reproductiva, saúde materna, prevenção de gravidezes indesejadas e abortos inseguros. Expansão das intervenções biomédicas para prevenção primária do HIV e ITS Manter sempre as mulheres em idade reproductiva com supressão viral Garantir que as crianças expostas ao HIV sejam diagnosticadas Prevenir a Sífilis congénita através do fortalecimento da cadeia de distribuição e de prestação de serviços 	<ul style="list-style-type: none"> % ou número de Mulheres Grávidas cobertas com 1ª CPN antes de 12 Semanas % ou numero de Mulheres Gravidas com 4 ou mais CPN (das inscritas na Coorte) % ou numero de Mulheres que tiveram a 1ra CPP nas 48 horas apos o parto Número de parturientas referidas para US por uma PT Número de parturientes referidas para US pelo APE Taxa de cobertura da primeira consulta pré-natal; Taxa de cobertura de pelo menos quatro consultas pré-natais; Número de mulheres grávidas em TARV
OE2 (qualidade)	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	<ul style="list-style-type: none"> % 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 província); % de Partos assistidos em US com COEmB e COEmC;

	<ul style="list-style-type: none"> • 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 Comitês de óbitos e os Comitês 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 capacidade do sector na prevenção, rastreio, tratamento das fístulas assim como coordenar 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...). 	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de cobertura de consultas pós-parto (e % dentro de 2 dias após o parto); • Taxa de natimortalidade com foco positivo à entrada; • % de Comitês 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.
OE3 (equidade)	<ul style="list-style-type: none"> • 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 (acesso)	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar a Estratégia de Planeamento Familiar através de: • Aumento da 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • % 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. • % ou numero de mulheres que utilizam métodos modernos de PF • Número de CAP alcançados no período • Número De Adolescentes que recebem métodos modernos de PF nos SAAJs • Número de métodos modernos de PF distribuídos nas comunidades pelo APE

		<ul style="list-style-type: none"> • Número de mulheres dos 25 – 54 anos rastreados com Via na consulta de PF • % ou número de mulheres rastreadas para o cancro da mama na consulta de PF
OE2 (qualidade)	<ul style="list-style-type: none"> • 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 Sífilis) e de HIV 	<ul style="list-style-type: none"> • % 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 (acesso)	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidade neonatal específica (Prematuridade, Sépsis, 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 emergências aos RN; • Nº de novos berçários criados.

	<ul style="list-style-type: none"> 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 	
OE2 (qualidade)	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> % 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 outras 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)	<ul style="list-style-type: none"> 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) 	<ul style="list-style-type: none"> Todos os indicadores de saúde materna serão desagregados por região, residência e grupos etários)
OE4 (eficácia e eficiência)	<ul style="list-style-type: none"> Melhorar a eficiência na prestação de cuidados de saúde do recém-nascido e crianças menores de 5 anos, através do aperfeiçoamento de acções de monitoria das intervenções de saúde neonatal e infantil 	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de mau crescimento;

(acesso)	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • Aprovação da estratégia de alimentação infantil. Política de alimentação infantil submetida para aprovação. • Plano de comunicação e mobilização social para a promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno para actualização 	<ul style="list-style-type: none"> • Taxas de Aleitamento Materno exclusivo em menores de seis meses; • Taxa de cobertura da suplementação de rotina com Vitamina A a crianças menores de 5 anos; Aleitamento materno na primeira hora de vida. • Estratégia aprovada • Política aprovada • Plano actualizado e aprovado
OE2 (qualidade)	<ul style="list-style-type: none"> • 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 aos 14 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) 	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de baixo peso à nascença; • Taxa de cura por desnutrição aguda; • Taxa de Mortalidade Institucional por Desnutrição Grave (QAD 4).
OE3 (equidade)	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar campanhas educativas de promoção da alimentação saudável para grupos-alvo específicos • Implementar programas de suplementação com micronutrientes para grupos-alvo específicos 	<ul style="list-style-type: none"> • % de criança elegíveis que recebe pelo menos 60 pacotes de micronutrientes em pó, nos últimos quatro meses
OE4 (eficácia e eficiência)	<ul style="list-style-type: none"> • 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 multisectorial. 	

OE5 (melhores parcerias)	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar o Plano de Acção Multisectorial 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de crianças dos 9-11 meses que receberam alimentos complementares adequados o mínimo de vezes por dia de acordo com o estado de amamentação
-------------------------------------	--	--

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 (acesso)	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Percentagem de crianças completamente vacinadas (QAD 2) • Cobertura de DTP3 (12–23 meses)
OE2 (qualidade)	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar e melhorar a supervisão e apoio técnico aos níveis mais periféricos 	<ul style="list-style-type: none"> • Quebra vacinal (DPT/HEP 3ª dose/DPT/HEP 1º dose)
OE3 (equidade)	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de brigadas móveis particularmente em áreas de difícil acesso, através da implementação da estratégia RED (Alcançando Cada Distrito) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de distritos com brigadas móveis em funcionamento

OE4 (eficácia/ eficiência)	<ul style="list-style-type: none"> • 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 de Controlo de ITS HIV/SIDA		
Objectivo principal Aumentar o número de adultos e de crianças vivendo com HIV que beneficiam de TARV de (1.243.020 e 95.080 em 2019) para 1.852.390 e 141.154 em 2024 respectivamente Reduzir a taxa de transmissão do HIV de mãe para filho de 14% em 2019 para <5% em 2024		Indicador de impacto # de novas infecções por HIV por 1000 habitantes
Objetivos estratégicos	Estratégias e intervenções	Indicadores
OE1 (acesso)	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • # de testes feitos • # de utentes aconselhados e testados para o HIV • # dos casos das ITS que foram diagnosticados e tratados • # de crianças que recebem TARV pediátrico • # de adultos HIV+ (e % sobre elegíveis) que recebem TARV por sexo • % de crianças expostas ao HIV com diagnóstico precoce • # Crianças Testadas com PCR < 2 meses

	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	
OE2 (qualidade)	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer as ligações entre os serviços de aconselhamento e testagem e os serviços de cuidados e tratamento • Melhorar a taxa de retenção actual, aos 12 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 • 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 85% dos pacientes em TARV/PTV beneficiem de um programa padronizado de melhoria qualidade • Implementar o pacote básico de prevenção positiva (PP) e de apoio psico-social (APSS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Número e % de mulheres grávidas que conhecem seu estado de HIV na 1º CPN • Número e % de mulheres grávidas HIV+ que receberam ARV
OE3 (equidade)	<ul style="list-style-type: none"> • Expandir rapidamente a cobertura da circuncisão masculina, em Províncias com uma elevada prevalência de HIV e taxas reduzidas de circuncisão masculina • Aumentar o número de USs 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) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de US que fazem TARV • Número % de US que oferecem serviços de PTV
OE4 (eficácia/eficiência)	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de Retenção ao TARV aos 12 meses de tratamento • Taxa de Retenção ao pré-TARV aos 12 meses de tratamento
OE5 (melhores parcerias)	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a percentagem de pacientes co-infectados com TB/HIV, que recebem TARV • Melhorar a capacidade de diagnóstico da TB, em crianças e adultos 	<ul style="list-style-type: none"> • % rastreados para TB na última consulta registada • % dos pacientes co-infectados TB/HIV em TARV • % de pacientes que iniciaram TPI

	<ul style="list-style-type: none"> Melhorar a oferta de serviços de Planeamento Familiar (PF) e dos serviços de resposta a casos de VBG 	
--	--	--

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)	<ul style="list-style-type: none"> Disseminação de mensagens para literacia em Tuberculose e gerar demanda de serviços em Vários canais de comunicação Conduzir actividades de comunicação para a Mudança de Comportamento (CMC) comunicação para a Mudança Social (CMS) a nível da Comunidade e gerar demanda para os serviços de Tuberculose Engajamento Comunitário em cuidados de Tuberculose (Implementação do DOT Comunitário) Busca activa de casos / rastreio de TB nas Populações chave afectadas, incluindo PVHIV e rastreio de contactos de pacientes índice de TB Reforço dos serviços de referência da Comunidade para as Unidades Sanitárias 	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de notificação de todas formas de casos de TB (por 100,000 pessoas)
OE2 (qualidade)	<ul style="list-style-type: none"> 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 Realizar avaliação de necessidades de treinamento dos Profissionais Desenvolvimento de planos de treinamento dos profissionais de acordo com as necessidades identificadas Implementação adequada das medidas de prevenção e controlo das infecções hospitalares 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 Auditoria a qualidade das Unidades Sanitárias e dos Laboratórios Controlo de qualidade das actividades de tuberculose nas brigadas móveis 	<ul style="list-style-type: none"> % de sucesso do tratamento DOTS para novos casos de TB %de sucesso do tratamento para TB-MDR

OE3 (equidade)	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar a detecção de casos de TB nos grupos de alto risco (reclusos, mineiros, profissionais de saúde e trabalhadores de sexo) através de uma busca activa de casos Aumentar o número de crianças (<15 anos) diagnosticadas e tratadas de TB, especialmente entre os contactos, com recurso à estratégia DOTS 	<ul style="list-style-type: none"> Número de crianças (<15 anos) diagnosticadas com TB, que iniciam o tratamento
OE4 (eficácia/eficiência)	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> Nº 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)	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> Proporção de doentes de TB HIV+ que recebem TARV durante o tratamento da TB

Programa Nacional de Controlo da Malária		
Objectivo principal		Indicador de impacto
Reduzir para metade a morbi-mortalidade por malária, em relação aos níveis observados em 2015		Total de casos de malária por 1,000 habitantes Total de óbitos por Malária nos internamentos
Objetivos estratégicos	Estratégias e intervenções	Indicadores
OE1 (acesso)	<ul style="list-style-type: none"> 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; líderes (comunitários, políticos e religiosos) e voluntários. Melhoria da vigilância, Monitoria e Avaliação através do reporte de dados atempados, completos e de qualidade 	<ul style="list-style-type: none"> Proporção de Agregados Familiares que receberam RTIs durante a campanha Proporção de mulheres grávidas que receberam RTIs nas CPN Proporção de Casas Pulverizadas nas áreas alvo (Maputo, Gaza, Inhambane, Zambézia e Nampula) Proporção de mulheres grávidas que fizeram a profilaxia para a Malária
OE2 (qualidade)	<ul style="list-style-type: none"> Expansão do diagnóstico microscópico 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; 	<ul style="list-style-type: none"> Proporção de casos suspeitos de malária testados; % de casos de malária tratados de acordo com as normas. Proporção de pontos focais de Malária que reportam dados através do SISMA

	<ul style="list-style-type: none"> Realização do controlo da qualidade de produtos da malária; 	
OE4 (eficácia e eficiência)	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer 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 regularmente Melhoria da prontidão e resposta às epidemias de malária; 	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de reporte da Malária Taxa de reporte atempado
OE5 (parcerias)	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> Número de reuniões de coordenação Professores formados que disseminam mensagens sobre a Malaria Número de campanhas realizadas para distribuição das redes Mosquiteiras Número de indústrias emergentes que realizam intervenções da malária
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)	<ul style="list-style-type: none"> 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 especialmente a nível dos Cuidados de Saúde Primários Intensificar os esforços de rastreio e tratamento de lesões pré-cancerosas e alterações na mama (cancro do útero, mama e próstata) através da realização de campanhas de despiste dos cancros de útero, da mama e da próstata 	<ul style="list-style-type: none"> Nº de doentes com DNT tratados (desagregados por província) Número de mulheres dos 25 – 54 anos rastreadas com Via na consulta de PF % ou número de mulheres rastreadas para o cancro do colo do útero.

	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir a exposição aos fatores de risco das DNTs e os determinantes sociais relacionados através da consciencialização e criação de ambientes promotores de saúde • Fortalecer a capacidade nacional para acelerar a resposta às DNTs através da integração Ações de formação e introdução de tecnologia inovadora e acessível; 	
OE2 (qualidade)	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de cobertura de rastreio de cancro de colo de útero em mulheres entre 25 - 54 anos
OE4 (eficácia e eficiência)	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer e expandir o Sistema integrado de Vigilância epidemiológica, investigação monitoria e avaliação das DNT • Em colaboração com instituições de pesquisa, realizar estudos do tipo CAP e de prevalência, sobre as DNT e os seus factores de risco 	
OE5 (melhores parcerias)	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o diálogo multissetorial e encontros de advocacia sobre prevenção dos fatores de risco das DNTs (Governo, sociedade civil, instituições religiosas e de base comunitária); • Criar mecanismos para reforçar a integração da prevenção das DNTs e seus indicadores- chave nos • Planos de Desenvolvimento, instrumentos fiscais e agendas sectoriais relevantes; • Estabelecer o Conselho Nacional Multissetorial para a prevenção dos fatores de risco das DNTs como parte dos determinantes sociais de saúde; • Fortalecer a capacidade do programa nacional de DNT para coordenar a operacionalização das • Plataformas multissetoriais para reduzir os fatores de risco a todos os níveis; • Desenvolver capacidades locais para reforçar a tributação sobre o álcool e o tabaco e o seu uso para financiamento em saúde pública; • Reforçar a implementação e/ou criação de mecanismos legais que desencorajem o consumo excessivo do álcool e consumo do tabaco através da implementação da Convenção Quadro do Controlo do • Tabaco e Lei do consumo do Álcool; • 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)	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • % da população das áreas endémicas com informação sobre prevenção
OE2 (qualidade)	<ul style="list-style-type: none"> • 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, manéio 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de deformidade para DTN, desagregada por doença
OE3 (equidade)	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Número e % de pessoas atingidas pelas campanhas de tratamento massivo, desagregado por província e doença
OE4 (eficácia/ eficiência)	<ul style="list-style-type: none"> • Estudar a magnitude de transmissão de algumas doenças tropicais negligenciadas (tripanossomiase, tracoma) • Integração das actividades da filariase 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de postos sentinelas estabelecidos para a vigilância da tripanosomiasis

OE5 (parcerias)	<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> Taxas de contracepção entre adolescentes dos 15-19 anos
OE2 (qualidade)	<ul style="list-style-type: none"> 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 vítimas 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 vítimas de violência 	<ul style="list-style-type: none"> % das US com SAAJs que integram serviços de ATS para HIV
OE3 (equidade)	<ul style="list-style-type: none"> 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) de 189 em 2020 para 228 em 2021 de 228 	asd

	em de 228 em 2021 a 250 em 2023 de 250 em 2023 para 275 em 2024 garantindo a equidade na sua distribuição geográfica	
OE5 (melhores parcerias)	<ul style="list-style-type: none"> 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 Multisectorial 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)	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de cobertura de VAT2 nas escolas (1ª e 2ª classes)
OE5 (parcerias)	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	

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
Objectivos estratégicos	Estratégias e intervenções	Indicadores

OE1 (acesso)	<ul style="list-style-type: none"> • 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 distribuição de métodos de planeamento familiar no circuito comunitário. • Continuar a formar APEs, bem como a sua reciclagem, em todos os distritos do País 	<ul style="list-style-type: none"> • % 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)	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar profissionais de saúde, líderes comunitários, líderes religiosos, organizações da sociedade civil, e organizações de base comunitária, para a promoção da saúde, recorrendo aos mecanismos 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 • 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 	<p>(por definir indicadores de funcionalidade dos APEs)</p>
OE3 (equidade)	<ul style="list-style-type: none"> • 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)	<ul style="list-style-type: none"> • Criar, em coordenação com o DIS, um sistema de M&A das actividades de promoção de saúde e envolvimento comunitário • Avaliação 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)	<ul style="list-style-type: none"> • 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 <i>curricula</i> de formação, para inclusão da educação para a saúde no ensino básico/secundário, e nos cursos iniciais e de pós-graduação; 	<ul style="list-style-type: none"> • % das US existentes que dispõem de comités de co-gestão, designados e em funcionamento

	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer os grupos multi-setoriais 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. 	
--	---	--

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)	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> 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 <i>workshops</i> internacionais, e em cursos de curta duração Integrar aspectos de SM nos currículos de formação de técnicos de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> Número de médicos psiquiatras, psicólogos clínicos, terapeutas ocupacionais, técnicos de psiquiatria e saúde mental formados
OE4 (eficácia e eficiência)	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> Número de estudos sobre prevalência e Conhecimentos, Atitudes e Práticas (CAP) na Epilepsia, Esquizofrenia e Outras Psicoses realizados % de US com ruptura de <i>stock</i> de psicofármacos

OE5 (melhores parcerias)	<ul style="list-style-type: none"> Incrementar a colaboração intra e inter-sectorial, e com a sociedade civil, para promoção da saúde mental e prevenção dos transtornos mentais e de comportamento, mediante planificação e monitoria conjunta das actividades 	<ul style="list-style-type: none"> Número de encontros intra e inter-sectoriais, e com os parceiros, realizados anualmente
-------------------------------------	--	---

Programa: Vigilância em Saúde e Emergência		
Objectivo principal	Indicador de impacto	
Objetivos estratégicos	Estratégias e intervenções	
OE1 (acesso)	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer a capacidade dos distritos de prevenirem e responderem a surtos e epidemias, através da indicação de pontos focais distritais de vigilância epidemiológica (VE) exclusivos 	<ul style="list-style-type: none"> Proporção de distritos com responsáveis de vigilância
OE2 (qualidade)	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar a capacidade dos profissionais de saúde para responder a surtos e epidemias através da formação de mestres em Epidemiologia de Campo e laboratorial e a orientação em epidemiologia de técnicos superiores de saúde pública para afectar a nível provincial Supervisão e formação em serviço sobre as normas e procedimentos Vigilância, em coordenação com os níveis provincial e distrital 	<ul style="list-style-type: none"> Nº de Epidemiologistas de campo formados Nº de supervisões realizadas
OE4 (eficácia e eficiência)	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> % de distritos que submetem informação completa e dentro de prazo, ao DIS (SIS) # de distritos com a expansão de VIDR
OE5 (parcerias)	<ul style="list-style-type: none"> Colaborar com outras instituições do sector (PAV, saúde ambiental, promoção de saúde, INS, etc.) para o fortalecimento das acções de prevenção das doenças potencialmente epidémicas 	<ul style="list-style-type: none"> # de parcerias estabelecidas

Programa: Emergências de Saúde Pública		
Objectivo principal		Indicador de impacto
Contribuir para o fortalecimento da capacidade de gestão de emergências de saúde pública, deteção precoce e resposta atempada a eventos de saúde pública		Total de Unidades Sanitárias implementando Vigilância Integrada de Doenças e Resposta Total de Centros Operativos de Emergências funcionais e activados durante as emergências
Objetivos estratégicos	Estratégias e intervenções	Indicadores
OE1 (acesso)	<ul style="list-style-type: none"> • Actualização do mapeamento da vulnerabilidade a riscos, ameaças e perigos para a Saúde pública no país; • Expandir a estratégia de Vigilância Integrada de Doenças e Resposta (eVIDR) para as Unidades Sanitárias • Operacionalizar os Centros de Emergência em Saúde Pública (COESP) a nível nacional e provincial • Implementar a vigilância comunitária nos distritos prioritários • Garantir a realização da avaliação anual da vulnerabilidade a nível nacional e provincial; • Garantir a elaboração anual de perfis de risco a nível nacional e provincial; • Implementar uma abordagem multisectorial integrada nos Pontos de Entrada prioritários de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional; • Garantir a elaboração a estrutura legal dos COESP; • Garantir o armazenamento e pré-posicionamento de medicamentos, EPI, consumíveis médico-cirúrgicos para responder a epidemias, eventos, emergências de saúde pública e desastres nos distritos de risco; • Garantir a continuidade de serviços durante as emergências de saúde pública, eventos e pandemias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relatório da vulnerabilidade divulgado; • % das Unidades Sanitárias das sedes dos distritos a implementar a estratégia de VIDR; • % de COESP funcionais; • % de distritos prioritários implementando a vigilância comunitária; • % Províncias com perfis de risco elaborados; • % de pontos de entrada prioritários com uma abordagem multisectorial integrada implementada; • Estrutura legal do COESP elaborada; • % distritos de risco com material e medicamentos pré-posicionados e armazenados; • Taxa de cobertura de partos institucionais; • Número pacientes HIV positivos em TARV.
OE2 (qualidade)	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir o funcionamento do COESP, de acordo com o nível de alerta; • Fortalecer a capacidade técnica nacional para implementar medidas eficazes para a preparação, mitigação, resposta e recuperação de epidemias, emergências de saúde pública, eventos e desastres; • Garantir a elaboração anual do plano de preparação e resposta multi-risco, nacional e provincial; • Garantir a actualização das Equipes de Resposta Rápida multidisciplinares (ERR) a nível nacional, provincial e distrital • Reforçar a capacidade de gestão de a epidemias, emergências de saúde pública, desastres e eventos em todos os níveis; • Reforçar a capacidade de diagnóstico laboratorial para prevenir, detectar e responder a emergências de saúde pública; 	<ul style="list-style-type: none"> • % de COES de funcionais de acordo com o nível de alerta; • % de técnicos de saúde de diferentes áreas treinados para a gestão de emergências, desastres e eventos de saúde pública a níveis nacional, provincial e distrital; • Plano de preparação e resposta multi-risco elaborado anualmente; • % ERR multidisciplinares a nível nacional, provincial e distrital que beneficiaram de treino/actualização;

	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar medidas eficazes de controlo de epidemias, emergências de saúde pública, eventos, desastres; • Implementar a vigilância sindrómica para detecção precoce da ocorrência de novos eventos relevantes para saúde pública; • Reforçar a capacidade local de comunicação de risco e envolvimento da comunidade na preparação e resposta a epidemias, emergências de saúde pública, eventos e desastres. 	<ul style="list-style-type: none"> • % de técnicos capacitados para a gestão de epidemias, emergências, desastres e eventos de saúde pública; • % de laboratórios de saúde pública com a capacidade de diagnóstico para detectar as doenças com potencial epidémico no país; • Número de eventos sujeitos à vigilância sindrómica; • Número de Planos para a Comunicação de Risco elaborados.
OE4 (eficácia e eficiência)	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar Revisões Pós Acção/Intra Acção na resposta a eventos de saúde pública • Elaborar e disseminar informações sobre surtos, eventos e resultados de avaliações de risco por meio de boletins, Sitreps, dashboards e outros documentos relevantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de Revisões Pós Acção/Intra Acção na resposta a eventos de saúde pública realizadas • Número de boletins, Sitreps, dashboards e outros documentos relevantes elaborados

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)	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Assegurar a realização de Educação Sanitária na comunidade através de: brigadas móveis, visita porta a porta, contacto individual, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de visitas porta a porta realizadas
OE2 (qualidade)	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de técnicos de medicina preventiva colocados nos principais pontos de entrada (aéreas, marítimas e terrestres) com tráfego internacional

	<p>resultantes das mudanças climáticas, e para realização de inspeções sanitárias e controlo de água e alimentos</p> <ul style="list-style-type: none"> Definição de normas e procedimentos que visem a prevenção de doenças de origem ambiental e a protecção da saúde pública Divulgação e Implementação da Estratégia Nacional para Alimentos Seguros, incluindo a execução do controlo sanitário nos pontos de entrada (aéreos, marítimos, fronteiras terrestre) com tráfego internacional, no quadro da implementação do Regulamento Sanitário Internacional. Elaboração de uma estratégia de saúde ambiental que inclua avaliação dos riscos de saúde resultantes das mudanças climáticas e respectivos mecanismos de resiliência; Melhorar a vigilância das doenças associadas à falta de saneamento adequada; Melhorar as normas relativas a higiene e segurança alimentar. 	<ul style="list-style-type: none"> Existência da Estratégia Nacional de Saúde Ambiental aprovado com respetivo plano operacional; Proporção de pontos focais de saúde ambiental capacitados em matéria relacionada às mudanças climáticas e seus efeitos nocivos ao ambiente e à saúde. Número de inspeções sanitárias realizadas % de regulamentos sobre higiene e segurança alimentar actualizados à luz das directivas do CODEX (FAO/OMS).
OE3 (equidade)	<ul style="list-style-type: none"> Criação e capacitação de pontos focais a nível dos distritos mais vulneráveis, para garantir a preparação e resposta adequadas, no âmbito das mudanças climáticas 	<ul style="list-style-type: none"> Número de técnicos de saúde capacitados sobre a preparação, prevenção e resposta a Emergência Associadas a Eventos Climáticos Extremos e Pandemias
OE4 (eficácia e eficiência)	<ul style="list-style-type: none"> 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 Em colaboração com o LNHAH aquisição e distribuição de KITS de controlo de qualidade da água Melhorar a gestão de lixos biomédicos nas unidades sanitárias até 2024; Colaboração com a CMAM na gestão de vacinas contra a febre-amarela; 	<ul style="list-style-type: none"> Número de Kits de controlo de qualidade de água distribuídos Número de técnicos de saúde capacitados em matéria gestão de lixo biomédico; Número de relatórios de supervisão e apoio técnico produzidos no âmbito de gestão de Lixo biomédico; Número de encontros de coordenação realizados para garantir a disponibilidade de vacinas contra febre amarela
OE5 (parcerias)	<ul style="list-style-type: none"> 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 multisectorial, incluindo do Regulamento Sanitário Internacional até 2015 Fortalecer a colaboração multisectorial por via de grupos técnicos, comissões, etc., para assegurar a implementação de intervenções de âmbito multisectorial, incluindo do Regulamento Sanitário Internacional até 2024. Providenciar a assinatura de memorandos de entendimento com instituições de fins não lucrativos e parceiros de cooperação de desenvolvimentos, para garantir a implementação de intervenções de âmbito multisectorial, incluindo do Regulamento Sanitário Internacional até 2024. 	<ul style="list-style-type: none"> Número de encontros multisectoriais realizados. Número de memorando de entendimento assinados

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)	<ul style="list-style-type: none"> • 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)	<ul style="list-style-type: none"> • 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)	<ul style="list-style-type: none"> • 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)	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • Realizar inquérito provincial para identificar as principais patologias da pessoa idosa (análise situacional) 	<ul style="list-style-type: none"> • # de técnicos de saúde capacitados sobre as doenças da terceira idade • # de Relatórios de Inquéritos Provinciais • # de hospitais com pacote essencial de serviços estabelecido

	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer um pacote essencial 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)	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de registo de informação de cuidados a terceira idade estabelecido e funcional
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)	<ul style="list-style-type: none"> • Alargar os serviços (consultas externas e internamento) das diferentes especialidades de MI e pediatria (neonatologia, neurologia, hematologia pediátrica, gastroenterologia, intensivistas pediátricos e infeciologistas pediátricos) através do recrutamento, formação e colocação de especialistas e técnicos especializados (eg., médicos pediatras nacionais) em todas as capitais provinciais e hospitais rurais 	<ul style="list-style-type: none"> • # de CE por especialidade • Nº de serviços de MI e pediatria criados nas capitais provinciais ou % de capitais provinciais com estes serviços • #r de de formações de especialistas e técnicos especializados feitos • # de médicos especialistas colocados • # de técnicos especializados colocados em todas as capitais provinciais e hospitais rurais
OE2 (qualidade)	<ul style="list-style-type: none"> • 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 infusórias, seringas eléctricas, oxímetros, CIPAPS, etc.) • Realizar visitas de apoio técnico, supervisão e formação em serviço, nas províncias e distritos 	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de mortalidade intra-hospitalar nos serviços de medicina e pediatria • Tempo médio de espera para as consultas (possível medir de rotina?) • # de protocolos/normas de procedimento produzidos para uso obrigatório em cada tipo de US • # de protocolos/normas de procedimentos distribuídos em cada US

	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer as capacidades dos provedores de serviços nas áreas médicas e pediátricas, através de supervisões, cursos de capacitação, encontros nacionais de avaliação Revitalizar os berçários (distritais, provinciais) com vista para a redução da mortalidade neonatal Reforçar a capacidade de retenção de especialistas em pediatria para reduzir as iniquidades de recursos humanos a nível nacional Adquirir equipamentos e ventiladores (CPAP) para os hospitais 	<ul style="list-style-type: none"> # de US equipadas com meios auxiliares básicos de diagnóstico e de tratamento
OE3 (equidade)	<ul style="list-style-type: none"> Colocar e Redistribuir os especialistas pelas USs do país, privilegiando as zonas mais desfavorecidas 	<ul style="list-style-type: none"> Nº de médicos internistas/pediatrias por habitante e por província
OE4 (eficácia e eficiência)	<ul style="list-style-type: none"> Em colaboração com o DIS desenhar um sistema eficiente de registo de informação para os serviços de medicina e pediatria 	<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> Realizar Campanhas de Cirurgia de Fendas Orofaciais; Expandir os serviços de anestesiologia e reanimação, providenciando 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 Área do Bloco Operatório: Expandir os serviços dos blocos operatórios através da formação e colocação de técnicos superiores e Técnicos Médios de Instrumentação em coordenação com DNFP/DRH 	<ul style="list-style-type: none"> # de campanhas de operação de fendas orofaciais # de serviços de anestesia e reanimação expandidos # de técnicos de anestesia colocados nos hospitais Rurais, distritais e gerais # de unidades da dor expandidos nos hospitais através de treinamento de especialistas # de intervenções cirúrgicas realizadas % de hospitais distritais, rurais e gerais com serviços de anestesia e reanimação # de unidades da dor criadas # de técnicos superiores formados e colocados # de técnicos médios formados e colocados
OE2 (qualidade)	<p>Assegurar o funcionamento adequado dos Blocos Operatórios (BO) e pequenas cirurgias, existentes no País, através de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Formação de novos cirurgiões Elaboração de protocolos específicos em cada especialidade cirúrgica 	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de mortalidade intra-hospitalar por serviço (cirurgia e reanimação)

	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar protocolos assistenciais específicos da sala de operações; • Implementar a ficha de checklist cirúrgica da OMS e capacitar o pessoal do bloco operatório em técnica básica e utilização dos kits individualizados em todos os BO • 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 tecnologias médico-cirúrgicas (ex. cirurgias laparoscópicas), a todas as províncias • Realização de visitas de supervisão e apoio técnico, incluindo a formação em trabalho de técnicas básicas do BOs e preenchimento da ficha de checklist em todos BO nas províncias Reabilitar as salas de operações degradadas (todas as dos Hospitais Rurais) incluindo as grandes salas como Maputo, e Nampula; Melhorar a qualidade dos serviços de anestesiologia e reanimação através da requalificação de técnicos de anestesia, de grau médio a superior • Melhorar a qualidade dos serviços dos BO através da colocação de sistema de ar (fluxo laminar) nos Hospitais Centrais e Uso de Esterilizadores de Baixa temperatura (Hospitais Provinciais e Centrais); 	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo médio de espera para as consultas e intervenções cirúrgicas • # de protocolo assistenciais produzidos • # de BOs com ficha de checklist cirúrgica implementados • # de salas de operações reabilitadas • # de técnicos de anestesia e reanimação medio e superior requalificados • # de pessoal do BO capacitados • # de visitas de supervisão e apoio técnico realizadas
OE4 (eficácia e eficiência)	<ul style="list-style-type: none"> • Em coordenação com SIS desenvolver um sistema de informação e gestão dos serviços de cirurgia, anestesia e reanimação, e unidade da dor e do bloco operatório 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • # de CE por especialidade • # de serviços especializados criados nas capitais provinciais, ou % de capitais provinciais com estes serviços

	<p>de especialistas e técnicos especializados em todas as capitais provinciais e hospitais rurais</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar campanhas de cirurgia de cataratas e cirurgias de tracoma triquiase, detecção precoce de glaucoma e erros de refração ao nível periférico Implementação da estratégia SAFE (Norma da OMS) para a diminuição de tracoma folicular abaixo de 5% e diminuição de Tracoma triquiase abaixo de 1/1000 	<ul style="list-style-type: none"> Prevalência de Tracoma na População # de campanhas de cirurgias de cataratas realizadas # de campanhas de cirurgias de tracoma triquiase
OE2 (qualidade/humanização)	<ul style="list-style-type: none"> 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 dos Hospitais Centrais 	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de mortalidade intra-hospitalar nos serviços médico-cirúrgicos (por especialidade) Tempo médio de espera para as consultas e intervenções cirúrgicas # de formações em trabalho realizadas
OE3 (equidade)	<ul style="list-style-type: none"> Colocar e Redistribuir os especialistas pelas USs do país, privilegiando as zonas mais desfavorecidas 	<ul style="list-style-type: none"> Nº de médicos especialistas por habitante e por província (desagregado por especialidade)
OE4 (eficácia e eficiência)	<ul style="list-style-type: none"> Em colaboração com o DIS, desenhar um sistema eficiente de registo de informação para os serviços de especialidades médico-cirúrgicas 	<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> Criar um sistema único e integrado, com definição de uma rede de referência genérica e de redes de referência específicas, para as condições clínicas, competências ou procedimentos específicos, que clarifiquem os circuitos dos doentes 	asd

	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	
OE2 (qualidade)	<ul style="list-style-type: none"> • 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)	<ul style="list-style-type: none"> • 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)	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer mecanismos eficazes de colaboração e coordenação multisectorial 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		Indicador de impacto
Melhorar a condição de saúde oral da população moçambicana		Prevalência das principais doenças orais (a ser definidas na ficha técnica)
Objectivos estratégicos	Estratégias e intervenções	Indicadores
OE1 (acesso)	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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) • # de escolas abrangidas com programas de promoção de Saúde Oral • # de APEs formados em matéria de saúde oral.

	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a quantidade de pessoal qualificado, bem como de meios de trabalho, em especial nos distritos • Formação de (APE´s) em promoção de saúde oral e prevenção de doenças orais • Formar técnicos de prótese dentária de modo a garantir a prestação adequada de serviços de reabilitação oral. • Garantir a integração de saúde oral no pacote de cuidados primários • Incrementar a quantidade de Médico Dentista • Incrementar a quantidade Técnicos de odontoestomatologia) • Incrementar a quantidade Cirurgiões Maxilo-faciais • Incrementar a quantidade de técnicos de prótese dentária nos hospitais de referência • Aumentar o acesso aos serviços especializados em saúde oral através de campanhas de cirurgias de fendas orofaciais • Expandir e apetrechar os serviços de estomatologia a nível nacional • Expandir e apetrechar os laboratórios de prótese dentária nos hospitais de referência 	<ul style="list-style-type: none"> • # de técnicos de próteses dentárias formados • # de Médicos Dentistas formados • # de Médicos Dentistas formados • # de Cirurgiões Maxilo-faciais formados • # de técnicos de prótese dentária nos hospitais de referência • # de campanhas de cirurgias de fendas orofaciais realizadas • # de serviços de estomatologia abertos e apetrechados • # de laboratórios de prótese dentária abertos e apetrechados
OE2 (qualidade/humanização)	<ul style="list-style-type: none"> • Definir o pacote essencial 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 • Inclusão de matéria sobre a manutenção de equipamento dentário no pacote de formação dos técnicos de manutenção • Capacitar os profissionais de saúde oral em matéria de planificação, gestão em saúde e pesquisas operacionais 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de US com serviços de estomatologia, desagregados por área urbana e rural • # de técnicos de manutenção formados em matéria de equipamento dentário • # de profissionais de saúde oral capacitados em matéria de gestão e pesquisas operacionais
OE3 (equidade)	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir a distribuição de equipamentos, materiais e consumíveis adequados para os tratamentos de doenças orais até ao nível primário • Elaborar e implementar a Estratégia Nacional de Saúde Oral a todos os níveis 	<ul style="list-style-type: none"> • # de US de nível primário que receberam equipamento, materiais e consumíveis (Plano de distribuição) • Estratégia Nacional de Saúde Oral elaborada e implementada
OE4 (eficácia e eficiência)	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Relatório de pesquisa elaborado e disponível
OE5 (melhores parcerias)	<ul style="list-style-type: none"> • Alargar e melhorar a colaboração multisectorial (Agricultura, Indústria e Comércio, Obras Públicas, Finanças, Educação, Coordenação Ambiental), 	<ul style="list-style-type: none"> • # de parcerias estabelecidas

	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer colaborações e parcerias com instituições de pesquisa, Universidades e outras instituições relevantes para o desenvolvimento de pesquisas operacionais para apoiar na tomada decisões, desenvolvimento de políticas e advocacia em Saúde Oral 	
--	---	--

Programa: Saúde Ocupacional		
Objectivo principal		Indicador de impacto
Contribuir para a redução e prevenção da morbimortalidade por doenças profissionais		Incidência/prevalência das doenças profissionais
Contribuir para a redução e prevenção da morbimortalidade por doenças profissionais		
Objectivos estratégicos	Estratégias e intervenções	Indicadores
OE1 (acesso/ Utilização)	<ul style="list-style-type: none"> • Formar técnicos em diversas áreas de saúde ocupacional: médicos de trabalho, higienistas e enfermeiros de trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> • # de Médicos de saúde ocupacional formados • # de higienistas formados • # de enfermeiros formados
OE2 (qualidade/ Humanização)	<ul style="list-style-type: none"> • Mapear os principais grupos de empresas no país e os principais factores de risco ocupacional a elas associados • Definir as funções e estrutura do Programa de Saúde Ocupacional aos vários níveis do sector de saúde • Elaborar uma política/estratégia de saúde ocupacional 	<ul style="list-style-type: none"> • # de empresas mapeadas
OE.4 (eficácia e eficiência)	<ul style="list-style-type: none"> • Em colaboração com o DIS, criar um sistema de notificação de doenças relacionadas com o trabalho • Definir a linha de 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)	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer mecanismos eficazes de colaboração e coordenação multissetorial 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	Indicador de impacto

Promover a utilização segura, eficaz, eficiente e de qualidade da Medicina Tradicional e Alternativa com enfoque nos Cuidados de Saúde Primários e de referência.		Proporção de crianças intoxicadas por Tratamentos Tradicionais, nas Unidades Sanitárias
Objectivos estratégicos	Estratégias e intervenções	Indicadores
OE1 (acesso/ Utilização)	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar a cobertura de de CSP fornecidos pelos PMT 	<ul style="list-style-type: none"> Número de pacientes referidos pelos PMTs para as US
OE2 (qualidade/ Humanização)	<ul style="list-style-type: none"> Integrar a MTA no Sistema Nacional de Saúde, através de: <ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> Número e % de Comités de Saúde que integram PMTs
OE.4 (eficácia e eficiência)	<ul style="list-style-type: none"> Priorizar e desenvolver pesquisa na área de medicina tradicional relativa a plantas medicinais (etnobotânica, fitoquímica, ensaios biológicos e clínicos) Desenvolver pesquisas socioantropológicas em relação aos problemas de saúde, no geral 	<ul style="list-style-type: none"> Número de Estudos de pesquisa planificados e realizados
OE.5 (melhores parcerias)	<ul style="list-style-type: none"> 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) 	

Programa: Enfermagem		
Objectivo principal Garantir o fortalecimento na actuação dos Enfermeiros na implementação das normas, procedimentos e cuidados de Enfermagem humanizados no atendimento ao Utente no SNS.		Indicador de impacto Total de Utentes satisfeito com acesso a cuidados Humanizados
Objectivos estratégicos	Estratégias e intervenções	Indicadores
OE1 (acesso/ Utilização)	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar a formação de especialidades e pós graduada nos profissionais de Enfermagem de pelo menos 100 enfermeiros por ano 	<ul style="list-style-type: none"> # de profissionais existentes na US Rácio profissional de enfermagem / habitantes Rácio profissional de enfermagem / camas

	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar a absorção para aumentar a disponibilidade dos profissionais de enfermagem a serviço do SNS segundo a planificação do incremento de fundos no MISAU • Equipar as unidades de urgência e emergências, cuidados intermediários, intensivos, maternidades e neonatologia e capacitar os profissionais que actuam nessas unidades no atendimento do nível primário. • Criar e equipar centrais de esterilização Com autoclaves adequados nos Hospitais Centrais, Provinciais, Rurais e Distritais com bloco operatório e capacitar os técnicos responsáveis pela gestão das centrais de esterilização em 157US(7 HP, 4 HC R, 21, D.25) • Aquisição de meio de transporte apropriado para recolha de material Esterilizado em 157US(7 HP, 4 HC R, 21, D.25) • Equipar as Unidades Sanitárias com equipamento de Gestão de Resíduos Hospitalares (baldes e Incineradoras), segundo o Nível da US • Aquisição de meio de transporte apropriado para recolha de resíduos hospitalar Cumprimento da lei ambiental em 157US(7 HP, 4 HC R, 21, D.25) • Criar e Operacionalização do Comité de Controlo de Infecções nas Unidades Sanitárias • Supervisionar as acções de intervenções para a Prevenção e Controlo de Infecções 	<ul style="list-style-type: none"> • # de US e Profissionais treinadas • # de centrais de esterilização criadas e equipadas • # de carros apropriados adquiridos nos Hospitais • # de incineradoras instaladas • # de carros apropriados adquiridos nos Hospitais • # de Comités Criados e funcionais • # de Supervisões feitas
OE2 (qualidade/ Humanização)	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar uma campanha de Humanização voltada para os profissionais de enfermagem • Implementar a Sistematização de Assistência em Enfermagem nas unidades hospitalares e atenção primária • Actualizar e ampliar os Protocolos de Operacional Padrão de Procedimento de Enfermagem • Introduzir o sistema de monitoria de indicadores relacionados com Assistência de Enfermagem • Capacitar Enfermeiros no conhecimento, cumprimentos das normas, práticas de biossegurança/PCI e gestão de resíduos hospitalares • Fortalecer avaliação do desempenho de PCI, revitalizar e expandir os Comités de Prevenção e Controle das Infecções (PCI) nos Hospitais Provinciais, Centrais, Gerais e Distritais • Expandir a abordagem/estratégia das “Enfermarias Modelo” e sua acreditação para hospitais Centrais e Provinciais para hospitais Centrais e Provinciais* (pré acreditação e acreditação) • Revisão/actualização do Manual de Procedimentos de Enfermagem, bem como dos manuais de esterilização 	<ul style="list-style-type: none"> • # de Profissionais abrangidos pela campanha de humanização • # de indicadores de assistência de enfermagem criados • # de Enfermeiros capacitados • # de hospitais avaliados e com comités funcionais • # de hospitais com Enfermarias modelos e acreditadas • # de enfermeiros que utilizam o manual

	<ul style="list-style-type: none"> Revisão dos materiais do PCI e das Enfermarias Modelo segundo a conjuntura actual 	
OE.4 (eficácia e eficiência)	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver um sistema de informação e gestão de actividades de enfermagem, e registos dos consumíveis utilizados pelos Enfermeiros nos hospitais Integrar a gestão de consumíveis hospitalares utilizados pelos profissionais de enfermagem em um sistema informático em modelo unidose Realizar pesquisa operacional sobre a qualidade dos consumíveis, equipamento e mobiliários usados pelos enfermeiros Monitorar a qualidade dos consumíveis, equipamento e mobiliários usados pelos enfermeiros 	<ul style="list-style-type: none"> # de hospitais com o sistema montado # de pesquisas feitas # de equipamento e mobiliários funcionais
OE.5 (melhores parcerias)	<ul style="list-style-type: none"> Advogar junto a DRH para que os profissionais de Enfermagem tenham um plano de especialização nas várias áreas de interesse (Pós graduação) 	<ul style="list-style-type: none"> # de Especialidade de enfermagem em formação

Serviços de suporte às actividades clínicas (Transfusão de sangue e Medicina física e reabilitação)		
Objectivo principal		Indicador de impacto
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)		Taxa de mortalidade intra-hospitalar, desagregada por doença Incidência/prevalência de sequelas segundo as condições de saúde
Objectivos estratégicos	Estratégias e intervenções	Indicadores
OE1 (acesso/ Utilização)	<ul style="list-style-type: none"> 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 Departamento de Infra-estruturas reabilitar os edifícios dos Centros Ortopédicos existentes HC de Nampula, HG de Quelimane, HP de Inhambane, HR de Majankaze, HR de Vilanculos e construir infra-estruturas onde não existem os serviços (HP de Chimoio) Promover acções, incluindo comunicações/educação massivas e cursos para aumentar o número de doadores de sangue voluntários não remunerados e diminuir os doadores 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 	<ul style="list-style-type: none"> Rácio enfermeiro/camas # de centrais de esterilização criadas % de distritos com serviços de fisioterapia # de centros ortopédicos criados/reabilitados % de sangue proveniente de doadores voluntários

OE2 (qualidade/ Humanização)	<ul style="list-style-type: none"> Expandir a abordagem/estratégia das “Enfermarias Modelo” para hospitais Centrais e Provinciais Garantir a testagem adequada (ELISA) de toda a unidade colhida, incluindo o rastreio para infeções transmissíveis, tipologia sanguínea e testagem de compatibilidade Desenvolver uma Política Nacional de Transfusão de Sangue Em coordenação com o Departamento de Infra-estruturas garantir que as plantas tipo das infra-estruturas de MFR aprovadas sejam inclusas na construção de novas unidades sanitárias Em colaboração com o Departamento de Manutenção e Logística equipar, com equipamento básico, os serviços de fisioterapia e ortoprotesia em funcionamento Dotar os profissionais de MFR em conhecimentos actualizados sobre terapias intensivas. Elaborar um Plano Nacional de Reabilitação, segundo o guião da OMS e a realidade do País. 	<ul style="list-style-type: none"> % de amostras testadas por ELISA
OE4 (eficácia e eficiência)	<ul style="list-style-type: none"> Promover o uso racional de sangue, de forma a reduzir as transfusões de sangue desnecessárias Em colaboração com o Centro de Manutenção, o <i>procurement</i> e fornecedores, estabelecer mecanismos para melhoria de gestão e manutenção dos equipamentos 	
OE5 (melhores parcerias)	<ul style="list-style-type: none"> Advogar junto do MINED para inclusão de aspectos relacionados com a MFR na formação do professor primário e com o MESTP para a abertura de cursos de técnicos superiores de MFR Advogar para separação física de bancos de sangue de laboratórios clínicos Advogar 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: Serviços de suporte às actividades clínicas (Repartição Central de Laboratórios Clínicos)		
Objectivo principal Contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços de diagnóstico laboratorial de qualidade acessíveis de prestação dos cuidados clínicos através do aumento dos serviços de suporte às actividades clínicas (laboratórios clínicas)		Indicador de impacto Taxa de mortalidade intra-hospitalar desagregado por doença
Objectivos estratégicos	Estratégias e intervenções	Indicadores
OE1 (acesso/ Utilização)	<ul style="list-style-type: none"> Assegurar a implementação dos requisitos mínimos para o funcionamento de laboratórios clínicos. Tornar acessíveis os serviços de laboratórios ao utente Fortalecer o sistema de referência de amostras e retorno de resultado. 	<ul style="list-style-type: none"> Número de unidades sanitárias que referem amostras por nível (1, 2, 3 e 4) aumentadas

	<ul style="list-style-type: none"> • Criar um sistema Electrónico sistema para gestão da rede de laboratorial • Expandida a cobertura de acesso do diagnóstico laboratorial (rápido e convencional) <ul style="list-style-type: none"> ○ Alocar os recursos necessários (reagentes, equipamentos, recursos humanos entre outros.) ○ Garantir a existência de contractos de assistência técnica para equipamentos auxiliares 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de unidades sanitárias que fazem diagnóstico rápido e convencional laboratorial aumentadas
OE2 (qualidade/ Humanização)	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir serviços laboratoriais de qualidade e implementar boas práticas de biossegurança e bio proteção para apoiar o manejo clínico de todos os utentes. • Fortalecer a implementação do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) em todas as províncias. • Promover a acreditação dos laboratórios. • Expandir e implementar a ferramenta FOGELA provincial. • Implementar o pacote de Boas Práticas de Laboratório do nível • Expandir e implementar novos testes de proficiência em conformidade com o menu de testes. • Assegurar a qualidade dos reagentes de laboratório. • Melhorar a quantidade e qualidade dos recursos humanos, através de formação contínua, cursos e criação de centros de excelência 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de laboratórios acreditado • Número de províncias dotadas de capacidade para implementar FOGELA nos laboratórios do nível secundário
OE3 (equidade)	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer o sistema de informação laboratorial e promover a acessibilidade a todos os níveis. 	
OE4 (eficácia/ eficiência)	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a disponibilidade dos reagentes e consumíveis • Monitorar o consumo dos reagentes e consumíveis • Implementar uma ferramenta electrónica para monitorar o consumo e disponibilidade de reagentes • Assegurar o funcionamento pleno dos sistemas de informação laboratorial (LIS) existentes no país aos diferentes níveis. • Expandir e optimizado o LIS electrónicos nos laboratórios clínicos dos níveis 2 e 3. • Fortalecer e expandir o acesso ao LIS em papel nos laboratórios do nível 1. • Integrar os sistemas de informação laboratorial a todos os níveis. • Garantir a acessibilidade do LIS para monitorar o uso de indicadores de laboratório para a tomada de decisão á todos os níveis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de laboratórios sem rotura de stock por nível • Número de laboratórios com SIL electrónico implantado
OE5 (melhores parcerias)	<ul style="list-style-type: none"> • Criar e divulgar mecanismo de coordenação com programas relevantes do MISAU e parceiros 	

	<ul style="list-style-type: none"> Estabelecer estratégias para coordenação e identificação de parcerias público privadas (PPP) para o sector de laboratório 	
--	---	--

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)	<ul style="list-style-type: none"> 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 Propor a revisão da lei e regulamentos de funcionamento e registro profissional no exercício da Medicina privada Elaborar protocolos que estabeleçam padrões de qualidade para serviços e cuidados no exercício de medicina privada de acordo com os níveis de classificação Aumentar as capacidades da repartição de MP através do recrutamento, capacitação e formação a nível de especialização do pessoal da MP 	<ul style="list-style-type: none"> # de leis revistas # de regulamentos de funcionamento # de regulamentos de registro de profissional no exercício da MP # de protocolos elaborados # de técnicos capacitados e formados # de técnicos recrutados para a repartição de medicina privada
OE4 (eficácia e eficiência)	<ul style="list-style-type: none"> Em colaboração com o SIS integrar a informação (indicadores) das USP no sistema existente SISMA Integrar a informação (indicadores) das USP no SISMA Criar um sistema electrónico de gestão de informação das USP Criar um sistema de monitoria e avaliação com indicadores básicos das USP 	<ul style="list-style-type: none"> # de indicadores integrados no SISMA Sistema electrónico de gestão de informação criado Sistema de monitoria e avaliação criado

Serviços de gestão das actividades clínicas (gestão hospitalar, hotelaria e lavandaria, e arquivos clínicos)	
Objectivo principal	Indicador de impacto

Garantir uma prestação de serviços eficientes, eficazes e com qualidade que satisfaça os doentes		
Objectivos estratégicos	Estratégias e intervenções	Indicadores
OE2 (qualidade/ Humanização)	<ul style="list-style-type: none"> Melhorar a gestão, localização e segurança dos processos clínicos e dos arquivos clínicos das Unidades Sanitárias, 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); Expandir a implementação da avaliação do risco nutricional em unidades sanitárias com internamento. Criar uma base de dados (Dashboard) para assegurar a monitoria dos serviços de hotelaria Criar e expandir a rede de gabinetes de apoio aos utentes Capacitar funcionários das lavandarias hospitalares em matéria de processamento de roupa hospitalar e biossegurança; Elaborar o manual de normas e procedimentos da lavandaria hospitalar Apetrechar as unidades de processamento de roupas hospitalar Elaborar e implementar a estratégia de hotelaria hospitalar (2020 – 2024). Elaborar manuais, normas e protocolos que orientem a organização e/ou normalização do sector de hotelaria hospitalar (2021 – 2024). Introduzir a nutrição artificial (terapia enteral e parenteral). Capacitar nutricionistas em matéria de nutrição artificial (dietas entéricas e parentéricas) Reprodução de manuais, normas e protocolos elaborados Implementar o manual de dietas hospitalares em todas unidades sanitárias. Capacitar os recursos humanos em boas práticas de manipulação de alimentos (Segurança alimentar) Realizar inventário das infra-estruturas e equipamento disponível e funcional de hotelaria hospitalar Apetrechar as unidades de alimentação, nutrição e dietética com kit`s básico para preparação de dietas. Divulgar e monitorizar a implementação do estatuto e regulamento dos hospitais 	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de mortalidade geral intra-hospitalar (desagregado por província, nível de atenção) Tempo médio de internamento (desagregado por província, nível de atenção) # de hospitais com serviço de aceitação informatizados # de bibliotecários ou arquivistas contratados # de funcionários capacitados # de hospitais com regulamento interno actualizado e divulgado Plano de acção de hotelaria hospitalar elaborado, disponível e implementado Manuais, normas e protocolos elaborados, divulgados e implementados Numero das Unidades Sanitárias que prestam cuidados nutricionais artificiais Número de nutricionistas capacitados em matéria de nutrição artificial Número de unidades sanitárias que implementam dietas do manual Número de recursos capacitados Número de unidades sanitárias inventariados Unidades apetrechadas com Kits básicos de preparação de dietas
OE.3 (equidade)	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> Camas/habitante (desagregado por província, distrito)

	<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir e distribuir de forma equitativa os principais recursos hospitalares (camas, pessoal especializado, equipamento, etc.) 	
OE.4 (eficácia e eficiência)	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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 • Criar um subsistema da gestão da base de dados hospitalares em coordenação com o DIS • Propor o quadro tipo para cada nível de atenção em coordenação com a DRH e SPS • Actualizar o manual de funções de acordo com a complexidade dos hospitais • Mapear os custos relevantes dos hospitais e avaliar os custos por serviços incluindo critérios de alocação de recursos financeiros, humanos 	<ul style="list-style-type: none"> • 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) • # de subsistema de gestão da base de dados hospitalares criados • # de quadro tipo proposto para cada nível • # Manual de funções actualizados • # de hospitais com custos avaliados
OE.5 (melhores parcerias)	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • Propor a terciarização de alguns serviços hospitalares (hotelaria, limpeza, lavandaria, transporte de pacientes) para melhorar o desempenho dos hospitais • Definir a estrutura tipo de um arquivo clinico de acordo com o nível de atenção e propor ao sector de infraestrutura 	<ul style="list-style-type: none"> • # de serviços hospitalares terceirizados • # de plantas elaborados e propostos

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)	<ul style="list-style-type: none"> 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 Expandir os serviços de Violência Baseada no Género para todas as Unidades Sanitárias do País Criar a Comissões de Peritagem Psiquiátrico Forense para assegurar a assistência às vítimas e vitimários da violência em todas as províncias 	<ul style="list-style-type: none"> % de províncias/distritos com SPML/GML % de HC e HP com urgências médico-legais em funcionamento # de Distritos e Hospitais de nível II com Gabinetes Médico Legais criados e funcionais # de unidades sanitárias com serviços de violência Baseada no Género funcionais # de comissões de peritagem psiquiátrico forense criados
OE2 (qualidade/ Humanização)	<ul style="list-style-type: none"> Criar um sistema de referência de produtos/fluidos corporais com interesse médico-legal Criar laboratórios especializados de biologia Molecular - Toxicologia Forenses e ADN em três Hospitais Centrais 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 	<ul style="list-style-type: none"> Fluxograma criado e disponível # de laboratórios de biologia molecular-forense e ADN criados
OE5 (melhores parcerias)	<ul style="list-style-type: none"> Em coordenação com o Ministério da Justiça estabelecer um mecanismo de articulação eficaz com os outros órgãos de administração da justiça. 	

Programa: Terapêutica Hospitalar		
Objectivo principal Assegurar ao uso racional de medicamentos através de desenvolvimento de política, formação, fortalecimento de sistemas de informação e supervisão		Indicador de impacto
Objectivos estratégicos	Estratégias e intervenções	Indicadores

OE1 (acesso/ Utilização)	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer e expandir a análise de consumo de medicamentos em doses diárias definidas para os depósitos das unidades sanitárias, de modo a garantir o uso racional dos mesmos. • Fortalecer e expandir a análise de consumo de medicamentos em doses diárias definidas para as enfermarias das unidades sanitárias, de modo a garantir o uso racional dos mesmos • Fortalecer e expandir a análise de receitas de modo a garantir o cumprimento das normas de prescrição nas unidades sanitárias. • Fortalecer e expandir a análise de cardex de modo a garantir o cumprimento das normas de prescrição nas unidades sanitárias • Expandir os cuidados farmacêuticos aos doentes de modo a melhorar os resultados terapêuticos, segurança no tratamento e a efectividade da intervenção terapêutica nas unidades sanitárias • Realizar a análise de tempo de espera nas farmácias das unidades sanitárias de modo a garantir uma assistência farmacêutica de qualidade no atendimento aos doentes • 	<ul style="list-style-type: none"> • # de US com análise de consumo de medicamentos nos depósitos • # de US com análise de consumo de medicamentos nas enfermarias • # de US que realizam análise de receitas • # de US que realizam análise de cardex • # de US que realizam cuidados farmacêuticos
OE2 (qualidade)	<ul style="list-style-type: none"> • Expandir e fortalecer o funcionamento dos comités Hospitalares de Terapêuticos e Farmácia para monitorar e guiar o uso racional de medicamentos em todas unidades sanitárias • Expandir e Fortalecer o funcionamento dos sub-comités do controlo de resistência antimicrobiana de modo a garantir o uso racional dos antimicrobianos e diminuir a resistência dos mesmos. • Promover a criação de farmácias modelo. • Propor o reforço dos profissionais de farmácia para o Departamento de Terapêutica Hospitalar • Assegurar o acesso e assistência médica e medicamentosa aos funcionários públicos. • Propor a criação de um sistema electrónico integrado de gestão de medicamentos, prescrição electrónica, cuidados farmacêuticos, assistência médica medicamentosa e de monitoria nas unidades sanitárias. • Capacitar os profissionais de farmácia nas áreas específicas de farmácia hospitalar (cuidados farmacêuticos, análise e consumo de medicamentos, análise de cardex, comités de resistência e comité hospitalar de terapêutica e farmácia) 	<ul style="list-style-type: none"> • # de US com comités hospitalar de terapêutica e farmácia funcionais • # de US com subcomités de resistência antimicrobiana funcionais • # de US com farmácias modelo • # de profissionais de farmacêuticos alocados • # de funcionários públicos assistidos no AMM

8.2 Reforço do Sistema Nacional de Saúde

Um sistema nacional de saúde funcional depende de funcionalidade dos blocos constituintes que contribuem para a criação do ambiente adequada e fortificar a prestação dos cuidados de saúde a diversos níveis.

Neste capítulo apresentam-se as intervenções chave visando um maior reforço do Sistema Nacional de Saúde.

8.2.1 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 desequilibradas operando em deficientes condições de trabalho, em termos de equipamento básico e Infra-estruturas. 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 descontinuidade dos cuidados de saúde.

A estrutura de gestão dos serviços de saúde, está a passando por momentos de redefinição e re-funcionalização no âmbito do processo de descentralização em curso no país e no sector de saúde de forma particular.

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 a estratégia de qualidade e humanização
- Instituir o Subsistema Comunitário de Saúde e sua operacionalização
- Instituir mecanismos eficazes de colaboração e coordenação com o sector privado de forma a tornarem-se parceiros efectivos do MISAU

8.2.2 Recursos humanos de Saúde

Apesar do crescimento do sector de saúde como um todo, 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 formação de profissionais de saúde das áreas críticas 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 alguns desafios no uso das ferramentas de planificação estratégica de RHS, fraca implementação da estratégia de retenção de profissionais de saúde e ausência de um Quadro Tipo aprovado pelo MISAU que possa servir de instrumento de planificação e gestão de RHS a todos os níveis (Unidades Sanitárias e Níveis de gestão)

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 nomeadamente:

Vertente estratégica 1: Aumentar a disponibilidade e equidade dos profissionais de saúde competentes e com vocação

Objectivo

- Garantir equidade na distribuição de RHS;
- Garantir excelência na oferta de quadros para o sector saúde;
- Absorver mais e melhores profissionais de acordo com as necessidades planificadas; Manual de Acolhimento e Integração dos Profissionais no Serviço Nacional de Saúde

Vertente estratégica 2: Reter os profissionais de saúde na sua área ocupacional, no nível médio e na rede primária;

Objectivo

- Garantir a evolução dos profissionais de saúde na sua área ocupacional;
- Reter os profissionais de saúde no nível médio;
- Reter os profissionais de saúde no nível primário de atenção;

- Revisão do Decreto 46/2020, de 24 de Julho que fixa em 30% o subsídio de risco para profissionais de saúde e de áreas afins.

Vertente estratégica 3: Elevar o nível de satisfação, competência e vocação dos profissionais de saúde para prestação de serviços humanizados e de qualidade

Objectivo

- Reforçar a meritocracia e reconhecer o desempenho;
- Fortalecer a ligação entre compensação e desempenho;
- Desenvolver competências de liderança e gestão de pessoas nos gestores do sector da saúde;
- Código de ética e deontologia dos profissionais no serviço nacional de saúde;
- Melhorar o nível de competência (incluindo ética) dos funcionários para prestação de serviços.

Vertente estratégica 4 – Dar suporte a implementação de um renovado enquadramento legal, institucional e de gestão de RHS do sector

Objectivo

- Desenhar e implementar reformas com impacto na gestão de RHS;
- Garantir o uso de informação de RH e dos gestores do sector da saúde para tomada de decisão;
- Garantir o cadastramento da força de trabalho dos Agentes comunitários de saúde.

Formação de Profissionais de Saúde

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

8.2.3 Sistema de Informação para a Saúde, Monitoria e Avaliação

8.2.3.1 Sistema de Informação para Saúde

Para uma correcta tomada de decisão, dados de qualidade (correctos, completos, consistentes e atempados) são imprescindíveis. Para que estes pressupostos sejam alcançados, é indispensável a existência e uso de sistemas de informação (instrumentos de registo, envio e visualização de dados) amigáveis para quem são destinados (utilizadores e gestores).

Os principais desafios associados a implementação dos sistemas de informação em Moçambique estão associados a multiplicidade de ferramentas/ sistemas de registo e reporte, fragmentação dos sistemas, falta de financiamento e sustentabilidade.

a) Alinhamento dos dados colhidos e estatísticas produzidas com base nas necessidades de informação do SNS

Objectivo 1: Adaptar os Sistemas de informação para Saúde (SIS), de modo a que os mesmos produzam os dados e indicadores necessários/ utilizados pelo MISAU para a monitoria de planos, projectos e avaliações do estado de saúde da população, do desempenho do SNS, bem como para a gestão operacional.

Principais Resultados Esperados

- Sistema de informação para Saúde, colhendo apenas dados chave e necessários para a monitoria do desempenho dos indicadores do sector.

Intervenções Chave

- Confrontação e alinhamento entre os dados colhidos/estatísticos produzidos pelo SIS, e as necessidades/estatísticas utilizadas no SNS;
- Revisão dos instrumentos de recolha de dados usados pelo SNS para assegurar que geram e respondem aos indicadores definidos.

b) Acesso e Melhoria Contínua da Qualidade de dados

Objectivo 2: Produzir dados correctos, completos, consistentes e atempados.

● **Principais Resultados Esperados**

- Ferramentas de recolha, análise e envio de dados revistas/ actualizadas de acordo com as necessidades actuais;
- Simplificado o mecanismo de agregação dos dados;
- Sistemas de validação de dados estabelecidos;
- Elaborada a Estratégia de Avaliação e Melhoria da Qualidade de Dados do Sector.

● **Intervenções Chave**

- Revisão das ferramentas de colheita (fonte) de dados a fim de reduzir ao mínimo necessário e otimizar a informação produzida;
- Estabelecer as ferramentas e processos de validação de dados;
- Realizar de forma sistemática supervisão formativa no âmbito da implementação de SIS;
- Desenvolver e implementar a Estratégia de Avaliação e Melhoria da Qualidade de dados;
- Expandir a implementação de Sistemas Electrónicos de Gestão de Serviços de Saúde, Logística Farmacêutica e Seguimento de Pacientes.

- Capacitar os chefes de serviço, Directores clínicos e técnicos de estatística sanitária nas US e SDSMAS's sobre os processos de elaboração verificação validação e limpeza de dados

c) **Facilitar a Utilização de Dados na Planificação, Monitoria de Desempenho e Tomada de Decisões**

Principais Resultados Esperados

- Ferramentas de integração de dados, dashboard's ou série de dashboards geridos pelos SIS contendo as estatísticas e gráficos / visualizações com informação precisa, actualizada e de forma mais regular, dos diversos Programas de Saúde/ Direcções Nacionais de Saúde do SNS
- Relatórios automaticamente gerados pelo SIS e enviados pelo DIS-DPC às Direcções Nacionais e Programas de Saúde relevantes

Intervenções Chave

- Elaboração de protocolos ou POP's que definam que dados e estatísticas precisam ser fornecidas/ extraídas para os diferentes tipos de relatórios e/ou actividades (elaboração do PESS, PES, Balanços etc.);
- Elaborar as normas de utilização de dados e estatísticas, de forma que a claramente orientem as actividades chave de gestão;
- Definir as estatísticas, comparações, e visualizações que o DIS precisa fornecer para facilitar a interpretação e utilização pelos responsáveis da implementação dos Programas de Saúde e Direcções Nacionais do SNS;
- Definir e aprovar os mecanismos de comunicação de dados no SNS, á nível interno (MISAU) e externo (Parceiros).

d) **Integração de Informação de Diversos Sistemas de Informação de Saúde em uso no SNS**

Objectivo 1: Integrar ou interoperar no SISMA (*plataforma DHIS2*), os vários sistemas de informação para saúde em uso no SNS, de forma a permitir análises comparativas de insumos, desempenho e resultados.

Objectivo 2: Integrar os dados de outros sectores nas plataformas de análise de dados do Sector Saúde (ex. Dados do CENSO, dados do Sistema de Registo Civil e Estatísticas Vitais do Ministério de Justiça).

Principais Resultados Esperados

- Diferentes subsistemas eletrônicos de informação para a Saúde, interoperando ou comunicando com o SISMA, permitindo análises mais integradas numa plataforma única;
- Migrados para a plataforma DHIS2, todas as plataformas móveis de recolha de dados em implementação de forma individualizada
- Criados painéis de dados para análises comparativas entre as diferentes dimensões: insumos vs desempenho vs. resultados;
- Desenvolvidos e implementados sistemas inteligentes de análise de dados.

Intervenções Chave

- Acreditar o SISMA como o sistema oficial do MISAU, uma vez que está implementado em todo o País, sobre uma tecnologia *Open-source* - District Health Information System 2 (DHIS2) que garante ao MISAU, a propriedade intelectual do sistema.
- Regulamentar a implementação de sistemas eletrônicos no Sector, de modo a que sejam aprovados apenas os sistemas possíveis de interoperar com o SISMA;
- Desenvolver e implementar plataformas inteligentes de análise de dados, que permitam integrar informação sobre insumos e desempenho programático.
- Migração para o SISMA (DHIS2), de todas as ferramentas e processos paralelos de colheita de dados agregados
- Migração, quando viável, das ferramentas de colheita de dados através de dispositivos móveis, para plataformas móveis do MISAU, baseadas em DHIS2;
- Migrar painéis de análises dos programas para o SISMA (DHIS2) ou plataformas de análise inteligente de dados compartilhados

e) Desenvolvimento de Infraestrutura para Implementação de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC)

Objectivo: Criar condições em todos os níveis do SNS (US, distrital, provincial e central), para assegurar a implementação de tecnologias modernas e sustentáveis de informação e comunicação.

Principais Resultados Esperados:

- Implementados sistemas eletrônicos para gestão de serviços de saúde a todos os níveis do SNS.

Intervenções Chave

- Implementar redes cabladas e estruturadas de dados e voz, em edifícios existentes;
- Incluir a planta de rede e comunicação estruturada de dados e voz e camaras de videovigilância nas novas construções;
- Prover serviços de Internet e comunicação de voz para as US's;
- Prever os Recursos Humanos de TIC's nos locais chave, de modo a assegurar a implementação bem-sucedida das diferentes acções estratégicas;
- Garantir a manutenção e assistência técnica das TIC's e do SIS, de modo a assegurar a sua continuidade e sustentabilidade.

f) Governança da Informação

Principais resultados Esperados

- Desenvolvidas e implementadas políticas e mecanismos de governação para melhor gerir, coordenar e integrar os vários subsistemas de informação;
- Desenvolvidas e implementadas políticas e procedimentos de confidencialidade e de protecção de dados.

Intervenções Chave

- Desenvolvimento de uma política e estrutura de coordenação (comitês e TDR para todos os níveis de gestão) para o sistema de informação em saúde.
- Desenvolvimento de políticas e procedimentos de protecção de dados e confidencialidade, e um programa de formação para disseminá-los por todo o sector de saúde.

8.2.3.2 Monitoria e avaliação

A disponibilidade e utilização de dados estatísticos são essenciais para garantir que o SNS ofereça serviços adequados para responder às necessidades da População da forma mais eficiente e eficaz possível. Para que isto ocorra, e para a institucionalização de uma cultura de melhoria contínua da gestão e planificação baseadas em evidências, é essencial que se estabeleça não só sistemas de informação para a saúde que colhem, agregam e analisam os dados de qualidade, mas também que exista um mecanismo para garantir que os dados necessários estejam disponíveis em tempo real, e que o seu uso seja integrado nos processos e actividades de gestão e liderança do MISAU. Com efeito, os dados disponíveis devem ser usados para 3 diferentes finalidades:

- Monitoria e avaliação de planos e projectos;
- Monitoria do desempenho do SNS (cobertura e qualidade de serviços) e do estado de saúde da população;
- Gestão e tomada de decisões operacionais (a todos os níveis do SNS).

Para evitar que o peso do processo de recolha de dados sobrecarregue aos trabalhadores de saúde, prejudicando deste modo a prestação de serviços, é essencial que o sistema apenas recolha os dados chave e necessários para as finalidades estabelecidas.

Finalmente, para garantir uma planificação e gestão racionais, é necessário que o SNS disponha de mecanismos funcionais para agregar, analisar e interpretar os dados de várias fontes de forma que permitam associar os insumos e estratégias do SNS com o desempenho (produtividade e qualidade), resultados e impactos na saúde da população. Para o efeito, é crucial a integração dos diferentes subsistemas de gestão programática, financeira, de recursos humanos, medicamentos, materiais e consumíveis.

Objectivo: Maximizar e sistematizar a utilização de dados e evidências na tomada de decisões estratégicas, formulação e monitoria de planos e projectos, e na gestão operacional do MISAU e do SNS.

a) Monitoria e Avaliação de Planos e Projectos (incluindo PESS, PES e outros)

Principais Resultados Esperados

- Identificados os indicadores de processo e de desempenho para os planos rotineiros do MISAU/SNS;
- Elaborados e regulamentados os critérios de selecção e instruções para elaboração de indicadores para eventuais futuros planos e projectos;
- Definidas as modalidades concretas de produção e utilização de dados nos processos de elaboração e monitoria de planos;
- Colectivos de Direcção dos Directores do nível Nacional e Provincial de Saúde, formados em matéria de utilização de dados para planificação e monitoria dos planos.

Intervenções Estratégicas

- Revisão documental de:
 - Relatórios produzidos pelo SNS, com vista a identificar as estatísticas e dados utilizados;
 - Documentos de Planificação, Monitoria e Avaliação actualmente produzidos pelo SNS e quais dados utilizam (metas, linha de base, indicadores etc.);
 - Relatórios elaborados por parceiros de cooperação do MISAU/ SNS e os dados utilizados;
 - Outros estudos, avaliações e pesquisas efectuados aos SIS, utilização de dados, planificação para identificar outras recomendações para melhor alinhamento;
- Consultas com os gestores e líderes do SNS, parceiros técnicos e de cooperação peritos da área de planificação e monitoria, para identificar dados e estatísticas adicionais essenciais para a monitoria e avaliação.

b) Monitoria do desempenho do Serviços Nacional de Saúde e do Estado de Saúde da População

Principais Resultados Esperados

- Elaborado um quadro único de indicadores de:
 - Saúde da população, e factores de risco, baseado em padrões de referência internacionais com enfoque em Países com perfil epidemiológico e condições socioeconómicos semelhantes às Moçambique;
 - Indicadores de desempenho (cobertura e qualidade) dos serviços prestados pelo SNS
- Elaborados protocolos que definem a utilização e partilha de dados e estatísticas do Sector (ex. que estatísticas devem ser apresentados em quais conselhos, reuniões, como devem ser partilhados / disponibilizados aos líderes do MISAU, GRM, público, parceiros)

Intervenções Estratégicas

- Revisão dos relatórios produzidos pelo SNS, com ênfase nos dados utilizados
- Confrontação dos diversos planos do MISAU/SNS para identificar estatísticos necessários para monitoria de impactos
- Revisão documental de padrões internacionais e regionais para monitorar o estado de saúde populacional e o desempenho de sistemas nacionais de saúde;
- Elaboração ou revisão do quadro de indicadores existentes ou em uso;
- Mapeamento das fontes de informação (SIS, pesquisas regulares, sistemas de vigilância etc.) e análise da qualidade, frequência de produção de dados disponíveis;

c) Gestão e Tomada de Decisões Operacionais

Principais Resultados Esperados

- Identificados os indicadores necessários para a gestão operacional do SNS, necessários para a tomada de decisões quanto á alocação de recursos, planificação operacional etc., em cada nível do SNS;
- Elaborado e distribuído o manual operacional de utilização de dados para gestão do SNS.

Intervenções Chave

- Realização de pesquisa para identificação das necessidades dos decisores e utilizadores de dados em todos os níveis;
- Análise de processos de alocação de recursos em uso no SNS (com ênfase no uso de dados);
- Análise de processos de planificação operacional e estimação de necessidades (com ênfase no uso de dados);

- Mapeamento das fontes de informação em todos os níveis (SIS, Pesquisas regulares, sistemas de vigilância etc.) e análise de qualidade de dados e ou informação e frequência de produção de dados;
- Definição das modalidades e mecanismos de utilização de dados na planificação e gestão operacional.
- Capacitação dos gestores do SNS em todos os níveis no uso de dados em actividades de planificação e gestão operacional

8.2.5 Produtos Médicos e Equipamentos

Objectivos

- Garantir o acesso equitativo e contínuo 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.

Principais Resultados Esperados

Área Farmacêutica

- Elaborado o quadro legal da área farmacêutica nomeadamente:
 - Elaborada e aprovada a Política Nacional Farmacêutica;
 - Elaborado o Regulamento Interno da ANARME I.P, quadro de pessoal e regime de salários;
 - Regulamentada a Lei nº 12/2017 de 8 de Setembro, Lei do Medicamento, Vacinas e outros produtos biológicos para uso humano
- Aumentada a capacidade de testagem dos medicamentos, vacinas, produtos biológicos e de saúde para uso humano através da construção de um laboratório de raiz, respectivo apetrechamento, capacitação dos quadros e acreditação na Norma ISO 17025;
- Operacionalizada a ANARME I.P e em pleno funcionamento (Construção do edifício sede, reabilitação das delegações norte e centro, aquisição de mobiliário de escritório e equipamento informático, contratação de Recursos Humanos)
- Melhorada eficiência e eficácia dos processos da Direcção Nacional de Farmácia, / ANARME I.P através da certificação do seu Sistema de Gestão da Qualidade pela Norma ISO 9001:2015

- Intensificada a inspecção (Boas Práticas – BPC, BPF, BPD, entre outras), fiscalização e supervisão das entidades relacionadas com medicamentos para assegurar a qualidade, segurança e eficácia desejadas
- Intensificada a avaliação do perfil de segurança e de qualidade dos medicamentos em circulação no território nacional
- Introduzido o Registo *on-Line* de Medicamentos e outros produtos de saúde;
- Introduzida a libertação de medicamentos na Janela Única electrónica
- Fortalecido o sistema de informação para apoiar a regulação e supervisão do sector (bases de dados do registo, reacções adversas, inspecções, licenças, etc.)
- Assegurado o funcionamento eficiente do sistema de farmacovigilância, incluindo a monitoria dos efeitos adversos
- Concebida e manter actualizado uma lista de medicamentos tidos como vitais e necessários para o Serviço Nacional de Saúde que considere a complexidade da resposta das unidades hospitalares públicas de nível quaternário.
- Padronizada a lista de materiais médico-cirúrgico de uso corrente, apósitos, consumíveis e reagentes de laboratório e de outros meios complementares de diagnóstico a serem utilizados no Serviço Nacional de Saúde.

Área de Logística, Produtos Médicos e Equipamentos

O Plano Estratégico de Logística Farmacêutica (PELF), porque tem tido uma implementação tardia, continua a ser o documento orientador, modelo de negócio, para as reformas da cadeia de abastecimento de medicamentos e produtos de saúde de uso corrente para melhorar a sua eficiência e eficácia. Neste sentido, será necessário rever e ajustar o Plano de Implementação de longo prazo, nas seguintes linhas:

- Planear a cadeia de abastecimento, identificando a rede de armazéns necessários para, por um lado, acomodar o crescimento esperado da rede sanitária e o consumo de medicamentos e produtos de saúde de uso corrente e, por outro lado, permitir uma distribuição mais eficiente a todas as unidades sanitárias do Serviço Nacional de Saúde.
- Finalizar o Modelo Operacional da cadeia de abastecimento de medicamentos e produtos de saúde de uso corrente, indicando as etapas necessárias para assegurar a continua “integração” dos processos de gestão e informação entre os diferentes intervenientes na cadeia de abastecimentos visando assegurar a visibilidade de toda a cadeia de abastecimento;
- Elaborar o plano de desenvolvimento dos recursos para a cadeia de abastecimentos tendo em conta o planeamento da cadeia de abastecimento e o modelo operacional aprovado.
- Finalizar o desenvolvimento e aprovar um plano estratégico para os sistemas de informação, incluindo as tecnologias relacionadas, para a gestão da logística de medicamentos e produtos de saúde de consumo corrente na cadeia de

abastecimento, assegurando visibilidade e integração com os sistemas de informação para a gestão financeira na base da contabilidade de acréscimo.

- Desenvolver e aprimorar um sistema de distribuição – transporte - terceirizada do nível central – armazéns centrais - até a unidade sanitárias.
- Construir os armazéns necessários para a cadeia de abastecimento no sentido de materializar os objectivos definidos e melhorar a eficiência da gestão da cadeia de abastecimentos.
- Continuar a aperfeiçoar os procedimentos e mecanismos para aquisições (procura, contratações, compra, seguimento das encomendas, desempenho dos fornecedores) assegurando a transparência dos processos e a agilização dos mesmos.
- Melhorar os processos de definição de prioridades, elaborar os mapas de necessidades e os processos de ajustamento das necessidades aos recursos disponíveis para medicamentos e produtos de saúde de uso corrente, documentando as lacunas financeiras que existam.
- Institucionalizar e implementar um sistema de supervisão e auditoria para processos logísticos, em todo o país.

Área de farmácia hospitalar

- Melhorar a gestão de medicamentos e material médico cirúrgico nas unidades sanitárias através da realização da análise de consumo de medicamentos nos depósitos e enfermarias das unidades sanitárias
- Garantir os cuidados farmacêuticos aos doentes crónicos nas unidades sanitárias
- Garantir a implementação dos protocolos terapêuticos nacionais através da realização de análise de receitas e cardex
- Garantir a expansão e funcionamento do comité hospitalar de terapêutica e farmácia nas unidades sanitárias
- Garantir a expansão e funcionamento do sub comité de resistência antimicrobiana nas unidades sanitárias
- Garantir assistência médica e medicamentosa aos funcionários públicos

Intervenções Chave

- Fortalecer e expandir a análise de consumo de medicamentos em doses diárias definidas para os depósitos das unidades sanitárias, de modo a garantir o uso racional dos mesmos.
- Fortalecer e expandir a análise de consumo de medicamentos em doses diárias definidas para as enfermarias das unidades sanitárias, de modo a garantir o uso racional dos mesmos.
- Fortalecer e expandir a análise de receitas de modo a garantir o cumprimento das normas de prescrição nas unidades sanitárias.

- Fortalecer e expandir a análise de cardex de modo a garantir o cumprimento das normas de prescrição nas unidades sanitárias.
- Expandir os cuidados farmacêuticos aos doentes de modo a melhorar os resultados terapêuticos, segurança no tratamento e a efectividade da intervenção terapêutica nas unidades sanitárias.
- Realizar a análise de tempo de espera nas farmácias das unidades sanitárias de modo a garantir uma assistência farmacêutica de qualidade no atendimento aos doentes.
- Expandir e fortalecer o funcionamento dos comités Hospitalares de Terapêuticos e Farmácia para monitorar e guiar o uso racional de medicamentos em todas unidades sanitárias.
- Expandir e Fortalecer o funcionamento dos subcomitês do controlo de resistência antimicrobiana de modo a garantir o uso racional dos antimicrobianos e diminuir a resistência dos mesmos.
- Promover a criação de farmácias modelo.
- Assegurar o acesso e assistência médica e medicamentosa aos funcionários públicos.
- Criar um sistema eletrónico integrado de gestão de medicamentos, prescrição eletrónica, cuidados farmacêuticos, assistência médica medicamentosa e de monitoria nas unidades sanitárias.
- Capacitar os profissionais de farmácia nas áreas específicas de farmácia hospitalar (cuidados farmacêuticos, análise e consumo de medicamentos, análise de cardex, comités de resistência e comité hospitalar de terapêutica e farmácia).

8.2.6 Meios Auxiliares de Diagnóstico

Apesar dos progressos registados, sobretudo na criação de serviços de TAC, MRI e hemodinâmica, 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 até aos 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 imuno-histoquímica 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

8.4.7 Financiamento de saúde e gestão Financeira

Financiamento

Objectivo

- Assegurar o financiamento adequado e sustentável dos serviços de saúde
- Reformar e Reestruturar a DAF para a Melhoria da Gestão Económica e Financeira¹⁸
- Melhorar o Processo de Contratações e reduzir em 80% as aquisições fora do plano

Estratégias¹⁹

- Elaborar a estratégia de financiamento do sector²⁰
- 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, LNHA, 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)

8.4.8 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.

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 e as parcerias para o desenvolvimento do sector
 - Aperfeiçoar os processos de planificação sanitária sectorial e territorial

¹⁸ Objectivos e actividades retiradas do Plano Acelerado de Reformas Institucionais no Sector de Saúde 2013-15

¹⁹ Devem ser harmonizadas com a versão final do Plano de Fortalecimento da Gestão de Finanças Públicas

²⁰ Os passos para a elaboração desta estratégia são abordados no Cap. 7 das reformas

- 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 Inspeções

9 Acções de reformas para o fortalecimento do sistema de saúde

Com vista a materialização dos Objectivos Estratégicos do PESS, o Sector pretende continuar com a implementação da Agenda de Reformas com foco no alcance da Cobertura Universal dos Cuidados de Saúde e baseado nos Blocos de Sistemas de Saúde de acordo com a OMS.

9.1 Bloco 1: Governação e Liderança

Objectivos Estratégicos

9.1.1 Adequar a estrutura do MISAU ao contexto de Descentralização

Acções Estratégicas

9.1.1.1 Elaboração das estratégias de Implementação da Política de Saúde e sua disseminação

9.1.1.2 Revisão do Estatuto Orgânico do MISAU;

9.1.1.3 Implementação da segregação de funções.

9.1.2 Implementar o Processo de Descentralização no Sector Saúde

Acções Estratégicas

9.1.2.1 Elaboração da Estratégia de Implementação da Descentralização do Sector de Saúde;

9.1.3 Reforçar as parcerias entre o Sector de Saúde e os Parceiros;

Acções estratégicas

9.1.3.1 Actualização do Código de Conduta;

9.1.3.2 Elaboração de Guião orientador para adopção de parcerias público privado no Sector de Saúde

9.1.4 Implementar a abordagem de gestão baseada em resultados em todo o sector de saúde e a todos os níveis.

9.1.5 Actualizar o Quadro Legal do Sector de Saúde

Acções estratégicas

- 9.1.5.1 Rever e actualizar o Decreto que define as atribuições e competências do MISAU
- 9.1.5.2 Aprovar e implementar a Lei de Saúde Pública;
- 9.1.5.3 Actualizar a regulamentação da Prestação de Serviços de Saúde no Sector Privado;
- 9.1.5.4 Actualizar o Diploma Ministerial 127 de 31 de Junho.

9.2 Bloco 2: Prestação de Serviços

Objectivos Estratégicos

- 9.2.1 Expandir a pré-marcação de consultas externas;
- 9.2.2 Definir e implementar o Pacote Essencial de Cuidados de Saúde.
- 9.2.3 Reforçar o processo de referência e contra referência de pacientes entre os diversos níveis de atenção e entre os Sistemas Publico, Privado e Comunitário

9.3 Bloco 3: Produtos médicos, Vacinas e Tecnologias

- 9.3.1 Padronizar a gestão da logística dos equipamentos e Consumíveis.

9.4 Bloco 4: Recursos Humanos

- 9.4.1 Elaborar e Disseminar o Guião de Indução dos Profissionais de Saúde.
- 9.4.2 Desenvolver um pacote de Formação em gestão e Liderança para todos os níveis.
- 9.4.3 Implementar novos Modelos de Formação;
- 9.4.4 Aprovar e implementar a estratégia de atração e retenção dos profissionais
- 9.4.5 Ajustar o sistema de qualificadores profissionais
- 9.4.6 Elaboração do Quadro tipo de RH por tipo de Unidade Sanitária
- 9.4.7 Captação de força de trabalho no subsistema comunitário
- 9.4.8 Definir o perfil de requisitos para cargo de gestão (profissionalização da Carreira de Gestão)

9.5 Bloco 5: Sistema de Informação e Monitoria e Avaliação

- 9.5.1 Criar uma base de dados agregada a nível do MISAU através de integração / Interoperabilidade de Sistemas de Informação; e
- 9.5.2 Introduzir e implementar sistemas eletrónicos de recolha de dados baseados no paciente.

9.6 Bloco 6: Financiamento do Sector de Saúde

- 9.6.1 Aprovar e implementar a estratégia de financiamento do Sector Saúde.

10 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 2020-2024. Este capítulo inclui a actualização dos custos do PESS 2020-2024, condição fundamental para a sua implementação.

10.1 O processo de planificação e orçamentação

O ciclo de planificação e orçamentação do GdM é liderado pelo MEF e começa em Novembro de cada ano com a elaboração do CFMP, 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 o MEF define e comunica, em Maio, os tectos orçamentais dos sectores e governos locais para o ano seguinte, a partir dos quais são elaboradas as propostas do Plano Económico e Social e o Orçamento, durante os meses de Junho e Julho.

Uma vez aprovado o CFMP 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 MEF, 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 MEF, logo após a aprovação.

Com base nos tectos orçamentais definidos pelo MEF, tendo em conta os compromissos dos parceiros e as orientações técnicas disponibilizadas pela DPC, os distritos e províncias irão desenvolver os seus PESODs e PESOPs, atendendo também os recentes processos de descentralização e fluxo de informação. A negociação e harmonização destes planos será feita primeiro ao nível provincial e submetidos ao MEF para a elaboração do PESOE nacional.

10.2 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 através das estruturas de gestão descentralizadas. 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.

10.3 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 DPS, SPS 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 PESOP²¹. 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 ONG, para além de participarem na planificação das actividades e na monitoria do desempenho do sector, através dos mecanismos existentes no SWAp, têm a responsabilidade acrescida de assegurar a integração das suas contribuições financeiras²² 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.

²¹ Os Governos provinciais também defendem os seus PESOP (PES e OE provincial) junto do MF

²²Qualquer que seja a modalidade de apoio (on ou off-budget, projectos verticais, etc.)

11 Actualização dos custos do PESS 2020-2024

A expansão dos serviços e intervenções do presente plano estratégico representa uma mudança na abordagem do sector para responder aos desafios de saúde no país. Neste capítulo são apresentados os custos da expansão do PESS para o período 2020-2024, usando a mesma metodologia e ferramenta, *OneHealth costing Tool*.

Metodologia de custeamento

O exercício de custeamento realizado no âmbito da elaboração do PESS 2020-2024 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 costing Tool* (OHCT)²³. 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 alinou-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 um dos programas e em cada uma das componentes do sistema da saúde, nomeadamente: Medicamentos, Artigos médicos e Reagentes, Recursos Humanos, Infraestruturas, Equipamento e Transportes, Logística, Sistemas de Informação e Governação.

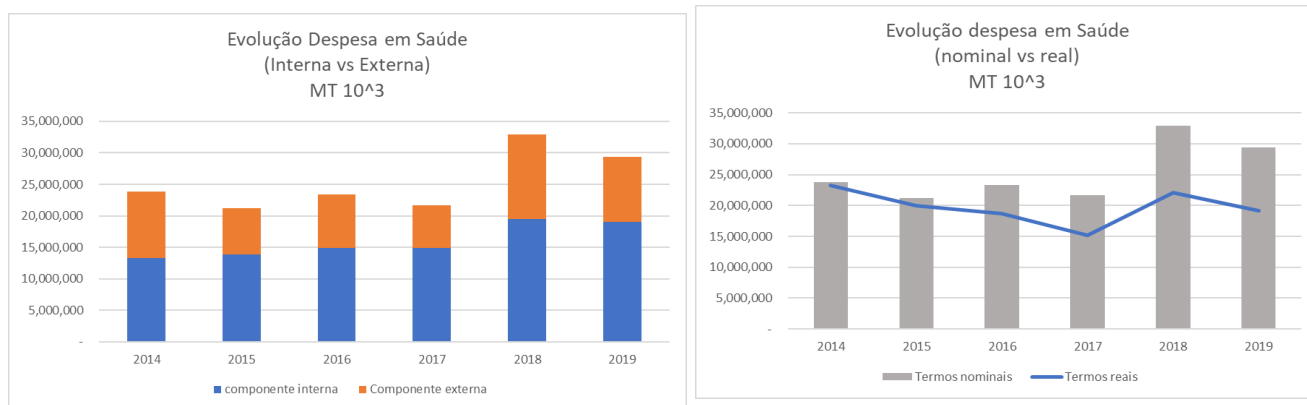
Para a estimativa dos custos directos dos programas na provisão dos serviços médicos (medicamentos, consumíveis e material médico-cirúrgico), o processo seguiu os seguintes passos: primeiro foi identificada uma lista das principais intervenções e serviços médicos próprios de cada programa. De seguida, para cada intervenção, foi definido o tamanho da população alvo²⁴, 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 programas²⁵.

Envelope de Recursos

No presente plano são analisadas as fontes de financiamento ao sector público da saúde, através dos Relatórios de Execução Orçamental 2014-2019. Estes captam toda a despesa pública ao sector proveniente de fundos internos e externos do orçamento do estado (OE). Os fundos externos refletidos nos relatórios são donativos ou créditos canalizados através da Conta Única do Tesouro (CUT), ou bem são donativos em espécie cujo valor foi introduzido nos balancetes da contabilidade pública do MISAU. Os fundos externos off-

budget e off-cut não são captados nestes relatórios. Outras análises mais detalhadas sobre o envelope de recursos provenientes das fontes privadas (sector privado, seguradoras e famílias), dos doadores e ONGs poderão ser feitas quando disponíveis os resultados das Contas Satélites de Saúde 2020.

Figura 25: Evolução da despesa pública em saúde



Fonte: REO MISAU 2014 - 2019

Entre 2014 e 2017, verificou-se uma tendência decrescente da despesa pública total em saúde em termos reais, dada a variação da inflação registada com destaque nos anos 2016 e 2017, observando-se uma recuperação da contribuição do orçamento interno para os anos 2018-2019. Igualmente, os recursos externos denotam uma grande redução até o 2017, resultado da retirada do Apoio Geral ao Orçamento do Estado por parte dos Doadores, em 2016. Os efeitos da crise também tiveram um impacto no Fundo Comum da Saúde (PROSAUDE) que reduziu a sua contribuição em 43,8% durante o período em análise. Contudo, são remarcáveis os esforços do Governo de Moçambique na priorização do financiamento interno alocando cerca de 31% de recursos adicionais em 2018 com relação ao anterior.

É importante salientar que os Relatórios de Execução Orçamental não visualizam uma grande proporção dos fundos externos verticalizados (*off-cut e off-budget*) geridos directamente pelos doadores; este facto remete a uma visão parcial da componente externa da despesa pública em saúde.

Resultados do custeamento 2020-2024

Para o presente período, as necessidades do sector plasmadas no presente PESS representam um custeamento estimado em cerca de **US\$ 10.649 milhões (702.286 milhões MT)**, repartidos anualmente segundo a tabela abaixo:

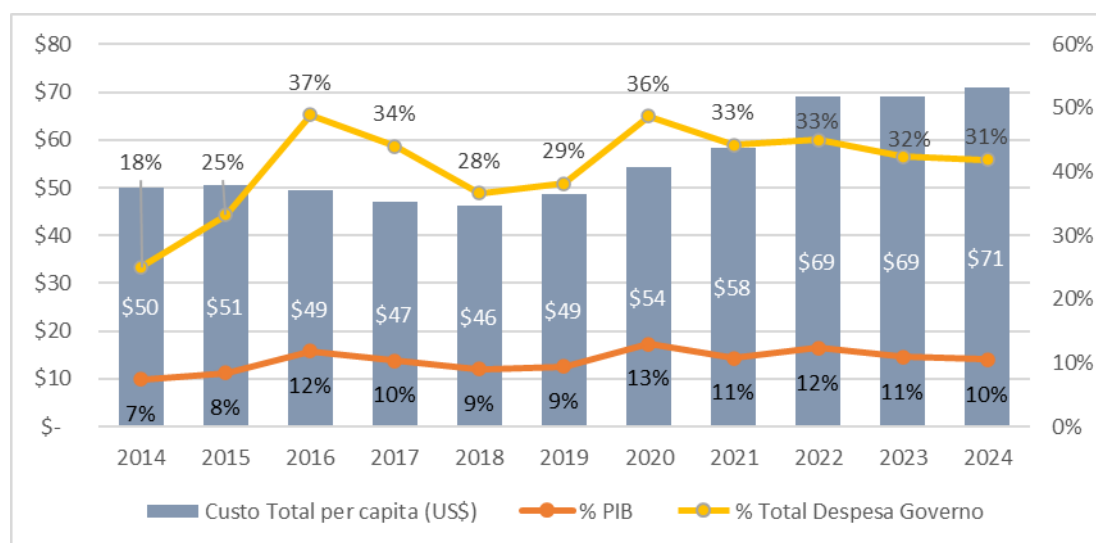
Figura 26: projecção de custos (US\$ 10⁶) e (MT 10⁶)

Ano base (2019)	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL (2020-2024)
\$1 430	\$ 1 698	\$ 1 874	\$ 2 280	\$ 2 340	\$ 2 458	\$ 10 649

90.090 MT	126 505 MT	119 381 MT	144 553 MT	152 078 MT	159 770	702 286 MT
-----------	------------	------------	------------	------------	---------	-------------------

O custo das necessidades do PESS 2020-2024 representa um peso de 10% a 13% do PIB, segundo as previsões de crescimento económico do Fundo Monetário Internacional (FMI); as mesmas necessidades (custo) representam um peso de 31% a 36% sobre o total da despesa do Governo. Adicionalmente, o custo total por habitante, em função das projecções do Censo 2017 (INE), é estimado em US\$54 per capita em 2020 e US\$ 71 per capita em 2024.

Figura 27: Custos relativos do PESS 2014-2019 e 2020-2024

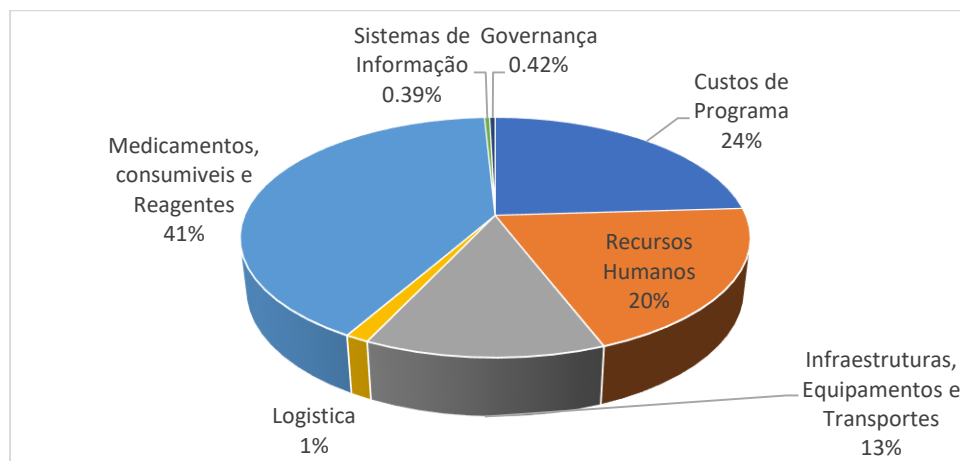


Distribuição Geral dos Custos

A distribuição dos custos por componente do Sistema de Saúde está reflectida na figura abaixo (figura 28), da qual se observa que: (i) 41% representa a componente dos **Medicamentos, Consumíveis e Reagentes**; (ii) 24% representa a componente do **Custo dos Programas**, onde estão contidas as despesas de formação/capacitação, supervisão, M&A, campanhas de advocacia e comunicação, bem como outras despesas relacionadas com a gestão dos programas e (iii) 20% para a componente de **Recursos Humanos**, considerando as metas do PNDRH 2015-2025.

Durante o processo de custeamento, foram identificadas oportunidades de melhoria da eficiência nestas áreas, especialmente na componente de *custo dos programas*, sendo necessário aprofundar a análise para integração das intervenções, maximizando os resultados. As infraestruturas, equipamento e transportes representam 13% dos custos totais. As metas nesta componente baseam-se nas projecções da implementação da iniciativa Um Distrito, Um Hospital Distrital. Finalmente, a componente da logística, incluindo a cadeia de abastecimento, a componentes da Governança e o Sistema de Informação, representam 2%.

Figura 28: Distribuição de custos por componente do Sistema de Saúde



O custeamento pode ser visualizado por programas oferecidos ao SNS; a figura 29 abaixo, ilustra a descrição do custeamento por programa, atendendo o pacote de serviços oferecidos e coberturas estabelecidos até 2024.

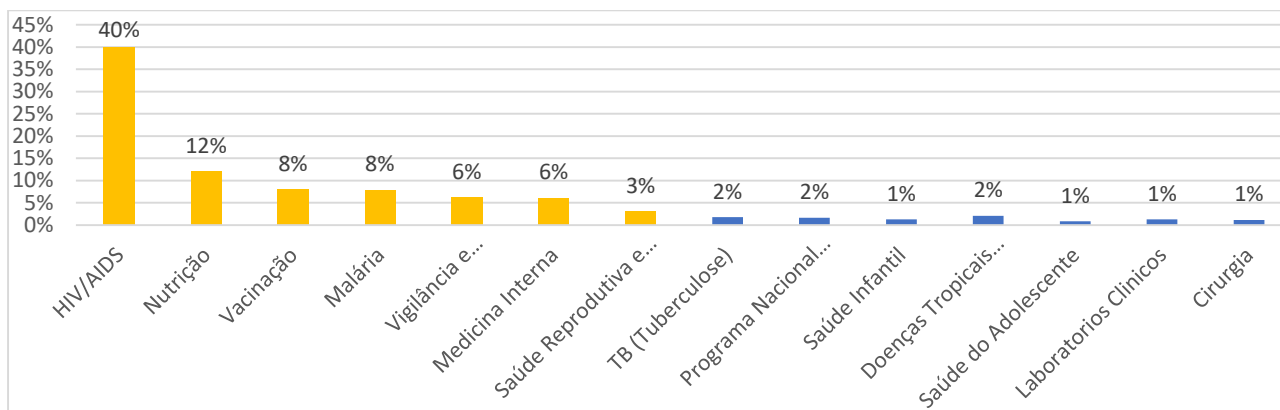
Nesta perspectiva, o programa do HIV representa 40% dos custos totais, sendo este, o programa com maior atracção de recursos externos. As outras doenças endémicas, Malária e Tuberculose, representam 10% dos custos. Em relação as áreas de saúde sexual e reprodutiva, materna, neonatal, infantil, adolescente e nutrição (SRMNIA-N) juntas, representam 17% dos custos totais. De salientar que, o programa de nutrição inclui intervenções de promoção, prevenção e tratamento com foco á mulher grávida, adolescente e criança ao nível comunitário e da Unidade Sanitária, com foco na redução da morbi-mortalidade materna e infantil, desnutrição aguda e sua contribuição na redução da prevalência da desnutrição crónica.

O programa de vacinação alargada (PAV), que representa 8% dos custos totais, incorpora a introdução da vacina HPV, além das intervenções de rotina e campanhas de vacinação ao nível nacional.

A vigilância epidemiológica e resposta às emergências em saúde, representam 6% dos custos totais; estas constituem também um objectivo estratégico adicional na extensão do PESS para o período 2020-2024. As formações e capacitações dos profissionais e equipas de resposta nestas áreas são alguns dos principais elementos do custo do programa.

Finalmente, nas Doenças Não Transmissíveis, as intervenções preventivas e curativas, com foco nos cancros do colo uterino, da mama, da próstata e outros cancros derivados de eventos víricos como o HIV, representam o maior peso de custos para o programa.

Figura 29: custos por programas do SNS (principais programas com maior custo)



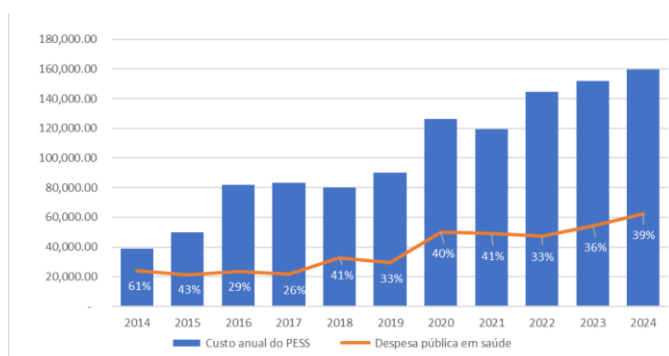
12 Conclusão

Os resultados do custeamento do PESS 2020-2024, com base na ferramenta *OneHealth*, permitiram estimar as necessidades financeiras para atingir as metas globais do presente plano estratégico.

A tendência dos fundos disponíveis para a saúde durante o período 2014-2019 têm vindo a decrescer em termos reais durante a implementação do PESS. Os esforços feitos pelo Governo durante este período, destacando 2018 e 2019, em incrementar e manter os recursos internos é um sinal encorajador sobre a priorização do sector da saúde no OE, embora este, não seja suficiente para responder à cobertura das reais necessidades do SNS.

Os resultados do custeamento mostram um défice médio global de financiamento estimado em 62% para o período 2020-2024; a figura 30 abaixo, descreve a cobertura financeira anual das necessidades estimadas desde 2014, projectando o financiamento público em saúde a partir das projeções da Estratégia de Financiamento.

Figura 30: % de cobertura financeira 2014-2019 e estimativa de cobertura financeira 2020-2024



Neste contexto, torna-se fundamental a mobilização de recursos para o sector, através de mecanismos inovadores de financiamento e a adopção da Estratégia de Financiamento do Sector da Saúde, onde constam as linhas principais de orientação, a destacar:

- Advocacia para o incremento de recursos internos e externos, com propostas concretas a serem discutidas junto do MEF e parceiros de cooperação.
- Aplicação de medidas de eficiência na gestão de recursos para otimizar os resultados em saúde.

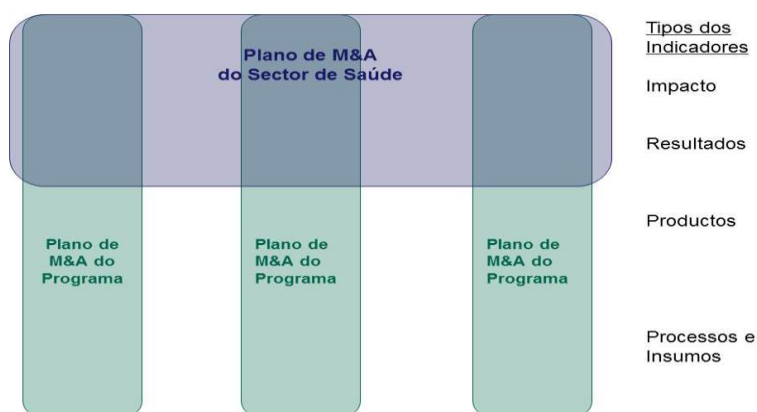
A priorização das intervenções do PESS vai ser materializada anualmente no Plano Económico e Social e Orçamento do Estado (PESOE), com base nos recursos disponíveis para o ano seguinte (n+1).

13 Monitoria e Avaliação

O sistema de M&A do PESS 2020-24 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 PESS²⁶, e outra mais resumida, no sumário executivo, que inclui os indicadores-chave para a tomada de 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 2020-24 está harmonizada e alinhada com os instrumentos e processos de M&A existentes, ou em desenvolvimento, nomeadamente os Balanços regulares do sector, o Quadro Único o *OneHealth*, e os planos e quadros de monitoria e avaliação dos programas; Isto significa que o conteúdo do Quadro Único deverá ser ajustado aos objetivos do PESS. Para além da matriz do PESS 2020-24, 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 2020-24¹⁹, bem como para garantir a melhoria da qualidade, disponibilidade e uso da informação.

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



²⁶ A matrix detalhada é para uso interno do Ministério e encontra-se anexada ao Plano Nacional de M&A

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 longo dos 5 anos do Plano, mas prevê-se que, a partir de 2022, o arranque efectivo das reformas tenha um efeito de substituição – uma das abordagens do pilar repostas por outras em que a coordenação e integração sejam melhores.

O Pilar II tem duas fases: até finais de 2022 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 2022 serão progressivamente implementadas as reformas aprovadas. Assim, na fase I será monitorada a decisão sobre os assuntos chave arrolados no capítulo 7, enquanto na fase II será monitorada a materialização das decisões, 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 2020-24.

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 monitorado²⁷ 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

²⁷Monitoria multi-sectorial, através de inquéritos populacionais, uma vez que a Saúde tem uma influência limitada

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 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 Planificação Estratégica do SWAp. Na selecção dos indicadores serão tomados em consideração os critérios de qualidade dos dados e de viabilidade da sua recolha.

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 do sector. 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 trimestrais²⁸ do PESOE (3, 6, e 9 meses) irão concentrar-se nos indicadores de processo do PESS e em algumas metas cumulativas disponibilizadas pelo SISMA, 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. Os balanços regulares 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 Chess²⁹ 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 (2022) 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 (2020-24) 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 2020-24 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 planos de acção, bem como liderar o processo de orçamentação das actividades de monitoria e avaliação.

²⁸Ao nível micro (direcções, programas e instituições subordinadas) serão encorajados balanços mensais dos “micro” planos.

²⁹Chess/IHP+, July 2010 “Development of a comprehensive M&E component of the national plan, Mozambique”

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 anteriores³⁰ 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 dados³¹, 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.

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

³⁰ 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.

³¹ 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.

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.

14 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 <i>off-budget</i> e <i>offcut</i>	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 que o PESS (2020 – 2024) 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 distorção das prioridades, minando a planificação nacional e o processo de orçamentação do sistema.

- Medidas de mitigação: Definir limites para alargamento 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 externa ao sector, conforme previsto no MdE com os parceiros do PROSAUDE III

- 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. Manter uma colaboração contínua, directa e activa com o organismo nacional de coordenação dos suportes ao programa.

14 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. Incluir 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	Governança	RH	Financiamento	Produtos médicos	SIS e M&A
Desconcentração	<ul style="list-style-type: none"> • Demanda de serviços • Organização dos serviços de saúde • Sistema de referência • Gestão dos serviços • Integração de serviços • Pacote de serviços • Infra-estruturas 					
Delegação	<ul style="list-style-type: none"> • Demanda de serviços • Organização dos serviços de saúde • Sistema de referência • Gestão dos serviços • Integração de serviços • Pacote de serviços • Infra-estruturas 					
Devolução	<ul style="list-style-type: none"> • Demanda de serviços • Organização dos serviços de saúde • Sistema de referência • Gestão dos serviços • Integração de serviços • Pacote de serviços • Infra-estruturas 					
Privatização	<ul style="list-style-type: none"> • IDEM 					

Anexo 03. Síntese de custos do PESS 2020-2024

	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL
HIV/AIDS	\$ 668,493,073	\$ 748,938,498	\$ 863,121,274	\$ 948,008,004	\$ 1,028,242,286	\$ 4,256,803,134
Nutrição	\$ 219,747,097	\$ 245,083,040	\$ 268,630,492	\$ 276,899,274	\$ 281,100,387	\$ 1,291,460,289
Vacinação	\$ 81,952,542	\$ 92,841,256	\$ 217,366,270	\$ 228,791,142	\$ 237,607,121	\$ 858,558,331
Malária	\$ 130,661,817	\$ 142,519,768	\$ 240,786,765	\$ 161,665,307	\$ 165,801,991	\$ 841,435,648
Vigilância e Emergências em Saúde Pública	\$ 116,519,076	\$ 125,346,285	\$ 133,557,737	\$ 138,167,321	\$ 141,287,194	\$ 654,877,612
Medicina Interna	\$ 114,548,942	\$ 122,212,565	\$ 131,229,986	\$ 136,951,042	\$ 141,425,663	\$ 646,368,198
Saúde Reprodutiva e Materna/Recém-Nascido	\$ 57,366,510	\$ 63,497,658	\$ 68,873,563	\$ 72,910,348	\$ 75,834,185	\$ 338,482,264
TB (Tuberculose)	\$ 33,593,772	\$ 36,145,410	\$ 38,994,361	\$ 40,431,600	\$ 41,492,889	\$ 190,658,032
Programa Nacional Cancer	\$ 28,193,811	\$ 30,316,307	\$ 32,785,772	\$ 40,745,568	\$ 41,948,449	\$ 173,989,908
Saúde Infantil	\$ 39,173,902	\$ 42,025,555	\$ 44,471,083	\$ 45,717,034	\$ 46,361,351	\$ 217,748,926

Doenças Tropicais Negligenciadas	\$ 40,747,211	\$ 43,874,498	\$ 45,023,806	\$ 43,642,120	\$ 42,932,570	\$ 216,220,205
Saúde do Adolescente	\$ 14,809,435	\$ 15,869,152	\$ 17,309,060	\$ 18,246,029	\$ 19,216,499	\$ 85,450,175
Laboratorios Clinicos	\$ 24,698,800	\$ 25,563,600	\$ 27,040,431	\$ 27,741,293	\$ 28,181,607	\$ 133,225,731
Cirurgia	\$ 20,914,625	\$ 22,382,907	\$ 23,976,862	\$ 25,022,451	\$ 25,714,478	\$ 118,011,324
Banco de Sangue	\$ 15,118,872	\$ 16,371,854	\$ 17,565,137	\$ 18,181,085	\$ 18,544,479	\$ 85,781,427
SEMMO (Emergencia e Trauma)	\$ 12,090,706	\$ 13,249,731	\$ 14,186,152	\$ 18,387,031	\$ 23,003,778	\$ 80,917,398
Otorrinolaringologia	\$ 9,535,986	\$ 10,989,297	\$ 11,137,828	\$ 12,386,564	\$ 12,103,019	\$ 56,152,694
Ortopedia	\$ 10,189,299	\$ 10,704,355	\$ 11,332,805	\$ 11,629,489	\$ 11,813,478	\$ 55,669,425
Imagiologia e Terapia	\$ 8,638,252	\$ 9,784,224	\$ 10,605,250	\$ 10,818,122	\$ 11,027,848	\$ 50,873,696
Medicina Fisica e Reabilitacao	\$ 8,871,268	\$ 9,371,852	\$ 9,972,572	\$ 10,183,449	\$ 10,438,229	\$ 48,837,370
Saude Oral	\$ 7,455,040	\$ 8,213,844	\$ 10,288,723	\$ 10,082,531	\$ 10,676,152	\$ 46,716,291
Oftalmologia	\$ 7,344,517	\$ 7,984,820	\$ 8,927,031	\$ 9,301,235	\$ 9,592,020	\$ 43,149,624
Anestesiologia	\$ 5,704,500	\$ 6,859,117	\$ 7,400,746	\$ 7,633,835	\$ 7,801,832	\$ 35,400,029
Doenças não Transmisíveis	\$ 5,577,402	\$ 6,300,008	\$ 6,725,410	\$ 6,925,449	\$ 6,584,740	\$ 32,113,008
Enfermagem	\$ 4,279,008	\$ 4,496,949	\$ 4,680,096	\$ 4,802,499	\$ 4,874,822	\$ 23,133,374

Saúde Ambiental e Saneamento	\$ 3,253,782	\$ 3,439,728	\$ 3,673,938	\$ 3,790,494	\$ 3,862,571	\$ 18,020,513
Qualidade e Humanização	\$ 2,830,627	\$ 3,092,920	\$ 3,790,944	\$ 3,884,428	\$ 3,942,403	\$ 17,541,322
Anotomia Patologica	\$ 1,896,095	\$ 3,026,018	\$ 2,966,423	\$ 3,027,498	\$ 3,082,807	\$ 13,998,840
Genero	\$ 945,930	\$ 962,156	\$ 1,019,000	\$ 1,045,836	\$ 1,062,478	\$ 5,035,401
Medicina Legal	\$ 488,460	\$ 468,845	\$ 532,399	\$ 447,852	\$ 509,749	\$ 2,447,305
Farmacia Hospitalar	\$ 398,943	\$ 286,784	\$ 440,774	\$ 451,627	\$ 458,358	\$ 2,036,486
Saúde Ocupacional	\$ 285,589	\$ 282,165	\$ 360,755	\$ 454,557	\$ 389,504	\$ 1,772,569
Saúde Mental	\$ 255,746	\$ 318,924	\$ 420,435	\$ 395,489	\$ 336,837	\$ 1,727,431
Medicina Privada	\$ 129,068	\$ 165,203	\$ 237,000	\$ 170,684	\$ 173,577	\$ 875,533
Gestio e Nutricao hospitalar	\$ 889,558	\$ 546,502	\$ 576,828	\$ 716,802	\$ 566,479	\$ 3,296,169
	\$ 1,697,599,257	\$ 1,873,531,797	\$ 2,280,007,707	\$ 2,339,655,088	\$ 2,457,991,833	\$ 10,648,785,683

Anexo 05: Matriz de Risco Ausaid

Consequências →					
	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)
Probabilidade ↓					
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 06: Análise de Risco para o PESS 2020-24 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				
<p>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).</p> <p>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.</p>	3	4	ALTO	<p>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.</p> <p>Fortalecer as lideranças e capacidade do MISAU de documentar e justificar as necessidades de aumento do orçamento para os Ministérios das Finanças.</p> <p>Manter o diálogo político a nível sectorial com os parceiros externos, actualizando-os com a informação contextual pertinente ao diálogo.</p> <p>Antecipar-se a diferentes contextos económicas introduzindo medidas destinadas a ganhos de eficiência através da utilização eficaz dos fundos parceiros.</p>
<p>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</p>	3	4	ALTO	<p>Desenvolver uma estratégia de financiamento que identifica todas as fontes de financiamento e utilização de recursos no sector da saúde em Moçambique.</p>
Gestão Financeira				
<p>A melhoria nos sistemas de gestão financeira poderá não ser suficiente ou oportuna.</p>	3	3	ALTO	<p>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.</p>
<p>A percepção da existência de risco fiduciário aumenta e prejudica a confiança na relação com os parceiros que fornecem apoio orçamental.</p>	3	2	MÉDIO	<p>Assumir activamente os compromissos do Governo de combater a corrupção e promover campanhas anticorrupção;</p> <p>Fortalecer os procedimentos de auditoria e monitoria interna;</p> <p>Fortalecer a capacidade das equipas de auditoria e contabilidade;</p> <p>Utilizar dispositivos disciplinares para obter melhor implementação das normas existentes na área de gestão financeira.</p>

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	3	2	MÉDIO	Tomar decisões relativas a medidas de retenção e atracção do pessoal para o sector público.

retenção e atracção pouco sustentáveis e constituem um risco para a implementação do presente Plano.				
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 passíveis 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 Planeamento 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 deveser 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.

15. 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; 4º 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 (2015)*, (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 Saúde Pública. *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 Tradicional. *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. *Projeções Anuais da População Total , Urbana e Rural 2007-2040*; (2006). Instituto Nacional de Estatística.

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

Instituto Nacional de Estatística/Ministério da Saúde. *Moçambique-Inquérito Demográfico e de Saúde.*, (2013). Instituto Nacional de Estatística/Ministério 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. *Política 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 Nº 3/2012 - Período de Janeiro a Setembro 2012*, (2012). Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. *Boletim de Epidemiológico Nº 4/2010- Período de Janeiro a Dezembro de 2010*, (2010). Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. *Boletim de Epidemiológico Nº 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 Multisectorial 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 Legislação de Saúde*, (2007). Ministério da Justiça.

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