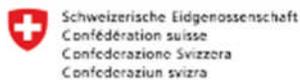




REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

RELATÓRIO DA REVISÃO DO SECTOR DE SAÚDE



Setembro 2012

Aprovado por,

Directora Nacional de Planificação e Cooperação

Dra. Célia de Deus Gonçalves

Médica Especialista em Saúde Pública (Planificação e Administração)

RELATÓRIO DA REVISÃO DO SECTOR DE SAÚDE

CONTEÚDO

Conteúdo	5
Lista de acrónimos	9
Agradecimentos	15
Resumo executivo	17
1. Introdução	21
1.1 Objectivos da Revisão do Sector de Saúde.....	21
2. Metodologia	23
2.1 Grupos de Trabalho da RSS.....	23
2.2 Quadro Analítico	23
2.3 Fontes de Informação.....	24
2.4 Limitações	24
3. Contexto social e económico	25
4. Tendências de cobertura das principais áreas de intervenção	27
4.1 Saúde Materno-infantil.....	27
4.1.1 Saúde materna / saúde sexual e reprodutiva.....	27
4.1.2 Saúde da criança.....	30
4.1.3 Necessidades e constrangimentos	32
4.2 Controlo de HIV/SIDA	33
4.2.1 Necessidades e constrangimentos	37
4.3 Tuberculose.....	37
4.3.1 Necessidades e constrangimentos	38
4.4 Malária.....	39
4.4.1 Necessidades e constrangimentos	40
4.5 Condições Emergentes e Reemergentes (Doenças Não Transmissíveis)	41
4.5.1 Necessidades e constrangimentos	42
4.6 Doenças Tropicais Negligenciadas e Lepra	42
4.6.1 Necessidades e constrangimentos	43
4.7 Ferimentos e Violência.....	43
4.7.1 Necessidades e constrangimentos	45
4.8 Saúde Ambiental.....	45
4.8.1 Necessidades e constrangimentos	48
4.9 Nutrição	48
4.9.1 Necessidades e constrangimentos	50
5. Análise do sistema de saúde	53
5.1 Financiamento da Saúde.....	53
5.1.1 Breve descrição do financiamento da saúde	53
5.1.2 Análise das principais fontes de financiamento da saúde.....	55
5.1.3 Os canais de gestão (pooling) e os mecanismos de compra de serviços	61
5.1.4 Afectação de recursos.....	63

5.1.5	Planificação, orçamentação e gestão de recursos financeiros no sector da saúde	68
5.1.6	Principais conclusões e recomendações.....	70
5.2	Recursos Humanos	73
5.2.1	Crescimento do pessoal	73
5.2.2	Retenção.....	75
5.2.3	Ambiente e condições de trabalho	75
5.2.4	Procedimentos administrativos e descentralização.....	76
5.2.5	Formação.....	78
5.2.6	Principais conclusões e recomendações.....	81
5.3	Governança.....	83
5.3.1	Marco legal.....	83
5.3.2	A descentralização no sector de saúde	83
5.3.3	Elaboração de políticas, estratégias, planos e orçamentação	86
5.3.4	Implementação de políticas: definição de responsabilidades, directivas/regras, incentivos e sanções	88
5.3.5	Envolvimento da sociedade civil	89
5.3.6	Parceiros do sector de saúde.....	90
5.4	Produtos e Tecnologias Médicas.....	94
5.4.1	Entidades envolvidas na logística do sistema de saúde.....	94
5.4.2	Políticas e regulação	94
5.4.3	Quantificação (Previsão)	95
5.4.4	Procura/importação	96
5.4.5	Distribuição/gestão de Inventário	97
5.4.6	Uso racional de medicamentos.....	99
5.4.7	Financiamento.....	100
5.4.8	Recursos humanos.....	101
5.4.9	Sector privado e paraestatal.....	102
5.4.10	Material médico e equipamentos	102
5.4.11	Inovação tecnológica.....	103
5.4.12	Principais conclusões e recomendações	104
5.5	Prestação de Serviços de Saúde	108
5.5.1	Organização do MISAU e prestação de serviços.....	108
5.5.2	Infra-estrutura da rede sanitária na área de prestação de serviços de saúde.....	109
5.5.3	Prestação de serviços de qualidade	110
5.5.4	Sistema de referência.....	114
5.5.5	Rede dos laboratórios de análises clínicas.....	114
5.5.6	Sector privado	115
5.5.7	Saúde comunitária.....	116
5.5.8	Medicina tradicional.....	117
5.5.9	Demanda de serviços.....	117
5.5.10	Principais conclusões e recomendações	118
5.6	Sistemas de Informação de Saúde, Monitoria e Avaliação	120
5.6.1	Estrutura organizacional.....	120
5.6.2	Fontes de informação do SIS e da M&A.....	121
5.6.3	Recursos humanos.....	123
5.6.4	Tecnologias de informação e comunicação (TIC)	124
5.6.5	Qualidade	126
5.6.6	Uso da informação.....	128

5.6.7	Principais conclusões e recomendações	129
6.	Conclusões e recomendações	133
6.1	Balanço do Desempenho do Sector de Saúde	133
6.2	Resumo de Conclusões e Oportunidades Transversais	136
6.2.1	Organização do MISAU.....	136
6.2.2	A descentralização no sector de saúde	137
6.2.3	Financiamento externo do sector de saúde.....	138
6.2.4	Recursos humanos.....	138
6.2.5	informações no sector de saúde.....	139
6.2.6	Sector privado	139
6.3	Formulação do Novo PESS: Recomendações Específicas.....	140
Anexo A: Termos de Referência dos Grupos de Trabalho da Revisão do Sector de Saúde em Moçambique (RSS).		141
Anexo B: Funções dos escalões da administração do Estado e estruturas da saúde correspondentes por nível de atenção.....		151
Anexo C: Documentos consultados		155

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Tendências em indicadores de saúde materna por tipo de área de residência, nível de escolaridade e quintil de riqueza.	28
Tabela 2.	Tendências em indicadores-chave da saúde da criança.....	31
Tabela 3.	Tendências em indicadores de saúde da criança por tipo de área de residência, nível de escolaridade materna e quintil de riqueza.	31
Tabela 4.	Tendências de indicadores-chave de intervenções de malária entre 2003 e 2011	39
Tabela 5.	Tendências de indicadores-chave de intervenções de malária entre 2003 e 2011	40
Tabela 6.	Indicadores de água e saneamento por área geográfica, nível de escolaridade e quintil de riqueza.....	47
Tabela 7.	Indicadores nutricionais	48
Tabela 8.	Tendências em indicadores de nutrição por tipo de área de residência, nível de escolaridade materna e quintil de riqueza	49
Tabela 9.	Comparativa de indicadores de financiamento da saúde entre países da África subsaariana, 2009	54
Tabela 10.	Despesas de saúde em Moçambique por agentes financeiros e provedores, 2006.....	62
Tabela 11.	Execução do Prosaúde central por centros de custo e actividades – não inclui a CMAM (2010).....	66
Tabela 12.	Pessoal de saúde por carreira (2000, 2004, 2010).....	73
Tabela 13.	Evolução do pessoal de saúde nacional por área de afectação (1990-2010).74	
Tabela 14.	Grau de cumprimento de formação de pessoal segundo o PDRH (2005-10) e PAF (2006-09).....	78
Tabela 15.	Grau de despesas de saúde e de descentralização capital em Moçambique no ano 2010.....	85
Tabela 16.	Resumo das políticas, planos e estratégias na Saúde	86
Tabela 17.	Disponibilidade de cesta básica de medicamentos.....	98
Tabela 18.	Número de profissionais na área farmácia	101
Tabela 19.	Número de US por nível e província.....	110
Tabela 20.	Estabelecimentos de saúde privados com fins lucrativos por tipo e província	115
Tabela 21.	Indicadores relacionados a demanda de serviços de saúde.....	117
Tabela 22.	Análise FOFA e resumo do desempenho do sector saúde em termos de equidade (Eq), acesso (A), qualidade (Q), eficiência (Ef) e sustentabilidade (S)...	133

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Indicadores de desenvolvimento Moçambique vs. Média Regional.....	25
Figura 2:	Saúde da criança: tendências em mortalidade por 1.000 nascimentos vivos..	30
Figura 3:	Percentagem de adultos e crianças elegíveis recebendo TARV.....	34
Figura 4:	Percentagem de mulheres grávidas HIV+ recebendo ARV para PTV.....	34
Figura 5:	Proporção de doentes HIV+ que fizeram o tratamento com o Cotrimoxazol durante os últimos 6 meses do período de revisão.....	36
Figura 6:	Cobertura de água e saneamento em Moçambique entre 1990 e 2010 (OMS, 2012).....	46
Figura 7:	Tendências na cobertura de água e saneamento em Moçambique (Water and Sanitation Program).....	46
Figura 8:	Despesas totais e per capita com a saúde, em milhões de Meticais correntes e %, 1995-2009.....	53
Figura 9:	Receita geral do Governo em Moçambique e países vizinhos, % do PIB, 2005-2016 e volume de receitas do Governo, em % do PIB, 2007 2010, com projecções até 2013.....	56
Figura 10:	% de execução orçamental da saúde relativa à execução orçamental do Governo, 2006-2010, Projecção 2011 e peso relativo da componente interna e externa do OE no sector da saúde, 2006 – 2010, Projecções 2011.....	57
Figura 11:	Estrutura do SNS em termos de autonomia financeira.....	64
Figura 12:	Estrutura do SNS em termos de hierarquia administrativa.....	64
Figura 13:	Pessoal nacional no MISAU/SNS por sexo e nível(2010).....	74
Figura 14:	Disponibilidade de medicamentos no sector público.....	98
Figura 15:	Organograma do MISAU.....	108
Figura 16:	Carta dos direitos e deveres dos doentes e normas de cortesia.....	113

LISTA DE ACRÓNIMOS

ACA	Avaliação Conjunta Anual
AdE	Aparelho do Estado
AIDI	Atenção Integrada de Doenças da Infância
AMETRAMO	Associação de Praticantes de Medicina Tradicional
AMM	Assistência Médica e Medicamentosa
APEs	Agentes Polivalentes Elementares
AR	Autoridade Reguladora
ARV	Antiretroviral
ASS	Avaliação dos Sistemas de Saúde
ATS	Aconselhamento e Testagem em Saúde
BCG	Vacina contra a tuberculose
BES	Boletim Epidemiológico Semanal
CA	Centro de Abastecimentos
e-CAF	Cadastro de Agentes e Funcionários do Estado eletrônico
CCC	Comité de Coordenação Conjunta
CCL	Conselho Consultivo Local
CD4	Células cluster of differentiation 4
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CE	Centrais de Esterilização
CERN	Cuidados ao Recém-nascido
CFDMP	Cenários Fiscais e Despesa de Médio Prazo
CID 10	Classificação Internacional de Doenças
CIDA	Canadian International Development Agency
CMAM	Central de Medicamentos e Artigos Médicos
CNCS	Conselho Nacional de Combate Contra a SIDA
CNS	Contas Nacionais de Saúde
COEm	Cuidados Obstétricos de Emergência
COEmB	Cuidados Obstétricos de Emergência básicos
COEmC	Cuidados Obstétricos de Emergência completos
COPEC	Comissão Técnica Permanente de Equipamentos e Consumíveis
CPN	Controlo Pré-Natal
CPT	Terapia Preventiva Cotrimoxazol
CU5	Criança com menos de 5 anos
CUT	Conta Única do Tesouro
DAF	Direcção de Administração e Finanças

DCV	Doenças Cardiovasculares
DDNT	Departamento de Doenças Não Transmissíveis
DF	Departamento Farmacêutico
DfID	Department for International Development
DIS	Departamento de Informação para a Saúde
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
DM	Diploma Ministerial
DMA	Departamento de Monitoria e Avaliação
DNAM	Direcção Nacional de Assistência Médica
DNO	Direcção Nacional de Orçamento
DNSP	Direcção Nacional de Saúde Pública
DNT	Doenças Não Transmissíveis
DPC	Direcção de Nacional Planificação e Cooperação
DPF	Direcção Provincial das Finanças
DPI	Departamento Provincial de Investigação
DPPF	Direcção Provincial de Plano e Finanças
DPS	Direcção Provincial de Saúde
DPT3	Vacina contra difteria, coqueluche e tétano – 3 doses
DRH	Direcção de Recursos Humanos
DSA	Departamento de Saúde Ambiental
DSCM	Direcção de Saúde da Cidade de Maputo
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DTN	Doenças Tropicais Negligenciadas
EGPAF	Elisabeth Glazer Pediatric Aids Foundation
EPI	Equipamento de Protecção Individual
FARMAC	Farmácias Públicas
FC	Formação Contínua
FCA	Fundo de Compensação Autárquica
FG	Fundo Global de Luta Contra HIV, Tuberculose e Malária
FIIL	Fundo de Investimento de Iniciativa Autárquica
FNM	Formulário Nacional de Medicamentos
FNUAP	Fundo das Nações Unidas para a População
FOFA	Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças
FORUMTA	Fórum da Medicina Tradicional e Alternativa
GAAC	Grupos de Apoio à Adesão Comunitária
GAVI	<i>Global Alliance for Vaccines and Immunization</i>
GT	Grupo de Trabalho
HIV/SIDA	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IBD	Incentivos Baseados no Desempenho

ICS	Instituto de Ciências e Saúde
IDEL	Iniciativa de Desenvolvimento Espacial de Libombo
IdF	Instituto de Formação
IDS 2003/2011	Inquérito Demográfico e de Saúde
IEC	Informação, Educação e Comunicação
IGS	Inspeção Geral da Saúde
IHP+	International Health Partnership/Parceria Internacional para a Saúde
IIM 2007	Inquérito de Indicadores de Malária 2007
IIM 2008	Inquérito de Indicadores Múltiplos 2008
IMT	Instituto de Medicina Tradicional
INATER	Instituto Nacional de Transportes Terrestres
INCAM	Inquérito Nacional sobre as Causas de Morte
INS	Instituto Nacional de Saúde
INSS	Instituto Nacional de Segurança Social
IRA	Infecção Respiratória Aguda
ISCISA	Instituto Superior de Ciências de Saúde
ISCTEM	Instituto Superior de Ciências e Tecnologia de Moçambique
JANS	Joint Assessment of National Strategies/Avaliação Conjunta das Estratégias e os Planos Nacionais de Saúde
JMP	Joint Monitoring Programme
LNCQM	Laboratório Nacional de Controlo de Qualidade de Medicamentos
LNIM	Lista Nacional de Indicadores de Monitoria
LOLE	Lei dos Órgãos Locais do Estado
M&A	Monitoria e Avaliação
MACS	Um programa informatizado de gestão de armazéns
MAE	Ministério da Administração Estatal
MCP	Mecanismo de Coordenação do País
MF	Ministério das Finanças
MICOA	Ministério para a Coordenação da Acção Ambiental
MISAU	Ministério da Saúde
MPD	Ministério de Planeamento e Desenvolvimento
ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
OE	Orçamento do Estado
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não-Governamentais
ONUSIDA	Agência das Nações Unidas para a SIDA
PAF	Plano Acelerado de Formação
PARPA	Plano para Redução da Pobreza
PAV	Programa Alargado de Vacinação
PCI	Prevenção e Controlo de Infecções

PCR	<i>Polymerase Chain Reaction</i>
PDRH	Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos
PEDD	Programa Estratégico Distrital de Desenvolvimento
PEP	Plano Estratégico Provincial
PEPFAR	Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para Alívio da SIDA
PES	Plano Económico e Social
PESOD	Plano Económico e Social Operacional Distrital
PESOP	Plano Económico e Social Operacional Provincial
PESS	Plano Estratégico do Sector Saúde
PF	Planeamento Familiar
PIB	Produto Interno Bruto
PIMA	Grupo de Trabalho: Planificação, Informação, Monitoria e Avaliação
PIP	Plano de Investimento Público
PNCL	Programa Nacional de Controlo da Lepra
PNCM	Programa Nacional de Controlo da Malária
PNCT	Programa Nacional de Controlo da Tuberculose
PNDRHS	Plano de Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde
PNMA	Plano Nacional de Monitoria e Avaliação
PNVSS	Plataforma Nacional de Vigilância dos Sistemas de Saúde
PPE	Profilaxia Pós-exposição
PQG	Plano Quinquenal do Governo
PTV	Prevenção de Transmissão Vertical
QAD	Quadro de Avaliação de Desempenho
RED	Reach Every District/Chegar a Cada Distrito
REOs	Relatórios de Execução Orçamentais
RH	Recursos Humanos
RHS	Recursos Humanos de Saúde
RSS	Revisão do Sector de Saúde
SADC	Comunidade de Desenvolvimento da África Austral
SANA	Análise da Situação e Avaliação das Necessidades
SCMS	<i>Supply Chain Management System Project</i>
SDC	Swiss Development Cooperation
SDSMAS	Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social
SETSAN	Secretariado Técnico para Segurança Alimentar e Nutricional
SIFIn	Sistema de Informação da Formação Inicial
SIFO	Sistema de Informação sobre as Formações
SIGEDAP	Sistema de Gestão e Desempenho na Administração Pública
SIIH	Sistema Integrado de Informações Hospitalares
SIL	Sistema de Informação Laboratorial

SIMAM	Sistema de Informação para a Gestão de Medicamentos
SIP/e-SIP	Subsistema de Informação de Pessoal/eletrónico
SIS	Sistema de Informação de Saúde
SISH	SiStema de Informações Hospitalares
SIS-ROH	Sistema de Informação de Saúde – Registo dos Óbitos Hospitalares
SISTAFE/e-SISTAFE	Sistema de Administração Financeira do Estado/eletrónico
SMI	Saúde Materno-Infantil
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SP	Sulfadoxine-Pyrimethamine
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
STH	Helminto Transmitido pelo Solo
SVD	Sistema de Vigilância Demográfica
SWAp	Sector-Wide Approach/Abordagem Sectorial Ampla
TA	Tribunal Administrativo
TARV	Tratamento Antiretroviral
TB	Tuberculose
TB-MDR	TB Multi-Droga Resistente
TB-RED	TB Resistente a Extensivas Drogas
TDO	Tratamento Directamente Observado
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UCB	Universidade Católica da Beira
UEM	Universidade Eduardo Mondlane
UGB	Unidades Gestoras Beneficiárias
UGEA	Unidade Gestora Executora das Adquisições
UNGASS	Assembléia Geral das Nações Unidas
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i>
US	Unidade(s) Sanitária(s)
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
USD	Dólares americanos
VBG	Violência Baseada no Género

AGRADECIMENTOS

Este relatório foi resultado do esforço e colaboração de um grande número de instituições e indivíduos. O MISAU e a equipa gostaria de exprimir a sua gratidão a todos os participantes dos Grupos de Trabalho e dos seminários onde foram feitas essenciais contribuições. O processo de desenvolvimento do documento foi liderado pelo Secretariado: Quinhas Fernandes (MISAU), Moises Mazivila (MISAU), Eva Pascoal (OMS), Elias Cuambe (USAID), Franziska Freiburghaus (SDC), Eddie Kariisa (Health Systems 20/20). Netsanet Workie do Banco Mundial contribuiu para as análises feitas no capítulo de financiamento. A equipa estende os seus agradecimentos aos funcionários de governo, profissionais de saúde, representantes das agências de cooperação, organizações da sociedade civil e organizações não governamentais que compartilharam dados, documentos, seu tempo e suas idéias durante o processo de coleta e análise de dados. O relatório final contou com a contribuição inestimável de Ann Lion (Health Systems 20/20/20).

RESUMO EXECUTIVO

O relatório de Revisão do Sector de Saúde (RSS) de Moçambique enquadra-se numa série de iniciativas em curso que visam contribuir para a elaboração do novo Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS). O relatório tem três objectivos específicos: (1) Avaliar a implementação e o conteúdo do actual PESS; (2) Avaliar as mudanças no estado de saúde em Moçambique através da análise dos dados disponíveis nos últimos 5 a 10 anos; e (3) Realizar uma revisão profunda do sistema de saúde em Moçambique, com ênfase nos seis pilares do sistema: áreas de financiamento da saúde, recursos humanos, governação, produtos e tecnologias médicas, prestação de serviços e sistemas de informação de saúde.

O relatório identificou um número de forças e oportunidades bem como constrangimentos que limitam o desempenho do sector de saúde em todo os pilares. As recomendações da avaliação foram elaboradas para abordar os constrangimentos transversais e destacar opções que tanto o Governo de Moçambique como os parceiros de cooperação podem perseguir para melhorar a prestação dos serviços de saúde no País.

PRINCIPAIS RESULTADOS

Resultados importantes foram alcançados na saúde materna e saúde sexual e reprodutiva. A taxa de mortalidade materna diminuiu de 640 a 550 por 100.000 de 2003 a 2008 e a taxa de partos institucionais também aumentou de 48% a 58%. Por outro lado, as tendências no planeamento familiar estão a reverter-se: 21% em 2003, 16% em 2008 e finalmente 11%, em 2011. Melhorias foram registadas na saúde da criança com uma diminuição da mortalidade infantil de 135 a 64 por 1.000 novos nascimentos de 1997 a 2011. A taxa de prevalência de SIDA estabilizou-se nos últimos anos ao redor de 11,5%. A incidência da tuberculose aumentou em virtude do aumento de casos de co-infecção entre TB-HIV. Os casos de malária de 6.335.757, em 2006, reduziram-se para metade, em 2009. As doenças não transmissíveis constituem um problema crescente na área da saúde pública em Moçambique.

Constata-se que apesar de o sistema de saúde moçambicano ainda enfrentar muitos desafios, houve progressos nos últimos dez anos que colocam o País em posição de continuar a melhorar o desempenho do sistema de saúde e seus resultados.

Financiamento da saúde: Moçambique gasta aproximadamente 39 dólares per capita em saúde, o que é muito menos da média regional. Acresce que Moçambique depende fortemente do financiamento de doadores (66% dos gastos totais na saúde). A contribuição das famílias e do seguro na despesa com a saúde é baixa devido ao reduzido poder aquisitivo da maioria da população moçambicana. Os fundos verticais constituem mais da metade dos recursos do sector. Porém, o gasto público na saúde em geral ainda encontra-se a níveis baixos, 6,2% do gasto público. A gestão do financiamento da saúde está descentralizada visando transferir a responsabilidade da planificação e custos dos orçamentos de saúde às províncias e distritos. Todavia, importa salientar que os processos de planificação e orçamentação ao nível descentralizado não são consistentes. Além disso, o conhecimento da gestão financeira ao nível distrital é limitado e o sistema informatizado de gestão de recursos financeiros, e-SISTAFE, não está ainda instalado em todos os distritos.

Recursos humanos: o desenvolvimento dos recursos humanos está limitado designadamente pelos seguintes factores: baixo salário de base dos trabalhadores da saúde, distribuição inadequada dos trabalhadores no território do País, escassez de médicos, limitada supervisão de qualidade e condições de trabalho insuficientes. Não obstante, regista-se algum progresso desde 2000, nomeadamente: elaboração de políticas e estratégias sobre recursos humanos na saúde, aumento consistente do número

de trabalhadores da saúde e médicos, abertura de novas faculdades de medicina, realização de muitas capacitações e introdução de um sistema de incentivos para o pessoal de saúde deslocar-se às zonas rurais.

Governança: Existe um conjunto de políticas, estratégias, leis e regulamentos relacionadas aos serviços de saúde. A descentralização na saúde está em curso. Todavia, as competências, fundos e recursos humanos nos níveis da administração do Estado e estruturas sanitárias descentralizadas não são bem definidos, pelo que não têm em conta a qualidade dos serviços prestados. Existem muitos actores-chaves no sector de saúde, além do MISAU nomeadamente, a sociedade civil, os parceiros de cooperação, o sector privado e a medicina tradicional. Todavia, o sector privado e a medicina tradicional não estão regulamentados de forma a contribuir com o Serviço Nacional de Saúde para a melhoria dos cuidados de saúde. Finalmente importa salientar a necessidade de fortalecer o envolvimento comunitário na avaliação dos serviços recebidos.

Produtos e tecnologias médicas: Ainda não foi adoptada uma política Farmacêutica para o País. De igual modo, a aquisição e abastecimento de medicamentos e produtos médicos cirúrgicos para apoiar a prestação de serviços ainda constituem-se desafios importantes. O MISAU, ainda, administra o aprovisionamento e a distribuição de medicamentos. Porém, ainda subsistem problemas no que concerne a sistemas de previsão de produtos de saúde e deficiente informação, atrasos no aprovisionamento e limitado controle de qualidade. Ademais, a dependência externa no financiamento dos produtos de saúde é elevada.

Prestação de serviços de saúde: A cobertura dos serviços de saúde primários aumentou desde 2000. Todavia, a cobertura geográfica das infra-estruturas de saúde de base ainda é muito baixa. A qualidade da prestação dos serviços ainda está aquém do esperado devido a questões relacionadas com todos os outros pilares – financiamento insuficiente, recursos humanos inadequados, lacunas em governação (planificação, gestão), falta de produtos essenciais e limitados geração e uso de informação – assim como factores como a necessidade de melhorar a implementação de normas e protocolos nas unidades sanitárias e programas de melhoria de qualidade. Os programas de saúde comunitária exercem uma função essencial, apesar de serem bastante fragmentados e dependerem fortemente do apoio financeiro dos parceiros de cooperação.

Sistema de informação de saúde, monitoria e avaliação: Existe um sistema informatizado do sector de saúde, composto, para além dos sistemas do MISAU, dos sistemas geridos pelo Instituto Nacional de Estatística (censos, análises demográficas, pesquisas sobre mortalidade etc.), informações sobre registos vitais e informações de todas as entidades vinculadas ao sector. Todavia, existe um amplo consenso sobre a necessidade de desenvolver um sistema de informação de saúde harmonizado que concilie as diferentes fontes de dados e mecanismos de qualidade de modo a simplificar e integrar o processo de recolha e agregação de dados. De igual modo, existem atrasos significativos e restrições, nomeadamente: a qualidade e fiabilidade de dados e informações produzidas, a disseminação e uso de informação de saúde pública para planificação e orçamentação, a capacidade limitada dos recursos humanos para a recolha e gestão de dados sobretudo a nível descentralizado, limitada verificação de dados, insuficiente acesso à internet e equipamentos e o fluxo de informação de mão única das unidades sanitárias para os níveis mais altos do sistema.

OPORTUNIDADES E RECOMENDAÇÕES

Com base nos resultados apresentados para os pilares individuais foram identificadas questões transversais e específicas, além de propostas para abordar os problemas. Estas questões prioritárias estão detalhadamente discutidas no capítulo de conclusões e recomendações (Capítulo 6) porém nesta secção são somente listadas como se segue:

1. Organização do MISAU: definir claramente objectivos, atribuições e competências de todos os órgãos no novo organograma.
2. Descentralização: elaborar uma política de descentralização, actualizar certas legislações e fortalecer capacidade aos níveis descentralizados para exercer suas novas funções.
3. Financiamento externo do sector saúde: explorar alternativas para aumentar o financiamento interno do sector, assim como aumentar a eficiência do uso dos fundos existentes.
4. Recursos humanos: revisar salários de base, estatuto dos funcionários de saúde e políticas de incentivos, concentrar formações em cuidados primários e integrados.
5. Informações de saúde: seguir com a recomendação de harmonizar o sistema de informação, com especial atenção na qualidade dos dados e melhorar a retro informação dos dados através de todos os níveis até as unidades sanitárias.
6. Sector privado: realizar uma análise profunda deste sector ainda pouco estudado e explorado em Moçambique.

Recomendações específicas para a elaboração do próximo PESS

1. Alinhar temporalmente o novo PESS com os planos do Governo.
2. Estruturar o novo PESS ao longo dos seis pilares do sector de saúde.
3. Conter um menor número de estratégias, que sejam priorizadas e incluindo: indicadores, metas de execução, instituição do MISAU responsável por cada estratégia, prazo para alcançar os resultados esperados e integrando-se um plano de trabalho.
4. Integrar os indicadores do PESS com os do PARPA.

I. INTRODUÇÃO

O Plano Estratégico do Sector Saúde 2007-2012 (PESS) aproxima-se do fim e o processo para a elaboração do próximo PESS já foi iniciado. Inicialmente o Ministério da Saúde (MISAU) havia aprovado dois exercícios para contribuir no processo de elaboração de novas estratégias e planos do sector de saúde: a Análise da Situação do Sector e a Avaliação do Sistema de Saúde (ASS). Por outro lado, Moçambique é um país beneficiário da iniciativa IHP+ (International Health Partnership/Parceria Internacional para a Saúde). O processo de IHP+, requer que os governos realizem revisões conjuntas das estratégias nacionais. Assim sendo, havia uma possibilidade de Moçambique realizar uma Avaliação Conjunta das Estratégias e os Planos Nacionais de Saúde (JANS - Joint Assessment of National Strategies).

Em 2011 o MISAU e o Grupo de Trabalho PIMA (Planificação, Informação, Monitoria e Avaliação) do Grupo de Parceiros da Saúde iniciaram uma discussão com o propósito de explorar a possibilidade de fundir as avaliações numa única avaliação geral do sector de saúde. Portanto, um estudo híbrido, daqui em diante designado como uma Revisão do Sector de Saúde (RSS) baseado em duas abordagens da ASS e a Plataforma Nacional de Vigilância dos Sistemas de Saúde (PNVSS), vulgo CheSS, foi proposto para avaliar a situação de saúde de modo a formar-se a base para a criação de novas políticas e planos do sector de saúde.

I.1 OBJECTIVOS DA REVISÃO DO SECTOR DE SAÚDE

O objectivo da RSS é providenciar um diagnóstico geral do sector de saúde, com ênfase no nível de implementação do actual PESS, estratégias e programas nacionais chave do sector de saúde e os pilares do sistema de saúde. Os objectivos específicos da RSS são:

- i. Avaliar a implementação e o conteúdo do actual PESS, identificar os sucessos, bem como avaliar a implementação de outros programas prioritários de saúde (HIV, malária, saúde materno-infantil, etc.);
- ii. Avaliar as mudanças no estado de saúde em Moçambique através da análise dos dados disponíveis nos últimos 5 a 10 anos;
- iii. Realizar uma revisão profunda do sistema de saúde em Moçambique, com ênfase nas áreas de financiamento da saúde, recursos humanos, governação, produtos e tecnologias médicas, prestação de serviços e sistemas de informação de saúde.

Nos últimos dez anos foram elaborados inúmeros estudos e avaliações em Moçambique sobre aspectos específicos do sector e áreas de saúde, como por exemplo recursos humanos, logística e HIV/SIDA. A RSS pretende acrescentar valor proporcionando um resumo consolidado do sector como um todo, avaliando principais progressos e desafios na implementação do PESS e analisando as questões transversais do sector saúde, com recomendações específicas para o próximo PESS.

2. METODOLOGIA

2.1 GRUPOS DE TRABALHO DA RSS

A RSS foi realizada através de Grupos de Trabalho (GT) designados para cada capítulo (ver Anexo A para a composição e termos de referência de cada grupo). Realizou-se um seminário técnico em outubro de 2011 que congregou os coordenadores dos GT assim como elementos chave dos grupos para atribuir tarefas e responsabilidades e garantir a coordenação entre os diferentes grupos. Os objectivos do seminário foram:

- Informar sobre o processo e contexto;
- Finalizar os termos de referência dos GT e concordar com as actividades específicas e questões a serem tratadas pelos GT;
- Atribuir as tarefas, responsabilidades e termos de referência a membros específicos dos GT.

Um segundo seminário técnico ocorreu em dezembro de 2011 para avaliar o progresso dos diferentes GT, identificar lacunas pendentes e iniciar a compilação do primeiro rascunho da RSS.

Finalmente, um terceiro seminário foi convocado para setembro de 2012 para validar, priorizar e finalizar as recomendações da RSS.

2.2 QUADRO ANALÍTICO

A RSS utilizou duas principais categorias para a análise:

Principais áreas de intervenção- estas foram analisadas em termos das tendências nos últimos dez anos: resultados, equidade, qualidade, cobertura, necessidades e constrangimentos:

- i. Saúde materno-infantil
- ii. HIV/SIDA
- iii. Tuberculose
- iv. Malária
- v. Condições emergentes e reemergentes (doenças não transmissíveis)
- vi. Doenças tropicais negligenciadas
- vii. Ferimentos de violência
- viii. Saúde ambiental
- ix. Nutrição

Pilares do sistema de saúde de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS)- estas foram analisadas de acordo com as sub-categorias mais adequadas para cada componente, assim como uma análise dos principais progressos em relação ao PESS, conclusões e recomendações:

- i. Financiamento da saúde
- ii. Recursos Humanos
- iii. Governança

- iv. Produtos e tecnologias médicas
- v. Prestação de Serviços de Saúde
- vi. Sistemas de Informação de Saúde/Monitoria e Avaliação

2.3 FONTES DE INFORMAÇÃO

O foco desta revisão foi a análise e sistematização de dados existentes, como inquéritos de saúde, avaliações, dados administrativos e de rotina, relatórios de análise e outros estudos e pesquisas disponíveis. O Anexo C contém a lista completa de documentos consultados (bibliografia). Além da análise literária, os GT realizaram entrevistas com informantes chave e visitas de campo para enriquecer e elaborar a informação literária.

2.4 LIMITAÇÕES

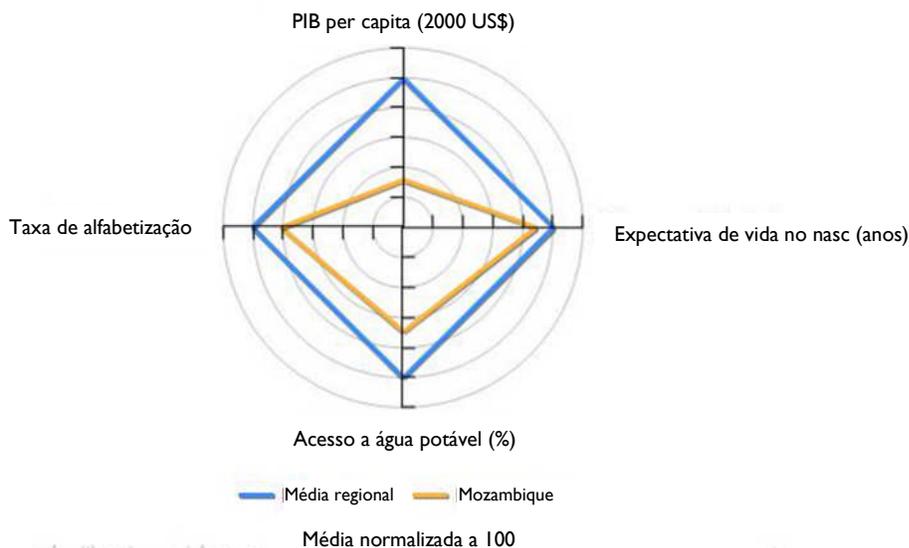
O uso de fontes existentes de informação limita a quantidade de informação nova que pode surgir desta análise. Esta análise também não é capaz de atribuir causas a tendências descritas, mas pode somente especular possíveis condições contribuintes com base na informação recolhida. Finalmente, a limitação de tempo e recursos não permitiu o aprofundamento em certas áreas que seriam de muito valor. Nestes casos, procurou-se sempre identificar claramente as áreas que poderiam beneficiar-se de uma análise mais profunda.

3. CONTEXTO SOCIAL E ECONÓMICO

Após a sua independência do colonialismo português em 1975, Moçambique sofreu uma longa guerra civil de 1976 a 1992. No fim desta guerra o governo assinou o acordo de paz que tem sido respeitado há quase 20 anos. Nos meados dos anos 80, Moçambique embarcou num programa de reformas políticas e económicas com o apoio do Fundo Monetario Internacional, Banco Mundial e vários doadores ocidentais. Estas reformas consistiram na liberalização da economia, discussão e aprovação de uma nova constituição multipartidária mesmo antes do acordo de Paz.

No presente, Moçambique tem uma população de 23,4 milhões e um produto interno bruto (PIB) per capita de US\$ 390 (Health Systems Database) (2010). A taxa de alfabetização em adultos é de 55% e 62% da população vive em áreas rurais (Health Systems Database). O acesso a água potável é mais baixo em Moçambique (47%) do que em outros países do mesma região (68%) ou nível económico (65%) e a expectativa de vida (49) também é mais baixa que a média para a região da África Sub-Sahariana (56) (Health Systems Database). A expectativa de vida é um dos indicadores considerados como uma medida do estado geral de saúde e da qualidade de vida da população. A Figura 1 abaixo resume os indicadores descritos acima para Moçambique em comparação com a média regional.

FIGURA 1: INDICADORES DE DESENVOLVIMENTO MOÇAMBIQUE VS. MÉDIA REGIONAL



Data Source: Based on data from World Bank (2011b), WHO-Global Health Observatory (2011)

Nos últimos 20 anos a população cresceu de 13,6 para 23,4 milhões e até 2025, espera-se que a população alcance 32.4 milhões (United Nations, 2011). A taxa de urbanização também quase duplicou nesse período, de 21% em 1990 a 38% em 2010 (World Health Organization, 2012). Apesar do crescimento económico constante em Moçambique, de acordo com o ultimo relatório nacional de progresso sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODMs), elaborado em 2010, a percentagem da população vivendo abaixo da linha nacional de pobreza em Moçambique permaneceu 54.7%. A proporção de mulheres sem escolaridade reduziu de cerca de 43% em 1997 para 31% em

2011, enquanto a proporção de mulheres com o nível secundário ou educação superior aumentou de 4.4% para 18.5% durante o mesmo período (MISAU, INE, ORC Macro, 1998) (INE, MISAU, ICF International, 2012).

A segurança alimentar e nutricional em Moçambique está fortemente associada a condições ambientais. Tanto as cheias como a seca causam perdas extensivas na agricultura às famílias dependentes da agricultura de subsistência. Mais de 70% da população depende da agricultura irrigada pela chuva, tornando o país vulnerável a escassez de água que ocorre regularmente, no entanto nem sempre nos mesmos lugares ou ao mesmo tempo. Por exemplo, em 2001-2002, a seca na região sul de Moçambique causou a perda de um terço da colheita esperada levando o governo a solicitar ajuda internacional adicional para alimentar cerca de 650,000 pessoas (Impact of environmental degradation and emergencies on children in Mozambique – Part I, 2011).

4. TENDÊNCIAS DE COBERTURA DAS PRINCIPAIS ÁREAS DE INTERVENÇÃO

A RSS visou analisar o sistema de saúde moçambicano como um todo, utilizando os “*building blocks*” ou pilares do sistema como unidades de análise. Não obstante, além do Capítulo 5.5, Prestação de Serviços de Saúde, achou-se prudente incluir também uma breve análise das principais áreas de intervenção em saúde. Para evitar redundâncias, este capítulo apresenta um resumo sucinto das principais constatações desta análise com relação aos seguintes aspectos, sempre que possível: resultados, equidade, qualidade, cobertura, necessidades e constrangimentos.

O Capítulo 5.5 proporciona uma análise mais profunda da prestação de serviços de saúde em Moçambique, assim como as recomendações essenciais, que serão relevantes a diferentes áreas de intervenção.

4.1 SAÚDE MATERNO-INFANTIL

4.1.1 SAÚDE MATERNA / SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Resultados

De acordo com indicadores chave de saúde materna e saúde sexual e reprodutiva (SSR), Moçambique realizou importantes avanços nos últimos anos:

- A taxa de mortalidade materna tem diminuído nos últimos anos, de uma estimativa de 640/100.000 nascidos-vivos em 2005 para cerca de 550/100.000 em 2008¹;
- O acompanhamento com pelo menos uma consulta pré-natal aumentou de 85% em 2003 (INE, MISAU e ORC Macro, 2005) para 92% em 2008 (INE, UNICEF, 2009) e manteve-se em 91% em 2011 (INE, MISAU, ICF International, 2012);
- Em 2008 58% dos nascimentos ocorreram em unidades sanitárias (INE, UNICEF, 2009), um aumento em relação a 48% em 2003 (INE, MISAU e ORC Macro, 2005);
- A taxa de cobertura nacional para consultas pós-parto em 2003 foi de 56% e de 66% em 2009 (Governo de Moçambique, 2010).

Não obstante, as tendências no planeamento familiar (PF) estão a reverter-se. Apesar do PF ser gratuito e de um alto nível de conhecimento dos métodos contraceptivos modernos (90,8% entre as mulheres) (INE, UNICEF, 2009), o nível de utilização de qualquer método de contracepção ainda é extremamente baixo comparado a outros países africanos, como por exemplo, os países vizinhos a Moçambique: 34% na Tanzânia (2010), 41% no Malawi (2006), 41% na Zâmbia (2007), 65% no Zimbabwe (2009) e 51% na Swazilândia (World Bank, 2011) e vem diminuindo ao longo dos anos. A taxa de utilização de contraceptivos por mulheres casadas ou que vivem em união de facto aumentou de 6% em 1997 (MISAU, INE, ORC Macro, 1998) para 21% em 2003 (INE, MISAU e ORC Macro, 2005), mas desde

¹ Estes dados são da OMS e diferem dos do relatório do MDG (Objectivos de Desenvolvimento do Milénio) uma vez que estes dados são ajustados para os nascimentos não institucionais e são apenas estimativas. O relatório do MDG indica que o MMR de internamento é de 149/100.000 nascimentos vivos.

então diminuiu para 16% em 2008 (INE, UNICEF, 2009) e finalmente para 11% em 2011 (INE, MISAU, ICF International, 2012). Apenas 47% da procura de planeamento familiar é satisfeita pelos actuais serviços (United States & International Profiles/Mozambique) e o uso de contraceptivos de longa duração é essencialmente inexistente (INE, MISAU, ICF International, 2012).

Em termos de iniciativas do governo, pode-se destacar vários exemplos de progresso positivos para apoiar a área de saúde materna e SSR. Uma parceria nacional foi recentemente criada como um compromisso entre todas as instituições do Governo a fim de reduzir a morbidade e a mortalidade materno-neonatal. Esta, mobiliza recursos e cria alianças entre o sector público, o sector privado e a sociedade civil a fim de promover a saúde e reconhece que a saúde materno-infantil não é apenas da responsabilidade do MISAU, mas também de todos os ministérios.

O MISAU criou também Comitês de Auditoria das Mortes Maternas, Perinatais e Neonatais em cada nível de cuidados (nacional, provincial, e centros de saúde distritais) para discutir e analisar a mortalidade materna, perinatal e neonatal. Estas são equipas multidisciplinares que analisam todos os factores e circunstâncias que conduzem à morte, a fim de identificar medidas e acções para reduzir a incidência de mortalidade.

Nos últimos anos, o MISAU concluiu várias políticas importantes que orientam as actividades relativas à saúde materna. A Política Nacional sobre Direitos de Saúde Sexual e Reprodutiva garante serviços de saúde sexual e reprodutiva para todos os beneficiários, fazendo a transição da programação vertical para uma abordagem mais integrada e abrangente. A Estratégia de Planeamento Familiar e Contracepção volta a chamar a atenção para a importância do PF como um meio para reduzir a morbidade e mortalidade materna e melhorar a saúde tanto da criança como da mãe.

A revisão apresentada pelo Governo e pela sociedade civil, e submetida em Julho de 2011 para a aprovação do Parlamento, propõe a descriminalização do aborto, desde que os abortos sejam realizados por profissionais de saúde num centro de saúde.

Equidade

A equidade continua a ser um desafio na saúde materna e SSR em Moçambique. Em geral, analisando os principais indicadores, constata-se que as zonas rurais continuam menos privilegiadas. Não obstante, nos últimos anos observa-se uma diminuição nas discrepâncias geográficas, educacionais e económicas (exemplos na Tabela 1), com melhoras mais significativas nos segmentos da população com maior necessidade.

TABELA 1. TENDÊNCIAS EM INDICADORES DE SAÚDE MATERNA POR TIPO DE ÁREA DE RESIDÊNCIA, NÍVEL DE ESCOLARIDADE E QUINTIL DE RIQUEZA.

Indicador		IDS 2003	IIM 2008	Mudança
Acompanhamento com pelo menos uma consulta pré-natal	Rural	79%	89%	+10%
	Urbano	97%	99%	+2%
	Nenhuma escolaridade	75%	88%	+13%
	Secundário	99%	99%	0
	Quintil \$ mais baixo	68%	86%	+18%
	Quintil \$ mais elevado	98%	100%	+2%
Partos institucionais	Rural	34%	49%	+15%
	Urbano	81%	81%	0
	Nenhuma escolaridade	31%	44%	+13%
	Secundário	96%	92%	-4%
	Quintil \$ mais baixo	25%	39%	+14%
	Quintil \$ mais elevado	90%	90%	0

Qualidade

Vários estudos apontam para a necessidade de melhorar a qualidade dos serviços de saúde materna e SSR em Moçambique. Por exemplo, um indicador de qualidade dos serviços é o grau de cumprimento com as normas da OMS para serviços prestados durante a visita pré-natal. Em 2008, das mulheres que receberam cuidados pré-natais, somente 67% tiveram sua tensão arterial medida e 40% tiraram amostra de urina (INE, UNICEF, 2009); ambos serviços são considerados básicos pela OMS durante consultas pré-natais. Em 2003, um número considerável de mulheres grávidas, 40%, não estava a receber o suplemento de ferro e de ácido fólico durante a gravidez (INE, MISAU e ORC Macro, 2005).

Outro indicador que pode ser usado para avaliar a qualidade é a disponibilidade de medicamentos básicos para a prestação dos serviços. O relatório ODM de 2010 indica que apenas 37% das salas de parto avaliadas tinham pelo menos um kit completo de parto. Trinta e cinco por cento das salas de parto pesquisadas não tinham uma Ambú operacional para reanimar recém-nascidos; 79% das salas de parto não tinham ampicilina no dia da visita, 54% não tinham xarope de nevirapina, e 73% não tinham vitamina K (Ministério de Planeamento e Desenvolvimento, 2010).

Em termos de PF, 96% das unidades sanitárias visitadas oferecem pelo menos três métodos modernos de contraceptivos, no entanto, as rupturas de stocks são frequentes, em parte devido ao sistema de distribuição e em parte devido à fraca previsão e à qualidade dos dados (MISAU, UNFPA, 2010). As razões para o baixo nível de utilização do dispositivo intra-uterino (DIU) estão ligadas ao baixo nível de promoção, à falta de conhecimentos técnicos necessários para inserir esses dispositivos, as frequentes rupturas de stocks relacionadas com a logística e a previsão e a falta de informação e educação das comunidades (DNAM/MISAU, 2010). Em geral, factores como a gestão inadequada do programa de PF, informações insuficientes e falta de educação da população e a integração insuficiente de homens nas políticas e estratégias de SSR podem limitar a expansão do programa e retardar o progresso para atingir as metas de PF (Ministério de Planeamento e Desenvolvimento, 2010).

Apesar dos grandes desafios, muitas das iniciativas de cuidados de qualidade estão a melhorar os serviços prestados e o nível de satisfação dos clientes. As mulheres podem agora fornecer um feedback anónimo sobre os cuidados que lhes foram prestados num centro de saúde. Igualmente, as Iniciativas Hospital Amigo da Criança e Parto Humanizado estão a melhorar a maneira como as crianças e mulheres são tratadas durante o parto, possibilitando que a mulher seja acompanhada por alguém durante o parto e escolha a melhor posição física para o parto.

O MISAU está a finalizar um guião de supervisão para todos os cuidados materno-infantis, para fornecer uma monitorização mais integrada para todas as áreas de serviço: controlo pré-natal (CPN), prevenção de transmissão vertical (PTV), parto, pós-parto, PF, vacinação, e controlo da criança em risco. A implementação deste guião deverá agilizar a supervisão e enfatizar a natureza integrada desses serviços.

O MISAU forneceu orientações adicionais para as parteiras tradicionais, a expansão de casas de espera para incentivar partos institucionais, Normas Nacionais de Cuidados de Saúde Reprodutiva e a Estratégia de Humanização dos Serviços de Saúde. Em 2010, cerca de 600 trabalhadores de saúde foram treinados em Cuidados Obstétricos de Emergência (COEm) e em Cuidados ao Recém-nascido (CERN). Em 2010, houve um aumento na formação sobre o DIU e uma nova estratégia para promover esse método.

Finalmente, para melhorar o seguimento dos cuidados de saúde o MISAU desenvolveu novos livros de registo para serem utilizados no CPN que permitem monitorar todo o período de gestação da mulher em vez de uma única gravidez.

Cobertura

Apesar das melhorias registadas em muitos indicadores de saúde materna e SSR, segundo alguns indicadores chave, a cobertura desses serviços ainda é baixa. Há ainda um acesso inadequado à

informação e aos serviços de saúde reprodutiva. Um estudo de 2010 revelou que só 63% das instalações de cuidados de nível primários têm maternidade e, portanto, só essas podem oferecer medicamentos essenciais e vitais para a maternidade e SSR (MISAU, UNFPA, 2010). Os COEm, quer seja básico (COEmB) ou completo (COEmC) ainda não estão suficientemente disponíveis. Apenas 45 unidades sanitárias fornecem COEmB (38% da cobertura mínima recomendada) e apenas 33 fornecem COEmC (80% da cobertura mínima recomendada) (MISAU, 2011).

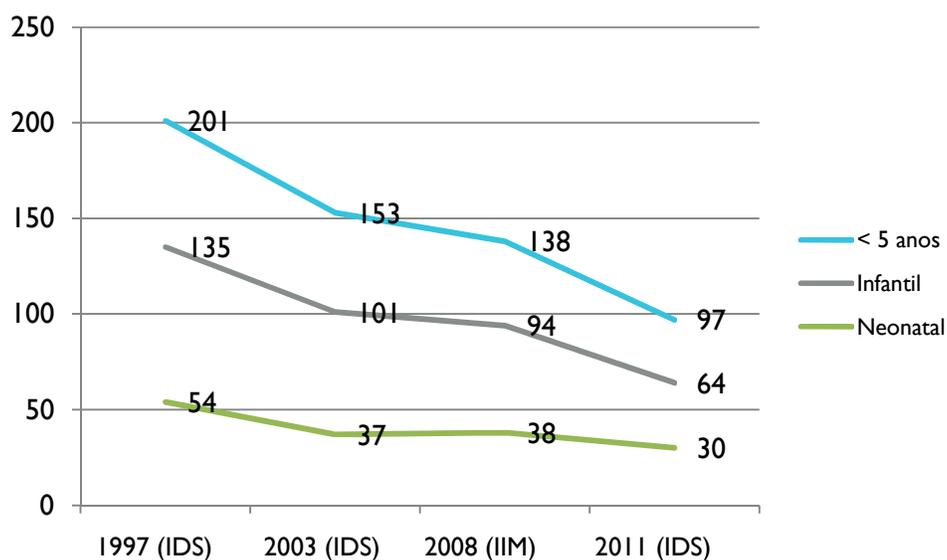
Apesar dos desafios, diversas iniciativas têm influenciado o aumento dos partos institucionais. Algumas maternidades por todo o País implementaram a distribuição de roupas de bebê (enxovais) para as mulheres que tinham dado à luz nas instituições. De acordo com o Quadro de Avaliação de Desempenho (QAD) 2012, em 2010 47% das maternidades têm um casa de espera para as mães, superando a meta de 40% para aquele ano. De acordo com o MISAU, o aumento verificado nas consultas pós-parto foi influenciado pela institucionalização de uma consulta nos primeiros sete dias de vida, que incluía a obrigação de prestar assistência à mãe, assim como ao recém-nascido.

4.1.2 SAÚDE DA CRIANÇA

Resultados

A maioria das tendências apontam para uma melhora contínua no estado da saúde da criança em Moçambique. O País está potencialmente em vias de atingir as metas do ODM sobre a mortalidade infantil uma vez que os indicadores estão de um modo geral a melhorar: de 1997 a 2011, a mortalidade infantil diminuiu de 135 a 64 por 1.000 nascimentos vivos (MISAU, INE, ORC Macro, 1998) (INE, MISAU, ICF International, 2012). Durante esse período a queda na mortalidade neonatal foi de 54 a 30 e para crianças com menos de 5 anos de idade foi de 201 a 97 (Figura 2) (MISAU, INE, ORC Macro, 1998) (INE, MISAU, ICF International, 2012).

FIGURA 2. SAÚDE DA CRIANÇA: TENDÊNCIAS EM MORTALIDADE POR 1.000 NASCIMENTOS VIVOS



A Tabela 2 resume a tendência de indicadores-chave de saúde da criança. Indicadores como crianças com menos de 5 anos de idade com sintomas de infecção respiratória aguda (IRA) e suplemento de Vitamina A apresentaram boas melhorias; outros como a prevalência da febre e desnutrição crônica apresentaram ligeiras melhorias; a prevalência de doenças diarreicas por sua vez aumentou. A amamentação exclusiva até os seis meses de idade aumentou, mas continua preocupantemente baixa em 37%.

TABELA 2. TENDÊNCIAS EM INDICADORES-CHAVE DA SAÚDE DA CRIANÇA

Indicador	IDS 2003	IIM 2008
Crianças <5 anos com sintomas de infecção respiratória aguda	10%	5%
Prevalência da febre	27%	24%
Prevalência de doenças diarreicas	14%	18%
Desnutrição crônica (atrofiamento)	48%	44%
Amamentação exclusiva 0-6 meses	30%	37%
Suplemento de Vitamina A	50%	72%

A cobertura das vacinas é relativamente elevada e tem melhorado nos últimos anos. A BCG tem uma cobertura de 87%, a DPT3 de 71%, a poliomielite de 70%, e o sarampo de 64% (INE, UNICEF, 2009).

Equidade

O indicador de prevalência da diarreia mostra pouca diferença entre área de residência, nível de escolaridade materna e até nível econômico (Tabela 3). Este indicador tem uma relação menos direta com os serviços de saúde, já que depende mais de práticas de prevenção e questões ambientais como acesso à água potável e saneamento. Por sua vez, o indicador de suplemento de Vitamina A, um serviço essencial do sistema de saúde, exhibe o mesmo padrão que os indicadores analisados acima de saúde materna: diferenças significantes entre rural/urbano, nível de educação e econômico, mas diminuindo com o passar do tempo.

TABELA 3. TENDÊNCIAS EM INDICADORES DE SAÚDE DA CRIANÇA POR TIPO DE ÁREA DE RESIDÊNCIA, NÍVEL DE ESCOLARIDADE MATERNA E QUINTIL DE RIQUEZA.

Indicador	IDS 2003	IIM 2008	Mudança	
Prevalência da diarreia	Rural	13%	17%	+4%
	Urbano	16%	18%	+2%
	Nenhuma escolaridade	14%	17%	+3%
	Secundário	16%	17%	+1%
	Quintil \$ mais baixo	15%	18%	+3%
	Quintil \$ mais elevado	15%	16%	+1%
Suplemento de Vitamina A	Rural	43%	69%	+26%
	Urbano	65%	78%	+13%
	Nenhuma escolaridade	40%	64%	+24%
	Secundário	76%	85%	+9%
	Quintil \$ mais baixo	39%	62%	+23%
	Quintil \$ mais elevado	70%	81%	+11%

Qualidade

Assim como na saúde materna e SSR, os serviços de saúde da criança vêm apresentando importantes melhorias nos últimos anos, mas ainda há muito o que fazer: apenas 23% das crianças receberam uma intervenção apropriada para a malária, 65% para infecções respiratórias, e 47% receberam tratamento adequado para a diarreia (INE, UNICEF, 2009). Nos últimos anos, uma ênfase sobre políticas diferentes contribuiu a uma melhoria dos serviços de saúde neonatal e infantil. O MISAU tem envidado esforços na formação e expansão dos CERN e nos serviços de reanimação neonatal, bem como no fornecimento de kits de reanimação neonatal para as maternidades em todo o País. A mudança da política para exigir consultas pós-parto dentro de sete dias após o parto contribuiu para a maior sobrevivência dos recém-nascidos e os cuidados com a mãe.

O MISAU concluiu em 2009 o Plano de Comunicação e Mobilização Social para a Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno (2009-2013). Este plano inclui actividades relacionadas com a educação nutricional com base na influência positiva que as mães têm para a mudança de comportamento nas comunidades designadas de grupos de apoio de mãe-para-mãe e programas Mãe Modelo.

O MISAU tem aumentado a sua estratégia de Atenção Integrada de Doenças da Infância (AIDI), tanto a nível das unidades sanitárias como ao nível da comunidade, mas a cobertura da AIDI ainda é apenas de 80% (Ministério de Planeamento e Desenvolvimento, 2010). Melhorar a saúde infantil através da comunidade está no cerne desta estratégia que promove a prevenção de doenças, bem como o pronto reconhecimento e tratamento adequado das causas mais comuns de mortes na infância: pneumonia, diarreia, malária, sarampo, HIV/SIDA e malnutrição. A implementação da estratégia de Chegar a Cada Distrito (RED) tem representado um esforço adicional do sector para reduzir a prevalência das doenças evitáveis através da vacinação.

Nos últimos anos, foi fornecida formação a mais de 500 trabalhadores de saúde de unidades sanitárias (US) baseada na AIDI e mais de 600 trabalhadores baseados na comunidade foram treinados na componente da comunidade para AIDI. O QAD 2012 indica que em 2010 95% das US de nível primário tinham implementado AIDI, superando a meta de 92%. Os principais desafios são a sua acreditação e seguimento.

A cobertura das vacinas tem melhorado nos últimos anos, mas desafios persistem no Programa Alargado de Vacinação (PAV). O PAV utiliza postos fixos de vacinação e de campanhas nacionais e ao mesmo tempo depende em grande medida das brigadas móveis para chegar às comunidades de difícil acesso. Por vezes o fluxo de dinheiro pode atrasar a aquisição e entrega de vacinas. A alta rotatividade do pessoal nesta área cria desafios com a continuação da qualidade do atendimento, assim como o sub-financiamento, logística e dependência das brigadas móveis e campanhas.

Cobertura

Alguns aspectos de cobertura de serviços de saúde da criança já foram vistos acima, como o suplemento de Vitamina A e a cobertura de vacinação. Os dados preliminares do IDS 2011 revelam que a cobertura para serviços básicos de saúde da criança continuam baixos: das crianças com sintomas de IRA, com febre ou com diarreia, o percentual que recebeu aconselhamento ou tratamento por um profissional de saúde foi de respectivamente 52%, 59% e 59%; os índices são mais baixos nas áreas rurais: 47%, 54% e 55%.

4.1.3 NECESSIDADES E CONSTRANGIMENTOS

A melhoria nos principais indicadores de saúde materno-infantil (SMI) indica que por um lado, os esforços dos últimos anos estão dando resultados. Ao mesmo tempo, é necessário melhorar e intensificar estes esforços para acelerar os ganhos. As necessidades e constrangimentos relacionadas a SMI e SSR tendem a originar das mesmas causas e por isso são discutidos em conjunto:

Recursos humanos: os recursos humanos ainda representam um grande constrangimento, sendo insuficientemente qualificados e não estão equitativamente distribuídos. Esta questão é discutida em detalhe no capítulo de Recursos Humanos (5.2).

Normas e protocolos: os dados sobre a qualidade de serviços do controlo pré-natal indicam que as normas e protocolos do MISAU para certos cuidados não são devidamente implementadas.

Distribuição e segurança de medicamentos: as rupturas de stock de medicamentos e de materiais essenciais nas US tornam difícil, senão impossível, a prestação de serviços adequados de SSR e SMI. Esta questão é discutida em detalhe no capítulo de Produtos e Tecnologias Médicas (5.4).

Acesso e infraestrutura: o acesso aos centros de saúde ainda é baixo no país, particularmente nas áreas rurais e com US com a capacidade de prestar serviços COEm. Muitas das US carecem de equipamentos básicos como mesas, cadeiras e balanças. O sistema de referência a vários níveis de centros de saúde não dá resposta a um encaminhamento atempado para complicações obstétricas e outras situações de emergência. Não existem suficientes sistemas de apoio para aumentar o acesso geográfico ou financeiro aos serviços de referência.

Comunidade: certas áreas críticas da SSR e SMI onde não houve progresso nos últimos anos, como o PF e a prevalência da diarreia, só podem ser adequadamente abordados com a sensibilização comunitária e actividades de educação e promoção da saúde ao nível da comunidade. Existe pouco envolvimento da comunidade, especialmente dos homens, nas áreas da SSR e SMI. Algumas parcerias foram criadas para explorar esta actividade, mas deveria ser feito mais para envolver as comunidades. A secção de Saúde Comunitária no capítulo de Serviços de Saúde (5.5.7) examina esta questão em detalhe.

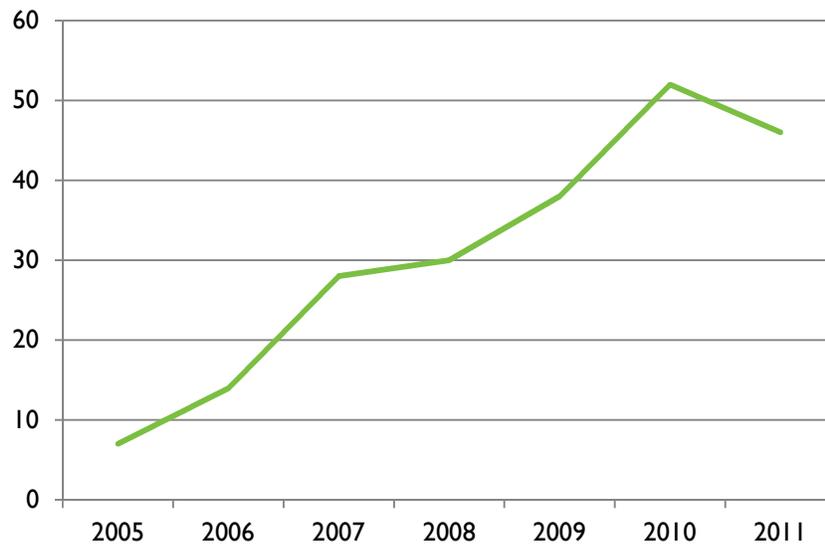
4.2 CONTROLO DE HIV/SIDA

Resultados

Com cerca de 1,4 milhões de pessoas infectadas (Mozambique Country Overview), cerca de 510.000 crianças órfãs devido à SIDA, e uma prevalência nacional de 11,5% (MISAU, CNCS, INE, 2010) entre pessoas de 15-49 anos, Moçambique está entre os países com as maiores taxas de prevalência de HIV/SIDA a nível mundial. Ao mesmo tempo, os últimos dados indicam que a taxa de prevalência se estabilizou nos últimos anos (CNCS, UNAIDS, 2012).

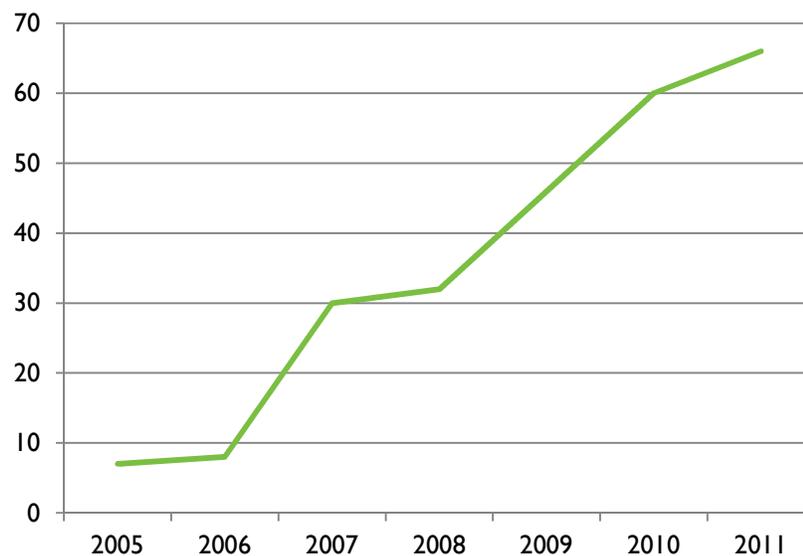
De 15.900 pacientes em tratamento antiretroviral (TARV) em 2003 o número cresceu para 218.991 em 2011. Em 2005, apenas de 20,6% dos serviços de TARV eram fornecidos ao nível dos cuidados primários, enquanto hoje o peso dos serviços de TARV a nível primário é de cerca de 77,6% (Figura 3). A meta do tratamento nacional é de 316.785 pacientes em TARV até 2014, o que significa cerca de 555.763 pacientes. A percentagem de adultos e crianças elegíveis recebendo TARV vêm aumentando desde 2005, mas entre 2010 e 2011 exibiu uma diminuição (CNCS, UNAIDS, 2012) (Figura 3).

FIGURA 3: PERCENTAGEM DE ADULTOS E CRIANÇAS ELEGÍVEIS RECEBENDO TARV



De 2005 a 2010 o número de unidades prestando serviços de PTV registou uma subida acentuada de 96 para 909, acompanhado de uma subida do número de mulheres que receberam antiretrovirais (ARV) para PTV de 8.244 para 69.880 no mesmo período. No mesmo período a evolução no número de crianças que receberam TARV pediátrico foi de 1.686 para 17.395. A percentagem de mulheres grávidas HIV+ recebendo ARV para PTV vêm aumentando drasticamente desde 2005 (CNCS, UNAIDS, 2012) como demonstra a Figura 4.

FIGURA 4: PERCENTAGEM DE MULHERES GRÁVIDAS HIV+ RECEBENDO ARV PARA PTV



Os conhecimentos da população sobre a transmissão do HIV/SIDA também aumentaram nos últimos anos. Em 2003 a proporção de mulheres que afirmaram que o HIV pode ser prevenido mediante o uso do preservativo era de 53% e limitando os parceiros sexuais 53% (INE, MISAU e ORC Macro, 2005); em 2011 estas proporções aumentaram para 59% e 70% respectivamente (INE, MISAU, ICF International, 2012). O número de serviços de aconselhamento e testagem em saúde (ATS) no país aumentou de 66 em 2003 para 569 em 2007. O aumento do número de locais de ATS promoveu o aumento de utentes, de +100.000 em 2003 para +500.000 em 2007.

No que concerne às infra-estruturas de saúde para prestar serviços de HIV/SIDA, nos últimos 5 anos, os esforços do Governo têm sido concentrados na reabilitação das infra-estruturas já existentes para um nível de qualidade e capacidade aceitáveis, além dos esforços de construção de novas US, sobretudo nas zonas de difícil acesso (ver capítulo de Serviços de Saúde 5.5). Esta reabilitação contribuiu para a cobertura dos serviços, já que os critérios para a prestação de TARV em US incluem critérios de infra-estrutura.

Equidade

Em termos da epidemia, as pessoas com maior risco vivem nas áreas urbanas, com uma prevalência entre mulheres grávidas de 22%, enquanto a prevalência nas áreas rurais é de 10% (CNCS, UNAIDS, 2012). Além disso, há uma feminização da epidemia com mais mulheres (13,1%) infectadas do que homens (9,2%) (MISAU, CNCS, INE, 2010), normalmente atribuída às inequidades de género prevalentes em Moçambique. As populações em maior risco para o HIV/SIDA em Moçambique incluem trabalhadores do sexo, refugiados, imigrantes, soldados, prisioneiros, homens que têm sexo com homens, usuários de drogas injectáveis e mulheres. Um importante passo foi tomado em 2008 com a aprovação da Estratégia para a Aceleração da Prevenção, com a criação do sub-grupo de alto risco e cujos objectivos incluem a priorização destes grupos para a intervenção (CNCS, UNAIDS, 2012).

Em termos dos serviços de HIV/SIDA, o MISAU possui e implementa claros critérios clínicos para o início do TARV baseados na contagem de CD4. Para a PTV, toda mulher seropositiva que não está em TARV para a sua própria saúde deve receber o tratamento de PTV. A implementação destes critérios facilita a prestação dos serviços aqueles que mais os necessitam. Não obstante, o relatório da Assembléia Geral das Nações Unidas (UNGASS) de 2012 cita a inequidade geográfica da cobertura dos serviços de TARV como um problema, com coberturas muito mais altas no sul (39% para crianças e 72% para adultos), em comparação com o norte (17% crianças, 40% adultos) e o centro (11% crianças e 38% adultos).

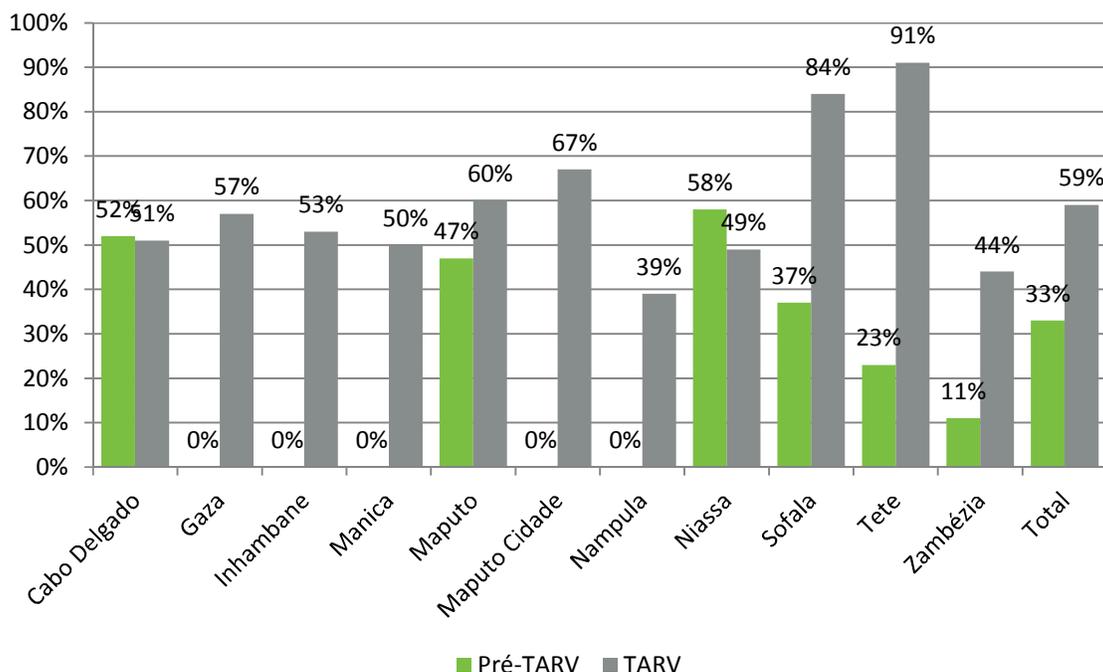
Os dados sobre os conhecimentos com relação ao HIV/SIDA revelam que houve uma forte melhoria em mulheres em comparação aos homens: a percentagem de mulheres que sabem do uso do preservativo como método de prevenção aumentou de 53% em 2003 (INE, MISAU e ORC Macro, 2005) para 70% em 2009 (MISAU, CNCS, INE, 2010); a mudança nos homens foi de 70% em 2003 (INE, MISAU e ORC Macro, 2005) para 72% em 2009 (MISAU, CNCS, INE, 2010).

Qualidade

Não há informação confiável suficiente em relação à adesão do paciente ao tratamento e às taxas de abandono. No entanto, existe um programa na Direcção Nacional de Assistência Médica (DNAM) que tem zelado por alguns indicadores de qualidade de serviços de TARV (CLINIQUAL). Um dos indicadores zela pela provisão da terapia preventiva Cotrimoxazol (CPT) entre pacientes HIV+ recebendo cuidados clínicos. O ideal seria que a maioria dos pacientes se não todos os pacientes pré-TARV recebessem o CPT. Como a Figura 5 indica, de acordo com dados de 2009 (DNAM/MISAU, 2009) esta percentagem ainda é baixa para todo o país, com um alto grau de variação entre as províncias.

A política do MISAU preconiza que os cuidados domiciliários devem ser oferecidos como parte de um conjunto de cuidados a fim de melhorar a qualidade e prolongar a vida das pessoas com doenças crónicas por meio de iniciativas comunitárias. Não obstante, o programa de cuidados domiciliários sofreu uma grande diminuição de actividades entre 2008 e 2009.

FIGURA 5. PROPORÇÃO DE DOENTES HIV+ QUE FIZERAM O TRATAMENTO COM O COTRIMOXAZOL DURANTE OS ÚLTIMOS 6 MESES DO PERÍODO DE REVISÃO



Apesar dos desafios, os avanços realizados nos últimos dois anos, como por exemplo a rápida expansão dos serviços de TARV, a implementação de estratégias de retenção de pacientes, a melhoria nos serviços de pré-TARV e o desenvolvimento de novos instrumentos de monitoria e avaliação (M&A) de TARV, os esforços de Moçambique para prestar serviços de cuidados e tratamento de HIV/SIDA foram considerados como “bons” em termos gerais pelo relatório da UNGASS 2012.

A estratégia de grupos de apoio à adesão comunitária (GAAC), que foi desenvolvida com base em estudos sobre causas de abandono ao tratamento, foi lançada em 2011 e está sendo expandida rapidamente. A avaliação prevista da estratégia GAAC fornecerá informação valiosa para melhorar a adesão ao tratamento.

Em termos de prevenção além da PTV, o Governo moçambicano vem implementando programas de educação para a prevenção, especialmente voltados para os jovens, e inclusive educação sobre HIV faz parte do currículo escolar secundário e do treinamento de professores. Acredita-se que as tendências de diminuição da taxa de incidência do HIV em Moçambique seja em parte resultado destes esforços (CNCS, UNAIDS, 2012). Alguns desafios ainda encontrados na área de educação para prevenção incluem: a disponibilidade de materiais de informação, educação e comunicação, assim como de preservativos e testes rápidos, envolvimento das comunidades para aumentar aderência ao tratamento, aumentar a participação activa de grupos de alto risco e diminuir o estigma e discriminação.

Os principais desafios dos serviços de laboratório relacionados à testagem e ao TARV são relacionados à infraestrutura e logística, tanto na disponibilidade de materiais e reagentes básicos, como no

transporte de amostras. Um estudo recente que avaliou os efeitos da introdução de máquinas de contagem de células CD4 ao nível primário de cuidados em Moçambique observou que o tempo médio para completar a testagem do CD4 diminuiu de 32 dias para 2 dias e a taxa de perdidos em seguimento antes do início do TARV diminuiu de 64% a 33% (Jani, 2011). Estes resultados indicam que o tempo perdido com problemas relacionados a logística do diagnóstico tem um forte impacto na adesão e por isso não pode ser subestimado.

Cobertura

Alguns aspectos da cobertura de serviços já foram discutidos acima. Moçambique alcançou importantes avanços nos últimos anos em termos de aumento de cobertura de tratamento, especialmente para PTV (Figura 4). A cobertura de TARV apresentou uma diminuição nos últimos dois anos, depois de vários anos de aumento (Figura 3).

Nos últimos 5 anos o programa de HIV/SIDA em Moçambique iniciou um esforço de descentralização e integração dos serviços de tratamento até a US mais periféricas, autorizando as enfermeiras gerais e de SMI de nível médio a iniciar o TARV e facilitando a maior cobertura dos serviços. Não obstante, um dos principais desafios relacionados a cobertura de serviços é a capacidade de transporte para os pacientes crónicos mesmo a nível dos cuidados primários.

4.2.1 NECESSIDADES E CONSTRANGIMENTOS

Os avanços na prestação de serviços de HIV/SIDA em Moçambique são notáveis. As necessidades e constrangimentos restantes podem ser abaixo resumidos nas seguintes categorias:

Distribuição e segurança de produtos médicos e logística: o abastecimento de produtos médicos básicos como kits de testagem rápida e reagentes para testes de laboratório ainda é frágil, assim como o transporte adequado e atempado de amostras de pacientes para a testagem do CD4. Estes têm um impacto direto na adesão ao tratamento.

Aderência a normas e protocolos: ainda existem lacunas entre as normas e protocolos de tratamento de HIV/SIDA e os serviços prestados nas US. O Manual de Melhoria de Qualidade de Cuidados e Tratamento HIV tem de ser operacionalizado.

Equidade: a discrepância na cobertura de serviços TARV por área geográfica ainda é grande, mais esforços têm de ser dedicados para abordar esta diferença.

Comunidade: mais uma vez, é necessário fortalecer os vínculos com as comunidades para abordar temas como aderência ao tratamento, envolvimento do homem e questões de género e disseminação de informação sobre práticas de prevenção.

Monitoria e Avaliação: dados confiáveis e consistentes sobre a qualidade dos serviços prestados ainda são escassos e são essenciais para o processo de melhoria da qualidade.

4.3 TUBERCULOSE

Resultados

De acordo com o Relatório Mundial sobre Tuberculose (TB) da OMS de 2009, foram avaliados mais de 92.000 casos novos de TB no país em 2007, com um índice de incidência de 174 casos por cada 100.000. Prevê-se que número de casos de TB aumente nos próximos anos devido à problemática do HIV/SIDA. O índice de co-infecção entre TB-HIV é alto, com uma estimativa de 47,3% de novos pacientes de TB seropositivos. Em 2007 foram estimados 1.464 casos de TB multi-droga resistente (TB-MDR) e também foi confirmada em setembro de 2007 a TB resistente a extensivas drogas (TB-RED). Notificações absolutas de todas as formas de TB continuam a aumentar de 2-15% por ano desde 2001, com os maiores aumentos observados recentemente entre 2008 e 2009 (Chilundo, 2008).

Equidade

O Inquérito Nacional sobre as Causas de Morte (INCAM) 2007 revela que o peso da tuberculose como causa de morte é maior para homens comparado as mulheres e também um pouco maior em áreas rurais que urbanas. O peso também aumenta progressivamente com a faixa etária.

O Relatório Anual do Programa Nacional de Controlo da Tuberculose (PNCT) de 2010 revelou uma grande variação na taxa de detecção entre províncias: por exemplo, 97% na cidade de Maputo, 88% em Sofala, em contraste com 20% em Niassa e 32% em Tete. De acordo com o mesmo relatório, a taxa de cura mais alta é em Zambezia (90%) e as mais baixas são em Gaza, Inhambane, Manica e Cidade de Maputo, todas entre 80-81%.

Qualidade

A co-infecção TB-HIV vem aumentando em Moçambique: em 2007 47% dos pacientes com TB eram HIV+, enquanto em 2011 esta estatística aumentou para 63% (CNCS, UNAIDS, 2012). Não obstante, dados da Avaliação Conjunta Anual (ACA) VIII do sector de saúde indicam que a melhoria da coordenação dos serviços de TB e HIV tem permitido manter os níveis de testagem para o HIV em doentes de tuberculose e melhorar o sistema de referência de doentes TB/HIV para o TARV.

A TB-MDR surgiu como um novo desafio em Moçambique. Um número crescente de casos de TB-MDR foi relatado por ano desde 2003, com média de 11 casos de TB-MDR diagnosticados por mês (Dados do PNCT). Um declínio na notificação dos casos de TB-MDR verificado entre 2008 e 2009 coincide com a suspensão da cultura e testagem de susceptibilidade de drogas de TB no Laboratório Nacional de Referência de TB em Maputo devido à reabilitação em curso (Dados do PNCT).

Nem todos os casos de TB-MDR confirmados laboratorialmente são iniciados para tratamento, embora a proporção de casos tratados tenha subido de 38% em 2006 para 70% até o final de 2009 (Dados do PNCT).

Um aspecto forte do PNCT é que os serviços e sistemas de apoio como a gestão de medicamentos, materiais e serviços de diagnóstico estão integrados. As actividades de controlo da TB também fazem parte dos processos de planificação geral a nível central e provincial. Neste sentido, estão completamente alinhadas e harmonizadas com a política e procedimentos do Governo. Além disso, o sistema de monitoria do desempenho do sector geral inclui os dois principais indicadores de desempenho dos resultados de detecção e tratamento de casos de tuberculose. Mais ainda, o PNCT tem o seu próprio sistema de relatórios e registo para efeitos de gestão interna.

Cobertura

De acordo com a estratégia de implementação do PNCT, todas as províncias em Moçambique contam com 100% de cobertura de tratamento directamente observado (TDO) institucional – ou seja, ao nível das US periféricas – e todos os 128 distritos estão a implementar a estratégia de TDO comunitário (CNCS, UNAIDS, 2012). A taxa de detecção de TB aumentou de 45% em 2010 a 48% em 2011 e esse aumento é associado a iniciativas do MISAU como o envolvimento de voluntários e curandeiros tradicionais, a melhoria da capacidade de diagnóstico e o treinamento do pessoal de saúde.

4.3.1 NECESSIDADES E CONSTRANGIMENTOS

Apesar das melhorias registadas em vários aspectos do PNCT e sua integração com os serviços de HIV/SIDA, necessidades e constrangimentos persistem e dificultam a melhoria dos indicadores de TB em Moçambique:

Financiamento: apesar da abundância de recursos externos para financiar as actividades de tuberculose, atrasos nos desembolsos podem comprometer a realização das actividades atempadas.

Recursos Humanos: com a descentralização em curso da gestão de TB-MDR nas províncias e distritos, é necessário fortalecer e ampliar o sistema de registo e de relatório, e mais profissionais de saúde precisam ser treinados em gestão de TB-MDR.

Comunidade: o desenvolvimento de intervenções comunitárias e extensíveis à família necessita ser estimulado com vista a assegurar a melhoria na capacidade de busca de casos ao domicílio incluindo a identificação dos doentes não aderentes.

Distribuição e segurança de produtos médicos: a disponibilidade dos medicamentos antituberculosos é inconsistente em todos os níveis de US no país, com problemas relacionados aos prazos de validade, distribuição adequada e planos de utilização dos produtos disponíveis.

Integração TB/HIV: é necessário determinar as razões para o declínio da aceitação do tratamento de HIV entre os pacientes com TB e vice-versa, bem como implementar estratégias para aumentar a aceitação e rever as actuais directrizes nacionais de TARV de forma a incorporar as novas recomendações da OMS para o acesso do TARV que não dependa dos níveis de CD4 pelos pacientes de TB duplamente infectados. Os registos de TB e TARV também devem ser reconciliados entre si e o cartão de tratamento do paciente com TB deve incluir espaço para registar as informações relativas ao início do TARV.

4.4 MALÁRIA

Resultados

De acordo com o Relatório Anual de 2009 do Programa Nacional de Controlo da Malária (PNCM), desde 2006 o fardo da malária está a diminuir. O número de casos vem descendo de 6.335.757 em 2006, para 6.094.234 em 2007, 4.831.491 em 2008 e 3.771.619 em 2009. Independentemente disso, o fardo ainda é grande. No INCAM 2007 a malária foi comprovada como a causa principal de morte em geral (29%), seguido de SIDA (27%). Entre crianças menores de cinco anos de idade, essa diferença é mais acentuada: a malária é responsável por 42% das mortes, seguido pela SIDA em 13%.

Equidade

Utilizando os dados desagregados disponíveis para certos indicadores-chave, observa-se que a desigualdade na carga da malária acompanha as tendências gerais para outros indicadores de saúde materno-infantil. De acordo com o Inquérito de Indicadores de Malária de 2007 (IIM 2007), a percentagem de crianças medidas para parasitas com lâminas de sangue positiva foi de 43% nas áreas rurais, versus 20% nas urbanas; e 53% no quintil de riqueza mais baixo, versus 16% no mais alto. Ao mesmo tempo, a Tabela 4 abaixo indica que a cobertura das intervenções preventivas (crianças <5 anos dormindo em rede tratadas, tratamento preventivo de grávidas) ainda é mais baixa nas áreas rurais, apesar desta discrepância estar diminuindo com o tempo. Somente a cobertura de tratamento para crianças é melhor nas áreas rurais, acompanhando a tendência da epidemia.

TABELA 4. TENDÊNCIAS DE INDICADORES-CHAVE DE INTERVENÇÕES DE MALÁRIA ENTRE 2003 E 2011

Indicador		IDS 2003	IIM 2008	IDS 2011	Mudança 2003-2011
Crianças (< 5 anos) dormindo em redes mosquiteiras tratadas com insecticida	Rural	7%	22%	16%	+9%
	Urbano	16%	25%	21%	+5%
Tratamento anti-malária (crianças < 5 anos)	Rural	16%	36%	32%	+16%
	Urbano	13%	38%	25%	+12%
Tratamento intermitente preventivo de malária (mulheres grávidas)	Rural	N/D	62%	37%	-25%
	Urbano	N/D	81%	54%	-27%

N/D = dado não disponível

Qualidade

A maioria dos indicadores sobre serviços de saúde relacionados a malária são indicadores de cobertura (que muitas vezes é considerada uma dimensão da qualidade), alguns dos quais são descritos na secção “Cobertura” abaixo. O IIM 2007 revelou que dos casos de febre em crianças que receberam tratamento antimalárico, apenas 26% recebeu terapia combinada, enquanto 74% recebeu monoterapia.

Um programa de malária recente que tem atingido bons resultados é a Iniciativa de Desenvolvimento Espacial de Libombo (IDEL). O IDEL é uma iniciativa trilateral entre os governos de Moçambique, África do Sul e Suazilândia destinadas a acelerar o desenvolvimento económico das áreas delimitadas pelas Montanhas dos Libombos. A componente de controlo da malária da IDEL foi lançada em 1999. As estratégias-chave da iniciativa de controlo da malária IDEL incluem: informação, educação e comunicação (IEC), uso de insecticida adequado e tratamento com terapia de combinação eficaz. Até 2008 a prevalência da malária diminuiu em 92% no sul de Moçambique, comparar com a linha de base de 2000. O principal desafio para sustentar os ganhos obtidos a partir da IDEL é a necessidade de uma fonte estável de financiamento para implementar intervenções de eficácia comprovada e recursos humanos para gerirem as operações do projecto.

Cobertura

A Tabela 5 resume as tendências de indicadores-chave de intervenções de malária entre 2003 e 2011. Observa-se que depois de ganhos significantes entre 2003 e 2008 em intervenções-chave para a prevenção e tratamento, em 2011 os ganhos começam a reverter-se e a cobertura dos serviços ainda é baixa. A ACA XI menciona factores como a ruptura de estoque de medicamentos e a baixa qualidade dos dados como possíveis razões para esta tendência. Ao mesmo tempo, o QAD indica uma melhoria na percentagem de casas-alvo pulverizadas com inseticida: 53% em 2007, 74% em 2009, e 81% em 2010.

TABELA 5. TENDÊNCIAS DE INDICADORES-CHAVE DE INTERVENÇÕES DE MALÁRIA ENTRE 2003 E 2011

Indicador	IDS 2003	IIM 2008	IDS 2011
Crianças (< 5 anos) dormindo em redes mosquiteiras tratadas com insecticida	10%	23%	18%
Tratamento anti-malária (crianças < 5 anos)	15%	37%	30%
Tratamento intermitente preventivo de malária (mulheres grávidas)	N/D	67%	42%

N/D = dado não disponível

4.4.1 NECESSIDADES E CONSTRANGIMENTOS

Indicadores-chave de morbidade e intervenções de malária nos últimos anos apontam para certas necessidades e constrangimentos para diminuir o impacto desta doença na população moçambicana:

Prevenção: a diminuição na cobertura de intervenções de prevenção como uso de rede mosquiteiras e tratamento preventivo de grávidas é preocupante, indicando a necessidade de reforçá-las tanto do ponto de vista de fornecimento dos produtos e serviços, como da demanda e uso destes (IEC). Também é necessário continuar aumentando o enfoque destas nas áreas com maior necessidade.

Abordagem multisectorial: embora se reconheça que a malária contribui para elevadas perdas económicas, altas taxas de absentismo escolar e no trabalho e baixa produtividade agrícola, há uma colaboração intersectorial limitada com os ministérios em causa. Por exemplo, não existem planos conjuntos com os ministérios para abordar assuntos relacionados com agricultura, turismo, meio ambiente, educação, obras públicas, habitação, ou a pesca. Esses sectores têm acesso às populações que são afectadas pela malária, mas geralmente não são alvo de intervenções realizadas por meio do sector de saúde, apresentando uma oportunidade perdida.

Disponibilidade de medicamentos: a gestão dos estoques de medicamentos, como *sulfadoxine-pyrimethamine* (SP) apresenta problemas; de acordo com a Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM), os estoques de SP são baixos e iriam expirar em 2010. Por razões desconhecidas, isto não foi contabilizado durante a planificação da CMAM e o apoio externo aparentemente será necessário para preencher esta lacuna.

Sustentabilidade do financiamento: o alto índice de financiamento externo para actividades de prevenção e tratamento de malária apresenta uma oportunidade a curto prazo, mas também uma ameaça a longo prazo em termos de sustentabilidade das actividades.

4.5 CONDIÇÕES EMERGENTES E REEMERGENTES (DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS)

Resultados

As Doenças Não Transmissíveis (DNTs) como doenças cardiovasculares (DCV), diabetes, doenças respiratórias crónicas (asma) e cancro (de colo, mama e próstata) constituem uma importante e crescente preocupação na área de saúde pública em Moçambique. A prevalência de hipertensão em Moçambique foi estimada em 5% a nível nacional, sendo maior nas cidades (41%) que nas zonas rurais (30%) (MISAU, 2008). Com relação à diabetes, a prevalência entre a população na faixa etária acima dos 20 anos foi estipulada em 3% no ano 2003, com um aumento projectado para 4% até 2025, de acordo com a *International Diabetes Foundation*; 90% de todos os casos de diabetes são diabetes de nível 2 (MISAU, 2008).

Em 2000 foi criada a Repartição das Doenças não Transmissíveis, o actual Departamento de Doenças Não Transmissíveis (DDNT). O Plano Estratégico Nacional para a Prevenção e Controlo de Doenças Não Transmissíveis 2008-2014 visa criar um ambiente favorável para minimizar ou eliminar a exposição a factores de risco e garantir acesso aos cuidados de saúde àqueles que precisam. A implementação deste plano está numa fase embrionária devido à escassez de recursos humanos e financeiros nesta área com algum apoio dado pela organização *Diabetes UK*. Embora este tipo de apoio vertical possa ser um contributo valioso para a implementação da estratégia nacional para DNTs, existe uma forte necessidade de assegurar que esta seja integrada nas estruturas existentes de gestão e implementação do MISAU, mantendo um foco na prevenção e promoção de saúde e, na medida do possível, contribuir para a implementação total da estratégia de DNTs, e não apenas partes da mesma.

Um progresso positivo foi a integração do rastreio do cancro do colo uterino no programa da SSR com apoio do DDNTs que desenvolveu as directrizes nacionais e currículo de treinamento, proporciona supervisão de apoio conjunto e garante a qualidade dos serviços desta específica actividade. Este tipo de intervenção onde as intervenções para DNTs são completamente integradas nos sistemas existentes de cuidados de saúde em vez de criar-se sistemas paralelos, deve ser considerado o modelo de integração que fortalece a capacidade geral do sistema de saúde no fornecimento de um pacote de intervenções essenciais de cuidados de saúde para mulheres.

De acordo com o Plano Estratégico Nacional mencionado acima, os pontos fortes do controlo e prevenção das DNTs em Moçambique incluem: gratuidade de alguns serviços e medicamentos, ATS e cuidados domiciliários integrados com HIV/SIDA e dados de base sobre o sistema de saúde para diabetes, factores de risco e sistema de vigilância epidemiológica.

A escassez de informação sobre as DNTs em Moçambique não permitiu uma análise detalhada dos aspectos de equidade, qualidade e cobertura.

4.5.1 NECESSIDADES E CONSTRANGIMENTOS

De acordo com os pontos fracos e riscos identificados no Plano Estratégico, Moçambique apresenta as seguintes necessidades e constrangimentos no controlo e prevenção das DNTs:

Recursos humanos: no momento o MISAU conta com insuficientes recursos humanos a nível central e com trabalhadores de saúde com pouco conhecimento sobre DNTs e seu manuseio.

Materiais e equipamento: as US não contam com os equipamentos, meios auxiliares de diagnóstico e medicamentos necessários para o manuseio das DNTs.

Dados: há uma escassez de dados epidemiológicos, de serviços e pesquisas em DNT.

Financiamento: não existe orçamento suficiente para DNTs e esta não é uma área prioritária para os doadores.

4.6 DOENÇAS TROPICAIS NEGLIGENCIADAS E LEPRA

Resultados

As doenças tropicais negligenciadas (DTNs) têm forte presença em Moçambique. O peso da esquistossomiase é significativo, está em crescimento e afecta mais de 80% das crianças (Augusto, 2009). Aproximadamente 4 em cada 5 crianças em idade escolar estão infectadas pelo helminto transmitido pelo solo (STHs) e a prevalência da esquistossomiase urinária chega a 100% em alguns distritos, causando o aumento do risco de contrair o HIV para as meninas e mulheres (Augusto, 2009). Grande parte do país também é provavelmente endémica em termos de tracoma, apesar de só estarem disponíveis dados sobre a prevalência de tracoma em três distritos da Província de Manica (Helen Keller International, 2001). De acordo com dados do Programa Nacional de Controlo da Lepra (PNCL), desde 2006 houve uma redução acentuada nas taxas de detecção da lepra em Moçambique, com uma estabilização nos últimos anos.

O MISAU está prestes a aprovar e lançar um Plano Estratégico Nacional para DTNs. O sucesso da implementação deste plano dependerá da disponibilidade de apoio financeiro externo. Aproximadamente \$3,5 milhões de dólares por ano durante cinco anos seria suficiente para prestar tratamento a 14 milhões de pessoas em risco. Não obstante, muito poucos recursos externos são dedicados às DTNs em Moçambique.

Um novo plano estratégico do PNCL para 2012-2015 está actualmente sendo elaborado com o objectivo geral de reduzir o peso da lepra na comunidade em cada um dos distritos do país até finais de 2015.

Equidade

As DTNs são quase por definição doenças que afectam desproporcionalmente as populações pobres, já que muitas são directamente relacionadas as condições de pobreza, como falta de acesso a água limpa e saneamento (Why are some tropical diseases called "neglected?"). Um estudo feito em 2009 revelou grandes diferenças geográficas na prevalência de esquistossomiase e STHs em Moçambique (Augusto G., 2009). Por exemplo: a prevalência de STH variou de 36% em Inhambane e 37% em Maputo para 41% em Tete, 51% em Zambézia e 62% em Nampula. O estudo cita factores socioeconomicos, culturais e ambientais como possíveis causas para esta variação.

Qualidade

Não foram encontrados dados específicos sobre a qualidade dos serviços de DTNs e lepra em Moçambique. Certos avanços foram constatados com relação a lepra em 2007: foi implementado um novo guião de supervisão da lepra, o sistema de registo de dados da lepra foi informatizado e os Dias da Lepra em funcionamento (MISAU, 2006).

Cobertura

A integração do programa de controlo da lepra nos serviços gerais de saúde tornou-se numa política importante para possibilitar o diagnóstico e tratamento dos doentes com lepra. Moçambique possui um sistema único de voluntários comunitários, que são a espinha dorsal do programa de controlo da lepra. Entre 2000 e 2006 o MISAU implementou actividades intensificadas para eliminar a lepra nas cinco províncias com lepra endémica (Cabo Delgado, Manica, Nampula, Niassa e Zambézia), possivelmente contribuindo para o declínio na taxa de detecção durante e após este período. Estas actividades incluíram Campanhas para a Eliminação da Lepra e as Mini-Campanhas, implementação do Dia da Lepra e o aumento do número de Pontos de Distribuição de Medicamentos, actividade gerida por voluntários comunitários.

4.6.1 NECESSIDADES E CONSTRANGIMENTOS

As principais necessidades e constrangimentos com relação a DTNs e lepra em Moçambique podem ser resumidos como os seguintes:

Prevenção e abordagem multisectorial: a administração de medicamentos em massa é importante para o controlo a curto prazo das DTNs. Para um impacto a longo prazo e sustentável, também é essencial uma abordagem que inclua acesso a água limpa, higiene, saneamento e controlo do vector. Uma questão transversal de prevenção é a estratégia de comunicação para melhorar as práticas de prevenção através da disseminação adequada de IEC.

Vigilância e estudos: é necessário fortalecer os sistemas de vigilância, monitoria e submissão de relatórios sobre DTNs, assim como conduzir estudos e mapeamento adicionais para compreender e melhorar a extensão, âmbito e custo das doenças negligenciadas. Isto produzirá dados valiosos para servir de base às decisões políticas, além de aumentar a consciencialização entre trabalhadores de saúde primários.

Integração nos cuidados primários: o manejo das DTNs por pessoal especializado cria limitações no acesso aos cuidados. Estes deveriam ser integrados num pacote abrangente de cuidados básicos de saúde primária. Seria então necessário revisar os protocolos clínicos e elaborar algoritmos simples para capacitação do pessoal dos cuidados primários de saúde para diagnosticar e tratar os doentes.

Comunidade: o sistema de voluntários comunitários e cooperação com os chefes das aldeias são de essencial importância para a continuação com êxito das actividades de controlo da lepra. O estabelecimento de Grupos de Auto-Cuidados foi muito promissor e não só irá contribuir para o bem-estar dos seus participantes, como será um ponto de enfoque adicional para IEC e promoção da consciencialização nas suas comunidades

4.7 FERIMENTOS E VIOLÊNCIA

Resultados

Em Moçambique, os ferimentos são umas das principais causas de consultas nos serviços de emergência nos centros de saúde, somando um total de 20% a 25% consultas (DDNT/MISAU). Um novo sistema de vigilância epidemiológica foi recentemente introduzido nos hospitais para monitorar a incidência de trauma nas salas de emergência de hospitais a nível central e provincial.

Os resultados do IDS 2003 indicam uma incidência de trauma de 3% por família (uma ou duas pessoas sofreram um trauma não fatal) nos 30 dias antes do estudo. Desses incidentes de trauma relatados no IDS, 0.23% resultaram em óbitos. As cinco principais causas de morte relatadas são acidentes rodoviários, estrangulamento, queimaduras, mordidas e agressão com armas de fogo. Mais de 70% dos óbitos ocorreram nas 24 horas pós-incidente. Dados do Instituto Nacional de Transportes Terrestres (INATER) indicam que o número de acidentes tem diminuído minimamente nos últimos anos. No

entanto, o número de óbitos aumentou, provavelmente devido ao grande número de transportes semicolectivos (chapas) envolvidos nesses acidentes.

Equidade

Não foram encontrados dados relacionados à equidade em acidentes. Por outro lado, a equidade é um aspecto chave da violência em Moçambique, já que a violência e o abuso sexual afecta principalmente menores e mulheres. Os estudos demonstram abuso de mulheres pelos seus esposos ou outros membros da família (UNFPA, 2004) (violência baseada no género, VBG) e o abuso sexual de menores por professores e colegas da escola (Save the Children Norway, 2005). A violência sexual contra a mulher também consequências quanto a doenças sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV/SIDA.

Qualidade

O MISAU aprovou recentemente o Plano Estratégico para a Prevenção e Controlo de Trauma e Violência (2011-2015) elaborado pelo DDNT e a Secção de Trauma e Violência de modo a focar na prevenção e controlo de trauma usando a abordagem multisectorial. O Plano Estratégico é o primeiro passo na preparação do Plano de Acção Nacional Multisectorial de Prevenção e Controlo de Trauma e Violência, e o MISAU exercerá o papel principal na coordenação e liderança desta mesma abordagem. A Comissão Nacional para Trauma e Emergência foi criada em 2006 para melhorar os serviços clínicos às vítimas de trauma e para fortalecer a capacidade de resposta aos desastres a nível nacional.

A Secção de Trauma e Violência tem trabalhado juntamente com o INATER para promover a segurança rodoviária, presta assistência técnica ao INATER no melhoramento de actividades de prevenção e estabeleceu um sistema melhorado de dados sobre os acidentes de viação. Junto com o INATER realizam formações e prestam assistência técnica nas escolas de condução para melhorar habilidades de condução. As principais recomendações internacionais de redução de trauma e violência já foram traduzidas em leis em Moçambique, nomeadamente a exigência de uso de cinto de segurança para viaturas, capacete para motociclos, proibição de uso de telemóveis ao volante, controlo de número de passageiros em viaturas, de modo particular nos transportes semicolectivos.

Recentemente foram desenvolvidas ferramentas de gestão da qualidade no Banco de Socorros. O presente instrumento foi desenhado para apoiar a implantação do processo de melhoria da qualidade e humanização no Banco de Socorros dos hospitais de nível terciário e quartenário e é composto por 4 sectores: Cuidados Clínicos – Triagem, Sala de Tratamentos, Pequena Cirurgia, Sala de Observação, Cuidados Intermediários e ou Intensivos; Laboratório; Radiologia e Farmácia. A ferramenta foi esboçada na DNAM, mas ainda aguarda aprovação para ser usada na prática diária.

Os serviços nos centros de saúde não têm capacidade de apoio no sentido de providenciar resposta aos efeitos físicos e psicológicos das vítimas de violência. A Secção de Trauma e Violência também tem trabalhado juntamente com a polícia para estabelecer Gabinetes de Atendimento nas várias esquadras policiais de modo a criar um local acolhedor para as vítimas de violência, normalmente mulheres e raparigas vítimas de abuso em casa. Esses gabinetes devem prestar serviços com dignidade para as vítimas. Moçambique desenvolveu o Plano Nacional de Acção para Prevenção e Combate à Violência Contra a Mulher 2008-2012, cujos objectivos são: a) Expandir e melhorar os serviços prestados às vítimas de violência, incluindo os serviços de assistência médica, jurídica e psicológica; b) Reforçar as capacidades institucionais e a educação e formação do público em geral em assuntos de violência contra a mulher; c) Realizar acções estratégicas de advocacia, informação e sensibilização para assuntos de prevenção e combate a violência contra a mulher; e d) Estabelecer mecanismos de intervenção multisectorial coordenada contra a violência sobre a mulher.

Cobertura

A disponibilidade de primeiros socorros no local do acidente rodoviário é praticamente inexistente. O Plano Nacional de Acção para Prevenção e Combate à Violência Contra a Mulher inclui o objectivo de expandir os serviços prestados às vítimas de violência, incluindo assistência médica. O governo americano está a apoiar actividades relacionadas a este objectivo.

4.7.1 NECESSIDADES E CONSTRANGIMENTOS

A recente aprovação do Plano Estratégico é um grande passo para atrair mais atenção à redução de trauma e violência em Moçambique. As principais necessidades e constrangimentos restantes incluem:

Abordagem multisectorial: ainda é necessário fortalecer a colaboração multisectorial para garantir o cumprimento das novas leis. Por exemplo, a insuficiência de polícia de trânsito e a facilidade de escusar-se de multas oficiais contribuem para os acidentes rodoviários.

Prestação de cuidados: as US, especialmente o pessoal de saúde, ainda não estão adequadamente preparados para prestar cuidados adequados a vítimas de trauma e violência, inclusive VBG.

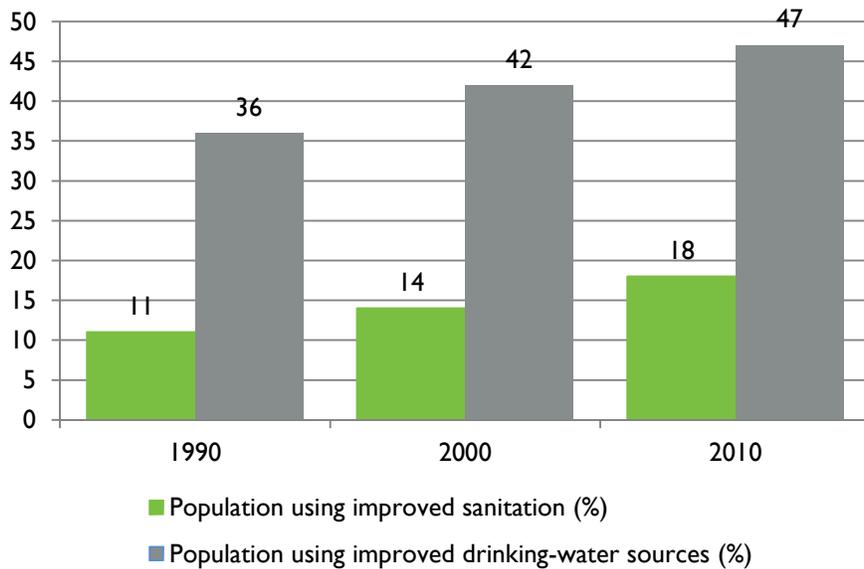
Comunidade: as comunidades ainda não estão suficientemente envolvidas nos esforços para a redução de trauma e violência. As áreas a considerar como prioritárias devem ser o abuso de menores, mudança das normas sociais para a não-aceitação de violência incluindo VBG, melhor formação sobre as práticas seguras de cozinha em casa e melhor informação sobre produtos tóxicos em casa (pesticidas, fertilizantes, etc.). Devem ser realizadas formações sobre primeiros socorros básicos nas comunidades onde há falta de grandes centros de saúde.

4.8 SAÚDE AMBIENTAL

Resultados

Os principais determinantes ambientais que afectam Moçambique são doenças transmitidas por vectores, acidentes com animais, riscos de envenenamento, poluição da água e ar, bem como acidentes no ambiente de trabalho. As Figuras 6 e 7 resumem as tendências de acesso a água potável e saneamento em Moçambique nos últimos 20 anos. A utilização de água potável aumentou de 36% em 1990 para 47% em 2010 e a proporção da população utilizando saneamento melhorado aumentou de 11% em 1990 para 18% em 2010 (World Bank, African Development Bank, UNICEF, WHO, 2012). De acordo com a Figura 7, as interpretações mais conservadoras (estimativas do JMP – *Joint Monitoring Programme* da UNICEF/OMS) indicam que Moçambique está a caminho de atingir os ODM para água e saneamento.

FIGURA 6. COBERTURA DE ÁGUA E SANEAMENTO EM MOÇAMBIQUE ENTRE 1990 E 2010 (OMS, 2012)

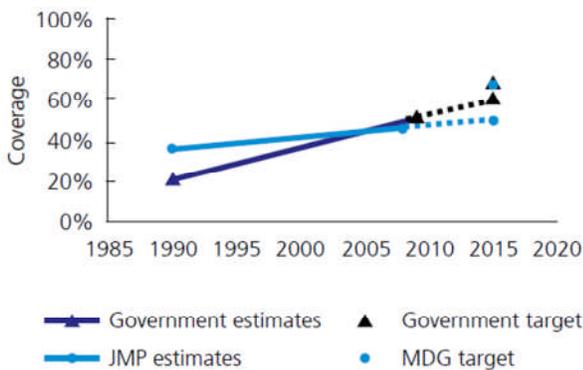


De acordo com o Boletim Epidemiológico Semanal (BES), os casos de cólera diminuíram no mesmo período de 2009 (18.850) a 2010 (3.863) durante o primeiro semestre. Isto deve-se às mudanças climáticas e pouca chuva e cheias durante o ano 2010. Apesar dessa redução, a taxa de mortalidade em Moçambique por cólera de 1.3% ainda é alta considerando a taxa recomendada pela OMS de menos de 1%.

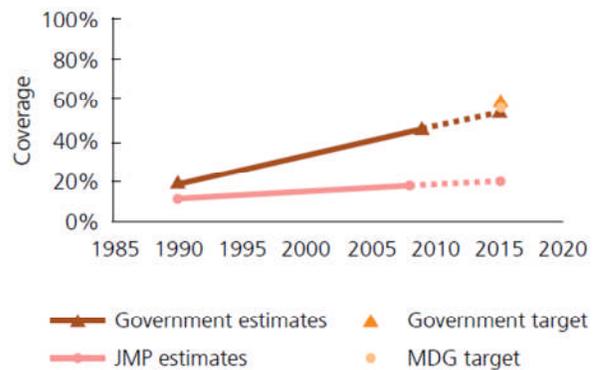
FIGURA 7. TENDÊNCIAS NA COBERTURA DE ÁGUA E SANEAMENTO EM MOÇAMBIQUE (WATER AND SANITATION PROGRAM)

Progress in coverage

Water supply



Sanitation



Sources: DNA and JMP/INE.

A maioria dos factores de risco identificados pelo governo é resultado de actividade humana, incluindo a poluição da água, desflorestação, queimadas descontroladas, poluição marinha, falta de tratamento de resíduos sólidos e tratamento inadequado de alimentos. Há pouca documentação sobre as tendências nessas áreas gerais. No entanto, existem questões transversais e indicadores de outras áreas do MISAU que podem demonstrar as tendências, como os de água e saneamento descritos acima.

Equidade

Os indicadores de acesso a água potável e saneamento apresentam diferenças significativas por área geográfica, educação e quintil de riqueza (Tabela 6). As diferenças são drásticas entre as populações mais vulneráveis e as mais privilegiadas.

TABELA 6. INDICADORES DE ÁGUA E SANEAMENTO POR ÁREA GEOGRÁFICA, NÍVEL DE ESCOLARIDADE E QUINTIL DE RIQUEZA

	Indicador	IIM 2008
Acesso a água potável	Rural	30%
	Urbano	70%
	Sem escolaridade	34%
	Secundária	73%
	Quintil \$ mais baixo	13%
	Quintil \$ mais alto	85%
Acesso ao saneamento	Rural	6%
	Urbano	47%
	Sem escolaridade	7%
	Secundária	28%
	Quintil \$ mais baixo	0%
	Quintil mais alto	72%

Qualidade

O MISAU coordenou a elaboração do Plano Multissectorial de Combate à Cólera, 2010-2014 com vista a mobilizar e garantir o envolvimento das instituições governamentais, organizações não-governamentais (ONGs), os sectores privados lucrativos e não lucrativos, e a própria comunidade, de modo a reduzir a carga da pandemia de cólera em Moçambique.

O Ministério para a Coordenação da Acção Ambiental (MICOA) coordena os diferentes sectores do governo nacional na área de gestão ambiental. O MISAU, através do Departamento de Saúde Ambiental (DSA) trabalha em coordenação com o MICOA em questões de saúde ambiental e também com o departamento de nutrição, epidemiologia, promoção da saúde e a DNAM. O departamento trabalha na criação de políticas, regulamentos e estratégias para a prevenção de doenças e tem mais de 500 técnicos de medicina preventiva e saneamento do meio a nível nacional, responsáveis pela educação comunitária para o melhoramento da gestão de factores ambientais de risco a nível comunitário.

Em 2011, as entidades governamentais envolvidas em saúde ambiental participaram na preparação do relatório da Análise da Situação e Avaliação das Necessidades (SANA) seguindo as recomendações da Declaração de Libreville. Este é o primeiro passo no processo de preparação do Plano Nacional de Saúde e Meio Ambiente para detalhar a implementação da Declaração de Libreville para Moçambique. A SANA contempla os riscos de saúde ambiental com o objectivo de criar a capacidade multissectorial a nível nacional para abordar a ligação entre a saúde e o meio ambiente.

Foi implementada em 2008 uma campanha a nível nacional para a promoção de boas práticas de higiene e os materiais de IEC ainda estão em circulação e em uso. As feiras de saúde introduzidas nos últimos anos também tiveram uma componente educativa muito forte sobre as questões do saneamento do meio.

Cobertura

Nos últimos anos, o governo investiu muito no aumento do acesso à água potável e serviços de saneamento, construindo mais de 1.100 poços e mais de 16.000 latrinas. A secção de resultados acima descreve as tendências de cobertura dos principais aspectos da saúde ambiental, água e saneamento.

4.8.1 NECESSIDADES E CONSTRANGIMENTOS

Pode-se resumir as principais necessidades e constrangimentos na área de saúde ambiental em Moçambique como as seguintes:

Orientação Estratégica: actualmente não existe nenhum plano estratégico para orientar as actividades de saúde ambiental. O PESS tem objectivos específicos para esta área, mas estes não foram transformados em indicadores para o DSA. O MICOA junto com o MISAU estão no processo de elaboração do Plano de Saúde Ambiental e a SANA foi o primeiro passo de preparação deste plano. A conclusão deste plano ajudaria na definição dos papéis e responsabilidades para esclarecer como os diferentes sectores iriam trabalhar juntos. Orientaria também o desenvolvimento do plano estratégico para o DSA que por sua vez iria definir um canal de apoio financeiro dentro do MISAU. O DSA, no entanto, não demonstra neste plano os indicadores relacionados ao seu trabalho nem um mecanismo claro de financiamento.

Abordagem multisectorial: Apesar do mecanismo de coordenação estabelecida, a coordenação entre sectores não é forte. Os sectores participantes não têm linhas claras de responsabilidade ou autoridade, e as actividades não são definidas de forma clara. Mesmo dentro do MISAU existem muitas oportunidades de colaboração entre departamentos e divisões que podem ser explorados, de modo particular na área de saúde pública e doenças infecciosas emergentes.

Financiamento: o financiamento para as actividades básicas de saúde ambiental é escasso. Por exemplo, não há disponibilidade de financiamento para continuar as actividades de IEC em grande escala, embora os materiais educacionais desta campanha estejam ainda em circulação. Os técnicos de medicina preventiva trabalham a nível comunitário para promover boas práticas de higiene, mas a falta de transporte é um problema enfrentado regularmente. Os veículos disponíveis nos centros de saúde são normalmente usados para as actividades de PAV em brigadas móveis, e na maior parte das vezes essas viaturas não têm espaço suficiente para levar mais técnicos.

4.9 NUTRIÇÃO

Resultados

Alguns aspectos da nutrição já foram discutidos na secção 4.1, Saúde Materno Infantil. De acordo com indicadores chave de nutrição (Tabela 7), Moçambique apresentou pouco progresso nesta área nos últimos anos. A subnutrição crónica em crianças com menos de cinco anos de idade aumentou ligeiramente de 41% em 2003 a 44% em 2008. A percentagem de crianças com menos de cinco anos de idade abaixo do peso para a sua idade diminuiu de 24% a 18% no mesmo período e não houve mudança na prevalência de subnutrição aguda (4%). Os dados do IIM 2008 demonstram que 16% dos recém-nascidos apresentava peso neonatal baixo. Este indicador pode ser usado para representar o nível de subnutrição materna.

TABELA 7. INDICADORES NUTRICIONAIS

Indicadores Nutricionais	IDS 2003	IIM 2008
Subnutrição crónica CU5/altura para idade	41%	44%
Insuficiência do peso CU5/peso para a idade	24%	18%
Subnutrição aguda CU5/peso para altura	4%	4%

Equidade

A Tabela 8 exibe as diferenças nos indicadores de nutrição infantil por área geográfica, nível de educação materna e nível económico. Para a subnutrição crónica e insuficiência do peso, notam-se as mesmas tendências observadas para os principais indicadores de saúde da criança: resultados consideravelmente piores em áreas rurais, em crianças cujas mães têm baixo nível de escolaridade e em níveis económicos mais baixos. Para a subnutrição aguda as diferenças são menores e mais notáveis por nível económico, seguido por escolaridade e então área geográfica.

Observando as mudanças através do tempo nota-se que apesar das tendências gerais de pouco progresso, por outro lado as populações mais vulneráveis apresentam tendências mais favoráveis. Por exemplo, a subnutrição crónica aumentou somente por 1% em áreas rurais, comparado com 6% em áreas urbanas e a insuficiência do peso diminuiu mais significamente em áreas rurais e em menores níveis de escolaridade e económicos. Esta tendência indica que os esforços para melhorar o estado nutricional das crianças estão mais concentrados nas populações de mais necessidade. Não obstante, as discrepâncias continuam.

**TABELA 8. TENDÊNCIAS EM INDICADORES DE NUTRIÇÃO
POR TIPO DE ÁREA DE RESIDÊNCIA, NÍVEL DE ESCOLARIDADE MATERNA
E QUINTIL DE RIQUEZA**

Indicador		IDS 2003	IIM 2008	Mudança
Subnutrição crónica CU5/altura para idade	Rural	46%	47%	+1%
	Urbano	29%	35%	+6%
	Nenhuma escolaridade	47%	49%	+2%
	Secundário	15%	25%	+10%
	Quintil \$ mais baixo	49%	51%	+2%
	Quintil \$ mais elevado	20%	26%	+6%
Insuficiência do peso CU5/peso para a idade	Rural	27%	20%	-7%
	Urbano	15%	14%	-1%
	Nenhuma escolaridade	31%	21%	-10%
	Secundário	12%	7%	-5%
	Quintil \$ mais baixo	31%	24%	-7%
	Quintil \$ mais elevado	9%	8%	-1%
Subnutrição aguda CU5/peso para altura	Rural	4%	5%	+1%
	Urbano	3%	3%	0
	Nenhuma escolaridade	4%	5%	+1%
	Secundário	4%	2%	-2%
	Quintil \$ mais baixo	6%	6%	0
	Quintil \$ mais elevado	3%	2%	-1%

Qualidade

O MISAU implementou várias iniciativas nos últimos anos dedicadas a nutrição. Foram estabelecidos 38 postos de sentinela para dar seguimento ao desenvolvimento de nanismo e agora existem em muitas US os centros de reabilitação para crianças malnutridas. Suplementos nutricionais estão disponíveis para tratamento de malnutrição aguda. O MISAU também tem tido muito sucesso com as Semanas de Saúde implementadas desde 2008, dando imunizações, desparasitantes, suplementação de vitamina A, e triagem nutricional

O departamento de nutrição funciona através dos técnicos de nutrição e Agentes Polivalentes Elementares (APEs) para providenciar serviços e educação a nível comunitário.

Não obstante, a nutrição é um tema complexo que abrange vários sectores além do sector de saúde, como por exemplo o sector agrícola e económico.

Cobertura

Como foi mencionado na secção 4.1.2, Saúde da Criança, a cobertura do suplemento de Vitamina A aumentou consideravelmente de 50% em 2003 (INE, MISAU e ORC Macro, 2005) a 72% em 2008 (INE, UNICEF, 2009) e as iniciativas mencionadas na secção de Qualidade acima também contribuirão para uma melhora na cobertura de serviços relacionados à nutrição. Igualmente, para causar um impacto no estado nutricional é necessário aumentar a cobertura das intervenções além do sector saúde.

4.9.1 NECESSIDADES E CONSTRANGIMENTOS

As principais necessidades e constrangimentos para a melhora da situação nutricional moçambicana estão descritas abaixo. O Quadro I descreve as recomendações do Plano para Redução da Pobreza (PARPA) II com relação a nutrição.

Abordagem multisectorial: De acordo com o Plano Multisectorial, muitos ministérios do governo não reconhecem a importância da integração de actividades de nutrição nas actividades de todos os ministérios. Está também comprovada a falta de partilha de políticas e estratégias com todos os sectores, resultando na falta de coordenação e integração de actividades. A baixa capacidade do Secretariado Técnico para Segurança Alimentar e Nutricional (SETSAN) do Ministério da Agricultura em exercer um papel de liderança na área de nutrição e não somente a segurança alimentar, fez com que o MISAU se tornasse um coordenador de facto para as actividades específicas em termos de nutrição para saúde pública.

Documentação de experiências: Muitas organizações parceiras estão a trabalhar conjuntamente com o MISAU para implementar actividades nas comunidades com o objectivo de alcançar os objectivos do PESS. Não obstante, estas actividades não são sistemáticas e as experiências partilhadas estão sendo perdidas. O departamento de nutrição está no momento a planificar um workshop nacional em 2012 para partilhar as lições aprendidas e melhorar a coordenação com as organizações parceiras.

Quadro I. Recomendações da Avaliação PARPA II

- Incluir a redução de malnutrição como objectivo no plano de combate à pobreza absoluta.
- Declarar a malnutrição crónica como uma emergência.
- Estabelecer uma comissão de coordenação multisectorial.
- Criar um grupo de trabalho técnico para analisar as causas de malnutrição e elaborar um plano estratégico nacional abrangente que visa reduzir a malnutrição crónica.
- Melhorar os recursos humanos para a área de nutrição.
- Estabelecer postos de sentinela e melhorar a qualidade dos dados.

Oportunidades de Financiamento. Por causa da natureza multisectorial das actividades de nutrição, não existe nenhum canal claro através do qual os doadores externos possam apoiar nesse âmbito a não ser directamente através das províncias ou dos ministérios como o MISAU. O aspecto comunitário das iniciativas de nutrição, por exemplo, sofrem com a falta de recursos para transporte e falta de pessoal qualificado.

Recursos humanos: A formação inicial para os técnicos de nutrição foi interrompida em 2006, resultando na lacuna actual que se verifica em termos de pessoal existente nos centros de saúde. Todas as enfermeiras de SMI receberam treinamento no pacote nutricional básico, mas pouca supervisão foi feita com vista a monitorar a qualidade de aconselhamento providenciado. O MISAU pretende desenvolver o currículo para as áreas de nutrição em serviço e explorar as alternativas de ensino à distância de modo a reduzir os custos e acelerar o processo de formação.

Logística: existe um problema de coordenação entre o departamento de nutrição e a CMAM com relação à distribuição de suplementos nutricionais. Estes itens parecem que não são prioridade para a CMAM e portanto têm muitos desafios em termos de previsão e distribuição adequada. Além disso, a qualidade precária dos dados recebidos das províncias a nível nacional dificultam a planificação de uma devida distribuição.

5. ANÁLISE DO SISTEMA DE SAÚDE

5.1 FINANCIAMENTO DA SAÚDE

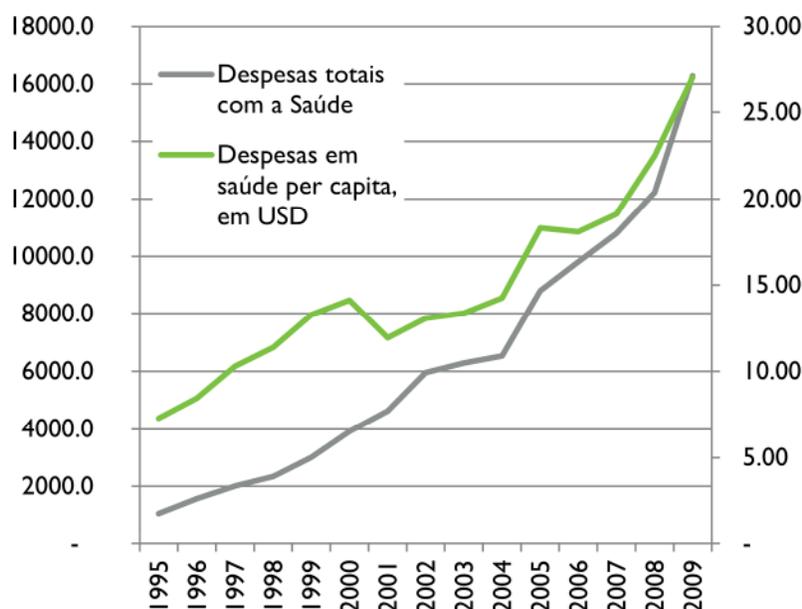
A análise apresentada neste capítulo visa rever o financiamento da saúde em Moçambique em três ópticas diferentes: as fontes dos recursos, a gestão dos mesmos e a transferência de recursos para com os prestadores dos serviços.

5.1.1 BREVE DESCRIÇÃO DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE

Estima-se que a despesa total na saúde em Moçambique (incluindo todas as fontes de financiamento) tenha atingido em 2011 23 bilhões de Meticais em valores correntes (acima de 850 milhões de dólares). A OMS assume que 6.2%² do PIB de 2009 foi gasto na saúde (International Monetary Fund, 2011). Isto, por sua vez, leva a despesa em saúde per capita acima de 1,000 Meticais (27 dólares). A média nos países da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC) foi de 126 dólares em 2009 (75 dólares quando tirados os dados atípicos: Botswana, África do Sul e a República Democrática do Congo), segundo a base de dados das Contas Nacionais de Saúde (CNS). Estes valores deverão ser confirmados na próxima actualização das CNS.

Os dados publicados mais actualizados no que diz respeito à evolução da despesa total com a saúde (Figura 8), apresenta uma evolução positiva da despesa total (em valores correntes) e per capita em dólares. Contudo este valor fica por baixo da última estimativa do Banco Mundial que calculou, em 2008, que são necessários 54 dólares per capita como o mínimo para cobrir as necessidades básicas (International Health Partnership, 2009).

FIGURA 8: DESPESAS TOTAIS E PER CAPITA COM A SAÚDE, EM MILHÕES DE METICAIS CORRENTES E %, 1995-2009



² O Banco Mundial estima que foi 5.7%.

A Tabela 9 a seguir compara os principais indicadores de financiamento da saúde de Moçambique e uma selecção de países da África Subsaariana.

TABELA 9. COMPARATIVA DE INDICADORES DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE ENTRE PAÍSES DA ÁFRICA SUBSAARIANA, 2009

País	Despesas total com a saúde, em % do PIB	Despesa do Governo com a saúde do total de despesas com a saúde	Despesa privada com a saúde do total de despesas com a saúde	Despesa do Governo na saúde em % do total de despesa do Governo	Despesas externas como % do total de despesas com a saúde	Despesas na Segurança Social em % do total de despesas do Governo com a saúde	Despesas directas das famílias em % da despesa privada com a saúde	Contribuições a seguros como % de despesa privada com a saúde
Angola	4.6	89	11	8.4	2.7	0	100	0
Botswana	10.3	80	20	16.7	18.8	0	34	6.5
Burundi	13.1	46	54	11.8	45.2	15.9	66.1	0.2
R.D. Congo	2	23.9	76.1	1.7	118.8	0	0.3	0.2
Quénia	4.3	33.8	66.2	5.4	36.1	11.8	77.4	8.8
Lesoto	8.2	68.2	31.8	8.2	30.4	0	68.9	0
Madagáscar	4.1	67.1	32.9	15.1	28.3	0	67.8	15.1
Malawi	6.2	58	42	12.1	99.1	0	28.5	14.5
Moçambique	6.2	75.5	24.5	14.2	65.7	0.3	43.6	1.5
Namíbia	5.9	66.6	33.4	12.1	14.9	2.6	17.8	61
Ruanda	9	43.2	56.8	16.8	53.2	4.6	44.4	10.2
África do Sul	8.5	40.1	59.9	9.3	1.9	2.9	29.6	66.1
Suazilândia	6.3	63.3	36.7	9.3	12.2	0	42.3	18.9
Uganda	8.2	19	81	11.6	20.9	0	65.4	0.1
Tanzânia	5.1	73.6	26.4	18.1	56.5	3.3	65.1	14.5
Zâmbia	6.1	59.5	40.5	15.7	39.1	0	67.2	3.7
Média	6.8	56.7	43.3	11.7	40.2	2.6	51.2	13.8

Fonte: OMS, website

Como pode-se observar da tabela acima, o perfil geral do financiamento da saúde em Moçambique, em comparação com os países da África Subsaariana, caracteriza-se por um tamanho menor do que a média (Despesa total com a saúde), uma maior presença do sector público como financiador (Despesa do Governo com a saúde do total de despesas com a saúde), uma maior dependência do financiamento externo (Despesas externas como % do total) e uma contribuição das famílias para com a saúde relativamente baixa (Despesas directas das famílias).

5.1.2 ANÁLISE DAS PRINCIPAIS FONTES DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE

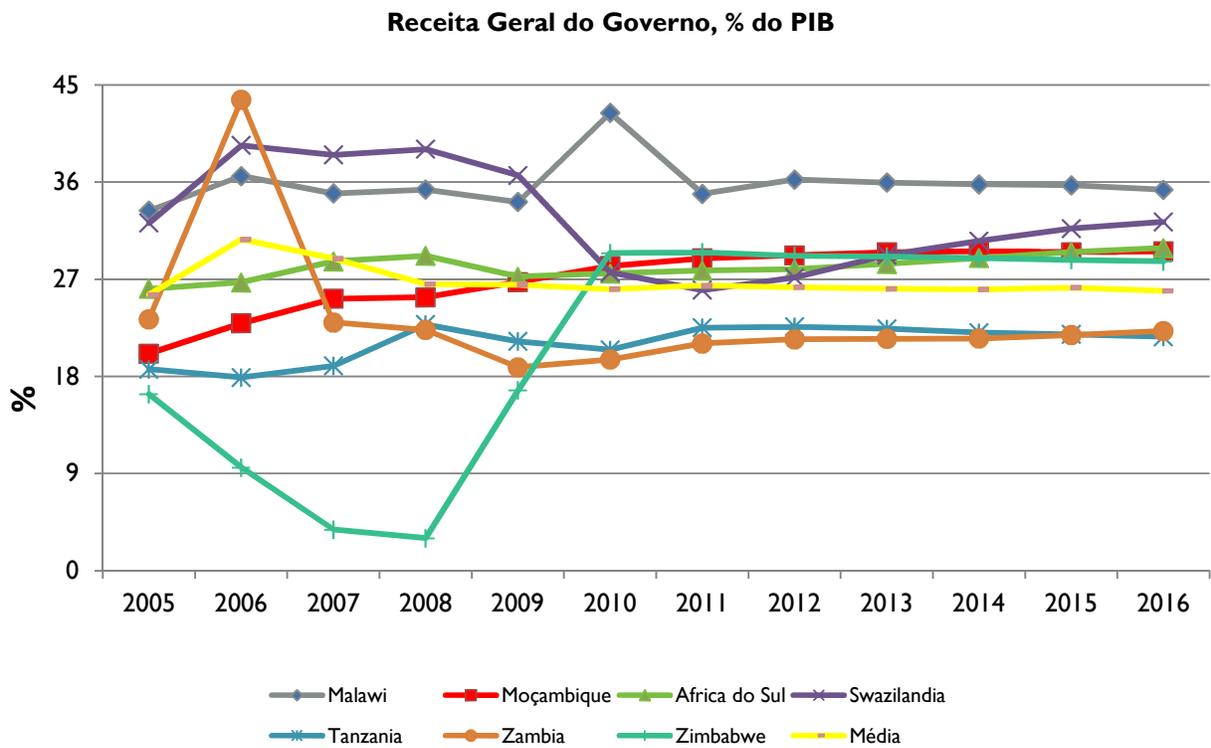
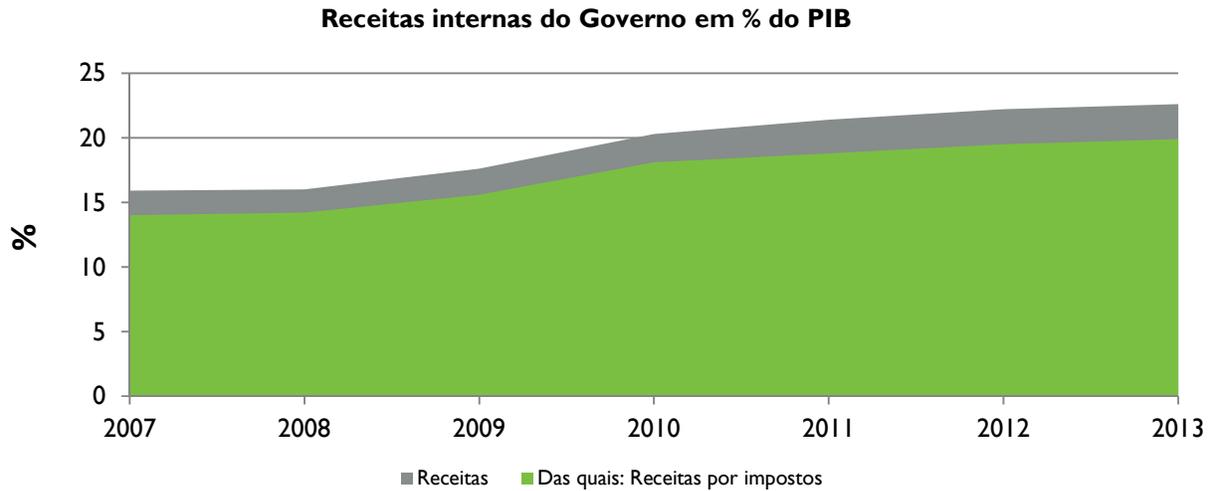
As fontes de financiamento do sector de saúde podem ser agregadas em três grandes componentes (i) recursos provenientes das receitas fiscais e as contribuições dos parceiros directas ao Orçamento do Estado (OE); (ii) recursos verticais; e (iii) outros canais de financiamento.

A primeira componente integra recursos das receitas ordinárias do Estado, fundos externos provenientes do apoio directo ao orçamento e fundos PROSAÚDE. A segunda componente inclui financiamentos que são direccionados a uma ou um grupo de doenças, os quais têm normalmente sistemas de planificação e execução diferentes aos do Estado. Na terceira componente incluem-se as contribuições privadas/das famílias que correspondem maioritariamente aos pagamentos directos feitos pelas famílias quando são atendidas nas clínicas privadas, quando compram medicamentos nas farmácias e quando contribuem com os co-pagamentos nas instituições sanitárias do Estado. Embora o financiamento das empresas também exista, não tem uma importância relevante. Enfim a terceira componente inclui a Assistência Médica e Medicamentosa.

5.1.2.1 O FINANCIAMENTO DA SAÚDE VIA ORÇAMENTO DE ESTADO

O financiamento da saúde começa pela mobilização de recursos; a capacidade de arrecadar impostos afecta o “espaço fiscal” (“*fiscal space*”) que por sua vez determina quantos recursos terá o governo para a saúde. A receita geral do governo atingiu cerca de 30% do PIB, incluindo as receitas internas e externas, o que situa-o acima da média regional. No que diz respeito a receitas internas, estas atingiram 21% do PIB, sendo as receitas via impostos as que mais contribuíram. A Figura 9 apresenta a evolução de Moçambique em termos de receitas gerais, comparando-o com os países da região (ver figura de cima) e as receitas internas do governo nos últimos anos (ver figura de baixo).

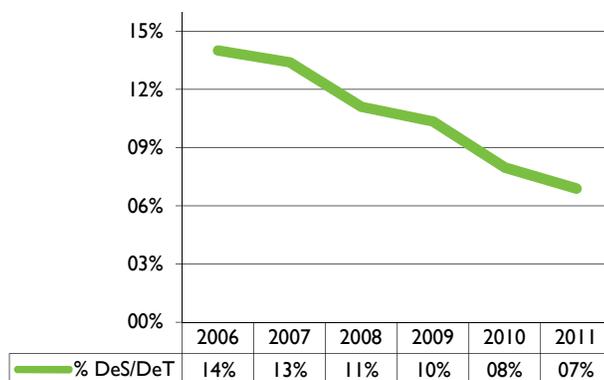
FIGURA 9: RECEITA GERAL DO GOVERNO EM MOÇAMBIQUE E PAÍSES VIZINHOS, % DO PIB, 2005-2016 E VOLUME DE RECEITAS DO GOVERNO, EM % DO PIB, 2007-2010, COM PROJEÇÕES ATÉ 2013



Este aumento na capacidade de angariar fundos não se traduziu num aumento relativo de recursos para a saúde. De facto, o volume relativo de recursos do OE para a saúde tem decrescido nos últimos anos, quer em valores orçamentais quer em executados (Figura 10). O peso do sector de saúde passou de quase 15% à uma estimativa de 6.9%³ para o ano 2011. Uma análise mais pormenorizada realizada por um grupo de parceiros (Budget Analysis Group, 2011), apresenta uma queda da componente externa do OE, relacionando-a à mudança de critérios na inscrição de recursos externos do OE. As dificuldades em conseguir informação sobre a execução de fundos externos inscritos no OE motivaram o aumento de rigor em relação à sua inclusão. O procedimento previsto para incluir a execução de fundos externos *off-budget* mas dentro da Conta Única do Tesouro (on-CUT), conhecida como “incorporação de balancete”, não é sistematicamente utilizada, motivando uma menor taxa de execução do OE relativo a estes fundos. A mesma análise mostra que a componente interna do OE não diminuiu, apesar de que outro estudo anterior (Governo de Moçambique, Sal & Caldeira, Ximungo Consultores, 2009) defende o contrário, afirmando que “o peso da saúde na despesa total interna diminuiu de 8.5% em 2005 para 7% em 2008”.

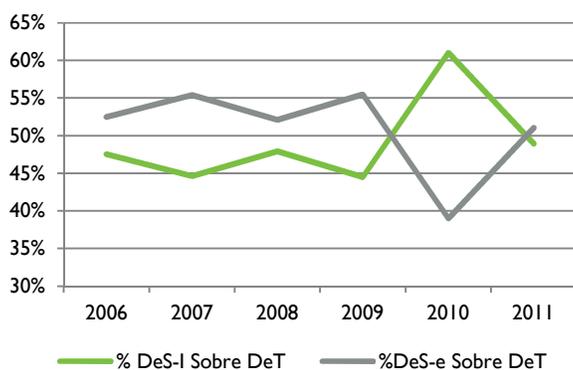
FIGURA 10: % DE EXECUÇÃO ORÇAMENTAL DA SAÚDE RELATIVA À EXECUÇÃO ORÇAMENTAL DO GOVERNO, 2006-2010, PROJEÇÃO 2011 E PESO RELATIVO DA COMPONENTE INTERNA E EXTERNA DO OE NO SECTOR DA SAÚDE, 2006 – 2010, PROJEÇÕES 2011

% Execução na Saúde sobre a Execução Total do Orçamento



Fonte: Budget Analysis Group 2011

Despesas internas e externas no sector de saúde



³ Outras estimativas, as quais incluem os orçamentos dos SDSMAS, aumentam o peso do sector da Saúde para 2011 até 8,7%.

As receitas próprias e consignadas, as quais não ultrapassam 10% do total de receitas, poderiam aumentar se o fenómeno dos *off-budget* fosse minimizado (Quadro 2). No relativo ao sector da saúde, estas receitas incluem as cobranças das consultas e internamentos e outras receitas não directamente ligadas com a prestação de serviços, como alugueres de centros sociais ou cobranças para o estacionamento de viaturas.

O PROSAÚDE actual é a união dos antigos Fundo Comum Provincial e Fundo Comum de Medicamentos, junto do fundo comum que arrancou com a introdução da Abordagem Sectorial Ampla (SWAp) no sector há 10 anos atrás. Este fundo, que conta com 15 doadores é *on-budget* e *on-CUT*, portanto utilizando os instrumentos de gestão do Governo. Os fundos do PROSAÚDE são utilizados para cobrir todas as despesas elegíveis definidas como: a) Consistentes com o PESS; b) Consistentes com o Plano Económico e Social (PES), que tenha sido formalmente apresentado e discutido com os parceiros de cooperação (PCs) antes de ser enviado ao Ministério de Planeamento e Desenvolvimento (MPD) e; c) Reflectidas no orçamento aprovado (ou legalmente revisto) pela Assembléia da República.

Segundo os Relatórios de Execução Orçamentais (REOs), nos anos 2008, 2009 e 2010 o nível de desembolsos do PROSAÚDE esteve á volta dos 85-90 milhões de dólares. A estabilidade do financiamento permite considerá-lo como uma fonte confiável, ajudando nos processos de planificação do Governo. A canalização dos fundos PROSAÚDE para o OE (gerir os recursos seguindo as mesmas normas e sob um poder de decisão único) ajuda a relacionar melhor as prioridades definidas com as afectações orçamentais, para além de aumentar o poder de compra do financiador, embora este último aspecto é relativamente menos importante no contexto moçambicano, tendo em conta que o financiador e o prestador é a mesma instituição.

Quadro 2. Os *off-budget* na saúde continuam a existir

Em 2005, um estudo sobre os *off-budget* no sector da saúde (MISAU-MF-MPD 2005) apresentou a dimensão deste problema, com 29% dos recursos sendo *off-budget* na orçamentação, 60% *off-CUT* e 44% *off-budget* na contabilização (incluídos na Conta Geral do Estado). O maior volume de recursos fora do quadro orçamental eram os fundos externos. Contudo, a componente interna, relativa às receitas próprias e consignadas, tinha também uma relevância importante (13% na orçamentação). A introdução do SISTAFE foi acompanhada pelos parceiros do PROSAÚDE e outros, os quais foram transitando seus apoios via orçamento. Em 2011, PROSAÚDE e alguns recursos consignados às províncias, transitam pelo e-SISTAFE. Entretanto, a introdução do e-SISTAFE parece ter motivado a perpetuação dos *off-budget* internos.

Este fenómeno dos *off-budgets* internos parece ter duas explicações. Por um lado, parece que existe uma subdeclaração de receitas, sobretudo daquelas não relativas às consultas e internamento. O Hospital Provincial de Pemba reconheceu que algumas receitas não são declaradas porque a Delegação das Finanças não permite a sua devolução há mais de 3 anos. As outras instituições de Cabo Delgado continuam depositando as suas receitas mas sem poderem usá-las. O Ministério das Finanças reconhece que o procedimento para poder utilizar estas receitas, que consiste em planificá-las e inseri-las no momento de preparar o orçamento (junho do ano anterior), é pouco conhecido e utilizado. Por outro lado, o segundo motivo diz respeito à menor flexibilidade ligada à utilização do SISTAFE, dado que os gestores preferem utilizar a receita directamente e assim poder utilizar, por exemplo, fornecedores não cadastrados e cobrir despesas urgentes, aumentando assim a % de recursos *off-budget*. A prática totalidade das instituições de Sofala e o Hospital Central de Maputo arrecadam, depositam numa conta de um banco comercial, informam às Finanças e utilizam as receitas via cheques, sem utilizar o SISTAFE.

5.1.2.2 FUNDOS EXTERNOS OFF-BUDGET

Nesta componente de financiamento, os parceiros mais relevantes, os quais gerem mais da metade dos recursos do sector, são o Governo dos Estados Unidos, através da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e o *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) e o Fundo Global de Luta contra HIV, Tuberculose e Malária (FG). O primeiro é classificado como *off-budget*, fora da Conta Única do Tesouro (*off-CUT*) e tem mecanismos paralelos de desembolsos e monitoria. Por seu lado, o FG é um financiamento que foi *on-budget* mas que nos últimos anos teve uma gestão totalmente paralela.

Segundo a USAID, em 2009, o Governo dos Estados Unidos desembolsou 181,4 milhões de dólares para o sector da saúde de Moçambique. Em 2010, o orçamento do Governo dos Estados Unidos para a saúde atingiu 340 milhões de dólares, afectando 269 milhões para a luta contra o HIV/SIDA. Estes valores ultrapassam folgadoamente o total das outras fontes de financiamento.

Os valores dos apoios do FG dependem do critério aplicado. Em termos de valores aprovados nas rondas, o valor dos últimos 4 anos atingiu 634 milhões de dólares. Entretanto, os valores finalmente assinados apenas somam 246 milhões de dólares e finalmente, os valores realmente desembolsados ficaram em 197 milhões de dólares. O último desembolso do FG em dinheiro para com o MISAU foi em dezembro de 2008. As razões principais relativas a este baixo desembolso estão ligadas a uma justificação pendente do MISAU perante o FG sobre os saldos que ficaram pendentes quando o FG formava parte do PROSAÚDE. As diferenças dos procedimentos do Governo e do FG dificultaram o fluxo de recursos. A partir de 2009, os apoios ao governo por parte do FG são feitos em espécie, com os pagamentos realizados directamente desde a sede do FG. Embora o FG tenha uma natureza de apoio vertical, focalizado nas três doenças, fez o esforço de transitar seus apoios financeiros pelo SISTAFE, incluindo através da CUT enquanto formava parte do PROSAÚDE. Até a data, a Direcção de Nacional Planificação e Cooperação do MISAU (DPC) inscreve os projectos no OE.

A existência de doações externas sustenta-se no desejo de assegurar, por um lado, que os resultados sejam atingidos (eficácia) e, por outro lado, que os recursos financeiros sejam correctamente utilizados e contabilizados (prestação de contas perante o parceiro e seus cidadãos). De toda maneira isto tem implicações em termos de coerência na afectação de recursos, na duplicação de processos administrativos e seus custos. Do lado positivo, a existência de fundos paralelos ajuda a cobrir necessidades quando há falhas na disponibilização dos recursos canalizados pelo Governo.

5.1.2.3 OUTROS CANAIS DE FINANCIAMENTO

Segundo as CNS, as despesas privadas alcançaram 1.275 milhões de Meticais em 2006, atingindo pouco mais de 13% das despesas totais com a saúde. Estas despesas correspondem maioritariamente aos pagamentos directos feitos pelas famílias quando são atendidas nas clínicas privadas, quando compram medicamentos nas farmácias e quando contribuem com os co-pagamentos nas instituições sanitárias do Estado. Estes co-pagamentos têm generosas isenções para crianças menores de 5 anos, idosos, antigos combatentes e pessoas com doenças crónicas, entre outros critérios. Todavia, o seu valor é bastante baixo (1 Metical para consultas, 10 para dia internamento e 5 por receita médica), e nunca foram ajustados, pelo que perdeu o seu valor como fonte significativa alternativa de financiamento. Até 2005, os hospitais públicos implementaram aquilo que viria a denominar-se como “Atendimento Especial”, o qual permitia ao pessoal clínico fazer prática privada nestes hospitais, cobrando umas taxas mais elevadas para aqueles utentes com possibilidades. As taxas destes serviços eram livremente fixadas por cada instituição e utilizavam o mecanismo de pagamento-por-serviço, repartindo-se os lucros entre os profissionais da saúde, de entres os quais os médicos levavam a maior parte, e a instituição. Por último, em algumas instituições, como o Hospital Central de Maputo, aplicam-se taxas moderadoras com objectivo de disciplinar a procura de serviços e evitar que os utentes usem o último nível de atenção para doenças não complicadas. Entretanto, em caso de utentes referenciados para aquela unidade é

exigida a apresentação da guia de transferência de US de nível inferior para efeitos de isenção de pagamento da taxa moderadora.

As despesas das famílias com saúde foram estimadas através do Inquérito dos Agregados Familiares 2002/03, que estimava que 1,2% das despesas familiares (45,92 Meticais per capita/ano) foram gastos na saúde. Porém, o Inquérito de Orçamentos Familiares 2008-09 estima uma quantidade menor de despesa per capita/ano (36 Meticais), sugerindo que as metodologias utilizadas não foram as mesmas. Em qualquer caso, parece que as contribuições directas das famílias para com a sua saúde não ultrapassa 20% do total de despesas da saúde, o que é bastante baixo para padrões internacionais. Também é de salientar que mesmo entre as famílias mais ricas (quintil 5) a despesa per capita/ano é relativamente baixa (476 Meticais/ano). Finalmente, notar que 51,4% das despesas das famílias vai para alimentos, demonstrando que os escassos recursos das famílias devem ser utilizados para cobrir as necessidades básicas.

No sector privado, as instituições que oferecem seguros de saúde, e portanto concentram recursos de famílias para cobrir os riscos relativos à saúde, são poucas e com um número de beneficiários relativamente pequeno, quando comparado com a população total do país. Por exemplo, em janeiro 2011, a Liberty Health Blue tinha cerca de 12.000 membros em todo o país. O maior factor limitativo para o desenvolvimento desta opção é o reduzido poder aquisitivo da maioria da população Moçambicana.

A Assistência Médica e Medicamentosa (AMM), que desconta 1,5% do vencimento de base dos funcionários públicos, é canalizada para o MISAU, o qual utiliza-a para reforçar o orçamento do Serviço Nacional Saúde (SNS), havendo algum benefício para os próprios funcionários, embora não haja uma relação directa entre o que lhes é descontado e o que recebem.

O mecanismo de mobilização de recursos para a AMM dos funcionários do Estado é o desconto de 1,5% do salário de base. Estes descontos são depois canalizados para o MISAU, o qual utiliza estes fundos para reforçar seu orçamento, sobretudo na compra de medicamentos (não especificamente para os funcionários). Para 2011, o MISAU recebeu uma dotação relativa à AMM de 230 milhões de Meticais, da qual foi executada, até junho de 2011 em 46%. O aumento da AMM relativamente a 2010 foi de 39%, o que deveria acompanhar o aumento dos salários e o salário dos novos funcionários. Antigamente, a AMM também era gerida pelas DPS, mas uma decisão do MISAU centralizou estes fundos. Em 2010 foi desenhado um sistema de reembolso de medicamentos a ser financiado com os fundos da AMM. Este mecanismo devia utilizar as farmácias públicas (FARMAC) como ponto onde o doente deveria levantar os medicamentos prescritos pelo médico, passando estas a requisitar o reembolso via MISAU. Esta análise não verificou o ponto de situação no que diz respeito à implementação deste sistema. Contudo, existem dúvidas operativas no relativo à viabilidade de este modelo, considerando a limitada cobertura das farmácias FARMAC e as dificuldades logísticas de reembolso e do sistema de informação necessário para operacionalizar o modelo.

Finalmente, o orçamento para juntas médicas no exterior, as quais são utilizadas para evacuar doentes para receber tratamento fora do país, atingiu 158 milhões de Meticais para 2011. Estes recursos são centralizados também no MISAU e são financiados via recursos orçamentais. O Instituto Nacional de Segurança Social (INSS) presta assistência ao trabalhador no caso de falta ou diminuição de capacidade, assim como aos familiares em caso de morte mas não paga despesas com serviços de saúde (Portal do Governo de Moçambique).

5.1.3 OS CANAIS DE GESTÃO (POOLING) E OS MECANISMOS DE COMPRA DE SERVIÇOS

No SNS, os recursos são concentrados em três níveis: (a) o nível central, onde são praticamente comprados todos os medicamentos e material médico do sector, financiados os investimentos e realizadas as actividades de planificação e gestão dos programas de saúde, (b) o nível provincial, que centralizam uma grande parte dos recursos através das DPS no que diz respeito aos investimentos e uma parte substancial das despesas operacionais e o (c) nível distrital, que gere os recursos da rede primária de serviços, incluindo hospitais rurais e actividades. Para além dos recursos do Governo, os parceiros trabalham em todos os níveis incluindo as US, afectando recursos em todos eles (ver secção seguinte 5.1.4 sobre aos mecanismos de afectação de recursos). Com a descentralização, a antiga “delegação”, onde o MISAU afectava recursos em todos os níveis, foi substituída por um sistema misto de “devolução” para as municipalidades, as quais elegem seus representantes políticos, e “desconcentração” para os distritos, onde os administradores distritais recebem os recursos que as antigas direcções distritais de saúde tinham. É comum que os três níveis do sector (MISAU, Direcção Provincial de Saúde DPS, Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social SDSMAS) se apoiem mutuamente, complementando a hierarquia formal dos governos provinciais e distritais. Por exemplo, os hospitais rurais são suportados principalmente pelos distritos onde estes se encontram, mais as respectivas DPS.

No que diz respeito o modelo de financiamento dos bens e serviços que são prestados nas US, este vem determinado pela estrutura do SNS. O facto que os agentes financiadores (Governo e parceiros que trabalham com o Governo) pertencem à mesma instituição que os provedores limita sensivelmente, por um lado, a divisão de responsabilidades e portanto a utilização da “compra” de serviços como um instrumento de política de saúde. Contudo, por outro lado, o facto de pertencer à mesma instituição ajuda a reduzir possíveis conflitos derivados de, por exemplo, a falta de recursos, havendo mecanismos formais e informais de apoio entre os financiadores e os prestadores. A Tabela 10 a seguir apresenta as despesas da saúde em Moçambique por agentes financeiros e grupo de prestadores de serviços. É de salientar que 37% dos recursos do sector são gastos em “Gestão e administração dos Programas de Saúde Pública” e “Administração geral da saúde”. Este dado deveria motivar a análise no que diz respeito à eficiência administrativa geral do sistema ou, em outras palavras, avaliar como se poderiam reduzir as despesas não directamente relacionadas à prestação de serviços.

TABELA 10. DESPESAS DE SAÚDE EM MOÇAMBIQUE POR AGENTES FINANCEIROS E PROVEDORES, 2006

2006	10 [^] 3Mt													
	Agentes Financeiros													
	Sector Público							HF.2 Sector Não Público				Resto do Mundo	Total de resultados de despesas	
	Governo Territorial						Governo Provincial	Governo locais ou Municipais	Fundo de Seguranga (Seguro para funcionários públicos e para estatal)	Seguros de empresas Privadas	Pagamentos directos das Familiares			Instituições Sem Fins Lucrativos ao serviço das Famílias (ONGs)
	Governo Central					Direcções Provinciais da Saúde								
Ministério da Saúde	Ministério da Defesa	Conselho Nacional de Combate a Sida	Hospitais Centrais											
HP.1 Hospitais	0	36,205	0	587,242	675,323	0	8,584	0	407,692	0	0	1,715,046		
HP.1.1 Hospitais Gerais	0	36,20	0	587,242	667,857	0	8,584	0	407,692	0	0	1,707,580		
HP.1.2 Hospitais Psiquiátricos	0	0	0	0	7,466	0	0	0	0	0	0	7,466		
HP.3 Provedores de cuidados de saúde ambulatorios (Clínicas e consultórios)	0	0	0	0	0	0	5,834	38,298	0	0	0	44,132		
HP.4 Venda a retalho e outros provedores de materiais médicos (Farmácias, centros ópticos, Próteses...)	0	0	0	0	0	0	8,067	0	807,194	0	0	815,261		
HP.5 Gestão e administração dos Programas de saúde pública	91,223	0	0	0	229,237	0	0	0	0	1,006,105	236,743	1,563,308		
HP.6 Administração geral da saúde e seguro	948,657	0	92,295	0	998,272	0	0	0	0	0	0	2,039,223		
HP.6.1 Administração Governamental da saúde	948,657	0	92,295	0	998,272	0	0	0	0	0	0	2,039,223		
HP.6.9 Todos outros provedores da administração da saúde	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
HP.8 Instituições provedoras de serviços relacionados com saúde	2,705,597	0	342,473	0	232,979	0	309	0	0	0	0	3,281,357		
HP.9 Resto do Mundo	72,521	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	72,521		
Total	3,817,998	36,205	434,768	587,242	2,135,811	0	22,794	38,298	1,214,887	1,006,105	236,743	9,530,850		

*A coluna HF 1.1.3 é zero porque na altura em que foi feita a tabela não era possível identificar os fundos alocados às SDSMAS via SISTAFE. Isto só se tornou possível a partir de 2011.

Fonte: MISAU, CNS

A melhoria da eficiência e a capacidade de controlar os custos com a saúde dependem dos mecanismos de transferência de recursos aos prestadores de serviços. Os incentivos ligados a cada mecanismo determinará o desempenho do prestador no que diz respeito ao volume de serviços prestados, qualidade, eficiência, entre outros aspectos.

Finalmente, novos mecanismos de compras de serviços estão a ser desenvolvidos. Entre outros, a introdução de senhas para aumentar o número de partos institucionais está a ser preparado com financiamento do *Department for International Development (DfID)*, *Canadian International Development Agency (CIDA)* e Flanders. Está previsto que este novo esquema, que incentiva a procura de serviços, arranque em maio 2012.

5.1.4 AFECTAÇÃO DE RECURSOS

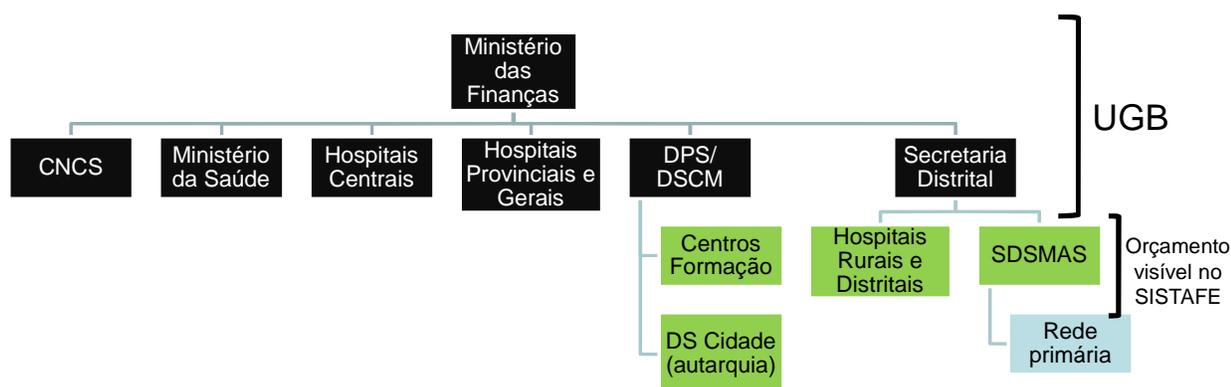
Nesta secção são analisados os diferentes mecanismos de alocação de fundos no sector da saúde assumindo como critérios da análise as fontes de financiamento assim como a estrutura administrativa do País. Com a descentralização, a planificação e orçamentação de base territorial é priorizada relativamente à planificação e orçamentação sectorial. Em outras palavras, o MISAU deixou de ter um papel activo na atribuição de alguns fundos às províncias e distritos. Com estas mudanças, o centro de tomada de decisões na afectação dos recursos do OE para com a saúde ficou espalhada entre o Ministério das Finanças, os Governos Provinciais e os Distritais.

A descentralização foi introduzida junto a uma reforma profunda do sistema de gestão financeira do Estado, estruturada à volta do SISTAFE e o modelo da CUT, que visava reduzir as perdas de eficiência e a necessidade de numerário relativa à gestão de milhares de contas bancárias com seus respectivos saldos. Estas reformas tiveram e vão ter um impacto profundo no SNS, abrangendo o modelo de financiamento e a própria estrutura do Sistema, entre outros aspectos.

A Figura 11 apresenta a estrutura do SNS organizado por níveis de autonomia financeira. Na primeira linha, em conexão directa com o Ministério das Finanças, temos as Unidades Gestoras Beneficiárias (UGB), que tem orçamento próprio e autonomia para poder executá-lo. Na segunda linha ou nível, temos àquelas instituições com orçamento identificado dentro do SISTAFE mas que dependem da sua UGB⁴ para fazer as despesas. Finalmente, temos um terceiro nível, onde entram as US do nível primário, que não têm orçamento próprio. É de salientar que os SDSMAS, incluindo a rede primária e os hospitais rurais e salários, apenas gerem 11% do OE total do sector (dados de 2011), embora contam com um volume substancial da força de trabalho do sector e actividades.

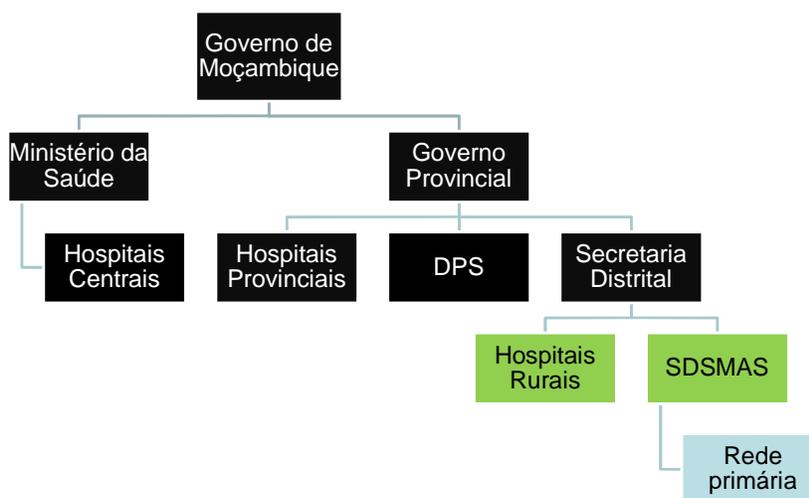
⁴ Note-se que para que uma UGB seja totalmente independente devem também ser Unidade Gestora Executora. Para o restante das UGB, elas ainda dependem das Finanças, embora tem autonomia de despesa.

FIGURA 11: ESTRUTURA DO SNS EM TERMOS DE AUTONOMIA FINANCEIRA



A seguinte Figura 12 apresenta a estrutura hierárquica resultante do processo de descentralização. Esta é especialmente relevante no que diz respeito à atribuição de recursos orçamentais. Em outras palavras, embora as UGBs tenham autonomia de gestão, a decisão sobre os tectos atribuídos dependem da instituição à qual estão subordinados em termos hierárquicos administrativos.

FIGURA 12: ESTRUTURA DO SNS EM TERMOS DE HIERARQUIA ADMINISTRATIVA



5.1.4.1 AFECTAÇÃO DE RECURSOS POR ESCALÕES DA ADMINISTRAÇÃO DO ESTADO E AUTARQUIAS LOCAIS

Os recursos dos governos provinciais vêm de transferências incondicionais do Governo central e também por receitas próprias. Para as despesas de funcionamento (salários e bens e serviços), bem como para despesas de investimento, a Direcção Nacional de Orçamento (DNO) do Ministério das Finanças (MF) e o Ministério da Planificação e Desenvolvimento (MPD) estabelecem limites preliminares por província não desagregados por sector. Não existe um critério para afectar recursos para despesas de funcionamento as províncias, mas leva-se em conta a execução do ano anterior bem como a inflação. Os limites para as despesas de investimento - componente interna - são definidos com base na alocação do ano anterior e indicadores macro económicos como indicadores de desenvolvimento humano, perfis

de pobreza, infraestruturas existentes e tamanho da população. A Direcção Provincial de Plano e Finanças (DPPF) e o Governador da Província em colaboração com as direcções provinciais definem a alocação por cada direcção provincial entre as quais figura a DPS. É preciso salientar que a alocação de despesas de investimento interno para a DPS é muito pequena. Ademais, a DPS recebe os fundos do PROSAÚDE para a província e os distritos e alguns fundos de parceiros (apoio directo dos projectos verticais).

Os recursos dos distritos vêm por um lado de receitas próprias, e por outro por transferências do Estado. As receitas próprias do distrito são constituídas por uma variedade de licenças que o distrito pode conceder por actividades económicas e por taxas e tarifas impostas por prestação de serviços e utilização de infra-estrutura pública. O MPD e MF estão a trabalhar no assunto de critérios para afectar recursos para despesas de funcionamento aos distritos, mas enquanto isso não existem critérios explícitos e oficiais. A afectação de recursos é feita de maneira incremental, dependendo assim dos recursos já existentes. É importante notar que desde 2011 foi descentralizado ao nível distrital o pagamento de salários de funcionários, entre outros, os da saúde. A secretaria distrital com o administrador municipal e em colaboração com os directores dos serviços define as despesas de funcionamento de cada um dos quatro serviços distritais. Importa referir que nas despesas de funcionamento dos SDSMAS figuram também as despesas de funcionamento para os Hospitais Rurais e Distritais que não são UGBs. Conforme o Decreto Ministerial, /MAE.A/GM/2007 são igualmente destacáveis os esforços do MISAU que culminaram com a descentralização para o distrito de fundos para a construção de casas isoladas para a função junto a US nos distritos, a construção de centros de saúde rural tipo II, para reabilitação das US sem incluir a refuncionalização e execução de projectos de valor igual ou inferior a 7 milhões de Meticais. Enfim, a SDSMAS conta com os fundos PROSAÚDE que são executados pela DPS e em alguns casos fundos de parceiros (apoio directo - projectos verticais).

Tendo em conta que o processo de transferência de competências na área de cuidados de saúde primários para os municípios está na fase inicial, as autarquias ainda não recebem transferências do Estado para a prestação de serviços nesta área. Entretanto, as autarquias dispõem de receitas próprias como definido pela Lei 1/2008, bem como o Estado contribui para o orçamento delas através do Fundo de Compensação Autárquica (FCA) para as despesas de funcionamento e através do Fundo de Investimento de Iniciativa Autárquica (FIIL) para as despesas de investimentos. Além disso, as autarquias recebem recursos financeiros de parceiros. Observa-se que os municípios utilizam os recursos acima referidos para financiar iniciativas pontuais nos cuidados primários.

5.1.4.2 AFECTAÇÃO POR FONTE DE FINANCIAMENTO

Até a data, a atribuição de fundos do Estado segue as directrizes dos cenários fiscais e despesa de médio prazo (CFDMP), sendo este um plano rolante de 3 anos, com visão de garantir a estabilidade do financiamento dos programas prioritários. Em teoria, o CFDMP é traduzido nos Planos Económicos e Sociais de cada nível, para depois transformar-se no OE. Apesar da aparente robustez do processo, existem inconsistências importantes entre os planos plurianuais e os PES e entre os PES e o OE. É reconhecido pelo MPD que há necessidade de melhorar a interconexão, e portanto a consistência, destes instrumentos. Todavia, não existem critérios de afectação de recursos tendo situações em que, por exemplo, distritos de pouco mais de 7 mil habitantes recebem o mesmo para investimento distrital que distritos com mais de 200 mil habitantes. A situação é parecida para os gastos correntes, embora o MISAU tenha experiência em utilizar critérios de afectação para fundos de doadores, em concerto para o antigo Fundo Comum das Províncias, actualmente integrado no PROSAÚDE. Cientes desta situação, o MISAU está a fazer, junto da *Health Equity Network*, um estudo para desenvolver critérios de afectação de recursos para com as províncias, visando introduzir uma fórmula que actualize os correntemente utilizados para os fundos do PROSAÚDE dirigidos às províncias (ver a seguir) e tentar utilizá-los para os recursos do OE.

A afectação dos fundos do PROSAÚDE é resultado de várias dinâmicas com lógicas diferentes. Por um lado, existe uma distribuição pelo nível central que atribui recursos a diferentes centros de custo do MISAU mais o Instituto de Ciências de Saúde (ICS) Maputo e DPSs. A seguinte tabela apresenta esta distribuição em 2010.

**TABELA II. EXECUÇÃO DO PROSAÚDE CENTRAL
POR CENTROS DE CUSTO E ACTIVIDADES – NÃO INCLUI A CMAM (2010)**

Valores em 10 ³ Mt				
Centros de Custo	Dotação Actualizada	Execução	Grau de Execução	
			Orçamental	Financeira
Dir. Nac. de Assistência Médica	111,248	111,248	100%	100%
Direcção de Administração e Finanças	500,815	262,574	52%	100%
Departamento de Infraestrutura	569,038	392,601	69%	100%
Direcção de Recursos Humanos	259,951	210,413	81%	100%
Direcção Nacional de Saúde Pública	97,229	97,229	100%	100%
GMS + Género	4,568	4,568	100%	100%
Instituto Nacional de Saúde	16,088	11,767	73%	100%
Instituto de Ciências e Saúde de Maputo	18,583	18,583	100%	100%
Equipamento	190,120	190,120	100%	100%
Total Geral	1,767,641	1,299,104	73%	100%

No que diz respeito ao PROSAÚDE provincial, este utiliza os 5 critérios⁵ de afectação do antigo Fundo Comum Provincial. Estes critérios foram a primeira tentativa de ligar objectivos de política, como aumentar o orçamento ligado ao desempenho ou ser sensível colocando mais recursos onde há mais pobreza (Índice de Pobreza). Porém, a implementação destes critérios já não é realizada em todas as províncias, mas sim desde o nível central para com o provincial. Em Sofala e Cabo Delgado, a distribuição da DPS para com os distritos já não utiliza estes critérios e foram substituídos por afectações ad hoc sem utilizar os indicadores do SIS ou outros. Por exemplo, para 2011, o distrito de Ibo, com pouco mais de 7,000 habitantes, recebeu o mesmo que Balama, com mais de 100,000 habitantes. Em Sofala, apenas 20% dos recursos do PROSAÚDE provincial 2010 foram afectados aos distritos. As duas instituições de formações da província ficaram com 26% do total, enquanto que o resto foi gerido directamente pela DPS, embora muito de esses recursos contribuíssem ao nível distrital com, por exemplo, o pagamento de salários de contratados aguardando seu enquadramento.

O maior parceiro vertical, o Governo dos Estados Unidos, financia directamente o MISAU mas também utiliza agentes de implementação, os quais recebem recursos financeiros para implementar os projectos definidos pelo doador. Estes agentes financiam actividades implementadas directamente por eles mas também apoiam financeiramente actividades implementadas por entidades beneficiárias do Governo. Os instrumentos para fazer estes apoios são chamados “sub-acordos”, e ligam actividades com financiamento. Normalmente estas actividades estão relacionadas com supervisões, treinamentos, reuniões e apoios logísticos que garantem a parte de operações das US que têm relação com os objectivos dos projectos, principalmente na área do HIV/ SIDA. Os montantes financeiros envolvidos nos sub-acordos e os benefícios directos para os funcionários que apoiam estas actividades (em forma de per diem e outros subsídios) fazem com que exista um incentivo para colaborar na implementação destas actividades. Isto pode implicar uma distorção na designação de prioridades das instituições.

⁵ População, Número de camas, Unidades de Atendimento, Índice de Pobreza e o inverso da densidade populacional.

Outros aspectos sobre este tipo de apoios devem também ser salientados. Em primeiro lugar, a abordagem paralela fragmenta a tomada de decisões entre vários actores, fazendo com que não exista uma relação clara entre os planos e prioridades e os recursos totais disponíveis. Em segundo lugar, o estabelecimento de estruturas paralelas, com ramificações até o nível de prestação de serviços tem uns custos de transacção muito elevados, com equipas logísticas muito pesadas. Em terceiro lugar, os ganhos em eficácia gerados por estas estruturas estão seriamente comprometidas pela falta de sustentabilidade. Por exemplo, no início de 2011, as actividades de buscas activas de doentes de HIV/SIDA por parte de activistas na província de Manica ficou interrompida porque o financiamento externo existente rescindiu o contrato com a organização que os prestava. É de salientar porém que estes apoios não teriam iniciado sem os financiamentos verticais, pelo que o assunto deve ser debatido no quadro mais alargado de eficácia versus sustentabilidade. Finalmente, o facto que os financiamentos verticais são *off-budget*, e portanto fora do SISTAFE, dá-lhes a oportunidade de utilizar fornecedores locais não cadastrados e financiar trabalhos realizados pela comunidade, o que traz valor em termos de desenvolvimento em áreas remotas.

5.1.4.3 OUTRAS FORMAS DE AFECTAÇÃO DE RECURSOS

Para além dos principais canais apresentados acima, existem experiências de afectação de recursos a serem implementadas em várias partes do País que combinam algumas das características das anteriores ou experimentam com elementos novos. Aqui são descritas algumas delas:

Ajuda orçamental a nível distrital: A Medicus Mundi Catalunya, uma ONG Espanhola, iniciou há mais de 15 anos o apoio ao funcionamento das US em três distritos (Montepuez, Balama e Namuno) com transferências de recursos trimestralmente para o pagamento de gastos correntes. Este apoio (250 mil Meticais/ano) complementa às outras actividades da ONG. O sistema de prestação de contas segue os mesmos modelos que o Estado, embora a introdução do e-SISTAFE fez com que estes não passem pela Delegação Distrital do Plano e Finanças. Outras ONGs copiaram o modelo em Cabo Delgado e, mais recentemente, em Sofala.

Apoio a actividades junto de Incentivos Baseados no Desempenho (IBD): A Elisabeth Glazer Pediatric Aids Foundation (EGPAF), uma ONG dos Estados Unidos, está a implementar, desde inícios de 2011, um modelo de financiamento das actividades em alguns distritos de Nampula e Gaza que combinam, por um lado, o pagamento de actividades, tais como supervisões, manutenções, treinamentos, etc., e por outro lado, paga um incentivo condicionado ao cumprimento de metas pré-definidas de produtividade e qualidade. Quer o bônus quer os pagamentos por produto são repartidos entre a entidade beneficiária e seus trabalhadores, abrangendo todos eles. Iniciada em janeiro de 2011, esta é a actividade de IBD em estado mais avançado em Moçambique. Apesar de que a avaliação formal deste modelo ainda não tenha sido feita, alguns efeitos já observados pela EGPAF incluem: aumento na produtividade e motivação do pessoal; mudança na atitude do pessoal à favor da gestão dos serviços, solucionar problemas e seguir planos; melhoria no uso de registos, monitoria e uso de informação. Em 2012 a USAID também introduziu um modelo parecido de IBD em três distritos na província de Manica. Ainda que em fase nascente, modelos de IBD parecem ser promissores no seu potencial de melhorar a qualidade de serviços. Será importante seguir a evolução destes modelos através das respectivas DPS e SDSMAS e das avaliações formais de cada um para identificar os seus resultados, lições aprendidas e potencial para expansão.

Quadro 3: Eficácia da ajuda ao sector

Apesar do estabelecimento do SWAp e a integração de alguns doadores no sistema de gestão financeira do Estado, a canalização dos apoios ainda fica distante das boas práticas definidas internacionalmente. Uma avaliação recente do grau de cumprimento da Declaração de Paris concluiu que 11 dos 14 indicadores definidos ainda não foram atingidos, mostrando que ainda é preciso fazer mais esforços de alinhamento dos apoios dos parceiros.

No que diz respeito à substituição de fundos internos por fundos externos, uma análise realizada recentemente (GdM et al 2009) defende que “os financiamentos externos consignados (projectos e fundos comuns) não provocaram uma redução do financiamento com fundos do Tesouro para as instituições”. Os dados do OE confirmam esta análise.

No leque de apoios financeiros ao sector, encontram-se exemplos de boas práticas, incluindo o processo de integração do PROSAÚDE ou as ajudas orçamentais de várias ONGs (Medicus Mundi Catalunya em Cabo Delgado desde 1996) aos gastos correntes das US dos distritos utilizando os procedimentos de prestação de contas do Estado. No relativo às más práticas, pode-se destacar o caso do financiamento do programa dos APes. A estrutura de apoios a este programa caracteriza-se pela fragmentação de apoios (11 doadores), existência de diferentes modelos de prestação de contas, excessos de apoios em algumas áreas (recursos para formar APes duplica a necessidade definida pelo MISAU) e falta de apoios em outras. A carga administrativa ligada à coordenação destas fontes é claramente exagerada. Todavia, a dispersão geográfica dos parceiros, multiplica ainda mais os desafios na gestão do programa.

5.1.5 PLANIFICAÇÃO, ORÇAMENTAÇÃO E GESTÃO DE RECURSOS FINANCEIROS NO SECTOR DA SAÚDE

Como já foi avançado acima, existem lacunas de coerência entre os instrumentos de planificação plurianual e os instrumentos de planificação e orçamentação anuais. Na área de preparação do orçamento, há vários aspectos que prejudicam a coerência do processo de planificação. Primeiro, os exercícios de planificação distrital, provincial e nacional são feitos no mesmo tempo do ano. Assim, os planos dos níveis inferiores não podem alimentar os do nível superior, facilitando contradições, duplicações e lacunas. A DPC, reconhecendo esta fragilidade, em 2012 deu apoio a todas as DPS na elaboração do PES 2013 com envolvimento de todos os distritos, facto que a manter-se poderá contribuir para o melhor alinhamento das intervenções do sector. Em segundo lugar, a introdução da orçamentação por programas não está sendo suficientemente explorada. O MPD reconhece que os instrumentos de planificação de base territorial (Plano Económico e Social Operacional Distrital PESOD, Plano Económico e Social Operacional Provincial PESOP e PES) são consistentes com os planos plurianuais, incluindo o PARPA, mas na altura da orçamentação o processo perde consistência. Estas preocupações motivaram que o MPD esteja a iniciar os trabalhos sobre um “Sistema Nacional de Planificação”, o qual encontra-se na fase de definição conceptual. Terceiro, os habituais recortes ou reforços dos orçamentos durante a execução do mesmo, tiram credibilidade ao exercício preparatório, desmotivando os técnicos das instituições durante a preparação das propostas, sabendo que quase com certeza deverão ser revistas. A falta de transparência, ou défice no fluxo de informação dos aumentos/recortes não contribui a melhoria do processo.

No que diz respeito à execução orçamental, o processo incompleto de descentralização, a qual dá autonomia financeira apenas aos hospitais provinciais, centrais e DPS e faz dependente das secretarias distritais os hospitais rurais e rede de centros de saúde, tem trazido alguns problemas no relativo ao dinamismo na gestão das US e atrasos nos desembolsos. O processo de descentralização tem, por um lado, garantido o grau de autonomia anterior àquelas US que são UGB mas, por outro lado, a autonomia ficou reduzida para os SDSMAS (antigas direcções distritais) e hospitais rurais. Esta menor autonomia de

gestão é especialmente crítica para os hospitais rurais com grande volume de serviços e os programas de saúde pública, pois tem de depender dos SDSMAS, que por sua vez tem de depender das secretarias distritais, onde devem competir com mais outros quatro serviços distritais e o poder discricional do Administrador distrital. É de salientar que o atraso no processamento de despesas de algum dos Serviços paralisa o processo dos outros, prejudicando as actividades destes. As visitas em Sofala e Cabo Delgado confirmaram que os hospitais rurais ficaram com grandes dificuldades para poder operar neste contexto, sendo apoiados, em casos extremos, pelas DPS.

Todavia, a introdução do SISTAFE trouxe novas dinâmicas de desembolsos, passando dos tradicionais desembolsos por duodécimos para disponibilizações de fundos menos sistemáticas e com prazos de execução curtos, embora as UGB preparem seus planos de tesouraria mensais, o que tem introduzido incentivos para utilizar todos os fundos disponibilizados, independentemente da necessidade real da altura. Assim, junto de execuções orçamentais baixas, podem se encontrar taxas de execução orçamental de perto de 100% meses antes da finalização do ano. Contudo é preciso salientar que somente 80 % dos distritos estão disponibilizados com o SISTAFE. Consequentemente, embora sejam UGB, ainda não são “Executores”, pelo que não têm o SISTAFE com plenos poderes instalado nas suas instalações. As dificuldades para esta expansão incluem a necessidade de ter bancos nos distritos, conexões razoáveis de internet, entre outros aspectos relativos à contratação/colocação de técnicos capazes de gerir o sistema. No momento, as SDSMAS nos distritos que não possuem estes requisitos básicos têm de ir até a capital da província para as transações de gestão do sistema.

A gestão do PROSAÚDE provincial é realizada na UGB DPS, embora as decisões sobre as alocações internas e como executar os fundos são das SDSMAS e hospitais rurais abrangidos. Existem ainda alguma instituição, como por exemplo o Hospital Rural Nhamatanda, que utiliza o sistema de “Adiantamento de fundos” para utilizar os fundos, e portanto realiza pagamentos com cheques, em vez de transferências via e-SISTAFE. Contudo, isto é uma excepção à norma. Esta centralização do poder de execução no nível provincial joga também um papel de balão de oxigénio quando as Secretarias Distritais não conseguem cobrir as necessidades das suas instituições de saúde.

A possibilidade de rever o orçamento três vezes por ano no relativo à distribuição das rúbricas orçamentais (até 31 de outubro), como previsto na lei, reduz a pressão no processo de preparação de orçamentos sabendo que, durante o ano, o orçamento poderá ser ajustado às necessidades do momento. Todavia, a capacidade na gestão financeira é um assunto repetidamente levantado em vários relatórios. A última auditoria no MISAU aponta à falta de pessoal e experiência na Direcção de Administração e Finanças (DAF) do MISAU, assim como insuficientes controlos internos como a causa das dificuldades na prestação de contas encontradas.

Finalmente, no vertente da prestação de contas e acompanhamento das despesas, o sector da saúde perdeu capacidade de monitoria, pois todas as despesas no distrito não são reportadas separadamente por sectores, embora o e-SISTAFE teria a capacidade de fazê-lo. De facto, segundo o MF, o sector da educação vai conseguir acompanhar as despesas distritais no seu sector a partir de 2012.

No que diz respeito à autonomia de gestão nas US, esta continua sendo bastante limitada, ficando apenas o orçamento de bens e serviços como único elemento à discricção dos directores das instituições. A remuneração do pessoal e a distribuição de medicamentos e artigos médicos é decidida no nível central. Neste contexto, melhorias no desempenho ficam dependentes do sucesso da coordenação entre os níveis, a qual fica cada vez mais complicada no novo quadro de descentralização.

5.1.6 PRINCIPAIS CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

5.1.6.1 O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO PESS

O PESS 2007-2012 contempla três objectivos gerais na área de financiamento da saúde. Estes três objectivos podem-se resumir em:

- Objectivo Geral 17: Melhorar a execução orçamental a todos os níveis, garantindo a aplicação da Lei Orçamental.
- Objectivo Geral 18: Reforçar os métodos de administração e gestão técnico-administrativa e financeira em todos níveis do SNS e melhorar a capacidade de aprovisionamento e de logística do Sector Saúde em todas as etapas da cadeia de aprovisionamento e distribuição.
- Objectivo Geral 20: Garantir um financiamento sustentável ao sector e desenvolver mecanismos sustentáveis de financiamento de Cuidados de Saúde.

Estes objectivos gerais tinham metas estratégicas, como por exemplo “garantir a alocação de pelo menos 15% do Orçamento do Estado ao sector da Saúde segundo o compromisso estabelecido na Declaração de Abuja de 2000” e aumentar a taxa de execução para 90% em 2010, para além de actividades detalhadas a realizar. Porém, estas estratégias apenas centravam-se nos recursos geridos pelo sector público (incluindo os doadores *on-budget*) e deixaram grandes lacunas em áreas tão importantes como a autonomia de gestão das unidades, a afectação de recursos, a reforma dos orçamentos para melhorar o desempenho do sistema, entre outros.

A partir de esta experiência, é preciso portanto aproveitar a oportunidade que o novo PESS 2013-2018 irá fornecer para que o sector confronte os desafios mais relevantes na área de financiamento da saúde.

Entretanto, para além dos aspectos já levantados no documento, é necessário tirar as conclusões mais relevantes. São duas as dimensões onde a revisão do financiamento da saúde deve ser enquadrada: (a) desafios perante à descentralização e (b) recondução do financiamento vertical, aproveitando suas potencialidades.

No que diz respeito a descentralização, a introdução da descentralização teve um impacto muito relevante na estrutura hierárquica do SNS. A implementação no terreno desta nova estrutura caracteriza-se pela introdução de uma lógica de governação territorial, onde os governos provinciais e distritais têm poder sobre os recursos da saúde, com uma forte sinergia de maneiras de trabalhar sectorial, onde o MISAU, a DPS e os SDSMAS mantêm uma relação não só técnica mas ainda importante no que diz respeito à canalização de recursos e tomada de decisões. A convivência das duas lógicas, junto dos desafios, em termos de capacidade, abriu um período de ajustes constantes e de balanceamentos entre o mundo anterior (sectorial/saúde) e o novo (territorial/distrito e província).

Finalmente, o volume dos financiamentos verticais é superior à soma do OE e dos parceiros do PROSAÚDE. O facto de existirem canais de planificação, execução e monitoria paralelos faz aumentar as despesas indirectas e portanto reduz o volume de recursos disponíveis para o sector. Ademais o grande volume de recursos mobilizados pelos financiamentos verticais, parecer produzir um efeito de “saturação” das capacidades de gestão das instituições beneficiárias. O volume de recursos disponibilizados requer, por um lado, novos esforços na áreas de administração mas, por outro lado, necessidade de multiplicar as tarefas de monitorização, fazendo com que o pessoal do sistema dedique uma porção substancial do seu tempo a apoiar actividades dos projectos, deixando as suas outras tarefas.

5.1.6.2 RECOMENDAÇÕES

Com base nas análises realizadas neste documento, sugere-se que os seguintes pontos sejam explorados e abordados no próximo processo de preparação do PESS.

Mobilização de recursos:

- Estudar o aumento da capacidade arrecadadora fiscal do Estado (estudar a possibilidade de aumentar os impostos ao tabaco e álcool, consignando-os para o sector da saúde, assim como minimizar/eliminar as férias fiscais oferecidas aos investidores estrangeiros);
- É necessário reforçar o diálogo político e técnico com Ministério das Finanças para um aumento progressivo da quota orçamental a atribuir ao Sector da Saúde;
- Reduzir gradualmente o fluxo de recursos verticais *off-budget* no Sector;
- Explorar outros mecanismos de financiamento ao Sector de Saúde (Seguros de Saúde, comparticipação das famílias);

Gestão de recursos:

- Melhorar a colecta e gestão das receitas próprias no e-SISTAFE;
- Promover o uso de planificação do governo, respeitando seus calendários e incluindo os planos dos parceiros, em todos os níveis;
- Fortalecer o processo de planificação, monitoria e avaliação na gestão de recursos do Sector;
- Promover a integração *on-budget* onde possível, também para os financiadores provinciais;
- Abrir um debate junto do MF para que os hospitais rurais/distritais sejam transformados em UGB;
- Fortalecer a capacidade de gestão financeira a todos os níveis;

Afectação de recursos/compra de serviços:

- Introduzir a todos os níveis critérios de alocação de recursos obedecendo ao seguinte:
 - a. Prioridades do Sector
 - b. Equidade
 - c. Eficiência
 - d. Sustentabilidade;
- Estabelecer políticas claras e únicas sobre incentivos relativos ao desempenho. Desenvolver os mecanismos para, se possível, implementar o bónus de rendibilidade previsto no Estatuto dos Funcionários e Agentes do Estado;
- Monitorar os pilotos de novas formas de financiamento para compra de serviços (IBD e tercealização);
- Fornecer os critérios para que SDSMAS tenham melhor alocação de recursos, como guião de negociação;

Prestação de serviços:

- SDSMAS devem ter orçamento consignado, independente dos outros serviços distritais. Contabilização da despesa deve ser sensível a apresentar as despesas com a saúde sob controlo do distrito. MF e MAE já têm esta preocupação;

Áreas a estudar com maior profundidade:

- Actualizar as Contas Nacionais de Saúde, tentando institucionalizá-las no Instituto Nacional de Estatística, com o apoio do MISAU;
- Estimar o custo do pacote básico de serviços por nível/per capita. Este estudo deveria misturar a abordagem normativa (custear os insumos necessários em teoria), com a abordagem sistemática (custear não por doenças mas por equipas mínimas perante uma procura de serviços estimada);
- Estudar as despesas com o sector privado, através de cruzar dados sobre importações de medicamentos, taxas dos utentes aplicadas nas clínicas, inquéritos de despesas familiares, etc;
- Desenvolver um sistema que acompanhe as coberturas populacionais em termos de seguros privados de saúde. O papel regulador do MISAU nesta área tem de ser explorado;
- Realizar estudos que visem reformar, a médio prazo, os mecanismos de pagamentos aos prestadores de serviços.

5.2 RECURSOS HUMANOS

Na década 2000-2010 o desenvolvimento dos recursos humanos (RH) no sector da saúde foi orientado por 4 planos nacionais, que identificaram claramente objectivos de médio e longo prazo (PDRH 1992-2002, PDRH 2000-10, PDRH 2005-10 e PNDRHS 2008-15). De forma geral, as metas dos planos foram alcançadas e, em boa medida, superadas. A análise apresentada neste capítulo visa salientar os principais aspectos do desenvolvimento dos recursos humanos no país na referida década. A informação neste capítulo cobre somente os recursos humanos no sector público de saúde, dada a escassez de dados sobre o sector privado.

5.2.1 CRESCIMENTO DO PESSOAL

Durante a década 2000-2010, o número de funcionários de saúde mais que duplicou (Tabela 12). O aumento foi marcado depois de 2004 (média anual +12%). Os técnicos de medicina, SMI, farmácia e medicina preventiva quase triplicaram.

TABELA 12. PESSOAL DE SAÚDE POR CARREIRA (2000, 2004, 2010)

Carreiras	2000	%	2004	%	2010	%	Aumento 2000-10
Médicos	424	2,8	702	3,6	1106	3,2	161%
Enfermagem geral	3664	23,9	4025	20,7	5397	15,5	47%
Saúde Materno-Infantil	1414	9,2	2380	12,2	4110	11,8	191%
Administração, economia etc.	1273	8,3	1457	7,5	2907	8,4	128%
Medicina	820	5,3	1169	6,0	2453	7,1	199%
Medicina preventiva	466	3,0	495	2,5	1285	3,7	176%
Laboratório e bioquímica	653	4,3	677	3,5	1384	4,0	112%
Farmácia	419	2,7	530	2,7	1221	3,5	191%
Outros qualificados	689	4,5	774	4,0	1088	3,1	s/dados
Odontoestomatologia					282	0,8	s/dados
Med. Fis. Reab					228	0,7	s/dados
Radiologia					196	0,6	58%
Agentes de serviço e auxiliares	5517	36,0	6710	34,5	11,702	33,7	112%
Téc. de obras, operários, condutores	587	3,8	738	3,8	1391	4,0	137%
Totais	15.926	100,0	19.657	100,0	34.750	100,0	127%

Fontes: SIP e Relatório DRH 2010

O MISAU perseguiu uma reestruturação da pirâmide dos profissionais da saúde, com base em uma análise feita em 2008. Houve também a análise das tarefas realizadas nas US pelos enfermeiros gerais, enfermeiras de SMI e técnicos e agentes de medicina geral para verificar se os currículos da formação inicial correspondiam às necessidades e fazer recomendações para a revisão curricular. Foi verificado que os profissionais desempenhavam tarefas para as quais não tinham sido preparados e que havia sobreposição de tarefas entre os níveis básico e médio da mesma carreira. Baseada nesta evidência a Direcção de Recursos Humanos (DRH) colocou a proposta de suprimir o nível básico e formar técnicos médios com currícula baseados em competências, que foi aprovada.

A absorção média no Aparelho do Estado (AdE) dos recém-graduados e de pessoal do regime geral nos últimos 5 anos foi aproximadamente de 1.000 por ano, não acompanhando a produção anual do pessoal. O pessoal fora do quadro passou de 1.568 em 2005 para 6.157 em 2010 (de 7% para 18%). O pessoal fora do quadro corresponde aos contratados ainda não nomeados cujo salário é pago pelos parceiros. O objectivo é de diminuir este número e reduzir o tempo que leva para ser nomeado. A tendência no número e percentagem de pessoal fora do quadro indica que este problema ainda não foi resolvido.

O rácio de profissionais qualificados por habitante reduziu de um profissional por 1.947 habitantes para um por 1.004 habitantes entre 2000 e 2010. As províncias com os piores rácios (Zambézia, Cabo Delgado, Nampula) registaram melhorias significativas e a equidade entre províncias melhorou. O dado mais positivo refere-se à província de Inhambane onde o aumento relativo de profissionais qualificados por habitantes foi quase de 3 vezes (de um por 1.957 habitantes em 2000 para 1 por 753 habitantes em 2010). O rácio de quadros de saúde projectado para 2015 de pessoal médico, de enfermagem e de SMI é de 65/100.000 habitantes. Em 2010, o rácio era de 46/100.000 habitantes, entretanto, a incluir no rácio todos os clínicos de nível básico e médio, o rácio era de 63/100.000. A força de trabalho do País está ainda longe de atingir o rácio preconizado pela OMS de 230 (médicos enfermeiros gerais e de SMI) por 100.000 habitantes. A Tabela 13 mostra a distribuição do pessoal de saúde entre 1990 e 2010. A redistribuição nas províncias do Norte, tradicionalmente mais desfavorecidas, sofreu uma aceleração a partir de 2004.

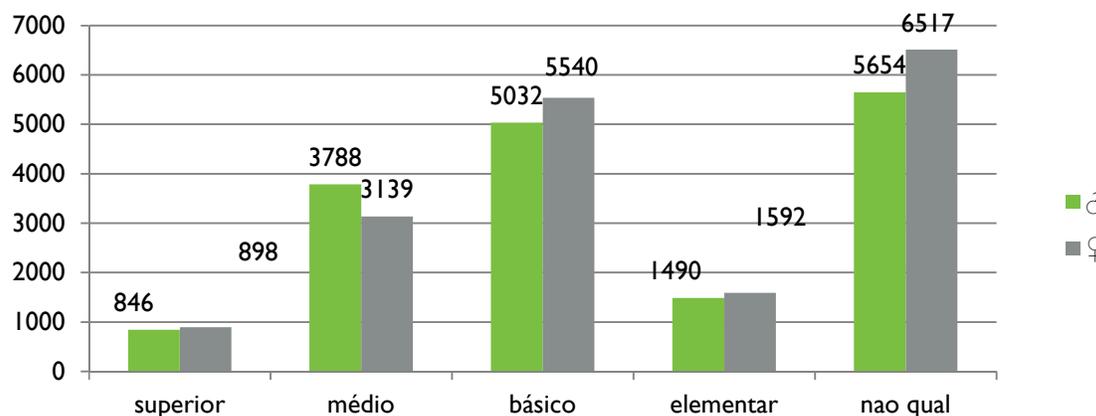
TABELA 13. EVOLUÇÃO DO PESSOAL DE SAÚDE NACIONAL POR ÁREA DE AFECTAÇÃO (1990-2010)

Colocação	1990		2000		2004		2010		Mudança 1990-2010	
	No.	%	No.	%	No.	%	No	%	No	%
Norte (CD, Ns, Nm, Z)	5.020	31	5.448	34	6.779	35	13.740	40	+8.720	+9%
Centro (T, Ma, S)	3.626	22	3.842	24	4.880	25	7.465	22	+3.839	0
Sul (I, G, Mp)	3.118	19	2.878	18	3.414	18	6.266	18	+3.148	-1%
Maputo/C HCM	4.081	25	2.964	18	3.570	18	5.921	17	+1.210	-8%
Órgãos Centrais	315	2	775	5	792	4	1.104	3	+789	+1%
Total	16.160	100	15.907	100	19.435	100	34.496	100	+18.336	0

Fontes: Sistema de Informação de Pessoal (SIP) (PDRH 2004-10) e Relatório Direcção de Recursos Humanos (DRH) 2010. *Z=Zambézia incluída na região Norte em 1990, 2000 e 2004.

No que diz respeito ao género, haviam 17.686 Moçambicanas e 16.810 Moçambicanos no MISAU/SNS em 2010. Para os médicos, os números respectivos eram 405 e 458. Como mostra a Figura 13, não havia praticamente diferença de género para os quadros superiores, enquanto o número de técnicos médios era ainda maioritariamente masculino. Entre os quadros menos qualificados ou não qualificados, a proporção de mulheres era maior. Ademais, houve um aumento considerável de mulheres licenciadas no período 2004-2010. O incremento de técnicos médio-básicos foi também maior para o sexo feminino, assim como ficou mais pronunciada a diminuição de mulheres sem qualificações.

FIGURA 13. PESSOAL NACIONAL NO MISAU/SNS POR SEXO E NÍVEL(2010)



Em 2010, 22% dos médicos do SNS eram expatriados, tratando-se em boa parte de especialistas colocados fora da capital do País. A percentagem aumentou de 14% desde 2004. Existe também um certo número de técnicos médios expatriados, embora em número reduzidos.

5.2.2 RETENÇÃO

Em 2000 apenas 226 em 15.926 funcionários (1.4%) saíram do sector. Em 2010 deixaram o sistema 869 de 34.496 funcionários, o que constitui 2.5% da força de trabalho. O aumento foi sobretudo devido às aposentações (passadas em 10 anos de 68 para 368, o que constitui 1,1% do total dos trabalhadores). A mortalidade do pessoal de saúde em serviço não aumentou de 2000 para 2010 (era 0,7% em 2000, ficou em volta de 0,5% entre 2008 e 2010). O número de funcionários removidos por razões disciplinares foi sempre negligenciável. As perdas do pessoal por licenças ilimitadas ou registadas (a volta de 200 por ano em finais da década) constituem a única área digna de nota. As perdas para o sector privado não lucrativo estavam relacionadas sobretudo com a contratação de quadros por agências internacionais que operavam em Moçambique e o pessoal mais interessado por este fenómeno foi o pessoal sénior da saúde (14 de 23 médicos com mestrado ou doutoramento deixaram o sistema entre 2005 e 2010). O impacto do sector privado lucrativo nos Recursos Humanos em Saúde (RHS) está ainda pouco conhecido. Finalmente a imigração para fora do País não chegou a ser problema de maior em Moçambique.

O MISAU adoptou numerosas políticas para promover a retenção dos profissionais de saúde e reduzir as desigualdades entre meio urbano e rural. Entre as políticas é importante referir: a) o aumento da oferta de profissionais de saúde através de cursos pós-laborais (período de tarde) ou nocturno; b) a colocação de pessoal recém-graduado nas áreas desfavorecidas; c) os incentivos para os funcionários colocados em áreas rurais; d) a expansão da formação nas províncias; e) a revisão das competências técnicas através da transferência de competências e responsabilidades entre categorias de trabalhadores de saúde.

5.2.3 AMBIENTE E CONDIÇÕES DE TRABALHO

A estrutura salarial não se modificou substancialmente na última década. O MISAU/DRH conseguiu introduzir melhorias no vencimento dos profissionais de saúde através de subsídios fora do salário-base. Alguns, como o subsídio de risco, o de turno, o bónus especial e o subsídio de localização são considerados “parte integrante” do salário. O subsídio de localização foi introduzido em 2009, devido ao facto que o bónus especial, que já existia como incentivo para colocação nas áreas mais desfavorecidas, já não servia para este fim, tendo-se tornado um meio de descompressão salarial. Outras integrações salariais foram pagas irregularmente dependendo da disponibilidade de fundos locais (ver Capítulos 5.1 Financiamento da Saúde e 5.3 Governação).

Os funcionários do AdE também são incentivados através de um sistema de promoções e progressões dentro das suas carreiras, bónus de rendibilidade (um incentivo ligado ao desempenho) e bolsas de estudo. O “prémio” económico ligado à progressão ou promoção é retribuído em função da disponibilidade orçamental, e não raramente acaba não sendo atribuído. A tendência, entretanto, mostra uma melhoria a partir de 2005, embora com altas e baixas anuais. O pagamento do bónus de rendibilidade torna-se difícil devido à necessidade de preparar a previsão orçamental com antecedência e não se conhecendo o número e categorias salariais dos funcionários que iriam a merecer tal incentivo. Incentivos ligados ao desempenho estão a ser experimentados em Nampula, Gaza e Manica desde 2010 por parceiros. O kit básico de subsistência (introduzido pelo Diploma Ministerial DM 3/2006), que incluía o kit de instalação e de manutenção, é um importante incentivo que acompanha a colocação de funcionários em áreas rurais. É orçamentado directamente nas províncias e, por esta razão, a sua

atribuição não tem sido uniforme. Nos finais da década 2000-10 foram reintroduzidos prémios não monetários como a exposição da fotografia do melhor trabalhador do mês, condecorações, prémios, louvores públicos. Finalmente, a participação em actividades de formação contínua (FC) é uma actividade motivadora para o pessoal da saúde.

A construção de habitações para o pessoal (casa de função) tem sido realizada pelo MISAU desde as décadas precedentes. Planos de novas US incluíam como rotina casas para o pessoal. Entretanto, a colocação de milhares de quadros básicos, médios e superiores em poucos anos, em boa parte destinados a áreas periféricas, permitiu satisfazer só uma pequena parte das necessidades, por óbvias razões de custos. Muitos distritos encontram problemas em hospedar condignamente os funcionários recém-chegados pelas más condições com que se encontram frequentemente as casas de hóspedes. Há casos que uma casa tipo 2 era partilhada por duas famílias. Nem sempre as habitações de função são mantidas adequadamente pelos moradores e raramente o MISAU tem providenciado manutenção.

Os aspectos de condições trabalho relacionados às US e à profilaxia pós-exposição (PPE) são discutidas no Capítulo 5.5, Prestação de Serviços de Saúde.

5.2.4 PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS E DESCENTRALIZAÇÃO

O funcionário do SNS faz parte da administração pública, não do sector da saúde como tal. O MISAU é o segundo ministério com maior número de funcionários (em crescimento rápido) e melhorias salariais relativamente modestas podiam ter um impacto financeiro e político notável no sector público. No final da década de 2010, a legislação relativa às carreiras de regime especial da saúde ainda encontrava-se bastante dispersa e ultrapassada, carecendo, desta forma, de actualização urgente.

5.2.4.1 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

A avaliação de desempenho do funcionário público é feita anualmente e é baseada numa folha de classificação que foca em aspectos próprios dos funcionários da administração pública, como postura, assiduidade e comportamento com o público. Durante a década, houve algumas propostas para tornar a avaliação do desempenho mais consistente com as tarefas dos profissionais de saúde, mas o sistema foi revisto só em 2008 e seu uso começou em 2010. O novo sistema, Sistema de Gestão e Desempenho na Administração Pública (SIGEDAP), acrescentou aspectos de eficiência e eficácia, introduziu o conceito de avaliação por objectivos/metasp e foi estendido para todas as ocupações. A partir de 2011, o sistema começou a ser usado. De acordo com o resultado de algumas visitas às províncias, os procedimentos do novo sistema são complexos, contam com um número elevado de instrumentos e precisam de diferentes períodos anuais de avaliação. Os serviços destacaram dificuldades em aplicar a avaliação.

5.2.4.2 DESCENTRALIZAÇÃO

Com o processo de descentralização, as competências na área de gestão de RHS foram transferidas para as províncias e distritos, nomeadamente as que se referiam à realização das contratações, nomeações, promoções e progressões dos demais funcionários no sector de saúde. No início de 2011, a distribuição das competências relacionadas com procedimentos não era bem conhecida aos diferentes níveis de intervenção (como referido no Capítulo 5.3, Governação). A re-alocação de responsabilidades afectou inevitavelmente a organização do trabalho, as modalidades contratuais e de gestão do pessoal. A transferência parcial de poderes decisórios e a delegação administrativa para o nível da prestação dos serviços aumentou a complexidade do sistema e levantou questões quanto a eficácia e eficiência na gestão de recursos. De acordo com os gestores, a descentralização podia trazer maior rapidez na tramitação dos processos (progressões, aposentações etc.), mas o efeito ainda não estava a ser percebido pelos trabalhadores entretanto que nos distritos ainda havia falta de pessoal preparado e capacitado em gestão de RH. Contudo, as províncias e os distritos responderam com dinamismo, e foram capazes de fazer avançar o processo. Províncias “periféricas” como Cabo Delgado e Gaza, já

dispunham de responsáveis distritais de RH em todos os distritos em outubro 2011, e todos tinham recebido alguma formação em trabalho e/ou supervisões nos 6 meses precedentes.

5.2.4.3 NOMEAÇÕES E COLOCAÇÕES DE PESSOAL

No que diz respeito as nomeações, na segunda parte da década, os distritos começaram a ter a autonomia de estabelecer as vagas dentro do PESOD, abrir concursos públicos e recrutar pessoal para vagas de carreiras gerais, pedir cabimento de verba à Direcção Provincial das Finanças (DPF) e enviar todo o processo para o Tribunal Administrativo (TA) regional. O distrito passou a definir as próprias necessidades de pessoal a médio prazo. O cabimento orçamental ficou mais problemático, porque dependia da planificação da própria administração distrital que frequentemente era deficitária. Como resultado, muito raramente os SDSMAS conseguiam nomear o pessoal da área geral. Pela mesma razão, houve problemas com os processos de promoção e progressão geridos a partir dos distritos. A DPS, por vezes, negocia o cabimento orçamental relativo ao pessoal técnico de saúde que recebe do MISAU com a DPF e distribui os profissionais de saúde entre distritos, onde estes passam a ser nomeados, após confirmação do TA. O MISAU/DNAM distribui os técnicos de saúde graduados pelos cursos nacionais entre as províncias, priorizando as províncias com os piores rácios de pessoal (Zambézia e Nampula) e, ao mesmo tempo, procurando satisfazer as necessidades de todas. Portanto, a distribuição do pessoal das carreiras específicas continua fortemente condicionada pelo nível central. As províncias também continuam actuando as políticas e orientações nacionais de RHS. O Ministro da Saúde nomea o director provincial e o médico chefe com anuência do governador.

A colocação e transferência do pessoal passaram a ser responsabilidade da DPS e SDSMAS, com despacho respectivamente do governador e do administrador. O critério geral de distribuição de pessoal para as províncias baseia-se sobretudo nas equipas-padrão por nível de US/serviço de acordo com o DM 127/2002. Ao nível provincial, o pessoal de SMI, laboratório e farmácia é distribuído entre os distritos sob proposta dos responsáveis provinciais dos respectivos sectores, o de enfermagem e medicina (técnicos e agentes) pelo médico-chefe provincial. Com a descentralização, a colocação dos graduados passou a ter em conta as vagas planificadas de acordo com a planificação financeira e com as necessidades da US. As necessidades são calculadas a partir das previsões das saídas dos profissionais do sistema e das US em construção. Em alguns sítios, são usadas também como critério as cargas de trabalho. Um factor importante para decisão é a disponibilidade de residências. O processo de contratação continua submetido à aprovação do TA. O orçamento para a nomeação dos quadros é libertado e definido a nível de DPS, a partir dos fundos recebidos pelo MF. O TA controla não somente a documentação, mas também o cabimento orçamental, tornando-se um mecanismo de controlo da despesa pública. A secção 5.2.1 levantou os problemas relacionados com a demora na nomeação de pessoal dentro do quadro de pessoal.

Na administração pública, novos sistemas informatizados estão sendo desenvolvidos e implementados para aprimorar a qualidade e celeridade de vários circuitos de gestão de recursos humanos. O Subsistema de Informação de Pessoal eletrónico (e-SIP) está incluído numa estratégia do governo de criar uma plataforma comum de comunicação que garantirá a interoperabilidade entre diferentes aplicações (Governo Electrónico - e-Gov). Actualmente, para a gestão dos RHS, o MISAU usa o Subsistema de Informação de Pessoal (SIP), gerido pelo Ministério da Função Pública e o Sistema de Administração Financeira do Estado (e-SISTAFE), gerido pelo Ministério das Finanças. O SIGEDAP é o sistema utilizado para avaliação dos funcionários públicos. Em 2006 foi desenvolvido o Sistema de Informação sobre as Formações (SIFO), com objectivo de recolher, registar, monitorar e avaliar as actividades de FC. Está a ser elaborado um Sistema de Informação da Formação Inicial (SIFin) para proporcionar uma base de dados completos da formação inicial (nível básico e médio) e o cadastro e património dos Institutos de Formação (IdF). A sua implantação está prevista para 2011. Em finais da década, nem toda a informação necessária para gestão do pessoal era fornecida por estes sistemas, e a falta de integração da informação dificultava uma visão unificada da gestão dos RHS. A integração dos

subsistemas de informação tornou-se portanto um objectivo prioritário do MISAU. O SIP está instalado e a ser usado em todas as DPSs. No início da década o SIP foi actualizado no MISAU e fornecia um panorama completo dos RHS do sector de saúde. Nas províncias, apesar das suas multifuncionalidades quando operacional, o SIP nem sempre é bem explorado por causa do fraco envolvimento da gestão do topo, mobilidade dos operadores, avarias informáticas em parte devidas à gestão insuficiente dos computadores. Neste momento, está-se a preparar a transição para o e-SIP que vai iniciar em 2014. Tratando-se de um sistema criado pelo Governo, a tendência multiministerial (MISAU, Ministério das Finanças e Ministério da Função Pública) é para introdução gradual do e-CAF (Cadastro de Agentes e Funcionários do Estado eletrónico) que é um sistema a ser usado a longo prazo para todos Ministérios.

5.2.5 FORMAÇÃO

5.2.5.1 INSTITUIÇÕES DE FORMAÇÃO

A rede dos IdFs melhorou substancialmente na década passada, registando um crescimento de 34% da capacidade das salas de aula entre 2004 e 2010. No período de 2000 a 2010, 13.181 profissionais de saúde foram graduados nas 13 instituições de formação, sendo 365 de nível elementar, 6.447 de nível básico, 6.182 de nível médio e 187 de nível médio especializado. O número de graduados nas IdFs aumentou notavelmente nos últimos 5 anos, com a implementação do Plano Acelerado de Formação (PAF) (2006-2009). Durante a década, foi enfatizada a formação de quadros básicos e médios e foi suspensa a formação do pessoal elementar (2004). Mais tarde, foi priorizada a formação de pessoal de nível médio e adoptaram-se currículos baseados em competências.

TABELA 14. GRAU DE CUMPRIMENTO DE FORMAÇÃO DE PESSOAL SEGUNDO O PDRH (2005-10) E PAF (2006-09)

Nível	Planificado	Realizado	Cumprimento
Básico	3975	3551	89%
Médio	3650	4285	117%
M Especial	625	90	14%
Total	8250	7926	96%

Ao comparar com o planificado no PDRH 2005-2010 e PAF (2006-2009), a percentagem do realizado para o nível médio superou a meta (117%), e ficou aquém (89%) para o nível básico. A percentagem do atingido para o nível médio especializado foi muito menor (14%). Isto explicava-se pelo facto que, os cursos de cirurgia passaram a ser implementados nas instituições de ensino superior, enquanto outros cursos de especialização foram reclassificados para o nível médio-promoção. Alguns IdFs não realizaram cursos básicos por dificuldades logísticas.

O número de novos ingressos nos IdF aumentou progressivamente desde 2005, ano em que houve 1.240 novos estudantes. Em 2010 houve 2.035 novos ingressos, um número elevado mas bastante inferior às projecções do PNDRHS 2008-15 (3.800). Este número não era evidentemente realístico, tomando em conta a capacidade das IdFs.

No que diz respeito a formação médica e de pós-graduação, entre 1975 e 2003, a única universidade que produzia médicos era a Universidade Eduardo Mondlane que graduou 609 médicos. Em 2000, foi aberta a Faculdade de Medicina na Universidade Católica da Beira (UCB, privada). Seguiu a abertura, em 2006 e 2007 de duas faculdades de medicina nas universidades públicas em Tete (Unizambeze) e Nampula (Unilurio). Estas últimas contam com uma faculdade de ciências de saúde que inclui outros cursos de ensino superior na área de saúde. Recentemente outras instituições privadas iniciaram um curso de medicina: a ISCTEM (Instituto Superior de Ciências e Tecnologia de Moçambique) e o Instituto Superior de Ciências e Tecnologia Alberto Chipande em Cabo Delgado. Na última década foram formados 790 médicos. Em 2010 foram graduados 120 médicos. O número aumentará para 200 quando as Faculdades de Ciências de Saúde da Unilurio e Unizambeze iniciarem a graduar médicos em 2013 e 2014 respectivamente.

Foram graduados 208 médicos especialistas no período de 2000 a 2010. Este número é insuficiente para cobrir as necessidades dos hospitais centrais fora de Maputo e dos hospitais provinciais. A responsabilidade da formação de pós-graduação médica é partilhada com a Comissão Nacional Conjunta da Ordem dos Médicos.

Em 2004 foi aberto o Instituto Superior de Ciências de Saúde (ISCISA), que tem realizado cursos de requalificação de nível superior na área de anestesia, e desde 2010, nas áreas de cirurgia, e instrumentação. Um total de 379 foram graduados até 2010 nas áreas de Enfermagem Geral, Pediátrica e de Saúde Materna, Cirurgia, Laboratório, Administração e Gestão Hospitalar e Medicina Ocupacional. A colocação destes graduados no SNS é responsabilidade do MISAU.

Outras instituições privadas graduaram 110 Farmacêuticos, 108 médicos dentistas, 745 psicólogos (bacharéis ou licenciados) entre 2000 e 2010. Outros profissionais em 24 áreas de saúde serão graduados a partir de 2013. O ensino superior privado é regulado pelo Ministério da Educação.

5.2.5.2 QUALIDADE

A qualidade do processo de formação tem sido preocupação do MISAU. A formação envolve diversos componentes desde a estrutura programática dos currículos de formação até a equipa docente e gestores pedagógicos responsáveis da implementação curricular, incluindo campos de estágio e instrumentos pedagógicos e equipamentos para as práticas. Há falta de docentes em termos quantitativos e qualitativos. O número de docentes efectivos a nível nacional cresceu paulatinamente desde um total de 177 no ano 2004 para 240 em 2009. Contudo devido ao aumento de turmas por IdF, a proporção de docentes efectivos em relação aos alunos não se modificou (a média nacional é de 1 professor para 18 alunos com tendência a aumentar). No último quinquénio aumentou a proporção de docentes com grau de licenciatura e mestrados, de 15.8% em 2004 para 21.7% em 2009. A carreira de docentes não apresenta atractivos económicos para os técnicos de saúde, razão pela qual persiste a preferência por manter o *status* de docente eventual com maiores regalias. A fins da década passada o Departamento de Formação formulou novas estratégias para atrair e melhorar o recrutamento de docentes efectivos, como, por exemplo, a carreira de Docente em Saúde.

Também a bibliografia e o equipamento didáctico são insuficientes. O parceiros de cooperação proporcionam doações de acordo com as necessidades identificadas pelas IdFs, o que significa a aquisição de textos de apoio e bibliografia diversa em Português. Em relação às práticas pré-clínicas, todos os Laboratórios Humanísticos foram apetrechados de modelos, manequins e simuladores anatómicos para as práticas dos estudantes das carreiras de Clínica, Enfermagem Geral e de SMI. Existem também laboratórios para os cursos de Farmácia e Laboratório. Odontostomatologia conta com um único laboratório apetrechado a nível nacional (no ICS da Beira).

A partir de 2005 com o curso de enfermagem de SMI iniciou a formulação de uma nova estrutura curricular de tipo modular, em blocos teóricos e blocos de prática pré-profissional, o que permitiu a deslocação das turmas para estágios parciais utilizando os RH com maior movimento, diminuindo assim a sobrelotação dos campos de estágio urbanos. Com o desenvolvimento do PAF, a metodologia aplicou-se para os restantes cursos. O resultado foi de aumentar as oportunidades individuais de aprendizagem para os estudantes.

Os currícula dos cursos de técnico de medicina geral, enfermagem geral e de SMI de nível médio foram revistos e implementados recentemente com base na estratégia do MISAU de suprimir o nível básico. A formação de nível básico das carreiras de enfermagem geral e de SMI limita-se às IdFs que ainda não reúnem as condições para formar nível médio. A nova estrutura curricular baseada em competências para estes cursos implica uma redução do tempo de formação de 30 para 24 meses. No quinquénio 2005-10, foram desenvolvidos dois novos currículos de nível médio – inicial (técnico de administração e gestão em saúde e de manutenção); foram revistos 4 currículos de nível médio - promoção (laboratório, farmácia, oftalmologia, ortoprotesia e fisioterapia) e 4 de cursos de nível médio - inicial estão no processo de revisão (técnico de medicina preventiva, otorrinolaringologia, educação em infância, e acção social).

Em 2008 iniciou-se o Programa de Garantia da Qualidade da Formação nos IdFs utilizando padrões de desempenho para melhorar a gestão pedagógica e institucional e, em consequência, o processo de ensino. O enfoque tem sido em 5 áreas: Instrução na Sala de Aula e Laboratório Humanístico, Instrução no Estágio Clínico, Infra-estrutura e Materiais de Ensino, Gestão da Instituição, e Higiene e Limpeza. A medição periódica dos indicadores de qualidade permitiu aos gestores institucionais, pedagógicos e administrativos, a identificação dos problemas existentes e as respectivas causas e a elaboração de planos de trabalho enfocados nas lacunas observadas. Uma avaliação externa foi realizada anualmente com equipas constituídas por técnicos do MISAU e a participação dos Directores dos IdFs. A média percentual da implementação dos padrões de qualidade melhorou de 45,1% em 2008 (linha de base) para 70,6% em 2010 (avaliação externa). O aumento da aplicação dos padrões significa melhoria na gestão pedagógica quer na componente teórica assim como nas práticas pré-profissionais, melhoria da gestão institucional, e dos aspectos básicos de higiene e limpeza da Instituição. As melhores IdFs foram premiadas anualmente.

Apesar dos recentes progressos em termos de currícula revistas e o Programa de Garantia de Qualidade, os dados de qualidade de serviços de saúde (Capítulos 4, Tendências de Cobertura das Principais Áreas de Intervenção e 5.5, Prestação de Serviços de Saúde) indicam que ainda há muito que ser feito para melhorar a qualidade da formação do pessoal de saúde em Moçambique.

5.2.5.3 FORMAÇÃO CONTÍNUA

A FC permanente no local de trabalho é prioritária para o desenvolvimento profissional de todo o pessoal de saúde, especialmente no contexto moçambicano, onde a formação inicial ainda apresenta fraquezas e onde as funções que os trabalhadores de saúde exercem na prática estão em constante fluxo. Entretanto, as actividades de FC são fragmentadas e dispersas, influenciadas pela multiplicidade de programas verticais e iniciativas dos parceiros. Apesar dos esforços de desenvolvimento das normas de

procedimentos de FC ao longo do último quinquénio, os conteúdos dos cursos não estão alinhados com as actividades e recursos das US nem com o perfil dos participantes.

A modalidade de FC prevalecente é ainda a tradicional e escolar, com frequente ausência do trabalhador no local de trabalho e não relacionada com o desempenho individual nem institucional. Não existe um sistema de monitorização da FC que permita avaliar a sua qualidade. O esquema de per diem apresenta um incentivo não-intencional para participação em FC, mesmo que esta não seja adequada ao quadro ou às funções do trabalhador. O PNDRHS inclui uma estratégia de melhorar a organização da FC, com actividades como a centralização do financiamento das actividades de FC e o desenvolvimento de novas modalidades de FC não presenciais.

A implementação do SIFO pretende amenizar os problemas de gestão de FC relacionados com o a falta de dados sobre a FC de pessoal.

5.2.6 PRINCIPAIS CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

5.2.6.1 OS RECURSOS HUMANOS NO PESS

As estratégias recomendadas pelo PESS 2007-12 incluíam a actualização do sistema de carreiras profissionais, a revisão do DM nº 25/76 de 19 de junho e a actualização da descrição de tarefas dos profissionais da saúde em todos os níveis do SNS. Também o PNDRHS 2008-2015 preconizava a revisão e a simplificação das carreiras da saúde para adequá-las ao contexto institucional e acautelar a sua gestão efectiva, através da elaboração do Estatuto do Profissional da Saúde e a revisão/actualização dos conteúdos de trabalho e a descrição de tarefas dos profissionais da saúde. Pretendia-se elaborar um quadro racional de referência que reconhecesse dentro da função pública, a especificidade da situação dos RHS, permitindo fundamentar uma maior diferenciação salarial em relação a outras carreiras do aparelho do Estado.

A revisão da carreiras do regime especial de saúde e dos seus respectivos qualificadores foi iniciada em 2011 e inclui a elaboração dum proposta dum estatuto remuneratório próprio que será submetido ao Ministério da Função Pública e Finanças numa fase posterior.

5.2.6.2 RECOMENDAÇÕES

Face à análise acima apresentada, é importante destacar as seguintes recomendações:

Decisões políticas:

- A força de trabalho do país está ainda longe de atingir o rácio preconizado pela OMS de 230 médicos/enfermeiros gerais e de SMI por 100.000 habitantes, levará várias décadas para cobrir as necessidades do país e precisará do aumento substancial e sustentável da verba orçamental para o sector de saúde e para área de RHS;
- Definir e aprovar os qualificadores associados às novas carreiras. Os qualificadores descrevem os conteúdos de trabalho e definem os critérios de ingresso e progressão/promoção em cada carreira;
- Definir o quadro de pessoal a todos os níveis, carga tipo e actualizar as normas de colocação;
- Aprovar e implementar o novo estatuto remuneratório do profissional do regime especial de saúde;
- Estudar a possibilidade de reintroduzir o Atendimento Especial no sector público, o qual permitia ao pessoal clínico fazer prática privada nestes hospitais. Seria importante identificar mecanismos e incentivos para garantir a retenção da prática pública dos especialistas, assim que estes se mantenham acessíveis a toda a população;

- Operacionalizar/implementar o processo de descentralização administrativa, procurando detectar os problemas dos trâmites, apoiar os gestores de RHS provinciais e distritais, compartilhar as soluções e experiências positivas;
- Considerar as vantagens de as IdFs passarem a operar como UGBs. Isto dar-lhes-ia autonomia financeira, mas as IdFs continuariam subordinadas às DPS;

Colocação de pessoal:

- Segundo o PNDRHS, serão necessário 291 médicos especialistas das áreas prioritárias até 2015. Dever-se expandir a pós-graduação para os hospitais centrais e provinciais fora da cidade de Maputo. O número de graduados das instituições de ensino superior estimado reduzirá a demanda de médicos especialistas, mas, ainda será necessário continuar com a contratação de especialistas estrangeiros para além de 2012 para os hospitais provinciais;
- A descentralização tornou mais complexa a implementação de um plano nacional de RHS. Os Órgãos Centrais já não dispõem de alguns “blocos de informação” desagregada para as despesas relativas aos RH (por exemplo em relação à despesa salarial), o que dificulta a análise e a revisão das políticas. Entretanto, a planificação e gestão de RHS está a ser assumida cada vez mais pelas DPS e SDSMAS. É necessário fortalecer o suporte do MISAU à periferia em relação à política e planificação de RHS;
- Estimular a pesquisa e o apoio das organizações de cooperação empenhadas a nível local para encontrar soluções destinadas a estabilizar os profissionais de saúde colocados em locais remotos; por exemplo, a construção de casas ou a possibilidade de soluções diversas, como o financiamento de casas próprias. Analisar as experiências de outros países com relação ao tema da alocação e retenção de RHS em áreas rurais (World Health Organization, 2010);

Formação:

- Continuar a reduzir gradualmente a formação de pessoal de nível básico. A substituição de quadros básicos por médios e superiores no meio rural deverá ser com realismo, incluindo nos cálculos da projecção financeira todos os custos indirectos;
- Avaliar o Programa de Garantia da Qualidade da Formação já implementado, inclusive o impacto do programa no desempenho dos formandos, e ajustá-lo de acordo como os resultados. Além de continuar com a troca de experiência entre os IdFs, incluir interações com instituições fora do país (a partir dos países vizinhos);
- Realizar a avaliação dos currículos baseados em competências;
- Expandir a pós-graduação para os Hospitais Provinciais;

Geral:

- Analisar o problema da absorção de pessoal dentro do quadro de pessoal do MISAU para identificar acções que possam agilizar este processo;
- Fazer o cálculo do impacto orçamental da absorção do pessoal de nível médio e superior;
- Realizar um estudo sobre o impacto do crescimento do sector privado nos recursos humanos do sector público e regulamentar a relação de trabalho entre o sector público e privado;
- Fortalecer o MISAU para supervisão e apoio ao nível provincial e distrital;
- Definir critérios específicos de avaliação de desempenho dos profissionais de saúde.

5.3 GOVERNAÇÃO

Este capítulo visa apresentar uma análise das mudanças intervindas na década 2000-2010 nas principais áreas do sistema de governação do sector de saúde em Moçambique e realçar os desafios em cada uma das áreas.

5.3.1 MARCO LEGAL

Existem dois conjuntos de leis que abordam as funções dos órgãos do estado e dos Municípios. A Lei dos Órgãos Locais do Estado (LOLE) e o seu regulamento definem as atribuições dos órgãos do Estado e a Lei no. 2/97 e o Decreto no. 33/2006 as competências dos municípios.

As competências da província e do distrito no sector de saúde são definidas de maneira vaga na legislação acima referida. Entretanto, na prática, as províncias assumiram responsabilidades ao nível de assistência primária. Apesar de haver uma listagem detalhada das responsabilidades atribuídas aos municípios no sector de saúde, existe um entendimento comum que o âmbito pleno dessas competências não pode ser facultado a este nível. Por conseguinte, o que é imputado na estrutura legal para estas autoridades não é realizado na realidade.

5.3.2 A DESCENTRALIZAÇÃO NO SECTOR DE SAÚDE

5.3.2.1 AS FUNÇÕES DOS ÓRGÃOS DO ESTADO

A LOLE e o seu regulamento, Decreto no. 11/2005, estabelecem que cabe ao Governador Provincial decidir sobre a criação de US de prestação de serviços de saúde primários e é competência do Administrador Distrital assegurar o bom funcionamento das US. O MISAU definiu sucessivamente um guião que detalha as tarefas do administrador no sector de saúde⁶.

A LOLE enfatiza que o distrito é a “principal unidade territorial da organização e funcionamento da administração local, e a base da planificação do desenvolvimento económico-social e cultural da República de Moçambique”. A LOLE também fornece a base para a prestação desconcentrada de serviços a estes níveis por meio dos ministérios sectoriais. Mais importante ainda é que desde 2006 o distrito é estabelecido como uma unidade orçamental separada no âmbito do sistema nacional de orçamento e os distritos estão sendo incorporados no sistema nacional de finanças, SISTAFE.

⁶ Conforme a Guia, são responsabilidades do Administrador distrital: a) Coordenar as actividades da Comissão Multisectorial de prevenção e controlo da cólera; b) Mobilizar as comunidades para aderirem aos programas preventivos e curativos da malária; c) Intensificar as actividades para o controlo da tuberculose através da expansão continua da estratégia de Tratamento com Observação Directa (DOT); d) Garantir a celebração do dia da luta contra a tuberculose; e) Promover o consumo de alimentos localmente disponíveis com alto valor nutricional, bem como do aleitamento materno; f) Incentivar a formação de camponeses, extensionistas, líderes comunitários e activistas em Educação Nutricional; g) Mobilizar a população para participar activamente nos programas de saúde Materno Infantil; h) Mobilizar a população para adesão as consultas de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV), Planeamento Familiar, consulta pré-natal e promoção de uso de casas de espera; i) Garantir a operacionalização ao funcionamento de APEs no âmbito da mobilização das comunidades; l) Garantir a criação dos Comitês de saúde; m) Intensificar as acções de saúde nas escolas; n) Garantir a celebração dos dias comemorativos de saúde; o) Intensificar as actividades de envolvimento comunitário dirigidas para as mulheres prevenirem as deformidades e incapacidades provocadas pela Lepra; p) Mobilizar a população para participar nos programas anuais da vacinação e nos de saúde infantil, bem como na tomada de medidas para melhorar as condições sanitárias; q) Manter-se actualizado sobre o grau de prestação de serviços as populações, pelos centros de saúde existentes no distrito; r) Garantir informação ao Governador Provincial nos casos de doenças de declaração obrigatório; s) Manter-se informado sobre a situação de stock de medicamentos nas unidades de saúde locais e participar activamente na sua renovação sempre que se justifique e; t) Sensibilizar a comunidade para a inserção dos órfãos no seio de famílias.

5.3.2.2 AS FUNÇÕES DOS MUNICÍPIOS

O artigo 6 da Lei no. 2/97 define o sector de saúde como uma das áreas de competência do município. Mais detalhadamente o artigo 12 do Decreto no. 3/2006 prevê as competências dos órgãos autárquicos na área de saúde, que incluem em resumo: a) Mobilizar a população para a promoção e defesa da saúde e prevenção de doenças; b) Assegurar a gestão corrente das Unidades Sanitárias de nível primário; c) Dar parecer e fazer propostas para o desenvolvimento da rede primária de saúde; d) Proceder a gestão corrente das estruturas dos Centros de Higiene e Exames Médicos; e) Participar, fazer propostas e dar parecer sobre as metas a atingir para cada um dos programas de saúde; f) Assegurar a manutenção preventiva e reabilitação das Unidades Sanitárias de nível primário e dos centros de Higiene e Exames Médicos; g) Assumir a gestão corrente dos cemitérios, crematórios, morgues e salas de cerimônia fúnebres, e; h) Providenciar a gestão dos sistemas de transportes de doentes (ambulâncias) até as Unidades Sanitárias de nível primário e destas para as unidades de referência.

A transferência de funções e competência para os municípios tem que ser formalizada em um acordo a ser celebrado entre o Governo da Província e o município e o acordo tem que conter indicações de recursos humanos, financeiro e patrimonial disponível no município assim como o cronograma de execução de transferência. O diploma legal não define a responsabilidade da transferência, se esta cabe ao Estado ou ao município. A transferência de funções e competência para os municípios, na prática, foram iniciadas somente entre o governo provincial de Sofala e os municípios da Beira e Dondo e entre o governo da cidade de Maputo e o município de Maputo. No caso de Dondo, conforme o Decreto. no. 3/2006, uma Comissão Provincial de Acompanhamento foi criada e a competência sobre a saúde preventiva foi transferida para à autarquia. Na Beira, o processo de transferência está no impasse enquanto a DPS de Sofala propôs a transferência da saúde preventiva para o Município da Beira e este pediu esclarecimentos sobre o conteúdo da saúde preventiva. Entretanto, no caso de Maputo, em 2009, foi assinado um acordo para a transferência de centros de saúde primários existentes no território do Município. O acordo nunca foi implementado e, em 2011, o Município pediu a transferência do Programa de Saúde Pública da DPS para o Pelouro de Saúde e Acção Social do Município de Maputo. A transferência do referido Programa de Saúde Pública é vital para um correcto funcionamento dos centros de saúde primários. A DPS não se sente confortável a transferir este Programa para a autarquia. Resumindo, o processo de transferência de competências para os municípios procede lentamente. Entretanto, alguns municípios assumiram competências nas áreas definidas pelo Decreto no. 3/2006 sem acordo formal entre o Governo Provincial e a autarquia. Ademais, os municípios nem sempre coordenam estas iniciativas como o distrito e a província.

O decreto ministerial define de maneira muito geral as funções dos diferentes escalões da administração do Estado e estruturas da saúde correspondentes por nível de atenção. A Tabela no Anexo B resume estas atribuições conforme ao dispositivo legislativo bem como a prática vigente.

Observa-se da tabela no Anexo B uma sobreposição de competências entre os diferentes escalões do Estado e municípios, as estruturas da saúde nos correspondentes níveis e as US. Por exemplo, os governos provinciais, as DPS e os municípios têm cada um a responsabilidade de criar centros de saúde primários. Esta responsabilidade partilhada significa que pode ser difícil compreender quem deve ser responsável para o financiamento da construção destas instituições. Igualmente, outro ponto de confusão aparente é a atribuição da responsabilidade dos centros de saúde para as províncias e autarquias, por um lado, e a gestão delas para os distritos, por outro lado. Isso pode complicar substancialmente a planificação orçamental porque as despesas de investimento para a construção destas instituições ao nível provincial (ou autárquico) implicam novas despesas de funcionamento no futuro ao nível do distrito. Ligar estas duas despesas é mais complicado do que se fossem assumidas pelo mesmo nível.

Tais complicações na repartição das competências entre os três níveis (provincial, distrital e autárquico) na sobreposição de competências ou na divisão das despesas de investimento e funcionamento entre

níveis, complicam a planificação e o funcionamento para estes órgãos locais, indo contra a claridade necessária para um sistema efectivo de prestação de contas para os cidadãos bem como para os órgãos supervisores. Ademais, isso pode fazer com que alguns níveis de prestação de saúde sejam mais financiados que outros com consequências negativas para a prestação de serviços.

Os recursos financeiros sub-nacionais para saúde apresentam uma situação delicada para o melhoramento do processo de descentralização no sector de saúde em Moçambique. A dependência das unidades sub-nacionais está demonstrada na Tabela 15 a seguir.

TABELA 15. GRAU DE DESPESAS DE SAÚDE E DE DESCENTRALIZAÇÃO CAPITAL EM MOÇAMBIQUE NO ANO 2010

MTn '000	Despesas correntes	Despesas de capitais	Total de despesas
Governo Central	30.873.453	41.365.025	72.238.478
Províncias	16.155.255	4.218.471	20.373.726
Distritos	3.102.747	1.590.107	4.692.854
Municípios	558.021	279.010	837.031
Total	50.689.476	47.452.613	98.142.089
Percentagem total			
Governo Central	60,91	87,17	73,61
Províncias	31,87	8,89	20,76
Distritos	6,12	3,35	4,78
Municípios	1,10	0,59	0,85
Total	100,00	100,00	100,00

Fonte: Conta Geral do Estado

A Tabela 15 acima demonstra que embora o distrito seja considerado a “pedra angular” da planificação em Moçambique, não tem muito poder de despesa em comparação ao nível provincial. Isso é revelador do papel ainda dominante do governo provincial, cujas instituições têm maior capacidade de acção que os quatro serviços distritais por distrito. O controlo sobre as áreas de prestação de serviços pelos órgãos provinciais bem como o controlo sobre o sistema de despesas a este nível é um dos maiores desafios a superar na implementação de qualquer abordagem de descentralização.

5.3.3 ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS, ESTRATÉGIAS, PLANOS E ORÇAMENTAÇÃO

Existe um conjunto de políticas, estratégias e planos relacionadas aos serviços de saúde. A Tabela 16 a seguir descreve as principais políticas, estratégias e planos na saúde. É importante notar que a falta de ligação entre o processo de descentralização, por um lado, e as políticas sectoriais por outro, reflecte-se na planificação e orçamentação anual no sector de saúde.

TABELA 16. RESUMO DAS POLÍTICAS, PLANOS E ESTRATÉGIAS NA SAÚDE

Plano e validade	Propósito	Status/Comentários
Plano Quinquenal do Governo (PQG 2010-2014)	a) Promover a equidade no acesso aos cuidados de saúde para os grupos mais vulneráveis; b) Reduzir o impacto das grandes endemias; c) Intensificar as acções de promoção de saúde e prevenção contra as doenças ou acidentes mortais ou geradores de incapacidade; d) Garantir a expansão da rede sanitária; e) Melhorar a gestão dos recursos humanos e garantir um atendimento mais humanizado e; f) Assegurar a sustentabilidade e gestão financeira do sector, através do reforço da capacidade institucional a todos os níveis e consolidar os mecanismos de parcerias e acções de combate à corrupção.	A ser implementado
Plano de Acção para Redução de Pobreza (PARPA) (2011-2014)	Estratégia a médio prazo do governo que operacionaliza o Plano Quinquenal do Governo. O pilar do desenvolvimento humano e social compreende os planos para o desenvolvimento dos sectores da educação e saúde, e acesso aos recursos básicos, particularmente a alimentação e água, e a redução de incidência de doenças.	A ser implementado
O Cenário Fiscal a Médio Prazo (CFDMP) tem horizonte temporal de três anos	O CFDMP apresenta os planos nacionais (PQG e PARPA) e sectoriais (por exemplo PESS saúde) em programas divididos em subprogramas. Por cada subprograma o CFDMP ilustra os objectivos, as actividades, a UGB responsável e os recursos financeiros disponíveis para alcançar cada objectivo nos três anos.	A ser implementado. O CFDMP é utilizado pelos MPD e MF para a definição dos limites indicativos das despesas que servem de base para a elaboração do Plano Económico e Social e Orçamento do Estado (PESOE). No CFDMP a planificação e a orçamentação são feitas com base nos programas, tendo como resultado as alocações províncias. Isto faz com que as afectações províncias sejam implícitas
Plano de Investimento Público (PIP) (três anos)	Define os planos de Governo para as infra-estruturas.	A ser implementado
Plano Económico e Social e Orçamento do Estado (PESOE) (anual)	Preparado anualmente com base nos limites de recursos preconizados no CFDMP, e dos PES sectoriais e províncias bem como do balanço do PES do ano anterior.	A ser implementado
Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS) (2007-2012).	O Plano define as áreas de intervenção prioritárias que foram agrupadas em dois grandes âmbitos: a) melhoria de estado de saúde da população e prestação de cuidados de saúde de qualidade e; b) reforço das capacidades do SNS para prestar cuidados de qualidade. Por cada uma das áreas prioritárias (por exemplo saúde materna) foram	O PESS não faz referência a descentralização no sector de saúde como objectivo específico. Anualmente o MISAU elabora o PES e OE do sector de saúde que operacionaliza o PESS.

Plano e validade	Propósito	Status/Comentários
	definidos objectivos gerais assim como específicos.	
Plano Estratégico Provincial (PEP) que tem um horizonte temporal de 5 anos.	Define a estratégia do desenvolvimento da Província para um horizonte temporal de 5 anos	A ser implementados. O governo provincial operacionaliza o PEP através do PESOP.
Plano Económico e Social e Orçamento Provincial (PESOP) (anual)	O PESOP define os objectivos económicos e sociais da província no ano económico, as acções a realizar para atingir estes objectivos e a afectação de recursos orçamentais para os mesmos fins. O PESOP é elaborado com base nos PESODs e também contribui para a elaboração do PESOE ao nível nacional.	
Programa Estratégico Distrital de Desenvolvimento (PEDD) que tem um horizonte temporal de 5 anos.	Define a estratégia do desenvolvimento do distrito para um horizonte temporal de 5 anos	A ser implementados. O distrito operacionaliza o PEDD através do PESOD.
Plano Económico e Social e Orçamento Distrital (PESOD) (anual)	O PESOD é um instrumento de gestão do governo distrital, que define os principais objectivos económicos e sócias do distrito no ano económico, as acções a realizar para atingir esses objectivos e a afectação de recursos orçamentais para esses fins. A função secundária do PESOD é contribuir para a elaboração do PESOP.	Cabe aos serviços distritais preencher a ficha de diagnóstico, assim como a matriz de enquadramento lógico do sector. Entretanto, a coordenação geral do processo de elaboração do PESOD é garantida pelo governo distrital, apoiado pelo Serviço Distrital de Planificação e Finanças. É preciso salientar que as províncias assim como os distritos começam o exercício de planificação e orçamentação antes da determinação do tecto orçamental pela DNO. Com a recepção dos tectos orçamentais iniciais, inevitavelmente os planos devem ser revistos para baixo. Com base na metodologia para a elaboração do PESOD aprovada pelo MPD, o SDSMAS preenche a matriz de enquadramento lógico com as informações que considera importante constar no Plano e sobre tudo com base na experiência passada. Ocasionalmente, o SDSMAS inclui outras acções que não constam do exercício passado. A matriz de planificação apresenta necessidades de indicar as acções específicas a serem realizadas, as metas e o orçamento. Na maior parte dos casos, as metas são apenas estimativas, baseadas em exercícios passados de planificação sem muita consistência com as necessidades reais do distrito que não são bem conhecidas, por falta de um sistema de informação ou base de dados actualizados. No cenário idealizado para a planificação distrital, as ONGs informam ao distrito sobre as actividades que vão realizar e este faz constar estas actividades na matriz. No entanto, este tipo de arranjo acontece de forma ad hoc. O governo distrital depois

Plano e validade	Propósito	Status/Comentários
		consolida as matrizes dos diferentes serviços, finaliza o PESOD e o encaminha para as províncias. O distrito recebe feedback da província, com informações sobre as actividades prioritizadas e aquelas consideradas não prioritárias. Além disso, observa-se que os distritos e as províncias começam a planificação sem ter conhecimento das prioridades sectoriais. Ademais, esta priorização nem sempre reflecte devidamente a realidade da província. Finalmente, a qualidade e extensão da participação comunitária na elaboração dos planos e orçamentos a nível distrital têm sido um desafio.

5.3.4 IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS: DEFINIÇÃO DE RESPONSABILIDADES, DIRECTIVAS/REGRAS, INCENTIVOS E SANÇÕES

Os grandes marcos relativos aos direitos dos cidadãos em matéria de saúde estão constitucionalmente fixados, designadamente nos artigos 89 e 116, da organização e estruturação do SNS, a política de medicamentos, da medicina do sector privado e da carreira médica e outros profissionais de saúde.

O MISAU tem também procurado privilegiar um processo participativo na formulação e implementação de toda a política de saúde. O quadro legal e normativo busca, por um lado, operacionalizar as linhas gerais fixadas na Constituição da República e na Lei de Base do Serviço Nacional de Saúde e, por outro, criar as condições legais.

Contudo, o quadro jurídico e regulamentar do sector precisa ser alterado e em alguns aspectos carece de actualização, nomeadamente, entre outras, a lei de base do SNS e a lei que regulamenta o relacionamento entre o MISAU e SNS bem como o Diploma Ministerial no. 127/2002. Ademais refira-se que existem espaços vazios e ou de penumbra na regulamentação do sector público e no sector privado, impondo-se o estabelecimento de mecanismos e de convénios, parcerias e prestação mútua de serviços entre as estruturas públicas e privadas de saúde.

A implementação do quadro legal no sector da saúde enfatiza essencialmente das instituições, salvaguardando sempre a função supervisora e fiscalizadora que compete ao MISAU e seus serviços. Os utentes (pacientes) ainda não asseguram o processo de fiscalização dos seus direitos. Não menos importante, são os órgãos judiciais, designadamente os Tribunais que têm a importante função de mediar conflitos, violações e crimes relacionados com a saúde e submetidos a esta jurisdição. A regulação e fiscalização do mercado Farmacêuticos é responsabilidade da CMAM.

O processo de tomada de decisões em matéria de saúde é compartilhado com os principais envolvidos e, neste momento, conhece-se um incremento significativo e positivo que tende a aumentar o grau de transparência do processo de tomada de decisões. De igual modo, assiste-se a um maior protagonismo da sociedade civil com a emergência de associações a vários níveis e que se têm interessado pela problemática da saúde, acompanhando e buscando influenciar as decisões. Ainda neste âmbito, é de realçar o papel preponderante da mídia não apenas na difusão das decisões como na abertura de diálogos na sociedade sobre temáticas importantes da saúde. Porém é um processo que deve continuar a ser melhorado.

No domínio dos procedimentos financeiros, existe ainda uma forte centralização na definição dos recursos necessários para o sector, bem como a sua gestão. A adopção do e-SISTAFE no sector de saúde permitiu uma maior celeridade e eficiência na realização das despesas públicas, na transparência das despesas e no controlo das mesmas por todos os actores intervenientes. Todavia, observa-se que o sistema e-SISTAFE apresenta outras lacunas. Para além da auditoria do Tribunal Administrativo, que dá parecer às Contas do Estado, são os serviços de Inspecção Geral de Finanças que vigiam a legalidade, a transparência e a boa utilização das contas públicas. Ademais, existe ao nível do MISAU a prática de auditorias internas levadas a cabo pelo DAF do mesmo junto dos principais hospitais do país e junto do Departamento Provincial de Investigação (DPI), com uma periodicidade trienal ou sempre que solicitadas. Por sua vez as DPSs são responsáveis pelas auditorias junto dos SDSMAS e US existentes nos distritos.

O acompanhamento dos serviços e estruturas de saúde é assegurado pelos serviços centrais do MISAU, pela Ordem dos Médicos, e pelos diversos conselhos consultivos dos órgãos e serviços criados. No entanto, o Gabinete de Inspecção Geral de Saúde é o principal órgão responsável pelo seguimento contínuo das actividades das estruturas e serviços de saúde, públicos e privados. O Diploma Ministerial no. 94/97 define o estatuto orgânico do Gabinete. Pelo Despacho Ministerial de 30 de agosto de 2003 foi operada uma alteração pontual ao estatuto do Gabinete, criando-se a Inspecção Geral de Saúde, cujo regulamento foi aprovado pelo Diploma Ministerial no. 195/2004. O Gabinete de Inspecção passou a ter Delegações Regionais para as zonas centro, norte para além da sede de Maputo. Além do Inspector Geral possuía dois Inspectores técnicos, sendo um da área de saúde e outro da área de Administração e Recursos Humanos. Constatou-se ser uma estrutura muito pesada e de difícil implementação. É importante salientar, entre as mudanças aportadas ao Gabinete, a extinção das Delegações Regionais e a criação de Gabinetes Provinciais de Inspecção. Os Gabinetes Provinciais de Inspecção são responsáveis pela monitoria das SDSMAS e das US existentes nos distritos. O Gabinete de Inspecção fornece assistência técnica e formação as equipas provinciais.

O MISAU elaborou o plano anti-corrupção para o sector de saúde com horizonte temporal 2007-2010. Estudos sobre a corrupção no sector de saúde indicam que a corrupção é alimentada pela fraqueza de implementação ou de definição do pacote de incentivos monetários e não monetários. Destacam-se como actos mais comuns de corrupção, as práticas de suborno, cobranças ilícitas, conflito de interesses entre os sectores público e privado, absentismo, desvio de medicamentos e equipamentos, entre outros.

5.3.5 ENVOLVIMENTO DA SOCIEDADE CIVIL

O PESS assim como o PES do sector de saúde, nos últimos três anos estabelecem como prioridade o envolvimento comunitário na planificação e implementação dos cuidados de saúde primários. Para o efeito é de salientar a criação de 134 Comitês de Saúde em 38 distritos de 6 províncias e 6 comitês de co-gestão nas US. Duas das plataformas mais proeminentes das ONGs que operam no sector de saúde, nomeadamente a MONASO e a NAIMA participam regularmente nos Comitês assim como nos grupos de trabalho do SWAp. No entanto, estas plataformas alegam que raramente estes fóruns dão seguimento as suas recomendações. Há, porém uma questão de representatividade destas redes. Primeiro, observa-se que ambas as redes trabalham no HIV/SIDA e doenças sexualmente transmissíveis (DST). Segundo, a NAIMA enquanto plataforma de ONGs internacionais não sempre é portadora dos interesses da sociedade civil local. Finalmente, a fragilidade organizacional e técnica das plataformas da sociedade civil dificulta uma participação mais forte e qualitativamente significativa.

De acordo com a LOLE, ao nível distrital o mecanismo de interacção para a planificação e orçamentação entre o governo distrital e a população acontece ao nível do Conselho Consultivo Local (CCL). De todo o modo, é importante salientar que a função do CCL é simplesmente consultiva. Um dos objectivos do CCL é assegurar o diálogo entre as comunidades locais e os diferentes níveis da administração de Estado nos assuntos de desenvolvimento local. As reuniões dos CCLs acontecem cada ano a partir do

nível da povoação até o nível do distrito fornecendo a oportunidade para as comunidades de expressar suas opiniões e necessidades em matéria de desenvolvimento local. Na prática, as reuniões do CCL não funcionam como fóruns de reflexão e debate destes assuntos. Na maioria dos casos, os membros dos CCLs tem um nível de escolaridade baixo e limitada capacidade técnica para poder contribuir para uma discussão sobre questões de desenvolvimento. Ademais, as reuniões dos CCLs na prática são presenciadas pelas autoridades locais e isto geralmente impede a participação. Portanto, a participação através dos CCLs nem sempre garante que as comunidades locais possam eficazmente influenciar as agendas locais de desenvolvimento. Importa também referir, como discutido na secção 5.3.3 do presente capítulo, que na prática, os PESODs reflectem geralmente as prioridades sectorial e raramente tomam em conta as prioridades definidas pelas comunidades. Finalmente, nem sempre os PESODs são tidos em devida conta na formulação dos PESOP.

Os mecanismos existentes de avaliação dos serviços prestados por parte dos beneficiários (pacientes), são ainda incipientes. Outro factor importante é a prevalência da desconcentração em vez de descentralização na área da saúde significa na prática que não está garantido que os serviços sob a responsabilidade do MISAU aos diferentes níveis sejam conforme as necessidades assim como aos desejos dos cidadãos.

5.3.6 PARCEIROS DO SECTOR DE SAÚDE

Os parceiros do sector de saúde podem ser agregados em 3 grandes grupos: (i) doadores; (ii) sector privado lucrativo; e (iii) sector privado não lucrativo.

5.3.6.1 DOADORES

Em 2000 um Código de Conduta foi assinado entre o MISAU e os doadores bilaterais assim como multilaterais e posteriormente revisto e assinado em 2003. O código estabelece as linhas da parceria entre as partes.

Abordagem Sectorial Ampla harmonizada (SWAp)

Em 2003 o Governo de Moçambique assinou com um grupo de doadores um Memorando de Entendimento para a criação do Fundo Comum de Apoio ao Sector de Saúde (PROSAÚDE I). Em 2004 este Memorando foi revisto para incluir o Fundo Comum Provincial e o Fundo Comum de Medicamentos e Suprimentos Médicos. Em 2008 foi celebrado um novo Memorando de Entendimento entre os parceiros de cooperação e o Governo de Moçambique, representado pelos Ministérios da Saúde, da Planificação e Desenvolvimento e das Finanças. O Memorando assinado em 2008 substituiu o anterior acordo (PROSAÚDE I) assim como formalizou o acordo de conversão dos Fundos Comuns em Apoio Orçamental Sectorial (PROSAÚDE II).

Existem três estruturas chaves do SWAp saúde, nomeadamente o Comité de Coordenação Sectorial (CCS), o Comité de Coordenação Conjunta (CCC) e os grupos de trabalho do SWAp. Observa-se uma excessiva proliferação dos grupos técnicos de trabalho do SWAp com consequências negativas na capacidade de coordenação e liderança por parte do MISAU e também na carga de trabalho do MISAU que dispõe de recursos humanos limitados.

Apoio geral ao orçamento do Estado

8% do apoio geral ao OE é utilizado para financiar o sector de saúde

Agências multilaterais

As agências das Nações Unidas envolvidas no sector saúde são a OMS, a UNICEF, o FNUAP e a ONUSIDA. A UNICEF e o FNUAP contribuem ao PROSAÚDE II. Estas organizações, além de contribuir ao SWAp, juntamente a OMS e a ONUSIDA afectam donativos a programas e projectos

geridos pelo MISAU, pela própria agência ou pelas ONGs. A OMS tem o seu enfoque na assistência técnica no sector de saúde. O Banco Mundial financia o projecto de Prestação de Serviços de Saúde.

Os fundos das agências multilaterais são inscritos no OE. Importa referir que algumas agências, por motivos relacionados com as linhas da política de cooperação definidas pelas suas sedes, não podem desembolsar fundos directamente para o Governo através do sistema de pagamento do Estado ou mesmo através de mecanismo SWAp. Ademais, as iniciativas paralelas permitem as organizações de preservar o controlo dos fundos que confere maior flexibilidade de gestão para alcançar objectivos específicos conforme os seus mandatos.

Agências bilaterais

Um número de agências internacionais constituem parceiros bilaterais relevantes, entre outros, DfID, *Swiss Development Cooperation* (SDC), Ajuda Irlandesa, Cooperação Técnica Bélgica e a *Danish International Development Agency*. Além de contribuir ao PROSAÚDE II estes parceiros financiam projectos e programas pela maioria implementados pelas ONGs ou outros intermédios não-governamentais contratados para o efeito. Estes fundos são parcialmente inscritos no OE.

Os Estados Unidos são o maior parceiro no sector de saúde. A USAID tem como enfoque o tratamento das principais endemias como HIV/SIDA, tuberculose e malária e o melhoramento da SMI. A USAID e o CDC estão a implementar o Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para Alívio da SIDA (PEPFAR).

Iniciativas Globais

O Fundo Global "*off budget*" financia o combate às três principais endemias, HIV/SIDA, tuberculose e malária. O Fundo Global actualmente opera através de projectos com seus próprios mecanismos de gestão e execução financeira. O Mecanismo de Coordenação do País (MCP) do Fundo Global inclui representantes do sector público, académico, organizações não-governamentais, agências multilaterais e bilaterais. O MCP elabora e submete as propostas de Moçambique ao Fundo e uma vez aprovadas, monitora a implementação das actividades.

O GAVI tem assistido o Governo de Moçambique na área de imunização desde 2001. A IHP+ procura alcançar melhores resultados de saúde através da mobilização de países doadores e outros parceiros de desenvolvimento em torno de uma estratégia nacional de saúde comum, guiada pelos princípios da Declaração de Paris de Efectividade na Ajuda Internacional e a Agenda de Acção de Accra. A proposta de Moçambique para financiamentos IHP+ está neste momento em fase de consideração.

5.3.6.2 SECTOR PRIVADO LUCRATIVO

A presença do sector privado com fins lucrativos no sector de saúde está a crescer em Moçambique, sobretudo nos principais centros urbanos (ver Capítulo 5.5, Prestação de Serviços de Saúde). Porém a Lei 26/91 que regula e autoriza a prestação de cuidados de saúde por pessoas singulares e colectivas de direito privado, mostra-se desactualizada. Esta lei, precisa ser revista de modo a adequá-la à realidade actual e desenvolvimento do SNS, quanto a: a) uma melhor definição do papel social do sector privado na prestação de serviços de saúde; b) redefinição de mecanismos de controlo, supervisão e fiscalização das clínicas privadas assim como das licenças, qualificações e práticas profissionais e deontológicas dos profissionais da saúde no sector privado e ; c) regulamentação e definição de padrões, critérios técnicos para a construção e gestão de clínicas de saúde privadas.

5.3.6.3 SECTOR PRIVADO NÃO LUCRATIVO

As intervenções no sector de saúde pelo sector privado não lucrativo são feitas por ONGs e por algumas confissões religiosas. As confissões religiosas como a Igreja Católica, Presbitéria, Metodista

Unida e Assembléia de Deus têm parcerias importantes com o MISAU em várias áreas e domínios da saúde.

O MISAU estabeleceu um Código de Conduta que regula a relação de parceria com as ONGs. O Código prevê a criação do Comité Nacional de Coordenação com as ONGs e o Comité Provincial de Coordenação com as ONGs. As ONGs, principalmente as estrangeiras, nem sempre fornecem informações atempadas e consistentes sobre os desembolsos e sua execução.

5.3.7 PRINCIPAIS CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

5.3.7.1 A GOVERNAÇÃO DO SECTOR SAÚDE NO PESS

O PESS 2007-2012 contempla quatro objectivos gerais na área de governação do sector de saúde. Estes quatro objectivos podem-se resumir em:

- Objectivo Geral 11: Melhorar e reforçar a organização do SNS para prestar cuidados de saúde de qualidade através da reorganização e reestruturação do SNS, a definição e promoção do sector privado lucrativo assim como não lucrativo na prestação de cuidados de saúde e finalmente o desenvolvimento de mecanismos para controlo, supervisão e fiscalização do sector privado lucrativo e não lucrativo na prestação de cuidados de saúde.
- Objectivo Geral 15: Melhorar a planificação de recursos e de actividades do sector, monitorar e avaliar o desempenho do sector.
- Objectivo Geral 16: Aprimorar os mecanismos de cooperação intra e intersectorial e a comunicação com os parceiros nacionais e internacionais.
- Objectivo Geral 18: Reforçar os métodos de administração e gestão técnico-administrativo e financeira em todos níveis do SNS e melhorar a capacidade de aprovisionamento e de logística do sector de saúde em todas as etapas da cadeia de aprovisionamento e distribuição.

Estes objectivos gerais tinham metas estratégicas, para além de actividades detalhadas a realizar. Em geral conclui-se que, algumas das actividades detalhadas foram realizadas mas as metas estratégicas não foram alcançadas. Importa salientar, por exemplo, que decidiu-se não proceder a uma separação de funções entre os MISAU e SNS e a conseguinte reorganização do SNS e igualmente os mecanismo para a cooperação intersectorial para a saúde não foram criados.

A partir de esta experiência, é preciso portanto aproveitar a oportunidade que o novo PESS 2013-2018 irá fornecer para que o sector confronte os desafios mais relevantes na área de governação da saúde descritos nas secções a seguir que condicionam a prestação de cuidados de saúde. Ademais, era importante definir no novo PESS, para área de governação do sector da saúde, objectivos mais específicos e alcançáveis no período de tempo preconizado.

5.3.7.2 RECOMENDAÇÕES

Face à análise acima apresentada, é importante destacar as seguintes conclusões e recomendações:

- No sector de saúde não existe uma política/estratégia de aproveitamento do processo de descentralização e desconcentração em curso no sector público. Isto faz com que as competências dos diferentes níveis da administração do Estado na área da saúde sejam sobre-postas e os recursos financeiros disponíveis a cada nível para implementação das competências são inadequados. É importante definir esta política/estratégia. Esta deverá, entre outras, clarificar papéis e responsabilidades dos diferentes níveis e estabelecer mecanismos para sua implementação;
- Deve-se melhorar a ligação entre os exercícios de planificação e de orçamentação, assim como alinhar e harmonizar os processos de planificação e orçamentação sectorial com os processos de

planificação e orçamentação territorial. Em coordenação com o MPD, é necessário adequar os instrumentos, inclusive elaborar um novo guia de planificação e orçamentação às necessidades do sector de saúde. Além disso, dado o número de planos que são elaborados em diferentes níveis e períodos de tempo, é importante dar ênfase no fortalecimento do sistema de monitoria e avaliação da conformidade com os planos, maximizando o valor destes;

- Rever o quadro jurídico actual com vista a adequá-lo ao processo de reformas e desenvolvimento sócio-económico do País, em particular a descentralização e desconcentração, e clarificação da amplitude do sector de saúde. Parte da legislação do sector de saúde, nomeadamente a lei de base do SNS e a lei que regulamenta o relacionamento entre o MISAU e SNS, bem como o Diploma Ministerial no. 127/2002, devem ser actualizados;
- Definir mecanismos de colaboração multisectorial, na promoção, prevenção e defesa da Saúde Pública, em particular os determinantes de saúde e mitigação dos desastres naturais, incluindo as mudanças climáticas;
- A proliferação e dispersão de mecanismos de financiamento no sector público de saúde condiciona a capacidade de coordenação e liderança do MISAU e torna-se difícil o acompanhamento e registo contabilístico do apoio externo ao sector de saúde. Recomenda-se alinhar progressivamente os diferentes mecanismos de financiamento para o sector de saúde de modo a reduzir a sua fragmentação e dispersão;
- Fortalecer a capacidade institucional, organizativa, técnica e humana do MISAU para coordenar e liderar os diferentes programas e iniciativas no sector de saúde e prestação de contas;
- Há necessidade de avaliar e fortalecer os mecanismos de participação e envolvimento da sociedade civil na saúde em Moçambique, especialmente o seguimento de recomendações feitas através das plataformas existentes e a representatividade das ONGs internacionais versus interesses da sociedade civil local;
- O sector privado de saúde permanece isolado do SNS e seus objectivos e estratégias. Reforçar o papel e a contribuição do sector privado lucrativo e não lucrativo no cumprimento dos Programas de Saúde. Um dos primeiros passos importantes para melhorar o envolvimento do sector privado com o MISAU seria a actualização da Lei 26/91 que regula este sector.

5.4 PRODUTOS E TECNOLOGIAS MÉDICAS

Este capítulo descreve as principais questões relacionadas aos produtos e tecnologias médicas no SNS em Moçambique, incluindo medicamentos e equipamentos e a logística destes.

5.4.1 ENTIDADES ENVOLVIDAS NA LOGÍSTICA DO SISTEMA DE SAÚDE

O sistema logístico do sector público de saúde é realizado a nível central por duas instituições: CMAM e Centro de Abastecimento (CA). Ao nível provincial e distrital estas duas estruturas replicam-se na forma de Depósitos Provinciais de Medicamentos e Economatos Provinciais e seus equivalentes distritais. Nas US de maior vulto existem também o Depósito e o Economato.

A CMAM reporta à DNAM, e é responsável pela planificação, procura, importação, armazenagem e distribuição de nível central de medicamentos e suprimentos médicos de uso corrente. O CA reporta à DAF e é responsável pelo armazenamento e distribuição, de nível central, de consumíveis, equipamento médico, mobiliário hospitalar, veículos e impressos. Uma parte importante dos produtos de saúde, em particular suprimentos médicos de uso não corrente, é também gerida pelo CA.

As necessidades de produtos são definidas pela DNAM ou programas e são adquiridos pela CMAM, pela unidade gestora executora das aquisições do MISAU (UGEA), integrada na DAF, ou diretamente pelos parceiros de cooperação.

O Departamento Farmacêutico (DF) é a entidade responsável pela regulamentação Farmacêutica, pela garantia da qualidade dos produtos Farmacêuticos, bem como pela inspecção Farmacêutica e produtos afins. De acordo ao relatório de avaliação da OMS de 2007, o sector deveria avançar para Autoridade Reguladora (AR), com um corpo de inspecção, registo, ensaios clínicos fármaco-vigilância, com autonomia administrativo/financeiro. Não obstante, a AR não foi criada uma vez que ia no mesmo pacote legislativo que a lei do medicamento. Isto causou importantes constrangimentos no desenvolvimento do controlo da qualidade dos medicamentos que entraram e entram no país, visto que não foi possível melhorar a eficiência das instituições garantes da qualidade. O Departamento, no entanto será proximamente convertido em Direcção Nacional.

5.4.2 POLÍTICAS E REGULAÇÃO

Um rascunho de Política Farmacêutica foi elaborado no ano 2006, sem que esta fosse aprovada. Aparentemente o documento não foi considerado como adequado pelo que não existe um documento de política Farmacêutica escrita. O quadro jurídico do medicamento e da farmácia é actualmente regido pela Lei nº 4/98 e pelos regulamentos do Exercício da Profissão Farmacêutica e do Registo de Medicamentos. A lei de medicamentos foi elaborada e aprovada pelo Conselho de Ministros, não obstante, no parlamento decidiu-se retirar a proposta.

5.4.2.1 REGISTO

A regulamentação e o registo de medicamentos é responsabilidade do DF do MISAU, quem actualiza e edita o Formulário Nacional de Medicamentos (FNM). A versão mais recente do FNM foi publicada em Março de 2008. As actualizações do FNM foram feitas cada 10 anos o que produz uma importante desactualização das normas de prescrição.

O DM nº 42/99, de 18 de Março, obriga o registo dos medicamentos destinados ao SNS e na altura foi criado um grupo de trabalho para definição dos procedimentos para a aplicabilidade deste diploma sem que o SNS ficasse penalizado. Embora previsto na legislação esta decisão tende a penalizar o SNS porque parte importante dos medicamentos não estão registados e os que estão não têm a embalagem hospitalar.

De acordo com informações de actores privados e mesmo públicos, o registo dos medicamentos não é o suficientemente ágil para assegurar rapidez na tramitação dos processos e deste modo contribuir para satisfazer as necessidades do País. Também comentou-se sobre a falta de clareza e de transparência no processo de registo.

O MISAU assinou acordo de cooperação com a Agência de Vigilância Sanitária do Brasil para que esta apoiasse no estabelecimento de um órgão regulador moçambicano capacitado para atender a demanda do mercado actual. Ainda neste âmbito, o DF passou a colaborar de forma contínua com agências como a *Food and Drug Administration* dos Estados Unidos, o Health Canada, *Tanzanian Food and Drug Authority* e OMS para capacitar os técnicos em diversas áreas. Como resultado, o DF conseguiu incluir no programa de pré-qualificação da OMS, que funciona em Copenhaga, um membro permanente para participar nos processos de formação e avaliação dos dossiers submetidos para a pré-qualificação, e o sector de registo sofreu uma reestruturação, que culminou com o surgimento de novos subsectores a citar: produtos de saúde e fitoterápicos.

A partir de 2009, o DF impôs um novo requisito que obriga a que todos produtos a serem importados, mesmo para o SNS, tenham que estar registados no País. Com este mesmo fim, foram estabelecidas regras para a doação de medicamentos, conforme o DM n° 24/2009, de 30 Setembro.

5.4.2.2 SISTEMAS DE GARANTIA DE QUALIDADE

O Laboratório Nacional de Controlo de Qualidade de Medicamentos (LNCQM) subordina-se à Direcção Nacional de Saúde Pública do MISAU, mas em 2009 foi encerrado para ser transferido para novas instalações a serem ainda construídas e equipadas. Actualmente, apenas os medicamentos suspeitos são sujeitos a controlo laboratorial. Não sendo possível realizar os testes no país, as amostras são enviadas para laboratórios estrangeiros no Kenya, Brasil e Portugal.

O programa de Farmacovigilância, após ensaio piloto com sucesso, opera na Cidade de Maputo e Província de Maputo para detectar e reportar reacções adversas a medicamentos, com ênfase para antimaláricos e ARVs. O programa não se expandiu ainda para outras províncias devido a limitações de pessoal e de recursos financeiros.

A Inspeção Farmacêutica há quase 3 anos que não realiza suas funções regulatórias e de controlo por falta de recursos. No entanto, foi criado um mecanismo de colaboração com outras instituições como o Ministério Público, o Ministério da Justiça, o Ministério do Interior, a Autoridade Tributária, através da Direcção Geral das Alfândegas, instituições internacionais como o *Pharmaceutical Security Institute*, a Interpol, a rede de autoridades reguladoras da região, que trouxeram enormes benefícios para o sector. Moçambique participou activamente em várias operações concernentes ao combate de medicamentos falsificados e contrabando, tendo pelo feito ganho um acento no Grupo Regional de Peritos para o Combate a Falsificação de Medicamentos e Produtos de Saúde, coordenado pela OMS. Também foi criado um departamento de inspecção Farmacêutica dentro da Inspeção Geral da Saúde (IGS), o que poderá fragilizar ainda mais o sector de inspecção, uma vez que para além de haver falta de clareza em relação as atribuições dos dois sectores, o de inspecção do DF e da IGS, cria-se uma “contradição” ao estipulado na Lei 4/98 que dá poderes ao DF para realizar as actividades inspectivas do sector Farmacêutico. Ademais, as normas internacionais recomendam que esta área esteja dentro do órgão regulador de medicamentos pelas especificidades particulares da mesma.

5.4.3 QUANTIFICAÇÃO (PREVISÃO)

A selecção dos medicamentos a adquirir pelo sistema público de saúde são os que constam do FNM. O FNM vigente possui aproximadamente 800 items, dos quais 338 são considerados essenciais e portanto não deveriam faltar no sistema de aprovisionamento. Os produtos de saúde são seleccionados por

equipas técnicas ligadas aos diferentes programas de saúde. Em situações muito específicas pode o MISAU autorizar a compra de medicamentos que não constam do FNM.

No período 1997-2004 foram feitos esforços continuados para introduzir e consolidar o conceito de VEN – Vitais, Essenciais e Necessários – como base para priorizar a alocação num ambiente de escassez de recursos para proteger os objectivos de saúde pública. Depois de 2005, em particular depois da aprovação do novo FNM em 2008, não são claros os critérios utilizados para priorizar as aquisições da “via clássica” de distribuição (ver secção 5.4.5) quando se sabe que os recursos financeiros estão muito aquém das necessidades. Esta ausência de critérios de priorização também se aplica aos demais produtos de saúde. Em 2009 foi autorizada a determinação duma classificação denominada de medicamentos essenciais, sem que esteja muito claro por quem nem como foi elaborada.

Para os medicamentos de uso geral as necessidades dos medicamentos, de acordo com os procedimentos estabelecidos, seriam calculadas com base em “proxis” do consumo, nomeadamente a satisfação dos pedidos de fornecimento pelos níveis intermediários de distribuição, não existindo nenhuma avaliação de necessidades com base epidemiológica ou com base em dados reais de consumo nas US. Existe uma clara ausência de coordenação com os programas de saúde quanto a adopção de protocolos de tratamento e quantificação das necessidades. A realização, por opção, de uma compra anual – concurso – em bases tão frágeis, leva necessariamente à ruptura de stocks, às consequentes compras de emergência, das quais resulta ou mais ruptura de stocks ou excessos.

Excepção é feita para o sistema de kits e mais recentemente os programas HIV/SIDA, Tuberculose, Malária e a parte dos laboratórios relacionadas a estas doenças que adoptam uma abordagem baseada em dados epidemiológicos ajustados à capacidade de cobertura (número de casos a tratar e linhas terapêuticas aprovadas). O número de kits para o nível primário dos cuidados de saúde seria estimado com base no número de consultas realizadas em cada um destes níveis.

O sistema de informação necessário para a programação dos kits do Programa de Medicamentos Essenciais (PME) deixou de funcionar. Os dados sobre número de consultas realizadas no nível primário dos cuidados de saúde e sobre o consumo dos itens do kit deixaram de chegar aos DPM – Depósitos Provinciais de Medicamentos – e à CMAM. A quantificação de kits ficou reduzida a um crescimento arbitrário anual de 10% com todas as distorções daí resultantes.

Existe uma elevada dependência externa para fazer a quantificação das necessidades de produtos para HIV/SIDA, malária, TB, laboratórios e saúde reprodutiva. Como antes referido para este grupo de produtos se adopta uma abordagem diferente porquanto são financiados por projectos ou por fundos que adoptam na prática uma abordagem de projecto.

5.4.4 PROCURA/IMPORTAÇÃO

Os procedimentos de procura dos medicamentos e produtos de saúde baseiam-se na legislação vigente para a contratação de bens e serviços pelo Estado. A CMAM utiliza essencialmente o sistema de concurso público, aberto a fornecedores nacionais e internacionais. Os concorrentes são obrigados a propor ARVs, AZTs (*zidovudine*) e anti-tuberculostáticos pré-qualificados pela OMS. Todos os demais produtos Farmacêuticos comprados pela CMAM devem seguir as orientações aprovadas pelo DF.

Para a execução das actividades de procura a CMAM utiliza Procedimentos Operacionais Padronizados, que estão em processo de finalização. O processo alfandegário é subcontratado a Medimoc que realiza todos os tramites alfandegários e o levantamento.

A partir de 2008 a CMAM é responsável pelo processo de compras, sem que esta instituição estivesse capacitada e treinada para tal função. Com a mudança de política de compras, se opta por concursos nacionais, com exclusão dos medicamentos não registados no País, limitando a concorrência e tendo como consequência um agravamento dos custos em pelo menos 30%. Nem todos os medicamentos que

o sector público utiliza têm ou terão registos no País devido a sua especificidade ou pelo volume de consumo que não o justifica. Pode apontar-se os injectáveis que são comercializados em pequenas quantidades no sector privado e os medicamentos de especialidade que apenas os hospitais centrais utilizam. Este facto condicionou sobre maneira os últimos concursos realizados pela CMAM que tiveram de ser repetidos várias vezes por muitas das posições não terem tido ofertas.

A evidência sugere que não existe um sistema de monitoria das encomendas e que o processo de preparação dos concursos pela CMAM é deficiente, tendo sido relatado que em alguns casos, nos cadernos de encargos, a data limite para entrega das propostas era posterior à data de abertura das mesmas. Esta mesma evidência sugere que no passado recente alguns concursos foram lançados sem que tivessem sido previamente valorizados resultando que o valor necessário fosse superior às verbas disponíveis ou que o valor dos produtos a concurso não justifique o custo dos cadernos de encargos, na perspectiva dos potenciais fornecedores. Com frequência o processo demorado de aquisição (concurso – aprovação – garantia de disponibilidade de fundos – contracto) faz com que as propostas dos fornecedores – facturas pró-formas – fiquem desactualizadas, obrigando a repetição do processo de licitação ou negociação para a manutenção dos preços.

O número elevado de concursos limitados para atender as emergências e os doentes crónicos, tornou-se num ciclo vicioso, que complica a gestão do ciclo de aprovisionamento e o converte num sistema baseado na emergência e não na planificação. A quantificação, a planificação e os concursos são feitos por uma mesma unidade dentro da CMAM estando assim criadas condições para a existência de conflito de interesses. Importa acrescentar que a monitoria das aquisições é também feita pela mesma unidade.

5.4.5 DISTRIBUIÇÃO/GESTÃO DE INVENTÁRIO

A CMAM é responsável pela distribuição de nível central de todos os produtos Farmacêuticos que devem servir cerca de 1,300 US. Para a distribuição de medicamentos é utilizado o sistema de requisições, também chamado “via clássica”. A distribuição pela via clássica é feita com periodicidade trimestral dos armazéns centrais para os depósitos provinciais. Dos depósitos provinciais para os distritais a periodicidade é mensal, excepto em emergências.

A armazenagem de medicamentos e produtos de saúde de uso corrente é feita em dois armazéns centrais. Em Maputo, para abastecer a zona sul e norte do País e outro na Beira para a zona centro. Um programa informatizado de gestão de armazéns (MACS) foi instalado e está a operar em Maputo. O sistema de MACS está a ser usado como sistema de registo apenas e não utilizado para alimentar o sistema de gestão da via clássica. O armazém da Beira, na região centro, beneficiará de um pacote informático, chamado SIMAM (Sistema de Informação para a Gestão de Medicamentos), que funciona nos depósitos provinciais e que representa um ponto forte do sistema. Prevê-se que seja também construído um armazém na zona norte, em Nampula, para servir as províncias nortenhas.

A distribuição do nível central é directa para os 10 armazéns provinciais, os hospitais centrais e os hospitais gerais das cidades de Maputo e Beira. Na prática, as unidades mais próximas dos armazéns procedem ao levantamento das mercadorias com os seus meios. Com frequência, os distritos procedem a recolha dos produtos com os seus veículos, geralmente ambulâncias, desviadas dos seus afazeres normais. O fornecimento de Kits aos distritos, e destes para as US, é feito pelas DPS sem depender de requisição. A periodicidade mensal é geralmente ajustada às condições prevaletentes em cada província.

Para a gestão da logística o MISAU possuía dois sistemas: um dedicado aos produtos da via clássica e kits e outro desenvolvido para dar resposta as necessidades específicas do programa de HIV/SIDA (MMIA⁷). Ambos os sistemas são suportados por manuais de procedimentos detalhados. Ao nível central e

⁷ O MMIA é um sistema composto por relatórios mensais, em papel, elaborados e enviados por cada unidade sanitária e uma base de dados central. O sistema permite decidir a distribuição de anti-retrovirais para cada unidade sanitária, através dos depósitos provinciais.

provincial foram ao longo dos anos ensaiados diversos programas computadorizados para gerir o aprovisionamento. Para a via clássica, entre as províncias e os distritos o sistema é baseado em impressos e formulários em papel. Devido a rotação de pessoal e a falta de supervisão e treino do pessoal, nos últimos anos, hoje o sistema não funciona muito bem.

O relatório da OMS de 2007 indica que em 2006 a disponibilidade média de medicamentos em todos os níveis em Moçambique era de 87% (Figura 14), e que 94,7% dos medicamentos prescritos foram dispensados nas unidades públicas de saúde. Inclusive, os dados mostram que a disponibilidade no sector público era maior que no privado (Tabela 17).

FIGURA 14. DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS NO SECTOR PÚBLICO

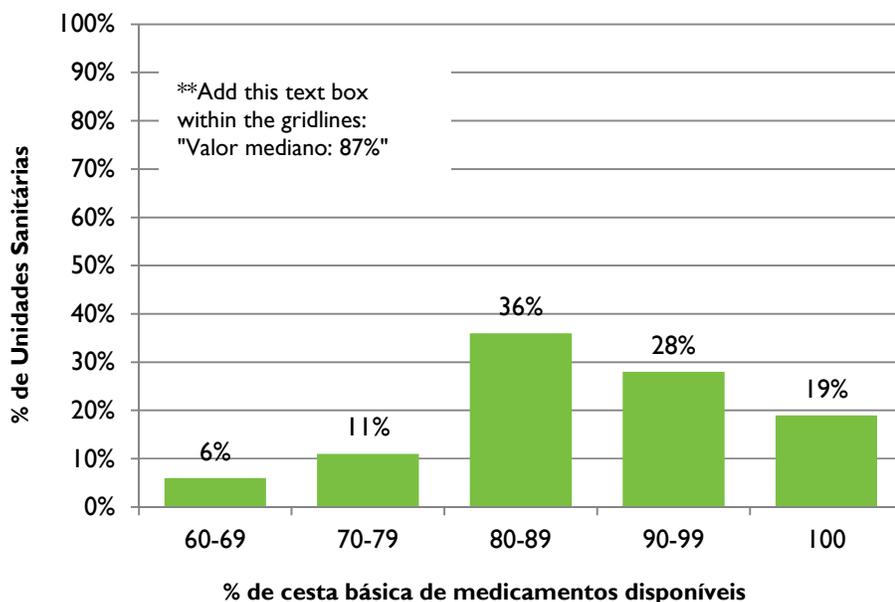


TABELA 17. DISPONIBILIDADE DE CESTA BÁSICA DE MEDICAMENTOS

Estabelecimento	Média (%)
Armazém	86.7
Sector público	86.7
Farmácia privada	73.3

Dados actuais de inquéritos feitos pelo *Family Health International 360* e o *Projecto Supply Chain Management System* da USAID (SCMS) sobre alguns medicamentos, mostram uma fotografia completamente diferente. Em 2009, uma visita realizada pelo SCMS reportou no distrito de Cuamba uma satisfação das necessidades de 12,3%, e em Memba de 9,5%. Entrevistas com parceiros que trabalham nas US, afirmaram que existem rupturas de stock generalizadas de produtos essenciais. Uma recente avaliação (SLICE, 2011) feita pela USAID qualificou como fraco o sistema de controlo do sistema logístico em Moçambique, dando uma nota de 25 pontos sobre 100.

O sistema foi enfraquecido por diversas razões. O sistema logístico em Moçambique foi desenhado e planificado para uma dimensão muito mais reduzida em comparação com os actuais desafios que a expansão da rede e do tratamento ARV comportam. A mudança dum sistema de atenção primária, baseado principalmente em doenças infecciosas, foi acrescido por um perfil de doenças crónicas que acarretam um volume de mercadorias até a data desconhecidos. A rede de armazéns e o sistema de

gestão em todos os níveis, não está dimensionada para este desafio que representa dar tratamento diário a 250.000 pessoas infectadas de HIV/SIDA.

No avaliação rápida realizada no início do ano constatou-se que a distribuição era feita (decidida) de uma forma “ad-hoc”, em resposta a emergências, não havendo um sistema estruturado de gestão da distribuição. Sem registo e análise dos pedidos – requisições – não é claro em que se baseia a decisão da quantidade a fornecer em cada caso e esta situação favorece a iniquidade no abastecimento, beneficiando quem está próximo do armazém central. A introdução do conceito de “padrinho provincial” no aprovisionamento foi ainda mais perversa, pois os poucos medicamentos que chegam eram distribuídos de forma enviesada consoante o conhecimento da chegada dos mesmos pelo “padrinho” de uma dada província. Não obstante, novos procedimentos analíticos de distribuição foram implementados recentemente, o que deverá melhorar rapidamente o abastecimento do nível central até o provincial.

Este mesmo relatório, junto do anteriormente referido (SLICE), sugere que deixaram de ser aplicadas muitas das regras dos manuais de gestão existentes aos vários níveis do sistema. Cada ponto faz como entende em resultado de alteração dos manuais de procedimentos que, embora transmitidos de forma informal e parcialmente para alguns dos operadores, não chegaram a ser operacionalizadas em todo o País. Os manuais, embora revistos, não foram produzidos (impressos), a formação do pessoal bem como a impressão dos materiais de gestão não foram autorizados até recentemente. O resultado foi o aumento do descontrolo a todos os níveis, com elevadas perdas por roubos e por expiração de prazos e tornar o sistema de aprovisionamento não auditáveis. De notar que o pessoal contratado como “digitadores” – para introduzir dados no programa de gestão de stocks no armazém de Zimpeto – sem possuir as qualificações e/ou experiência adequadas passaram a decidir as quantidades a distribuir para os diferentes clientes do nível central. Para agravar a situação no período compreendido entre 2006 e finais do 2009, o sistema de auditoria interna da CMAM foi eliminado, as viagens de supervisão/auditoria restringidas, o que teve como efeito contribuir para o relaxamento no cumprimento rigoroso das regras estabelecidas nos manuais operacionais nos diversos níveis de gestão de um sistema que movimentava mais 150 milhões de dólares por ano. Este relaxamento foi ainda agravado porque nos últimos anos não foram reproduzidos os materiais de gestão tornando o sistema não auditável por ausência de registos adequados. Nestes últimos meses um esforço importante para os procedimentos de gestão do sector foi a aprovação por parte da CMAM dos manuais operacionais.

A transferência da CMAM, na sua totalidade, para o Armazém de Zimpeto teve o efeito negativo de a fazer coincidir com a gestão do armazém da zona sul do país e levar a perder a perspectiva nacional. Um outro efeito do aumento dos volumes de carga devido ao SIDA e da mudança do sistema planificado a um sistema baseado nas emergências, é que os custos de transporte quintuplicaram em 5 anos, em especial os custos de frete aéreo.

A segurança dos produtos foi reportada como um dos problemas que o sector afronta como desafio. Enfim, o sistema se converteu em emergencial, respondendo só aos impulsos produzidos pelas crises e desestabilizando um sistema que já era em si frágil, impulsionando as ineficiências e altos custos operacionais.

5.4.6 USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

De acordo com a OMS, o uso racional de medicamentos significa que "pacientes recebem medicamentos adequados às suas necessidades clínicas, em doses que cumprem suas necessidades individuais, por um período adequado de tempo, e ao custo mais baixo ao paciente e sua comunidade" (Rational Use of Medicines). O conceito de uso racional dos medicamentos faz parte da herança cultural do SNS, desde a criação do primeiro FNM com os seus níveis de prescrição, a padronização dos tratamentos e a utilização de nomes genéricos para os medicamentos prescritos. Esta iniciativa envolve a formação em trabalho e a contínua promoção do uso racional de medicamentos. A actualização do FNM

e dos guias terapêuticos para as principais doenças contribuem para que existam práticas aceitáveis de prescrição no País. Ao longo dos últimos anos não existem evidências da existência dum programa de uso racional dos medicamentos que melhore a prescrição e uso dos mesmos.

Em março de 2011 foi criado o Departamento de Farmácia Hospitalar na DNAM, que de entre várias atribuições, deve propor a criação de comités hospitalares de farmácia e terapêutica, que serão responsáveis por garantir a implementação e cumprimento das directrizes nacionais de tratamento ao nível das US, elaborar as listas de necessidades em medicamentos e produtos de saúde com base no perfil epidemiológico do hospital e nas necessidades reais, promover o uso racional dos medicamentos a nível das US (verificação das prescrições, seguimento dos pacientes, erros de medicação, etc), e Farmacovigilância (apoiar na identificação e promover discussões científicas dos casos de reacções adversas aos medicamentos).

5.4.7 FINANCIAMENTO

O sector Farmacêutico anualmente calcula suas necessidades e uma vez conhecidos os financiamentos disponíveis, realiza um exercício de distribuição entre os diferentes grupos de produtos e programas. O sector é dotado de recursos por diversas fontes financeiras, nomeadamente, o OE, PROSAÚDE, PEPFAR, Fundo Global, FNUAP, *Clinton Health Access Initiative (CHAI)*, Banco Mundial e fundos próprios.

Verifica-se uma redução e incerteza da disponibilidade de fundos para a aquisição de medicamentos e outros produtos, em especial no OE. Constata-se uma alta dependência da ajuda externa nesta área, sendo que 81% dos medicamentos derivam das doações. O aumento dos donativos em espécie vem caracterizando os últimos 5 anos, alterando o portfolio de recursos e a gestão da CMAM. Também é associado a baixa taxa de execução do que foi planificado. Em 2009 a taxa de execução comparativamente ao alocado foi de apenas 61%. Um dos principais problemas enfrentados nos últimos anos, foi a falta de disponibilidade de fundos para assegurar a satisfação dos contractos de fornecimento, quando em teoria as alocações cresceram. É um facto que se registaram atrasos acentuados na disponibilização dos fundos previstos do Fundo Global que obrigou a antecipar embarques de outros parceiros.

A opção de uma compra anual (ver secção 5.4.3) tem graves implicações nos planos de tesouraria, em particular por exigir muita liquidez, quando a modalidade de pagamento utilizada é a de cartas de crédito bancárias. Esta modalidade obriga a imobilização do valor da compra – contracto – na forma de cativo para cobrir a abertura das cartas de crédito que são irrevogáveis. A eliminação do Fundo Comum de Medicamentos, com a sua integração no PROSAÚDE, desprotegeu a compra de medicamentos e outros suprimentos médicos pois passaram a ser mais uma linha orçamental no meio de muitas prioridades. Constata-se também que não existe uma linha orçamental no OE para gastos operacionais, estes saem dos medicamentos, causando uma diminuição do orçamento para compras e dificuldades nas operações logísticas. Muitas destas necessidades foram cobertas pelos parceiros, aumentando assim a ineficácia do sistema e a dependência dos parceiros.

5.4.7.1 RECUPERAÇÃO DE CUSTOS

Até 2007 a política de recuperação de custos dependia duma lista de preços que equivalia a uma percentagem do preço de importação de cada medicamento. O actual sistema de recuperação de custos depende do despacho ministerial 42/07 que elimina a diferenciação de preços e define que cada prescrição passava a custar 5 Meticais, a chamada taxa única. A arrecadação de verbas em 2003 foi de 828.000 dolares, o que significa uma recuperação de 4% dos medicamentos existentes no sistema. Em 2009, a recuperação de custos foi de 1,564,000 dólares, que representa um 1,2% dos medicamentos recebidos no país, diminuindo desta maneira a capacidade de compra e operacional da CMAM.

Não parece justo que pessoas que podem pagar o preço dos medicamentos paguem o mesmo que pessoas que não tenham capacidade económica para pagar os 5 Meticais. Com actual conjuntura na qual o governo apostou pelas políticas de protecção social e no alívio aos sectores mais carentes da sociedade, abre-se uma janela para melhorar a equidade, também na área de medicamentos, que poderia utilizar os novos instrumentos propostos pelo Ministério de Acção Social, como o registos das pessoas sem recursos, para melhorar suas políticas de recuperação de custos.

5.4.8 RECURSOS HUMANOS

Na actual organização da CMAM trabalham 108 pessoas, das quais 13 possuem nível superior, 7 em farmácia, 2 em informática, 2 em administração pública, um jurista e um economista da educação. A maioria do pessoal (44) é serventuário, 17 são motoristas, 5 técnicos de farmácia, 2 técnicos de laboratório, 1 técnico aduaneiro, e o resto do pessoal é administrativo ou secretariado. O total de profissionais que trabalham na área é de 1.221, dos quais 48 são Farmacêuticos, 4 especializados, 312 técnicos de farmácia, 682 agentes e 175 auxiliares, que representam um 3,5% dos trabalhadores da saúde. A Tabela 18 abaixo mostra um aumento de pessoal no sector, de quase o dobro em relação ao 2006. Nos níveis inferiores da cadeia logística, recentemente aumentou-se a carga de trabalho devido ao encurtamento do ciclo de distribuição. O sistema atual se sustenta nos agentes de farmácia que com um 56% representam o maior colectivo e por tanto, com baixas qualificações.

TABELA 18. NÚMERO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA FARMÁCIA

Nível	2006	2007	2008	2009	2010	%
Farmacéutico A	19	37	39	s/d	48	4%
TF especializado	5	6	6	s/d	4	0%
Técnico Farmácia	136	203	227	s/d	312	26%
Agente Farmácia	353	507	568	s/d	682	56%
Auxiliar Farmácia	208	234	181	s/d	175	14%
Total	721	987	1021	0	1221	

Também, na CMAM com a alteração da cultura de gestão de armazéns, que passou de horizontal a vertical, foi feito um grande esforço de formação em trabalho, acrescentado com o desenho e identificações de perfis e tarefas. A apropriação de processos tem sido baixos.

Não existe um levantamento de necessidades de profissionais nos níveis provincial, distrital nem nas US. Não obstante, existe uma clara consciência de existir um deficit de recursos humanos, tanto em quantidade como em qualidade. Ao longo destes últimos anos a incorporação ao sistema de Farmacêuticos de formação superior foi notável. Ao nível provincial os parceiros apoiam cada província com um assessor de farmácia.

O sector de aprovisionamento dos medicamentos sempre foi considerado como área para os Farmacêuticos, descurando os profissionais da logística. Muitas das tarefas que são realizadas são puramente logísticas, perante as quais, a formação de farmácia não está ajustada as necessidades. Parece um desperdício de recursos, com a falta de profissionais de farmácia e com as tarefas próprias desta profissão, que técnicos qualificados devam dedicar-se a tarefas logísticas. No MISAU não existe a carreira de logística, nem uma formação concreta que cubra este vazio.

A causa dos processos de reforço dos sistemas paralelos, o sector, nestes últimos anos tem sofrido uma fuga de pessoal formado e treinado significativa. Mesmo a nível da formação, podemos observar que no mínimo 15% do pessoal não se incorpora ao SNS, depois de estudar no Instituto. Sem dúvida com o desenvolvimento do sector privado, esta tendência pode piorar.

No caso do CA, que é responsável por armazenar e distribuir equipamentos médicos (ver secção 5.4.10 abaixo), em 2010 contava com 83 funcionários. Em 2011 houve uma redução substancial de pessoal, situando-se neste momento em 55, devido a uma política de aumentar eficiência nas operações e diminuir os roubos. Assim como no CMAM, o grau educacional é baixo, com mais de 70% do pessoal possuindo um grau elementar ou básico.

Em termos de formação contínua, desde 2009 o CA realizou vários cursos em Gestão de Stock para os seus trabalhadores. Para o pessoal administrativo foram realizados cursos de informática e inglês. Assim como no CMAM, o sector de logística no CA vem sido negligenciado na formação de técnicos para área e existe o perigo de transferências de pessoal técnico qualificado ao sector privado.

5.4.9 SECTOR PRIVADO E PARAESTATAL

O sector privado Farmacêutico em Moçambique é regido pelo seguinte do quadro jurídico: a Lei nº 4/98 e regulamentos do Exercício da Profissão Farmacêutica e do Registo de Medicamentos. Actualmente não existe nenhuma fábrica privada de produção de medicamentos, mas existem 53 importadoras, incluído Medimoc que é a única empresa estatal da área, e farmácias.

Actualmente existem 293 farmácias, 116 (40%) destas farmácias encontram-se fora de Maputo e 177 (60%) em Maputo. Neste momento existem 25 pedidos de licenciamento de novas farmácias, 95% são pedidos para Maputo. Existem 11 sociedades gestoras de farmácias que possuem mais duma farmácia. O número de farmácias aumentou um 120% nestes últimos 10 anos. Embora as políticas públicas tenham aliciado a descentralização das farmácias para fora de Maputo, persiste um alto número de farmácias concentradas nesta cidade e os pedidos continuam dirigidos para Maputo.

No ano 2010, os pedidos de autorização de medicamentos do sector privado solicitaram a importação de 1.192 itens do FNM e neste mesmo ano foram solicitados 1.468 itens de extra do FNM. Isto prova por uma parte, a desactualização do FNM, assim como a rápida expansão do sector clínico privado.

Existem no entanto queixas de várias índoles sobre a eficiência do sector privado para responder correctamente as necessidades de demanda de serviços. Primeiro, existem muitas empresas mas poucas possuem uma carteira razoável de medicamentos registados. Assim, só mais ou menos 10 podem abastecer ao mercado com mais de 20 medicamentos. Segundo, a qualidade dos medicamentos é questionada. Devido ao facto do sistema de qualidade e inspecção não poder desenvolver adequadamente suas funções, isto alimenta a entrada de medicamentos contrafeitos. Terceiro, a estrutura actual de preços alicia a importação de medicamentos mais caros, que limitam o acesso dos mesmos ao público. Quarto, as empresas importadoras não estão garantindo a disponibilidade de medicamentos no país, isto reproduz a sensação de ruptura do sistema e limitam a melhoria da saúde da população. Possivelmente a dimensão destas empresas não justifica sua existência, num mercado ainda limitado, um número tão grande de empresas licenciadas parece excessivo para o tamanho real da demanda. Por último, o sector privado queixa-se que hospitais estão exercendo a actividade de importadoras de forma ilegal, diminuindo assim seu volume de negócio.

No sector para-estatal existe a fábrica Estatal Sociedade Moçambicana de Medicamentos. Esta fábrica actualmente elabora exclusivamente soros, estando em preparação com apoio do Governo do Brasil, um projecto de fabricação de ARVs e outros 20 medicamentos essenciais. Um outro Projecto do MISAU, para a fabricação de medicamentos essenciais, está prevista em Nampula para os próximos anos. A Medimoc é a instituição para-estatal que exerce papel de importadora e distribuidora. Ao nível do retalho, existem também as farmácia públicas, as Farmac.

5.4.10 MATERIAL MÉDICO E EQUIPAMENTOS

Como referido anteriormente, o CA é responsável pela gestão de consumíveis, equipamento médico, mobiliário hospitalar, veículos e impressos. A selecção dos produtos depende dos programas e sectores.

Não existe nenhum tipo de classificação ou critério de selecção, mas sim nomeclaturas estabelecidas em 1992 que estão completamente desactualizadas, o que dificulta o controlo e inclusive as compras. Os critérios de determinação de quantidades são definidos através de consultas ou aos técnicos da DNAM ou DAF, ou através de propostas aos níveis inferiores, que uma vez por ano, com critérios subjectivos, determinam as quantidades que vão consumir num ano, sem considerar nem os consumos prévios, os stocks existentes ou as encomendas em cursos.

Alguns dos produtos que estão dentro da cadeia de abastecimentos do CA parecem estar mais relacionados com os objectivos da CMAM. Não parece ter muito sentido que as seringas catéteres ou luvas estejam sob responsabilidade do CA. Existe o potencial risco de ter os injectáveis e não ter seringas e vice-versa. O sector de laboratórios é abastecido também através deste sistema logístico, contando com três fontes diferentes de compra e distribuição.

Produtos são adquiridos por até quatro agentes diferentes, nomeadamente o departamento de compras, UGEA, CMAM, Departamento de Infra-estruturas e parceiros de cooperação. Uma grande quantidade dos processos de compras são feitos através de fornecedores locais, no entanto, quando é requerido o processo de importação, este processo é realizado pela CA, visto que conta com despachante próprio e um armazém alfandegário, que permite guardar as mercadorias no CA, até acabar o processo alfandegário, desta maneira o MISAU não incorre em custos de estacionamento.

A falta de coordenação e a dificuldade de gestão desta multiplicidade de fontes causa graves problemas na eficácia nos controlos das mercadorias. Estes problemas reflectem-se no CA, sendo que após realizar as encomendas muito tempo atrás, perde-se a capacidade de saber a procedência do pedido e por tanto, dificulta tanto a contagem, como a distribuição dos mesmos.

Em termos de distribuição dos produtos, o CA verificou importantes melhorias no nível central, desde a reabilitação dos armazéns, a sua palatização, a gestão em vertical dos armazéns e implementação de procedimentos padronizados. Também melhorou-se o controlo de inventário, realizando inventários que permitiram a detecção de produtos obsoletos e sem uso dentro dos armazéns. O controlo dos stocks realiza-se através de folhas de Excel e foi alterado o conceito de responsabilidades dentro dos armazéns, sendo que neste momento existe uma perspectiva de gestão centralizada num responsável da distribuição.

Mesmo com a melhoria dos armazéns, persistem os problemas de espaço. A não existência de armazéns regionais causa uma forte centralização das operações logísticas em Maputo, além de custos muito elevados de transporte e ineficiências dos mesmos. Persistem os processos logísticos paralelos entre CMAM e CA, sem que exista a necessária coordenação entre duas instituições, que não têm suficiente comunicação entre elas, mas têm os mesmos objectivos e desafios.

Estas melhorias no nível central não se verificam nos níveis inferiores da cadeia de distribuição, persistindo os problemas de espaço e gestão. Não obstante, já foram realizadas algumas acções de padronização de procedimentos. A maior dificuldade neste sentido resulta de possuir uma estrutura institucional e hierárquica descentralizada, pela qual os economatos dependem das DPS/distritos, perante o qual o sistema logístico fragmenta-se ou que dificulta a eficiência operatividade do mesmo.

5.4.11 INOVAÇÃO TECNOLÓGICA

Ao longo destes últimos anos, em especial com o início dos programas de HIV tem havido um salto tecnológico importante, em especial nos meios de diagnóstico e laboratórios. Por exemplo, com a introdução de sistemas de testagem rápida, a detecção de doenças contagiosas como malária e SIDA, deu um salto importante para a saúde pública em Moçambique. Este salto em termos de equipamentos não foi orientado por uma política ou estratégia geral sobre tecnologia e sim pelas estratégias sectoriais ou pela vontade política das autoridades. Podendo-se afirmar que não existe uma política ou estratégia geral de inovação tecnológica para saúde. A incorporação de novas técnicas e instrumentos dependem

da capacidade técnica dos diferentes especialistas, que incluíram nos diferentes concursos, compras ou nos pedidos aos parceiros suas necessidades.

Em 2007 a DNAM criou a Comissão Técnica Permanente de Equipamentos e Consumíveis do MISAU (COPEC). O objectivo geral do COPEC é assessorar ao MISAU na planificação, normação, seguimento e avaliação dos tipos de equipamentos, mobílias, instrumentos e material médico que podem circular em Moçambique. Com uma clara vocação de apoio a CA e a CMAM nos concursos, esta Comissão deve assegurar o controlo da qualidade dos materiais adquiridos e na elaboração de planos de necessidades. Com a criação do COPEC esperava-se realizar o controlo da tecnologia, reconhecendo a importância do seguimento e direcção por parte do MISAU. Não obstante esta Comissão centrou suas actividades basicamente no apoio a definição das necessidades e o acompanhamento de concursos.

5.4.12 PRINCIPAIS CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

5.4.12.1 OS PRODUTOS E TECNOLOGIAS MÉDICAS NO PESS

O PESS 2007-2012 inclui os seguintes objectivos relacionado a produtos e tecnologias médicas:

- Objectivo Geral 12: Fortalecer a implementação da política nacional Farmacêutica. Este Objectivo Geral inclui sub-objectivos relacionadas ao uso racional de medicamentos, acesso, regulação e qualidade, cada um com respectivos objectivos específicos.

Até 2011 Moçambique demonstrou importantes avanços na área de produtos e tecnologias médicas. Não obstante, a maioria dos objectivos específicos baixo o Objectivo Geral 12 não foram atingidos. Por exemplo, com relação ao uso racional (Objectivo 12.1), o FNM foi actualizado mas o programa de Farmacovigilância não foi expandido além de Maputo. A disponibilidade de medicamentos (Objectivo 12.2) continua baixa. A Política Farmacêutica (Objectivo 12.3) ainda não foi aprovada. Quanto a qualidade, foi criado o departamento de Inspecção Farmacêutica mas o país ainda carece de um laboratório de controlo de medicamentos.

5.4.12.2 RECOMENDAÇÕES

Dada a complexidade e a quantidade de componentes na área de Produtos e Tecnologias Médicas, as recomendações são várias e estão descritas abaixo por componente:

Políticas:

- Uma Política Farmacêutica, que inclui suprimentos médicos, é necessária e deve considerar o medicamento como um bem social disponível para melhorar a saúde, sendo assumíveis os custos que originam no sistema de saúde. O objectivo desta política deve ser assegurar a disponibilidade de medicamentos de qualidade para cobrir as necessidades sanitárias de Moçambique. Também é necessária uma Política para Tecnologias Médicas;

Registo:

- O FNM deve ser actualizado de forma regular a cada 5 anos;
- Definir uma lista de medicamentos vitais, essenciais e necessários;
- Operacionalizar a legislação do registo com objectivo de melhorar o acesso aos medicamentos e a concorrência no mercado;

Qualidade:

- A construção dum laboratório de controlo de medicamentos moderno e funcional no país é imprescindível. O sector de inspecção do DF deve ser fortalecido em recursos e apoio. Esta importante função não pode, pelo bem da saúde pública, continuar negligenciada;

Quantificação:

- É imprescindível priorizar de acordo a critérios científicos, recomendados pela OMS e amplamente adoptados em todo o mundo para a compra de medicamentos e materiais;
- A instauração por parte dos programas de novas terapias deve vir acompanhadas de estudos de viabilidade e duma melhor coordenação tanto com o DF, como com a CMAM a fim de evitar a insustentabilidade do sistema, assim como as rupturas de stock;
- O sistema de quantificação de necessidades de medicamentos e materiais deve utilizar métodos de cálculo claros, científicos e regulares. O cálculo de necessidades epidemiológicas deve complementar as análises de consumos. Para tal deve ser melhorado o sistema de informação, assim como o cálculo das necessidades em todos os níveis, além de ter avaliações regulares;

Procura:

- O sistema de aquisições deve ser revisto e adaptado às necessidades para um sistema logístico para medicamentos e materiais médicos. Este sistema deve guiar-se pelos princípios de melhor preço, com qualidade, em tempo razoável. O sistema legal não está adaptado a estes princípios para a aquisição de medicamentos e por tanto, será necessário coordenar com o Ministério de Finanças a adaptação as necessidades. Um esforço de acomodação deverá ser feito também com DF, visto que até a data não existem produtores nacionais, as compras são externas e por tanto, os concursos não devem limitar-se a compras locais a importadores nacionais, já que encarece o preço dos produtos;
- É necessário apoiar a CMAM com capacitação para exercer a sua relativamente nova função de executar o processo de compras;

Distribuição:

- É preciso unificar um sistema de distribuição eliminando o conceito de divisão territorial, com um mandato claro e único, permitindo tornar operativa a logística. O sistema informático para gestão deve ser adaptado às necessidades do processo e devem ser únicos por níveis, evitando os sistemas semi-manuais e fragmentados;
- Dado o aumento do volume de produtos manuseados pelo sistema público de aprovisionamento, é necessário aumentar a capacidade de armazenagem de nível central e níveis inferiores, mas também de aumentar a eficiência do sistema de distribuição;
- A aplicação das regras dos manuais de gestão existentes aos vários níveis do sistema tem de ser fortalecida, iniciando com a produção e impressão dos manuais e instrumentos de gestão, assim como a formação do pessoal adequado;

Uso racional:

- O MISAU deve avaliar a necessidade e viabilidade de estabelecer um programa ou estratégia explícita de uso racional de medicamentos;

Financiamento:

- O Governo de Moçambique deve aumentar a proporção de financiamento estatal para medicamentos e sua previsibilidade. Também nesta ordem de idéias, não devem comprometer-se com uma só fonte para determinadas linhas de tratamento e medicamentos;
- O orçamento dedicado aos gastos operacionais devem estar separados e bem dotados a todos os níveis, caso contrário não será possível colocar os medicamentos e materiais nas US;
- Rever o sistema de recuperação de custos;

Recursos Humanos:

- A política de retenção de pessoal do sector logístico deve ser revista pelo que sugerimos uma abordagem inovadora: admitir o carácter temporal e formativo da instituição, reforçar os

procedimentos através da descrição de tarefas, a dividir as mesmas de forma a reduzir carga de trabalho, formar equipas de no mínimo 2 pessoas por posto, além de iniciar uma política de cooperação com as Universidades e os Institutos de Saúde de forma a ter pessoal em formação a fazer práticas, que possam mais tarde ser a reserva para suprir possíveis saídas. O MISAU deve apoiar a formação de logísticos nas instituições de ensino;

- Caso avance a CMAM na criação duma organização com autonomia operacional, será necessário dotar de recursos para a rápida contratação do pessoal necessário⁸;

Sector privado:

- O sector privado vai continuar a crescer de forma rápida e consistente, por isso deve ser regulado, transparente, ágil e controlado. É imperativo para o País construir um sistema de controlo de qualidade eficaz, assegurando que todos os medicamentos que circulam no país possuem as garantias necessárias e em quantidades suficientes. O licenciamento de empresas deve ser mais rigoroso e adequados as necessidades do país;

Inovação Tecnológica:

- O MISAU com ajuda dos parceiros realizou um importante salto tecnológico, para tal deve ser desenhada uma política tecnológica, acompanhada por uma estratégia e os respectivos planos operacionais, além de serem contemplados nos cenários fiscais que dotem a necessária cobertura orçamental;
- Organizacionalmente, o MISAU deve complementar as funções do COPEC com três sub-comités técnicos, nomeadamente, um comité científico que estude a idoneidade das tecnologias, um comité económico que analise a viabilidade das tecnologias e um comité organizacional que estude as necessidades de recursos e organização para o pleno funcionamento e aproveitamento das novas tecnologias. Deve constituir-se uma metodologia de avaliação e estabelecer planos de implementação por cada tecnologia aprovada. Neste sentido, o papel do INS deve ser reforçado e melhorada a coordenação entre a DNAM e o INS;

Materiais e equipamentos:

- Padronizar a nomenclatura de materiais e equipamentos;
- O CA e DNAM, em coordenação, devem continuar no processo de melhoria dos procedimentos e da gestão de stock, em especial o conhecimento das suas necessidades de forma a criar um sistema de informação sólido e regular baseado em dados certos. Neste caminho, recomenda-se a informatização dos armazéns centrais e dos economatos provinciais como prioridade;
- A construção de depósitos centrais do CA nas regiões central e norte são imprescindíveis visto o volume de carga actual e os desafios para o futuro. Este processo poderia acompanhar os já abertos na CMAM de reabilitação na Beira e construção no Norte de armazéns de medicamentos;

Geral:

- Propõe-se uma futura reflexão sobre que actividades podem e devem ser realizadas pelo MISAU e quais poderiam ser tercearizadas, para tornar mais operativa e eficaz a gestão dos medicamentos. Neste momento o sector realiza tarefas que nem tem capacidade, nem é suficientemente especializado no mesmo.
- A CMAM e o CA devem ter uma autonomia administrativo financeira;

⁸ É imprescindível reforçar o recrutamento de outro tipo de profissionais como: Contabilista /Auditor, Especialista em M&A e MIS, Director de Operações, Especialista em Aprovisionamento , Gestor de Edifício e Segurança, Especialista em Tecnologia Farmacêutica, Especialista em Controlo de Qualidade, Analista de Processos, Gestor de Armazém, Gestor da Frota/Transportes, Supervisor de Entradas e Saídas, Escriturários de Captação de Dados, Pessoal de Manutenção e Especialista em Segurança no Trabalho.

- A segurança em toda a cadeia de abastecimentos deve ser reforçada, para tal além de desenvolver uma estratégia de segurança propomos a criação dum corpo de auditores internos e uma estreita coordenação com a Inspeção Geral. Este corpo de auditores poderia ser composto em conjunto com a CMAM e assim diminuir custos e aumentar sinergias;
- Harmonização de procedimentos e processos entre as diferentes cadeias de abastecimentos, inclusive medicamentos, materiais e laboratório.

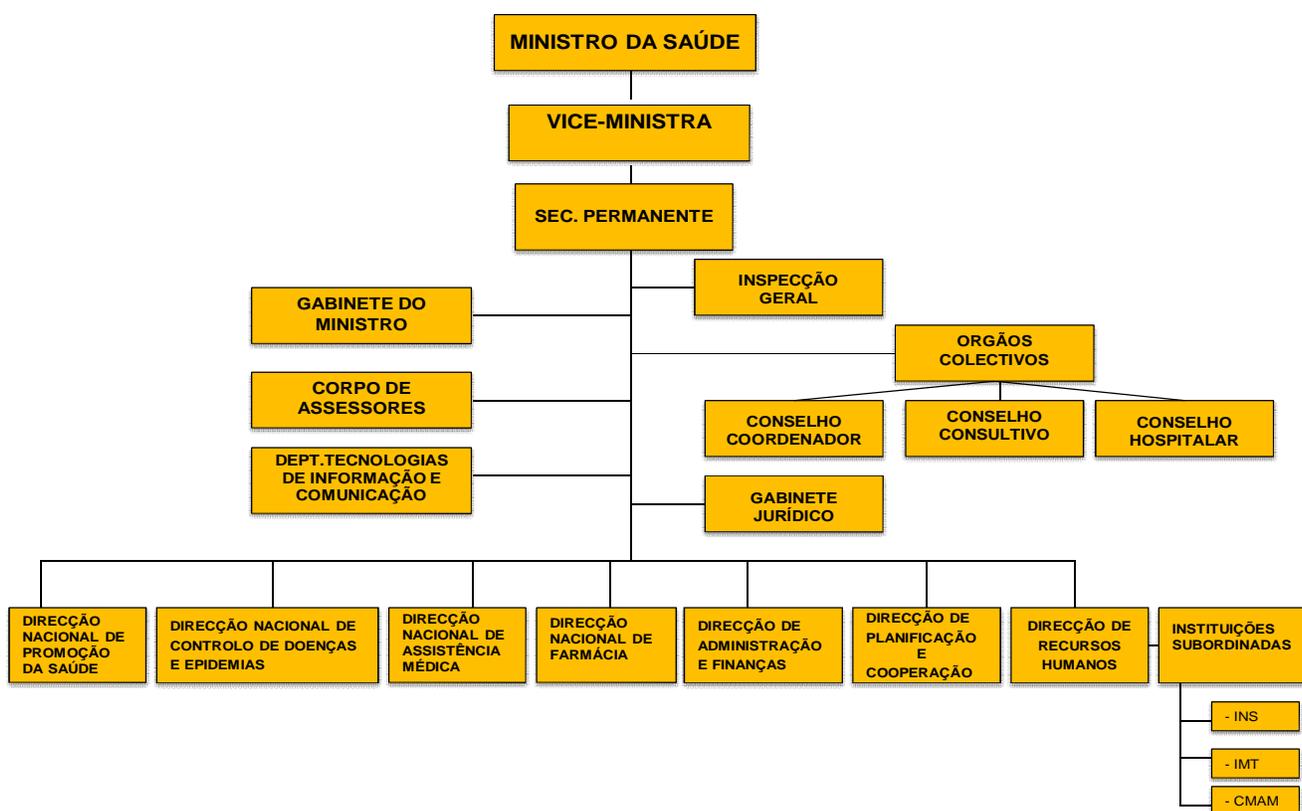
5.5 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A prestação de serviços de saúde é onde todos os componentes do sistema de saúde se agregam para exercer a principal função do sistema: prestar serviços de saúde de qualidade a toda população moçambicana. Os pontos fortes e fracos de cada componente – financiamento, logística, SIS, etc – se manifestam nos serviços de saúde prestados. Ao mesmo tempo, o funcionamento da rede sanitária influencia todas as áreas de intervenção descritas no Capítulo 4, Tendências de Cobertura das Principais Áreas de Intervenção.

5.5.1 ORGANIZAÇÃO DO MISAU E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

O MISAU é o ministério designado pelo Governo para regular o sector de saúde e fornecer as normas e o controlo de todas as actividades relativas ao sector no país. Além desta importante função de supervisão, o MISAU também é o principal provedor e implementador de actividades de promoção, prevenção e cura. O MISAU supervisa e executa grande parte dos serviços de saúde prestados ao público e acessíveis para a população moçambicana nos diferentes níveis da rede de saúde. A Figura 15 ilustra o novo organograma do MISAU, que ainda tem de ser aprovado.

FIGURA 15. ORGANOGAMA DO MISAU



O maior órgão de controlo e implementação para a prestação de serviços de saúde a nível central é a DNAM, enquanto a Direcção Nacional de saúde Pública (DNSP) controla os programas de verticais (SMI, SSR, nutrição, etc). O controlo e execução das áreas e actividades transversais relativas aos

cuidados de saúde a nível central envolvem outras Direcções no MISAU como a DAF, a DPC, DRH e as instituições subordinadas, como o Instituto Nacional de Saúde (INS) e o CMAM. A DPC assume a orientação geral e planifica o sector na sua integralidade; a DNSP assume o desenvolvimento dos Programas e Actividades de Saúde Pública e Comunitária (Promoção e Prevenção da Saúde); e a DRH assume a orientação estratégica da formação e gestão dos recursos humanos do sector.

Conforme delineado na “Proposta de Estutura Funcional da DNAM”, a função principal da DNAM é definir, apoiar e monitorar o desenvolvimento da rede prestadora de cuidados de saúde, para que estes sejam prestados de acordo as orientações da Política Nacional de Saúde e do Plano Estratégico do Sector Saúde. Para assegurar o cumprimento desta função principal a DNAM estrutura-se em duas áreas: Área de Desenvolvimento e Gestão dos Serviços de Saúde e Área da Garantia da Qualidade dos Cuidados Clínicos.

No processo de descentralização durante os últimos 5 anos, cada vez mais responsabilidades para a execução de actividades de saúde foram transferidas do nível central do MISAU para as DPS e SDSMAS.

A área de gestão hospitalar é uma área que depara-se com a falta de pessoal qualificado no MISAU para realizar as actividades de gestão de pessoal, supervisão, advocacia de planificação e gestão das actividades de índole hospitalar, apoio na elaboração do regulamento interno dos Hospitais, avaliação do desempenho dos hospitais e dos indicadores de eficácia hospitalar e na elaboração de regulamentos de qualidade para as áreas chave nos Hospitais. Moçambique já está colaborando com seus parceiros para abordar o problema da falta de capacidade nesta área, através da criação e institucionalização de cursos de capacitação.

5.5.2 INFRA-ESTRUTURA DA REDE SANITÁRIA NA ÁREA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

5.5.2.1 COBERTURA

O SNS está organizado em quatro níveis de atenção. O nível primário corresponde aos Centros de Saúde, urbano e rural e tem como função executar a estratégia de cuidados de saúde primários. Estas US constituem o primeiro contacto da população com os serviços de saúde. O nível secundário é composto pelos Hospitais Distritais, Rurais e Gerais e tem como função prestar cuidados de saúde e constitui o primeiro nível de referência para os doentes que não encontram resposta no nível primário. O nível terciário é composto pelos Hospitais Provinciais e constituem a referência para os doentes que não encontram soluções ao nível secundário. O nível quaternário é composto pelos Hospitais Centrais e Especializados e constitui a referência para os doentes que não encontram soluções nos outros níveis. Em 2004 a rede consistia de 1.210 US. Actualmente em 2011 o SNS conta com 1.392 US no sector público (Tabela 19).

TABELA 19. NÚMERO DE US POR NÍVEL E PROVÍNCIA

Nível de US	Província											
	Ns	CD	Nm	Z	T	Mn	S	I	G	MP	MC	Total
3° e 4°	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	10
2°	1	3	8	10	5	5	8	8	8	6	4	66
1° rural	142	107	197	200	97	90	147	106	118	78	32	1314
Outro (HM, HPs)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Total	144	111	207	211	103	96	156	115	127	84	38	1.392

Isso reflecte um aumento de apenas 11% no número de US num período de 6 anos, quase todo no nível primário. Estima-se que em 2010 menos de 60% da população tinha acesso aos serviços básicos de saúde e vivia em média cerca de 10 km de uma US (MISAU, 2010). Até hoje a maior concentração das US per capita é observado na Cidade de Maputo. Quase 50% de todas as camas disponíveis no sector de saúde estão localizadas em dois principais Hospitais Centrais de Maputo e Beira (DNAM/MISAU, 2011). As Províncias mais populosas de Nampula e Zambézia têm o mais baixo número de US com desigualdade de recursos por habitante. A fraca cobertura do acesso a serviços providenciados pelo nível primário dificulta os esforços de melhorar a situação de saúde em Moçambique. A principal barreira ao acesso de serviços de saúde ainda continua a ser as longas distâncias entre as comunidades e os serviços prestados pelo sistema de saúde nacional.

No relatório de indicadores do QAD 2011 (MISAU, 2011) foi reportado o rácio de consultas externas por habitante. Comparando na base de 1,01 consultas por habitante em 2005, em 2007 foram realizados 1,06 com o mesmo rácio de 1,06 em 2009. Em 2010 o rácio aumentou para 1,2 consultas por habitante.

A classificação de US, a definição de actividades e serviços prestados em cada nível de atendimento de saúde, os requisitos de contratação de pessoal por nível de atendimento de saúde, requisitos para infraestrutura e equipamento, regras e regulamentos para a calendarização de manutenção regular e outras caracterizações e definições técnicas no Diploma Ministerial de 2002 ainda não foram implementados até ao momento. Em 2008 foi elaborado o documento sobre as funções e normas de funcionamento das US e Hospitais no País (DNAM/MISAU, 2008) e em 2011 o pacote de serviços prestados nos Centros de Saúde e nos Hospitais Rurais (DNAM/MISAU, 2011). Estes documentos básicos para uso a nível das US ainda aguardam aprovação, tornando difícil a análise dos pacotes de serviços actualmente prestados. O MISAU também desenvolveu um Guião de Planificação, Organização e Avaliação para os centros de saúde e definiu a meta no PESS de regorganizar 25% dos centros de saúde de acordo com o guião, mas este também não foi aprovado.

5.5.2.2 QUALIDADE

A criação de melhores condições físicas das US tem sido preocupação do MISAU. Centenas de US foram reabilitadas na última década aumentando a disponibilidade de áreas e ambientes acolhedores para usuários e funcionários. Não obstante, ainda restam muitas US em estado precário. Em muitas US que não foram reabilitadas, os locais para gabinetes de tuberculose, laboratórios, farmácias, consultas externas e de SMI tornaram-se insuficientes ou carecem de condições (ventilação, luz, privacidade). Por exemplo, de acordo com o QAD 2011, somente 50% dos centros de saúde contavam com sistemas de fonte de energia e 60% com abastecimento de água. A falta de manutenção preventiva dos edifícios piora a sua estrutura física. Os profissionais operavam frequentemente com falta de material médico-cirúrgico.

5.5.3 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE QUALIDADE

O Capítulo 4 já descreveu certos aspectos da qualidade dos serviços em áreas específicas de intervenção. Em geral, a experiência quotidiana do atendimento dos utentes nos serviços de saúde tem demonstrado que a qualidade da atenção é uma das questões mais críticas destes serviços em

Moçambique. A fragilidade dos níveis de atenção mais periféricos (Centros de Saúde e Hospitais Rurais/Gerais) é atribuída a:

- Desequilíbrio das equipas de saúde, destacando-se a baixa qualificação dos profissionais colocados nas regiões mais remotas;
- Fraca motivação dos trabalhadores resultantes das difíceis condições de trabalho, de vida e baixas remunerações;
- Infra-estruturas em condições de conservação e higiene deficientes;
- Ausência de equipamentos básicos ou em mau funcionamento;
- Supervisão deficiente pelos níveis superiores;

O Capítulo 5.2, Recursos Humanos, já analisou as limitações relacionadas com a quantidade e capacidade dos trabalhadores de saúde e o Capítulo 5.4, Produtos e Tecnologias Médicas, descreveu os problemas relacionados com a falta de medicamentos e equipamentos. Outra dimensão na qualidade de serviços são as normas, protocolos, instrumentos e sistemas estipulados e implementados nos vários níveis do sistema de saúde. O MISAU recentemente revisou os protocolos para SMI/PTV, ATS, cuidados de HIV para adultos e crianças, TB, nutrição, controlo de infecção, DST, laboratório e farmácia. A questão com os protocolos frequentemente é a sua produção/disseminação e implementação.

As organizações nacionais e internacionais que apoiam o MISAU na prestação de cuidados clínicos desenvolveram, individualmente, diferentes instrumentos que visam assegurar a qualidade do serviço oferecido e têm implementado essas ferramentas nas diversas US onde prestam apoio. Tal procedimento não se afigura adequado, na medida em que vários instrumentos de qualidade não permitem efectuar uma comparação uniforme a nível nacional. A importância da definição de um instrumento único de melhoria de qualidade resulta da necessidade de aplicação obrigatória dos mesmos padrões de qualidade em qualquer US do país.

O MISAU está no processo de desenvolver uma estratégia de melhoria de qualidade, que será o resultado da harmonização de diferentes estratégias de melhoria de qualidade em uso no MISAU junto com diferentes parceiros clínicos e não clínicos que apoiam os programas de saúde. A nova estratégia abarcará as seguintes áreas:

1. Padrões definidos pelo MISAU para a prestação de cuidados clínicos;
2. Indicadores que permitem medir o desempenho das US;
3. Processo de implementação da estratégia de melhoria de qualidade;
4. Avaliação do nível de qualidade dos serviços de cuidados e tratamento;
5. Identificação das lacunas e oportunidades para introduzir melhorias;
6. Planificação de actividades de melhoria de qualidade que vão de acordo com as reais necessidades das US;
7. Avaliação do impacto das actividades de melhoria de qualidade no desempenho das US;
8. Avaliar o grau de satisfação dos utentes em relação ao serviço que lhes é oferecido;
9. Criação de uma cultura de qualidade na prestação de serviços aos utentes.

Esta estratégia está prestes a ser aprovada. Enquanto isso, as diferentes iniciativas existentes são implementadas de forma paralela. Algumas delas, como o CLINIQUAL para HIV/SIDA, foram discutidas no Capítulo 4. Para a melhoria da qualidade e humanização dos serviços de saúde nas áreas de prevenção e controlo de infecções, enfermagem, formação contínua e saúde materna, neonatal e infantil, Moçambique tem apostado desde 2004 na abordagem de Gestão e Reconhecimento dos Serviços com Base em Padrões de Desempenho. Este instrumento de medição de desempenho possibilita aos

profissionais de saúde reconhecer, medir e melhorar a qualidade dos serviços indicando “o quê” fazer, “como fazer” e com quais instrumentos. Foi também esboçado em 2011 um instrumento adicional no Departamento de Qualidade dos Serviços de Saúde na DNAM para apoiar a implementação do processo de melhoria da qualidade e humanização nas unidades de internamento dos Hospitais. Esta ainda carece de aprovação e uso prático.

5.5.3.1 INICIATIVAS RECENTES

Vale a pena destacar certos programas e iniciativas recentes do MISAU que parecem ter contribuído para a melhoria da qualidade dos serviços mas que mesmo assim necessitam ser fortalecidos.

Programa de Prevenção e Controlo de Infecções nas US

As condições de segurança no local de trabalho melhoraram nas US. Até junho 2010, 129 US implementavam o programa de Prevenção e Controlo de Infecções (PCI). Todos os anos são premiadas as US que atingem mais de 80% dos padrões de desempenho em todos os serviços. Apesar das limitações das infra-estruturas nalguns Hospitais, os procedimentos de esterilização foram centralizados numa única unidade (DNAM/MISAU, 2011).

Também foram elaborados normas de procedimentos, funcionamento e de gestão das centrais de esterilização (CE) e capacitados os responsáveis das CE de todo o País. No âmbito de gestão de lixo hospitalar, 6 Hospitais foram equipados com incineradores. O Hospital Central de Nampula é a única US com autoclave para o tratamento do lixo. Não há clareza no MISAU sobre a responsabilidade da gestão do lixo hospitalar (Higiene Ambiental vs. Departamento de Enfermagem da DNAM).

Foi adquirido e distribuído equipamento de protecção individual (EPI) para o pessoal nas US do país, mas em quantidade insuficiente (DNAM/MISAU, 2011) (relatório das visitas de supervisão, DNAM). O orçamento do MISAU é insuficiente para implementar em todas as US o programa de PCI, adquirir EPI, material para esterilização e de higiene e limpeza.

Em 2009, foi lançada uma Campanha Nacional de Higiene das Mãos “Mãos limpas, salvam vidas“, dirigida para trabalhadores de saúde, docentes e estudantes da área da saúde, doentes e a comunidade para sensibilizar sobre a importância da higiene das mãos para a saúde.

Profilaxia pós-exposição

A protecção da saúde do trabalhador através de promoção de uso de técnicas seguras e precauções básicas é uma prioridade para o MISAU. Em 2007 foi implementada uma intervenção com componentes de: formação do trabalhador de saúde em PPE e prevenção de acidentes de trabalho; notificação de casos de exposição ocupacional ao HIV; supervisão das actividades de PPE nas US e monitoria das acções de gestão de risco hospitalar; e segurança e saúde no ambiente de trabalho hospitalar.

Até 2010, 167 US implementavam o PPE. Durante as supervisões são realizados inquéritos anónimos entre os trabalhadores de saúde. No último inquérito (901 trabalhadores) em 2010, 16% referiram ter tido acidentes de trabalho por exposição a fluidos contaminados, dos quais 64% reportaram acidente do trabalho. Ainda há receio de reportar os acidentes de trabalho. Até 2010, 816 trabalhadores notificaram acidentes de trabalho e 742 receberam a profilaxia. O grande desafio do PPE é a gestão e monitorização da actividade que apesar da descentralização para as DPS, há falta de apropriação do programa nas províncias.

Enfermaria Modelo

Desde 2008, a iniciativa de Enfermaria Modelo vem sendo implementada nos Hospitais do País. O objectivo é oferecer atenção humanizada e de qualidade aos utentes e facilitar a aquisição de habilidades e competências aos técnicos de saúde. Foram elaborados instrumentos de medição de desempenho da Enfermaria Modelo, guião de procedimentos básicos de enfermagem, guia de implementação da enfermaria modelo, inquéritos de avaliação da satisfação dos utentes, estagiários, trabalhadores de saúde e um satisfatómetro. Até finais de 2010, 30 enfermarias de 13 Hospitais adoptaram o modelo (DE/MISAU, 2010).

Normas de Cortesia

Em abril de 2010, o Departamento de Enfermagem do DNAM iniciou uma campanha nas US sobre Normas de Cortesia (Figura 16) que foi expandido para todas as províncias do país. Os objectivos da campanha foram assumir o compromisso da cortesia no atendimento dos utentes e sensibilizar os utentes, comunidade e trabalhadores em prol do atendimento humanizado. Esta campanha marcou o início da Estratégia Nacional para a Melhoria da Qualidade e Humanização dos Cuidados de Saúde do SNS (DNAM/MISAU, 2011).

FIGURA 16. CARTA DOS DIREITOS E DEVERES DOS DOENTES E NORMAS DE CORTESIA

Ministério da Saúde
CARTA DOS DIREITOS E DEVERES DOS DOENTES

DIREITOS DOS DOENTES

1. O doente tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana.
2. O doente tem direito ao respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas.
3. O doente tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos de reabilitação e paliativos.
4. O doente tem direito à prestação dos cuidados continuados.
5. O doente tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados.
6. O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde.
7. O doente tem direito de obter uma segunda opinião sobre a sua situação de saúde.
8. O doente tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto médico ou participação em investigação ou ensino clínico.
9. O doente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitarem.
10. O doente tem direito de acesso aos dados registados no seu processo clínico.
11. O doente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto médico.
12. O doente tem direito por si, ou por quem o representa, a apresentar sugestões e reclamações.

DEVERES DOS DOENTES

1. O doente tem o dever de zelar pelo seu estado de saúde.
2. O doente tem o dever de fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para obtenção de um correcto diagnóstico e adequado tratamento.
3. O doente tem o dever de respeitar os direitos dos outros doentes.
4. O doente tem o dever de colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são recomendadas e por si, devidamente aceites.
5. O doente tem o dever de respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde.
6. O doente tem o dever de utilizar os serviços de saúde de forma apropriada e de colaborar activamente na redução de gastos desnecessários.
7. O doente tem o dever de reconhecer e elogiar o trabalho sanitário feito.
8. O doente tem o dever de não oferecer valores monetários ou qualquer outro bem em troca dos serviços prestados.
9. O doente tem o dever de respeitar os profissionais de saúde.
10. O doente tem o dever de colaborar na higiene, limpeza e ornamentação das Unidades Sanitárias.

Aprovado pelo Conselho de Ministros aos 14 de Dezembro de 2007

OS DEZ PASSOS DAS NORMAS DE CORTESIA

1. Tratar aos outros como gostaria de ser tratado.
2. Ter sempre um sorriso no rosto.
3. Apresentar-se com aprumo.
4. Saber escutar.
5. Falar com um tom de voz que demonstre respeito, educação, amabilidade e paciência.
6. Ser sempre pontual e assíduo.
7. Cuidar para que não haja barulho e para que se mantenham as boas condições de organização, iluminação, ventilação e higiene do ambiente.
8. Assegurar sempre a privacidade, intimidade e confidencialidade do utente.
9. Explicar sempre os procedimentos que serão realizados.
10. Utilizar sempre as expressões "faça o favor", "dê-me licença", "obrigado" e similares.

Normas de Cortesia

Bons profissionais do Sistema Nacional de Saúde seguem estas normas.

5.5.4 SISTEMA DE REFERÊNCIA

O sistema de referência é na prática pouco funcional e frequentemente os utentes acedem ao SNS em qualquer dos níveis de atenção. Devido a dificuldades de comunicações, longas distâncias entre as unidades periféricas e de referência, aliadas à ausência de transportes regulares entre os distritos e localidades, o acesso físico a unidades de referência é severamente limitado. Entre as consequências do colapso parcial do sistema de referência incluem-se:

- A sobrecarga dos Hospitais mais diferenciados principalmente nas zonas urbanas em consequência da procura aumentada de cuidados nesses níveis;
- A prestação a custo mais elevado de cuidados básicos nos grandes Hospitais;
- A fraca qualidade de atenção nos Hospitais de referência.

Por outro lado, muitos dos Hospitais de referência não estão preparados para prestar serviços secundários, terciários e quaternários devido à falta de pessoal especializado e de equipamentos. A conjuntura actual do país é tal que o sistema de referência por níveis de atenção é pouco praticável pelas razões aludidas anteriormente e exige um re-exame da situação sob a óptica de explorar canais viáveis de oferta de cuidados de saúde que incluam opções alternativas como o uso de serviços móveis existentes.

5.5.5 REDE DOS LABORATÓRIOS DE ANÁLISES CLÍNICAS

A Secção de Laboratórios no DNAM é responsável pela implementação e monitoria do Plano Estratégico de Laboratórios 2007-2011 que ainda não foi aprovado. A secção está no processo de elaborar uma Política Nacional da Rede Laboratorial junto com o INS e outros parceiros.

A rede laboratorial funciona com 297 laboratórios no País assim distribuídos: 4 do nível quaternário (Hospitais Centrais e Especializados), 7 do nível terciário (Hospitais Provinciais), 40 do nível secundário (Hospitais Distritais, Gerais e Rurais) e 246 do nível primário (Centros de Saúde Urbanos e Rurais). Em algumas US onde não há laboratórios, existe um mecanismo de referenciamento das amostras para os centros de processamento. Em geral, a cobertura de serviços de laboratório é baixa.

Existem estabelecimentos laboratoriais que exercem certas funções próprias de laboratório de saúde pública, mas que trabalham de modo autónomo e sem qualquer coordenação. Tal é o caso dos Laboratórios Nacionais de Controlo de Higiene de Águas e Alimentos e o do antigo Laboratório Nacional de Controlo de Qualidade de Medicamentos (que funcionava até 2008).

Nos últimos 5 anos foi realizado um grande progresso na área de controlo de qualidade dos testes do CD4, testes rápidos do HIV, exames hematológicos e bioquímicos, exames microbiológicos e também nas áreas de biosegurança e sistema de informação. Algumas das iniciativas que contribuíram para esta melhoria incluem:

- Implementação de um Programa Nacional e Integrado de Avaliação Externa de Qualidade;
- Implementação de um Programa de Acreditação de Laboratórios do Serviço Nacional de Saúde;
- Actividades de testagem especializada para a rede laboratorial;
- Assistência técnica para a rede laboratorial;
- Padronização e avaliação de técnicas e reagentes para a rede laboratorial;
- Educação contínua do pessoal da rede laboratorial em aspectos de testagem laboratorial, qualidade e biossegurança;
- Introdução do sistema de envio de resultados de PCR para as US, o que dinamizou o PTV.

Apesar destas iniciativas, ainda existe a necessidade de melhorar a quantidade e a capacidade do pessoal técnico de laboratório. Os principais desafios na área de laboratório e análises clínicas são relacionados a materiais, infraestrutura e cobertura. Muitos laboratórios no país estão degradados. Grande parte dos equipamentos é obsoleto ou inoperacional, especialmente nos laboratórios mais periféricos. A rede de referência carece de meios de transporte e de comunicação. O aprovisionamento dos reagentes é insuficiente e irregular.

5.5.6 SECTOR PRIVADO

Como resposta para a insatisfação relativa aos cuidados prestados no sector público de saúde e um aumento no rendimento da população, foi aberto um grande número de clínicas e Hospitais privados em Moçambique nos últimos anos, particularmente em Maputo. A Tabela 20 mostra o número de estabelecimentos de saúde privados com fins lucrativos por província (DNAM/MISAU, 2011). A grande maioria deles são farmácias.

TABELA 20. ESTABELECEMENTOS DE SAÚDE PRIVADOS COM FINS LUCRATIVOS POR TIPO E PROVÍNCIA

Províncias	Posto Saúde	Centro Saúde	Consult.	Clínicas	Laborat.	Institutos	Ambulância	Farmácias
Maputo cidade	30	24	48	13	9	5	4	322
Maputo Província	26	21	1	4	1	0	0	0
Gaza	3	7	0	1	0	0	0	0
Sofala	23	2	6	1	2	0	0	0
Tete	0	2	1	0	0	0	0	0
Inhambane	4	1	0	1	0	0	0	0
C. Delgado	1	0	0	1	0	0	0	3
Zambézia	1	3	0	0	0	0	0	0
Manica	3	1	0	2	0	0	0	7
Nampula	5	2	11	0	2	0	0	0
Niassa	0	0	0	0	0	0	0	2
Total	96	63	67	23	14	5	4	334

As clínicas, laboratórios e farmácias privados prestam atendimento geral de saúde. ARVs para o tratamento de HIV estão disponíveis gratuitamente no sector público, mas são oferecidos somente dois regimes. Assim sendo, indivíduos com meios financeiros podem ter acesso aos ARVs através de alternativas de cuidados privados. As farmácias privadas também têm contraceptivos orais, com opção de um custo acessível baixo, bem como uma variedade ampla de preservativos. Os dados disponíveis indicam que o uso de estabelecimentos privados para produtos e serviços de saúde ainda é baixo. Em 2003, 11% das usuárias de métodos modernos de PF obtiveram seus métodos de fontes privadas (INE, MISAU e ORC Macro, 2005). O uso de fontes privadas para cuidados de pneumonia em crianças foi de 2% em 2008; 4% em áreas urbanas e menos de 1% em áreas rurais (INE, UNICEF, 2009).

Existe uma Secção de Medicina Privada no DNAM. Mesmo assim é muito difícil encontrar informações específicas sobre o sector privado de saúde. O MISAU reconhece a necessidade de uma legislação mais clara do sector privado para garantir a qualidade dos cuidados. Na área da regulamentação da medicina privada existem vários constrangimentos/dificuldades: falta de regulamento da lei 24/2009, que aprova a prática da medicina privada (está em processo); falta de clareza entre a Ordem dos Médicos de Moçambique e MISAU na autorização de exercício de medicina privada; e não está legislado o período da validade do alvará das clínicas. O PESS promove a introdução da legislação que irá permitir a supervisão de farmácias privadas e regulamentação dos cuidados privados de saúde, bem como

estabelecimento de critérios para a acreditação de centros de saúde, requisitos mínimos de contratação de pessoal e de supervisão.

Geralmente o mesmo pessoal de saúde trabalha nos dois sectores, e o governo considera isso como uma “fuga de cérebros” do sector público. Como foi mencionado no Capítulo 5.1, até 2005, os Hospitais públicos implementavam o “Atendimento Especial”, o qual permitia ao pessoal clínico fazer prática privada nestes hospitais, cobrando taxas mais elevadas para aqueles utentes com possibilidades.

Quanto ao sector privado não lucrativo, nos últimos anos, o país também registou um aumento nas actividades de ONGs que apoiam a implementação do PESS, especialmente para HIV/SIDA. Estas organizações têm um importante papel no sentido do apoio técnico as actividades do MISAU. Em termos de prestação direta de serviços, estas estão mais envolvidas ao nível comunitário (ver a próxima secção, 5.5.7). Em geral, as ONGs são distribuídas de forma desigual e muitas zonas rurais e desprivilegiadas não estão atendidas.

5.5.7 SAÚDE COMUNITÁRIA

Mencionados várias vezes neste documento, os serviços de saúde comunitários são essenciais para a saúde e o bem estar da população moçambicana. Estes são o primeiro vínculo entre a população e o SNS, ampliando o acesso e a demanda aos serviços e servindo como principal plataforma para as iniciativas de prevenção.

O Capítulo 5.3, Governança, descreve os mecanismos existentes para o envolvimento da comunidade (sociedade civil) na saúde. Outros grupos comunitários especialmente dedicados à saúde incluem: na área do HIV/SIDA, os GAAC para melhorar a adesão ao TARV; e na SMI e PTV, os Grupos de Apoio de Mãe-para-Mãe, onde dissemina-se informação sobre cuidados de SMI, nutrição, importância do tratamento de PTV, etc. Todos estes grupos mencionados funcionam com variados graus de cobertura e qualidade.

Existem diferentes tipos de agentes comunitários de saúde em Moçambique. O programa de APEs está no processo de ser revitalizado. Ainda em 2010, foi efectuada a revisão do perfil e currículo de formação dos APEs, elaborados os materiais de formação e formados os primeiros formadores. Como resultado, em 2010, foram treinados 179 APEs. Para a implementação das actividades foram adquiridos e distribuídos kits de trabalho que incluem bicicletas, coletes, pastas, lanternas, fitas MUAC (*mid upper arm circumference*) e cronómetros. A segunda fase de formação para expansão do programa, em curso em 2011, prevê a formação de 1.050 APEs em mais 34 distritos de todas as províncias exceptuando a Cidade de Maputo. O MISAU conta com o apoio técnico e financeiro de vários parceiros na revitalização do programa de APEs. Diferentes modelos de apoio técnico e financeiro estão sendo implementados pelos parceiros em diferentes províncias.

Quanto as Parteiras Tradicionais, na última década, tendo em conta as dificuldades de supervisão e gestão, o MISAU reorientou o papel destas para que fosse mais direccionado para a promoção de boas práticas em relação à gravidez, parto e cuidados dos recém nascidos, incluindo o reconhecimento de sinais de perigo e a referência de mulheres grávidas para as US, desencorajando-se a intervenção directa das parteiras tradicionais na realização de partos na comunidade. Não obstante, a percentagem de uso de Parteiras Tradicionais para a assistência ao parto mudou muito pouco de 2003 (11%) (INE, MISAU e ORC Macro, 2005) para 2008 (9%) (INE, UNICEF, 2009).

Na área do HIV/SIDA, existem os activistas que asseguram cuidados domiciliários para indivíduos afectados de forma a prevenir infecções oportunistas, assegurar a adesão ao tratamento anti-retroviral, prevenção da transmissão vertical da mãe para filho, entre outras. Diferentes programas e organizações também capacitam e estabelecem outros tipos de agentes comunitários.

No que diz respeito à relação laboral, legitimamente o MISAU não considera os agentes comunitários (por exemplo APEs) como seus funcionários, limitando o seu papel ao apoio à actividade dos mesmos através da formação e da provisão de insumos necessários. Filosoficamente as comunidades devem jogar um papel central na gestão destas actividades o que inclui também a coordenação do processo de selecção e supervisão de APEs, parteiras tradicionais e outros agentes comunitários de saúde. O MISAU através do seu pessoal nas US periféricas deveria prover treino e supervisão destes indivíduos, muita das vezes em colaboração com ONGs actuando na mesma área geográfica.

5.5.8 MEDICINA TRADICIONAL

Em Moçambique cerca de 70% da população recorre a medicina tradicional para tratar doenças orgânicas bem como bem como espirituais. Para além disso a actividade realizada pelos praticantes de medicina tradicional abrange maior cobertura de serviços de saúde primários e estima-se um rácio de 1 praticante/200 habitantes.

A Política de Saúde reconhece e valoriza a medicina tradicional bem como a necessidade de se estabelecer uma relação entre a medicina tradicional e a convencional de modo a complementar-se. Em 1990 no MISAU foi criado o Gabinete de Estudos de Medicina Tradicional responsável pelo estudo, registo e documentação das plantas medicinais existentes no país.

Em 1990 com o apoio do MISAU foi criada a Associação de Praticantes de Medicina Tradicional (AMETRAMO) e em 2004 o Governo aprovou a Política de Medicina Tradicional e a Estratégia para sua implementação, para em 2006, criar o Fórum da Medicina Tradicional e Alternativa (FORUMTA) que associa a AMETRAMO e outras associações de medicina tradicional e alternativa.

Um grande avanço na valorização e colaboração com a medicina tradicional foi registado com a criação do Instituto de Medicina Tradicional (IMT) pelo DM no. 52/2010 como instituição subordinada ao MISAU.

5.5.9 DEMANDA DE SERVIÇOS

A existência de serviços de saúde de qualidade é necessária mas não suficiente para a sua prestação: também é necessário que a população procure os serviços. Dados fiáveis sobre a demanda são difíceis de obter, muitos deles vindos de estudos de Conhecimentos, Atitudes e Práticas, que nem sempre existem. Não obstante, pode-se utilizar certos indicadores de inquéritos como o IDS, o IIM 2008 e o INSIDA para extrapolar o nível de procura por serviços de saúde, apesar de haverem outras dimensões associadas a estes indicadores além da demanda, como questões de acesso. A Tabela 21 resume os valores de alguns destes indicadores de SMI e HIV.

TABELA 21. INDICADORES RELACIONADOS A DEMANDA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Indicador	Valor	Fonte
% crianças com suspeita de pneumonia que procuraram assistência médica (pública ou privada)	65%	IIM 2008
% de crianças com diarreia levadas a US	49%	IDS 2003
% de crianças com sintomas de IRA e/ou febre levadas a US	51%	IDS 2003
Partos institucionais	48%	IDS 2003
	58%	IIM 2008
Percentagem de mulheres que foram oferecidas a possibilidade de fazer o teste de HIV e aceitaram-na durante a consulta pré-natal	49%	INSIDA 2009

A percentagem de crianças com suspeita de pneumonia, sintomas de diarreia e sintomas de IRA e/ou febre levadas a uma US foi de 65%, 49% e 51%, respectivamente. A percentagem de partos institucionais apresentou uma melhoria entre 2003 e 2008. Em geral os valores são baixos, mas para estes indicadores é impossível saber o grau exato de influência da demanda pelos serviços versus obstáculos de acesso às US. Também não se sabe qual percentagem destes casos é tratado ao nível comunitário. Porém, para o indicador sobre a percentagem de mulheres que aceitaram fazer o teste de HIV na consulta pré-natal pode-se supor que as questões de acesso são minimizadas, já que a mulher já está presente na US quando lhe é oferecida a opção do teste. Neste caso, a baixa aceitação do teste pode indicar fraca demanda para serviços, apesar do HIV ter outras questões próprias associadas como o estigma. A falta de dados sobre procura de serviços que desagregam as questões de demanda com as de acesso, estigma e outras torna difícil a análise profunda deste importante componente do uso de serviços.

De qualquer maneira, as actividades de saúde comunitária mencionadas neste relatório formam a fundação para a criação e o sustento da demanda de serviços de saúde e por isso são essenciais.

5.5.10 PRINCIPAIS CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

5.5.10.1 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO PESS

Apesar de que todos os objectivos do PESS 2007-2012 tenham um eventual impacto na prestação de serviços de saúde, os seguintes objectivos são os mais relevantes às áreas transversais da prestação de serviços discutidas neste capítulo:

- Objectivo Geral 8: Fortalecer o acesso e disponibilidade aos serviços específicos de saúde.
- Objectivo Geral 10: Fortalecer a rede de prestação de cuidados de saúde de qualidade.
- Objectivo Geral 11: Melhorar e reforçar a organização do SNS para prestar cuidados de saúde de qualidade.

A maioria das metas e sub-objectivos relacionados a estes objectivos não foram atingidos. Por exemplo, o Guia de Planificação, Organização e Avaliação para os Centros de Saúde não foi aprovado, prevenindo o seu uso para reorganizar os Centros de Saúde; o Programa de modernização do equipamento das US e a lista de equipamento padrão para todos os níveis também não foram aprovados nem desenvolvidos.

5.5.10.2 RECOMENDAÇÕES

Esta secção resume as principais conclusões e recomendações com relação a prestação de serviços de saúde em geral em Moçambique. As questões relacionadas aos outros componentes do sistema de saúde que têm um impacto direto nos serviços de saúde, principalmente Recursos Humanos e Produtos e Tecnologias Médicas, já foram discutidas nos seus respectivos capítulos.

- Um dos principais constrangimentos em Moçambique é a baixa cobertura geográfica das infra-estruturas, em particular dos centros de saúde rurais e urbanos, assim como o pobre estado das US. Apesar da expansão modesta das US nos últimos anos, é necessário acelerar o aumento no número de US que prestam cuidados primários de saúde nas províncias, assim como assegurar as condições mínimas e de manutenção e conservação das US, incluindo água e energia, RH, tratamento do lixo, etc.;
- O MISAU já avançou na elaboração de importantes estratégias, políticas e leis relacionadas aos serviços de saúde. Não obstante, observa-se menos progresso na aprovação e implementação ou actualização destas. Por exemplo: a implementação do Diploma Ministerial de 2002; aprovação do documento sobre as funções e normas de funcionamento das US e Hospitais no país (2008) e do pacote de serviços prestados nos centros de Saúde e nos Hospitais Rurais (2011). É importante avaliar as causas destas demoras e encontrar soluções para evitar pausas ou retrocessos nos avanços

já alcançados;

- A qualidade dos serviços prestados é constantemente citada como um problema. As causas já são conhecidas e são transversais, já que problemas em todas as componentes do sistema (financiamento, governação, produtos médicos, recursos humanos e sistemas de informação) eventualmente têm um impacto na qualidade dos serviços. Não obstante, do ponto de vista de serviços clínicos, é possível abordar este problema reforçando os programas de melhoria de qualidade;
- O sistema de referência apresenta sérios desafios. É importante identificar os seus pontos fortes e fracos e considerar a testagem de modelos alternativos para diferentes contextos (urbano/rural);
- Na área de laboratórios, os maiores constrangimentos são relacionados a frequente rotura de stock de reagentes e consumíveis (discutido no Capítulo 5.4) e a falta de pessoal capacitado (discutido no Capítulo 5.2). A existência de laboratórios funcionando em infra-estruturas impróprias e degradadas sem energia eléctrica e água corrente também apresenta um problema sério. Além de melhorias na infra-estrutura, recomenda-se finalizar e aprovar o plano estratégico para o desenvolver a rede laboratorial e a Política Nacional da rede laboratorial, assim como continuar e expandir as iniciativas descritas na secção 5.5.5 que demonstrem sucesso;
- A informação sobre o sector privado de saúde e o seu papel na prestação de serviços ainda é escassa. Dada a recente expansão deste sector em Moçambique seria prudente analisar este sector mais profundamente para identificar fraquezas, fortalezas e o seu potencial;
- Outra área que necessita ser mais estudada é a questão da demanda de serviços. Para aumentar a procura e uso dos serviços de saúde através de intervenções bem desenhadas é preciso entender a extensão e as características desta questão, à parte de outras questões relacionadas como barreiras de acesso. A promoção da saúde também é uma área que deve envolver vários sectores além do sector de saúde, inclusive parcerias público-privadas, o que muitas vezes apresenta desafios;
- Com relação a saúde comunitária, observam-se três questões principais. A primeira é a dependência quase total no apoio de parceiros para a sua implementação (por exemplo, o programa de APEs). Esta dependência resulta não só na implementação fragmentada das actividades, como representa uma ameaça em termos de sustentabilidade dos programas. É essencial que o MISAU examine o mais cedo possível alternativas de financiamento para estas importantes iniciativas;
- A segunda questão, que é fortemente relacionada a primeira, é a ligação das iniciativas comunitárias com programas verticais, por exemplo, tuberculose e lepra, HIV/SIDA, AIDI. Um estudo recente sobre o custo dos serviços domiciliários de HIV/SIDA para órfãos e crianças vulneráveis em Moçambique revelou que os programas implementados de maneira integrada são mais eficientes do que os verticais (Baruwa, 2012). O MISAU e seus parceiros devem esforçar-se o quanto possível para integrar e consolidar as iniciativas existentes (inclusive fora do sector de saúde), para maximizar os escassos recursos disponíveis;
- Finalmente, a relativamente nova estratégia do MISAU de revitalização de vários programas de saúde comunitária apresenta uma oportunidade para uma avaliação rigorosa do impacto destes programas. Esta seria uma área ideal para o investimento dos parceiros. É essencial determinar o impacto real destes programas para poder-se então tomar decisões informadas sobre o desenho, escala e financiamento de futuros programas, evitando ineficiências e/ou gastos com actividades que não produzem resultados.

5.6 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE, MONITORIA E AVALIAÇÃO

O presente capítulo visa providenciar um diagnóstico do SIS e M&A, incluindo as questões de fontes de dados, recursos humanos, qualidade, tecnologia e uso da informação. Além disso, o capítulo analisa os progressos alcançados nas áreas do SIS e M&A respeito aos objectivos preconizados no PESS.

5.6.1 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

A DPC do MISAU tem a atribuição da anotação, o apuramento de dados estatísticos, a definição de conceitos e a coordenação das estatísticas do sector de saúde, assim como a manutenção, funcionamento e desenvolvimento de um sistema de informação. Dentro da DPC, o Departamento de Informação para a Saúde (DIS) é o órgão responsável por desenvolver estas funções e portanto, de gerir o SIS. O DIS também coordena com as novas sub unidades de M&A em cada uma das quatro Direcções do MISAU com a função de liderança e é responsável pela capacitação aos níveis provinciais e distritais. O Instituto Nacional de Estatística (INE), é a estrutura responsável pela estatística a nível nacional e produz dados através de inquéritos nas áreas de agricultura, educação e saúde. O INE colabora directamente com o DPC no MISAU.

O INS se enfoca principalmente nas áreas de laboratório e vigilância, mas também se envolve em inquéritos e vigilância de rotina (ex. vigilância sentinela antenatal, Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV/ SIDA em Moçambique -INSIDA 2009).

Algumas instituições académicas proporcionam apoio técnico ao MISAU em estudos de saúde, como a Universidade Eduardo Mondlane (UEM) em Maputo e a Faculdade de Medicina. A organização M-OASIS, cuja sede é localizada na UEM, é um exemplo de desenvolvimento bem-sucedido de capacidade em informação de saúde dentro do contexto universitário e vem proporcionando apoio técnico significativo ao MISAU. Finalmente, existem algumas firmas de consultoria privadas com capacidade de recolher e analisar dados no contexto da saúde.

EM 2011 criou-se o Departamento de M&A na DPC (DMA). Este novo departamento funciona em estreita colaboração com o DIS e no futuro deveria trabalhar com outras partes do MISAU envolvidos na M&A (INS, etc.). O DMA trabalha também em estreita colaboração com as Unidades de M&A das Direcções Nacionais e com o departamento de planificação, alimentando com informação o processo de planificação. Tem como visão garantir uma análise crítica do desempenho programático das diferentes áreas do sector e da situação de saúde da população. O Termo de Referência do Departamento de M&A, em fase de aprovação, define as actividades para fortalecer a capacidade de M&A no que se refere aos recursos humanos qualificados e meios de trabalho, a monitoria das decisões ministeriais, a análise situacional do sector e a elaboração dos balanços das actividades do sector. É atribuição deste novo Departamento orientar as actividades de M&A em todas as áreas. Também tem como atribuição a elaboração dos balanços trimestrais do PES, a elaboração do balanço anual da implementação do PQG e a elaboração do Relatório do Sector (DPC/MISAU, 2011). Entretanto, verifica-se, que para algumas actividades, como a definição das listas de indicadores, ainda não foram concluídas devido a indefinição dos limites de atribuições entre o DIS e o DMA.

A função de M&A está sendo realizada nas províncias por profissionais integrantes de Secções de M&A, que estão sendo capacitadas. Em cada Direcção Nacional há actividades de M&A, algumas mais estruturadas ou organizadas do que outras (DIS/MISAU, 2010, 2011). Estas sub unidades de M&A das Direcções Nacionais jogam um papel fundamental na monitoria do PES e PQG, dos planos de monitoria programáticos, nos processos de planificação e na ligação com o DMA.

5.6.2 FONTES DE INFORMAÇÃO DO SIS E DA M&A

O termo SIS pode referir-se a realidades diferentes ou mesmo ter significados diferentes. Para esta revisão, será utilizado o conceito de SIS/Sector de Saúde, que além dos sistemas do MISAU inclui os subsistemas geridos pelo INE (censos, análises demográficas, pesquisas sobre mortalidade etc.), informação sobre registos vitais procedentes dos registos civis tutelados pelo Ministério da Justiça, e informação de todas as entidades vinculadas ao sector de saúde. Dentro dos SIS de rotina existem três principais fontes de informação: o SIS Integrado de M&A (Módulo Básico), o SIS Não Integrados (Programas Verticais do MISAU) e o Sistema de Informação da Qualidade dos Serviços (CLINIQUAL). Além destes, o MISAU conta com várias outras fontes de informação para M&A descritas abaixo. As principais fontes de informação administrativas incluem sistemas financeiros nomeadamente o e-SISTAFE e as contas nacionais de saúde, os Sistemas de Informação dos Recursos Humanos, o Inventário de Unidades Sanitárias/Infra-estrutura, o SIMAM e o Sistema de Informação Laboratorial (SIL).

5.6.2.1 O SIS INTEGRADO DE M&A (MÓDULO BÁSICO)

O Módulo Básico é o sistema de informação nuclear do MISAU e do Serviço Nacional de Saúde e é regido pelo Plano Estratégico do SIS (2009-2014). As atividades do SIS são apoiadas por 2 documentos gerais, além dos manuais de funcionamento de cada sub-sistema⁹:

- Manual de procedimentos para o Sistema de Informação para a Saúde para o nível provincial, que data do ano 1991, que disponibiliza conceitos e boas práticas na área;
- Curso integrado de planificação, monitoria e avaliação e sistemas de informação em saúde, de 2009. Este material do curso é utilizado para a realização de réplicas nas províncias;

O manual de procedimentos para o SIS para o nível provincial se mostra desactualizado, carecendo de uma revisão e actualização de modo a integrar novas matérias que ajudem na melhoria do desempenho dos utilizadores. Igualmente, não está disponível em todos os locais do SNS. O Manual do curso integrado de planificação, monitoria e avaliação e sistemas de informação em saúde, que se mostra actualizado e disponível em todos os locais onde exista pessoal formado, é um instrumento de grande valia, na medida em que contém matérias actualizadas e exemplos práticos vividos no dia a dia por qualquer utilizador do SIS. Não obstante, este documento não dispõe de uma estrutura adequada a um manual, apesar de trazer conceitos importantes (DPC/MISAU, 2009). Existe uma perspectiva de sua revisão nos próximos anos, com o objetivo de agregá-lo mais valor, acrescentando questões mais práticas tendo em conta os novos problemas do SIS do dia a dia.

Um dos instrumentos chaves do SIS é o aplicativo electrónico de agregação e reportagem dos dados de rotina, designado por Módulo Básico. O Módulo Básico é um simples instrumento de automatização e agregação dos dados das fichas em papel e funciona com apoio do pessoal formado do MISAU a nível distrital, provincial e central. A maior parte das ferramentas de recolha de informação a nível do paciente é ainda em papel. Os dados correspondentes aos indicadores são agregados e reportados numa ficha (o Resumo Mensal). O SIS funciona de forma escalonada, as fichas são enviadas das US aos Distritos, através do fluxo nacional de informação de saúde. Normalmente, as fichas com dados agregados das US (os Resumos Mensais) são transferidas para os SDSMAS, onde são introduzidas no Módulo Básico. De seguida, as fichas em papel e uma cópia electrónica dos dados introduzidos são transferidos para a DPS. Em muitos casos, onde os dados não podem ser lançados por via electrónica a nível distrital, a introdução é efectuada no escritório provincial. Os dados relativos a toda a província são transmitidos ao DIS do MISAU a nível central e armazenados numa única base de dados. Uma avaliação recente do Módulo Básico (I-TECH, 2009) constatou uma adopção ampla do sistema na maior parte do País (cerca de 122 distritos e todas as 11 províncias). A frequência da recolha de informação é mensal. O DIS é responsável pelo SIS, com apoio técnico da organização M-OASIS.

⁹ Por exemplo: Manual do Sistema de Informações de Registo de Óbitos Hospitalares.

5.6.2.2 SIS NÃO INTEGRADOS

O SIS Não Integrados são sistemas de relatórios paralelos cuja notificação é feita mensalmente pelos responsáveis dos programas do nível distrital para o provincial e não através do fluxo normal do SIS. Os principais programas que continuam com sistemas paralelos incluem HIV/SIDA, TB, Promoção de Saúde e Envolvimento Comunitário, Saúde Ambiental, Laboratório Nacional de Higiene Alimentos e Água, Doenças Negligenciadas, Saúde Mental, Nutrição, Saúde Escolar e do Adolescente, Malária, Lepra, Outras Doenças Transmissíveis, e Doenças Não Transmissíveis.

5.6.2.3 CLINIQUAL

O Programa CLINIQUAL é um sistema de recolha de dados usando uma metodologia de selecção de uma amostra das US para identificação de áreas prioritárias para a implementação de intervenções de melhoria de qualidade, a todos os níveis de prestação dos cuidados clínicos aos pacientes. O CLINIQUAL tem enfoque na área de cuidados clínicos de HIV para adultos, nos serviços de pediatria e saúde materno e infantil, e existem planos de expansão para incluir outros sectores de saúde fora do âmbito de HIV. A frequência da recolha de informação é anual. A DNAM é o órgão responsável pelo programa CLINIQUAL.

5.6.2.4 BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL (BES)

O sistema de vigilância BES é um sistema para recolher, agregar e reportar dados sobre os casos de doenças de notificação obrigatória. Os dados são reportados desde a US, num sistema baseado em papel, e depois inserido no Módulo Básico. Para complementar o BES, foi iniciada a implementação de um sistema integrado de vigilância e resposta das doenças (em inglês, *Integrated Disease Surveillance and Response*, IDSR). O objectivo deste sistema é melhorar a monitoria e supervisão das doenças. Estão sendo desenvolvidos instrumentos e treinados os funcionários do MISAU na utilização do mesmo. A frequência da recolha de informação é semanal e o Programa de Epidemiologia na DNSP é responsável pelo desempenho do sistema.

5.6.2.5 SISTEMAS DE VIGILÂNCIA SENTINELA DOS PROGRAMAS ESPECÍFICOS

Os Sistemas de Vigilância sentinela dos programas específicos (incluindo HIV e nutrição), são sistemas de vigilância específicos baseados em postos sentinelas para recolha da informação. Estes sistemas são fontes de informação chave para seguir as tendências dos diferentes indicadores, por exemplo a prevalência do HIV, ou no caso de nutrição, as tendências em desnutrição incluindo baixo/sobre peso das crianças. A frequência da recolha de informação é variável (bi anual para o HIV; semanal para nutrição). O INS em colaboração com o Programa Nacional do Controle de ITS/HIV/SIDA (PNCS) e o Programa de Nutrição são responsáveis por este sistema.

5.6.2.6 SISTEMAS DE VIGILÂNCIA DEMOGRÁFICA (SVD)

Os Sistemas de Vigilância Demográfica (SVD) permitem a recolha de dados fiáveis sobre as tendências demográficas e de saúde, através de registo de eventos demográficos (gravidez, nascimentos, migrações, e óbitos). Estes sistemas permitem avaliar o impacto na saúde pública de intervenções de saúde. Os SVD estão a ser implementados em apenas 3 distritos do País, portanto, as constatações e tendências podem não ser representativas da população nacional e este actualmente não é uma fonte de informação dos principais indicadores do Plano da M&A. Está em desenvolvimento um sistema de registo dos eventos vitais, incluindo nascimentos, casamentos e óbitos. Assim que esteja concluído, o mesmo terá o potencial para fornecer informação chave para as estimativas de população. Actualmente, tem maior implementação nas áreas urbanas (devido ao acesso dos serviços do registo).

5.6.2.7 SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE MORTALIDADE

O Sistema de vigilância de mortalidade designado por Registo dos Óbitos Hospitalares (SIS-ROH) é o principal sistema de informação de rotina que recolhe dados individualizados dos óbitos que são registados nas US. O SIS-ROH permite a análise da informação (incluindo tendências) sobre as principais causas de mortes hospitalares, desagregadas por sexo e faixa etária. Este sistema contribuiu para a melhoria na qualidade dos dados sobre mortalidade hospitalar e está sendo expandido. A frequência de recolha de dados é mensal e o sistema é administrado pelo DIS, com apoio técnico da M-OASIS.

5.6.2.8 INQUÉRITOS POPULACIONAIS

Finalmente, é importante assinalar os inquéritos e pesquisas nacionais principais como o IDS, os IIM, o INCAM e as Pesquisas Operacionais e o INSIDA. A frequência destes inquéritos é cada vez maior, aumentando a disponibilidade de dados.

O Censo Populacional providencia dados para as estimativas da população e de grupos específicos, por exemplo crianças, mulheres grávidas, etc. O censo é realizado cada 10 anos pelo INE.

5.6.3 RECURSOS HUMANOS

5.6.3.1 VOLUME E CAPACIDADE

As áreas de SIS e M&A sofrem com a mesma falta de pessoal qualificado que o sector de saúde em geral. Com vista a minimizar este problema, o sector elaborou o PNDRHS. Não obstante, o plano não é claro nem específico na priorização de acções de fortalecimento dos RH da área de SIS e M&A, o que acresce os desafios desta componente nos próximos anos em relação a formação contínua e inicial.

Nos últimos 10 anos observa-se uma redução do contingente de funcionários envolvidos com o SIS no DIS. No início da década de 2000 o DIS era composto pelas áreas do SIS, informática e centro de referência. Trabalhavam no departamento em torno de 14 profissionais, sendo 4 na área de informática, 1 no centro de referência e os demais no SIS. Destes últimos, 2 profissionais experientes, 2 iniciantes e 5 assessores. Nos meados da década, com o processo de separação do SIS das áreas de informática e do centro de referência, o contingente de profissionais passou a 9, sendo 4 profissionais experientes no SIS, 3 com pouca experiência e 2 assessores. No ano de 2011, o DIS dispõe de 7 funcionários sendo 3 com experiência, 2 iniciantes (estatísticos), 1 estagiário e 1 assessor. O DMA dispõe de 5 funcionários, todos com experiência básica na área de M&A.

Apesar da insuficiência de pessoal qualificado, cada Direcção Nacional do MISAU identificou pelo menos um responsável de M&A designado de ponto focal de M&A. Um levantamento realizado em 2010 identificou pelo menos 2 funcionários envolvidos com a M&A em cada Direcção Nacional (DPC/MISAU, 2010) naquele ano. Embora maior parte destes tenham interesse em desenvolver habilidades técnicas em M&A, não apresentam actualmente nenhuma formação específica para a função que exercem, o que dificulta a realização de suas actividades com a qualidade que seria de desejar. Por outro lado, verifica-se que os pontos focais da M&A ao nível central, para além da falta de formação específica, apresentam níveis de formação diferentes desde o médio até ao superior. Os termos de referência dos pontos focais de M&A ainda não estão harmonizados, o que contribui para a fraca coordenação das actividades entre as diferentes áreas bem assim, a definição de prioridades para os cursos de curta duração.

Alguns programas do MISAU contam com assessores técnicos de M&A. De acordo com o Plano Nacional de Monitoria e Avaliação (PNMA), esta prática necessita ser revista e ajustada, já que muitas vezes os termos de referência da assistência, incluindo mecanismos de transferência de conhecimento, não estão claros. Também falta pessoal habilitado para receber este conhecimento. O PNMA também descreve um aumento no pessoal de M&A ao nível sub-nacional, porém com os mesmos problemas de capacidade e também de mobilidade citados acima.

5.6.3.2 FORMAÇÃO

Para minimizar o défice de pessoal capacitado na área, em 2009, o MISAU (DPC) em colaboração com a UEM desenvolveu o currículo de um curso integrado de planificação, M&A e SIS, para institucionalizar a formação rotineira nestas áreas. O grupo alvo do currículo são os profissionais de saúde envolvidos nas actividades de planificação, gestão de informação, recolha, análise, uso de informação nas US e monitoria da implementação dos planos de saúde a níveis Provincial e Distrital, incluindo os responsáveis pelos núcleos de estatística e planificação provincial e distrital e Gestores de Programas. Actualmente o pacote está sendo implementado a nível provincial e distrital, sendo que constitui uma prioridade do sector a capacitação de todas equipas distritais e das US.

O PNMA descreve a estratégia do sector de formar centralmente técnicos de estatística de nível médio para representar a figura chave ao nível distrital na gestão do SIS e M&A, ainda que o ritmo das formações ainda seja lento. A introdução de modelos de formação modulares, discutido no Capítulo 5.2, poderá contribuir para a aceleração das formações.

Outras fontes de recursos humanos qualificados recentes incluem os cursos superiores em saúde pública leccionados pelo ISCISA e o Mestrado em Saúde Pública com enfoque na área de SIS e M&A da UEM.

O Plano Estratégico do SIS 2009-2013 recomenda o aproveitamento de profissionais recém-formados, oriundos dos diversos cursos de especialização de interesse para a saúde para apoiar na realização das tarefas do SIS. Seguindo estas recomendações, em 2010, os profissionais formados no 1º curso de estatística sanitária, iniciado em 2007 pelo ISCISA com apoio do MISAU, foram distribuídos pelos departamentos provinciais de planificação e alguns Hospitais Provinciais e Centrais, sendo pelo menos 2 em cada província e 1 incorporado ao DIS e outro ao DMA. No final de 2011 serão graduados 24 profissionais, que novamente serão distribuídos pelas províncias, DIS e DMA. A inserção dos profissionais oriundos dos cursos nas áreas mais carentes encontrou como limitação o facto de não dispor de recursos/casas. Os cursos de estatística sanitária iniciados em 2007 e em 2009 foram custeados pelo MISAU. Entretanto, para o curso iniciado em 2010 as despesas têm sido custeadas pelo ICS.

Outras iniciativas como o mestrado em epidemiologia de campo e laboratorial que resulta de um acordo entre o MISAU e a UEM, com financiamento do CDC, constitui também uma oportunidade para a formação de pessoal qualificado que no futuro irá reduzir o défice de recursos humanos.

5.6.4 TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TIC)

O Plano Estratégico do SIS 2009-2014 classificou como deficiente a infra-estrutura e tecnologias de informação existente na época, demonstrada pela insuficiência de equipamentos informáticos, pela desactualização dos antivírus e pela fraca manutenção dos equipamentos. O documento apresenta como uma das suas estratégias “Dispor de infra-estrutura e de tecnologias de informação e comunicação (TIC) adequada a todos os níveis”.

Actualmente há disponibilidade de equipamentos informáticos a todos os níveis, contribuindo para o bom funcionamento do SIS. O MISAU dispõe de 6 servidores para gestão geral: 1 para internet, 1 para e-mail e 1 para ligação da rede interna, 1 para intranet, 1 para cópia de segurança e 1 webserver (localizado no Instituto de Tecnologia de Informação e Comunicação, responsável pela rede govnet). Existem também equipamentos servidores disponibilizados exclusivamente para as seguintes áreas: DNSP, Centro de Documentação (INS), DIS e DAF. A Direcção de Recursos Humanos irá receber ainda em 2011 um equipamento para disponibilizar informações do Observatório de Recursos Humanos.

Em 2010, existiam em torno de 350 desktops no edifício do MISAU. Não se tem informação sobre o número de laptops disponíveis no MISAU ou nos demais níveis. As cópias de segurança dos servidores não são realizadas com regularidade. No webserver a cópia de segurança é realizada trimestralmente, mas não se conhece a regularidade das cópias realizadas nos demais equipamentos servidores ou desktops. Entretanto, nas supervisões se verifica que não existe regularidade de realização de cópias de segurança nas províncias e distritos.

Todas as DPS, as SDSMAS e os Hospitais de nível terciário e quartenário dispõem de um computador pessoal. Em torno de 30% dos equipamentos distribuídos pela DPC foram alocados a distritos que dispõem apenas de gerador (DIS/MISAU, 2011).

As infra-estruturas básicas das tecnologias da informação e comunicação (acesso Internet e e-mail) que estão instaladas nos níveis provinciais e distritais não estão suficientemente expandidas e nem são satisfatórias. Apenas algumas DPSs dispõem de ligações estáveis de banda larga e não há conexão a internet em todos os SDSMAS. Ainda existem diversas regiões com fortes problemas de acesso a internet, e algumas mesmo com limitações de energia eléctrica (DIS/MISAU, 2011).

Com o objectivo de ampliar o acesso a internet, no ano de 2011 o DIS elaborou um estudo sobre as alternativas de recursos de comunicação a todos níveis tendo sido identificada a operadora Mcel em função do preço dos pacotes oferecidos e nível de cobertura para a disponibilização dos serviços de internet. Foi definida a estratégia de melhoria de comunicação no âmbito do SIS e divulgada a todos níveis para a sua operacionalização. No mesmo ano, foi assinado um contrato entre o Projecto de Governo Electrónico e de Infraestruturas de Comunicação do Ministério da Ciência e Tecnologia e a empresa Telecomunicações de Moçambique para a disponibilização de serviços de Internet em 39 Hospitais Nacionais.

A nível central, a Repartição de Informática fornece o suporte técnico necessário ao funcionamento do SIS. Entretanto, observa-se um fraco suporte de informática nos níveis provinciais e distritais, prejudicando o desenvolvimento dos trabalhos do SIS (DIS/MISAU, 2010, 2011).

O problema da ampla disseminação do vírus de computador continua. Segundo os relatórios de supervisão, uma grande quantidade de computadores estão frequentemente contaminados, no nível central ou nos demais níveis, se tornando inoperantes ou mesmo danificando seriamente os equipamentos. Nenhuma solução implementada até o momento, apesar das recomendações em diversos documentos, surtiu o efeito desejado. A limitação dos recursos de comunicação e humanos para suportar as actividades do SIS tem dificultado a actualização das versões dos antivírus, provocando perdas de informações e/ou atrasos no envio dos dados. Entretanto, estes factores não são os únicos para a proliferação de vírus de computador. Observa-se que as rotinas necessárias ao bom funcionamento do SIS não foram devidamente incorporadas e não estão sendo implementadas a contento, mesmo nos locais onde existem recursos humanos para realizar suporte ao SIS. Destaca-se a falta de segurança dos dados e a insuficiência das rotinas de cópia de segurança. Talvez isto indique a necessidade de reforçar os itens de segurança dos dados nos eventos de capacitação.

Outro aspecto não menos importante é a fraca capacidade de manutenção do equipamento informático disponível bem como a capacidade de manutenção dos contratos com as empresas fornecedoras destes serviços devido aos elevados custos financeiros.

Desde 2000, novos subsistemas foram desenvolvidos, ampliando a abrangência do SIS, como o SIS-ROH. Outros estão em processo de desenvolvimento, como o Sistema de Informações Hospitalares (SISH) e Sistema Integrado de Informações Hospitalares (SIIH). Evoluiu-se para buscar um padrão de nomenclatura, como a utilização da Classificação Internacional de Doenças 10 (CID 10). É necessário garantir que os softwares considerem em suas especificações as prioridades do governo, para que não haja desperdício de recursos.

Algumas acções realizadas neste período merecem destaque:

- Desde ano de 2010 o site do MISAU vem sendo reformulado, buscando actualizar os documentos disponibilizados, padronizar as diversas áreas do site, comunicar a tempo os eventos realizados na área de saúde e rever a estrutura. Em 2011 identificou-se pontos focais nas Direcções Nacionais e Provinciais com o objectivo de fornecer informações relevantes para o site de suas respectivas áreas. Actualmente o gestor de conteúdos no nível central recebe as contribuições e as disponibiliza no site. Está em andamento um projecto para descentralizar a actualização para os pontos focais. Apesar do grande melhoramento dos últimos 2 anos, ainda estão disponíveis no site alguns documentos desactualizados e existem poucos dados sobre a situação de saúde da população, ou sobre os atendimentos prestados o que não incentiva os utentes do SIS a visitá-lo;
- A revisão da arquitectura do SIS, iniciada em 2010, devido a sua complexidade, o projecto, que tinha como objectivo disponibilizar uma primeira versão da arquitectura em junho de 2011, mas está atrasado (DPC/MISAU, 2009);
- Em 2009 foi elaborado um convénio com a UEM para apoiar tecnicamente as actividades do SIS relacionadas a informática, através da M-OASIS. Estas consistem em desenvolver sistemas informáticos e apoiar tecnicamente na especificação de temas relacionados a informática.

5.6.5 QUALIDADE

A qualidade dos dados produzidos pelo SNS tem sido abordada em diversas avaliações, resultando em recomendações para sua melhoria. A avaliação da eficácia das acções realizadas com o objectivo de controlar a qualidade das informações pode identificar aquelas que precisam ser revistas, recomendando o realinhamento de algumas, evitando assim desperdícios.

Especificando o olhar sobre a qualidade das informações, o PNMA (em elaboração) propõe que sejam observadas 7 dimensões de qualidade: completude, fiabilidade, consistência, exactidão, validez, integridade e pontualidade. Ao considerar a questão da qualidade dos dados produzidos pelo sistema, deve-se considerar: a) os mecanismos para medir a qualidade em termos de parâmetros pré-definidos e; b) os recursos necessários para sua implementação.

No contexto dos esforços para a melhoria da qualidade dos dados e acompanhando as mudanças ocorridas, o MISAU vem realizando acções para garantir a melhoria da qualidade de seus dados e de suas informações, das quais se destacam:

- I. Em relação à padronização,
 - O desenvolvimento de um aplicativo (Módulo Básico) que padroniza a interface para as diferentes fichas, facilitando a operação do usuário, e disponibilizando um banco de dados que agrega informações epidemiológicas, de assistência e de morbidade nos níveis primários e secundários, presente em quase 85% dos serviços distritais do País (DMA/MISAU);
 - A implementação de um único Certificado de Óbito no País;
 - A implantação da CID 10, que permite comparações intra e internacionais sobre as causas de internamento e de óbito, reforçada com a capacitação de profissionais de saúde;
 - A identificação, conceituação e definição da fórmula de cálculo dos indicadores necessários à gestão nos diversos níveis;
 - A criação de um banco de dados único com as US do SNS, padronizando a codificação, nomenclatura e características das US, bases para a comunicação entre os diversos subsistemas;

- A elaboração, no ano de 2010, de um guião integrado de supervisão do SIS, Planificação e M&A, a ser utilizado por todos os níveis. Este instrumento foi elaborado com a participação de todas as áreas envolvidas e disponibiliza parâmetros acordados para a avaliação dos dados.
2. O início da discussão de uma nova arquitectura integrada e abrangente do SIS;
 3. A elaboração de um dicionário de dados contendo os elementos de dados recolhidos pelo SNS;
 4. A ampliação da abrangência do SIS, incorporando informações de mortalidade e de assistência nos níveis terciário e quaternário;
 5. A ampla formação na área do SIS, M&A e Planificação;
 6. A elaboração do PNMA que descreve os aspectos chaves do sistema de M&A actual e define as actividades estratégicas para fortalecer o sistema de M&A ao longo de implementação do plano.

Para identificar os mecanismos de controlo da qualidade de dados seria útil avaliar que medidas concretas são adoptadas em cada um dos subsistemas que compõem o SIS, para cada um dos sete parâmetros de qualidade acima mencionados. Actualmente não está disponível um mecanismo que permita saber rapidamente e em detalhe qual é a situação particular de cada subsistema ou qual poderia ser a situação conjunta, tendo como base os sete parâmetros da qualidade. No entanto, regularmente o MISAU realiza três actividades para verificar a qualidade dos dados, nomeadamente as Supervisões, a Avaliação Conjunta Anual e a Retroinformação.

A supervisão é uma actividade que nos últimos 5 anos vinha sendo realizada de forma pouco estruturada e os relatórios não permitem verificar a abrangência das avaliações. Desde o ano de 2010, estas passaram a verificar: a) concordância e fiabilidade dos dados, através da observação de um mesmo dado desde o instrumento de recolha até o nível central; e b) completude e pontualidade através da observação se todas as fichas foram enviadas de forma atempada.

Além das dimensões de qualidade acima mencionadas, a supervisão avalia outros factores determinantes da qualidade, como: a) a disponibilidade e facilidade de acesso dos documentos orientadores e aos instrumentos de recolha dos dados; b) o uso da informação, através da comparação dos valores dos dados constantes nos documentos e nas bases de dados; c) a segurança dos dados e actualidade das versões dos aplicativos utilizados; d) a capacidade dos recursos humanos em realizar suas actividades; e) a regularidade na análise e correcção da qualidade dos dados; f) a disponibilidade de recursos financeiros para o SIS; e g) as infra-estruturas e condições do ambiente de trabalho.

A análise das acções para melhoria da qualidade mostra que a mesma tem estado a melhorar. A título de exemplo, a supervisão realizada em 7 Províncias em 2010 encontrou forte concordância dos dados estatísticos (42%) em 3 províncias (Gaza, Zambézia, Inhambane). No ano seguinte, das 4 supervisões realizadas até Novembro, 2 províncias (Maputo Província e Niassa) apresentaram forte concordância (50%).

As supervisões podem ser um excelente instrumento para avaliar a qualidade e para introduzir medidas que visem melhorar a capacidade e a motivação dos funcionários em relação a qualidade do que é produzido, porém ainda não se fez nenhuma avaliação da eficácia do instrumento ou do impacto das mesmas. As supervisões são actividades que requerem recursos financeiros e demandam tempo para sua realização.

A ACA realizada desde 2005, em conjunto com os parceiros de cooperação, utiliza uma adaptação para Moçambique da ferramenta de verificação de dados desenvolvida pelo Fundo Global (Global Fund, 2008) e desde o ano de 2008 possui 2 componentes: a) a avaliação dos sistemas de comunicação e gestão de dados aos diferentes níveis; b) a verificação de dados em US e nos níveis intermediários onde os dados

são agregados. Tem como propósito examinar o grau de concordância/consistência de uma amostra de dados ligados ao QAD do sector de saúde, desde os livros de registo até à direcção provincial.

Os resultados da ACA X (que pretendeu avaliar os indicadores: Número dos casos novos BK+ notificados, Número de mulheres grávidas que recebem pelo menos duas doses de Tratamento Intermitente Preventivo (TIP) dentre as utentes das consultas pré-natais e Número das primeiras consultas pós parto) mostraram que “a qualidade de dados é boa para o indicador da tuberculose e do TIP nas consultas pré-natais e baixa para o número das consultas pós-parto”. Como resultado, sugere “garantir a consistência e a qualidade de dados existentes no Programa de SMI através da distribuição e implementação de novos instrumentos de recolha de dados e pela integração das actividades de verificação dos dados durante a supervisão...”. Apesar da melhoria na qualidade dos dados observada através das supervisões referidas acima, a ACA X conclui que “a fraca qualidade dos dados, evidenciada a múltiplos níveis, é o aspecto mais notório da avaliação, potencialmente comprometedora da sua qualidade”. Disso resulta a importância do SIS dispor de mecanismos eficazes (e eficientes) para monitorar e avaliar a qualidade dos dados produzidos.

O relatório da retroinformação elaborado semestralmente, desde 2007, tem como objectivo observar a completude e pontualidade do envio das informações. O aplicativo de recolha de dados do SIS produz um relatório que informa, por distrito, que fichas deixaram de ser enviadas no período. Este relatório é encaminhado semestralmente às províncias. De acordo com o relatório, a percentagem de fichas submetidas vem aumentando consistentemente desde 2007: 68% (2007), 76% (2008), 92% (2009) e 98% (2010).

5.6.6 USO DA INFORMAÇÃO

Outro aspecto não menos importante é que o uso da informação é um factor determinante da qualidade das informações. A informação fiável sobre o uso de informação nos diferentes níveis do SNS é escassa. Em geral, observa-se que o uso de informação para a planificação, elaboração de políticas e decisões programáticas ainda é limitado. O MISAU também não dispõe de mecanismos rotineiros para saber o grau, a natureza e a extensão da utilidade dos dados que está a produzir.

Nas componentes de planificação das supervisões integradas que a DPC vem realizando em todas as províncias desde 2010, fazem-se numerosas perguntas relacionadas com a utilização da informação. Mas resulta difícil saber até que ponto o que se está a medir é a utilização formal da informação e não a sua utilização crítica, que é a dimensão mais relevante. Também não há evidência de que os dados enviados pelas US aos níveis distritais, provinciais e centrais sejam compartilhados de volta com os níveis mais baixos depois de serem analisados nos níveis centrais.

No ano de 2006 foi realizado um levantamento junto aos programas dos principais indicadores com vista a elaborar uma Lista Nacional de Indicadores de Monitoria (LNIM). Nesta lista, os indicadores estavam agrupados em: (i) Eficiência Hospitalar, (ii) Estado de Saúde, (iii) Envolvimento Comunitário, (iv) Desempenho dos Programas, (v) Recursos e (vi) Qualidade dos Serviços. Estudos posteriores resultaram em 2 agrupamentos, conforme a natureza e finalidade: a) indicadores que medem o estado de saúde da população e b) indicadores de desempenho.

A lista de indicadores de estado da saúde da população foi aprovada no ano de 2009, estando disponível no site do MISAU. É composta por 71 indicadores distribuídos em Mortalidade Infantil, Nutrição, Mortalidade Materna e Doenças Endémicas e Epidémicas. No ano de 2010 esta lista foi encaminhada para todas as Direcções Nacionais e para todas as províncias. Não existe documentação do critério utilizado para a inclusão de cada indicador nesta lista.

A elaboração da lista de indicadores de desempenho teve início no ano de 2009, agrupando os indicadores em: (i) envolvimento comunitário, (ii) disponibilidade de recursos de infra-estrutura, (iii) disponibilidade de recursos humanos, (iv) disponibilidade de recursos financeiros, (v) cobertura, (vi)

eficiência dos serviços, (vii) eficiência dos programas, (viii) rendimentos hospitalar, (ix) eficiência hospitalar e (x) qualidade. Dispunha de 188 indicadores, que tinham como fonte inquéritos, sistemas administrativos, sistemas de gestão, etc. Novamente, os critérios para inclusão de indicadores não estão documentados, e encontram-se na lista indicadores de difícil obtenção, como: a) “Nº de Hospitais com comités de gestão, incluindo representantes das comunidades”; b) “% de Comités de Saúde (Aldeia) com meio de transporte (bicicleta ou outros) para evacuação de doentes”; c) “Nº de crianças em idade escolar tanto nas escolas e na comunidade desparasitadas”. Esta lista não foi finalizada, e parte de seus indicadores foi incorporada ao novo levantamento realizado no âmbito da elaboração do PNMA do MISAU.

Esta nova lista identificou mais de 300 indicadores usados pelos diferentes programas e Direcções Nacionais, para a sua gestão e M&A. Parte dos indicadores da lista de estado da saúde da população também foram incorporados a esta lista. Estes indicadores mapeados permitem monitorar os processos e estratégias em vigor no sector, e muitos são utilizados para a gestão dos programas. Esta lista também não dispõe de documentação sobre os critérios utilizados para inclusão de indicadores. Desta lista, 77 indicadores de desempenho e de Estado de Saúde da População foram seleccionados para compor o PNMA, segundo os critérios de:

- Fazerem parte de pelo menos um dos documentos, o Plano Estratégico do Sector Saúde, o Plano Quinquenal do Governo e Matriz do Quadro de Avaliação;
- Indicadores chave para monitorar os objectivos estratégicos;
- Indicadores de Impacto, Resultados e Produtos.

Os indicadores mencionados estão documentados no PNMA em elaboração, e a atribuição de gestão das listas de indicadores e da actualização dos dados dos indicadores está incluída no plano de acção do PNMA.

5.6.7 PRINCIPAIS CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

5.6.7.1 SIS E M&A NO PESS

O PESS 2007-2012 apresenta apenas 3 aspectos sobre o SIS nomeadamente:

O primeiro aspecto, relativo a credibilidade da informação recolhida, sugere a necessidade de dispor de informação fiável sobre os indicadores seleccionados. Esta questão está descrita na secção 5.6.6 acima.

Em relação ao segundo aspecto, o PESS identifica que embora tenha se registado melhorias na qualidade da informação apresentada continua a sobrecarga nos sistemas de colecta de dados, o que obriga o pessoal a duplicar esforços para poder realizar esta actividade. Sobre esta matéria, constatou-se que em 2011 foi iniciado um projecto denominado “Harmonização do SIS”, que visa reduzir o número de dados colectados, eliminando (sempre que possível) as redundâncias e os dados recolhidos que não são úteis para cálculo de indicadores de gestão do programa, de gestão do SIS, ou do paciente. Como uma primeira etapa, foi realizado um levantamento que resultou em um dicionário de dados contendo os elementos de dados do SNS e seus respectivos metadados. A segunda etapa do projecto prevê debates com as áreas responsáveis e interessadas em partilhar as informações recolhidas, revendo e redesenhando os formulários de colecta. O projecto culmina com a disponibilização dos dados colectados em rede, para todas as Direcções e para os gestores de todos os níveis. As divergências em relação a formato e conteúdo estarão sanadas, pois os elementos de dados serão padronizados, e a recolha será única.

O terceiro aspecto faz menção a necessidade de trabalhar no sentido de unificar os instrumentos e uniformizar os processos de avaliação. Igualmente a referência que para continuar melhorando estes processos é necessário investir em recursos, com ênfase na formação de pessoal em M&A dos

programas a nível periférico. Assim, quanto a unificação dos instrumentos e uniformização dos processos de avaliação, foi elaborado em 2010 um guião de supervisão integrada do SIS, M&A e Planificação. Este guião, em fase de teste, foi aplicado em 6 Províncias, incluindo distritos e US, no ano de 2010. Em 2011, foi utilizado para avaliar 4 províncias. Pretende-se que seja um modelo a ser utilizado pelas supervisões realizadas pelas províncias e distritos. Entretanto, ainda existem supervisões específicas de cada sub-sistema, e mesmo avaliações realizadas pelos parceiros, como a ACA, que utilizam metodologias e instrumentos próprios. Quanto a formação de pessoal a nível periférico em M&A, desde 2008, foi criado o curso de SIS, M&A e Planificação no qual já foram formados 759 profissionais de saúde.

Pensando no que deveria ser o SIS no final da implementação do próximo PESS, pode-se sugerir duas opções estratégicas fundamentais:

1. O SIS como um sistema de produção, elaboração e disseminação de informação fiável e abrangente, adequado às necessidades do SNS;
2. O SIS como instrumento ao serviço de um sistema de gestão, onde a produção de dados é dirigida exclusivamente pela necessidade de saber como melhorar a equidade, eficiência, qualidade, acessibilidade e sustentabilidade do sistema no seu conjunto.

O mandato do MISAU e as crescentes expectativas a respeito do seu desempenho pressionam que a opção estratégica para o SIS ao longo do próximo PESS se situe na procura de ter um SIS como um futuro sistema de gestão. No entanto, por enquanto e considerando os diversos factores, a melhor opção estratégica é a primeira, isto é, o SIS como um sistema de produção, elaboração e disseminação de informação fiável e abrangente, adequado às necessidades do SNS. Por outro lado, continua a haver uma lacuna quanto a definição da estrutura que tutela a implantação da cultura da utilização da informação.

5.6.7.2 RECOMENDAÇÕES

Abaixo seguem outras conclusões e recomendações específicas com relação a SIS e M&A:

- A revisão da arquitectura do SIS, iniciada em 2010 é um passo extremamente importante para a sua melhoria. É importante que as diversas áreas do MISAU estejam envolvidas em todos os processos, para que as definições estejam correctas e o produto final seja útil e viável para todo o sector de saúde;
- Dado que são diferentes Departamentos, Direcções e instituições envolvidas com SIS/M&A, assim como as diferentes fontes de dados e mecanismos de qualidade, a actividade de “Harmonização do SIS” é extremamente importante para aumentar a eficiência do sistema. Propõe-se também a criação de um mecanismo como por exemplo uma comissão permanente, para tratar e coordenar todos os assuntos ligados a SIS/M&A, quer dizer, todos os aspectos comuns e particulares que afectem à produção de informação oficial para a tomada de decisões. O MISAU deveria identificar a estrutura (DPC, DIS, etc.) responsável de coordenar e gerir este mecanismo de troca de idéias;
- Os inquéritos de saúde proporcionam dados fiáveis e de muito valor e deveriam ser realizados com mais frequência. Por exemplo, o IDS deveria ser feito a cada 5 anos, com um inquérito intermediário a cada 2-3 anos. Isto melhoraria a avaliação do PESS;
- Os SVD têm enorme potencial de ser uma fonte de informação de muito valor, mas a sua implementação ainda é muito limitada, especialmente em áreas rurais. O novo sistema de registo de eventos vitais deveria considerar modelos inovadores para monitorar e melhorar a cobertura da informação sobre nascimentos e óbitos, inclusive causa de óbito quando possível ao nível comunitário;

- Em termos de recursos humanos, o curso de estatística pode ser uma excelente oportunidade de capacitar profissionais para apoiar as actividades do SIS e M&A, já que o próprio currículo foi definido pelo MISAU. Sugere-se que os integrantes dos cursos de estatística sejam oriundos dos diversos pontos do País, facilitando a inserção dos quadros ao final do curso. A sustentabilidade deste e outros cursos também merece atenção. É necessário garantir recursos financeiros para a manutenção da capacitação, formando quadros que futuramente estarão suportando as actividades do SIS e M&A em todo o País. É importante também sempre incluir a melhoria na capacidade não só de análise de dados, mas como também na tradução dos dados para o desenvolvimento de políticas e programas (tomada de decisão);
- Não basta apenas que sejam identificadas as potenciais áreas de formação que possam alimentar ao sistema de M&A com pessoal cada vez mais qualificado, é necessário também que se definam os quadros de pessoal desta componente bem como o respectivo plano de desenvolvimento de recursos humanos;
- É necessário definir claramente os termos de referência dos assessores técnicos de M&A no MISAU, especialmente esclarecendo expectativas, metodologias e monitoria da transferência de conhecimentos, levando em conta a falta de quadros habilitados para receber a capacitação;
- As supervisões são actividades que requerem recursos financeiros e demandam tempo para sua realização. O fortalecimento das instâncias provinciais e distritais para a realização desta actividade seria mais rentável e contribuiria para a disseminação do conhecimento, da técnica e da prática de avaliação da qualidade;
- Sugere-se esclarecer os critérios para identificação dos indicadores que devem compor as diferentes listas e divulgar amplamente os indicadores e respectivos critérios de cada lista. Como forma de tornar as listas mais completas alguns aspectos técnicos poderiam ser melhorados: a) existência de notas técnicas; b) finalidade da lista; c) limitações no processo de recolha e cálculo de cada indicador; d) definição clara dos critérios de inclusão e exclusão dos indicadores; e) mecanismos de análise da qualidade dos dados utilizados pelo MISAU para avaliar a qualidade de cada indicador da lista, f) periodicidade da revisão. Em geral, o SIS deveria recolher apenas os dados que sejam úteis para o cálculo de indicadores de gestão do paciente ou do programa e do sector de saúde, reduzindo a carga de trabalho dos funcionários do SIS e valorizando o seu trabalho;
- Também deve-se dar prioridade ao uso de indicadores destas listas por parte dos doadores para minimizar o investimento adicional necessário para gerar indicadores usados somente por doadores;
- A nova arquitetura do SIS e as listas finais de indicadores devem permitir o desenvolvimento de um painel (“dashboard”) ou outro meio para os níveis nacionais e provinciais poderem comunicar eficazmente o desempenho do sistema de saúde regularmente. Também deve estabelecer mecanismos explícitos de retro informação de dados analisados de volta às províncias, distritos e US;
- Em termos de qualidade, os novos instrumentos de supervisão integrada e o mecanismo de controlo de qualidade através da retroinformação são recentes e precisam ser aperfeiçoados e consolidados. Ambas as actividades são bastante complexas e requerem uma adequada testagem para sua consolidação. Além disto, as supervisões consomem muito tempo, esforços e recursos, pelo que é importante criar as condições para o seu adequado desenvolvimento. Existe a necessidade de desenvolver uma abordagem sistemática e regular para o controlo da qualidade de dados, padronizando a metodologia e os parâmetros utilizados nos instrumentos de avaliação da qualidade dos dados. Finalmente, seria útil recomendar o reforço da descentralização das actividades de avaliação da qualidade a todos os níveis de modo que seja incorporada ao plano de trabalho das instituições;

- Quanto à TIC, face aos problemas identificados há necessidade de garantir a sustentabilidade do acesso a internet, do suporte aos equipamentos, do suporte tecnológico e das rotinas de segurança de dados. Por exemplo, poderia estabelecer-se parcerias com instituições académicas e parceiros na área de saúde. É igualmente necessário garantir a elaboração de aplicações integradas, em software livre, que obedeçam as especificações da arquitectura do SIS e as prioridades do Governo, definidas nos documentos orientadores;
- A qualidade dos dados tem um efeito na sua utilização e vice-versa. Sugere-se realizar estudos sobre o uso da informação para tomada de decisão na área de saúde em Moçambique uma vez que actualmente não se tem informação fiável sobre este assunto. É necessário analisar que mecanismos e procedimentos tem o MISAU para obrigar ou orientar aos seus próprios departamentos para que justifiquem de forma crítica às suas decisões e que estas decisões se tomem em função da informação considerada oficial. Ou seja, qual é o procedimento analítico que o MISAU exige seguir para decidir se uma actividade deve ou não ser prioritária e é a fonte de verificação que o MISAU tem para saber que essa decisão foi tomada de acordo com os critérios estabelecidos.

6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

6.1 BALANÇO DO DESEMPENHO DO SECTOR DE SAÚDE

A RSS apresenta uma avaliação do desempenho do sector de saúde na década 2000-2010 bem como recomendações para informar o processo que culminará com a nova estratégia para o sector.

Como complemento às análises apresentadas acima, achou-se oportuno neste capítulo conclusivo incluir também um resumo sucinto do desempenho do sector de saúde em Moçambique em termos de forças, oportunidades, fraquezas e ameaças (FOFA). A análise também indica as FOFAs que têm implicações para a equidade (Eq), acesso (A), qualidade (Q), eficiência (Ef) e sustentabilidade (S) como critérios adicionais de análise¹⁰.

A Tabela 22 a seguir resume o desempenho do sistema de saúde para cada um dos seis pilares do sector segundo os critérios de avaliação.

TABELA 22. ANÁLISE FOFA E RESUMO DO DESEMPENHO DO SECTOR SAÚDE EM TERMOS DE EQUIDADE (EQ), ACESSO (A), QUALIDADE (Q), EFICIÊNCIA (EF) E SUSTENTABILIDADE (S)

Financiamento da Saúde	
Forças e Oportunidades	<ul style="list-style-type: none">• Impostos nacionais indirectos fonte de receitas para a saúde. (Eq, S)• Hospitais rurais e distritais podem ser transformados em UGBs. (Eq, A, S)• Novas experiências de afectação de recursos para as US as quais ligam pagamento com desempenho estão a ser implementadas. (Ef)• Tectos orçamentais por distrito e por US, tão como no sector educação, podem ser introduzidos. (Eq, A)• SDSMAS com orçamento consignado independente dos outros serviços distritais. (Eq, A, S)• e-SISTAFE a se desenvolver rapidamente. (Ef)• MPD pretende desenvolver um “sistema nacional de planificação” que vai permitir integração da planificação e orçamentação do sector. (Q, Ef)

¹⁰ Este abordagem exige a conceptualização dos critérios referidos, sendo que: equidade significa igualdade de oportunidades no acesso aos cuidados de saúde; eficiência caracteriza-se como relação entre resultados obtidos e recursos dispendidos; acesso consiste no grau de adequação entre o utente e o sistema de saúde, o qual implica o uso de bens e serviços considerados socialmente importantes, sem obstáculos físicos, financeiros ou de natureza geográfica, económica, cultural ou funcional – oferta de serviços adequada às necessidades da população; e sustentabilidade se refere a viabilidade de manter ou sustentar um resultado, actividade ou serviço a longo prazo.

Fraquezas e Ameaças	<ul style="list-style-type: none"> • Componente externa do financiamento da saúde alta. (S) • Crise financeira global faz com que financiamento externo seja imprevisível. (S) • Contribuição baixa das famílias e do seguro de saúde na despesa com a saúde. (Eq, S) • As afectações do PROSAÚDE às províncias estagnaram. (Eq, A) • Afectações orçamentais intra-provinciais seguem critérios ad hoc. (Eq, A) • Planificação e orçamentação do sector ao nível descentralizado não consistentes. (Eq, Ef) • Conhecimento limitado na gestão financeira a nível distrital. (Ef, S) • e-SISTAFE não instalado em todos os distritos. (Ef) • Fundos externos <i>off-budget</i> (nem inscritos no orçamento) e off-CUT (não transitam pelo Tesouro Público) com mecanismos paralelos de desembolso e monitoria. (Ef, S) • Afectação de recursos não conforme ao processo de descentralização em curso no País; SDMAS 11% do OE total do sector. (Eq, A, Q)
Recursos Humanos	
Forças e Oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> • A descentralização pode aportar uma distribuição mais adequada de pessoal ao nível das US se a gestão de recursos humanos for levada do nível provincial ao distrital e municipal. (Eq) • Sistema de incentivos para o pessoal de saúde deslocar-se as zonas rurais. (Eq) • Novas universidades e faculdades de medicina. (A, S) • Políticas e estratégias de RHS. (Eq, A, Ef, S) • Os parceiros de cooperação estão interessados e fortemente envolvidos na área dos RHS. (Eq, A, Q) • Existe uma avaliação do desempenho do funcionário no sector de saúde. (A, Q) • Aumento dos recursos humanos na última década. (A)
Fraquezas e Ameaças	<ul style="list-style-type: none"> • Má distribuição de trabalhadores da saúde. (Eq, A) • Pessoal de saúde ainda insuficiente, número de médicos especializados insuficiente. (A) • Baixo nível de qualificação dos trabalhadores da saúde devido a baixa qualidade da formação inicial. (Q) • Salário de base dos trabalhadores da saúde baixo e estatuto do pessoal de saúde não foi alterado. (Q) • Fragmentação da informação sobre o número de trabalhadores da saúde. (Ef) • Condições de trabalho insuficientes. (Q) • Programas de formação contínua não integrados de forma adequada. (Q, Ef)
Governança	
Forças e Oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> • Descentralização no sector de saúde em curso. (Eq, A, Ef) • Sector privado lucrativo e não lucrativo existente assim como a medicina tradicional à qual recorre o 70% da população. (A) • Conjunto de políticas, estratégia e lei existentes no sector de saúde. (Q, Ef) • Bom relacionamento e colaboração entre o MISAU e os parceiros de cooperação. (Q) • Corrupção no sector de saúde muito limitada. (Eq)

Fraquezas e Ameaças	<ul style="list-style-type: none"> • Descentralização no sector de saúde incompleta. (Eq, A, Ef) • Muitas políticas, estratégias, leis estão já elaboradas mas não estão aprovadas e implementadas. (Eq, A, Q) • A sociedade civil/ONGs não tem mecanismos construtivos de participação nas estruturas de diálogo político, concertação e coordenação na área da saúde. (Eq) • Os mecanismo de avaliação dos serviços de saúde prestados por parte dos beneficiários (pacientes) são ainda incipientes. (Q) • Os mecanismos de planificação e orçamentação no sector de saúde ao nível distrital não são participativos. (Eq) • Não existem estudos sobre o papel do sector privado na área da saúde. (A, Q, Ef) • A planificação e orçamentação no sector de saúde não têm em devida consideração a questão de género. (Eq) • MISAU com limitada capacidade institucional para exercer funções a vários níveis. (Ef, S) • Não existe uma destriça entre o papel do MISAU e do SNS. (Ef)
Produtos e Tecnologias Médicas	
Forças e Oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> • Existe um Formulário Nacional de Medicamentos. (Q, Ef) • CMAM e CA podem ter autonomia financeira. (Ef) • Sistema de recuperação de custos dá flexibilidade de gestão. (S) • Sector privado para desempenhar actividades na área farmacêutica. (Ef) • Armazém de medicamentos e material médico cirúrgico existente. (A) • Meios de transporte existentes. (A, Ef) • Os parceiros de cooperação apoiam esta componente da saúde. (Eq, A, Q) • Inovação tecnológica. (Q)
Fraquezas e Ameaças	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de uma política farmacêutica clara. (Q, Ef) • Componente interna do financiamento de produtos sanitários baixa. (A) • Quantificação (previsão) de produtos sanitários não baseada em dados adequados. (A, Ef) • Sistema de aquisição de produtos pouco transparente e ineficiente. (Ef) • Controlo de qualidade limitada com a falta de laboratório de controlo. (Q) • Capacidade institucional de inspecção limitada. (Q) • Rupturas de estoque frequentes. (A)
Prestação de Serviços de Saúde	
Forças e Oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> • Existem iniciativas para melhorar a qualidade. (Q) • Existem normas e protocolos clínicos. (Q) • Experiência da enfermaria-modelo a ser desenvolvida. (Q) • Melhoria do envolvimento comunitário nos serviços de saúde. (Eq, A, Q) • Parceiros de cooperação apoiam a prestação de serviços de saúde. (A, Q) • Expansão das US. (A) • Maior integração de intervenções (ATS). (A, Ef)
Fraquezas e Ameaças	<ul style="list-style-type: none"> • Qualidade geral dos serviços ainda é deficiente. (Q) • O sistema de referência não funciona. (A, Q, Ef) • O sector privado lucrativo e não lucrativo não está regulamentado. (A, Q) • Saúde comunitária depende do apoio dos parceiros de cooperação. (S) • Baixa cobertura geográfica e precário estado das infra-estruturas. (A, Q)

Sistemas de Informação de Saúde, Monitoria e Avaliação	
Forças e Oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> Existem políticas, estratégias e estruturas institucionais para o desenvolvimento dos SIS, M&A. (Q, Ef) Existência de muitos dados e informações sobre áreas chave de saúde. (Q, Ef) Amplio consenso sobre necessidade da "Harmonização do SIS". (Q, Ef) Interesse e investimento de doadores nesta área. (Q)
Fraquezas e Ameaças	<ul style="list-style-type: none"> Fluxo de dados em um só sentido – desde as US até o nível central - não motiva trabalhadores da saúde a manter a qualidade dos dados. (Q) Fraca qualidade de dados. (Q) Listas de indicadores sem critérios claros e excessivamente longas. (Ef) Os quadros do pessoal para a componente M&A não estão definidos. (Ef) Capacidade limitada de HR para a recolha e gestão de dados sobre tudo à nível descentralizado. (Q) Acesso à internet e equipamentos e manutenção insuficientes. (A, Q) Uso dos dados e informações para a planificação e orçamentação limitada. (Q, Ef)

6.2 RESUMO DE CONCLUSÕES E OPORTUNIDADES TRANSVERSAIS

Nas últimas décadas o sistema de saúde moçambicano registou importantes avanços em todos os pilares do sector de saúde, muitos deles mencionados ao longo deste relatório. Talvez os maiores resultados destes avanços sejam a redução contínua das mortalidades materna e infantil. O MISAU e a liderança do Governo moçambicano estão claramente comprometidos com a continuação do fortalecimento do sistema de saúde como forma de melhorar a saúde e o bem-estar da população.

No entanto, ainda permanecem desafios. Esta secção destaca as principais questões transversais identificadas nesta análise que devem ser abordadas, além das recomendações específicas por pilar, para acelerar o fortalecimento do sistema de saúde moçambicano.

6.2.1 ORGANIZAÇÃO DO MISAU

O MISAU já avançou na elaboração de importante políticas, estratégias e leis relacionadas aos serviços de saúde, produtos e tecnologias médicas e outras componentes do sector de saúde. Não obstante, observa-se menos progresso na aprovação e implementação destas. Este desafio pode existir em parte devido a questões de organização e estrutura do MISAU. Importa destacar que existem diversas opções para abordar este desafio.

O MISAU iniciou um processo de reestruturação interna, cujos principais vectores podem ser resumidos como segue: a) Redefinição de funções, objectivos e competências, visão e missão do MISAU; b) Estabelecimento de uma distinção entre o papel do MISAU, como órgão central do Estado responsável pela regulamentação, normação, orientação geral, supervisão e controlo de todo o sector da saúde e o papel do SNS, como prestador de cuidados de saúde; c) Revisão da estrutura orgânica do MISAU; e d) Descentralização e desconcentração de competências para as províncias, distritos e municípios (este aspecto será discutido amplamente na secção 5.3.2).

Este processo de reestruturação interna é essencial para aumentar a capacidade de funcionamento e a eficiência do MISAU. Para apoiar este processo será importante rever o Decreto Presidencial no. 11/95, conjuntamente com o DM no. 94/97 (Estatuto do Ministério) que definem os objectivos, atribuições e competências do MISAU, além de adpotar uma legislação que defina claramente e regule as atribuições

específicas do SNS em matéria de prestação de cuidados de saúde e estabeleça uma destrição entre o papel de MISAU e do SNS. Os novos organogramas do MISAU, DPS e SDSMAS também têm o potencial de contribuir para a melhoria do sistema uma vez sejam aprovados e implementados.

Finalmente, a reestruturação apresenta uma oportunidade para a introdução de mais recursos humanos capacitados. O MISAU e os parceiros de cooperação poderiam intensificar mecanismos de advocacia de modo a se conseguir um maior investimento doméstico de recursos humanos para melhorar o desempenho do MISAU.

6.2.2 A DESCENTRALIZAÇÃO NO SECTOR DE SAÚDE

A descentralização na saúde tem o potencial de melhorar o acesso aos cuidados de saúde e a qualidade dos serviços prestados se as componentes do processo de descentralização forem definidas e implementadas de forma estruturada. Moçambique já tomou importantes e difíceis passos nesta direcção, começando com a decisão nacional em si de descentralizar. Não obstante, o processo de descentralização é extremamente complexo e envolve vários órgãos do estado a diferentes níveis, apresentando oportunidades e obstáculos únicos em cada um destes níveis. Para apoiar o processo da descentralização na saúde, apresentam-se as opções seguintes:

Em Moçambique, uma política de descentralização abrangente e clara para guiar a implementação da descentralização na saúde ainda não foi elaborada. Porém, é amplamente reconhecida e documentada a necessidade de produzi-la. A política será de maior utilidade se vier acompanhada de um plano de implementação e orçamento.

A legislação existente acerca da descentralização na saúde ainda necessita ser esclarecida. Por exemplo, não há clareza quanto as funções na área da saúde que devem ser descentralizadas e para que nível da administração do território. Na prática, as responsabilidades para alocação de recurso, gestão de pessoal, ou aquisições na área da saúde são partilhadas entre níveis diferentes do Governo e as US. Recomenda-se clarificar a repartição das competências no sector de saúde entre os diferentes níveis da administração do território e acha-se necessário calcular as necessidades de despesas associadas às atribuições de competências. Precisa-se definir na lei como as responsabilidades serão divididas exactamente no sector de saúde. De igual modo, é importante que a divisão aborde *outcomes* específicos no sector de saúde em vez de *inputs* como salários ou instalações.

Fundos para a saúde são afectados nos diferentes níveis do Governo e US (aquelas que são UGBs). Não obstante, importa salientar que a descentralização fiscal na área da saúde é mais aparente do que real: mais de 80% da despesa descentralizada está concentrada nas províncias. Além disso, existem grandes variações na alocação de recursos para as províncias. O poder de decisão a nível descentralizado na área da saúde é ainda mais reduzido por atrasos substanciais e imprevisibilidade na transferência de recursos. Estes atrasos reduzem significativamente a autonomia real das autoridades locais e US na prestação de serviços, bem como na prestação de contas e transparência orçamentária. Consequentemente, um aspecto fundamental para melhorar a prestação de serviços de saúde a nível descentralizado é definir claramente os recursos (ou necessidades de despesas) necessários para implementar as competências atribuídas a cada nível da administração do Estado.

Finalmente o obstáculo principal à implementação da descentralização no sector de saúde é que muitos actores nesta área têm um conhecimento limitado dos objectivos do processo, pré-requisitos e benefícios do mesmo. Isto faz com que seja difícil de construir o consenso e o suporte para avançar a reforma da descentralização na saúde em Moçambique. A sensibilização do pessoal do MISAU a todos os níveis do sistema quanto ao processo de descentralização e o papel de cada um seria de grande valor para fortalecer o processo.

6.2.3 FINANCIAMENTO EXTERNO DO SECTOR DE SAÚDE

O financiamento do sector saúde tem um elevado peso da componente externa (66%) e nos últimos anos a contribuição de alguns parceiros de cooperação tem diminuído a causa da crise financeira global. Mesmo com o alto nível de financiamento externo actual, vários dos problemas enfrentados em cada pilar do sistema de saúde são relacionados com a limitação de recursos. Isto implica que para satisfazer as necessidades financeiras para manter o nível dos serviços prestados e abordar as lacunas existentes, serão necessárias outras fontes de financiamento. Por este fim, sugere-se reflectir nas seguintes oportunidades.

Uma opção seria aumentar o financiamento doméstico do Governo de Moçambique para a saúde. A receita interna do Governo atingiu 21% do PIB no 2010, sendo as receitas via impostos as que mais contribuíram. Todavia este aumento não se traduziu em um aumento da despesa do Governo com a saúde. Contrariamente, a despesa do Governo na saúde como percentagem do total da despesa do Governo passou de quase 15% à uma estimativa de 6,9 % para o ano 2011. Considerado este cenário fiscal, é preciso explorar a possibilidade de aumentar a receita via impostos indirectos (imposto de consumo em álcool, fumo e combustível) consignando-os para o financiamento da despesa da saúde, para além de aumentar e estabilizar a proporção da despesa pública com a saúde. Esta decisão não depende do MISAU, mas não obstante, o MISAU e os parceiros de cooperação poderiam aumentar a advocacia para com o MF e o Conselho de Ministros de modo a conseguir um incremento do financiamento interno com a saúde.

Outra maneira de melhorar o estado geral do financiamento em saúde seria através da redução dos off budget internos. Isto resultaria numa melhoria na transparência da gestão, na eficiência nas afectações de recursos e na prestação de contas.

Finalmente, políticas de controle de gastos também poderiam ser consideradas. Primeiro, é importante, acompanhar as despesas domésticas e externas com a saúde e redefinir as prioridades nas despesas públicas ao fim de criar recursos por meio da deslocação de recursos orçamentais das áreas de baixa prioridade para as de alta prioridade. Uma outra opção a considerar é priorizar os programas de saúde que beneficiam os mais vulneráveis como imunização e saúde materno infantil.

6.2.4 RECURSOS HUMANOS

A falta de pessoal qualificado e a sua baixa disponibilidade nas zonas rurais são um obstáculo muito importante que afecta todo o sector de saúde. Desde a gestão das funções do MISAU, até a colecção, análise e uso de dados, gestão da logística e finalmente o pessoal clínico em si, lacunas em todas estas áreas têm consequências na prestação de serviços. Porém, é importante lembrar que além dos desafios existem oportunidades significativas que deveriam ser exploradas.

Por exemplo, o salário de base dos trabalhadores da saúde praticamente não se modificou nos últimos dez anos. Além disso, o estatuto dos funcionários de saúde não foi alterado. Estas são componentes essenciais para contar com uma força de trabalho funcional. Também é importante estabelecer políticas claras e únicas sobre incentivos relativos ao desempenho, assim como desenvolver os mecanismos para, se possível, implementar o bônus de rendibilidade previsto no Estatuto dos Funcionários e Agentes do Estado.

A tarefa de aprimoramento de praticamente toda a força de trabalho através da formação é sem dúvida enorme. No entanto constata-se que existe um número excessivo de programas de formação não integrados de forma adequada, com doenças com formações redundantes e outras sem programas de formação contínua. Não obstante, nos próximos anos é preciso focar a formação de modo a aumentar a capacidade dos cuidados de saúde primários. Por este efeito, é importante considerar a estratégia de expansão da rede primaria, o perfil de trabalhadores de saúde requeridos nas US de cuidados primários,

as capacidades dos trabalhadores existentes e formular a seguir um plano de capacitação exaustivo e apoiado por todas as partes. Quanto mais integrados os serviços mais eficientes serão as capacitações.

Em relação a alocação e retenção de trabalhadores capacitados em áreas rurais, a descentralização pode aportar uma distribuição mais adequada de pessoal no nível das unidades se a gestão de recursos humanos for levada do nível provincial ao distrital e municipal. Este processo terá que ser acompanhado por uma capacitação dos níveis descentralizados na gestão de recursos humanos assim como para uma real descentralização fiscal de recursos financeiros. Para resolver esta questão chave, para além da descentralização, outras soluções podem também ser investigadas com o apoio dos parceiros de cooperação entre as quais importa referir o financiamento de casas próprias. Não obstante, vale lembrar que incentivos financeiros não são a única opção. A OMS desenvolveu quatro categorias de estratégias que podem ser utilizadas para o deslocamento e retenção de pessoal a áreas rurais: educação (crédito académico, avanço de carreira), regulação (requisitos), incentivos financeiros e apoio a gestão e sistemas sociais (apoio social da comunidade) (World Health Organization, 2010).

6.2.5 INFORMAÇÕES NO SECTOR DE SAÚDE

Um sistema de informação de saúde que funciona de maneira apropriada proporciona informações de qualidade que permitem ter um quadro completo do estado e das tendências de saúde da população e tomar decisões e intervenções baseadas na evidência. A falta de informações consistentes e robustas compromete o impacto de todos os pilares do sector de saúde.

Em Moçambique o SIS, mesmo a despeito de certas melhorias, apresenta ainda algumas dificuldades e para resolvê-las as seguintes idéias podem ser consideradas.

O consenso quanto a necessidade de “harmonizar” o SIS é uma grande oportunidade que pode ser aproveitada. É importante criar um SIS ‘harmonizado’ que concilie as diferentes fontes de dados e mecanismos de qualidade de modo a simplificar e integrar o processo de recolha e agregação de dados. Portanto recomenda-se investigar com o apoio dos parceiros de cooperação soluções para alcançar a harmonização.

Outra necessidade já reconhecida é a de melhorar a qualidade dos dados. Recomenda-se continuar os esforços de capacitação na recolha e gestão de dados sobretudo nos níveis inferiores ao nacional, e incrementar a verificação dos dados. Além disso, a mudança do fluxo de sentido único das informações seria um forte motivador para aqueles que trabalham com a recolha das informações se preocuparem com a qualidade dos dados. Esta mudança também contribuiria diretamente para fortalecer o uso de informações, especialmente nos níveis mais básicos (unidade sanitária, distrito). O uso de informações para a tomada de decisões a todos os níveis do sistema deve ser explicitamente previsto em políticas, estratégias, planos e protocolos.

6.2.6 SECTOR PRIVADO

Informação detalhada sobre o sector privado de saúde em Moçambique ainda é escassa. Não obstante, a informação encontrada nesta análise, ainda que limitada, indica que o potencial deste sector ainda não foi devidamente explorado. Por exemplo, dados os desafios relacionados aos recursos humanos e cobertura de serviços, a rápida expansão da medicina e farmácias privadas nos últimos anos poderia ser aproveitada. Como mencionado em alguns capítulos, o “Atendimento Especial” pode aumentar o acesso a serviços especializados. Do mesmo modo, na área da logística, o sector privado muitas vezes tem a capacidade de realizar certas funções, como armazenamento e distribuição, de maneira mais eficiente que o sector público.

Uma análise profunda do sector privado em Moçambique, inclusive dos seus principais pontos fracos e fortes, poderia revelar novas oportunidades e soluções para abordar os vários desafios enfrentados pelo sector saúde no momento.

6.3 FORMULAÇÃO DO NOVO PESS: RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS

O PESS actual foi o resultado de um importante processo de busca de consensos sobre as estratégias para abordar o complexo desafio de fortalecer o sistema de saúde moçambicano para melhorar a saúde e o bem estar da sua população. A elaboração do próximo PESS apresenta uma oportunidade para fortalecer ainda mais este processo e criar cada vez um plano mais robusto.

Entre os pontos que podem ser melhorados no próximo PESS incluem-se: a (a) definição e limitação de número dos seus objectivos; (b) objectivos bastante ambiciosos e nem sempre alinhados às capacidades nacionais e aos recursos financeiros disponíveis; (c) limitação de número e priorização entre as múltiplas estratégias propostas; (d) definição de indicadores anuais, de médio prazo e metas de execução assim como responsabilidade para implementação dentro do MISAU para cada estratégia; e (e) definição de metas estratégicas não alinhadas aos objectivos preconizados.

Para a formulação do novo PESS como documento de estratégia recomenda-se considerar o seguinte:

1. É importante alinhar o novo PESS com os planos do Governo. O Plano Quinquenal do Governo e o PARPA II estão a ser implementados até 2014. Portanto, sugere-se formular um PESS interino com horizonte temporal de dois anos (2013-2014) e a seguir elaborar um PESS com duração temporal coincidente com a dos novos planos do Governo;
2. O novo PESS pode ser estruturado ao longo dos seis pilares do sector de saúde analisados no presente relatório e por cada um dos blocos o PESS pode identificar um objectivo geral assim como específicos;
3. O novo PESS poderia conter um menor número de estratégias, priorizadas, com indicadores e metas de execução. Poderia também definir a instituição do MISAU responsável pela implementação de cada estratégia e o prazo para alcançar os resultados esperados. Por este efeito, o PESS pode ser integrado para um plano de trabalho;
4. Os indicadores do PESS devem ser integrados com os do PARPA para que haja somente um processo de monitoria e avaliação de indicadores do sector de saúde. Este processo seria mais custo-efetivo e proporcionado a capacidade institucional do MISAU.

Em conclusão, os avanços realizados no sector de saúde em Moçambique na última década demonstram a capacidade e o compromisso do MISAU de colaborar e agir em nome da saúde da população. Como em qualquer país, desafios permanecem, especialmente nas áreas de financiamento, recursos humanos e descentralização. Não obstante, as oportunidades também são muitas para capitalizar o progresso feito até agora, aprender com as experiências dos últimos cinco anos e acelerar as melhorias. As oportunidades culminam com a elaboração do próximo PESS, que será o documento regente para o progresso dos próximos cinco anos.

ANEXO A: TERMOS DE REFERÊNCIA DOS GRUPOS DE TRABALHO DA REVISÃO DO SECTOR DE SAÚDE EM MOÇAMBIQUE (RSS)



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

DIRECÇÃO DE PLANIFICAÇÃO E COOPERAÇÃO

TERMOS DE REFERÊNCIA DOS GRUPOS DE TRABALHO DA REVISÃO DO SECTOR DE SAÚDE EM MOÇAMBIQUE (RSS).

I. INTRODUÇÃO

O Plano Estratégico do Sector de Saúde 2007-2012 (PESS) irá terminar brevemente sendo importante iniciar a elaboração do próximo PESS.

O MISAU aprovou dois exercícios que irão contribuir no processo da elaboração de novas estratégias e planos do sector de saúde. Estes são a Análise da Situação do Sector e a Avaliação do Sistema de Saúde.

Após a aprovação destes exercícios, o MISAU e Parceiros de Cooperação iniciaram uma discussão com o propósito de explorar a possibilidade de fundir as avaliações numa única avaliação geral do sector de saúde. Por conseguinte, o estudo daqui em diante designado como a Revisão do Sector de Saúde (RSS), foi proposto para avaliar a situação de saúde de modo a formar uma base para a criação de novas políticas e planos do sector de saúde incluindo o PESS a iniciar em 2012.

Durante a RSS o trabalho de identificação das áreas-chave de análise, compilação de todas as informações relevantes e a elaboração do primeiro esboço do relatório de RSS, será realizado por uma entidade técnica organizada em vários grupos de trabalho. O documento final será elaborado por um grupo mais restrito e apresentado aos órgãos competentes do MISAU

Este documento descreve os Termos de Referência dos grupos de trabalho que irão realizar a RSS.

II. OBJECTIVO GERAL DOS GRUPOS DE TRABALHO DA RSS

O objectivo geral dos grupos de trabalho (GT) da RSS é providenciar um diagnóstico geral do sector de saúde, focando no nível de implementação do actual plano estratégico do sector de saúde (PESS), estratégias e programas nacionais chave do sector de saúde e os componentes do sistema de saúde (prestação de

serviços, recursos humanos, financiamento para saúde, governação, produtos médicos e tecnologia, e sistemas de informação de saúde).¹¹

O trabalho dos GT irá focalizar-se principalmente na revisão da literatura (dados secundários – publicados e não publicados), bem como entrevistas com principais informantes. É de salientar que irá ocorrer a colecta de dados primários nas áreas específicas onde houver falta de informações.

Será realizado um seminário técnico em finais de Novembro para avaliar o progresso do trabalho ao nível dos GT's, identificar eventuais lacunas e iniciar a elaboração do primeiro esboço da RSS a ser apresentado até o dia 16 de Dezembro de 2011.

O relatório final será submetido em Fevereiro de 2012 e irá apresentar a situação de saúde, as tendências e evolução do sistema de saúde em Moçambique entre 2005-2010.

III. GRUPOS DE TRABALHO

Grupo de Trabalho 1: Financiamento da Saúde

Instituição / departamento / organização de execução proposto: DAF

Coordenador principal: Henário Siteo

Membros do grupo: Daniel Simone (MISAU/ DPC), Fátima Mecupa (MISAU/ INS), Maria de Coneição (MISAU/ DPC), Zeferino Jossias Siteo (MISAU/ DAF), Etelevina Majanjane (DfID), Netsanet Workie (Banco Mundial), Jonas Chambule (Cooperação Irlandesa), Lluís Vinyals (consultor, HS20/20)

a. Objectivos Gerais

Na componente do Financiamento da saúde (FS), a RSS define os seguintes objectivos para completar a análise do sistema de financiamento do sector:

- Descrever o sistema de financiamento de saúde de Moçambique, tendo a perspectiva das 4 funções: fontes, gestores, prestadores e usos.
- Analisar o desempenho do financiamento de saúde com base nos critérios de: eficiência técnica, alocativa, administrativa, equidade no acesso, equidade na contribuição, protecção financeira, etc.
- Formular recomendações na área do FS para o próximo exercício do PESS.

Estes objectivos visam fazer uma fotografia completa do sistema de financiamento. A descrição e análise deverão abranger os últimos 5 anos, com especial atenção ao período de vigência do plano estratégico do sector saúde.

b. Objectivos específicos

Na componente do Financiamento da saúde (FS), a RSS define os seguintes objectivos específicos:

1. Descrever as fontes de financiamento interna, externa e as famílias;
2. Descrever os centros de decisão sobre a afectação de recursos, incluindo um mapeamento dos mesmos;
3. Descrever o processo completo de gestão do OE (PESOD, PESOP, PES, PQG, OE, CUT, SISTAFE, CGE);

¹¹ http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf

4. Descrever instrumentos de planificação e orçamentação dos parceiros;
5. Descrever as novas iniciativas nas áreas de financiamento, incluindo mas não limitando análise aos Incentivos Baseados no Desempenho, voucher (senhas), etc.
6. Mapeamento dos sistemas de pagamentos dos serviços;
7. Descrever o processo de taxas aos utentes;
8. Análise das implicações do nível actual de autonomia de gestão de cada nível/ US;

c. Metodologia

As descrições e análises previstas nos objectivos específicos vão precisar de uma combinação de análise de dados, pesquisa de documentos e relatórios e realização de entrevistas. O grupo de trabalho não fará estudos novos, apenas utilizando àquela informação já disponível.

A metodologia de trabalho combinará (a) análise dos dados de despesa de todas as fontes de financiamento, (b) análises comparativas dos vários fluxos de financiamento, (c) entrevistas com o MPD, MF, HCM, direcções do MISAU e Parceiros chaves, (d) Visita a 1 ou 2 províncias para observar os pontos fortes e fracos da descentralização.

O consultor irá compilar os dados e as análises, contando com o apoio dos membros da equipa no que diz respeito à descrição do sistema, recolha de dados e entrevistas. Haverá, pelo menos, uma sessão de análise de dados, onde irão se discutir os dados preliminares bem como preparar as mensagens principais para o relatório final.

Grupo de Trabalho 2: Recursos Humanos

Instituição / departamento / organização de execução proposto: DRH

Coordenador principal: Hortência Ribeiro

Membros do grupo: Luisa Panguene (DNRH), Alice Dabula (DNRH), Francisco Langa (DNRH), Domingos Mondlane (DNRH), Edite Ruas (DNRH), Manuel Macedo (DNRH), Carla Sorneta (DNRH), Claquin Marcelle (DNRH), Aisha Issufo (DNAM), Lucy Ramirez (DNRH), Hilde Grieve (OMS), Ferrucio Vio (SDC)

a. Objectivo Geral

Na componente de Recursos Humanos a RSS deverá rever e analisar a situação na área de recursos humanos e identificar áreas específicas de deficiência, pontos fortes, e desenvolver um conjunto de recomendações essenciais.

b. Objectivos específicos

De forma específica, na componente dos recursos humanos, a RSS irá descrever as seguintes questões:

Informações básicas sobre a força de trabalho

1. Número de prestadores de cuidados de saúde, por categoria, sexo e nível profissional, nacionalidade, província. Tendência ao longo do período em análise (2005-2010);
2. Rácios de profissionais de saúde em relação à população por Província;

Condições de trabalho

3. Ambiente de trabalho e desempenho: descrições das tarefas, meios e materiais adequados e supervisão de apoio técnico;
4. Saúde do trabalhador do SNS;
5. Motivação dos funcionários e incentivos monetários e não monetários;

PDRH (2008-15)

6. Grau de implementação do plano estratégico dos RH: resultados, constrangimentos, sucessos e desafios;

Sistemas de informação

7. Sistemas existentes e capacidade para a recolha, integração e análise de dados e informação sobre recursos humanos para saúde (RHS);
8. Uso do SIP para gestão, planificação e orçamentação do pessoal;
9. Perspectivas e potencialidades do e-SIP-Saúde;

Gestão

10. Critérios utilizados para gestão/colocação do pessoal de saúde (DM 127/2002, produtividade, etc.);
11. Análise das perdas e dinâmica da retenção dos RHS e acções em curso para atracção e retenção do pessoal;
12. Crescimento da rede sanitária e colocação do pessoal;
13. Critérios de criação e capacidade de preenchimento das vagas;
14. Impacto da descentralização sobre a gestão dos RHS para saúde;
15. Mecanismos de planificação orçamental para nomeações, progressões, promoções e outras despesas com o pessoal e coordenação entre os intervenientes (MF, MPD, DAF, Governo Provincial, DRH);
16. Situação de carreiras e qualificadores;
17. Situação com regime de exclusividade e atendimentos especiais;

Formação

18. Produção de graduados pelas IdFs versus necessidades do sistema à luz dos ODM;
19. Rede das infra-estruturas e capacidade de formação actual e projectada;
20. Qualidade da formação incluindo capacidade docente e meios didácticos (laboratórios, bibliotecas);
21. Proporção dos curricula actualizados;
22. Situação da Formação Contínua: informação e seu uso, organização e abrangência;
23. Formação médica e de outros técnicos de saúde por instituições incluindo privadas e pós-graduação;

Financiamentos

24. Fundos alocados e gastos em valores absolutos e percentagens do OE, fundos comuns e programas verticais para RH (incluindo a formação) por categoria de despesa;
25. Evolução dos salários e outras categorias de despesas ligadas aos RH;

Advocacia e comunicação

26. Acções de consciencialização e/ou de sensibilização para questões RHS a nível de Gabinete/Conselho de Ministros;
27. Mecanismos de coordenação com parceiros de cooperação, outros ministérios, instituições e associações;

c. Metodologia

O trabalho será feito com base a uma revisão de documentos chaves (relatórios, planos estratégicos, etc.), entrevistas com informantes chaves, e trabalho de campo nas áreas específicas onde houver falta de informação actualizada.

Grupo de Trabalho 3: Produtos e Tecnologias Médicas

Instituição / departamento / organização de execução proposto: DNAM/CMAM

Coordenador principal: Tânia Siteo

Membros do grupo: Dr. Paulo Nhaducue (CMAM), Dra. Felicidade Siteo (CMAM), Dra Benilde Soares, Fernando Regulez, SCMS, DNAM (secção laboratórios), Centro de abastecimentos.

a. Objectivo Geral

Nesta componente, a RSS irá rever e apresentar o funcionamento na área dos medicamentos e produtos de saúde analisando as diferentes componentes daquilo que é o ciclo de gestão de medicamentos e produtos de saúde.

b. Objectivos Específicos

1. Descrever e analisar todo o quadro regulatório do medicamento e dos produtos de saúde do País; **POLICY**
2. Descrever e analisar os mecanismos de selecção tendo em conta as necessidades do País (programas do MISAU/Sector Privado); **PROCUREMENT**
3. Descrever e analisar os mecanismo de aquisição/procura dos medicamentos e produtos de saúde em relação as necessidades;
4. Descrever e analisar o mecanismo de distribuição tendo em conta a capacidade de armazenagem e transporte nos diferentes níveis de atenção de saúde; **DISTRIBUTION**
5. Descrever e analisar a disponibilidade e o uso racional de medicamentos no sistema nacional de saúde; **USE**
6. Descrever e analisar os recursos, humanos e financeiros, para responder as necessidades e os desafios do sector; **HR**

7. Descrever o mecanismo de monitoria e avaliação analisando a existência dos instrumentos para o efeito.
M&E

c. Metodologia

O trabalho será feito em base a uma revisão de documentos chaves (relatórios, planos estratégicos, etc.), entrevistas com informantes chaves, e trabalho de campo nas áreas específicas onde houver falta de informação actualizada.

Grupo de Trabalho 4: Sistema de Informação em Saúde e M &A

Instituição / departamento / organização de execução proposto: DPC

Coordenador principal: Moisés Mazivila

Membros do grupo: Letícia Vilanculos (DPC), Cesarino Tivane (DPC), Cláudia Risso (DPC), Márcia Monjane (USAID), Nkunku Sebastião (OMS), Amisse Momade (DPC), Quinhas Fernandes (DPC), Mindy Hochgesang, Anil Das Gupta (consultor, HS20/20)

a. Objectivos Gerais

Rever as tendências e situação actual e propor recomendações nos âmbitos de sistemas de informação sanitária e de monitoria e avaliação, nas dimensões e nos aspectos de especial relevância para a contextualização e elaboração da Revisão do Sector Saúde, destacando três linhas de análise: a gestão do sistema; os recursos humanos e financeiros e os aspectos tecnológicos.

b. Objectivos Específicos

Gestão do sistema

1. Identificar e analisar os critérios e mecanismos para mapear os indicadores do sector Saúde e os processos para a sua gestão e actualização.
2. Identificar se as fontes de dados das grandes áreas são adequadas para a SIS/M&A.
3. Identificar e analisar a existência e eficácia dos mecanismos de controle da qualidade dos dados.
4. Identificar e analisar a estrutura e as atribuições da M&A no Sistema Nacional de Saúde.
5. Identificar e avaliar o uso da informação disponível nos processos de gestão e planificação.

Recursos humanos e financeiros

6. Identificar o perfil profissional necessário às diversas acções do SIS e M&A.
7. Identificar as capacitações necessárias para cumprir com os perfis profissionais do SIS e M&A
8. Analisar a existência de uma visão estratégica de desenvolvimento do SIS e M&A do sector Saúde bem como a capacidade de orçamentação das actividades correspondentes

Aspectos tecnológicos

9. Identificar as necessidades de infraestrutura das TICs ligadas ao SIS e M&A
10. Identificar a existência e eficácia dos mecanismos de controle da qualidade das bases de dados

c. Metodologia

O trabalho será feito em base a uma revisão de documentos chaves (relatórios, planos estratégicos, etc.), entrevistas com informantes chaves, e trabalho de campo nas áreas específicas onde houver falta de informação actualizada. Não está prevista nenhuma deslocação fora de Maputo.

Grupo de Trabalho 5: Governação

Instituição / departamento / organização de execução proposto:

Coordenador principal: Dalmázia Cossa

Membros do grupo: Júlio Correia Langa (DPC), Francelina Romão (GM), Helena Correia (IMT), Geraldina Paulo Langa (DPC), João Fumane (IG), Nicoletta Feruglio (consultor, HS20/20)

a. Objectivo Geral

A RSS deverá elaborar um diagnóstico do estado de governação do sector de saúde e propor recomendações para a melhoria nesta componente.

b. Objectivos Específicos

1. Analisar a estratégia de desconcentração e devolução no sector da saúde particularmente o quadro legal, os níveis da administração do território e correspondentes estruturas competentes, as relações intergovernamentais, a separação das funções assim como os recursos financeiros alocados e a gestão dos mesmos;
2. Analisar as políticas, planos governamentais e orçamentos existentes no sector da saúde e descrever os mecanismos de formulação dos mesmos esclarecendo o nível de envolvimento/ participação das estruturas descentralizadas da saúde;
3. Analisar os mecanismos de implementação de políticas descrevendo a legislação, regulamentos, circulares, protocolos clínicos no sector da saúde, os mecanismos de divulgação e interpretação dos mesmos, os mecanismos de prestação de contas, a corrupção no sector da saúde e a questão do género;
4. Examinar o envolvimento da sociedade civil na formulação de políticas e legislação assim como na gestão dos serviços de saúde;
5. Analisar os papéis e responsabilidades dos vários actores no sector da saúde, nomeadamente os doadores, o sector privado não lucrativo, o seguro de saúde e a parceria publico privada, que intervém nos diferentes níveis do sistema;
6. Analisar em que medida as políticas desenhadas servem-se das evidências produzidas pelas instituições de investigação e académicas.

c. Metodologia

O diagnóstico de estado de governação do sector de saúde será baseado na revisão da documentação, realização de entrevistas aos sectores chave assim como a realização de uma visita de terreno a Província de Sofala, província piloto na descentralização do sector da saúde.

Grupo de Trabalho 6: Prestação de Cuidados de Saúde

Instituição / departamento / organização de execução proposto: DNSP/DNAM/INS

Coordenador principal: Dr. Chavane (DNSP)

Subgrupo de Trabalho 6.1: Promoção de Saúde

Instituição / departamento / organização de execução proposto: DNSP

Coordenador principal: Lídia Chongo (DNSP)

Membros do grupo: Dr. Nazir Amade (DNSP), Dra. Benigna (DNSP), Dr. Evelia Marole (DNSP), Dr. Benedito Toalha (SDC), Dra. Lídia Gouveia (DNSP), Dra. Edna Possolo (DNSP), Dra. Laura Mavota (DPROS), Dra. Daisy Trovoada (OMS), Wendy Prosser (consultor, HS20/20)

Subgrupo de Trabalho 6.2: Prevenção e Controlo

Instituição / departamento / organização de execução proposto: DNSP/DNAM

Coordenador principal: Lídia Chongo (DNSP)

Membros do grupo: Dr. Egidio Langa (DNSP), Dra. Ema Chuva (DNAM), Dr. Bucuane (DNAM), Dr. Abdul Mussa (DNSP), Dra. Rosalia Mutemba (DNSP), Dra. Olga Amiel (DNSP), Eng. Ana Paula Cardoso (DNSP), Dra. Carla Matos (DNSP), Dr. Alcino Ndeve (DNSP), Dra. Eulália Costa (DS Cidade Maputo), Dra. Carolina Soi (DNSP), Felipe Berho (consultor, HS20/20)

Subgrupo de Trabalho 6.3: Áreas transversais

Instituição / departamento / organização de execução proposto: DNAM, DNSP, INS

Coordenador principal: Dr. Caetano Pereira (DNAM)

Membros do grupo: Dr. Caciano Chipene (INE), Dra. Isaura Muchanga (INE), Dr. Patrício António (DNSP), Dr. Armando Bucuane (DNAM), Dr. Acácio Jose (INS), Dra. Lorna Gujral (Epidemiologia), Dra. Isabel Pinto (DNAM), Dra. Aisha Issufo (DNAM), Dra. Felisbela Gaspar (Medicina Tradicional), Kirsten Havemann (DANIDA), Klaus Sturbeck (consultor, HS20/20)

a. Objectivo Geral

O Grupo 6 será constituído por 3 subgrupos nomeadamente: Promoção de Saúde, Prevenção e Controlo de doenças e Áreas transversais. Estes grupos irão rever e analisar as funções do sistema de saúde na área de prestação de serviços e seu desempenho baseado nos critérios de equidade, acesso, qualidade e eficiência.

b. Objectivos Específicos

Visão geral de prestação de serviços:

1. Descrever o modelo de prestação de serviços (actividades realizadas na prática) em cada nível da rede sanitária (CS I, CS II, etc.).

2. Identificar os desafios gerais em relação a prestação de serviços (qualidade e consistência da informação, articulação entre os diferentes serviços, etc.)

Para as áreas de intervenção programáticas e prioritárias:

3. Analisar os diferentes modelos e estratégias de prestação de serviços em termos de:
 - Resultados
 - Equidade
 - Qualidade
 - Cobertura
 - Necessidades
 - Constrangimentos
4. Desenvolver um conjunto de recomendações essenciais.

c. Metodologia

O trabalho será feito em base a uma revisão de documentos chaves (relatórios, planos estratégicos, etc.), entrevistas com informantes chaves, e trabalho de campo nas áreas específicas onde houver falta de informação actualizada.

Grupo de Trabalho 7: Equipa de redacção do relatório: introdução e conclusão, incluindo as conclusões e recomendações chaves

Instituição / departamento / organização de execução proposto: DPC/Secretariado da RSS

Coordenador principal: Dr. Quinhas Fernandes (DPC)

Membros do grupo: Franziska freiburghaus, Elias Mangujo, Eva Pascoal, Eddie Karisa, consultores

a. Objectivo Geral

Este grupo será responsável pela elaboração e compilação de todas as informações a partir do capítulo introdutório, bem como reunir o material de outros grupos de trabalho, a elaboração do capítulo final, incluindo as principais conclusões, recomendações e implicações de política.

b. Objectivos Específicos

1. Escrever as secções específicas do capítulo introdutório fornecendo as metas e objectivos, objectivos gerais, incluindo as informações sobre a metodologia, a abordagem e uma descrição das fontes de dados utilizados no relatório;
2. Escrever o capítulo sobre o estado demográfico e de saúde da população com destaque para as tendências gerais e a carga das enfermidades;
3. Reunir todas as informações de outros GTs e Subgrupos num relatório abrangente (máximo 70 páginas);
4. Escrever as principais conclusões, recomendações e implicações de políticas baseadas na primeira versão (início de Dezembro de 2011).

IV. CRONOGRAMA GERAL DA REVISÃO DO SECTOR SAÚDE

1. Lançamento da RSS – 24/10/2011.
2. Recolha processamento e análise da informação e elaboração do primeiro rascunho – 24/10/2011 a 23/11/2011.
3. Workshop para análise em grupo do primeiro rascunho dos grupos e harmonização da informação – 24 e 25/11/2011.
4. Relatório preliminar – 16/12/2011.
5. Relatório Final – Fevereiro de 2012.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Integram estes termos de referência, todos os documentos produzidos ao longo dos trabalhos de grupo que culminaram com a elaboração do presente documento.

Todas as dúvidas no decurso da RSS deverão ser encaminhadas ao grupo do secretariado, de modo que possam ter o devido esclarecimento ou encaminhamento ao comité de direcção sob liderança do Sr. Secretário Permanente do MISAU.

Maputo, 24 de Outubro de 2011

ANEXO B: FUNÇÕES DOS ESCALÕES DA ADMINISTRAÇÃO DO ESTADO E ESTRUTURAS DA SAÚDE CORRESPONDENTES POR NÍVEL DE ATENÇÃO

Nível de Atenção	Responsabilidade	Instituição
Nível Primário		
Política/Definição de patamares para prestação de serviços	• Definição de políticas, leis e regulamentos	MISAU
	• Definição de taxas de utentes	MISAU
Planificação	• Definição do local do centro e sua capacidade	DPS/SDSMAS/MISAU
	• Definição de programas médicos arquitectónicos (planta padrão)	MISAU
Criação da estrutura	• Edificação do centro	DPS/GP/M
	• Apetrechamento de centros de saúde	DPS/GP
Operacionalização	• Funcionamento	
	• Aquisição de medicamentos e material medico cirúrgico	MISAU/DPS (em casos circunstanciais)
	• Aquisição de bens e serviços (higiene e limpeza, alimentação, fardamento e calçado etc.)	SDSMAS/DPS/M
	• Aquisição de meios de transporte	MISAU/M
	• Pessoal	
	• Contratar e despedir	SDSMAS para contratados/DPS
	• Colocação de pessoal ao centro	DPS para o Distrito. D no distrito.
	• Salário	D nos distritos com SISTAFE: DPPF nos distritos sem SISTAFE:
	• Formação continua	SDSMAS/DPS
	• Avaliação do desempenho	SDSMAS
	• Manutenção	
	• Manutenção de equipamentos (mobiliário, equipamento medico etc.)	SDSMAS (pequeno)/DPS (grande)/M
	• Manutenção de instalações	SDSMAS/M
	• Manutenção de meios de transporte	SDSMAS/M
Monitoria e Avaliação	• Controlo de qualidade dos serviços prestados	DPS – Integrada SDSMAS – Específica

Nível de Atenção	Responsabilidade	Instituição
	<ul style="list-style-type: none"> Doenças de notificação obrigatória 	US á D. D á GP
	<ul style="list-style-type: none"> Preenchimento de modulo básico (SIS) 	US
Nível Secundário		
Politica/Definição de patamares para prestação de serviços	<ul style="list-style-type: none"> Definição de politicas, leis e regulamentos 	MISAU
	<ul style="list-style-type: none"> Definição de taxas de utentes 	MISAU
Planificação	<ul style="list-style-type: none"> Definição do local do hospital e sua capacidade 	MISAU
	<ul style="list-style-type: none"> Definição de programas médicos arquitectónicos (planta padrão) 	MISAU
Criação da estrutura	<ul style="list-style-type: none"> Edificação do hospital 	MISAU
	<ul style="list-style-type: none"> Apetrechamento do hospital 	MISAU
Operacionalização	<ul style="list-style-type: none"> Funcionamento 	
	<ul style="list-style-type: none"> Aquisição de medicamentos e material medico cirúrgico 	CMAM
	<ul style="list-style-type: none"> Aquisição de bens e serviços (higiene e limpeza, alimentação, fardamento e calçado etc.) 	SDSMAS/DPS/US
	<ul style="list-style-type: none"> Aquisição de meios de transporte 	MSAU/DPS
	<ul style="list-style-type: none"> Pessoal 	
	<ul style="list-style-type: none"> Contratar e despedir 	MISAU/SDSMAS para os contratados
	<ul style="list-style-type: none"> Colocação de pessoal ao centro 	MISAU - Técnicos DPS - Agentes de Medicina SDSMAS – Agentes de Serviço
	<ul style="list-style-type: none"> Salário 	SDSMAS
	<ul style="list-style-type: none"> Formação continua 	US/DPS
	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação do desempenho 	US
	<ul style="list-style-type: none"> Manutenção 	
	<ul style="list-style-type: none"> Manutenção de equipamentos (mobiliário, equipamento medico etc.) 	SDSMAS/DPS
	<ul style="list-style-type: none"> Manutenção de instalações 	SDSMAS/DPS
	<ul style="list-style-type: none"> Manutenção de meios de transporte 	SDSMAS/DPS
Monitoria e Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> Controlo de qualidade dos serviços prestados 	US
	<ul style="list-style-type: none"> Doenças de notificação obrigatória (semanal?) 	US
	<ul style="list-style-type: none"> Preenchimento de modulo básico (SIS) 	US
Nível Terciário		
Politica/Definição de patamares para prestação de serviços	<ul style="list-style-type: none"> Definição de politicas, leis e regulamentos 	MISAU
	<ul style="list-style-type: none"> Definição de taxas de utentes 	MISAU
Planificação	<ul style="list-style-type: none"> Definição do local do centro e sua capacidade 	MISAU

Nível de Atenção	Responsabilidade	Instituição
	<ul style="list-style-type: none"> Definição de programas médicos arquitectónicos (planta padrão) 	MISAU
Criação da estrutura	<ul style="list-style-type: none"> Edificação do centro 	MISAU
	<ul style="list-style-type: none"> Apetrechamento de unidades sanitárias 	MISAU
Operacionalização	<ul style="list-style-type: none"> Funcionamento 	
	<ul style="list-style-type: none"> Aquisição de medicamentos e material medico cirúrgico 	CMAM/US
	<ul style="list-style-type: none"> Aquisição de bens e serviços (higiene e limpeza, alimentação, fardamento e calçado etc.) 	US
	<ul style="list-style-type: none"> Aquisição de meios de transporte 	MISAU
	<ul style="list-style-type: none"> Pessoal 	
	<ul style="list-style-type: none"> Contratar e despedir 	MISAU via DPS US para contratados
	<ul style="list-style-type: none"> Colocação de pessoal ao Hospital Provincial 	MISAU via DPS
	<ul style="list-style-type: none"> Salário 	US
	<ul style="list-style-type: none"> Formação continua 	US/DPS
	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação do desempenho 	US e a DPS homologa
	<ul style="list-style-type: none"> Manutenção 	
	<ul style="list-style-type: none"> Manutenção de equipamentos (mobiliário, equipamento medico etc.) 	US
	<ul style="list-style-type: none"> Manutenção de instalações 	US
<ul style="list-style-type: none"> Manutenção de meios de transporte 	US	
Monitoria e Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> Controlo de qualidade dos serviços prestados 	US
	<ul style="list-style-type: none"> Doenças de notificação obrigatória (semanal?) 	US
	<ul style="list-style-type: none"> Preenchimento de modulo básico (SIS) 	US
Nível quaternário		
Politica/Definição de patamares para prestação de serviços	<ul style="list-style-type: none"> Definição de politicas, leis e regulamentos 	MISAU
	<ul style="list-style-type: none"> Definição de taxas de utentes 	MISAU
Planificação	<ul style="list-style-type: none"> Definição do local do centro e sua capacidade 	MISAU
	<ul style="list-style-type: none"> Definição de programas médicos arquitectónicos (planta padrão) 	MISAU
Criação da estrutura	<ul style="list-style-type: none"> Edificação do centro 	MISAU
	<ul style="list-style-type: none"> Apetrechamento de unidades sanitárias 	MISAU
Operacionalização	<ul style="list-style-type: none"> Funcionamento 	
	<ul style="list-style-type: none"> Aquisição de medicamentos e material medico cirúrgico 	CMAM/US
	<ul style="list-style-type: none"> Aquisição de bens e serviços (higiene e limpeza, alimentação, fardamento e calçado etc.) 	US
	<ul style="list-style-type: none"> Aquisição de meios de transporte 	MISAU/DPS
	<ul style="list-style-type: none"> Pessoal 	

Nível de Atenção	Responsabilidade	Instituição
	• Contratar e despedir	MISAU o MISAU via DPS US para contratados
	• Colocação de pessoal ao Hospital Central	MISAU o MISAU via DPS
	• Salário	US
	• Formação continua	US/MISAU/DPS
	• Avaliação do desempenho	US/MISAU/DPS
	• Manutenção	
	• Manutenção de equipamentos (mobiliário, equipamento medico etc.)	US
	• Manutenção de instalações	US
	• Manutenção de meios de transporte	US
Monitoria e Avaliação	• Controlo de qualidade dos serviços prestados	US
	• Doenças de notificação obrigatória	US
	• Preenchimento de modulo básico (SIS)	US

MISAU - Ministério de Saúde; GP - Governo Provincial; DPPF – Direcção Provincial de Plano e Finanças; DPS - Direcção Provincial de Saúde; D - Distrito; SDSMAS - Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social; M - Município; US – Unidade Sanitária

ANEXO C: DOCUMENTOS CONSULTADOS

- Impact of environmental degradation and emergencies on children in Mozambique – Part I.* (2011, May 12). Retrieved July 2012, from UNICEF: http://www.unicef.org/mozambique/media_8275.html
- Augusto G., R. N. (2009). Geographic Distribution and Prevalence of Schistosomiasis and Soil-Transmitted Helminths among Schoolchildren in Mozambique. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 81(5), 799-803.
- Augusto, G. (2009). *Distribuição Geográfica e Prevalência da Esquistossomíase e dos Helmintos transmitidos pelo solo em crianças em idade escolar em Moçambique.* MISAU.
- Baruwa, E. K. (2012). *Community-based Care Costing in Mozambique.* Bethesda: Health Systems 20/20 Project, Abt Associates Inc.
- Budget Analysis Group. (2011). *Breve análise das tendências nos orçamentos do sector da saúde no período 2006/11 (Versão 7).*
- Chilundo. (2008). *Estudo de Avaliação Multi-Nacional de Impacto na Saúde do Escalonamento da Luta contra o SIDA, Tuberculose e Malária com referência especial ao Fundo Global.*
- CNCS, UNAIDS. (2012). *2012 Global AIDS Response Progress Report. For the Period 2010-2011, Mozambique.*
- Dados do PNCT. (n.d.).
- DDNT/MISAU. (n.d.). *Plano Estratégico para Prevenção e Controlo do Trauma e Violência do Ministério da Saúde 2011-2015.*
- DE/MISAU. (2010). *Relatório Enfermaria Modelo .*
- DIS/MISAU. (2010, 2011). . *Relatório de Supervisão Integrada de Niassa, da Zambézia, de Nampula, de Gaza, de Sofala, de Tete. Documentos de trabalho.*
- DIS/MISAU. (2010, 2011). *Relatórios de Supervisão.*
- DIS/MISAU. (2011). *Inventário nacional de distribuição de PC. Documento de Trabalho.*
- DIS/MISAU. (2011). *Relatório de Supervisão Integrada de Niassa. Documento de trabalho.*
- DMA/MISAU. (n.d.). *Plano Nacional de Monitoria e Avaliação. Em elaboração.*
- DNAM/MISAU. (2008). *Funções e normas de funcionamento das unidades sanitárias, serviços clínicos.*
- DNAM/MISAU. (2009). *Relatório II Ronda de Recolha de Dados do Programa HIVQUAL.*
- DNAM/MISAU. (2010). *Estratégia de Planeamento Familiar e Contraceção.*
- DNAM/MISAU. (2011). *Pacote de serviços prestados.*
- DNAM/MISAU. (2011). *Relatório Anual de 2010.*
- DNAM/MISAU. (2011). *Relatório das visitas de supervisão.*
- DNAM/MISAU. (2011). *Relatório de actividades de PCI.*

- DPC/MISAU. (2009). *Manuais do Facilitador e do Participante: Curso Integrado de Planificação, Monitoria e Avaliação e Sistemas de Informação em Saúde.*
- DPC/MISAU. (2009). *Plano Estratégico do SIS 2009-2014. Situação actual e perspectiva.*
- DPC/MISAU. (2010). *Termos de Referência das Unidades de Monitoria e Avaliação dos Órgãos Centrais. Documento de Trabalho.*
- DPC/MISAU. (2011). *Termos de referência do Departamento de Monitoria e Avaliação.*
- Global Fund. (2008). *Guião Geral sobre a Verificação dos Dados do Fundo Global.*
- Global Fund. (n.d.). *Guião Geral sobre a Verificação dos Dados do Fundo Global.*
- Governo de Moçambique. (2010). *Relatório de Avaliação Nacional PES, 2010.* Maputo.
- Governo de Moçambique, Sal & Caldeira, Ximungo Consultores. (2009). *Análise do Impacto da Estruturadas Despesas sobre o Desenvolvimento Económico e as Condições de Vida em Moçambique, Maputo.*
- Health Systems Database. (n.d.). Retrieved July 2012, from Health Systems 20/20: <http://healthsystems2020.healthsystemsdatabase.org/reports/Reports.aspx>
- Helen Keller International. (2001). *Estudo da Prevalência do Tracoma, Província de Manica, Moçambique.*
- INE, MISAU e ORC Macro. (2005). *Inquérito Demográfico e de Saúde 2003.* Calverton.
- INE, MISAU, ICF International. (2012). *Inquérito Demográfico e de Saúde Moçambique 2011: Relatório Preliminar.* Calverton.
- INE, UNICEF. (2009). *Inquérito de Indicadores Múltiplos 2008.* Maputo.
- International Health Partnership. (2009). *Taskforce on innovative international financing for health systems: More money for health, and more health for the money.*
- International Monetary Fund. (2011). *World Economic Outlook.*
- I-TECH. (2009). *Módulo Básico Fase I: Avaliação e Recomendações para o Futuro.*
- Jani, I. N. (2011). Effect of point-of-care CD4 cell count tests on retention of patients and rates of antiretroviral therapy initiation in primary health clinics: an observational cohort study. *Lancet*, 378, 1572-1579.
- Ministério de Planeamento e Desenvolvimento. (2010). *Relatório sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio Moçambique 2010.* Maputo.
- MISAU. (2006). *Matriz das Principais Recomendações da 2ª Reunião Nacional para a Aceleração de Eliminação da Lepra em Moçambique. Grau de Cumprimento das Principais Recomendações.*
- MISAU. (2008). *Plano estratégico nacional de prevenção e controlo das doenças não transmissíveis para o período 2008-2014.*
- MISAU. (2010). *Indicadores do Quadro de Avaliação do Desempenho do Sector da Saúde.*
- MISAU. (2011). *Indicadores do Quadro de Avaliação do Desempenho do Sector da Saúde.*
- MISAU. (2011). *Relatório de Avaliação de Necessidades SMI.*
- MISAU, CNCS, INE. (2010). *Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA 2009/2010).* Maputo.
- MISAU, INE, ORC Macro. (1998). *Inquérito Demográfico e de Saúde Moçambique 1997.* Calverton.

- MISAU, UNFPA. (2010). *Availability of Modern Contraceptives and Essential Life Saving Maternal/RH Medicines in Health Facilities*.
- Mozambique Country Overview. (n.d.). Retrieved July 2012, from UNAIDS:
<http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/mozambique/>
- Portal do Governo de Moçambique. (n.d.). Retrieved July 2012, from Segurança Social:
<http://www.portaldogoverno.gov.mz/Servicos/segurancaSoc/>
- Rational Use fo Medicines. (n.d.). Retrieved July 2012, from World Health Organization:
http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/en/
- Save the Children Norway. (2005). *Study Report on Sexual Violence of Girls in Mozambican Schools*.
- UNFPA, A. A. (2004). *Pilot project for addressing gender based violence in RH clinic, Evaluation report*.
- United Nations. (2011). *World Population Prospects, The 2010 Revision: Highlights and Advance Tables*. New York.
- United States & International Profiles/Mozambique. (n.d.). Retrieved July 2012, from Population Reference Bureau:
<http://www.prb.org/DataFinder/Geography/Data.aspx?ind=45,54,247&loc=284,241&hl=False>
- Why are some tropical diseases called "neglected"? (n.d.). Retrieved July 2012, from World Health Organization: <http://www.who.int/features/qa/58/en/index.html>
- World Bank. (2011). *Woold Development Indicators*.
- World Bank, African Development Bank, UNICEF, WHO. (2012). *Water Supply and Sanitation in Mozambique: Turning Finance into Services for 2015 and Beyond*.
- World Health Organization. (2010, May). *World Health Organization Bulletin*, 88(5), 321-400.
- World Health Organization. (2012). *World Health Statistics*.



)