



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

---

MINISTÉRIO DA SAÚDE

**PLANO ESTRATÉGICO DO SECTOR SAÚDE 2007 -2012**

**1. Introdução**

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Saúde é *«um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não somente ausência de doença ou de enfermidade»*.

A Saúde é um bem precioso que é necessário promover, preservar, manter e melhorar. O Artigo 89 da Constituição da República consagra o direito dos cidadãos à Saúde, nos seguintes termos: *«Todos os cidadãos têm o direito à assistência médica e sanitária, nos termos da lei, bem como o dever de promover e defender a saúde pública»*.

O direito à Saúde está também consagrado na Carta dos Direitos Humanos das Nações Unidas que o nosso país subscreveu.

O Estado de Saúde da população é condicionado por uma multiplicidade de factores, que se situam nas seguintes áreas:

- Ambiente em relação com o Habitat humano,
- Disponibilidade, higiene e condições de Abastecimento de água,
- Nutrição (quantidade, qualidade e higiene dos alimentos),
- Educação (geral, cívica, nutricional e para a Saúde),
- Ambiente psico-socio-cultural, que condiciona o Comportamento,
- Características genéticas e Dinâmica da População,
- Forma de Organização dos Serviços de Saúde e
- Tecnologia médica (preventiva, curativa, reabilitativa e de atenuação do sofrimento).

A análise científica dos factores que condicionam a Saúde de uma comunidade mostra, que a medicina (tecnologia médica) constitui unicamente um de entre eles, e nem sempre o mais importante. Para a Saúde contribuem também factores de ordem sócio-económica e sócio-cultural

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

tão importantes ou mais do que a tecnologia médica. Muitos destes factores estão fora do controlo directo do Sector Saúde e são ligados ao Desenvolvimento global da Nação.

Os factores que condicionam a Saúde de uma comunidade não exercem todas influências positivas, pois alguns exercem mesmo influências negativas. Uma correcta política de Saúde deve portanto visar promover os factores que influem positivamente sobre a Saúde e eliminar ou atenuar os que influem negativamente e não se pode limitar unicamente à Prestação de Cuidados médicos.

Por outro lado é conveniente esclarecer também que os elementos condicionantes da Saúde duma comunidade são basicamente os mesmos, qualquer que seja o estado de desenvolvimento sócio-económico dessa comunidade, mas podem tomar aspectos e características diferentes, de acordo com o seu estado de desenvolvimento. A acção para a Saúde é parte integrante do Desenvolvimento sócio-económico e visa melhorar a qualidade de vida.

A Saúde é também condição essencial para o Desenvolvimento sustentável do país, pois o Desenvolvimento exige uma população saudável e com alta capacidade produtiva. Os cidadãos doentes, desnutridos ou portadores de incapacidade ou deficiência física ou mental têm uma capacidade produtiva reduzida.

Em directa relação com o Desenvolvimento sustentável está o combate à pobreza, em que o nosso país está fortemente envolvido e mobilizado. O Ministério da Saúde tem um importante papel a cumprir, tanto no combate às causas da pobreza, como no alívio das suas consequências.

A preocupação central do Governo de Moçambique na área de saúde é melhorar o acesso com equidade a serviços de saúde essenciais e assegurar que o sector saúde desempenha um papel essencial na estratégia de redução da pobreza no País.

O presente Plano Estratégico do Sector Saúde é parte integrante do Programa Quinquenal do Governo (2005-2009) e do PARPA II e, baseia-se nas directivas do Governo para a área de saúde. Incorpora também a estratégia de saúde africana (2007-2015), a estratégia da Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral (SADC) e as estratégias e objectivos do quadro referencial da Nova Parceria para o Desenvolvimento de África (NEPAD). O Plano Estratégico do Sector Saúde enquadra-se no processo de descentralização em curso no Governo de Moçambique e incorpora também os princípios de uma Programação de Abordagem Sectorial Ampla “Sector Wide Approach to Policymaking” (SWAP).

O Plano Estratégico do Sector Saúde marca uma etapa importante de um processo de busca de consensos sobre as abordagens a adoptar para a melhoria do estado de saúde do povo moçambicano e visa essencialmente reduzir as iniquidades entre a zona rural e urbana assim como as iniquidades ligadas ao género, educação e o nível sócio económico. O Plano estratégico é um guia para todos os intervenientes do sector saúde. É o quadro referencial a partir do qual os planos distritais e provinciais incluindo os planos intersectoriais devem ser desenvolvidos. O Plano Estratégico vai facilitar o alinhamento das estratégias do sector para o desenvolvimento das prioridades definidas pelo governo de Moçambique. Constitui a base dos consensos obtidos entre o Ministério e seus parceiros de desenvolvimento.

A revisão de médio prazo feita ao Plano Estratégico do Sector Saúde que cobriu o período 2001-2005 revelou que foram feitos progressos significativos pelo sistema de saúde como resultado da

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

dinâmica do crescimento económico e do investimento directo do Governo na área de saúde. Várias são as lições chaves apreendidas do plano estratégico anterior: o sector teve sérios constrangimentos na área de recursos humanos para a saúde, o nível de financiamento manteve-se abaixo do recomendado pelo relatório de macroeconomia em saúde 34 dólares americanos Per capita, o mínimo necessário para prestar cuidados de saúde com qualidade. A iniquidade no acesso a cuidados de saúde manteve-se durante a vigência do Plano Estratégico anterior e continua sendo um grande desafio. Alguns resultados positivos da implementação do Plano Estratégico anterior relacionam-se com o aumento da distribuição de medicamentos e os grandes progressos feitos na área de imunização à crianças, situação que resultou em diminuição da mortalidade infantil

A pandemia do HIV/SIA continua a expandir-se, a prevalência em 2003 foi de 16%. Preocupa o fraco conhecimento de famílias sobre a saúde especialmente em relação ao planeamento familiar, importância do parto institucional, aleitamento materno e a cuidados em relação a infecções respiratórias agudas, diarreia e malária. Mantém-se a lacuna nas coberturas em saúde especialmente nas zonas rurais. A contribuir para esta situação é a escassez de recursos humanos e a sua contínua concentração em Maputo e em outras cidades.

O país continua a ser caracterizado pela baixa esperança de vida ao nascer em 2001 era 42 anos e por uma taxa de mortalidade infantil de 101 mortes em cada 1000 nascidos vivos em 2003 e a taxa de mortalidade em menores de cinco anos foi de 153 por 1000. Entre 1997 e 2003 a taxa de mortalidade infantil desceu para 32 por cento sendo esta provavelmente uma das maiores reduções na África Subsaariana. Durante este período as estimativas do Banco Mundial indicavam uma taxa de mortalidade materna de 980 por 100,000 Nados Vivos em 1995 (World Bank development report 2004) o que para qualquer padrão é considerado elevado. De referir que 41% de crianças menores de cinco anos foram encontrados como malnutrição crónica (pequenas para a idade) e 24% com baixo peso à nascença.

Em relação aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, Moçambique reduziu a taxa de mortalidade em menores de cinco anos de 226 por 1000 (IDS 1993) para 153 por 1000 (IDS 2003) o que significa uma redução de um terço num período de 10 anos. Se a mesma tendência se mantiver vai ser possível Moçambique atingir a meta dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio de 76 por 1000 em 2015. Segundo o (IDS) a taxa de mortalidade materna reduziu significativamente de 908 por 100,000 NV para 408 por 100,000 Nascidos vivos, estando perto da meta dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio de 365 por 100,000Nv até 2015. Enquanto as perspectivas são boas, não se pode porém considerar que as tendências por si vão continuar favoráveis, há relatos de reversão de indicadores em outros países. Para manter a actual tendência o Ministério da Saúde vai envidar esforços para aumentar as coberturas sobretudo estendendo para as áreas desprovidas de serviços e melhorar a qualidade dos serviços oferecidos.

Importa realçar que o financiamento em saúde continua dependente de recursos externo em cerca de 70%; com uma despesa per capita de 7.4 em 2000. A despesa total em saúde em relação ao PIB aumentou de 2.3% em 1997 para 3.4% em 2000. Do Orçamento global do Ministério da Saúde apenas é alocado para despesas com salário e outra despesas com pessoal 45 %.

## **1º RASCUNHO (NÃO CITAR)**

O maior provedor de serviços de saúde em Moçambique é o Ministério da saúde, complementado por cerca de 112 ONGs que prestam serviços de saúde. As unidades sanitárias estão distribuídas de forma desigual apesar de esforços do Governo para reduzir a inequidade em cobertura entre províncias. A variação de recursos humanos colocados nas províncias continua sendo crítica. Os dois extremos são a Província de Cabo Delgado na zona Norte do país com 60,000 hab/ médico e e Maputo Cidade na Zona sul com 4000 hab/médico. Moçambique tem um médico/ 44,000 hab comparado com a África Sub-Sahariana que tem um médico/ 22,000 hab.

Em relação a alocação de recursos financeiros pelo nível de prescrição de cuidados, os gastos em saúde continuam com envasamento estando a ser alocados para os níveis mais elevados de prestação de cuidados. Os hospitais de nível terciário têm uma base urbana, com foco de atenção em actividades curativas menos custo eficazes. Em Moçambique 38% dos gastos em cuidados de saúde são feitos no 3º nível.

Em 2003 um estudo sobre as despesas em saúde mostrou que apenas dois terços dos postos de saúde ofereciam serviços de vacinação à crianças, 14% de unidades sanitárias faziam testes de Malária e apenas uma minoria tinha algum meio de comunicação (telefone, rádio). Cerca de 37% das unidades sanitárias incluídas no inquérito tinham electricidade porém, com falta de equipamento como aparelho de medição de tensão arterial e uma balança para pesagem. A maioria das unidades sanitárias incluídas no estudo referiram rotura de stocks de medicamentos nos últimos seis meses.

Reconhece-se que a melhoria da saúde dos pobres é crucial para a redução da pobreza, porque doença e pobreza estão estreitamente associados e formam um verdadeiro círculo vicioso. As infecções se transmitem mais rapidamente em situações ambientais de risco, caracterizadas pela pobreza, pela sobrepopulação, por más condições de habitação, de ventilação, de saneamento e, sobretudo, pela má nutrição. No seguimento do principio de desenvolvimento do capital humano o sector vai reduzir a lacuna no acesso a serviços de saúde de qualidade, reduzir as barreiras económicas no acesso a serviços para os pobres e melhorar a eficiência e eficácia na utilização de serviços.

O Plano Estratégico do Sector Saúde também tem como objectivo traduzir e integrar as iniciativas e metas internacionais em metas de nível provincial e distrital e orientar a indicação de metas locais. Para este fim e no contexto dos desafios das Metas de Desenvolvimento do Milénio, o sector pretende reduzir em dois terços a taxa de mortalidade de menores de cinco anos até 2015, reduzir as taxas de infecção pelo HIV/SIDA para 25% entre 15-24 anos até 2015, diminuir a mortalidade por Tuberculose e Malária até 50% em 2010, reduzir em três quartos o rácio da mortalidade materna até 2015 e atingir o acesso universal a serviços de saúde sexual e reprodutiva em 2015.

## **2. Análise da situação**

### **2.1. Situação sócio-económica e demográfica**

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

De acordo com as projecções anuais da população (1997-2012), a população do país está calculada em 17,000,000 habitantes (INE), com um crescimento natural de 2.4% (Censo). Cerca de metade (44,5%) da população são crianças menores de 15 anos e o índice de dependência está estimado em aproximadamente 90%. De referir que 75% da população do país é rural.

A economia do país cresceu a uma taxa ligeiramente superior a 10% no início da implementação do PESS 2000 – 2005. A última avaliação da pobreza demonstrou que os níveis de pobreza tem reduzido substancialmente duma média nacional de 69% em 1997 para 54% em 2003 (PARPA II). Apesar deste crescimento extraordinário da economia, a incidência da pobreza também continuou a aumentar e atingiu um nível em que 70% da população vive em pobreza absoluta. Comparando os dados de 1997 e 2003, há uma redução dos índices de pobreza em quase todas as províncias com excepção das províncias de Cabo Delgado e Maputo Província onde se notou um agravamento dos mesmos.

**Tabela.1: Incidência da Pobreza**

**Estimativa -Intervalo de Confiança (95%) (2002-03)**

<b>Região</b>	<b>1996-97</b>	<b>2002-03</b>	<b>Limite Inferior</b>	<b>Limite Superior</b>
Nacional	69,4	54,1	50,6	57,5
Urbana	62,0	51,5	46,3	56,7
Rural	71,3	55,3	51,2	59,4
Niassa	70,6	52,1	41,1	63,2
Cabo Delgado	57,4	63,2	55,8	70,5
Nampula	68,9	52,6	43,0	62,3
Zambézia	68,1	44,6	34,6	54,6
Tete	82,3	59,8	51,5	68,1
Manica	62,6	43,6	35,4	51,7
Sofala	87,9	36,1	29,1	43,1
Inhambane	82,6	80,7	75,9	85,5
Gaza	64,6	60,1	53,2	67,1
Maputo Província	65,6	69,3	63,4	75,2
Maputo Cidade	47,8	53,6	47,3	59,9

Fonte: PARPA II

Moçambique tem um PIB anual calculado em US\$310 (Banco Mundial 2006). Tendo beneficiado da Iniciativa HIPC (Países Pobres Altamente Endividados), Moçambique conseguiu libertar as obrigações de serviço da dívida para apoiar a prestação de serviços sociais. Actualmente, o Governo gasta cerca de US\$ 20 per capita em saúde (MISAU/DPC), dos quais cerca de 60% provêm dos parceiros de desenvolvimento (PARPA II,).

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

O estado de saúde da população é influenciado por vários factores determinantes, de entre os quais os seguintes:

i) O baixo **nível de escolaridade** é característico da população em geral ( 47,8% ) e da mulher em particular , com uma taxa de alfabetização 32,7% contra os 63,5% dos *homens*. O último Inquérito Demográfico e de Saúde demonstrou uma forte associação entre o local de residência (rural ou urbana) ,o nível de escolaridade da mulher e a utilização de serviços de saúde . Segundo o gráfico.1 , há uma relação directa entre os factores atrás mencionados e o estado vacinal da criança , isto é , a utilização de serviços é maior nas zonas urbanas e é directamente proporcional ao nível de escolaridade. É de referir que este padrão se repete quando se analisam outros indicadores de cobertura e do estado de saúde , como a taxa de cobertura de partos institucionais, consulta pré-natal entre outros, e sublinham a importância destes factores determinantes sobre o estado de saúde da população.

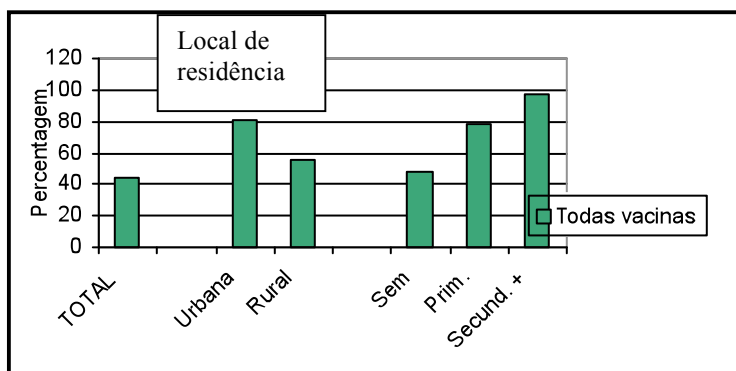


Gráfico 1: Padrão vacinal e a área geográfica e nível de escolaridade, IDS 2003

Nível de escolaridade

ii) Estes factores apesar de não serem específicos do sector, contribuem grandemente para os resultados que o sector poderá atingir, pelo que haverá necessidade de se reforçar a advocacia nesse sentido.

II.) O **Meio ambiente é desfavorável** a uma boa saúde, particularmente nas grandes cidades devido em parte ao sobre-povoamento, tratamentos deficientes de lixo e excretas humanos, estagnação de águas pluviais por deficiente drenagem entre outros. A “endemia” da cólera, meningite e disenteria sugerem a necessidade de reforço do papel de advocacia do MISAU relativamente a estes factores determinantes da saúde, e uma melhor definição dos papéis e responsabilidades de cada sector em questões fundamentais como sejam, o ordenamento urbano, a drenagem de águas pluviais, remoção e processamento de dejectos, higiene na comercialização de produtos alimentares em mercados informais entre outros. Os hábitos e comportamento dos cidadãos (relacionado com o seu nível de educação e estatuto sócio-económico), contribuem igualmente para perpetuar esta situação . Um estudo realizado pela UNICEF (*Progresso para as Crianças: água, saneamento e os ODM* ) em 2004, revelou que apesar do país apresentar melhorias notáveis no acesso a instalações de saneamento melhoradas quando comparado a outros países da região, encontra-se ainda longe de atingir as metas do milénio (60 % de acesso

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

até 2015) , pois em 2004 apenas 19 por cento da população nas zonas rurais em Moçambique tinha acesso a instalações melhoradas de saneamento, comparado com 53 por cento nas zonas urbanas, totalizando apenas 32 por cento.

Com vista a inverter o cenário actualmente existente na área de saúde ambiental, está em curso a elaboração de uma estratégia de saúde ambiental que irá regulamentar as intervenções chave nesta área , permitindo que exista um documento orientador que facilitará ao sector executar as acções da sua responsabilidade, bem como a interligação com outros sectores a todos os níveis. Algumas iniciativas como a Campanha de Saneamento do meio prevista para 2008 poderão chamar a atenção da sociedade civil para a necessidade de observância das regras básicas de higiene individual e colectiva através da adopção de uma postura cívica em relação ao meio ambiente.

iii) O **acesso a água potável** é um elemento essencial para a garantia da qualidade de vida, e a sua disponibilidade está associada a um melhor perfil epidemiológico , especialmente no que concerne a ocorrência de doenças diarreicas, pois esta permite aumentar os níveis de higiene individual e colectiva. As crianças mais novas são mais vulneráveis aos efeitos negativos da água não segura, quantidades insuficientes de água, saneamento pobre e falta de higiene.

A água não potável, disponibilidade inadequada de água para higiene e a falta de acesso a saneamento contribuem conjuntamente, a nível global, para cerca de 88 por cento das mortes causadas por doenças diarreicas, e para mais de 1.5 milhões das 1.9 milhões de crianças menores de cinco anos que perecem devido à diarreia em cada ano. Isto totaliza 18 por cento de todas as mortes de menores de cinco anos e significa que mais de 5.000 crianças estão a morrer todos os dias como resultado de doenças diarreicas (*UNICEF: Progresso para as Crianças: água, saneamento e os ODM* ).

**O Abastecimento de água potável continua insuficiente** para satisfazer as necessidades básicas da população, segundo um estudo feito pela UNICEF (*Progresso para as Crianças: água, saneamento e os ODM* ,2004). Este estudo considera o acesso a água potável em quantidade e qualidade aceitáveis, como um dos maiores desafios para o alcance das metas do Milénio (68% de cobertura de fontes melhoradas de água potável até 2015), pois apenas 26 por cento da população nas zonas rurais tinha acesso à fontes melhoradas de água potável (comparado com 72 por cento nas zonas urbanas), sendo a cobertura total de apenas 43 por cento em todo o país.

Uma das responsabilidades do sector saúde é garantir uma boa qualidade de água , não somente através da testagem laboratorial mas também efectuando o seu tratamento evitando que a mesma possa constituir um veículo de transmissão de doenças; neste contexto, o departamento de saúde ambiental tem sido contundente a todos os níveis para a manutenção deste bem precioso. Há no entanto a necessidade de reforço da comunicação intersectorial neste âmbito, para garantir por um lado a provisão de água nas USs até ao nível mais periférico, e a qualidade da água para o consumo por outro.

### a. Estruturas do governo local

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

O país está dividido em 11 províncias e 128 distritos e 33 município. A cidade de Maputo tem o estatuto de província. Os ministérios sectoriais, tais como os de serviços económicos e sociais, incluindo o sector da saúde, estão representados a nível provincial e distrital. A nível distrital, a estrutura de governação consiste em directores distritais de vários sectores que respondem no dia a dia ao Administrador Distrital em questões administrativas. O país está actualmente a seguir uma política de descentralização onde se pretende reforçar o distrito, de referir que é um processo relativamente novo que deverá ter o devido acompanhamento do sector para garantir a gradual descentralização de algumas competências para este nível, como é o caso do processo de planificação distrital.

### O sector saúde em Moçambique

O sector saúde em Moçambique obedece a estrutura político-administrativa, e é composto por três níveis: Central, Provincial e Distrital cujas funções permitem a prestação de cuidados de saúde a população Moçambicana.

O Nível Central, é um órgão orientador, pois realiza funções de definição de políticas, normas, regulamentos, etc, sendo a este nível onde é feita a planificação estratégica do sector como um todo, e são delineadas as principais estratégias do sector que servirão de orientação para a planificação provincial e distrital, i é, define as principais intervenções por níveis. No nível central encontra-se centralizada a gestão financeira de bens de capital como os grandes investimentos na rede secundária, terciária e quaternária, aprovisionamento de transporte, equipamento bem como as despesas com medicamentos. É de referir, que esta centralização da gestão de fundos a nível central, tem a sua razão de ser pois na prática, a concentração é apenas aparente pois são acções de carácter específico (ex.: medicamentos, equipamento médico), que carecem de uma actuação acertada e atempada por pessoal qualificado para que se garanta o aprovisionamento dos mesmos a todos níveis. De realçar que estas funções exercidas pelo nível central tem o seu impacto nos níveis provincial e distrital.

O Nível Provincial realiza funções de planificação provincial tendo em linha de conta as orientações estratégicas definidas centralmente, mas adequando-as a situação real de cada província. A este nível são coordenadas as actividades de saúde dos distritos, através de planos anuais com metas estabelecidas para os vários programas prioritários. Este nível garante a armazenagem e distribuição de materiais e medicamentos para toda a rede sanitária da província e garante que sejam cumpridas as normas e regulamentos definidos pelo nível central.

O Nível Distrital constitui a entidade implementadora dos planos concebidos a nível distrital de acordo com as prioridades definidas pelo sector e harmonizado com o nível provincial. O distrito através da sua rede sanitária, permite a prestação de cuidados de saúde primários às comunidades mais recôndidas, fornecendo igualmente uma atenção diferenciada nas sedes distritais.

O Sistema de Saúde em Moçambique inclui do sector público, sector privado com fins lucrativos, o sector privado com fins não lucrativos. Destes, até agora, o sector público que é o Serviço Nacional de Saúde (SNS) constitui o principal prestador de serviços de saúde à escala nacional.

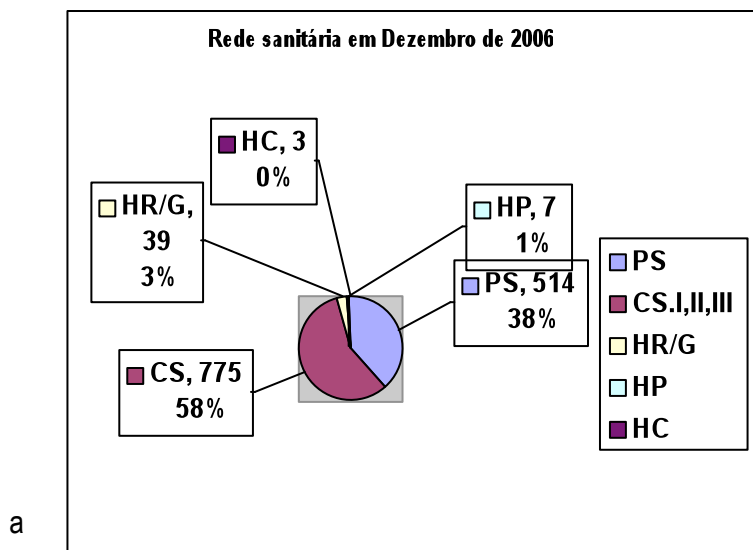


## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

O Serviço Nacional de Saúde ( SNS ) está organizado em quatro níveis de atenção . **O nível primário** (I) corresponde aos Centros de Saúde e têm como função executar a estratégia de Cuidados de Saúde Primários (CSP). Estas USs constituem o o primeiro contacto da população com os Serviços de Saúde. O centro de Saúde , tendo sob sua responsabilidade a Saúde da População e do ambiente, deve assegurar a cobertura sanitária de uma população dentro de uma zona geográfica bem definida pela Área de Saúde. **O nível secundário** (II) é composto pelos Hospitais Distritais, Rurais e Gerais e têm como função prestar Cuidados de Saúde Secundários e constitui o primeiro nível de referência para os doentes que não encontram resposta nos Centros de Saúde. **O nível terciário** (I) é composto pelos Hospitais Provinciais e constituem a referência para os doentes que não encontram soluções ao nível dos Hospitais Distritais, Rurais e Gerais bem como dos doentes provenientes de Hospitais Distritais e Centros de Saúde que se situam nas imediações do Hospital Provincial e que não tem Hospital Rural nem Geral para onde possam ser transferidos. **O nível quaternário** (IV) é composto pelos Hospitais Centrais , e constitui a referência para os doentes que não encontram soluções ao nível dos Hospitais Provinciais, Distritais, Rurais e Gerais bem como dos doentes provenientes de Hospitais Distritais e Centros de Saúde que se situam nas imediações do Hospital Provincial e que não tem Hospital Provincial, Rural nem Geral para onde possam ser transferidos. Neste nível situam-se também os Hospitais Especializados que prestam cuidados muito diferenciados de uma só especialidade, de referir que estes hospitais só podem ser criados quando se prova que essa é a forma mais eficaz de prestação de cuidados dessa especialidade.

No ano 2002, foi instituída uma nova classificação das USs, através do Diploma Ministerial n.º 127/2002, o qual preconizava que as Direcções Provinciais após a avaliação da rede sanitária existente, deveriam em coordenação com as Direcções Nacionais de Assistência Médica e de Planificação e Cooperação proceder gradualmente a reclassificação das Unidades Sanitárias. Este processo está em curso embora não esteja concluído pelo facto de as provincias não terem reunido os requisitos necessários, no entanto esta classificação será actualizada aquando da elaboração do plano integrado de desenvolvimento da rede sanitária , recursos humanos e equipamento.

**Gráfico.nº.2. Rede sanitária em Dezembro de 2006**



Actualmente o SNS conta com 1.338 Unidades sanitárias, sendo 3 Hospitais centrais, 7 Hospitais Provinciais, 4 Hospitais Gerais , 35 Hospitais Rurais , 775 Centros de Saúde, sendo 112 do tipo.I, 334 do tipo.II , 329 do tipo.III e 514 Postos de saúde . É de referir que apesar de o número de USs estarem a aumentar de ano para ano, uma parte significativa das mesmas está funcionar muito abaixo dos

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

critérios e requisitos mínimos estabelecidos sobretudo no que concerne ao quadro de pessoal e infra-estruturas básicas.

### O Sistema de referência

Nos últimos anos o sistema de referência tem sofrido distorções que resultaram em grande medida da fraca operacionalidade das unidades mais periféricas. Este funcionamento abaixo dos padrões mínimos deveu-se essencialmente à guerra e à conjuntura económica que o país viveu nas últimas duas décadas. Nas unidades sanitárias esta situação caracteriza-se pela escassez crónica de insumos críticos para a prestação de cuidados de saúde, repercutindo-se negativamente na sua qualidade, sobretudo nas áreas rurais. Em consequência, o sistema de referência é na prática pouco funcional e frequentemente os utentes acedem ao SNS em qualquer dos níveis de atenção. A adicionar a estes problemas, a fragilidade dos níveis de atenção mais periféricos (centros de saúde e Hospitais Rurais/Gerais) tem sido atribuída a:

- i) Desequilíbrio das equipas de saúde destacando-se a baixa qualificação dos profissionais colocados nas regiões mais remotas;
- ii) Erosão contínua e crónica da moral, motivação e ética profissionais dos trabalhadores resultantes das difíceis condições de trabalho, de vida e baixas remunerações;
- iii) Infra-estruturas em condições de conservação e higiene deficientes;
- iv) Ausência de equipamentos básicos ou em mau funcionamento;
- v) Supervisão deficiente pelos níveis superiores;
- vi) Percepção de baixa qualidade dos cuidados pelos utentes.

A questão das cobranças de utentes versus acesso a cuidados de saúde, uso racional de serviços de saúde, aumento de recursos para a saúde vai ser abordada de forma sistemática e objectiva para se determinar a abordagem mais efectiva. Esforços vão ser feitos para que sejam desenvolvidos e implementados esquemas de seguros sociais de saúde para cobrir a população vulnerável, de referir que o MISAU está a realizar estudos com vista a avaliar o impacto bem como as implicações da implementação de uma política de gratuidade dos serviços de saúde

Por outro lado, o sistema de referência assentava na premissa de que a distribuição territorial de unidades de referências seria mais homogénea e as unidades sanitárias disporem de condições e meios de evacuação de doentes, pelo menos para as situações mais urgentes. O desenvolvimento da rede de hospitais secundários previa a criação de conglomerações de distritos em rural/geral que beneficiaria uma área de saúde correspondente a cerca de 500–600 mil habitantes<sup>1</sup>.

Para além da disposição espacial e funcionalidade dos hospitais rurais/gerais, a rede de comunicações, transportes e a rede de estradas deficientes, tem importância na operacionalidade do sistema de prestação de cuidados de saúde por níveis. Devido a dificuldades de comunicações (estradas), 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 tem sido severamente limitado.

As consequências do colapso parcial do sistema de referência são:

- i) A sobrecarga dos hospitais mais diferenciados principalmente nas zonas urbanas em consequência da procura aumentada de cuidados nesses níveis;

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

- ii) A prestação a custo mais elevado de cuidados básicos que doutra maneira poderiam ser prestados a um custo menor, resultando em aumentos constantes dos custos e gastos nos grandes hospitais;
- iii) Diminuição da qualidade de atenção nos hospitais de referência. A situação nos hospitais poderá piorar devido ao aumento da morbilidade geral associada ao HIV/SIDA particularmente se nos níveis periféricos a prestação de cuidados não melhorar substancialmente.

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 unidades móveis.

No âmbito da melhoria de referência, têm sido introduzidas medidas tendentes a melhorar o sistema de referência e que nem sempre são plenamente aceites pelos utentes, como a introdução de taxas moderadoras nos serviços de urgência dos Hospitais Centrais, que tem em vista descongestionar os serviços por um lado mas também permitir que o nível periférico exerça o seu papel de primeiro prestador.

Há assim uma necessidade imperiosa de melhorar o sistema de referência quer através da adequação da infra-estrutura, equipamento (material-médico, laboratorial, comunicações, etc) e recursos humanos capacitados mas também divulgar as normas de referência a todos os níveis para garantir a eficácia do sistema de referência.

### **Parcerias: Cooperação intersectorial, Colaboração com as ONGs, Envolvimento comunitário,**

#### 1.5.9.1. Colaboração Intersectorial

Como foi referido acima, a saúde é influenciada fortemente pelos seus determinantes, contudo, é notável a fragilidade da colaboração intersectorial a todos os níveis, indicando que há uma certa falta de clarificação dos papéis e responsabilidades de cada sector, pois chega-se por vezes ao ponto de nenhum sector em particular se responsabilizar por determinada situação que tem impacto claro sobre a saúde. Assiste-se a uma deterioração das condições básicas de saneamento um pouco por todo o país (zonas rurais e urbanas), que se manifesta de várias formas com sejam: o deficiente sistema de recolha de lixo originando aumento do volume de lixo nas vias públicas, mercados, escolas; deficiente escoamento de excretas, proliferação de mercados em locais impróprios, etc, só para citar alguns exemplos de casos de degradação ambiental que levam a perpetuação das epidemias como a cólera. Outros sintomas de deficiente comunicação intersectorial são as dificuldades que as Unidades sanitárias enfrentam para o provimento de serviços básicos cuja disponibilidade melhoraria substancialmente a qualidade de serviços prestados à população, como o acesso a telefone, energia, água. Também o sector ressent-se da falta de ligação do MISAU com outras instituições do governo (policia, transportes, comércio) para intervir em casos de violência domestica (ligada ao álcool), acidentes de tráfego (devido ao alcoolismo, má sinalização e falta de respeito pelas normas de transito) entre muitos outros exemplos. De referir que somente com um reforço da colaboração intersectorial é que estes aspectos poderão ser minimizados e poder-se oferecer melhores cuidados de saúde à população Moçambicana, pelo que deve-se dar maior destaque ao assunto em todos os níveis.

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

### Sector Privado Lucrativo

O sector privado com fins lucrativos está a desenvolver-se gradualmente especialmente nas grandes cidades, registando-se um crescimento de consultórios privados individuais e colectivos nas diferentes especialidades. O crescimento ulterior destes operadores está também condicionado ao aumento dos rendimentos dos agregados familiares.

A política de saúde em vigor reconhece o papel do sector privado na prestação de cuidados aos cidadãos. No entanto, há a necessidade de se actualizar a legislação relacionada com as variadas intervenções a serem levadas a cabo pelo sector privado para garantir a qualidade dos serviços prestados. Nas farmácias privadas há necessidade de criar legislação específica que permita uma supervisão efectiva de modo a evitar a ocorrência de atitudes anárquicas que poderão por em causa os esquemas terapêuticos instituídos pelo MISAU. Esta legislação inclui a criação de regulamentos do exercício da medicina privada, critérios para acreditação das Unidades sanitárias, pessoal mínimo necessário, etc, que deverão ser divulgados a todos os níveis e servirão de suporte a actividades de supervisão e inspecção do sector.

### Sector Privado não Lucrativo

A prestação de cuidados pelo sector privado com fins não lucrativos é feita essencialmente pelas Organizações Não Governamentais (**ONGs**) estrangeiras e algumas entidades religiosas de comum acordo com o MISAU. As ONGs nacionais estão a desenvolver-se paulatinamente e executam essencialmente programas de saúde comunitária nas áreas de prevenção, controle da doença e de educação e informação. Nos últimos anos houve um incremento das actividades das ONGs sobretudo na implementação do Plano Estratégico Nacional do HIV/SIDA (PEN-SIDA), que vieram dar um impulso ao programa nas actividades de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV), assim como no Tratamento anti-retroviral (TARV). Estas parcerias não têm sido ainda suficientemente exploradas no seu potencial máximo sobretudo nas regiões mais desfavorecidas, sendo necessário melhorar a coordenação com o sector saúde para uma melhor distribuição geográfica, de forma a que as áreas de intervenção geográficas ou funcionais, coincidam com as prioridades do governo por um lado mas também evitem que haja duplicação de esforços por demasiada concentração nalgumas províncias /distritos mais favorecido(a)s, agravando as iniquidades. O MISAU a todos os níveis definiu as áreas prioritárias que carecem de reforço, o passo seguinte é coordenar actividades das ONGs para garantir a efectividade e qualidade dos serviços prestados à população.

Neste contexto o sector está a institucionalizar os mecanismos de coordenação com as ONGs quer através da participação destes nos fora criados no âmbito do SWAP, assinatura do Código de Conduta MISAU/ONG's, assim como através da recém criada unidade de gestão de contratos das ONGs.

### Sector não-alopático

Este sector é predominado por praticantes de medicina tradicional, herbalistas, ervanários e mais recentemente alguns praticantes de medicina ayurvédica. A tipologia destes tipos de praticantes não está actualizada. Embora a actual política de saúde se afirme favorável à colaboração com o

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

sector da medicina tradicional na prática poucos avanços foram registados nesta esfera. A colaboração tende a desenvolver-se na investigação de plantas medicinais. A este propósito o MISAU não tem ainda instrumentos que o permitam exercer o seu mandato no que concerne à protecção dos cidadãos contra certos praticantes que reivindicam capacidade de tratar doenças como o SIDA. Se bem que é possível que hajam plantas medicinais que possam atenuar e prolongar e quiçá curar a doença, tal declaração carece de escrutínio científico objectivo que só poderá ter lugar depois de estudos apropriados. Sendo o HIV/SIDA um problema grave para a sociedade, reivindicações de cura não comprovadas podem contrariar os esforços do governo de educação e mudança de comportamento das pessoas. Fica por explorar o potencial de parceria e colaboração com os praticantes de medicina tradicional e outros agentes não alopáticos de diagnóstico e terapêutica se considerar se que uma proporção significativa de moçambicanos tem mais acesso a este tipo de serviços e usa-os em exclusividade ou em complementaridade com os serviços do SNS.

### Envolvimento comunitário

Pode ser definido como o «Envolvimento activo das pessoas que vivem juntas, de forma organizada e coesa, na planificação e implementação dos Cuidados de Saúde Primários, usando recursos locais, nacionais ou outros.»

Ainda segundo a OMS, no processo de «Envolvimento Comunitário para a Saúde» os indivíduos assumem a responsabilidade, tanto pela sua Saúde e Bem Estar, como pelos da Comunidade e desenvolvem a capacidade de contribuir para o seu desenvolvimento e o da comunidade.

O envolvimento comunitário para a saúde tem longas tradições no nosso país, pois em condições de extrema escassez de recursos durante a guerra de Libertação Nacional as populações se puderam proteger das doenças, promover e preservar a saúde adoptando modos de vida saudáveis. A experiência de Moçambique neste processo foi levada à Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, realizada em Alma-Ata em 1978, que na sua Declaração Final indica que o envolvimento comunitário para a Saúde é « de primordial importância e um factor chave para o desenvolvimento humano» e reconhece que as populações têm o dever de participar na acção visando melhorar e preservar a sua Saúde.

Em Moçambique, tem-se assistido a formas de trabalho junto das comunidades que não passam a tentativas de impor às comunidades, aquilo que elas devem fazer, que são formas impróprias e contraproducentes de mobilização comunitária. Há toda uma necessidade de separar o trabalho junto das comunidades da mobilização das mesmas comunidades para o seu pleno envolvimento para a promoção e defesa da sua própria Saúde.

Várias são as vantagens que mais frequentemente têm sido atribuídas ao «Envolvimento Comunitário para a Saúde», assim são enumeradas algumas, tendo consciência que não foram esgotaram as demais vantagens:

- Satisfação dum direito e dum dever;
- Promoção da auto-responsabilidade da colectividade e dos indivíduos;
- Aumento das taxas de cobertura dos Cuidados de Saúde;
- Melhoria da qualidade dos Cuidados de Saúde prestados;
- Redução drástica da corrupção e do desleixo dos trabalhadores de Saúde;

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

- Desburocratização do funcionamento dos Centros de Saúde;
- Abertura de largas perspectivas para priorizar às acções de Promoção da Saúde e de Prevenção da Doença
- Aumento da eficácia do Sistema de Saúde
- Aumento da eficiência do Sistema de Saúde
- Reforço da coesão e da auto-suficiência da Comunidade

Com efeito, o envolvimento das comunidades na análise e solução dos seus próprios problemas de saúde é universalmente considerado um factor fundamental para o sucesso de todos os programas de Saúde e para a melhoria do Estado de Saúde da População, neste contexto, o sector está a finalizar uma estratégia de partição comunitária que visa essencialmente regular e uniformizar os procedimentos em relação a estes prestadores que permitam que o sector se beneficie das actividades destes prestadores. Para se conseguirem obter formas sustentadas de envolvimento comunitário para a Saúde é necessário que:

- O envolvimento comunitário seja um objectivo explícito e prioritário do Plano estratégico e que se definam claramente estratégias coerentes para atingir tal objectivo, e devem-se prever acções concretas de mobilização comunitária para a Saúde. Para tal é necessário que se faça a alocação de recursos em conformidade com a prioridade atribuída a este objectivo. Por outro lado é igualmente necessário que se envolvam os parceiros mais convenientes para este tipo de acção.
- Haja a revitalização dos Agentes Polivalentes Elementares como forma de extensão dos cuidados de saúde para fazer face a fraca cobertura da rede sanitária devendo-se actualizar os programas de formação dos mesmos e ser definidos critérios de selecção , monitoria e avaliação dos APE's. Há ainda a necessidade de um maior envolvimento das comunidades na sua selecção , supervisão e sustentabilidade.
- Os profissionais de saúde a todos os níveis sejam capacitados na matéria de envolvimento comunitário, assim como os trabalhadores das agências e instituições parceiras neste processo. Há assim a necessidade de se adoptarem novas e modernas metodologias de formação para que os trabalhadores de saúde aprendam a relacionar-se com as comunidades
- Se reforce a colaboração intersectorial , com vista a uniformização da abordagem de envolvimento comunitário e se obtenha maior eficácia das intervenções.

### Municípios

Em 1997, a Legislação sobre Municípios atribuiu-lhes a responsabilidade pelos Cuidados de Saúde Primários, em princípio os Municípios deveriam gradualmente assumir um papel mais visível na prestação de cuidados primários. Importa referir que até ao presente momento, nenhuma unidade sanitária está a ser gerida pelos municípios, têm no entanto sido reportadas actividades pontuais de reabilitações, ampliações de blocos de US, novas construções de CS, mas cuja gestão continua encarregue ao MISAU. De referir que a planificação de infra-estruturas deverá ser devidamente coordenada com o sector, uma vez que as mesmas implicam

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

necessariamente a alocação de equipamento, medicamentos e recursos humanos , os quais devem ser planificados com muita antecedência.

De facto, a prestação de cuidados de saúde a nível dos municípios é um assunto que necessita de maior clareza, e os contornos desta devolução deverão ser definidos com a devida cautela, pois existe o risco de alguns dos ganhos que o SNS obteve com a implementação de CSP sejam perdidos se o processo de devolução não for bem planificado. Na verdade, é necessário ter a certeza de que a devolução não vai aumentar a iniquidade no acesso aos CSP. O MISAU mediante a manifestação de interesse de cada município está aberto a negociar e a avaliar periodicamente os modelos contratuais de transferência gradual de competências .

### b. Estado de saúde da população

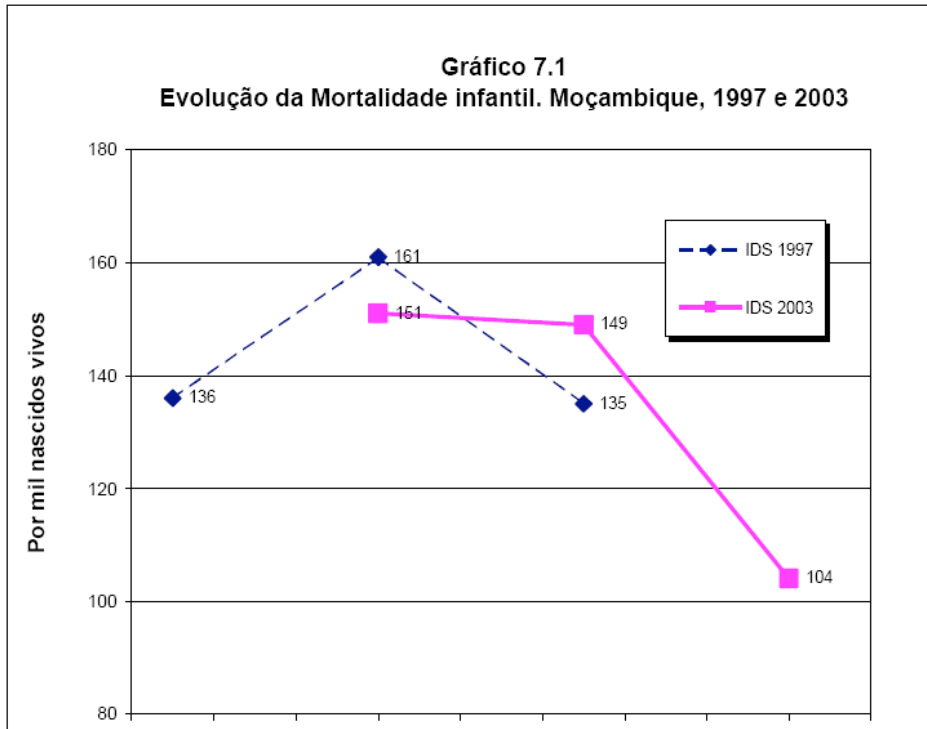
No nosso país, embora se tenham registado alguns progressos, as mortalidades infantil, juvenil e néonatal são ainda muito elevadas. A taxa de mortalidade infantil decresceu ligeiramente de 147/1000 para 124/1000 nados vivos (IDS-1997, 2003) e a taxa de mortalidade entre as crianças menores de cinco anos reduziu de 219/1000 para 178/1000 nascimentos (PARPA II). A taxa de mortalidade entre as crianças é usualmente considerada como sendo uma reflexão da extensão e impacto dos níveis prevaletentes de pobreza e como um indicador representativo do desenvolvimento sócio económico.

**Tabela nº 2: Indicadores do Estado de Saúde da população**

Indicador	1997	2003
Esperança de Vida	44	46.7
TMI	147/1000	124/1000
TM<5A	219/1000	178/1000
Taxa de Mortalidade Materna	600/100.000NV	408/100.000NV

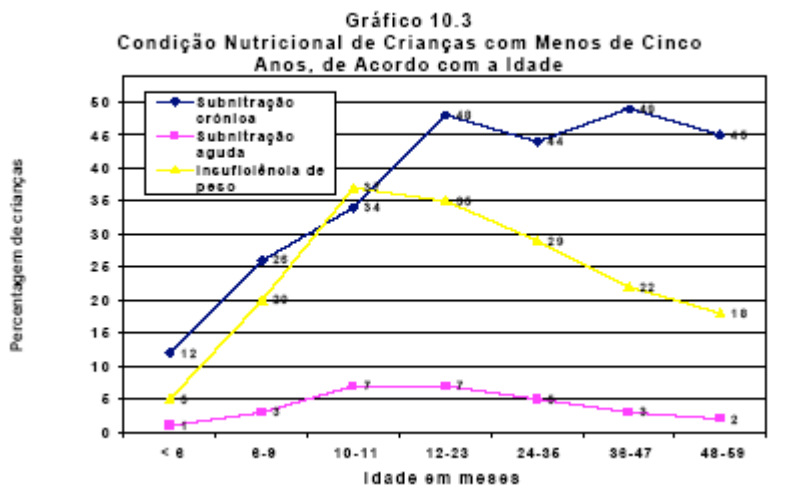
**Fonte: IDS 1997/2003**

# 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)



Fonte: IDS 2003

Uma das grandes prioridades do sector é promover a melhoria do estado nutricional da população, em particular, das crianças, incluindo a prevenção e tratamento das carências nutricionais. Segundo o IDS 2003, os índices de subnutrição continuam elevados. O Gráfico 10.3 mostra a condição nutricional de crianças menores de cinco anos, de acordo com a idade, onde se pode verificar que a malnutrição crónica cresce com a idade e é relativamente baixa entre as crianças cujas as mães têm o nível Secundário (15 por cento). Por outro lado, a subnutrição aguda e a insuficiência de peso, apresenta uma redução em relação a idade, pois reduz drasticamente a partir do primeiro ano de vida.

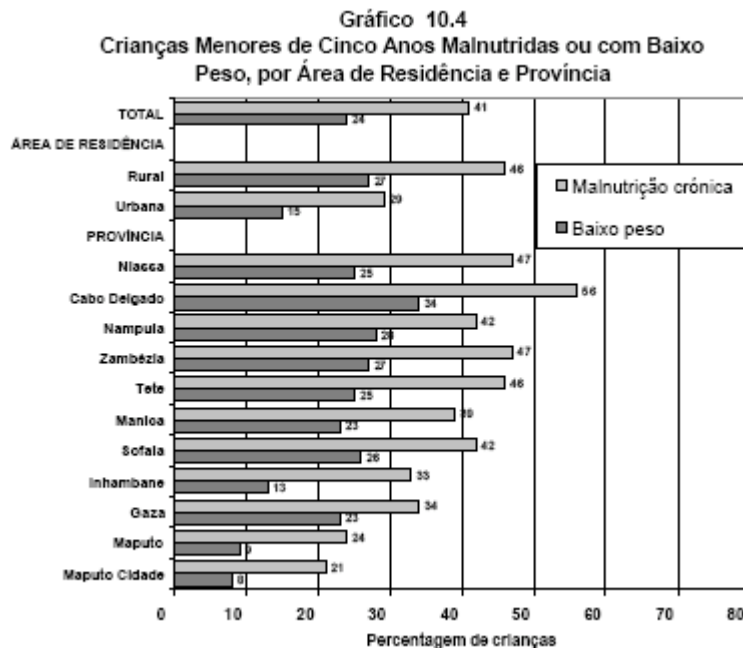


Fonte: IDS 2003



## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

Ainda muitas das nossas crianças sofrem e morrem de desnutrição crónica, de baixo peso à nascença, de avitaminoses, que é associada aos elevados níveis de pobreza e ao grau de insegurança alimentar no país. O Gráfico 10.4 mostra a proporção de crianças com baixo peso e desnutrição crónica por área de residência e província, onde se pode concluir que quatro em cada dez crianças (41 por cento) menores de 5 anos são baixas em relação a sua idade ou sofrem de subnutrição crónica, e 4 por cento sofrem da subnutrição aguda (baixo peso para a altura).



As crianças das áreas rurais são mais vulneráveis à subnutrição crónica do que as das urbanas (46 contra 29 por cento), e o nível mais baixo da subnutrição crónica encontram-se em Maputo Cidade e Maputo Província (21 por cento e 24 por cento, respectivamente). Em Cabo Delgado, 56 por cento das crianças menores de cinco anos são consideradas baixas em relação à sua idade.

Uma das estratégias para melhorar a situação nutricional, sobretudo para o seguimento das actividades em situação de emergência é a criação de postos sentinela com vista a melhorar a colecta dos dados do sistema de vigilância nutricional e de aviso prévio, e a tomada de intervenção adequados.

O desafio é desenvolver e implementar estratégias viáveis para melhorar a segurança alimentar tanto ao nível dos agregados familiares, como a nível nacional.

Constituem ainda causas de morte nas crianças menores de cinco anos a prematuridade, as infecções néonatais, a malária, as doenças diarreicas, as broncopneumonias e outras infecções respiratórias agudas, a anemia, o sarampo, o tétano neonatal, a meningite e outras doenças evitáveis, o trauma (acidentes, queimaduras, minas, intoxicações), a tuberculose, as parasitoses intestinais e vesicais, a asma, a febre reumática, etc..

Os nossos adultos ainda sofrem, são hospitalizados e/ou morrem maioritariamente por malária, SIDA onde a seroprevalência aumentou de apenas 14% em 2002 para mais de 16,2% em 2004, de DTs, Tuberculose, anemias, parasitoses intestinais e vesicais, asma, diabetes e muitas outras doenças.

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

A **malária** é hiperendêmica em Moçambique e as doenças com ela relacionadas (e.g. anemia) são as principais causas da morbidade e mortalidade nas crianças com idade inferior a cinco anos, juntamente com a diarreia e as infecções respiratórias agudas. Das estratégias em curso no âmbito da iniciativa de “**Fazer recuar a Malária**” que a OMS lançou há alguns anos e que constituem uma janela de oportunidade para dinamizar o combate a esta doença, destacam-se o uso de insecticidas em larga escala, o uso de redes mosquiteiras tratadas com insecticidas e o Tratamento preventivo intermitente da malária na gravidez (TIP). Ainda no âmbito do combate à malária, em Moçambique tomou-se a iniciativa de oferecer gratuitamente o tratamento, permitindo um maior acesso a um maior número de pessoas sobretudo nas zonas mais desfavorecidas e assim reduzir a morbi-mortalidade por esta doença. Paralelamente a esta medida, têm sido actualizadas as normas terapêuticas com vista a alcançar uma maior eficácia do tratamento e reduzir as resistências.

Como na maior parte dos países da sub-região, o problema do **HIV/SIDA** continua a sobrecarregar não só o sector da saúde mas também todo tecido social em geral e tem comprometido as perspectivas de redução da pobreza e a criação da riqueza em todos os níveis. Estima-se que o país tem aproximadamente 1,6 milhões de pessoas infectadas com o HIV em 2005, a seroprevalência aumentou de apenas 14% em 2002 para mais de 16,2% em 2004. O plano estratégico para a resposta multisectorial nacional ao HIV/SIDA foi recentemente revisto para tomar em consideração a mudança epidemiológica do HIV/SIDA e a introdução de novas estratégias para prevenção, controle e tratamento. Muitos dos esforços serão direccionados na prevenção e mitigação do impacto do HIV/SIDA a nível doméstico (casa) e nacional. O plano estratégico nacional revisto tem igualmente em consideração a importância de formalizar uma agenda de investigação do HIV/SIDA a nível nacional para estabelecer uma base de evidências apropriadas que irá informar os processos de política e planificação. O Ministério da Saúde possui também um Plano Estratégico de HIV/SIDA para o Sector da Saúde (PEN-Saúde) 2004-8, que tem como seu objectivo global: *“Oferecer uma combinação apropriada de serviços preventivos e curativos com vista a reduzir a transmissão via sexual de mãe para o filho, evitar a transmissão do HIV nas Unidades de Saúde, e aumentar o período e qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV (PLWHA), incluindo os próprios trabalhadores da saúde”*.

Várias acções tendentes a reverter a situação estão em curso em todo o País e referem-se ao reforço da abordagem sindrómica das Infecções de Transmissão Sexual (ITS), aumentar o acesso dos Jovens e adolescentes aos serviços preventivos, aumentar o acesso ao Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS), reduzir a transmissão vertical do HIV da mãe para o filho e oferecer tratamento anti-retro-viral até ao nível mais periférico.

No concernente as US's com capacidade para oferecer TARV, foi já ultrapassada a meta definida para o período (130), com a abertura de 150 locais para o efeito, correspondendo a 115%. Assim, houve um aumento acentuado do número de pessoas beneficiando-se do TARV, tendo-se passado de 19.095 atendidos em 2005 para 44.100 em 2006. No total foram beneficiados 63.195 pessoas, significando 42% da meta para 2009. Esforços deverão continuar para garantir o cumprimento da meta e também para aumentar a cobertura dos doentes ilegíveis que ainda é baixa.

A **tuberculose** é uma das principais doenças endémicas em Moçambique, constituindo a luta contra esta doença uma prioridade do MISAU. O aumento da incidência anual de casos da tuberculose (incidência de 1.025 casos por cada 100.000 habitantes em 2004), pode ser

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

explicado por um lado, pelo aumento da notificação por parte dos Distritos e por outro, pela epidemia do SIDA que está associada a uma frequência cada vez mais elevada de Tuberculose. A implementação deste Programa tem produzido resultados encorajadores mas será necessário assegurar que os ganhos adquiridos não sejam postos em causa pela contínua progressão do HIV/SIDA. Neste contexto está em curso a implementação de uma abordagem integrada (TB/HIV-SIDA) que permite uma maior eficácia ao tratamento e um aumento da taxa da cura da doença.

A pesar da redução conseguida, mais de 50% na prevalência da **lepra** até 1999, Moçambique permanece entre os países mais afectados pela doença, sendo o 2º país mais endémico em África (após a Nigéria) e o 7º no mundo. O governo moçambicano, subscreveu a resolução de eliminar a lepra como problema de saúde pública. O termo “eliminar” refere-se à definição dada pela OMS e significa no caso vertente, redução da prevalência da lepra até um nível que já não constitua um problema de saúde pública; isto é, atingir uma taxa de prevalência inferior a 1 caso por 10.000 habitantes em todos os níveis (nacional, provincial e distrital).

A **taxa de prevalência actual** de Lepra em Moçambique é de **1,6 por 10.000 habitantes**, resultado promissor no que concerne ao cumprimento da meta de reduzir a prevalência da Lepra para <1 caso por 10.000 Hab. no ano 2009.

Na tabela 4, são apresentadas as tendências da prevalência no período 2003 a 2006 nas províncias mais endémicas do país.

**Tabela – 4. Prevalência de Lepra/10.000 habitantes, período 2003 a 2006**

Ano	Nampula	C. Delgado	Niasa	Zambézia	Manica	País
2003	7,3	5,5	3,4	4,4	2,4	3,7
2004	4,9	5,2	2,9	3,4	2,3	2,5
2005	6,1	5,7	2,4	2,7	1,0	2,5
2006	3,5	3,1	2,1	1,7	0,7	1,6

De referir que estão sendo dados passos positivos rumo a eliminação desta doença nos últimos anos, com a actual taxa de prevalência de 1.6/10.000. Deverão ser evidados esforços sobretudo nas

províncias de Nampula, C.Delgado para que num futuro não muito distante Moçambique se encontre livre da Lepra.

Para a incapacidade com diminuição da capacidade produtiva contribui também a lepra, a epilepsia, a cegueira (causada pelo tracoma, glaucoma, cataratas e avitaminose A), a surdez (provocada por otites médias de repetição, meningite e doenças profissionais) e o atraso mental gerado por prematuridade asfíxia néonatal, carência de iodo, malária cerebral e meningite.

Os traumas (agressões interpessoais, acidentes de viação, quedas acidentais, envenenamento, queimaduras, intoxicações, minas, acidentes de trabalho), a hipertensão arterial, os acidentes vasculares cerebrais e a insuficiência respiratória crónica, para além de causarem grande sofrimento, hospitalizações muitas vezes com necessidade de cuidados intensivos prolongados e morte, contribuem igualmente para a incapacidade para o resto da vida, com diminuição considerável da capacidade produtiva. Em termos de morbilidade e mortalidade, os nossos

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

homens também pagam um pesado tributo à cirrose hepática, aos cânceros do fígado, da bexiga, da próstata e do pulmão.

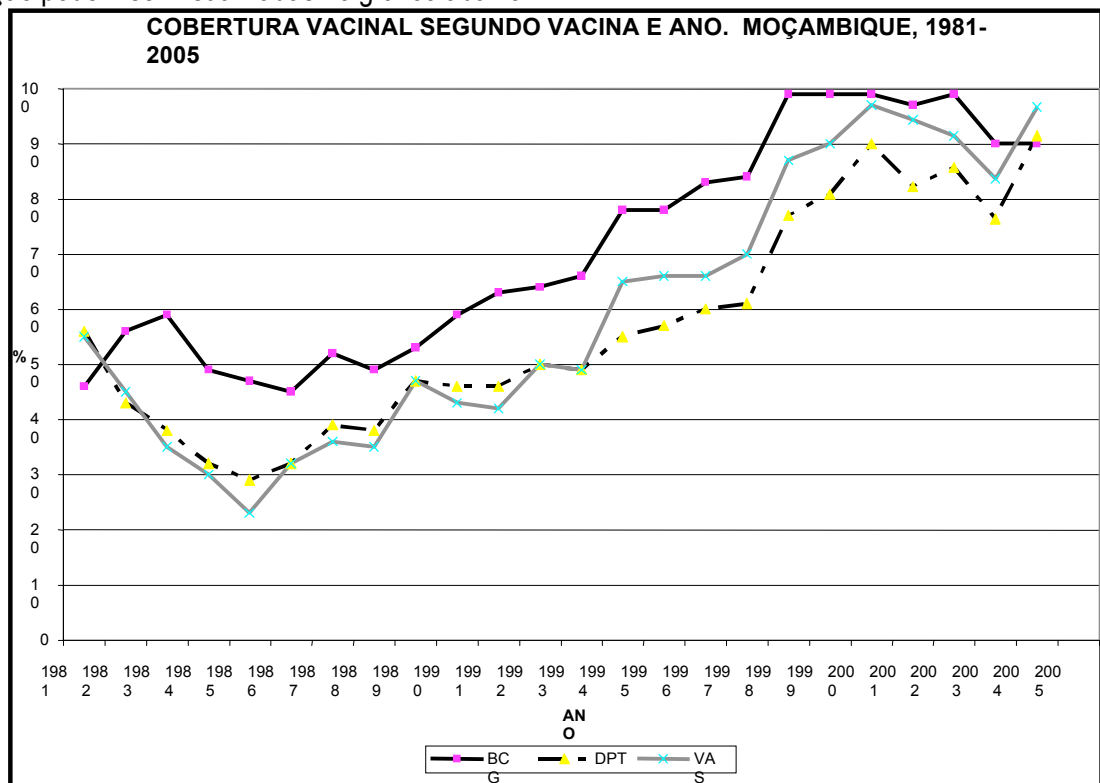
### Programa alargado de Vacinação-PAV

O programa Alargado de vacinação em Moçambique iniciou-se em 1979 com o objectivo de reduzir a morbi-mortalidade das doenças preveníveis por vacinação. O calendário de vacinação inclui actualmente a vacina BCG ministrada logo ao nascer, a vacina contra poliomielite e a vacina tetravalente (DPT + Hepatite B) aplicadas aos 2, 3 e 4 meses de idade e a vacina contra o sarampo aplicada aos 9 meses. A componente hepatite B foi introduzido em 2001; além disso se aplica a vacina antitetânica para mulheres em idade fértil e em especial para mulheres grávidas.

O país precisa de alcançar altos níveis de cobertura vacinal para manter as doenças imuno preveníveis sob controle. Para eliminar o sarampo o programa deverá garantir de forma homogénea que 95% da população menor de 5 anos de idade esteja imunizada. Para poliomielite o valor mínimo da cobertura a ser atingida é de 90%.

A cobertura vacinal mostrou considerável avanço no período analisado passando dos 50% para valores próximos a 90%. Estes sucessos são confirmados pelo IDS 2003, onde as coberturas das crianças completamente vacinadas passou de 47% em 1997 para 63% em 2003.

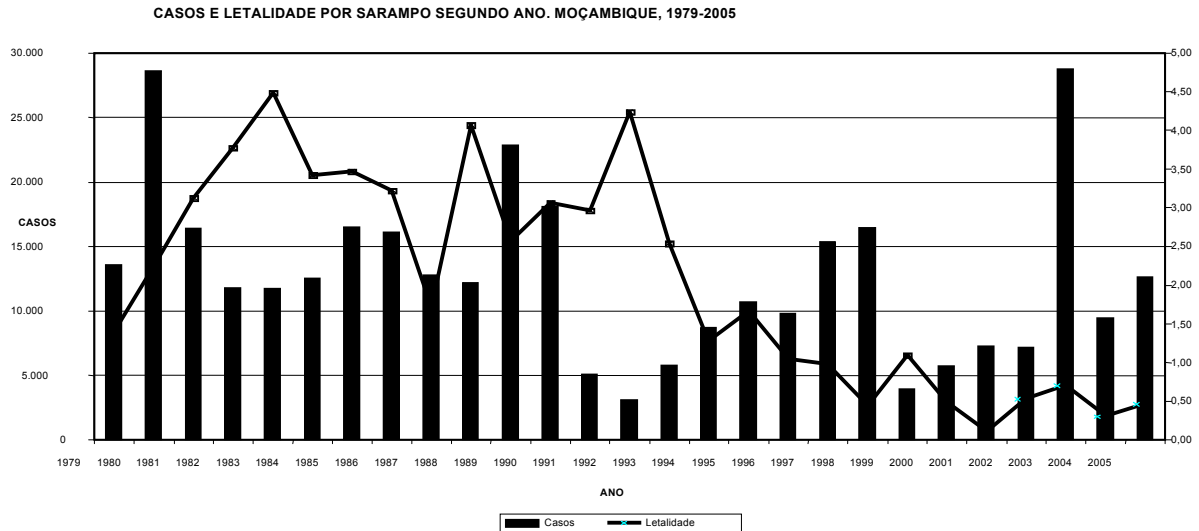
As taxas de cobertura vacinal para as vacinas componentes do Programa Alargado de Vacinação podem ser visualizadas no gráfico abaixo.



Fonte: Ministério da Saúde

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

A poliomielite, objecto de um programa mundial de erradicação, teve sua transmissão interrompida em Moçambique em 1993. Os últimos dados disponíveis a nível internacional mostram que foram notificados 114 casos de paralisia flácida em 2005 com uma taxa de 1,3 por 100.000 menores de 15 anos de idade dos quais 86% foram descartados com duas amostras de fezes colectadas de forma adequada.



O sarampo ocorre de maneira contínua no país. Nota-se um aumento do número de casos em 1980, 1985, 1989, 1998 e 2003. A letalidade varia bastante e depende do estado nutricional da criança.

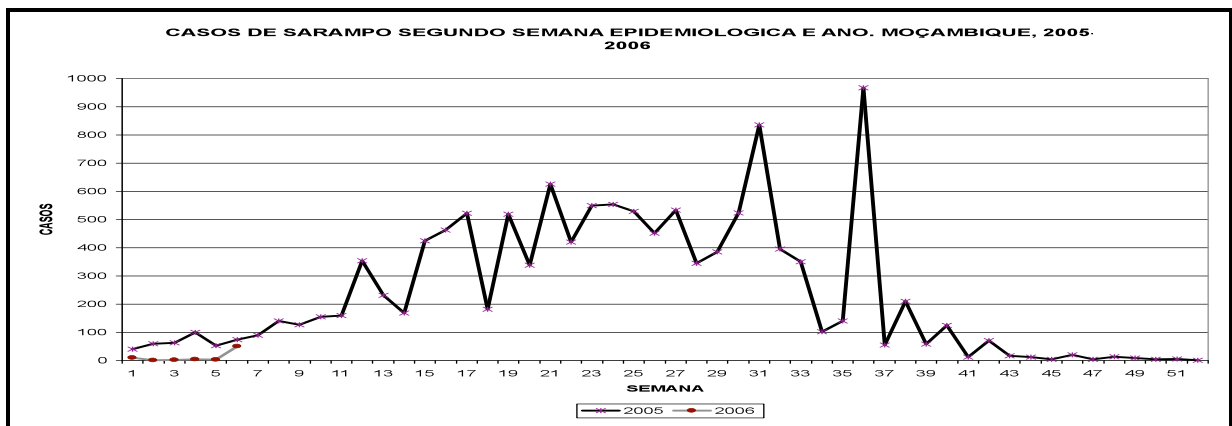
Taxa de Cobertura da Vacinação Contra o Sarampo: Campanha Nacional de Vacinação - Moçambique - 2005				
Província	Grupo alvo (0-14 anos)	N.º de crianças vacinadas	Taxa de cobertura (%)	INQUÉRITO
NIASSA	470,422	424,116	90	91,1
CABO DELGADO	679,329	627,559	92	95,3
NAMPULA	1,641,474	1,632,847	99	90,1
ZAMBEZIA	1,671,090	1,724,645	103	93,5
TETE	714,937	689,436	96	96,4
MANICA	607,433	600,269	99	94,3
SOFALA	715,200	674,700	94	96,7
INHAMBANE	588,274	537,540	91	97,5
GAZA	548,182	495,888	90	97,3
MAPUTO PROVÍNCIA	403,228	404,852	100	94,8
MAPUTO CIDADE	436,881	377,526	86	98,3
<b>TOTAL</b>	<b>8,476,450</b>	<b>8,189,378</b>	<b>97</b>	<b>95,4</b>

Fonte:OMS,2006

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

No âmbito do Programa de Controle Acelerado de Sarampo, foi realizada em 2005, com sucesso em distritos seleccionados, a campanha de vacinação em massa contra o sarampo em crianças dos 6 meses aos 14 anos de idade onde se aplicaram mais de 8 milhões de doses de sarampo em todo o país representando uma cobertura de 97%.

O inquérito de cobertura vacinal mostrou uma cobertura próxima (95%) confirmando assim o êxito da campanha.



Fonte . Ministério da Saúde Moçambique

Uma outra doença objecto de eliminação é o **tétano neonatal**. Considerando o período em estudo nota-se uma redução acentuada. Contudo ainda observamos em 2005 cerca de 26 casos. De referir que em 2006 foi realizada a 1ª. Volta da campanha de vacinação anti-tetânica em 15 distritos de alto risco tendo-se alcançado uma cobertura de 94.2%.

É fundamental melhorar o sistema de recolha e tratamento da informação sobre as vacinações (recomendações da *data quality audits* realizadas pelo programa GAVI) para que se tenha um cenário real do desempenho do programa no país. Há necessidade de se melhorar a gestão do programa como seja: Promover a mobilização de recursos financeiros, humanos e materiais para atender as actividades planificadas pelo programa; assegurar uma manutenção e reparação das instalações físicas onde funciona o programa em todos os níveis, especialmente no nível local; avaliar a possibilidade de realização anual de dois dias nacionais de vacinação antipoliomielite para o período 2007-2010; estudar a possibilidade de substituir a vacina anti tetânica (VAT) por dT a partir de 2007; realizar uma campanha anti-sarampo em 2008; Estabelecer 100% como meta de cobertura de vacinação para cada uma das vacinas, para os menores de um ano; prover as US e as DDS de mapas e população actualizados; garantir que todas as vacinas sejam aplicadas em qualquer sessão de vacinação .

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

As Quebras Vacinais por seu lado, mostram uma tendência de melhoria, de 16% em 2000 para 13% em 2004, encontrando-se dentro dos limites recomendados pela OMS (abaixo de 20%).

### Saúde Materno Infantil-SMI

Embora se tenham registado alguns progressos na redução da taxa de **mortalidade materna**, tendo passado de 600 e 1000/100.000 NV em 1997 (segundo fontes) para 408/100.000 NV em 2003, o nosso país possui ainda uma das mais elevadas do mundo (408/100,000 nados vivos). No entanto o nosso país encontra-se ligeiramente abaixo das taxas de mortalidade dos Países subdesenvolvidos, e a menos de metade dos Países de África e África Sub-sahariana.

#### Mortalidade materna/ 100.000 Nados Vivos

MOÇAMBIQUE	MUNDO	400
	Países desenvolvidos	20
408	Países subdesenvolvidos	440
	ÁFRICA	830
	África do Norte	130
	África Subsahariana	920

Fonte: IDS 2003

Por outro lado, cobertura de partos, contrariamente as previsões (60%), mostra uma tendência decrescente durante o período, tendo passado de 50.1% em 2005 para 48.4% em 2006. Igualmente, a taxa de mortalidade materna intra-hospitalar, contrariou a previsão do plano, pois aumentou de 182 em 2005 para 190 (óbitos maternos/100000 NV) em 2006. As Províncias de Inhambane, Cabo Delgado e Sofala similarmente a 2005, continuam a registar as mais altas taxas de mortalidade materna. O aumento tem sido justificado pela maior credibilidade nas unidades sanitárias que melhoraram o atendimento às complicações obstétricas, melhorando o sistema de notificação, esperando-se que com mais unidades sanitárias acreditadas em Cuidados Obstétricos de emergência, esta taxa se mantenha ou ainda venha a subir, para em seguida baixar drasticamente e continuar diminuindo.

Ainda, no âmbito da estratégia da redução da mortalidade materna, foram definidas outras acções para o período em análise, nomeadamente a criação de casas de mãe –espera para as mulheres grávidas em 90% das US localizadas nas sedes distritais, tendo sido atingido 31,2% em 2006 e a abordagem dos Cuidados Obstétricos Básico (COEB), está planificado para 2009, atingir a meta de 3.0 US/ 500.000 Habitantes, tendo em 2006 sido atingido 2.3 US/ 500.000 Habitantes, o correspondente a 88% da meta.

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

As nossas mulheres sofrem, são hospitalizadas e morrem pelas causas já atrás apontadas para os adultos em geral e ainda por causas ligadas à sexualidade, à reprodução e à gravidez (hemorragias, eclâmpsia, infecções, aborto, gravidez precoce, etc.), por cancro da mama e do colo do útero.

Face ao cenário traçado acima, urge a necessidade de se reforçarem as estratégias já em curso Cuidados Obstétricos Básico (COEBs), Cuidados Obstétricos Essenciais (COECs), Casas de mãe-espera, Tratamento Intermitente Preventivo da malária na gravidez (TIP). Necessidade de uma análise profunda sobre a eficiência e eficácia das intervenções, com vista redução dos actuais níveis de mortalidade materna intra-hospitalar, bem como para o aumento da cobertura de partos institucionais.

### c. Acesso e qualidade de prestação dos serviços de saúde

Os serviços de saúde disponíveis e acessíveis continuam ainda insuficientes para fazer face as necessidades da população, pois apenas 50% tem acesso a um nível aceitável de cuidados de saúde e somente 36% da população têm acesso a cuidados de saúde num raio de 30 minutos das suas casas. No entanto, é de referir que cerca de 30% da população não tem possibilidade de aceder a qualquer tipo de serviços de saúde.

Garantir o acesso aos cuidados básicos de saúde através da promoção das capacidades da comunidade para a identificação, análise e tomada de decisões para a resolução dos problemas de saúde bem como através da expansão da rede sanitária é uma das principais prioridades do sector. No entanto a distribuição geográfica desigual das unidades de saúde, infra-estruturas pobres, falta de um sistema de referência adequado, falta de recursos humanos capacitados a diferentes níveis, assistência técnica insuficiente e uma mão de obra cujas técnicas e competências não foram adaptadas às necessidades variáveis dum sistema de saúde abrangente, estão a afectar o acesso universal aos cuidados de saúde.

Os indicadores de disponibilidade de recursos por província (Camas/100hab) apresentam pouca alteração no **número de camas por 1000 hab.**, de **0.87** em 2005 para **0.89** em 2006 (*tab.*). As províncias de Maputo Cidade, Gaza e Sofala registaram os melhores indicadores cama/1000 hab. (acima de 1). Este índice está ainda aquém dos valores aceitáveis.

**Tab 1. Indicadores de Disponibilidade de Recursos por província Jan-Nov 2005/2006**

	Camas/1.000 Habitantes	
	2005	2006
Maputo C	1.99	2.5
Maputo	0.99	0.96
Gaza	1.23	1.21
Inhambane	1.02	1.03
Sofala	1.2	1.19
Manica	0.95	0.75
Tete	0.83	0.79
Zambézia	0.43	0.43
Nampula	0.74	0.75
Niassa	0.63	0.61



## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

A região norte seguida do centro apresenta os mais baixos indicadores de disponibilidade de recursos. Este facto é indicativo, apesar de ligeira melhoria, da persistência de grandes desigualdades territoriais.

A desigualdade no acesso a cuidados de saúde entre as regiões do país e entre o campo e a cidade estão bem documentadas. Estas disparidades tem origem em factores sócio-económicos, culturais e históricos das diferentes regiões do país

Apesar da evolução positiva no crescimento do volume de actividades e de serviços prestados que é reportada nos relatórios de balanço do sector, a qualidade dos cuidados de saúde prestados ainda não atingiram o nível desejado, pelo que deverão ser desenvolvidos esforços adicionais para consolidar a prestação, a utilização e a qualidade dos serviços em simultâneo com a extensão na rede de cobertura.

A qualidade dos cuidados curativos tem sido questionada nos diferentes quadrantes da sociedade e recentemente os meios de comunicação social tem insistido neste aspecto.

O aumento da disponibilidade dos serviços curativos de saúde de qualidade, prestados com eficiência e equidade com prioridade para as camadas mais desfavorecidas da população é uma das grandes prioridades do Programa Quinquenal do Governo. Neste âmbito, foram realizadas várias acções que incluem: a elaboração do primeiro rascunho da Carga-Tipo de equipamento, a definição do quadro tipo de pessoal para cada nível de US . A prioridade nos períodos subsequentes deverá centrar-se na implementação dos mesmos em todas as US's. Foram ainda elaboradas normas de funcionamento dos principais serviços, as quais estão sendo implementadas em todos os HCs e HPs.

Com vista ao desenvolvimento e expansão dos cuidados especializados básicos de saúde na rede sanitária periférica, para promover a equidade entre as áreas urbanas e rurais, centrais e periféricas, e conseqüentemente melhorar a qualidade assistencial, algumas áreas foram reforçadas nomeadamente:

- A provisão de serviços básicos (água e energia), em todos os HCs, HPs E HGs.
- A melhoria da alimentação dos doentes internados e reduzidas as listas de espera dos serviços de urgência e de consultas
- A instituição de reuniões clínicas e de análise de óbitos sistemáticas, para avaliar cada processo, tirar recomendações e actuar
- A Colocação de especialistas nas áreas prioritárias, em todas as províncias, embora ainda em número insuficiente.

Nos programas clínicos, foram realizadas actividades de formação, reciclagem e supervisão, tendo sido comprado e distribuído material médico-cirúrgico para as áreas prioritárias. A introdução de medidas e normas de controlo de qualidade, promovendo a criação de núcleos de qualidade em todas as unidades sanitárias bem como medidas promotoras da mudança de atitude do pessoal na sua interacção com os utentes, constitui uma das grandes acções deste plano . Para o efeito, foram revitalizados os **conselhos de base**, em 2005 e, em 2006 iniciou o seu pleno funcionamento em todas as Unidades Sanitárias tendo uma maior expressão nos hospitais Centrais, Provinciais e Gerais. Isto, por um lado, contribuiu para a participação dos próprios trabalhadores na melhoria do funcionamento dos hospitais com a atribuição de tarefas e responsabilidades específicas, e por outro , permitiu a melhoria da relação entre os serviços e os utentes , através de reuniões periódicas (trimestrais) com a comunidade da área de saúde da US, o que aumenta a participação dos utentes no funcionamento do Hospital.

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

De referir que esta prática não só facilita a denúncia de roubos, venda ilegal de medicamentos, mau atendimento, cobranças ilícitas, longo tempo de espera entre outras, mas também permite obter informação sobre o bom desempenho dos serviços. Há sim a necessidade de se revitalizarem os conselhos de base em todas as USs como forma de melhorar a comunicação entre os serviços de saúde e a comunidade a todos os níveis.

### d. Fortalecimento dos sistemas de apoio

#### Sistemas de planificação e orçamentação

O MISAU desenvolveu o seu primeiro Plano Estratégico do Sector para o período 2001-2005(10), que teve como documentos de referência, o Programa quinquenal do Governo (2000-2004) e o PARPA I, o que marcou uma importante etapa na busca de consensos sobre as abordagens a adoptar para a solução dos grandes problemas de saúde que afectam a população Moçambicana. De referir que este processo foi fundamental para orientar as intervenções de saúde quer pelo Misau como pelos parceiros do sector. No âmbito da sua operacionalização, para além do Plano Económico e Social que é o plano anual do Governo, foi instituído a nível central em 2004 o Plano Operacional Anual, pela necessidade de se ter um plano mais abrangente onde fossem visualizados todos os financiamentos, quer do orçamento do estado assim como a informação disponível sobre os fundos dos parceiros de desenvolvimento e as alocações para os fundos comuns. De referir que neste plano constava a informação de actividades de todos os programas, as intervenções que se propunham realizar e as necessidades de recursos estimados. O Plano Operacional do MISAU continha no entanto, informação somente de nível Central, o que era importante pois as actividades inscritas no nível central tinham implicações para todo o sector. É necessário ter em conta que este nível detém os fundos para aquisição de medicamentos, equipamento, etc, que têm um impacto no directo no nível provincial e distrital.

No nível provincial existem os planos estratégicos provinciais, que são operacionalizados por dois planos: o Plano Económico e Social e o Plano Integrado. Assim à semelhança do nível central, o nível provincial elabora anualmente dois planos, o que leva a que na prática, os planos sejam pouco conhecidos e se o são nem sempre são seguidos, operando-se à base de necessidades que vão surgindo.

O MISAU vem desenvolvendo esforços nos últimos anos com vista a harmonização dos instrumentos de planificação aos vários níveis. Neste contexto, foram feitos avanços com vista a harmonização do PES e POA a nível central, assim desde 2007 que opera apenas um único instrumento de planificação: o PES e respectiva matriz. Porém, a prestação de contas precisa ainda de ser consolidada de forma a satisfazer as expectativas dos vários grupos de interesse, sobretudo MISAU, MPD e parceiros de cooperação. Além disso, o PES/POA continua a ser um plano de nível Central, em parte, devido a ainda fraca coordenação entre os níveis Central e Provincial nos processos de planificação, aliado ao facto de a nível provincial persistirem ainda dois planos e, por conseguinte uma duplicação do processo de planificação e prestação de contas.

O processo de planificação ao nível do sector é deficiente, pois de uma forma geral confronta-se com o problema de definição de prioridades, pois *tudo é considerado prioritário nos planos*,

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

*culminando-se com planos muito ambiciosos e de difícil implementação.* Por outro lado, as actividades são definidas com base no financiamento disponível e as metas para os programas são muitas vezes estabelecidas pelo nível central e sem a devida coordenação com as províncias, o que as vezes não reflecte devidamente a realidade da província. Adicionalmente, registam-se problemas de comunicação e articulação entre os níveis central e provincial/distrital que dificultam o cumprimento integral do ciclo de planificação.

Neste contexto, está em curso o desenho de um instrumento de planificação harmonizada para o nível provincial, que permitirá uma integração dos actuais instrumentos de planificação ( Plano Integrado e PES Provincial) , pois no estágio actual há uma certa dificuldade em saber se as actividades e os recursos visam responder aos objectivos estratégicos do sector ou se respondem à necessidades locais definidas pontualmente.

Há também necessidade de capacitar os recursos humanos de nível provincial e local em matéria de planificação, providenciar mais assistência técnica às províncias para aprimorar a qualidade dos seus planos, harmonizar o calendário e competências entre os diferentes níveis no processo de planificação, tendo em conta o ciclo de planificação do Governo. Este processo deve se concretizar na implantação duma cultura de responsabilização e de respeito de prazos no ciclo de planificação, divulgar aos outros níveis as estratégias definidas pelo nível central e explorar mecanismos de o nível central concentrar-se sobretudo na definição de estratégias e descentralizar a planificação e a operacionalização das mesmas ao nível provincial e distrital.

Actualmente, há uma ausência de um plano coeso que reuna juntamente as partes da componente dos serviços, desenvolvimento da capacidade dos recursos humanos, desenvolvimento das instalações, desenvolvimento das infra-estruturas laboratoriais, uma lista actualizada e completa de medicamentos essenciais fornecidos e equipamento para o diagnóstico e tratamento dos doentes. É muito improvável que um aumento na rede de cobertura primária resulte numa prestação maior de serviços, se não se priorizarem simultaneamente intervenções paralelas na área das telecomunicações e de transporte sanitário. No entanto, esta extensão de cobertura deverá ser bem selectiva, direccionada aos distritos menos favorecidos e vinculada a um sistema adequado de referência para serviços de maior complexidade, sem os quais o impacto do nível primário em termos de resultados continuará sendo bastante reduzido. Há assim uma necessidade urgente de desenvolvimento de um plano integrado de desenvolvimento de infra-estruturas abrangente à longo prazo, que integre a manutenção de edifícios, desenvolvimento de recursos humanos e equipamento, que reflecta uma expansão de serviços baseados na equidade e em consonância com desenvolvimento rural.

O distrito é a base de planificação e implementação dos programas de saúde. O compromisso do governo e MISAU de expandir os CSP por todo o país ditou que um grande esforço de formação de profissionais de saúde fosse desenvolvido no sector. Com efeito, o grosso de pessoal afecto nos distritos são profissionais da área específica de saúde que para além das suas atribuições técnicas específicas assumem tarefas de planificação, gestão e administração sanitária. O processo de descentralização está caminhando a passos largos no país, onde o distrito é considerado o pólo de desenvolvimento, e como tal constitui a génese do processo de planificação. Assim para o sector, a materialização deste processo até ao nível mais periférico constituirá uma oportunidade para melhorar os processos de planificação, através de uma maior capacitação dos recursos humanos a diferentes níveis para que o sector possa num futuro

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

elaborar um plano harmonizado que reflecta as expectativas da população moçambicana em relação a saúde.

A elaboração do actual PESS (2007-2012), constitui um momento de reflexão sobre as principais intervenções estratégicas do sector após a vigência do primeiro PESS, pois permite reprogramar as acções tendo em conta os novos desafios do sector sobretudo no âmbito das reformas em curso. Espera-se que este PESS seja um instrumento fundamental de orientação e coordenação das actividades de sector e seus intervenientes e enquadra-se na perspectiva de melhoria dos processos de planificação em curso no sector.

### **Sistema de informação**

A credibilidade da informação recolhida tem sido questionada de forma repetida nas diversas ACAs e em muitos documentos, o que se reflecte no impacto dos resultados destas avaliações que perdem fiabilidade como instrumento de seguimento. Em 2003 e também em 2004 houve uma melhoria na qualidade da informação disponibilizada à equipe de avaliação. Para poder fazer avaliações deste tipo é preciso dispor de informação fiável sobre os indicadores seleccionados.

Os dados para a monitoria e avaliação dos programas são colectados nas unidades sanitárias, centros de saúde e hospitais, e depois são introduzidos no sistema onde são compilados em relatórios a nível distrital e depois a nível provincial. Em seguida, estes indicadores se incorporam ao Balanço do PES Provincial e ao Balanço do Plano Económico e Social (PES) a nível central. 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. Quando os dados são analisados a nível central observam-se divergências tanto em termos de formato como em conteúdo.

A verticalização dos programas cria muitos instrumentos para a colecta de dados ao nível primário e gera dificuldades para o cruzamento de dados; portanto, é necessário trabalhar no sentido de unificar os instrumentos e uniformizar os processos de avaliação. Para continuar melhorando estes processos é necessário investir em recursos, com ênfase na formação de pessoal em avaliação e monitoria dos programas a nível periférico. É importante também desenvolver a cultura do uso das informações contidas nas avaliações do sector no processo de planificação a todos os níveis e, contribuir para melhorar a produção regular de relatórios e a análise de dados de forma rotineira. Importa também criar incentivo ex: supervisões e retro-informação para que o pessoal se sinta incentivado a reportar adequadamente, para além da necessidade de proporcionando-lhes mais recursos ou outro tipo de incentivos para a realização desta actividade.

Espera-se que o desenvolvimento do Módulo Básico-SIS permita uma maior estruturação do trabalho ao nível central e melhore os processos de gestão da informação. Será necessário também melhorar a supervisão integrada.

### Financiamento em saúde

A estratégia do Governo tem sido a de aumentar os recursos disponíveis ao nível do sector com vista a uma maior resposta às necessidades em saúde, neste contexto, o sector saúde conta para

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

o seu funcionamento com o Orçamento do estado (OE) e com os fundos externos. Outra estratégia do Governo consiste em garantir cada vez maior transparência na gestão financeira. Nos últimos anos o Governo de Moçambique tem vindo a aumentar o orçamento geral do sector assim como os parceiros do sector porém, o sector continua sub financiado.

Em 2004 a percentagem de recursos alocados à saúde em relação a despesa total do governo foi de 11%, o que significa que o Governo de Moçambique deve aumentar a despesa em saúde para alcançar a meta de Abuja de afectar pelo menos 15% das despesas do governo ao sector saúde. Em 2006, de acordo com o Plano Económico e Social do Sector da Saúde (PES-Sectorial) a distribuição do financiamento foi de aproximadamente; 31% para o Orçamento do Estado (OE), 41% para os fundos verticais e 28% para os fundos comuns. Durante a vigência do presente plano estratégico do sector saúde esforços serão feitos para aumentar a despesa per capita na área de saúde até pelo 34 dólares americanos em seguimento da recomendação da Comissão de Macroeconomia em saúde (OMS).

O mecanismo de apoio directo às províncias, os projectos verticais e os os fundos comuns, são os mecanismos usados pelos parceiros para financiar as despesas do sector. O Compromisso de **Kaya kwanga** orienta a parceria no sector e, o memorando de entendimento do PROSAÚDE é o instrumento que orienta o funcionamento do Fundo Comum PROSAÚDE. Os diferentes mecanismos de financiamento reflectem a ambição, que de algum modo tem sido bem sucedida, em querer resolver os múltiplos e diversos problemas que constroem o desenvolvimento do sector. Enquanto há reconhecido esforço do governo para complementar o apoio dos doadores, ainda resta o desafio de fazer com que os fundos do PROSAUDE fluam na medida do possível através do tesouro.

É necessário rever os critérios de alocação de recursos, a institucionalização das Contas Nacionais em Saúde, para visualizar com evidência onde os recursos devem ser priorizados. O CFMDP, estudos sobre análises de custo de forma sistemáticas vão apoiar o processo de alocação de recursos no sector. O reforço da capacidade no MISAU, sobretudo para área de planificação e administração financeira são pré requisitos essenciais para a melhoria da planificação e gestão no sector.

A questão das cobranças das taxas de consulta versus acesso a cuidados de saúde, uso racional de serviços de saúde, aumento de recursos para a saúde vai ser abordada de forma sistemática e objectiva para se determinar a abordagem mais efectiva. Esforços vão ser feitos para que sejam desenvolvidos e implementados esquemas de seguros sociais de saúde para cobrir a população vulnerável, de referir que o MISAU está a realizar estudos com vista a avaliar o impacto bem como as implicações da implementação de uma política de gratuidade dos serviços de saúde.

### Sistema de Gestão financeira

A introdução do e-SISTAFE, a partir do mês de Julho de 2006, no sector de saúde trouxe melhorias substanciais na obtenção e libertação de recursos financeiros, embora tal só tenha ocorrido, como já referido, na segunda metade do ano. Tais melhorias verificaram-se ainda mais ao nível das DPS's, cuja falta de liquidez era considerada crónica.

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

A recolha da informação do OE melhorou substancialmente com a implementação do e-SISTAFE no sector o que facilita, sobretudo, a obtenção em tempo útil da informação proveniente das províncias (OE).

As dificuldades para a obtenção de informações relativas à componente externa do investimento e outros projectos executados ao nível dos financiadores ou agências externas ao MISAU persistem. Dificuldades similares são encontradas em projectos de apoio directo, com grande enfoque para o nível provincial onde várias vezes não são obtidas informações claras sobre o financiamento envolvido

Serão realizados esforços para melhorar a gestão de fundos do sector sobretudo a instalação de sistemas de controle financeiro; incluindo a reestruturação da Direcção de Administração e Finanças –DAF de forma a torná-lo mais operacional e com pessoal adequado para responder a um sistema de gestão moderno e transparente. A Reestruturação da DAF vai ser consubstanciada pela re-funcionalização dos DPAF nas DPS. O desafio consiste em conseguir o aumento dos actuais níveis de financiamento tanto na componente interna como externa do orçamento.

### Investimentos

Apesar das unidades sanitárias se encontrarem em condições precárias (com nenhum ou limitado acesso ao fornecimento de água e electricidade, construções deficientes ) e serem insuficientes para responder as necessidades da população, o nível de financiamento e implementação do Plano de Investimento do Sector Saúde continua muito baixo.

Existem muitas razões para o fraco cenário de investimento: limitada capacidade técnica a nível central e das províncias; confusão sobre quem recai a responsabilidade pela supervisão dos trabalhos; fraca cultura de manutenção dos edificios; decisões tomadas numa base ad-hoc em vez de seguirem uma análise sistemática das necessidades; incapacidade tanto do Orçamento de Estado como do PROSAUDE e outros fundos externos de gerir os projectos de construção multi-anuais; limitada capacidade técnica nas províncias em termos de implementação dos planos de investimento: custos e procedimentos de concursos irrealistas; e fraca capacidade de orçamentação.

Embora a meta seja expandir os serviços de saúde a toda a população, esta só vai ser possível alcançar através de uma política coerente de melhoria da capacidade técnica do pessoal do Sector Saúde em planificação a todos os níveis mas sobretudo a nível distrital que é a base da planificação, pois o pessoal actualmente disponível carece de formação e actualização nesta área. Há também a necessidade de se melhorar a qualidade dos planos, através da elaboração de um plano integrado da rede sanitária, equipamento e recursos que permitirá uma gestão mais eficiente a todos os níveis.

É igualmente necessário assegurar a integração paulatina dos fundos verticais nos mecanismos instituídos para maximizar os recursos existentes e sobretudo para garantir que os fundos atribuídos ao sector financiam as prioridades definidas.

# 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

## 4.2.3

### **Género**

O reforço da perspectiva do Género em todos os programas de saúde, em particular na política de desenvolvimento de recursos humanos e formação para assegurar maior justiça e equidade social, baseada no princípio de igualdade de acesso na utilização dos serviços de saúde, é uma das áreas prioritárias do género no sector. Durante o período foram realizadas acções de formação ao nível central e provincial, abrangendo um total de 260 funcionários. A perspectiva do género e a elaboração da política do Género no MISAU, constituem prioridades para o período subsequente. Outras das acções que deveram ser realizadas são a finalização da política do género ao nível do MISAU e a inclusão da abordagem do género no SIS.

### **Desenvolvimento dos recursos humanos**

O Misau tem como um dos maiores desafios a escassez de recursos humanos a todos os níveis, mas essencialmente a nível de quadros médios e superiores. O nosso país, com base na comparação global feita pela OMS(2006), foi classificado como um dos 57 países que enfrentam uma falta crítica de recursos humanos, pois tem uma densidade de 3 médicos e 21 enfermeiras por 100 000 habitantes; comparado com o padrão, 1 médico por 5.000 habitantes, é possível ver claramente quão longe o país se encontra para atingir o desejado. O cenário não é favorável a implementação das actividades de forma sustentável para que o sector alcance as metas definidas pelos programas prioritários.

Várias são as dificuldades existentes nesta área, passa-se a citar algumas: baixo número de provedores nas zonas rurais, predominância de pessoal com qualificações profissionais inadequadas, número limitado de médicos e pessoal especializado, falta de especialistas em saúde pública (planificação e Gestão). Existe também uma capacidade limitada de formação de novos quadros, tanto de gestão como de pessoal de saúde de primeira linha, de apoio ou do sistema de referência. Além disso, os currículos de formação nem sempre se ajustam com as necessidades de um sistema de saúde moderno, não existem suficientes recursos humanos para dar a necessária formação. A epidemia de VIH/SIDA e a alta prevalência de doenças infecciosas, estão a agravar a situação, pois deve-se expandir cuidados cada vez mais complexos para o nível primário, significando necessariamente pessoal mais qualificado. Isto se reflecte no terreno pelas baixas taxas de utilização de muitas unidades sanitárias (HSER 2002).

A rede secundária e terciária também não têm capacidade para absorver a crescente procura de serviços devido ao baixo número de pessoal de saúde, a falta de planificação para que haja pessoal suficiente e devidamente treinado para responder às necessidades de saúde, e as limitações na qualidade da formação disponível, contribui para o fraco desenvolvimento de recursos humanos no sector da saúde. A nível central o Departamento de Recursos Humanos exige a transformação de um departamento administrativo e de formação num que compreenda a função dos recursos humanos, em termos de: quantificação, formação e desenvolvimento para tarefas específicas, qualificações e alocação de pessoal necessário para responder às exigências do sistema de saúde. A recente revisão dos Recursos Humanos identificou os pontos fortes,

## **1º RASCUNHO (NÃO CITAR)**

fraquezas e limitações do sistema e fez recomendações para a reforma. Uma planificação e gestão pró-activo dos recursos humanos será a chave para a implementação com sucesso de muitos dos objectivos e estratégias do PESS .

Instrumentos de formação inovadores não foram ainda explorados, tais como aprendizagem por solução de problemas, técnicas de aprendizagem para adultos, uso da internet e de bibliotecas computarizadas para pesquisa e laboratórios de ensino para a aplicação prática das lições aprendidas.

A distribuição do pessoal no país não é equitativa, estando as regiões norte e central desfavorecidas. Não existe um sistema claro para colocação de pessoal de acordo com o fardo da doença ou a carência geográfica dos diferentes quadros do pessoal de saúde. Em 2001 os distritos prestaram uma média de 2209 UA por 1000 habitantes, porém esta cifra oscilava entre as 1000 e 4000 UA entre distritos. A produtividade dos trabalhadores também variava entre 1200 e 8000 UA por ano. O tempo médio de espera dos doentes era de 45 minutos para serem atendidos numa consulta que durava, em média, 4 minutos. A percentagem de população por trabalhador variava entre 400 e 40000. Só 62% das unidades tinham um trabalhador com nível educacional superior ao elementar(Revisão Conjunta de Médio Prazo do PESS-2005)

A motivação do pessoal é parte integrante deste plano, e não poderá ser negligenciada. As reformas salariais e outros incentivos tem sido atrasados, levando inevitavelmente à redução da moral do pessoal e dificuldades cada vez maiores na colocação de pessoal em áreas desfavorecidas. Está em curso o desenvolvimento de uma política compreensiva de recrutamento e de retenção, incluindo esquemas de incentivos para o pessoal.

O desenvolvimento de uma política compreensiva de recurso humanos terá de incorporar as opiniões e os esforços de um número de instituições, incluindo, pelo menos as instituições Reguladoras de Profissionais de Saúde, assim como planificadores estratégicos, analistas de necessidades de saúde e institutos de formação de saúde. A estratégia de recursos humanos necessita de tomar em consideração as carreiras profissionais para todos os quadros de pessoal, critérios explícitos de avaliação do desempenho, oportunidades claras de formação e desenvolvimento para melhorar capacidades, assim como níveis de salários diferenciados e incentivos diferenciados para colocação em locais de trabalho menos atractivos.

### **1.5.6.Reforma do Sector Publico**

O Governo de Moçambique vem implementando a Reforma do Sector Público cujo objectivo central é reestruturar o funcionamento dos sectores com vista a melhorar a oferta de serviços através da descentralização e simplificação de procedimentos. A estratégia da reforma do Governo faz a ligação entre o reforço da capacidade institucional para oferecer serviços ao nível local com a reestruturação do nível central para alinhar fazedor as políticas com o processo de monitoria e avaliação.

O Programa de Reforma do Sector Público de Moçambique baseia-se na Estratégia Global para o RSP 2001-2001, cuja primeira fase foi apoiada por um fundo comum, apoiado pelo PNUD e pelo



## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

Banco Mundial. A fase II da Reforma do Sector Público foi iniciada em Novembro de 2006, com finalização prevista para 2011. As mudanças chave desta abordagem incluem a criação da Autoridade Nacional da Função Pública que se responsabiliza: pela direcção estratégica da reforma do sector público e pela gestão dos recursos humanos; as prioridades maiores da reforma; alinhamento das reformas aos ciclos de planificação dos sectores; implementação descentralizada das reformas; uma orientação reforçada para o impacto e resultados; e uma melhor integração e sequência das reformas relacionadas.

Em 2001, o processo de Reforma do Sector Público comportava em si uma directiva de descentralização. Este processo teve pouco impacto no sector Saúde pois este é sem dúvida um dos mais descentralizados do país. Muitas das orientações em matéria de descentralização contidas na Reforma do Sector Público já estão implementadas no sector Saúde.

A descentralização no sector saúde é um processo que iniciou no pós independência (Setembro de 1975) com a criação das Direcções Provinciais de Saúde e vem sofrendo alterações até aos dias de hoje, tendo em conta toda a conjuntura social, económica e política do país.

As Direcções Provinciais e Distritais de Saúde passaram a ter o seu próprio orçamento e quadro de pessoal, e a fazerem a gestão do mesmo, embora esse orçamento não contemplasse os itens de aprovisionamento centralizado. Em 1978, numa grande Conferência Nacional, o Distrito foi declarado a unidade base da Planificação.

Dadas as especificidade do sector, o aprovisionamento tanto de medicamentos como de equipamentos e outros materiais e consumíveis manteve-se centralizado o que permitiu assegurar o aprovisionamento, permitindo melhor eficiência.

Todo este sistema funcionou perfeitamente até que em meados dos anos 80 se começaram a sentir os efeitos destruidores da guerra de desestabilização. Em todo o período de guerra de estabilização (1982 a 1993) assiste-se a um regredir do processo de descentralização.

Em 4 de Outubro de 1992 é assinado o Acordo de Paz que entra efectivamente em vigor. Apartir de 1994/95 os recursos disponíveis para a Saúde começam gradualmente a subir, ano após ano, tanto pela componente interna como externa do OE.

A partir de 1994/95 as estruturas provinciais de Saúde reforçam-se e as estruturas distritais reinstalam-se gradualmente e voltam gradualmente a funcionar como antes da guerra de desestabilização. Retoma-se o princípio de enviar para os Distritos e para as Unidades Sanitárias mais periféricas todos os recém graduados da Faculdade de Medicina e dos Institutos de Ciências da Saúde.

Em 1997/98 um grande passo em frente é dado em matéria de descentralização, com 2 medidas fundamentais:

- Descentralização total para as Províncias da gestão de todo o pessoal dos níveis médio, básico e elementar, ficando os Órgãos Centrais, unicamente, com a responsabilidade de gestão dos recursos humanos em serviço nos próprios Órgãos Centrais e os técnicos de nível superior em todo o país. Este processo de descentralização não se fez sem que tenham surgido problemas; o processo de gestão de recursos humanos depende grandemente do funcionamento de outras estruturas, nomeadamente do Tribunal Administrativo (TA), que não foi descentralizado até ao presente momento e que continua sendo a chave para a descentralização de recursos humanos. Este disfuncionamento

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

entre o TA e as Direcções Provinciais de Saúde carece ainda de ser analisado em vista da solução dos problemas existentes.

- Criação de Orçamentos Provinciais de responsabilidade totalmente provincial, incluindo a sua distribuição por sectores, pelo que o nível central não tem competência para decidir se em determinada Província a maior parte dos fundos é alocado à Saúde ou para outro sector. Esta componente da descentralização foi em 2006 estendido aos Distritos que passaram a ter os Fundos de Desenvolvimento Distrital, para gerirem de forma autónoma sem qualquer interferência dos níveis superiores.

O Ministério da Saúde irá no contexto da análise funcional rever a política de descentralização, rever os papéis e responsabilidades de cada nível de prestação de serviços. O nível central irá assumir o papel de fazedor de políticas, regulador (definição de normas e padrões) e monitoria e avaliação. O papel de liderança do MISAU vem sendo revisto e harmonizado com o processo de planificação e orçamentação aos níveis provincial e distrital, como é o caso do desenvolvimento em curso de guiões de planificação.

A análise funcional do MISAU , definiu como uma das prioridades a reestruturação do sector, a qual está actualmente em curso. Os elementos chave desta revisão, têm sido as fortes ligações desenvolvidas entre a missão do MISAU e os objectivos definidos no PARPA. Espera-se que a resolução da actual crise em termos de recursos humanos através da introdução de um esquema salarial atractivo venha a trazer melhorias no funcionamento do sector.

A outra componente da Reforma do Sector Público é a “profissionalização” dos serviços públicos. No contexto do sector saúde, os trabalhadores de saúde serão motivados a tornarem-se mais responsáveis pelas necessidades dos cidadãos e a aumentarem o seu profissionalismo. A qualidade dos serviços de saúde em detrimento da quantidade é agora a principal prioridade em termos de prestação de serviços. Com vista a atingirem-se os objectivos da reforma será necessário atrair e reter pessoal qualificado, promovendo formação em trabalho através de instituições de formação locais e melhorando a gestão de recursos humanos a todos os níveis.

O governo propôs-se a desenvolver um esquema de incentivos salariais que irá contribuir para um desenho de uma estratégia sustentável de melhoria salarial ao sector público. Por seu lado o MISAU está desenvolvendo um esquema de suplemento salarial que será suportado pelo governo a médio termo .

As reformas na área financeira têm em vista o melhoramento da alocação , uso eficiente dos recursos públicos, sendo o melhoramento da gestão das despesas e os sistemas de contabilidade acções prioritárias .Este elemento da reforma, visa responder a preocupação do sector em melhorar a gestão dos recursos do sector de forma transparente.

### 1.5.7. Direitos Humanos em saúde

Moçambique ratificou vários e importantes tratados relacionados com o direito à saúde ou dos direitos relativos à saúde. O Artigo 89 estabelece que “todos os cidadãos tem direito a saúde, nos termos da lei, e devem ter a obrigação de promover e proteger a saúde publica”. O Artigo 16, do capítulo sobre a organização social, também prevê que “... os cuidados médicos e sanitários para

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

todos os cidadãos devem ser organizados através de um sistema nacional de saúde, o qual deve beneficiar todo o povo Moçambicano ... e o Estado deve encorajar os cidadãos e instituições a participar na melhoria do nível de saúde da comunidade ... o Estado deve promover a expansão dos cuidados médicos e sanitários e igual acesso de todos os cidadãos ao gozo deste direito.”

Outros direitos humanos relacionados com a saúde são também reconhecidos, incluindo o direito ao trabalho, à habitação e a ser livre de tortura.

Além dos direitos consagrados pela Constituição, outros documentos chave, tais como a Estratégia de Redução da Pobreza, também se referem a Direitos humanos em saúde.

### 1.5.8. Serviços Farmacêuticos

A aquisição e distribuição de medicamentos e suplementos médico para o uso no SNS é planificada e administrada pelo MISAU através da CMAM. Esta por sua vez prepara as estimativas de necessidade com base nos padrões de fornecimento e consumo. A CMAM estima as necessidades anuais dos serviços de saúde a vários níveis (excepto para programas como a malária e TB) usando a informação obtida no processo de requisições do ano anterior. O processo de requisição aos níveis distrital, provincial e dos hospitais centrais envolve o cálculo ajustado do consumo médio mensal e serve como base de cálculo. O número de kits de medicamentos (Tipo-A, Tipo-B, Tipo-C) é também estimado com base nas estatísticas das consultas e nos níveis de prescrição do pessoal. O kit de medicamentos assegura a disponibilidade de medicamentos essenciais para as unidades sanitárias de nível primário.

A CMAM contrata os serviços da MEDIMOC para realizar grande parte das actividades administrativas como os concursos, monitoria dos contratos, controle de qualidade, etc.. As decisões relativas ao contratos é feita pela CMAM. A MEDIMOC é contratada para operar ao nível central e avia as requisições para as províncias, hospitais centrais, e alguns hospitais distritais em Maputo de acordo com um período específico. Está em curso um o processo de mudança contractual entre o MISAU-CMAM e a Medimoc com vista a tornar a CMAM mais eficiente.

A regulamentação dos medicamentos, registo, inspecção quer pública bem como do sector privado e o licenciamento das farmácias e pessoal são da responsabilidade do departamento farmacêutico do MISAU.

O Laboratório Nacional de Controle e Qualidade dos Medicamentos (LNCQM) foi criado em 1991 (Diploma Ministerial n°19/91, BR n° 9/1ª serie, 27 Fevereiro 1991), como uma instituição subordinada à Direcção Nacional de Assistência Médica ,cujo principal objectivo é controlar a qualidade dos medicamentos em conformidade com as especificações estabelecidas internacionalmente.

O Departamento Farmacêutico é apoiado por comité terapêutico na produção e revisão do Formulário Nacional de Medicamentos (FNM). O FNM define o tipo de produtos que a CMAM pode adquirir e fornecer ao SNS. O FNM satisfaz as necessidades dos níveis primário e secundário de prestação de serviços, enquanto que para os níveis terciário e quaternário os prescritores na maioria são mais diferenciados com especializações específicas.

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

O financiamento de medicamentos é assegurado por fundos internos e por um considerável volume de fundos externos. Existe um grupo de medicamentos constituído por representantes do MISAU e parceiros signatários do Fundo Comum de Medicamentos e Artigos Médicos para assegurar o acompanhamento do processo de aprovisionamento nesta área crucial do Serviço Nacional de saúde e da qual depende em grande medida a credibilidade do SNS. Os fundos para a aquisição de medicamentos cobrem cerca de 60-70% das necessidades do sector, portanto esta é uma área que resente de sub financiamento crónico nos últimos anos. Existe um sistema de comparticipação ao nível dos Hospitais Provinciais e Centrais, onde são permitidos reter 40% das receitas como um valor adicional ao orçamento para a compra de medicamentos enquanto que a outra parte 60% retorna à conta da Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM).

O MISAU nos próximos anos propõe –se a aumentar o papel da CMAM no processo de procura e de exploração de outras opções de contratação de serviços. O MISAU irá também adoptar uma metodologia mais racional na avaliação das necessidades em medicamentos com base em informação epidemiológica e através de um processo de consulta com os níveis terciários e quaternários.

O MISAU irá realizar formação do pessoal no uso racional dos medicamentos bem como sobre a gestão da cadeia de distribuição. A disponibilidade de guiões baseados em evidências regularmente actualizados, irá apoiar uma efectiva prescrição. As actuais normas terapêuticas serão avaliadas e actualizadas e assim usadas para monitorar os comités terapêuticos. Uma das maiores limitações é a falta de recursos humanos na área farmacêutica sendo necessária uma acção urgente para inverter o actual cenário.

O estabelecimento da Autoridade Reguladora do Medicamento, “relativamente independente” subordinada ao MISAU vai ser contributo na função de regulador do MISAU

### RISCOS E PRESSUPOSTOS

O presente Plano Estratégico poderá ser influenciado por alguns eventos imprevisíveis impedindo que se alcance o preconizado. Assim sendo, estes riscos deverão ser monitorizados , para que sejam pontualmente minimizados para evitar quebras no processo de implementação; existem também pressupostos que favorecem a implementação do plano e permitem que sejam atingidos os resultados esperados.

#### Riscos:

- Abrandamento do crescimento macro-económico e redução da alocação de fundos do governo ao sector
- Interrupção do apoio das agências internacionais resultante das mudanças das suas políticas ou devido a instabilidade económica
- Processos eleitorais como um potencial para a instabilidade política

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

- Falta de capacidade do MISAU em termos de planificação e orçamentação e gestão de recursos financeiros
  - Falta de condições de trabalho adequadas para os funcionários levando a desmotivação
  - Ocorrência de emergências resultantes de calamidades, epidemias, o que leva a um desvio de aplicação dos fundos anteriormente previstos
  - Persistência de elevados níveis de analfabetismo, limitando as mudanças nos hábitos de vida das populações
- Persistência de elevados índices de pobreza carecendo de uma focalização contínua de intervenções para os mais carentes

### Pressupostos

- crescimento económico contínuo e acelerado
- Contínua estabilidade política no país
- Continuado processo de reformas do sector e adequada resposta às mudanças no sistema de saúde
- Disponibilidade ininterrupta de recursos a vários níveis
- Planos efectivos para resolver o problema da carência de recursos humanos no sector
- O processo de descentralização continua a ser uma prioridade no contexto das reformas
- Plano efectivo para resolver a falta de recursos humanos no sector

### **Visão**

A visão do sector inspira-se na agenda nacional de desenvolvimento económico e social do país, pois o desenvolvimento exige uma população saudável e com alta capacidade produtiva. Em directa relação com o Desenvolvimento sustentável está o combate à pobreza, em que o nosso país está fortemente envolvido e mobilizado. Para os próximos vinte e cinco anos o sector visualiza “ colocar à disposição de uma cada vez maior percentagem de moçambicanos Cuidados de Saúde de qualidade aceitável, gratuitos ou a um preço comportável.

### **Declaração da Missão**

A missão do MISAU consiste em realizar a visão do sector. Na sua formulação ela encapsula o direito dos cidadãos à assistência médica e sanitária e o dever dos cidadãos de promover e defender a saúde, consagrados na Constituição da República no seu artigo 94. implícito na declaração está o reconhecimento de que esse direito, por razões conjunturais ainda não é universal derivando daí a noção de gradualismo no acesso para todos os cidadãos.

### **MISSÃO**

*Promover a saúde e o bem estar dos moçambicanos, com especial atenção para os grupos vulneráveis através de intervenções inovativas e prestar cuidados de saúde de boa qualidade e sustentáveis, tornando-os gradualmente acessíveis a todos os moçambicanos com equidade e eficiência.*

# 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

## **Princípios Orientadores**

O Ministério da Saúde tem um papel muito importante no combate às causas da pobreza porque pessoas sãs e bem nutridas são muito mais produtivas e desse modo podem melhor contribuir para o crescimento do rendimento nacional e para o crescimento do rendimento familiar.

Por outro lado o Ministério da Saúde tem um papel claro no alívio das consequências da pobreza, na medida em que através do SNS e, eventualmente, de instituições privadas com carácter não lucrativo, coloca à disposição de uma cada vez maior percentagem de moçambicanos Cuidados de Saúde de qualidade aceitável, gratuitos ou a um preço comportável.

## **Enfase nos cuidados de saúde primários**

O Ministério da Saúde deve dar a máxima prioridade aos Cuidados de Saúde Primários, como a estratégia que responde de forma mais equitável, apropriada e efectiva para as necessidades básicas. Os cuidados de saúde primários continuam relevantes como o foram quando foram propostos em 1979. O MISAU e seus parceiros vão continuar a promover e implementar o conceito participativo de cuidados de saúde primários o qual basea-se na prestação de serviços de forma integrada, acessíveis, localmente relevantes, com tecnologia apropriada e com a participação da comunidade e garantido a apropriação na prestação de serviços.

## **Alcançar a equidade e protecção social para os grupos vulneráveis**

O sector vai garantir a justiça social através do aumento de alocação de recursos para os grupos populacionais mais desfavorecidos reduzindo assim o peso que representa os gastos com a saúde para estes grupos. Políticas de injeção das taxas de consulta vão ser desenvolvidas com o objectivo de providenciar cuidados de saúde gratuitos.

## **Acesso universal a cuidados e serviços de saúde**

A consituição garante a saúde como um direito humano básico para todos os moçambicanos. Neste contexto estratégias vão ser desenvolvidas para garantir que todos cidadãos, em particular os mais vulneráveis membros da sociedade tenham acesso sem restrições a cuidados de saúde primários. O reforço do acesso geografico vai ser feito através da construção de novas unidades sanitárias e da reabilitação das infra estruturas existents bem como através do desenvolvimento e implementação da abolição das taxas de consulta.

## **Alta qualidade de intervenções com base em evidência**

Utentes e doentes esperam que as instituições públicas providenciem cuidados de saúde de qualidade aceitável. O Ministério da Saúde deve assegurar a melhoria da qualidade do atendimento aos utentes nas Unidades Sanitárias do SNS, cujos trabalhadores deverão primar pelo humanismo e cortesia, devendo igualmente promover a melhoria da programação e organização do trabalho, das condições de biossegurança e, ainda, a melhoria do apetrechamento e do equipamento das Unidades Sanitárias, para melhor desempenho das suas funções. Um

## **1º RASCUNHO (NÃO CITAR)**

quadro referencial para o sistema de investigação em saúde vai ser desenvolvido para apoiar o processo de tomada de decisão no sector.

### **Mobilização comunitária e o envolvimento comunitário**

O sector vai continuar a desenvolver todo um conjunto de acções tendentes à mobilização e ao envolvimento das comunidades na promoção e defesa da sua própria Saúde, conforma preconiza a segunda parte do Artigo 89 da Constituição da República e em conformidade com as recomendações da Conferência de Alma Ata sobre os Cuidados de Saúde Primários e das Declarações de Otawa e de Jacarta sobre a Promoção da Saúde no século XXI. As comunidades vão ser encorajadas a envolverem-se na revisão e solução dos seus problemas locais.

### **Desenvolvimento institucional e desenvolvimento de recursos humanos**

O sector pretende alcançar uma organização sustentável, eficiente e eficaz através do desenvolvimento de sistemas de suporte como seja envidar esforços para a melhoria e desenvolvimento constante do processo de Planificação, Gestão e Avaliação de Saúde, tanto no que respeita à Planificação e Gestão de infra-estruturas de Saúde, como no concernente Planificação e Gestão de recursos (humanos, materiais e financeiros), de programas e de actividades. Para este efeito, devem continuar a ser desenvolvidas capacidades e adoptados novos métodos e mecanismos que provem ser mais racionais e com maior relação custo/benefício. Neste contexto é também fundamental que sejam institucionalizados, melhorados e reforçados os mecanismos de coordenação no seio dos órgãos de direcção e de orientação do Sector de Saúde a todos os níveis. Ainda neste quadro, assumem igualmente papel importante na actividade do MISAU a formação e desenvolvimento de recursos humanos para a Saúde, a promoção, desenvolvimento de capacidade e a intensificação do financiamento para a investigação em Saúde. Ainda neste contexto o sector vai continuar a implementar a agenda das reformas do sector público e melhorar o seu relacionamento externo.

### **Encorajar parcerias, colaboração local e internacional**

A política governamental para a Saúde é em grande parte desenvolvida pelo Ministério da Saúde, mas para ela contribuem igualmente outros Ministérios e outras instituições do Estado. Cabe ao Ministério da Saúde desenvolver com esses Ministérios e essas instituições as interligações orgânicas e funcionais para que a Cooperação Intersectorial para a Saúde seja efectiva. Parcerias são fortemente encorajadas como parte de um desenvolvimento sanitário. Parcerias entre o sector público e privado incluindo os praticantes da medicina tradicional os quais vão ser regidos através de regulação apropriada.

A cooperação com os parceiros internacionais para o desenvolvimento sanitário tem sido de um valor incalculável. Sem essa frutífera cooperação não teria sido possível atingir os níveis de indicadores de Saúde que actualmente registamos. Nos próximos anos, o apoio dos parceiros internacionais continuará a ser fundamental. Nestas condições, cabe ao MISAU, em colaboração com o Ministério dos Negócios Estrangeiros e Cooperação, continuar a promover, dinamizar e estimular a participação dos parceiros internacionais no processo de desenvolvimento sanitário

## **1º RASCUNHO (NÃO CITAR)**

nacional e a expansão da cooperação já existente. As relações com os parceiros de desenvolvimento vão ser expandidas e o Código de Conduta actualizado quando for necessário.

Papel importante como colaboradores e parceiros na materialização dos Objectivos consignados nas Directivas do Governo para o Sector Saúde é também reservado às Organizações Não Governamentais (ONGs).

### **Desenvolvimento de estilos de vida e comportamentos saudáveis**

O Ministério da Saúde deve promover no seio da população comportamentos e modos de vida favoráveis à Saúde (exercício físico regular, nutrição equilibrada, abstenção de uso do tabaco e de drogas, controlo do consumo de bebidas alcoólicas, etc.). estratégias serão desenvolvidas para habilitar os indivíduos e comunidades a olharem para os determinantes sociais de saúde com vista a reduzir a vulnerabilidade e risco para a doença.

### **Advocacia**

Uma melhoria significativa da Saúde do conjunto da população não pode ser atingida sem uma coordenação planificada e eficaz de todos os intervenientes do Sistema Nacional de Saúde e de todos os outros sectores, cuja actividade se relaciona com a Saúde

Assim, as políticas e os planos nacionais da Saúde deverão tomar com devida consideração os contributos dos outros sectores com repercussões sobre a Saúde, estabelecendo acordos precisos e realistas, a todos os níveis e em particular nos níveis intermédio e local, para coordenar a actividade dos Serviços de Saúde com todas as outras actividades que contribuem para a promoção da Saúde e para os Cuidados de Saúde Primários

Da multiplicidade de factores que condicionam a Saúde e sua interligação com o Desenvolvimento, resulta que as acções que contribuem para a melhoria do estado de Saúde da População não estão todas na alçada do Ministério da Saúde, razão pela qual a política governamental para a Saúde é em grande parte desenvolvida pelo Ministério da Saúde, mas para ela contribuem igualmente outros Ministérios e outras instituições do Estado. Cabe ao Ministério da Saúde desenvolver com esses Ministérios e essas instituições as interligações orgânicas e funcionais para que a Cooperação Intersectorial para a Saúde seja efectiva. É também necessário que a liderança a todos os níveis se consciencialize da necessidade e da importância da Cooperação Intersectorial para a Saúde e do Envolvimento Comunitário e que os inscreva nas suas prioridades de gestão corrente, exercendo um forte controlo e uma supervisão contínua para que de facto eles se materializem na prática. Por outro lado, é indispensável determinar com precisão as áreas onde mecanismos apropriados de Cooperação Intersectorial para a Saúde devem ser estabelecidos e institucionalizados e as áreas onde eles devem ser reforçados e/ou desenvolvidos.

### **Prioridades**

Considerando os níveis prevaletentes do peso da doença no país e em conformidade com as Directivas do Governo que indicam claramente que saúde é uma condição essencial para o desenvolvimento sustentável e que a luta contra a pobreza requer pessoas saudáveis; o sector



## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

com vista a maximizar os limitados recursos a serem alocados, durante os próximos cinco anos considera como prioritárias as seguintes áreas:

- Estado de Saúde da População
- Cobertura de Cuidados de Saúde e sua Qualidade
- Cuidados de Saúde às Crianças e às Mulheres em Idade Fértil
- Cuidados de Saúde aos Jovens e Adolescentes
- Cuidados de Saúde aos Idosos
- Cuidados de Saúde dos Trabalhadores
- Capacidade do Serviço Nacional de Saúde para Prestar Cuidados de saúde de Qualidade
- Formas de Organização da Prestação dos Cuidados de Saúde
- Política Farmacêutica
- Investigação em Saúde
- Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde
- Cobertura por Serviços com Impacto na Promoção e Protecção de Saúde
- Planificação, Gestão e Organização do Sector Saúde e seu Relacionamento com outros Sectores
- Advocacia em Saúde
- Cooperação Internacional para a Saúde
- Financiamento do Sector Saúde
- e apresentam-se estruturados do seguinte modo:

### Objectivos Gerais

Para se conseguirem melhorar os indicadores do Estado de Saúde da população e as condições da Prestação dos Cuidados de Saúde exigem-se medidas enérgicas, não só no concernente a estas áreas específicas, mas igualmente no concernente a outros factores conexos da actividade do Ministério da Saúde. É nessa perspectiva que se fixam os objectivos adiante enumerados. Os objectivos são formulados para os próximos anos, sem referência a um horizonte temporal determinado, mas para alguns deles fixaram-se objectivos quantificados. Nestes casos as metas indicadas são para serem cumpridas até 2010, mas para alguns de entre estes, prevêem-se projecções da evolução desses objectivos para um horizonte temporal de 10 anos (até 2015). Em alguns casos fixaram-se também metas intermediárias com prazos mais curtos.

Muito embora os objectivos e metas propostas sejam **realistas e possíveis de atingir**, para que eles sejam alcançados o Ministério da Saúde deve fazer a necessária mobilização de recursos e de vontades para a concretização dessas metas fixadas. Todo este processo exigirá muito esforço, muito trabalho, muito empenho, muita determinação e grande capacidade de persuasão.

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

Os objectivos gerais são enunciados simultaneamente com o seu grau de prioridade. Para cada objectivo geral são enunciados objectivos específicos que também foram, tanto quanto possível, quantificados.

Os Objectivos apresentam-se estruturados do seguinte modo:

### **1. Relativos ao Estado de Saúde da População**

**(1) Objectivo Geral:** Redução da taxa de mortalidade infantil dos 124 por mil registados em 2003 para 90 por mil em 2010 e 67 por mil em 2015, deste modo cumprindo o Objectivo de Desenvolvimento do Milénio,

#### **Estratégias:**

- Promover e reforçar os programas de aleitamento materno
- Promover o uso do método de Kangorro
- Expandir o acesso a cuidados essenciais ao recém nascido nas unidades sanitárias especialmente a ressuscitação dos recém nascidos
- Implementar programas de cuidados neonatais e doenças da infância nas unidades sanitárias e na comunidade
- Aumentar a provisão de serviços de prevenção da transmissão vertical e de serviços de tratamento antireviral pediátrico

**(2) Objectivo Geral:** Redução da taxa de mortalidade infanto-juvenil dos 178 por 1000 registados em 2003 para 135 por mil em 2010 e 108 por mil em 2015, deste modo cumprindo o Objectivo de Desenvolvimento do Milénio:

#### **Estratégias:**

- Implementar o Programa de gestão Integrada das doenças da Infância
- Aumentar o acesso ao serviços de tratamento antiretroviral pediátrico

**(3) Objectivo Geral:** Redução da taxa de prevalência da malnutrição, nas crianças de menos de 5 anos:

#### **Estratégias**

- Promove e estreite os programas de aleitamento materno
- Adapte medidas adequadas para prevenir a malnutrição e para gerir as suas consequênciass
- Implemente os programas de malnutrição e de suplementos nutricionais
- Desenvolve uma estratégia nutricional para o sector

**(4) Objectivo Geral:** Redução da taxa de mortalidade materna dos 408 por 100.000 registados em 2003 para 350 por 100.000 em 2010 e 250 por 100.000 em 2015, deste modo cumprindo o Objectivo de Desenvolvimento do Milénio,

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

### Estratégias:

- Implementar a estratégia nacional de serviços de saúde sexual e reprodutiva
- Providenciar um programa compreensivo de cuidados de saúde reprodutiva
- Providencie medidas de protecção pessoal, colectiva e tratamento presumptivo e intermitente a mulheres grávidas
- Aumentar o acesso e a disponibilidade a casas de espera
- Aumentar o acesso a serviços de cuidados obstétricos essenciais
- Aumentar os serviços de prevenção da transmissão vertical e do tratamento antiretroviral a mulheres grávidas
- Aumentar o acesso a métodos de planeamento familiar modernos para mulheres em idade reprodutiva
- Providencie serviços nutricionais para mulheres em idade reprodutiva em particular para as mulheres grávidas
- Reforçar o programa de vacinação para as mulheres em idade fértil
- Reforçar o sistema de referência

**(5) Objectivo Geral:** Redução da taxa de prevalência de Desnutrição por micronutrientes, nas mulheres em idade fértil

### Estratégias

- Providencie serviços para as mulheres em idade fértil, em particular para as mulheres grávidas
- Providencie (comida?) e suplementos nutricionais para mulheres grávidas
- Desenvolve programas de promoção de alimentos ricos em micronutrientes

**(6) Objectivo Geral:** Em colaboração com o CNCS, redução do número de novas infecções pelo HIV, do nível actual de 500 por dia, para 350 em 2010 e 150 em 2015:

### Estratégias

- Integre os serviços de prevenção e tratamento do HIV/SIDA nos serviços existentes
- Intensifique as intervenções de mudança de comportamento através da Informação, Educação e Comunicação
- Promove o uso do preservativos e outras medidas protectoras
- Aumente o acesso e a disponibilidade dos serviços integrados de Aconselhamento e Testagem Voluntária

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

- Aumente a provisão dos serviços de tratamento antiretroviral e da Prevenção da Transmissão Vertical em todos os níveis de prestação de serviços
- Expande os Programas de cuidados ao domicílio
- Aumente o acesso ao tratamento das Infecções transmitidas sexualmente e das infecções oportunistas
- Aumente a disponibilidade dos medicamentos essenciais e outros suplementos necessários para o diagnóstico e tratamento das Infecções de transmitidas sexualmente, HIV/SIDA e infecções Oportunistas

(7) **Objectivo Geral:** Reduzir o peso da malária a metade (medido pelas taxas de prevalência de parasitemia malárica e de letalidade), até 2015, em relação aos níveis observados em 2001, cumprindo dessa forma o Objectivo de Desenvolvimento do Milénio relativo ao controlo da malária:

### Estratégias

- Reforçar o Programa de prevenção, control e tratamento da Malária
- Melhore o manejo de casos de Malária não complicada e da Malária complicada
- Aumente a disponibilidade e uso de testes rápidos para o diagnóstico, da Malária
- Promove o uso de redes mosquiteiras tratadas com insecticida e outras intervenções de control vectorial na prevenção e controle da Malária
- Melhore a logística para a implementação do Programa

(8) **Objectivo Geral:** Redução da taxa de prevalência e de mortalidade por tuberculose, deste modo cumprindo o Objectivo de Desenvolvimento do Milénio:

### Estratégias

- Aumente a detecção de casos de Tuberculose
- Reduza as taxas de abandono
- Aumente o acesso ao tratamento anti- tuberculose
- Reforçar os mecanismos para monitorar, detectar e para o manejo de casos de resistência multi-droga ao tratamento de tuberculose
- Aumentar a cobertura do DOT's comunitário

(9) **Objectivo Geral:** Redução da taxa de prevalência de parasitoses intestinais e vesicais:

### Estratégias

- Desenvolver a estratégia integrada de combate às infecções parasitárias (parasitoses intestinais e vesicais)

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

- Desenvolve mecanismos para colaborar com outros sectores para implementar a estratégia mencionada acima

(10) **Objectivo Geral:** Desenvolver estratégias de combate à tripanossomiase, filariase, febre recorrente, até final de 2008 e passar à sua implementação em todo o território nacional a partir de 2009,

### Estratégias

- Desenvolver a estratégia integrada de combate às infecções parasitárias (tripanossomiase, filariase, febre recorrente)

(11) **Objectivo Geral:** No quadro da acção mundial para a Redução da taxa de prevalência da Lepra, para níveis que não constituam um problema de Saúde Pública, finalizar toda a documentação nacional de certificação até final de 2009,

### Estratégias

- Implemente todos os mecanismos com vista a eliminar a Lepra
- Expandir o tratamento Multi-droga para casos de Lepra
- Promova o envolvimento comunitário na prevenção e controle da Lepra

(12) **Objectivo Geral:** Desenvolver estratégias de prevenção da cólera, meningites e outras doenças de carácter epidémico, até fim de Junho de 2008 e passar à sua implementação em todo o território nacional a partir do segundo semestre de 2008

### Estratégias

- Desenvolve capacidade para fazer face a epidemias, doenças importadas e outras situações de emergência
- Reforçar a capacidade para fazer face a doenças incluídas no sistema de vigilância epidemiológica de forma integrada, à emergências e a capacidade de resposta em situações de emergência
- Crie capacidade para a implementação integrada das doenças de vigilância epidemiológica, capacidade de resposta à emergências e mitigação do impacto dos desastres na comunidade
- Desenvolve um sistema logístico adequado para a vigilância e resposta a situações epidémicas.

(13) **Objectivo Geral:** Redução da taxa de prevalência de incapacidade permanente (física e mental):

### Estratégia

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

- Desenvolve estratégia para cuidados de saúde para idosos com ênfase no apoio nutricional, cuidados preventivos, curativos e reabilitativos

(14) **Objectivo Geral:** Desenvolver estratégias de combate à asma, à diabetes, às neoplasias malignas da mama, do útero e da próstata, até final de 2008 e passar à sua implementação, em todo o território nacional, a partir de 2009,

### **Estratégias**

- Desenvolver e disseminar a estratégia nacional de combate à doenças não transmissíveis
- Desenvolver programas para a detecção precoce do cancro da mama, colo, prostate e outros cancros
- Desenvolver programas de promoção de estilos de vida saudáveis

### **Relativos à Cobertura por Cuidados de Saúde e sua Qualidade:**

#### **No âmbito dos Cuidados de Saúde à População em Geral:**

(15) **Objectivo Geral:** Promover no seio da população comportamentos e modos de vida favoráveis à Saúde (exercício físico regular, nutrição equilibrada, abstenção de uso do tabaco e de drogas, controlo do consumo de bebidas alcoólicas, etc.)

### **Estratégias**

- Estabelece programas de promoção regular do exercício físico
- Promove hábitos alimentares equilibrados
- Estabelece programas e legislação para o controle de uso de drogas, álcool e tabaco.

(16) **Objectivo Geral:** Desenvolver acções tendentes à mobilização e ao envolvimento das comunidades na promoção e defesa da sua própria Saúde

### **Estratégias**

- Implemente a estratégia de participação comunitária até final de 2008
- Desenvolve a estratégia para a implementação de programas de saúde baseados na comunidade
- Defina o perfil dos trabalhadores comunitários
- Reforçar as actuais existentes estruturas comunitária em conformidade com o processo de descentralização em curso

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

**(17) Objectivo Geral:** Em colaboração com outros órgãos centrais e locais da Administração Pública, promover, dinamizar e velar pelo aumento das taxas de cobertura e das condições de abastecimento de água da população, pela melhoria das condições de higiene geral e dos alimentos, bem como pelas condições de saneamento do meio, nomeadamente no que respeita à disposição em condições higiénicas de dejectos humanos, resíduos sólidos, lixos hospitalares e águas residuais

### **Estratégias**

- Desenvolve e implemente o programa de apoio as autoridades locais urbanas em assuntos de higiene, ambiente saudável e problemas sanitários
- Intensifique o programa de inspecções sanitárias em termos de capacidade e frequência das inspecções para protecção pública contra riscos ambientais

**(18) Objectivo Geral:** Desenvolver e intensificar amplos programas de Educação para a Saúde, que tratem toda a gama alargada de questões de saúde e de Orientação Nutricional (Promoção de hábitos alimentares adequados, educação nutricional e prevenção de doenças nutricionais) nas comunidades, nas Unidades Sanitárias e nas escolas, de modo a abranger equitativamente todos os sectores da população, com atenção especial às crianças e adolescentes (em particular as do sexo feminino), às mulheres grávidas e lactantes, aos idosos e aos trabalhadores,

**(19) Objectivo Geral:** Desenvolver e intensificar as actividades de Saúde Oral e de assistência odonto-estomatológica

### **Estratégias**

- Rever a estratégia de saúde oral
- Extender a cobertura de saúde oral, incluindo as escolas e as comunidades
- Coloque equipamento adequado nas unidades sanitárias para prestação de serviços de saúde oral
- Estabeleça um sistema de informação para a saúde oral

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

(20) **Objectivo Geral:** Desenvolver e intensificar as actividades de Saúde Mental e de assistência psiquiátrica:

### Estratégias

- Desenvolve a estratégia de saúde mental e o programa de redução da prevalência da doença mental crónica
- Assegure a entrada em vigor de um quadro legal que proteja os direitos dos doentes mentais
- Previne, controle e monitorize os problemas relacionados com álcool
- Desenvolve serviços de saúde mental baseados em comunidade

### No âmbito dos Cuidados de Saúde às Crianças e às Mulheres em Idade Fértil:

(21) **Objectivo Geral:** Aumento da percentagem de crianças totalmente imunizadas e melhoria do acesso a novas vacinas:

### Estratégias

- Reforce o Programa Alargado de Vacinação
- Introduza novas vacinas

(22) **objectivo Geral:** Aumento da taxa de cobertura por consultas de controle do crescimento das crianças saudáveis, dos 53 % registados em 2004, para 63 % em 2010 e 70% em 2015 e melhoria progressiva da sua qualidade

### Estratégias

- Reforce os programas de controle de crescimento
- Estende as estratégias de controle de crescimento

(23) **Objectivo Geral:** Aumentar a percentagem dos Centros de Saúde que oferecem serviços de prevenção da transmissão vertical do HIV e de Planeamento Familiar, (3 métodos), para 70 % em 2010 e 95 % em 2015;

### Estratégias

- Expande o programa de acesso ao PTV
- Reforce o Programa de Planeamento Familiar

(24) **Objectivo Geral:** Desenvolver, até fim de Junho de 2008, uma estratégia e plano de acção sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva prevendo um conjunto de cuidados integrados e abrangentes e implementá-los a partir do segundo semestre de 2008



## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

(25) **Objectivo Geral:** Desenvolver, até finais de 2008, uma estratégia de atenção aos problemas da menopausa e implementá-la a partir de 2009;

### Estratégias

- Estabelece dentro do Programa de Saúde Reprodutiva programas para lidarem com problemas de menopausa

### No âmbito dos Cuidados de Saúde aos Jovens e Adolescentes:

(26) **Objectivo Geral:** Promover, desenvolver e dinamizar os programas e actividades de Saúde Escolar:

### Estratégias

- Reforce os já existentes programas de saúde escolar (um adicional calendário de vacinação, desparasitação, triagem para problemas de vista, audição, problemas de aprendizagem, higiene, problemas sanitários e provisão de água potável)

(27) **Objectivo Geral:** Promover, desenvolver, dinamizar e tomar as medidas adequadas para que sejam implementados programas de Saúde dos Adolescentes e Jovens

### Estratégias

- Reforce os Programas dos Adolescentes
- Providencie serviços abrangentes de saúde sexual e reprodutiva Amigos de Adolescentes
- Desenvolve estratégias para a providenciar serviços psicossociais e para cuidados as crianças vítimas de abuso sexual

### No âmbito dos Cuidados de Saúde aos Idosos

(28) **Objectivo Geral:** Desenvolver uma estratégia e um programa de acção que visem a promoção e a protecção da Saúde dos idosos com particular destaque para os aspectos nutricionais e para os cuidados clínicos: preventivos, curativos e reabilitativos.

### Estratégias

- Colabore com o Ministério do Trabalho e desenvolve um programa de saúde ocupacional (Saúde dos trabalhadores e segurança)

### No âmbito dos Cuidados de Saúde aos Trabalhadores

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

(29) **Objectivo Geral:** Desenvolver actividades que promovam a Saúde dos Trabalhadores, em particular as destinadas à prevenção dos acidentes de trabalho e as doenças profissionais

### **Relativos à capacidade do Serviço Nacional de Saúde para prestar Cuidados de Saúde de qualidade:**

(30) **Objectivo Geral:** Melhorar e continuar a expandir a rede sanitária para junto das comunidades, desse modo aumentando a extensão da cobertura da população em Cuidados de Saúde:

#### **Estratégias**

- Desenvolve e estime os custos de um Plano Nacional Integrado de Desenvolvimento da Rede Sanitária Infra estrutura, Equipamento e Recursos Humanos
- Introduza os serviços móveis
- Desenvolve um programa de reabilitação e promoção das infra estruturas sanitárias
- Implemente o programa para melhorar a disponibilidade da água, energia e comunicações (telefone e rádio) nas unidades sanitárias

(31) **Objectivo Geral:** Manutenção e desenvolvimento da rede de referência de acordo com as disposições do Diploma Ministerial nº 127/2002, de 31 de Julho, que, contudo, deverá ser actualizado, até fim de Julho de 2008;

#### **Estratégias**

- a. Redefine os papéis e responsabilidades das unidades sanitárias no contexto da prestação de serviços
- b. Revisão adequada de profissionais para cada um dos níveis

(32) **Objectivo Geral:** Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde prestados, devendo-se para isso, utilizando as experiências já existentes em algumas províncias, desenvolver, até final de 2007, mecanismos de quantificação das melhorias qualitativas, que as permitam monitorizar e avaliar

#### **Estratégias**

- Promove serviços de saúde sensíveis aos utentes
- Estabeleça um programa de controle de qualidade e de acreditação nas unidades sanitárias
- Promove a actualização regular dos protocolos e guias de tratamento para os serviços clínicos
- Melhore o laboratório e outros meios de diagnóstico

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

- Forme o pessoal para uso dos protocolos terapêuticos

**(33) Objectivo Geral:** Melhoria gradual dos padrões de respeito pelos direitos humanos e de ética profissional, sobretudo no que respeita ao segredo profissional, promover o conhecimento dos direitos dos utentes e assegurar o seu respeito por parte dos profissionais da Saúde.

### **Estratégias**

- Implemente a carta dos direitos e deveres dos utentes
- Desenvolve e implemente o programa de abordagem de direitos humanos para o desenvolvimento da saúde
- Colabore com as associações profissionais de modo a torná-los mais efectivos e para que prestem contas
- Implemente a estratégia anti-corrupção do sector saúde
- Reforce o papel dos pontos focais do género no sector saúde
- Desenvolve e implemente o Plano de Acção do género no sector
- Desagregue e analise o sistema de informação por género

### **Relativos às formas de Organização da Prestação dos Cuidados de Saúde:**

**(34) Objectivo Geral:** Proceder, à reorganização e reestruturação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que deve desempenhar eficazmente e de forma descentralizada, o seu importante papel de prestador universal de Cuidados de Saúde, de modo a garantir a materialização do direito consignado no Artigo 89 da Constituição da República, devendo para isso preparar a legislação a submeter à aprovação da Assembleia da República e tomar as medidas adequadas, até final de 2008, para a implementação dessa legislação:

### **Esstratégias**

- Continue com a implementação das recomendações da revisão da análise funcional
- Desenvolve o programa de descentralização do sector saúde
- Desenvolve e implemente o programa de reforço dos sistemas distritais de saúde

**(35) Objectivo Geral:** Os Cuidados de Saúde Primários devem beneficiar da máxima prioridade, devendo-se promover a integração dos seus diversos componentes sem necessidade de recurso a programas verticais:

### **Estratégias**

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

- Implemente a estratégia de cuidados de saúde primários como estratégia prioritária na prestação integrada de serviços
- Desenvolve e implemente intervenções sanitárias custo efectivas
- Melhore a capacidade dos centros de saúde rurais e urbanos de providenciarem cuidados de saúde primários de forma adequada

(36) **Objectivo Geral:** Estender progressivamente os Cuidados de Saúde especializados:

### **Estratégia**

- Desenvolve um programa abrangente de extensão de serviços especializados para os níveis provincial e distrital
- Equipe devidamente os Hospitais provinciais e distritais

(37) **Objectivo Geral:** Proceder à melhoria do apetrechamento e do equipamento das Unidades Sanitárias do SNS, para melhor desempenho das suas funções, devendo-se para isso, até fim de 2006, efectuar uma programação das necessidades:

### **Estratégias**

- Implemente um programa de modernização do equipamento das unidades sanitárias do Serviço Nacional de Saúde em conformidade com os padrões internacionais
- Estabelece uma lista de equipamento padrão (médico e de diagnóstico) para todos os níveis do sistema de saúde
- Estabelece um sistema de inventário e de manutenção para todo o equipamento do sector

(38) **Objectivo Geral:** Promover a melhoria das condições de biossegurança em todas as Unidades Sanitárias do SNS e do Sector privado:

### **Estratégias**

- Desenvolve e implemente um programa de prevenção das infecções em todas as instituições de saúde
- Reforce o programa de gestão de lixo hospitalar
- Desenvolve um programa de capacitação na área de biossegurança
- Estabelece um sistema de monitoria e vigilância para a biossegurança

(39) **Objectivo Geral:** Melhorar a capacidade de gestão dos recursos em todas as US,

### **Estratégias**

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

- Desenvolve uma estratégia de capacitação em gestão para o pessoal sénior e quadros médios
- Implemente as Reformas do Sector Público no sector saúde

(40) **Objectivo Geral:** Melhorar o funcionamento de todo o Sistema de Referência (em todas as suas componentes):

### **Estratégias**

- Desenvolve um quadro claro para reforçar o sistema de referência dentro do sector
- Desenvolve a colaboração entre instituições nas várias províncias
- Reforce a capacidade de diagnóstico e tratamento dos doentes nos vários níveis do sistema
- Adquire e instale e/ ou distribua um adequado sistema de transporte e comunicações para apoiar o sistema de referência
- Reforce os serviços de atendimento à acidentes e emergências em todos os níveis do sistema

(41) **Objectivo Geral:** Melhorar a eficácia, eficiência e rendimento hospitalares:

### **Estratégias**

- Continue com a implementação das reformas nos hospitais no contexto das reformas do sector público
- Desenvolve estratégias para melhorar a eficiência técnica e alocativa dos programas e hospitais
- Implemente a integração das estratégias dos programas na prestação de serviços (do Programa Alargado de Vacinação, Vitamina A, Prevenção da transmissão vertical, tratamento anti retroviral, doenças transmitidas sexualmente e Tuberculose)
- Desenvolve e implemente um sistema de treino em serviço e de supervisão integrada

(42) **Objectivo Geral:** Desenvolver a capacidade para fazer face a epidemias, doenças importadas e outras situações de urgência, até final de 2008:

### **Estratégias**

- Reforce a legislação em saúde pública
- Reforce a capacidade do sector para cumprir com os regulamentos internacionais de saúde
- Reforce a capacidade sanitária dos portos marítimos
- Melhore o sistema de vigilância epidemiológica das doenças e a capacidade de alerta

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

(43) **Objectivo Geral:** Definir e realçar o papel social do Sector Privado de prestação de Cuidados de Saúde, tanto do lucrativo, como do não lucrativo, que devem continuar a desenvolver-se num espírito de colaboração e de complementaridade com o sector público e no sentido de melhor virem a exercer os seus papéis sociais respectivos:

### **Estratégias**

- Desenvolve a política e o quadro de colaboração entre sector público e o sector privado lucrativo e não lucrativo
- Estabelece mecanismos contratuais de colaboração entre o sector público e sector privado
- Realize investigação operacional sobre o papel e impacto do sector privado no país

(44) **Objectivo Geral:** Desenvolver e tornar mais eficaz o papel de controlo, supervisão e fiscalização do MISAU e das Direcções Provinciais e Distritais de Saúde sobre o Sector privado de prestação de Cuidados de Saúde, tanto do lucrativo como do não lucrativo para que elas se não afastem dos seus objectivos e para que mantenham os padrões mínimos de qualidade e de qualificação da sua força de trabalho que são exigíveis

### **Estratégias**

- Prepare a legislação que vai regular o sector privado
- Desenvolve um sistema de acreditação para o sector público e privado
- Reforce o papel dos profissionais ligados a regulamentação
- Reforce a capacidade reguladora do sector público dentro do sector saúde

(45) **Objectivo Geral:** Promover o desenvolvimento em moldes científicos das práticas de Medicina Tradicional e o desenvolvimento e colaboração com os praticantes da Medicina Tradicional,

### **Estratégias**

- Avalie o papel da Medicina Tradicional no País
- Estabelece mecanismos de colaboração entre o Ministério da Saúde e os Praticantes da Medicina Tradicional
- Desenvolve a política e legislação para orientar a prática da Medicina Tradicional
- Desenvolve a legislação para proteger a Propriedade Intelectual e Direitos dos praticantes da Medicina Tradicional

### **Relativos à Política Farmacêutica:**

(46) **Objectivo Geral:** Promover o uso racional dos medicamentos, assegurando que o doente receba o medicamento apropriado à sua condição de Saúde, nas doses correspondentes às suas condições individuais, por um período de tempo adequado e ao menor custo para ele e para a sua comunidade

### **Estratégias**

- Actualize regularmente a lista dos medicamentos essenciais
- Implemente o programa de promoção da prescrição racional e uso racional do medicamento

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

- Reforce a capacidade de armazenagem e gestão dos medicamentos essenciais em todos os níveis do sistema de saúde
- Estabelece o sistema de avaliação do programa de medicamentos essenciais

(47) **Objectivo Geral:** Assegurar a qualidade dos medicamentos, de modo a que só circulem no País medicamentos legalmente reconhecidos, seguros e eficazes, em conformidade com os padrões de qualidade estabelecidos:

### **Estratégias**

- Reforce a capacidade técnica do Laboratório Nacional de Controle de Qualidade
- Estabelece um sistema regulador de medicamentos e outros produtos farmacêuticos
- Realize regularmente controle da divulgação de produtos farmacêuticos e de testagem de medicamentos essenciais e suplementos médicos

(48) **Objectivo Geral:** Tomar as medidas apropriadas para garantir o acesso da população aos medicamentos em condições de equidade, de modo a assegurar que os medicamentos essenciais estejam regular e atempadamente disponíveis nas quantidades necessárias, na forma e dosagem farmacêuticas adequadas e a preços comportáveis para o cidadão:

### **Estratégias**

- Aumente a despesa percapita em medicamentos e suplementos médicos
- Reforce a logística do sistema de aprovisionamento e distribuição de medicamentos essenciais e suplementos médicos
- Reforce o sistema de armazenagem e distribuição de medicamentos
- Reforce a capacidade de quantificar os medicamentos e suplementos médicos em todos os níveis do sistema de saúde

(49) **Objectivo Geral:** Assegurar a elaboração dos Diplomas Legais necessários à regulação do domínio de Terapêutica e Farmácia e à implementação da Política Farmacêutica enunciada e submetê-los à aprovação pelos órgãos competentes:

### **Estratégias**

- Rever e adoptar a Política Nacional do Medicamento
  - Desenvolve legislação para regular o sector farmacêutico
  - Estabelece a Autoridade Nacional Reguladora do Medicamento e Vacinas

## **Relativos à Investigação em Saúde:**

(50) **Objectivo Geral:** Promover o desenvolvimento de capacidade de investigação em Saúde e em Nutrição e a intensificação da sua prática, nomeadamente, nas áreas epidemiológica, clínica, biomédica, fármaco-terapêutica, em economia da Saúde e em

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

Investigação sobre os Sistemas de Saúde, elaborando, até fim de Junho de 2008, uma Agenda de investigação, que deve ser actualizada periódica e regularmente

### Estratégias

- Desenvolve uma agenda nacional em investigação abrangente até final de 2008 (prioridades em investigação)
- Aumente a capacidade de investigação em saúde em todos os níveis do sistema de saúde

(51) **Objectivo Geral:** Promover, incentivar e financiar adequadamente a investigação em Saúde, aos diferentes níveis do Sistema de Saúde:

### Estratégias

- Providencie níveis adequados de financiamento em investigação em saúde em todos os níveis do sistema, atribui pelo menos 2% do orçamento global do Ministério da Saúde
- Estabelece colaboração com outras instituições para a investigação em saúde
- Incorpore a componente investigação em todos os programas de saúde

(52) **Objectivo Geral:** Promover e velar pela larga difusão e correcta utilização dos resultados da investigação, de modo a assegurar que a definição de políticas, a organização e a gestão de programas de Saúde se faça de forma mais científica e seja baseada em evidência,

### Estratégias

- Assegure que a investigação realizada é relevante para as necessidades do sector
- Estabelece centros de investigação para facilitar o acesso a resultados de investigação por todos os trabalhadores de saúde
- Estabelece uma rede de investigação e a cultura de publicação dos resultados de investigação em jornais

(53) **Objectivo Geral:** Promover, incentivar e garantir que a Investigação em Saúde se faça com respeito pelas normas éticas internacionalmente aceites:

### Estratégias

- Assegure que a investigação está sendo conduzida em conformidade com a adesão a normas e éticas aceites internacionalmente
- Estabelece um Comité de ética para a investigação em todos os níveis do sistema de saúde



## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

### Relativos ao Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde:

**(54) Objectivo Geral:** Avaliar, até final de 2006, o actual sistema de carreiras profissionais e de formação, estabelecido pelo Decreto nº 25/76, de 19 de Junho e com as disposições complementares à carreira de Enfermagem de Saúde Materno-Infantil e, em função dos resultados dessa avaliação, tirar as ilações que se impuserem, adoptando e fazendo aprovar as medidas que forem recomendadas:

#### **Estratégias**

- Rever a implementação do Decreto Nº 25/76, de 19 de Junho
- Rever e actualizar a descrição de tarefas dos profissionais de saúde em todos os níveis do sistema de saúde

**(55) Objectivo Geral:** Rever e fazer aprovar, até fim de 2007, o actual Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos (PDRH), no âmbito de um exercício mais alargado de Planificação de Saúde, que tenha igualmente em conta o Desenvolvimento da Rede Sanitária e a progressão do Orçamento da Saúde, de modo a assegurar que, no mais breve espaço de tempo, a dotação em pessoal de todas as Unidades Sanitárias esteja em conformidade com as disposições do Diploma Ministerial 127/2002 e a reduzir de forma faseada e gradual a formação de profissionais de nível básico, incentivando a promoção de básicos a médios, para esse efeito, incrementando os respectivos cursos de promoção:

#### **Estratégias**

- Submete o Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos para considerações e aprovação
- Intesifique os programas de formação em pós-graduação em Moçambique como no exterior
- Rever os actuais curricula para formação de profissionais de saúde e as habilidades necessárias para o sector saúde
- Aumente a colaboração com as instituições que formam profissionais de saúde

**(56) Objectivo Geral:** Intensificar a formação de Recursos Humanos para a Saúde, sobretudo aos níveis médio e superior, para permitir a expansão da rede de prestação de Cuidados de Saúde, reduzir o número médio de habitantes por médico, por enfermeiro e por outros profissionais de Saúde e de modo a aumentar gradualmente o nível de qualificação técnica da força de trabalho:

#### **Estratégias**

- Aumente o número das instituições de treino e os resultados em termos de recursos humanos para a saúde
- Rever o pessoal de saúde requerido em cada nível do sistema de saúde

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

- Rever os currículos de formação para os profissionais de saúde e melhorar a qualidade de formação
- Estabelece uma base de dados para todos os trainees do sector

**(57) Objectivo Geral:** Intensificar os programas de pós-graduação, tanto no país como no exterior:

### **Estratégias**

- Entre em colaboração com instituições do exterior para o treino em pós-graduação
- Estabelece unidades sanitárias adicionais com capacidade para treino em pós-graduação

**(58) Objectivo Geral:** Desenvolver os programas de formação contínua, formação à distância e formação em trabalho:

### **Estratégias**

- Realize uma avaliação das necessidades de treino em serviço
- Desenvolve um Plano Nacional Integrado de treino em serviço
- Em conformidade com o decreto 64/98 de 3 de Dezembro, estabelece o sistema de créditos para o contínuo desenvolvimento profissional dos trabalhadores de saúde

**(59) Objectivo Geral:** Melhoria da gestão de Recursos Humanos, a todos os níveis, de modo a permitir uma mais racional utilização dos Recursos Humanos disponíveis e a melhoria da motivação e da produtividade no trabalho dos profissionais de Saúde:

### **Estratégias**

- Desenvolve e implementa um sistema de avaliação do desempenho da gestão
- Rever os conteúdos do trabalho e a descrição de tarefas do pessoal
- Introduza um sistema integrado de gestão de recursos humanos
- Descentralize a gestão de recursos humanos

**(60) Objectivo Geral:** Melhoria da produtividade no trabalho dos profissionais e outros trabalhadores de Saúde:

### **Estratégias**

- Desenvolve critérios para determinar a produtividade dos trabalhadores de saúde
- Estabelece um sistema de monitoria para a produtividade dos trabalhadores de saúde

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

(61) **Objectivo Geral:** Desenvolver uma política salarial para os trabalhadores da Saúde, baseada no mérito, na competência e no comportamento profissionais, explorando ao máximo e eventualmente alargando os benefícios salariais previstos na Lei:

### **Estratégias**

- Encomende um estudo para rever as condições de trabalho dos profissionais de saúde e implemente as recomendações
- Desenvolve e implemente a estratégia de incentivos para os trabalhadores de saúde
- Desenvolve um programa de desenvolvimento profissional para os trabalhadores de saúde
- Rever as actuais carreiras profissionais e o sistema de treino em conformidade com o definido no Decreto nº 25/76, de 19 de Junho de 1976 e implemente as recomendações até final de 2008.

### **Relativos à Cobertura por Serviços com Impacto na Promoção e Protecção de Saúde:**

(62) **Objectivo Geral:** Atingir uma significativa melhoria nas vidas da população, em particular, a das periferias urbanas:

### **Estratégias**

- Desenvolve estratégias para melhorar a saúde das populações que vivem nas zonas peri-urbanas
- Apoie as iniciativas que contribuem para reduzir a pobreza e para o aumento do Produto Interno Bruto
- Melhore as condições sociais e o meio ambiente da população

(63) **Objectivo Geral:** Melhoria das condições de alfabetização e escolarização das crianças do sexo feminino:

### **Estratégias**

- Reforce os programas de redução de analfabetismo na mulheres
- Desenvolve programas nacionais de alfabetização para raparigas e mulhres

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

### **Relativos à Planificação, Gestão e Organização do Sector Saúde e seu relacionamento com outros Sectores:**

**(64) Objectivo Geral:** Institucionalizar, melhorar e reforçar os mecanismos de coordenação no seio dos órgãos de direcção e de orientação do Sector de Saúde a todos os níveis.

#### **Estratégias**

- Define o pacote de serviços a serem providenciados em cada um dos níveis do sistema de saúde no país
- Planifique serviços de saúde transfronteiriços
- Desenvolve mecanismos de colaboração inter-provinciais e inter-distritais de prestação de serviços

**(65) Objectivo Geral:** Promover e tomar as medidas adequadas para que, até fim de Junho de 2006, se tenha um plano de completa reorganização e reorientação do Sistema de Informação para a Saúde (SIS), que deve ampliar a sua abrangência, melhorar a sua fiabilidade, prestar informação a quem dela necessita, incluindo o público em geral; plano este que deve ser implementado gradualmente, até fim de Junho de 2008:

#### **Estratégias**

- Tome medidas para melhorar a qualidade dos dados e da informação produzida pelo SIS
- Continue com a estratégia de computarização do SIS
- Melhore o uso da tecnologia de informação para a colecta, processamento, análise e disseminação da informação
- Implemente mecanismos para assegurar o uso da informação em saúde pelos decisores

**(66) Objectivo Geral:** Inspirados nas presentes Directivas do Governo para o Sector Saúde, elaborar, até fim de Junho de 2009, e fazer aprovar até finais de 2009, um Plano Quinquenal Integrado de Desenvolvimento do Sector Saúde, para o período 2010 – 2015, com projecções para 2020, baseado em informação objectiva e em evidência científica preconizada nestas Directivas e obedecendo a rigorosos padrões técnico-científicos e de rentabilidade do Sector Saúde, internacionalmente aceites, com metas tanto quanto possível quantificadas e com prazos para o seu cumprimento

**(67) Objectivo Geral:** Promover, dinamizar e tomar as medidas apropriadas para que se materialize na prática o princípio de que a avaliação e a prestação de contas são elementos chaves do processo gestor, velando pelo desenvolvimento duma verdadeira cultura intrínseca de avaliação e de correcção dos planos e dos programas em função de critérios objectivos derivados dos resultados da avaliação:

#### **Estratégia**

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

- Desenvolve uma estratégia de monitoria e avaliação do sector
- Actualize a lista dos indicadores de monitoria e harmonize-os com o Programa Quinquenal do Governo e com o PARPA
- Conduza as avaliações conjuntas em coordenação com todos os parceiros do sector
- Reforce e apoie o sistema de supervisão em todos os níveis

(68) **Objectivo Geral:** Promover, dinamizar e tomar as medidas apropriadas para que se observe uma melhoria gradual e continuada dos métodos de administração e gestão técnico-administrativa e financeira dos programas de Saúde, do SNS e das estruturas de regulamentação, normação, orientação e supervisão, tanto a nível central, como aos níveis provincial e local:

### Estratégias

- Melhore a capacidade de exercer as funções de administração pública no Ministério da Saúde
- Estabelece um programa de capacitação para o pessoal do secretariado no sector
- Elimine o burocratismo na tomada de decisão no sector saúde
- Introduza tecnologias de informação na gestão do conhecimento

(69) **Objectivo Geral:** Analisar e fazer um estudo criterioso, até final de 2006, das novas perspectivas para descentralização no Sector Saúde, que indique exactamente que novas tarefas descentralizar, para quem e como e que tenha em conta a legislação que regula o processo de descentralização para os Municípios,

### Estratégias

- Reforce a estratégia de capacitação e funcional do Ministério da Saúde
- Desenvolve a estratégia de descentralização e o programa de descentralização do sector
- Rever a legislação que define os papéis e responsabilidades descentralizadas no sector saúde e noutras instituições relacionadas
- Reforce o sistema distrital de saúde em conformidade com a descentralização no sistema de saúde

(70) **Objectivo Geral:** Desenvolver e reforçar a capacidade de aprovisionamento e de logística do Sector Saúde em todas as etapas da cadeia de aprovisionamento e distribuição, de modo a assegurar o correcto e equitativo apetrechamento, equipamentos e disponibilidade de consumíveis em todas as Unidades Sanitárias do SNS e nas restantes instituições do Sector Saúde, evitando rupturas de stocks:

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

### Estratégia

- Use a legislação em vigor para o aprovisionamento de bens e serviços incluindo as obras
- Promove a transparência e prestação de contas na gestão dos bens públicos
- Desenvolve e implemente um plano de aquisições anual para o sector
- Desenvolve e implemente a política de transportes – Aprovisionamento e manutenção
- Reforce a capacidade do sector para manutenção eficiente da sua frota de transportes

(71)**Objectivo Geral:** Promover, dinamizar e tomar as medidas apropriadas para o desenvolvimento, reforço e racionalização da capacidade de manutenção do Sector Saúde:

### Estratégias

- Desenvolve a política de gestão do património (infra estruturas e equipamento)
- Estabelece e reforça a estratégia de manutenção preventiva do equipamento médico e outros equipamentos (incluindo veículos) no sector saúde
- Considera tercializar a manutenção do equipamento médico e outro equipamento hospitalar
- Estabelece três unidades de manutenção para o sector

(72)**Objectivo Geral:** Promover e dinamizar o desenvolvimento e utilização de tecnologias apropriadas para a Saúde, bem como das modernas tecnologias de comunicação e informação

### Estratégias

- Introduz tecnologias de informação modernos dentro do sector
- Explore a introdução da tele-medicina no sector
- Expande LAN da saúde em todas as provincias, hospitais provinciais e hospitais centrais

(73)**Objectivo Geral:** Promover, incentivar e tomar medidas adequadas para garantir a conservação, o arquivo, a divulgação do património cultural, técnico, científico, documental e organizacional da Saúde:

### Estratégias

- Estabelece e mantém centros de documentação no sector
- Colabore com outros sectores na preservação da documentação nacional técnica e científica
- Desenvolve um sistema electrónico para gestão e disseminação da informação

(74)**Objectivo Geral:** Tendo em conta a multiplicidade de factores que condicionam a Saúde e a sua interligação com o Desenvolvimento, do que resulta que as acções que contribuem para a melhoria do estado de Saúde da População estão muitas vezes

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

dependentes doutros Ministérios e outras instituições do Estado, criar e desenvolver, até final de 2006, mecanismos para a Cooperação Intersectorial para a Saúde e sua implementação a partir desse mesmo ano,

### **Estratégia**

- Reforce a colaboração com outros sectores do Governo
- Desenvolve e estabelece instrumentos para a colaboração com outros sectores
- Implemente programas intersectorais de melhoria de saúde em todos os níveis do Governo

### **Relativos à Advocacia em Saúde:**

(75) **Objectivo Geral:** Reforço da capacidade e intensificação das actividades de Advocacia para a Nutrição, para a Segurança Alimentar e para a Saúde em geral, de modo a vencer inércias, a mobilizar vontades e a potenciar todos os recursos e capacidades que possam ser mobilizadas para a Promoção e Protecção da Saúde, para a luta contra a doença, para o combate à malnutrição e para a prevenção da incapacidade:

### **Estratégias**

- Desenvolve uma estratégia de comunicação para o sector
- Mobilize a comunidade para a promoção de estilos de vida saudáveis, comportamentos e hábitos
- Desenvolve programas de promoção de exercício físico regular, nutrição equilibrada, abstenção ao uso de tabaco e drogas, controle dos consumidores de bebidas
- Promove e encourage estratégias para a melhoria do aprovisionamento de água potável, higiene individual e colectiva, conservação dos alimentos e saneamento do meio.
- Desenvolve e dissemina localmente material de educação sanitária

### **Relativos à Cooperação Internacional para a Saúde:**

(76) **Objectivo Geral:** Promover, dinamizar e estimular a valiosa participação dos parceiros internacionais no processo de desenvolvimento sanitário nacional

### **Estratégias**

- [Adopte a política do sector saúde na cooperação internacional](#)
- [Reforce a implementação da programação de Abordagem Sectorial Ampla \(SWAP\)](#)
- [Consolide a implementação do Código de Conduta](#)

## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

- Encourage os parceiros de desenvolvimento a seguirem os mecanismos instituídos

**(77) Objectivo Geral:** Promover o prestígio de Moçambique, nos fora regionais e internacionais da Saúde, desde modo suscitando novas parcerias estratégicas:

### Estratégias

- Desenvolve a estratégia de participação do país nos fora regionais e internacionais
- Celebre acordos de cooperação e parceria a nível regional e internacional que sejam benéficos para o País
- Utilize todas as oportunidades para promover a imagem positiva do sector saúde do País

### Relativos ao Financiamento do Sector Saúde:

**(78) Objectivo Geral:** Garantir um financiamento sustentável ao sector por forma a assegurar o funcionamento e os investimentos necessários para prestação de cuidados de saúde com qualidade e equidade

### Estratégias

- Aumente a despesa percapita anual em saúde
- Introduz alternativas de financiamento e mecanismos adicionais de financiamento
- Desenvolve a capacidade de gestão financeira
- Melhore a gestão financeira e sistema de controle interno
- Rever e actualizar os critérios de alocação de recursos no sector

**(79) Objectivo Geral:** Desenvolver mecanismos de financiamento de Cuidados de Saúde com vista a gradualmente eliminar as barreiras financeiras aos mais pobres no acesso aos serviços de saúde:

### Estratégias

- Desenvolve a política de abolição das taxas de consulta e medicamentos gratuitos nos níveis I e II das instituições de saúde
- Rever a política de insecção para o atendimento e medicamentos

**(80) Objectivo Geral:** Melhorar a execução orçamental a todos os níveis, garantindo a aplicação da Lei Orçamental. e passando dos 69 % de 2004 para 90 % em 2010

### Estratégias



## 1º RASCUNHO (NÃO CITAR)

- Discute com o Ministério da Planificação e Desenvolvimento o aumento de recursos para o sector
- Desenvolve e distribui manuais e guias para a gestão de bens e património públicos
- Reforce o sistema de prestação de contas e de apresentação de informação financeira
- Institucionalize as Contas Nacionais de Saúde, o Cenário Fiscal de Financiamento e Despesas de Médio Prazo

### DESAFIOS

Várias são as questões que vão merecer atenção nos próximos cinco anos, até 2012. Entre estas, figuram as várias políticas e estratégias que devem ser desenvolvidas ou que embora já tenham sido desenvolvidas carecem de aprovação formal ou de serem implementadas; estas incluem, entre outras: a Autoridade Reguladora dos Medicamentos, a Política Nacional de Medicamentos, a Actualização da Estratégia Nacional de Nutrição de 2003, a Política do Sector Saúde para os locais de trabalho e para o HIV, a Estratégia de Higiene e Saneamento do Meio, a Estratégia de Financiamento do Sector Saúde, e a Política de Pesquisa em Saúde.

O processo de integração da prestação de serviços e da provisão de sistemas de apoio continuará a ser um desafio para os próximos anos. A análise funcional do sector irá também prosseguir no decorrer dos cinco anos de vigência do PESS. Um dos maiores desafios do sector é o alcance dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM). A mobilização dos recursos necessários para atingir estes objectivos é um desafio ainda maior.

### Financiamento do Plano Estratégico do sector 2007- 2012

Ainda em elaboração

### Monitoria e Avaliação

Todos os programas nacionais desenvolvem seu **plano** estratégico, e cada programa conta com seus próprios indicadores de monitoria e avaliação que se operacionalizam em planos de acção anuais.

Ainda que o sistema de monitoria e avaliação venha se desenvolvendo e adaptando gradualmente às necessidades de informação, a maioria dos problemas continuam existindo a nível dos programas nacionais. A divisão da informação sobre o sector entre os diferentes departamentos, secções e programas supõe limitações de acesso aos dados sobre desempenho, fluxo de recursos e padrão de doença.

O MISAU e parceiros instituíram os processo de avaliação conjunta anual (ACA) como mecanismos de avaliação do desempenho no sistema de saúde no contexto do SWAP. Estas avaliações pretendem demonstrar os progressos alcançados na implementação do PESS e

## **1º RASCUNHO (NÃO CITAR)**

sobretudo demonstrar até que ponto os resultados atingidos correspondem ao que havia sido programado para o período em avaliação tendo os recursos alocados e as prioridades definidas.

De referir que as recomendações destas avaliações servem de base para o processo de planificação do ano seguinte.

Espera-se que nos próximos anos seja re-definida o processo de avaliação conjunta do sector sobretudo no que concerne aos principais indicadores a serem usados para se avaliar o desempenho nas áreas prioritárias. Os assuntos chaves , serão determinantes para a selecção dos indicadores de monitoria do sector. A avaliação deverá orientar o PAF do sector; devendo incluir as projecções baseadas nos compromissos assumidos no PESS,PARPA e CFDMP.

### **Considerações Finais**

---

<sup>i</sup> MISAU, Perfil sanitário, 1997