



República de Moçambique

Ministério da Saúde

Avaliação Conjunta Anual ACA XVI - 2016



Relatório Final

Maputo, 30 Junho 2017

Índice

I.	Ficha Técnica.....	5
II.	Abreviaturas.....	6
III.	Sumário executivo.....	9
1.	Introdução.....	11
2.	Desempenho dos Indicadores do QAD	12
2.1	Provisão de Serviços de Saúde.....	12
2.1.1	Indicador 2 do QAD: Rácio de Mortalidade Materna Intra-Hospitalar.....	13
2.1.2	Indicador 4 do QAD: Taxa de Cobertura de Partos Institucionais	15
2.1.3	Indicador 5 do QAD: % de Mulheres Grávidas que recebem Profilaxia de Malária segundo o protocolo nacional dentre as utentes das Consultas Pré-Natais	16
2.1.4	Indicador 6 do QAD: % de Mulheres Grávidas que recebem uma Rede Mosquiteira Tratada com Insecticida de Longa Duração (REMTILD) na Consulta Pré-natal.....	17
2.1.5	Indicador 3 do QAD: % de Novas Utesntes em Métodos Modernos de Planeamento Familiar num determinado período.....	17
2.1.6	Indicador 24 do QAD: Taxa de Cobertura de Rastreio de Cancro de Colo de Útero nas Consultas de PF.....	18
2.1.7	Indicador 15 do QAD: Taxa de Baixo Peso à Nascimento	19
2.1.8	Indicador 16 do QAD: Proporção de Crianças (6-59 anos) Curadas da Desnutrição Aguda em Ambulatório (DAA)	20
2.1.9	Indicador 17 do QAD: N e % de Crianças Suplementadas com Vitamina A.....	21
2.1.10	Indicador 21 do QAD: % de Crianças <1 ano idade, Completamente Vacinadas	22
2.1.11	Indicador 10 do QAD: Nº e % dos Adultos Elegíveis para o Tratamento que recebem o TARV combinado segundo os protocolos nacionais	23
2.1.12	Indicador 11 do QAD: Nº e % das Crianças Elegíveis para o Tratamento que recebem o TARV combinado segundo os protocolos nacionais	25
2.1.13	Indicador 20 do QAD: % de Mulheres Grávidas que receberam Medicamentos ARV nos últimos 12 meses para reduzir o risco de transmissão de mãe para o filho, por Província 2015-2016.....	26
2.1.14	Indicador 8 do QAD: Taxa de Notificação de TB todas as formas por 100.000 habitantes	26
2.1.15	Indicador 12 do QAD: No e % de Pacientes TB/HIV que iniciaram TARV	27
2.1.16	Indicador 13 do QAD: Taxa de Sucesso em doentes TB BK+	28
2.1.17	Indicador 9 do QAD: Casos Confirmados de Malária por 1000 habitantes/ano.....	29
2.1.18	Conclusões sobre a área de Provisão de Serviços de Saúde.....	30
2.2	Áreas de Apoio à Prestação de Serviços de Saúde	31
2.2.1	Indicador 34 do QAD: % de Unidades Sanitárias com Comitês de Co-gestão e Humanização funcionais	31

2.2.2	Indicador 28 do QAD: % de Distritos que submetem Informação Completa e dentro do Prazo ao DIS (SIS)	32
2.2.3	Indicador 30 do QAD: Número de novas Unidades Sanitárias concluídas.....	33
2.2.4	Indicador 31 do QAD: Número de Unidades Sanitárias requalificados à Hospitais Distritais	33
2.2.5	Indicador 35 do QAD: Taxa de Execução dos Fundos sob Gestão Directa do MISAU a Nível Nacional	34
2.2.6	Indicador 36 do QAD: Percentagem de Recomendações das Auditorias do Ano n-2 implementadas anualmente a Nível Central	35
2.2.7	Indicador 25 do QAD: Rácio de Densidade dos Técnicos de Saúde Nacionais e Estrangeiros por 100.000 habitantes.....	36
2.2.8	Indicador 26 do QAD: Produtividade de RH: Rácio de Unidades de Atendimento por Pessoal Técnico de Saúde	38
2.2.9	Indicador 27 do QAD: Número de Técnicos Médios e Básicos graduados	39
2.2.10	Indicador 29 do QAD: % de Amostras com Qualidade num Total de Amostras Analisadas de Medicamentos	40
2.2.11	Indicador 32 do QAD: Proporção de Distritos que reportam sobre o Consumo de ACT (antimaláricos de 1a linha).....	41
2.2.12	Indicador 33 do QAD: Proporção de Províncias que cumprem Satisfatoriamente com os Procedimentos de Gestão, Controlo e Dispensa de Medicamentos na cadeia de distribuição.....	41
2.2.13	Conclusões sobre as Áreas de Apoio	42
3.	Situação das Reformas do Sector de Saúde.....	44
4.	Desempenho das Parcerias do Sector	46
4.1	Indicador número 1 do IHP+ 2016) Avaliar o Alinhamento do Apoio dos Parceiros com as Principais Linhas Estratégicas do Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS)	47
4.2	Indicador 2A do relatório IHP+ 2016): Avaliar a Percentagem da Ajuda Externa ao Sector que foi Desembolsado de acordo com os Compromissos	48
4.3.	Indicador 2C do relatório IHP+ 2016: Avaliar a Percentagem de Ajuda Externa ao Sector que foi Registada no Orçamento de Estado (on-budget)	49
4.4.	Conclusões	49
5.	Assuntos Transversais.....	50
6.	Grau de Implementação das Recomendações da ACA XV.....	53
7.	Conclusões Gerais da ACA XVI	54
8.	Recomendações da ACA XVI	55
9.	Anexos.....	56
9.3.	Anexo 1: Vista Geral do Desempenho do Sector - Indicadores do QAD Saúde 2016.....	56
9.4.	Anexo 2: Tratamento Intermitente Preventivo na Gravidez	60
9.5.	Anexo 3: Distribuição de Redes Mosquiteiras nas Consultas Pré-Natais	60

9.6.	Anexo 4: Suplementação com Sal Ferroso e Ácido Fólico, por Província, 2015-16.....	61
9.7.	Anexo 5: Taxa de Abandono no Tratamento da DAA, por Província, 2015-16.....	62
9.8.	Anexo 6: Cobertura da Suplementação com Vitamina A nas Actividades de Rotina	62
9.9.	Anexo 7: Matriz do Grau de Cumprimento das Recomendações da ACA XV, 2015	63
9.10.	Anexo 8: Matriz das Recomendações da ACA XVI, 2017	69
10.	Referências Bibliográficas	73

Lista de Tabelas e gráficos

Gráfico 1 -.....	Grau de Cumprimento do Total de Indicadores Analisados	9
Gráfico 2 -....	Grau de Cumprimento - Indicadores da Área de Prestação de Serviços e de Apoio à Área de Prestação de Serviços	10
Gráfico 3:	Racio de Mortalidade Materna Intrahospitalar /100.000 Nados Vivos 2014 a 2016	13
Gráfico 4:	Taxa de Cobertura de Partos Institucionais 2014 - 2016	15
Gráfico 5:	Camas Maternidade/1.000 MIF 2014-2016 e Taxa de Ocupação Camas (TOC) 2016	16
Gráfico 6:	% de novas utentes de métodos modernos de PF 2014-16	17
Tabela 1:	Taxa de Cobertura do Rastreio do Cancro do Colo do Utero.....	18
Gráfico 7:	Taxa de Baixo Peso à Nascimento, 2015-16.....	19
Tabela 2:	% de Crianças (6-59 anos) Curadas da Desnutrição Aguda em Ambulatório por Província 2015-16.....	20
Tabela 3:	% de Crianças Suplementadas com Vitamina A, por Província 2015-16.....	21
Gráfico 8:	% de Crianças < 1 ano idade, Completamente Vacinadas 2014 - 2016	22
Tabela 4:	Cobertura Estimada TARV Adulto das pessoas VHIV, por Província 2014 – 16	23
Gráfico 9:	Cobertura dos Serviços TARV no SNS, 2003-16.....	23
Gráfico 10:	Cobertura Estimada TARV de Adultos por Província, 2014-16	24
Gráfico 11:	Taxa de Retenção dos Pacientes em TARV por Província, 2014-16.....	24
Tabela 5:	Cobertura Estimada TARV Pediátrico, por Província 2014 – 16.....	25
Gráfico 12:	Cobertura Estimada TARV Pediátrico por Província 2014-16	25
Gráfico 13:	Taxa de retenção dos Pacientes em TARV aos 12 meses, 2014-16	26
Tabela 6:	Taxa de Notificação de TB/100.000hab, por Província, 2014-16.....	26
Gráfico 14:	% de Pacientes TB/HIV em TARV 2014 - 2016.....	27
Gráfico 15:	Taxa de Sucesso em doentes TB BK+, 2014 - 2016	28
Gráfico 16:	Casos Confirmados de Malária por 1.000 habitantes, 2014 - 2016.....	29
Gráfico 17 -	Evolução de casos de Malária nas 1as 8 semanas de 2015, 2016 e 2017.....	29
Gráfico 18 –	Proporção de Metas Alcançadas por Província.....	30

Tabela 7: % de Unidades Satinárias com comités de Q&H ou comités de Co-Gestão Humanização por Província, 2015-16	31
Gráfico 19: % Distritos que Submetem Informação Completa e dentro do Prazo ao DIS 2014-16.....	32
Gráfico 20: Traxa de Execução dos Fundos sobe Gestão Directa do MISAU	34
Tabela 8: Recomendações das Auditorias do ano n-2 implementadas anualmente a Nível Central, 2016	35
Tabela 9: Rácio de Densidade dos Técnicos de Saúde Nacionais e Estrangeiros por 100.000 habitantes, por Província, 2014-16.....	36
Gráfico21: Padrão de Distribuição de TS/100.000hab.....	36
Gráfico 22 : Rácio de UAs por Pessoal Técnico de Saúde por Província, 2014-16.....	38
Tabela 10: Número de Técnicos Médios e Básicos graduados por Província, 2013-16.....	39
Gráfico 23: % de Amostras com Qualidade num Total de Amostras de Medicamentos Analisadas por Província, 2015-16	40
Gráfico 24: Proporção de Distritos que reportam sobre o Consumo de ACT 2014 a 2016	41
Tabela 11: Sistema de Notificação dos Resultados da Auditoria	42
Tabela 12: Resultados das Auditorias em 4 Províncias, 2015-16.....	42
Tabela 13: Missão da Administração Pública.....	44
Tabela 14: Quadro Conceptual das Reformas do Sector de Saúde segundo o PESS 2014-19.....	44
Tabela 15: Quadro Conceptual Actual das Reformas do Sector de Saúde	45
Tabela 16: Grau de Alinhamento do Apoio dos PDs ao PESS, 2015	47
Tabela 17: % da Ajuda Externa do Prosaúde que foi Desembolsado de Acordo com os Compromissos, 2016	48
Gráfico 25: % de fundos PDs Registados no OE	49
Gráfico 26: Ponto de Situação das recomendações da ACA XV.....	53
Tabela 18: Resultados dos Indicadores do QAD e Tendências das Coberturas.....	54

I. Ficha Técnica

Coordenação-Geral

Dra. Marina karagianis, Directora Nacional da DPC/MISAU

Dra. Lidia Chongo, Directora Nacional Adjunta da DPC

Grupo Técnico de Trabalho

Dra. Cidália Baloi, Chefe do DIS/DPC/MISAU

Dra. Leopoldina Massingue, Chefe do DM&A/DPC/MISAU

Dr. Elias Mangujo Cuambe, Facilitador (USAID)

Dra. Silvia Bignamini (OMS)

Dra. Eduarda Ribeiro, Assessora da DPC/MISAU

Dra Hélia Zandamela, DPC/MISAU

Dra. Nélia Nasson, DPC/MISAU

Dr. Mbate Matandalaze (Canada)

II. Abreviaturas

- ACA - Avaliação Conjunta Anual
- APEs - Agentes Polivalentes Elementares
- ARVs - Anti-Retrovirais
- BdPES - Balanço do Plano Económico e Social
- CAMMPN - Comités de Auditoria das Mortes Maternas, Perinatais e Neonatais
- CCC - Comités de Coordenação Conjunta
- CCS - Comité de Coordenação Sectorial
- CCV - Crianças Completamente Vacinadas
- CI - Caso de Investimento
- CIOB - Centro de Investigação Operacional da Beira
- CMAM - Central de Medicamentos e Artigos Médicos
- CPN - Consultas Pré-Natais
- CPP - Consultas Pós-Parto
- CS - Centro de Saúde
- CSR II - Centro de Saúde Tipo 2
- CUT - Conta Única do Tesouro
- DAF - Direcção de Administração e Finanças
- DAA - Desnutrição Aguda em Ambulatório
- DNAM - Direcção Nacional de Assistência Médica
- DNSP - Direcção Nacional de Saúde Pública
- DPC - Direcção de Planificação e Cooperação
- DPM - Depósito Provincial de Medicamentos
- DPS - Direcção Provincial de Saúde
- DRH - Direcção de Recursos Humanos
- DSMC - Departamento de Saúde da Mulher e da Criança
- ERDAP - Estratégia de Reforma da Administração Pública
- FSIN - Food Security Information Network/Rede de Informação de Segurança Alimentar
- GAVI - The Global Alliance for Vaccines and Immunizations
- GT - Grupo Técnico

HC - Hospital Central

HD - Hospital Distrital

HSS - Health Systems Strengthening/Fortalecimento de Sistemas de Saúde

IC - Índice de Cumprimento

IdF's - Instituições de Formação

IGS - Inspeção Geral de Saúde

IHP+ - International Health Partnership/Parceria Internacional para a Saúde

IMASIDA - Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA

IMM - Iniciativa Maternidade Modelo

ISCTEM – Instituto Superior de Ciências e Tecnologia de Moçambique

JANS - Joint Assessment of National (Health) Strategies/Avaliação Conjunta de Estratégias Nacionais de Saúde

LNCQM - Laboratório Nacional de Controlo de Qualidade de Medicamentos

MdE - Memorando de Entendimento

MEF - Ministério de Economia e Finanças

MISAU - Ministério da Saúde

NV - Nados-Vivos

OCSs - Organizações da Sociedade Civil

OE - Orçamento do Estado

ONGs - Organizações Não-Governamentais

PAF - Plano Acelerado de Formação

PAV - Programa Alargado de Vacinações

PDs - Parceiros de Desenvolvimento

PES - Plano Económico e Social

PESS - Plano Estratégico do Sector de Saúde

PF - Planeamento Familiar

PMT - Praticantes de Medicina Tradicional

PNCT - Programa Nacional de Controlo da Malária

PNDRHS – Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde

PQG - Programa Quinquenal do Governo

PTs - Parteiras Tradicionais

PTV - Prevenção da Transmissão Vertical

Q&H - Qualidade e Humanização

QAD - Quadro de Avaliação do Desempenho

REMTILD – Rede Mosquiteira Tratada com Insecticida de Longa Duração

REO - Relatório de Execução Orçamental

RH - Recursos Humanos

RMM - Rácio de Mortalidade Materna

SDI - Service Delivery Indicator/Indicadores de Prestação de Serviços

SDSMAS - Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social

SETSAN - Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional

SIS - Sistema de Informação de Saúde

SISMA - Sistema de Informação de Saúde, Monitoria e Avaliação

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SWAP - Sector Wide Approach/Abordagem Sectorial Ampla

TA - Tribunal Administrativo

TARV - Tratamento Anti-Retroviral

TB - Tuberculose

TdR - Termos de Referência

TIP - Tratamento Intermitente Preventivo

TOC - Taxa de Ocupação de Camas

UAs - Unidades de Atendimento

UEM - Universidade Eduardo Mondlane

UNILURIO - Universidade de Lúrio

UNIZAMBE - Universidade Zambeze

URESS - Unidade de Reforma do Sector de Saúde

USD - Dólar Americano

USs - Unidades Sanitárias

WHO/OMS – World Health Organization/Organização Mundial de Saúde

III. Sumário executivo

Avaliação Conjunta Anual (ACA) do desempenho do Sector Saúde enquadra-se no princípio de Diálogo e Parceria entre o Ministério da Saúde (MISAU) e seus parceiros à luz do Código de Conduta do Memorando de Entendimento assinado em 2008 (MdE PROSAÚDE II) e dos TdR da Abordagem Sectorial Ampla (SWAP).

A décima sexta Avaliação Conjunta Anual (ACA XVI) obedeceu a uma metodologia transitória visto que o processo metodológico de elaboração das ACAs está em revisão. Assim, a ACA XVI consistiu fundamentalmente numa revisão documental do Balanço do Plano Económico e Social (BdPES) e Relatório de Execução Orçamental (REO), bem como de outros estudos realizados no sector. Incluiu também oficinas de trabalho e encontros dos Grupos de Trabalho (GT) do SWAP para obtenção de consensos sobre os resultados do desempenho dos indicadores e recomendações. De um modo geral, **o desempenho do sector de saúde em 2016 na perspectiva do QAD foi positivo uma vez que 67.9% das metas foram alcançadas** (Gráfico 1), se bem que a ritmos diferenciados nas áreas temáticas e em termos geográficos. Contribuíram para este resultado o desempenho positivo da área de prestação de serviços cujas metas foram ultrapassadas em cerca de 70% dos 17 indicadores, embora persistam desafios no alcance das metas de determinados indicadores como o PAV, notificação da Tuberculose, Malnutrição e Malária.

Por outro lado, algumas províncias mostram mais dificuldades em atingir as metas estabelecidas, particularmente as da zona norte do País. Contudo, a evolução das coberturas dos indicadores desta área mostra, no geral, uma tendência positiva o que sugere melhorias graduais no acesso e qualidade dos serviços de saúde.

Gráfico 1 - Grau de Cumprimento do Total de Indicadores Analisados

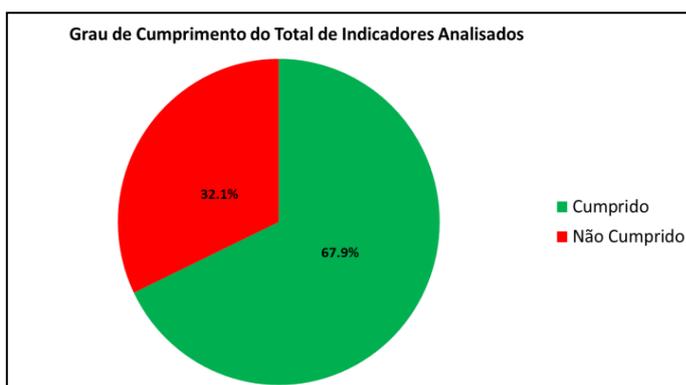
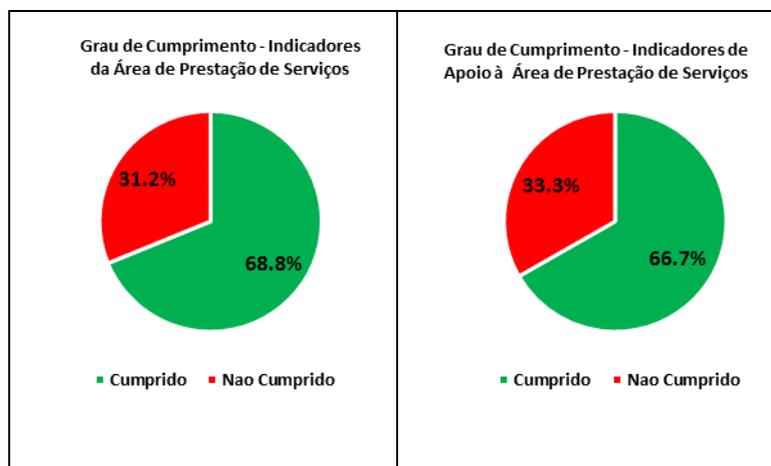


Gráfico 2 - Grau de Cumprimento - Indicadores da Área de Prestação de Serviços e de Apoio à Área de Prestação de Serviços

O desempenho nacional positivo das áreas de apoio à prestação de serviços também contribuiu para o resultado global do sector, tendo atingido as metas em 66.7% dos 12 indicadores desta área (Gráfico 2).



Registam-se avanços no âmbito das reformas do sector de saúde, com destaque para a criação e funcionamento de um órgão aglutinador das reformas (URESS) que entretanto precisa de fortalecimento institucional.

Embora inconclusivo, a avaliação dos 3 indicadores de desempenho dos parceiros sugere uma potencial fragmentação do sector com a redução de fundos inscritos no orçamento do estado e do nível de desembolsos, bem como pela diminuição dos financiamentos directos ao sector.

Vários assuntos transversais emergem do processo das ACAs, nomeadamente os documentos de suporte, a definição e avaliação dos indicadores e metas, e a eficácia da ajuda, incluindo dos parceiros de implementação.

Em termos gerais, recomenda-se uma atenção especial aos indicadores que mostram mais dificuldades em serem alcançados, bem como as províncias que apresentam maiores constrangimentos para atingirem as metas estabelecidas, incluindo os critérios de definição destas metas. A URESS demanda um reforço institucional para acelerar de forma eficaz o processo das reformas do sector. A metodologia de avaliação do desempenho das parcerias do sector carece de aperfeiçoamento para melhor espelhar a eficácia da ajuda ao sector. Os assuntos transversais emergentes do processo ACA serão objecto de uma reflexão conjunta e profunda entre o MISAU e seus parceiros para definir os passos a seguir.

1. Introdução

O MISAU e seus parceiros de cooperação têm vindo a implementar um processo interno de Avaliação Conjunta Anual utilizando, entre outros instrumentos, a Matriz do Quadro da Avaliação do Desempenho do Sector da Saúde (QAD-Saúde). Este exercício de Avaliação Conjunta Anual (ACA) do desempenho do sector saúde enquadra-se no princípio de Dialogo e Parceria à luz do Código de Conduta do Memorando de Entendimento assinado em 2008 (MdE PROSAÚDE II) e dos TdR da Abordagem Sectorial Ampla, SWAP.

A décima sexta Avaliação Conjunta Anual (ACA XVI) aprecia o grau de implementação das intervenções chave preconizadas no Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS 2014-2019), através de evidências analíticas do processo de implementação do PES 2016 e da análise do desempenho da parceria.

Pelo facto dos resultados das ACAs anteriores terem recomendado a revisão da metodologia que ainda está em curso, e pela pertinência da avaliação anual, o MISAU e seus parceiros concordaram em realizar uma avaliação do desempenho do sector e da parceria (ACA XVI) que representa uma transição entre a actual metodologia e o futuro modelo de avaliação. Assim, a ACA XVI tem como objectivos os seguintes:

- ✓ Objectivo Geral: Obter consenso entre o MISAU e os seus Parceiros de Cooperação sobre o desempenho do sector e da parceria em 2016
- ✓ Objectivos específicos:
 - Analisar a implementação do Plano Económico e Social do Sector 2016;
 - Verificar o grau de cumprimento das metas estabelecidas no QAD da Saúde 2016;
 - Identificar os possíveis factores de sucesso e insucesso no desempenho do sector;
 - Analisar o desempenho dos parceiros do sector saúde;

Para a realização desta avaliação foi usada como Metodologia transitória de análise documental, uma Oficina de Trabalho de um dia com a participação do pessoal do MISAU e de algumas Direcções Provinciais de Saúde (DPS) em representação das zonas norte, centro e sul do País, outros sectores do Governo, parceiros de cooperação e representantes das Organizações Não Governamentais (ONGs) e da Sociedade Civil (OSC). Uma ampla e inclusiva discussão em torno dos achados da ACA enriqueceu a informação contida no Balanço do PES (BdPES) e Relatório de Execução Orçamental (REO) de 2016. Encontros dos Grupos de Trabalho (GT) do SWAP e uma oficina de trabalho adicionais favoreceram a obtenção de consensos sobre o conteúdo da ACA XVI.

A presente ACA começa por contextualizar o processo da ACA XVI baseado na já referida metodologia transitória. Em seguida apresenta os resultados da avaliação do desempenho do sector de saúde em três partes: a primeira descreve os indicadores do Quadro de Avaliação do Desempenho (QAD), subdivididos em dois subgrupos principais: prestação de serviços de saúde e indicadores de apoio à área da prestação de serviços de saúde. A segunda faz uma apreciação do ponto de situação das reformas em curso no sector de saúde. A terceira e última parte analisam o desempenho das parcerias com base em três indicadores extraídos do relatório preliminar do Ciclo de Monitoria “International Health Partnership” (IHP+) 2016. Procurou-se nestas análises aprofundar as causas subjacentes ao desempenho verificado através da busca, tanto quanto possível, das evidências que justificam as afirmações feitas. Seguidamente são abordados assuntos considerados transversais a todos os indicadores ou sectores que emergiram do processo da ACA XVI e que carecem de reflexões mais aprofundadas. Feito isto, é analisado o grau de cumprimento das recomendações da ACA XV, para depois se apresentarem as conclusões gerais desta avaliação. Finalmente, são realçadas as recomendações da ACA XVI, onde se procurou dar ênfase à sua relação directa com a análise feita, exequibilidade e especificidade para facilitar a sua implementação e monitoria.

O processo da ACA XVI enfrentou alguns constrangimentos que, de certa forma, influenciaram a qualidade do produto final: a reduzida disponibilidade de tempo para o grupo de trabalho elaborar este relatório foi a maior limitante, pois teve de realizar em cerca de um mês um trabalho que é normalmente executado em mais de dois meses por um consultor; a qualidade dos relatórios de BdPES e REO em termos de profundidade de análise do desempenho do sector dificultou a análise documental que se pretendia que fosse o foco da metodologia desta ACA; a fraca disponibilidade atempada de dados de qualidade e a existência de diversas fontes de dados e informação limitou o aprofundamento da análise que se pretendia neste exercício. Por fim, mas não menos importante, a ocorrência simultânea de vários eventos importantes ao nível do MISAU não facilitou a participação plena do pessoal do MISAU na elaboração da ACA.

2. Desempenho dos Indicadores do QAD

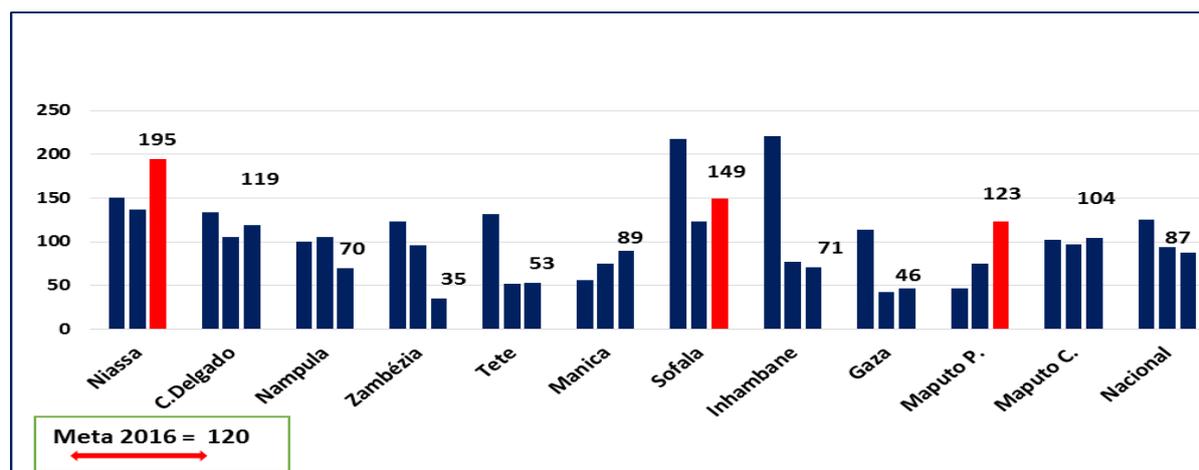
2.1 Provisão de Serviços de Saúde

Dezassete (17) Indicadores do QAD procuram avaliar o pulsar da finalidade do Sistema de saúde: a provisão de serviços de saúde que contribuem para a melhoria do estado de saúde da população. Contudo, apenas algumas áreas consideradas prioritárias são cobertas, nomeadamente a materna, reprodutiva e infantil, bem como as grandes endemias (Malária, Tuberculose e HIV/SIDA) e o envolvimento comunitário na gestão das Unidades Sanitárias. Na saúde materna é analisada a

qualidade de assistência ao parto, o acesso aos partos institucionais, e as medidas de prevenção da Malária e da gravidez indesejada; na área reprodutiva é examinado o acesso à prevenção do cancro do colo do útero; na saúde infantil analisa-se o estado nutricional das crianças e o acesso a todas as vacinas recomendadas. No combate à Malária é analisado o impacto das medidas de prevenção em curso; no controlo da Tuberculose (TB) é examinada a capacidade de despiste da doença, o acesso ao TARV pelos doentes de TB e a qualidade do manejo dos casos diagnosticados; no combate ao HIV/SIDA é analisado o acesso ao Tratamento Anti-Retroviral (TARV) pelas crianças, adultos e mulheres grávidas. Porém, a Prevenção da Transmissão vertical (PTV) não é avaliada nesta ACA por razões explicadas na descrição deste indicador. A seguir são apresentados os resultados da análise individual destes indicadores de provisão de serviços e no final são apresentadas as conclusões sobre o desempenho desta secção.

2.1.1 Indicador 2 do QAD: Rácio de Mortalidade Materna Intra-Hospitalar

Gráfico 3: Racio de Mortalidade Materna Intrahospitalar /100.000 Nados Vivos 2014 a 2016



Fonte: Módulo Básico/SISMA- DIS/DPC/MISAU

O Rácio de Mortalidade Materna (RMM) que reflecte a qualidade da assistência ao parto e pós-parto tem evoluído positivamente, continuando a registar uma tendência decrescente ao longo dos anos, pois reduziu de 94 Mortes Maternas Intra-hospitalares (MMI) por 100.000 Nados Vivos (NV) em 2015 para 87 em 2016, tendo a meta de 120MMI/100.000 NV sido largamente ultrapassada já em 2015, com destaque para a Zambézia que mostra uma evolução bastante positiva (BdPES 2016). Contudo, as províncias de Niassa e Sofala não só continuam a registar os piores rácios nacionais como mostram um agravamento da situação em 2016. Importa também salientar que as províncias de Manica e Maputo Província, embora não tenham os piores rácios, têm estado a piorar de forma consistente nos últimos três anos.

Porém, os dados acima descritos devem ser interpretados com a devida cautela, pois há discrepância entre os dados obtidos do SISMA e os dos Comitês de Auditoria das Mortes Maternas, Perinatais e Neonatais (CAMMPN) sugerindo maior subnotificação do primeiro. Por exemplo, em 2015, o Comité Provincial de Manica reportou um rácio de 132 e o SIS de 75; Cabo Delgado reportou um rácio de 113 e o SIS de 105; e Nampula reportou 128 contra os 105 do SIS. Por outro lado, os relatórios dos CAMMPN deveriam servir de base para análises futuras das causas de MMI e suas tendências, desde que os mesmos incluam todos os potenciais determinantes da mortalidade materna intra-hospitalar em Moçambique

Apesar do seu crescimento lento nos últimos anos (vide indicador 4 do QAD), o aumento na cobertura de partos é apontado como um dos factores contribuintes para o sucesso na redução da mortalidade materna intra-hospitalar, bem como as altas coberturas das Consultas Pré-Natais (CPN) e Pós-Parto (CPP) que asseguram o despiste e tratamento de algumas situações de risco obstétrico, e o aumento da disponibilidade de Cuidados Obstétricos de Emergência, onde o número de Unidades Sanitárias (USs) acreditadas/500.000 Habitantes (7.9) em 2016 já ultrapassa o mínimo aceitável de 5 USs (BdPES 2016). Porém, a qualidade destes serviços de assistência à gravidez, parto e pós-parto deve ser alvo de pesquisa aprofundada, pelo que o seu impacto na redução da mortalidade materna pode ser ainda muito ténue. Por exemplo, o Balanço do PES 2016 (BdPES) refere que uma das principais constatações das supervisões realizadas em 2016 foi “a falta de medição da Tensão Arterial nas CPNs, por inexistência de esfigmomanómetros em grande parte das US”, num contexto em que a Hipertensão Arterial representa 13% das complicações da gravidez e parto (MISAU, 2017); existência de iniquidades na distribuição geográfica e constrangimentos no funcionamento contínuo das unidades com COEC por exiguidade de Recursos Humanos (RH), entre outras causas; o estudo de indicadores de prestação de serviços (World Bank, 2015) mostrou na altura que apenas 30% dos provedores de saúde ao nível nacional tinham competências para tratar as complicações obstétricas e do recém-nascido, sómente 43% das USs tinham todos os medicamentos essenciais em stock no dia da visita, e 21% das US não tinham equipamento para tratar as complicações.

Em 2009, o MISAU introduziu a Iniciativa Maternidade Modelo (IMM) como parte da estratégia de melhoria da qualidade e humanização com o propósito de reduzir a mortalidade materna intra-hospitalar e neonatal. Desde então, 145 USs abraçaram esta iniciativa em todo o País, das quais 9 haviam sido acreditadas como maternidades modelo até finais de 2016 (DNSP/MISAU). Uma análise feita com base na ferramenta LIST e apresentada nas jornadas científicas de 2015¹ sugeriu que a

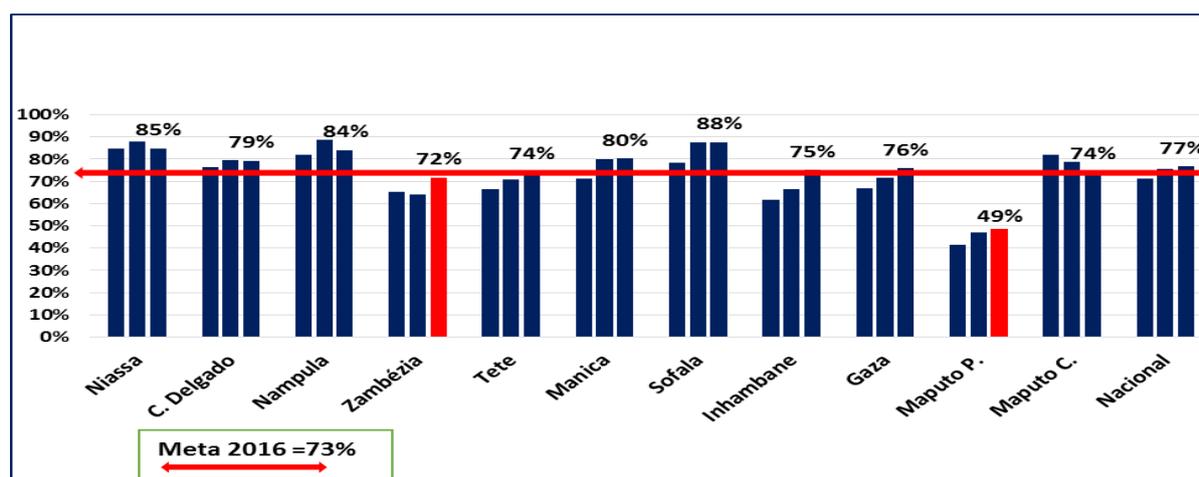
¹ Tema: Impacto da Iniciativa Maternidade Modelo na Redução da Mortalidade Materna Institucional

implementação de intervenções de grande impacto da IMM teve o potencial para reduzir em cerca de 1/3 o RMM em Maternidades que implementavam a iniciativa, as quais cobrem cerca de 30% de todos os partos institucionais do país. Porém, dados disponíveis mostram progressos bastante lentos no processo de acreditação das maternidades (apenas 9 de 145) desta iniciativa de grande impacto.

É igualmente apontado como factor de sucesso o amplo envolvimento comunitário² através da formação/revitalização e intervenções de Agentes Polivalentes elementares (APEs), Comitês de Saúde, de Co-gestão e de Humanização, Parteiras Tradicionais (PTs) e Praticantes de Medicina Tradicional (PMT) em novas abordagens, parto seguro, início da implementação da Estratégia de Prevenção da Hemorragia Pós-parto ao nível da comunidade com Misoprostol em 35 distritos do País.

2.1.2 Indicador 4 do QAD: Taxa de Cobertura de Partos Institucionais

Gráfico 4: Taxa de Cobertura de Partos Institucionais 2014 - 2016



Fonte: Módulo Básico/SISMA- DIS/DPC/MISAU

O País e a maioria das províncias já haviam ultrapassado a meta de cobertura de partos em 2015³, mas a sua evolução mostra um crescimento lento⁴ nos últimos anos (facto previsível tendo em conta os elevados níveis de cobertura alcançados nos últimos anos), à excepção da Zambézia e Inhambane que apresentam uma evolução assinalável. Em contraste, Niassa, Nampula e Cidade de Maputo apresentam uma tendência negativa.

Vários estudos indicam que as CPNs são um determinante importante para a escolha de um parto institucional. Dados do SISMA indicam coberturas de primeiras CPNs acima dos 100% em todas as

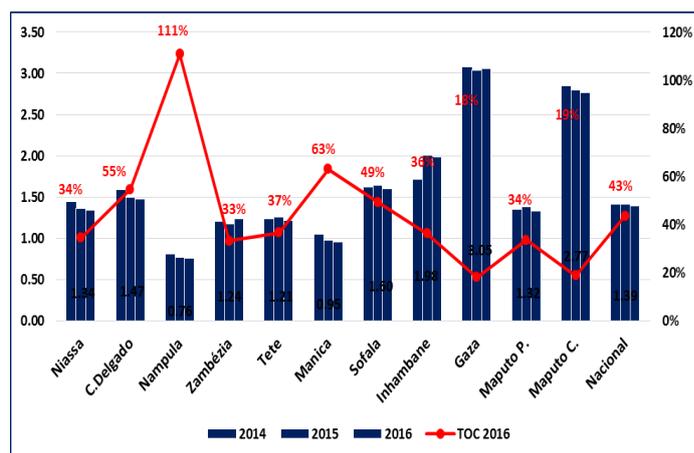
² Treino de 366 Comitês de Saúde nas novas abordagens, 302 comitês de co-gestão e humanização, formação de 3080 PTs em parto seguro, 7.154 partos referidos por Praticantes de Medicina Tradicional

³ Meta do PQG 2015 - 2019

⁴ 48% no IDS 2003, 54% no IDS 2011 e 73% no IMASIDA 2015, perfazendo um crescimento médio anual de 0.8% entre 2003-2011, 4.8% entre 2011-2015 e 2.3% entre 2003-2015

províncias, com excepção da província e Cidade de Maputo que apresentam índices abaixo dos 70%, o que contrasta com os dados do IMASIDA 2015 que mostram coberturas acima de 90% em todas as províncias, menos a Zambézia. O mesmo estudo mostra que apenas metade das mulheres grávidas beneficiam de 4 ou mais CPN por gravidez, o que demonstra início tardio ou desistências da CPN, e consequente limitação da possibilidade de oferta eficaz do pacote de cuidados essenciais nas CPNs.

Gráfico 5: Camas Maternidade/1.000 MIF 2014-2016 e Taxa de Ocupação Camas (TOC) 2016



Para além das CPNs, a disponibilidade de serviços de atenção ao parto é outro determinante da cobertura de partos. Dados do BdPES 2016 mostram que a disponibilidade total de camas de maternidade manteve-se praticamente estacionária nos últimos 2 anos, tendo, consequentemente, reduzido a disponibilidade deste recurso em 2016.

Porém, com excepção de Nampula, a Taxa de Ocupação de camas (TOC) encontra-se abaixo dos 50%, denotando um baixo aproveitamento das camas disponíveis (Gráfico 5), cujas causas precisam ser analisadas com profundidade.

O envolvimento comunitário através do treinamento massivo de APes, PTs, Comitês de Saúde, PMT e líderes religiosos para referência ao parto institucional é referido como contributo para este propósito. Contudo, o impacto destas intervenções na cobertura de partos é imperceptível a avaliar pelo seu crescimento modesto, carecendo, por isso, de uma análise mais aprofundada.

2.1.3 Indicador 5 do QAD: % de Mulheres Grávidas que recebem Profilaxia de Malária segundo o protocolo nacional dentre as utentes das Consultas Pré-Natais

A prevenção e tratamento da Malária na gravidez são intervenções importantes para a redução das causas indirectas de mortes maternas (WHO, 2016a), as quais representam 21% das principais patologias e complicações da gravidez e parto (MISAU, 2017c). Daí que a profilaxia da Malária na gravidez através do Tratamento Intermitente Preventivo (TIP) reveste-se de capital importância. Apesar disso, os dados do SISMA mostram que não só não foram atingidas as metas traçadas em todas as províncias, com destaque para Tete, Manica, Inhambane, Maputo Província e Cidade, mas também denotam um declínio em relação às coberturas de 2015 (Anexo 2). Aponta-se como principal causa a introdução de novos instrumentos de registo de SMI em Abril de 2016, facto que deverá ser verificado na próxima ACA. Contudo, importa referir que dados do IMASIDA 2015

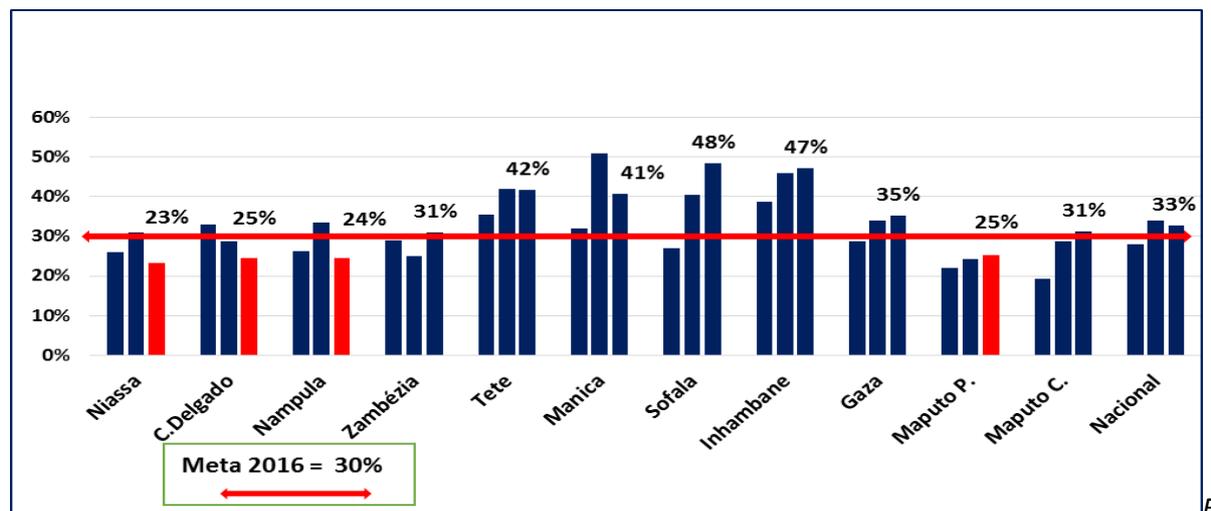
mostram uma média nacional de 34.2%, variando entre 16% na Cidade de Maputo e 54.7% em Sofala, o que sugere coberturas baixas desta intervenção, pese embora se tenha registado um aumento em relação ao inquérito demográfico e de saúde (IDS) de 2011, onde a cobertura foi de 19%.

2.1.4 Indicador 6 do QAD: % de Mulheres Grávidas que recebem uma Rede Mosquiteira Tratada com Insecticida de Longa Duração (REMTILD) na Consulta Pré-natal

A distribuição de REMTILD nas CPNs é outra intervenção chave para o controlo da Malária na gravidez. Tal como o TIP, este indicador mostra um desempenho negativo no cumprimento da meta e redução das coberturas comparativamente a 2015 (Anexo 3). Tal como para o TIP, são apresentadas como causas as mudanças no sistema de registo. Apesar das altas proporções registadas nos anos anteriores, é de notar que cerca de 21% das mulheres grávidas em agregados familiares com pelo menos uma REMTILD não dormem debaixo da mesma (IMASIDA 2015).

2.1.5 Indicador 3 do QAD: % de Novas Utentes em Métodos Modernos de Planeamento Familiar num determinado período

Gráfico 6: % de novas utentes de métodos modernos de PF 2014-16



Fonte: Módulo Básico/SISMA- DIS/DPC/MISAU

Como é sobejamente conhecido, o planeamento familiar (PF) tem vários benefícios, entre eles a redução do risco de Morte Materna e Infantil (WHO, 2016b). A proporção (%) de novas utentes de PF apresenta uma tendência nacional satisfatória, tendo inclusive ultrapassado a meta, mas reduziu em relação a 2015, com algumas províncias como Niassa, Nampula e Manica a apresentar reduções consideráveis e a província de Cabo Delgado uma evolução negativa nos últimos 3 anos. Tendência contrária verifica-se em Sofala onde o crescimento foi notável. Os factores por detrás da variabilidade entre as províncias precisam ser melhor compreendidos, sendo uma hipótese as fragilidades de registo.

Contudo, novas acções ou abordagens introduzidas em 2016 poderão dar um novo ímpeto no desempenho deste indicador. Entre elas destacam-se a aprovação e implementação do Plano de Acção PF 2020, o início da integração do PF em outros serviços num total de 273 USs, a consolidação e expansão da provisão de serviços de PF pelos APES cuja contribuição na cobertura de novas utentes foi de 7.3% (156.804), o início da provisão de PF nas escolas secundárias que contribuiu em 6.4% para cobertura nacional de novas utentes (138.365). De referir que a Semana de contracepção e as semanas nacionais de saúde contribuíram com 32% (691.012) do total de novas utentes (2.149.328). A sustentabilidade das campanhas e provisão de serviços nas escolas merece uma reflexão para se assegurar o crescimento contínuo das coberturas e a continuidade do uso de métodos de PF tendo em conta que os métodos de curta duração são os mais preferidos (IMASIDA 2015).

2.1.6 Indicador 24 do QAD: Taxa de Cobertura de Rastreio de Cancro de Colo de Útero nas Consultas de PF

Tabela 1: Taxa de Cobertura do Rastreio do Cancro do Colo do Utero

Províncias	Taxa de cobertura do rastreio do cancro					Observações	
	2014	2015	2016	Metas 2016	IC 2016	IC	Tendências 2014-16
Niassa	9.0%	6.5%	6.4%	7%	90%	Não Cumpriu	-28.9%
Cabo Delgado	6.1%	5.1%	8.4%	7%	120%	Cumpriu	37.7%
Nampula	5.0%	4.0%	7.1%	7%	102%	Cumpriu	42.0%
Zambézia	4.8%	4.7%	6.1%	7%	87%	Não Cumpriu	27.1%
Tete	2.2%	2.0%	12.2%	7%	174%	Cumpriu	454.5%
Manica	4.9%	4.3%	10.9%	7%	156%	Cumpriu	122.4%
Sofala	11.5%	7.6%	11.4%	7%	163%	Cumpriu	-0.9%
Inhambane	3.5%	3.2%	9.7%	7%	139%	Cumpriu	177.1%
Gaza	5.8%	5.8%	8.7%	7%	124%	Cumpriu	50.0%
Maputo Província	12.2%	15.2%	6.2%	7%	89%	Não Cumpriu	-49.2%
Maputo Cidade	13.9%	11.7%	5.8%	7%	83%	Não Cumpriu	-58.3%
Nacional	6.1%	5.3%	8.2%	7%	117%	Cumpriu	34.4%

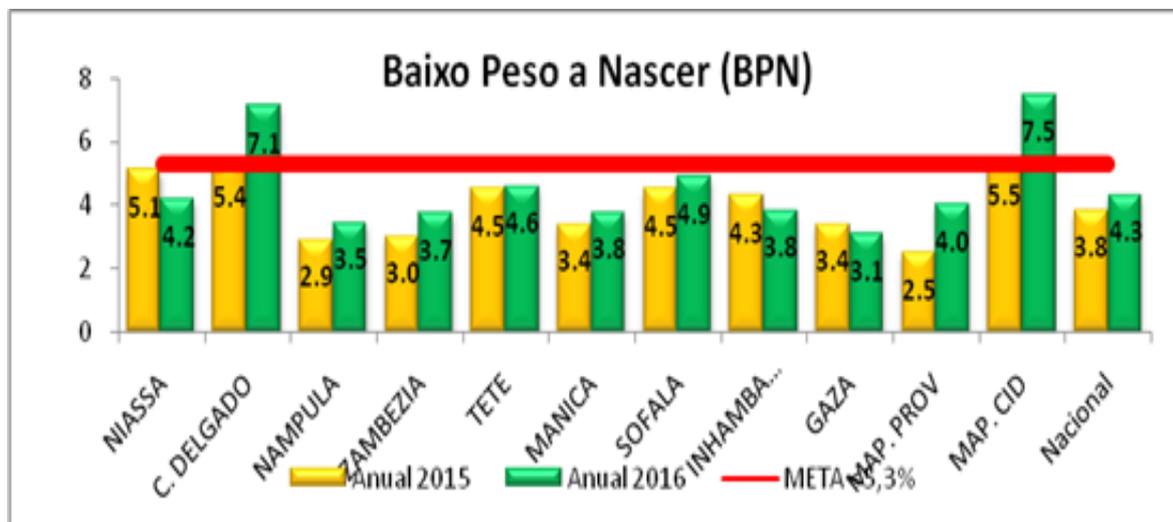
Fonte: Departamento de DNT/DNSP

Desde a introdução do programa de rastreio do colo do útero nas consultas de PF em Dezembro de 2009, 184 USs foram capacitadas para a oferta destes serviços. Desde então, o programa mostra uma tendência variável do desempenho ao longo dos anos: algumas províncias como Sofala, Tete e Manica mostram um crescimento considerável e duas apresentam uma tendência de redução (Maputo Província e Maputo Cidade). A meta nacional para 2016 foi alcançada e quatro províncias não atingiram a meta fixada, nomeadamente Niassa, Zambézia, Maputo Província e Cidade. A título de exemplo, a província de Maputo faz o rastreio em 15 (16.5%) das 91 US elegíveis para o efeito. Por outro lado, a limitada disponibilidade de ESMI treinadas nas USs resulta em interrupções

frequentes da actividade por falta de pessoal substituto. Além disso, registaram-se no período em análise, entre outros problemas, rupturas de material como Ácido Acético e luvas.

2.1.7 Indicador 15 do QAD: Taxa de Baixo Peso à Nascimento

Gráfico 7: Taxa de Baixo Peso à Nascimento, 2015-16



Fonte: Programa de Nutrição/DNSP

Relativamente à meta fixada para 2016, a taxa de Baixo Peso à Nascimento (BPN) teve um índice de cumprimento satisfatório em todas as províncias, excepto em Maputo Cidade e Cabo Delgado. Porém, a maioria das províncias (excepto Niassa, Gaza e Inhambane) mostram agravamento deste indicador depois de uma melhoria em 2015. Importa destacar que em Maputo Cidade este indicador vem piorando nos últimos 2 anos.

O actual sistema de informação não permite fazer uma análise sucinta do comportamento deste indicador. Por outro lado, não há nenhum estudo aprofundado das causas de BPN em Moçambique. Porém, assumindo que, de entre as várias causas de BPN estão as doenças e infecções maternas e o estado nutricional da mulher grávida, estas apresentam uma grande probabilidade de estar na origem da mudança brusca da tendência deste indicador de 2015 para 2016. Com efeito, dados do sector indicam que algumas doenças endémicas como a Malária e Diarreias aumentaram em 2016 (MISAU, 2017a), para além do aparente (ver indicadores 1.1.3 e 1.1.4) desempenho negativo das medidas de prevenção (TIP e REMTILD). Por outro lado, o ano em análise foi atípico para Moçambique: segundo o relatório mundial de crise alimentar (FSIN, 2017), o País enfrentou uma grave crise alimentar que afectou cerca 1.9 milhões de pessoas, particularmente nas províncias das zonas sul e centro. O principal factor da insegurança alimentar em 2016 “foi a seca causada pelo El Niño, que reduziu a produção doméstica, fazendo com que as reservas de alimentos acabassem cedo e os preços dos mesmos subissem”. Ademais, o relatório de monitoria de segurança alimentar

e nutricional de Novembro de 2016 (SETSAN, Novembro 2016) indica que em Novembro houve um aumento do número de pessoas em insegurança alimentar aguda comparativamente a Julho de 2016. Este relatório mostra igualmente índices preocupantes de desnutrição aguda em mulheres grávidas nas províncias visitadas. De referir que em relação à 3a dose de suplementação de ferro e ácido fólico, passou de uma cobertura de 44% em 2015 para 54% em 2016 (Anexo 4). Finalmente, importa salientar que estes pressupostos carecem de validação científica.

2.1.8 Indicador 16 do QAD: Proporção de Crianças (6-59 anos) Curadas da Desnutrição Aguda em Ambulatório (DAA)

Tabela 2: % de Crianças (6-59 anos) Curadas da Desnutrição Aguda em Ambulatório por Província 2015-16

Províncias	Crianças curadas da desnutrição aguda					Observações	
	2014	2015	2016	Metas 2016	IC 2016	IC	Tendências 2014-16
Niassa	60.0%	70.0%	84.0%	72.0%	116.7%	Cumpriu	40.0%
Cabo Delgado	49.0%	62.0%	72.0%	72.0%	100.0%	Cumpriu	46.9%
Nampula	60.0%	68.0%	75.0%	72.0%	104.2%	Cumpriu	25.0%
Zambézia	66.0%	67.0%	55.0%	72.0%	76.4%	Não Cumpriu	-16.7%
Tete	75.0%	81.0%	89.0%	72.0%	123.6%	Cumpriu	18.7%
Manica	80.0%	87.0%	94.0%	72.0%	130.6%	Cumpriu	17.5%
Sofala	78.0%	73.0%	60.0%	72.0%	83.3%	Não Cumpriu	-23.1%
Inhambane	50.0%	60.0%	63.0%	72.0%	87.5%	Não Cumpriu	26.0%
Gaza	58.0%	73.0%	85.0%	72.0%	118.1%	Cumpriu	46.6%
Maputo Província	58.0%	72.0%	62.0%	72.0%	86.1%	Não Cumpriu	6.9%
Maputo Cidade	29.0%	60.0%	65.0%	72.0%	90.3%	Não Cumpriu	124.1%
Nacional	67.0%	70.0%	74.0%	72.0%	102.8%	Cumpriu	10.4%

Fonte: Programa de Nutrição/DNSP

A meta estabelecida para este indicador foi cumprida na maioria das províncias, para além de verificar-se uma tendência de melhoria ao longo dos anos. As províncias de Maputo Cidade e Inhambane mostram igualmente uma tendência positiva apesar de não terem atingido a meta de 2016. Os gestores do programa apontam como factores de sucesso a “intervenção colaborativa da equipe de emergência (parceiros, GT, comunidade e equipe clinica), melhoria da qualidade de monitoria, realização de várias formações e seguimento das actividades.

Enquanto isso, atenção particular merecem as províncias de Maputo Província, Sofala e Zambézia que não só não atingiram a meta, mas também o seu desempenho tende a piorar. Para além do fraco reporte de dados, são apontadas como causas a chegada tardia dos casos à unidade sanitária para a reabilitação nutricional, a desistência de alguns parceiros em apoiarem as actividades comunitárias na província, assim como a falta de suprimentos nutricionais que podem estar associadas à manutenção das crianças no programa de reabilitação nutricional por longos períodos.

De facto, registaram-se roturas de stock de suprimentos nestas províncias por períodos superiores a 2 meses e falta de transportes. Por outro lado, o ritmo de expansão do programa de tratamento não acompanha o de rastreio para a desnutrição: na Zambézia, p.e., das 246 USs que fazem o rastreio, apenas 133 providenciam o tratamento da desnutrição aguda. Além disso, nos locais de tratamento registam-se altas taxas de abandono (superiores à meta de 15%) na maioria das províncias devido à longa duração do tratamento (3 meses em média), longas distâncias e fraca percepção da doença quando evolui sem complicações (Anexo 5).

2.1.9 Indicador 17 do QAD: N e % de Crianças Suplementadas com Vitamina A

Tabela 3: % de Crianças Suplementadas com Vitamina A, por Província 2015-16

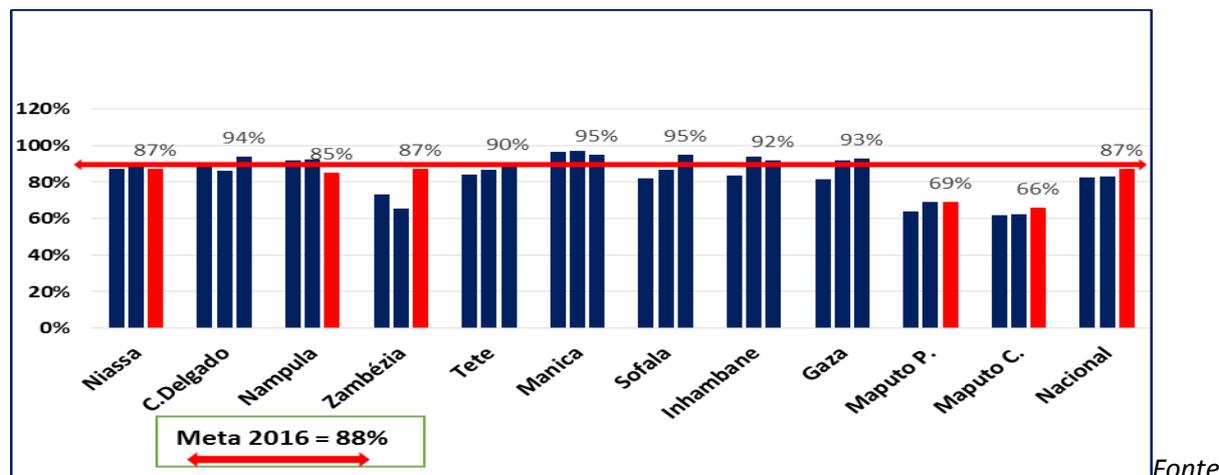
Províncias	Crianças suplementadas com Vit A					Observações	
	2014	2015	2016	Metas 2016	IC 2016	IC	Tendências 2014-16
Niassa	96.0%	99.8%	102.0%	95.0%	107.4%	Cumpriu	6.3%
Cabo Delgado	97.8%	100.8%	99.0%	95.0%	104.2%	Cumpriu	1.2%
Nampula	111.7%	96.9%	94.0%	95.0%	98.9%	Não Cumpriu	-15.8%
Zambézia	121.4%	99.5%	102.0%	95.0%	107.4%	Cumpriu	-16.0%
Tete	97.5%	90.9%	110.0%	95.0%	115.8%	Cumpriu	12.8%
Manica	107.6%	109.6%	105.0%	95.0%	110.5%	Cumpriu	-2.4%
Sofala	108.6%	118.7%	133.0%	95.0%	140.0%	Cumpriu	22.5%
Inhambane	104.3%	103.1%	110.0%	95.0%	115.8%	Cumpriu	5.5%
Gaza	99.9%	103.2%	109.0%	95.0%	114.7%	Cumpriu	9.1%
Maputo	100.1%	109.6%	112.0%	95.0%	117.9%	Cumpriu	11.9%
Maputo Cidade	52.9%	110.6%	119.0%	95.0%	125.3%	Cumpriu	125.0%
Nacional	101.7%	103.3%	106.0%	95.0%	111.6%	Cumpriu	4.2%

Fonte: Programa de Nutrição/DNSP

Todas as províncias ultrapassaram a meta definida, excepto Nampula que também mostra uma tendência decrescente ao longo dos anos. O desempenho bem-sucedido deste indicador advém da realização das semanas nacionais de Saúde, pois na rotina a cobertura nacional é de 59% (vide Anexo 6).

2.1.10 Indicador 21 do QAD: % de Crianças <1 ano idade, Completamente Vacinadas

Gráfico 8: % de Crianças < 1 ano idade, Completamente Vacinadas 2014 - 2016



Fonte: Módulo Básico/SISMA- DIS/DPC/MISAU

O PAV apresenta uma tendência crescente de cobertura de crianças completamente vacinadas (CCV), tendo registado um aumento na ordem de 4% a nível Nacional, o que se considera positivo. Com a introdução das novas vacinas (Rotavirus, IPV e 2a dose de Sarampo) em 2015, foi reforçada a componente de comunicação e mobilização social, contribuindo desta forma para a melhoria do conhecimento acerca da importância da vacinação por parte da comunidade. Além disso, no ano de 2016, o programa começou a beneficiar-se de recursos adicionais do GAVI para o Fortalecimento de Sistemas de Saúde (HSS/GAVI), com enfoque na melhoria do processo de planificação do programa, cadeia de frio e logística de vacinas, realização das Brigadas Móveis e supervisão formativa. Estes recursos têm contribuído para o alcance de cada vez mais crianças. Entretanto, apesar deste aumento, algumas províncias não conseguiram alcançar a meta fixada para 2016 (Gráfico 8). Factores relacionados com a disponibilidade de vacina associados a constrangimentos logísticos podem estar na origem deste desempenho negativo. Para as províncias da zona Norte, particularmente Nampula e Zambézia, houve frequentes dificuldades de transporte para a distribuição das vacinas que resultaram em roturas de stock de alguns antígenos. Por outro lado, é provável que o factor usado para determinar o grupo alvo (4 ou 3,9%) pode não ser o mais realístico, afectando desta forma o cálculo das coberturas em algumas províncias da zona sul. Com efeito, dados do IMASIDA 2015 mostram que Maputo Província e Cidade apresentam coberturas vacinais relativamente altas, o que contrasta com os dados da tabela acima.

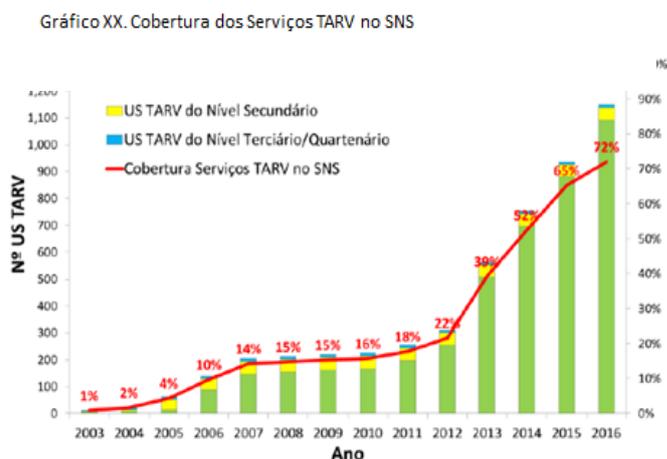
2.1.11 Indicador 10 do QAD: Nº e % dos Adultos Elegíveis para o Tratamento que recebem o TARV combinado segundo os protocolos nacionais

Tabela 4: Cobertura Estimada TARV Adulto das pessoas VHIV, por Província 2014 – 16

Província	Nº Cobertura Estimada TARV Adulto (HIV+)				Cumprimento da Meta		
	2014	2015	2016	Tendências 2014 - 2016	Meta 2016	IC 2016	Observação
Niassa	54%	61%	77%	43%	86%	90%	Não Cumpriu
Cabo Delgado	36%	48%	55%	50%	57%	96%	Não Cumpriu
Nampula	39%	54%	66%	69%	65%	102%	Cumpriu
Zambézia	34%	43%	56%	64%	50%	111%	Cumpriu
Tete	51%	65%	77%	51%	75%	102%	Cumpriu
Manica	42%	47%	55%	34%	57%	98%	Não Cumpriu
Sofala	44%	59%	65%	50%	66%	99%	Não Cumpriu
Inhambane	50%	65%	90%	82%	70%	128%	Cumpriu
Gaza	44%	53%	66%	48%	57%	115%	Cumpriu
Maputo Província	36%	38%	48%	33%	43%	114%	Cumpriu
Maputo Cidade	69%	84%	95%	37%	87%	109%	Cumpriu
Nacional	43%	53%	64%	49%	60%	107%	Cumpriu

Fonte: PNC ITS HIV/SIDA/DNSP

Gráfico 9: Cobertura dos Serviços TARV no SNS, 2003-16



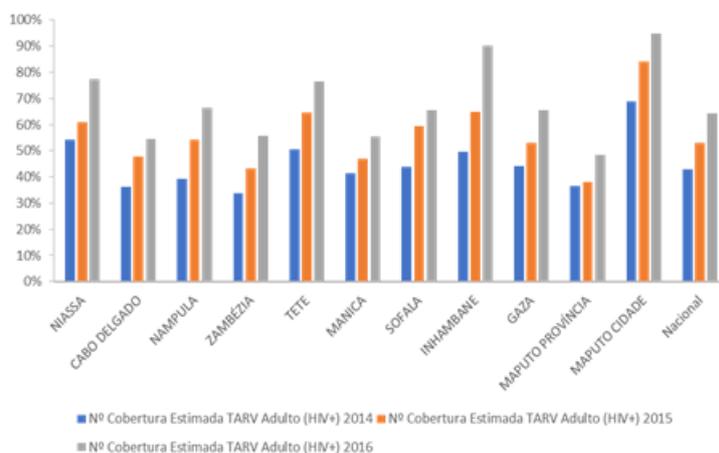
Fonte: Relatório Anual 2016 do PNC ITS HIV/SIDA

As metas definidas para o número de adultos activos em TARV foram alcançadas ao nível nacional e na maioria das províncias (Tabela 4). O bom desempenho que se tem verificado neste indicador resulta do crescimento assinalável dos sítios TARV (USs TARV) que passou de 310 USs em 2012 para cerca de 1149 em 2016, o que corresponde a uma cobertura de 72% das USs existentes no País no final do período em análise (gráfico 9). Isto representa um aumento notável da cobertura geográfica que acompanha a massificação do TARV, não obstante 75% dos pacientes estarem a receber tratamento em 19% dos sítios TARV. Por outro lado, a implementação da estratégia Testar e Iniciar a partir de 29 de Agosto de 2016 contribuiu de sobremaneira para este resultado, pois aumentou consideravelmente o número de pessoas em tratamento uma vez que a maioria das pessoas vivendo com HIV no pré TARV iniciaram o tratamento. Contudo, 4 províncias, nomeadamente Niassa, Cabo Delgado, Manica e Sofala não cumpriram com as metas estabelecidas.

Gráfico 10: Cobertura Estimada TARV de Adultos por Província, 2014-16

Graças ao esforço empreendido no cumprimento das metas, a cobertura nacional do TARV adultos tem mostrado um crescimento estável ao longo dos anos, situando-se actualmente nos 64%. Destacam-se as províncias de Maputo Cidade, Inhambane, Tete e Niassa que estão bem acima da média nacional, contrariamente às províncias de Manica, Cabo Delgado, Zambézia e, sobretudo, Maputo Província que se encontram longe da média nacional (Gráfico 10).

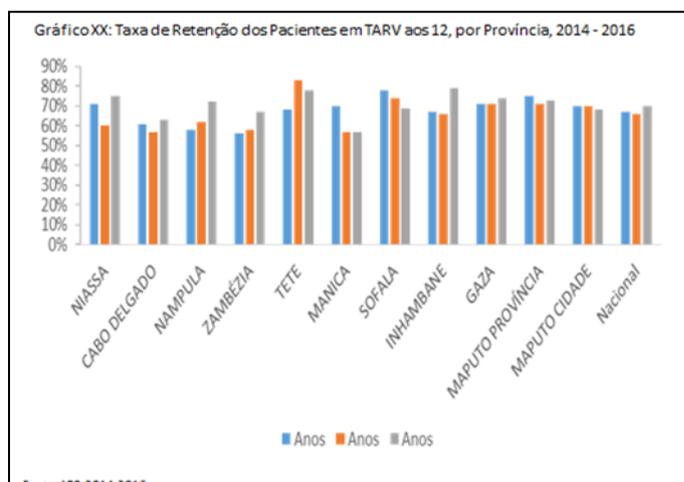
Figura XX: Cobertura Estimada TARV de Adultos VIH, por província 2014 - 2016



Fonte: PNC ITS HN/SI

Porém, a qualidade destes serviços ainda está muito aquém do desejável, pois os níveis de retenção dos pacientes em TARV aos 12 meses estão abaixo do aceitável, sendo a mais baixa da região subsahariana. Com efeito, a taxa de retenção aos 12 meses situou-se nos 70% em 2016 (Gráfico 11). De notar que a mesma piora aos 24 e 36 meses do TARV, caindo para 52% e 49%, respectivamente. Importa realçar que os níveis de retenção nas províncias de Manica, Zambézia e Cabo Delgado são preocupantes, para além de estarem a piorar em outras como Tete, Sofala e Maputo Cidade. Estes dados mostram a necessidade de reforçar as estratégias de retenção de pacientes nos cuidados e tratamento, sobretudo num contexto de aumento substancial de pacientes em cuidados clínicos ao longo dos últimos anos e risco de aumento de resistências ao tratamento.

Gráfico 11: Taxa de Retenção dos Pacientes em TARV por Província, 2014-16



Fonte: APR 2014-2016

Longos tempos de espera, limitado acesso aos serviços apesar do seu crescimento assinalável, a qualidade de atendimento e a possível saturação do sistema de saúde são apontadas como razões prováveis da baixa retenção, mas

estudos aprofundados devem ser feitos para determinar as causas reais.

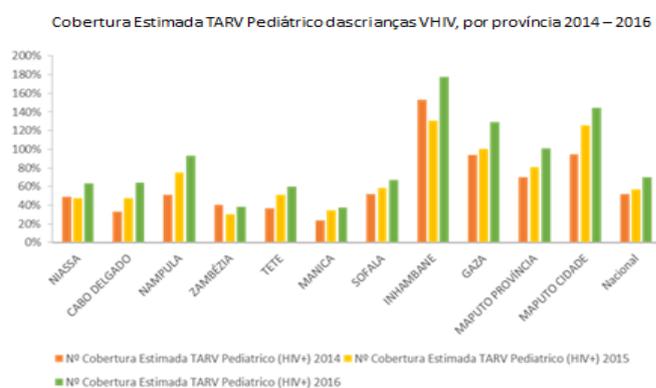
2.1.12 Indicador 11 do QAD: Nº e % das Crianças Elegíveis para o Tratamento que recebem o TARV combinado segundo os protocolos nacionais

Tabela 5: Cobertura Estimada TARV Pediátrico, por Província 2014 – 16

Província	Nº Cobertura Estimada TARV Pediátrico (HIV+)				Cumprimento da Meta		
	2014	2015	2016	Tendências 2014 - 2016	Meta 2016	IC 2016	Observação
Niassa	49%	47%	64%	30%	70%	92%	Não Cumpriu
Cabo Delgado	33%	48%	64%	92%	64%	100%	Cumpriu
Nampula	51%	75%	93%	82%	98%	95%	Não Cumpriu
Zambézia	40%	30%	38%	-5%	34%	113%	Cumpriu
Tete	37%	51%	60%	63%	58%	104%	Cumpriu
Manica	24%	34%	37%	56%	38%	97%	Não Cumpriu
Sofala	52%	58%	67%	28%	63%	106%	Cumpriu
Inhambane	153%	131%	177%	16%	147%	121%	Cumpriu
Gaza	94%	100%	129%	37%	115%	113%	Cumpriu
Maputo Província	70%	81%	101%	43%	86%	117%	Cumpriu
Maputo Cidade	94%	126%	144%	53%	131%	110%	Cumpriu
Nacional	52%	57%	70%	34%	65%	108%	Cumpriu

Fonte: PNC ITS HIV/SIDA

Gráfico 12: Cobertura Estimada TARV Pediátrico por Província 2014-16



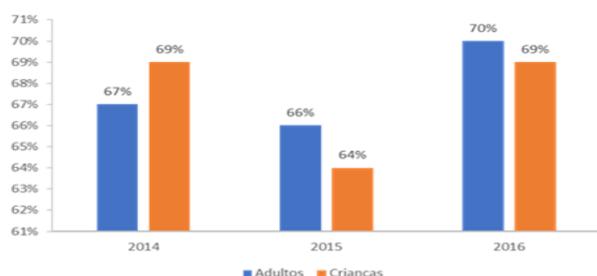
Fonte: PNC ITS HIV/SIDA

Tal como nos adultos, a meta estabelecida para o TARV Pediátrico foi alcançada ao nível nacional e na maioria das províncias. Porém Manica, Nampula e Niassa não cumpriram com as metas, esta última também para o TARV Adultos.

Apesar das altas coberturas nacionais alcançadas em 2016, nota-se uma grande variação entre as províncias (Gráfico 12) resultante das diferenças na capacidade de cuidados e tratamento do HIV em crianças: as da zona sul a ultrapassarem largamente os 100% (excepto os 101% de Maputo Província), com particular destaque para Inhambane que também atingiu coberturas altas no TARV Adulto; e as províncias da zona centro e norte (excluindo Nampula) não atingiram os 70%. De realçar as coberturas muito baixas observadas em Manica (37%) e Zambézia (38%).

Gráfico 13: Taxa de retenção dos Pacientes em TARV aos 12 meses, 2014-16

Figura XX. Taxa de Retenção dos Pacientes em TARV aos 12 meses, 2014-2016



Fonte: PEPFAR/APR 2014 – 2016

A média nacional da taxa de retenção em crianças apresenta um comportamento similar ao dos adultos, conforme ilustra o Gráfico 13.

2.1.13 Indicador 20 do QAD: % de Mulheres Grávidas que receberam Medicamentos ARV nos últimos 12 meses para reduzir o risco de transmissão de mãe para o filho, por Província 2015-2016

Segundo o programa, com a introdução de novos Instrumentos de registo e monitoria em 2016, não foi possível ter dados anuais, pois os dados disponíveis das coortes correspondem a apenas 09 meses de 2016. Contudo, comparando os 9 meses, nota-se que a cobertura deste indicador desceu ligeiramente de 93% em 2015 para 92% em 2016, apesar do crescimento considerável das USs que implementam esta intervenção, sobretudo a Opção B+. Com efeito, o Nº de US oferecendo a opção B+ passou de 926 em 2015 para 1.148 no ano de 2016 (mais 222 US). A análise da contribuição de cada província no desempenho deste indicador não é possível porque o “Spetrum” gera apenas dados de âmbito nacional.

2.1.14 Indicador 8 do QAD: Taxa de Notificação de TB todas as formas por 100.000 habitantes

Tabela 6: Taxa de Notificação de TB/100.000hab, por Província, 2014-16

Províncias	Taxa de notificação de TB						
	2014	2015	2016	Metas 2016	IC 2016	IC	Tendências 2014-16
Niassa	123.2	141.2	190	163	116.60%	Cumpriu	54.50%
C. Delgado	159.2	160.9	169	189	89.41%	Não cumpriu	6.30%
Nampula	148	153.2	168	214	78.50%	Não cumpriu	13.50%
Zambézia	211	177.6	252	216	106.70%	Cumpriu	19.40%
Tete	144.4	172.8	203	193	105.20%	Cumpriu	40.90%
Manica	214.2	265.2	316	340	92.90%	Não cumpriu	47.70%
Sofala	366.2	380.4	443	453	97.80%	Não cumpriu	21.00%
Inhambane	220.2	238.7	260	257	101.20%	Cumpriu	18.90%
Gaza	413	437	529	598	88.50%	Não cumpriu	28.10%
M. Província	361.2	337	373	465	80.20%	Não cumpriu	3.30%
M. Cidade	530.5	524	538	694	77.50%	Não cumpriu	24.80%
Nacional	233	236.8	278	294	94.60%	Não cumpriu	19.30%

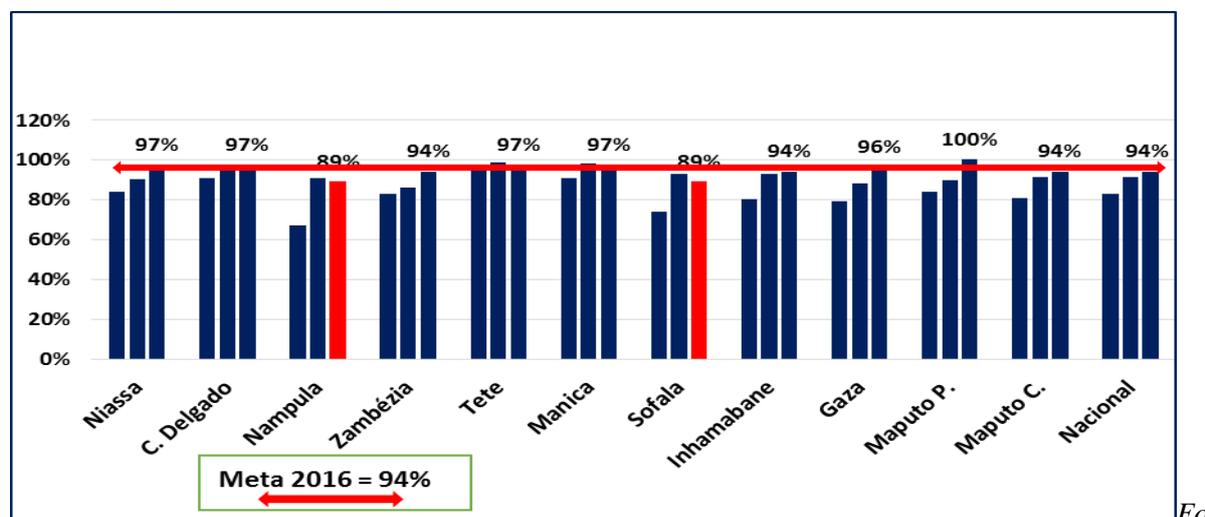
Fonte: PNTB/DNSP

Apesar do contínuo crescimento anual da taxa de notificação de Casos de TB todas Formas em todas as províncias, grande parte delas e o nível nacional não alcançaram a meta estabelecida. O incumprimento das metas deveu-se, por um lado, ao facto de as metas serem claramente ambiciosas tendo em conta a capacidade instalada e a linha de base na altura em que as mesmas foram estabelecidas, e, por outro, a limitada capacidade diagnóstica resultante da baixa cobertura da rede laboratorial e radiológica não obstante os esforços para sua expansão.

Contudo, o ano de 2016 foi bastante positivo no que tange à luta contra a Tuberculose no País, pois registou-se um crescimento na notificação de casos de 61.559 em 2015 para 73.572 em 2016 (cerca de 18%) não visto nos últimos 15 anos. Estes progressos assinaláveis resultam fundamentalmente de um maior envolvimento comunitário através dos PMTs, Líderes Tradicionais, Activistas, e APEs na criação de demanda na comunidade, a implementação da estratégia dos Oficiais da Tosse nas USs desde 2014 e sua rápida expansão de 90 USs em 2016, a qual visa reforçar o rastreio de TB nas salas de espera, e à expansão do Gene Xpert (17 aparelhos adicionais em 2016) para o diagnóstico laboratorial.

2.1.15 Indicador 12 do QAD: No e % de Pacientes TB/HIV que iniciaram TARV

Gráfico 14: % de Pacientes TB/HIV em TARV 2014 - 2016



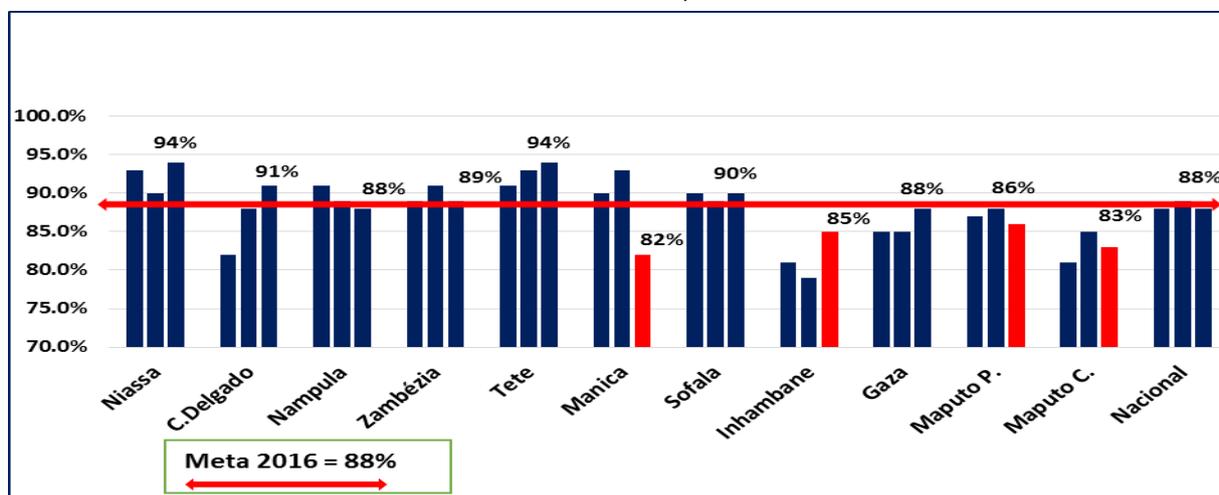
Fonte: PNTB/DNSP

Com excepção das Províncias de Nampula e Sofala, todas províncias atingiram a meta estabelecida para este indicador. Isto resulta do facto de o PNCT ter continuado a priorizar a testagem e o início do TARV para todos os pacientes com TB através da implementação dos serviços da Paragem Única, bem como ao reforço da colaboração com PNC ITS/HIV/SIDA. Por outro lado, e como resultado da implementação de novos instrumentos de registo e um maior rigor no registo dos dados, algumas províncias como Nampula e Sofala baixaram o seu desempenho. Além disso, o carácter voluntário da

testagem e início do tratamento não permitem que todos pacientes com a dupla infecção iniciem o TARV.

2.1.16 Indicador 13 do QAD: Taxa de Sucesso em doentes TB BK+

Gráfico 15: Taxa de Sucesso em doentes TB BK+, 2014 - 2016

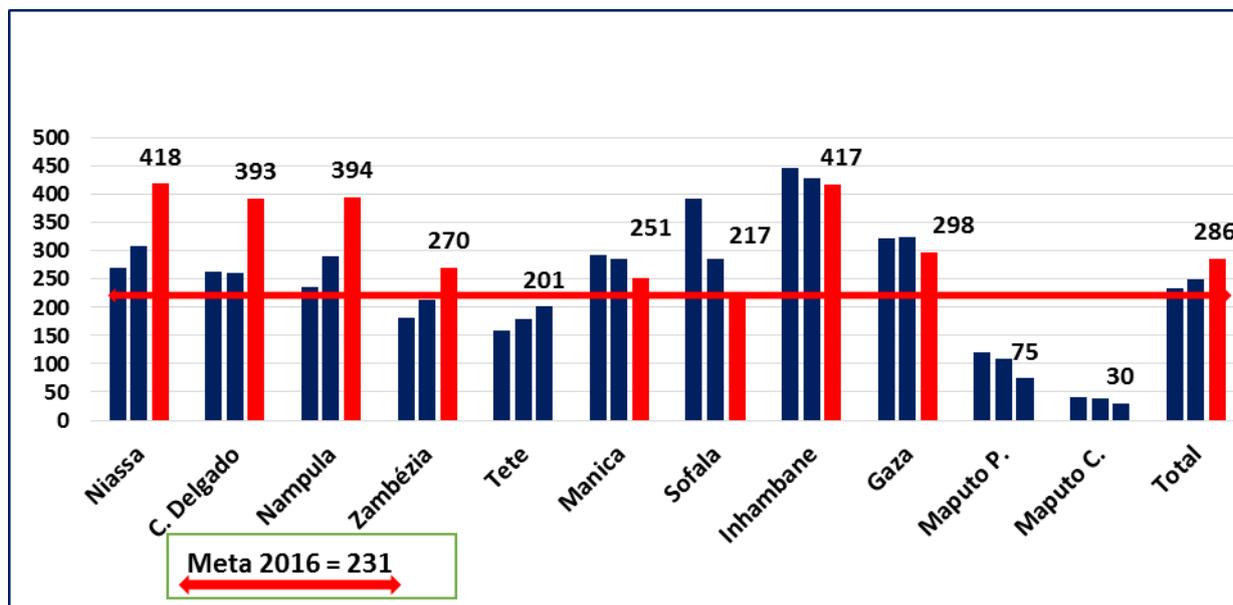


Fonte: PNCTB/DNSP

O sucesso na cura dos doentes TB BK+ é fundamental para se cortar o ciclo de transmissão, condição para a sua eliminação. Apesar das altas taxas de sucesso que se registam em Moçambique (a OMS recomenda uma taxa de sucesso de 90% para 2020), a tendência da média nacional nos últimos anos mostra-se estacionária, tendo algumas províncias como Manica, Inhambane, Maputo Província e Cidade não alcançado a meta definida. O aumento rápido de casos notificados que resultou no fraco seguimento dos pacientes devido à sobrecarga de trabalho dos supervisores distritais, a rápida descentralização das unidades sanitárias que fazem tratamento para TB sem o estabelecimento de todos aspectos de qualidade, a alta rotatividade dos Supervisores (Distritais/Provinciais) do PNCT e a fraca supervisão nas USs poderá ter contribuído para o fraco desempenho destas províncias.

2.1.17 Indicador 9 do QAD: Casos Confirmados de Malária por 1000 habitantes/ano

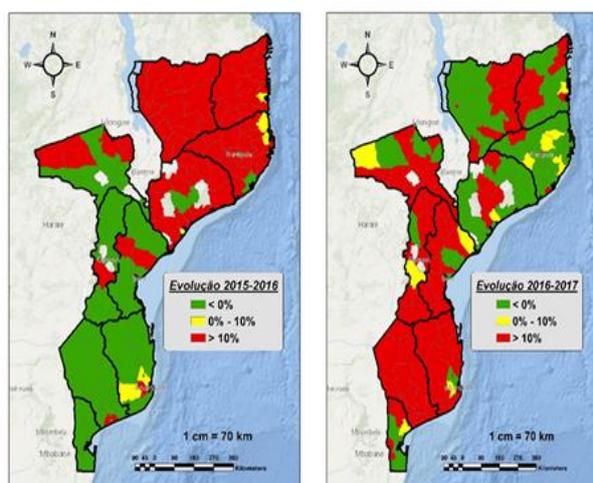
Gráfico 16: Casos Confirmados de Malária por 1.000 habitantes, 2014 - 2016



Fonte: Módulo Básico/SISMA- DIS/DPC/MISAU

O País e grande parte das províncias não atingiram a meta fixada para este indicador, se bem que a mesma é igual para todas as províncias, o que pressupõe homogeneidade do território nacional. Por outro lado, dados dos últimos 3 anos mostram uma tendência de agravamento da incidência da Malária no País, com destaque para as províncias da zona norte. Aliás, a Revisão do Plano Estratégico da Malária 2012-2016 (PNCM 2016) refere que esta tendência tem vindo a ser observada desde o ano de 2012. Apontam-se como principais causas a cobertura das intervenções de controlo vectorial (PIDOM e REMTILD) que ainda não é abrangente para produzir impacto desejado, a melhoria da taxa de reporte nas USs, a inclusão dos casos de malária reportados pelos APES que começou em 2015 (580.000 casos em 2015 e 1.300.000 em 2016), a melhoria no manejo de casos nas US e APES permitindo que mais casos sejam encontrados e reportados, bem como diagnosticados e tratados atempadamente. Contudo, os números reportados são elevados e preocupantes.

Gráfico 17 - Evolução de casos de Malária nas 1as 8 semanas de 2015, 2016 e 2017



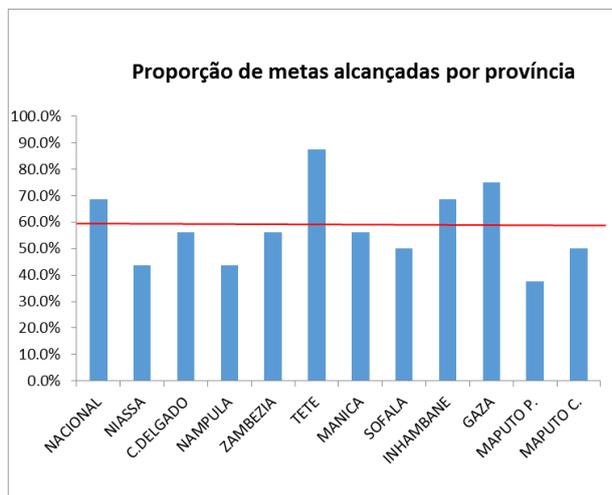
Para além das razões acima referidas, as mudanças climáticas podem estar a contribuir para este padrão: temperaturas mais quentes e águas estagnadas resultantes de chuvas

intensas favorecem a proliferação do mosquito e, conseqüentemente a propagação da Malária, enquanto a seca exacerba a ocorrência de diarreia (Chemonics International, 2017). Moçambique foi recentemente assolado por eventos climáticos extremos, nomeadamente a seca nas zonas centro e sul do País, e alta pluviosidade na zona norte. Coincidentemente, os dados acima indicam aumento da incidência da Malária sobretudo na zona norte do País, facto também descrito no último Relatório Anual da Malária de 2015 (PNCM 2016). Nesta última época chuvosa, as zonas sul e centro registaram quedas pluviométricas normais ou acima do normal e nota-se uma mudança na evolução dos casos de Malária conforme ilustra o Gráfico 17. Os resultados do IMASIDA 2015 apontam para uma prevalência da Malaria de 40.2% em crianças de 6-59 meses.

2.1.18 Conclusões sobre a área de Provisão de Serviços de Saúde

Gráfico 18 – Proporção de Metas Alcançadas por Província

Em termos de alcance das metas fixadas, o desempenho a nível nacional foi, no geral, satisfatório,



pois na maioria dos indicadores de prestação de serviços (68.8%) as metas foram ultrapassadas.

Porém, uma análise desagregada por província mostra que a maioria das províncias cumpriu a meta em menos de 60% dos indicadores desta componente, particularmente as da zona norte do País e Maputo Província. A pouca clareza nos critérios de definição de metas e a fixação de metas iguais para todas as províncias dificulta a interpretação do índice de cumprimento, pois o

ponto de partida (linha de base) e capacidade de “produção” do sistema são desconhecidos ou não foram tomados em consideração. Além disso, mudanças nos instrumentos de registo realizadas a meio do ano de 2016 “comprometeu” o desempenho de alguns indicadores, tal é o caso das TIPS, REMTILDs e PTV. Do ponto de vista dos indicadores⁵, verifica-se que as províncias têm mais dificuldades em alcançar as metas de determinados indicadores como PAV, taxa de notificação da TB, tratamento da Malnutrição e controlo da Malária. Apesar do baixo IC das metas de alguns indicadores, a tendência das coberturas nacionais são, no geral, positivas, se bem que ao nível provincial algumas províncias carecem de uma atenção especial como a Província de Maputo, Niassa e Nampula, mesmo que tenham atingido as metas estabelecidas, sobretudo nas zonas centro e norte do País. Estas tendências denotam, de alguma forma, melhorias na qualidade e acesso aos serviços de saúde prestados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS). Contudo, certos produtos ou

⁵ O indicador do PTV não entrou na contagem pelas razões já referidas na descrição deste indicador

resultados são conseguidos através de campanhas, cuja eficiência e sustentabilidade merecem uma análise cuidadosa.

2.2 Áreas de Apoio à Prestação de Serviços de Saúde

Os 12 indicadores da área de apoio cobrem todas as componentes de um Sistema de Saúde: na Governação é examinada a participação da sociedade civil na melhoria da qualidade dos serviços; no SIS é analisada a qualidade e fluxo de dados de rotina; nas infra-estruturas faz-se a análise da expansão da rede sanitária e melhoria da qualidade das mesmas, em particular o Sistema de referência; na área financeira são analisadas a capacidade de absorção de fundos pelo sector e a melhoria da qualidade da gestão das finanças públicas; nos Recursos Humanos, é escrutinada a disponibilidade e distribuição de pessoal, sua produtividade e formação; finalmente, na componente logística, é analisada a qualidade dos medicamentos que circulam no País, o seu reporte e sistema de gestão logística. A seguir é descrito o desempenho destes indicadores no ano de 2016.

2.2.1 Indicador 34 do QAD: % de Unidades Sanitárias com Comitês de Co-gestão e Humanização funcionais

Tabela 7: % de Unidades Sanitárias com comitês de Q&H ou comitês de Co-Gestão Humanização por Província, 2015-16

PROVINCIA	2015				2016			
	U.S	QAD (30.7%)	Comites de Q&H	% de Cumprimento	U.S	QAD (30.7%)	Comites de Q&H	Cumprimento
Niassa	171	17	12	70.6	171	52	16	30.5
Cabo Delgado	123	12	16	133.3	123	38	12	31.8
Nampula	220	21	41	195.2	220	68	41	60.7
Zambezia	249	24	20	83.3	249	76	48	62.8
Tete	131	13	23	176.9	131	40	20	49.7
Manica	117	11	23	209.1	117	36	23	64.0
Sofala	157	15	29	193.3	157	48	29	60.2
Inhambane	133	13	21	161.5	133	41	21	51.4
Gaza	145	14	26	185.7	145	45	26	58.4
Maputo Província	112	11	24	218.2	112	34	50	145.4
Maputo Cidade	38	4	16	400.0	38	12	16	137.2
Nacional	1596	155	251	161.9	1596	490	302	61.6

Fonte: Departamento de Q&H/DNAM/MISAU

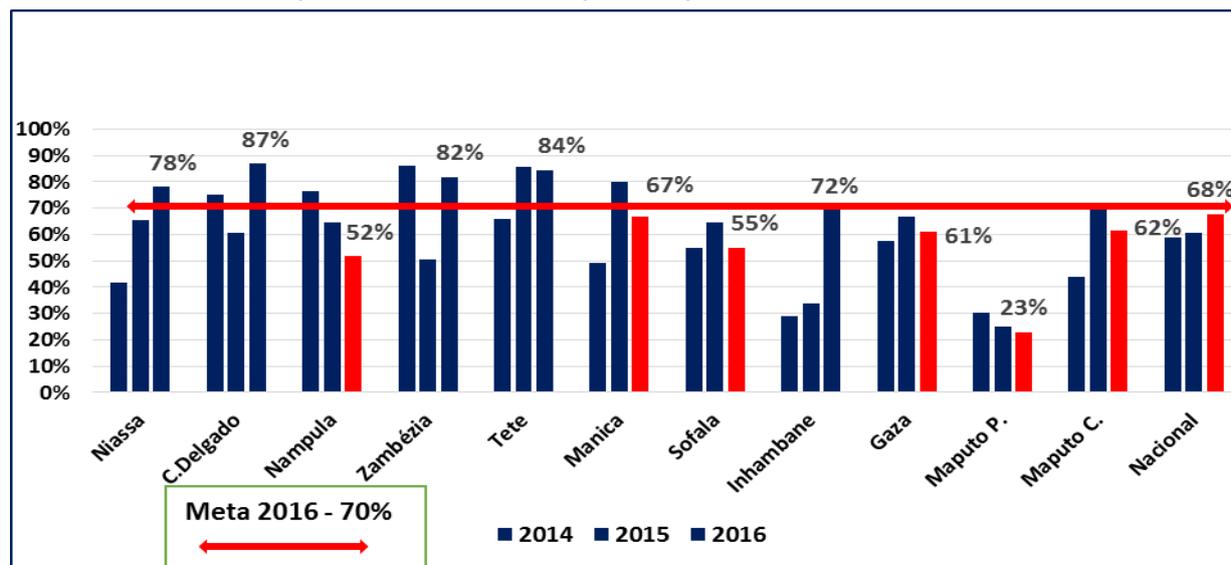
Os actores não estatais têm o potencial de contribuir para a governação da qualidade através da provisão de subsídios técnicos, desenvolvimento de políticas, monitoria da provisão de serviços de saúde e da promoção da prestação de contas no Sistema de saúde (Abt Associates, 2017). O MISAU elegeu a criação de Comitês de Co-Gestão e de Qualidade e Humanização como mecanismo de participação da sociedade civil na monitoria da qualidade de prestação dos serviços públicos de saúde.

Após um desempenho bastante bom na criação de comitês em 2015, o índice de cumprimento das metas definidas para 2016 baixou consideravelmente em quase todo o País, com destaque para as

províncias de Niassa e Cabo Delgado, o que comprometeu o alcance das metas fixadas em quase todas as províncias (excepto Maputo Província e Cidade) e nível nacional. Apontam-se como razões fundamentais para esta tendência a falta de recursos financeiros para o apoio directo às USs, bem como o fraco controlo ao nível distrital.

2.2.2 Indicador 28 do QAD: % de Distritos que submetem Informação Completa e dentro do Prazo ao DIS (SIS)

Gráfico 19: % Distritos que Submetem Informação Completa e dentro do Prazo ao DIS 2014-16



Fonte: Módulo Básico/SISMA- DIS/DPC/MISAU

Este indicador mede duas dimensões da qualidade dos dados de saúde, nomeadamente completude (todos os dados das actividades de saúde monitorados mensalmente pelo DIS) e submissão atempada (até dia 10 de cada mês, de acordo com as orientações).

Ao nível nacional nota-se uma melhoria na qualidade de dados (submissão completa e atempada pelos distritos) rumo ao alcance do mínimo internacionalmente aceitável (80%) para garantir a qualidade de dados. A introdução do sistema de informação de saúde denominado SISMA (baseado na plataforma DHIS2) em Abril de 2016 está a contribuir para esta melhoria, pois facilita a produção automática de relatórios no aplicativo e possibilita determinar a data limite de submissão de dados neste sistema on-line instalado nos serviços distritais de saúde. Certas províncias como Niassa, Cabo Delgado, Zambézia e Inhambane mostram melhorias significativas de 2015 para 2016. Entretanto, algumas províncias apresentam uma tendência de redução na qualidade de dados do SIS de 2015 a 2016 (Manica, Sofala e Maputo Cidade) por não estarem a aplicar de forma sistemática as orientações recebidas sobre a colheita e transmissão de alguns dados dos serviços de SMI, em particular as actividades de consulta de criança de 1-4 anos, o que influencia negativamente a

completude dos resumos submetidos. De salientar que Maputo Província apresenta a mais baixa qualidade de dados nos três anos (2014-2016) e com tendência decrescente.

Portanto, desagregando as duas dimensões de qualidade dos dados referida acima, pode-se notar que os resumos são submetidos a tempo pela maioria dos distritos, mas ainda persistem desafios na transmissão de todos os dados requeridos mensalmente pelo SISMA.

2.2.3 Indicador 30 do QAD: Número de novas Unidades Sanitárias concluídas

Cerca de 11 das 20 US planificadas a nível central (55%) foram concluídas, incluindo 6 com fundos externos, nas seguintes Províncias:

- Niassa: 6 Centros de Saúde (CS);
- Gaza: 1 Hospital Distrital (HD) e 2CS (Chihaquelane e Ndolene);
- Zambézia: 1 Hospital Central (HC) de Quelimane
- Nampula: 1 HD de Monapo

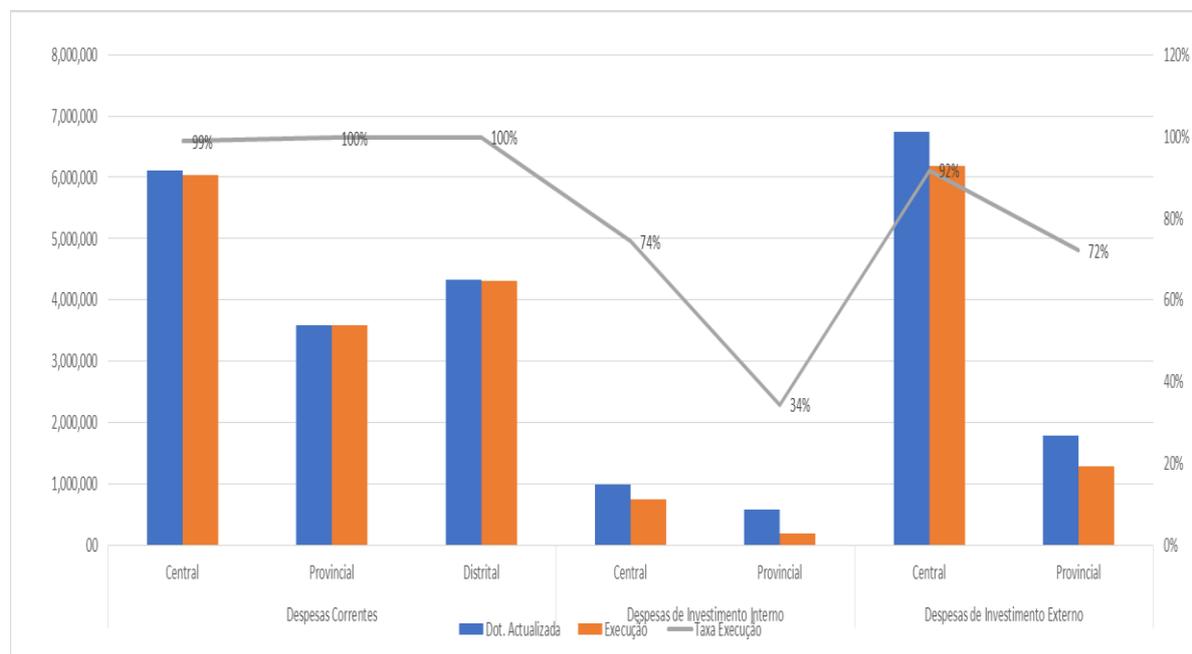
O incumprimento da meta deveu-se à indisponibilidade orçamental/financeira da componente de investimento, uma vez que foram disponibilizados 450 milhões (37.5%) contra os 1.150 milhões de MT alocados. Este orçamento é alocado de forma agregada por níveis de atenção e não de forma específica para responder a intervenções necessárias no nível de atenção correspondente. Além disso, os planos plurianuais representados pelo programa quinquenal do governo e cenário fiscal de médio prazo não encontram correspondência nos planos anuais na componente de disponibilidade financeira. Dai que o teto orçamental atribuído seja restritivo e deficitário pois não satisfaz as necessidades reais do sector. O deficiente fluxo de expediente administrativo existente no processo de procura, contratação, execução dos projectos de investimento também dificulta a implementação do plano de investimentos. Por último, apesar de existir informação ao nível central sobre as intervenções em infraestruturas realizadas pelas Províncias, esta ainda precisa de uma melhor sistematização da sua monitoria.

2.2.4 Indicador 31 do QAD: Número de Unidades Sanitárias requalificados à Hospitais Distritais

A estratégia do MISAU para este indicador prioriza intervenções para melhoria das infraestruturas e elevação da capacidade técnica das unidades existentes nas sedes Distritais, o que inclui reabilitação e ampliação, construção de raiz e refuncionalização. Contudo, nenhuma das 2 requalificações previstas no QAD foi realizada em 2016. As razões do seu incumprimento são as mesmas do indicador anterior (No 30).

2.2.5 Indicador 35 do QAD: Taxa de Execução dos Fundos sob Gestão Directa do MISAU a Nível Nacional

Gráfico 20: Traxa de Execução dos Fundos sobe Gestão Directa do MISAU



Fonte: REO 2016/DAF/MISAU

Os fundos sob gestão directa do MISAU proveêm de duas fontes principais de financiamento: o Orçamento do Estado (OE) e Prosaúde. No global, estes fundos totalizaram cerca de 24.1 biliões de Meticais em 2016. Contudo, importa referir que as alterações nas dotações orçamentais registadas em 2016 por parte do Ministério de Economia e Finanças (MEF) podem ter afectado a implementação das actividades planificadas e, conseqüentemente, a qualidade da despesa. Além disso, o total de fundos sob gestão directa do MISAU representou uma disponibilidade per capita de apenas USD⁶ 14.6/capita, o que está muito aquém dos valores internacionalmente recomendados e denota a austeridade do orçamento com que o sector funcionou em 2016.

A taxa de execução global de fundos sob a gestão directa do MISAU baixou de 96% em 2015 para 93% em 2016 depois de uma tendência positiva nos anos anteriores (ACA XV), se bem que a meta anual de 93% foi cumprida. Contribuíram para esta tendência as baixas execuções das componentes internas e externa do investimento, como é descrito mais adiante.

Os recursos do tesouro destinados às despesas correntes tiveram uma execução orçamental de praticamente 100% ao nível nacional e provincial. Contudo, os dados do SIS e REO ainda não permitem fazer uma análise mais aprofundada da despesa, nomeadamente a eficiência e outros

⁶ Taxa de Cambio Média Annual 2016 do Banco de Moçambique: 1 USD = 62.57

aspectos económicos da despesa corrente, a liquidez, o nível de dívidas transitadas de exercício anteriores para espelhar eventuais exiguidades orçamentais. Por exemplo, no final do ano o sector apresentou necessidades financeiras para despesas básicas estimadas em cerca de 3.2 milhões de dólares o que reforça a ideia de necessidades adicionais de fundos em relação ao orçamento disponível.

Relativamente à componente interna de investimento, esta apresenta uma execução baixa (60%), sobretudo a nível provincial que foi de apenas 34%. As razões deste fraco desempenho foram arroladas acima nos indicadores de infra-estruturas. De salientar que este padrão de execução repete-se ao longo dos anos, pelo que as suas causas carecem de uma análise mais aprofundada sob o risco de comprometer o desenvolvimento das infra-estruturas do sector e não só.

A execução global do PROSAÚDE no ano em análise foi de 66%, sobretudo ao nível central que se situou nos 55% contra os 77% do nível provincial. Esta baixa execução resultou de atrasos e mesmo falta de desembolsos, cujas causas são afloradas na análise do desempenho das parcerias (vide secção 4.2)

2.2.6 Indicador 36 do QAD: Percentagem de Recomendações das Auditorias do Ano n-2 implementadas anualmente a Nível Central

Tabela 8: Recomendações das Auditorias do ano n-2 implementadas anualmente a Nível Central, 2016

	N. recomendações	N. recomendações implementadas	Taxa de execução
TA para conta do BM (2015)	2	2	100,0%
BKSC para o projecto ITA (2015)	6	5	83,3%
			87,5%

Para a análise deste indicador foram usados 2 relatórios de auditoria disponíveis em 2016⁷, nomeadamente do Tribunal Administrativo (TA) para conta do Banco Mundial e BKSC para o projecto ITA, ambos de 2015. Cerca de 87.5% das 8 recomendações foram cumpridas pelo nível central, das quais 100% para BM (2 recomendações) e 83% para ITA (5 de 6 recomendações).

⁷ De acordo com a nota técnica do indicador, devia ter sido disponibilizado o relatório do TA para o ano de 2015 (n-2). Este documento não fez parte da documentação de base para a ACAXVI. Mesmo querendo utilizar o ano de 2014 como ano n-2, o relatório do TA só foi disponibilizado em Dezembro de 2016 e ainda não houve seguimento das recomendações.

2.2.7 Indicador 25 do QAD: Rácio de Densidade dos Técnicos de Saúde Nacionais e Estrangeiros por 100.000 habitantes

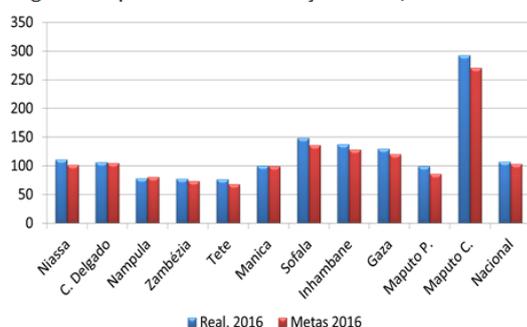
Tabela 9: Rácio de Densidade dos Técnicos de Saúde Nacionais e Estrangeiros por 100.000 habitantes, por Província, 2014-16

Províncias	Densidade TS nacionais e estrangeiros por 100.000 habitantes					Observações	
	2014	2015	2016	Metas 2016	IC 2016	IC	Tendências 2013-16
Niassa	102.9	102.0	110.6	101.1	109.4%	Cumpriu	7.5%
Cabo Delgado	88.6	98.1	106.2	104.2	101.9%	Cumpriu	19.9%
Nampula	74.0	75.6	77.5	80.2	96.6%	Não Cumpriu	4.7%
Zambézia	64.8	70.8	77.2	73.2	105.5%	Cumpriu	19.1%
Tete	68.8	70.7	76.0	67.5	112.6%	Cumpriu	10.5%
Manica	88.5	94.4	100.0	98.9	101.1%	Cumpriu	13.0%
Sofala	123.5	140.2	148.1	136.3	108.7%	Cumpriu	19.9%
Inhambane	106.0	126.8	137.0	127.9	107.1%	Cumpriu	29.2%
Gaza	112.3	119.0	129.5	120	107.9%	Cumpriu	15.3%
Maputo Província	85.1	92.8	99.2	85.2	116.4%	Não Cumpriu	16.6%
Maputo Cidade	139.3	242.7	257.7	270.3	95.3%	Cumpriu	85.0%
Nacional	92.6	100.2	106.8	103.0	100.0%	Cumpriu	15.3%

Fonte: eSip saúde/DRH/MISAU

Gráfico21: Padrão de Distribuição de TS/100.000hab

Figura XX: padrão de distribuição de TS/100.000hab



No global, a disponibilidade dos técnicos de saúde no SNS, medida pelo rácio da densidade de técnicos de saúde nacionais e estrangeiros por 100.000 habitantes, aumentou de 92.6 (2014) para 106.8 em 2016, o que corresponde a um crescimento de 15.0% em 3 anos. As metas definidas⁸ para 2016 foram alcançadas a nível nacional e na maior parte das províncias, exceptuando Nampula e Maputo Cidade. Contribuíram para o sucesso no desempenho deste indicador, o apoio dos Parceiros do PROSAÚDE na contratação de pessoal recém-graduado de regime especial de saúde, a implementação do Plano Acelerado de Formação II (PAF II) que aumentou o número de graduados nas IdF's do MISAU e o aumento do número de graduados nas instituições privadas que formam

⁸ As metas para cada província foram definidas ou calculadas com base nas projeções tendo em conta a taxa de crescimento do efetivo de cada província nos últimos três anos, foi assumido que esta taxa de crescimento seria constante para efeito de projeção para os cinco anos subsequentes. Entretanto, até 2019 nota-se que o rácio das províncias mais desfavorecidas irá melhorar significativamente.

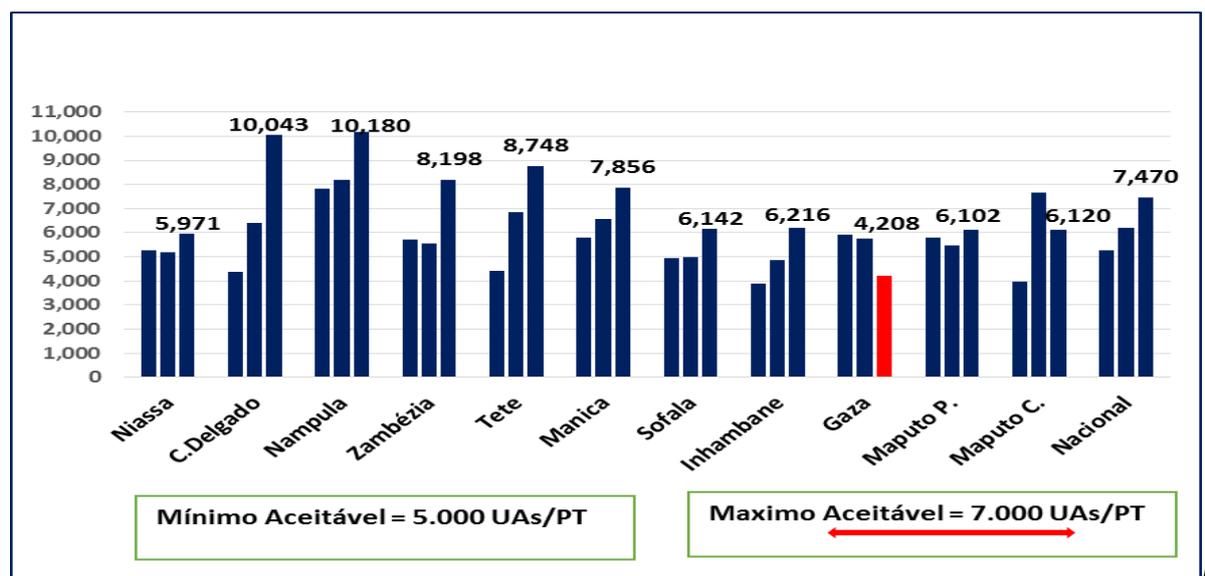
técnicos da área de saúde (JEM, UNILURIO, UNIZAMBE, ISCTEM, Universidade Católica, etc.). Não obstante este resultado positivo, importa salientar os enormes desequilíbrios na distribuição do pessoal que varia de 76 na província de Tete para 270.3/100.000hab na Cidade de Maputo (Gráfico 21); as províncias da zona centro (excepto Sofala), zona norte e Maputo Província também apresentam rácios muito baixos. Além disso, as metas atribuídas por província parecem favorecer as iniquidades observadas.

Apontam-se como causas do incumprimento da meta em Nampula, a falta de cumprimento do plano de colocações dos técnicos saúde nesta província que tem como fundamento os pedidos de alteração de colocação por parte dos profissionais de saúde. A análise situacional do PNDRHS 2016 – 2025 refere que em Nampula existe uma correlação frágil, mas positiva, entre a densidade de US's por 100.000 hab e a densidade de técnicos de saúde por 100.000, embora se possa colocar mais técnicos de saúde nas US's existentes nesta província. Para o caso da Cidade Maputo, apesar de não ter atingido a meta, é a província que apresenta o maior crescimento no rácio de densidade (85%) em 3 anos e a melhor disponibilidade de pessoal no País.

2.2.8 Indicador 26 do QAD: Produtividade de RH: Rácio de Unidades de Atendimento por Pessoal Técnico de Saúde

Embora as componentes para o cálculo das Unidades de Atendimento (UAs)⁹ precisem de uma revisão, por enquanto o mesmo continua a ser um indicador útil de medição da produtividade do pessoal até à disponibilidade de um mais adequado para o efeito.

Gráfico 22 : Rácio de UAs por Pessoal Técnico de Saúde por Província, 2014-16



Fonte: Módulo Básico/SISMA- DIS/DPC/MISAU

O QAD fixa (apenas) uma meta nacional de 6.338 UAs/PT para o ano de 2016. Assim, a meta estabelecida foi ultrapassada em cerca de 18%. Considerando os intervalos aceitáveis (5000 -7000 UAs/PT) e os níveis de produtividade do pessoal técnico das províncias, os resultados sugerem uma sobrecarga de trabalho do pessoal nas zonas norte e centro, exceptuando Niassa e Sofala. Coincidentemente, estas são as províncias que apresentam menor densidade de pessoal e, no geral, fraco desempenho nos indicadores de prestação de serviços. Evidentemente que, para uma análise mais apurada, outros factores como a disponibilidade de recursos financeiros, rede sanitária, etc., precisam ser tomados em consideração

⁹ As componentes das UAs incluem: Internamento, contactos de SMI, vacinação, estomatologia, partos e consultas externas

2.2.9 Indicador 27 do QAD: Número de Técnicos Médios e Básicos graduados

Tabela 10: Número de Técnicos Médios e Básicos graduados por Província, 2013-16

Províncias	No de técnicos médios e básicos graduados						Observações	
	2013	2014	2015	2016	Metas 2016	IC 2016	IC	Tendências 2013-16
Niassa	27	174	161	98	52	188%	Cumprida	262,96%
Cabo Delgado	85	198	197	216	182	119%	Cumprida	154,12%
Nampula	400	379	438	351	364	96%	Não Cumprida	-12,25%
Zambézia	308	511	508	390	390	100%	Cumprida	26,62%
Tete	168	365	321	256	260	98%	Não Cumprida	52,38%
Manica	191	186	271	197	208	95%	Não Cumprida	3,14%
Sofala	395	484	495	387	286	135%	Cumprida	-2,03%
Inhambane	148	343	393	338	329	103%	Cumprida	128,38%
Gaza	116	220	227	143	104	138%	Cumprida	23,28%
Maputo Província	-	-	-	-	N/A	-	-	-
Maputo Cidade	419	701	811	282	268	105%	Cumprida	-32,70%
Nacional	2257	3.599	3.822	2.658	2.443	109%	Cumprida	17,8%

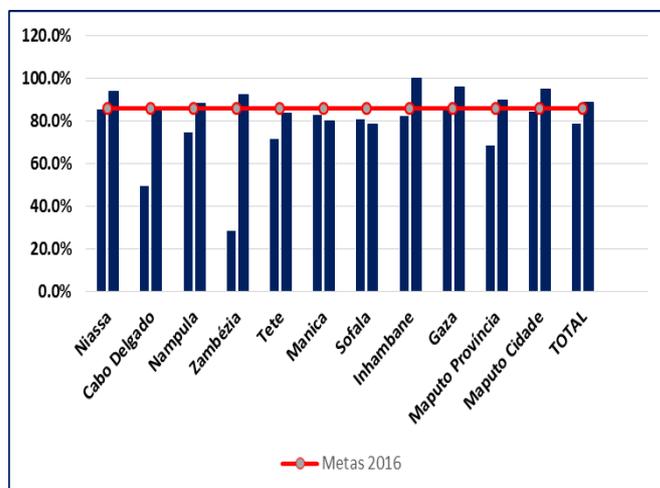
Fonte: MISAU-DRH_eSIP saúde

De acordo com as metas estabelecidas no plano de formação 2016-2020, actualmente em revisão para adequá-lo ao PNDRHS 2016-2025, houve um número superior de graduados do que o previsto (109%) devido ao incremento de cursos locais. Porém, as províncias de Manica, Tete e Nampula não atingiram as metas previstas de graduados devido ao número de perdas escolares. Esta análise deverá no futuro ser complementada com a análise da contribuição das outras instituições públicas e privadas na formação de pessoal, bem como da capacidade de absorção do pessoal pelo sector de saúde.

Comparativamente a 2015 nota-se uma redução significativa do número global de graduados de 3.822 em para 2.658 graduados. Isto resulta do fim da implementação do Plano Acelerado de Formação II (PAF II 2013-2015) que previa aumento do número de graduados do nível básico e médio até 2015. Além disso, o número de cursos reduziu a partir de 2015 segundo o plano de formação 2016-2020 que já previa uma diminuição e eliminação de cursos de nível básico.

2.2.10 Indicador 29 do QAD: % de Amostras com Qualidade num Total de Amostras Analisadas de Medicamentos

Gráfico 23: % de Amostras com Qualidade num Total de Amostras de Medicamentos Analisadas por Província, 2015-16



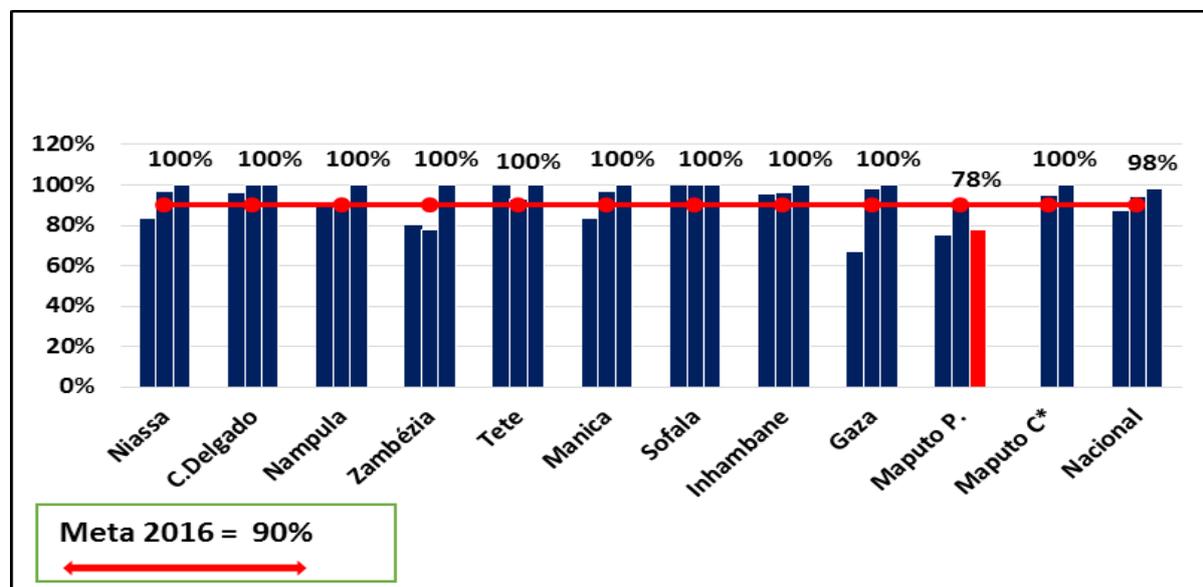
A amostragem abrangeu 10 Direcções Provinciais de Saúde, incluindo a Direcção de Saúde da Cidade de Maputo e Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM). De um modo geral, verifica-se que na maioria dos pontos de amostragem (8 em 12), os medicamentos têm a qualidade desejada, tendo inclusive superado a meta nacional estabelecida para 2016

(86%). Em comparação com os resultados de 2015, nota-se uma evolução positiva na maioria das províncias, com excepção de Manica (80.3%) e Sofala (78.7%) que não só não atingiram a meta, mas também mostram uma tendência decrescente (Gráfico 23).

Importa referir que este indicador é bastante complexo e de difícil interpretação, pois é influenciado por vários aspectos como o número de amostras por província, as formas farmacêuticas analisadas, locais (Sector público e/ou sector privado) e níveis de colecta (central, provincial), etc. Além disso, a capacidade actual do LNCQM é muito limitada em termos de tipo de medicamentos que podem ser testados e do número de amostras que podem ser testados durante o ano. Por último, vários factores podem afectar a qualidade dos medicamentos, nomeadamente as condições de transporte, armazenamento e manuseamento.

2.2.11 Indicador 32 do QAD: Proporção de Distritos que reportam sobre o Consumo de ACT (antimaláricos de 1a linha)

Gráfico 24: Proporção de Distritos que reportam sobre o Consumo de ACT 2014 a 2016



Fonte: Módulo Básico/SISMA- DIS/DPC/MISAU

A proporção de distritos que reportam (online) o consumo de ACT tende a aumentar ao longo dos anos, com a maioria das províncias a atingir os 100% (Gráfico 24). Maputo Província, porém, mostra uma tendência negativa em relação a 2015, apontando-se como causas a não inserção de dados devido a problemas de internet e avaria do SIMAM nos meses de Junho e Julho no DPM. Contudo, este indicador deve ser visto com cautela, pois na definição de completude basta uma US no distrito reportar, considera-se que o distrito reportou, daí a razão para IC acima dos 100%. Por outro lado, a baixa qualidade de dados da Malária reportados em alguns estudos (CIOB, etc.) reforça a necessidade de uma interpretação mais cuidadosa deste indicador.

2.2.12 Indicador 33 do QAD: Proporção de Províncias que cumprem Satisfatoriamente com os Procedimentos de Gestão, Controle e Dispensa de Medicamentos na cadeia de distribuição

Com o objectivo de conferir maior rigor nos procedimentos de gestão, controlo e dispensa de medicamentos e ainda de responder aos desafios da disponibilidade de medicamentos, a CMAM actualizou em 2016 o Sistema de Notação dos Resultados das Auditorias Internas, conforme descrito na tabela 11. Prevalece, contudo, o desafio de melhorar os controlos e critérios de pontuação específicos dos procedimentos de gestão, controle e dispensa.

Tabela 11: Sistema de Notificação dos Resultados da Auditoria

Caixa XX - Sistema de Notação dos Resultados da Auditoria

Tabela em vigor até 2015			Tabela em vigor desde 2016	
	Pontuação	Classificação	Pontuação	Classificação
1.	[80 – 100 %]	Muito bom	[90 – 100 % [	Excelente
2.	[65 – 80 % [	Bom	[75 – 90 % [	Bom
3.	[50 – 65 % [	Aceitável	[60 – 75 % [	Aceitável
4.	[0 – 50 % [	Insuficiente	[0 – 60 % [	Não satisfatório

um nível considerado “ Aceitável”. No caso específico da província de Tete, esta passou de “Bom” para o “Aceitável”.

Tabela 12: Resultados das Auditorias em 4 Províncias, 2015-16

Tabela XX – Resultados das Auditorias 2015/2016

Províncias	Resultado de auditoria 2015		Resultado de auditoria 2016	
	Pontuação Obtida	classificação	Pontuação Obtida	Classificação
Niassa	71%	Aceitavel	64%	Aceitavel
Tete	80%	Bom	68%	Aceitavel
Sofala	73%	Aceitavel	66%	Aceitavel
Maputo Cidade	64%	Aceitavel	61%	Aceitavel

A nova pontuação foi aplicada nas mesmas 4 províncias (Niassa, Tete, Sofala e Maputo Cidade) onde a auditoria foi realizada em 2015 e 2016, tendo-se obtido os resultados apresentados na Tabela 11. Como se pode depreender, registou-se um decréscimo da pontuação nas quatro províncias analisadas, embora o desempenho se tenha mantido a

Apontam-se como causas para esta tendência decrescente, o fraco desempenho alcançado a nível de alguns dos processos mais críticos dos procedimentos de gestão, controle e dispensa, nomeadamente elaboração da requisição-balancete, realização regular de inventário, gestão de medicamentos nas enfermarias e serviços de urgência, gestão de acumulados e expirados, e armazenagem e conservação.

2.2.13 Conclusões sobre as Áreas de Apoio

O desempenho nacional desta importante área de apoio à prestação de serviços foi positivo no que tange ao cumprimento das metas, pois as metas definidas para 2016 foram atingidas em 66.7% dos indicadores. Contudo, o ritmo de crescimento destas áreas de apoio não parece acompanhar devidamente a rápida evolução da área de prestação de serviços: a evolução dos Comitês de Co-Gestão limita a participação e contribuição da sociedade civil na melhoria da qualidade dos serviços de saúde; o actual nível de qualidade e disponibilidade de dados limita a sua utilização pelos gestores a vários níveis e compromete a qualidade da análise e consequente tomada de decisões estratégicas e operacionais que podem não responder às reais necessidades do sector; o crescimento lento das infra-estruturas sanitárias, também reflectido na baixa execução dos fundos de investimento, atrasa a expansão e melhoria da qualidade dos serviços de saúde; apesar dos níveis satisfatórios de execução orçamental, a falta de dados sobre a eficiência e eficácia da despesa dificulta a análise do seu impacto sobre a prestação de serviços de saúde, cujos gestores reclamam

frequentemente a falta de recursos financeiros para as suas actividades quotidianas; as desigualdades geográficas na distribuição dos recursos humanos, aparentemente agravadas pelo incremento (ad hoc) dos cursos locais, reflecte-se no grande desequilíbrio na produtividade do pessoal e, conseqüentemente, na diferença acentuada dos resultados da provisão de serviços entre as províncias; a melhoria da qualidade, reporte e gestão dos medicamentos é uma realidade, mas a sua disponibilidade real ao utente não é analisada neste relatório.

3. Situação das Reformas do Sector de Saúde

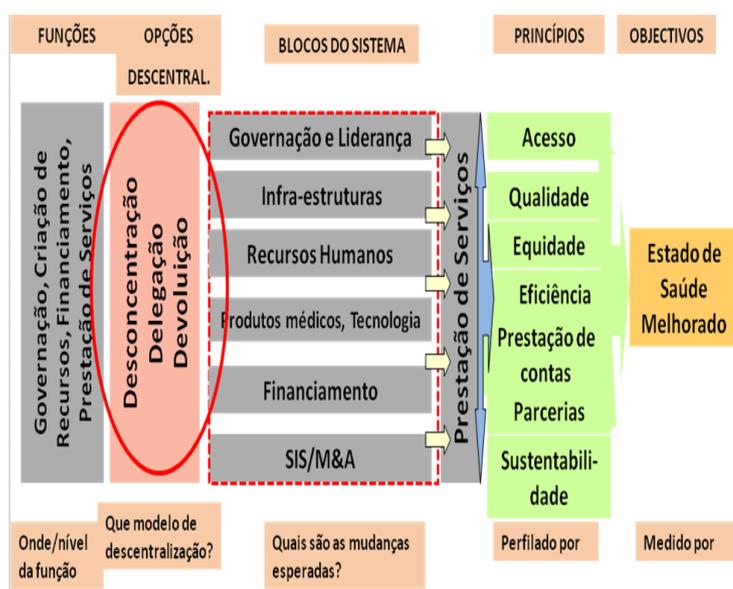
Tabela 13: Missão da Administração Pública

Garantir a prestação de serviços públicos de qualidade, através de recursos humanos qualificados e motivados, processos eficientes e sistemas integrados, com base numa gestão financeira rigorosa e transparente e numa estrutura consolidada, responsabilizada e de actuação íntegra e coordenada

As reformas em curso no sector de saúde enquadram-se no contexto da Estratégia de Reforma da Administração Pública (ERDAP 2012-2025) e do PESS 2014-2019. Para a prossecução desta missão ilustrada na Caixa 2, a ERDAP define as seguintes componentes

- Reforço da Integridade e Combate à Corrupção na Administração Pública;
- Profissionalização dos Funcionários e Agentes do Estado;
- Descentralização e Desconcentração;
- Melhoria na Prestação de Serviço;
- Consolidação e Coordenação das Estruturas da Administração Pública;
- Modernização Tecnológica e Inovação;
- Monitoria, Comunicação e Avaliação.

Tabela 14: Quadro Conceptual das Reformas do Sector de Saúde segundo o PESS 2014-19



Claramente que todas as componentes acima interessam ao processo de reformas do sector de saúde. Por seu turno, o pilar das reformas do PESS estabelece o quadro conceptual sob o qual as intervenções da reforma devem ocorrer, bem como o ponto de convergência das mesmas, nomeadamente a descentralização que deve ocorrer em cada bloco do Sistema visando a melhoria da prestação de serviços (Figura 2). Neste âmbito, várias acções têm sido

realizadas pelo sector, incluindo no período anterior à aprovação destas duas estratégias, com foco nas áreas de planificação e finanças públicas. O estabelecimento legal da Unidade de Reformas do Sector de Saúde (URESS) através de diploma ministerial em 2015, o início do processo de

desenvolvimento da estratégia de financiamento do sector e a Implementação pela Inspeção Geral de Saúde (IGS) do Plano para redução do desvio e roubo de medicamentos podem ser considerados os pontos mais altos deste processo de reformas.

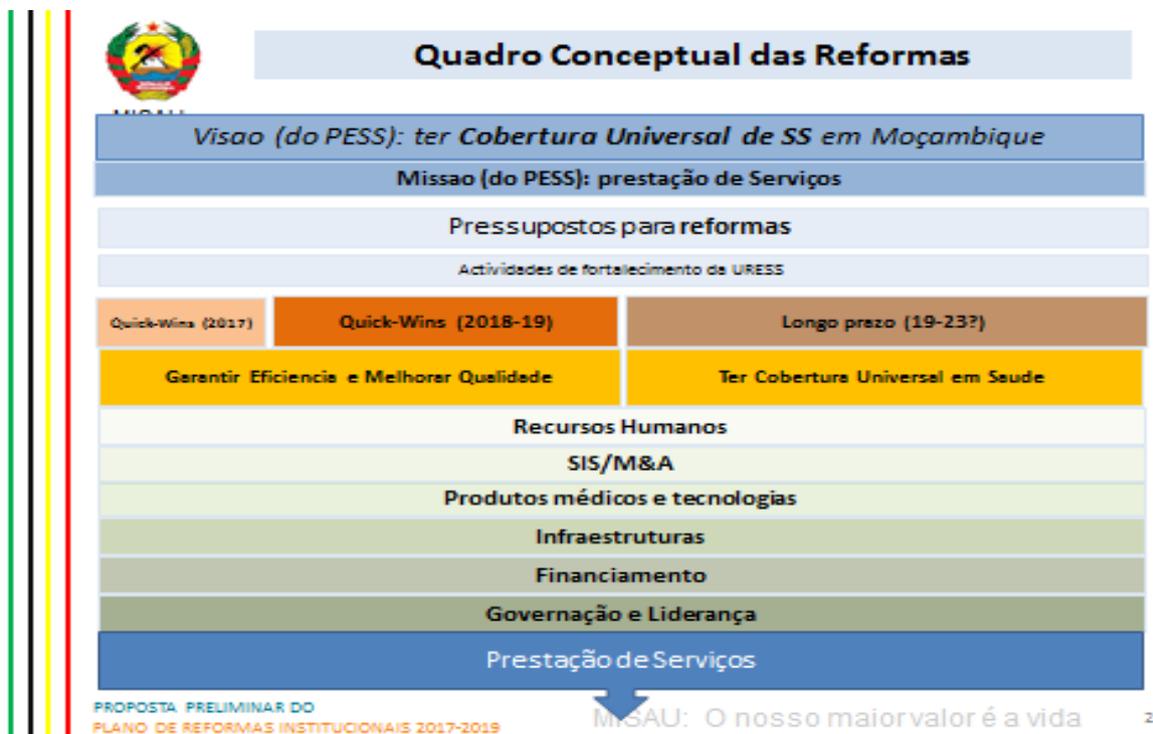
Principais Acções

Durante o ano de 2016, tiveram lugar diversas intervenções, entre as quais se destacam:

- Constituição do Grupo de Trabalho das reformas (Junho de 2016) composto por quadros séniores das direcções e instituições subordinadas do MISAU, representantes dos parceiros de cooperação;
- Reajuste do quadro conceptual das reformas e definição dos seus objectivos com o envolvimento de diversos actores do MISAU e parceiros na busca de consensos.
- Definição das Linhas orientadoras das reformas à luz da actual Estratégia de Reforma da Administração Pública.

O quadro conceptual apresenta actualmente o seguinte formato (Tabela 15):

Tabela 15: Quadro Conceptual Actual das Reformas do Sector de Saúde



O objectivo das reformas a longo prazo é o alcance da Cobertura Universal de Saúde, enquanto que para médio prazo o enfoque é a Qualidade e Eficiência.

Este plano tem os seguintes objectivos estratégicos:

- ✓ Rever o pacote de Cuidados de Saude Primários
- ✓ Melhorar a Qualidade da Prestação de Serviços na Saúde
- ✓ Melhorar a cadeia logística e distribuição de medicamentos e artigos médicos
- ✓ Implementar a Estratégia de Descentralização no Sector da Saúde
- ✓ Actualizar o Quadro Legal do Sector de Saúde nos termos do Decreto n° 12/2015 de 15 de Junho
- ✓ Aumentar de Forma Sustentável o Financiamento do Sector da Saúde
- ✓ Rever os Processos de Planificação e Orçamentação Estratégica, Operacional e de Monitoria do Sector
- ✓ Elevar o nível de satisfação, competência e vocação dos profissionais de Saúde para a prestação de serviços humanizados e de qualidade
- ✓ Melhorar a eficiência nos processos de aquisições
- ✓ Contribuir no combate a Corrupção

4. Desempenho das Parcerias do Sector

O QAD não apresenta nenhum indicador de avaliação das parcerias. Porém, o MISAU acordou com os seus parceiros a inclusão na ACA XVI de 3 indicadores extraídos do relatório preliminar do Ciclo de Monitoria IHP+ 2016. Estes indicadores avaliam o alinhamento dos apoios às prioridades do País, a previsibilidade do financiamento e responsabilização mútua. De referir que, para o nível de desembolso foram usados dados do REO 2016 por forma a adequar ao contexto desta ACA. Em seguida, são apresentados os resultados da análise destes indicadores.

4.1 Indicador número 1 do IHP+ 2016) Avaliar o Alinhamento do Apoio dos Parceiros com as Principais Linhas Estratégicas do Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS)

Tabela 16: Grau de Alinhamento do Apoio dos PDs ao PESS, 2015



fonte: Rascunho do Relatório de Avaliação do Desempenho Nacional, IHP+ Ciclo de Monitorização 2016

100% dos Parceiros de Desenvolvimento (PDs) participantes confirmaram que alinham o seu apoio à Estratégia Nacional do Sector de Saúde (Tabela 16). Os parceiros apoiam unânimamente uma única estratégia para a saúde. Exemplo disso foi a integração dos parceiros no exercício de planificação e orçamentação para o ano de 2017 ao nível central e provincial onde o PESS foi usado como principal documento

de referência. Para além disso, a Avaliação Conjunta Anual (ACA XV) 2015, o Memorandum de Entendimento da PROSAÚDE revisto em 2016, a reunião anual do Comité de Coordenação Sectorial (CCS) e os Comités de Coordenação Conjunta (CCC) foram processos de promoção da responsabilização mútua que aconteceram ao longo do ano de 2016. Porém, é consenso de que as lacunas que se verificam no PES do sector aos vários níveis e a redução dos fundos inscritos no OE (vide 3º indicador abaixo) mostram que há espaço para melhoria deste alinhamento.

4.2 Indicador 2A do relatório IHP+ 2016): Avaliar a Percentagem da Ajuda Externa ao Sector que foi Desembolsado de acordo com os Compromissos

Tabela 17: % da Ajuda Externa do Prosaúde que foi Desembolsado de Acordo com os Compromissos, 2016

Financiadores	Compromissos para 2016	Part.%	valores em USD	
			Desembolsos Efectuados	% Desembolso/Compromisso
Canadá (CIDA)	12,891,340	27%	8,456,335	66%
Irlanda	11,248,600	23%	11,248,575	100%
Países Baixos (Holanda) (*)	8,998,880	19%	0	0%
Suíça (SDC) (*)	5,844,150	12%	0	0%
Dinamarca	4,518,000	9%	6,868,421	152%
Governo de Flandres (*)	2,249,720	5%	0	0%
Espanha	1,687,290	3%	1,687,290	100%
Itália	562,430	1%	0	0%
UN/FNUAP	-	-	90,000	-
UN/Unicef	500,000	1%	500,000	100%
Total	48,500,410	100%	28,850,621	59%

Fonte: DAF
Notas:
A diferença entre os valores totais desembolsados e o compromisso inicial deve-se também à variação cambial ocorrida no período (que foi significativa) em relação à moeda de origem.
Ver no Anexo nº1 esta informação em MZN.
(*) Depende da renovação do acordo bilateral. Os Parceiros de Cooperação aguardam o novo MoU e que este inclua os principais aspectos do futuro Fundo Comum acordado com o MiSAU.

Uma vez que o actual relatório de Monitoria do IHP+ não cobre o ano em análise, para análise deste indicador foram usados os dados do REO 2016 relativos ao Prosaúde. Como mostra a tabela, apenas 59% dos fundos comprometidos foram desembolsados para sector, uma cifra representa o nível de desembolso mais baixo dos últimos 10 anos. Vários factores são apontados como causa, entre eles a não assinatura do novo MdE e o congelamento de fundos devido à situação fiscal de Moçambique. Importa também salientar que o nível de compromissos dos parceiros do PROSAÚDE tem vindo a decrescer nos últimos anos devido à saída de alguns parceiros do PROSAÚDE e redução na contribuição de outros. Se esta tendência implica uma redução na despesa total em saúde ou uma mudança nos mecanismos de financiamento é algo que ainda carece de análise.

4.3. Indicador 2C do relatório IHP+ 2016: Avaliar a Percentagem de Ajuda Externa ao Sector que foi Registada no Orçamento de Estado (on-budget)

Gráfico 25: % de fundos PDs Registados no OE



O relatório de Monitoria do IHP+ 2016 mostra que a proporção dos fundos dos parceiros de desenvolvimento (PD) registados no OE tem vindo a decrescer ao longo dos anos, estando já abaixo da meta fixada (85%) e tendo alcançado o pico mais baixo de 53% em 2015, o que reduz a previsibilidade dos fundos por parte do MISAU. O mesmo relatório refere que em 2016, enquanto o PROSAÚDE registava cerca de 48 milhões de Dólares Americanos em compromissos ON-budget e ON CUT (Conta Única do Tesouro), o MISAU constatava que cerca de USD 350 milhões são canalizados em espécie ou através de ONGs, portanto fora do OE e da CUT, o que traz constrangimentos ao processo de planificação do sector. Tal como referido no indicador anterior, é necessário analisar o significado desta tendência na despesa total em saúde e seu impacto na provisão de serviços.

4.4. Conclusões

Os 3 indicadores seleccionados não fornecem factos suficientes para tirar conclusões sobre o desempenho da parceria no sector de saúde. Pode-se dizer, porém, que a apesar dos parceiros reconhecerem que apoiam uma única estratégia nacional, o financiamento para sua implementação não é totalmente previsível por parte do MISAU.

5. Assuntos Transversais

Durante o exercício da ACA XVI, foram arrolados diversos assuntos ou questões que afectam vários indicadores, áreas temáticas ou sectores do MISAU, os quais são tratados neste capítulo. Destes, destacam-se as seguintes assuntos:

- Sobre os principais documentos de suporte/consulta da ACA: reconhecendo que a qualidade actual dos relatórios de Balanço do PES (BdPES) e de Execução Orçamental (REO) ainda não satisfazem os requisitos de análise esperada da ACA, importa reflectir como reforçar o papel destes documentos no exercício das ACAs. Para tal seria necessário:
 - Assegurar a disponibilidade atempada do BdPES e REO
 - Melhorar a qualidade (contéudo) do BdPES e REO no concernente à precisão, profundidade de análise usando um quadro consensual de análise dos indicadores do QAD (ou todos do sector?) e na definição dos documentos chave por área temática ou programática (p.e., nutrição vs SETSAN)
 - Definir a data limite (cutoff) de actualização de dados e clarificar a fonte oficial de dados para o QAD – anuário estatístico e matriz (preenchida) do QAD são uma opção a considerar
 - Clarificar o papel dos relatórios (complementares) de balanço dos programas de saúde, etc. (ex. Malária, HIV/SIDA) no QAD e/ou BdPES
 - Assegurar a consistência entre (1) indicadores/metas do balanço do PES e do QAD; (2) as metas e intervenções chave do PES; (3) PES e o Orçamento
 - Reforçar o papel das notas técnicas do QAD que ainda está incompleto e é objecto de interpretações variadas dos indicadores por parte dos actores chave
 - Definir ou reforçar o papel da DPC e DAF na elaboração do BdPES e REO
 - Considerar a realização de um exercício de “pré-balanço anual usando os dados dos 9 meses e baseado no quadro conceptual de análise por desenvolver e que definiria o tipo ou mínimo de análise a fazer em cada indicador do QAD
- Sobre as expectativas em relação aos resultados da ACA: tendo em conta as dificuldades na obtenção de consensos sobre as eventuais razões por detrás do comportamento dos indicadores, é necessário discutir quem deve assumir a responsabilidade sobre os resultados da análise.
- Sobre a definição e revisão dos indicadores e metas: tendo em conta as várias solicitações de mudança de indicadores durante o processo da ACA XVI, as alterações das metas observadas e as mudanças de instrumentos de recolha de dados que acabam afectando o

desempenho dos indicadores é necessário definir sistemas claros e conhecidos por todos os actores chave sobre:

- os critérios de definição das metas do QAD, incluindo as formas de cálculo dos Grupos Alvo. Critérios como a linha de base, o contexto local dos determinantes de saúde, a capacidade do sistema local de saúde, etc., poderiam ser considerados
- o processo de definição e revisão dos indicadores e metas para assegurar que as mesmas sejam de consenso entre os actores chave dentro e fora do MISAU, bem como assegurar que as alterações dos indicadores, metas e instrumentos de colheita de dados ocorram no momento oportuno
- a adequação dos indicadores da ACA: tendo em conta o propósito da ACA e no geral do SWAP, é preciso reflectir que indicadores seriam mais adequados para o QAD (de recursos, processos, resultados, impacto, perspectiva do utente/sociedade civil, todos), bem como a sua abrangência (todas as seis componentes do Sistema de Saúde ou algumas delas?).
- Avaliação do desempenho dos indicadores do QAD: embora todos os indicadores do QAD sejam importantes, provavelmente não têm o mesmo impacto no resultado final que se espera do sector. Daí que seja útil reflectir sobre o uso de critérios ponderados de avaliação do desempenho individual dos indicadores. É igualmente necessário reflectir se a “classificação” do desempenho dos indicadores em cumpriu/não cumpriu deve continuar a ser independente do IC em relação à meta, pois há casos de incumprimento de indicadores que apresentam IC muito próximos dos 100%. A categorização ou potenciação em Bom, Satisfatório, etc., é uma solução a considerar.
- Sobre as recomendações das actuais ACAs: o espectro das recomendações das ACAs varia desde o demasiado operacional e às vezes prescritivo (ex.: formar mais quadros) ao nível político ou estratégico (ex.: redução das iniquidades na distribuição do pessoal). Algumas têm prazos de cumprimento que ultrapassam o período de análise o que dificulta a sua avaliação; outras estão algo fora do controlo ou responsabilidade total do sector. Além disso, a sua frequente imprecisão resulta em interpretações variadas o que as torna difícil de implementar. Daí que é necessário definir o âmbito e características das recomendações para assegurar a sua plena implementação e fácil avaliação.
- Sobre o futuro da ACA: assumindo que um dia exista um BdPES e REO de qualidade aceitável para o MISAU e seus Parceiros, importa reflectir se estes poderiam eventualmente substituir a ACA. Caso esta seja uma hipótese aceitável, poder-se-ia considerar:

- Um formato e conteúdo consensual do BdPES e REO
- A realização de um JANS10 adaptado ao BdPES e REO e/ou DQA (Avaliação da Qualidade dos Dados) regular
- Alternativamente, uma ACA com nova abordagem como, p.e., um/dois temas anuais consensualmente escolhidos para análise profunda
- Considerar a realização de um teste piloto qualquer que seja a abordagem acordada
- Sobre a eficácia da ajuda: dada a relevância extrema do apoio dos parceiros no desempenho do sector, é preciso fortalecer a iniciativa louvável de avaliar o desempenho dos parceiros na ACA XVI, se bem que os indicadores seleccionados ainda não permitam fazer uma avaliação de qualidade aceitável. Por isso, é necessário identificar mecanismos mais adequados de avaliação das parcerias, incluindo as ONGs e OSC que são parceiros de implementação que influenciam bastante no desempenho do sector.

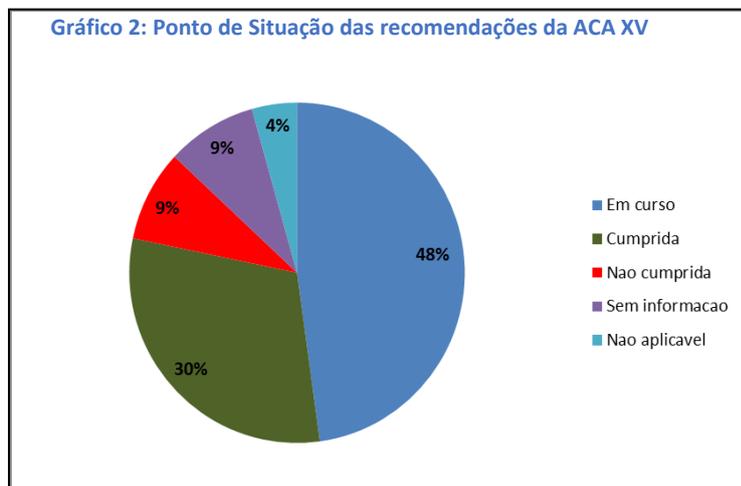
Foi consenso entre o MISAU e seus parceiros que alguns destes assuntos serão objecto de uma intervenção a curto e médio prazos (futuro da ACA), enquanto outros irão merecer uma reflexão mais profunda ao nível do SWAP

¹⁰ JANS – Joint Assessment of National (Health) Strategies/Avaliação Conjunta de Estratégias Nacionais de Saúde.

6. Grau de Implementação das Recomendações da ACA XV

Gráfico 26: Ponto de Situação das recomendações da ACA XV

A ACA XV comportou um total 23 recomendações, a maioria das quais nas áreas de prestação de serviços (9) e governação (7); as restantes são das áreas do SIS/M&A (5) e gestão financeira (2).



Todas as recomendações desta ACA têm como prazo de implementação o ano de 2017 e sem especificações dos meses, pelo que neste relatório é dado apenas o ponto de situação da sua implementação com base na evidência (meios de verificação) das informações fornecidas pelos sectores responsáveis. De um modo geral, verifica-se que quase metade

das recomendações (48%) ainda estão em curso e boa parte delas (30%) já foram cumpridas (Gráfico 26). Tendo em conta o grau de implementação actual e o tempo ainda disponível para a sua implementação pode-se dizer que o desempenho nesta área é satisfatório, havendo enormes possibilidades de todas as recomendações serem cumpridas no prazo estabelecido (vide anexo 7), pese embora não tenham sido arroladas possíveis dificuldades na sua implementação.

7. Conclusões Gerais da ACA XVI

Tabela 18: Resultados dos Indicadores do QAD e Tendências das Coberturas

Indicador de Produto/Execução	NACIONAL	NIASSA	C.DELGADO	NAMPULA	ZAMBEZIA	TETE	MANICA	SOFALA	INHAMBAN E	GAZA	MAPUTO P.	MAPUTO C.
RMM intra-hospitalar												
Planeamento Familiar												
Partos institucionais												
TIP na gravidez												
REMTILD na CPN												
Taxa de notificação TB												
Incidência da Malária												
% dos adultos em TARV												
% de crianças em TARV												
Doentes TB/HIV em TARV												
Taxa de Sucesso TB BK+												
Taxa de BPN												
%crianças Curadas DAA												
% de crianças com Vit. A												
gravidas em PTV*												
% crianças vacinadas												
Rastreio de Cancro de Colo de útero												
Densidade dos TSs												
Rácio de UAs/PT de saúde												
Número de técnicos médios e básicos graduados												
informação completa e atempada (SIS)												
% de amostras com qualidade												
No novas US concluídas												
No de US requilif. a HD												
% de Dist. que reportam consumo de ACT												
% de Prov. que cumprem com os procedimentos de Gestão de medic.												
% de US com Comitês de H&Q funcionais												
Taxa de Execução dos fundos do MISAU												
% de recomendações das audit. implementadas												
Cumprido	67.9%											
Não Cumprido	32.1%											

NB: *O PTV não entra na contagem do denominador; a cor preta indica que a meta foi definida apenas para o nível nacional ou não foi desagregada por Província

De um modo geral, e a avaliar pelos resultados dos indicadores do QAD e tendências das coberturas, conclui-se que o desempenho do sector de saúde em 2016 foi satisfatório, pois cerca de 68% das metas foram alcançadas, se bem que a ritmos diferenciados, sobretudo nas áreas de apoio e nas Províncias da zona centro e norte. Algumas metas mostram-se mais difíceis de alcançar e certas províncias denotam mais dificuldade em cumprir com as metas traçadas. O desempenho notoriamente desigual entre as províncias e as fraquezas das áreas de apoio ressaltam a necessidade de reforço dos sistemas locais de saúde com vista a proporcionar um maior equilíbrio na distribuição e utilização de recursos. As mudanças (reformas) sistémicas e coordenadas ainda se encontram nos seus passos iniciais e órgão coordenador das mesmas carece de um reforço da sua capacidade institucional para assegurar o impacto desejado. Algumas dificuldades registadas no processo da ACA XVI enfatizam a existência de questões transversais que carecem de um diálogo e análise mais aprofundado para definir o melhor caminho a seguir. O desempenho das parcerias, embora ainda inconclusivo por limitação dos indicadores escolhidos, denota uma tendência que poderá

comprometer a eficácia da ajuda. A implementação das recomendações da ACA XV está num bom ritmo que assegura o seu cumprimento nos prazos fixados.

8. Recomendações da ACA XVI

As recomendações da presente ACA obedeceram a determinados princípios e/ou critérios: primeiro são baseadas no consenso dos GT do SWAP representados pelo MISAU, Parceiros, incluindo ONGs e OSCs. Segundo procurou-se assegurar que as mesmas fossem fundamentadas na análise feita aos indicadores do QAD. Finalmente, tentou-se, o máximo possível, redigir as recomendações de forma clara e específica para evitar interpretações diferentes entre os principais actores e facilitar a sua implementação, monitoria e avaliação.

A matriz das recomendações (anexo 8) está subdivida nas áreas de análise de desempenho feita acima e seguindo a sequência de apresentação dos indicadores. Em termos estruturais apresenta a acção a executar, o meio de verificação que será usado na sua avaliação, o prazo de execução e o sector responsável pela sua execução.

Espera-se que os mecanismos principais de materialização destas recomendações sejam o PES e os fora do SWAP.

9. Anexos

9.3. Anexo 1: Vista Geral do Desempenho do Sector - Indicadores do QAD Saúde 2016

Nº ordem	Indicador de Produto/ Execução	Realizado 2014	Realizado 2015	Meta 2016	Realizado 2016	Numerador	Denomina_	Tendên_	Avaliação	Observações
							dor	cia (2015-2016)		
								↗↘→		
2	Rácio de mortalidade materna intra-hospitalar	125/	94/	120/	87/	902,872	782	↘	Cumprido	Positivo, quanto mais baixo melhor
		100.000 nados vivos	100.000 nados vivos	100.000 nados vivos	100.000 nados vivos					
3	% de novas utentes em métodos modernos de Planeamento Familiar num determinado período	28%	34%	30%	33%	2,144,016	6,579,482	↘	Cumprido	
4	Taxa de cobertura de partos institucionais	71%	75%	73%	77%	910,829	1,189,063	↗	Cumprido	
5	% de mulheres grávidas que recebem profilaxia de malária segundo o protocolo nacional dentre as utentes das consultas Pré-Natais	44%	61%	70%	35%	508,832	1,476,792	↘	Não Cumprido	(SP) + (CTZ)
6	% de mulheres grávidas que recebem uma rede mosquiteira tratada com insecticida de longa duração (REMTILD) na Consulta Pré-natal	88%	85%	96%	59%	783,599	1,476,792	↘	Não Cumprido	

8	Taxa de notificação de TB todas as formas por 100.000 habitantes	233	237	294	283			↗	Não Cumprido	Meta do ano 2016 não alcançada
9	Casos confirmados de malária por 1000 habitantes / ano	219	249,5	231	285,6	7,546,091	26,423,623	↗	Não Cumprido	
10	Nº e % dos adultos elegíveis para o tratamento que recebem o TARV combinado segundo os protocolos nacionais	585544 (79%)	738386 (84%)	60%	914132	914,132	1,422,805	↗	Cumprido	O QAD deve reformular as metas em números absolutos (recomendação da ACAXV)
11	Nº e % das crianças elegíveis para o tratamento que recebem o TARV combinado segundo os protocolos nacionais	60 768	64 237	65%	75,953	75,953	108,449	↗	Cumprido	O QAD deve reformular as metas em números absolutos (recomendação da ACAXV)
12	No. e % de pacientes TB/HIV que iniciaram TARV	23801 (81%)	27574 (91%)	94%	29.334 (94%)	29,334	31,206	↗	Cumprido	
13	Taxa de Sucesso em doentes TB BK+	88%	88.80%	88%	88.00%	21 646	24 321	→	Cumprido	
15	Taxa de Baixo Peso a Nascimento	4.60%	3.80%	5.30%	4.31%	38,883	902,872	↗	Cumprido	Alcançou a meta, mas piorou
16	Proporção de crianças (6-59 meses) Curadas da desnutrição aguda em Ambulatório	66.70%	70%	72%	74%	N/A	N/A	↗	Cumprido	
17	N e % de crianças suplementadas com Vitamina A	4 176 864 102%	4 356 699 (103.3%)	4116800 (95%)	106%	4,603,157	4,333,474	↗	Cumprido	

20	Número e % de mulheres grávidas que receberam medicamentos ARV nos últimos 12 meses para reduzir o risco de transmissão de mãe para o filho	94633 (96%)	99823 (94%)	101.134 (90%)	94.00%	95,327	101,134	↘	Cumprido	Novos registos
21	Nº e % de crianças < 1 ano idade, completamente vacinadas	803954 (82%)	834145 (83%)	87.50%	87.06%	897,193	1,030,521	↗	Não Cumprido	
24	Taxa de Cobertura de rastreio de Cancro de Colo de útero nas consultas de PF	SI	5.30%	7%	6%	131,384	2,190,271	↗	Não Cumprido	2015 foi o primeiro ano de implement ação da actividade, sendo apenas em 10% das US
25	Rácio de densidade dos técnicos de saúde nacionais e estrangeiros por 100.000 habitantes	92.6	100.2	103	106.8	28,222	26.423.623 (por 100.000)	↗	Cumprido	
26	Produtividade de recursos humanos: Rácio de Unidades de Atendimento por pessoal técnico de saúde	5282	6002	6,338	7,471	132.107.227	17.684	↗	Cumprido	
27	Número de técnicos médios e básicos graduados	3599	3824	2,443	2,658	NA	NA	↘	Cumprido	As metas para 2015 foram calculadas tendo em conta apenas o OE
28	% de distritos que submetem informação completa e dentro de prazo, ao DIS (SIS)	59.00%	64.00%	70%	68%	105	156	↗	Não Cumprido	

29	% de amostras com qualidade num total de amostras analisadas de Medicamentos	85.60%	81.70%	85%	87%	996	1121	↗	Cumprido	
30	Número de novas unidades sanitárias concluídas	12	19	41	19	19	NA	→	Não Cumprido	
31	Número de unidades sanitárias requalificadas à Hospitais distritais	2	0	2	0	0	NA	→	Não Cumprido	
32	Proporção de Distritos que reportam sobre o consumo de ACT (antimaláricos de 1a linha)	SI	95.00%	85%	98%			↗	Cumprido	A recolha de dados para responder a este indicador iniciou em 2014
33	Proporção de Províncias que cumprem satisfatoriamente com os procedimentos de Gestão, controlo e dispensa de medicamentos na cadeia de distribuição	59%	72%	70%	72%	8	11	→	Cumprido	Os criterios de classificacao mudaram em 2016.
34	% de Unidades Sanitárias com Comitês de Cogestão e Humanização funcionais	SI	17%	31%	19%	302	1596	↗	Não Cumprido	O início das actividades foi em 2014 e os dados foram reportados a partir de 2015
35	Taxa de Execução dos fundos sob gestão directa do MISAU, a nível nacional	94%	96%	93%	93%			↘	Cumprido	

36	Percentagem das recomendações das auditorias do ano n-2 implementadas anualmente a nível central	79%	79%	80%	88%		↗	Cumprido	So duas auditorias foram incluídas (uma do Banco Mundial e outra da Coop.Italiana)
----	--------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	-----	-----	-----	--	---	----------	------------------------------------------------------------------------------------

S.I. = Sem Informação; NA = Não Aplicável; ↗ Tendência Crescente; ↘ Tendência Decrescente; e → Tendência estável

9.4. Anexo 2: Tratamento Intermitente Preventivo na Gravidez

% de mulheres grávidas que recebem profilaxia de malária nas consultas Pré-Natais , por Província 2015-2016								
Províncias	Profilaxia da Malaria nas CPN						Observações	
	2013	2014	2015	2016	Metas 2016	IC 2016	IC	Tendências 2014-16
Niassa	N/A	48.0%	78.0%	61.0%	70%	87.1%	Não Cumpriu	27.1%
Cabo Delgado	N/A	45.0%	75.0%	66.0%	70%	94.3%	Não Cumpriu	46.7%
Nampula	N/A	39.0%	80.0%	59.0%	70%	84.3%	Não Cumpriu	51.3%
Zambézia	N/A	47.0%	77.0%	59.0%	70%	84.3%	Não Cumpriu	25.5%
Tete	N/A	51.0%	68.0%	51.0%	70%	72.9%	Não Cumpriu	0.0%
Manica	N/A	39.0%	74.0%	51.0%	70%	72.9%	Não Cumpriu	30.8%
Sofala	N/A	49.0%	83.0%	62.0%	70%	88.6%	Não Cumpriu	26.5%
Inhambane	N/A	39.0%	47.0%	43.0%	70%	61.4%	Não Cumpriu	10.3%
Gaza	N/A	49.0%	66.0%	58.0%	70%	82.9%	Não Cumpriu	18.4%
Maputo Província	N/A	27.0%	46.0%	34.0%	70%	48.6%	Não Cumpriu	25.9%
Maputo Cidade	N/A	31.0%	46.0%	38.0%	70%	54.3%	Não Cumpriu	22.6%
Nacional	N/A	44.0%	71.0%	55.0%	70%	78.6%	Não Cumpriu	25.0%

Fonte: Módulo Básico/SISMA- DIS/DPC/MISAU

9.5. Anexo 3: Distribuição de Redes Mosquiteiras nas Consultas Pré-Natais

% de mulheres grávidas que recebem REMTILD nas consultas Pré-Natais , por Província 2015-2016								
Províncias	REMTILD nas CPN						Observações	
	2013	2014	2015	2016	Metas 2016	IC 2016	IC	Tendências 2014-16
Niassa	N/A	71.0%	111.0%	60.0%	96%	62.5%	Não Cumpriu	-15.5%
Cabo Delgado	N/A	87.0%	122.0%	76.0%	96%	79.2%	Não Cumpriu	-12.6%
Nampula	N/A	87.0%	127.0%	74.0%	96%	77.1%	Não Cumpriu	-14.9%
Zambézia	N/A	85.0%	72.0%	59.0%	96%	61.5%	Não Cumpriu	-30.6%
Tete	N/A	91.0%	92.0%	54.0%	96%	56.3%	Não Cumpriu	-40.7%
Manica	N/A	85.0%	97.0%	46.0%	96%	47.9%	Não Cumpriu	-45.9%
Sofala	N/A	96.0%	119.0%	66.0%	96%	68.8%	Não Cumpriu	-31.3%
Inhambane	N/A	98.0%	90.0%	60.0%	96%	62.5%	Não Cumpriu	-38.8%
Gaza	N/A	99.0%	90.0%	53.0%	96%	55.2%	Não Cumpriu	-46.5%
Maputo Província	N/A	97.0%	63.0%	34.0%	96%	35.4%	Não Cumpriu	-64.9%
Maputo Cidade	N/A	102.0%	72.0%	38.0%	96%	39.6%	Não Cumpriu	-62.7%
Nacional	N/A	88.0%	98.0%	59.0%	96%	61.5%	Não Cumpriu	-33.0%

Fonte: Módulo Básico/SISMA- DIS/DPC/MISAU

9.6. Anexo 4: Suplementação com Sal Ferroso e Ácido Fólico, por Província, 2015-16

Sal Ferroso e Ácido fólico para mulher grávida									
	Supl. FeFo mulheres grávidas – 2014			Supl. FeFo mulheres grávidas - 2015			Supl. FeFo mulheres grávidas - 2016		
PROVÍNCIA	G. Alvo 5% da pop. total	Grávidas recebera m 3a dose de Sal ferroso & ácido fólico 1o Semestr e	%	G. Alvo 5% da pop. total	Grávidas recebera m 3a dose de Sal ferroso & ácido fólico 1o Semestr e	%	G. Alvo 5% da pop. total	Grávidas recebera m 3a dose de Sal ferroso & ácido fólico 1o Semestr e	%
Niassa	79674	32168	40	82 845	48871	59	86 107	51390	60
Cabo Delgado	93104	23922	26	94 658	37693	40	96 163	44594	46
Nampula	244392	84305	34	250 440	122161	49	256 502	175712	69
Zambézia	234122	83043	35	240 118	94570	39	246 133	95350	39
Tete	120929	44420	37	125 872	46729	37	130 946	86483	66
Manica	93315	40924	44	96 676	55311	57	100 095	54545	54
Sofala	99965	46976	47	102 434	59659	58	104 958	60872	58
Inhambane	73766	19626	27	74 974	22116	29	76 182	38916	51
Gaza	69604	33399	48	70 841	32596	46	72 105	41965	58
Maputo Província	81932	19042	23	85 453	24360	29	89 119	21470	24
Maputo Cidade	61293	31900	52	62 085	24233	39	62 873	37809	60
Nacional	1252096	459725	37	1 286 396	568 299	44	1 321 181	709 106	54

9.7. Anexo 5: Taxa de Abandono no Tratamento da DAA, por Província, 2015-16

Províncias	Total de Altas	2015	2015	Total de Altas	2016	2016	Meta
Niassa	1,500	390	26%	2823	549	19%	<15%
Cabo Delgado	813	310	38%	1588	71	4%	
Nampula	2,941	897	30%	4708	764	16%	
Zambézia	1,921	360	19%	2723	744	27%	
Tete	719	110	15%	3123	537	17%	
Manica	1,784	231	13%	2267	255	11%	
Sofala	2,322	315	14%	2,943	759	26%	
Inhambane	571	206	36%	868	243	28%	
Gaza	1,434	530	37%	1667	314	19%	
Maputo Província	406	132	33%	226	48	21%	
Maputo Cidade	269	75	28%	1044	482	46%	
Nacional	14,680	3,556	24%	23980	4,766	20%	

9.8. Anexo 6: Cobertura da Suplementação com Vitamina A nas Actividades de Rotina

	SUPLEMENTAÇÃO COM VITAMINA A NA ROTINA					
	G.Alvo 16.4 %	2º dose da Vit A		G.Alvo 16.4 %	2º doses da Vit A	
		2015			2016	
Niassa	271.732	2.522	1%	282.432	221.743	79%
Cabo Delgado	310.478	21.747	7%	315.415	159.346	51%
Nampula	821.442	65.929	8%	841.326	756.933	90%
Zambézia	787.588	49.772	6%	807.315	447.927	55%
Tete	412.861	23.233	6%	429.502	324.763	76%
Manica	317.098	S/I	#VALUE!	328.311	134.458	41%
Sofala	335.983	70.566	21%	344.261	193.991	56%
Inhambane	245.915	17.915	7%	249.876	104.423	42%
Gaza	232.357	26.565	11%	236.503	98.307	42%
Maputo Província	280.286	15.292	5%	292.31	145.972	50%
Maputo Cidade	203.639	12.754	6%	206.222	170.769	83%
Nacional	4219377	306295	7%	4333474	2536889	59%

9.9. Anexo 7: Matriz do Grau de Cumprimento das Recomendações da ACA XV, 2015

Recomendação	Ponto de situação	Evidência	Responsável
Prestação de serviços de saúde			
O Comité Nacional deverá monitorar mensalmente os óbitos maternos institucionais através da notificação obrigatória e elaboração dos relatórios trimestrais de análises de óbitos maternos que inclua todas as províncias	<p>Em 2016 foi desenhada, pilotada e esta a ser implementada a nível nacional a base de dados de mortes maternas em formato eletrónico DHIS2.</p> <p>A elaboração do primeiro relatório de retroinformação de análises de óbitos maternos é prevista para o primeiro semestre de 2017.</p>	Base de dados acessível na plataforma DHIS2 no SIS	DNSP (Comité nacional de auditoria dos óbitos maternos e neonatais)
Reforçar a promoção e aconselhamento para uso dos métodos de PF através da paragem única de serviços			DNSP (programa de SMI)
Reforçar o actual sistema de informação de modo a prover regularmente dados sobre a situação nutricional crónica priorizando as províncias com alta prevalência de desnutrição crónica no país	No ano 2016 iniciou se a elaboração do livro da CCS e foi incluída informação para o indicador da desnutrição crónica (P\I) . Este instrumento foi pilotado. Aguardamos ainda o resultado das avaliações do piloto para saber se a abordagem irá ser expandida para medir este indicador	Livro de CCS elaborado	DNSP (programa de nutrição)
Realizar um estudo para identificar os factores relacionados com baixas coberturas de crianças completamente vacinadas nas províncias de Zambézia, Maputo província e Maputo cidade	<p>De acordo com os dados dos inqueritos de base populacional (IDS 2011 e IMASIDA 2015), a situação de coberturas na Província de Maputo e Cidade de Maputo difere com os dados administrativos, sendo que os inqueritos apresentam boas coberturas para estas províncias. Esta em curso a nível do PAV uma revisão dos coeficientes para o cálculo dos denominadores que pensamos que tem sido o problema de estas províncias apresentarem coberturas administrativas baixas.</p> <p>Para a província da Zambézia, reconhecendo que esta situação de baixas coberturas verifica-se tanto nos dados administrativos como nos inqueritos, estamos a elaborar um plano de fortalecimento da imunização de rotina.</p>		DNSP (programa PAV)
Reforçar a capacidade da	No nível central, o PNCT tinha na altura	A equipa de	DNSP

<p>equipa de M&A central e provincial no contexto dos novos instrumentos de reporte de TB</p>	<p>apenas um digitador que fazia também o trabalho do Supervisor Nacional do PNCT. Atualmente, temos uma equipa de 2 elementos dedicados especificamente para M&A.</p> <p>No nível provincial, todos os Supervisores Provinciais e Distritais do PNCT foram treinados e fizeram recentemente um refrescamento em matéria de preenchimento dos Novos Instrumentos de Registo do PNCT. Com o advento do SISMA, o nível provincial passará a ter um papel de supervisor das actividades de M&A que deverão ter o seu epicentro no Distrito.</p>	<p>M&A trabalha no PNCT e podem ser encontrados lá, todos dias</p>	<p>(programa TB)</p>
<p>Garantir que o sistema de triangulação da informação de casos de malária registados/casos confirmados/e medicamentos consumidos esteja funcional</p>	<p>Em 2016 aconteceram encontros de trabalho de preparação para definir a metodologia de trabalho.</p> <p>Foi acordado utilizar informação do SISMA e utilizar os últimos 6 meses de 2016.</p> <p>A actividade será realizada neste ano, uma vez que já está definida a metodologia de trabalho.</p>	<p>Actas dos encontros de preparação disponíveis no programa</p>	<p>DNSP (programa de Malária)</p>
<p>Desenvolver e implementar um plano para melhoria da retenção para os pacientes, focando nas grávidas, crianças e adolescentes</p>	<p>Em 2016 foi realizada uma reunião de reflexão sobre a retenção onde foi acordado o seguinte plano:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. implementação de directriz de apoio psicossocial (capacitações, seguimentos de fluxos de atendimento), extensão do instrumento de APPS e PP para comunidade (em elaboração) b. elaboração de guia para modelos diferenciados de cuidados c. monitoria de retenção precoce através de Melhoria de Qualidade d. reunião de estigma e discriminação 	<p>Relatório da reunião disponível no programa</p>	<p>DNSP (programa HIV)</p>
<p>Considerar a remoção das cifras relativas nos indicadores relacionados com o TARV, pois o <i>Spectrum</i> muda os denominadores anualmente e depois do ciclo de planificação governamental</p>	<p>O programa já não usa metas relativas para o indicador TARV de forma geral. Contudo, ainda a meta foi expressada assim no QAD.</p>	<p>Relatório do programa</p>	<p>DNSP (programa HIV)</p>
<p>Criar mecanismo de provisão do TARV às crianças e</p>	<p>O programa não tem esse plano</p> <p>A provisão de TARV e feita no SMI mas</p>	<p>Estratégia do programa</p>	<p>DNSP (programa</p>

respectivas mães nos pontos de provisão de vacinas de rotina do PAV	não no PAV		HIV)
Sistema de informação- SIS			
Definir a curto prazo o Sistema Electrónico de Seguimento do Paciente (SESP) a ser implementado a nível nacional	Existe um grupo de trabalho liderado pela DPC com a participação de todos os parceiros que trabalham na área. Foi desenhado um módulo de consulta (com a data da consulta agendada, o diagnóstico CID-10...). Esta a ser desenvolvido um módulo de farmácia para ARVs.	O módulo desenvolvido esta disponível online e o programa do HIV esta a testar a funcionalidade. Existem actas dos encontros do grupo de trabalho arquivadas pelo programa do HIV.	DPC (DIS)
Em relação à qualidade de dados, reforçar os comités de análise e a supervisão de suporte	Em 2016 não foram feitas supervisões pela DPC as DPS por falta de fundos. Porém, técnicos da DPC estão inclusos nas equipas de avaliação externa da qualidade dos dados de HIV. Este ano (2017) será pilotada em 4 Províncias a avaliação externa de qualidade de dados integrada (HIV, TB, Malaria, SMI).	Relatórios das visitas de auditoria de qualidade dos dados do HIV	DPC (DIS) e DNSP (HIV)
Efectuar o seguimento dos planos de acção para a melhoria da qualidade de dados oriundos das ferramentas DQA/DQS/RDQA	Os instrumentos de monitoria e avaliação para TARV foram revistos e estão a decorrer as formações para uso dos novos instrumentos	Instrumentos de M&A revistos para TARV	DPC (DIS) e DNSP (HIV)
Garantir que o plano de transição entre o Módulo Básico e o SISMA seja implementado de forma eficaz	O plano de transição foi cumprido na integra tendo o SISMA entrado em vigor a partir de Abril 2016. Esta a decorrer a migração dos dados históricos.	Todos os distritos estão a reportar dados através do SISMA	DPC (DIS)
Efectuar análise aprofundada dos dados das províncias com fraco desempenho: Zambézia e Maputo província	Há iniciativas locais de visitas de auditoria de qualidade dos dados conduzidas nas Províncias	As províncias podem disponibilizar os relatórios destas visitas	DPC (DIS)
Gestão financeira			
Estudar melhores mecanismos para encontrar formas de descentralização financeira aos hospitais distritais e rurais	Existe um Memorando de Entendimento (MdE) assinado entre o MISAU e o CEDSIF para formação, aquisição de material e compra de equipamento. Nesse acordo estabelecido foi atribuído ao CEDSIF a missão de adquirir, entregar e instalar os equipamentos necessários para atender	A actividade consta no PES 2016. MdE entre MISAU e CEDSIF	DAF

	<p>ao processo de descentralização da execução orçamental no nível Central e Provincial e dar formação aos utilizadores do sistema (todos esses aspectos foram cumpridos), sendo que para atender a esse objectivo foram utilizados os fundos disponibilizados pela Cooperação da Bélgica.</p> <p>Dos 27 hospitais distritais e rurais planificados, no final de 2016 estava descentralizado orçamentalmente o Hospital Distrital de Nacala Porto.</p> <p>O MISAU tem-se defrontado com diversos problemas a nível jurídico, pelo facto de muitos Hospitais existirem fisicamente, mas juridicamente não estarem formalmente constituídos, o que impede os mesmos de terem tabela orçamental própria e dessa forma poderem gerir directamente o seu orçamento.</p> <p>A Direcção da DAF manteve encontros em 2016 com dirigentes do Ministério da Economia e Finanças para ultrapassar essa situação, mas é um processo que continua em curso e que não depende directamente da actuação da DAF.</p>	disponível na DAF	
<p>Apresentar um formato revisto do REO, que possa se adequar as necessidades informativas dos gestores públicos no sector da Saúde.</p>	<p>O REO do Sector Saúde foi reestruturado no decorrer do ano passado, sendo que o REO do 1º Trimestre de 2017 (a ser entregue até ao dia 15 de Maio) já incluirá este novo formato.</p> <p>Principais aspectos ajustados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adoptada uma terminologia similar ao REO do MEF, mas mantendo as características específicas e o nível de detalhe do REO do Sector Saúde; ▪ Utilizada a mesma metodologia para o tratamento da informação do REO do MEF (Realização = Adiantamento de Fundos + Despesa Paga Via Directa - AFDP); ▪ Mantidas as colunas “Dotação Inicial” e “Dotação Actualizada”; ▪ Saída da coluna “Grau de Execução Financeira” e mantida a coluna “Grau de Execução 	Novo formato disponível na DAF	DAF

	<p>Orçamental”;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incorporadas novas tabelas (Despesas de Funcionamento com mais detalhes por Classificador Económico de Despesa e tabela com o Resumo das Alterações Orçamentais, entre outras); ▪ Ajustada a actual sequência da informação apresentada; ▪ Transferidas tabelas com mais detalhe para os anexos; ▪ Os Desembolsos dos Parceiros foram transferidos para o capítulo “Prosaúde”. 		
Governança			
Incluir Comitês de Saúde como área temática para ACA XVII	Os TdR da ACAXVII ainda não foram desenvolvidos estando em curso a revisão da metodologia	Draft da proposta de nova metodologia	DPC (DM&A)
Concluir e/ou corrigir notas técnicas dos indicadores do QAD	Cumprido	As notas técnicas concluídas foram partilhadas	DPC (DM&A)
Elaborar um plano de monitoria de todas recomendações do ACA, CCS	O DCI faz monitoria das recomendações do CCS As recomendações da ACA não são monitoradas regularmente		DPC (DM&A)
Incluir na ACA a percepção de qualidade e humanização dos serviços de saúde pelos utentes	Esta sendo discutido no âmbito da revisão da metodologia	Draft da proposta de nova metodologia	DPC (DM&A)
Reflectir sobre a medição conjunta dos esforços de promoção de Saúde no ACA ou QAD	Esta sendo discutido no âmbito da revisão da metodologia	Draft da proposta de nova metodologia	DPC (DM&A)
Incluir os resultados e recomendações das ACA na planificação anual do sector com enfoque nos PES do ano seguinte	O relatório da ACA é um dos documentos de referencia na elaboração do PES em todos os níveis	Guião de elaboração do PES do sector	DPC (DPES)
Identificar fundos para a construção dum laboratório	Não foram identificados fundos e esta intervenção não se encontra no PES 2016		DPC (DI)

de raiz para o controlo de qualidade de medicamentos			
-----------------------------------------------------------------	--	--	--

9.10. Anexo 8: Matriz das Recomendações da ACA XVI, 2017

Recomendação	Meio de Verificação ou fonte de informação	Prazo	Responsável
Prestação de serviços de saúde			
Acelerar o processo de expansão da nova base de dados de óbitos maternos em todas as províncias para alimentar o SISMA			
Elaborar planos operacionais provinciais de CONEm, incluindo a acreditação, conforme recomendado no Caso de Investimento			
Aumentar o número de unidades sanitárias com equipamento necessário e indispensável para prestar COEm			
Usar o # e o ratio de MMI, mais a % de Mortes Maternas, Perinatais e Neonatais evitáveis para assegurar a avaliação da qualidade da assistência ao parto			
Aumentar o número de ESMI e garantir equidade na sua distribuição			
Avaliar a contribuição das intervenções comunitárias para a melhoria da cobertura dos partos institucionais			
A médio prazo, transitar de uma base demográfica que considera que os eventos vitais se distribuem uniformemente pelo país para análises dos indicadores de saúde com base em dados demográficos reais por província			
Assegurar a integração da informação do sector privado no SISMA particularmente nos grandes centros urbanos			
Assegurar a monitoria das novas intervenções, nomeadamente a provisão de PF nas escolas, a integração de PF em outros serviços e a provisão consistente de contraceptivos através dos APE's.			
Assegurar o aprovisionamento regular de consumíveis tais como Ácido Acético, algodão e luvas pela DPS/SDSMAS e a aquisição de Aparelhos de Crioterapia pelo MISAU em coordenação com parceiros			
Reforçar a capacitação dos RH sobre logística e gestão dos suprimentos de nutrição para assegurar que não haja ruptura de stocks			

Expandir as Unidades Sanitárias que oferecem o tratamento da desnutrição Aguda			
Iniciar o tratamento da desnutrição aguda na comunidade.			
Reforçar a vacinação de rotina através da melhoria da disponibilidade, logística e gestão de vacinas			
Estudar as causas reais da baixa retenção dos pacientes em TARV e suas implicações no controlo da epidemia			
Expandir as iniciativas de GAAC, clubes de retenção e identificar pessoal nas unidades sanitárias para o trabalho de apoio psicossocial aos pacientes			
Implementar o plano de aceleração do TARV Pediátrico através da melhoria de diagnóstico, acesso ao tratamento e melhoria da Retenção			
Expandir a estratégia dos Oficiais da Tosse para mais locais			
Continuar a modernizar e expandir a capacidade de diagnóstico laboratorial e radiológica da TB (Gene Xpert , Raio X)			
Continuar a expandir os lugares onde se implementa a estratégia da Paragem Única (actualmente cerca de 800) a medida que se forem expandindo os locais que oferecem TARV			
Reforçar o treinamento e a supervisão dos técnicos de saúde para assegurar uma melhor habilidade para o manejo clínico (incluindo a testagem e inicio do TARV) e um melhor registo dos dados			
Intensificar o aconselhamento dos pacientes com a dupla infecção TB-HIV, de modo a iniciarem e aderirem ao TARV			
Assegurar a formação em trabalho de todos os técnicos durante o processo de expansão das USs que prestam cuidados e tratamento de TB			
Incrementar o número de supervisões do nível provincial (PNCT) para as Unidades Sanitárias			
Governança			
Acelerar o estabelecimento de Comitês de Co-Gestão e Q&H nas USs			DNAM
Sistema de informação- SIS			
Investigar as razões do mau desempenho de Maputo Província e das províncias com tendência de redução da qualidade de dados			
Iniciar a implementação gradual de auditorias regulares de dados a nível das USs			
Infra-Estruturas			

Rever e simplificar os procedimentos administrativos entre os diferente actores do processo de gestão das obras para assegurar melhor eficácia e celeridade das mesmas			
Os planos plurianuais de investimento em infra-estruturas já existentes devem ser alinhados/ consistentes a planificação orçamental anual			
Melhorar o processo de seguimento e monitoria das intervenções em infra-estruturas a nível das Províncias			
Rever a nota técnica do indicador para incluir todas intervenções feitas no nível secundário para melhoria dos serviços de referência ou reformular o indicador			
Gestão Financeira			
Melhorar a qualidade da análise da despesa do sector (eficácia, eficiência, satisfação das necessidades, etc.)			
Estudar as causas reais da baixa execução dos fundos de investimentos internos e externos			
Assegurar a replanificação das actividades sempre que houver actualizações ou revisões orçamentais			
Assegurar a realização de auditorias do TA ao abrigo do MdE do PROSAUDE e com base nos TdR existentes, ou utilizar o mecanismo de auditoria alternativo com os fundos do PROSAUDE			
Rever a nota técnica do indicador por forma a incorporar o seguimento das auditorias do nível provincial pela IGS, e outras auditorias além das financeiras (área de procura, dados de saúde, etc.)			
Reforçar articulação interinstitucional, para que o seguimento de recomendações de auditorias, feito de forma integrada e regular, represente a base de trabalho para fortalecimento do controlo interno			
Recursos Humanos			
Promover advocacia junto do Ministério de Economia e Finanças (MEF) com vista a aumentar o espaço fiscal para absorção do pessoal de regime especial de saúde			
Promover advocacia junto dos Parceiros de Cooperação para aumentar a cobertura orçamental com vista a contratação do pessoal recém graduado de regime especial de saúde			
Rever os critérios de atribuição de metas provinciais e distribuição de pessoal com vista à redução das iniquidades			
Rever a metodologia de cálculo das UAs ou definir uma metodologia mais apurada de cálculo da produtividade do pessoal de saúde			
Gestão logística			
Construir e equipar (Equipamento e Recursos Humanos) um Laboratório de Controlo de qualidade dos produtos que			

circulam no País.			
Capacitação e formação continua dos gestores de medicamentos no uso dos SI e M&A de modo a melhorar a qualidade dos dados desde a sua recolha e análise nas fontes primarias			
Rever os critérios (controles) específicos de auditoria, por forma a implementar auditorias baseadas no risco			
Realização de supervisões e formações em trabalho regulares a todos os níveis da Cadeia Logística a fim de garantir a execução dos procedimentos mais críticos			
Reformas			
Concluir a elaboração do Plano Trienal das Reformas 2017-2019			URESS
Fortalecer a capacidade institucional da URESS através da capacitação dos RH, assistência técnica, para a implementação do Plano 2017			URESS
Estabelecer um Sistema de M&A do progresso das reformas e do seu impacto na provisão de serviços pelos diferentes grupos de trabalho			URESS
Gestão das Parcerias			
Definir mecanismos eficazes de integração das iniciativas dos parceiros nos processos de planificação e coordenação do sector		II CCS 2017?	PIMA
Estabelecer mecanismos de responsabilização mútua que assegurem a materialização dos compromissos assumidos entre o MISAU e seus parceiros		II CCS 2017?	PIMA
Acordar mecanismos eficazes que assegurem a inscrição obrigatória dos fundos externos no orçamento (ON-budget) ao nível central, provincial e distrital		II CCS 2017?	PIMA
Assuntos transversais			
Sobre o futuro da ACA: enquadrar no processo de revisão da metodologia da ACA ora em curso	Relatório da Consultoria de revisão da metodologia da ACA	Junho 2017	PIMA
Sobre os restantes pontos de reflexão: PIMA vai coordenar as discussões e apresentar os resultados no CCS	Aid Memorie do CCS	II CCS de 2017	PIMA

10. Referências Bibliográficas

1. Abt Associates, 2017. Engaging Non-State Actors in Governing Health – the Key to Improving Quality of Care?
2. Chemonics International, 2017. Risk Expands but Opportunity Awaits: Emerging Evidence on Climate Change and Health in Africa
3. Ciclo de Monitorização do IHP+ de 2016, Moçambique. Chilundo, B. 2016
4. Comissão Interministerial da Reforma da Administração Pública, 2016. Plano de Acção da Estratégia da Reforma e Desenvolvimento da Administração Pública
5. FSIN, 2017. Global Report on Food Crisis 2017
6. Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA Moçambique (IMASIDA) 2015. Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Estatística, Junho 2016
7. Ministério da Saúde, 2013d. Plano Estratégico do Sector de Saúde 2014-19. Maputo: Direcção de Planificação e Cooperação
8. Ministério da Saúde, 2016f. Relatório da Avaliação do Desempenho do Programa da Malária - Revisão do Plano Estratégico da Malária 2012-2016. Maputo: Programa Nacional de Controlo da Malária, Direcção Nacional de Saúde Pública
9. Ministério da Saúde, 2017a. Anuário estatístico 2016. Maputo: Direcção de Planificação e Cooperação
10. Ministério da Saúde, 2017c. GFF – Caso de Investimento. Maputo: Direcção Nacional de Saúde Pública
11. Ministério da Saúde, 2017e. Relatório Anual das Actividades Relacionadas ao HIV/SIDA. Maputo: Direcção Nacional de Saúde Pública
12. Ministério da Saúde, 2017g. Relatório de Execução Orçamental (REO) Sector de Saúde 2016. Maputo: Direcção de Administração e Finanças
13. Ministério da Saúde, Março 2017b. Balanço Anual do Plano Económico e Social 2016. Maputo: Direcção de Planificação e Cooperação,
14. SETSAN, Novembro 2016. Relatório da Monitoria da Situação de Segurança Alimentar e Nutricional Aguada
15. World Bank, 2015. Health Service Delivery in Mozambique: Results of 2014 Service Delivery Indicator Survey
16. World Health Organization, 2016a. Malaria in Pregnant Women. Disponível on-line no http://www.who.int/malaria/areas/high_risk_groups/pregnancy/en/
17. World Health Organization, 2016b. WHO fact sheet on Family Planning. Disponível on-line no <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/>