



Curso de Cuidados de Saúde Primários



UNIDADE TEMÁTICA 4: Os Cuidados Primários de Saúde (CSP) em Moçambique					
INTRODUÇÃO					
<p>Objectivos</p> 	<p>No final desta UT pretende-se que os formandos sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contextualizar os Cuidados de Saúde Primários em Moçambique e a sua evolução histórica, desde a luta de libertação até a data actual. - Caracterizar sócio-política, económica e demograficamente Moçambique. - Reflectir, com perspectiva crítica, sobre a organização do SNS em Moçambique, assim como a prestação de serviços de saúde e a rede sanitária. - Analisar as prioridades e estratégias do sector da saúde: O Plano estratégico do sector de saúde (PESS). Identificar as principais fraquezas e dificuldades que atravessam os CSP. - Reflectir, com perspectiva crítica, sobre a importância da revitalização dos CSP e as estratégias previstas. - Reflectir, com perspectiva crítica, sobre o papel das organizações da Sociedade Civil na revitalização dos CSP e as estratégias previstas. 				
 <p>Palavra-chave</p>	<p>Palavras-chave</p> <p>Cuidados de Saúde Primários (CSP). Descentralização. Sistema Nacional de Saúde (SNS). Cuidados de Saúde Primários (CSP). Plano Estratégicos do Sector da Saúde (PESS). Aliança para a Saúde.</p>				
	<table border="1"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>Contextualização dos CSP em Moçambique.</p> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Caracterização sócio-política, económica e demográfica de Moçambique. - Evolução Histórica dos CSP Moçambique: Da Herança Colonial aos acordos de Paz. </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>A organização do sistema de saúde em Moçambique.</p> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - A organização político-administrativa de Moçambique. - A prestação de serviços de saúde. - A Rede Sanitária: O Enquadramento dos Cuidados de Saúde Primários. - Organização administrativa (de governação) do sector de saúde. </td> </tr> </table>	<p>Contextualização dos CSP em Moçambique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Caracterização sócio-política, económica e demográfica de Moçambique. - Evolução Histórica dos CSP Moçambique: Da Herança Colonial aos acordos de Paz. 	<p>A organização do sistema de saúde em Moçambique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A organização político-administrativa de Moçambique. - A prestação de serviços de saúde. - A Rede Sanitária: O Enquadramento dos Cuidados de Saúde Primários. - Organização administrativa (de governação) do sector de saúde.
<p>Contextualização dos CSP em Moçambique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Caracterização sócio-política, económica e demográfica de Moçambique. - Evolução Histórica dos CSP Moçambique: Da Herança Colonial aos acordos de Paz. 				
<p>A organização do sistema de saúde em Moçambique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A organização político-administrativa de Moçambique. - A prestação de serviços de saúde. - A Rede Sanitária: O Enquadramento dos Cuidados de Saúde Primários. - Organização administrativa (de governação) do sector de saúde. 				

		<ul style="list-style-type: none"> - Sistemas de apoio do SNS - Sistema Nacional de Saúde.
	<i>As prioridades e estratégias do Sector da Saúde.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - O Plano estratégico do sector de saúde (PESS). Os programas de saúde. - O enquadramento actual dos CSP na estrutura do Sistema de Saúde.
	<i>A Implementação das Estratégias e os principais desafios dos CSP</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Encontros Nacionais sobre Saúde Pública e CSP para analisar e rever as estratégias. - Os compromissos da Sociedade civil com os CSP: A Aliança para a Saúde. - Principais desafios e dificuldades para a implementação dos CSP em Moçambique. - A pandemia do COVID 19 e os CSP.
Actividades	Trabalho de grupo sobre os Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Moçambique	
Metodologia de Avaliação	<p>Avaliação quantitativa: Prova/teste que pode ser de escolha múltipla ou com perguntas abertas.</p> <p>Avaliação qualitativa: Participação no foro de debate, realização de actividades propostas, participação nas sessões de webinar.</p>	
Bibliografia/Webgrafia/Vídeos		

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APE	Agentes Polivalentes Elementares
BM	Banco Mundial
BMI	Brigadas Móveis Integradas
CECR	Resposta de Emergência de Contingência
CFMP	Cenário Fiscal de Médio Prazo
CMAM	Centro de Medicamentos e Artigos Médicos
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao HIV / SIDA
COVAX	Fundo de Acesso Global para Vacinas Covid-19
COVID 19	Coronavírus 19
CRDS	Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário
CS	Centro de saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CUS	Cobertura Universal de Saúde
DNAM	Direcção Nacional de Assistência Médica
DNSP	Direcção Nacional de Saúde Pública
DNTS	Doenças não transmissíveis
DPS	Direcção Provincial de Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
DT	Doenças transmissíveis
EAS	Escola de Activismo em Saúde
EC	Envolvimento Comunitário
EPS	Educação para a Saúde
EQUINET	Rede Regional da Equidade em Saúde na África Oriental e Austral
ERDAP	Estratégia de Reforma e Desenvolvimento da Administração Pública
ESMI	Enfermagem de saúde materno-infantil
FG	Fundo Global de Luta contra a malária, a tuberculose e o HIV/SIDA
FMI	Fundo Monetário Internacional
FRELIMO	Frente de Libertação de Moçambique
GBD	Peso Global de doenças, (Global Burden of Disease, em Inglês)
HC	Hospital Central
HD	Hospital Distrital
HG	Hospital Geral
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HP	Hospital Provincial

HR	Hospital Rural
IDG	Índice de Desenvolvimento de Género ajustado à desigualdade
IDGI	Índice de Desigualdade de Género
IDH	Índice de desenvolvimento Humano
IM	Instituto de Medicina Tradicional
INE	Instituto Nacional de Estatística
MEF	Ministério da Economia e Finanças
MISAU	Ministério da Saúde
MM	Medicus Mundi
MMIH	Mortalidade Materna Intra-Hospitalar
MTA	Medicina Tradicional e Alternativa
OE	Orçamento do Estado
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
ONU-MULHER	Organização das Nações Unidas para a Mulher
ORHS	Observatório de Recursos Humanos para Saúde
OSC	Organização/Organizações da Sociedade Civil
PAV	Programa Alargado de Vacinações
PECS	Pacote de Cuidados Essenciais de Saúde
PES	Plano Económico e Social
PESS	Plano Estratégico do Sector da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMT	Praticantes de Medicina Tradicional
PMTA	Praticantes de Medicina Tradicional e Alternativa
PNDRH	Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNV	Plano Nacional de Vacinação
PQG	Plano Quinquenal do Governo
PRE	Programa de Reestruturação Económica
PT	Parteiras Tradicionais
RHS	Recursos Humanos da Saúde
RENAMO	Resistência Nacional Moçambicana
SADC	Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (<i>Southern, African Development Community - SADC</i> em inglês)
SDSMAS	Serviços Distritais de Saúde de Mulher e Acção Social
SETP	Saúde em Todas as Políticas
SMI	Saúde Materno-infantil

SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPS	Serviço Provincial de Saúde
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
SWAP	Sector Wide Approach
US	Unidade Sanitária
UT	Unidade Temática

1. INTRODUÇÃO

A presente Unidade Temática: Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Moçambique, está organizada em quatro blocos de conteúdo: a) Contextualização dos CSP em Moçambique; b) A organização do sistema de saúde em Moçambique; c) As prioridades e estratégias do sector da saúde; d) A Implementação das estratégias e os principais desafios dos CSP.

O objectivo desta Unidade Temática é contextualizar os Cuidados de Saúde Primários em Moçambique (CSP), país pioneiro na implementação deste tipo de cuidados de saúde, já desde o momento da independência (1975) e antes da realização da Conferência de Alma Ata.

Desde então muitas mudanças aconteceram a nível Mundial e também em Moçambique. Mudanças de ordem ideológica, dos modelos socioeconómicos, sendo imperante a economia liberal e de mercado, que privatiza todos os aspectos da vida humana, entre eles o processo de saúde doença. Por sua vez a estrutura demográfica e o perfil epidemiológico da população sofreram importantes mudanças. A esperança de vida aumentou a nível mundial, a mortalidade infantil diminuiu, foram erradicadas ou controladas muitas doenças infecciosas, etc. A maioria destes ganhos estão associados à prestação de CSP. No entanto apareceram novas patologias, transmissíveis e não transmissíveis. O aumento na esperança de vida implica que vivemos mais tempo, muito do qual com alguma ou várias doenças crónicas e degenerativas que implicam uma constante demanda de serviços de saúde.

Por outro lado, e como já explicado na UT 1, as iniquidades, particularmente na saúde, aumentaram tanto entre países como ao interior destes.

Por conseguinte, a revitalização dos CSP é uma das mais importantes estratégias contempladas para abordar o reto das necessidades e problemas de saúde no vigente século XXI.

Moçambique, ainda nas suas particularidades, que serão explicadas ao longo do capítulo, divide os problemas, as preocupações e as estratégias.

A longo das diferentes secções do tema será apresentada a evolução dos CSP até o momento actual, de reflexão e procura de novas estratégias, assim como o ponto de situação da implementação da Estratégia de Saúde em Todas as Políticas (SETP). Para tal fim, consideramos fundamental contextualizar a situação socioeconómica e do estado de saúde da população, para identificar o modelo de SNS, assim como os Planos Estratégicos em marcha e finalmente **o processo de reflexão actual sobre o presente e futuro dos CSP em Moçambique e a importância da implementação da Estratégia SETP.**

2. DESENVOLVIMENTO DOS CONTEÚDOS

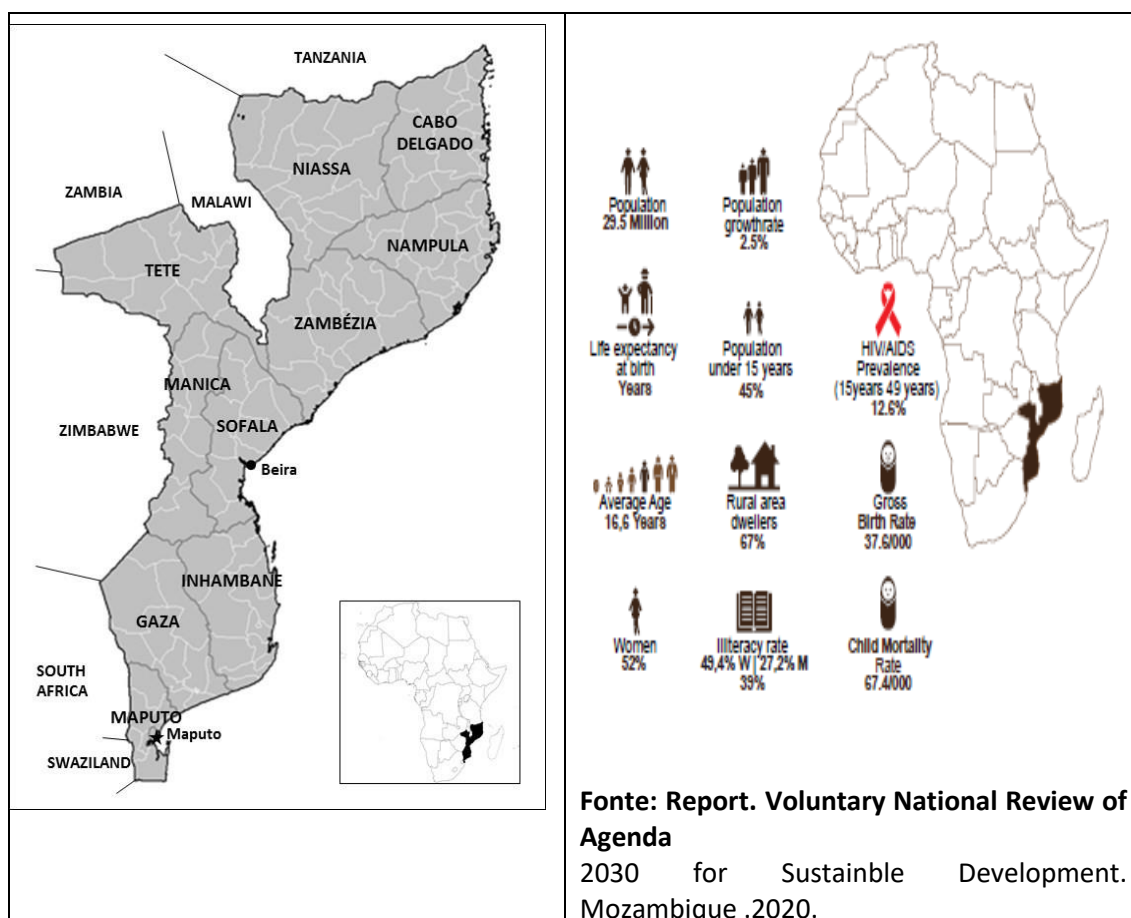
A seguir são apresentados os conteúdos considerados chave de cada um dos blocos de conteúdo.

2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CSP EM MOÇAMBIQUE.

2.1.1. Caracterização sócio-política, económica e demográfica de Moçambique.

Caracterizar a República de Moçambique implicaria realizar uma descrição, de, entre outras, algumas das seguintes dimensões: Geografia, História, Economia, Demografia, Legislação, Organização político e administrativa, Saúde, Educação, Género, o que ultrapassa os objetivos e capacidade deste capítulo, pelo que apenas serão apresentados alguns dos aspectos mais relevantes de algumas das dimensões anteriores.

Na unidade temática anterior (UT 3), foram apresentados alguns elementos-chave sobre a situação de Saúde e o Desenvolvimento Humano em Moçambique, com foco em alguns dos eixos das desigualdades em saúde, entre eles nos cuidados de saúde prestados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS).



2.1.1.1. Demografia: Dinâmica, composição e distribuição da População.

Tal como descrito na UT anterior, segundo o Anuário Estatístico de Saúde do Ministério da Saúde (1), a população estimada no país em 2019 (projecção do censo de 2017) era **de 29.318.301 habitantes**.

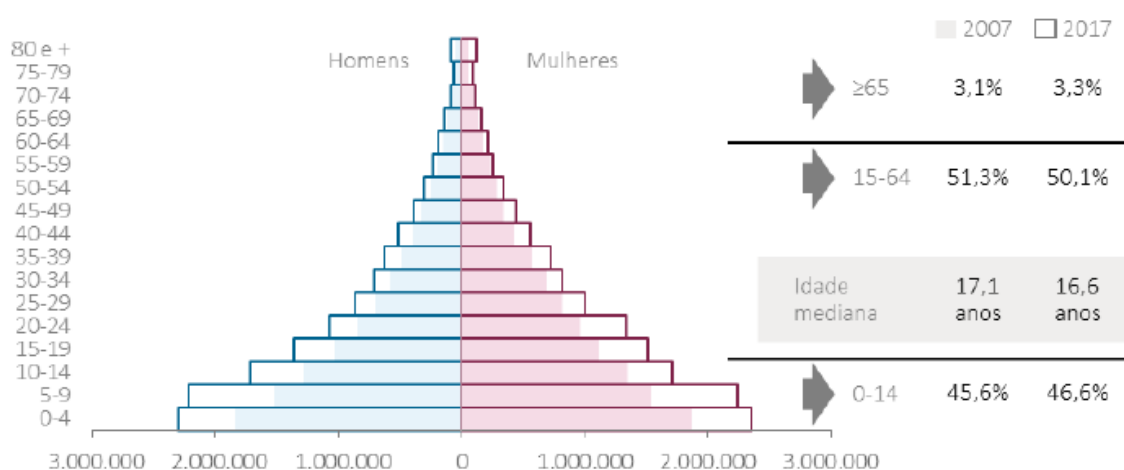
Quanto à distribuição geográfica da mesma, há dois aspectos a destacar:

- Está irregularmente distribuída pelo território nacional, sendo as províncias mais populosas: Nampula (20,6%), Zambézia (18,5%), e Tete (9,6%), que representam no conjunto o 50% da população do país e as menos populosas: Maputo Cidade, Maputo e Niassa, com menos do 8%;
- **O extenso território contrasta com o modesto número de habitantes, donde resulta uma fraca densidade demográfica de quase 39,75 pessoas por quilómetro quadrado, com notórias diferenças entre províncias.**

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2), O 57% da população era menor de 19 anos e apenas 4,7% é maior de 60 anos de idade. Por outro lado, **as projecções do INE para 2021 estimam uma população total de 30,832,244 habitantes.**

A pirâmide do país apresenta uma base larga e o topo afinado, sendo este um formato típico de distribuição da população de países em desenvolvimento, nos que a estrutura etária é muito jovem. A maior concentração da população na faixa etária corresponde à idade de 0-17 anos, representando o 53% da total população em 2017, como se pode apreciar no seguinte gráfico.

Gráfico 1. Pirâmide da população de Moçambique segundo o censo do ano 2017



Fonte: Ministério de saúde de Moçambique (MISAU). Anuário Estatístico de Saúde do Ministério da Saúde em 2019. Disponível em: <https://www.misau.gov.mz/index.php/anuarios-estatistico?start=10> (1). Baseado no Censo 2017 e Projecções Anuais da População Total 2007-2040, Instituto Nacional de Estatística.

Cerca de 70% da população vive em áreas rurais com uma grande maioria envolvida na agricultura (actividade principal para 76,3% das mulheres e 55,9% dos homens) ou dedicando-se ao comércio informal (10,5% das mulheres e 8,7% dos homens) (1).

Finalmente, de acordo com os resultados do último censo populacional (ano 2017), pode-se afirmar que **Moçambique ocupa a 4ª posição entre os países da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC)**, ficando atrás da República Democrática do Congo, da África do Sul e da Tanzânia.

Tabela 1. Principais Indicadores demográficos em Moçambique 2018-2020

Indicador	Valor
Esperança de vida media	Geral: 60,9 anos Homens: 57,8 anos Mulheres: 63,7 anos
Mortalidade infantil em menores de 5 anos (1000 nascidos vivos)	73
Taxa Bruta de Mortalidade (TBM) (por 1000 habitantes)	11,4 (Estimada em 2018)
Taxa Bruta de Natalidade (TBN) (por 1000)	37,8 /1000 (Estimada em 2018)
Taxa global de Fecundidade nascidos vivos/ mulheres idade fértil)	5,08
Taxa de fecundidade de adolescentes (por 1000 mulheres de 15 a 19 anos)	14,4
Taxa de Crescimento (TC) (por 100)	2,247
Taxa de Dependência Demográfica	99,5 (2017)

Fonte: Elaboração Própria com base na informação do “Relatório de Desenvolvimento Humano” do PNUD do ano 2020 e “Estatísticas Sanitárias Mundiais” da OMS do ano 2020, Censo 2017 e Projecções Anuais da População Total 2007-2040, Instituto Nacional de Estatística e Index Mundi https://www.indexmundi.com/pt/mocambique/taxa_de_crescimento.html

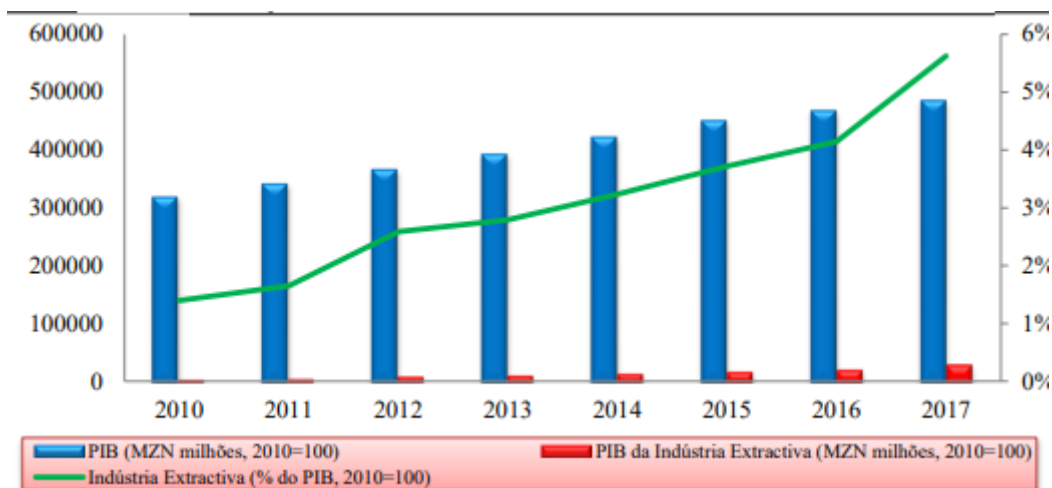
2.1.1.2. Situação sócio-económica

Do ponto de vista sócio-económico, Moçambique tem características semelhantes a outros países da África Subsaariana. Apesar do recente melhoramento, o país continua sendo um dos países mais pobres e subdesenvolvidos do mundo (o PIB *per capita* está entre os 10 mais baixos). Ocupa a 181ª posição entre 189 países no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 2020 (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), 2020) (3).

Desde o fim da guerra civil, no início da década de 1990, e a transição para uma economia mais baseada no mercado após as eleições de 1994, o crescimento económico real em Moçambique tem sido extraordinariamente elevado (superior a 5% e em vários anos mais de 10%). Esta situação gerou um crescimento muito forte no PIB *per capita*, apesar do grande aumento da população.¹

¹ Referir que desde 2015 esse crescimento foi bastante mais reduzido, com uma forte subida de preços, a crise das dívidas ocultas e a falta de transparência na governação, com a conseqüente perda de confiança dos investidores e doadores, a redução dos preços das matérias-primas o que faz reduzir as expectativas de crescimento derivado da produção extractiva, etc. Referir também que em 2020 a economia contraiu-se pela primeira vez em quase 30 anos (-0,8%) devido à pandemia, embora haja expectativas por parte do Banco Mundial de que volte a crescer a uma taxa de 4% em 2022. Informação disponível em: <http://documents1.worldbank.org/curated/en/440841614625681924/pdf/Mozambique-Economic-Update-Setting-the-Stage-for-Recovery.pdf> (pagina 4)

Gráfico 2.- Evolução do PIB e do PIB da indústria extractiva, ano base 2010=100.



Fonte: Maquenzi. J. Pobreza e desigualdades em zonas de penetração de grandes projectos: Estudo de caso em Namanhumbir – Cabo Delgado. Observatório do Médio Rural (OMR). Nº 77. AGOSTO 2019. Disponível em: <https://omrmz.org/omrweb/wp-content/uploads/OR-77-Pobreza-e-desigualdades-em-Namanhumbir.pdf> (4)

No entanto, este período bem-sucedido de crescimento económico não aconteceu como previsto, já que não foi acompanhado por melhorias proporcionais em alguns dos principais índices económicos e sócio-económicos agregados. Em particular, apesar do forte crescimento da renda *per capita*, ainda existem níveis elevados de pobreza.

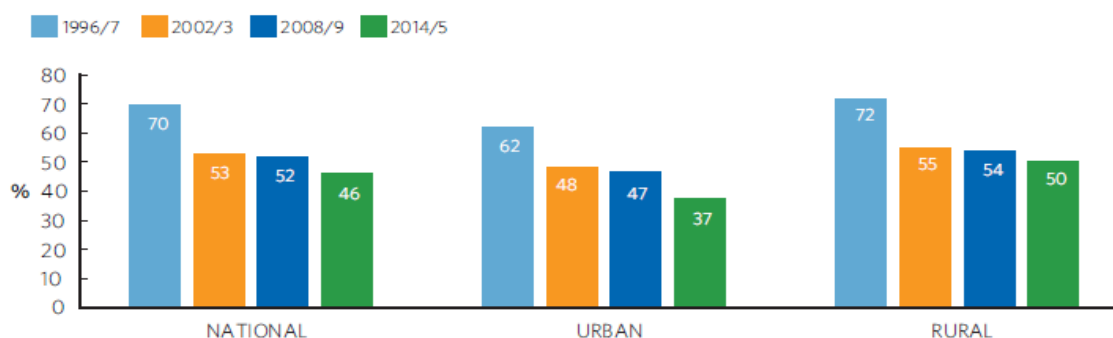
Lamentavelmente o crescimento económico produzido na última década, tal e como indicam vários autores, entre eles Maquenzi (4), no estudo intitulado “ Pobreza e desigualdades em zonas de penetração de grandes projectos: Estudo de caso em Namanhumbir – Cabo Delgado”, associado à indústria extractiva e mega-projectos, que tem contribuído para o aumento do Produto Interno Bruto (PIB) não obteve relevantes benefícios em termos de bem-estar social, particularmente ao nível de acesso a água, saneamento, saúde, educação (melhorando infra-estruturas, mas mantendo-se o rácio aluno professor), condições habitacionais e posse de bens, pelo contrário, aumentaram a pobreza e a desigualdade.

Em particular, apesar do forte crescimento da renda *per capita*, ainda existem níveis elevados de pobreza, como demonstram os dados das quatro avaliações nacionais da pobreza realizadas desde as eleições de 1994 (1996/7, 2002/3, 2008/9 e 2014/15).

O inquérito de 2014/15 (Quarta Avaliação Nacional da Pobreza, MEF, 2016) fornece os dados mais actualizados e também recalcula as estimativas anteriores da incidência da pobreza. O nível de pobreza em 1996/97 foi de 69,7%, 52,8% em 2002/3 e 51,7% em 2008/9. Isto indica que após uma queda significativa entre 1996 e 2002, o nível de pobreza apenas mudou entre 2002/3 e 2008/9, facto que sugere que as estratégias de redução da pobreza foram ineficazes ao longo do período. (5)

O inquérito de 2015/16 mostra que até 2014 a pobreza nacional ainda se situava em 46,1%, o que acontece paralelamente a um aumento de mais de 200% no rendimento *per capita* durante o período 1996-2014. Isto sustenta a afirmação de que os frutos do crescimento económico não se “traduzem” em benefícios para muitas pessoas e que a desigualdade tem estado a aumentar.

Gráfico 3. População abaixo da pobreza (%) - Moçambique, 1997-2015



Fonte: Mundos Distantes. Saúde Reprodutiva e Direitos numa Era de Desigualdade Suplemento Nacional do Estado da População Mundial, 2017.

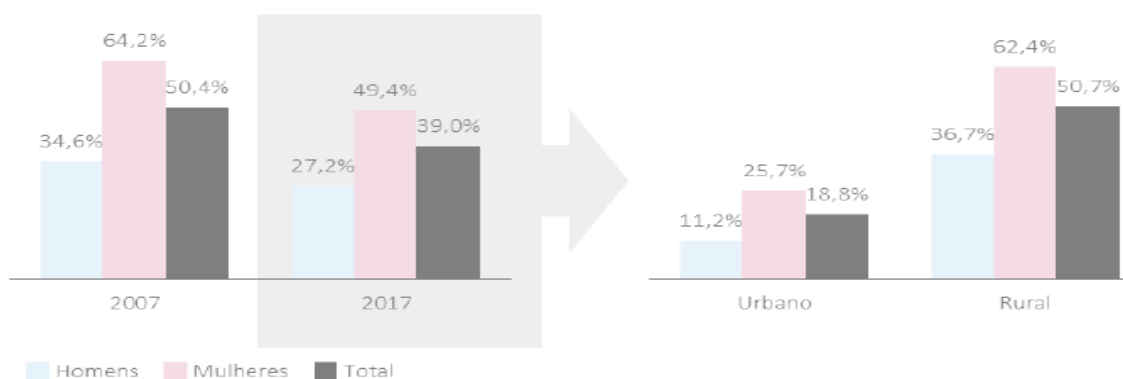
FNUAP https://mozambique.unfpa.org/sites/default/files/submissions/SECTION%20VI%20%20ANNEX%20Ib_ITEM%206%20SWOP%20Supplement.pdf (6)

No que se refere à força de trabalho verifica-se uma redução na percentagem da população economicamente activa, que passou dos 59,2% em 2007, para os 57,5% em 2017. Adicionalmente verifica-se também uma redução da representatividade das mulheres na população economicamente activa que representavam 50,3% em 2007 e passaram a representar 49,0% em 2017.

Da população economicamente não activa, em 2017, cerca de 55% correspondem a domésticos (as) e estudantes.

Em termos de educação registam-se melhorias, não obstante os níveis de analfabetismo são ainda elevados com cerca de 39% da população com 15 ou mais anos de idade sem saber ler nem escrever (taxa de analfabetismo), mantendo-se níveis mais elevados nas mulheres e na população das zonas rurais.

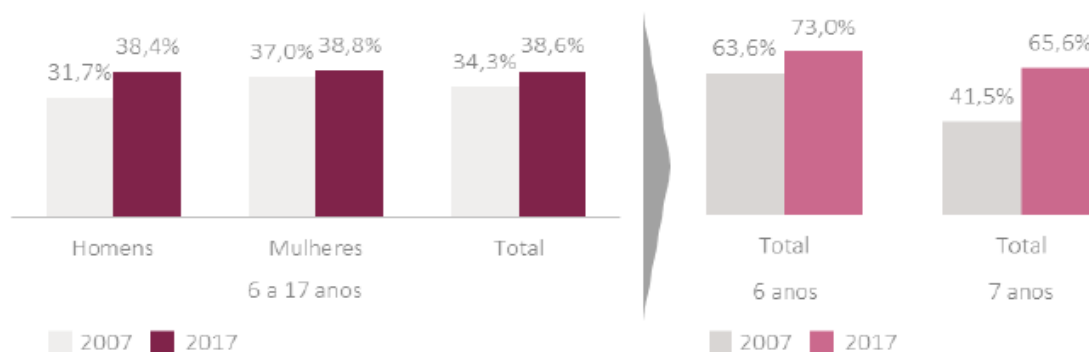
Gráfico 4. Taxa de analfabetismo, por sexo, em 2007 e 2017 e segundo a área de residência em 2017



Fonte: Apresentação dos Resultados Definitivos do Censo 2017, Instituto Nacional de Estatística. Moçambique

Não obstante a redução registada na taxa de analfabetismo, verifica-se um aumento na percentagem de crianças dos 6 aos 17 anos fora da escola, que era de 34,3% em 2007 e passou para 38,6% em 2017.

Gráfico 5. Percentagem de crianças fora da escola em 2007 e 2017



Fonte: Apresentação dos Resultados Definitivos do Censo 2017, Instituto Nacional de Estatística. Moçambique.

Tabela 2. Principais Indicadores sócio económicos e Determinantes Sociais da Saúde dem Moçambique 2019-2020.

Indicador	2019-2020
Producto Interno Bruto (mil milhões US\$)	15. 291
Renda Nacional <i>per capita</i> (RNB) (US\$)	503. 571
Coeficiente de Gini	54,00
Índice de Pobreza multidimensional (IPM)	46%
Taxa de analfabetismo total	39% (Urbano 18.8% e Rural 50.7%; Homens 27.2% e Mulheres 49.4%)
Ocupação da força de trabalho:	66.8% Agricultura, 4.5 Indústria e 12.9% Transporte e Comunicações, Comércio, Finanças e Serviços Administrativos
Tipo de Habitação:	Palhotas 69.8%. 50.8% de habitações cobertas de capim

Percentagem de agregados familiares que consome água segura	48,7%
Percentagem de agregados familiares que consome água do rio ou lago	9%
Percentagem de agregados familiares sem sanitário ou latrina	23,4%
Percentagem da população rural que têm acesso a eletricidade	8%
Percentagem de pessoas que vivem abaixo do limiar da pobreza (US\$1,90/dia)	62,9%
Índice de Desenvolvimento Humano ajustado pela desigualdade (IDH- D)	0,309

Fonte: Elaboração Própria baseada em “Indicadores do Desenvolvimento Mundial”. Banco Mundial. Moçambique. Junho 2020. Índice de Desenvolvimento Humano PNUD. 2019

Estes indicadores, como os anteriores estão marcados pela desigualdade que se manifesta aos diferentes níveis, ente eles: **regional, consumo, educação, crianças, género**, tendo esta desigualdade uma dimensão transversal.

Uma das desigualdades mais generalizadas e persistentes é a diferença entre homens e mulheres, rapazes e raparigas, que além de representar uma injustiça, é um factor contribuinte fundamental da pobreza, da privação inter-geracional e das desigualdades em saúde.

Nos últimos anos, as Nações Unidas, particularmente algumas agências como o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e a Organização das Nações Unidas para a Mulher (ONU MULHER), cientes das desigualdades de género, têm desenvolvido vários instrumentos para medir as Desigualdade de Género, entre eles: (7)

- **O Índice de Desenvolvimento de Género (IDG) ajustado à desigualdade:** Mede as diferenças de género no desempenho relacionados ao desenvolvimento humano, tendo em conta as disparidades entre mulheres e homens nas três dimensões básicas do desenvolvimento humano: **a saúde**, medida pela esperança de vida à nascença para homens e mulheres; **o conhecimento ou educação**, medido pelo número de anos de escolaridade esperados de homens e mulheres na infância e média de anos de escolaridade de homens e mulheres adultos com 25 anos ou mais; **e padrão de vida**, medido através do controle sobre os recursos económicos entre os homens e as mulheres, com base nos ganhos estimados de renda. O IDG revela o nível de atraso experimentado pelas mulheres em relação aos homens e como eles avançam em todas as dimensões do desenvolvimento humano para colmatar o atraso das mulheres. Este índice ajuda a entender melhor as diferenças de género em realizações reais de desenvolvimento humano, sendo de grande utilidade para projectar instrumentos políticos e jurídicos que permitam reduzir essas diferenças.

Índice de Desigualdade de Género (IDGI): É uma medida composta que reflete a desigualdade nas realizações entre mulheres e homens em três dimensões: **saúde reprodutiva**, medida pela taxa de mortalidade materna e taxa de partos na adolescência; **empoderamento**, medido pela percentagem de assentos no parlamento e a população com pelo menos uma parte do ensino secundário **concluído**; **e participação no mercado de trabalho**, medido pela taxa de participação na força de trabalho no país.

Tabela 3. Indicadores de Género em Moçambique segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano. Ano 2019

Tipo de Indicador	Países de desenvolvimento humano muito elevado	Países de Desenvolvimento humano baixo	África Subsaariana	Moçambique /Posição entre 189 países (180)
IDH	0,892	0,5007	0,541	0,569
IDH	0,175	0,590	0,573	0,569
IDGI	0,979	0,858	0,891	0,901

Fonte: Relatório do Desenvolvimento Humano 2019. PNUD. Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_pt.pdf (7)

2.1.1.3. Principais Indicadores de Saúde de Moçambique

Para concluir esta secção e facilitar a compreensão dos marcos legislativos e as políticas de saúde que contextualizam a evolução dos CSP, em parte apresentados na UT1, apresenta-se um resumo dos principais indicadores do estado de saúde em Moçambique.

Tabela 4. Principais Indicadores de Saúde. Moçambique. 2019- 2020

INDICADOR	VALOR
Mortalidade	
Taxa Bruta de Mortalidade (1000 habitantes)	11,4 (2018 est.)
Mortalidade Materna (100.000 nascidos vivos)	289
Taxa de mortalidade de menores de 5 anos (por 1000 nascidos vivos)	73
Taxa de mortalidade neonatal (por 1000 nascidos vivos)	28
Morbilidade	
Percentagem de desnutrição de crianças menores de 5 anos	26,2
HIV prevalência 13.2%	13,2%
Novas infecções por HIV (por 1000 população não infectada)	5,25
Pessoas vivendo com HIV	2.2 milhões
Incidência de tuberculose (por 100.000 habitantes)	551
Incidência de malária (por 1000 habitantes em risco)	371
Total de Casos Malária	10.904.125
Percentagem da prevalência de atraso do crescimento entre crianças menores de 5 anos	43,3
Percentagem da prevalência de anemia entre mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos)	51,0
Número de casos de poliomielite causados por poliovírus selvagem	0
Coberturas de serviços	
Proporção de partos atendidos por pessoal sanitário qualificado	73
Proporção de mulheres em idade reprodutiva cujas necessidades de planeamento familiar são atendidas com métodos modernos (2,9
CSU: Índice de cobertura de serviços	46
Percentagem da população com despesas de saúde > 25% das despesas ou receitas totais da família	0,4
Cobertura de imunização contra difteria, tétano e coqueluche (DTP3) entre crianças de 1 ano de idade (%)	80
Cobertura de imunização com a segunda dose da vacina contra sarampo (MCV2) na idade recomendada no país (%)	59

Proporção de centros de saúde que possuem um conjunto básico de medicamentos essenciais a preços acessíveis de forma sustentável	S/D
Recursos Humanos do sector da saúde	
Densidade de médicos (por 10.000 habitantes)	0,8
Densidade de profissionais de enfermagem e obstetrícia (por 10.000 habitantes)	6,8
Densidade de dentistas (por 10.000 habitantes)	0,1
Densidade de farmacêuticos (por 10.000 habitantes)	0,1
Gastos públicos com saúde nos países (GPS-P) como uma percentagem dos gastos públicos (GP) z (%)	4,7

Fonte: Elaboração Própria com base na informação do “Relatório de Desenvolvimento Humano” do PNUD do ano 2020 e “Estatísticas Sanitárias Mundiais” da OMS do ano 2020. Análise da Implementação do PESS 2014-2019

Quanto ao Peso Global de doenças, as Estimativas da GBD (Global Burden of Disease, em Inglês) indicam como as 10 principais causas de mortes em Moçambique as seguintes: HIV, problemas neonatais, Tuberculose, Malária, Acidentes Vasculares, Infecções Respiratórias baixas, Doença Isquémica, Diarreias, Defeitos congénitos e Acidentes de Viação.

Os principais factores de Risco: Malnutrição, Sexo Inseguro, Poluição do ambiente, Acesso a água Higiene e saneamento, HTA, Aumento de açúcar no Sangue, Dieta inadequada, Tabaco, Índice de Massa Corporal aumentada, e Violencia Baseada no Género.

2.1.2. Evolução Histórica dos CSP Moçambique: Da Herança Colonial aos acordos de Paz.

Segundo o Dr. Helder Martins, médico envolvido no planeamento da assistência médica nas zonas libertadas e do partido Frente de Libertação de Moçambique (FRELIMO), Primeiro-Ministro da saúde de Moçambique independente, e figura de referência na saúde deste período, “Moçambique tem uma longa experiência no que se refere aos CSP e as componentes de Promoção da Saúde, prevenção da doença e Envolvimento Comunitário, anterior à Conferência de Alma Ata”. O Iº Seminário Nacional de Saúde, realizado de 30 de Outubro a 04 de Novembro de 1975, apenas 4 meses após a Independência Nacional, faz uma aposta clara pelos cuidados preventivos. Nesse Seminário foi lançada a palavra de ordem de **«Promoção da Saúde da Comunidade pela própria Comunidade»**, que veio a ser assumida pela população organizada e enquadrada pelas organizações democráticas de massas. (8)

2.1.2.1. Da herança colonial e da guerra de libertação²

Gomes Dos Santos defende na sua tese de doutoramento “Hospitais de Primeira Referência, Distrito de saúde e Estratégia dos Cuidados de Saúde em Moçambique”(9) , baseada em análise documental (Feio, 1953, Segall, 1977, Walt, Wield, 1983, Martins, 2001; etc.) e entrevistas a actores chave do processo, entre eles o Dr. Helder Martins, acima mencionado, que “A primeira fase, de aposta nos cuidados preventivos, encontra as suas raízes e contexto na **herança colonial e da guerra de libertação** e decorre no período pós independência imediato (1975-1992) antes do agravamento do conflito armado interno.

A herança colonial recebida era de uma medicina, principalmente curativa, com hospitais bem apetrechados em algumas capitais provinciais, com grande capacidade curativa para garantir a presença dos colonos nas províncias ultramarinas, e a força do trabalho colonial. Estes hospitais

² A maior parte da informação apresentada nesta seção baseia-se na informação contida em. “Hospitais de Primeira Referência, Distrito de saúde e Estratégia dos Cuidados de Saúde em Moçambique”. Gomes Dos Santos, MC. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor no Ramo de Saúde Internacional na especialidade Políticas de Saúde e Desenvolvimento, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa. 2011.

estavam associados aos centros de actividade económica, aos grandes centros produtivos (*produção de sisal, produção de açúcar, etc.*). Existiam algumas medidas preventivas pontuais para o combate da malária, da cólera e outras doenças endémicas, quer dizer alguns programas verticais, mas a actividade fundamental era a dos hospitais.

A divisão sanitária e organização dos serviços de saúde em Moçambique, de acordo com a legislação de 1945 (Decreto 34.417, de 21 de Fevereiro), estava constituída por um distrito (Lourenço Marques, actual Maputo) e 4 círculos. Estes círculos, por sua vez dividiam-se em delegacias de saúde. A rede sanitária era composta de hospitais, enfermarias e maternidades.

Gomes descreve a situação herdada como a de não existência de um sistema de saúde, mais de uma série de serviços médicos fragmentados que prestavam cuidados discriminatórios a três níveis: geográfico, racial e financeiro. Geográfico pela concentração de serviços nas cidades, racial pela existência de enfermarias diferentes para a população branca e negra e pela real dificuldade de acesso da população negra aos cuidados de saúde. Esta dificuldade está ligada ao terceiro nível de discriminação que era o financeiro. A medicina privada era cara e os serviços governamentais eram insuficientes para chegar a todos e não prestavam todos os cuidados (o sistema não era compreensivo nem universal). Por sua vez, os serviços hospitalares eram relativamente sofisticados nas grandes cidades.

A luta de libertação nacional, iniciada em 1964 e a necessidade de assistência médica aos combatentes e às populações das áreas libertadas, levaram à organização embrionária de um serviço de saúde que serviu de inspiração para as políticas que foram adoptadas no pós-independência.

Em resumo, Moçambique herda uma estrutura física feita de alguns grandes hospitais, uma rede de pequenos hospitais e dispensários cuja distribuição geográfica (sobretudo a dos hospitais) contribuía para perpetuar as desigualdades Norte-Sul e meio urbano-meio rural. Herda igualmente um pensamento político forjado na guerra de libertação que configurará o Sistema de Saúde Moçambicano após a independência. (9)

2.1.2.2. O período pós-independência até os acordos de paz (1975-1992)

Gomes sublinha na sua tese que as pessoas entrevistadas durante o processo de recolha de informação enquadraram as políticas de saúde que foram desenvolvidas em três grandes períodos da história de Moçambique: **1º de 1975 até aproximadamente 1982, pós-independência; 2º do conflito armado iniciado pouco após a independência, mais intensificado a partir de 1982 até 1992; 3º de pós acordos de paz de 1992 até 2008.**

1º período: de 1975 até aproximadamente 1982

O mandato deste primeiro governo de Moçambique independente era o de restituir ao povo moçambicano os direitos que lhe tinham sido negados pelas autoridades coloniais. **Com esse fim, em 24 de Julho de 1975, o governo declarou a nacionalização da Saúde, da Educação e da Justiça** e em 1976, das casas de rendimento, ou seja, qualquer moçambicano ou estrangeiro residente passou a ter direito a ser proprietário duma casa para habitação permanente e de uma de férias, mas perdeu o direito a arrendar casas de habitação a outros.

Em relação à Saúde, o governo transferiu para as unidades estatais (ministério e hospitais), o equipamento e pessoal dos consultórios e clínicas privadas e das empresas funerárias. No sector da **Educação**, o Estado nomeou administradores para as escolas privadas, cujo pessoal passava

à responsabilidade do Estado. Muitas das unidades privadas de saúde e educação pertenciam a igrejas cristãs, principalmente à Igreja Católica, e estas nacionalizações, associadas à propaganda oficial socialista e fortemente laica, também considerada como "anti-religiosa", criaram um clima de animosidade entre algumas destas igrejas e seus crentes e o Estado (ou a Frente de Liberação de Moçambique (FRELIMO), que era de facto a força política que comandava o estado). Por outra parte foram a causa de abandono do País de muitos indivíduos que eram proprietários daqueles serviços sociais ou simplesmente se encontravam habituados aos serviços de determinados especialistas ou ao atendimento exclusivo. Algum tempo depois o governo começou a aglutinar pequenas empresas do mesmo ramo, primeiro em Unidades de Direcção e depois em Empresas Estatais. (10)

Por outro lado, como referido na secção anterior, as experiências e as lições aprendidas pela FRELIMO na organização dos cuidados de saúde nas zonas libertadas explicam que o período pós-independência fosse marcado pela conceptualização do sistema de saúde: reconfiguração, expansão e prioridade a cuidados preventivos.

Como indicado pelo Dr. Hélder Martins, ao início desta secção, no seminário organizado em 1975, a FRELIMO **definiu como actividade principal para o Ministério da Saúde dar prioridade aos cuidados preventivos**. Sem descuidar os cuidados curativos, todos os recursos humanos e materiais foram canalizados para os cuidados de saúde primários, para o centro de saúde, para o posto de saúde e para as medidas de carácter de urgência.

No referido seminário de 1975, também foi lançada a Campanha Nacional de Saneamento do Meio Ambiente, que veio a ter execução prática em toda a extensão do território nacional. Através desta campanha materializou-se, pela primeira vez à escala de todo o País, o princípio da mobilização de todas as estruturas da Nação num conjunto de acções não médicas, como factor determinante na Promoção da Saúde e na prevenção da doença. Através desta campanha, a população das zonas que, até Setembro de 1974, tinha estado sob a dominação colonial, participa pela primeira vez, de forma organizada, na promoção da sua própria Saúde.

Também, e como indica o Dr. Helder Martins, no ano 1974, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tinha lançado o Programa Alargado de Vacinações (PAV), sendo Moçambique um dos primeiros países em assumir esta estratégia. Em paralelo com a campanha Nacional de Saneamento do Meio Ambiente foi realizada a Campanha Nacional de Vacinações, que foi precedida e acompanhada por um intenso trabalho de mobilização social.

Menos de dois anos depois da independência foram elaboradas leis e normativas fundamentais para a prestação de cuidados de saúde a toda a população moçambicana. **A Lei nº 2/77 de 9 de Janeiro, chamada Lei da socialização da medicina de 1977, legisla a gratuidade de um grande número de actos.**

A reconfiguração do sistema passou pela adopção de novas definições de unidades sanitárias e sua reclassificação, realizada durante o I Conselho Coordenador de Saúde, em Fevereiro de 1977. Houve uma rápida expansão da rede de postos e centros de saúde.

Tal como indicado na secção anterior, com o recenseamento da população e a carta geográfica verificou-se que se colocassem hospitais rurais em vinte e sete lugares do País, 80% da população moçambicana ficava coberta com um hospital rural, a menos de 200 km de distância.

Foi criada uma categoria de hospitais que foram designados de rurais (e não distritais) porque serviam mais que um distrito administrativo. Os hospitais distritais do tempo colonial foram reclassificados em provinciais por alteração de designação de divisões administrativas, as

delegacias de saúde evoluem (são adaptadas e reclassificadas) para hospitais rurais ou centros de saúde (CS) e alguns hospitais especializados da área de Maputo (tuberculose, lepra) são transformados em “hospitais gerais” no sentido que não serem especializados e passam a ter serviços de medicina, de cirurgia, de pediatria e de obstetrícia.

Neste período também foram nacionalizadas as unidades sanitárias privadas (religiosas e de empresas). O sistema de saúde é reorganizado em “níveis: **o nível primário, que englobava os postos e centros de saúde; o nível secundário, que eram os hospitais rurais e gerais; e o nível terciário, que era o nível dos hospitais provinciais, sete, e o nível quaternário, os hospitais centrais, três**”.

Um trabalho concomitante ao da reclassificação de unidades é a definição do seu papel e funções no sistema.

Como já indicado, a preocupação predominante foi a da extensão dos serviços de saúde e os cuidados preventivos.

A tremenda escassez de recursos humanos da saúde, agravada pela partida dos portugueses, **(quando chega à independência, Moçambique tinha 70 médicos)** foi colmatada pela contratação de um conjunto de médicos cooperantes (Sheppard, 1981; Noormohamed, 2000) e técnicos de cirurgia (estes oriundos da Guiné Conackri).

Assim mesmo, a nova concepção do sistema de saúde moçambicano incluía a criação e formação de recursos humanos para implementar as novas políticas de saúde e enfrentar a escassez de médicos, já que não se podia apostar neste tipo de formação de tão longa duração, pelo que optou-se pela expansão da formação de clínicos não médicos: *os técnicos de medicina e os agentes de medicina*, assim como de Agentes Comunitários ou Agentes Polivalentes Elementares (APE), o primeiro manual de APE data de 1977.

No entanto, alguns autores consideram que parece que este período foi um período de abandono dos hospitais.

Houve uma opção pelo alargamento urgente de acesso a cuidados de saúde a todos os Moçambicanos, fortemente condicionado pela herança do passado e pela falta de recursos.

Neste período a política de saúde mudou tendo-se declarado que “A saúde tornou-se um direito real do cidadão e um dever do Estado”. Foi um período de rápidas mudanças. As taxas de coberturas de consultas pré-natais (primeiras consultas, portanto, eram grávidas, não eram só consultas repetidas) eram entre 60 a 70% e os partos institucionais eram 25-30%. Todas estas mudanças provocaram um grande interesse internacional no desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários em Moçambique. (9)

Como indica o Dr. Hélder Martins o reconhecimento internacional do sucesso de Moçambique “veio, em 1978, quando, na Conferência de Alma Ata, foi apresentado um filme, inteiramente realizado pela OMS, em Moçambique, com tomada de imagens no decurso de 1977, retratando a situação do envolvimento comunitário para a Saúde. Aliás, na Conferência de Alma Ata foi por nós apresentado um livro sobre os Cuidados de Saúde Primários em Moçambique, onde existe um capítulo intitulado «Medicina Promotora». (8)

Esta aposta nos cuidados preventivos não é alheia ao contexto internacional em que o objectivo “**Saúde para todos até ao ano 2000**” (SPT) da OMS, a ser concretizado através da estratégia dos cuidados de saúde primários foi interpretado pela ajuda internacional como apoio ao

desenvolvimento dos centros de saúde e suas actividades, não havendo ajuda ao sistema como um todo.

Infelizmente com a guerra de desestabilização realizada por moçambicanos, mas orquestrada do exterior, e que abalou o País a partir de 1979, mas, sobretudo entre 1982 e 1992, todas estas conquistas em matéria de CSP e **Envolvimento comunitário para a saúde** perderam-se.

*2º período: da guerra civil ao início do neoliberalismo económico*³

Apesar da transição para a independência ter sido pacífica, Moçambique não conheceu a Paz durante muitos anos. A guerra civil moçambicana foi um conflito civil que começou em 1977, dois anos após o fim da guerra de independência semelhante à guerra civil angolana, visto que ambas eram guerras secundárias dentro do contexto maior da Guerra Fria.

Imediatamente a seguir à independência, alguns militares (ou ex-militares) portugueses e dissidentes da FRELIMO instalaram-se na Rodésia, que vivia uma situação de "independência unilateral" não reconhecida pela maior parte dos países do mundo. O regime de Ian Smith, já a braços com um movimento interno de resistência que aparentemente tinha algumas bases em Moçambique, aproveitou esses dissidentes para atacar essas bases.

Pouco tempo depois, para além de intensificarem os ataques contra estradas, pontes e colunas de abastecimento dentro de Moçambique, os rodesianos ofereceram aos dissidentes moçambicanos espaço para formarem um movimento de resistência - a "Resistência Nacional Moçambicana" (RENAMO), e criarem uma estação de rádio usada para propaganda antigovernamental.

Até 1980, data da independência do Zimbábue, a RENAMO continuou os seus ataques a aldeias e infra-estruturas sociais em Moçambique, semeando minas terrestres em várias estradas, principalmente nas regiões mais próximas das fronteiras com a Rodésia. Estas acções tiveram um enorme papel desestabilizador da economia, uma vez que não só obrigaram o governo a concentrar importantes recursos numa máquina de guerra, mas principalmente porque levaram ao êxodo de muitos milhares de pessoas do campo para as cidades e para os países vizinhos, diminuindo assim a produção agrícola.

Em 1986, a RENAMO tinha já estabelecido uma base central na Gorongosa e expandido as acções militares para todas as províncias de Moçambique, contando ainda com o apoio do Malawi, cujo governo tinha boas relações com o regime da Apartheid. Nesta altura, a RENAMO tinha conseguido alcançar um dos seus objectivos estratégicos que consistiu em obrigar o governo a abandonar a sua política de "socialização do campo" através das aldeias comunais e machambas estatais.

Durante este período, a FRELIMO admitiu a importância do sector privado no desenvolvimento do País (IV Congresso da FRELIMO, realizado em 1983), o que implicou algum tempo depois lançar uma estratégia político-económica de corte neoliberal. Aponta-se ter sido este o acontecimento que marcou o fim do socialismo em Moçambique. Esta estratégia é conhecida como o **Programa de Reestruturação Económica** (PRE). Este programa teria sido, *grosso modo*, o mais prudente que o governo do país poderia adotar, mas foi acompanhado por

³ A informação apresentada nesta secção baseia-se na informação existente em. "Moçambique wikipedia"

sucessivas privatizações de empresas estatais que acabaram dando espaço ao surgimento de uma elite - uma burguesia nacional - constituída principalmente por membros seniores da FRELIMO.

O programa teve igualmente o papel de introduzir Moçambique na luta ideológica entre os dois blocos - o do Leste e o do Ocidente.

Entretanto a guerra continuava e com ela os problemas económicos. Em vista dos problemas económicos que Moçambique atravessava, o governo assinou um acordo com o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) em 1987, que o obrigaram a abandonar completamente a política "socialista". (10)

Com o objectivo de proteger o poder de compra da maioria da população, o estado tinha fixados os preços dos productos de primeira necessidade e as taxas de câmbio. Como os termos de troca se foram deteriorando e, entretanto, a guerra de desestabilização tinha já começado a fazer sentir os seus efeitos, o país viu-se sem divisas para importar os bens de consumo e as matérias primas necessárias para o funcionamento da economia. O mercado negro, tanto de bens de consumo, como de divisas, tinha tomado conta desta.

O governo de Moçambique viu-se então obrigado a assinar acordos com o BM e FMI e lançar, em 1987, os programas de ajustamento estrutural destas organizações, que implicavam que o país tivesse que modificar a política económica e relançar a economia. A primeira medida que o governo tomou foi a desvalorização do Metical que, em cerca de dois anos atingiu mais de 1000%.

Em breve seguiu-se o programa de nacionalização de muitas das empresas privadas. Uma das medidas tendentes a evitar o empobrecimento generalizado foi a transformação de algumas empresas estatais e bancos em sociedades anónimas, através da atribuição de quotas aos seus gestores, ou mesmo a números maiores de funcionários. No entanto, a maior parte das empresas foram privatizadas segundo as regras do BM, instituição mentora deste programa.

Com a adopção destas medidas o governo deixou de ser provedor de bens e serviços e consumo, passando somente a ter o papel de fiscalizar, o que criou vários problemas na vida da população.

A nível da saúde, e tal como sublinha Gomes Dos Santos (9), a guerra civil em Moçambique foi um período em que a formação de recursos humanos esteve ligada às políticas de reforço dos hospitais. Para além da manutenção da rede de prestação de cuidados de saúde em condições muito difíceis, este período é marcado pela crescente dependência externa de financiamento e correspondente influência externa nas políticas adoptadas. As unidades sanitárias, incluindo hospitais de primeira referência tornaram-se alvos bélicos, foram destruídos ou bastante danificados. Circular no País, em condições de segurança, era muito difícil. O programa de formação dos técnicos de cirurgia iniciou-se neste período e continuou a evolução do plano de formação de diversas categorias profissionais como, por exemplo, a enfermagem de saúde materno-infantil (ESMI), os técnicos de anestesia e instrumentação. Iniciou-se igualmente o programa de especializações médicas (pós-graduações).

Por outro lado, também se indica que *“Com a entrada do país para o Banco Mundial, os orçamentos, o orçamento do Ministério de Saúde ficou muito encurtado”*. Começou-se, então, com os programas de recuperação de custos e redução de despesas na área da saúde, nessa perspectiva de que parte dessas despesas têm que ser pagas pelo utente”.

A metade da década dos anos 80 deu-se início ao trabalho com agências internacionais com o fim de obter ajuda orçamental para o sector saúde, isto é, discussão de condições para que “parte do apoio possa ser em ajuda orçamental não condicionada e não ligada a um projecto específico”. Este esforço vai dar origem, no período seguinte, aos termos de referência da abordagem sectorial da saúde, também conhecido por SWAP (*Sector Wide Approach*). (8)

No ano **1991 foi criado por lei o SNS (lei 25/91 de 31 de Dezembro), dependente do Ministério da Saúde (MISAU)**, que será apresentado na seguinte seção.

Durante o conflito, concluído em 1992 com o Acordo Geral de Paz, assinado a 4 de Outubro em Roma, cerca de um milhão de pessoas morreram em combates e por conta de crises de fome, cinco milhões de civis foram deslocados e muitos sofreram amputações por minas terrestres, um legado da guerra que continua a assolar o país. (9)

Entretanto, a Constituição de 1990 introduziu no sistema político moçambicano a possibilidade da organização de partidos políticos que poderiam passar a participar na governação do país. Dois anos mais tarde (1994) foram realizadas as primeiras eleições multipartidárias do país.

3ª. Período: Moçambique após os acordos de paz.

Este período, que se iniciou no princípio da década de 90, até ao presente, foi marcado pela reconstrução e redimensionamento/expansão do sistema de saúde, assim como por um grande esforço de planeamento estratégico (da rede sanitária, de recursos humanos, programático) em coordenação com uma vasta rede de doadores, que se mantém até ao presente.

Na tabela seguinte, apresenta-se um quadro resumo com as principais Políticas de Saúde e marcos legislativos que contextualizam a evolução dos CSP em Moçambique, desde a independência até o ano 2008.

Tabela 5. Principais Políticas de Saúde e marcos legislativos que contextualizam a evolução dos Cuidados de Saúde em Moçambique. (Desde a independência até o ano 2008).

Moçambique	Contexto Internacional
Pós-independência (1975-1982)	
<p>1. Conceptualização do sistema de saúde: O I Seminário Nacional de Saúde, realizado de 30 de Outubro a 04 de Novembro de 1975, apenas 4 meses após a Independência Nacional, faz uma aposta clara pelos cuidados preventivos. Nesse Seminário foi lançada a palavra de ordem de «Promoção da Saúde da Comunidade pela própria Comunidade», 1.1. Organização dos serviços de saúde em níveis: primário; secundário, terciário e o quaternário; 1.2. Nacionalização das unidades de saúde privadas; 1.3. Caracterização técnica das unidades sanitárias: tipo de actividades realizadas, equipas, material (do posto de saúde ao hospital rural) e reclassificação de unidades sanitárias; 1.4. Expansão da rede sanitária; 2. Prioridade aos cuidados preventivos; 3. Políticas de recursos humanos: 3.1. Criação de novas categorias profissionais;</p>	<p>Objectivo "saúde para todos no ano 2000" da OMS.</p> <p>Estratégia dos CSP</p>

<p>3.2. Investimento em formação; 3.3. Contratação de pessoal estrangeiro: Médicos, Técnicos de cirurgia da Guiné Conackri.</p>	
<p>Marcos Legislativos relevantes 1975. Constituição Moçambicana de 1975. Estabelece a obrigação da República Popular de Moçambique de organizar um sistema de saúde que beneficie toda a população (1). Decreto-Lei n. 5/75, de 17 de Agosto: Nacionalização das unidades de saúde privadas. Este decreto-lei coloca todos os estabelecimentos de saúde, incluindo equipamento e material, sob o controlo do MISAU. O pessoal destes estabelecimentos será integrado no Serviço Nacional de Saúde (SNS) de acordo com as condições do MISAU.</p> <p>Lei n. ° 2/77, de 27 de Setembro. Socialização da medicina. Este diploma legal cria um sistema de tarifas nas unidades de saúde do SNS (tarifas de pacientes internos e externos) e procura harmonizar o critério de cobranças entre as diferentes unidades do SNS. A lei estabelece que todos os cuidados preventivos são gratuitos (o significado exacto de «cuidados preventivos» é definido em legislação subsequente) (1). Legislações subsequentes vão alterando os valores dos pagamentos a efectuar.</p>	
Guerra civil (1982-1992)	
<p>1. Redução do orçamento para a saúde. 2. Redução da despesa de saúde. 3. Recuperação de custos. 4. Início de trabalho com agências internacionais para obter ajuda orçamental ao sector saúde (meio da década de 80). 5. Políticas de recursos humanos: 5.1. Criação /reconfiguração de categorias profissionais (continuação); técnicos de cirurgia; 5.2. Investimento em formação (continuação). 6. Autorização da prática de actividade privada. 7. Política mais aberta para os hospitais.</p>	<p>Adesão ao BM e FMI</p> <p>Apoio internacional a actividades hospitalares (inicia-se no fim da década de 80).</p>
<p>Marcos Legislativos: 1990. Constituição Moçambicana de 1990 De acordo com a Constituição, o Estado é responsável pela organização do SNS a fim de garantir os direitos dos cidadãos. Esta responsabilidade é assumida pelo Estado através do MISAU. A Constituição sublinha que o Estado deve promover a participação dos cidadãos no melhoramento da saúde da comunidade. 1992. 1991. Lei n.º 25/91, de 31 de Dezembro, cria o SNS. Atendendo ao direito constitucional aos cuidados de saúde, a lei estabelece quatro níveis de unidades para o SNS. O SNS inclui também centros de higiene e sanidade, instituições de formação, laboratórios especializados e outras instituições que podem ser criadas no futuro (1). 1997. Diploma ministerial nº 94/97, de 22 de Outubro, Estatuto do MISAU.</p>	
Pós-acordos de paz (1992-2008)	
<p>1. Redimensionamento e reconstrução da rede sanitária: Plano de Reabilitação e Reconstrução do Sector Saúde (1990-1992); Plano de desenvolvimento da rede sanitária. 2. Políticas de recursos humanos: 2.1. Criação /reconfiguração de categorias profissionais (continuação); 2.2 Investimentos em formação (continuação); 2.3. Reabilitação e construção de centros de formação; 2.4. Planos de desenvolvimento de recursos humanos;</p>	<p>BM como parceiro importante na reabilitação da rede sanitária.</p>

<p>2.5. Acordos para novas faculdades de medicina. 3. Memorandum de entendimento entre os vários parceiros da área da saúde (Código de conducta, SWAP). 4. Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS).</p>	
<p>Marcos Legislativos: 2002. Diploma Ministerial nº 127/2002. Caracterização técnica, enunciado de funções específicas, critérios e mecanismos para a classificação das instituições do SNS. 2004. Diploma Ministerial nº 40/2004, de 28 de Fevereiro, Regulamento Geral dos Hospitais; 2005. Decreto nº 11/ 2005 de 10 de Junho, Legislação sobre os órgãos locais do Estado Lei nº 8/2003.</p>	

Fonte. Elaboração própria, baseada em diferentes textos entre eles Gomes Dos Santos, MC. Hospitais de Primeira Referência, Distrito de saúde e Estratégia dos Cuidados de Saúde em Moçambique. Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa. 2011

2.2. A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE EM MOÇAMBIQUE.

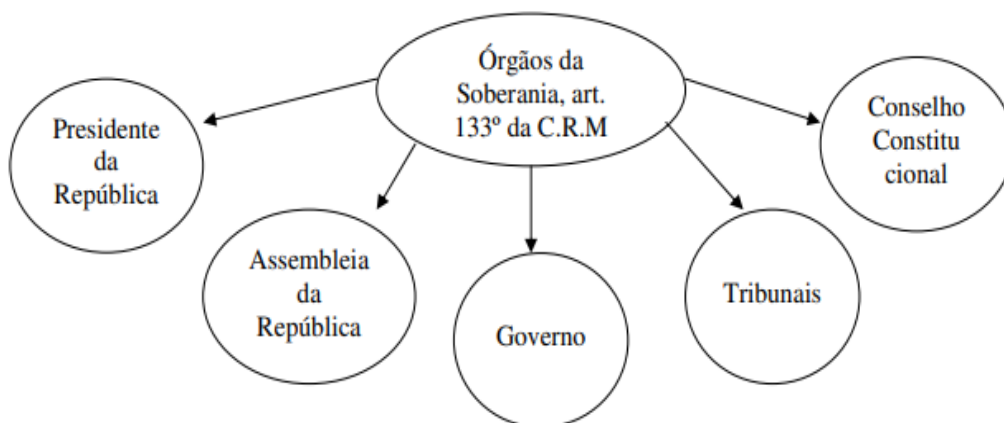
Antes de apresentar a organização dos sistemas de saúde em Moçambique resume-se de forma breve a organização político-administrativa do país.

O poder político em Moçambique está organizado **em órgãos de soberania e em órgãos locais do Estado (arts. 133º e 262º da Constituição da República).**

Os órgãos da soberania respondem ao nível central e os órgãos locais ao nível local.

- **São órgãos da soberania: o Presidente da República, a Assembleia da República, o Governo, os Tribunais e o Conselho Constitucional (art. 133º da Constituição da República de Moçambique).**

Figura 1. Esquema de organização política ao nível central em Moçambique:



Fonte: Stiftung , K,A “ Estructura do Estado e Democracia em Moçambique”. Manual para a formação. Ed. Fundação Konrad Adenauer. Maputo, 2010. Disponível em http://www.kas.de/wf/doc/kas_20233-1522-1-30.pdf?100728171420 (11)

- **Os órgãos locais do Estado** têm como função à representação do Estado ao nível local para a administração e o desenvolvimento do respectivo território. Ao mesmo tempo, eles contribuem para a integração e unidade nacionais (art. 262º da CRM). A

organização e funcionamento dos órgãos locais do Estado obedecem aos princípios da descentralização e desconcentração e promovem a utilização dos recursos disponíveis, garantem a participação activa dos cidadãos e incentivam a iniciativa local na solução dos problemas da comunidade (art. 263º n.º 2 da CRM).

Existem Órgãos Locais do Estado ao nível **da Província, dos Distritos, dos Postos Administrativos e das Localidades**. Estes, além da Constituição são consagrados na Lei dos Órgãos Locais do Estado (n.º 8/2003 de 19 de Maio) com o seu regulamento. (11)

Na tabela seguinte apresenta-se um esquema da organização político-administrativa, acima exposta.

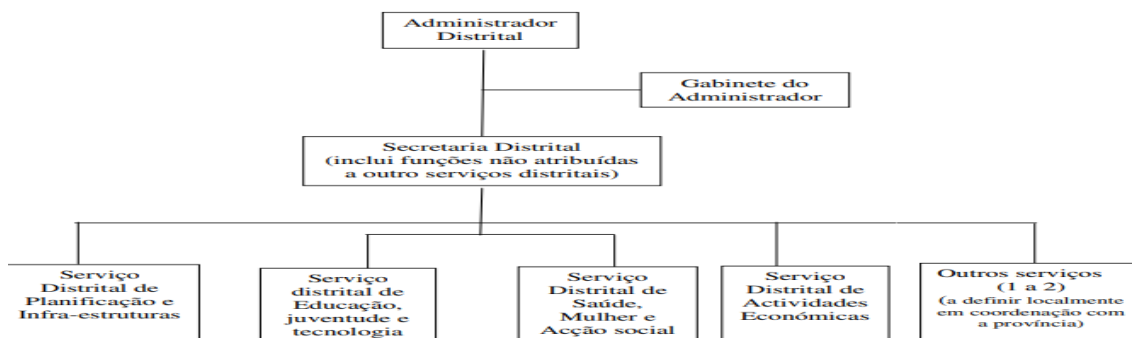
Tabela 6. Organização Político-Administrativa de Moçambique

NIVEL	Órgãos
Central (20 ministérios)	Governo Central Ministérios Sectoriais (incluindo MISAU) (1)
Provincial (11 províncias)	Governo Provincial Direcções Provinciais (incluindo DPS's) (2)
Distrital (128 distritos)	Governo Distrital Direcções dos serviços distritais (incluindo Saúde) (3)
Municipal (53 municípios)	Governo Municipal Direcções dos serviços municipais (incluindo Saúde)(3)
Posto administrativo (419 postos administrativos)	Governo do Posto Administrativo Representações sectoriais (incluindo Saúde) (4)
Localidade (1052)	Chefe de Localidade e Lideranças tradicionais
Bairro /Aldeia	Chefe da Aldeia Lideranças tradicionais
Legendas: 1. Organizados cada um de forma distinta e separadamente. 2. Organizados cada um de forma distinta e separadamente. 3. - Unificados mediante relação de abordagem e política (a saúde unificada com mulher e acção social). 4. - Unificados como no nível distrital (a saúde representada pela US e Chefe e respectivo chefe na sede do Posto)	

Fonte: Elaboração Própria, com base em: Stiftung , K,A “ Estructura do Estado e Democracia em Moçambique”. Manual para a formação. Ed. Fundação Konrad Adenauer. Maputo, 2010. Disponível em http://www.kas.de/wf/doc/kas_20233-1522-1-30.pdf?100728171420 (11)

O Decreto n.º 6/2006 de 12 de Abril cria uma nova base do estatuto orgânico do governo distrital e consoante o mesmo, o governo distrital tem a seguinte estrutura:

Figura 2. Estrutura tipo do Governo Distrital (Decreto n.º 6/2006 de 12 de Abril)



Fonte: Elaboração Própria, com base em: Stiftung, K,A “Estrutura do Estado e Democracia em Moçambique”. Manual para a formação. Ed. Fundação Konrad Adenauer. Maputo, 2010. Disponível em http://www.kas.de/wf/doc/kas_20233-1522-1-30.pdf?100728171420 (11)

2.2.1. A prestação de serviços de saúde

Actualmente a prestação de serviços de saúde em Moçambique, é feita por quatro tipos de prestadores.

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

2.2.1.1. O Serviço Nacional de Saúde. (SNS) ⁴

O SNS, dependente do MISAU, foi criado por lei no ano 1991 (lei 25/91 de 31 de Dezembro). Nos diferentes artigos a lei desenvolve os aspectos-chave do SNS, tais como: composição, objectivos, funções, organização e níveis de atenção sanitária, características técnicas e funções específicas, gestão e outras formas de colaboração, património, pessoal. Na citada lei indica-se que o Ministro da Saúde aprovaria, através de Decretos Ministeriais, as características técnicas e as funções específicas de cada tipo de instituições do SNS. No mesmo dia foi publicada a lei 26/91 que autoriza a prestação de cuidados de saúde por pessoas singulares (privadas).

O decreto Presidencial 11/95 define os objetivos, atribuições e competências do Ministério da Saúde, nos diferentes âmbitos. O MISAU é considerado nesta lei como o “Órgão Central do Aparelho do Estado responsável pela aplicação da Política de Saúde nos domínios públicos, privado e comunitário”, sendo durante anos a única instituição responsável da mesma. (12)

⁴ A maior parte informação apresentada nesta seção baseia-se na informação contida em “Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) 2014-2019”. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação. Moçambique Sep 2013. 11.- Plano Estratégico do Sector da Saúde(PESS) 2014-2019 . Republica de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação. Sep 2013. Disponível em: http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/mozambique/pess_30_setembro_2013_detalh_com_anexos_vf_celia.pdf

2.2.1.2. O Sector Privado

A dimensão e a abrangência do sector privado na provisão de serviços de saúde variam de acordo com as respectivas subcategorias:

- **Os prestadores privados com fins lucrativos:** limitam-se, praticamente, às zonas urbanas. Em particular na Cidade de Maputo, mais de metade dos estabelecimentos prestam serviço de farmácia e beneficiam, principalmente, trabalhadores de grandes empresas, missões diplomáticas e clientes de seguradoras. Devido ao fraco controlo deste sector e à falta de clareza quanto à sua regulamentação, pouca informação existe sobre a sua utilização, bem como sobre os recursos que utiliza, embora seja assumido que os RHS, e não só, são partilhados com o sector público. Daí que o seu papel complementar na melhoria do acesso equitativo aos cuidados de saúde careça de uma análise mais aprofundada;
- **O sector privado não lucrativo:** composto por uma variedade de ONGs, desde locais ou nacionais, internacionais, ligadas a missões religiosas, de base comunitária, etc. Embora algumas ONGs tenham uma orientação de caridade, participação e empoderamento, a maioria das que operam no sector de saúde concentram-se na provisão de serviços em estreita ligação com o sector público.

2.2.1.3. A Saúde Comunitária

Várias iniciativas de prestação de serviços de saúde de base comunitária ocorrem em Moçambique, quer por iniciativa e apoio directo do Governo, quer através de ONGs locais e internacionais. Para além de brigadas móveis e campanhas de saúde realizadas pelo SNS, com apoio dos seus parceiros, alguns serviços básicos são prestados por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), nomeadamente os Agentes Polivalentes Elementares (APEs), Parteiras Tradicionais (PT) e outros ACS.

No capítulo 4 será apresentada a nova Estratégia de Saúde Comunitária (ano 2020).

2.2.1.4. Medicina Tradicional e Alternativa

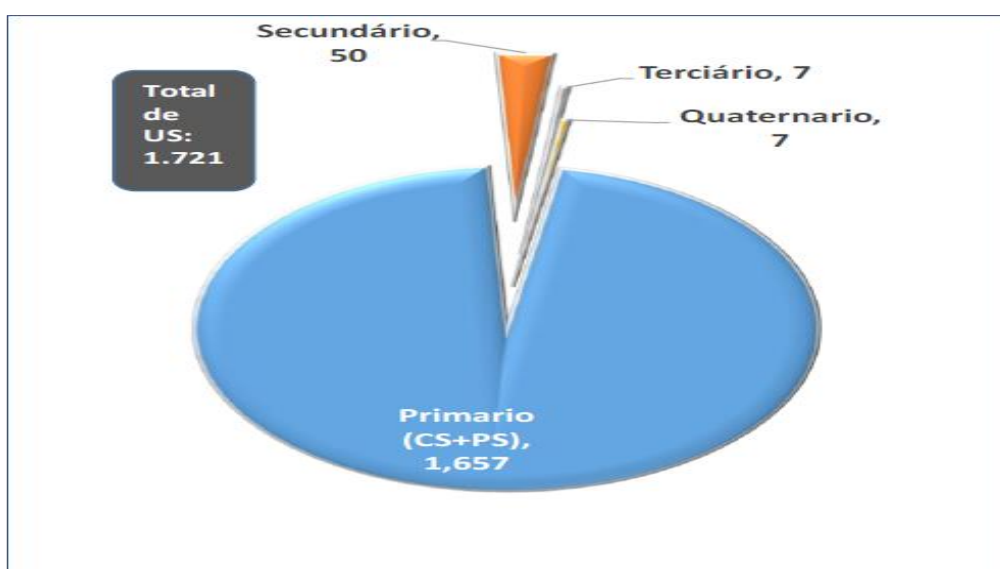
No País, por razões culturais e de acesso aos Cuidados de Saúde, a maioria dos moçambicanos são primeiro observados pelos PMT, e sabe-se que a actividade realizada por estes, abrange maior cobertura de serviços de saúde primários na comunidade (cerca de 70%). Estima-se que há um PMT para 200 habitantes. A integração deste grupo no Sistema Nacional de Saúde e a sua colaboração, como actores formais, nos CSP é de extrema importância, tendo em conta a situação de insuficiência em que se encontra a cobertura dos serviços de saúde formais. Por outro lado, é reconhecida a existência de plantas com valor medicinal apreciável, assim como cuidados de saúde prestados por este grupo com resultados satisfatórios. Contudo, certos tratamentos têm resultado em casos de intoxicação por medicamentos tradicionais, assim como algumas práticas não garantem a segurança dos pacientes. Em consequência disso o MISAU criou o Instituto de Medicina Tradicional (IMT) para promover o conhecimento e o recurso à Medicina Tradicional e Alternativa (MTA), melhorar as práticas dos PMT's, promover os cuidados de saúde primários através desta medicina, legislar e orientar a prática da MTA no país. (13)

2.2.2. A Rede Sanitária: O Enquadramento dos Cuidados de Saúde Primários.

Em Moçambique, o sector da saúde é constituído pelo Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU), 11 Serviços Provinciais de Saúde (SPS) e 146 Serviços Distritais de Saúde de Mulher e Acção Social (SDSMAS). Além dessas, outras instituições de saúde recebem dotação orçamental autónoma do Orçamento do Estado, nomeadamente: o Centro de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM), o Conselho Nacional de Combate ao HIV / SIDA (CNCS) e também três Hospitais Centrais, quatro Hospitais Gerais, oito Hospitais Provinciais, um Hospital Distrital e um Hospital Psiquiátrico. As DPS e os SDSMAS estão subordinados ao Ministério da Saúde (MISAU) e ao Ministério da Economia e Finanças (MEF). (14)

Segundo o Anuário Estatístico de Saúde do Ministério da Saúde em 2019, a rede sanitária em 2019 era constituída por 1721 US (US), como se pode observar no seguinte gráfico. (1)

Gráfico 4. Distribuição da rede sanitária do SNS por nível de atenção. 2019



Fonte: Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU). Anuário Estatístico de Saúde do Ministério da Saúde em 2019. Disponível em: <https://www.misau.gov.mz/index.php/anuarios-estatistico?start=10> (1)

2.2.2.1. A planificação no sector da saúde: O Plano Quinquenal do Governo (PQG)

Entre os principais instrumentos de planificação, o sector da saúde tem desenvolvido vários planos, que podem ser divididos em: 1) planos multisectoriais (Plano Quinquenal do Governo (PQG), o Cenário Fiscal de Médio Prazo (CFMP) e o Plano Económico e Social (PES); e 2) o Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS). No entanto, uma quantidade significativa de recursos no sector da saúde é canalizada através de projectos financiados por doadores, que estão fora do quadro de planificação nacional. (14)

O Plano Quinquenal do Governo (PQG) é um plano a médio prazo vinculado ao ciclo eleitoral e inclui uma série de objectivos estratégicos, alguns dos quais relacionados com a saúde.

No Programa Quinquenal do Governo 2015-2019 (PQG), a Prioridade II é Desenvolver o Capital Humano e Social. No âmbito desta Prioridade, é definido como Objectivo Estratégico “Expandir o acesso e melhorar a qualidade dos serviços de saúde, reduzir a mortalidade materna, a morbimortalidade por desnutrição crónica, malária, tuberculose, HIV, doenças não transmissíveis e doenças preveníveis”. Por forma a alcançar este Objectivo, o PQG estabelece uma Acção Prioritária específica aos RHS: “aumentar o número de profissionais de saúde formados anualmente e colocados ao serviço do Sistema Nacional de Saúde”. O Quadro de Indicadores do PQG estabelece que o indicador a ser monitorado é “Rácio profissionais de saúde por 100.000 habitantes”, com uma linha de base de 94 e uma meta de 113,3 para 2019 (15).

Por sua vez, o Programa Quinquenal do Governo (PQG) 2020-2024 centra a sua acção governativa na melhoria do bem-estar e da qualidade de vida das famílias moçambicanas, na redução das desigualdades sociais e da pobreza, na criação de um ambiente de paz, harmonia e tranquilidade, com um forte estímulo na criação do emprego. Neste sentido, o Programa do Governo tem o seu enfoque nas seguintes matérias: (i) A manutenção da paz, democracia e unidade nacional; (ii) Um crescimento inclusivo e sustentável; (iii) A estabilidade social e económica; (iv) A dinamização da produtividade e competitividade da economia, (v) As mudanças climáticas; (vi) Criação de emprego; (vii) A promoção do empreendedorismo e inovação tecnológica; e (viii) A Boa Governação e Descentralização (16)

O Plano contempla três prioridades: I: Desenvolver o Capital Humano e a Justiça Social; Prioridade II: Impulsionar o crescimento económico, a produtividade e a geração de emprego; Prioridade III: Fortalecer a Gestão Sustentável dos Recursos Naturais e do Ambiente

Para garantir o desenvolvimento do Capital Humano e justiça social o Governo estabelece os seguintes objectivos estratégicos: (i) Promover um Sistema educativo e inclusivo, eficiente e eficaz que responda as necessidades do desenvolvimento humano. (ii) Expandir o acesso e melhorar a qualidade dos serviços de saúde; (iii) Promover a participação da sociedade nas actividades socioculturais, desportivas e económicas em especial a juventude; e (iv) Promover a igualdade e equidade de género, inclusão social e protecção dos segmentos mais vulneráveis da população.

Para atingir o Objectivo Estratégico (ii): Expandir o acesso e melhorar a qualidade dos serviços de saúde, o Governo assegurará **o fortalecimento dos cuidados de saúde primários, por forma a dar resposta eficaz e eficiente às políticas de saúde que garantam a provisão de cuidados e prestação de serviços de qualidade a todos os cidadãos**. Deste modo, a acção governativa, compromete-se a garantir, manter e aprofundar os ganhos em saúde com base nas seguintes acções: a) Incentivar a utilização dos serviços de saúde materna para aumentar os partos institucionais; b) Reduzir a Taxa da Mortalidade Materna Intra-Hospitalar (TMMIH) por 100.000 NV através da provisão de meios auxiliares básicos de diagnóstico e tratamento; c) Aumentar o número de crianças e adultos HIV + elegíveis, que recebem terapia antirretroviral; d) Expandir os serviços de prevenção, diagnóstico, tratamento e combate à malária em todo o país; e) Reduzir a prevalência e mortalidade das doenças preveníveis através de vacinas; f) Aumentar o rastreio de Cancro de Colo de útero nas mulheres dos 25 - 54 anos na Consulta de Saúde Reprodutiva/ Planeamento Familiar; g) Equipar os Serviços de Cuidados Intensivos dos Hospitais Centrais (Maputo, Beira e Nampula) e dos Hospitais Provinciais (Lichinga, Pemba, Chimoio, Tete, Inhambane, Xai-Xai e Matola); h) Assegurar a disponibilidade de Medicamentos nas unidades sanitárias, muito em especial nas áreas de Saúde Materna e Reprodutiva; i) Introduzir o Serviço de Ressonância Magnética nos Hospitais Centrais de Nampula e Beira; j) Introduzir Serviços de Hemodiálise no Hospital Central de Quelimane; k) Formar Praticantes de Medicina Tradicional e Alternativa (PMTA) em Cuidados de Saúde Primários (CSP) com abordagem sócio- cultural; l)

Melhorar o Rácio profissional de regime especial de saúde/habitante através da provisão de mais profissionais de regime especial de saúde; m) Formar Médicos Especialistas em diferentes especialidades de Saúde com enfoque nas áreas de Cirurgia geral, Anestesia e Reanimação, Ginecologia e obstetrícia, Medicina Interna e Pediatria; n) Afectar técnicos de saúde qualificados nas unidades sanitárias militares; e o) Garantir o aprovisionamento de medicamentos e sua distribuição pelas Unidades Sanitárias Militares.

Os indicadores usados para medir os progressos no PQG estão contidos na seguinte tabela.

Tabela 7. Indicadores e Metas do Desenvolvimento do Capital Humano e Justiça Social

Objectivo Estratégico	Nº ord.	Indicador de Resultado	Base 2019	Meta 2024	Instituição
Expandir o acesso e melhorar a qualidade dos serviços de saúde	24	Aumentados a % os partos institucionais para a redução da morbi-mortalidade através da expansão e melhoria da Qualidade dos Cuidados e Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva	87%	91%	MISAU
	25	Reduzido o Rácio de MMIH de 89.3 a 65.7 por 100.000 NV	89.3	65.7	
	26.1	Reduzido o peso de doenças endémicas por HIV-SIDA através do aumento do número de Crianças e Adultos em TARV de 86.920 a 141.154 e de 1.125.642 a 1.852.390 respectivamente	86,920	141,154	
	26.2		1,125,642	1,852,390	
	27.1	Reduzida a morbi-mortalidade por Malária através de métodos preventivos (PIDOM e REMILDS)	85% (1.126.579)	85% (4.831.008)	
	27.2		90%	1,537,802 (95%)	
	28	Melhorada a Saúde e a Qualidade de vida em menores de cinco anos através do aumento de Crianças Completamente Vacinadas	94%	(96%) 1,001,405	
	29	Reduzido o peso das Doenças Não Transmissíveis (DNT) através do aumento de mulheres de 25 a 54 anos rastreadas em cancro do colo uterino	22%	1,574,355 (30%)	
	30.1	Melhorado o acesso, procura dos serviços essenciais e especializados, através da provisão do equipamento de especialidade/diagnóstico, disponibilidade de medicamentos e capacidade de atendimento nas Unidades Sanitárias (US)	02 (HCM e HCQ)	4 HC	
	30.2		0	7 HP	
	30.3		70% (US com disponibilidade de medicamentos)	90% (US com disponibilidade de medicamentos)	
	30.4		1 Rmag (HCM)	3 Rmag (HCN, HCB, HCQ)	
	31	Fortalecida a colaboração e complementaridade entre a MTA e a Convencional nos CSP	24,435 (PMTA formados)	30,544	
	32	Rácio de densidade dos profissionais de regime especial de saúde nacionais e estrangeiros de 113.3 em 2018 a 170.5 por 100.000 habitantes em 2024	113.3	170.5	
	33	Melhorada a prestação de Serviços de Saúde de Qualidade à população com a provisão de mais Médicos Especialistas de 670 em 2018 a 935 em 2024 nas US	670	935	
34	Melhorada a qualidade dos serviços prestados nas unidades sanitárias militares com afectação de técnicos de saúde	581	2.800	MDN	
35	Garantido o acesso dos medicamentos nas unidades sanitárias militares com a distribuição de Kits de medicamentos	358	358		

Fonte: MISAU: Programa Quinquenal do Governo 2020-2024. Maputo, Moçambique, 2020. Disponível em: http://www.ts.gov.mz/images/PQG_2020.2024_Versao_AR_02042020-min.pdf (16)

2.2.2.2. Caracterização técnica de funções específicas, critérios e mecanismos para a classificação das instituições do SNS⁵

O Diploma Ministerial 127/ 2002 é o documento regulador da caracterização técnica, enunciado de funções específicas, critérios e mecanismos para a classificação das instituições do SNS. (12)

Neste diploma são definidos os aspectos-chave relativos à organização dos cuidados de saúde, as funções a realizar em cada tipo de unidade de saúde e a equipa mínima de profissionais necessária (quadro tipo) por cada tipo de unidade sanitária de nível primário e secundário.

A seguir são apresentados os aspectos mais relevantes do referido Diploma:

A organização e prestação dos cuidados de saúde, estrutura-se em quatro níveis:

- **Nível Primário: Centros de Saúde (CS) Rurais tipo I e tipo II e CS Urbanos tipo A, B, C,** com ou sem maternidade. Prestam os serviços básicos de saúde, que incluem a maior parte dos programas prioritários;
- **Nível secundário** é composto pelos Hospitais Distritais (HD), Gerais (HG) e Rurais (HR), que habitualmente servem mais do que um distrito e representam o primeiro nível de referência.

Os níveis primário e secundário estão essencialmente vocacionados para a prestação de CSP

- **Nível Terciário:** Hospitais Provinciais (HP);
- **Nível quaternário** Hospitais Centrais e Especializados (HC).

Os níveis terciário e quaternário oferecem cuidados diferenciados, prestados por profissionais especializados, e representam os níveis seguintes de referência. (12)

Na tabela seguinte apresentam-se algumas das definições e características do Sistema descritas no Decreto.

Tabela 8. Algumas das definições e características do Sistema descritas no Decreto 127/ 2002

Serviço Nacional de Saúde	O SNS é o conjunto das unidades sanitárias de formação e outras, dependentes do Ministério da Saúde, incluindo as que foram nacionalizadas em conformidade com o Decreto-Lei nº 5/75, de 10 de Agosto, que concorrem para a prestação de cuidados de saúde à população.
----------------------------------	---

⁵ A maior parte da informação apresentada nesta seção baseia-se na informação contida no Diploma Ministerial nº 127/2002. "Caracterização técnica, enunciado de funções específicas, critérios e mecanismos para a classificação das instituições do SNS".

Níveis de atenção de saúde	<p>Para efeitos de assistência sanitária à população e de categorização hierárquica das instituições, o SNS organiza-se pelos seguintes níveis de atenção:</p> <p>a) nível primário: constituído por centros e postos de saúde, cada um deles compreendendo a respectiva área de saúde;</p> <p>b) nível secundário: constituído por <i>hospitais distritais, gerais e rurais;</i></p> <p>c) nível terciário: constituído por hospitais provinciais;</p> <p>d) nível quaternário: está constituído por hospitais centrais e especializados.</p>
Área de saúde	Área de Saúde: é a unidade territorial com uma população até um <i>máximo</i> de 100.000 habitantes, servida por um Centro de Saúde, o qual, nessa área, tem a responsabilidade pela Saúde das populações e do seu meio ambiente.
Distrito	O distrito é a unidade territorial principal da organização e funcionamento da administração local do Estado e a base da planificação do desenvolvimento económico, social e cultural da República de Moçambique. O distrito é composto por postos administrativos e localidades.
Centros de Saúde	São as unidades sanitárias de Nível Primário, que tem como função dispensar CSP a população da sua Área Saúde, incluindo intervenções sobre o meio ambiente.
Zona de influência directa de um Centro de Saúde ou área de cobertura	Por vezes também chamada «Zona de captação, área de cobertura ou « <i>Raio</i> de acção de um Centro de Saúde»: é a zona geográfica em cuja área o Centro de Saúde representa o primeiro contacto da população com os Serviços de Saúde e que terá um Centro de Saúde, em zona rural, num raio de 8 Km e em zona urbana um raio compreendido entre 1 e 4 Km.
Zona de influência indirecta de um Centro de Saúde	É a Zona geográfica para além da Zona de influência directa, a partir da qual um Centro de Saúde ainda recebe casos (geralmente graves) e no qual exercem actividades de Saúde por brigadas móveis a partir desse Centro de Saúde. Em geral é uma zona com um raio que pode chegar a 40 ou 50 Km ou mesmo mais. O Centro de Saúde poderá ainda ter de supervisionar e apoiar outras unidades sanitárias de nível inferior situadas nesta zona.
Zona rural	A que não é urbana (ver a seguir). Se refere a toda área geográfica caracterizada pela ausência de grandes concentrações da população e com tendência a uma produção de bens primários.
Zona Urbana	Todos os agregados populacionais classificados com o estatuto de Cidade ou Vila.
Hospital	<p>Hospital: é um local de prestação de cuidados clínicos, em regime de internamento e de atendimento em ambulatório a doentes que não encontram solução para os seus problemas de saúde em níveis inferiores. O Hospital oferece sempre a possibilidades de diagnóstico clínico, com apoio laboratorial e de outros exames complementares e constituem sempre um nível de referência.</p> <p>O Hospital oferece sempre também a possibilidade de cuidados de urgência aos traumatismos e outras afecções. O hospital tem sempre médico</p>

Hospitais distritais, gerais e rurais	A principal característica de um hospital rural que o distingue dos hospitais distritais é possuir condições para a realização de intervenções cirúrgicas e de dispor de internamento com serviços individualizados para quatro especialidades básicas: Medicina Interna, Pediatria, Cirurgia e Obstetrícia e Ginecologia. Os Hospitais Gerais são quase idênticos aos Hospitais Rurais, mas distinguem-se por se situarem sempre em zona urbana.
Zona de influência de um hospital	Zona de influência de um hospital: (por vezes também chamada por “zona de captação”): é a zona geográfica compreendendo várias Áreas de Saúde com os respectivos Centros de Saúde, onde doentes que não encontram solução para os seus problemas de saúde são referidos para esse Hospital.
Dependência hierárquica dos hospitais 3	Os hospitais distritais e rurais ou gerais dependem das Direcções Distritais da Saúde ou dos Serviços de Saúde das Cidades Os Hospitais Provinciais dependem das Direcções Provinciais de Saúde; Os hospitais centrais e especializados dependem dos Órgãos Centrais do Ministério da Saúde, mantendo uma articulação funcional e técnica com as Direcções Provinciais e de Cidades, das províncias onde se situam.

Fonte: Elaboração Própria, baseada em diversas fontes: 1 - Lei n.º 25/91, de 31 de Dezembro, que cria o Serviço Nacional de Saúde; 2- Diploma Ministerial nº 127/2002. Caracterização técnica, enunciado de funções específicas, critérios e mecanismos para a classificação das instituições do SNS.

Tendo em conta que o objectivo deste capítulo é analisar a situação dos CSP em Moçambique, apenas serão apresentadas algumas das características do Diploma Ministerial nº 127/2002, relativas à caracterização técnica, enunciado de funções específicas, critérios e mecanismos para a classificação das instituições do SNS de nível primário, por entender que é o “espaço” por excelência para a prestação de CSP à população, sendo possível aprofundar no próprio Diploma.

O Diploma indica as funções gerais dos Centros de Saúde-CS (12):

1. As unidades sanitárias de **Nível Primário** são designadas como **CS** e têm como função oferecer CSP. Eles constituem o local ideal para o primeiro contacto da população com os Serviços de Saúde;
2. O CS, tendo a responsabilidade da SAÚDE da população e do seu meio ambiente, devem assegurar a cobertura sanitária de uma população (primeiro contacto) dentro de uma zona geográfica bem definida: a **ÁREA DE SAÚDE**.
3. Todos os CS devem realizar o estudo e o recenseamento físico, geográfico, demográfico, sócio-económico e cultural da Área de Saúde e oferecer as seguintes componentes dos CSP: **Educação para a Saúde (EPS); Programa Alargado de Vacinações (PAV); Saúde Materno-infantil e planeamento familiar (SMI/PAV); Promoção do saneamento do meio e das actividades de vigilância e de controle da higiene do ambiente; Garantia de qualidade da água e dos alimentos (inspecções sanitárias); Educação nutricional, promoção de boas condições nutricionais e prevenção de doenças nutricionais; Prevenção e controle das principais doenças endémicas, com respeito pelas respectivas estratégias de luta; Diagnóstico clínico (com ou sem apoio laboratorial) e**

Tratamento das afecções correntes; Primeiros socorros e outros cuidados de urgência aos traumatismos mais vulgares; Distribuição de medicamentos essenciais; Recolha e tratamento de dados estatísticos, epidemiológicos e demográficos de base e elaboração de relatórios periódicos.

4. Competem ainda aos CS as seguintes funções:

- a. Supervisão e apoio logístico e técnico as acções de Saúde e de saneamento do meio realizadas nos níveis mais periféricos da Área de Saúde (Aldeias e Localidades);***
- b. Referência para níveis superiores, dos problemas de Saúde que não possam ser resolvidos ao seu nível;***
- c. Gestão dos recursos que lhe forem atribuídos.***

Quanto aos TIPOS DE CS:

- I. Os CS classificam-se em "**Urbanos**" e "**Rurais**". Os CS Urbanos localizam-se em zona urbana e, em princípio, os CS Rurais localizam-se em zona rural. Porém os CS com internamento, que servem essencialmente a população rural, são considerados CS «Rurais», mesma quando situados em centros urbanos (Vilas);
- II. **Os CS Rurais são de dois tipos (I e II)** conforme o grau de complexidade técnica da sua infra-estrutura física e da sua organização e equipamento conforme a sua dotação de pessoal e a população a servir na sua zona de *influência directa*. Eles traduzem sub-níveis dos CSP. **O CS de tipo II: é a mais pequena unidade sanitária que oferece CSP em meio rural**, enquanto o CS de tipo I é o CS mais diferenciado e de maiores dimensões, também em meio rural;
- III. **Os CS Urbanos são de 3 tipos (A, B e C)**, conforme a população a servir num raio de 1 a 4 Km. Qualquer deles pode ter ou não ter Maternidade. **O CS de tipo C: é a mais pequena unidade sanitária que oferece CSP em meio urbano**, enquanto o CS de tipo A é o CS mais diferenciado e de maiores dimensões, também em meio urbano. (12)

O Diploma também define outros elementos, tais como: quadro tipo de pessoal para cada tipo de centro, tarefas, serviços a prestar, características físicas infra-estruturas mínimas, instalações periféricas equipas mínimas, listas de mobiliário e equipamento e carga de medicamentos características de cada tipo de CS. Também define: Procedimentos para a planificação e programação de um CS, evolução, manutenção, e reclassificação das US de Nível Primário, já existentes.

2.2.3. Organização administrativa (de governação) do sector de saúde.

Existe evidência cada vez mais crescente de que a governação do sector de saúde joga um papel importante no desempenho (positivo ou negativo) do sistema de saúde, que como já foi explicado na UT 1, **o Sistema de Saúde é um dos DSS mais importantes**. Com efeito, a resposta adequada às necessidades da população requer uma combinação complexa de requisitos e habilidades médicas, científicas, políticas e organizacionais unificadas. Das várias dimensões da governação, nesta secção descreve-se sucintamente a estrutura formal de governação do sector.

Tradicionalmente, a governação do sector obedece à estrutura político-administrativa do país, constituído por três níveis: **Central, Provincial e Distrital**, cada um com responsabilidades

específicas e directas sobre os 4 níveis de atenção da saúde (primário, secundário, terciário e quaternário). Habitualmente, a estrutura organizacional dos níveis periféricos tende a espelhar a do nível central. Contudo, a política de descentralização em implementação no sector público está a transformar a estrutura de governação, outrora de base sectorial, numa de base territorial, afectando sobretudo a forma como as instituições se relacionam e estrutura, incluindo no sector da saúde. (11)

2.2.3.1. O Nível Central

O Ministério da Saúde (MISAU) tem a responsabilidade de elaborar as políticas e estratégias do sector, coordenar a elaboração de planos, mobilizar e alocar fundos, monitorizar, quer a implementação dos planos como o estado de saúde da população, fiscalizar e supervisionar a prestação de serviços, bem como coordenar os diferentes actores nacionais e internacionais, com quem são criadas parcerias. (11)

No ano 2017, foi aprovado, o Estatuto Orgânico do Ministério da Saúde (Resolução nº 4/2017, de 26 de Maio) que revoga o Diploma Ministerial nº 94/97 de 22 de Outubro (17).

Na figura seguinte apresenta-se o organigrama actual do MISAU.

Figura 3. Organigrama do MISAU



2.2.3.2. O Nível Provincial⁶

O Serviço Provincial de Saúde é parte do Governo Provincial e presta contas ao Governador da Província. Tem as seguintes funções: a) garantir a implementação unitária do Sistema Nacional de Saúde, nos termos da lei; b) assegurar a expansão e o acesso aos cuidados de saúde; c) dinamizar a prevenção e o controlo das doenças endémicas e epidémicas; d) coordenar, orientar e prestar cuidados de saúde, exceptuando os cuidados de saúde primário; e) velar pela aplicação da legislação de interesse da saúde pública; f) promover e orientar o desenvolvimento dos recursos humanos, em particular na área técnico profissional específica para a saúde.

Decreto 64/2020 de 7 de Agosto de 2020.

Artigo 12(Direcção Provincial de Saúde)

A Direcção Provincial de Saúde tem as seguintes funções: a) assegurar a expansão e o acesso aos cuidados de saúde primários; b) assegurar a prevenção e o controlo das doenças endémicas e epidémicas; c) promover um sistema comunitário de cuidados de saúde; d) mobilizar recursos para fortalecer a implementação de programas de saúde; e) monitorar o cumprimento de normas e procedimentos sanitários; f) promover parcerias público-privadas; g) garantir a prossecução de acções do género, criança e acção social na saúde no âmbito de cuidados primários; h) propor, à Assembleia Provincial, a criação de unidades de prestação de serviços de saúde no âmbito dos cuidados primários.

A este nível são coordenadas as actividades de saúde dos distritos, através de planos anuais com metas estabelecidas para os vários programas prioritários. Este nível garante a armazenagem e distribuição de materiais e medicamentos para toda a rede sanitária da província e garante que as normas e regulamentos definidos pelo nível central são cumpridos.

Decreto n.º 63/2020 de 7 de Agosto

O Serviço Provincial de Saúde em todas as províncias, menos Cidade de Maputo, tem as seguintes funções:

- a) garantir a implementação unitária do Sistema Nacional de Saúde, nos termos da lei;
- b) assegurar a expansão e o acesso aos cuidados de saúde;
- c) dinamizar a prevenção e o controlo das doenças endémicas e epidémicas;
- d) coordenar, orientar e prestar cuidados de saúde, exceptuando os cuidados de saúde primário;
- e) velar pela aplicação da legislação de interesse da saúde pública;
- f) promover e orientar o desenvolvimento dos recursos humanos, em particular na área técnico profissional específica para a saúde.

Decreto n.º 65/2020 de 7 de Agosto (cidade de Maputo).

Artigo 8 (Estrutura do Conselho dos Serviços de Representação do Estado na Cidade de Maputo)

⁶ A informação foi obtida do Boletim da República Nº 151. (07/08/2020). Para aprofundar na informação do Decreto poder-se-a dirigir ao link <https://gazettes.africa/archive/mz/2020/mz-government-gazette-series-i-dated-2020-08-07-no-151.pdf>

O Conselho dos Serviços de Representação do Estado na Cidade de Maputo, tem a seguinte estrutura:

- a) Gabinete do Secretário de Estado da Cidade de Maputo;
- b) Serviço de Economia e Finanças da Cidade;
- c) Serviço de Actividades Económicas da Cidade;
- d) Serviço de Assuntos Sociais da Cidade;
- e) Serviço de Saúde da Cidade;
- f) Serviço de Justiça e Trabalho da Cidade.

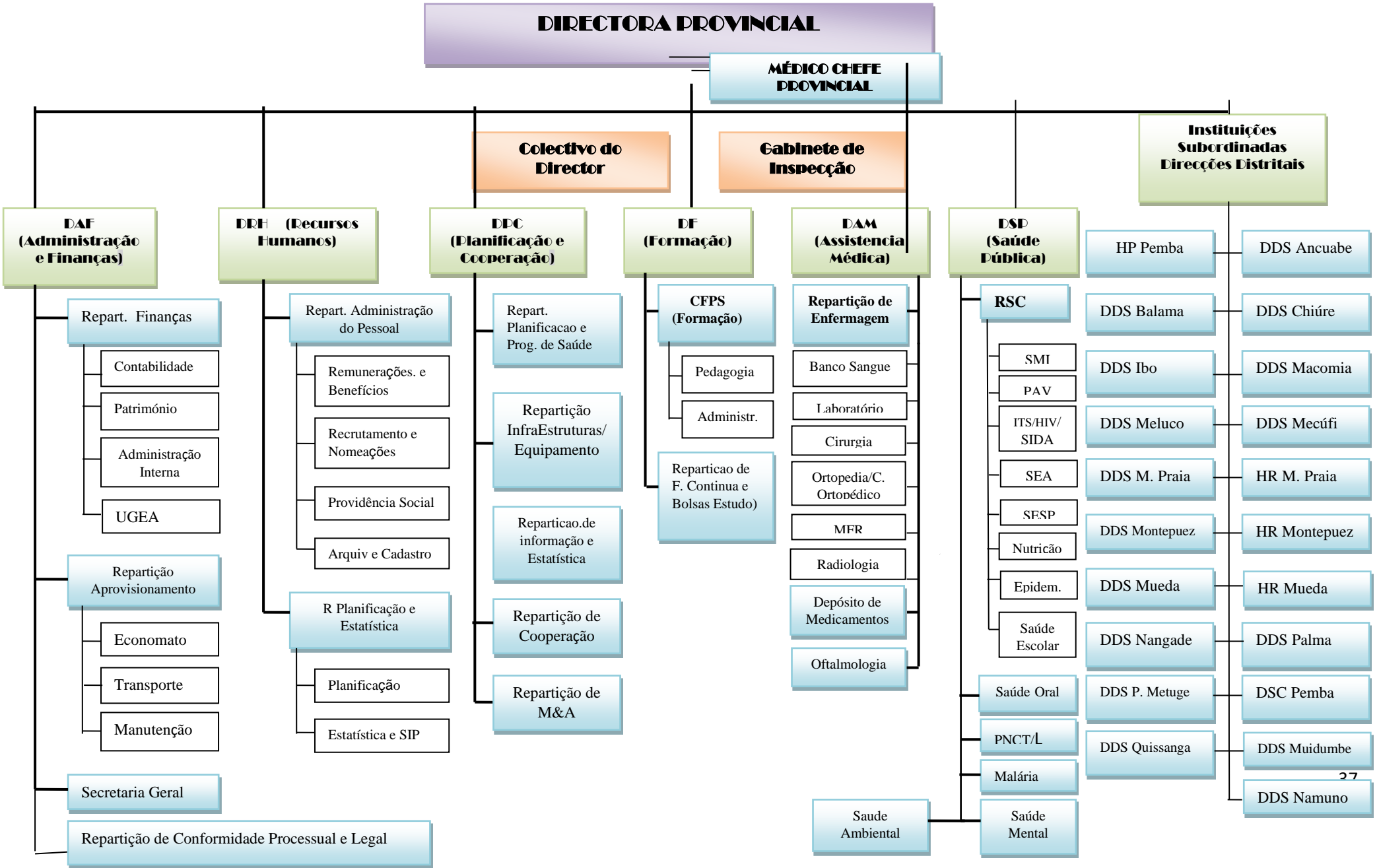
Artigo 16 (Serviço de Saúde da Cidade)

O Serviço de Saúde da Cidade tem as seguintes funções:

- a) garantir a construção de unidades sanitárias, exceptuando as de nível primário, de acordo com as normas definidas pelo ministério que superintende a área da saúde;
- b) supervisionar a implementação de medidas de promoção de saúde e prevenção e controlo de doenças endémicas e epidémicas, exceptuando os cuidados de saúde primários;
- c) gerir a prestação de cuidados de saúde exceptuando os cuidados de saúde primários;
- d) garantir o envolvimento da comunidade na gestão dos cuidados de saúde, exceptuando os cuidados de saúde primários;
- e) garantir a observância da legislação de saúde pública;
- f) gerir as instituições de formação específica em saúde;
- g) gerir o desenvolvimento dos recursos humanos de saúde, exceptuando aos cuidados de saúde primários;
- h) implementar os programas de saúde, exceptuando os cuidados de saúde primários;
- i) implementar as normas de funcionamento e procedimentos técnicos na gestão dos cuidados e programas de saúde, exceptuando os cuidados de saúde primários;
- j) garantir a operacionalização do Sistema de Informação para a Saúde;
- k) implementar e supervisionar as normas sobre a vigilância e notificação de doenças transmissíveis e não transmissíveis, exceptuando os cuidados de saúde primários;
- l) garantir acções multisectoriais no âmbito dos determinantes sociais de saúde;
- m) inspeccionar e fiscalizar o cumprimento de normas e políticas do sector da saúde, exceptuando os cuidados de saúde primários;
- n) coordenar e implementar medidas de saúde pública em casos de emergência, de acordo com as normas definidas pelo ministério que superintende a área da saúde;
- o) implementar e supervisionar o sistema de vigilância epidemiológico, de acordo com as normas definidas pelo ministério que superintende a área da saúde;
- p) garantir a gestão de medicamentos, vacinas e artigos médicos, de acordo com as normas definidas pelo ministério que superintende a área da saúde;
- q) identificar as necessidades para armazenagem e distribuição de medicamentos nas unidades sanitárias;
- r) supervisionar a cadeia de abastecimento de medicamentos, vacinas e outros artigos médicos de acordo com as normas definidas pelo ministério que superintende a área da saúde;
- s) garantir o uso racional de medicamentos, vacinas e outros artigos médicos nas unidades sanitárias, exceptuando nos cuidados de saúde primários.

Na figura seguinte, apresenta-se, como exemplo da organização de uma DPS, o organigrama da DPS da província de Cabo Delgado (ano 2017).

Figura .4. Organigrama da Direcção Provincial de Saúde (DPS) da província de Cabo Delgado.



O Nível Distrital. “O distrito, através da sua rede sanitária, permite a prestação de cuidados de saúde primários às comunidades mais recônditas, fornecendo igualmente uma atenção diferenciada nas sedes distritais”.

Há um discurso político e legislativo que favorece a descentralização do sistema de saúde para o nível distrital. Já em 1978 o distrito foi declarado como unidade base de planificação e implementação, mas, atendendo às circunstâncias e especificidades do sector, aspectos como o aprovisionamento de medicamentos e outros materiais tem-se mantido centralizado. (PESS, 13)

O Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS) faz parte da Administração Distrital e presta contas ao Administrador do Distrito, tendo como funções a gestão dos recursos da saúde e a prestação de serviços à população.

2.2.3.3. O Nível Municipal.

Os Municípios têm também competências na área de saúde, que incluem a “gestão corrente das US do nível primário” e “participar, fazer propostas e dar parecer sobre as metas a atingir para cada um dos programas de saúde”. Devido à capacidade dos Municípios de angariar fundos através de receitas próprias, e a sua relação directa com o nível central do Governo (e a não prestação de contas ao Governo Provincial), espera-se que esta venha a ser a primeira experiência de devolução no sector da saúde, e não só.

Uma revisão constitucional feita em 1996 introduziu a possibilidade de que as cidades, vilas e povoações se tornarem autoridades locais autónomas, chamadas municípios. A seguir às eleições municipais de 1998, 33 cidades tornaram-se municípios.

Em 1997/98, foram tomadas duas medidas fundamentais em matéria de descentralização,: i) descentralização total para as províncias da gestão de todo o pessoal de saúde dos níveis médio, básico e elementar, ficando o Nível Central, unicamente, com a responsabilidade de gestão dos recursos humanos da saúde em serviço no próprio Nível Central e os técnicos de nível superior em todo o País; ii) criação de Orçamentos Provinciais de responsabilidade totalmente provincial, incluindo a sua distribuição por sectores, pelo que o nível central não tem competência para decidir se, em determinada Província, a maior parte dos fundos é atribuída à Saúde ou a outro sector. Esta componente da descentralização foi, em 2006, estendida aos Distritos que passaram a ter os Fundos de Desenvolvimento Distrital, para gerirem de forma autónoma (Ferrinho *et al.*, 2008) (9).

2.2.4. Sistemas de apoio do SNS

A prestação de serviços de saúde é possível porque diferentes sistemas de apoio cumprem a função de aprovisionar as US e as estruturas que as gerem com recursos (humanos, infra-estruturas, medicamentos) e instrumentos (informação, metodologias de gestão, normas e protocolos) para a sua utilização. O financiamento da Saúde, a área de Recursos Humanos da Saúde (RHS), a Farmácia, Logística e Tecnologia, a componente de Informação e Monitoria e Avaliação (M&A) e a Governação do Sector com base, são elementos fundamentais do sistema de apoio.

Das anteriores apenas analisam-se: o financiamento e os RHS

2.2.4.1. Financiamento e gestão financeira.

O financiamento adequado e utilização racional dos recursos disponíveis têm influência directa na quantidade e qualidade de serviços que o sistema de saúde pode providenciar.

Os recursos para o sector saúde em Moçambique são provenientes de fontes públicas e privadas. De acordo com o Inquérito dos fundos externos 2013 e o Relatório de Execução do Orçamento do Estado, o (OE) teve uma menor contribuição (37%) em relação aos doadores/parceiros de desenvolvimento (incluindo os fundos do PROSAÚDE, Onbudget e Offbudget), que representaram 66% da despesa com saúde em 2013. (18)

- **A Primeira fonte de financiamento** é procedente do OE. Este é constituído pelas receitas ordinárias do Estado, pelos fundos e apoio orçamental directo, e pelo PROSAÚDE – fundo para o apoio orçamental ao sector da saúde, inserido na SWAp, que é aplicada nos mesmos moldes que o OE;
- **A segunda fonte de financiamento** são os fundos verticais, destinados a suportar o combate a doenças específicas. Destes, os fundos do Governo dos Estados Unidos e do Fundo Global de Luta contra HIV, TB e Malária (FG) representam mais de metade dos recursos financeiros totais do sector, e são utilizados, frequentemente, sob a forma de contratos com ONGs, ou em espécie; (IFE 2012);
- **Finalmente, a terceira fonte de financiamento** são as despesas privadas, (contribuição das famílias e de outras entidades privadas), que representaram cerca do 13% dos gastos totais, correspondendo a pagamentos feitos a prestadores privados, farmácias e co-pagamentos por serviços nas US do SNS. Esta fonte inclui também a assistência médica e medicamentosa, que desconta 1.5% do vencimento base aos funcionários públicos e é utilizada nas US do SNS. O financiamento através das seguradoras ainda não está devidamente explorado, apesar do seu franco crescimento nos últimos anos.

Nos últimos anos verificou-se uma tendência crescente da despesa total com a saúde passou de US\$529 em 2009 (representando 6.2% do PIB, cerca de 1,000 Meticais ou (27 US\$ *per capita*) para US\$758 em 2013. Este crescimento foi motivado em parte pelo aumento considerável dos fundos externos, mais concretamente de projectos verticais Offbudget, mas, sobretudo, pelo incremento dos fundos do OE, que mais do que duplicaram a partir de 2009 (13,19).

Em 2018 calcula-se que a despesa da saúde em Moçambique tenha representado 4,2% do PIB, correspondendo a 9,57 USD *per capita*, situando-se a um nível muito inferior ao recomendado pela OMS e pelo Banco Mundial para o financiamento de um pacote básico de serviços de saúde. (20)

De acordo com o documento da OMS “Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends” (Gastos públicos com saúde: um olhar mais atento às tendências globais), 2018, nos países com níveis médios/baixos de receitas, a despesa *per capita* com a saúde, situa-se em cerca de 52 euros, recomendando-se que cerca de metade deste valor corresponda aos custos com os cuidados de saúde primários (26 Euros/28 USD). (20)

2.2.4.2. Os Recursos Humanos para a saúde em Moçambique.

Desde os anos 80 do passado século é reconhecida a importância dos RHS para o fortalecimento dos sistemas de saúde, com vista a melhorar a qualidade de atendimento e cumprir com os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

A Global Health Workforce Alliance⁷ considera que na análise dos RHS devem ser tidas em conta 4 dimensões:

Disponibilidade: Existência dum número suficiente de profissionais de saúde, com as competências e a combinação de habilidades adequadas (Skill mg) para cobrir as necessidades sanitárias da população;

Acessibilidade: Acesso equitativo ao pessoal sanitário, tendo em conta o tempo usado para as deslocações a US e tipo de transporte, o horário de abertura e presença dos profissionais de saúde, se as infra-estruturas estão adaptadas às pessoas com deficiência, o sistema de referência e os custos directos e indirectos (oficiais e ilícitos);

Aceitabilidade: características e habilidades dos profissionais de saúde para tratar a todas as pessoas com dignidade, criar um vínculo de confiança, promover a demanda de serviços;

Qualidade: *as competências, habilidades, conhecimento e comportamento dos profissionais de saúde são avaliados de acordo com as normas profissionais e a percepção dos utentes. (19)*

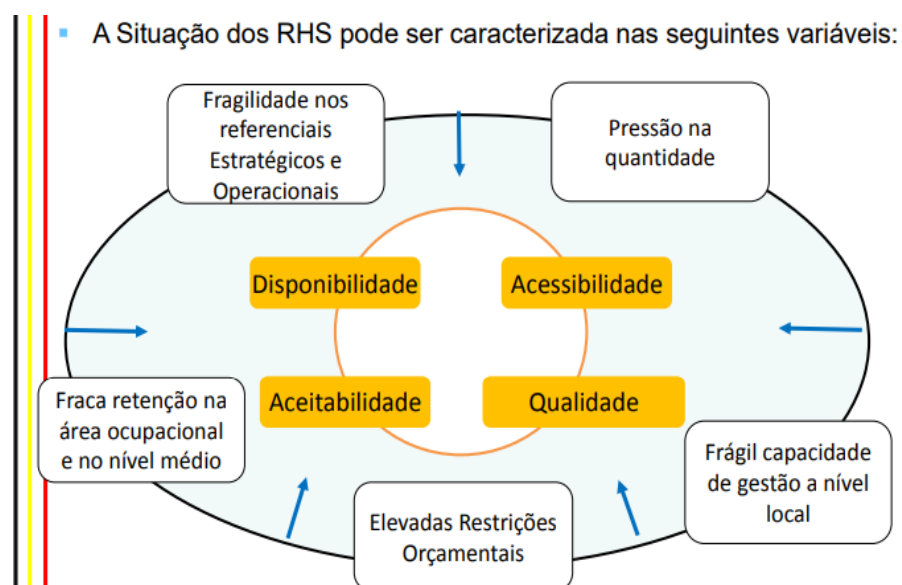
A escassez de RHS é global, porém, é mais acentuada na África Subsaariana. A situação foi descrita no *Relatório Mundial da Saúde 2006 (OMS 2006)*, que estimou um défice global de aproximadamente 4,3 milhões de profissionais de saúde, principalmente médicos, pessoal clínico, enfermeiras e parteiras. Calcula-se que, dos 57 Países que apresentam um défice de RHS, 36 estejam localizados em África. A maior parte desses países tem vindo a elaborar planos e estratégias para o desenvolvimento de RHS, mas todos enfrentam desafios de natureza operacional, financeira e técnica para concretizá-los. (18)

Para monitorar o desenvolvimento de RHS nos países da Região, a OMS-Afro desenhou o Perfil de RHS, instrumento que permite comparar a situação de cada país e as respectivas respostas políticas e estratégicas e no ano 2005 foi criado o Observatório Africano da força de trabalho em saúde. Em Novembro 2011, Moçambique criou, com o apoio da OMS, o Observatório de Recursos Humanos para Saúde (ORHS) (18).

Com base no perfil do RHS, em Moçambique foram elaborados três Planos de Desenvolvimento (PNDRH) e Perfis de RHS: 1º de 2005-2010; 2º de 2008-2015, que incluía uma série de acções coordenadas e

⁷ A Global Health Workforce Alliance (The Alliance) foi criada em 2006 como uma plataforma comum de acção para enfrentar a crise. A Alliance é uma associação de governos nacionais, sociedade civil, agências internacionais, instituições financeiras, pesquisadores, educadores e associações profissionais dedicadas a identificar, implementar e promover soluções. Desde o seu início em 2006, a Aliança tem atuado como um coordenador global, mobilizando atenção global para a crise de recursos humanos para a saúde (RHS) e gerando vontade política e acção para mudanças positivas.

sistemáticas para alargar a força de trabalho da saúde em Moçambique de 1,26 a 1,87 por 1 000 habitantes até 2015, incluindo uma melhoria significativa do sistema de formação inicial do MISAU (21) e o 3º de 2016-2025. (22)



Fonte: MISAU. Plano Nacional de Desenvolvimento para RHS 2016-2025. Disponível em [http://www.esipsaúde.gov.mz:8090/esipsaúde/Material/observatorio_material/Políticas_Legislacao/Plano%20estrategico/MISAU-PNDRH%202016-2025%20\(final\).pdf](http://www.esipsaúde.gov.mz:8090/esipsaúde/Material/observatorio_material/Políticas_Legislacao/Plano%20estrategico/MISAU-PNDRH%202016-2025%20(final).pdf) (22)

Ao fim do período de implementação do PNDRS 2008-2015 a situação dos RHS demonstrou que **existiam fragilidades nas quatro dimensões largamente utilizadas para caracterizar a cobertura dos RHS bem como em cinco variáveis explicativas.**⁸

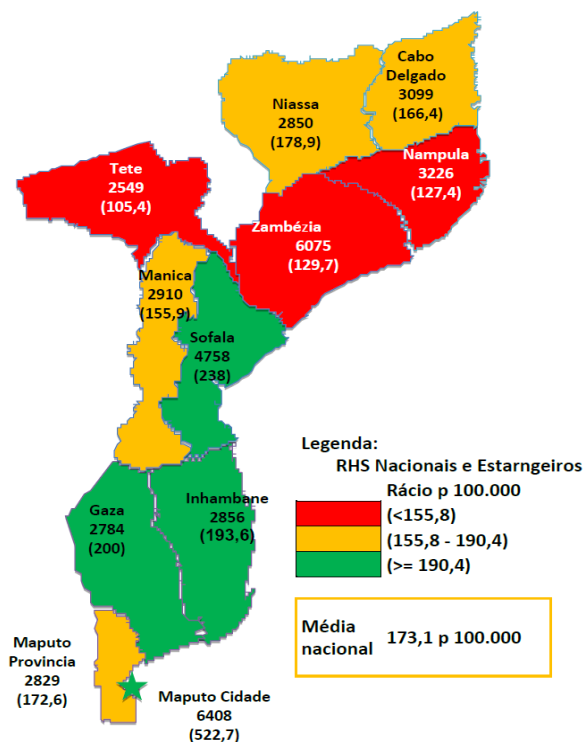
⁸ A informação apresentada nesta seção baseia-se na informação contida no Plano de Desenvolvimento dos RH. (PNDRH) 2016-2025.

Tabela 9. Análise da situação dos RHS a fim de 2015

Disponibilidade dos RHS	Acessibilidade de RHS	Aceitabilidade de RHS	Qualidade de RHS
<ul style="list-style-type: none"> • Crescimento significativo de RHS entre 2006 e 2015 passou de 25.683/ 2006 para 47.833/2015 (aumento de 86%). • O rácio de técnicos por 100 mil habitantes melhorou, passando de 69,2 / 2007 a 100,2 no final de 2015 (médicos (4,0 para 7,7), enfermeiros (22,3 para 27) e ESMI (34,2 para 48,31). • Moçambique continua, no entanto, a estar entre os países do Mundo com os piores rácios de técnicos de saúde por 100 mil habitantes: em Moçambique o rácio de Enfermeiros e ESMI por 100 mil habitantes é de 46,8, bastante abaixo de países como o Quênia (86,3), Zimbabwe (133,5), África do Sul (511,4) ou Brasil (760,1). • 26% dos médicos que trabalham no Serviço Nacional de Saúde (SNS) são estrangeiros, o que significa uma continuada dependência de especialistas estrangeiros. 	<ul style="list-style-type: none"> • O défice de RHS é bastante agravado pelas iniquidades na sua distribuição: as desigualdades entre províncias aumentaram entre 2008 e 2015. O desvio padrão teve um crescimento médio anual de 2,4% entre 2007 e 2015. Este fenómeno é parcialmente explicado pela não implementação dos planos de colocação de acordo com os critérios definidos. • Em 2015, 4 províncias (Nampula, Zambézia, Tete e Manica) não tinham ainda alcançado um rácio de técnicos de 10 profissões prioritárias superior ao melhor rácio provincial verificado em 2007 (Sofala). • A iniquidade na distribuição de técnicos de saúde entre províncias pode ser, numa pequena parte, explicada pela iniquidade na cobertura de unidades sanitárias. • As desigualdades intra-provinciais (entre distritos) pioraram em 8 das 11 províncias administrativas. • Existe igualmente uma iniquidade significativa na distribuição dos técnicos de saúde entre zona rural e urbana e entre rede primária de atenção e os outros níveis de atenção (176 técnicos de saúde por 100 mil habitantes nas zonas urbanas e apenas 65 nas zonas rurais; existem 12 médicos por 100 mil habitantes nas zonas urbanas e apenas 2 nas zonas rurais). 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe bastante fragilidade e um grande espaço de melhoria na aceitabilidade dos profissionais de saúde, em particular na redução de tratamento desrespeituoso e abusivo. • Estudos realizados pelas OSC na monitoria dos serviços de saúde mostram prevalência de tratamento desrespeituoso e abusivo nas US. • Ainda que de forma global 54% dos RHS sejam mulheres, existe uma desproporção significativa entre homens e mulheres em algumas ocupações, cujos técnicos de saúde têm um relacionamento próximo ou quase próximo com o utente, nomeadamente técnicos de anestesiologia (75% homens), técnicos de farmácia (70% homens), técnicos de medicina (65% homens), técnicos de medicina preventiva (56% homens), técnicos de odontoestomatologia (69% homens), técnicos de oftalmologia (71% homens) e técnicos de radiologia (80% homens).. 	<ul style="list-style-type: none"> • A qualidade do processo formativo e dos respectivos graduados é claramente insuficiente. Entre os factores que contribuem para este problema destacam: (1) fragilidades no Ensino Secundário Geral; (2) frágil “filtragem” à entrada da IdF; (3) gestores, professores e estudantes das IdF do MISAU não preparados para Formação Modular; (4) relatos de corrupção; (5) frágeis condições nos campos de estágio; (6) inexistência de acreditação externa; (7) inexistência de “filtragem” à entrada do SNS. • Uma das causas subjacentes a este cenário parece ser a pressão e o foco excessivo na quantidade de pessoas a formar, ainda que compreensível dado o défice de RHS • Quanto ao nível académico dos RHS, registou-se uma redução da proporção dos níveis elementar e básico e um aumento da proporção dos níveis médio e superior. A redução foi mais evidente nos técnicos de saúde (regime especial), nos outros regimes, o número de funcionários de nível elementar cresceu 35% entre 2008 e 2015. Como consequência, o Sector contava com mais de 16 mil funcionários de nível elementar nos outros regimes no final de 2015.

Fonte: MISAU. Plano Nacional de Desenvolvimento para RHS 2016-2025. Disponível em [http://www.esipsaude.gov.mz:8090/esipsaude/Material/observatorio_material/Políticas_Legislação/Plano%20estrategico/MISAU-PNDRH%202016-2025%20\(final\).pdf](http://www.esipsaude.gov.mz:8090/esipsaude/Material/observatorio_material/Políticas_Legislação/Plano%20estrategico/MISAU-PNDRH%202016-2025%20(final).pdf) (22)

Mapa.1. Rácio dos RHS Nacionais e Estrangeiros por 100.000 habitantes, por província, ano 2014.



Fonte: Relatório Anual a situação dos RHS em Moçambique. MISAU/DRH Abril 2015 (1)

Resumo sobre a situação dos RHS

- ✚ Fraca qualidade dos Técnicos de Saúde (seja real ou percebida);
- ✚ Insatisfação latente nos Profissionais de Saúde de nível básico e médio;
- ✚ Iniquidade entre províncias, entre distritos, entre zonas rurais e urbanas;
- ✚ Desproporção entre profissionais do Regime Especial e do Regime Geral;
- ✚ Frágil capacidade de gestão, especialmente no nível provincial e local;
- ✚ Fragilidade nos referenciais estratégicos e operacionais;
- ✚ Formação (aparentemente descontrolada) para o nível Superior;
- ✚ Escassez orçamental para os RHS.

2.2.4.2.A. O Plano Nacional de Desenvolvimento para os RHS (PNDRHS) 2016-2025

O Plano está enquadrado nas seguintes estratégias nacionais:

- ✚ **Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS) 2014-2019 (13).** A sua implementação tem em vista contribuir para o alcance das 5 prioridades de saúde definidas no Plano Estratégico do Sector Saúde 2014-2019, que será explicado a seguir, nomeadamente reduzir a mortalidade materna e neonatal, reduzir a malnutrição crónica, reduzir o peso das doenças endémicas, sustentar os ganhos na redução da mortalidade em menores de cinco anos e reduzir a tendência progressiva das doenças não transmissíveis e o trauma. Através de maior disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos RHS – em particular dos técnicos de saúde – prevê-se contribuir para estas prioridades e para os 7 objectivos estratégicos definidos no PESS 2014-2019.
- ✚ **Programa Quinquenal do Governo para o período 2015-2019 (15).** O PNDRHS 2016-2025 projecta ainda cumprir com a meta de 113,3 técnicos de saúde por 100 mil habitantes definida no Programa Quinquenal do Governo para o período 2015-2019. Este PNDRHS respeita integralmente esta planificação e estabelece a meta de 115 profissionais de saúde por cada 100.000 habitantes em 2019.
- ✚ **Estratégia de Reforma e Desenvolvimento da Administração Pública (ERDAP) (22)** .Os objectivos estratégicos, específicos e as iniciativas estratégicas previstas neste PNDRHS estão também enquadrados na visão estabelecida na ERDAP 2012-2025, que faz ênfase na qualidade dos profissionais, da proximidade com o cidadão, da melhoria da qualidade dos serviços, no

fortalecimento da organização, na cultura de integridade na Administração Pública, na utilização de sistemas de informação e comunicação bem como no acompanhamento e monitoria dos resultados. Em particular, este PNDRHS estabelece metas para aumentar a cobertura de RHS no nível primário de atenção e zonas rurais (onde reside 2/3 da população moçambicana), reforçando o equilíbrio entre os técnicos de saúde por 100 mil habitantes entre as zonas rurais e urbanas. No Sector Saúde, a qualidade de serviços é resultado agregado da prestação dos profissionais de saúde e outros factores (infra-estrutura, equipamento, fármacos e outros). Com relação aos RHS, este PNDRHS introduz a monitoria da satisfação dos serviços dos utentes e dos clientes internos como indicadores importantes de desempenho, em particular a qualidade dos serviços prestados pelos profissionais de saúde.

- ✚ **Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs) (22).** O PNDRHS prevê contribuir para o alcance de alguns dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (SDGs), nomeadamente: **Objectivo 2. Acabar com a fome, alcançar segurança alimentar, melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável.** Reconhecendo que a eliminação da desnutrição não depende apenas de uma produção agrícola diversificada, mas também da mudança de hábitos de alimentação, este PNDRHS prevê um aumento significativo de técnicos de nutrição, especialmente no nível primário de atenção, precisamente no sentido de contribuir para o alcance deste SDG. **Objectivo 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.** Este PNDRHS prevê contribuir para as metas definidas para a saúde sexual e reprodutiva, materna, neonatal e infantil, com o reforço e melhor distribuição de ESMI (de nível médio), especialmente no nível primário de atenção / zonas rurais. Os SDGs definidas igualmente metas para acabar com epidemias do HIV/SIDA, tuberculose, malária e outras. Este PNDRHS prevê contribuir para estas metas com o reforço e melhor equilíbrio na distribuição de Enfermeiros Gerais (de nível médio), especialmente no nível primário de atenção / zonas rurais.

Tabela 10. Os pilares do Plano de Desenvolvimento dos Recursos Humanos 2016-2025.

Pilares do PNDRH		Objectivo estratégico	Subsistema de GRH no SS	Objectivos específicos
1	Atrair	<i>Aumentar a disponibilidade e equidade de profissionais de Saúde competentes e com vocação</i>	Planeamento	Garantir equidade na distribuição dos RHS.
			Formação Inicial	Garantir excelência na oferta de quadros para o Sector de Saúde.
			Recrutamento e Selecção	Absorver mais e melhores profissionais de acordo com as necessidades planificadas.
2	Reter	<i>Reter os profissionais de Saúde na sua área ocupacional, no nível médio e na rede primária.</i>	Carreiras e remunerações	Garantir a evolução dos profissionais de saúde na sua área ocupacional.
				Reter os profissionais de saúde no nível médio.
				Reter os profissionais de saúde no nível primário de atenção.
3	Desenvolver e Motivar	<i>Elevar o nível de satisfação, competência e vocação dos profissionais de Saúde para a prestação de serviços humanizados e de qualidade.</i>	Avaliação de Desempenho	Reforçar a meritocracia e reconhecer o desempenho.
			Compensações	Fortalecer a ligação entre compensação e desempenho.
			Liderança e gestão de pessoas no Sector	Desenvolver competências de liderança e gestão de pessoas nos gestores do Sector da Saúde.

			Desenvolvimento Profissional Contínuo	Melhorar o nível de competências (incluindo Ética) dos funcionários para prestação de serviços.
4	Dar Suporte a todos os níveis	<i>Dar suporte à implementação de um renovado enquadramento legal, institucional e de gestão de RHS do Sector.</i>	Reformas com impacto nos RHS	Desenhar e implementar reformas com impacto na gestão dos RHS.
			Sistemas de Informação de RHS	Garantir o uso de informação de RH pelos gestores do Sector de Saúde para a tomada de decisões.

Fonte: MISAU. Plano Nacional de Desenvolvimento para RHS 2016-2025. Disponível em [http://www.esipsaude.gov.mz:8090/esipsaude/Material/observatorio_material/Políticas_Legislacao/Plano%20estrategico/MISAU-PNDRH%202016-2025%20\(final\).pdf](http://www.esipsaude.gov.mz:8090/esipsaude/Material/observatorio_material/Políticas_Legislacao/Plano%20estrategico/MISAU-PNDRH%202016-2025%20(final).pdf) (22)

Tabela 11. Indicadores do objectivo estratégico 1: Aumentar a disponibilidade e equidade de profissionais de saúde competentes e com vocação.

Indicadores de <i>Outcome</i>		2015 (<i>Baseline</i>)	Meta	
			2020	2025
RHS	Quantidade	48.733	57.765	64.657
	por 100.000 hab	189,4	197,1	195,0
Técnicos de saúde	Quantidade	25.791	34.391	42.105
	por 100.000 hab	100,2	117,3	127,0
Médicos	Quantidade	1.991	2.691	3.239
	por 100.000 hab	7,7	9,2	9,8
Enfermeiros	Quantidade	6.943	8.998	11.153
	por 100.000 hab	27,0	30,7	33,6
ESMI	Quantidade	5.159	6.488	7.543
	Por 100.000 mulheres de 15-49 anos e crianças de 0-5 anos	48,3	54,1	56,3
Médicos, enfermeiros e ESMI	Quantidade	14.093	18.177	21.935
	por 100.000 hab	54,8	62,0	66,1
Técnicos da área de medicina, enfermeiros e ESMI	Quantidade	19.682	24.885	29.378
	por 100.000 hab	76,5	84,9	88,6
Pessoal das áreas prioritárias	Quantidade	23.638	30.424	36.243
	por 100.000 hab	91,9	103,8	109,3

Fonte: MISAU. Plano Nacional de Desenvolvimento para RHS 2016-2025. Disponível em [http://www.esipsaude.gov.mz:8090/esipsaude/Material/observatorio_material/Políticas_Legislacao/Plano%20estrategico/MISAU-PNDRH%202016-2025%20\(final\).pdf](http://www.esipsaude.gov.mz:8090/esipsaude/Material/observatorio_material/Políticas_Legislacao/Plano%20estrategico/MISAU-PNDRH%202016-2025%20(final).pdf) (22)

2.3. AS PRIORIDADES E ESTRATÉGIAS DO SECTOR DA SAÚDE.

Com o propósito de orientar a edificação do Sistema de Saúde moçambicano, em particular o SNS, tendo em vista a melhoria progressiva do estado de saúde da população, já desde o ano 2000, o MISAU iniciou a elaboração de Planos Estratégicos para o Sector da Saúde (PESS). O primeiro desses planos correspondeu ao período de 2000 a 2005, o segundo ao período de 2007 a 2012 e o terceiro ao período de 2014 a 2019, que foi estendido até o ano 2023.

2.3.1. O Plano Estratégico do Sector de Saúde (PESS). Os programas de saúde⁹

No ano 2012 foi publicado o documento “Relatório da revisão do sector da saúde” (23) que permitiu realizar a análise do desempenho do sector. Foram avaliadas várias componentes do SNS e como resultado foi possível realizar a análise das Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças (siglas SWOT em inglês), que consistiu na análise profunda das fraquezas, forças, oportunidades e ameaças. (13)

Tabela 12. Resumo da análise SWOT

Forças	Fraquezas
<ul style="list-style-type: none"> -Melhor cobertura da rede sanitária nas zonas urbana (novos CS e hospitais e mais bem apetrechados). -Existência de capacidade de formação de recursos humanos para saúde e um plano nacional de formação e acelerado de formação. -Existência de capacidade de planificação e monitoria e avaliação. -Capacidade de definição de políticas baseadas em evidências. -Disponibilidade de médicos em todos os distritos. -Existência de instituições de formação em todas as províncias. -Ambiente de parcerias favoráveis. -Experiência acumulada no processo SWAP a nível sectorial. 	<ul style="list-style-type: none"> -Fraco investimento na rede sanitária urbana. -Fracas qualidade dos serviços prestados e ineficiências na provisão de serviços. -Ausência, ou do incumprimento de protocolos e padrões de qualidade, deficiente planificação e supervisão da provisão de serviços de saúde. -Elevados gastos em “Gestão e Administração dos Programas de Saúde Pública” e “Administração Geral da Saúde”. - Ineficiências e altos custos operacionais do sistema logístico. -Gestão deficiente dos escassos recursos disponíveis. -Falta e má distribuição de RH para responder as necessidades de saúde. -Deficiente controlo de qualidade dos medicamentos devido à limitada capacidade do Laboratório Nacional de Controlo de Qualidade dos Medicamentos. -Fracas qualidade dos dados produzidos pelo sistema.
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> -Crescimento económico anual superior a 7% nos últimos 20 anos. -Aumento do espaço fiscal (despesa) para a saúde. - Melhoria da renda das famílias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alta incidência da pobreza. -Alta prevalência de desnutrição crónica. -Altas taxas de fecundidade. - Alta prevalência de HIV e SIDA, Malária, TB e doenças tropicais negligenciadas. -Aumento de doenças não transmissíveis.

⁹ A informação apresentada nesta seção baseia-se na informação contida em “Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) 2014-2019”. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação. Moçambique Sep 2013(13)

<p>-O GRM assumiu o compromisso de alcançar os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODMs).</p> <p>-Descentralização do Sector Público</p> <p>- Saúde está no centro dos principais documentos estratégicos do Governo de Moçambique.</p> <p>-Abertura de novos projectos de mineração onde a responsabilidade social é um assunto chave.</p> <p>- Crescente capacidade de pesquisa.</p>	<p>-Altas taxas de fecundidade associadas a baixa prevalência de uso de métodos modernos de contracepção.</p> <p>-Susceptibilidade do país a ocorrência de calamidades naturais.</p> <p>-Frac abordagem da saúde em termos de determinantes sociais de saúde.</p> <p>-Subfinanciamento crónico do sector.</p>
--	---

Fonte: Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) 2014-2019. República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação. Sep 2013 (13).

Todos estes aspectos, incluída a análise da situação da saúde realizada, foram salientados na 1ª Reunião sobre CSP, realizada em Abril de 2016, cujos aspectos-chave serão apresentados noutra secção.

A visão do PESS é: *“Contribuir para que todos os Moçambicanos, em especial os grupos mais vulneráveis, possam desfrutar da melhor saúde possível, a um custo comportável (para o país e cidadãos), contribuindo, assim, para o combate à pobreza e para a promoção do desenvolvimento nacional”*.

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

O PESS tem como missão:

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

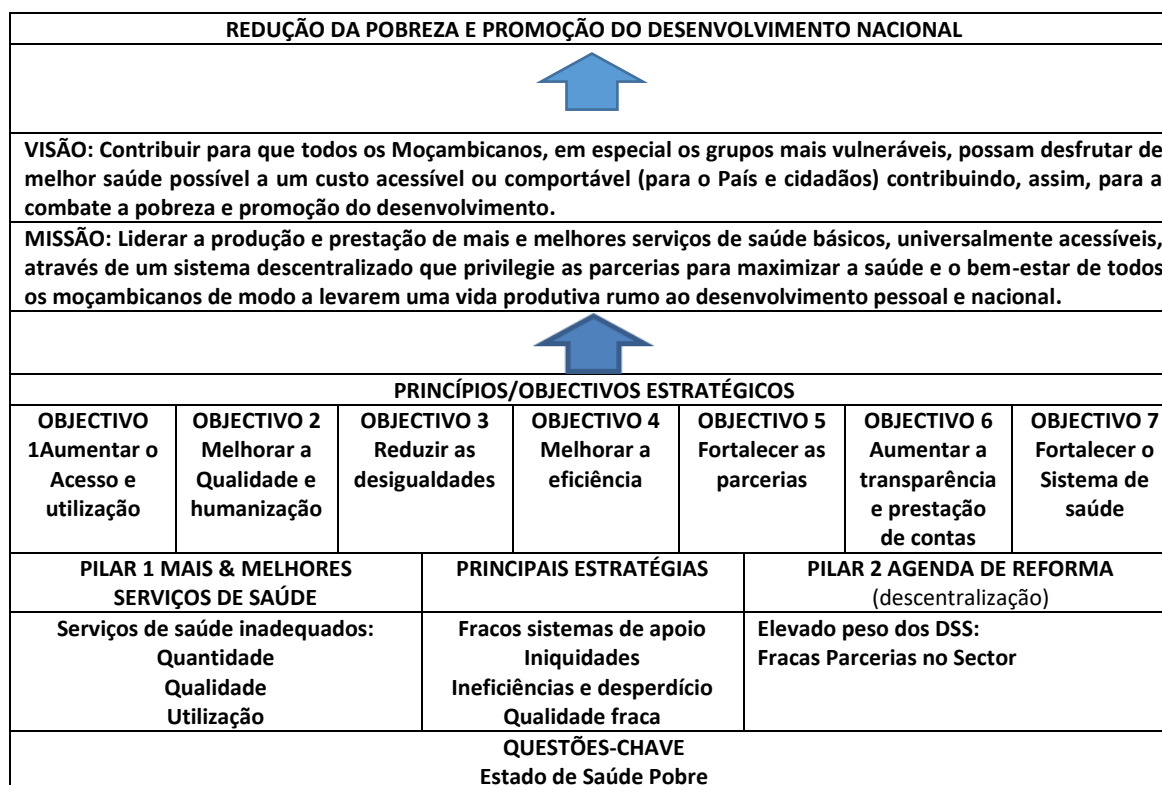
A solução para conciliar a necessidade imediata de serviços de saúde de rotina com os requisitos de longo prazo relacionados com o fortalecimento do sistema de saúde assenta em duas abordagens fundamentais, ou pilares, propostos no PESS.

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

- **O segundo pilar** tem como objectivo sustentar os ganhos actuais e futuros no estado de saúde, com equidade e eficiência, mediante mudanças fundamentais para o fortalecimento do sistema de saúde, aqui designado por **Pilar das Reformas de Saúde**.

A figura seguinte apresenta o quadro conceptual que mostra o enquadramento destes pilares na prossecução dos objectivos estratégicos e globais do sector de saúde.

Figura 5. A Estrutura do Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS)



Fonte “Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) 2014-2019”. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação. Moçambique Sep 2013. (13)

Os programas e investimentos para alcançar os objectivos do sector de saúde baseiam-se nos 7 princípios que são apresentados na seguinte tabela, que reflectem os valores chave, entre eles: a equidade, parcerias/solidariedade e mobilização comunitária, bem como a realidade revelada pela análise da situação do sector da saúde, nomeadamente a deficiente qualidade e acessibilidade dos serviços de saúde, notórias desigualdades sociais em saúde e cuidados de saúde e falta de responsabilização na prestação de cuidados de saúde.

Tabela 13. Os princípios orientadores do PESS

Princípio	Objectivos
Cuidados de Saúde Primários	Promover o acesso universal aos cuidados de saúde, com enfoque nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Isto significa a prestação de serviços integrados e contínuos, acessíveis, localmente relevantes e aceitáveis, com tecnologia apropriada, participação e apropriação pela comunidade. O sector de saúde guia-se por um conjunto de princípios, que reflectem os valores fundamentais dos moçambicanos. Estes princípios incluem os valores básicos dos cuidados primários de saúde, que constitui o modelo usado na prestação de cuidados de saúde, em Moçambique.
Equidade	Assegurar a equidade na alocação, prestação e utilização dos serviços de saúde de modo que a localização geográfica, as relações de género, a situação económica, ou a condição de saúde não constituam barreira para o uso dos serviços.
Qualidade	Proporcionar serviços de saúde atempados (pontualidade) que atinjam os resultados desejados (eficácia), sem provocar danos ao utente, provedor e ao ambiente (segurança), e que respeitem as necessidades e preferências dos utentes (humanizantes).
Parcerias	Promover parcerias com os diversos actores de forma a maximizar os ganhos em saúde. O Sector vai privilegiar a colaboração intersectorial com outros sectores do Governo para influenciar positivamente os determinantes de saúde, as parcerias público-privadas e com agências internacionais, para a mobilização de recursos adicionais, e com a Sociedade Civil e ONGs para potenciar a advocacia e a provisão de serviços.
Envolvimento Comunitário	Empoderar e incentivar as iniciativas comunitárias para que a população seja um parceiro activo e respeitável na produção, gestão e utilização dos serviços de saúde, a todos os níveis. Para o MISAU, envolvimento comunitário significa trabalhar activamente com as comunidades, para que elas estejam organizadas e capacitadas para identificar os seus problemas de saúde e definir acções que conduzam á promoção da sua saúde e à prevenção de doenças.
Investigação e Inovação tecnológica:	Promover a adopção e uso de inovações tecnológicas relevantes para o contexto da prestação dos Serviços de Saúde de Moçambique, através da investigação científica e incentivos à inovação, de modo a maximizar os ganhos em saúde.
Integridade, Transparência e prestação de contas:	Promover um sector de saúde onde todos os actores sejam honestos, fidedignos, avessos à corrupção no exercício das suas funções oficiais (integridade), privilegiando o acesso livre e atempado a informação confiável sobre as decisões e o desempenho do sector (transparência), no qual o relato sobre o uso de recursos públicos e a responsabilização pelo incumprimento sejam uma prática corrente e regular, a todos os níveis (prestação de contas).

Fonte. Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) 2014-2019 República de Moçambique. MINISTÉRIO DA SAÚDE Direcção de Planificação e Cooperação. Sep 2013 (13)

O PESS define as seguintes **prioridades de saúde**:

- **Acelerar os progressos na redução da mortalidade materna e neonatal, incluindo a redução das taxas de fecundidade geral;**
- **Acelerar os progressos na redução da malnutrição crónica;**
- **Reduzir o peso das doenças endémicas, nomeadamente a Malária, HIV, Tuberculose (TB) e as DTN;**
- **Sustentar os ganhos na redução da mortalidade em menores de cinco anos;**

- **Suster ou reduzir a tendência progressiva das DNT e o trauma.**

Com base nestas prioridades de saúde e nos problemas de base reflectidos nos princípios orientadores acima descritos, definem-se **objectivos estratégicos**, cada um deles com as suas intervenções chave:

- **Aumentar o acesso e utilização dos serviços de saúde;**
- **Melhorar a qualidade dos serviços prestados;**
- **Reduzir as desigualdades geográficas, e entre grupos populacionais, no acesso e utilização de serviços de saúde;**
- **Melhorar a eficiência na prestação de serviços e utilização de recursos;**
- **Fortalecer as parcerias para saúde na base do respeito mútuo;**
- **Aumentar a transparência e prestação de contas na forma como os bens públicos são utilizados;**
- **Fortalecer o sistema de saúde moçambicano.**

Como base nos principais problemas identificados, e como forma de dar resposta aos mesmos, o PESS identifica os seguintes programas de saúde:

Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR); Saúde Infantil/ Nutrição; Programa Alargado de vacinação (PAV); Programa Nacional do HIV/SIDA; Programa Nacional de Controlo da Tuberculose; Programa Nacional de Controlo da Malária; Doenças não Transmissíveis; Doenças Tropicais Negligenciadas; Programa de Saúde do adolescente; Programa de Saúde escolar; Promoção de Saúde; Saúde Mental; Epidemiologia; Saúde Ambiental; Medicina Desportiva; Saúde da terceira idade; Saúde Oral; Saúde Ocupacional; Medicina Tradicional; Medicina Privada; Medicina Legal.¹⁰

Para cada programa são definidos os objectivos principais, específicos, os indicadores, e outros aspectos relevantes.

Junto aos programas mencionados existe também um conjunto de áreas de apoio que são consideradas fundamentais para atingir a missão do PESS, com objetivos marcados e indicadores de impacto, entre elas: **especialidade de medicina e pediatria, serviços assistenciais de cirurgia e anestesiologia, especialidades médico-cirúrgicas, ginecologia e obstetrícia, oftalmologia; otorrinolaringologia, ortopedia e traumatologia, emergências médicas e traumatologia, serviços de suporte às actividades clínicas (enfermagem, transfusão de sangue e medicina física e reabilitação), serviços de gestão das actividades clínicas (gestão hospitalar, hotelaria e lavandaria, e arquivos clínicos).** (11)

¹⁰ Os estudantes interessados em aprofundar nos programas de saúde podem analisar o Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) 2014-2019 . Republica de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação. Sep 2013. Disponível em: http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/mozambique/pess_30_setembro_2013_detailh_com_a_nexos_vf_celia.pdf

O PESS conclui que “A disponibilidade equitativa de RH qualificados é, provavelmente, o maior constrangimento para a implementação adequada dos programas, e tem uma grande influência sobre a qualidade dos cuidados”.

2.3.1.1. A revisão do PESS 2014-2019

Ao fim do período de implementação do PESS 2014 – 2019, o MISAU realizou uma análise dos elementos mais relevantes da mesma, tendo-se constatado, entre outros os seguintes aspectos de carácter geral¹¹:

- Crise Financeira;
- Eventos extremos da Natureza: Idai e Keneth;
- Epidemias a nível nacional, Pandemia de COVID 19;
- Revisão Pontual da Constituição;
- Implementação do processo da Descentralização;
- Realização de diversas avaliações do sector: IMASIDA, SARA, Censo 2017, Avaliação de Meio Termo do PESS, outros estudos;
- Mudanças na situação do estado da saúde da população¹²
- Novos mecanismos de financiamento: GFF, e elaboração do Caso de Investimento.

As áreas de revisão do documento do PESS analisadas foram:

- Prioridades de problemas de Saúde: Prevenção e Controlo de doenças Transmissíveis (Malária, Tuberculose e HIV); Prevenção e Controlo de doenças não transmissíveis (HTA, Diabetes, Cancro); Acções sobre factores de risco (Promoção da Saúde);
- Reformas do sector de Saúde;
- Financiamento (Mobilização de mais recursos, melhoria da eficácia na gestão dos Recursos);
- Recursos Humanos para saúde;
- Infraestruturas Sanitárias (Investimento);
- Cuidados de Saúde Primários e Subsistema Comunitário;
- Sector Privado na prestação de Cuidados de Saúde;

As propostas foram organizadas em Building Blocks ou Blocos de Construção do Sistema de Saúde que são apresentadas na seguinte tabela.

Tabela 14. Building Blocks ou blocos de construção do Sistema de Saúde na Extensão do PESS 2014-2019 para 2021

Recursos Humanos de Saúde	Sistema de Informação para a Saúde, Monitoria e Avaliação e Estatísticas Vitais	Produtos Médicos e Equipamentos	Governança e Liderança	Financiamento
- Actualização da implementação do PNDRH 2016 – 2025.	- Desenvolvimento da Política de informação.	- Actualização, destacando os avanços na	- Processo de revisão da Política Nacional de Saúde.	- Estratégia de Financiamento

¹¹ A informação apresentada foi obtida por diferentes vias, a maioria dela procedes de apresentações realizadas em seminários ou foros de diferentes parceiros do sector da saúde em Moçambique, entre eles Medicus Mundi.

¹² Em capítulos precedentes foram apresentadas informações e dados socio-demográficos, económicos e de saúde, procedentes de diferentes fontes, atualizados aos anos 2019 e 2020, que foram contributos para a proposta de revisão e extensão do PESS até o período de 2024.

- Disponibilidade e distribuição dos Recursos Humanos. - Mecanismos de gestão (incluindo o processo de descentralização da gestão. - Descentralização e efeito nos Quadros orgânicos. Retenção dos profissionais de saúde, avanços. Revisão dos Objectivos e Intervenções chave.	-Política de Tecnologias de informação em Saúde. -Nível de desenvolvimento dos Módulos do SISMA. Desafios do sistema com a descentralização.	implementação das reformas na área de logística dos Medicamentos - Desafios da área de logística de Medicamentos, incluindo o papel das Unidades Sanitárias na cadeia de logística. - Desafios de logística de matéria medica e cirúrgico. - Regulação da área farmacêutica, Lei do Medicamento (Sua implementação).	- Papel de liderança, fiscalização do MISAU - Processo de Reformas internas. - Papel da Comunicação dentro do sector. - Financiamento (Custeamento) Infraestruturas de saúde.	Infraestruturas de saúde. - Plano de investimento em infraestruturas para os próximos 4 anos.
--	--	---	--	--

Fonte: Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU) e Organização Mundial da Saúde (OMS). Draft do Pacote Essencial de Cuidados de Saúde em Moçambique. Volumem I. Maio 2020. Não disponível online.

Desde início do ano 2020, afectado pela situação do COVID 19, o MISAU realizou auscultações entre diferentes parceiros do sector da saúde: Agências das Nações Unidas, Governo Americano, HPG (Health Partners Group em Inglês), Grupo do GFF, Grupo de Prossaúde, Direcções Provinciais, Municípios, Ministérios, Sociedade Civil e ONGs Internacionais, com vista à Extensão do PESS 2014 – 2019 para 2024.

As conclusões da referida auscultação resumem-se em: a) Forte apoio ao processo de Extensão do PESS; b) Divergências quanto ao tempo e conteúdo da extensão; c) Factores que interferem com o alcance dos objectivos do sector; d) Necessidade de ser realista com a extensão: Metas; e) Alinhamento das Metas com os Recursos previsíveis; f) Foco no aprofundamento das reformas; g) Descentralização dos cuidados de saúde primários e Subsistema Comunitário; h) Maior diálogo interno e com o exterior (Parceiros, Sociedade Civil, Utentes); i) Papel do Sector Privado na Saúde; j) Monitoria e Avaliação.

2.3.2. O enquadramento actual dos CSP na estrutura do Sistema de Saúde.

Os CSP em Moçambique estão em consonância com a definição dada na Declaração de Alma-Ata:

*«São Cuidados de Saúde, **essenciais**, [...], tornados **universalmente acessíveis** a todos os indivíduos, a todas as famílias e a comunidade, com a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o País possam assumir em qualquer etapa do seu desenvolvimento, [...]».*

*“São **o primeiro nível de contacto** dos indivíduos, das famílias e da comunidade com o Sistema Nacional de Saúde, **aproximando, o mais possível os Cuidados de Saúde dos locais onde as pessoas vivem e trabalham** e constituem o primeiro elemento dum processo ininterrupto de protecção sanitária”. (24)*

Os CSP em Moçambique são um eixo central dos dois Pilares Estratégicos do PESS 2014-2019/2023, explicados na secção anterior (13):

Pilar I: Mais e Melhores Serviços de Saúde:

- Acelerar os progressos para cumprir com os compromissos assumidos, sobretudo nas áreas de: mortalidade materna e neonatal, malnutrição, e redução do peso da malária, HIV, TB e DNT;

- Através da intensificação das acções de promoção da saúde e da melhoria do acesso a intervenções-chave de qualidade.

Pilar II: Agenda de Reformas:

- Estratégia de financiamento do sector saúde ligada a definição do pacote de serviços acessíveis à população.

No entanto, a nível operacional os CSP não estão enquadrados em um programa ou estratégia concreta, como está, por exemplo a Promoção de Saúde, que dispõe de um programa específico, estão “transversalizados” nos diferentes departamentos e programas de saúde existentes na Direcção Nacional de Saúde Pública (DNSP), o que parece ser um dos múltiplos problemas para organização e prestação de CSP no país.

Para garantir o acesso aos cuidados, o MISAU tem na sua estrutura orgânica duas Direcções Nacionais encarregadas da prestação de cuidados de saúde:

- **A Direcção Nacional de Saúde Pública (DNSP)**, responsável pelas acções de todos programas de saúde ligada a acções de promoção e prevenção;
- **Direcção Nacional de Assistência Médica (DNAM)**, com responsabilidades curativas, reabilitadoras e paliativas.

Ao nível central, os CSP são da responsabilidade da DNSP, com uma maior dependência da Direcção Adjunta para a área de Promoção da Saúde, mas a Direcção Adjunta para a Prevenção e Controle de Doenças, responsável pelos Departamentos de Saúde Ambiental, e das Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis, também tem um papel fundamental na organização, gestão e prestação dos CSP, uma vez que estes são prestados não só ao nível dos programas, mas também nas actividades promotoras, preventivas, curativas e de reabilitação das doenças transmissíveis e não transmissíveis.

Por outro lado, e como explicado em outra secção, a organização ao nível provincial reflecte o modelo existente ao nível central, como observado no organigrama da DPS da Província de Cabo Delgado.

Com os anos e conseqüentemente nas mudanças no perfil socioeconómico, demográfico e epidemiológico produzidas a nível mundial e em Moçambique, o SNS teve que adaptar as estratégias a esta realidade com o objectivo de prestar Cuidados de Saúde baseados às necessidades e problemas de saúde. Os distintos PESS, os PNDRH, Os Planos de Formação, os programas de saúde, etc., são um claro exemplo desta adaptação. A rede de saúde, os RHS, as tecnologias de saúde e outros elementos-chave do sector cresceram de maneira quantitativa consideravelmente nos últimos 15 anos.

Assim como no pacote mínimo de serviços foram introduzindo-se novas intervenções (protocolos terapêuticos e outros), adaptando espaços físicos, organizativos, novas categorias de RHS. O anterior em muitos casos implicou não priorizar ou abandonar intervenções promotoras e preventivas, das quais, como já explicado, Moçambique foi pioneira a nível mundial desde os anos 70 do século passado, e que tanto sucesso tiveram durante décadas na melhoria do estado de saúde da população, particularmente infantil (redução da mortalidade infantil em mais de 50% desde 1990).

2.4. A IMPLEMENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS E OS PRINCIPAIS DESAFIOS DOS CSP

O MISAU, ciente da complexidade e mudanças do contexto da saúde, está fortemente envolvido num processo de reflexão sobre as melhores alternativas para adequar os CSP ao perfil epidemiológico do país, caracterizado pelo duplo fardo das doenças, nomeadamente as DT por um lado, agravado profundamente pela pandemia do COVID 19, e por outro das DNT, assim como as necessidades e problemas de saúde da população moçambicana.

A seguir são apresentados os resumos de vários contextos desta reflexão.

2.4.1. A situação da implementação da Estratégia de Saúde em Todas as Políticas (SETP) em Moçambique.

A abordagem SETP, como descrito em UT anteriores, nomeadamente na UT2, foi promovida pela OMS, com ênfase desde 1986 na Conferência de Ottawa, posteriormente no contexto dos trabalhos da Comissão da OMS para os DSS e revista no ano 2010, tendo como resultado a Declaração de Adelaide, sobre a SETP.

A abordagem parte da premissa de que as políticas públicas de vários sectores governamentais, mesmo excluindo-se o sector da saúde, detém um grande potencial e são uma importante plataforma para melhorar a saúde pública. A SETP, conceitualmente, permitiria que, em todas as políticas públicas formuladas, se se considerasse a dimensão de “saúde”. Espera-se que a incorporação dessa abordagem na definição e implementação de políticas públicas trans-sectoriais e intersectoriais possa contribuir para alcance das pretensões de cobertura universal de saúde e outras iniciativas sanitárias (OMS, 2008), por via da promoção e protecção da saúde pública. (25)

Moçambique aderiu à abordagem SETP, e na última década realizou importantes esforços por incorporar a mesma em diferentes sectores, tendo realizado no ano 2016 uma avaliação da abordagem da mesma ao nível dos distintos órgãos do Governo em Moçambique. (26)

O objectivo da mesma era avaliar as políticas dos diferentes ministérios dirigidas a promover a saúde pública, especificamente:

- Identificar as Políticas sectoriais que expressem o seu contributo para a obtenção de ganhos ou minimização de danos à saúde;
- Identificar estratégias de ganhos em saúde através de políticas sectoriais;
- Identificar oportunidades não exploradas na formulação e implementação de políticas públicas favoráveis à promoção da saúde.

A avaliação focou-se em 11 sectores públicos: **Ministério da Terra, Ambiente e Desenvolvimento Rural, Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano, Ministério da Agricultura e Segurança Alimentar, Ministério da Indústria e Comércio, Ministério dos Transportes e Comunicação, Ministério dos Recursos Minerais e Energia, Ministério do Trabalho, Emprego e Segurança Social, Ministério Obras Públicas, Habitação e Recursos Hídricos, Ministério da Juventude e Desportos, Ministério do Género,**

Criança e Acção Social e Ministério da Saúde, olhando para as políticas aprovadas nos períodos de 2005 a 2014.

Quanto às conclusões, a avaliação evidenciou os seguintes aspectos:

- ✓ Os resultados desta avaliação contrastam com os resultados apresentados no relatório regional da OMS (2013) sobre estado da abordagem SETP em Moçambique, no qual nenhum dos sectores do governo de Moçambique detinha políticas com consideração a saúde;
- ✓ Actualmente, 27 das 41 políticas públicas avaliadas dos 11 sectores seleccionados do governo levam em consideração os ganhos para a saúde pública;
- ✓ Contudo, seria desejável que em todas as políticas a abordagem SETP fosse empregue em associação com outros critérios já consensualizados de definição de “melhores políticas públicas”;
- ✓ A avaliação também evidenciou a abordagem SETP na definição das políticas com impacto à saúde no país, não ocorre de forma abrangente e não reflecte compreensivamente os ganhos à saúde;
- ✓ Um outro aspecto que ressalta da análise realizada é o facto das estratégias com consideração aos ganhos à saúde identificadas se situarem numa dimensão de políticas multissetoriais, mas requerendo sempre a intervenção do sector da saúde;
- ✓ Os resultados permitiram ainda compreender que existe alguma articulação entre os sectores de governação, apesar de ser ainda uma prática pouco desenvolvida no que concerne aos determinantes de saúde; contudo a articulação entre os diferentes níveis de governação começa a ser visível principalmente no que se refere a coordenação para formulação, aprovação e implementação de algumas políticas com consideração a saúde. Um exemplo ilustrativo desta evidência foi referido quando se afirmou um compromisso multissetorial entre os sectores, e em particular com o sector da saúde;
- ✓ Os resultados desta avaliação fundamentam, por isso, a necessidade de se fortalecer e melhorar a formulação e implementação de novas políticas seguindo o quadro lógico da SETP.

As recomendações da avaliação são apresentadas na seguinte tabela.

Tabela 15. Recomendações do estudo sobre SETP. Moçambique. 2016

Recomendação	Ganho
1. Envolvimento multissetorial. Multissetorialismo na implementação de algumas políticas com enfoque no desenvolvimento de políticas multissetoriais de cada sector com uma visão política partilhada, liderada ao mais alto nível.	Implementação de acções conjuntas para a saúde.
2. Criação de sistemas de informação. Criação conjunta de um sistema de informação e o seu respectivo cruzamento (dos diferentes sectores, inclusive dos órgãos autárquicos) é a ferramenta essencial para a identificação e construção de políticas multissetoriais saudáveis.	Sistemas de informação funcionais; evidência científica que suporta a tomada de decisão.
3. Formação para os profissionais de todos os sectores. O Ministério da Saúde através de uma medida multissetorial deve proporcionar oportunidades de formação aos profissionais dos diferentes sectores do governo de Moçambique, para que desenvolvam competências que lhes permitam trabalhar em conjunto para uma abordagem inter e multissetorial da saúde pública.	Melhoria da capacidade e aumento do diálogo intersectorial para a implementação de políticas saudáveis, com outros sectores, ganhos para a saúde.
4. Criação do Observatório Nacional de Saúde em Todas as Políticas. O Ministério da Saúde deve criar um Observatório Nacional de Saúde em Todas as Políticas, que estude os aspectos	Maior conhecimento sobre o tema, ganhos para a saúde.

relacionados com a saúde nas políticas dos diferentes sectores em Moçambique. Este organismo será responsável em reunir informação de políticas (já aprovadas) e fortalecer as agendas de investigação e avaliação de políticas públicas.

2.4.2. Encontros Nacionais sobre Saúde Pública e CSP para analisar e revisar as estratégias

2.4.2.1. 1ª Reunião Nacional de Saúde Pública

No mês de Setembro de 2014, o MISAU celebrou a 1ª Reunião Nacional de Saúde Pública. Na mesma participaram especialistas, académicos, quadros, técnicos nacionais e parceiros do Sector da Saúde, com o objectivo de analisar a situação da SP em Moçambique e definirem acções para melhorar o estado de saúde da população. Entre os temas tratados foram priorizados: **Os DSS, assim como a importância e necessidade da revitalização dos CSP.** (27)

De entre as Principais Recomendações, salientam-se as seguintes:

- ✓ **Necessidade de realização de pesquisas sobre aspectos ligados aos DSS, tomando em conta que os mesmos desempenham um papel de relevo na definição do perfil epidemiológico e demográfico dos países;**
- ✓ **Integração real da abordagem SETP na formulação, implementação e avaliação de políticas e serviços de Saúde**

2.4.2.2. Revisão do pacote de serviços da Direcção Nacional de Saúde Pública (DNSP)

No ano 2015, a DNSP, assumindo as recomendações da Conferência **com vista à revitalização dos CSP**, e ciente de que o **Diploma Ministerial 127/2002 (DM)**, elaborado num determinado contexto político e sócio-económico e da rede sanitária, não respondia às necessidades e problemas de saúde da população, fez uma revisão do pacote existente e elaborou um resumo do que deveria ser uma nova proposta de **pacote mínimo de serviços**, como forma a dar resposta as deficiências do Diploma que estava em vigor na altura, cujos pontos chave apresentam-se na tabela seguinte.

Tabela 15. Quadro comparativo com as intervenções incluídas no pacote de serviços do DM 127/2002 e da DNSP 2015

Intervenções incluídas no pacote de serviços DM 127/2002.	Proposta da DNSP. Março 2015
<p>PREVENTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acções de Mobilização Social. • Educação para a Saúde: Prevenção de doenças nutricionais. • Prevenção e controle doenças endémicas. • Vacinação. • Cuidados de SMI: CPN, PF e Parto Institucional nas Unidades Sanitárias com Maternidade. 	<p>PREVENTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educação para a Saúde: Prevenção de doenças nutricionais. • Prevenção e controle doenças endémicas. • Vacinação. • Cuidados de SMI: CPN, Pós-parto, PF, Parto US. • Micro-nutrientes e desparasitação. • PTV e Tratamento profilático da Malária, e uso de redes mosquiteiras impregnadas. • Prevenção do HIV-SIDA.
<p>PROMOTIVOS</p>	<p>PROMOTIVOS</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Promoção de Saneamento do Meio. • Garantia qualidade da água e alimentos. • Promoção de medidas para evitar doenças nutricionais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Água, saneamento e higiene. • Promoção nutricional: Aleitamento materno exclusivo, alimentação complementar da criança.
<p>CURATIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico e tratamento de doenças comuns e primeiros socorros. 	<p>CURATIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta externa: pneumonia, diarreia, Desnutrição aguda, Malária, TB, HIV e Doenças Crónicas. • Cuidados Obstétricos Básicos e Emergência. • Cuidados preventivos e TARV Pediátrico.

Fonte: Estado da força de trabalho para a implementação dos CSP. 2014. Apresentação na IV Conferência Anual do Observatório dos RHS. Setembro 2015. (19)

2.4.2.3. A revitalização dos CSP. Iª Reunião Nacional de CSP, com o lema “Cuidados de saúde primários: A Fundação de Sistemas de Saúde Resilientes.

O MISAU, ciente das deficiências e dificuldades que atravessavam os CSP no País, e após anos de reflexão, decidiu organizar a Iª Reunião Nacional de CSP, com o lema “**Cuidados de saúde primários: A Fundação de Sistemas de Saúde Resilientes**”, que decorreu, na cidade de Quelimane (28), **entre 31 de Março a 02 de Abril de 2016.**

A. Os objectivos da Reunião foram:

- Analisar a implementação da abordagem de CSP no passado (o que correu bem e falhou) e na fase actual;
- Analisar a contribuição dos CSP nos resultados de saúde;
- Discutir o papel dos CSP no fortalecimento do sistema de saúde;
- Discutir alguns aspectos críticos de reforma dos CSP no âmbito de reformas no MISAU.

B. As principais constatações foram:

Constatações Gerais:

- ✓ O desafio da descentralização da implementação dos CSP, deve ser aceite sem receios, assumindo que com o tempo saberemos identificar e corrigir as deficiências que forem surgindo;
- ✓ A transição demográfica e epidemiológica desafia-nos a adaptar o conteúdo do pacote dos CSP às necessidades de saúde da população maioritariamente jovem, mas com um segmento de terceira idade cada vez mais numeroso e expressivo, com necessidades de saúde específicas;

Constatações Específicas:

Visão geral dos CSP em Moçambique: o que foram e onde estamos. Que cenários para o futuro do País:

- ✓ A história dos CSP em Moçambique iniciou por um entusiasmo e motivação colectivos intensos, de participação activa na construção do país, passou pelas mudanças operadas pelo efeito combinado da guerra e do Programa de Reabilitação Económica e da Constituição de 1990, até aos dias de hoje onde se enfrenta o desafio de todos não partilharem as mesmas dificuldades e sucessos;
- ✓ Existe pouca memória institucional documentada relacionada aos CSP;

Colaboração intersectorial: Saúde em todas as políticas (SETP):

- ✓ Fraca coordenação intersectorial na abordagem dos CSP, sendo estes relegados na maioria das vezes ao sector saúde.

✚ Envolvimento Comunitário (EC):

- ✓ O EC deve estar assente em modelos que preconizam processos de planificação que iniciam na base e que tenham o SNS (rede primária) ou as ONGs como facilitadores do processo;
- ✓ Os resultados das acções de envolvimento comunitário são procurados num espaço de tempo muito curto.

✚ Reformas dos CSP no âmbito da implementação da agenda de reformas:

- ✓ O momento actual é oportuno para implementação de reformas;
- ✓ Os 4 pilares para reforma são: **Reforma na liderança, nas políticas públicas, na prestação de serviços e na cobertura universal;**
- ✓ Os CSP não são baratos e precisam de investimento adicional;
- ✓ A coordenação dos CSP a nível central será da DNSP, a nível provincial pelo Departamento Provincial de Saúde Pública e a nível da US pelo Director do Centro de Saúde, com termos de referência claros.

✚ Recursos humanos para os CSP:

- ✓ O 96% das US são do nível primário de atenção e mais de 80% do atendimento acontece na rede primária, porém, apenas o 50% de pessoal de regime especial de saúde está colocado no nível primário de atenção;

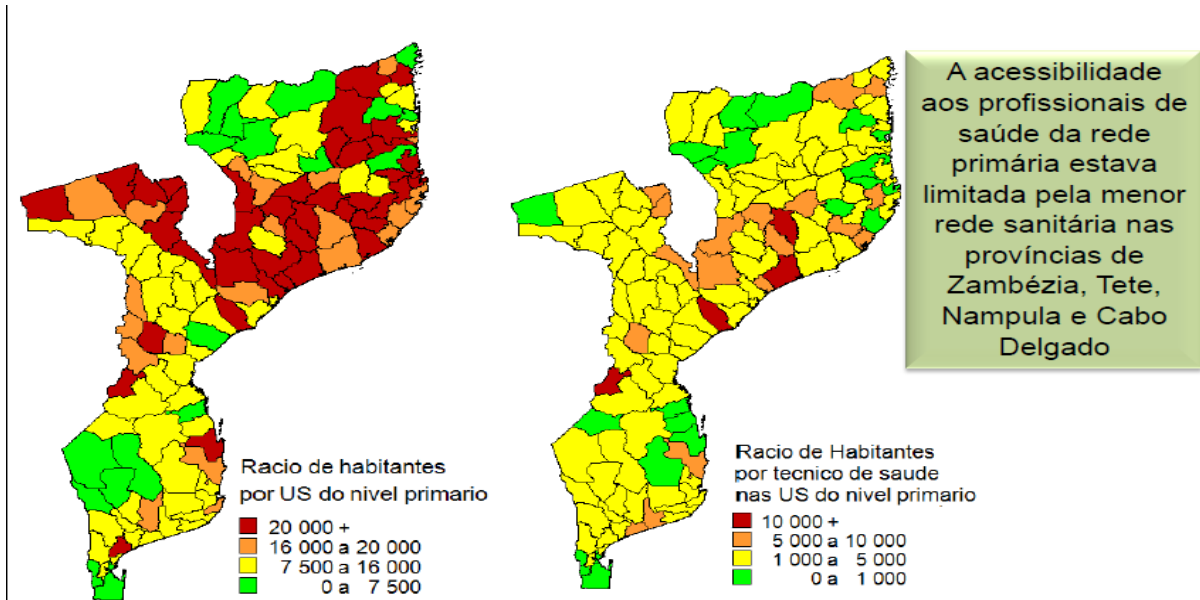
Figura .6. Distribuição do efectivo de RHS e da rede sanitária do SNS por Nível de Atenção. (2014)



Fonte: Estado da força de trabalho para a implementação dos CSP. 2014. Apresentação na reunião sobre CSP. Quelimane 31 março -2 de Abril 2016. MISAU. Moçambique. 2016 (28)

Quanto aos rácios de US do nível primário por habitantes, são apresentados nos seguintes mapas

Mapa 2. Rácios de Habitantes. 2014



Fonte: Estado da força de trabalho para a implementação dos CSP. 2014. Apresentação na reunião sobre CSP . Quelimane 31 março -2 de Abril.2016. MISAU. Moçambique. 2016. (28)

C. Principais Recomendações:

- O desenho e ajustamento das políticas e programas de CSP devem ser abordados de forma abrangente e objectiva, tendo em conta a realidade do país;
- Como forma de dinamizar a colaboração intersectorial e implementação da abordagem de STP, consideraram urgente produzir evidências científicas sobre a influência dos principais DSS na melhoria do estado de saúde da população, e documentar e publicar mais informação sobre os cuidados de saúde primários;
- Definir de forma urgente um novo Pacote de Cuidados Essenciais de Saúde (PECS);
- Rever a composição e competências técnicas das equipas de saúde nas zonas rurais e urbanas, para adequar as mesmas às necessidades cada vez mais diferenciadas;
- Resgatar e utilizar o Manual de Gestão do CS.

D. Cenários para o futuro dos CSP no país:

- Aproveitar a oportunidade de que a população de risco é cada vez mais educada e tem maior acesso à informação em relação ao passado para influenciar a abordagem do quadro de mudanças demográficas e epidemiológicas grandemente influenciadas por estilos de vida de risco cada vez mais dominantes na sociedade, em particular o consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco;

- Aproveitar as oportunidades das reuniões e outros encontros como um método de trabalho, onde a reflexão e debate permanentes sobre o trabalho, no sentido de aprendizagem e ensinamento, construindo uma visão partilhada sobre os objectivos e desafios, fortalecendo a determinação e motivação de prosseguir, apesar das adversidades;
- O MISAU deve ter a capacidade técnica para influenciar com evidência os outros sectores para incluírem acções prioritárias conducentes a melhoria da saúde da população durante a elaboração do PQG/PES.

Colaboração intersectorial: Saúde em todas as políticas (SETP);

- ☺ Apostam pela colaboração intersectorial e Saúde em todas as políticas, esta última definida como a “Abordagem colaborativa para melhorar a saúde da população e reduzir as iniquidades, incorporando acções de saúde no processo de tomada de decisões e desenho de políticas em outros sectores”. Entre os aspectos para atingir essa colaboração destacaram-se os seguintes:
- ☺ A cobertura universal e equidade em saúde não podem ser alcançadas sem ter em conta os DSS, e reconhecimento de que a saúde é componente transversal de todos os sectores. As soluções para estes problemas complexos e urgentes exige realizar esforços de colaboração em todos os sectores, nomeadamente transporte, educação, qualidade do ar, justiça, agricultura, energia e emprego, entre outros.
- ☺ Rever a definição dos papéis de cada sector de modo a melhorar os mecanismos de coordenação intersectorial;
- ☺ Melhorar a qualidade de informação produzida pelo sector de saúde e acelerar/melhorar a partilha da informação com outros sectores;
- ☺ Elaborar um relatório sobre os CSP/determinantes de saúde com uma periodicidade bianual.

D.1. Envolvimento Comunitário:

- Potenciar as estruturas de coordenação já existentes ao nível dos distritos/comunidades associando a um maior comprometimento político ao mais alto nível nas acções relacionadas a saúde;
- Implementar acções de envolvimento comunitário de forma persistente e flexível e os seus resultados devem-se reflectir a médio e longo prazo.

D.2. Reformas dos CSP no âmbito da implementação da agenda de reformas:

- Criar instituições de coordenação, aos níveis central, provincial e distrital, que conduzam na adopção dos conteúdos da acção e na sua implementação com sucesso, na nossa área de saúde;
- Envolver auscultação comunitária no processo de reformas de modo a adequá-las as necessidades da população;
- A DNSP e a unidade de reformas devem elaborar um modelo organizacional e operacional para os CSP;
- Criar uma unidade orgânica para monitorar a prestação dos cuidados de saúde a nível periférico, com Termos de Referência claros;

- Procurar mecanismos alternativos para fortalecer o financiamento dos CSP.

D.3. Recursos humanos para os CSP:

- Rever o diploma 127/2002 que aborda o quadro-tipo das Unidades Sanitárias;
- Incluir na implementação dos CSP outros profissionais, tais como economistas sanitários, sociólogos, antropólogos, psicólogos, técnicos de comunicação entre outros, de modo a adaptar programas mais adequados às realidades nacional e locais e a melhorar a sua implementação;
- Dotar o Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário (CRDS) com capacidades para formação em CSP;
- Os Governos Provinciais e Distritais devem encontrar mecanismos de retenção do pessoal como atribuição de residências ou bolsas de estudo;
- O ingresso do pessoal nos SNS deve ser mediante lançamento de concursos de acordo com as vagas e disponibilidade orçamental.

Desde esta data, todas as sessões dos Conselhos Coordenadores de Saúde realizados têm como foco central os CSP. Por exemplo o lema da XLII sessão realizada em Abril de 2017 foi “Fortalecendo os CSP para mais e melhores serviços” (29).

Assim mesmo, no quadro do XLV, realizado em Dezembro de 2020, com o lema “Promovendo um sistema de saúde resiliente e descentralizado para responder aos desafios emergentes da saúde” (30) identificaram-se as três principais prioridades estruturantes para o quinquênio: Expansão da Rede Sanitária, principalmente a construção e entrada em funcionamento de hospitais distritais. A segunda prioridade é a implementação do Plano de Logística Farmacêutica, que prevê a continuidade da construção de armazéns de medicamentos em todo o país, e o estabelecimento de uma cadeia eficiente de logística e abastecimento de medicamentos. Em terceiro está a Consolidação do Subsistema Comunitário de Saúde, principalmente através de uma abordagem multisectorial que inclua maior papel da comunidade na sua organização e gestão”, três prioridades ligadas directamente com a os CSP.

2.4.2.4. Definição do novo Pacote Essencial de Cuidados de saúde

Como foi acima indicado, uma das recomendações a Iª Reunião Nacional de Cuidados de Saúde Primários do ano 2016, foi a necessidade urgente de definir um Pacote de Cuidados Essenciais de Saúde (PECS)¹³.

Para responder a esta necessidade, o MISAU, que já tinha realizado em 2015 uma revisão do pacote de serviços, desenhou uma metodologia participativa consubstanciada num trabalho de colaboração activa das Equipas Técnicas do MISAU, da OMS e de outras entidades externas, visitas a Unidades de Saúde, bem como na recolha documental e análise da informação, que permitiu a elaboração e apresentação em Maio de 2020 do primeiro “draft avançado” do PECS para o período 2020-2024, com base, entre outros: na situação demográfica, sócio-económica, nos DSS, no estado de saúde da população e nas características do sistema de saúde do país. (20)

O PECS é constituído pela lista de serviços clínicos e de saúde pública essenciais (mínimos garantidos), com enfoque na prestação de cuidados ao nível de atenção primária e secundária, englobando um conjunto integrado de elementos:

- Tipo de Intervenções ou carteira de serviços a disponibilizar;

¹³ O PECS consiste num conjunto de intervenções de saúde promocionais, preventivas, curativas e de reabilitação que deverão estar disponíveis a toda população do país, que compreenda o papel de colaboração multisectorial e comunitário requerido para o Acesso Universal, assim como, a definição do Quadro Tipo de Pessoal por cada Nível de Atenção.

- Competências de Recursos Humanos;
- Medicamentos;
- Equipamentos;
- Outros Recursos que permitam a realização das intervenções definidas.

Em consonância com a abordagem integral e contínua que preconiza o PECS as intervenções deverão ser definidas com base nas seguintes categorias:

- **Intervalos de idade** – intervenções prioritárias para abordar as principais necessidades para cada faixa etária. As 5 faixas etárias definidas incluem o período da (1) gravidez e recém-nascido; (2) crianças menores de 5 anos; (3) idade escolar; adolescentes e jovens; (4) adultos e (5) pessoas idosas.
- **Tipo de serviços** - intervenções necessárias para uma atenção em saúde abrangente: (i) promoção da saúde; (ii) prevenção de doenças; (iii) diagnóstico e tratamento; e (iv) reabilitação e cuidados paliativos.
- **Nível de atendimento** - intervenções que devem ser fornecidas em cada nível de atendimento de uma forma articulada: comunitário (incluindo a medicina tradicional); cuidados de saúde primários (Centros de Saúde); nível secundário (Hospital Distrital); nível terciário (Hospital Provincial) e nível quaternário (Hospitais Centrais e Especializados).

Figura 7. Classificação das intervenções prioritárias do PECS 2020-2024



Fonte:Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU) e Organização Mundial da Saúde (OMS). Draft do Pacote Essencial de Cuidados de Saúde em Moçambique. Volume I. Maio 2020. Não disponível online.20)

De um modo geral, o PECS pretende melhorar a equidade, estendendo o acesso a toda a população, a grupos vulneráveis específicos, melhorar a eficiência global do sistema de saúde, integrando as intervenções, partilhando recursos e conferindo maior valor percebido à saúde, adequando os serviços de saúde às reais necessidades em saúde das populações, **considerando os CSP como o eixo central do sistema de saúde.**

Apesar de que os CSP têm sido uma aposta cada vez mais reiterada pelo MISAU, a elevada dependência do sector saúde com uma ajuda externa extremamente fragmentada e centrada em intervenções verticais, sobretudo o controlo da infeção VIH/ SIDA, malária e a tuberculose, tem dificultado a integração dos serviços em detrimento do fortalecimento dos CSP e em definitiva, a eficácia e eficiência do sistema de saúde.

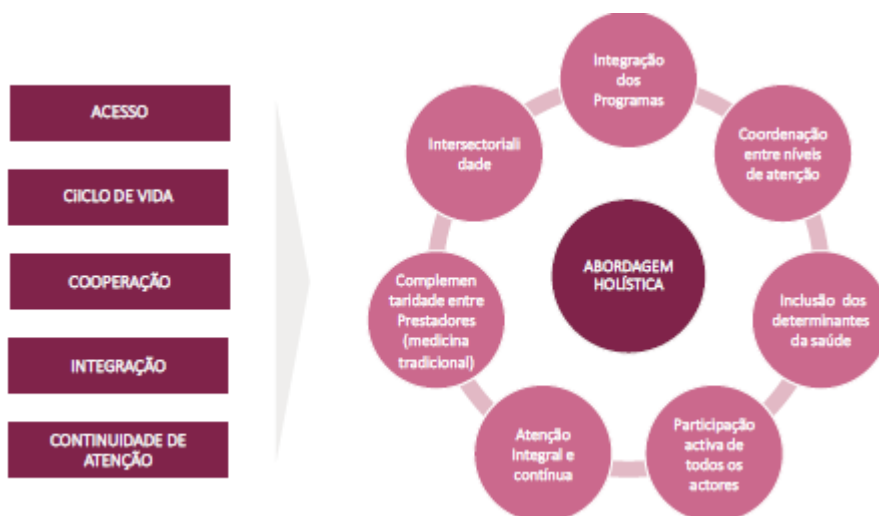
Para apoiar de forma efetiva a transformação na abordagem da saúde desde uma perspetiva holística, com acções voltadas para a prestação de serviços de saúde integrados, o PECS centra-se nos princípios dos CSP, dando especial relevância à saúde comunitária.

Em concordância com os princípios da Atenção Primária de Saúde 10, o PECS 2020-2024 contempla três componentes fundamentais inter-relacionados e sinérgicos:

1. **Satisfazer as necessidades de saúde das pessoas por meio de cuidados integrados** com ênfase na promoção de saúde e prevenção de doenças, mas também a cura, reabilitação e cuidados paliativos ao longo da vida, priorizando estrategicamente os principais serviços de saúde para indivíduos e famílias através da atenção primária, e da população através da saúde pública, como elemento central dos serviços integrados de saúde;
2. **Abordar sistematicamente os determinantes mais amplos da saúde** (incluindo fatores sociais, culturais, econômicos e ambientais, bem como aspectos de gênero e características e comportamentos individuais) por meio de políticas e ações baseadas em evidências através da participação de todos os setores;
3. **Empoderamento dos indivíduos, famílias e comunidades para otimizar a saúde**, como promotores de políticas que promovam e protejam a saúde e o bem-estar, como participantes no desenvolvimento de serviços sociais e de saúde e como cuidadores de sua própria saúde e a de outras pessoas. O envolvimento da comunidade constitui um dos pilares básicos da Estratégia Nacional de Promoção de Saúde 2015 – 2019 [2024] visando garantir que os serviços respondam às circunstâncias sociais e culturais das pessoas, o que, por sua vez, aumenta a satisfação do paciente, melhora o acesso, a eficácia e a capacidade de resposta.

A figura seguinte resume os principais princípios e abordagem do PECS 2020-2014 numa perspectiva holística da saúde.

Figura 8. A saúde como motor para uma abordagem holística, integradora e multisectorial.

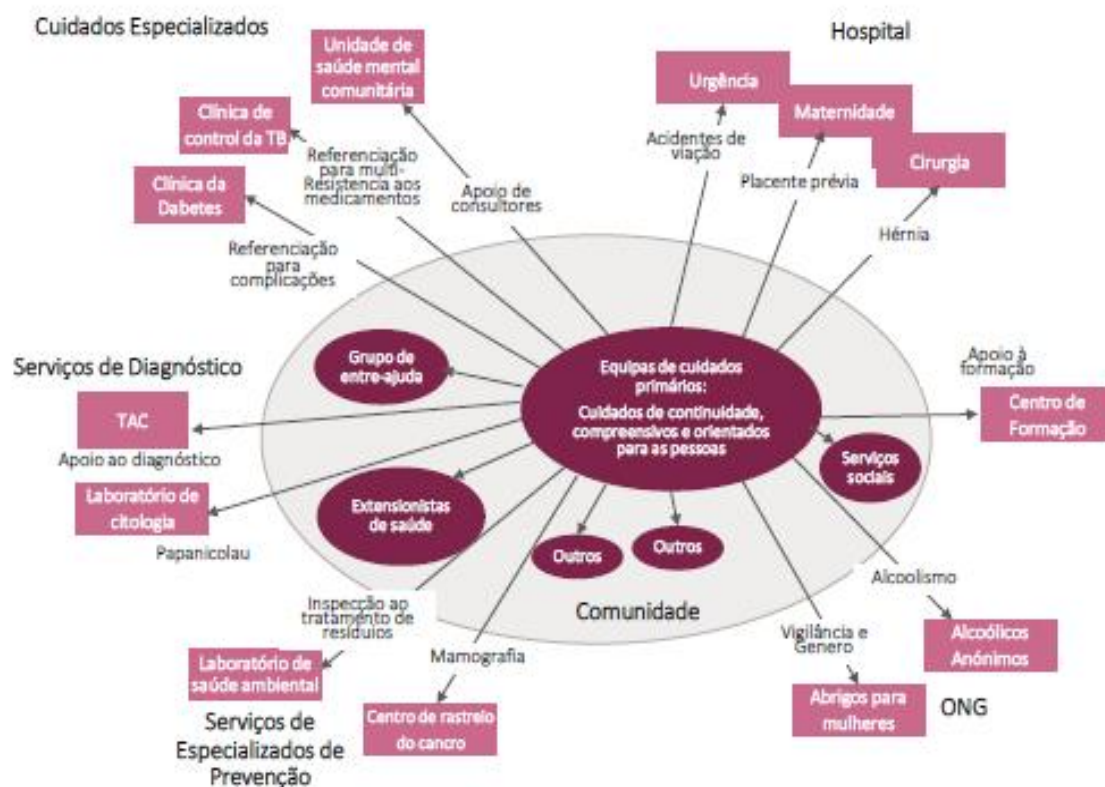


Fonte: Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU) e Organização Mundial da Saúde (OMS). Draft do Pacote Essencial de Cuidados de Saúde em Moçambique. Volume I. Maio 2020. Não disponível online (20).

Os CSP deverão constituir a porta de entrada da população ao SNS, e permitir o acesso aos níveis de cuidados mais diferenciados em função das necessidades, obedecendo ao sistema de referência. São o núcleo central do sistema de saúde, mas a coordenação com todo o espectro de prestação de serviços de saúde e assistência social, desde o nível comunitário até ao sistema de referência no nível hospitalar e serviços diagnósticos ou especializados é fundamental. A articulação dos serviços de saúde entre os diferentes níveis de atenção além de servir de base para o fortalecimento de capacidades e a melhoria subsequente do nível

de resolutividade das US, facilita o estabelecimento de um sistema de referência e contra-referência verdadeiramente funcional. (20)

Figura 9. Os Cuidados de Saúde Primários como centro de coordenação da rede de serviços.



Fonte: OMS. Relatório da Saúde Mundial 2008 WHO The World Health Report 2008 - Primary Health Care (Now More Than Ever)

Esta abordagem promove a coordenação e o cuidado continuado ao longo do tempo e do ciclo de vida, incluindo pessoas com problemas complexos de saúde, e reorienta o modelo de atenção para que os serviços de assistência à saúde sejam prestados de uma forma eficaz e eficiente, por meio de modelos inovadores de atenção que promovam uma mudança do atendimento prioritariamente clínico para cuidados mais holísticos e abrangentes, mais dirigidos à promoção e prevenção de doenças e o bem-estar das pessoas. Este modelo de assistência à saúde através de redes integradas de serviços de saúde deve cumprir entre outros, os seguintes atributos:

- População e território assignado bem definidos para cada US e amplo conhecimento das suas necessidades e preferências em questões de saúde, que determinam a oferta de serviços de saúde;
- Número e tipo de Centros de Saúde para cada Hospital de distrito como primeiro nível de referência;
- Uma extensa rede de unidades de saúde que forneça serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, manejo de doenças, reabilitação e cuidados paliativos e que integre os programas existentes focados em doenças, riscos e populações específicos, serviços de saúde pessoais e serviços de saúde pública;

- Prestação de serviços especializados no local mais apropriado; Existência de mecanismos de coordenação de atenção e formação contínua em todo um contínuo de serviços de saúde.

Quanto à tipologia e níveis de cuidados assistenciais o PESC, com a finalidade de conseguir que os CS sejam verdadeiras unidades do primeiro contacto, acessíveis, compreensíveis e sobretudo, com capacidade para resolver a maior parte de problemas de saúde prevalentes na população de referência, Sugere que a tipologia dos Centros de Saúde seja dividida em 3 tipos diferentes de acordo com o seu perfil assistencial e nível de resolutividade, condicionado fundamentalmente pela localização urbana ou rural do CS, o volume de população de referência e em função do nível de acessibilidade a uma US hospitalar de referência.

Tabela. 16 Tipologia de Centros de Saúde

<p>Centro de Saúde Tipo I</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CS Ambulatórios e no máximo 72 horas de internamento • Localizados fundamentalmente em áreas urbanas ou rurais de fácil acesso ao hospital de referência • População aproximada de 10.000 a 25.000 habitantes (em áreas urbanas até 50.000 hab.) • Raio de captação até 4 Km (percurso máximo de cerca de 1 hora)
<p>Centro de Saúde Tipo II</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CS com Maternidade e no máximo 72 horas de internamento • Localizados em áreas rurais onde não existe uma maternidade nas proximidades, mas sem dificuldades de acesso a um hospital com internamento • População aproximada de 15.000 a 35.000 habitantes • Raio de captação entre 4-8 Km (percurso máximo 2 horas) • Deverá dispor de uma Casa de Espera
<p>Centro de Saúde Tipo III</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CS com Maternidade e internamento (10-20 camas) Localizam-se em áreas isoladas de difícil acesso, onde não há disponibilidade de um Hospital ou Maternidade nas proximidades • População aproximada de 25.000 a 45.000 habitantes • Raio de captação superior a 8 Km (percurso superior a 2 horas) • Deverá dispor de uma Casa de Espera

Fonte: Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU) e Organização Mundial da Saúde (OMS). Draft do Pacote Essencial de Cuidados de Saúde em Moçambique. Volumem I. Maio 2020. Não disponível online (20).

Um dos principais mecanismos para promover o acesso aos serviços básicos de saúde da população, especialmente nas comunidades que se encontram distantes das unidades sanitárias, tem sido as Brigadas Móveis Integradas (BMI).

Assim mesmo é fundamental que os serviços de saúde de atenção primária contem com equipas eficazes e coordenadas, com um conjunto de habilidades e competência para atender à maioria das necessidades de saúde da população e território assignados para cada Unidade Sanitária, levando em consideração as preferências culturais e aspectos de género.

As equipas de atenção primária são idealmente multidisciplinares, incluindo membros da instituição, de outros sectores (assistentes sociais, etc) e da comunidade (Agentes Polivalentes Elementares Praticantes da Medicina Tradicional, extencionistas, etc.). O principal objectivo é trabalhar em equipa e reorientar o processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção primária, de ampliar a capacidade resolutiva e o impacto na situação de saúde das pessoas,

O envolvimento dos Agentes Comunitários de Saúde na prestação de uma variedade de serviços sociais e de saúde, incluindo os Agentes Polivalentes Elementares (APEs), os Praticantes de Medicina tradicional, as Parteiras Tradicionais ou Matronas, Activistas, Voluntários, Agentes Comunitários ligados a outros

sectores (acção social, agricultura, água, etc.) ou os Padrinhos e Madrinhas, destaca-se como uma estratégia essencial para a construção de uma ponte entre a comunidade, as famílias e o sistema de saúde.

No PECS, os serviços de saúde são definidos por nível de atenção e orientados por ciclo de vida. Foram identificados 9 Pacotes de Carteira de Serviços contemplando todas as etapas do ciclo de vida, níveis de atenção e tipologia de unidades de saúde de acordo com a seguinte estrutura e organização:

Tabela 17. Formato estandardizado dos pacotes de carteira de serviços nos CSP.

Etapas do ciclo de vida	Estruturas de saúde				
	Comunitário (<i>Agentes Comunitários de Saúde, redes, e actores chave de todos os sectores</i>)	Centro Saúde de ambulatório	Centro de Saúde com maternidade	Centro de Saúde com maternidade e Internamento	Hospital Distrital
1. Gestação	<p style="text-align: center;">Intervenções em cada pacote</p> <p>Para cada etapa do ciclo de vida e em cada tipologia de estruturas, identificam-se as intervenções essenciais em cada fase:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoção da saúde • Prevenção da doença • Diagnóstico e tratamento • Reabilitação e cuidados paliativos 				
2. Parto					
3. Pós Parto					
4. Recém Nascido					
5. Até aos 5 anos					
6. Dos 5-10 anos					
7. Pré-adolescente, adolescente e jovem					
8. Mulher e Homem adulto					
9. Mulher e Homem idoso					

Fonte: Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU) e Organização Mundial da Saúde (OMS). Draft do Pacote Essencial de Cuidados de Saúde em Moçambique. Volume I. Maio 2020. Não disponível online (20).

Os Centros de Saúde Tipo I, Tipo II e Tipo III, podem servir diferentes volumes populacionais, tendo-se considerado a tipificação de 3 patamares de população a servir por cada tipologia. O dimensionamento dos recursos para a disponibilização da carteira de serviços deve ser ajustado em função do volume de população de referência, nomeadamente no que se refere às camas de maternidade e internamento.

Para o dimensionamento das camas de maternidade, tendo em conta que o valor de referência para todos os níveis de cuidados é de 10 camas de maternidade por 1.000 mulheres grávidas, considerou-se para os Centros de Saúde com maternidade um rácio mínimo de cerca de 5 camas para 1.000 mulheres grávidas.

Para as camas de internamento geral, o rácio de referência para todos os níveis de cuidados é de 25 camas por 10.000 habitantes, sendo o valor actual em Moçambique de cerca de 5 camas por 10.00 habitantes, de acordo com os dados do SARA 2018. Considerou-se para os Centros de Saúde com internamento um rácio de cerca de 4 camas por 10.000 habitantes.

No draft do PESC também são definidas as carteiras de serviços de outros sectores, tais como: Cuidados de Saúde Hospitalares, Lista de Medicamentos Essenciais, que tem por base a Lista Nacional de Medicamentos Essenciais, tendo-se considerado os medicamentos a disponibilizar em cada uma das tipologias de Unidade Sanitária, os laboratórios e serviços de patologia clínica e a tipologia dos principais equipamentos por cada tipo de US e os recursos humanos.

No que se refere aos recursos humanos, os critérios de afectação tiveram em conta a carteira de serviços de cada tipologia de estrutura, assim como a aplicação de critérios de dimensionamento padronizados entre as tipologias.

Tabela 18. Quadro de pessoal tipo, por tipologia de Centro de Saúde e volume de população de referência.

Ocupação	Nível académico	CS Tipo I (ambulatório)			CS Tipo II (ambulatório + maternidade)			CS Tipo III (ambulatório + maternidade + internamento)		
		≈ 15.000 hab.	≈ 25.000 hab.	≈ 50.000 hab.	≈ 15.000 hab.	≈ 25.000 hab.	≈ 35.000 hab.	≈ 25.000 hab.	≈ 35.000 hab.	≈ 45.000 hab.
Técnicos de Saúde		9	15	25	12	19	27	28	36	44
Médico especialistas em Medic. Familiar e Comunitária	Superior ME	-	-	1	-	-	1	-	1	1
Médico de Clínica Geral	Superior	-	1	1	-	1	1	1	1	1
Técnico de Medicina	Médio	1	1	2	1	1	1	1	1	2
Téc. de Medicina Preventiva	Médio	1	1	2	1	1	2	1	2	2
Enfermeiro A	Superior	-	-	1	-	-	1	1	1	1
Enfermeiro Geral	Médio	1	2	1	1	2	1	7	8	9
Enfermeiro Pediatra A	Superior	-	-	1	-	-	1	-	1	1
Enfermeiro de SMI C	Médio	1	2	2	4	6	7	6	7	8
Médico Dentista	Superior	-	-	1	-	-	1	-	1	1
Técnico de Odontostomatologia	Médio	1	2	1	1	2	1	2	1	1
Psicólogo Clínico A	Superior	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Téc. Psiquiatria e Saúde Mental	Médio	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Técnico de Nutrição	Médio	1	1	2	1	1	1	1	1	2
Técnico de Oftalmologia	Médio	-	-	1	-	-	1	-	1	1
Técnico de Med. Física e Reab.	Médio	-	1	1	-	1	1	1	1	1
Técnico de Farmácia	Médio	1	1	2	1	1	2	2	3	4
Técnico de Laboratório C	Médio	1	1	2	1	1	2	3	3	5
Técnico de estatística sanitária	Médio	-	1	2	-	1	2	1	2	2
Cuidadores		4	6	12	4	6	9	6	9	11
Agente Polivalente Elementar		4	6	12	4	6	9	6	9	11
Profissionais de Suporte		4	6	9	11	15	19	25	30	32
Técnico Administrativo C	Médio	1	1	2	1	1	2	2	2	3
Técnico de Acção Social C	Médio	1	1	1	1	1	2	1	2	2
Servente de Unidades Sanitár.	Elementar	2	4	6	7	9	11	13	15	16
Cozinheiro	Elementar	-	-	-	-	-	-	2	3	3
Copeiro	Elementar	-	-	-	-	-	-	2	2	2
Lavandeiro	Elementar	-	-	-	1	1	1	2	2	2
Guarda	Elementar	-	-	-	1	2	2	2	2	2
Conductor de Veículos de Serviço Público	Elementar	-	-	-	-	1	1	1	2	2
Total		17	27	46	27	40	55	59	75	87

Fonte: Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU) e Organização Mundial da Saúde (OMS). Draft do Pacote Essencial de Cuidados de Saúde em Moçambique. Volume I. Maio 2020. Não disponível online (20).

Quanto ao financiamento, e considerando o valor global actual per-capita em Moçambique, o valor médio estimado do PESC per-capita para os CSP e hospital distrital entre os 16,6 USD e os 21,1 USD, o que representará um significativo incremento e melhoria dos cuidados de saúde.

Também de acordo com o documento da OMS, intitulado “Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends”, 2018, para uma utilização eficiente do gasto público em saúde, conduzindo à redução das iniquidades e melhoria do acesso da população, é essencial uma cuidadosa planificação dos cuidados para assegurar que toda a população possa obter cuidados de saúde primários.

Quanto à estratégia de implementação: A definição do PECS 2020-2024 constituiu um marco estratégico na definição clara das funções, intervenções e dos meios necessários para a melhoria dos cuidados de saúde à população, em particular ao nível da atenção de proximidade, a desenvolver desde a comunidade até ao primeiro nível de referência dos Centros de Saúde, o Hospital Distrital, de forma articulada e coordenada entre os diversos intervenientes, incluindo os níveis secundário, terciário e quaternário.

Neste sentido, o PECS 2020-2024 revela-se um instrumento abrangente e holístico, centrado na pessoa, essencial para melhorar a oferta disponível e conseqüentemente reduzir as iniquidades no acesso da população aos cuidados de saúde, contribuindo para a obtenção de mais e melhor saúde, bem como para o alcance dos indicadores e metas estabelecidas a nível nacional e internacional.

No entanto, para a operacionalização dos PECS é fundamental para além da definição do instrumento base, assegurar um conjunto de condições que contribuam decisivamente para o sucesso da sua implementação e dos resultados esperados, assente em 4 pilares essenciais devidamente integrados:

Figura 10. Pilares para a implementação do PESC

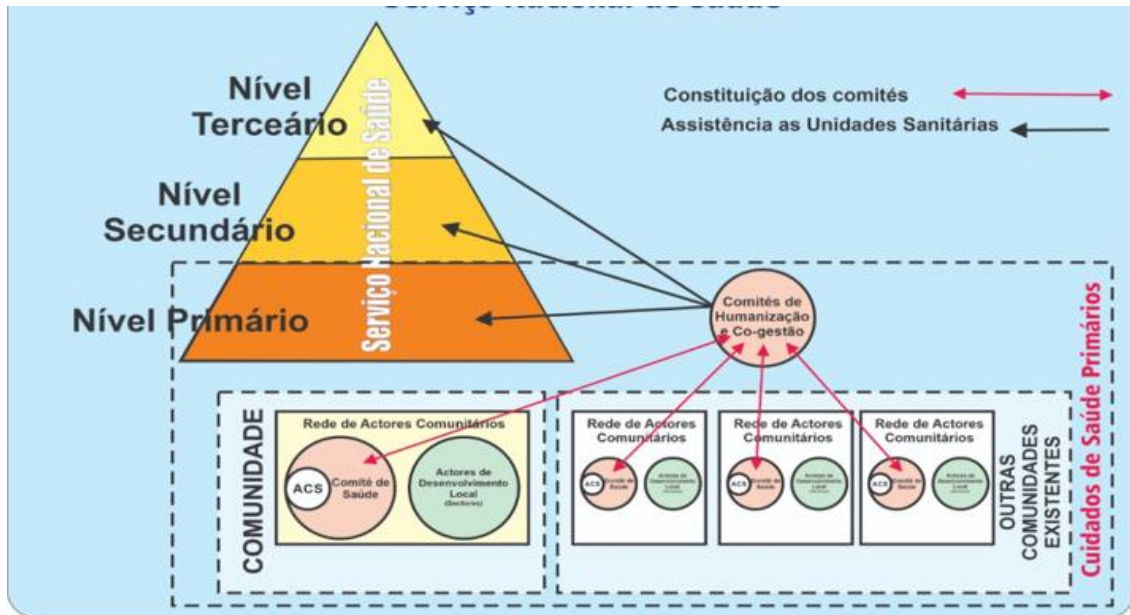


Fonte: Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU) e Organização Mundial da Saúde (OMS). Draft do Pacote Essencial de Cuidados de Saúde em Moçambique. Volume I. Maio 2020. Não disponível online (20).

2.4.2.5. A Estratégia do Subsistema Comunitário de Saúde em Moçambique

O Subsistema Comunitário de Saúde, descrito anteriormente, é um dos sistemas do SNS, directamente relacionado com a prestação dos CSP, já que estes como se pode apreciar na seguinte figura integram a Comunidade e o Nível Primário de Saúde.

Figura 11. Participação Comunitária nas Unidades Sanitárias do SNS



Fonte: Eusébio Chaquisse. Apresentação no HPG Meeting. Maputo. Marco 2021. Não disponível online (31)

Com o fim de revitalizar a saúde comunitária e melhorar a saúde da população de Moçambique, em Agosto de 2020 (32) foi lançada pelo MISAU a Estratégia do Subsistema Comunitário de Saúde até 2025.

A mesma tem Objectivos Estratégicos, Acções e Resultados Esperados. Apenas são resumidos os objectivos estratégicos (31)

- **Objectivo Estratégico 1: Liderança, Participação e Empoderamento das Comunidades.** Até 2025, 50% das comunidades moçambicanas liderando a identificação, priorização e soluções dos problemas locais dentro das respectivas áreas de saúde;
- **Objectivo Estratégico 2: Expansão de Prestação de Serviços Essenciais de Saúde.** Até 2025, contribuir para aumentar em 20% o acesso a cobertura de serviços essenciais de saúde;
- **Objectivo Estratégico 3: Sistema de Informação em Saúde, Monitoria e Avaliação** Até 2025, estabelecer um sistema de vigilância, monitoria e avaliação das acções de saúde nas comunidades com fluxo multi-direccional de informação;
- **Objectivo Estratégico 4: Apoio Técnico e Gestão.** Até 2025, garantir a continuidade de suporte técnico e de recursos à estrutura de apoio do sistema de desenvolvimento comunitário.

Para a consecução dos anteriores objectivos é necessário realizar mudanças significativas a diferentes níveis, tal como pode ser apreciado na seguinte tabela.

Tabela 19. Comparativa do foco das intervenções na Saúde Comunitária no passado e com a nova estratégia.

Passado	Futuro
Provisão de serviços com foco nas doenças (abordagem por doenças).	Provisão de serviços com foco na NECESSIDADE do indivíduo (Centrado na Pessoa.)
Foco nos episódios da doença – prevenção, promoção, SMI, CDC.	Foco na continuidade dos cuidados – Serviços de promoção, preventivos, curativos, de reabilitação e paliativos, em todas as idades
Foco na equidade: população pobre rural.	Foco na equidade: Identificação de todas as pessoas que ficam para trás – Urbanas e rurais pobres, aspectos de género, barreiras culturais.
Foco no Acesso.	Foco no Acesso e na QUALIDADE.
Abordagem da Provisão de Serviços Centros de Atenção Primária coordenados por um hospital primário	Abordagem da Provisão de Serviços: responsabilidade de todos os níveis de atenção e inclusão de modalidades público – privadas.
Resultados baseados no orçamento, com mobilização de recursos externos.	Resultados baseados na NECESSIDADE, com a mobilização de recursos interna (recursos via impostos, taxas ou outras modalidades de pré-pagamento).

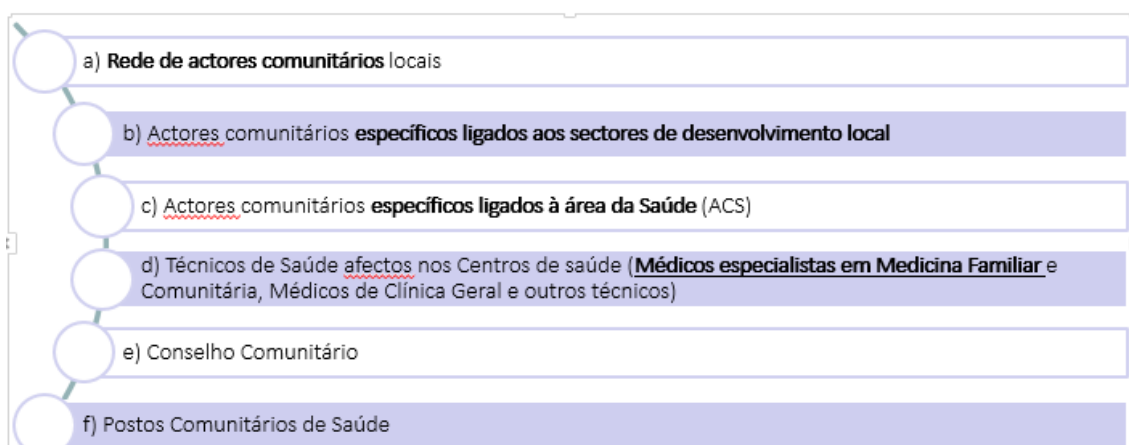
Fonte: Eusébio Chaquisse. Apresentação no HPG Meeting. Maputo. Marco 2021. Não disponível online (31).

As intervenções chave do Subsistema de Saúde Comunitária são os seguintes.

Promocional	Preventivo	Curativo
Aconselhamento e Promoção da saúde	Vigilância e prevenção de doenças	Manejo de doenças e cuidados de continuidade domiciliares
Intervenções para as necessidades em saúde para cada faixa etária e género: (1) gravidez e parto; (2) recém-nascido; (3) crianças menores de 5 anos; (4) idade escolar de 5 a 10 anos; (5) adolescentes e jovens; (6) adultos e (7) pessoas idosas		

O Subsistema Comunitário de Saúde organiza-se pela seguinte estrutura:

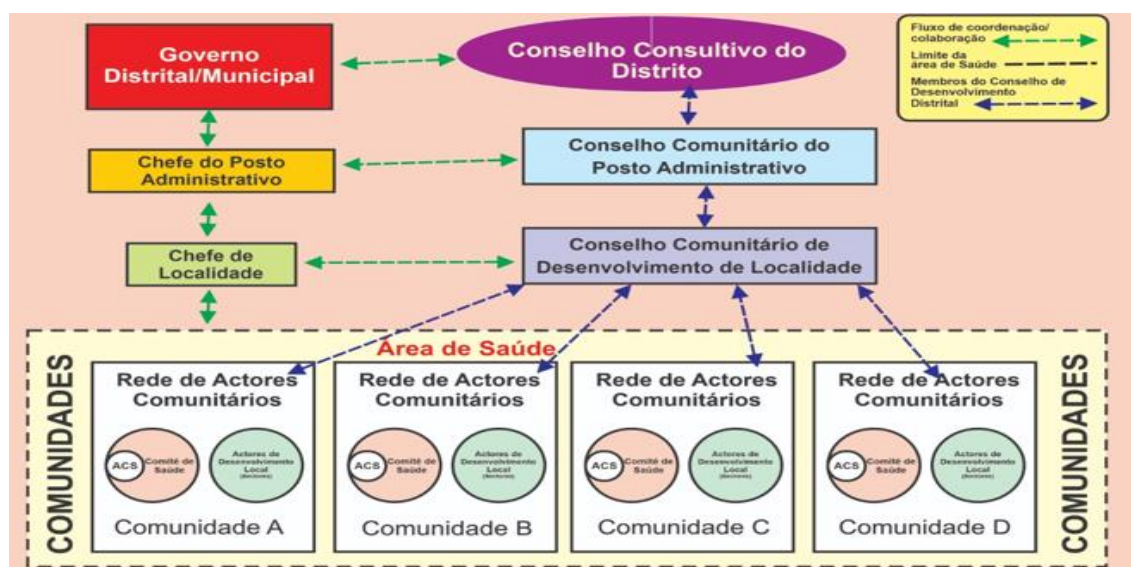
Tabela 20. Organização do Subsistema Comunitário de Saúde



Fonte: Eusébio Chaquisse. Apresentação no HPG Meeting. Maputo. Marco 2021. Não disponível online (31).

Na figura seguinte pode-se apreciar o organigrama hierárquico comunitário de desenvolvimento da comunidade.

Figura 12. Organigrama hierárquico comunitário



Fonte:

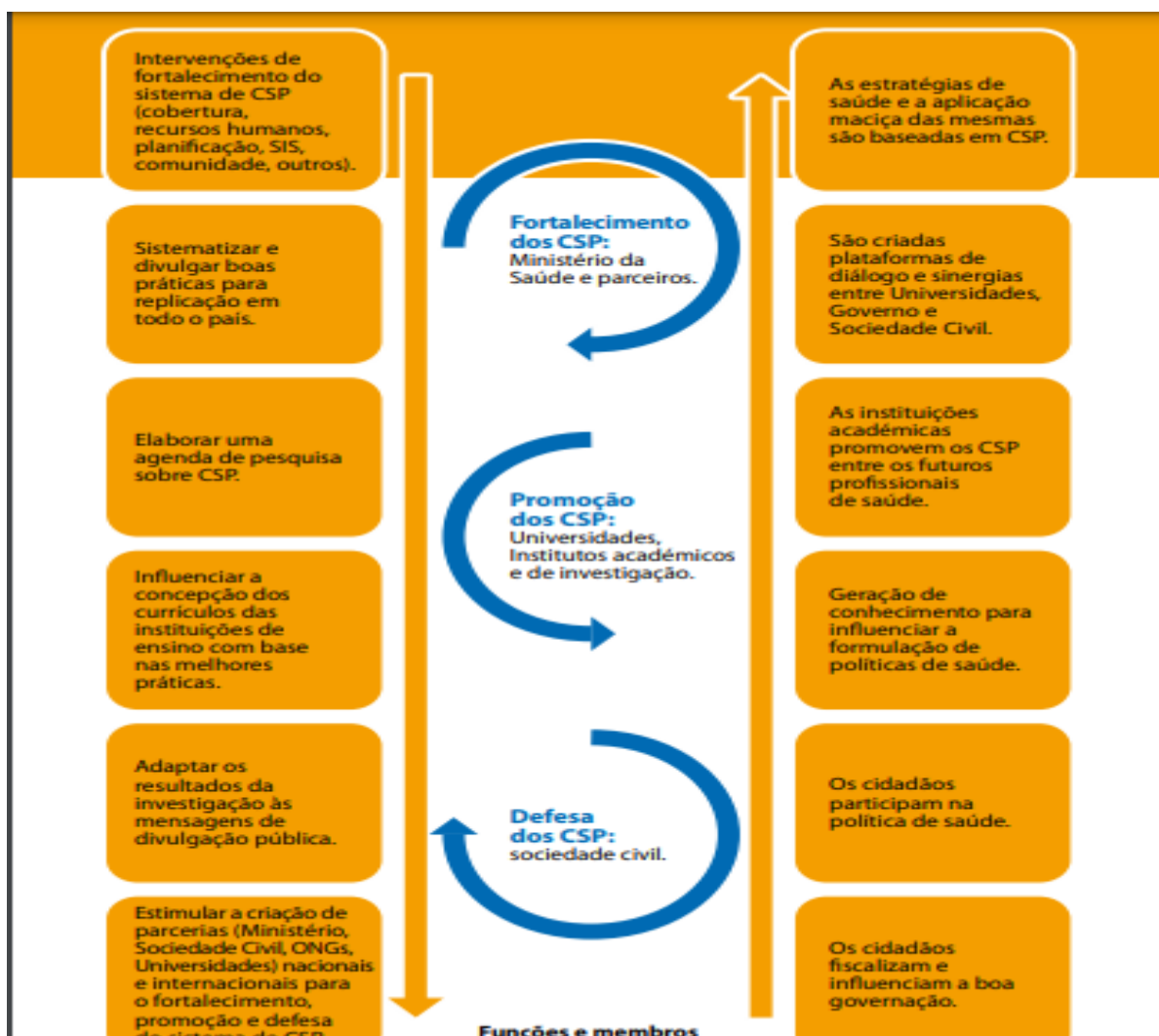
Eusébio Chaquisse. Apresentação no HPG Meeting. Maputo. Marco 2021. Não disponível online (31).

Segundo a Estratégia, na alocação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) devem ser priorizadas comunidades compreendidas entre 500 e 2000 pessoas, e no caso de menos de 500 pessoas deve-se considerar juntar diferentes comunidades. Por outra parte, acima de 2000 pessoas, deve-se considerar a colocação mais de uma equipa ACS.

distrital, municipal e provincial. Nos seus diferentes projectos/programas, são sempre respeitados os princípios de alinhamento, pertinência, seguimento e respeito pela liderança do MISAU e das autoridades locais (33).

Uma das estratégias identificadas para atingir o objectivo do reforço dos CSP, anos atrás foi a criação do Instituto para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, estrutura nacional competitiva, inclusiva, sustentável e independente, ou seja, que deveria integrar o trabalho conjunto de todas as forças nacionais e internacionais que defendem que a saúde é um direito de todos os cidadãos e todas as cidadãs de Moçambique. Integrariam o mesmo, o MISAU, universidades nacionais (Universidade Eduardo Mondlane (UEM) e internacionais para garantir o ensino e a pesquisa sobre os CSP, pois o impacto nas políticas públicas de saúde deve estar baseado em evidências e as instituições da sociedade civil, organizações sociais, movimentos sociais, etc., com interesse e capacidade de promover a participação dos cidadãos, a defesa do direito à saúde através de um sistema público que garanta a cobertura universal, e elaborar propostas para a fiscalização da implementação das políticas públicas de saúde. (34)

Figura 14. Estratégia do Instituto para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários



Fonte: Medicus Mundi Moçambique. Cuidados de saúde primários: vamos torná-los realidade. Disponível em: http://medicusmundi.es/storage/resources/publications/5a4ceb17e3d7d_aps-mocambic-port.pdf

Nos últimos anos, a MM tem vindo a ampliar a sua área de actuação e, neste momento, além de trabalhar com o MISAU para fortalecer a sua capacidade na prestação de serviços de saúde e implementar as políticas públicas, está comprometida em trabalhar com uma abordagem de DSS, incluindo o género e o ambiente, sobretudo, nos âmbitos académico e de investigação. Neste âmbito, foram realizadas diversas pesquisas no âmbito dos diferentes projectos realizados pela ONG, nas províncias nas quais trabalha, nomeadamente, Cabo Delgado, Inhambane e Maputo-Cidade.

A organização tem tido também impacto na defesa dos direitos humanos no país, principalmente o direito à saúde, através da implementação de várias iniciativas que visam a melhoria do acesso e qualidade dos serviços básicos de saúde, entre elas: “Determinantes Sociais da Saúde (DSS) na cidade de Maputo”; “Fortalecimento, Promoção e Defesa dos CSP em Moçambique”; “Redução do impacto negativo da mineração artesanal na saúde individual, comunitária e ambiental”, “Melhorar a Saúde em Moçambique através da Revitalização dos CSP; ou “Activismo e Defesa do Direito a Saúde na Cidade de Maputo”.¹⁵

No âmbito do Projecto “Determinantes Sociais da Saúde (DSS), foi constituída em Junho de 2019, a Comissão Municipal de Determinantes Sociais da Saúde da Cidade de Maputo, órgão multidisciplinar e multisectorial orientado a promover o desenho e a implementação de políticas sócio-sanitárias na cidade. A comissão assenta nos artigos 11 e 89 da Constituição da República de Moçambique, que apontam que o Estado tem o dever de construir uma sociedade baseada na justiça social, favorecendo o bem-estar material, espiritual e de qualidade dos cidadãos (Artigo 11), assim como os cidadãos têm o direito e o dever de defender a saúde pública (Artigo 89).

Esta Comissão Municipal, embora ainda não tenha a aprovação formal por parte do Conselho Municipal de Maputo, para que seja incorporada como unidade orgânica, com o respectivo orçamento alocado, continua a dar passos firmes e os seus membros reúnem-se com o apoio do Projecto “Activismo e Defesa do Direito a Saúde na Cidade de Maputo”.

Finalmente, no âmbito da pesquisa/investigação, para além das diferentes pesquisas realizadas com abordagem do direito à saúde, iniquidades em saúde e DSS, vale a pena destacar a organização em Dezembro de 2018 da **I Conferência Internacional sobre Determinantes Sociais da Saúde de Maputo**, com a participação do MISAU, INS, diversos centros de pesquisa e universidades, OSC e movimentos sociais, nacionais e internacionais.¹⁶

2.4.3.2. A Aliança para a Saúde em Moçambique: Missão e eixos de acção.

Devido às dificuldades burocráticas para criar o Instituto dentro da estrutura institucional da UEM, optou-se por criar **a Aliança para a Saúde**.

Diferentes organizações, entidades, movimentos sociais, sociedade civil, universidades e institutos de pesquisa e/ou investigação científica que consideram que a saúde é um direito, não um bem de consumo, e que a melhor maneira de garantir este direito é mediante a promoção de políticas públicas que abordem os DSS, e que desde as suas especificidades trabalham em prol da defesa desse direito, consideraram fundamental unir esforços e identificar políticas e marcos de acção comuns.

Com o objectivo de promover uma plataforma para a defesa do direito à saúde, a partir da abordagem dos DSS, e centrada nos CSP, várias instituições de formação e investigação, e organizações da sociedade civil, nacionais e estrangeiras, com alianças e parcerias para o desenvolvimento de diferentes projectos

¹⁵ Para conhecer os projectos desenvolvidos e as pesquisas realizadas pela Organização, pode consultar o site: <https://www.medicusmundimozambique.org/pt/proyectos>

¹⁶ Para mais informação: <https://www.medicusmundimozambique.org/pt/actividades/i-conferencia-internacional-sobre-determinantes-sociales-de-la-salud>

durante anos, acordaram constituir (formalmente, iniciou a sua actividade em 2020), a **Aliança para a Saúde**, e que esta fosse liderada inicialmente pela ONG internacional Medicus Mundi (35).

A **Aliança para a Saúde** é um movimento social de defesa do direito à saúde em Moçambique, que pretende influenciar mudanças ao nível das políticas, estratégias e até do orçamento do Sistema Nacional de Saúde, com foco **nos CSP e na perspectiva de DSS**. Os movimentos sociais são importantes e fundamentais em vários sentidos: permitem aos indivíduos agir de forma colectiva na defesa dos direitos; são peças fundamentais enquanto entidades de mediação entre os grupos minoritários (a população mais desfavorecida e empobrecida) e o próprio Estado e outros actores; e tornam-se ferramentas cruciais na busca e exercício de direitos e deveres e na redução das desigualdades existentes e/ou causadas.

Neste sentido, pretende-se que esta seja uma plataforma de referência na geração e troca de conhecimentos sobre matérias como o direito à saúde, CSP, os DSS, em Moçambique, entre outras.

Tendo em conta que nos últimos anos as ONGs e outras OSC têm vindo a desenvolver e a pôr em prática lógicas de redes e parcerias, alavancando o seu próprio desenvolvimento, papel e espaço num mundo cada vez mais globalizado e interconectado, a **Aliança para a Saúde** é uma rede de entidades da sociedade civil, de diferentes áreas de intervenção social (saúde, educação, género, ambiente e outras), que se quer constituir como movimento social para defender o direito à saúde para toda a população de Moçambique, mediante a partilha de conhecimento e evidências, a formação e a realização de acções de advocacia e sensibilização.¹⁷

2.4.3.3. Pilares.

A **Aliança para a Saúde** assenta em 3 grandes pilares, nomeadamente: **Pesquisa, Advocacia e Formação**.

Figura 15. - Pilares da Aliança para a Saúde



Fonte: Medicus Mundi Moçambique. A Aliança para a Saúde. Moçambique. 2019. Disponível em: <https://aliancaparasaude.org/files/2020/11/docprogapresentacao-alianca-para-a-saude.pdf> (20)

¹⁷ Para mais informação ver: <https://www.aliancaparasaude.org/pt>

1º Pilar. Pesquisa: Quando foi definida a agenda de pesquisa da Aliança (32)¹⁸, constatou-se que em Moçambique não havia evidências suficientes sobre o papel da pesquisa em relação aos DSS na formulação de políticas, pelo que se considerou que a agenda de pesquisa deveria ter como objectivo principal promover a investigação e evidências sobre os DSS que influenciam o modelo de saúde perseguido por Moçambique, no que se refere aos CSP; e que servisse, ao mesmo tempo, como plataforma para envolver os pesquisadores locais e os fazedores da política da saúde na avaliação, deliberação e selecção de recursos necessários para apoiar quaisquer esforços de pesquisa sobre os CSP, numa determinada comunidade.

A metodologia proposta nesta componente consiste em desenhar um espaço de formação para activistas moçambicanos, com o apoio e a orientação de activistas e especialistas de direitos humanos de âmbito internacional, no campo da saúde, mas também de ambiente, género e outras áreas, **de diferentes organizações.**

A agenda de pesquisa definiu algumas áreas prioritárias, concretamente: 1) Território, democracia e saúde; 2) Género e Saúde; 3) Saúde e ambiente; 4) Sistema de Saúde - Marco Político, legal e institucional; 5) Movimentos Migratórios e saúde; 6) Comunidades e actores sociais e saúde; 7) Gestão e Saúde.¹⁹

2º Pilar: Formação - Escola de Activismo em Saúde (EAS)

A **Escola de Activismo em Saúde (EAS)**, parte integrante da **Aliança para a Saúde**, responde à linha de acção de formação e partilha de conhecimento. A criação da primeira **Escola de Activismo em Saúde** no país, no âmbito da defesa de um sistema público de saúde e do direito à saúde, a partir de uma abordagem de DSS, é fundamental no processo de consolidação e visibilidade da própria Aliança para a Saúde.

A metodologia que se pretende seguir nesta componente consiste em desenhar um espaço de formação para activistas moçambicanos, com o apoio e a orientação de activistas e especialistas de direitos humanos de âmbito nacional e internacional, no campo da saúde, como o People's Health Movement (PHM), a **medicusmundi**, a N'weti, o Fórum Mulher, entre outras entidades.

A EAS terá tem uma vertente digital/virtual predominante, para que possam aceder as pessoas interessadas a nível de Maputo e das capitais provinciais, onde há maiores probabilidades de acesso às tecnologias de informação e comunicação; e onde, num primeiro nível, se pode ter maior impacto na mudança ou cumprimento das políticas públicas.

3º Pilar: Advocacia: Acção para a Saúde

A **Aliança para a Saúde** pretende influenciar a transformação social e de políticas públicas de saúde em Moçambique, numa perspectiva de cooperação e colaboração construtiva.

O pilar de Advocacia tem, essencialmente, como base as evidências geradas pelas pesquisas realizadas (**Pilar Pesquisa**) e as acções formativas de partilha de conhecimento (**Pilar Formação - EAS**), com o intuito de realizar acções concretas de advocacia e sensibilização com vista a: influenciar políticas públicas com impacto na saúde, mas também influenciar a mudança social e de comportamento para a defesa do direito à saúde, a partir do enfoque dos **DSS**.

O pilar tem duas componentes, diferentes, mas integradas:

- **Componente de advocacia:** estão previstas a realização de actividades destinadas a melhorar o diálogo político e o conhecimento de evidências que demonstrem a necessidade de apostar por

¹⁸ Inicialmente designada "Aliança-CSP".

¹⁹ Poder-se-á encontrar informação detalhada sobre a Agenda de Pesquisa da Aliança no seguinte site: <https://www.medicusmundimozambique.org/files/2020/03/agenda-de-pesquisa-mm.pdf>

políticas que promovam os **CSP**, as abordagens baseadas nos DSS, a equidade na saúde, ou outras matérias relevantes com impacto e que permitam avançar no exercício pleno do direito à saúde em Moçambique.

- **Componente de sensibilização**, serão implementadas campanhas através de produção de materiais audiovisuais e IEC para uma maior consciencialização pública sobre o direito à saúde. Mas também sobre cada um dos determinantes sociais, económicos, políticos, culturais, ambientais, de género e outros, que influenciam a mesma.

No ano 2019 foi definida uma agenda de pesquisa com as seguintes áreas prioritárias (36):

a) Território, demografia e saúde; b) Género e Saúde; c) Saúde – Ambiente; d) Marco político, legal e institucional; e) Movimentos migratórios e saúde; f) Comunidade e actores sociais e saúde; g) Gestão e Saúde.

Uma das acções mais importantes realizadas pela Aliança foi a **I Conferência Internacional sobre os DSS de Maputo**, referida anteriormente.

A sua realização justifica-se pelo foco que a MM outorga aos DSS. Esta ONG considera que “a pior epidemia em saúde, não é uma doença, mas sim as desigualdades e a pobreza”.

Moçambique não é uma excepção no contexto mundial do aumento das desigualdades e iniquidades em saúde causadas pelos DSS. Muitos dos problemas de saúde mais importantes do país estão sujeitos à influência desses mesmos determinantes. Estima-se que 80% dos DSS estejam de facto fora do sistema de saúde. A distribuição desigual dos problemas de saúde não é um fenómeno "aleatório" ou "natural", nem simplesmente o produto de comportamentos pessoais pouco saudáveis. Pelo contrário, é, acima de tudo, o resultado da combinação de políticas económicas e sociais implantadas num território ou país concreto.

Por outra parte, diversos actores, entre eles a MM, constataram que, até à data, a investigação em saúde em Moçambique tem sido quase exclusivamente biomédica. No entanto, o país enfrenta desafios que vão mais além dessa abordagem, e não é possível melhorar a saúde individual e colectiva sem entender melhor os determinantes que a afectam.

A conferência permitiu conhecer experiências de pesquisa e reflexão que habitualmente não têm espaço no desenho das políticas de saúde em Moçambique.

Com base no sucesso da mesma, a **Aliança para a Saúde** tem prevista a realização da **II Conferência Internacional sobre Determinantes Sociais da Saúde** entre os dias 23 e 25 de Novembro de 2021.

Actualmente, a Aliança para a Saúde está constituída pelas seguintes organizações:

- ✓ **Associação LAMBDA:** Organização moçambicana, sem fins lucrativos, constituída no ano 2006, que advoga pelo reconhecimento dos Direitos Humanos das pessoas LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transexuais).²⁰
- ✓ **O Observatório do Cidadão para Transparência e Boa Governação no Sector de Saúde (OCS):** Organização moçambicana criada por um grupo heterogéneo de moçambicanos profissionais de saúde, cientistas sociais e investigadores interessados em contribuir para o aprofundamento da participação pública, garantia dos direitos humanos e resgate da cidadania informada sobre os

²⁰ Pode consultar informações sobre a organização Lambda no site: <https://lambda.org.mz/>

serviços públicos de saúde em Moçambique. O CESC implementa a sua missão através do Centro de Aprendizagem e capacitação da sociedade Civil²¹.

- ✓ **N'weti – Comunicação para Saúde:** Organização moçambicana sem fins lucrativos, fundada em 2008, que actua na área de comunicação para saúde que pretende contribuir para uma melhor saúde dos cidadãos e comunidades moçambicanos. A N'weti é pioneira na comunicação para mudança social e de comportamento em Moçambique. Ela oferece uma comunicação de classe mundial através de intervenções integradas de multimédia (TV, Rádio & Impressos), mobilização social e advocacia e monitoria da governação, dando particular atenção ao género e aos direitos humanos²².
- ✓ **O Fórum Mulher** é uma rede de organizações não-governamentais de direito privado e sem fins lucrativos, constituída em 1993, com cerca de 35 membros efectivos, que são organizações nacionais de sociedade civil. A organização define-se como sociedade civil, a partir de uma perspectiva feminista, com o papel de mediadora entre sociedade civil e Estado nas relações com as políticas governamentais e no fortalecimento das organizações que lutam pelos direitos das mulheres. O seu compromisso é lutar por transformações de princípios e práticas sócio-culturais que inferiorizam as mulheres, enfrentando as relações de poder hierárquicas entre mulheres e homens e tendo como denominador comum o respeito pelos direitos humanos e a melhoria da posição da mulher na sociedade.²³
- ✓ **People's Health Movement (PHM) Movimento Saúde do Povo – PHM:** é uma rede global criada em 2000, que reúne activistas de saúde de base, organizações da sociedade civil e instituições académicas de todo o mundo, especialmente de países de baixa e média renda, presente em cerca de 70 países. Orientada pela Carta Povo para a Saúde (PCH), trabalha em vários programas e actividades e está comprometida com a Atenção Primária à Saúde Integral e abordando os Determinantes Sociais, Ambientais e Económicos da Saúde²⁴. Ainda que actualmente não é membro da Aliança, são entidades que colaboram entre si.

2.4.5. A situação actual dos CSP em Moçambique no contexto da pandemia COVID 19

A COVID-19, causada por um novo coronavírus identificado pela primeira vez em Wuhan, China (SARS-CoV-2), foi reconhecida como pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a 11 de Março de 2020.

O Director Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o COVID-19 como uma Emergência de Saúde Pública de Preocupação Internacional (ESPI), com base no parecer do Comitê Internacional de Emergência (CIE) e dentro do Quadro do Regulamento Sanitário Internacional. Esta declaração implica que todos os países devem aumentar a preparação para a detecção e contenção de casos, incluindo vigilância activa, detecção precoce, isolamento e gestão de casos, contactos de acompanhamento e prevenção da propagação da doença de COVID 19.

Em Moçambique, foi confirmado o primeiro caso positivo de COVID-19 a 22 de Março de 2020 e através do Decreto Nº 11/2020, de 30 de Março, foi declarado o Estado de Emergência, por razões de calamidade pública em todo território nacional. Por sua vez, o Ministério da Saúde (MISAU) desenvolveu

²¹ Pode consultar informações sobre o **Observatório do Cidadão para Transparência e Boa Governação no Sector de Saúde** no site: <https://observatoriodesaude.org/quem-somos/>

²² Pode consultar informações sobre a organização N'weti no site: <https://nwati.org/en/>

²³ Pode consultar informações sobre O Fórum Mulher no site: <https://forumulher.org.mz/>

²⁴ Pode consultar informações sobre Movimento Saúde do Povo – PHM no site: <https://phmovement.org/>

instrumentos, mecanismo, normas, protocolos e actuação, materiais de divulgação, e outros mecanismos como o para a monitorização da evolução do COVID 19, a identificação de casos, tratamento e reabilitação dos mesmos, assim como de prevenção do problema, que podem ser encontrados no site do MISAU. (37)

Em Março de 2020, o Governo de Moçambique (GdM) desenvolveu e aprovou o Plano Nacional de Preparação e Resposta à COVID-19, para reforçar e manter a capacidade do país na prevenção e resposta ao COVID-19. O Plano é apoiado através de múltiplas operações em curso do Banco Mundial (BM) no MISAU, designadamente através de fundos canalizados das Componentes de Resposta de Emergência de Contingência (CERC) do Projecto de Recuperação e Resiliência de Emergência do Ciclone Idai e Kenneth e do Programa de Reforço do Sistema de Saúde da TB na África Austral, bem como através do Programa de Reforço dos Cuidados de Saúde Primários, co- financiado por outros parceiros.

Por solicitação do GdM, o BM pretende financiar a implementação do Projecto de Preparação e Resposta Estratégica de Moçambique ao COVID-19, integrado na iniciativa COVAX²⁵, um mecanismo lançado pela OMS que visa acelerar o acesso equitativo a vacinas apropriadas, seguras e eficazes para países de renda baixa.

- **Componente 1: Vacinas, suprimentos e equipamentos médicos**, relacionada com a aquisição de vacinas para COVID-19 para cobrir 16 à 20% da população, bem como de material de vacinação (seringas e caixas de segurança), equipamento de protecção pessoal para vacinadores, e equipamento relacionado para administração de vacinas e prevenção e controlo de infecções, incluindo água e saneamento e ainda o reforço da capacidade de armazenagem à seco e de cadeia de frio e as redes de distribuição.
- **Componente 2: Assistência técnica, formação e apoio institucional** – tem como objectivo reforçar a capacidade institucional através de assistência técnica, incluindo na gestão de resíduos biomédicos.
- **Componente 3: Sistemas de informação e envolvimento comunitário**, relativo à identificação de grupos prioritários e vigilância após vacinação.
- **Componente 4: Continuidade dos serviços essenciais (a aguardar confirmação)**, visa a canalização de fundos adicionais para mitigar perturbações da pandemia da COVID-19 nos serviços essenciais de saúde materna, infantil e adolescente de rotina ao nível dos cuidados de saúde primários, para além dos serviços para doenças transmissíveis e ainda reforçar os sistemas de vacinação e de saúde primários para facilitar os esforços de vacinação e preparar-se para futuras epidemias.
- **Componente 5: Implementação e Monitoria de Projectos**, compreende o reforço da actual Unidade de Implementação de Programas (UIP) da carteira do BM no MISAU, incluindo recrutamento de pessoal adicional e cobertura de custos operacionais, formação e equipamento necessários, apoio para aquisições, gestão financeira, gestão de riscos e impactos ambientais e sociais, e monitorização e avaliação (M&E) e actividades de relatórios.

²⁵ O Fundo de Acesso Global para Vacinas Covid-19 (Covax) é uma iniciativa público-privada para promover o acesso equitativo às vacinas Covid-19 em todo o mundo. Seu objetivo é garantir que a vacina alcance o maior número possível de pessoas globalmente de forma rápida e justa, fornecendo doses a países que não poderiam pagar seu preço de mercado. Todos os países participantes terão acesso às vacinas na proporção de sua população, independentemente de sua condição sócio-económica e a um preço razoável. A meta é ter 2 bilhões de doses disponíveis até o final de 2021, para proteger grupos vulneráveis e profissionais de saúde o mais rápido possível. A Covax surge dentro da estrutura de colaboração global do Acelerador de Ferramentas de Acesso a Covid-19 (ACT Accelerator), fundado em abril de 2020. O Acelerador é composto por governos e organizações internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Banco Mundial. A sociedade civil e empresas e associações filantrópicas também participam, como a Vaccination Alliance (GAVI), a Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI), o Fundo Global, a Fundação Bill e Melinda Gates, o Fundo Wellcome, a Fundação para Novos Diagnósticos Inovadores (ENCONTRAR) e Unitaid. O Acelerador visa agilizar o combate ao covid-19, e tem quatro pilares principais: diagnóstico, tratamento, imunização e fortalecimento dos sistemas de saúde. A Covax faz parte do terceiro desses pilares e é liderada pela OMS, CEPI e GAVI.

Em paralelo, o GdM desenvolveu um Plano Nacional de Vacinação (PNV) contra COVID-19, que tem como objectivo fornecer diretrizes para a implementação prioritizada da vacinação contra COVID-19 de forma segura e eficaz, assegurando a equidade e qualidade na oferta da vacinação.

O PNV define como objectivos específicos:

- **Introduzir à nível nacional a vacina contra o COVID-19** nas plataformas de prestação de serviços adaptadas, aos cidadãos elegíveis para esta vacina, incluindo o armazenamento e conservação de forma a garantir a qualidade das vacinas;
- **Promover a demanda para a vacinação contra COVID-19**, assegurando que pelo menos 80% da população elegível se beneficie da vacina até Dezembro de 2022;
- **Garantir que os mecanismos de monitoria e avaliação capturem dados completos**, oportunos e precisos da COVID-19 para a tomada de decisão baseada em evidências;
- **Assegurar uma gestão de implementação eficaz estabelecendo** os mecanismos e ferramentas necessárias para implementar as estratégias acordadas e atingir o objetivo pretendido;
- **Garantir que os mecanismos de fármaco-vigilância** sejam adaptados e funcionais para assegurar a protecção das populações elegíveis pela vacina.

O objectivo da estratégia de vacinação do PNV é de cobrir em prioridade a população em maior risco, os trabalhadores essenciais do país. A vacinação irá decorrer em quatro fases, conforme apresentado na tabela seguinte.

Tabela 21. Grupos-alvo prioritários para vacinação, de acordo com o Plano Nacional de Vacinação

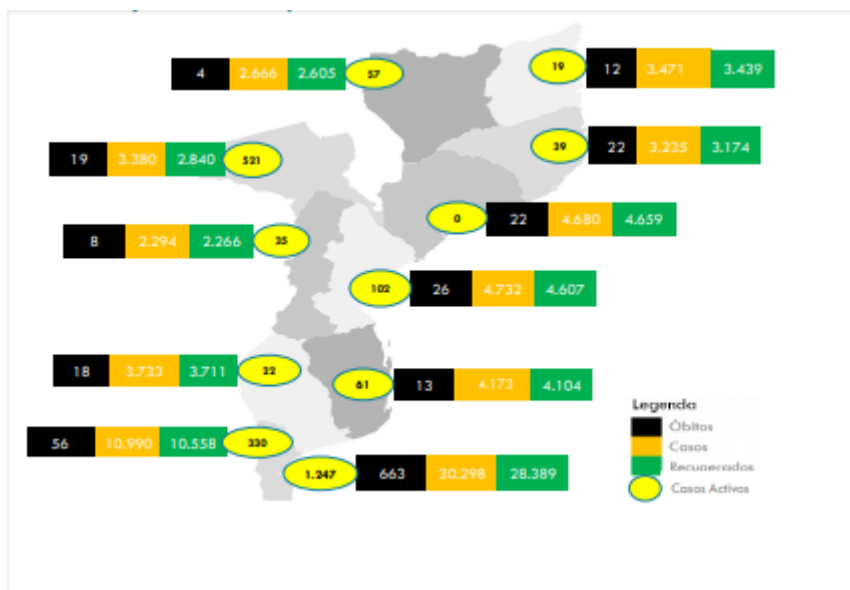
Grupo alvo prioritários
Fase 1
(1) Profissionais de saúde dos sub-sistemas: a) público, b) comunitário (APEs) c) privado não lucrativo e lucrativo
(2) Idosos vivendo em lares de terceira idade e os trabalhadores dos lares de idosos
(3) Doentes com Diabetes mellitus (iniciando pelos doentes registados nas associações de diabéticos até Dezembro de 2020)
(4) Forças de Defesa e Segurança
Fase 2
(1) Doentes com Diabetes mellitus não abrangidos na Fase 1
(2) Reclusos e funcionários prisionais
(3) Doentes crónicos: a) Doentes em terapia imunossupressora, doentes com insuficiência renal crónica em hemodialise ou em lista de espera; c) Doentes com insuficiência cardíaca e Insuficiência respiratória crónica
(4) População residente em centros de acomodação com idade superior a 50 anos
(5) População de mais de 50 anos residente em áreas urbanas
Fase 3
(1) População residente em centros de acomodação que não tenha sido abrangida nas fases anteriores
(2) População com mais de 50 anos em áreas rurais
Fase 4
Toda população não abrangida nas fases anteriores

Fonte: Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU Projecto de preparação estratégica e resposta ao covid-19 em Moçambique-projecto (p175884) quadro de gestão ambiental e social (QGAS). Abril 2021. Disponível em: <https://www.misau.gov.mz/index.php/covid-19-planos-nacionais-e-vacinacao> (37)

Desde Março de 2020, o país tem vindo a registar um aumento de casos de COVID-19 contabilizando, segundo o boletim COVID diário, até 24 de Junho de 2021, um número cumulativo de testados positivos de 73.652 casos, com 863 óbitos e 70.35248 recuperados por COVID-19 (entre 5.331.672 rastreados e

583.387 testados) (38), sobre uma população projectada de 30.832.244 (Censo Pop. INE 2017), o que tem levado a renovações do Estado de Emergência.

Mapa 3. Distribuição dos casos por Províncias



Fonte: MISAU. Boletim Diário Nº 464 Atualização de 24 de Junho de 2021. Disponível em: [https://www.misau.gov.mz/index.php/covid-19-boletins-diarios/\(38\)](https://www.misau.gov.mz/index.php/covid-19-boletins-diarios/(38))

Moçambique ocupa a posição número 12 entre os países mais afectados pela pandemia na Região Africana da OMS.

Mapa 4. Situação de casos de Coronavírus: Mundo, África e Moçambique:



Fonte: MISAU. Boletim Diário Nº 464 Atualização de 24 de Junho de 2021. Disponível em: [https://www.misau.gov.mz/index.php/covid-19-boletins-diarios/\(38\)](https://www.misau.gov.mz/index.php/covid-19-boletins-diarios/(38))

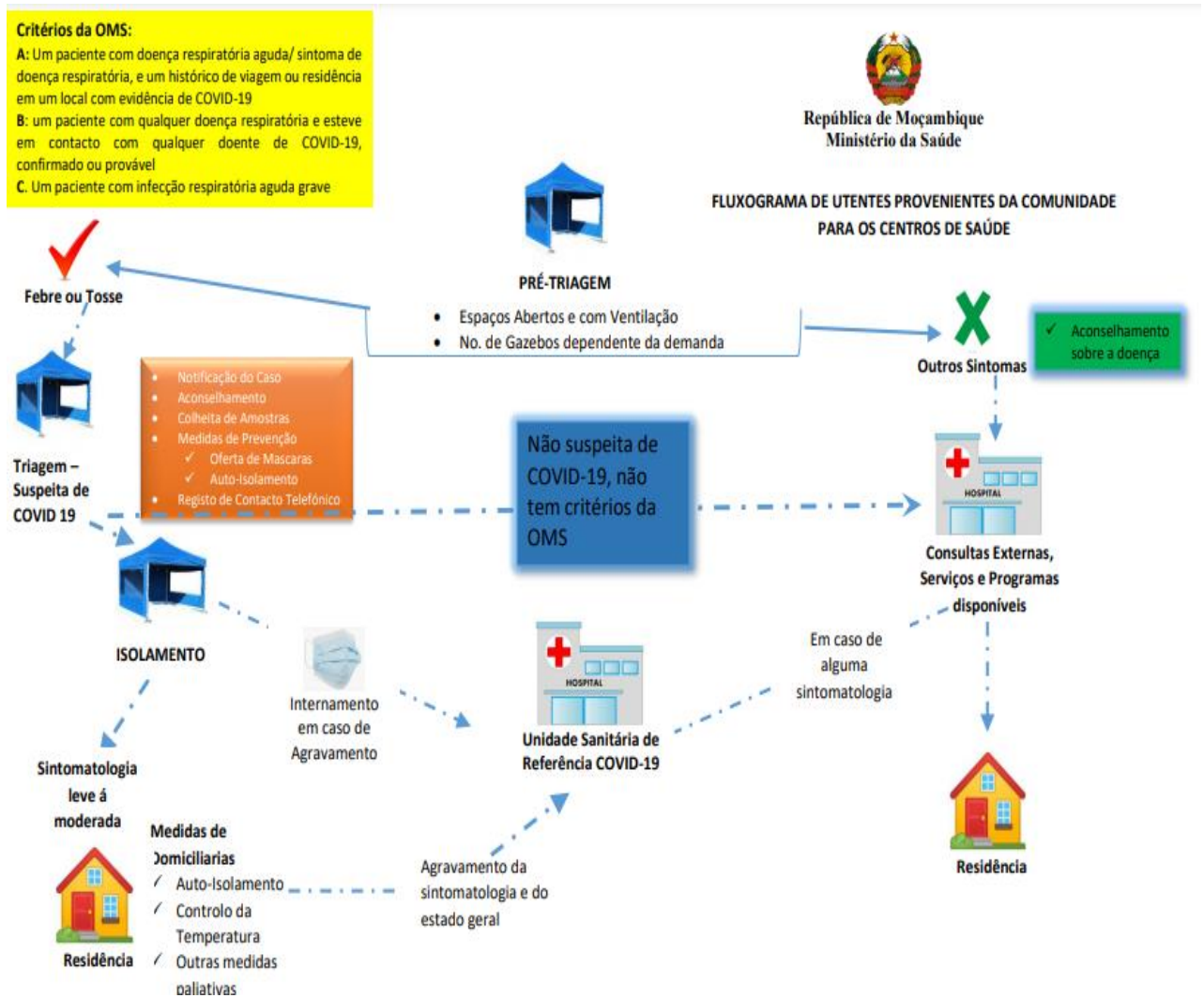
A COVID-19 tem tido um pesado impacto na economia moçambicana, que inclui a interrupção de serviços essenciais como a saúde, educação, protecção social e outros. Tal facto, comprometeu e continua a comprometer ganhos de desenvolvimento socioeconómico conquistados nos últimos anos, o que se

reflecte em um número considerável de moçambicanos a cair de novo na pobreza. Além disso, a COVID-19 tem afectado os meios de subsistência, segurança alimentar e nutrição, que resulta na redução dos rendimentos em Moçambique.

Um sector particularmente afectado pela COVID no país é o sector da saúde, enormemente fragilizado pelas diversas causas acima descritas, que deve assumir os cuidados de saúde de rotina identificados nos programas de saúde, os outros problemas não contemplados nos mesmos e fardo de doença associado ao COVID.

Apesar de não ter tido acesso a informação actualizada sobre as implicações que o COVID 19 tem sobre os serviços que prestam os CSP no país, tudo parece indicar que estes devem estar particularmente afectados em vários sentidos, principalmente sobrecarregados por:

a) Assumir a prestação de novos serviços, num contexto de “urgência” e com escassíssimos meios. Tendo em conta que os CSP são a porta de entrada ao sistema, entende-se que devem estar sobrecarregados, já que, como se pode apreciar na seguinte figura, os serviços de saúde do nível primário e secundário nos quais são prestados os CSP devem assumir o fluxo de doentes desde a comunidade às unidades de saúde de nível primário ou secundário. (39)



Fonte: 39. Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU). Fluxograma de doentes desde as Unidades de saúde. Disponível em: <https://www.misau.gov.mz/index.php/covid-19-normas-procedimentos-e-fluxos>

b) Contágio dos profissionais, que não sempre dispõem das equipas de protecção individual (EPIS), que ou morrem ou ficam um longo período sem trabalhar, não sendo substituídos por outros.

Por tudo o anterior, associado as medidas de confinamentos perimetrais, entende-se que as actividades de rotina, particularmente de promoção de saúde e prevenção de doenças (malária, vacinas, controles de grávidas, crescimentos da criança, etc.) devem estar a ser afectadas, com graves consequências no estado de saúde da população moçambicana.

3. BIBLIOGRAFÍA CITADA NO TEXTO:

1. Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU). Anuário estatístico de saúde 2019. Disponível em: <https://www.misau.gov.mz › anuarios-estatistico/2019>
2. Instituto Nacional de Estatística. População Moçambicana para 2021. Disponível em: <http://www.ine.gov.mz/noticias/populacao-mocambicana-para-2021>
3. Nações Unidas. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Informe de Desarrollo Humano. 2020. INEQUALITY IN A RAPIDLY CHANGING WORLD. Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2020_overview_spanish.pdf, ou em: <https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2020/01/World-Social-Report-2020-FullReport.pdf>
4. Maquenzi, J. Pobreza e desigualdades em zonas de penetração de grandes projectos: Estudo de caso em Namanhumbir – Cabo Delgado. Observatório do Médio Rural (OMR). Nº 77. AGOSTO 2019. Disponível em: <https://omrmz.org/omrweb/wp-content/uploads/OR-77-Pobreza-e-desigualdades-em-Namanhumbir.pdf>
5. Banco Mundial (BM) Quarta Avaliação da Pobreza em Moçambique. Banco Mundial. 2016. Disponível em: <http://documents1.worldbank.org/curated/en/600731554132409626/pdf/Overview.pdf>
6. Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP). Mundos Distantes. Saúde Reprodutiva e Direitos numa Era de Desigualdade Suplemento Nacional do Estado da População Mundial, 2017. FNUAP <https://mozambique.unfpa.org/sites/default/files/submissions/SECTION%20VI%20-%20ANNEX%20Ib ITEM%206%20SWOP%20Supplement.pdf> (6)
7. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Índice de Desenvolvimento Humano: Índice de desenvolvimento de género. Disponível em: <http://hdr.undp.org/es/content/el-%C3%ADndice-de-desarrollo-de-g%C3%A9nero>.
8. Martins, H. “Saúde e Desenvolvimento: Desafios para o Século XXI “. O Estado, a Sociedade, os Direitos Humanos e o Direito à Saúde. Sessió: Participació individual i comunitària en la promoció de la salut. Fòrum Universal de les Cultures – Barcelona 2004. Disponível em: http://www.barcelona2004.org/www.barcelona2004.org/esp/banco_del_conocimiento/docs/PO_9_PO_MARTIN_S.pdf
9. Gomes Dos Santos, MC. “Hospitais de Primeira Referência, Distrito de saúde e Estratégia dos Cuidados de Saúde em Moçambique”. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor no Ramo de Saúde Internacional na especialidade Políticas de Saúde e Desenvolvimento, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa. 2011. Disponível em: https://run.unl.pt/bitstream/10362/10224/1/tesehospMZ_final_10fev11.pdf
10. Abrahamsson, H. E Nilsson, A. (1994), Moçambique em transição: Estudo da história de desenvolvimento durante o período 1974-1992, CEEI-ISRI, Maputo; Castel-Branco, C.N. (1994), Moçambique: Perspectivas Económicas, UEM, MAPUTO; INE-Instituto Nacional de Estatística, Anuários Estatísticos de 1985 a 2012, Maputo; Disponível em: www.saber.com,
11. Stiftung , K,A “ Estructura do Estado e Democracia em Moçambique”. Manual para a formação. Ed. Fundação Konrad Adenauer. Maputo, 2010. Disponível em http://www.kas.de/wf/doc/kas_20233-1522-1-30.pdf?100728171420
12. Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU). Diploma Ministerial nº 127/2002. “Caracterização técnica, enunciado de funções específicas, critérios e mecanismos para a classificação das instituições do SNS”. MISAU 2002. <https://pdfcoffee.com/diploma-ministerial-nivel-primario-127-2002-pdf-free.html>
13. Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU). Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) 2014-2019. República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação. Sep 2013. Disponível em:

http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/mozambique/pess_30_sete_mbro_2013_detailh_com_anexos_vf_celia.pdf

14. Llop, A, Gironés, F, Desigualdades nos cuidados de saúde em Moçambique: necessidades, acesso, barreiras e qualidade do atendimento. Medicus Mundi 2018. Disponível em: <https://medicmundimozambique.org/files/2020/03/19-03-07-investigacion-inequidades-final-pt.pdf>

15. Ministério de Economia e Finanças de Moçambique. Programa Quinquenal do Governo 2015-2019(PQG). Disponível em: <https://www.mef.gov.mz/index.php/documentos/instrumentos-de-gestao/programa-quinquenal-do-governo-pqg/2015-2019/404--7>

16. Ministério de Economia e Finanças de Moçambique Programa quinquenal do Governo 2020-2024. Disponível em: http://www.ts.gov.mz/images/PQG_2020.2024_Versao_AR_02042020-min.pdf

17. Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU). Estatuto Orgânico do Ministério da Saúde (Resolução nº 4/2017, de 26 de Maio) que revoga o Diploma Ministerial nº 94/97 de 22 de Outubro. Disponível em: [file:///C:/Users/Julia/Downloads/Resolucao%204-2017%20de%2026%20de%20Maio%20-%20Estatuto%20Organico%20do%20MISAU%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Julia/Downloads/Resolucao%204-2017%20de%2026%20de%20Maio%20-%20Estatuto%20Organico%20do%20MISAU%20(2).pdf)

18. Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU). Perfil de Recursos Humanos para Saúde de Moçambique. Observatório dos RHS MISAU/ DRH. 2013. Não disponível online

19. Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU). Estado da força de trabalho para a implementação dos CSP. 2014. Apresentação na IV Conferência Anual do Observatório dos RHS. Setembro 2015. Não disponível online

20. Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU) e Organização Mundial da Saúde (OMS). Draft do Pacote Essencial de Cuidados de Saúde em Moçambique. Volume I. Maio 2020. Não disponível online.

21. Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU). Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Ministério de saúde. Direcção de RHRH 2008-2015. Disponível em: http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Mozambique/pnrhs_2008-2015_1.9_versao_final_aprovada_-_outubro_de_2008.pdf

22. Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU). Plano Nacional de Desenvolvimento para RHS 2016-2025. Disponível em: [http://www.esipsaude.gov.mz:8090/esipsaude/Material/observatorio_material/Políticas_Legislacao/Plano%20estrategico/MISAU-PNDRH%202016-2025%20\(final\).pdf](http://www.esipsaude.gov.mz:8090/esipsaude/Material/observatorio_material/Políticas_Legislacao/Plano%20estrategico/MISAU-PNDRH%202016-2025%20(final).pdf)

23. Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU). Relatório de Revisão do Sector da saúde. República de Moçambique. Ministério da saúde. Direcção Nacional de Planificação e Cooperação. Sep 2012. Disponível em: <https://www.hfgproject.org/relatorio-da-revisao-sector-de-saude-mozambique-health-systems-assessment-portuguese/>

24. Organização Mundial da Saúde (OMS). Alma Ata 1978. Atención Primara de Salud. Informe de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. OMS. Serie "Salud para Todos" nº 1. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf?sequence=1>

25. Organização Mundial da Saúde (OMS/AFRO). Relatório sobre a Saúde na Região Africana. OMS/AFRO. 2014. Disponível em: <https://www.aho.afro.who.int/sites/default/files/publications/3606/ARHR-2014-po.pdf>

26. Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU). Relatório de Avaliação da Abordagem "Saúde em Todas as Políticas" (SETP) Governamentais, Moçambique. Não disponível online.

27. Resumo da 1ª Reunião Nacional de Saúde Pública. Moçambique. Outubro 2014. Disponível em: <http://www.afro.who.int/pt/mocambique/press-materials/item/7085-acad%C3%A9micos-e-especialistas-debatem-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica-em-mo%C3%A7ambique.html>

28. 1ª Reunião Nacional de Cuidados de Saúde Primários, “Cuidados de saúde primários: A Fundação de Sistemas de Saúde Resilientes”. De 31 de Março a 02 de Abril de 2016, Quelimane. Moçambique. Não disponível online
29. Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU). LXII Conselho Coordenador de Saúde. 2017. Disponível em: <https://www.misau.gov.mz/index.php/33-cuidados-de-saude-primarios-continuam-aposta-do-sector-da-saude-2>
30. Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU). LXV Conselho Coordenador de Saúde. 2020. Disponível em: <https://www.misau.gov.mz/index.php/381-no-quadro-do-ylv-conselho-coordenador-de-saude-ministro-da-saude-reitera-a-aposta-na-expansao-sanitaria-e-num-servico-resiliente-a-emergencias>
31. Chaquisse. E. Apresentação no HPG Meeting. Maputo. Marco 2021. Não disponível on line
32. Governo de Moçambique. Lançamento da nova Estratégia-de-Subsistema-Comunitária-de-Saúde. Disponível em: <https://www.portaldogoverno.gov.mz/por/Imprensa/Noticias/Estrategia-de-Subsistema-Comunitaria-de-Saude-vai-ser-aperfeicoada-no-pais-MISAU>
33. Medicus Mundi Moçambique. Disponível em: <https://www.medicusmundimozambique.org/pt>
34. Medicus Mundi Moçambique. Cuidados de saúde primários: vamos torná-los realidade. Disponível em: http://medicusmundi.es/storage/resources/publications/5a4ceb17e3d7d_aps-mocambic-port.pdf
35. Medicus Mundi Moçambique. A Aliança para a Saúde. Moçambique. 2019. Disponível em: <https://aliancaparasaude.org/files/2020/11/docprogapresentacao-alianca-para-a-saude.pdf>
36. Medicus Mundi Moçambique. Agenda de Pesquisa da Aliança para os Cuidados de Saúde Primários (Aliança – CSP). 2019. Maputo. Disponível em: <https://medicusmundimozambique.org/files/2020/03/agenda-de-pesquisa-mm.pdf>
37. Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU). Informação sobre o Coronavírus. Disponível em: <https://www.misau.gov.mz/index.php/informacao-sobre-coronavirus-covid-19>
38. Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU). Projecto de preparação estratégica e resposta ao covid-19 em Moçambique- projecto (p175884) quadro de gestão ambiental e social (QGAS). Abril 2021. Disponível em: <https://www.misau.gov.mz/index.php/covid-19-planos-nacionais-e-vacinacao>
39. Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU). Fluxograma de doentes desde as Unidades de saúde. Disponível em: <https://www.misau.gov.mz/index.php/covid-19-normas-procedimentos-e-fluxos>

➤ **Material audiovisual disponível online sobre o tema. WEBS RELACIONADAS E DE INTERESSE**

- 1.- MOZEFO – Entrevista a Hélder Martins.
Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=9ZtvVkwrsU>