

Curso de Formação em Cuidados de Saúde Primários (CSP)



Entidades Organizadoras:



Entidades Financiadoras:



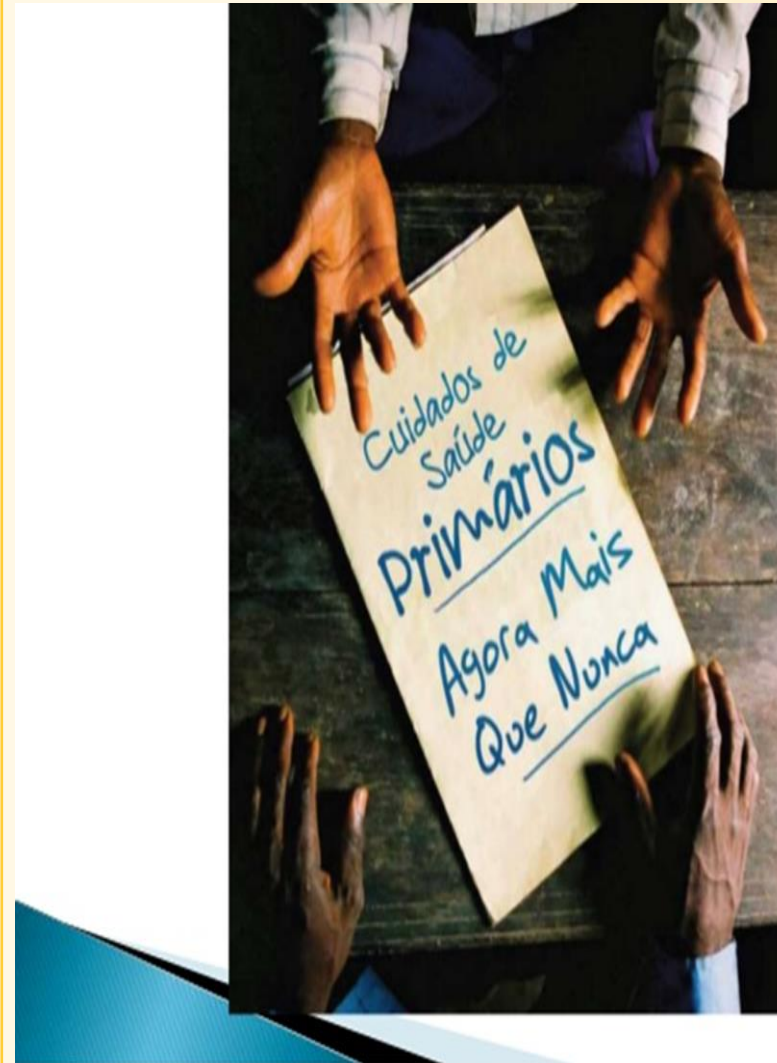
OPEN SOCIETY FOUNDATIONS

Tema 4 - Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Moçambique

CONTEÚDOS

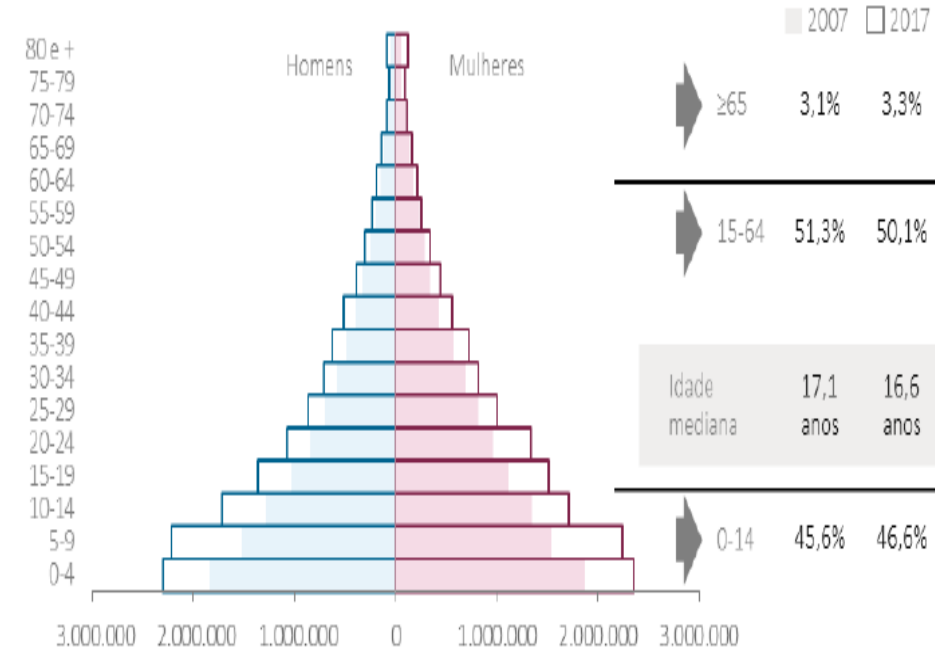
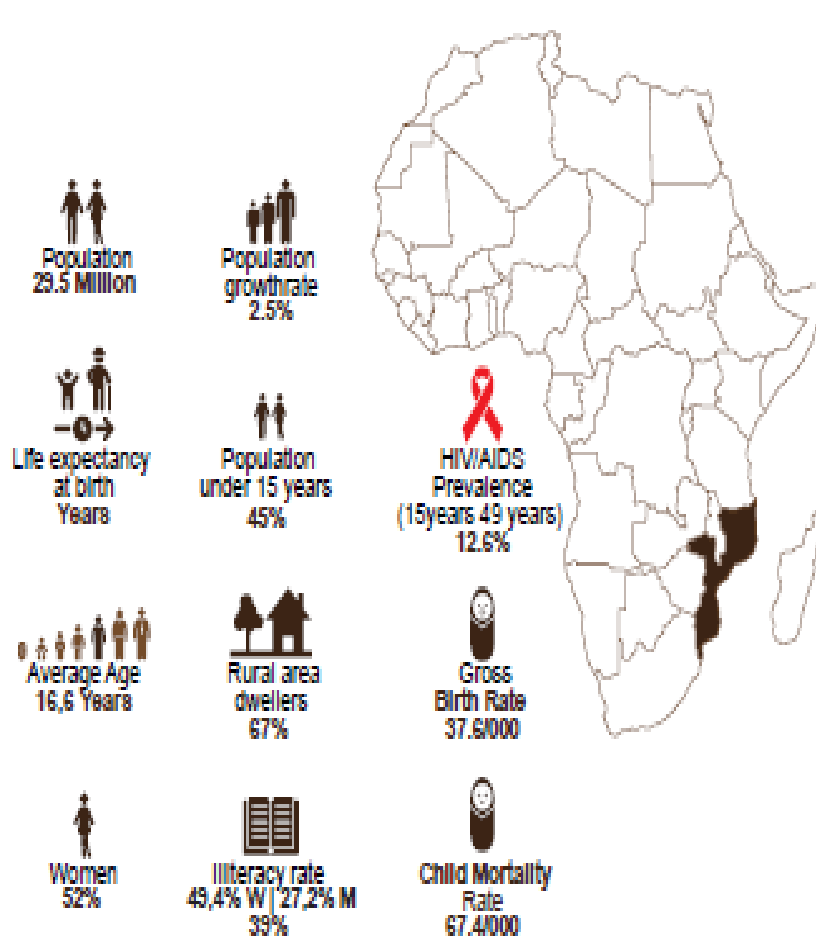


- ❑ Contextualização dos CSP em Moçambique.
- ❑ A organização do sistema de saúde em Moçambique
- ❑ As prioridades e estratégias do Sector da Saúde.
- ❑ A Implementação das Estratégias e os principais desafios dos CSP



1.- Contextualização dos CSP em Moçambique

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



Em 2019 (projectão do Censo de 2017) **29.318.301 habitantes.**

Fonte: Report. Voluntary National Review of Agenda 2030 for Sustainable Development. Mozambique .2020.

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), 57% da população é menor de 19 anos e apenas 4,7% é maior de 60 anos de idade.

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

1.- Contextualização dos CSP em Moçambique

1.1.- Caracterização sócio-política, económica e demográfica de Moçambique: 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

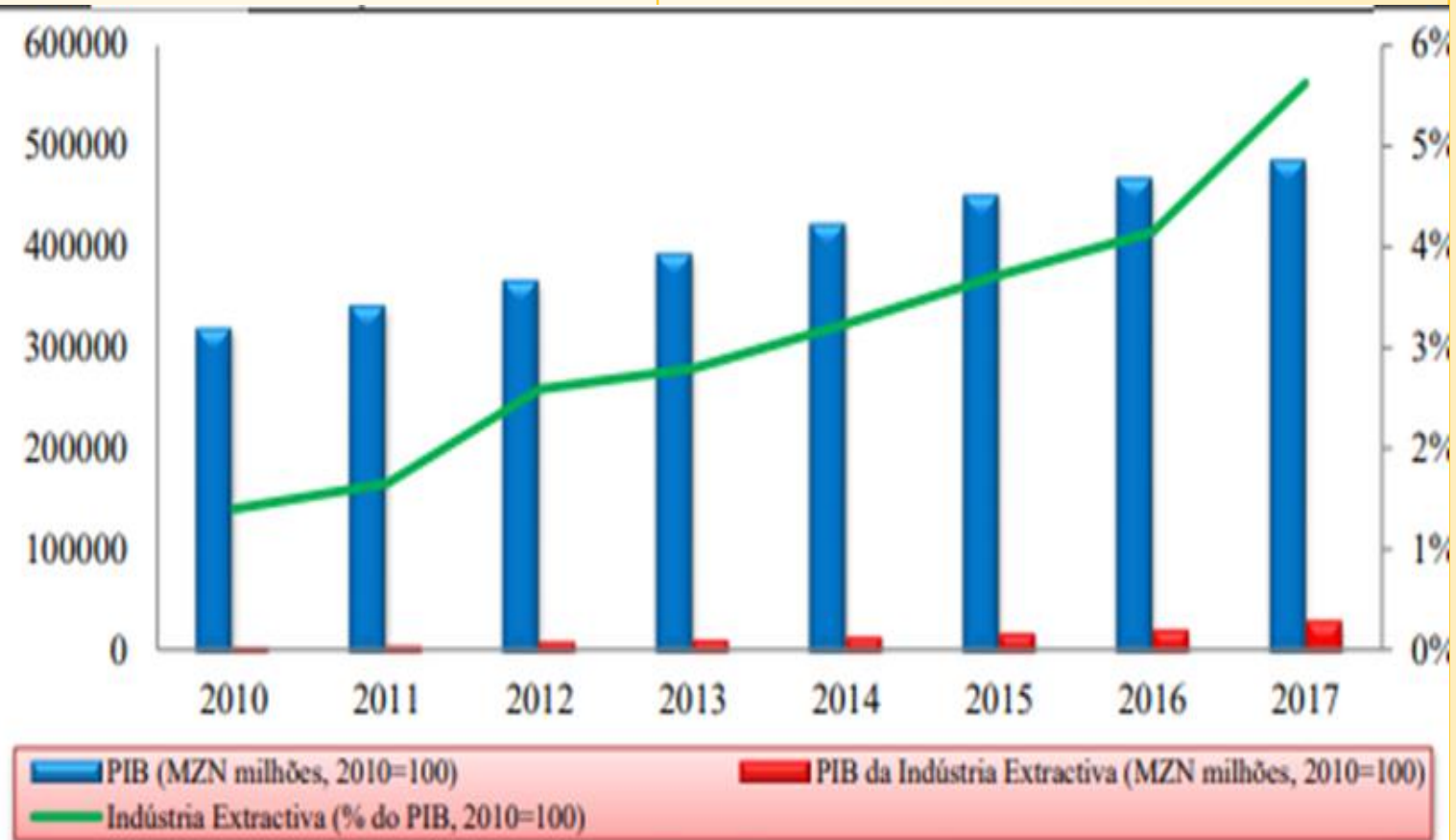
1.- Contextualização dos CSP em Moçambique

1.1.- Caracterização sócio-política, económica e demográfica de Moçambique: Situação sócio-económica

1 - Apesar da recente melhoria, o país continua a ser 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 de 2020 (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2020).

2 - Entre 1994 e 2018, o crescimento económico real em Moçambique foi 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, mas não se “traduzem” em benefícios para muitas pessoas e as desigualdades têm estado a aumentar.



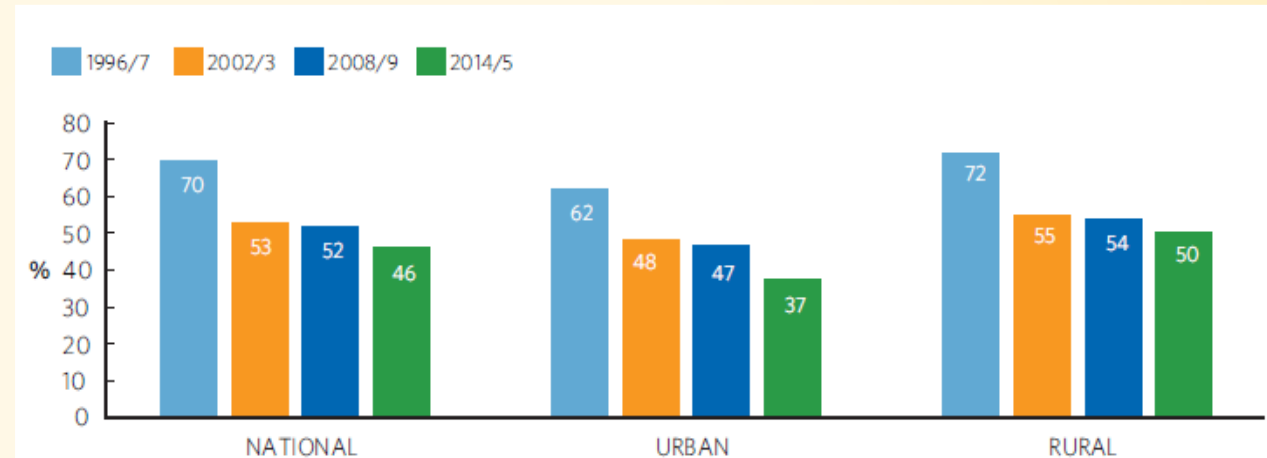
Fonte: Maquenzi. J. Pobreza e desigualdades em zonas de penetração de grandes projectos: Estudo de caso em Namanhumbir - Cabo Delgado. Observatório do Médio Rural (OMR). N° 77. AGOSTO 2019. Disponível em: <https://omrmz.org/omrweb/wp-content/uploads/OR-77-Pobreza-e-desigualdades-em-Namanhumbir.pdf> (4)

1.- Contextualização dos CSP em Moçambique

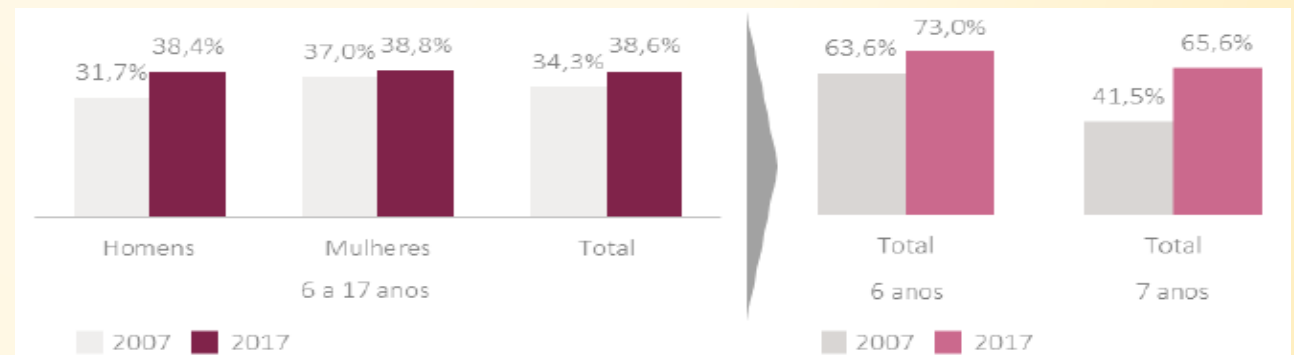
1.1.- Caracterização sócio-política, económica e demográfica de Moçambique: Situação sócio-económica (1)

3 - A Quarta Avaliação Nacional da Pobreza, 2015/ 2016, 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.

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



Percentagem de crianças fora da escola em 2007 e 2017



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

1.- Contextualização dos CSP em Moçambique

1.1.- Caracterização sócio-política, económica e demográfica de Moçambique: **Principais Indicadores sócio-económicos e Determinantes Sociais da Saúde em Moçambique. 2019-2020**

Indicador	2019-2020
Produto Interno Bruto (mil milhões US\$)	15. 291
Renta Nacional per capita (RNB) per capita, (US\$)	503. 571
Coefficiente 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% Industria 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

1.- Contextualização dos CSP em Moçambique

1.1.- Caracterização sócio-política, económica e demográfica de Moçambique: 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

1.- Contextualização dos CSP em Moçambique

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

- Longa experiência de CSP e nas componentes de Promoção da Saúde, prevenção da doença e Envolvimento Comunitário, **anterior à Conferência de Alma-Ata, que encontra as suas raízes e contexto na herança colonial e da guerra de libertação.**
- **Medicina, sobretudo curativa,** com hospitais bem apetrechados em algumas capitais provinciais, com grande capacidade curativa para garantir a presença dos colonos nas províncias ultramarinas, a força do trabalho colonial. Estes hospitais estavam associados aos centros de actividade económica, aos grandes centros produtivos (produção de sisal, produção de açúcar, etc.), com algumas medidas preventivas pontuais para o combate da malária, da cólera e outras doenças endémicas.
- A divisão sanitária e a organização dos serviços de saúde em Moçambique, **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 por hospitais, enfermarias e maternidades.**
- 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 SS 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 SS Moçambicano após a independência.

1.- Contextualização dos CSP em Moçambique

Evolução Histórica dos CSP Moçambique: Da Herança Colonial aos acordos de Paz. **O período pós-independência até à guerra civil (1975-1982).**

Moçambique	Contexto Internacional
<p>1.1. Conceptualização do sistema de saúde:</p> <p>O I Seminário Nacional de Saúde, realizado de 30 de Outubro a 04 de Novembro de 1975, faz uma aposta clara pelos cuidados preventivos. Nesse Seminário foi lançada a palavra de ordem de «Promoção da Saúde da Comunidade pela própria Comunidade»,</p> <ul style="list-style-type: none">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 sanitárias1.4. Expansão da rede sanitária; <p>2. Prioridade aos cuidados preventivos;</p> <p>3. Políticas de recursos humanos:</p> <ul style="list-style-type: none">3.1. Criação de novas categorias profissionais;3.2. Investimento em formação;3.3. Contratação de pessoal estrangeiro: Médicos, Técnicos de cirurgia da Guiné Conackri.	<p>Objectivo "saúde para todos no ano 2000" da OMS.</p> <p>Estratégia dos CSP</p>

1.- Contextualização dos CSP em Moçambique

Evolução Histórica dos CSP Moçambique: Da Herança Colonial aos acordos de Paz. O período pós-independência até à guerra civil (1975-1982)

Moçambique	Contexto Internacional
<p>Marcos Legislativos:</p> <p>1975.</p> <p>Constituição Moçambicana de 1975 Estabelece a obrigação da RPM de organizar um sistema de saúde que beneficie toda a população</p> <p>Decreto-Lei n. 5/75, de 17 de Agosto: Nacionalização das unidades de saúde privadas. 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>1977.</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 Legislações subsequentes vão alterando os valores dos pagamentos a efectuar.</p>	<p>Objectivo "saúde para todos no ano 2000" da OMS.</p> <p>Estratégia dos CSP</p>

1.- Contextualização dos CSP em Moçambique

Evolução Histórica dos CSP Moçambique: Da Herança Colonial aos acordos de Paz. **A guerra civil (1982-1992)**

Moçambique	Contexto Internacional
<ol style="list-style-type: none">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:<ol style="list-style-type: none">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>Marcos Legislativos:</p> <p>1990. Constituição Moçambicana de 1990. 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.</p> <p>1991. Lei n.º 25/91, de 31 de Dezembro, cria o SNS</p> <p>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, etc</p> <p>1997. Diploma ministerial nº 94/97, de 22 de Outubro, Estatuto do MISAU.</p>	<p>Adesão ao BM e FMI</p> <p>Apoio internacional a actividades hospitalares (inicia-se no fim da década de 80).</p>

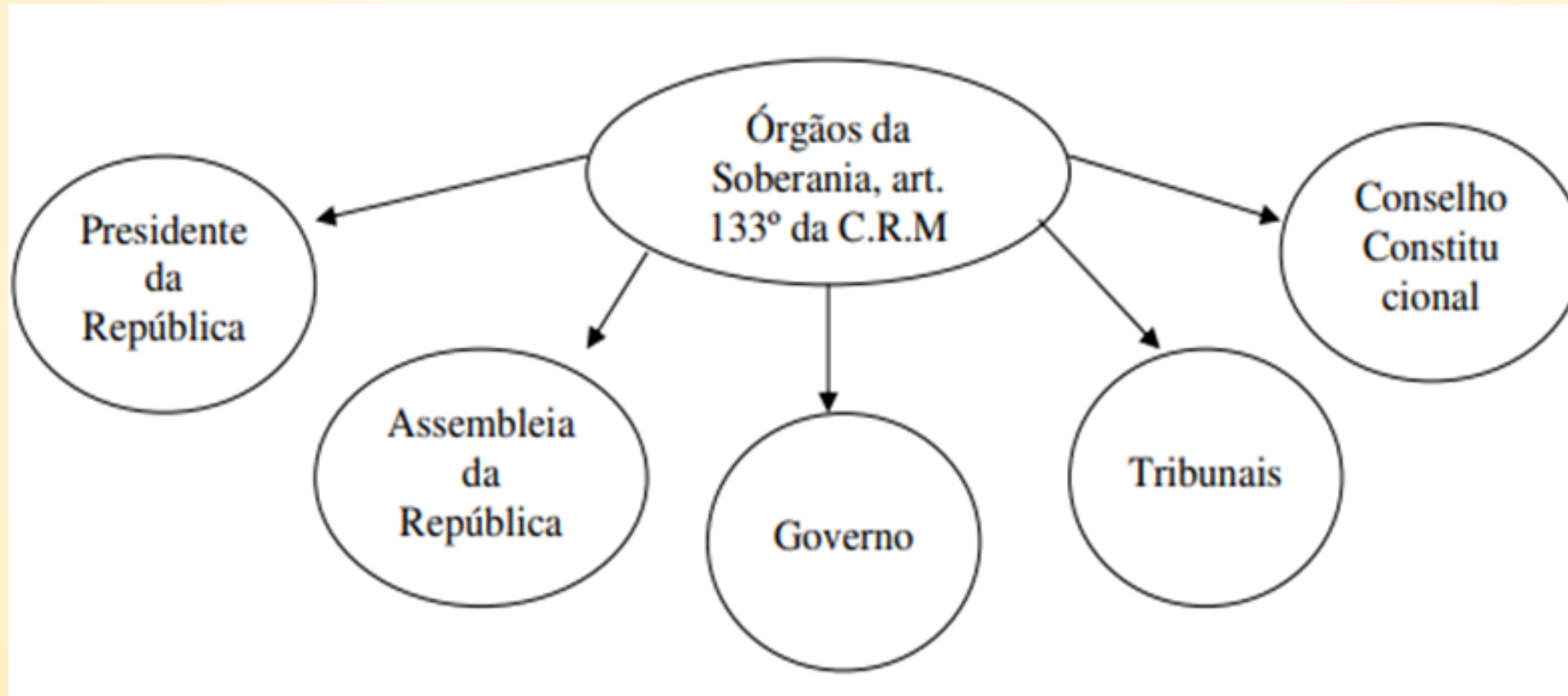
1.-Contextualização dos CSP em Moçambique

Evolução Histórica dos CSP Moçambique: Da Herança Colonial aos acordos de Paz. Pós acordos de paz (1992-2008)

Moçambique	Contexto Internacional
<p>1. Redimensionamento e reconstrução da rede sanitária: Plano de Reabilitação e Reconstrução do Sector Saúde (1990-1992); Plano de desenvolvimento da rede sanitária.</p> <p>2. Políticas de recursos humanos:</p> <p>2.1. Criação /reconfiguração de categorias profissionais (continuação);</p> <p>2.2 Investimentos em formação (continuação);</p> <p>2.3. Reabilitação e construção de centros de formação;</p> <p>2.4. Planos de desenvolvimento de recursos humanos;</p> <p>2.5. Acordos para novas faculdades de medicina.</p> <p>3. Memorandum de entendimento entre os vários parceiros da área da saúde (Código de conducta, SWAP).</p> <p>4. Plano Estratégico do Sector da Saúde. (PESS)</p> <p>Marcos Legislativos:</p> <p>2002. Diploma Ministerial nº 127/2002. Caracterização técnica, enunciado de funções específicas, critérios e mecanismos para a classificação das instituições do SNS. AINDA EM VIGOR</p> <p>2004. Diploma Ministerial nº 40/2004, de 28 de Fevereiro, Regulamento Geral dos Hospitais;</p> <p>2005. Decreto nº 11/ 2005 de 10 de Junho, Legislação sobre os órgãos locais do Estado Lei nº 8/2003.</p>	<p>BM como parceiro importante na reabilitação da rede sanitária.</p>

2.- A Organização do Sistema de Saúde em Moçambique. Poder político

- 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.



2.- A Organização do Sistema de Saúde em Moçambique.

Organização Político-Administrativa

Nível	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.- Uificados 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)

2.- A Organização do Sistema de Saúde em Moçambique.

Organização Político-Administrativa

Organização Politico-Administrativa de Moçambique

1. Nível Central

- Governo Central
- Ministérios Sectoriais (incluindo MISAU)

2. Nível Provincial

- Governo Provincial
- Direcções Provinciais (incluindo DPS's)(2)

3. Nível Distrital

- Governo Distrital
- Direcções dos serviços distritais (incluindo Saúde)(3)

4. Nível de Posto Administrativo

- Governo do Posto Administrativo
- Representações sectoriais (incluindo Saúde)(4)

5. Nível de Localidade
(comunitário rural)

- Chefe de Localidade e Lideranças tradicionais

6. Nível de Aldeia/Bairro
(comunitário rural 1)

- Chefe da Aldeia
- Lideranças tradicionais

2.- A Organização do Sistema de Saúde em Moçambique. 2.1.- A prestação de serviços de saúde

- **O Sector Público**, agrupado no **Serviço Nacional de Saúde (SNS)**, dependente do MISAU, 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.- A Organização do Sistema de Saúde em Moçambique.

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

O sector da saúde é constituído pelo Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU), 11 Direções Provinciais de Saúde (DPS) e 146 Serviços Distritais de Saúde de Mulher e Acção Social (SDSMAS). Além dessas, outras instituições de saúde: 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).

Segundo o Anuário Estatístico de Saúde do Ministério da Saúde em 201, a rede sanitária em 2019 era constituída por 1721 US (US), como se pode observar no seguinte gráfico.

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



Fonte: Ministério de saúde d e 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>

2.- A Organização do Sistema de Saúde em Moçambique.

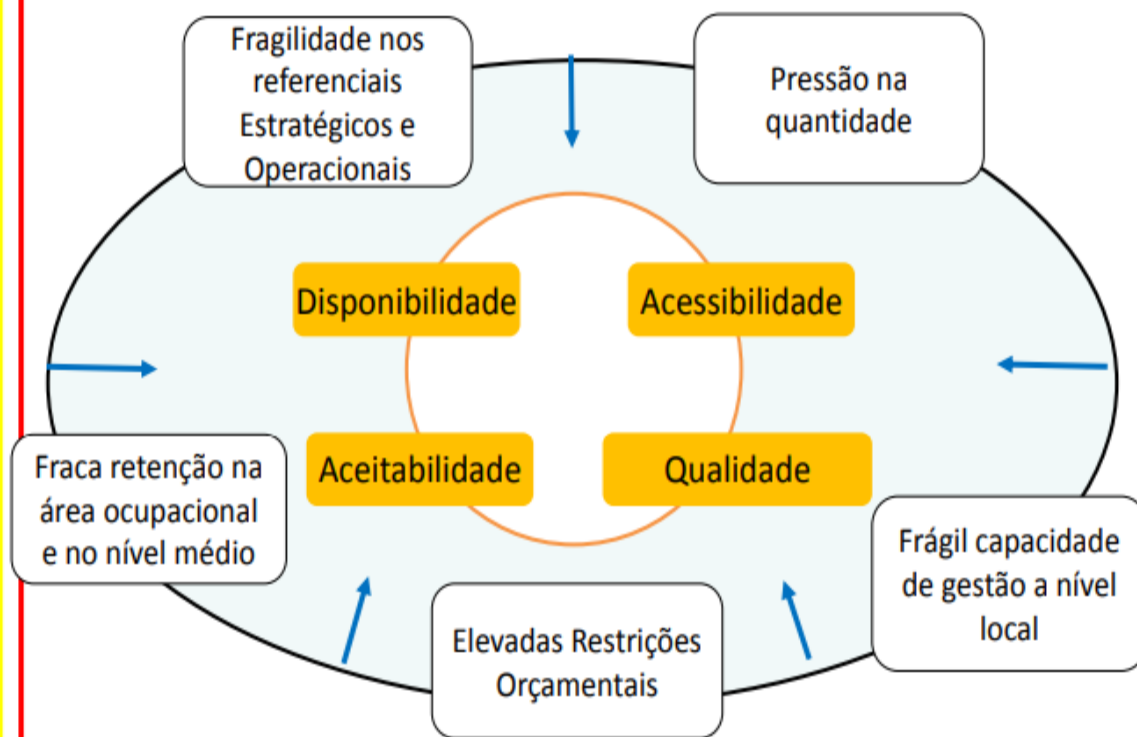
2.3. A Rede Sanitária: O Enquadramento dos Cuidados de Saúde Primários. Os RHS

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

- A escassez de RHS é global, porém, é mais acentuada na África Subsaariana. A OMS (2006), estimou um défice global de aproximadamente 4,3 milhões de profissionais de saúde, principalmente médicos, pessoal clínico, enfermeiras e parteiras.
- Dos 57 Países com défice de RHS, 36 localizados em África.
- A OMS-Afro desenhou o Perfil de RHS, instrumento que permite comparar a situação de cada país.
- No 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 o 3º 2016-2025.

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

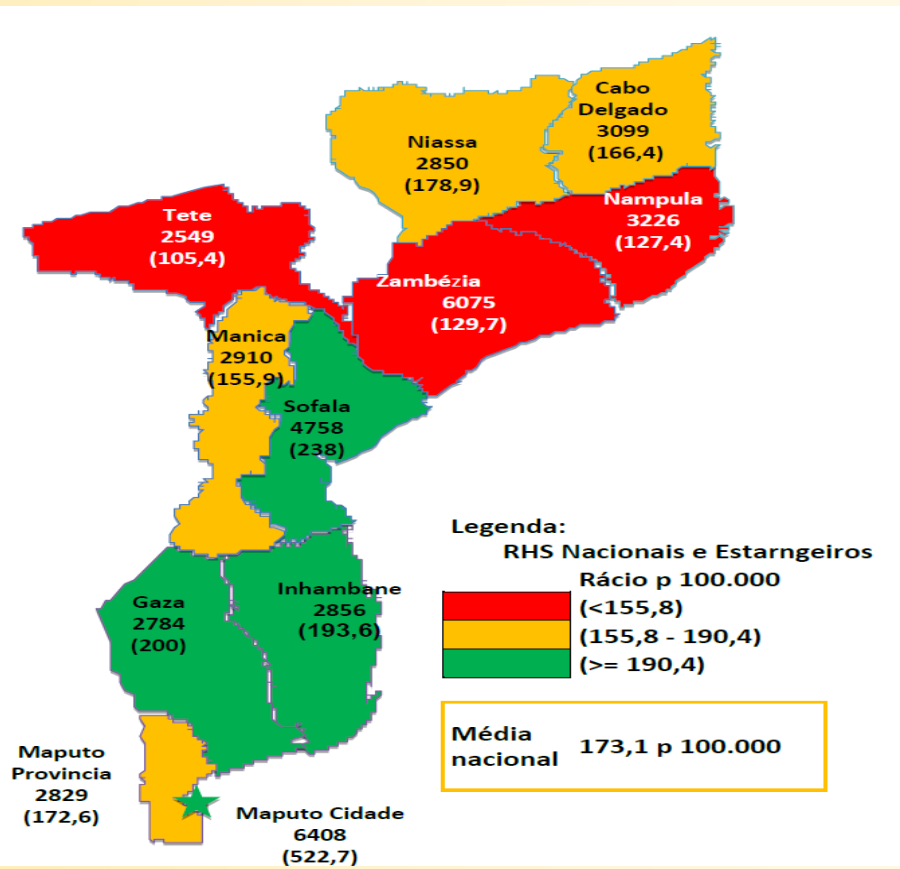
- A Situação dos RHS pode ser caracterizada nas seguintes variáveis:



2.- A Organização do Sistema de Saúde em Moçambique.

2. 3. A Rede Sanitária: O Enquadramento dos Cuidados de Saúde Primários. **Análise da situação dos RHS a fim de 2015**

Rácio dos RHS Nacionais e Estrangeiros por 100.000 habitantes, por província, ano 2015



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

- ❖ Crescimento significativo de RHS entre 2006 e 2015 (aumento de 86%);
- ❖ A rácio de técnicos por 100 mil habitantes melhorou, (de 69,2 / 2007 a 100,2 no final de 2015);
- ❖ Moçambique continua, no entanto, a estar entre os países do Mundo com os piores rácios;
- ❖ Iniquidade entre províncias, distritos e entre zonas rurais e urbanas;
- ❖ Viés de género;
- ❖ Fraca qualidade dos Técnicos de Saúde (seja real ou percebida);
- ❖ Insatisfação latente nos Profissionais de Saúde de nível básico e médio;
- ❖ 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.
- ❖ Aceitabilidade melhorável por parte da população (frequentes queixas de tratamento desrepeitoso).

3.-As prioridades e estratégias do sector da saúde.

3.1. O Plano estratégico do sector da saúde (PESS) 2014-2019. Os programas de saúde

▪ Estrutura do PESS

REDUÇÃO DA POBREZA E PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO NACIONAL

VISÃO: Contribuir para que todos os Moçambicanos, em especial os grupos mais vulneráveis, possam desfrutar de melhor saúde possível a um custo acessível ou comportável (para o País e cidadãos) contribuindo, assim, para a combate a pobreza e promoção do desenvolvimento

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 de modo a levarem uma vida produtiva rumo ao desenvolvimento pessoal e nacional

PRINCÍPIOS/OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS						
OBJECTIVO 1 Aumentar o acesso e utilização	OBJECTIVO 2 Melhorar a qualidade e humanização	OBJECTIVO 3 Reduzir as desigualdades	OBJECTIVO 4 Melhorar a eficiência	OBJECTIVO 5 Fortalecer as parcerias	OBJECTIVO 6 Aumentar a transparência e prestação de contas	OBJECTIVO 7 Fortalecer o sistema de saúde

**PILAR 1
MAIS &
MELHORES
SERVIÇOS DE
SAÚDE**

**PRINCIPAIS
ESTRATÉGIAS**

**PILAR 2
AGENDA DE
REFORMA
descentralização**

Serviços de saúde inadequados: Quantidade Qualidade Utilização	Fracos sistemas de apoio: Iniquidades Ineficiências e desperdício Qualidade fraca	Elevado peso dos determinantes de saúde Fracas parcerias: intersectorial, OSC, ONGs, sector privado, etc.
---	--	---

QUESTÕES-CHAVE
Estado de Saúde Pobre

3.-As prioridades e estratégias do sector da saúde.

3.2. A revisão do PESS 2014-2019

No fim do período de implementação do PESS 2014 - 2019, o MISAU realizou uma análise, tendo-se constatado:

- Crise Financeira;
- Eventos extremos da Natureza: Iдай e Keneth;
- Epidemias a nível nacional: 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, etc.;
- Mudanças na situação do estado da saúde da população
- Novos mecanismos de financiamento.

As áreas de revisão

- 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);
- RHS;
- Infra-estruturas Sanitárias (Investimento);
- CSP e Subsistema Comunitário;
- Sector Privado na prestação de Cuidados de Saúde;

As propostas foram organizadas em Blocos de Construção do Sistema de Saúde:

- ❖ Recursos Humanos de Saúde
- ❖ Sistema de Informação para a Saúde,
- ❖ Monitoria e Avaliação e Estatísticas Vitais
- ❖ Produtos Médicos e Equipamentos
- ❖ Governação e Liderança
- ❖ Financiamento

3.-As prioridades e estratégias do sector da saúde. O enquadramento actual dos CSP na estrutura do Sistema de Saúde.

1.- 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”.

2.- São um eixo central dos dois Pilares Estratégicos do PESS 2014-2019/2023

3.- A nível operacional, os CSP não estão enquadrados em um programa ou estratégia concreta. Estão “transversalizados” nos diferentes departamentos e programas de saúde existentes na Direcção Nacional de Saúde Pública (DNSP).

4.- 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.

4.- A implementação das estratégias e os principais desafios dos CSP

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

Moçambique aderiu à abordagem SETP, e no ano 2016 realizou uma avaliação da abordagem ao nível dos diferentes órgãos do Governo em Moçambique.

27 das 41 políticas públicas avaliadas dos 11 sectores seleccionados do governo levam em consideração aos ganhos para a saúde pública, mas não ocorre de forma abrangente e não reflecte de forma integral os ganhos na saúde.

Recomendação	Ganho
1.- Envolvimento multissectorial. Multissectorialismo na implementação de algumas políticas com enfoque no desenvolvimento de políticas multissectoriais 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 multissectoriais 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 multissectorial 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 multissectorial 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 STP. O MISAU criar um Observatório Nacional de STP, que estude os aspectos 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;	Maior conhecimento sobre o tema, ganhos para a saúde.

4.- A implementação das estratégias e os principais desafios dos CSP

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

- **A)- Setembro 2014. 1ª Reunião Nacional de Saúde Pública (SP).** Principais Recomendações:
 - ❖ **Necessidade de realização de pesquisas sobre aspectos ligados aos DSS,**
 - ❖ **Integração real da abordagem SETP na formulação, implementação e avaliação de políticas e serviços de Saúde**
- **B) 2015. A DNSP,** assumindo as recomendações da Conferência **com vista à revitalização dos CSP,** e ciente de que o **Diploma Ministerial 127/2002 (DM),** não respondia às necessidades e problemas de saúde, elabora uma **1ª Revisão do pacote de serviços da Direcção Nacional de Saúde Pública (DNSP)**
- **C) Março -Abril 2016. Iª Reunião Nacional de CSP,** que com o lema **“Cuidados de saúde primários: A Fundação de Sistemas de Saúde Resilientes. 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 dos CSs.**

4.- A implementação das estratégias e os principais desafios dos CSP

4.3.-Novo Pacote Essencial de Cuidados de saúde (PECS)

- Maio 2020: MISAU apresenta o novo Pacote Essencial de Cuidados de saúde (PECS)

- O PECS: 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;
- ❖ Competências de Recursos Humanos;
- ❖ Medicamentos;
- ❖ Equipamentos;
- ❖ Outros Recursos que permitam a realização das intervenções definidas

Classificação das intervenções prioritárias do PECS 2020-2024

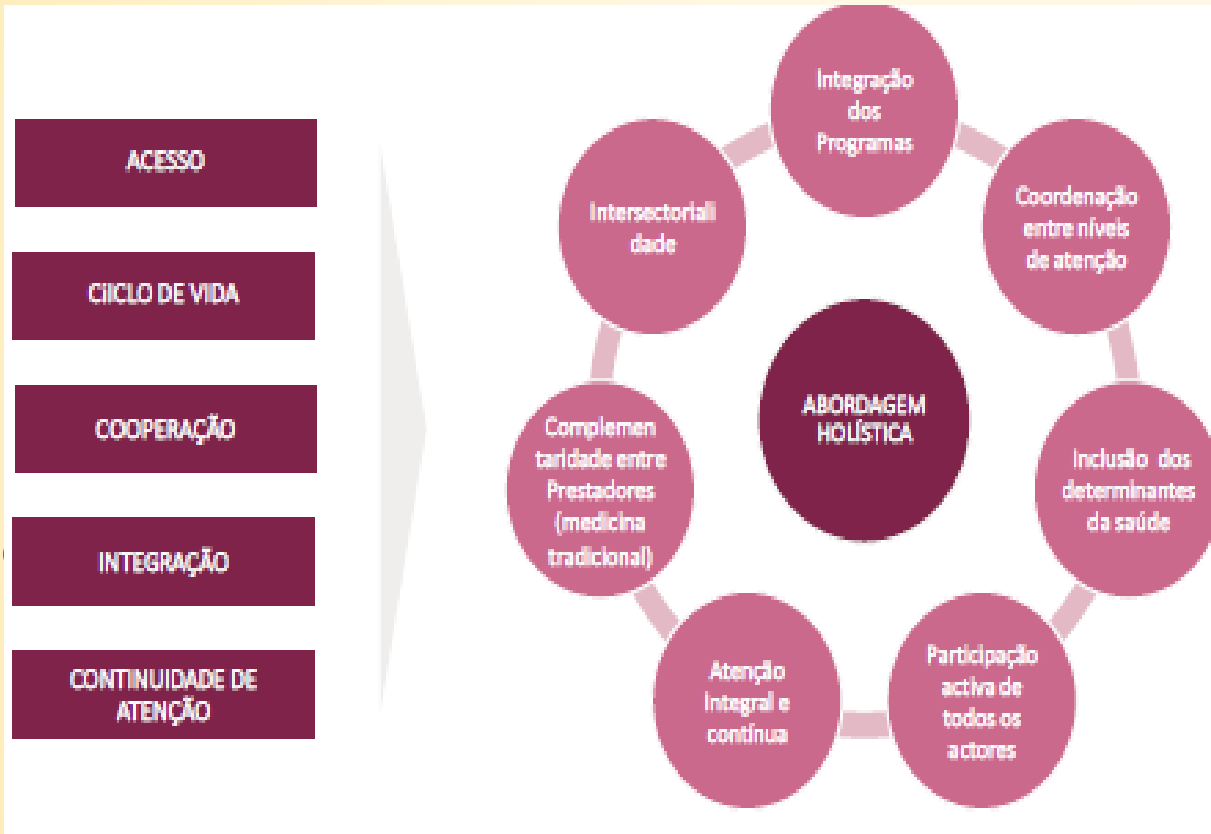


Fonte:Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU) e Organização Mundial da Saúde (OMS). Draft do Pacote Essencial de Cuidados de Saúde em Moçambique. Volumes I. Maio 2020. Não disponível on line.20)

4.- A implementação das estratégias e os principais desafios dos CSP

4.3.-Novo Pacote Essencial de Cuidados de saúde (PECS)

A saúde como motor para uma abordagem Holística, integradora e multissetorial



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.

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 encaminhamento.

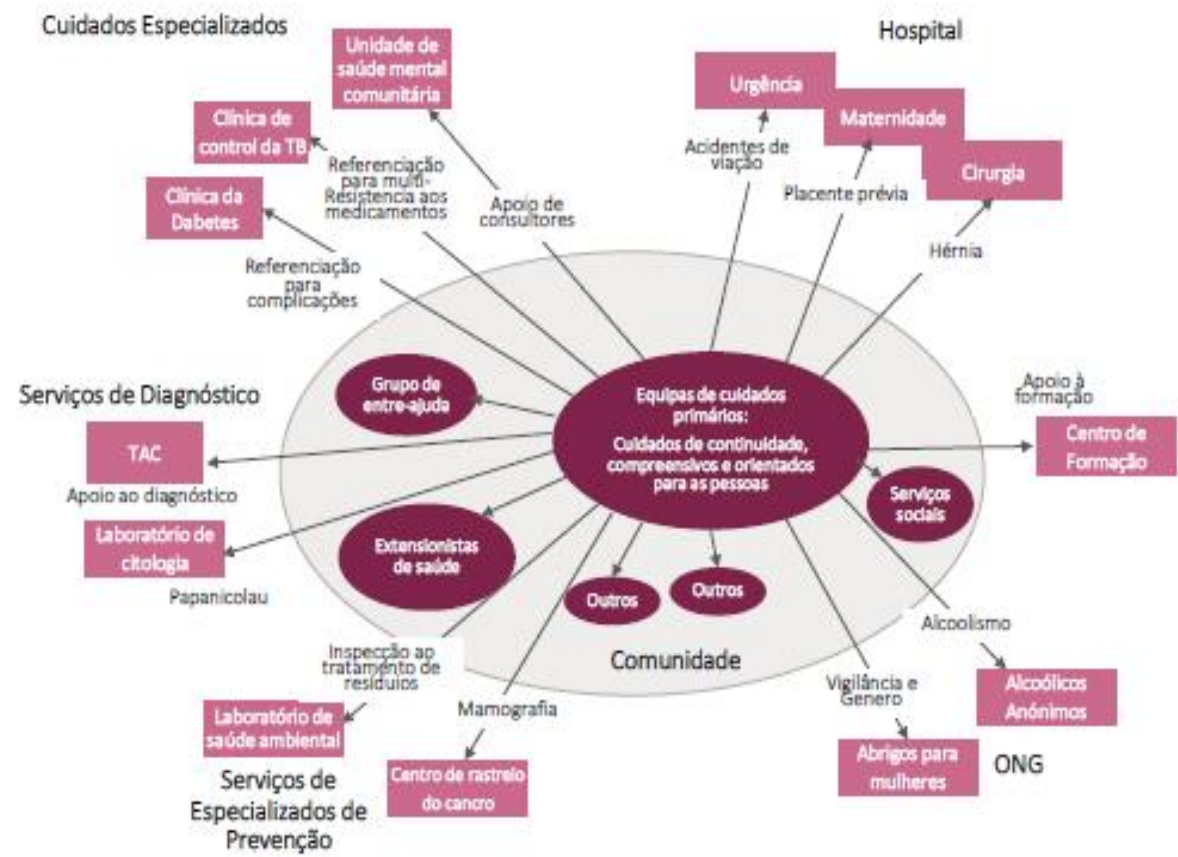
São o núcleo central do sistema de saúde, mas a coordenação com todo o espectro de prestação de serviços de saúde e assistência social, desde o nível comunitário até ao sistema de referência no nível hospitalar e serviços diagnósticos ou especializados é fundamental.

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.

4.- A implementação das estratégias e os principais desafios dos CSP

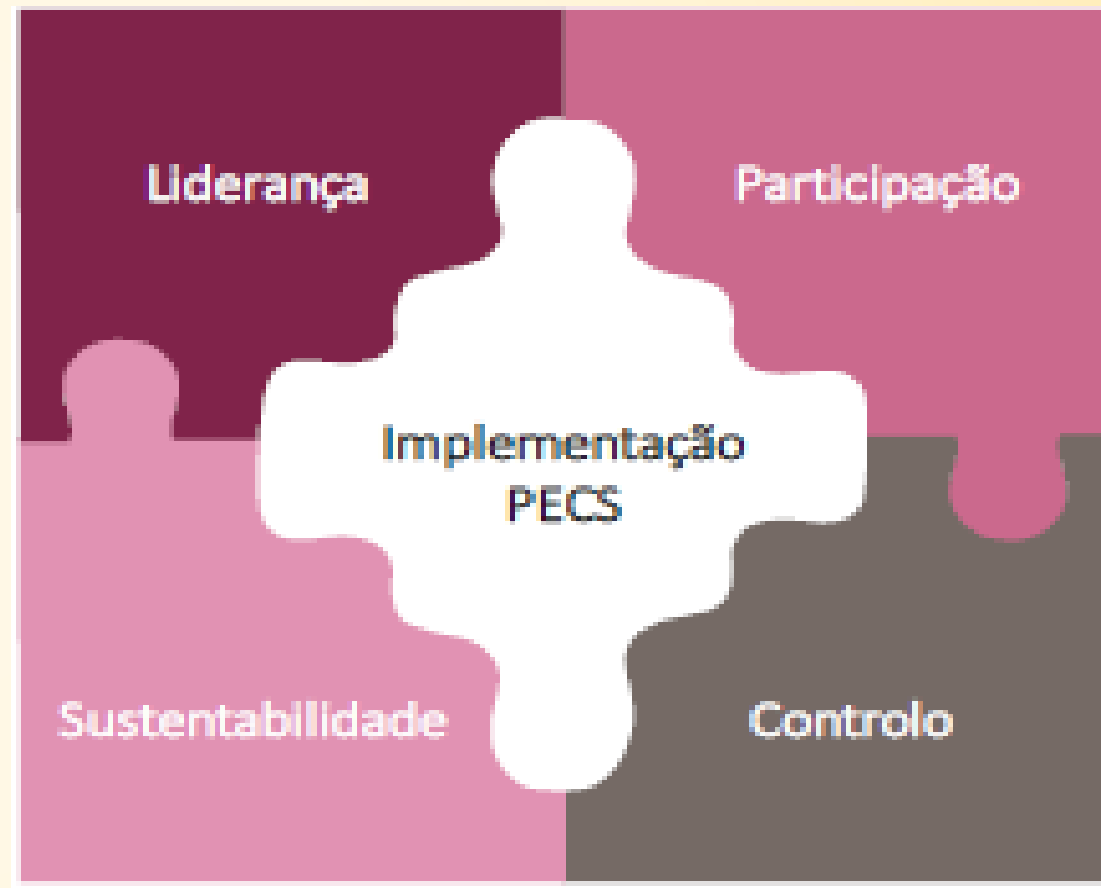
4.3.-Novo Pacote Essencial de Cuidados de saúde (PECS)

Os cuidados de saúde primários como centro de coordenação da rede de serviços



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.

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. Volumem I. Maio 2020. Não disponível online.

4.- A implementação das estratégias e os principais desafios DOS CSP

4.4. A Estratégia do Subsistema Comunitário de Saúde em Moçambique

- Agosto de 2020 (32) foi lançada pelo MISAU a Estratégia do Subsistema Comunitário de Saúde até 2025.

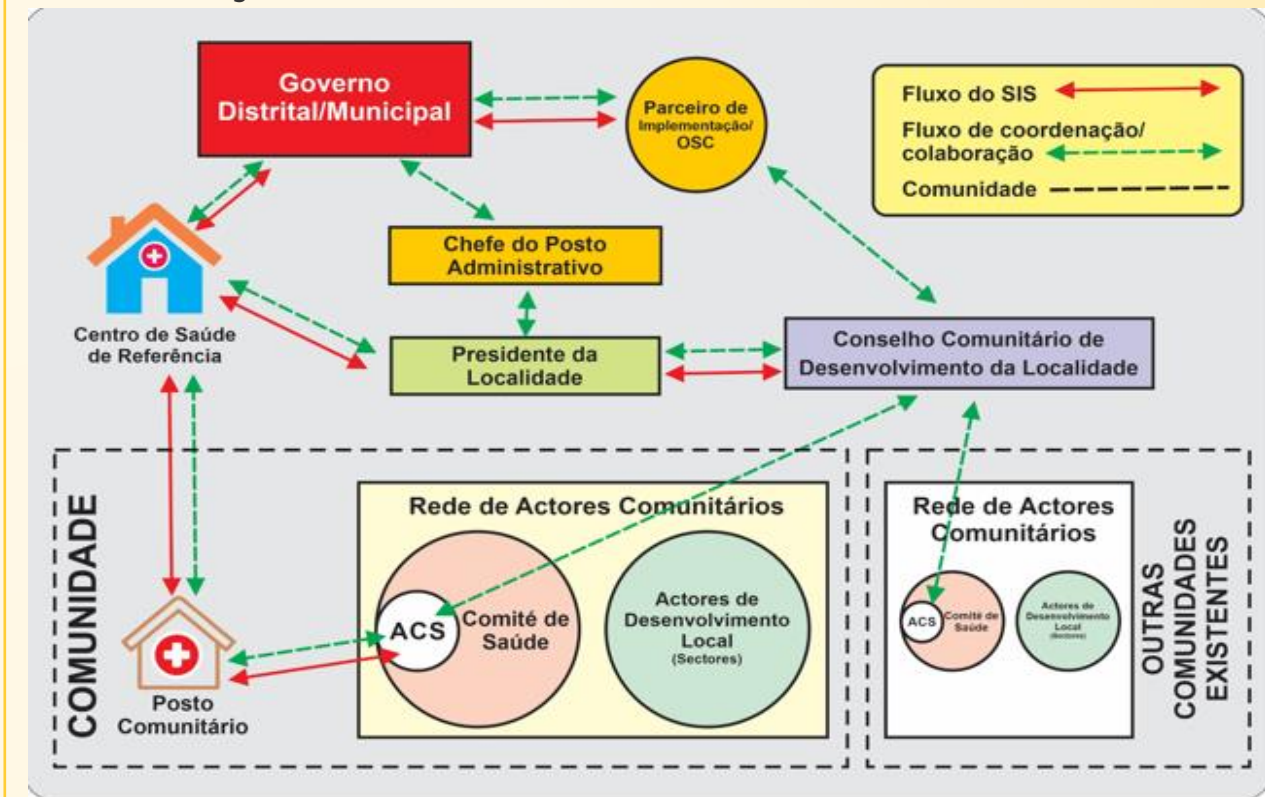
Objectivo Estratégico 1: Liderança, Participação e Empoderamento das Comunidades. Até 2025, 50% das comunidades liderando a identificação, priorização e soluções dos problemas locais dentro das respectivas áreas de saúde;

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;

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.

Inter-relação dos diferentes intervenientes para revitalização da Saúde Comunitária e os CSP.




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

4.- A implementação das estratégias e os principais desafios dos CSP

4. 1. As organizações da sociedade civil face às inequidades em saúde e os DSS: A Aliança para a Saúde em Moçambique

- O direito à saúde é um direito humano de primeira ordem. Uma das 5 intervenções e estratégias identificadas na **Conferência Mundial sobre DSS** foi a Promoção da Participação Comunitária para a acção sobre os DSS, frequentemente assumida por **Organizações da Sociedade Civil, defensoras dos direitos humanos, com maior capacidade de interlocução com as comunidades.**

▪ A Aliança para a Saúde:

- Movimento Social de defesa do Direito à Saúde em Moçambique,  influenciar mudanças ao nível das políticas, estratégias e até do orçamento do SNS, com foco nos CSP e na perspectiva dos DSS.
- **Rede de entidades da sociedade civil**, de diferentes áreas (saúde, educação, género, ambiente e outras), 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.

▪ ONGS QUE INTEGRAM A ALIANÇA

- **Medicus Mundi;**
- **Associação LAMBDA: O Observatório do Cidadão para Transparência e Boa Governação no Sector de Saúde (OCS):**
- **N'weti - Comunicação para Saúde:**
- **Fórum Mulher**
- **De forma transversal: People's Health Movement (PHM) Movimento Saúde do Povo - PHM:**

4.- A implementação das estratégias e os principais desafios dos CSP

4. 1. As organizações da sociedade civil face às inequidades em saúde e os DSS: A Aliança para a Saúde em Moçambique

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



- Gerar e partilhar conhecimentos e evidências em diferentes áreas temáticas relacionadas com a saúde, com base nos seus determinantes sociais e um enfoque especial nos cuidados de saúde primários.
- Nesta componente, pretende-se gerar e partilhar conhecimento e evidências de forma multidisciplinar sobre os desafios e experiências relacionadas com a saúde, numa perspetiva de justiça social e a partir dos seus determinantes sociais, económicos, culturais, políticos, ambientais, etc.



- Abrir um espaço presencial e virtual de formação e capacitação – Escola de Activismo em Saúde (EAS).
- Nesta componente, pretende-se aumentar o conhecimento e as capacidades da sociedade civil de Moçambique (ONGs, OSCs, movimentos sociais, redes, activistas, académicos, artistas e outros) para poder defender de forma mais efectiva e coordenada o legítimo exercício do direito à saúde.



- Informar, sensibilizar e influenciar estratégias e políticas, através de acções e campanhas coordenadas de advocacia e sensibilização, baseadas nas evidências e conhecimentos adquiridos.
- Nesta componente, pretende-se realizar um trabalho de defesa e promoção do direito à saúde, de defesa do próprio Sistema Nacional de Saúde e dos Cuidados de Saúde Primários, como a melhor estratégia para construir e fortalecer um sistema de saúde mais justo e igualitário em Moçambique.

Muito Obrigada!