



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

**Avaliação Conjunta Anual do
Desempenho do Sector de
Saúde - 2011**

ACA XI

CONTEÚDO

Abreviaturas	iii
Sumário Executivo	iv
Vista Geral do Desempenho do Sector: Indicadores de QAD Saúde 2011	1
Introdução	3
Metodologia	3
A. Desempenho do Sector em relação às Áreas de acesso e qualidade de Prestação de Serviços de Saúde	4
A.1. Desempenho em relação ao Envolvimento Comunitário – 1ª prioridade do PES-Saúde 2011	4
A.1.1. Estabelecimento e funcionamento de Comités de Saúde e de Co-Gestão	5
A.1.2. Revitalização do Programa dos Agentes Polivalentes Elementares (APEs)	6
A.1.3. Educação e comunicação para a Saúde	7
A.1.4. Estado de Operacionalização da Estratégia Nacional de Promoção de Saúde e Estado actual da estrutura organizacional e Mecanismos de Coordenação ao nível distrital	7
A.2. Desempenho em relação à provisão de serviços de Saúde Materna e da Criança incluindo área de Nutrição	9
A.2.1. Programa Alargado de Vacinações	9
A.2.2. Atenção Integrada à Doença da Infância (AIDI)	11
A.2.3. Nutrição	12
A.2.4. Atenção à mulher grávida e Planeamento Familiar	15
A.3. Desempenho em relação ao combate às Grandes Endemias: Malária, Tuberculose e HIV e SIDA	18
A.3.1. Malária	18
A.3.2. Tuberculose	21
A.3.3. HIV e SIDA (Prevenção)	23
A.3.4. HIV e SIDA (Tratamento)	26
B. Desempenho do sector em relação às áreas de apoio ao Sistema de Saúde	29
B.1. Desempenho em relação a Planificação, Monitoria e Avaliação, Sistemas de Informação em Saúde e infra-estruturas (desenvolvimento da rede sanitária e distribuição equitativa de recursos)	29
B.1.1. Planificação, Monitoria e Avaliação incluindo Sistemas de Informação em Saúde	30
B.1.2. Desenvolvimento de Infra-estruturas (rede sanitária e distribuição equitativa de recursos)	33
B.2. Desempenho em relação à Gestão e Logística de Medicamentos	35
B.3. Desempenho em relação à Gestão e Formação de Recursos Humanos em Saúde	39
B.3.1. Capacidade da rede de formação inicial e de formação contínua	41
B.3.2. Capacidade de gestão de RHS nos diferentes níveis	42
B.3.3. Distribuição, motivação e retenção dos RHS	43
B.4. Desempenho em relação à Gestão Financeira e logística, incluindo Aquisições e Auditorias	44
B.5. Desempenho dos Parceiros de Apoio Programático	49
C. Recomendações da ACA XI para 2012/2013	51
D. Monitoria de implementação do Memorando de Entendimento	53
Anexo 1 – Recomendações específicas para os Indicadores do QAD	A
Anexo 2.1 – Matriz de Monitoria do Memorando de Entendimento entre o MISAU e Parceiros	C
Anexo 2.2 – Ponto de situação dos indicadores do “ <i>International Health Partnership plus</i> ” (IHP+)	F
Anexo 3 – Relatórios sobre as constatações de visita conjunta para avaliação do Envolvimento Comunitário ... I	
Anexo 4 – Relatórios sobre as constatações de visita conjunta para Verificação da Qualidade de Dados de três Indicadores	G

ABREVIATURAS

ACA	Avaliação Conjunta Anual	MACs	Sistema electrónico de gestão de stocks
AIDI	Atenção Integrada à Doença da Infância	MDR	Resistência a Multi-Drogas
APEs	Agentes Polivantes Elementares	MISAU	Ministério da Saúde
ART	Anti-Retrovirais	MPD	Ministério do Plano e Desenvolvimento
ATPU	Alimento Terapêutico Pronto para Uso	MZM	Metical
ATS	Aconselhamento e Testagem em Saúde	ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
BdPES	Balço do Plano Económico e Social	OE	Orçamento do Estado
BK	Bacilo de Koch	OMS	Organização Mundial de Saúde
CCNS	Conselho de Coordenação Nacional de Saúde	ONG	Organização Não Governamental
CCR	Consulta de Criança de Risco	PAC	Plano de Acção Consolidado
CCS	Comité Coordenador de Saúde	PARP	Plano de Acção para a Redução da Pobreza
CFMP	Cenário Fiscal de Médio Prazo	PAV	Programa Alargado de Vacinações
CFMP	Cenário Fiscal de Médio Prazo	PCs	Parceiros de Cooperação
CIDA	Agência Canadiana de Desenvolvimento Internacional	PES	Plano Económico e Social
CLC	Conselhos de Líderes Comunitários	PESS	Plano Estratégico do Sector Saúde
CMAM	Central de Medicamentos e Artigos Médicos	PF	Planeamento Familiar
COEC	Cuidados Obstétricos de Emergência Completos	PFM	Public Financing Mechanism
COECER	Cuidados Obstétricos de Emergência e Cuidados Essenciais do Recém-nascido	PIDOM	Pulverização IntraDomiliária
COEmB	Cuidados Obstétricos de Emergência Básicos	PMT	Praticantes de Medicina Tradicional
CPN	Consulta Pré-Natal	PNCM	Programa Nacional de Controlo da Malária
CS	Centro de Saúde	PNCT	Programa Nacional de Controlo da Tuberculose
DAF	Direcção de Administração e Finanças	PNDRH	Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos
DANIDA	Agência Dinamarquesa de Desenvolvimento Internacional	PNI	Plano Nacional Integrado
DEPROS	Departamento de Promoção de Saúde	PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
DF	Departamento Farmacêutico	PVH	Pessoa Vivendo com HIV
DFID	Agência Britânica de Desenvolvimento Internacional	QAD	Quadro de Avaliação de Desempenho
DIS	Departamento de Informação de Saúde	RED	Estratégia de Alcance de Todos Distritos
DNSP	Direcção Nacional de Saúde Pública	REMTILD	Redes Mosquiteiras Tratadas com Insecticida de Longa Duração
DOTS	Tratamento sob Observação Directa	RHS	Recursos Humanos em Saúde
DPC	Direcção de Planificação e Cooperação	S.I.	Sem Informação
DPS	Direcção Provincial de Saúde	SAAJ	Serviços Amigos do Adolescente e Jovem
DPTHepB	Vacina Pentavalente anti-Difteria, Pertussis, Tétano, Hepatite B e Haemófilo Influenza B	SDSMAS	Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social
HiB	Tétano, Hepatite B e Haemófilo Influenza B	SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
DQS	Sistema de Auto-Verificação de Qualidade de Dados	SIFIn	Sistema de Informação da Formação Inicial
DRH	Direcção de Recursos Humanos	SIMAM	Sistema de Informação de Gestão de Medicamentos e Artigos Médicos
ENPS	Estratégia Nacional de Promoção de Saúde	SIS	Sistema de Informação de Saúde
ESMI	Enfermeiras de SMI	SIS-H	SIS para os Hospitais
Fundo Global	Fundo Global para o Combate a SIDA, TB e Malária	SISTAFE	Sistema de Informação de Administração Financeira do Estado
GAAC	Grupos de Apoio e Adesão Comunitário	SMI	Saúde Materno-Infantil
GFP	Plano de Acção de Gestão de Finanças Públicas	SNS	Serviço Nacional de Saúde
GT	Grupo Técnico	SP	Sulfadoxina - Pirimetamina
GT_PIMA	Grupo Técnico de Planificação, Investimentos, M&A	SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
GTAF	Grupo Técnico de Administração e Finanças	TARV	Terapia Anti-Retroviral
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana	TB	Tuberculose
ICS	Instituto de Ciências de Saúde	TIP	Tratamento Intermitente Preventivo
IdFs	Instituições de Formação	UK	Reino Unido
IEC	Informação, Educação e Comunicação	UNFPA	Fundo das Nações Unidas para a População
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança	UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
IMEPS	Instituto Médio Politécnico de Saúde	US	Unidades Sanitárias
INE	Instituto Nacional de Estatísticas	USD	Dólar Americano
ITS	Infecções de Transmissão Sexua	VEM	Vitais, Essenciais e Necessários
M&A	Monitoria e Avaliação		

SUMÁRIO EXECUTIVO

Graças à grande abertura e liderança do Ministério da Saúde (MISAU), o ano de 2011 foi caracterizado por uma colaboração construtiva com os Parceiros de Cooperação, que permitiu enfrentar os grandes desafios sistémicos do sector. No entanto, constata-se ainda um desempenho misto, que necessita de um maior investimento doméstico para ser melhorado.

Tendo em conta a capacidade institucional limitada do MISAU, principalmente devido à exiguidade de pessoal qualificado, o desempenho do sector de saúde é de louvar. No ano de 2011 registou-se um desempenho caracterizado por uma mistura de aspectos positivos e não positivos na área de Prestação de Serviços devido a uma série de constrangimentos sistémicos, principalmente devido a rupturas frequentes de vários itens de medicamentos (2ª prioridade do PES 2011) e preocupações sérias em relação à gestão das finanças públicas (3ª prioridade do PES 2011). A abertura do MISAU e a liderança do Ministro da Saúde foram determinantes para o estabelecimento dum diálogo construtivo e permanente com os Parceiros de Cooperação para enfrentar os desafios. Assim, **Recomenda-se** que o MISAU e Parceiros de Cooperação intensifiquem mecanismos de advocacia de modo a se conseguir um maior investimento doméstico financeiro e de recursos humanos para melhorar o desempenho do MISAU a fim de aproximar ou atingir as metas dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio em 2015.

O aspecto central na Avaliação Conjunta Anual (ACA) é o Quadro de Avaliação do Desempenho (QAD) que se baseia numa lista de indicadores. Mesmo a despeito de certas melhorias na qualidade de dados, ainda persistem preocupações ao redor da consistência, robustez e plenitude de dados para o cálculo de vários indicadores.

A determinação do desempenho do sector no âmbito do ACA XI foi baseado na análise e interpretação conjunta (MISAU e Parceiros de Cooperação) de informação oriunda do QAD (grau de cumprimento das metas dos indicadores), visitas de campo (impressões sobre o Envolvimento Comunitário e verificação de qualidade de dados de três indicadores) em três províncias (Nampula, Zambézia e Maputo província), expansão dos indicadores do IHP+, cumprimento das recomendações do CCS de Março de 2011, cumprimento da Matriz de Monitoria do Memorando de Entendimento (Mde) e revisão da Gestão das Finanças Públicas (GFP). Assim, importa destacar que foram considerados 34 dos 35 indicadores¹ do QAD e sugere-se que cada indicador seja interpretado no contexto de cada área ou programa e deste modo, não se pode julgar o desempenho do sector mediante a contagem do total de indicadores cumpridos ou não.

No domínio do fortalecimento do sistema de saúde, os principais factores de sucesso foram: (i) Estreitamento de relações entre o Ministério de Saúde e Parceiros de Cooperação; (ii) Definição de ferramentas de gestão e monitoria das finanças públicas; (iii) Reorganização dos sistemas de gestão de stock de medicamentos e suprimentos médicos incluindo redefinição do sistema de logística; e (iv) Continuidade de expansão da rede sanitária e de requalificação das unidades sanitárias.

¹Foi considerado como "Não Aplicável" a percentagem das recomendações de auditorias do ano n-2 implementadas a nível provincial (Indicador 31 QAD) dado que as recomendações feitas pela KPMG não discriminam por níveis central e provincial.

As áreas de sucesso (com metas cumpridas) do sector no domínio de provisão de serviços incluem: (i) Taxas de cobertura vacinal; (ii) Disponibilidade de mais casas de espera da mulher grávida, resultante da maior participação comunitária; (iii) Terapia antiretroviral para as mulheres; e (iv) Planeamento familiar.

Os desafios no domínio de provisão de serviços centram-se sobretudo nas áreas que não atingiram as metas, especificamente: (i) Malária em todas as suas principais intervenções preventivas (Tratamento Intermitente Preventivo, Redes Mosquiteiras Tratadas com Insecticida de Longa Duração e Pulverização Intradomiciliária); (ii) Mortalidade institucional por desnutrição grave; (iii) Provisão de cuidados obstétricos de emergência básicos; (iv) Redução do risco de transmissão do vírus HIV de mãe para filho; e (v) Massificação de aconselhamento e testagem em HIV para os adolescentes e jovens. A provisão da terapia antiretroviral para os homens e crianças deve igualmente merecer maior dinamismo. A robustez dos dados em relação a provisão de cuidados pré-natais mostra uma situação preocupante e podem por em risco os esforços para a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil.

Um dos três indicadores (vide o Quadro A) que avaliam o desempenho do sector da saúde no âmbito do quadro do Plano de Acção para a Redução da Pobreza (PARP) 2011 não foi cumprido [% e (Nº) de mulheres grávidas HIV+ que receberam medicamentos antiretrovirais nos últimos 12 meses para reduzir o risco de transmissão de mãe para o filho]. Assim, chama-se a atenção a necessidade de redobrar os esforços de modo a massificar o programa de Prevenção da Transmissão Vertical no âmbito dos compromissos ratificados pelo governo para zero novas infecções de HIV em recém-nascidos em 2015.

Quadro A - Desempenho dos Indicadores para a Revisão Conjunta

n.º ordem	Indicador de Produto/ Execução	Realizado 2009	Realizado 2010	Realizado 2011	Meta 2011	TENDÊNCIA	AValiação
2	% de crianças menores de um ano de idade completamente vacinadas	77.0%	71.5%	73.3%	73.0%	Estável	Cumprido
17	% e (Nº) de mulheres grávidas HIV+ que receberam medicamentos ARV nos últimos 12 meses para reduzir o risco de transmissão de mãe para o filho	68.0% (68.248)	69.0% (69.880)	66.0% (67.379)	81.428	Decrescente	Não Cumprido
28	Rácio de trabalhadores de saúde das áreas de medicina, enfermagem e saúde materno-infantil (SMI) por 100.000 habitantes	61	63.4	67	65	Crescente	Cumprido

A seguir são destacadas as principais constatações encontradas durante a execução em 2011 e recomendações chave para melhorar o desempenho em 2012 e 2013 nos domínios de Sistemas de Saúde e de Provisão de Serviços.

a) Sistemas de Saúde

As fraquezas sistemáticas tiveram reflexos directos nos indicadores contidos na Matriz QAD-Saúde, especialmente nos indicadores referentes à Prestação de Serviços nas áreas prioritárias. A implementação do Plano da Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM) e do Plano de Acção Consolidado (PAC) constituem factores de convergência para a melhoria dos vários processos considerados prioritários no ano 2012. A Revisão do Sector da Saúde (RSS) com forte enfoque na análise dos seis pilares do desenvolvimento de sistemas iniciou em 2011 e espera-se que contribua para a formulação e implementação do PESS 2013-2017 com reformas substanciais.

Medicamentos

Um desafio principal afectando o desempenho do sector foi a logística de medicamentos. O sector enfrentou rupturas frequentes de medicamentos até ao nível dos beneficiários alvos, quantidades de medicamentos expirados e outros em iminência de expirar foram encontrados nos armazéns, colocando o sector numa situação de crise.

O indicador relacionado com a disponibilidade de medicamentos ao nível dos beneficiários alvo (indicador 24 QAD), fornece um exemplo paradoxal de uma meta atingida num sub-sistema ainda fraco. Deve-se ter em conta a limitação das fontes de informação utilizadas: só foram contemplados um semestre do ano e um armazém central de medicamentos. Também se constatou que para além dos progressos importantes na gestão da crise de medicamentos, a elaboração do novo Plano Estratégico da Logística Farmacêutica (Recomendação 4 do CCS de Março 2011) só será terminada em finais de Março 2012 e assim será pertinente acelerar sua aprovação. Adicionalmente, dever-se-á estabelecer critérios para a definição dos medicamentos vitais e necessários e criar sistemas de videovigilância para armazéns centrais.

Gestão de Finanças Públicas

Apesar dos constrangimentos enfrentados, considera-se positivo o sucesso do diálogo ao longo do ano, alcançando níveis de desembolso satisfatórios. Graças à liderança e transparência do MISAU, foram dados passos positivos na elaboração do PAC para o fortalecimento e monitoria da Gestão das Finanças Públicas do sector (processo acordado entre: MISAU e Parceiros de Cooperação, incluindo o Fundo Global). Considera-se muito importante manter a recomendação (Nº. 2 do CCS Março 2011) de estabelecer o *Taskforce* sobre Financiamento do Sector Saúde, tendo em conta que os Termos de Referência já foram aprovados e incluídos na actual Revisão do Sector Saúde.

Apesar da realização atempada das reuniões sectoriais conforme o calendário concordado, lamenta-se o não recebimento atempado dos relatórios financeiros prescritos no Memorando de Entendimento (MdE). Ainda faltam documentos cruciais para que os Parceiros de Cooperação finalizem a sua apreciação conjunta do desempenho do sector e conseqüentemente declarem os seus compromissos financeiros para o PRÓSAÚDE 2013, a saber (i) Por parte do MISAU o relatório de Auditoria Financeira externa relativa ao exercício financeiro de 2010²; e (ii) Por parte do agente externo contratado pelos Parceiros de Cooperação, o Relatório da Avaliação ao Sistema das Aquisições (em curso).

²Recebido pelos Parceiros de Cooperação de forma electrónica dia 20 de Março 2012.

Recursos Humanos

A área de recursos humanos, mesmo tendo alcançado as metas definidas, continua com desafios particularmente em termos de disponibilidade de novos quadros formados em áreas específicas, para fazer cobro ao Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos. O estabelecimento do Observatório de Recursos Humanos é um desenvolvimento muito positivo de 2011 e recomenda-se alterar a recomendação nº. 3 do CCS de Março 2011, para que tenha um seguimento e uso aplicado aos desafios do sector tais como:

1. A preocupação com a qualidade da formação dos profissionais de Saúde;
2. A limitada disponibilidade de recursos humanos, que continua a ser muito abaixo do padrão de ouro da OMS. A projecção do pessoal a formar até 2015 de acordo com o PNDRH necessita da reactivação do Plano Acelerado de Formação e de se continuar a ocupar todas as vagas para os novos ingressos financiados pelo OE;
3. A retenção do pessoal a todos os níveis e
4. Harmonização do perfil dos graduados com o plano de carreiras (incluindo a área de gestão).

Planificação, Monitoria e Avaliação, Sistemas de Informação em Saúde e infra-estruturas

Para além de manter a Recomendação número 5 do CCS Março 2011 “Reforço da Monitoria e Avaliação e do Sistema de Informação para Saúde a todos os níveis, prosseguir com a desagregação dos dados por sexo”, o sector deverá analisar as recomendações para ajustes de indicadores e metas do QAD que constam do Anexo 1, actualizar a matriz de QAD e reflectir sobre o método do ACA, propondo eventuais ajustes. Considera-se importante, sempre que possível, relacionar os dados de rotina (administrativos) com os dados gerados por inquéritos de base populacional, tais como o Inquérito Demográfico da Saúde (IDS). Recomenda-se igualmente a conclusão do estudo sobre os critérios de alocação de recursos tomando em conta as variáveis de equidade e definição da estratégia de financiamento do sector saúde incluindo a definição dos critérios de alocação de fundos aos programas do sector.

Parceiros de Cooperação

Como referido acima, o ano de 2011 foi marcado pelas crises que o sector enfrentou nas áreas de aprovisionamento dos medicamentos e da gestão de fundos públicos. Graças à liderança e a transparência do Ministério da Saúde, a colaboração provou ser muito construtiva, apesar do indicador confirmar que parte dos desembolsos foi efectuada com atrasos, devido às preocupações mencionadas no relatório. Confirma-se que a informação necessária para preencher o Inquérito das Finanças Externas (IFE) não foi fornecido atempadamente. Concordou-se entre o MISAU e os Parceiros de Cooperação que uma abordagem mais profunda e detalhada iria melhor apoiar o sector para desenvolver de forma mais apropriada o Cenário Fiscal de Médio Prazo (CFMP).

Pela primeira vez os Parceiros de Cooperação conseguiram preencher a maior parte dos indicadores do “*International Health Partnership plus*” (IHP+) a nível nacional, mostrando um nível considerável de alinhamento com os sistemas nacionais. Porém, os Parceiros de Cooperação deverão desenvolver instrumentos para a monitoria regular das missões conjuntas e individuais que visitam o MISAU.

b) Prestação de Serviços

Envolvimento Comunitário (1ª prioridade do PES 2011)

O Envolvimento Comunitário teve expansão notória de actividades no âmbito da implementação da Estratégia Nacional de Promoção de Saúde, mas persistem desafios inerentes à qualidade e robustez das suas acções e no acompanhamento efectivo do funcionamento dos Comités de Saúde e de Co-Gestão. O processo de revitalização dos Agentes Polivalentes Elementares está a ganhar maturidade em termos de expansão mas a coordenação entre o Ministério de Saúde e Organizações Não-Governamentais permanece fraca e aspectos de garantia de subsídios para os Agentes Polivalentes Elementares ainda permanecem pouco claros.

Recomenda-se que (i) se estabeleça moldes para operacionalização da Estratégia Nacional de Promoção de Saúde, incluindo a padronização da nomenclatura das estruturas comunitárias e definição de matrizes de monitoria de desempenho a ser distribuído para as províncias; (ii) se faça a revisão dos memorandos de entendimento com as ONGs que realizam actividades de envolvimento comunitário para garantir a complementaridade das acções e dos planos de formação de acordo com a capacidade de pagamento de subsídios para a sustentabilidade do programa dos APEs; e (iii) se definam critérios de contratação e de avaliação das ONGs.

Programa Alargado de Vacinações

Os dados disponíveis indicam um bom progresso no que concerne a cobertura de vacinações através das actividades de rotina e de campanhas realizadas (ex. contra o Pólio e Sarampo). No entanto, os exercícios de verificação de dados e de inquéritos domiciliários indicam que estes dados de rotina podem sobre estimar os valores reais. A adopção da estratégia nacional RED é um passo positivo para fortalecer a vacinação de rotina e reduzir a dependência de campanhas. Recomenda-se igualmente a utilização do processo de introdução da vacina contra Pneumococo, com os seus recursos adicionais, para reforçar todos os programas de vacinação, especialmente na planificação para a aquisição e distribuição de vacinas.

Atenção Integrada à Doença da Infância

Destaque deverá ser dada à elaboração de um guião/instrumento para acreditação de US que fazem o AIDI e acreditar e avaliar a qualidade dos serviços prestados nas US.

Nutrição

A meta do indicador Taxa de Mortalidade Institucional por Desnutrição Grave não foi atingida e a meta do indicador Número de Postos Sentinela de Vigilância Nutricional Estabelecidos e em Funcionamento tem sido alcançado nos últimos anos. A qualidade dos dados para estes indicadores tem mostrado algumas dificuldades que devem ser superadas para fornecer informação relevante e útil para a área da nutrição. É importante mencionar que fez-se avanços consideráveis em relação à implementação do Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica que foi aprovado em 2010 e que nos anos 2012/13 o MISAU e os seus parceiros devem discutir como assegurar o financiamento necessário e sustentável das intervenções e o apoio técnico necessário a nível central e provincial. Recomenda-se igualmente que o Departamento de Nutrição coordene

com a CMAM para a inclusão dos leites terapêuticos, o Resomal e o ATPU (ex: Plumpy Nut) na lista dos medicamentos essenciais e no seu sistema de gestão dos stocks e com os seus parceiros para apoiar as províncias a acelerar a formação dos clínicos nos novos protocolos de tratamento e reabilitação nutricional para melhorar o manejo da doença e a gestão dos leites terapêuticos. Avaliação do actual sistema de vigilância nutricional e o estabelecimento do sistema electrónico de vigilância intensificando os mecanismos de seguimento e supervisão, constituem outras necessidades para 2012/2013.

Atenção à Mulher Grávida e Planeamento Familiar

Pelo segundo ano consecutivo, a meta para a percentagem de novas utentes em métodos modernos de planeamento familiar foi atingida, devido à formação massiva de enfermeiras de SMI, a introdução da componente de planeamento familiar nas semanas nacionais e o lançamento da campanha nacional. Os dados em relação à provisão de cuidados pré-natais de qualidade em 2011 mostram uma situação preocupante e podem por em risco os esforços para a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil. Neste sentido, as metas dos indicadores relacionados com a prevenção da malária na gravidez [Tratamento Intermitente Preventivo (TIP) e distribuição de redes mosquiteiras impregnadas] e Prevenção da Transmissão Vertical (PTV) não foram atingidas. O progresso atingido em 2010 no acesso aos partos institucionais foi sustentado em 2011, devido aos esforços redobrados do MISAU, e entre outros, à construção de casas de espera da mulher grávida cuja meta foi atingida. Recomenda-se analisar a funcionalidade e uso das casas de espera e outras intervenções no âmbito da criação da demanda. Contudo, o acesso aos Cuidados Obstétricos de Emergência e Cuidados Essenciais do Recém-nascido (COECER) permanece um desafio para o sector, devido à falta de recursos humanos capacitados e baixa disponibilidade de medicamentos e equipamento. Recomenda-se uma avaliação dos COECER para otimizar a aplicação dos recursos nesta área.

Malária

Dado que o desempenho do programa da malária ainda apresenta enormes desafios incluindo a qualidade de dados, recomenda-se uma resposta programática com maior coordenação e maior apoio técnico e financeiro e a necessidade de analisar as eventuais barreiras de acesso ao TIP ao nível da US e a análise da cadeia de distribuição de sulfadoxina-pirimetamina e das REMTILDS

HIV e SIDA

O desempenho da componente HIV e SIDA ainda apresenta desafios, sobre tudo nas áreas ligadas à PTV e testagem dos adolescentes e jovens. A componente de tratamento e cuidados do programa HIV e SIDA mostrou progressos positivos, não obstante a cobertura de TARV ainda ter estado longe do desejável, particularmente nas crianças. A estratégia Grupos de Apoio à Adesão Comunitária (GAAC) foi expandida em todas as províncias, conforme a recomendação 8 do CCS de Março 2011, e a sua avaliação está prevista para o último trimestre do ano corrente.

A fim de continuar a expandir suas actividades, garantindo a qualidade a área de HIV e SIDA deverá concentrar-se (i) na implementação das recomendações da auditoria de dados do Fundo Global de 2011; (ii) na formação de enfermeiras de SMI de nível médio e Agentes de Medicina na provisão do TARV a mulheres grávidas HIV positivas; e (iii) em melhorar o índice de abandonos, não só pela

estratégia GAAC, mas também através da elaboração da Estratégia de Apoio Psicossocial e efectuar uma análise dos demais factores que levam os doentes a abandonarem o TARV.

Finalmente, sugere-se que se inclua nas visitas conjuntas de campo do próximo ACA XII (2012) os seguintes aspectos:

- i. Verificação de qualidade de dados dos indicadores de Malária (TIP, PIDOM e REMILD), da Cobertura das Consultas Pré-Natais e PTV; e
- ii. Avaliação do desempenho dos novos APes.

VISTA GERAL DO DESEMPENHO DO SECTOR: INDICADORES DE QAD SAÚDE 2011

Nº ordem	Indicador de Produto/ Execução	Realizado 2009	Realizado 2010	Realizado 2011	Meta 2011	Tendência ↗↘→	Avaliação	Observações	
1	Taxa de cobertura com DPT/HepB/Hib3 em crianças menores de 1 ano de idade	94%	67,7%	89,8%	90%	→	Cumprido		
2	% de crianças menores de um ano de idade completamente vacinadas	77%	71,5%	73,3%	73%	→	Cumprido		
3	% de US de nível primário em que a estratégia AIDI está implementada	79.0%	95.2%	98.1%	98.0%	↗	Cumprido		
4	Taxa de mortalidade institucional por desnutrição grave	11,8%	9,3%	11,8%	7%	↘	Não Cumprido	Problemas com definição do caso	
5	Nº de postos sentinelas de vigilância nutricional estabelecidos e em funcionamento	38	38	38	38	→	Cumprido		
6	Taxa de cobertura de partos institucionais	55%	62%	62,8%	63%	↗	Cumprido		
7	% das US com maternidade em que existe uma casa de espera para as mulheres grávidas	40,8%	47,0%	54,7%	42,5%	↗	Cumprido		
8	Nº US que prestam COEmB/500.000 habitantes no último trimestre	5.9	S.I.	2,2	3,2	↘	Não Cumprido		
9	% de novas utentes em métodos modernos de Planeamento Familiar	13,9%	23%	23%	16%	→	Cumprido		
10	% de mulheres grávidas que recebem pelo menos duas doses de TIP dentre as utentes das consultas pré-natais	66,9%	13,5%	19,3%	65%	↘	Não Cumprido	Problemas logísticos e de qualidade de dados	
11	% de casas que foram pulverizadas com insecticida nos últimos 12 meses em relação às casas alvo	74,0%	81,3%	S.I.	80%	↘	Não Cumprido	Início tardio do ciclo PIDOM em 51 dos 62 distritos	
12	% de mulheres grávidas que recebem pelo menos uma REMTILD (na consulta Pré-natal)	76.6%	77%	92%	>95%	↗	Não Cumprido		
13	Taxa de detecção de casos com BK+	53%	53%	49%	56%	↘	Não Cumprido		
14	Taxa de cura com tratamento DOTS	82.3%	85%	84%	84%	→	Cumprido		
15	% de doentes com TB aconselhados e testados para HIV	84%	88%	91%	90%	↗	Cumprido		
16	Nº de US's administrando PTV	832	909	1.063	963	↗	Cumprido		
17	% e (Nº) de mulheres grávidas HIV+ que receberam medicamentos ARV nos últimos 12 meses para reduzir o risco de transmissão de mãe para o filho	68% (68.248)	69% (69.880)	66% (70.270)	81.428	↘	Não Cumprido	Problemas de qualidade de dados	
18	Nº de crianças que beneficiam do TARV pediátrico.	13.510	17.395	23.053	23.818	↗	Não Cumprido		
19	Nº de adultos com infecção HIV avançada que recebem o TARV combinado segundo os protocolos nacionais	ambos sexos	156.688	218.991	250.508	241.240	↗	Cumprido	
		Homem	63.306	79.553	87.278	88.821	↗	Não Cumprido	
		Mulher	106.892	139.438	163.230	152.419	↗	Cumprido	
20	% de Adolescentes e jovens que foram testados para o HIV, nas US's (SAAJ + ATS)	41%	24%	47,1%	49%	↗	Não Cumprido		

Nº ordem	Indicador de Produto/ Execução	Realizado 2009	Realizado 2010	Realizado 2011	Meta 2011	Tendência ↗↘→	Avaliação	Observações	
21	Nº de novos CS tipo 2 e tipo C finalizados e equipados, incluindo PS elevados CS II ou C	26	39	35	25	→	Cumprido		
22	Rácio de consultas externas por habitante	1,06	1,2	1,20	1.3	→	Não Cumprido		
23	Índice de iniquidade	2	1,06	1,80	≤3.00	→	Cumprido		
24	Percentagem de satisfação das requisições de medicamento vitais	79,9%	85%	88%	87%	↗	Cumprido	Dados de 1 dos 3 armazéns "não representativos"	
25	Percentagem de medicamentos vitais dentro das especificações de qualidade	100%	11%	100%	100%	→	Cumprido		
26	Nº de CS tipo2 e tipo C que passam a dispor de serviços de abastecimento de água permanente	5	85	63	50	↗	Cumprido		
27	Nº de CS tipo2 e tipo C que passam a dispor de serviços de fonte de energia	5	102	82	50	↗	Cumprido		
28	Rácio de trabalhadores de saúde das áreas de medicina, enfermagem e saúde materno-infantil (SMI) por 100.000 habitantes	61	63.4	67	65	↗	Cumprido		
29	Número de novos graduados das carreiras específicas da saúde	1525	2322	1688	1650	→	Cumprido		
30	Taxa de execução orçamental dos fundos sob a gestão do MISAU	68%	90%	93%	90%	↗	Cumprido		
31	% das recomendações das auditorias do ano n-2 implementadas anualmente a nível provincial	S.I.	S.I.	S.I.	75%	S.I.		Implementação iniciou apenas em Outubro 2011 por chegada tardia do relatório de auditoria	
32	% das recomendações das auditorias do ano n-2 implementadas anualmente ao nível Central	89%	S.I.	64,7%	≥95%	↘	Não Cumprido		
33	% dos parceiros do PRÓSAÚDE II desembolsam de acordo com o Plano de desembolso anual existente entre o MISAU e os Parceiros	86%	97%	69%	≥95%	↘	Não Cumprido		
34	Percentagem de parceiros bi e multilaterais do sector da saúde que disponibilizam informação acuradamente (PREDICTAVEL) ao MISAU sobre o seu financiamento no CFMP	S.I.	87%	33%	> 80 %	↘	Não Cumprido		
35	Nº total de missões conjuntas por ano das sedes dos parceiros que apoiam o Sector Saúde (parceiros bi e multilaterais)	individuais	18	13	16	23	→	Cumprido	
		conjuntas	9	17	2	13	↗	Cumprido	

S.I. = Sem Informação; ↗ Tendência Crescente desde 2009; ↘ Tendência Decrescente desde 2009; → Tendência estável desde 2009

INTRODUÇÃO

No âmbito do memorando de entendimento do SWAp, o MISAU e seus Parceiros de Cooperação concordaram que o sucesso da parceria no apoio ao desenvolvimento da Saúde em Moçambique baseia-se no compromisso colectivo para a utilização de instrumentos nacionais no processo de planificação e avaliação do sector saúde. Neste sentido, o MISAU e os seus parceiros de cooperação têm vindo a implementar o processo interno de Avaliação Conjunta Anual utilizando, entre outros instrumentos, a Matriz do Quadro da Avaliação do Desempenho do Sector da Saúde (QAD-Saúde).

A ACA XI apresenta assim o grau de implementação das intervenções chave preconizadas no Plano Económico e Social (PES 2011) do Sector Saúde incluindo as respectivas matrizes.

METODOLOGIA

Para a realização da 11ª ACA foram seguidas 5 etapas interligadas, nomeadamente:

Etapa 1 – Análise documental dos avanços de 2011 no sector de saúde: Desempenho do sector e grau de implementação do MdE PRÓSAÚDE II. O ponto de partida para a ACA XI consistiu d uma análise de documentos produzidos no decurso do processo de implementação de actividades no sector em 2011, com maior destaque para aqueles relativos ao desempenho conjunto do sector e parceiros; e, a revisão, síntese e consolidação dos relatórios saídos das visitas de verificação de qualidade de dados que alimentam os indicadores seleccionados. Os quadros de indicadores QAD, BdPES, REO constituíram o ponto de maior concentração.

Etapa 2 – Sistematização dos relatórios de visita às Províncias

Etapa 3 – Facilitação de trabalhos de grupos técnicos definidos nos TdR da ACA XI (Prestação de Serviços em subgrupos de HIV, Malária, Tuberculose, Nutrição e Saúde Materna e da Criança e Vacinações; Apoio ao Sistema de Saúde: Medicamentos, Administração e Finanças, Recursos Humanos e Planificação, Investimentos e M&A)

Etapa 4 – Facilitação de realização de Oficina de Trabalho ACA XI para a homologação do rascunho do Relatório do ACA XI e usá-lo como base para preparar a Oficina de Trabalho ACA XI

Etapa 5 – Elaboração e apresentação do Relatório Final da ACA XI: i) Finalização da Matriz da Avaliação do Desempenho; ii) Delineamento de recomendações específicas para uma melhor abordagem dos indicadores do QAD; iii) Incorporação dos insumos finais de cada secção do relatório; iv) Consolidação das Conclusões e Recomendações do Relatório da ACA XI (rascunho final) e discussão com os pontos focais do MISAU e parceiros; v) Preparação da apresentação para o 1º CCS 2012 com destaque para as Conclusões e Recomendações; vi) Revisão e actualização do Relatório Final da ACA XI incorporando todas as recomendações do CCS e do CNCS; e vii) Elaboração do sumário contendo a análise dos indicadores do QAD para alimentar o processo da Revisão Anual do Governo e G19.

A. DESEMPENHO DO SECTOR EM RELAÇÃO ÀS ÁREAS DE ACESSO E QUALIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

As áreas do Prestação de Serviços de Saúde consideradas no ACA XI compreendem: (i) Envolvimento Comunitário; (ii) Saúde da Mulher e da Criança incluindo Nutrição; e (iii) Grandes Endemias: Malária, Tuberculose e HIV e SIDA.

A.1. DESEMPENHO EM RELAÇÃO AO ENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO – 1ª PRIORIDADE DO PES-SAÚDE 2011

O plano estratégico do sector da Saúde 2007-2012 sustenta que “o eixo principal de actuação do sector continua sendo os Cuidados de Saúde Primários com ênfase na participação e mobilização comunitária através dos agentes comunitários de Saúde. As actividades a serem desenvolvidas na comunidade vão continuar com foco na Saúde reprodutiva e na criança; na prevenção e controlo das doenças transmissíveis”. E, definiu como metas que “até 2012, em 60% da extensão do território Nacional as comunidades estarão comprometidas em acções de promoção da sua própria Saúde” e “até 2015 quase a totalidade da população moçambicana (90%) estará activamente envolvida na Promoção e defesa da sua própria Saúde”. É neste âmbito que os 3 últimos Planos Económicos e Sociais (PES) do sector da Saúde dos anos 2009, 2010 e 2011 têm colocado o **Envolvimento Comunitário**³ como a **primeira** prioridade do sector de Saúde, para além de ser um dos pilares de destaque da recente Estratégia Nacional de Promoção de Saúde, estabelecida pelo Departamento de Promoção de Saúde (DEPROS) da Direcção Nacional de Saúde Pública (DNSP). O Envolvimento Comunitário é traduzido no PES-Saúde pelas seguintes acções: (i) Estabelecimento e funcionamento de Comitês de Co-Gestão e Comitês de Saúde; (ii) revitalização do Programa dos Agentes Polivalentes Elementares (APEs); e (iii) Educação e comunicação para a Saúde.

O relatório da ACA X, constatou que mesmo a despeito do Envolvimento Comunitário ter sido definido como a 1ª prioridade, “os frutos de 2010 são poucos...e para além da importante formação massiva de APEs, pouco mais é palpável”. Foi neste contexto, que se decidiu incluir o tema Envolvimento Comunitário para fazer parte integrante de visita e “avaliação” conjunta ACA XI, como forma de verificar a estrutura organizacional e os mecanismos de coordenação que estão estabelecidos para salvaguardar a implementação das actividades prometidas.

Mesmo embora o actual Quadro de Avaliação do Desempenho (QAD) não compreenda nenhum indicador que permita a avaliação em termos quantitativos, este relatório apoiou-se da revisão documental, das impressões levantadas durante a discussão de grupo e das constatações de visita efectuada no terreno, para pronunciar-se acerca do desempenho quanto à prestação de actividades para um melhor envolvimento comunitário.

³ Envolvimento Comunitário é definido pelo MISAU, como o “trabalhar activamente com as comunidades para que elas estejam organizadas e capacitadas para identificar os seus problemas de Saúde e definir acções visando a promoção da sua Saúde e a prevenção de doenças”

A.1.1. ESTABELECIMENTO E FUNCIONAMENTO DE COMITÉS DE SAÚDE E DE CO-GESTÃO

Durante o ano de 2011, o DEPROS havia planificado a criação de pelo menos 55 comités de saúde e o balanço destaca o estabelecimento de 781 comités de saúde e 273 comités de co-gestão em todo o país. Ora, este índice de cumprimento que ascende os 1.000%, satisfaz de forma notória o DEPROS pois a meta havia sido estipulada como “pelo menos” e acima de tudo porque as províncias mostraram empenho e cometimento no cumprimento das recomendações centrais. Porém fica claro que os resultados obtidos são reflexo duma planificação emergente, e que para uma definição das metas mais próximas da capacidade existente é necessário estreitar o exercício de planificação com as províncias, distritos e parceiros.

Um aspecto crítico digno de menção é que até ao presente momento, o MISAU ainda não desenvolveu a capacidade para verificar o grau de funcionamento destes comités e no ano de 2011 persistiu grande debilidade em relação à capacitação e seguimento dos comités formados. No entanto, a fim de resolver esta problemática, o DEPROS já concluiu os Termos de Referência que definem os papéis e balizas dos Comités de Saúde e de Co-Gestão de US e a partir do ano 2012 será implementado um plano de capacitação e seguimento dos comités cujos instrumentos foram já elaborados e concluídos.

No plano de expansão dos comités de saúde e de co-gestão das US, o DEPROS com apoio dos parceiros pretende criar novos comités, revitalizar os antigos que estão a funcionar e os que não estão a funcionar, pretende-se também que cada comité tenha na sua constituição um praticante de medicina tradicional escolhido pela comunidade para realizar actividades de promoção da saúde, de forma a melhorar o eixo de comunicação entre o praticante de medicina tradicional e o sector da Saúde Pública.

As principais constatações de visita ao campo nas províncias de Nampula, Zambézia e Maputo província são:

- Apesar de o processo de criação dos comités de saúde e de co-gestão ter iniciado a nível dos distritos, nota-se que os próprios gestores dos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS) têm dificuldade de compreender os novos conceitos nomeadamente os comités de saúde e os comités de co-gestão, sobretudo por estarem enraizados os conceitos/estruturas antigas (Conselhos de saúde e Conselhos de Líderes Comunitários);
- O acompanhamento de suas actividades é feito em grande medida pelas ONG's locais em coordenação com os SDSMAS e as US das áreas de actuação;
- Em alguns distritos, estes comités têm estado a realizar as actividades para as quais foram criados e reportam as actividades aos respectivos supervisores;
- Vários distritos visitados tiveram dificuldade de apresentar número dos Comités de saúde e de co-gestão planificado e a sua criação real;
- Por falta de incentivos, alguns membros dos comités de saúde não ficam muito tempo, pois desistem das suas actividades. A título de exemplo, em Maluana (Maputo província) o comité foi criado em 2006 e dos seus membros somente resta a líder que trabalha como APE da sua comunidade, agora em formação.

Em resumo, o MISAU está a conseguir expandir o estabelecimento dos Comitês de Saúde e de Co-Gestão, mas com problemas de planificação e coordenação dos comités e não sabe como funcionam de facto e só a partir de 2012 é que irá iniciar o processo de clarificação do seu papel e sua capacitação e seguimento.

A.1.2. REVITALIZAÇÃO DO PROGRAMA DOS AGENTES POLIVALENTES ELEMENTARES (APES)

Para o ano de 2011 realizou-se a segunda ronda de formação dos APES para 42 distritos do País, foram formados 40 formadores provinciais e 48 distritais e 240 APES. No mês de Agosto de 2011 iniciou-se a formação de outros tantos APES cujo término está previsto para o 1º trimestre de 2012.

Apesar da formação adequada dos novos APES, o MISAU continua com problemas no seguimento e supervisão daqueles que já existiam antes do programa de revitalização. Foram feitas algumas supervisões dos APES dos 8 distritos iniciais durante a formação e realização das actividades para avaliar o seu desempenho, e na reunião do balanço foi destacado: (i) A necessidade de maior envolvimento das DPS e dos SDSMAS na supervisão para que esta seja feita por níveis e de forma sustentável; (ii) Necessidade de mais supervisões regulares locais para os APES e maior interacção com os mesmos aproveitando o momento em que vem levantar os utensílios de trabalho e entrega dos relatórios; (iii) Dar maior atenção aos antigos APES; (iv) Tomar atenção aos Kits de medicamentos; e (v) Garantir a sustentabilidade do programa de forma a garantir o sucesso do mesmo.

As dificuldades enfrentadas na supervisão dos antigos APES são principalmente devidas à limitação dos fundos, exiguidade de transporte e de outros recursos e porque o SDMAS não está capacitado para efectuar supervisões de forma adequada, apesar dos instrumentos de supervisão nos diferentes níveis terem sido produzidos e disseminados por todo o país. Relativamente a monitoria e avaliação do programa foram formados 30 técnicos no uso de instrumentos e espera-se que seja feita a réplica para os técnicos das US e APES dos 8 distritos iniciais.

Aliás as visitas de campo constataram aspectos similares, a seguir resumidos:

- Comunidades beneficiárias dos novos APES estão satisfeitas com a sua formação e actuação bem como com a coordenação entre as US e comités de saúde;
- Nota-se diferença na atenção que é dada aos antigos APES (menos acompanhados) em relação aos novos;
- Verifica-se um grande défice na supervisão das actividades dos APES a nível dos Distritos. As visitas de supervisão às comunidades não são regulares, o que de certa forma desmotiva as estruturas a nível das comunidades;
- Grandes motivos para a não realização das supervisões aos APES pelas US, é a falta recursos financeiros, de meios de transporte e combustível, associado as longas distâncias e precariedade das vias de acesso das comunidades onde estes residem;
- A chegada tardia e insuficiente dos manuais para a formação dos APES comprometeu de certa forma o curso normal da formação, pois foi necessário que os formandos partilhassem a leitura do material durante os primeiros dias da formação.

Em jeito de síntese, o processo de revitalização dos novos APes está a ganhar maturidade em termos de expansão, mas aspectos de qualidade do trabalho daqueles já existentes são débeis e mecanismos de supervisão e seguimento dos recém-formados deverão ser garantidos com a maior brevidade para que se garantam os resultados esperados.

A.1.3. EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO PARA A SAÚDE

As actividades de educação e comunicação para a Saúde consistiram de (i) participação de líderes e técnicos de Saúde nos órgãos de comunicação social para conferência de imprensa e debates; (ii) lançamento do concurso “Prémio Saúde para Jornalistas-2011” para o reforço da parceria com os órgãos de comunicação social; (iii) divulgação a nível nacional de 7 spots televisivos e radiofónicos referentes a Semana Nacional de Saúde, Semana do aleitamento materno, campanha de vacinação contra a pólio, uso de rede mosquiteira, cólera, Lepra e Tuberculose. Para o efeito foi estabelecido um memorando de entendimento com alguns meios de comunicação; (iv) divulgação de 1 suplemento de saúde no jornal “O Público”.

No entanto, como assinalado nas constatações de visita de campo, verificou-se o seguinte:

- Embora a educação e comunicação para a Saúde sejam considerados actividades importantes, elas não constam dos planos distritais e são realizadas em função das oportunidades que ocorrem nas datas comemorativas ou da disponibilidade de patrocínios para sua realização. Alguns exemplos incluem:
 - Feiras de saúde foram realizadas por todos os distritos visitados o que demonstra a importância que a província tem dado a esta actividade
 - Celebração de datas comemorativas nos vários programas, palestras nas US, quando possível programas radiofónicos, e a nível da comunidade
- Falta de rádios comunitárias locais em alguns distritos e ainda, onde existem, o tempo alocado para a divulgação de mensagens educativas parece insuficiente.

A.1.4. ESTADO DE OPERACIONALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA NACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E ESTADO ACTUAL DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E MECANISMOS DE COORDENAÇÃO AO NÍVEL DISTRITAL

Até ao presente momento, os esforços empreendidos centraram-se na divulgação da Estratégia Nacional de Promoção de Saúde (ENPS) e as suas linhas orientadoras têm sido traduzidas apenas para o PES, limitando as inúmeras potencialidades desta estratégia. Cabo Delgado e Inhambane são dos poucos exemplos de províncias que possuem um plano operacional feito à luz da ENPS. A ENPS ainda não possui plano de Monitoria e Avaliação.

Em relação à estrutura organizacional e mecanismos de coordenação ao nível distrital, os peritos que efectuaram visita às províncias constataram o seguinte:

- Existe uma estrutura organizacional que responde as acções de envolvimento comunitário mas faltam instrumentos para a sua verificação (termos de referência, mapeamento das ONGs);
- Não disponibilização de documentos orientadores sobretudo a ENPS ao nível dos distritos foi uma constante;

- Deficiente coordenação dos diferentes actores envolvidos no processo da implementação das actividades de envolvimento comunitário;
- Falta de clareza na definição das actividades que devem ser planificadas e realizadas no âmbito do envolvimento comunitário pelos diferentes actores. A ENPS não está acompanhada de um plano de acção com um horizonte temporal e metas definidas e da identificação de acções concretas que devem estar incluídas nos planos distritais;
- Os relatórios dos SDSMAS reportam poucas actividades do envolvimento comunitário quando comparados com os relatórios enviados pelas organizações que operam nesta componente;
- Embora haja envio de relatórios de prestação de contas das ONGs para os SDSMAS por parte de alguns parceiros, a análise dos mesmos não tem sido muito consistente;
- Foi ainda referida que a falta de instrumentos de monitoria e avaliação, constitui uma fraqueza para o acompanhamento do envolvimento comunitário, pois ajudariam a dar resposta às necessidades do MISAU;
- Dificuldade do sector em receber a informação dos fundos disponíveis para a implementação das actividades de EC por parte das ONGs locais, o que dificulta a planificação e a prestação de contas.

O relatório consolidado de visita conjunta de campo acerca do Envolvimento Comunitário consta do Anexo 3.

Um dos aspectos transversais ligado ao Envolvimento Comunitário é a articulação entre o MISAU e as ONGs. Actualmente, o MISAU queixa-se da implementação de actividades pelas ONGs fora das prioridades do sector, havendo mesmo ONGs que efectuem actividades isoladamente sem complementar os esforços do sector.

A.2. DESEMPENHO EM RELAÇÃO À PROVISÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MATERNA E DA CRIANÇA INCLUINDO ÁREA DE NUTRIÇÃO

A.2.1. PROGRAMA ALARGADO DE VACINAÇÕES

No âmbito da melhoria do estado de Saúde da população e prestação de cuidados de Saúde de qualidade (promoção da Saúde e prevenção e controlo da doença), a protecção das crianças das doenças preveníveis por vacinas é uma das áreas chave. Para o ano de 2011, os dois indicadores do QAD para avaliação do desempenho do PAV tiveram suas metas atingidas. A taxa de cobertura com DPT/HepB/Hib3 em crianças menores de 1 ano de idade (Indicador 1 QAD) foi de 89.8% (meta 90%) e quanto ao Indicador 2 QAD, 73.3% de crianças menores de um ano de idade foram completamente vacinadas (meta de 73%) (Figuras 1A e 1B).

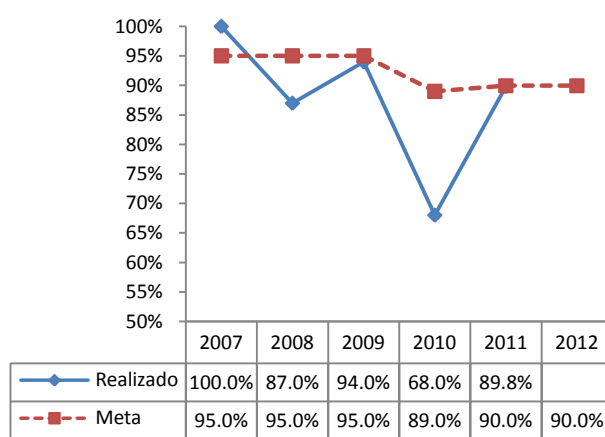


Figura 1A: Tendência do Indicador 1 QAD: DPT/HepB/Hib3 em crianças menores de 1 ano de idade e crianças completamente vacinadas

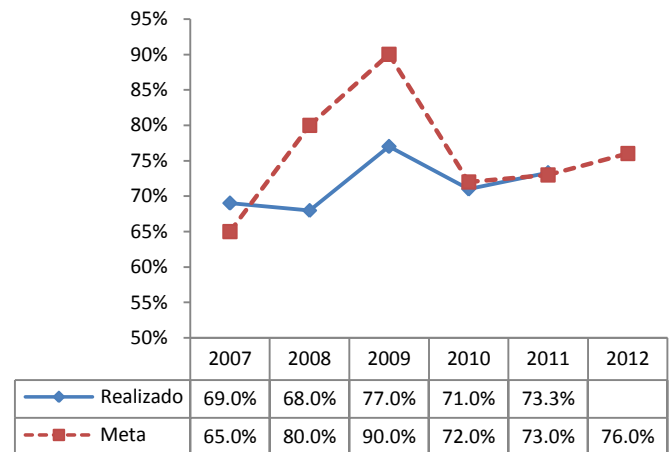


Figura 1B: Tendência do Indicador 2 QAD: % de crianças menores de um ano de idade completamente vacinadas

As actividades que contribuíram para o progresso positivo do Indicador 1 e o alcance da meta incluíram: (i) Implementação do sistema de busca activa de abandonos a vacinação; (ii) Instalação de um instrumento electrónico de gestão de vacinas em todas as províncias para melhorar o controlo da gestão de vacinas; e (iii) Produção e distribuição de 5.000 cartazes sobre o calendário vacinal com o objectivo de melhorar os conhecimentos e atitudes da população em relação ao calendário de vacinação.

No entanto houve constrangimentos que tiveram que ser consideradas, entre os quais destaca-se a chegada tardia da vacina nos SDSMAS devido à demora que se registou para a sua aquisição. Aliás este problema já vinha se arrastando desde o ano de 2010 com a destruição da vacina pentavalente (devido à fraca qualidade) que conduziu ao uso da vacina tetravalente. Outros factores igualmente não positivos foram: (i) As más condições de acessibilidade; (ii) Exiguidade de recursos financeiros para realizar as actividades básicas como as brigadas móveis e teve que haver um apoio financeiro do MISAU ao nível central para mitigar o problema ao nível provincial (iii) A estratégia RED foi largamente vista como um projecto limitado aos fundos da UNICEF para os locais sob influência da UNICEF e não como estratégia, o que limitou a potencialidade desta ferramenta. Para resolver esta

questão foi dada a cada província uma orientação para se passar a usar RED como estratégia, e deste modo os efeitos de RED nacional só serão visíveis a partir de 2012.

As principais constatações de visita de campo para a verificação da qualidade de dados deste indicador incluem:

☞ Positivas:

- Boa qualidade de dados na US (do livro ao 1º resumo)
- DQS implementado em algumas US
- Boa qualidade de dados na província de Maputo

☞ Não positivas:

- Na maioria das US, os dados presentes no Livro de Registo de Vacinas (Mod SIS-A01-A) não correspondem com os dados da Ficha de Registo Diário (Mod SIS-A01), mas que isto não influencia no valor reportado, pois o dado usado provém da ficha (Mod SIS-A01)
- Problemas na qualidade de dados do distrito à província (Nampula e Zambézia)
- Stock insuficiente dos instrumentos de recolha (versão actualizada) em todos níveis
- Falta de clareza sobre o tipo de instrumento a usar nas brigadas móveis
- Má conservação dos Livros de Registos e Fraca supervisão formativa e Prática de Retroinformação

Em relação à percentagem de crianças menores de um ano de idade completamente vacinadas (Indicador 2 QAD), as possíveis razões que concorreram para o alcance da meta foram: (i) A expansão da metodologia da autoavaliação da qualidade dos dados (DQS) para 55 distritos (5 por província), onde foram treinados 13 formadores de nível nacional em DQS e estratégia RED para facilitarem a implementação destas actividades e darem seguimento ao processo em Junho de 2011; (ii) Realizadas formações em serviço sobre DQS aos supervisores provinciais; (iii) Realizadas 4 supervisões às províncias de Cabo Delgado, Tete, Nampula e Zambézia; (iv) Realização de mini-campanhas com apoio dos parceiros provinciais na mobilização da população; e (v) Realização da campanha nacional de vacinação contra o Sarampo enquadrada na Semana Nacional de Saúde (SNS), onde foram vacinadas um total de 3.985.564 crianças dos 6-59 meses de idade, com uma cobertura nacional administrativa de 105%, com todos os distritos a reportarem coberturas superiores a 95%. No entanto um inquérito de apuramento do nível de cobertura da campanha foi realizado, tendo demonstrado uma cobertura da vacinação contra o sarampo de 80.5% (diferença de 31% em relação à cobertura administrativa do MISAU). Isto revela, a dificuldade que o MISAU tem de determinar acuradamente o grupo alvo, feito com base na projecção das tendências de crescimento da população sem observar as especificidades verificadas no passado pode não ter tomado em consideração as especificidades de cada uma das regiões abrangidas.

Outras actividades que podem ter influenciado (ou irão influenciar) no desempenho do PAV incluem (i) a expansão efectiva da estratégia RED como plataforma de planificação das actividades para todos os distritos do País; (ii) devido ao surgimento de 2 casos de poliomielite pós vacinal nos distritos de Milange e Mopeia foi realizada a campanha sub-nacional “porta a porta” de vacinação contra a poliomielite em 4 províncias (Zambézia, Niassa, Tete e Sofala) tendo sido abrangidos 14

distritos. Nesta campanha foram vacinadas contra a poliomielite 673.075 crianças dos 0-59 meses, com uma cobertura administrativa de 100%; e (iii) Sob o Lema “Criança Vacinada com qualidade, é Criança livre de doenças, é Criança Saudável” foi realizada a III reunião do PAV, onde foram apresentados e discutidos aspectos relacionados aos avanços, desafios e perspectivas para o programa.

Adicionalmente, durante a visita efectuada para a análise da qualidade de dados observou-se que ainda persistem problemas na qualidade de dados, a formação feita (em DQS) limitou-se aos supervisores provinciais e ainda não se estendeu aos próprios gestores distritais e das US.

Ponto de situação das recomendações do ACA X e CCNS 2011 para o PAV

Recomendação	Situação actual
Formular um plano de contingência para fazer face a circunstâncias imprevisíveis de ruptura de stocks de vacinas (do tipo da ocorrida com a vacina pentavalente), com vista a reduzir os períodos de tempo sem vacinação - ACA X	Efectuado, com a planificação atempada dos concursos e aquisição das vacinas
As semanas Nacionais tiveram o impacto positivo na área de Saúde da mulher e das crianças, no que se refere ao planeamento familiar, mortalidade materna, a cobertura vacinal e nutrição. O que se poderia prever em relação a estes indicadores se as semanas Nacionais cessarem? - ACA X	Existem várias outras medidas que estão a ser implementadas para além das semanas de vacinação
Classificar as discrepâncias entre o número de crianças que receberam a vacina tetravalente e o número de crianças totalmente imunizadas com a vacina pentavalente - CCS 2011	Já não existe para o 2011
Identificar os principais factores/constrangimentos na gestão do PAV (manutenção, formação, logística) - CCNS 2011	Já foram identificadas

A.2.2. ATENÇÃO INTEGRADA À DOENÇA DA INFÂNCIA (AIDI)

O desempenho de AIDI é medido através da percentagem de US de nível primário em que a estratégia AIDI está implementada. No que concerne a este indicador a meta foi atingida, 98.1% de unidades sanitárias de nível primário estão a implementar o AIDI (1043 US dum total de 1063 elegíveis) (Figura 2).

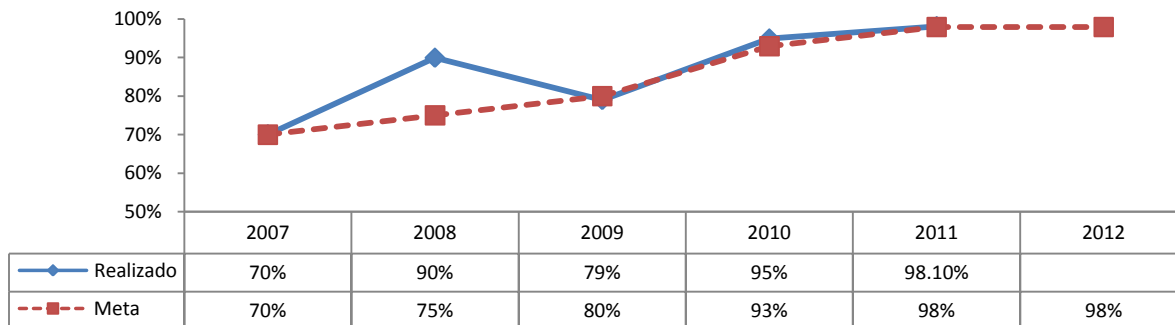


Figura 2: Tendência do Indicador 3 QAD - % de US de nível primário em que a estratégia AIDI está implementada

Os factores que contribuíram para o alcance da meta incluem: (i) formação do pessoal com destaque para a instituição do AIDI como um tema leccionado nas instituições de formação de Saúde (pré-formação), sem descurar outra actividade igualmente importante como a formação contínua dos profissionais de Saúde efectuada no local de trabalho. 420 Profissionais de Saúde (médicos, técnicos e agentes de medicina e enfermeiras de SMI) foram capacitados. Estes profissionais foram distribuídos por Niassa (35), Cabo Delgado (20), Nampula (101), Tete (90), Zambézia (79), Manica (12), Sofala (24), Inhambane (48) e Gaza (11); e (ii) Aumento das sessões de supervisão.

Um tema que constitui preocupação para os gestores centrais de AIDI tem a ver com a definição dos critérios para a acreditação da Unidades Sanitárias que implementam AIDI. Os dados utilizados nesta avaliação são uma estimativa pois em 2011 foram definidos critérios de acreditação mas bastante rigorosos e pouco adaptados à realidade do País.

A.2.3. NUTRIÇÃO

O desempenho da área de nutrição é medido por meio de 2 indicadores do QAD: Taxa de Mortalidade Institucional por Desnutrição Grave (Indicador 4 QAD) e Número de Postos Sentinela de Vigilância Nutricional Estabelecidos e em Funcionamento (Indicador 4 QAD). A Figura 3 mostra a posição actual, onde não foi alcançada a meta para o Indicador 4 QAD e alcançada a meta para o Indicador 5 QAD

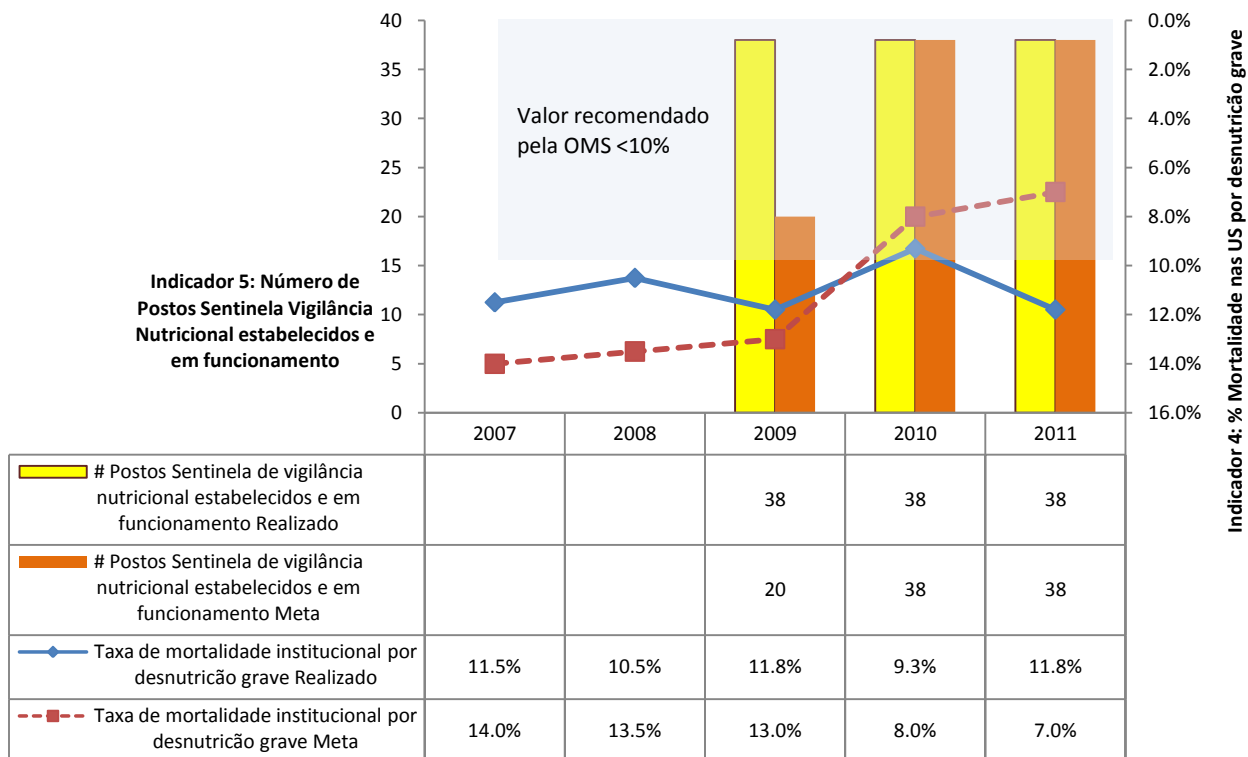


Figura 3: Tendência dos indicadores 4 e 5 QAD para área de nutrição

Para o indicador 4 QAD a análise da informação dos dados da desnutrição aguda usados para o cálculo da Taxa de Mortalidade Institucional por desnutrição grave mostra um aumento dos casos de desnutrição em ambulatório e uma redução dos casos de desnutrição no internamento, no entanto, houve um aumento do número de óbitos em ambos serviços de atendimento (internamento em 207 casos e ambulatório em 84 casos). As razões para as variações ao longo dos anos deste indicador ainda não estão claras, porém a introdução da componente comunitária no PRN que inclui a identificação de casos nas comunidades e a triagem nutricional que é realizada anualmente durante a 2ª fase das Semanas Nacionais de Saúde, pode justificar parte deste aumento dos casos em ambulatório. Quanto ao aumento dos óbitos a nível do internamento, é importante considerar a grave rotura de stocks dos suplementos nutricionais F75 e F100 e de Resomal usados no tratamento da desnutrição aguda grave. As principais constatações da verificação da qualidade de dados do indicador – Taxa de Mortalidade Institucional por Desnutrição incluem:

- Má conservação dos Livros de Registos;
- Inexistente prática de arquivar os documentos em local seguro e adequado;
- Algumas US reportam desnutrição aguda grave apenas quando é o 1º diagnóstico de alta e outras mesmo quando é 2º;
- Fraca supervisão formativa e prática de retroinformação;
- Existência de 2 sistemas paralelo de reporte: 1. Do programa de nutrição e 2. Módulo Básico
- A maior parte dos profissionais de Saúde das Enfermarias de Pediatria não está formada nos novos protocolos de reabilitação nutricional, apesar de em todas províncias e distritos já existirem formadores.

Em relação ao Indicador 5 QAD – número de postos sentinelas de vigilância nutricional estabelecidos e em funcionamento, o valor da meta e do realizado tem sido constantemente o mesmo (Figura 3). Ao longo da discussão com o subgrupo técnico de nutrição, ficou claro que o departamento afirma que todos os 38 postos sentinela estabelecidos estão em funcionamento, porém persistem problemas relacionados ao atraso no envio regular dos dados em algumas províncias, para além de outros problemas no reporte de dados. Outro problema tem a ver com a falta de pessoal capacitado em epidemiologia e estatística a níveis central e provincial envolvido na gestão deste programa. A fim de resolver estes problemas de captação e reporte de dados de vigilância de todos postos sentinela, desde 2010 que o programa, com o apoio da OMS, está adaptar o sistema electrónico de entrada de dados usando uma aplicação designada ANTHRO. Em 2012, a OMS está a adquirir computadores para apoiar as províncias na melhoria deste sistema e, por outro lado, o Governo Americano, através do USAID e CDC manifestaram interesse em apoiar o fortalecimento nesta área, através de assistência técnica.

Ponto de situação das recomendações do ACA X e CCNS 2011 para a área de Nutrição

Recomendação	Situação actual
As semanas nacionais tiveram o impacto positivo na área de Saúde da mulher e das crianças, no que se refere ao planeamento familiar, mortalidade materna, a cobertura vacinal e nutrição. O que se poderia prever em relação a estes indicadores se as semanas Nacionais cessarem? – ACA X	As semanas nacionais têm contribuído para a melhoria das coberturas e alcance das metas. As semanas nacionais não vão cessar imediatamente. Melhoria da planificação de rotina e brigadas móveis para permitir o desfazamento cauteloso das semanas nacionais
Assegurar que o Plano de Acção Multisectorial da luta contra a desnutrição seja disseminado a todas DPS e Ministérios relevantes e que as DPS incluam no PES actividades relevantes previstas no Plano da Desnutrição crónica. – CCS 2011	Em 2011, o plano foi apresentado em 3 reuniões de alto nível e a nível central. Todas as DPS apresentaram o plano nas sessões do Conselho Consultivo do Governo Provincial e nos Conselhos Coordenadores de Saúde, que conta com a participação das equipas distritais de saúde. Cerca de 70% das acções deste plano estão a ser implementadas pelo sector e outras novas como a suplementação de Ferro das raparigas adolescentes, a fortificação de alimentos e a suplementação alimentar das mulheres grávidas com ganho de peso inadequado ou desnutrição também já estão a ser iniciadas.
Foram propostos mecanismos para aquisição das fórmulas infantis para os berçários, de modo a minimizar os riscos de violação ao Código de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno – CCNS 2011	Informe enviado a todos níveis para alternativas ao leite materno, mas só para casos especiais. Foram intensificados os treinos dos trabalhadores de Saúde em habilidades de aconselhamento sobre alimentação infantil, tendo sido capacitados 331 técnicos de Saúde no âmbito da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) do Hospital Geral José Macamo e Mavalane, Hospital Provincial de Inhambane (60), Hospital Central de Nampula (22), Hospital Provincial de Gaza (13), Hospital Provincial de Lichinga (436), Hospital Provincial da Zambézia (65), Hospital Provincial de Tete (47) e Hospital Central da Beira (60). Os hospitais não têm linha orçamental específica e assim ficam vulneráveis a usar fórmulas infantis dos fabricantes que são promovidos mesmo sem necessidade.

A.2.4. ATENÇÃO À MULHER GRÁVIDA E PLANEAMENTO FAMILIAR

O desempenho na área de saúde sexual e reprodutiva em 2011 foi misto com progressos em intervenções chave como o planeamento familiar e assistência ao parto mas com grandes desafios no que respeita a provisão de cuidados pré-natais.

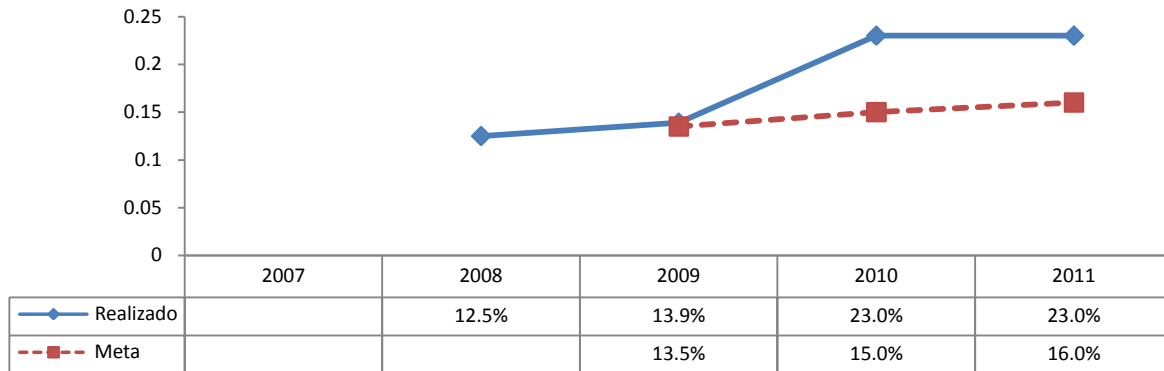


Figura 4 - Tendência do Indicador 9 QAD - percentagem de novas utentes em métodos modernos de Planeamento Familiar

Pelo segundo ano consecutivo, a meta para a percentagem de novas utentes em métodos modernos de planeamento familiar (Indicador 9 QAD) foi atingida (Figura 4). Entre os factores que facilitaram estes resultados estão a formação massiva de enfermeiras de SMI em 2011, a introdução da componente de planeamento familiar nas semanas nacionais e o lançamento da campanha nacional. Contudo, este indicador mede a capacidade do programa para atrair novas utentes mas não revela a continuidade/aderência no uso destes métodos, que depende de muitos factores quer no lado da demanda como da provisão de serviços (cadeia de abastecimento, recursos humanos entre outros). Aliás, pelo 2º ano consecutivo o MISAU com apoio da UNFPA efectuou o inquérito sobre a disponibilidade de anticonceptivos modernos e medicamentos vitais/essenciais para a saúde materna/ saúde sexual e reprodutiva em unidades sanitárias, tendo constatado melhorias no ano de 2011 quando comparado ao ano de 2010. 98.9% (N=88) das US de nível primário, 92.1% (N=35) de nível secundário e todas US dos níveis terciário e quaternário disponibilizaram pelo menos 3 métodos anticonceptivos modernos.

No que diz respeito ao Indicador 6 QAD – taxa de cobertura de partos institucionais - a meta foi atingida (62.8%), sendo importante ressaltar o progresso positivo da percentagem dos partos institucionais fruto de diversas intervenções (Figura 5). As intervenções de mobilização a nível comunitário têm sido apontadas como determinantes para que a tendência deste indicador continue crescente. Entre as intervenções que contribuíram para o incremento deste indicador estão: (i) A distribuição de enxovais para as mulheres que têm partos nas maternidades; (ii) 8 formações provinciais com um total de 182 participantes entre enfermeiras de SMI, médicos e técnicos de cirurgia. Ainda dentro de actividades relacionadas com a formação foram formados 33 formadores em assistência materna e neonatal humanizada, sendo 3 por cada província de acordo com o planificado. Esta capacitação permitiu criar capacidade ao nível de todas as províncias de modo que a réplica da formação dos restantes 220 profissionais possa acontecer ao longo do I trimestre de 2012, logo que os fundos sejam disponibilizados; (iii) Apetrechamento das US com fundos provenientes do Banco Mundial e FNUAP; (iv) Houve apoio para a melhoria do sistema de

referência, contudo, persiste a falta da sistematização desta informação; (v) Incremento da qualidade da recolha de dados através da melhoria dos instrumentos de recolha dos mesmos; (vi) Aumento da rede sanitária em duas vertentes, seja pelo aumento do número de US ou por requalificação de US que passaram a realizar partos; (vii) Construção e promoção do uso das casas de espera da mulher grávida; e (viii) A formação de recursos humanos em Cuidados Obstétricos de Emergência Básicos e Completos.

Em relação ao Indicador 7 QAD - percentagem das US com maternidade em que existe uma casa de espera para as mulheres grávidas – a sua realização foi de 54,7% ultrapassando a meta de 42,5%, com um progresso positivo desde 2008 (Figura 5). Os factores que influenciaram no sucesso deste indicador incluem: (i) Construção de 83 novas casas de espera de mulher grávida ao nível nacional, sendo em Niassa (4) Nampula (26), Zambézia (14), Inhambane (1), Manica (3), Tete (15), Gaza (6), Sofala (11) e Cabo Delgado (3); e (ii) Mais participação comunitária que não estava planificada, o que contribui para a dificuldade na previsão das metas.

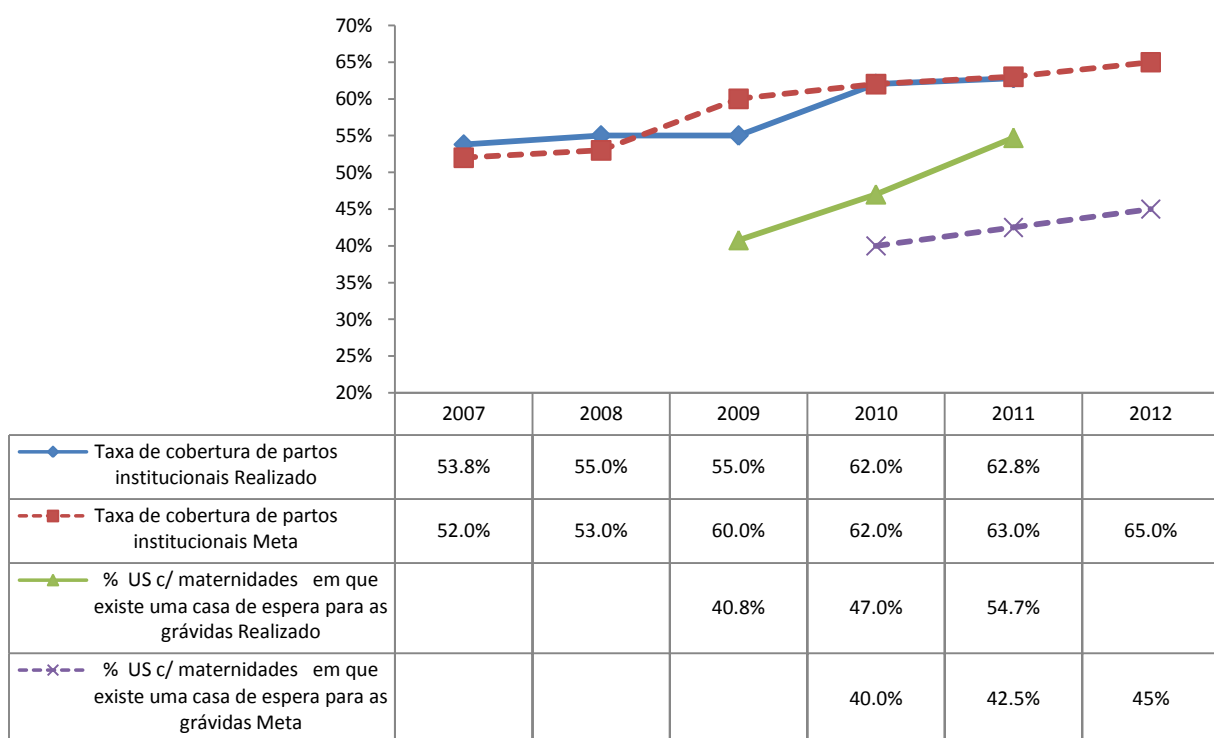


Figura 5: Tendência dos indicadores 6 QAD- Taxa de Cobertura de Partos Institucionais e 7 QAD - % das US com maternidades em que existe uma casa de espera para as mulheres grávidas

O acesso aos Cuidados Obstétricos de Emergência e Cuidados Essenciais do Recém-nascido permanece um desafio para o sector. Ou seja, a meta do Indicador 8 QAD - número de US por 500.000 habitantes que prestam Cuidados Obstétricos de Emergência Básicos (COEmB) – não foi atingida (Figura 6). A previsão destes cuidados é muito influenciada pela falta de recursos humanos capacitados e pelo fornecimento de medicamentos e equipamento. Contudo, os dados de rotina não permitem analisar os constrangimentos na provisão destes serviços e porém, recomenda-se uma avaliação dos Cuidados Obstétricos de Emergência e Cuidados Essenciais do Recém-nascido assim

como a funcionalidade e uso das casas de espera para as mulheres grávidas e a análise de outras intervenções no âmbito da criação da demanda.

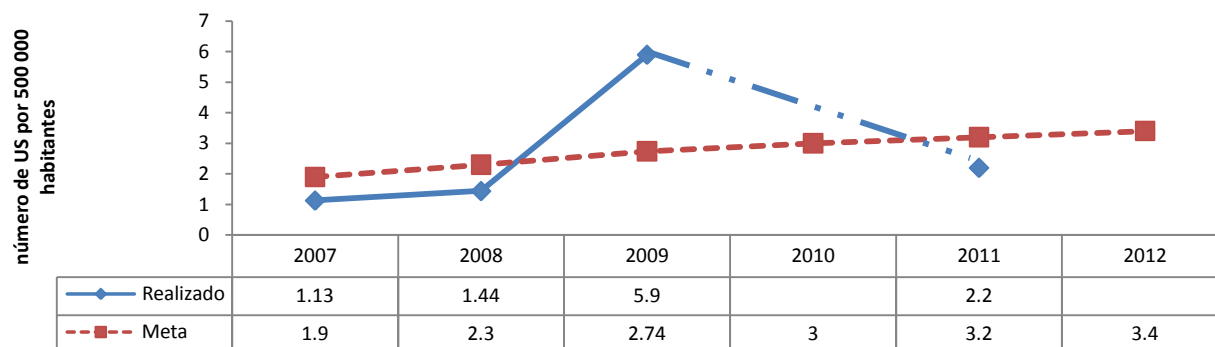


Figura 6: Tendência do indicador 8 QAD - número de US por 500 000 habitantes que prestam Cuidados Obstétricos de Emergência Básicos

As actividades desenvolvidas para realização deste indicador foram basicamente de formação e elaboração de guiões e manuais. Foram realizados 9 cursos de Cuidados Obstétricos de Emergência e Cuidados Essenciais do Recém-nascido (COECER) nas províncias de Cabo Delgado com 16 participantes, Niassa com 20 participantes, em Tete (2 cursos) com 30 participantes, Zambézia com 20 participantes, Manica com 12 participantes, em Sofala com 18 participantes, em Gaza com 14 participantes e Cidade de Maputo com 12 participantes totalizando 142. Foram ainda realizados 2 cursos sobre Cuidados Obstétricos de Emergência Completos (COEC) nas províncias de Niassa com 20 participantes e na Cidade de Maputo com 13 participantes. No que respeita a elaboração de instrumentos de trabalho, foi elaborado e aprovado o Manual Técnico sobre assistência ao Parto, Recém-nascido CPN e complicações obstétricas.

Ponto de situação das recomendações do ACA X e CCNS 2011

Recomendação	Situação actual
A planificação e expansão escalonada da distribuição de enxovais às parturientes, para 2011 e anos seguintes, acompanhamento estreito do impacto da medida sobre o indicador dos partos institucionais – ACA X.	Depende de financiamento existente mas estão determinadas as prioridades para os locais com menos partos. Feita pelos parceiros locais ao nível provincial.
O indicador num 8 correspondente ao num de unidades sanitárias /500.000 habitantes que prestam cuidados COEmB , não foi medido porque estava em curso os critérios que definem que de facto as US providenciam COEmB e estavam sendo definidos novos instrumentos de recolha de dados para ajustar-se aos novos critérios em actualização - ACA X.	Foi elaborado guião de acreditação e as novas fichas de registo
Divulgar os resultados do relatório de avaliação do progresso do Plano Nacional Integrado (PNI) a todos os níveis CCNS 2011	Feita apresentação na Reunião Nacional de SMI (interna).
Rever o plano de actividades do PNI e o guião do relatório provincial incluindo os indicadores e metas propostas - CCNS 2011.	Foi revisto o plano de actividades de âmbito provincial e disseminado. Foi elaborado um guião de orientação as províncias para planificar de acordo com o PNI. Contudo faltando apenas a revisão dos indicadores e metas.

A.3. DESEMPENHO EM RELAÇÃO AO COMBATE ÀS GRANDES ENDEMIAS: MALÁRIA, TUBERCULOSE E HIV E SIDA

A.3.1. MALÁRIA

Dos 3 indicadores do QAD relacionados com a malária, o grau de cumprimento do indicador 10 - % de mulheres grávidas que recebem pelo menos duas doses de TIP dentre as utentes das consultas pré-natais – constitui a maior preocupação pois está a distanciar-se cada vez mais da meta traçada. Apenas cerca de 19% (com a meta de 65%) de mulheres grávidas receberam pelo menos duas doses de TIP nas consultas pré-natais (CPN) (Figura 7).

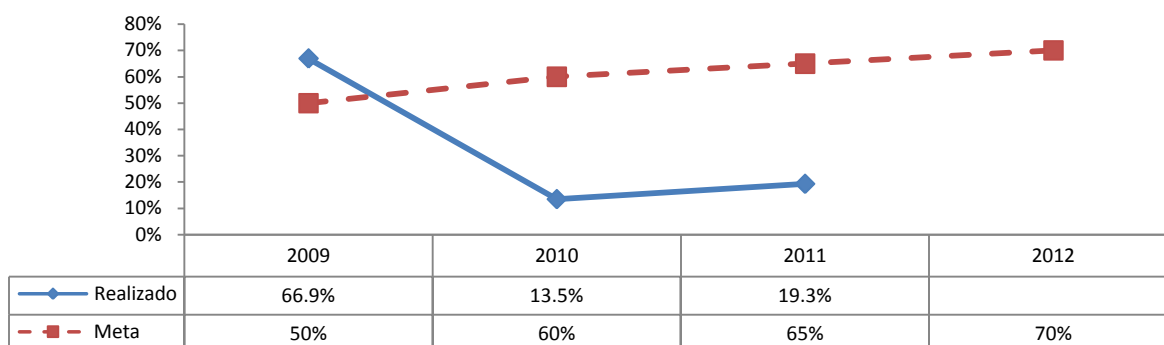


Figura 7 - Tendência do indicador 10 QAD - % de mulheres grávidas que recebem pelo menos duas doses de TIP dentre as utentes das consultas pré-natais

Esta constatação ensina-nos que os dados de rotina provenientes das CPN podem estar muito distorcidos, não dando clara indicação se a situação da provisão do TIP está a deteriorar-se ou se há problemas com os dados para o seu cálculo. Para uma melhor apreciação desta constatação, a Tabela 1 apresenta os dados de mulheres grávidas esperadas de acordo com as projecções do INE para o ano de 2011, os dados do SIS concernentes às 1^{as} CPN e os dados do Programa Nacional de Controlo da Malária (PNMCM) relativos à 2^a dose do TIP incluindo as coberturas por província.

Tabela 1 - Dados de mulheres grávidas esperadas, das 1^{as} CPN, de 2^a dose do TIP e coberturas por província, ano de 2011

	Grávidas Esperadas*	1 ^{as} CPN**	Taxa cobertura CPN**	2 ^a dose TIP***	%2 ^a dose TIP***
Niassa	70758	97445	138%	16038	16%
Cabo Delgado	88210	132096	150%	17228	13%
Nampula	226490	303874	134%	64784	21%
Zambézia	216358	277537	128%	48250	17%
Tete	106885	91327	85%	12369	14%
Manica	83602	93377	112%	20014	21%
Sofala	92881	95475	103%	23949	25%
Inhambane	70112	61952	88%	19960	32%
Gaza	66049	61816	94%	14672	24%
Maputo Província	72231	50025	69%	13034	26%
Maputo Cidade	58906	47825	81%	3644	8%
Nacional	1152482	1312749	114%	253942	19.3%

Fonte: * projectado do CENSO 2007 (INE); ** SIS; ***PNMCM

A seguir agrupamos os possíveis factores do numerador e do denominador que podem explicar a suspeita de que a cobertura com a 2ª dose de TIP está a agravar-se ou seus dados não são fiáveis.

Factores relacionados com o numerador (número de mulheres grávidas que receberam pelo menos 2 doses de TIP nas CPN):

- Após um longo período de ruptura de stock de medicamentos (desde 2010), esta actividade só foi retomada em Abril de 2011 (portanto 3 meses sem administração do TIP).
- O reinício desta actividade aconteceu de forma faseada e gradual, à medida que os stocks foram sendo repostos até as unidades sanitárias periféricas, o que contribuiu para a baixa cobertura. Estando os stocks de medicamentos repostos e a distribuição normal retomada, a actividade voltou a normalidade.
- Parece haver sub-registos dos dados de mulheres que recebem o TIP nas US.

Factores relacionados com o denominador (número de 1ªs CPN registadas nas US públicas):

- Muito provável imprecisão nos dados de 1ªs CPN, pois este valor de 1.312.749 está muito empolado quando comparado ao total de grávidas esperadas (1.152.482) de acordo com as projecções do INE para o ano em referência
- Assumindo que as projecções do INE aproximam-se à realidade, e tomando em conta a fraca cobertura da rede nacional, é estranho esperar que todas as mulheres grávidas têm acesso à rede sanitária pública e procuram esta rede de facto. Nota que aquelas mulheres que são assistidas na comunidade ou nas US privadas não estão contabilizadas.
- A ocorrência de gravidezes em mulheres de menor idade e a afluência de mulheres grávidas de outros países não parece razão suficiente para explicar este sobre valor das 1ªs CPN.

Tabela 2 - Indicador 11 - % de casas que foram pulverizadas com insecticida nos últimos 12 meses em relação às casas alvo

	2009	2010	2011	2012
Realizado	74%	85%	Dados muito incompletos (só 11 dos 62 distritos previstos). Ciclo de PIDOM iniciou apenas em Dezembro 2011 em 46 dos 62 distritos alvo	
Meta	55%	75%	80%	85%

Em relação ao indicador 11 QAD - % de casas que foram pulverizadas com insecticida nos últimos 12 meses em relação às casas alvo – a meta não foi cumprida e o grau de cumprimento não pode ser determinado em termos quantitativos, pois a Pulverização Intradomiciliária (PIDOM) iniciou muito tardiamente (só a partir de Dezembro 2011) em 46 dos 62 distritos previstos e neste momento a PIDOM só foi concluída em 11 distritos (8 em Zambézia e 3 em Gaza) (Tabela 2) abrangendo 786.380 dum total de 844.265 casas alvo. Uma vez que um ciclo de PIDOM dura cerca de 90 dias não é possível obter dados completos sobre o total de casas pulverizadas e calcular a cobertura. Dados completos para este indicador só estarão disponíveis a partir de Abril 2012. A indisponibilidade de fundos do Fundo Global inscritos no OE para custear esta actividade ditou o

início tardio da mesma. O financiamento dos 46 distritos só foi possível através de fundos externos alternativos (DFID) que só estiveram disponíveis a nível provincial a partir de meados de Dezembro 2011.

Finalmente, a meta do indicador 12 QAD - % de mulheres grávidas que recebem pelo menos uma REMTILD (na consulta pré-natal) - não foi atingida (92% realizado comparado à meta de 95%), mas o progresso foi notável, aproximando-se da meta (Figura 8). Nas CPN foram distribuídas 961.380 REMTILD às mulheres grávidas durante os 12 meses, pois houve melhorias na disponibilidade das REMTILD, mesmo a despeito dos frequentes problemas de distribuição e de logística de entrega.

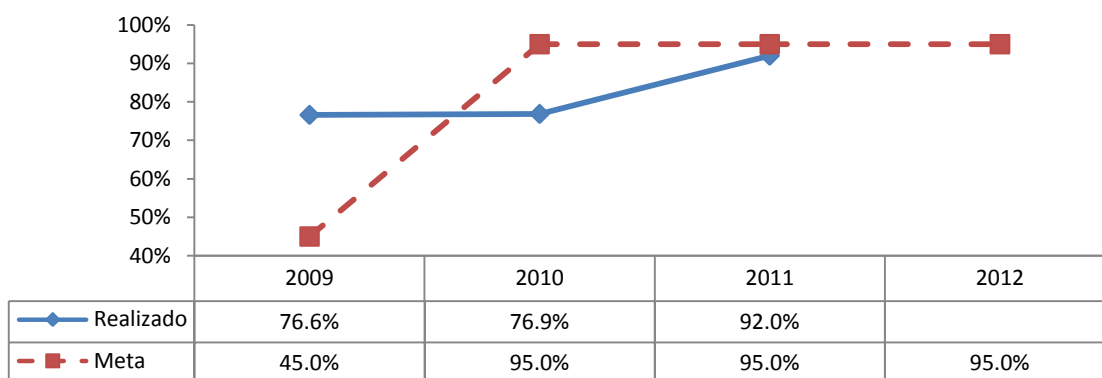


Figura 8: Tendência do indicador 12 QAD - % de mulheres grávidas que recebem pelo menos uma REMTILD (na consulta pré-natal)

A grande discrepância observada entre os Indicadores 10 e 12 QAD, mesmo a despeito de ambos serem provenientes das CPN, mostra a fragilidade do sistema de reporte existente e que deve merecer uma análise profunda imediata.

Ponto de situação das recomendações do ACA X e CCNS 2011

Recomendação	Situação actual
Implementar as Campanhas para Acesso Universal para distribuição massiva de redes nas comunidades e realizar acções de comunicação e mobilização comunitária com vista a promover o seu maior uso – ACA X	Em curso. 95% das redes disponíveis em 2011 já foram distribuídas. Para assegurar que 30% dos agregados familiares possuam no mínimo duas redes mosquiteiras nos distritos que não beneficiam de PIDOM foram distribuídas 2.089.702 REMTILDS no âmbito do acesso universal em 41 distritos nas províncias de Inhambane (8 distritos), Nampula (3 distritos), Tete (8 distritos), Sofala (2 distritos), Cabo Delgado (8 distritos), Niassa (12 distritos) correspondendo a 84.7% do planificado.
Finalizar a Política Nacional de Controlo da Malária e actualizar o Plano Estratégico de combate à Malária – CCNS 2011	Elaborados os documentos de Política Nacional da Malária, Plano estratégico da Malária 2012-2016 e Plano de Monitoria e Avaliação e actualmente aguardando aprovação pelo Ministro.
Melhorar a qualidade da Pulverização Intradomiciliar (PIDOM) – CCNS 2011	Uma vez que o ciclo de PIDOM 2011 atrasou, as sessões de supervisão intensificadas iniciaram no início de 2012. Regularmente faz-se a monitoria entomológica
É necessário melhorar a coordenação com o sector das pescas, de forma que a distribuição de redes para as actividades pesqueiras seja feita em simultâneo com a distribuição das REMTILDS– CCNS 2011	Durante a preparação da campanha de REMTILD, o Ministério das pescas foi envolvido para sensibilizar os pescadores. Mas o exercício não foi em simultâneo.
O INS deve fazer um estudo de cobertura do uso das REMTILD para se ter informação sobre a população real que usa estas redes no país. – CCNS 2011	Não efectuado. Só será feito pelo menos 6 meses após a campanha (a partir de Fevereiro 2012)
Partilhar a experiência da Zambézia no manejo dos resíduos de DDT– CCNS 2011	Não efectuado. Faltam meios para a materialização da experiência da Zambézia mas esta actividade consta do Plano estratégico do PNCM

A.3.2. TUBERCULOSE

Dos 3 indicadores que medem o desempenho do sector na luta contra a tuberculose, a taxa de detecção de casos com BK+ (indicador 13 QAD) é o que teve um progresso contraproducente em relação ao ano de 2010 e a meta de 56% esteve longe de ser alcançada (realizado apenas 49%) (Figura 9). O numerador corresponde a 19.537 casos com baciloscopia positiva notificados e o denominador - total de nº anual de novos casos BK+ estimados (estimativa de incidência de TB) é fornecido pela OMS. Os factores que concorreram para o não alcance da meta são: (i) Desde o ano de 2008 que a OMS já não fornece o dado do denominador e assim o PNCT vê-se obrigado a usar o dado antigo, não reflectindo deste modo a realidade, chamando-se assim a atenção na sua interpretação, pois, mesmo embora a tendência do numerador ser positiva, existem sérias dúvidas relacionadas com o denominador; (ii) alta rotatividade de supervisores distritais; (iii) novos supervisores distritais sem

formação em matéria de gestão do programa com conseqüente declínio das actividades; (iv) Fraca articulação com voluntários na comunidade; (v) rupturas de stock de consumíveis e reagentes para diagnóstico laboratorial da tuberculose; e ainda a persistência de problemas crónicos como a limitada cobertura de laboratórios com capacidade de fazer o BK.

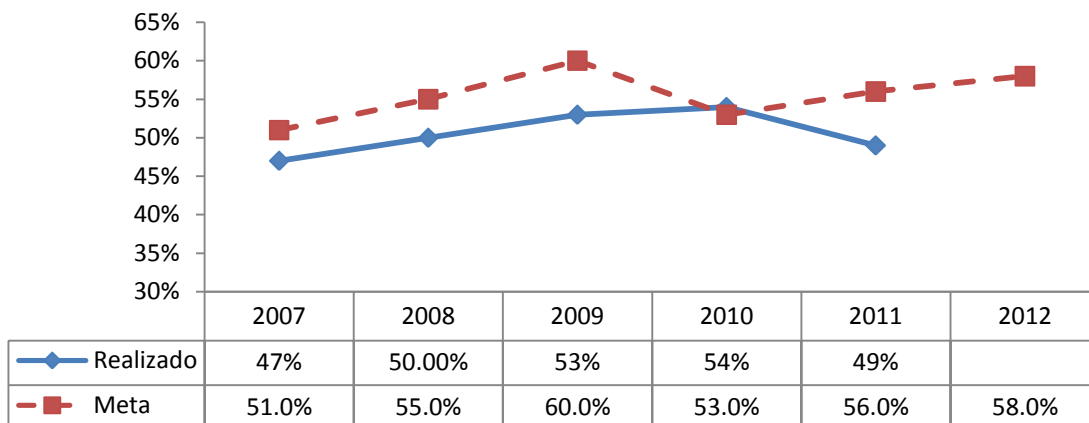


Figura 9: Tendência do indicador 13 QAD - Taxa de detecção de casos com BK+

As metas dos outros indicadores de tuberculose foram alcançadas, ou seja a Taxa de Cura (indicador 14 QAD) foi de 84% (meta atingida) (Figura 10) e 91% de doentes com TB foram aconselhados e testados para HIV (indicador 15 QAD), com a meta ultrapassada em 1% (Figura 11). Em relação à Taxa de Cura, foram tratados e curados 4.040 doentes e a combinação de factores como seguimento adequado, redução de abandonos, busca activa de doentes são os que concorreram para este resultado (Figura 10).

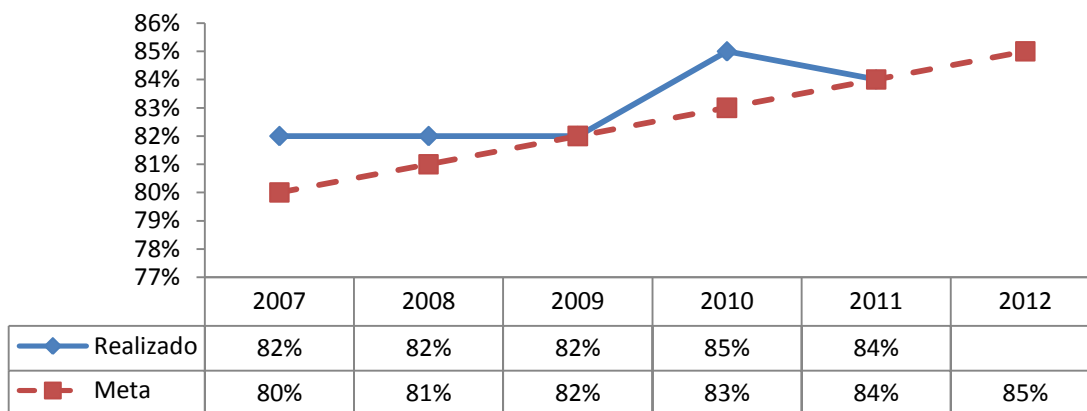


Figura 10: Tendência do indicador 14 QAD - Taxa de cura com tratamento DOTS

Em relação à % de doentes com TB aconselhados e testados para HIV (Indicador 15 QAD) dos 47.301 pacientes diagnosticados com tuberculose, 42.950 foram aconselhados e testados para o HIV, correspondente a 91% (Figura 11). Entre os factores que contribuíram para o alcance desta meta, destacam-se: (i) A permanência do paciente no programa durante 6 meses permite melhor oportunidade para o supervisor aconselhar e testar para o HIV; (ii) O pessoal de TB assumiu

seriamente a componente TB/HIV e profilaxia com cotrimoxazol; e (iii) disponibilidade do teste no Programa, mesmo quando há ruptura dos testes, logo que está disponível o doente é então submetido ao teste HIV ao longo dos 6 meses tratamento de TB.

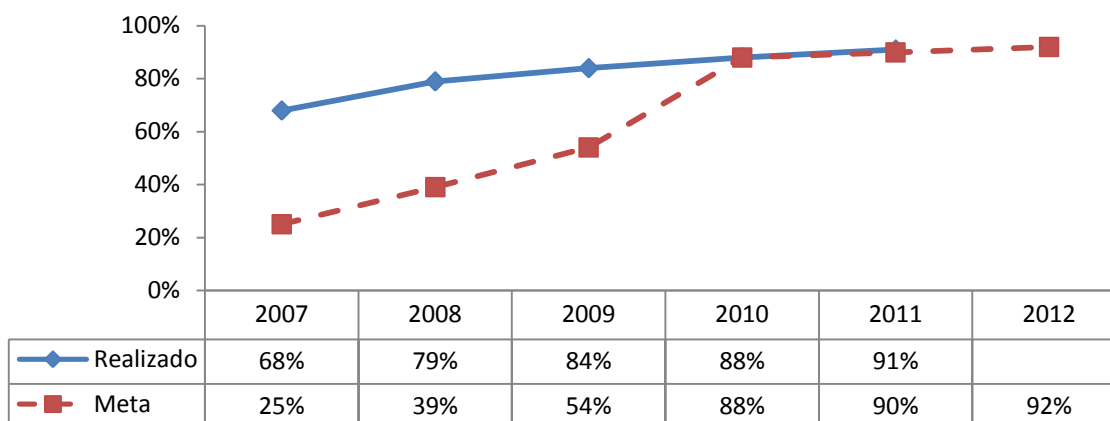


Figura 11: Tendência do indicador 15 QAD - % de doentes com TB aconselhados e testados para HIV

Ponto de situação das recomendações do ACA X e CCNS 2011

Recomendação	Situação actual
Realizar um estudo da prevalência da TB - ACA X	Sem recursos financeiros para realizar esta actividade, portanto, a actividade está parada. O programa vai incluir na próxima ronda do Fundo Global (prevista para 2014). Porém a OMS vai dar assistência técnica e o programa irá negociar com os demais parceiros.
Fortalecer o sistema de avaliação da qualidade da microscopia - ACA X	Em curso, em fase de conclusão os manuais de baciloscopia, controlo de qualidade: Em fase final a criação do sistema de avaliação de qualidade em coordenação com o INS. - Até Junho 2012 o sistema será implementado.
Identificar mecanismos alternativos de financiamento, para evitar a dependência total do Fundo Global - CCNS 2011	Submetida proposta a OMS TB Reach - 3 propostas do programa e 2 parceiros, mas do programa não foi aprovada. Proposta submetida ao Banco Mundial para crédito de compra de medicamentos de 2ª linha e reagentes de laboratório. Aprovado 1.6 milhões de USD.
Avaliação da abordagem do <i>one stop model</i> , para tomada de decisões sobre a metodologia mais adequada - CCNS 2011	A finalizar o desenho das estratégias para ser aplicada em todo o país. Aprovação prevista para Junho 2012.
Elaboração do Plano Estratégico 2013-17 - CCNS 2011	Em Março de 2012 será realizado um workshop para as 1ªs directrizes. Já existe financiamento e Assistência Técnica garantidos para o desenho de Política, Plano Estratégico e Plano de M&A.

A.3.3. HIV E SIDA (PREVENÇÃO)

As componentes de prevenção do programa HIV e SIDA estão sob coordenação da DNSP do MISAU e no ACA são avaliados através de 3 indicadores QAD: 16 (Nº de US administrando PTV), 17 [% e (Nº) de mulheres grávidas HIV+ que receberam medicamentos ARV nos últimos 12 meses para reduzir o risco de transmissão de mãe para o filho] e 20 (% de adolescentes e jovens que foram aconselhados e testados para o HIV nas SAAJ e ATS) (Figuras 12, 13 e 14).

No que concerne ao nº de US's administrando PTV (indicador 16 QAD), desde 2007 que a meta tem sido sempre ultrapassada, sendo que no ano em referência foi ultrapassada em 100 US (Figura 12). Isto mostra claramente a necessidade de ajustar metas subsequentes, pois a colocação de meios materiais e humanos para que uma US administre PTV é de absoluto controlo dos decisores.

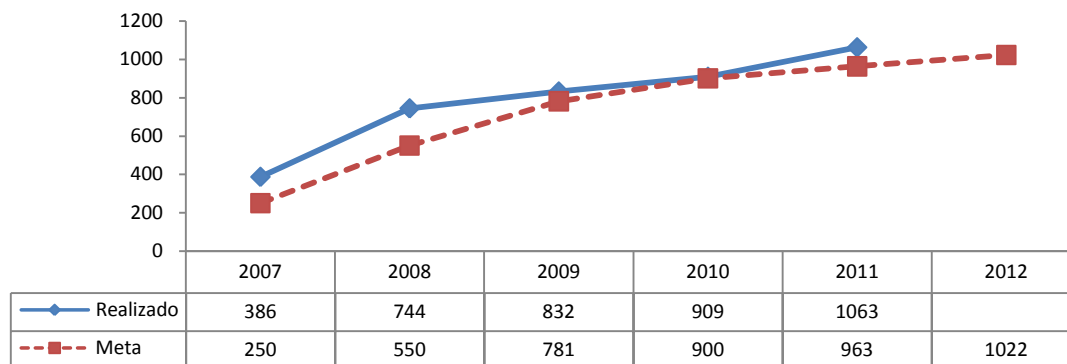


Figura 12: Tendência do indicador 16 QAD - Nº de US's administrando PTV

Em relação a % e (Nº) de mulheres grávidas HIV+ que receberam medicamentos ARV nos últimos 12 meses para reduzir o risco de transmissão de mãe para o filho (indicador 17 QAD) a meta de alcançar 81428 não foi alcançada, aliás desde 2007 a 2010 as metas eram ultrapassadas e no ano de 2011 é a 1ª vez que se regista o contrário (Figura 13). A interpretação deste indicador ganha mais relevo quando analisada sua tendência em termos de taxa de cobertura, pois pode-se facilmente decifrar que desde 2007 a 2009 teve um crescimento assinalável de 24% até o pico de 69% em relação ao total de grávidas HIV+ esperadas. Agora, pela 1ª vez está-se distanciando, tendo reduzido para 66%, facto que contraria os compromissos traçados de acesso universal e de zero novas infecções por meio de transmissão de mãe para filho (Figura 13).

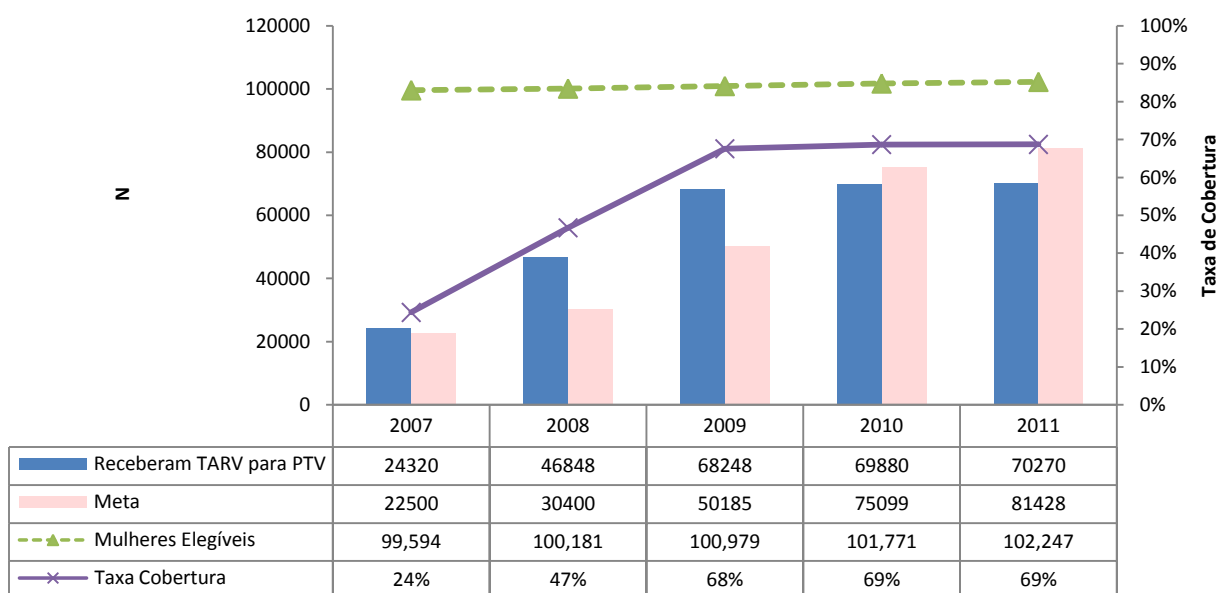


Figura 13: Tendência do indicador 17 QAD - % (Taxa de Cobertura) e Nº de mulheres grávidas HIV+ que receberam medicamentos ARV nos últimos 12 meses para reduzir o risco de transmissão de mãe para o filho

A fim de reverter o cenário de baixa cobertura a DNSP está a (i) formar grupo de mães para mães em todos os distritos das províncias com prevalência alta que inclui busca activa, sensibilização de parceiros, retenção nas consultas do PTV, e outros apoios suplementares domiciliários e suporte nutricional; (ii) implementar as recomendações da avaliação nacional da implementação do PTV feita em Agosto de 2011 em 84 US do País com objectivo de reforçar o programa para responder ao plano internacional que visa desenvolver actividades clínicas e comunitárias rumo à eliminação até 2015) que abrangeu a reformulação das metas nacionais e provinciais; e (iii) capacitar todas enfermeiras de SMI na nova abordagem terapêutica.

Muito recentemente, em Março de 2012, o Fundo Global circulou o relatório de auditoria de dados de indicadores do HIV e Tuberculose (ano de 2011) que aponta que apesar de terem sido desenvolvidos instrumentos padronizados de colheita de dados, persistem inúmeros problemas na qualidade de dados reportados: (i) as definições de variáveis nos livros de registo e nas fichas de reporte nem sempre estão claras e podem induzir facilmente a confusão; (ii) a falta de orientações escritas e insuficiente capacitação no local de trabalho, supervisão e controlo interno de qualidade; (iii) a maior parte do pessoal encarregue no preenchimento das ferramentas tanto no local de oferta de serviços assim como nos níveis distrital e provincial não entendem correctamente como registar mulheres que recebem o PTV em diversos regimes e muito frequentemente a mesma mulher é listada em mais do que um regime, resultando em sério sobre reporte; (iv) não é sempre percebido que as mulheres que já estão em TARV, quando ficam grávidas necessitam ser contadas; e (v) em alguns casos é o número de vezes de PTV prestado a uma mulher grávida que é contado. Mais ainda, apesar de os dados de PTV terem sido integrados no SIS, persiste existência de canal paralelo de reporte desde a enfermeira de SMI no ponto de oferta de serviços para a enfermeira de SMI responsável aos níveis distrital e provincial, para o programa de PTV nacional. A gestão de dados em todos os níveis é geralmente fraca, com uma ausência de procedimentos e procedimentos escritos geralmente pouco claros sobre como lidar com erros e discrepâncias e na administração protecção de banco de dados. Assim, a equipa de auditores de dados recomenda:

- i. Que a colheita de dados usando as ferramentas de reporte padronizados seja efectuada de modo a eliminar os erros de interpretação e de sobre reporte detectados;
- ii. Que seja tomada uma decisão sobre a forma como os dados de PTV devem fluir e que um único canal de comunicação seja usado;
- iii. Que procedimentos de gestão de dados sejam claramente desenvolvidos e implementados em todos os níveis;
- iv. Que a definição do indicador PTV seja melhorada, claramente formulando que as mulheres grávidas que recebem TARV também são contadas como tendo recebido o PTV;
- v. Que uma estratégia seja desenvolvida para supervisão e controlo de qualidade dos dados, atribuindo claramente e descrevendo os papéis dos gestores de SMI distritais e provinciais e aqueles dos núcleos de estatística e parceiros de implementação.

A meta do indicador 20 QAD, % de adolescentes e jovens que foram aconselhados e testados para o HIV nas US, também não foi alcançada (47.1% ao invés de 49% planificado), mesmo a despeito de

ter tido um progresso positivo quando comparado ao ano anterior (Figura 14). Esta percentagem corresponde a 249.372 adolescentes e jovens aconselhados e testados dum universo de 529. 504 atendidos nos SAAJ. Foram somente incluídos na análise os jovens testados no ATS Geral (enfermaria, triagens, consultas externas serviços oftalmológicos, CPN e outros) dado que os outros programas reportam a informação num modelo diferente do utilizado nos serviços do ATS ou somente nos enviaram o relatório dos aconselhados e testados não discriminados em idade. As principais causas da procura destes serviços estão relacionadas com as consultas de ITS, pré-natal, e testagem para o HIV. No que se refere à expansão dos SAAJ, dos 15 SAAJ previstos, 12 foram abertos e nestes foi ainda integrado o serviço de aconselhamento e testagem para o HIV.

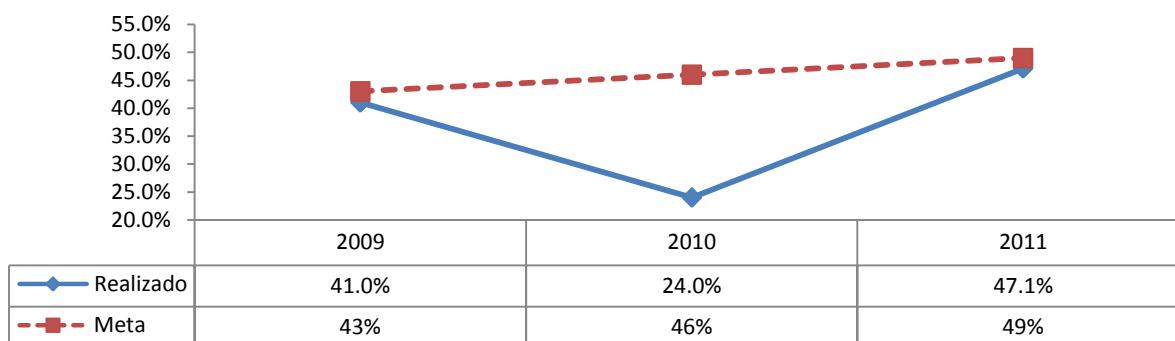


Figura 14: Tendência do indicador 20 QAD - % de adolescentes e jovens que foram aconselhados e testados para o HIV nas US (SAAJ+ATS)

A.3.4. HIV E SIDA (TRATAMENTO)

As componentes de tratamento e cuidados do programa HIV e SIDA estão sob coordenação da DNAM do MISAU e no ACA são avaliados através de 2 indicadores QAD: 18 (Nº de crianças que beneficiam do TARV pediátrico) e 19 [Nº de adultos (homens e mulheres) com infecção HIV avançada que recebem o TARV (terapia anti retroviral) combinado segundo os protocolos] (Figuras 15 e 16 A e B). As metas dos dois indicadores foram atingidas e sempre com um progresso positivo.

O TARV pediátrico abrangeu em 2011, 23.053 crianças HIV +, tendo praticamente alcançado a meta traçada de 23.818 (indicador 18 QAD) (Figura 15).

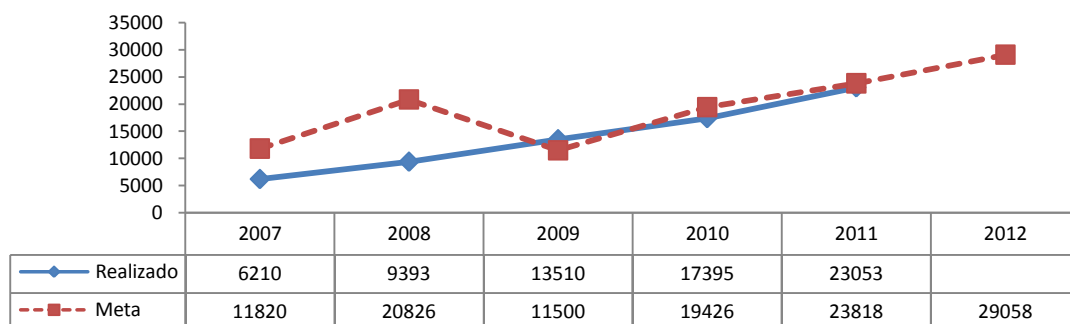


Figura 15: Tendência do indicador 18 QAD - Nº de crianças que beneficiam do TARV pediátrico

Os factores que têm contribuído para o alcance da meta incluem: (i) intensificação de formações de técnicos de medicina como formadores provinciais (29 formados) que efectuaram réplicas nas

províncias; (ii) Elaboração e envio às províncias da Estratégia para a Melhoria do TARV Pediátrico; (iii) Elaboração de novas metas de TARV Pediátrico como resposta às novas necessidades do TARV definidas no Impacto Demográfico; (iv) Produção e distribuição das novas rodas de dosagem de ARV's pediátricos; (v) Elaboração do novo manual de TARV pediátrico; (vi) Distribuição das metas para identificação da criança infectada pelo HIV, e distribuição das metas para US's;; (vii) Supervisão no âmbito de TARV pediátrico/PTV nas províncias de Gaza, Manica, Sofala, Zambézia, Nampula, Cabo Delgado e Cidade e Província de Maputo; (viii) Melhoria de ligação PTV/TARV pediátrico; (ix) Criação de grupo TARV pediátrico/Criança exposta, actividades conjuntas com programas do PTV para implementação das novas normas PTV/TARV pediátrico; e (x) O envio electrónico do resultado do PCR, diminuiu o tempo de espera nas US. ESMI formadas na colheita de amostras para PCR reduzindo a possibilidade de abandono. A progressão do indicador 19 QAD - Nº de adultos (homens e mulheres) com infecção HIV avançada que recebem o TARV combinado segundo os protocolos nacionais continua ascendente e ligeiramente acima da meta, porém quando analisada por sexo, verifica-se que a meta para os homens não foi atingida e para as mulheres foi ultrapassada (Figuras 16A e 16B).

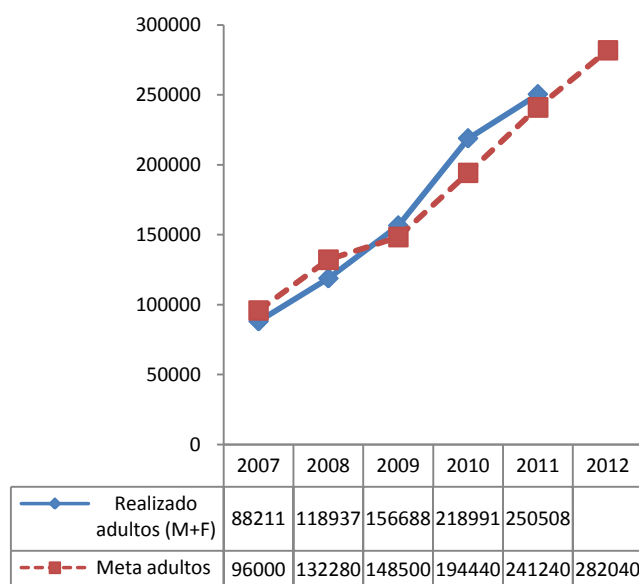


Figura 16A: Tendência do indicador 19 QAD - Nº de adultos com infecção HIV avançada que recebem o TARV (terapia anti retroviral) combinado segundo os protocolos nacionais

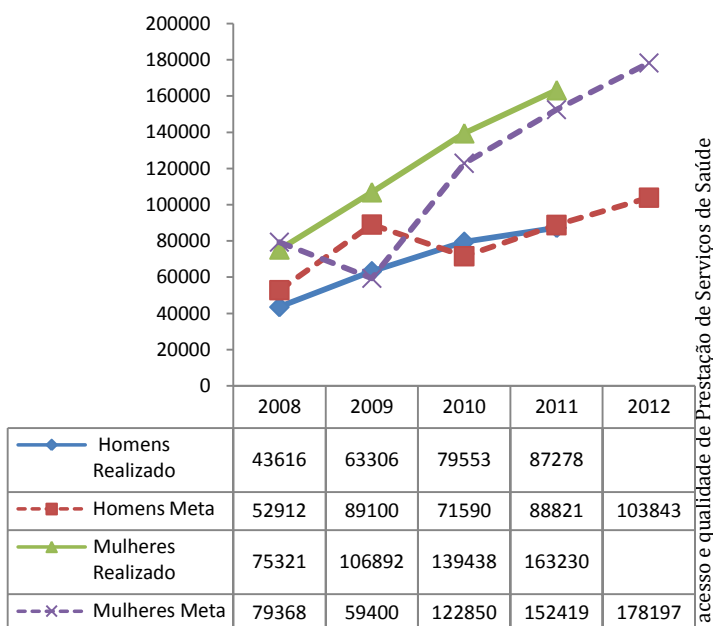


Figura 16B: Tendência do indicador 19 QAD - Nº homens e mulheres com infecção HIV avançada que recebem o TARV (terapia anti retroviral) combinado segundo os protocolos nacionais

Os factores que têm contribuído para o alcance da meta do indicador 19 incluem: (i) Garantia de provisão de TARV regularmente em todas as unidades sanitárias que prestam estes serviços; (ii) Apoio às províncias na implantação e implementação da estratégia GAAC (Grupos de Apoio e Adesão Comunitário); (iii) Aprovação pelo comité terapêutico da prescrição de TARV pelo enfermeiro geral, enfermeira de SMI e agente de medicina geral e realização de cursos-piloto com esta categoria de técnicos nas províncias de Gaza, Sofala e Manica; (iv) Até ao presente momento as saídas (abandono e óbitos) não têm sido considerados no cálculo final, havendo assim uma

provável sobre-estimativa de PVH activos em TARV por causa das fraquezas do sistema de M&A actualmente existente.

Quando analisada a provisão do TARV em crianças e adultos por província, destacam-se em termos absolutos as províncias de Maputo cidade, Maputo província e Gaza (Tabela 3).

Igualmente notável é a taxa cumulativa de doentes que abandonaram o TARV que foi de 19% ao nível nacional, com Cabo Delgado (29%), Nampula (24%), Zambézia (24%) e Gaza (22%) com cifras algo preocupantes.

Uma das fraquezas que o programa de HIV (tratamento e cuidados) está a registar tem a ver com o sistema de M&A que até agora não consegue captar fielmente os esforços empreendidos na área programática. Aliás, as constatações da auditoria da qualidade de dados feita pelo Fundo Global, revelou essas fragilidades. Para por cobro às fraquezas identificadas, foi elaborado um novo sistema de M&A, no início de Janeiro de 2012 foram feitas formações de formadores e a partir de Fevereiro serão efectuadas réplicas provinciais. Todos instrumentos já foram elaborados e estão sendo enviados às províncias e assim, espera-se que a partir de finais Março ou início de Abril 2012, todas US estão a usar as novas ferramentas de monitoria. Os mecanismos de supervisão destes novos mecanismos serão implementados.

Tabela 3 – Provisão do TARV em crianças e adultos por província, ano de 2011

Província	Realizado TARV		Taxa de abandonos	% Óbitos	US em TARV
	Crianças	Adultos			
Niassa	594	5,999	16%	11%	24
Cabo Delgado	702	10,987	29%	8%	22
Nampula	1,600	14,185	24%	9%	38
Zambézia	2,087	23,020	24%	7%	23
Tete	1,374	15,034	17%	6%	27
Manica	1,259	17,132	17%	13%	14
Sofala	2,597	24,791	18%	12%	30
Inhambane	1,125	13,111	18%	8%	16
Gaza	2,602	33,882	22%	9%	19
Maputo Província	3,344	36,726	11%	6%	20
Maputo Cidade	5,769	55,641	19%	4%	28
Nacional	23,053	250,508	19%	8%	261

No cômputo geral, o programa de HIV experimentou desafios, que incluem: (i) Fundos prometidos CDC que não foram disponibilizados, limitando a implementação de certas actividades; (ii) Obtenção de fundos para formar o pessoal de nível mais baixo (task shifting para enfermeiros gerais, enfermeiras de SMI e agentes de medicina geral); (iii) no ano de 2011 foi feito um pedido de emergência ao Fundo Global de 10 milhões US\$ devido ao atraso do desembolso do R9. Desafios com CMAM no que diz respeito à quantificação de consumíveis. Urge sair da situação de emergência para apoio baseado no desempenho.

Ponto de situação das recomendações da ACA X e CCNS 2011

Recomendação	Situação actual
Melhorar a qualidade dos cuidados ao nível das US, massificando actividades do programa relativas à qualidade dos cuidados implementadas em todos os locais onde existe o TARV – ACA X	Em curso. Em 2011 iniciou-se a massificação do CLINIC-QUAL, 105 implementando-o e em 2012, 179 US irão implementar.
Estudar/avaliar a frequência de utilização dos SAAJ, seu custo-eficácia e impacto nas intervenções de SSR/PF – ACA X	Não efectuado.
Operacionalização do PEN III: desenvolvimento de planos operacionais e respectiva orçamentação – ACA X	O processo não avançou. As metas do PEN III estão sendo consideradas, mas tem outros aspectos que não são considerados. Com excepção do TARV outras componentes dos produtos do PEN III não foram traduzidas. Deve-se desenhar o plano operacional do PEN III
Redução do número de abandonos: envolvimento dos próprios doentes, num esquema de ajuda mútua, destinada a reduzir as necessidades de transporte dos doentes. Existe a propósito uma experiência implementada pela MSF na província de Tete, que reduziu os abandonos de 20% para 2% - CCNS 2011	Foi desenhada a estratégia piloto em Julho/Agosto 2011, já está em curso a sua implementação
Melhorar a qualidade e os cuidados clínicos na área do HIV, particularmente no que diz respeito à redução das taxas de abandono – CCNS 2011	Em curso a expansão do CLINIC-QUAL para o TARV e no âmbito do PTV. A estratégia GAAC está sendo massificada.
Realizar um estudo sobre as causas dos abandonos ao tratamento Anti Retroviral.Reduzir o crescente abandono do TARV com base em evidências	Todas as províncias realizaram o estudo. Com vista à redução do número de abandonos através da melhoria da retenção dos doentes em TARV foi introduzida a título piloto a estratégia dos grupos de apoio à adesão comunitária (GAAC) a partir de 1 de Julho de 2011, mas com início de implementação efectiva em Agosto. A avaliação da mesma está prevista para o último trimestre do corrente ano.

B. DESEMPENHO DO SECTOR EM RELAÇÃO ÀS ÁREAS DE APOIO AO SISTEMA DE SAÚDE

As áreas do Sistema de Saúde essenciais para o apoio do sector na prestação de serviços consideradas neste ACA XI compreendem: (i) Planificação, Monitoria e Avaliação incluindo Sistemas de Informação em Saúde e infra-estruturas; (ii) Medicamentos; (iii) Gestão e Formação de Recursos Humanos; (iv) Finanças, Aquisições e Auditorias; e (v) Cumprimento dos compromissos dos parceiros.

B.1. DESEMPENHO EM RELAÇÃO A PLANIFICAÇÃO, MONITORIA E AVALIAÇÃO, SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E INFRA-ESTRUTURAS (DESENVOLVIMENTO DA REDE SANITÁRIA E DISTRIBUIÇÃO EQUITATIVA DE RECURSOS)

Nesta secção reside o desempenho relativo a duas prioridades do PES 2011: A **quarta prioridade** (Monitoria e Avaliação, Sistemas de Informação em Saúde) e a **sexta prioridade** (Desenvolvimento de Infra-estruturas). Em relação aos Monitoria e Avaliação e Sistemas de Informação em Saúde, destaque esteve centrado na realização de actividades no âmbito do Plano Estratégico do Sistema de Informação e da melhoria de qualidade dos dados produzidos. Dada a crónica preocupação com a qualidade de dados, a ACA incluiu pelo 5º ano consecutivo o exercício de verificação de dados no terreno por equipas conjuntas (MISAU e parceiros).

B.1.1. PLANIFICAÇÃO, MONITORIA E AVALIAÇÃO INCLUINDO SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Até ao presente momento não existe no QAD nenhum indicador que mede directamente o desempenho destas componentes vitais do sistema de saúde. Assim, esta subsecção limita-se a descrever os aspectos que se notabilizaram durante o ano de 2011, grau de implementação das recomendações do ACA X e CCS 2011 e a actual situação da qualidade de dados do SIS.

Sob orientação do Departamento de M&A, o GT Planificação, Investimentos e M&A iniciou em 2011 o longo processo de actualização do PESS para o período 2013-2018 através de revisão do sector saúde em duas abordagens: (i) Avaliação dos Sistemas de Saúde e (ii) Plataforma Nacional de Vigilância dos Sistemas de Saúde. Este exercício será concluído no ano de 2012.

Adicionalmente, foram levadas a cabo as seguintes actividades durante o ano de 2011: (i) Actualizada a Matriz do QAD, 2011 - 2014 (metas de 2011); (ii) Elaboração dos Balanços do desempenho trimestral, semestral e anual do PES do sector; (iii) Elaborado o Balanço Preliminar do Programa Quinquenal do Governo 2010-14; (iv) Elaborado o 1º rascunho Plano Nacional de Monitoria e Avaliação do Sector que está em processo de aprimoramento interno e que deverá ser concluído no 1º semestre do ano de 2012; (v) Elaborados e aprovados os termos de referência para actualizar o guião de relatórios das DPS e durante o ano de 2012 proceder-se-á com a contratação de uma assessoria técnica para elaborar o guião; (vi) Iniciada a revisão do sector saúde; e (vii) foi realizada a 10ª Avaliação Conjunta de Desempenho do Sector.

A área mais crítica de implementação do Plano Estratégico para a melhoria do SIS continua sendo a garantia de reporte de dados de qualidade (plenitude, robustez e em tempo oportuno). Vários programas de saúde (exemplos: HIV e SIDA, Saúde Materna e da Criança, Saúde Mental, trauma e Sistema de Informação da cólera) em colaboração com o DIS concluíram a revisão e harmonização dos instrumentos de colheita e reporte. O SIS para os Hospitais (SIS-H) foi expandido do Hospital Central de Maputo para os Hospitais Centrais da Beira e de Nampula e Hospital Provincial de Pemba.

Ao longo do exercício de elaboração do relatório ACA XI, foram apontadas necessidades de ajuste das metas e/ou dos próprios indicadores do QAD. Assim, o Anexo 1 apresenta as recomendações específicas para o melhoramento desta importante matriz.

Ponto de situação das recomendações do ACA X e do CCS 2011 em relação a planificação, M&A e SIS

Recomendação	Situação actual
Garantir a consistência e qualidade de dados existentes no Programa de SMI e o SIS através da distribuição e implementação de novos instrumentos (já aprovados) de recolha de dados (incluindo normas do preenchimento a serem usadas durante as supervisões para formação em trabalho) e pela integração das actividades de verificação dos dados durante a supervisão – ACA X	Em curso. Existe um guião actualizado de supervisões feito pela DPC (de forma integrada). As supervisões são centradas na análise da qualidade de dados Novos instrumentos de SMI aprovados implementação iniciou em Janeiro 2012. Normas de preenchimento, houve formação para os chefes de DPC e pontos focais dos programas (excepto cabo Delgado)
Incluir indicadores relativos a taxa de mortalidade por desnutrição grave, área de medicamentos e vacinação em processos subsequentes de verificação de dados – ACA X	Feito, mas não incluiu-se a área de medicamentos pois já existem muitos estudos feitos em 2011.
Definir e incluir no QAD indicadores que retratem de forma acurada a situação do sistema de referência das US – ACA X.	Vai ser incorporado na Revisão do Sector Saúde, actualmente em curso.
Definir um novo modelo de Avaliação Conjunta Anual do Sector – ACA X.	Em 2012 vai ser feita a análise de lições aprendidas para usar como base para um novo modelo. Incluindo a harmonização com o Fundo Global e com o futuro PESS. Um dos aspectos introduzido foi efectuar visitas de supervisão conjunta (parceiros e MISAU) mais cedo. Identificadas as fraquezas no método ACA e correcções em curso incluindo a elaboração dos protocolos.
Reforço da Monitoria e Avaliação e do Sistema de Informação para Saúde (SIS) a todos os níveis, prosseguir com a desagregação dos dados por sexo – CCS 2011.	Em curso, na definição das novas fichas e da nova estrutura do módulo básico toma-se em conta a desagregação por sexo. Foram realizados encontros com a unidade de género. Fichas de SMI: O livro e fichas resumos incluem idade e sexo. Foi criado o Departamento de M&A e o 1º rascunho do plano nacional de M&A Feito um workshop sobre a nova arquitectura do SIS: Indicadores e abrangência Foi iniciada a elaboração do dicionário de dados
Verificar e analisar o desempenho plurianual do sector na revisão do PESS no ultimo semestre de 2011, adequada nas orientações do IHP(i.e JANS & Plano de M&A), incluindo uma maior compreensão dos recentes ganhos e declínios identificados na ACA X (resp. partos institucionais e vacinações).-CCS Março 2011	O relatório da Revisão do Sector Saúde estará concluído ao longo do primeiro semestre de 2012 e a Avaliação Externa do PESS, analisam os ganhos e declínios no desempenho dos principais indicadores ao longo dos últimos anos, sobretudo na vigência do actual PESS.
Contratar Assistência Técnica para elaboração do Plano Integrado Desenvolvimento de Infra estruturas, Equipamento, e Recursos Humanos- CCS Março 2011	Em Curso. Foi lançado o concurso para contratação da Assistência Técnica, estando o júri empenhado na procura de soluções para os erros de procedimento identificados durante a escolha da proposta.
Deverá ser melhorada a análise do QAD através de uma desagregação gradual dos dados por Província , género e outros determinantes de saúde, de forma a permitir visualizar a evolução das iniquidades- CCS Março 2011	Em curso. O Balanço anual do sector analisa de forma desagregada por província parte dos indicadores presentes no QAD. Para melhorar este aspecto, as novas ferramentas em fase de conclusão, nomeadamente o dicionário de dados, a nova estrutura do SIS e o plano de M&A do sector privilegiam a desagregação dos dados para permitir visualizar melhor as iniquidades.

Principais constatações e recomendações do processo conjunto de verificação da qualidade de dados do SIS

A metodologia usada é baseada no Guião Geral para a Verificação dos Dados do Fundo Global e consiste de duas componentes: (1) a avaliação dos sistemas de comunicação e gestão de dados aos diferentes níveis relevantes (nacional, provincial e distrital), e (2) a verificação de dados num número de unidades sanitárias e níveis intermediários onde os dados são agregados. Os três indicadores alvo da verificação da qualidade de dados foram: (i) Indicador 1 do QAD-Saúde: Taxa de cobertura com DPTHepBHib3 em crianças menores de 1 ano de idade (verificação da qualidade do numerador); (ii) Indicador 4 do QAD-Saúde: Taxa de mortalidade institucional por desnutrição aguda grave nas crianças menores de 5 anos; e (iii) Indicador 6 QAD: Taxa de cobertura de partos institucionais (verificação da qualidade do numerador). A Tabela 4 apresenta as principais constatações e recomendações específicas por cada indicador e o respectivo relatório de visita consta do Anexo 4.

Tabela 4: principais constatações e recomendações sobre a qualidade de dados de 3 indicadores QAD

Constatações específicas	Recomendações específicas
a) Número de crianças menores de 1 ano de idade que receberam a DPTHepBHib3 (Numerador do Indicador 1 do QAD-Saúde: Taxa de cobertura com DPTHepBHib3 em crianças menores de 1 ano de idade)	
<ul style="list-style-type: none"> A qualidade dos dados é alta desde a fonte até ao módulo na maioria das US Em todas as US, os dados presentes no Livro de Registo de Vacinas (Mod SIS-A01-A) nunca foram consistentes com os dados da Ficha de Registo Diário (Mod SIS-A01), mas que isto não influencia no valor reportado, pois o dado usado provém da ficha Stock insuficiente dos instrumentos de recolha (versão actualizada) em todos níveis DQS implementado em algumas US constituindo boa experiência Falta de clareza sobre o objectivo de cada ferramenta (livro de registo, fichas diárias etc.) e se durante brigadas móveis deve-se usar os instrumentos de registo que já existem nas US. Má conservação dos Livros de Registos e Fraca supervisão formativa e Prática de Retroinformação 	<ol style="list-style-type: none"> O nível central deve fornecer orientações claras sobre o objectivo de cada ferramenta (livro de registo, fichas diárias etc.). A DNSP deve enviar uma nota informativa que clarifica todo o processo de registo de dados em campanhas e em Semanas Nacionais de Saúde às províncias Instituir o método DQS em todas US
b) Taxa de mortalidade institucional por desnutrição aguda grave nas crianças menores de 5 anos (Indicador 4 do QAD-Saúde)	
<ul style="list-style-type: none"> 2/3 US com dados de baixa qualidade na Zambézia e alta qualidade nos restantes locais visitados Excelente fluxo de dados Má conservação dos Livros de Registos Algumas US reportam desnutrição aguda grave apenas quando é o 1º diagnóstico de alta e outras mesmo quando é 2º. Existência de 2 sistemas de reporte: 1. Do programa com imprecisões no cálculo; 2. Módulo Básico que calcula correctamente Inexistente prática de Arquivar os documentos em local seguro e adequado 	<ol style="list-style-type: none"> O DIS e o Departamento de Nutrição devem concordar sobre apenas um único sistema de colheita do indicador e o Módulo Básico parece ser a melhor opção, já que este compila a informação por nível de US. O DIS e o Departamento de Nutrição devem definir um mecanismo específico que permita colher todos os casos de internamento por desnutrição da Pediatria, independentemente se estes casos aparecem como diagnóstico principal ou como doenças associadas O CMAM deve colocar os leites terapêuticos, o Resomal e o ATPU (ex: Plumpy Nut) na lista dos medicamentos

Constatações específicas	Recomendações específicas
<ul style="list-style-type: none"> • Uso do Livro de Resumo diário do PAV como fonte principal do Resumo Mensal • Fraca supervisão formativa e Prática de Retroinformação • A maior parte dos profissionais de saúde das Enfermarias de Pediatria não está formada nos novos protocolos de reabilitação nutricional • Notas técnicas com imprecisão de definição do denominador: “Nº total de crianças de 0-5 anos internadas por desnutrição aguda grave” ao invés de “Nº total de crianças de 0-5 anos com diagnóstico de alta de desnutrição aguda grave” tal como é a prática do dia-a-dia 	<p>essenciais e usar o seu sistema de gestão dos stocks para medicamentos e outros artigos médicos para o controlo da utilização e gestão destes produtos.</p> <p>7. As DPS devem acelerar a formação dos clínicos nos novos protocolos de tratamento e reabilitação nutricional para melhorar o manejo e a gestão dos leites terapêuticos, considerando os sérios problemas de ruptura de stock que esta área enfrenta.</p> <p>8. Actualizar as notas técnicas explicativas do Indicador 4, substituindo a informação sobre o denominador: “Nº total de crianças de 0-5 anos internadas por desnutrição aguda grave” por Nº total de crianças de 0-5 anos com diagnóstico de alta de desnutrição aguda grave” tal como é a prática do dia-a-dia</p>
c) Número de partos institucionais (Numerador do Indicador 6 QAD: Taxa de cobertura de partos institucionais)	
<ul style="list-style-type: none"> • A qualidade dos dados é alta desde a fonte até ao módulo básico • Fraco stock de livros de registo • Foram encontrados problemas de varia ordem com o livro de registo desde campos incompletos e incorrectos, páginas tiradas, tamanho e formato do livro não útil e falta de livros de registo de alguns meses em alguns hospitais 	<p>9. Garantir a disponibilidade e uso adequado dos novos livros de registo das maternidades em todas US</p> <p>10. Adaptar os guiões de supervisão provincial para o nível distrital</p> <p>11. Incluir mecanismos de verificação de qualidade de dados de modo a reduzir o fosso (dados incompletos/incorrectos) encontrado entre os livros de registo e as 1^{as} fichas de resumo.</p>

B.1.2. DESENVOLVIMENTO DE INFRA-ESTRUTURAS (REDE SANITÁRIA E DISTRIBUIÇÃO EQUITATIVA DE RECURSOS)

Cinco indicadores são usados para avaliar o desempenho do sector em relação às infra-estruturas chave: Nº de novos CS tipo 2 e tipo C finalizados e equipados, incluindo Postos de Saúde elevados CS II ou C (Indicador 21 QAD); Rácio de consultas externas por habitante (Indicador 22 QAD); Índice de iniquidade (Indicador 23 QAD); Nº de CS tipo 2 e tipo C que passam a dispor de serviços de abastecimento de água permanente (Indicador 26 QAD); e Nº de CS tipo 2 e tipo C que passam a dispor de serviços de fonte energia (Indicador 27 QAD). Com a excepção do Rácio de Consultas externas por habitante cuja meta não foi atingida, as metas dos demais indicadores foram atingidas ou ultrapassadas (Figuras 17, 18, 19 e 20).

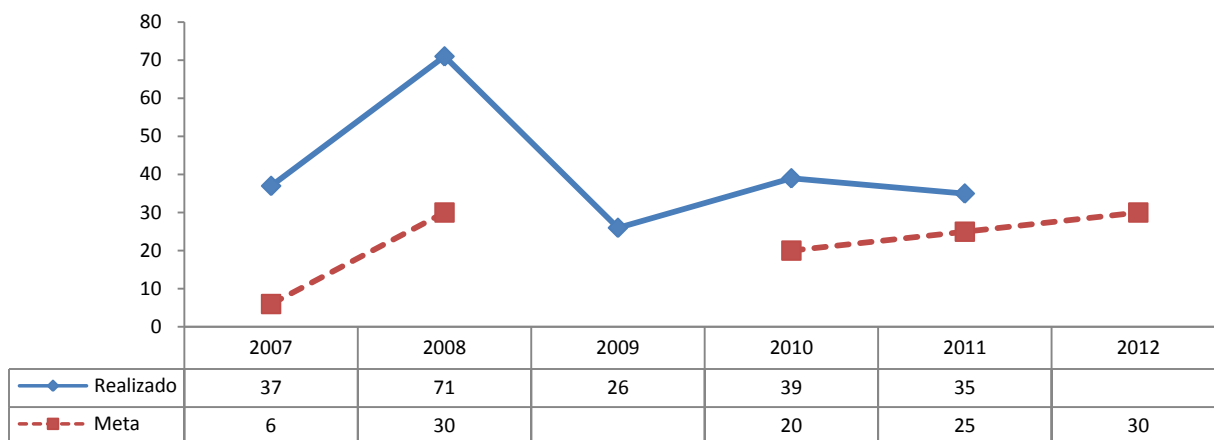


Figura 17: Tendência do Indicador 21QAD - Nº de novos CS tipo 2 e tipo C finalizados e equipados, incluindo Postos de Saúde elevados CS II ou C

Ao analisar a tendência do Indicador 21 QAD (Figura 17), verifica-se que a meta foi sempre ultrapassada, o que dá ideia de fraqueza na planificação.

Em relação ao Indicador 22 QAD, rácio de consultas externas por habitante (Figura 18), os factores implicados no desempenho (meta não atingida) podem ser relacionados com a tendência que a população tem de procurar os serviços de saúde apenas quando está doente e o ajuste na forma de contagem de consultas externas a partir de 2010 (exemplo: consulta inicial vs controlo no mesmo paciente, contando a 1ª apenas, algo que não acontecia antes).

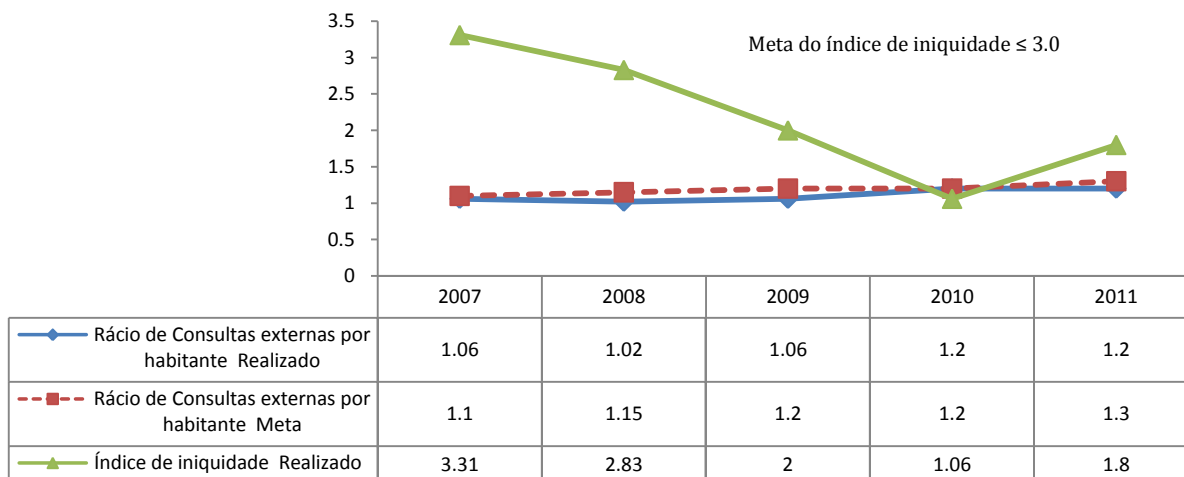


Figura 18: Tendência de Indicadores 22 e 23 QAD - Ráciode Consultas Externas por Habitante e Índice de Iniquidade

A Figura 18 ilustra também a tendência do índice de iniquidade (Indicador 23 QAD), observando-se que a meta foi atingida (≤ 3.0), mas com progresso contraproducente em relação ano de 2010. Concorrem para este alcance um melhor exercício de planificação e de execução tomando em conta a igualdade de acesso aos serviços de saúde.

Por último, as Figuras 19 e 20 mostram a tendência dos Indicadores 26 e 27 QAD, onde as metas foram claramente ultrapassadas, o que sugere necessidade de planificar melhor. Os dados

cumulativos de todas as US que possuem água permanente e fonte de energia incluindo as crescentes coberturas também são apresentados nas Figuras 19 e 20.

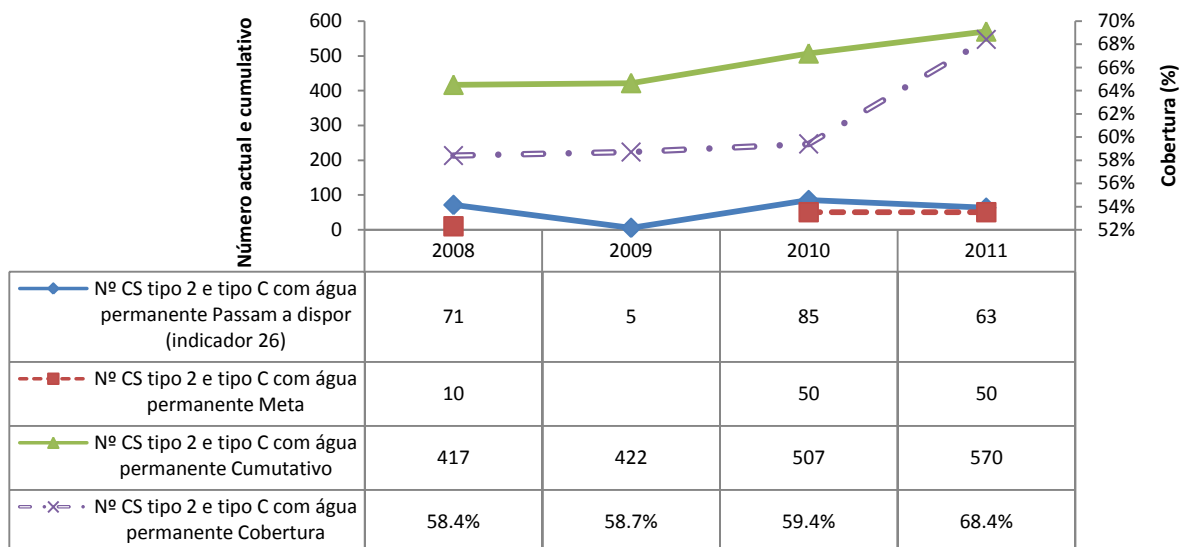


Figura 19 - Tendência do Indicador 26 QAD - Número de CS tipo2 e tipo C que passam a dispor de serviços de água permanente incluindo dados cumulativos e cobertura nacional

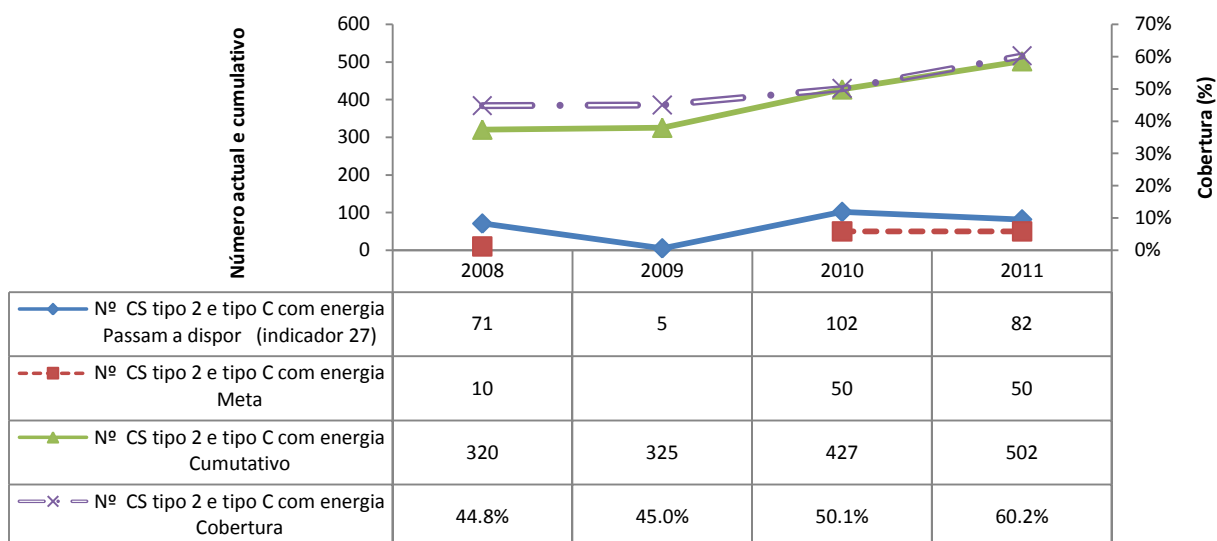


Figura 20- Tendência do Indicador 27 QAD - Número de CS tipo2 e tipo C que passam a dispor de serviços de fonte de energia incluindo dados cumulativos e cobertura nacional

B.2. DESEMPENHO EM RELAÇÃO À GESTÃO E LOGÍSTICA DE MEDICAMENTOS

Gestão e logística de medicamentos foram definidas como **segunda prioridade do PES 2011**. “O principal objectivo é garantir que sejam implementadas medidas apropriadas para o acesso da população aos medicamentos com equidade, de modo a que os medicamentos essenciais estejam regular e atempadamente disponíveis nas quantidades necessárias, dosagens farmacêuticas adequadas e preços comportáveis para o cidadão”. Mesmo assim, o ano de 2011 foi marcado por

uma crise sem precedentes em relação à gestão de medicamentos e suprimentos médicos. Foi o ano considerado de situação de emergência em que o actual Ministro teve que tomar um papel preponderante com apoio da sua equipa e de parceiros de cooperação para minimizar a crise. A crise de medicamentos foi caracterizada por 3 aspectos fundamentais:

- a) A descoberta de um enorme volume de medicamentos fora do prazo, datados desde 2005 no armazém provincial ADIL na Matola;
- b) O inventário do armazém nacional de Zimpeto não estava actualizado;
- c) Rupturas frequentes de vários itens de medicamentos nos vários níveis do Serviço Nacional de Saúde.

Para além do trabalho que vinha sendo realizado pelo Grupo de Trabalho de Medicamentos e Suprimentos Médicos, foi criado um Grupo de Trabalho de Gestão da Crise de Medicamentos (task force de crise de medicamentos) liderado pelo próprio Ministro da Saúde e com parceiros de cooperação representados pelo Governo Americano, Fundação Clinton e a Holanda. O objectivo da criação deste grupo de gestão da crise foi de reduzir as linhas de comunicação ao mínimo possível e permitir decisões baseadas em evidência e longe de rumores e para dar suporte ao pessoal técnico a fim de resolver a crise da melhor forma e de forma mais célere possível.

Assim para gerir a crise foram tomadas as medidas seguintes:

- Todos os medicamentos expirados no Armazém ADIL foram inventariados, avaliados e incinerados numa fábrica de cimento local – um processo que envolve o MISAU, o Ministério do Assuntos Ambientais, as autoridades provinciais e a polícia;
- Contratados 2 especialistas farmacêuticos pela CIDA e DANIDA;
- Foi elaborado e executado um plano para a distribuição imediata de medicamentos e suprimentos médicos que iriam expirar em Dezembro 2011;
- Foi feita uma solicitação ao Fundo Global para suspensão temporária dos pedidos de desembolsos que haviam sido submetidos via mecanismo de procura “Voluntary Pooled Procurement” devido à necessidade de levantar as lacunas e de elaborar um plano de distribuição de medicamentos e reagentes à altura das evidências;
- Criado o Comité de Coordenação para efectuar um levantamento das necessidades (gap analysis) para 2011/2012, uma vez que o sistema de informação de gestão de logística provou ser ineficiente por muitos anos. Este Comité criou 7 subgrupos de acordo com as várias categorias de produtos (HIV e SIDA, Malária, Tuberculose, Medicamentos Essenciais, suprimentos laboratoriais, suprimentos médicos e suprimentos de vacinas). Cada subgrupo teve que analisar os stocks existentes desde o nível distrital até o nível central e determinar necessidades reais para 2011 e 2012;
- Já com uma análise mais precisa das lacunas em medicamentos e suprimentos médicos para o TARV e diagnóstico rápido da malária, o Governo Americano e o Banco Mundial conseguiram cobrir as necessidades até Maio de 2012. Assim para garantir que não haja ruptura destes ARV e TDR, o MISAU com apoio dos parceiros submeteu um **pedido de**

desembolso de emergência ao Fundo Global em Setembro de 2011 no âmbito da Ronda 9, uma vez que a via “Voluntary Pooled Procurement” levaria mais tempo.

O MISAU está claramente ciente das fraquezas do actual sistema de gestão de aquisição e logística do SNS e está actualmente a trabalhar com os parceiros para ultrapassar as fraquezas de modo a garantir uma cadeia de aquisições e logística eficiente o mais breve possível. Aliás, Sua Excelência o Ministro de Saúde sublinhou numa das cartas enviadas aos parceiros que prefere **tomar esta crise como uma oportunidade para tomada de decisões para melhorias estratégicas a longo termo.**

No âmbito da metodologia ACA em vigor, os aspectos de crise acima mencionados não se tornam evidentes, pois a área de gestão de medicamentos é medida por dois indicadores cujas metas foram “alcançadas”, um sob a responsabilidade da CMAM - % da satisfação de requisições de medicamentos vitais (Indicador 24 QAD) e outro sob a responsabilidade do Departamento Farmacêutico - % de medicamentos vitais dentro das especificações de qualidade (Indicador 25 QAD).

Tal como ilustra a Figura 21, a meta ligeiramente ultrapassada, apesar de se considerar aviamentos de apenas um armazém - o de Zimpeto (Maputo cidade) tendo sido excluídos os da Beira (Sofala) e Adil – Matola (Maputo província).

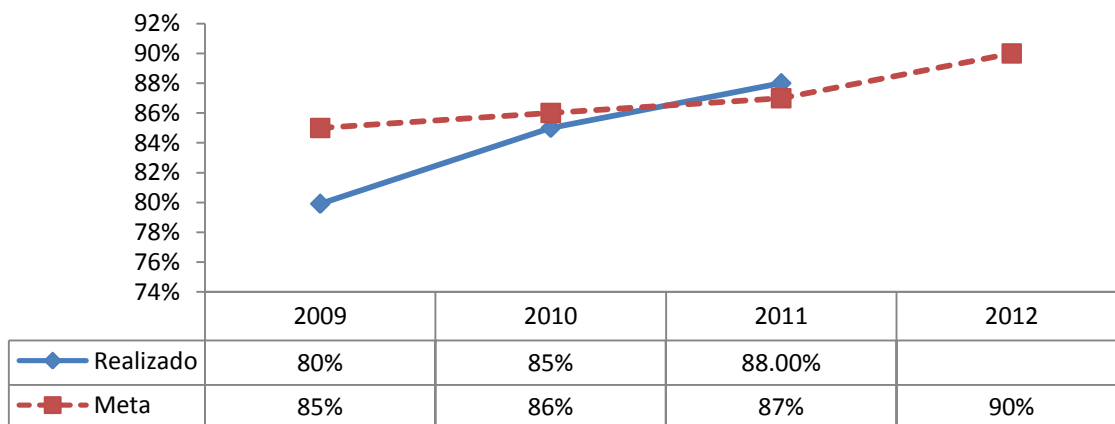


Figura 21: Tendência do Indicador 24 QAD - % da satisfação de requisições de medicamentos vitais

O realizado deste indicador no ano de 2011 tem de ser interpretado com muita cautela, pois a forma do seu cálculo pode não ter obedecido aos mesmos critérios do cálculo efectuado nos anos anteriores. Eis os pontos-chave usados no seu cálculo:

- Os dados referem-se aos 2 últimos trimestres de 2011, isto porque antes disso, não havia análise das requisições antes de elaborar as ordens de fornecimento.
- Não se sabe se a lista de medicamentos vitais usados para o cálculo deste ano foi o mesmo para os anos transactos.

- Não inclui os produtos aviados a partir dos armazéns Adil e BEIRA, porque no aviamento os dados não são reflectidos no MACS, já que este sistema não existe nestes locais. O MACS é o sistema electrónico que fornece dados para o cálculo do indicador 24 – serve para gestão de stocks no armazém e tem alguns problemas (não indica o valor financeiro) mas funciona gerindo o armazenamento na vertical. Código que se introduz no sistema por entrada de bens e não por artigos, dá quantidades por entrada e não por artigo.
- Não inclui os anti-maláricos, anti-TB e nem anti-retrovirais, isto porque estes produtos não são aviados trimestralmente, e não são analisados no processo de elaboração das ordens trimestrais de fornecimento.

A principal razão para este desempenho pode ser porque foi durante o segundo Semestre que foram recebidos medicamentos dos concursos realizados em 2010. Portanto foi neste semestre que se registou maior disponibilidade de medicamentos para serem aviados.

No que concerne à % de medicamentos vitais dentro das especificações de qualidade (Indicador 25 QAD), 35 amostras de medicamentos (Antimaláricos, Antituberculosos e Antiretrovirais) aleatórias foram recolhidas e enviadas para a testagem fora do país (Vietname). A escolha destas amostras deveu-se primariamente à necessidade de responder à solicitação do Fundo Global. Até ao momento de realização deste relatório do ACA haviam sido **recebidos resultados de 18 amostras e todas elas com resultados positivos** (100% dos resultados recebidos indicam que os medicamentos estão dentro das especificações de qualidade). Este realizado também deve ser interpretado com muita cautela, pois a forma do seu cálculo pode não ter obedecido aos mesmos critérios do cálculo efectuados nos anos anteriores.

Ponto de situação das recomendações do ACA X, CCS 2011 e PAC 2011

Recomendação	Situação actual
Rever, actualizar o mandato institucional e orgânico da CMAM, definindo tarefas, competências e âmbito de actuação ajustadas as necessidades do contexto actual no campo da gestão adequada ao processo de armazenagem e distribuição de medicamentos – ACA X	Existe um Consultor que está a elaborar a Estratégia da CMAM e estes aspectos são parte integrante da estratégia da área. O 1º rascunho final estará disponível até finais de Abril 2012.
Traçar um sistema integrado de acções de supervisão da CMAM, inspecções farmacêuticas acompanhado de controlo da qualidade, incluindo o respectivo sistema de M&A a todos os níveis, e alocar os recursos financeiros adequados para a sua operacionalização – ACA X	Supervisão não avançou porque depende da formação. Inspecções farmacêuticas foram feitas em 5 províncias (Gaza, Inhambane, Nampula, Cabo Delgado). Estão sendo cumpridas as recomendações inspecções feitas em 2011.
Implementar uma análise VEN (Vitais, Essenciais e Necessários) dos medicamentos essenciais e reforçar a sua quantificação e planos de procurement, em antecipação ao PES 2012 – ACA X	Iniciado. Com apoio da MSH. Mas houve dificuldade em avançar. Quando a CMAM consultou a CTTF (Comissão técnica de Terapêutica e Farmácia), esta entidade não concordou com o princípio. Mas, dada a sua prioridade, tem que ser efectuado mesmo assim. Até final do 1º semestre termina a análise VEN.
Identificar mecanismos para aumentar a flexibilidade operacional da CMAM, incluindo pagamento de taxas para importação, distribuição, etc., tais como através de terciarização ou atribuição de alguns fundos – ACA X	Há limitação para pagamento da entidade que presta serviços de importação pois a dívida é grande. Mas o MISAU tomou uma decisão de descentralizar o processo de pagamentos até 500.000,00 MT o que ajuda muito na flexibilidade operacional.
Dar prioridade ao financiamento e investimento nesta área, a todos os níveis (central, provincial e distrital), incluindo a separação entre medicamentos e operações, no orçamento do PES – ACA X	Já existe separação e nota-se o esforço do governo em aumentar o financiamento para medicamentos.

Recomendação	Situação actual
Tornar extensivas a todas as províncias do país a actual experiência de terciarização (outsourcing) da distribuição de Medicamentos para o nível distrital já praticada em algumas delas, e estudar a possibilidade de estender este processo desde o nível distrital até às US. Igualmente, deve estudar-se a possibilidade de terciarização da armazenagem dos Medicamentos, com inspiração em resultados bem sucedidos em países africanos – ACA X	Necessita de financiamento e coordenação. Onde está a funcionar, são os parceiros que apoiam, A experiencia mostra que houve melhorias no outsourcing de distribuição, houve assinatura de memorando de entendimento entre a CHAI/Coca-Cola e MISAU para que a Coca-Cola efectuasse o transporte em 2011.
Melhorar a capacidade de gestão de medicamentos: Desvio de Medicamentos, actualizar as decisões terapêuticas custos eficazes, assegurar decisões terapêuticas custo-eficazes, actualização dos protocolos terapêuticos – CCS X	Trabalho desenvolvido nos armazéns centrais (Zimpeto e Beira). Inventários perpétuo feito a todo o momento. Comparando os dados no stock e no físico. No início eram trimestrais mas teve que se mudar para perpétuo para reduzir discrepâncias. Existe uma comissão que trata deste assunto.
No âmbito de melhorias na CMAM: Formar a nível nacional sobre procedimentos de gestão na cadeia de distribuição (Central/Provincial e Distrital) – PAC 2011	O pessoal chave está há 6 anos sem formação. A revisão dos instrumentos já terminou e a 1ª formação de formadores centrais está em curso e em cascata será feita até o mês de Junho 2012. No total 3.000 profissionais serão formados.
No âmbito da melhoria da alocação de recursos da CMAM: angariar mais financiamento para medicamentos e funcionamento da CMAM – PAC 2011	Feita apresentação das necessidades financeiras para medicamentos ao Tesouro. O Tesouro autorizou o início de processos de procura com garantias de pagamento no ano 2012. O orçamento disponível não é suficiente (Tesouro e PRÓSAÚDE), assim Banco Mundial e USAID constituem outras fontes possíveis. Continua défice para medicamentos via clássica, material médico e reagentes.
Aprovação e implementação do Plano Estratégico da Logística Farmacêutica, incluindo medicamentos artigos médicos , equipamento, armazenamento e distribuição de preservativos. O plano terá em conta uma separação no orçamento de CMAM entre os gastos relacionados aos produtos e a gestão e administração operacional. CCS Março 2011	Em Curso. A elaboração do plano estratégico está em curso, estando previsto sua finalização em finais de Abril 2012.
No âmbito da Qualidade de gestão do inventário e de património: monitorar a implementação do SIMAM para os depósitos provinciais e melhorar o sistema de informação sobre medicamentos – PAC 2011	O projecto SCMS desenvolveu o sistema SIMAM. SIMAM está em todos depósitos provinciais, desde 2011. Funciona bem em 6 províncias e não funciona em 2. A CMAM já recebe informação sobre os medicamentos do SIMAM. Importante reforçar a capacidade humana no uso do SIMAM. Gera um balancete que permite a planificação das necessidades de medicamentos para o período seguinte (gestão de stocks, sistema de gestão de logística), verifica e controla o sistema de logística de cada distrito. Agora está se a trabalhar para desenvolver um módulo que estabelece a ponte entre o MACS e o SIMAM.
No âmbito da Qualidade de gestão do inventário e de património: Efectuar um inventário físico geral anual cujo mapa deverá ser reconciliado com os registos contabilísticos do ano – PAC 2011	Trabalho desenvolvido nos armazéns centrais (Zimpeto e Beira). Inventários perpétuo feito a todo o momento. Comparando os dados no stock e no físico. No início eram trimestrais mas teve que se mudar para perpétuo para reduzir discrepâncias. Existe uma comissão que trata deste assunto.

B.3. DESEMPENHO EM RELAÇÃO À GESTÃO E FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

A área de Gestão e de Formação de Recursos Humanos em Saúde foi definida como a 5ª prioridade do sector no ano de 2011 e no QAD 2011 constam 2 indicadores de progresso: Rácio de trabalhadores de saúde das áreas de medicina, enfermagem e SMI por 100.000 habitantes

(Indicador 28 QAD) e Número de novos graduados das carreiras específicas da saúde (Indicador 29 QAD).

No que concerne ao desempenho relativo ao indicador 28 - Rácio de trabalhadores de saúde das áreas de medicina, enfermagem e SMI por 100.000 habitantes – nota-se que o sector ultrapassou a meta estipulada com uma tendência ligeiramente crescente nos últimos anos, porém muito aquém das necessidades do sector quando comparados ao padrão recomendado pela OMS (Figura 22).

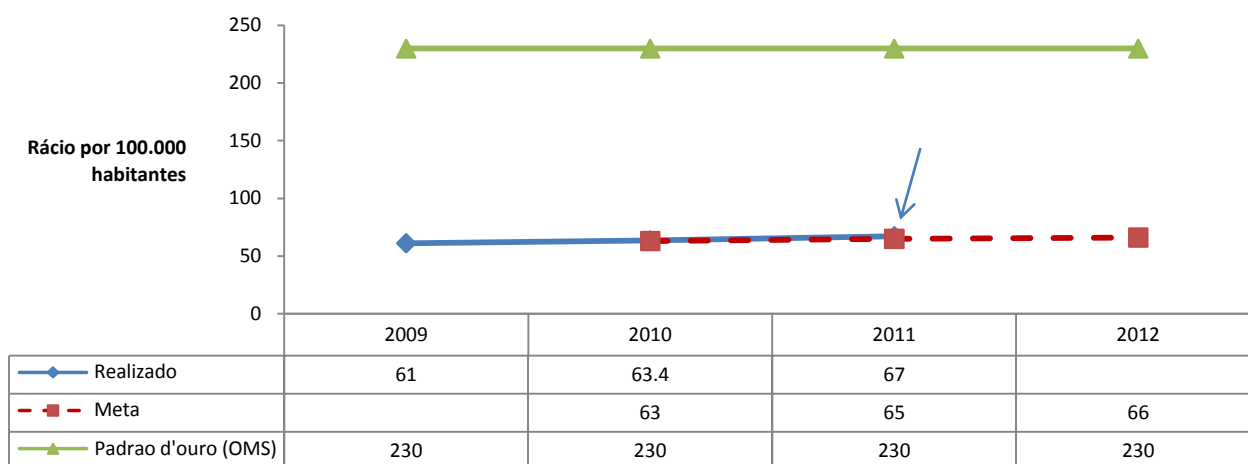


Figura 22 - Tendência do Indicador 28 QAD. Rácio de trabalhadores de saúde das áreas de medicina, enfermagem e SMI por 100.000 habitantes - comparação com a meta e o padrão d'ouro (OMS) Fonte: BdPES DRH 2012

Alguns dos factores que concorreram para que a meta fosse ultrapassada incluem a admissão de pessoal recentemente formado pelas instituições de formação de quadros de saúde que não fazia parte do plano. As províncias tiveram cursos financiados pelos parceiros que não estavam planificados assim como a admissão de pessoal médico graduado da UCM e Técnicos Superiores de Saúde do ISCTEM que, mesmo fazendo parte do PES, a meta do QAD não foi actualizada, facto que justifica a meta ultrapassada.

A Figura 23 ilustra o desempenho do indicador 29 do QAD (número de novos graduados de níveis médio e básico) das carreiras específicas). No ano em referência, Foram colocados 1.688 novos técnicos de saúde de níveis médio e básico, assim a meta estipulada foi ultrapassada em 2,3%. As províncias que absorveram maior número de novos quadros de saúde foram Nampula (13.1%), Sofala (12.8%), Inhambane (11.6%) e Zambézia (11.2%). Esta realização reflecte a capacidade que a DRH tem de articular com as respectivas instituições de formação para a captação das previsões de formação de quadros e sobretudo a capacidade de absorção dos quadros uma vez graduados, sendo a meta ultrapassada por causa das formações apoiadas por parceiros realizadas nas províncias que não tinham sido planificadas.

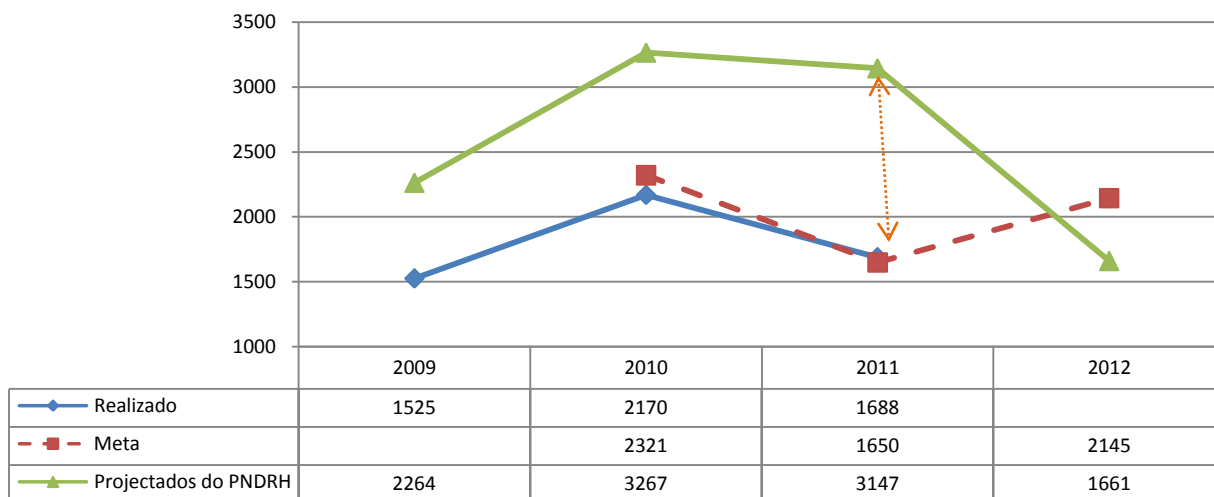


Figura 23 - Tendência do Indicador 29 QAD. Número de novos graduados (níveis médio e básico) das carreiras específicas de saúde de 2009 a 2011 em comparação com as metas. Fonte: BdPES DRH 2012

Os 2 indicadores (28 e 29) não revelam as necessidades actuais do SNS em termos de RHS como tal e limitam-se à capacidade existente em termos de formação de quadros pelas instituições de ensino e sua absorção no sistema público. A limitação de recursos por parte do MISAU não permite planificar tomando em conta as necessidades plasmadas no Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde 2008-2015 (PNDRH). Por exemplo, o PNDRH recorrendo-se do Plano Acelerado de Formação 2006 – 2009, projectou para o ano de 2011 em cerca de 3.147 novos graduados de níveis médio especializado, médio e básico que deveriam ser formados e absorvidos pelo SNS (Figura 23). Esforços anteriores empreendidos no âmbito do referido Plano Acelerado de Formação permitiram a abertura de mais instituições de formação de quadros com vários cursos por meio de apoio de parceiros, mas muito cedo algumas dessas instituições experimentaram dívidas devido às promessas não cumpridas tornando-as insustentáveis. Outros factores que têm limitado o ritmo de aumento de quadros de saúde estão associados às elevadas taxas de reprovações (com uma média de 22%) e a reduzida taxa de ingressos devido às reprovações nos exames de admissão, espelhando o fenómeno crítico de qualidade de aprendizagem no país.

A consecução dos indicadores 28 e 29 do QAD situa-se no âmbito do 5º Objectivo do Plano Quinquenal do Governo, o de “melhorar a gestão de recursos humanos, elevando o nível de humanização dos serviços com ênfase no atendimento com qualidade e na satisfação das necessidades dos utentes” e que foi definido em linha com o PNDRH. Destaca-se neste relatório alguns progressos das vertentes: (i) Capacidade da rede de produção inicial e de formação contínua; (ii) Capacidade de gestão aos diferentes níveis; e (iii) Distribuição, motivação e retenção dos RHS.

B.3.1. CAPACIDADE DA REDE DE FORMAÇÃO INICIAL E DE FORMAÇÃO CONTÍNUA

Durante o ano de 2011, foram iniciados 65 cursos de nível médio inicial, 01 especializado, 05 de promoção e 18 de nível básico, perfazendo 89 cursos iniciados, com um total de 2.670 novos

ingressos. A fim de garantir a qualidade de formação, o MISAU mantém um alto nível de filtro para a admissão de novos ingressos, o que faz com que certos cursos tenham tamanhos pequenos abaixo da capacidade instalada. Foram igualmente concluídos 59 cursos com um total de 1512 alunos, sendo a maioria de nível médio Inicial, com 44%.

No âmbito dos esforços contínuos de garantia de qualidade de formação, para além dos filtros estabelecidos nos exames de admissão, foram realizadas as acções seguintes: (i) actualização técnica de 510 docentes das Instituições de Formação de Saúde onde foram treinados, sendo 308 em matéria de HIV e SIDA e Tuberculose e 202 em Malária em todas as províncias do país; (ii) Capacitação/actualização pedagógica de 330 docentes das Instituições de Formação de Saúde de Cabo Delgado, Inhambane, Sofala e Quelimane; (iii) Foram aprovados os critérios técnicos de selecção/acreditação de campos de estágio, estando em fase de inclusão alguns pontos para posterior difusão pelas Instituições de Formação de Saúde; (iv) O novo curriculum de Técnicos de Medicina aprovado em 2010 já está em implementação, nas Instituições de Formação de Saúde de Chicumbane, Tete, Quelimane, Nampula, Beira, Chimoio e Tete; (v) Foram adquiridos e distribuídos por todas as Instituições de Formação de Saúde, 1590 livros para o reforço das bibliotecas; (vi) Foi revisto o pacote de formação dos APes e realizada a formação dos formadores dos APes.

Ainda no período em análise, foram realizadas duas formações de curta duração no IMEPS, Epidemiologia aplicada a solução de problemas de saúde com 28 participantes e o curso de Planificação e Gestão em Saúde com 30 participantes.

Um dos esforços considerados vitais para a melhoria do exercício de planificação e tomada de decisões, tem a ver com a conclusão do Sistema de Informação da Formação Inicial – SIFIn. Uma vez que o SIFIn foi concluído ao longo do ano de 2011, estão sendo formados operadores para oICS Maputo (instituição piloto) e para os Institutos e Centros de Formação de Saúde de Chicumbane, Inhambane, Massinga, Nhamatanda, Beira, Quelimane, Mocuba e Nampula.

O SIFIn vem complementar o Sistema de Informação da Formação Contínua – SIFo, que possui uma aplicação para entrada de dados online, introduzido em 2005 e que está em processo de actualização para incluir uma ferramenta de sincronização (entrada de dados mesmo sem internet). Um obstáculo à consolidação do SIFo é o seu fraco uso pelos gestores de Recursos Humanos a todos os níveis, com o intuito de identificar o capital humano treinado nas suas áreas geográficas e para planificar formações nos tópicos com lacunas de pessoal capacitado.

Com vista ao fortalecimento da capacidade técnica dos gestores de Recursos Humanos a todos os níveis, iniciou-se a preparação dos materiais para a implementação do programa de capacitação em matéria de execução dos processos disciplinares e compilação da legislação.

B.3.2. CAPACIDADE DE GESTÃO DE RHS NOS DIFERENTES NÍVEIS

O estabelecimento do Observatório de Recursos Humanos da Saúde (ORHS) é uma das prioridades do PNDRH que foi satisfeita ao longo do ano de 2011. Foi lançado a 02 de Novembro de 2011 e contou com a presença de S. Excia Ministro da Saúde, Directores Nacionais, Membros da Rede do ORHS, Representante da OMS-Afro, funcionários da OMS em Moçambique e parceiros. Foi

igualmente realizado o primeiro encontro dos membros da rede do ORHS que contou com a presença de um representante da OMS Afro, no dia 28 de Novembro.

Tendo em vista o estabelecimento de um Sistema Integrado de Informação em Recursos Humanos de Saúde, iniciou, em coordenação com a JHPIEGO, o desenho do projecto do novo SIP, denominado e-SIP Saúde que tem por objectivo adaptá-lo ao Sistema de Salários e expandi-lo para as províncias e posteriormente, às sedes distritais.

Actividades que estavam planificadas e que foram parcialmente iniciadas ou simplesmente trasladadas para o ano de 2012 incluem:

- Desenho da estratégia de retenção dos funcionários no sector que será finalizada no final do ano de 2012
- Conclusão do estatuto do profissional de saúde que iniciou e está em conjunto com a revisão das carreiras. Existe proposta de revisão feita em finais de 2011, durante o ano de 2012 serão definidos os qualificadores e por último o estatuto propriamente dito em finais do ano.
- Com o apoio do projecto da Cooperação Italiana que só iniciou nos finais de 2011 foi lançado o concurso para uma consultoria para elaboração do manual de procedimentos de recrutamento e práticas administrativas e que culminará com a capacitação do pessoal gestor em todas as Direcções Provinciais de Saúde, Serviços Distritais de Saúde da Mulher e Acção Social e Direcções dos Hospitais Centrais.

B.3.3. DISTRIBUIÇÃO, MOTIVAÇÃO E RETENÇÃO DOS RHS

Para o reforço contínuo dos hospitais diferenciados, foram celebrados contratos com 132 técnicos estrangeiros, e ao abrigo de vários acordos de cooperação, 119 médicos especialistas. As equipas das diversas direcções a nível central, Instituições subordinadas e Hospital Central do Maputo também foram reforçadas com 116 novos profissionais sendo: 04 médicos, 28 técnicos superiores N1, 08 técnicos superiores de saúde N1, 07 digitadores de dados, 18 Assistentes Técnicos, 1 Assistente técnico de saúde, 02 activistas, 1 técnico de Saúde, 01 técnico Profissional, 04 Administrativos e 42 Agentes de Serviço. No âmbito do *toppingup*, foram contratados 12 médicos especialistas nacionais (03 Gineco-Obstetras, 03 Psiquiatras, 02 Ortopedistas, 01 Oncologista, 01 Cirurgião, 01 Oftalmologista e 01 Pediatra).

No que concerne às perdas, regista-se uma redução de perdas no sector de 646 registadas em 2010 para 437 em 2011. As licenças registadas constituem a maior causa de perdas com 26.8%. A fim de preparar a estratégia de retenção, as perdas foram já identificadas e apresentadas no âmbito do seminário internacional sobre retenção, realizado em 2011. Foi igualmente desenhado um sistema de recolha sistemática de dados para todas categorias de profissionais e foi realizada uma reunião consultiva sobre atracção e retenção dos recursos humanos para a saúde.

Ponto de situação das recomendações do ACA X, CCS 2011 e CCNS 2011

Recomendação	Situação actual
Identificar as perdas (attrition rate), relativamente a pessoal formado e medidas para as reduzir – ACA X	Perdas identificadas e apresentadas no âmbito do seminário internacional sobre retenção. Foi desenhado um sistema de recolha sistemática de dados para todas categorias de profissionais
Desenvolver um Sistema de Informação da Formação Contínua (SIFo) à semelhança do da SINFin – ACA X	Sistema já desenhado. Computadores para instalação do SIFo na fase de aquisição. Formação pendente da instalação do sistema nas províncias
Reflexão conjunta MISAU/Parceiros: incremento da capacidade de formação e adopção de uma política de retenção de Recursos Humanos – CCS Março 2011	Foram ampliadas as Instituições de Formação de Chicumbane e de Tete, mas falta equipamento ora prometido pelo Fundo Global para Chicumbane.
A Direcção dos Recursos Humanos (DRH) e as DPS's devem assegurar que as Enfermeiras de Saúde Materna e Infantil permaneçam durante pelo menos 2 anos nos seus locais de trabalho nas zonas rurais – CCNS 2011	Fez-se uma circular para as DPS a respeito...
Enquadrar, a proposta de critérios de retenção do pessoal do SNS, especialistas de outras áreas de formação - CCNS 2011	A ser elaborado no âmbito da Estratégia de Retenção do Pessoal até Dezembro 2012
Incluir na equipa de revisão dos currículos de formação a Unidade de Género	A unidade de género já é parte integrante da equipa
Clarificar, no Regulamento de Continuação de Estudos, quando é que o estudante perde o direito à bolsa - CCNS 2011	Foi aprovado novo regulamento em Janeiro de 2012
Colocar um profissional da área social no Programa do HIV/SIDA - CCNS 2011	Foram colocados 3 profissionais
No âmbito da Integração das Folhas de Salário dos funcionários do quadro (OE) e os contratados: Tentar acordo para o expediente de contratação e pagamento entre o sector e o MdFin e TA ser mais célere; Procurar possíveis soluções para despachos mais céleres no nível da Provincial – Secretaria Provincial – PAC 2011	O MISAU tem um assessor para área de reformas administrativas que ajuda. Tribunal Administrativo já está descentralizado, o problema persiste porque a Imprensa Nacional continua centralizada.
No âmbito da Integração das Folhas de Salário dos funcionários do quadro (OE) e os contratados: Actualizar regularmente um instrumento sobre as necessidades adicionais de RH's – PAC 2011	Em curso
Avaliar a possibilidade de um aumento mais significativo das metas do indicador de densidade dos trabalhadores para saúde, aproximando-se dos padrões internacionais mínimos- CCS Março 2011	Está a decorrer a avaliação do grau de implementação do PDRH com vista a ajustar o incremento das metas tendo em consideração as necessidades reais e os recursos disponíveis. Em curso a mobilização de recursos para financiar a formação de recursos humanos adicionais.

B.4. DESEMPENHO EM RELAÇÃO À GESTÃO FINANCEIRA E LOGÍSTICA, INCLUINDO AQUISIÇÕES E AUDITORIAS

O MISAU vem implementando acções visando a melhoria da Gestão de Finanças Públicas ao nível do sector através de um plano de acção conjuntamente aprovado no CCS de Julho de 2009 entre o MISAU e os Parceiros de Cooperação. As avaliações periódicas realizadas até à data mostram progressos na utilização deste instrumento ao longo do tempo e levou a que o MISAU e os seus Parceiros de Cooperação efectuassem actualizações regulares conjuntas ao Plano de Acção de Gestão de Finanças Públicas (GFP).

Em 2011, o desempenho nesta área de GFP pode ser considerado misto e continuará a merecer uma atenção especial por parte do MISAU e pelos Parceiros de Cooperação, motivado pelo ambiente ainda crítico e de fraquezas na Gestão de Finanças Públicas. Estas fraquezas tiveram reflexos directos nos sistemas de Logística, Aprovisionamento de Medicamentos, Artigos Médicos e

consequentemente num dos indicadores contidos na Matriz QAD-Saúde (33). Para complementar a avaliação mais abrangente à componente de GFP, ainda falta receber por parte do MISAU o relatório de Auditoria Financeira externa relativa ao exercício financeiro de 2010 e o relatório da avaliação em curso ao sistema das Aquisições.

Apesar destes constrangimentos, pode-se considerar positivo o sucesso do diálogo ao longo do ano, alcançando níveis de desembolso satisfatórios. Passos positivos foram também atingidos na elaboração de plano conjunto (MISAU e Parceiros) para o fortalecimento e monitoria da gestão de finanças públicas ao sector. O actual Plano de fortalecimento da GFP inclui actividades pendentes do anterior Plano de Acção Consolidado (PAC) e adicionalmente, as recomendações da auditoria do PRÓSAÚDE, do Fundo Global e de verificação referente a 2009.

O PAC foi um ponto de agenda sempre presente nos encontros do Comité de Coordenação Conjunta, o que permitiu melhor acompanhamento e monitoria por parte do MISAU e dos Parceiros de Cooperação e discutir áreas que requerem atenção especial. Para 2012, o Ministério da Saúde e os Parceiros de Cooperação irão acompanhar de maneira estreita e frequente o desempenho do sector na Gestão de Finanças Públicas através da monitoria ao Plano de fortalecimento de Gestão de Finanças Públicas (a cada 2-3 meses). A implementação do Plano da Central de Medicamentos e Artigos Médicos e do PAC constituem factores de convergência para a melhoria dos vários processos considerados prioritários.

Ao nível de Coordenação, o desempenho do grupo de trabalho Gestão e Finanças Públicas considera-se satisfatório, demonstrado mais recentemente pelos consensos alcançados na finalização do Plano de trabalho para 2012. Continuará crítico o melhoramento da ligação entre a planificação, as previsões orçamentais, execução e relatórios.

Todavia, a Gestão Financeira e Logística (**terceira** prioridade do PES 2011) é medida no QAD por indicadores que não tornam explícita a informação sobre o desempenho supracitada. A Taxa de execução orçamental dos fundos sob a gestão do MISAU (Indicador 30 QAD) foi de 93% e tem registado um progresso positivo, tendo ultrapassado a meta pelo 2º ano consecutivo (Figura 24).

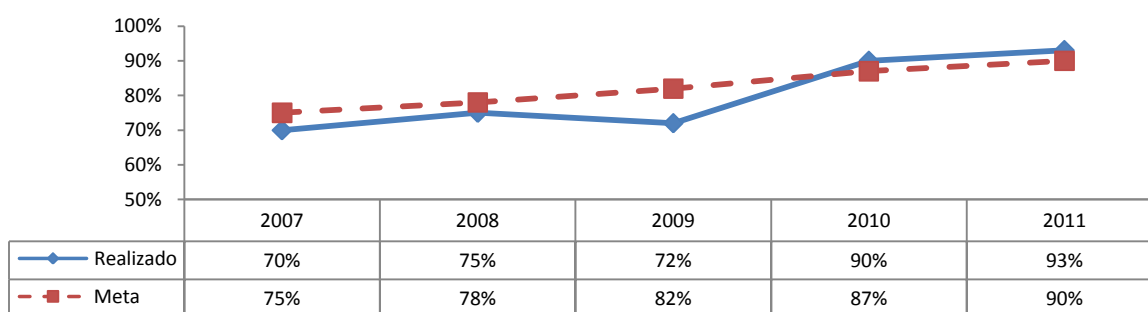


Figura 24 - Tendência do Indicador 30 do QAD, 2007 a 2011 - Taxa de execução orçamental dos fundos sob a gestão do MISAU comparada à meta

Este desempenho específico não considera os fundos oriundos de Projectos Verticais cuja execução transita fora da Conta Única do Tesouro (CUT), não sendo portanto do conhecimento do MISAU nem vinculados à sua gestão directa. Porém, esta realização deve ser interpretada com cautela, pois

existem problemas na definição do indicador e inclusão de todas as despesas. Não está claro em termos práticos o significado de “fundos sob gestão do MISAU” e a execução financeira relativa a medicamentos está incompleta (9 meses apenas). Factores que concorreram para que a meta fosse ultrapassada incluem o melhoramento do fluxo de comunicação entre os parceiros e o facto de o Fundo Global já não fazer parte integrante dos fundos do OE. Por isso, este indicador 30 do QAD 2011 será substituído, a partir do ano de 2012, pelos indicadores seguintes: 30A – Taxa de execução das despesas correntes do OE (Central e Provincial); 30B – Taxa de execução de fundos PRÓSAÚDE (Central e Provincial) e 30C – Taxa de execução orçamental das despesas correntes de investimento – componente interna (Central e Provincial).

No cômputo geral, a Execução Orçamental Global correspondeu a 8.559,4 milhões de meticais, cerca de 290,2 milhões de USD, correspondendo a um Grau de Execução Orçamental de 83% (deve-se salientar que a componente medicamentos irá ser alterada quando se dispor de dados a serem fornecidos pela CMAM, o que irá alterar o montante total da execução). A execução financeira global neste período atingiu os 99% (Tabela 5).

Tabela 5 – Financiamento e Execução Global da Saúde. Janeiro a Dezembro de 2011

valores em 10³ MZM

Fontes de Financiamento	Dotação			Fundos Concedidos	Execução	Grau de Execução	
	Inicial	Actualizada	Cabimentada			Orçamental	Financeira
Despesas Correntes (RT) Central + Provincial:	3 458 431	3 065 562	2 926 480	2 926 452	2 907 723	95%	99%
Despesas Correntes (Central)	1 067 134	1 156 782	1 061 466	1 061 459	1 061 451	92%	100%
Despesas Correntes (Prov.)	2 391 297	1 908 780	1 865 014	1 864 993	1 846 272	97%	99%
Despesas de Investimento (RT) (CI) Central + Provincial.:	366 748	289 249	282 875	282 875	276 045	95%	98%
Desp. de Investimento (CI - Central)	158 115	116 305	116 126	116 126	116 126	100%	100%
Desp. de Investimento (CI - Prov.)	208 632	172 944	166 750	166 750	159 919	92%	96%
Despesas de Investimento (CE) Central + Provincial:	1 231 417	2 481 243	2 092 387	2 092 168	2 056 908	83%	98%
Prosaúde (CE - Central)	1 029 269	1 081 629	1 010 324	1 010 324	1 008 925	93%	100%
Prosaúde (CE - Provincial)	202 148	1 399 614	1 082 062	1 081 843	1 047 982	75%	97%
Medicamentos (OE+PRSD + Donativos em espécie valorizados)	1 517 647	2 731 645	2 712 791	2 712 791	2 712 791	99%	100%
Total Fundos Sob Gestão Directa do MISAU	6 574 243	8 567 699	8 014 533	8 014 286	7 953 467	93%	99%
Outras Fontes de Recursos (CE - Central) (*)	911 165	1 289 736	504 089	504 089	504 089	39%	100%
Outras Fontes de Recursos (CE - Provincial) (*)	19 406	364 235	107 738	107 738	101 853	28%	95%
Total Global do Sector	7 504 814	10 341 751	8 626 361	8 626 114	8 559 409	83%	99%

Fonte: DAF / e-SISTAFE

RT = Recursos do Tesouro

CI = Componente Interna

CE = Componente Externa

Notas:

A componente Medicamentos irá ser alterada quando recebermos os dados actualizados da CMAM, o que irá alterar o montante total da Dotação e da Execução.

(*) Fundos Verticais (Fundos cuja execução transita fora da CUT-Conta Única do Tesouro) - inclui somente os projectos que terão execução no corrente ano,

Não foi possível calcular o realizado do indicador relativo ao grau de implementação das recomendações das auditorias do ano 2009 a nível provincial (Indicador 31 QAD). O relatório de auditoria às contas de 2009 efectuadas pela KPMG e ERNST & YOUNG do PRÓSAÚDE II

Central e Provincial, Fundo Global e Fundo Comum de Medicamentos e Suprimentos Médicos (Credit Swiss) contendo as recomendações só foi entregue à DAF-MISAU em Setembro/2011, o que não permite o cumprimento de grande parte das recomendações devido ao escasso tempo útil para atender a esse objectivo. Ademais, na sua maioria as recomendações não estão diferenciadas em relação às que pertencem ao nível Central e as que são do nível Provincial, aspecto que não permite atender da melhor forma ao estipulado nos indicadores 31 e 32 do QAD. O valor percentual calculado, representa o cumprimento de apenas 3 meses de implementação e foi atribuído ao nível central (Indicador 32 QAD). Foram consideradas “recomendações implementadas” todas aquelas cujo grau de satisfação do seu cumprimento foi superior a 90% totalizando 11 dum total de 17 até ao presente momento. Este ponto de corte foi optado devido a natureza altamente subjectiva de certas recomendações que tornam sua implementação um processo que consome muito tempo. Assim, tomando em conta a racionalidade acima apresentada, pode-se afirmar que **64.7% (11/17) das recomendações das auditorias do ano de 2009 foram implementadas ao “nível central”**.

No entanto, no âmbito das reformas em curso no MISAU, a secção de Auditorias passa para a Inspeção Geral de Saúde e assim os indicadores 31 e 32 do QAD passam a ser da responsabilidade da Inspeção Geral de Saúde.

Um dos principais constrangimentos que afectou a disponibilidade de fundos foi a redução em 11,2 milhões de USD no montante total dos recursos disponibilizados pelos Parceiros de Cooperação em relação ao ano anterior, o que afectou as necessidades operacionais do Ministério. Os compromissos efectivos do PRÓSAÚDE, comparativamente ao mesmo período do ano anterior, foram inferiores em 8,9 milhões de USD até Dezembro de 2011.

Igualmente importante é a criação dum Plano de Monitoria da Gestão de Finanças Públicas a partir do ano de 2012. Este plano reúne todas recomendações de índole financeira numa só matriz e permite assim o acompanhamento da sua implementação. O Plano de Monitoria da Gestão de Finanças Públicas nasce do antigo Plano de Acção Consolidado (PAC) que foi estabelecido inicialmente em Julho de 2009 numa base anual e com monitoria semestral que reunia acções chave da área de gestão com destaque para a Planificação, Finanças e Aquisições, Recursos Humanos e Auditoria/Controlo Interno. O novo Plano de Monitoria da Gestão de Finanças Públicas - composto por 5 (cinco) áreas: i) Planificação, Orçamentação e Gestão do Apoio Externo; ii) Execução Orçamental, Contabilidade, Reporte e Controlo Interno; iii) Aquisições, Inventário e Gestão de Activos; iv) Recursos Humanos; e v) Escrutínio e Auditoria Externa - preconiza monitorização do grau de implementação das recomendações numa base bimensal, sem no entanto afectar os desembolsos acordados até o fim do ano fiscal.

Estes desenvolvimentos, surgem num contexto em que o ano de 2011 foi visto como bastante difícil, sobretudo porque o Fundo Global continuou sem efectuar os desembolsos para a compra de medicamentos devido à incapacidade do MISAU em satisfazer questões ligadas ao seu desempenho. O MISAU (agora com um novo líder) e os parceiros do PRÓSAÚDE e outros como o Governo Americano tiveram que intensificar mecanismos de comunicação para lidar com a situação de emergência financeira. Uma das cartas elaborada pelo Parceiro Focal do Grupo dos Parceiros de Cooperação em Saúde, de 22 de Dezembro de 2011, escrita no âmbito da aceitação dos relatórios de

progresso e compromissos do PRÓSAÚDE 2012, destaca que os parceiros do PRÓSAÚDE reconhecem os aspectos seguintes:

- O progresso alcançado no âmbito da transparência do MISAU quanto à prestação de contas e agradecem a capacidade de liderança e de apropriação das prioridades pelo MISAU;
- O fortalecimento da capacidade em áreas chave como a Inspecção Geral de Saúde, Direcção de Administração e Finanças e Central de Medicamentos e Artigos Médicos e o apoio do Ministério das Finanças; e
- A necessidade de incrementação de mais rigor na monitoria e supervisão regular na gestão das finanças públicas no MISAU.

Na mesma carta, os parceiros do PRÓSAÚDE comprometem-se a financiar o ano fiscal de 2012 pelo fundo comum e todos sublinham que a monitoria de processos chave deveria ser intensificada, tomando em conta as propostas seguintes:

- Controlo externo mais frequente e verificação de transacções (seleccionadas) no MISAU a todos os níveis, suportado pelos balancetes financeiros mensais;
- Progresso contínuo para melhorar a gestão de fundos públicos e implementação das recomendações de auditorias anteriores (internas e externas) – em linha com o Plano de Monitoria da Gestão de Finanças Públicas

Assim, parceiros como Canadá, União Europeia, Holanda, Irlanda, Itália e Reino Unido apenas efectuarão desembolsos mediante um acordo com o Governo de Moçambique sobre monitoria estreita da gestão de fundos públicos do sector de saúde e das condições de desembolsos.

Ponto de situação das recomendações do ACA X e CCS 2011

Recomendação	Situação actual
Fortalecimento da coordenação com áreas programáticas (exemplos do CMAM e Departamento de Infra-estruturas) – ACA X	Em curso. Faz parte do Plano de Monitoria de Gestão de Finanças Públicas. Foi criado o Departamento de Gestão de Projectos como um passo importante. O Departamento de Infra-estruturas submeteu um plano de aquisições em 2010 para a DAF. O plano de aquisições atrasava, mas agora o processo de aquisições é feito no ano n-1 para executar logo no início do ano n.
Consolidar o processo de reestruturação da área financeira do MISAU – ACA X	Com a assistência técnica da USAID foi feito um plano reestruturação que foi submetido ao Ministro para aprovação. Foi criada uma unidade de prestação de contas ao nível central e depois será expandido para as províncias. Em preparação a unidade controlo interno no âmbito SISTAFE e foi criado o e-Inventário
A DAF deverá criar condições para a instalação de dispositivos de controlo da velocidade das viaturas e ambulâncias do Sistema Nacional de Saúde de modo que não ultrapassem a velocidade de 80 Km/hora. Prazo 30/06/2012 – CCS 2011	Já está estabelecido
Mobilizar apoio com ajuda do Grupo de Financiamento a ser formado junto à Sociedade civil e o Ministério das finanças para análise das implicações do declínio na contribuição doméstica no orçamento do MISAU – CCS 2011	Em curso.

B.5. DESEMPENHO DOS PARCEIROS DE APOIO PROGRAMÁTICO

Intimamente ligado com a área de finanças do sector, está o desempenho dos Parceiros de Apoio Programático, que a julgar pelos constrangimentos registados, pode se aclarar que o ano de 2011 foi de sucesso. O diálogo estabelecido permitiu que a maioria dos parceiros cumprisse com os seus compromissos de desembolsos. No entanto, alguns parceiros acabaram demorando desembolsar os seus fundos devido a uma multiplicidade de factores que incluem a dificuldade que o MISAU teve em responder às preocupações ou problemas identificados no ano de 2009 relacionados com processos de gestão financeira pública e um parceiro não desembolsou por falta de liquidez.

Deste modo, o **Indicador 33 QAD** - % dos parceiros do PRÓSAÚDE II que desembolsam de acordo com o plano de desembolso anual existente entre o MISAU e os Parceiros - acabou tendo um desempenho de 69% (9/13), valor abaixo da meta estabelecida essencialmente porque as condições para desembolsos não estavam criadas (Figura 25).

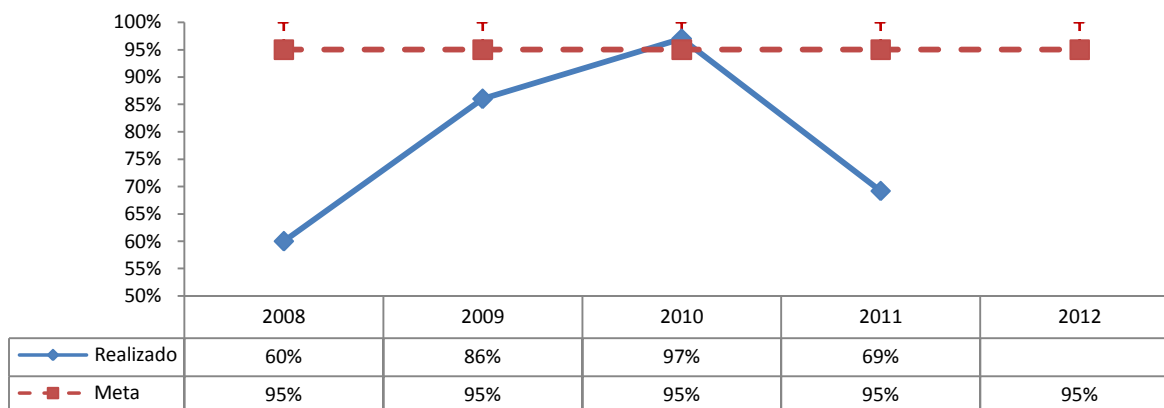


Figura 25: Tendência do indicador 33 QAD - % dos parceiros do PROSAUDE II que desembolsam de acordo com o Plano de desembolso anual existente entre o MISAU e os Parceiros, 2008 a 2011

O Canadá (CIDA) e o Reino Unido (DFID) também desembolsaram fundos adicionais não condicionais no PRÓSAÚDE. Trata-se de fundos alocados para contribuir para o alcance dos ODM 4 e 5 através de acções para a saúde materna infantil (CIDA) e para aquisição e distribuição de REMTILD (DFID). A fim de fazer melhor uso desses fundos o MISAU fez um plano operacional adicional.

O grau de previsibilidade do financiamento dos parceiros de cooperação (bi e multilaterais) do sector saúde é de extrema importância para o desempenho do sector (**Indicador 34 QAD**). Assim, pelo menos 80% dos parceiros deveriam disponibilizar informação acurada (predictável) ao MISAU sobre o seu financiamento no CFMP, porém no ano de 2011 apenas 33% o fizeram (não tendo alcançado a meta) e com uma redução significativa em relação ao ano de 2010 (87%). Para o CFMP 2012-14 provisionaram informação até 11 de Março de 2011, 5 parceiros (todos fora do prazo mas em tempo ainda útil). Sendo assim, o numerador para o cálculo do Indicador 34 QAD foi de 5 parceiros e o denominador foi de 15 parceiros signatários do PRÓSAÚDE.

Em relação ao Indicador 35 QAD, Número total (e percentagem) de missões das sedes dos parceiros (individuais e conjuntas) que apoiam o Sector Saúde (parceiros bi e multilaterais), no ano de 2011 foram declaradas 16 missões individuais e 2 missões conjuntas. O objectivo definido de reduzir gradualmente o número total das missões em cada ano até 2014 está a ser alcançado à custa de redução das missões individuais mas as missões conjuntas também foram reduzidas (Figura 26).

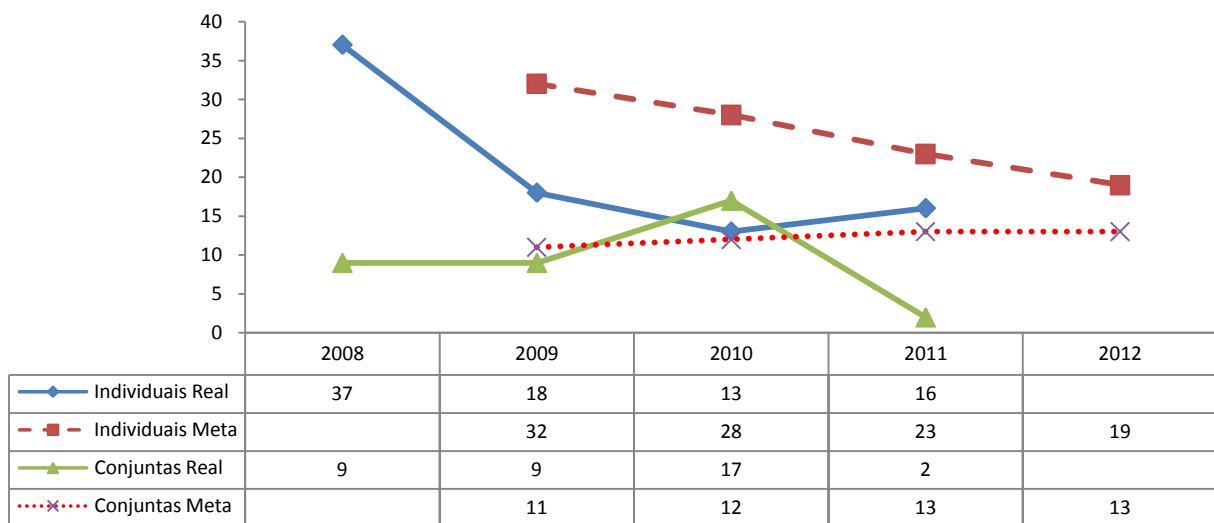


Figura 26: Tendência do Indicador 35 - Número total de missões das sedes dos parceiros (individuais e conjuntas) que apoiam o Sector Saúde

C. RECOMENDAÇÕES DA ACA XI PARA 2012/2013

Recomendações relativas ao Envolvimento Comunitário
<ol style="list-style-type: none">1. Estabelecer moldes para operacionalização da ENPS, incluindo a padronização da nomenclatura das estruturas comunitárias e definição de matrizes de monitoria de desempenho a ser distribuído para as províncias.2. Rever os memorandos de entendimento com as ONGs que realizam actividades de envolvimento comunitário para garantir a complementaridade das acções.3. Definir critérios contratação e de avaliação das ONGs.4. Rever os planos de formação de acordo com a capacidade de pagamento de subsídios para a sustentabilidade dos APES.
Recomendações para PAV
<ol style="list-style-type: none">5. Intensificar a adopção da estratégia nacional RED para fortalecer a vacinação de rotina e reduzir a dependência de campanhas.6. Utilizar o processo de introdução da vacina contra Pneumococo, com os seus recursos adicionais, para reforçar todos os programas de vacinação, especialmente na planificação para a aquisição e distribuição de vacinas.
Recomendações para AIDI
<ol style="list-style-type: none">7. Elaborar um guião/instrumento para acreditação de US que fazem o AIDI e acreditar e avaliar a qualidade dos serviços prestados nas US.
Recomendações para a Nutrição
<ol style="list-style-type: none">8. Coordenar com a CMAM para a inclusão dos leites terapêuticos, o Resomal e o ATPU (ex: Plumpy Nut) na lista dos medicamentos essenciais e no seu sistema de gestão dos stocks9. Acelerar a formação dos clínicos nos novos protocolos de tratamento e reabilitação nutricional para melhorar o manejo da doença e a gestão dos leites terapêuticos10. Efectuar a avaliação do actual sistema de vigilância nutricional e estabelecer o sistema electrónico de vigilância intensificando os mecanismos de seguimento e supervisão.11. O MISAU e os seus parceiros devem discutir como assegurar o financiamento necessário e sustentável das intervenções e o apoio técnico necessário a nível central e provincial no âmbito do Plano de Acção Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica.
Recomendações para a Saúde Materna
<ol style="list-style-type: none">12. Efectuar um estudo sobre os factores relacionados com o funcionamento das casas de espera de mulher grávida explorando o seu impacto nas comunidades e na melhoria do estado de saúde da mulher.13. Avaliar os COECER para otimizar a aplicação dos recursos nesta área.
Recomendações para o Programa da Malária
<ol style="list-style-type: none">14. Analisar as eventuais barreiras de acesso ao TIP ao nível da US e a cadeia de distribuição de sulfadoxina-pirimetamina e das REMTILDS.

Recomendações para o Programa de HIV e SIDA
<p>15. Treinar ESMI de nível médio e Agentes de Medicina na provisão TARV a mulheres grávidas HIV positivas.</p> <p>16. Implementar as recomendações da auditoria de dados do Fundo Global.</p> <p>17. Melhorar o índice de abandonos, não só pela estratégia GAAC, mas também através da elaboração da Estratégia de Apoio Psicossocial e efectuar uma análise dos demais factores que levam os doentes a abandonarem o TARV</p>
Recomendações para Planificação, M&A e Infra-estruturas
<p>18. Reforço da Monitoria e Avaliação e do Sistema de Informação para Saúde a todos os níveis, prosseguir com a desagregação dos dados por sexo</p> <p>19. Actualizar a matriz de QAD com base nas recomendações de ajustes de indicadores e metas que constam do Anexo 1.</p> <p>20. Reflectir sobre o método do ACA, propondo eventuais ajustes.</p> <p>21. Concluir o estudo sobre os critérios de alocação de recursos tomando em conta as variáveis de equidade e definir a estratégia de financiamento do sector.</p> <p>22. Continuar a mobilizar apoio com ajuda do Grupo de financiamento a ser formado, junto à sociedade civil, e o Ministerio das finanças e estabelecer o <i>Taskforce</i> sobre Financiamento do Sector Saúde.</p>
Recomendações para área de Medicamentos e Suprimentos Médicos
<p>23. Estabelecer critérios para a definição dos medicamentos vitais e necessários.</p> <p>24. Concluir e aprovar a Estratégia da CMAM.</p> <p>25. Criar sistemas de videovigilância para armazéns centrais.</p>
Recomendações para área de Recursos Humanos
<p>26. Actualizar o Plano Acelerado de Formação.</p> <p>27. Harmonizar o perfil dos graduados com o plano de carreiras, não só na área clínica, mas também na área de a gestão (carreira de gestor).</p>
Recomendações para área de Finanças e Auditorias
<p>28. Clarificar os termos de referência das auditorias para que o relatório separe as recomendações de nível Central e as de nível Provincial.</p> <p>29. Harmonizar o plano de desembolsos com o plano de tesouraria do MISAU.</p> <p>30. Em relação ao Plano de Monitoria de gestão de finanças públicas acordado: <ul style="list-style-type: none"> ○ O MISAU deve garantir que haja um nível de implementação mensal para responder a monitoria bimensal ○ O MISAU e seus parceiros devem garantir o cumprimento do calendário de desembolsos </p> <p>31. O MISAU deverá definir o tipo de Assistência Técnica necessária para a efectiva implementação do Plano de Monitoria de Gestão de Finanças Públicas.</p>
Recomendação adicional para os parceiros
<p>32. Desenvolver instrumentos para a monitoria regular das missões conjuntas e individuais que visitam o MISAU</p>

D. MONITORIA DE IMPLEMENTAÇÃO DO MEMORANDO DE ENTENDIMENTO

Uma tendência negativa nos documentos-chave que deviam ser apresentados aos parceiros foi notada em 2011. Na verdade, quase ½ dos documentos mencionados no Memorando de Entendimento para serem apresentados aos parceiros chegaram tardiamente ou simplesmente não foram partilhados. Por outro lado, os parceiros não forneceram feedback atempado aos documentos ao MISAU. Os Anexos 2.1 e 2.2 apresentam respectivamente a Matriz de monitoria do Memorando de Entendimento e os gráficos que ilustram o ponto de situação dos Parceiros integrados no IHP+.

Como recomendação, até Julho de 2012, a equipe formada por Parceiro Focal juntamente com DPC deve (ii) elaborar orientações mais claras sobre o que grupo de trabalho deve apresentar e o tipo de feedback e também para esclarecer como esse feedback é levado em consideração pelo MISAU / nos seus documentos; (ii) comunicar ao pessoal chave do MISAU para que agilize processos internos, a fim de melhorar a apresentação atempada dos documentos para os parceiros.

ANEXO 1 – RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS PARA OS INDICADORES DO QAD

Indicadores 4 e 5 (Nutrição)
<ul style="list-style-type: none">• Considerar a substituição do indicador, já que este apresenta muitas inconsistências e não existe ainda clareza por parte da OMS sobre como o mesmo deve ser colhido. Um dos indicadores propostos pelo Departamento de Nutrição para sua substituição é a Taxa de cura por desnutrição aguda, que juntaria os casos de desnutrição moderada e grave tratados em ambulatório e é mais representativa do Programa de Reabilitação Nutricional.• O Departamento de Nutrição e o DIS devem concordar sobre apenas um único sistema de colheita do indicador e o Módulo Básico parece ser a melhor opção, já que este compila a informação por nível de US. Não obstante, é importante salientar que o programa já solicitou ao DIS a inclusão de todos os indicadores do Programa de Reabilitação Nutricional (PRN) no SIS. O passo seguinte, será a introdução destes no módulo básico.• O Departamento de Nutrição e o DIS devem definir um mecanismo específico que permita colher todos os casos de internamento por desnutrição da Pediatria, independentemente se estes casos aparecem como diagnóstico principal ou como doenças associadas, pois isto influencia a planificação das necessidades dos produtos terapêuticos usados no tratamento da desnutrição (os leites terapêuticos, Resomal e o Alimento Terapêutico Pronto para Uso-ATPU).
Indicadores 10, 11 e 12 (Programa da Malária)
<ul style="list-style-type: none">• Articular com SMI e DIS para melhorar a colheita e reporte de dados de CPN• Efectuar uma auditoria de qualidade de dados de CPN incluindo o TIP imediatamente ou incluir nas visitas do próximo ACA (XII)• Articular com o INE para clarificar o método da estimativa de cálculo de mulheres grávidas esperadas. Deve-se considerar o cálculo tomando em conta as variações por local e não assumindo simplesmente a média nacional.• Clarificar o cálculo de casas alvo para o PIDOM
Indicadores 13, 14 (Programa de Tuberculose)
<ul style="list-style-type: none">• Substituir no QAD o actual Indicador 13 por Taxa de Notificação de Todas as Formas de Casos de TB (por 100,000 pessoas). Uma vez que este indicador limita-se a captar apenas doentes TB com BK+, excluindo outras formas de TB que têm sido cada vez mais frequentes, a OMS já não está a usar este indicador nos seus relatórios. O novo indicador proposto já está em uso pelo programa TB no âmbito do quadro de desempenho ronda 7 do Fundo Global, onde constam a linha de base (2010) e metas de 2011 e 2012.• Em relação ao Indicador 14, recomenda-se igualmente mudá-lo por Taxa de Sucesso da Tuberculose. Este novo indicador possui muito mais vantagens do que a taxa de cura: i) Enquanto a taxa de cura mede apenas o resultado de tratamento dos casos de tuberculose com BK+, a taxa de sucesso mede o resultado de tratamento não só de casos de BK+, mas também, outros casos que mesmo tendo terminado o tratamento por vários motivos não fizeram a baciloscopia que documenta a cura; ii) por engano, a versão actual das notas técnicas dos indicadores de QAD definem taxa de sucesso e não taxa de cura.
Indicadores 16 e 18 (Programa de HIV e SIDA)
<ul style="list-style-type: none">• Adaptar as metas do indicador 16 QAD antes do CCS de Julho 2012• Ajustar e alinhar as metas do indicador 18 entre o PES do programa, matriz de desempenho do Fundo Global e a matriz QAD. A meta definida pelo programa é diferente daquela do QAD e do Fundo Global, sendo bem maior.

Indicador 23 (Infra-estruturas)
1. Verificar se o indicador 23 mede a questão de equidade com base nos níveis definidos no PESS.
Indicadores 24 e 25 (Medicamentos e Suprimentos Médicos)
<ul style="list-style-type: none"> • Indicador 24 QAD deverá incorporar dados de aviamentos nos armazéns do ADIL e da Beira através do sistema de gestão de stocks (MACS) • Mudar o actual indicador 25 para % de amostras com qualidade num total de amostras analisadas de medicamentos, cujas metas devem ser de pelo menos 95% em cada ano. • Incluir a descrição do novo indicador 25 nas notas técnicas explicativas do QAD
Indicadores 28 e 29 (Recursos Humanos)
<ul style="list-style-type: none"> • Adaptar as metas dos indicadores 28 e 29 antes do CCS de Julho 2012, sempre de forma realista, tomando como base o atingido no ano anterior para evitar metas que são consistentemente ultrapassadas. • Rever o indicador 28 para incluir também médicos estrangeiros a operar no sector público no seu cálculo
Indicadores 30, 31 e 32 (Finanças e Auditorias)
<ul style="list-style-type: none"> • Tomar em conta que o indicador 30 é substituído por 3 indicadores com mais detalhes sobre OE, PRÓSAÚDE e Investimentos, discriminado por níveis central e provincial • Que os Indicadores 31 e 32 passem a ser da responsabilidade da Inspeção Geral de Saúde e rever o indicador e a respectiva nota técnica
Indicador 35 (parceiros)
<ul style="list-style-type: none"> • Rever as notas técnicas explicativas sobre a relação entre número missões conjuntas e individuais na sua interpretação

ANEXO 2.1 – MATRIZ DE MONITORIA DO MEMORANDO DE ENTENDIMENTO ENTRE O MISAU E PARCEIROS

Introdução

Os Doadores do PRÓSAÚDE e o Ministério da Saúde (MISAU), em consulta com outros membros do Grupo de Parceiros da Saúde (HPG), reconheceram a complexidade e o grande nível de detalhes do Memorando de Entendimento (MdE) assinado em Julho de 2008 para o estabelecimento do PRÓSAÚDE II. Em resposta a isto, foi acordado que é necessária uma clarificação adicional e a subsequente monitoria da implementação do MdE.

Na análise conjunta foram identificados os seguintes componentes essenciais do MdE:

- Reuniões a serem realizadas;
- Documentos a serem partilhados
- Cumprimento às exigências dos Doadores;

A matriz do MdE lida com esses elementos que de outra forma não são monitorizados na Programação de Abordagem Sectorial Ampla de Saúde.

Reuniões

Frequência: alvo 80%, sem falhas no CCS

Actas de	Número planeado	Número actual	Alvo	% Actual
Grupos Técnicos (6)	6 x 5 = 30 (mínimo)	39	29/36 = 80%	100%
CCC	9	8	8/9 = 89%	89%
CCC-A	1	1	1/1 = 100%	100%
CCS	2	2	2/2 = 100%	100%
Combinado	42 (mínimo)	50	40/48 = 83% (sem falhas no CCS)	100%

Toda a documentação conforme acordada no MdE deverá ser submetido atempadamente, completa e com versões finais, ambas electrónicas (preferencialmente como ficheiros. pdf) e as fotocópias para o Secretariado do Parceiro Focal, que deverá assinar o recibo e é responsável pela distribuição para os membros do HPG. O Parceiro Focal será responsável pela resposta atempada ao MISAU sobre a recepção pelos Parceiros da Saúde de documentação em particular, tenha sido aceite como atempada, completa e final. Este reconhecimento poderá ser feito com comentários. Contudo alternativas poderão ser negociadas sobre base *ad-hoc* para certa documentação, o tempo, compleição e submissão final da seguinte documentação é exigida sem falhas segundo a tabela que segue:

Período: Março 2011—Fevereiro 2012

Documentos	Elemento	Data limite	Atempadamento S/N	Completa S/N
PESS*		n.d.	n.d.	n.d.
PES	Preliminary Plan (n+1)*	Julho	S	S
	Preliminary Budget (n+1)*	Julho	S	S
	Preliminary PAF (n+1)*	Julho	S	S
	Plan (n+1)*	Dezembro	N	Ainda não recebido
	Budget (n+1)*	Dezembro	N	Ainda não recebido
	PAF (n+1)*	Outubro	S	S
	Disbursement Plan for the PS (n+1)	Dezembro	S	S
	Cash (Treasury) Plan (n+1)*	Dezembro	N	Ainda não recebido
	Procurement Plan (n+1)*	Dezembro	N	Ainda não recebido
	MTEF (n+2, 3 & 4)*	Março	S	S
Relatórios	BdP (n-1)*	Abril	S	S
	REO(n-1)*	Abril	N: Agosto 2011	S
	PFM assessment	Abril	N: Junho	S
	ACA (n-1)*	Abril	S	S
Auditorias	AT (n-2)*	Março	N	N: Fin. Auditoria 2009 – não AT, mas externa, KPMG(Junho 2011) e Grand Thornton (Out 2011). O relatório da AT de 2008 está finalizado, mas aguarda decisão final.
	IGF (n-2)*	Março	N	O último relatório foi partilhado com parceiros e cobre o período de 2008 a Maio 2009
	IGS*	Março	N	n.d.
	Procurement*	Dezembro	Y	Levantamento agendado como planificado
	FoF (n-1)*	Julho	N	FoF não recebido em 2010

Máximo 2 meses após a data limite

Documentos: Alvo de documentos requeridos: 90% à tempo e completos, sem falhas naqueles marcados com (*).

Cumprimento do MdE pelos Doadores

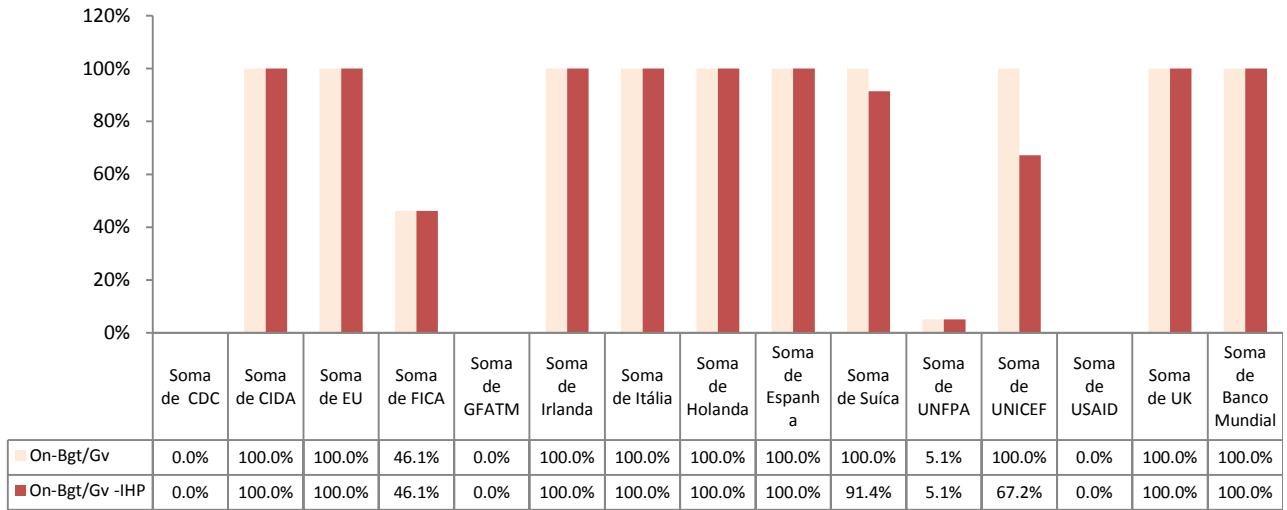
MoU Clause	Deadline	Target	Evaluation
Art. 5: Compromissos e desembolsos			
5.1 Comunicar o compromisso financeiro anual total para o ano 'n+1'	< 4 semanas a partir do PAP	90%	O cometimento provisório foi feito em tempo oportuno; mas o final esteve atrasado: Dezembro para todos doadores PRÓSAÚDE (100%)
Art. 7: Relatórios e Documentos (listados na tabela de documentos)			
7.2 Comentários sobre os relatórios	Dentro de 8 semanas	90% sem falha nos documentos indicados por *	Feedback dos parceiros aos documentos do MISAU pode ser melhorado

Sumário: Matriz de Monitoria de MdE

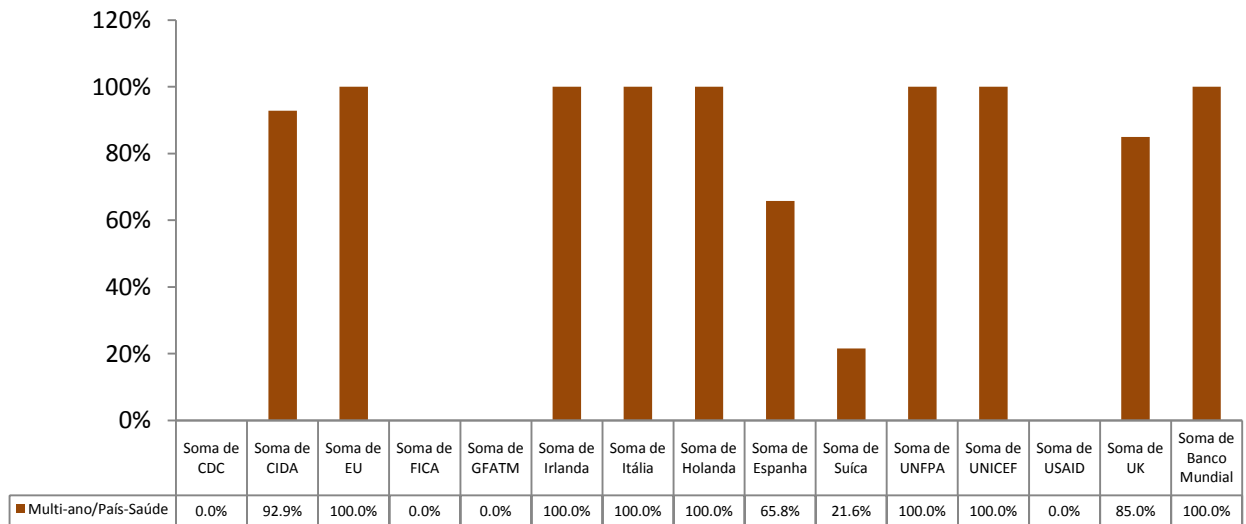
Item	Elemento	Alvo	Actual %	Avaliação Conjunta		
				Estatuto	Tendências	Em agregado
				Atingido/Parcialmente atingido	Positiva/Estável/Negativa	
Reuniões	Frequência	80% sem falha do CCS	100%	Atingido	Positivo: boa participação	Estável: metas atingidas
Documentos exigidos	Atempadamente e Completos	90% sem falha*	58%	Parcialmente atingido	Estável	
Contribuição dos Doadores	Cumprimento do MdE	90% sem falha*	100%	Atingido	Estável	

ANEXO 2.2 – PONTO DE SITUAÇÃO DOS INDICADORES DO “INTERNATIONAL HEALTH PARTNERSHIP PLUS” (IHP+)

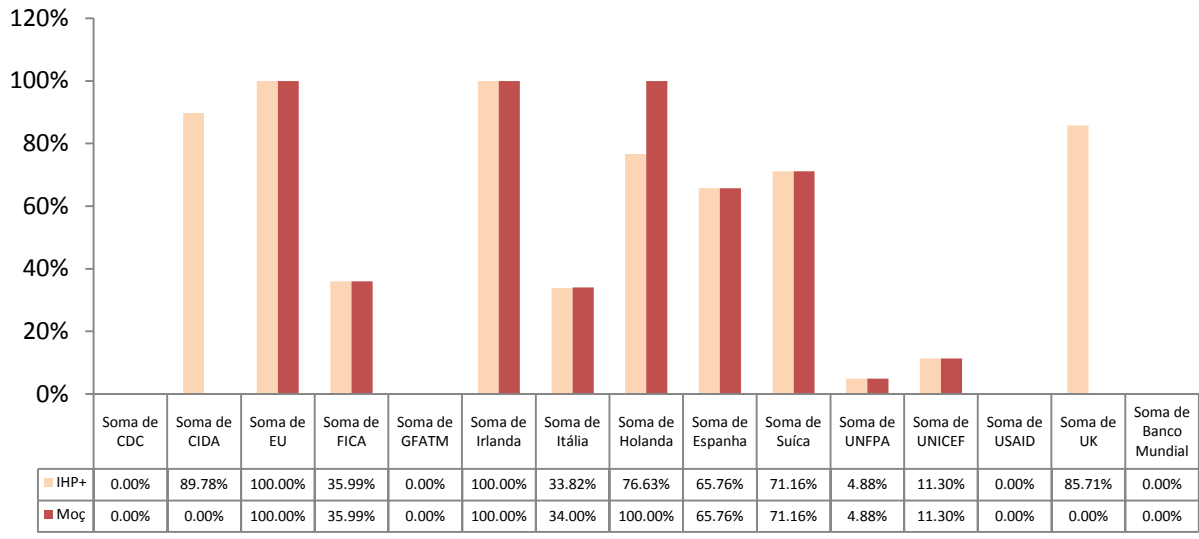
Os resultados do mandato do IHP+ derivam do Compacto global de IHP+, que destaca a necessidade dum levantamento independente dos progressos. O quadro de referência para os dados apresentados foi desenvolvido e acordado pelos signatários do IHP+ em 2010. Assim, os gráficos que seguem reflectem o desempenho positivo dos parceiros no alinhamento dos mecanismos de ajuda com os sistemas nacionais.



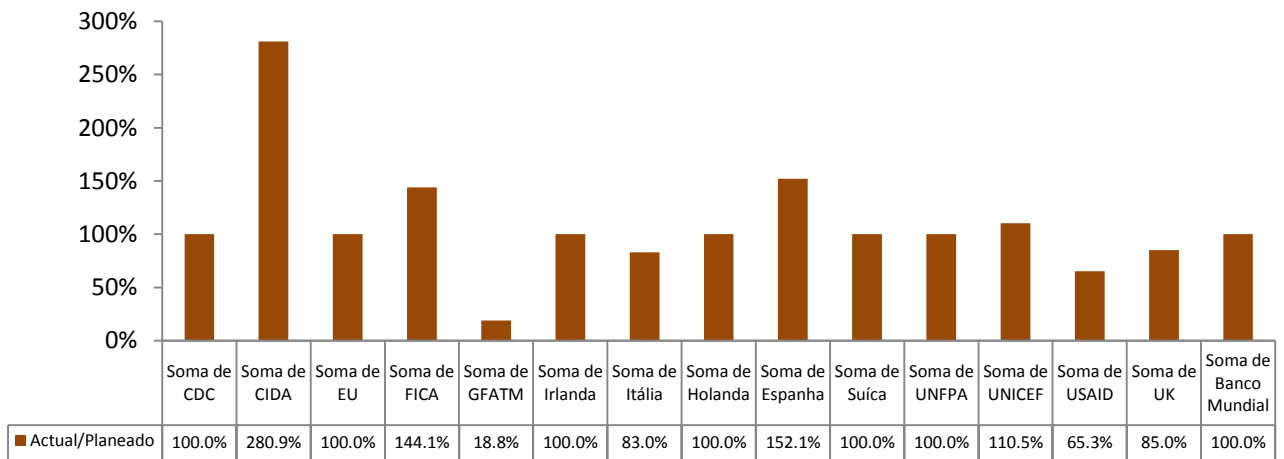
Contribuição on-budget para o governo por parceiro



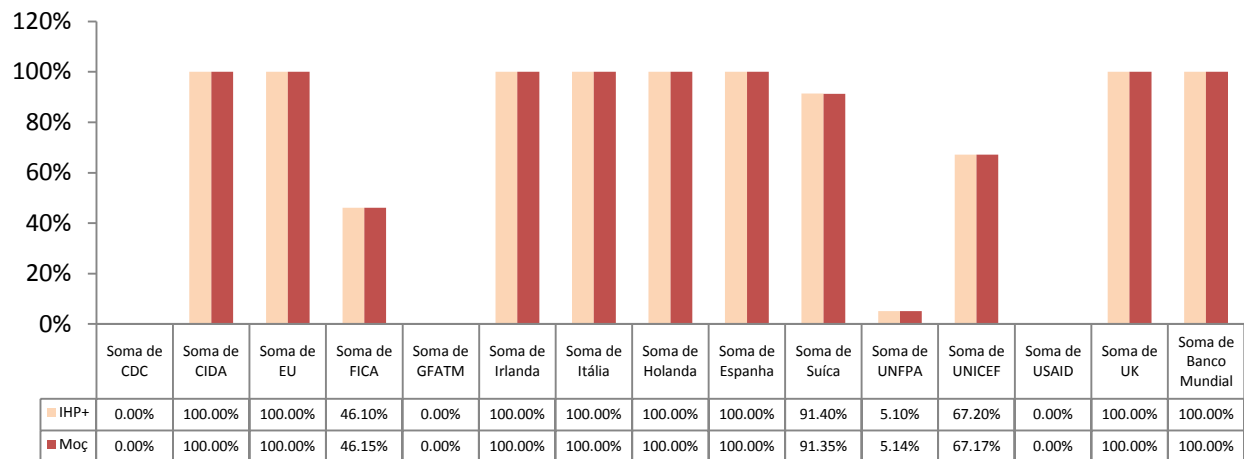
Porcentagem da ajuda do sector de saúde prestados por meio de compromissos plurianuais



Uso do sistema nacional de aquisições



Actual/Planeado



Uso nacional de PFM

ANEXO 3 – RELATÓRIOS SOBRE AS CONSTATAÇÕES DE VISITA CONJUNTA PARA AVALIAÇÃO DO ENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

Síntese de Constatações de visitas às Províncias no âmbito do Envolvimento Comunitário

Área/Tópico	Nampula e Zambézia	Maputo Província
Estrutura organizacional e Mecanismos de Coordenação	Existência aos diferentes níveis (DPS e SDSMAS) de um responsável pelas actividades de EC com participação nos principais fóruns de planificação e tomada de decisão. Faltam termos de referência	Existe uma estrutura organizacional que responde as acções de envolvimento comunitário mas faltam instrumentos para a sua verificação (termos de referência, mapeamento das ONGs)
	<u>Não disponibilização de documentos orientadores sobretudo o Programa Quinquenal do Governo (POG) e a ENPS ao nível dos distritos foi uma constante</u>	<u>Deficiente coordenação dos diferentes actores envolvidos no processo da implementação das actividades de envolvimento comunitário</u>
	<u>Falta de clareza na definição das actividades que devem ser planificadas e realizadas no âmbito do EC pelos diferentes actores. ENPS não é acompanhada de um plano de acção com um horizonte temporal e metas definidas e da identificação de acções concretas que devem estar incluídas nos PESOD's.</u>	<u>O plano distrital de Marracuene é muito geral na componente de EC, pois não tem um plano operacional detalhado.</u>
	<u>Os relatórios dos SDSMAS reportam poucas actividades do EC quando comparados com os relatórios enviados pelas organizações que operam nesta componente</u>	
	Embora haja envio de relatórios de prestação de contas das ONG's para os SDSMAS por parte de alguns parceiros, a análise dos mesmos não tem sido muito consistente	<u>Foi ainda referida que a falta de instrumentos de monitoria e avaliação, constitui uma fraqueza para o EC, pois ajudariam a dar resposta às necessidades do MISAU.</u>
	Dificuldade do sector em receber a informação dos fundos disponíveis para a implementação das actividades de EC por parte das ONG's locais, o que dificulta a planificação e a prestação de contas	
Revitalização do programa de APEs	<u>Verifica-se uma grande deficit na supervisão das actividades dos APEs a nível dos Distritos</u>	<u>A chegada tardia e insuficiente dos manuais para a formação dos APEs comprometeu de certa forma o curso normal da formação, pois foi necessário que os formandos partilhassem a leitura do material durante os primeiros dias da formação.</u>
	<u>Grandes motivos para a não realização das supervisões aos APE's pelas US's, é a falta recursos financeiros, de meios de transporte e combustível, associado as longas distâncias e precariedade das vias de acesso das comunidades onde estes residem</u>	<u>As visitas de supervisão às comunidades não são regulares, o que de certa forma desmotiva as estruturas a nível das comunidades.</u>
	Comunidades beneficiárias dos novos APE's, constatou-se que as mesmas estão satisfeitas com a sua formação e actuação bem como com a coordenação entre as US's e comités de saúde	Os antigos APEs trabalharam até o mês de Outubro e iniciaram a formação com base na nova abordagem no mês seguinte, o que implicou a indisponibilidade destes na comunidade.
		Falta de transporte, tanto para o sector saúde, bem como para a comunidade

Área/Tópico	Nampula e Zambézia	Maputo Província
		(motorizada, bicicletas).
Comités de Saúde e de Co-Gestão	No geral estes comités tem estado a realizar as actividades para as quais foram criados e reportam as actividades aos respectivos supervisores	<u>Apesar de o processo de criação dos comités de saúde e de cogestão ter iniciado a nível dos distritos, nota-se que ainda há dificuldades de compreensão e diferenciação destas duas abordagens</u>
	O acompanhamento de suas actividades é feito em grande medida pelas ONG's locais em coordenação com os SDSMAS e as US's das áreas de actuação	<u>Nenhum dos distritos apresentou o mapeamento dos mesmos, por um lado e por outro lado, esta informação não constava no Balanço do PES e em outros casos não fazia parte da sua planificação. Por este motivo, não foi possível verificar o número dos Comites de saúde e de co-gestão planificado e a sua criação real</u>
	<u>SDSMAS tem alguma dificuldade de compreender os novos conceitos nomeadamente os comités de saúde e os comités de co-gestão, sobretudo por estarem enraizados os conceitos / estruturas antigas (Conselhos de saúde e CLC)</u>	<u>Por falta de incentivos, alguns membros dos comités de saúde não ficam muito tempo, pois desistem das suas actividades. A título de exemplo, em Maluana o comité foi criado em 2006 e dos seus membros somente resta a líder que trabalha com o APE da sua comunidade, agora em formação</u>
Intervenções na Comunicação/educação para a Saúde	Feiras de saúde foram realizadas por todos os distritos visitados o que demonstra a importância que a província tem dado a esta actividade	Celebração de datas comemorativas nos vários programas, Feiras de Saúde, palestras nas US, quando possível programas radiofónicos, e a nível da comunidade, fundamentalmente na Manhica, constroem latrinas, realizam jornadas de limpeza nas escolas, Unidades Sanitárias e ao longo da estrada
	Embora seja considerada uma actividade importante, ela não consta dos planos distritais e é realizada em função das oportunidades que ocorrem nas datas comemorativas ou da disponibilidade de patrocínios para sua realização	Falta de Rádio Comunitária locais e ainda falta de tempo suficiente para a divulgação de mensagens educativas

(i) Introdução

O Envolvimento Comunitário consta como a primeira prioridade no PES de 2011, e é um dos pilares da Estratégia Nacional de Promoção de Saúde. É definido pelo MISAU, como o “trabalhar activamente com as comunidades para que elas estejam organizadas e capacitadas para identificar os seus problemas de saúde e definir acções visando a promoção da sua saúde e a prevenção de doenças”.

As acções para o envolvimento comunitário no sector saúde estão orientadas para a educação e comunicação para a saúde, a criação dos comités de co-gestão, os comités de saúde e a revitalização do Programa dos APEs.

Neste contexto, na presente avaliação conjunta anual, foi incluído o tema Envolvimento Comunitário, como forma de avaliar a estrutura organizacional e os mecanismos de coordenação que estão estabelecidos para salvaguardar a implementação destas actividades.

Deste modo, foram realizadas visitas às Províncias da Zambézia (DPS, Gurué, Ile e Mocuba), Nampula (DPS, Nacala Porto, Ilha de Moçambique e Monapo) e Maputo Província (DPS, Manhica, Moamba e Marracuene) onde foram visitados os APE's novos e antigos, os comités de saúde e de co-gestão e os Conselhos de Saúde.

A avaliação foi feita mediante o protocolo previamente aprovado. A receptividade dos entrevistados foi boa o que permitiu obter o máximo de informação sobre o funcionamento dos SDSMAS e DPS para implementar os desafios do Envolvimento Comunitário.

No geral constatou-se que ao nível distrital decorrem actividades na componente de Envolvimento Comunitário a um ritmo satisfatório porém há necessidade de melhorar os mecanismos de coordenação e supervisão entre os DPS/SDSMAS e os parceiros de forma a tirar maior benefício dos esforços de todos os actores.

(ii) Limitações do processo

Em geral o processo decorreu segundo o planificado, porém algumas questões deverão ser acauteladas em próximas avaliações, nomeadamente:

- O acesso às comunidades - uma vez que esta avaliação tem sido feita em plena época chuvosa, há necessidade de se ter em conta as vias de acesso as comunidades onde se encontram os APE's e os comités de saúde.
- Aviso com antecedência - há necessidade de manter as pessoas informadas com antecedência de modo a encontrar os informantes chave da comunidade.
- Foram trocados os distritos que inicialmente haviam sido definidos na Maputo província (Matuituíne e Magude) tendo sido substituídos por Moamba e Marracuene, respectivamente. E isto, fez com que o tempo para informar e garantir a presença das comunidades não fosse suficiente.
- O protocolo - O protocolo é extenso o que dificulta a atenção dos entrevistados.
 - Algumas questões complexas com possibilidade de diferentes interpretações;
 - Algumas questões com pouca relevância para os objectivos da avaliação;
 - Falta de testagem do protocolo do Envolvimento Comunitário antes da sua implementação
- A não inclusão das ONGs no protocolo - grande parte das actividades de EC são realizadas pelas ONGs, seria fundamental que se procura-se obter as informações e percepções destas sobre a implementação das acções do EC na comunidade

Apesar das limitações apresentadas, foi possível colher o máximo de informação que permite compreender o actual cenário da implementação das actividades do Envolvimento Comunitário.

(iii) Metodologia

A metodologia sugerida para a aplicação dos questionários foi seguida em todos os distritos pese embora os grupos tivessem sido repartidos para garantir o cumprimento dos prazos estabelecidos em cada distrito

Nas comunidades onde não existem comités de saúde, as entrevistas foram feitas aos Conselhos de Saúde ou outra estrutura estabelecida e com grande domínio nas intervenções ao nível das comunidades.

Todas as respostas foram sistematizadas num modelo matricial para facilitar a análise da informação, e a análise foi feita por grupo de questões tendo em consideração ao objectivo para o qual foram elaboradas.

Na elaboração do relatório, as constatações foram agrupadas de forma a responder os principais objectivos da avaliação.

Foram também apresentadas as principais recomendações, com destaque para as de carácter estratégico.

(iv) Constatções e análise

Estrutura organizacional para a implementação das actividades do Envolvimento Comunitário e Mecanismos de Coordenação.

A forma como o sector se organiza para a implementação das actividades de Envolvimento Comunitário (EC) é a chave para o sucesso das mesmas. Deste modo, nesta visita de terreno, um dos principais objectivos foi o de avaliar melhor esta estrutura organizacional bem como verificar os mecanismos de coordenação existentes e aplicados aos diferentes níveis.

Em geral constatou-se a existência aos diferentes níveis (DPS e SDSMAS) de um responsável pelas actividades de EC com participação nos principais fóruns de planificação e tomada de decisão. Esta constatação é bastante positiva na medida em que permite compreender a importância que é dada ao EC quer no nível provincial, quer no distrital. Igualmente pode-se afirmar que estão criadas as bases que possibilitam a colocação e discussão das principais questões relacionadas com o EC, uma vez que o responsável por esta área, que é o principal impulsionador destas actividades, participa nos referidos fóruns.

Em todos os distritos as actividades do EC são coordenadas pela Repartição de Promoção de Saúde e Controle de Doenças (RPSCD) porém, existem pequenas diferenças de distrito para distrito no que se refere a pessoa que responde por elas, sendo em alguns casos o chefe da repartição (por acumulação) e noutros, outra pessoa que a ele se subordina, um Técnico de Medicina Preventiva ou Enfermeira de Saúde Materno Infantil.

O Programa Quinquenal do Governo (PQG), o Plano Económico e Social Distrital (PESOD), a Estratégia Nacional de Promoção de Saúde (ENSP) dentre outros, são documentos orientadores, que sistematizam as actividades que devem ser realizadas durante determinado período. Constituem instrumentos fundamentais para os gestores, daí a importância e necessidade de estar presente em todos os SDSMAS bem como junto aos responsáveis dos diferentes programas nas direcções provinciais.

A não disponibilização de documentos orientadores sobretudo o Programa Quinquenal do Governo (PQG) e a ENSP ao nível dos distritos foi uma constante. Este facto, contribui para a falta de clareza na definição das actividades que devem ser planificadas e realizadas no âmbito do EC pelos diferentes actores.

Uma análise cuidadosa aos balanços dos relatórios dos SDSMAS e dos relatórios das ONG's locais permitiu compreender que apesar da falta da ENPS, as actividades realizadas enquadram-se no que está previsto na mesma, porém sem uma estruturação clara, sobretudo no que diz respeito aos objectivos para os quais cada uma delas responde.

Por outro lado, também constatou-se que os relatórios dos SDSMAS reportam poucas actividades do EC quando comparados com os relatórios enviados pelas organizações que operam nesta componente. Igualmente, os mesmos não apresentam a informação sistematizada num único

capítulo nem fazem uma análise do desempenho do sector e parceiros no âmbito do EC com base nos indicadores propostos na estratégia.

Nos locais onde foi possível observar o PESOD, constatou-se que as actividades do EC apresentam metas definidas, porém sem critérios muito claros de sua definição.

As dificuldades acima mencionadas derivam em parte do facto da ENPS não estar acompanhada de um plano de acção com um horizonte temporal e metas definidas e da definição de acções concretas que devem estar incluídas nos PESOD's.

No que respeita a coordenação com os parceiros, importa referir que no geral os distritos tem o conhecimento das organizações que operam na sua área de saúde porém, recebem os relatórios de forma irregular.

Embora haja envio de relatórios de prestação de contas das ONG's para os SDSMAS por parte de alguns parceiros, a análise dos mesmos não tem sido muito consistente pois o desempenho das ONG's não é analisado em função dos compromissos assumidos e resultados alcançados, o que contribui uma perda de oportunidade para a melhoria das actividades.

Outro aspecto importante constatado é que persiste a dificuldade do sector receber a informação dos fundos disponíveis para a implementação das actividades de EC por parte das ONG's locais, o que dificulta a planificação e a prestação de contas.

Implementação das actividades de revitalização do programa de APEs

No geral os distritos apresentam uma estrutura capaz de garantir a coordenação e acompanhamento das actividades dos APE's embora se tenha constatado a falta de termos de referência para a pessoa que responde por esta componente. No entanto, verifica-se um grande deficit na supervisão das actividades dos APEs a nível dos Distritos.

Constatou-se que o acompanhamento das actividades dos antigos APE's é bastante deficiente, o que os poderá levar a abandonar as actividades ou a ficarem frustrados com o sistema. O grande desafio nesta componente consiste em garantir que as atenções actualmente viradas para os novos APE's não agravem o problema de supervisão e medicamentos para os antigos APE's. É útil continuar a envidar esforços para salvaguardar que os antigos APE's continuem no activo tendo em consideração a sua importância para as comunidades enquanto aguardam a sua reciclagem

Para o efeito, é necessário que se encontrem recursos financeiros para manter ao mínimo suas actividades e activar com urgência o processo da sua reciclagem e a definição de formas para garantir a sua supervisão.

Um dos grandes motivos para a não realização das supervisões aos APE's pelas US's, SDSMAS e DPS é a falta de meios de transporte, financeiros e combustível, associado as longas distâncias e precariedade das vias de acesso para as comunidades onde estes residem. Deste modo seria útil reflectir sobre a alocação destes recursos as US's periféricas, uma vez que as visitas efectuadas pelas equipas distritais se mostram menos regulares e mais onerosas.

No que diz respeito as comunidades beneficiárias dos novos APE's, constatou-se que as mesmas estão satisfeitas com a sua formação e actuação bem como com a coordenação entre as US's e conselhos ou comités de Saúde.

Ponto de situação da criação dos Comitês de saúde e os de Co-Gestão

A nova ENPS faz menção no pilar sobre o Envolvimento Comunitário, a necessidade de criação de Comitês de Saúde e Comitês de Co-gestão, no entanto ao longo dos últimos 10 anos as comunidades foram sendo organizadas para colaborar com a saúde através de outros fóruns com diferentes designações, Conselhos de Lideres Comunitários (CLC), Conselhos de Saúde, Grupos de Mães, activistas da saúde reprodutiva, etc.

Nos distritos visitados foram mantidos encontros com os comités de saúde e de co-gestão onde já estão estabelecidos ou com Conselhos de Saúde, que representam uma estrutura organizativa das comunidades que congrega diferentes subgrupos com áreas temáticas de intervenção definidas. No geral estas estruturas organizativas têm estado a realizar as actividades para as quais foram criadas e reportam-nas aos respectivos supervisores.

O acompanhamento das suas actividades é feito em grande medida pelas ONG's locais em coordenação com os SDSMAS e as US's das áreas de actuação, porém há necessidade de garantir um maior protagonismo dos SDSMAS no seguimento dos mesmos, tendo em conta o trabalho que estão a realizar.

Da avaliação feita, constatou-se que os SDSMAS têm alguma dificuldade de compreender os novos conceitos, nomeadamente: os comités de saúde e os comités de co-gestão, sobretudo por estarem enraizados os conceitos / estruturas antigas (Conselhos de saúde e CLC).

Como pontos positivos foi o entusiasmo por parte dos técnicos de Saúde bem como dos membros das comunidades na implementação das acções de envolvimento comunitário que apresentaram exemplos claros de empenho e participação em aspectos referentes a construção e segurança de infra-estruturas nas US.

Principais intervenções na Comunicação/Educação para a Saúde

A província e o distrito tem estado a realizar actividades de Informação, Educação e Comunicação (IEC) viradas para as comunidades, de diversas formas, nomeadamente: palestras, distribuição de panfletos e participação em programas radiofónicos e televisivos. Em geral as províncias não produzem materiais de IEC, recebem do nível central e distribuem obedecendo o fluxo normal dos restantes materiais.

Há uma forte consciência de que as palestras são uma actividade de vital importância para a educação das comunidades em matérias de promoção de saúde e prevenção de doenças, porém a falta de normas que orientam a sua adequada planificação e organização, os deficientes

mecanismos de controlo da sua realização e a forma como são reportadas, são aspectos que merecem uma atenção de forma a tirar o maior benefício desta actividade.

O manual de IEC que está disponível em maior parte dos locais visitados, precisa de ser simplificado para apoiar melhor na preparação das palestras para as comunidades.

As feiras de saúde têm estado a ser realizadas o que demonstra a importância que as províncias têm dado a esta actividade. No entanto a sua preparação varia de local para local considerando a experiência acumulada nesta matéria.

Embora seja considerada uma actividade importante, ela não consta dos planos distritais e é realizada em função das oportunidades que ocorrem nas datas comemorativas ou da disponibilidade de patrocínios para sua realização. No entanto, ao nível provincial esta actividade tem estado a ser planificada.

No geral constatou-se um bom relacionamento entre o sector e parceiros com vista a utilização dos meios de comunicação disponíveis para a divulgação de mensagens educativas às comunidades.

Na planificação das actividades de IEC persiste o desafio de garantir o equilíbrio do género, sendo importante salvaguardar a capacitação dos quadros para responderem a este desafio.

O sentido crítico em relação aos materiais recebidos ainda é fraco, embora em certos casos tenha se referido que os mesmos possam ser de difícil compreensão para as comunidades.

O trabalho com as associações juvenis e outros grupos dos adolescentes e jovens constitui ainda um desafio, sendo importante identificar formas cada vez mais efectivas de manter os adolescentes e jovens mais envolvidos na sua própria educação.

(v) Recomendações

- ✓ O Envolvimento Comunitário é apenas um dos pilares da ENPS. Deste modo e para permitir alguma uniformidade é necessário garantir que ao nível da Repartição de Promoção de Saúde e Controle de Doenças dos SDSMAS exista alguém (sugere-se secção) que se responsabilize pelas actividades de Promoção da Saúde, cujo documento orientador deverá ser a actual ENPS. A acumulação destas funções pelo chefe da repartição não trás grandes vantagens, uma vez que o mesmo precisa de garantir a coordenação entre os diferentes programas e secções que a ele se subordinam.
- ✓ Seria muito importante que se definissem os ToR's dos responsáveis dos diferentes programas e muito especialmente, Envolvimento Comunitário.
- ✓ O Envolvimento Comunitário para a Saúde é fundamental para o sucesso de todas as intervenções a nível das comunidades e das US. A implementação e efectivação das actividades comunitárias necessitam de uma planificação, sistematização, persistência e consistência, tempo e dedicação. Estes aspectos devem ser aliados a disponibilização de recursos financeiros e humanos. Deve-se responsabilizar técnicos que se dediquem em garantir a realização, o seguimento e supervisão constante.

- ✓ É recomendável a capacitação de técnicos a nível provincial em comunicação para mudança social e de comportamento, em metodologias participativas e mobilização social para garantir o seguimento e supervisão das actividades comunitárias
- ✓ A coordenação das actividades quer ao nível provincial quer no nível distrital continua a ser um desafio, sendo importante que se defina como uma prioridade a sua melhoria. A experiência da Província da Zambézia da UGOMANIHA, se for aperfeiçoada poderá constituir uma boa base para a melhoria da coordenação.
- ✓ É necessário garantir que as ONG's que operam nas províncias e distritos se identifiquem com os PESOD's e se comprometam em apoiar as prioridades do sector, colocando ao dispor os recursos disponíveis na altura da planificação. Igualmente é necessário estabelecer que as ONG's sejam avaliadas pela sua contribuição no alcance das metas dos principais indicadores de desempenho do sector.
- ✓ É recomendável que se evite ao máximo a multiplicação de estruturas ao nível da comunidade, sobretudo quando as mesmas apresentam nomenclaturas/terminologias diferentes porem com actividades similares. Em contrapartida, seria útil pensar numa estrutura de organização das comunidades que pudesse incluir as diferentes necessidades do sector uma vez que as pessoas activas têm a tendência de ser as mesmas. Um exemplo bom a seguir é a dos Comitês de saúde visitados que tem na sua estrutura subgrupos constituídos por voluntários, grupo de matronas, grupo de mães e pais, grupo formado em AIDI comunitário, dentre outros, que na sua actuação constituem grupos heterogéneos e multifuncionais.
 - Assim, seria útil aproveitar as estruturas actualmente existentes e adequa-las aos desafios de funcionamento que se pretende tendo em consideração a nova estratégia de promoção de saúde.
 - Outro aspecto a considerar é a necessidade de clarificação dos modelos de transição quando são definidas novas estruturas de organização, como é o caso da criação de um comité de co-gestão ou comité de saúde numa US ou comunidade onde já se tenha uma outra estrutura organizativa.
 - Igualmente deveria constituir uma prioridade o mapeamento das diferentes organizações comunitárias estabelecidas em cada distrito e província e definir um plano de transição para as novas estruturas previstas na ENPS.
- ✓ É necessário salvaguardar que o programa dos novos APE's decorra normalmente e se cumpram com todos os passos definidos no programa, sobretudo no que diz respeito ao seu seguimento e supervisão. No entanto, para além disso, é também importante garantir o acompanhamento e a disponibilidade dos medicamentos dos antigos APE's, uma vez que parte significativa das aldeias ainda é assegurada por estes.
- ✓ Existe a necessidade de estabelecer um mecanismo de recolha de sensibilidades das comunidades sempre que são introduzidos novos materiais de IEC, de forma a garantir uma adequação a realidade sociocultural de cada local.

- ✓ A ENPS é um documento fundamental para as orientações dos diferentes actores nesta componente. Assim, é recomendável que seja amplamente divulgada aos diferentes níveis. Igualmente seria útil avançar para a elaboração de um plano de acção, devidamente orçamentado e com um horizonte temporal definido.

(vi) Conclusões

Em geral nota-se um grande esforço para a implementação das actividades de envolvimento comunitário, porém a deficiente coordenação e Supervisão das actividades, coloca em risco o sucesso das mesmas. Os desafios da melhoria da coordenação envolvem a todos os actores nos diferentes níveis de actuação.

Mais importante que a designação da adequada para as estruturas criadas ao nível da comunidade, é garantir a funcionalidade, eficiência e eficácia das mesmas.

(vii) Agradecimentos

A equipa agradece em primeiro lugar as Direcções Provinciais de Saúde da Zambézia, Nampula e Maputo província na pessoa dos Directores e Médicos Chefes Provinciais, por ter criado todas as condições necessárias para a realização deste trabalho.

Igualmente agradece aos Directores dos SDSMAS e Respectivos Médicos Chefes pela recepção da equipe e organização das visitas de terreno e entrevistas aos funcionários chave.

Aos parceiros de cooperação, pela disponibilização de viaturas que tornaram possível a deslocação.

Um especial agradecimento aos Chefes do Departamento de Planificação e Cooperação das DPS's pela sua entrega e participação em todos os distritos por onde a equipe passou.

RELATÓRIO DE VISITA A NAMPULA: ENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

(i) Introdução

O Envolvimento Comunitário consta como a primeira prioridade no PES de 2011, e é um dos pilares da Estratégia Nacional de Promoção de Saúde. Este é definido pelo MISAU, como o “trabalhar activamente com as comunidades para que elas estejam organizadas e capacitadas para identificar os seus problemas de saúde e definir acções visando a promoção da sua saúde e a prevenção de doenças”.

As acções para o envolvimento comunitário no sector saúde são geralmente viradas para a educação e comunicação para a saúde, a criação dos comités de co-gestão, os comités de saúde e a revitalização do Programa do APes.

Neste contexto, na presente avaliação conjunta anual, foi eleito o tema Envolvimento Comunitário, como forma de avaliar a estrutura organizacional e os mecanismos de coordenação que estão estabelecidos para salvaguardar a implementação destas actividades.

Assim foi realizada a visita a Província de Nampula, onde para além do trabalho feito na Direcção e Hospital provincial, foram visitados outros 3 distritos nomeadamente, Nacala Porto, Ilha de Moçambique e Monapo onde a equipe interagiu com as equipes distritais, os APE's e os Comités de Saúde e de Co-gestão das US.

A avaliação foi feita mediante um protocolo previamente aprovado e com módulos diferentes para cada um dos grupos alvo. A receptividade dos entrevistados foi boa o que permitiu obter o máximo de informação sobre a implementação das actividades definidas para o envolvimento comunitário e o funcionamento dos SDSMAS e DPS.

No geral constatou-se que ao nível distrital decorrem actividades na componente de Envolvimento Comunitário a um ritmo satisfatório porém há necessidade de melhorar os mecanismos de coordenação de forma a tirar maior benefício dos esforços de todos os actores.

(ii) Limitações do processo

Em geral o processo decorreu segundo o planificado, porém algumas questões deverão ser acauteladas em próximas avaliações nomeadamente:

- O acesso as comunidades - uma vez que esta avaliação tem sido feita em plena época chuvosa, há necessidade de se ter em conta as vias de acesso as comunidades onde se encontram os APE's e os comités de saúde. Por este motivo a equipe teve que alterar localmente o itinerário de trabalho, substituindo o Distrito de Moma pelo distrito de Monapo.
- O Protocolo – O protocolo é extenso o que dificulta a atenção dos entrevistados ao longo da entrevista
 - Falta de testagem do protocolo do Envolvimento Comunitário antes da sua implementação

- Algumas questões complexas com possibilidade de diferentes interpretações;
- Algumas questões com pouca relevância para os objectivos da avaliação;

Apesar dos aspectos acima arrolados o grupo cumpriu com o programado.

(iii) Metodologia

A metodologia sugerida para a aplicação dos questionários foi seguida em todos os distritos pese embora nos distritos de Nacala Porto e Ilha de Moçambique não possuam APEs formados na nova abordagem.

Todas as respostas foram sistematizadas num modelo matricial para facilitar a análise da informação, e as leituras foram feitas por grupo de questões tendo em consideração ao objectivo para as quais foram feitas.

Na elaboração do relatório, as constatações foram agrupadas de forma a responder os principais objectivos da avaliação.

Foram também apresentadas as principais recomendações, com destaque para as de carácter estratégico.

(iv) Constatações e análise

Estrutura organizacional para a implementação das actividades do Envolvimento Comunitário e Mecanismos de Coordenação.

A forma como o sector se organiza para a implementação das actividades de Envolvimento Comunitário (EC) é a chave para o sucesso das mesmas. Deste modo, nesta visita de terreno, um dos principais objectivos foi o de avaliar melhor esta estrutura organizacional bem como verificar os mecanismos de coordenação existentes e aplicados aos diferentes níveis.

Em geral constatou-se a existência aos diferentes níveis (DPS e SDSMAS) de um responsável pelas actividades de EC com participação nos principais fóruns de planificação e tomada de decisão. Esta constatação é bastante positiva na medida em que permite compreender a importância que é dada ao EC quer ao nível provincial, quer no distrital. Igualmente pode-se afirmar que estão criadas as bases que possibilitam a colocação e discussão das principais questões relacionadas com o EC, uma vez que o responsável por esta área que é o principal impulsionador destas actividades, participa nos referidos fóruns.

Em todos os distritos as actividades do EC são coordenadas pelo Departamento de Saúde da Comunidade porém, existem pequenas diferenças de distrito para distrito no que se refere a pessoa que responde por elas, sendo em alguns casos o chefe do departamento e noutros, outra pessoa que a ele se subordina, um Técnico de Medicina Preventiva ou Enfermeira de Saúde Materno Infantil.

O Programa Quinquenal do Governo (PQG), o Plano Económico e Social Distrital (PESOD), a Estratégia Nacional de Promoção de Saúde (ENSP) dentre outros, é documentos orientadores, que sistematizam, planificação e balanço das actividades. Constituem instrumentos fundamentais para

os gestores, daí a importância e necessidade de estar presente em todos os SDSMAS bem como junto aos responsáveis dos diferentes programas nas direcções provinciais.

A não disponibilização de documentos orientadores sobretudo o Programa Quinquenal do Governo (PQG) e a ENPS ao nível dos distritos foi uma constante. Este facto, contribui para a falta de clareza na definição das actividades que devem ser planificadas e realizadas no âmbito do EC pelos diferentes actores.

As actividades realizadas pela província enquadram-se no que está previsto no PQG, ENPS e ainda no Programa Provincial 20/20, porém sem uma uniformização das acções.

Por outro lado, também constatou-se que os relatórios dos SDSMAS reportam poucas actividades do EC quando comparados com os relatórios enviados pelas organizações que operam nesta componente. Igualmente, os mesmos não apresentam a informação sistematizada num único capítulo nem fazem uma análise do desempenho do sector e parceiros no âmbito do EC com base nos indicadores propostos na estratégia.

No que respeita a coordenação com os parceiros, importa referir que no geral os distritos tem o conhecimento das organizações que operam na sua área de saúde porém, recebem os relatórios de forma irregular.

Embora haja envio de relatórios de prestação de contas das ONG's para os SDSMAS por parte de alguns parceiros, a análise dos mesmos não tem sido muito consistente pois o desempenho das ONG's não é analisado em função dos compromissos assumidos e resultados alcançados, o que contribui para a perda de oportunidade para a melhoria das actividades.

Outro aspecto importante constatado é que persiste a dificuldade do sector receber a informação dos fundos disponíveis para a implementação das actividades de EC por parte das ONG's locais, o que dificulta a planificação e a prestação de contas.

Implementação das actividades de revitalização do programa de APEs

No geral os distritos apresentam uma estrutura capaz de garantir a coordenação e acompanhamento das actividades dos APE's embora se tenha constatado a falta de termos de referência para a pessoa que responde por esta componente. No entanto, verifica-se uma grande deficit na supervisão das actividades dos APEs a nível dos Distritos.

Para o efeito, é necessário que se encontrem recursos financeiros para manter ao mínimo suas actividades e activar com urgência o processo da sua reciclagem e a definição de formas para garantir a sua supervisão.

Uma dos grandes motivos para a não realização das supervisões aos APE's pelas US's, é a falta recursos financeiros, de meios de transporte e combustível, associado as longas distâncias e precariedade das vias de acesso das comunidades onde estes residem. Deste modo seria útil reflectir sobre a alocação destes recursos aos distritos e as US's periféricas.

No que diz respeito as comunidades beneficiárias dos novos APE's, constatou-se que as mesmas estão satisfeitas com a sua formação e actuação bem como com a coordenação entre as US's e comités de saúde.

Ponto de situação da criação dos Comités de saúde e os de Co-Gestão

A nova ENPS faz menção no pilar sobre o Envolvimento Comunitário, a necessidade de criação de Comités de Saúde e Comités de Co-gestão, no entanto ao longo dos últimos 10 anos as comunidades foram sendo organizadas para colaborar com a saúde através de outros fóruns com diferentes designações, Conselhos de Líderes Comunitários (CLC), Conselhos de Saúde.

Nos distritos visitados foram mantidos encontros com os comités de saúde, que representam uma estrutura organizativa das comunidades. Foram igualmente visitados os comités de co-gestão das US, estrutura mista com ênfase na garantia da prestação dos cuidados de saúde de qualidade a nível das US. No geral estes comités tem estado a realizar as actividades para as quais foram criados e reportam as actividades aos respectivos supervisores.

O acompanhamento de suas actividades é feito em grande medida pelas ONG's locais em coordenação com os SDSMAS e as US's das áreas de actuação, porém há necessidade de garantir um maior protagonismo dos SDSMAS no seguimento dos mesmos, tendo em conta o trabalho que estão a realizar.

Da avaliação superficial feita, constatou-se que os SDSMAS tem alguma dificuldade de compreender os novos conceitos nomeadamente os comités de saúde e os comités de co-gestão, sobretudo por estarem enraizados os conceitos / estruturas antigas (Conselhos de saúde e CLC). Seria útil aproveitar as estruturas actualmente existentes e adequa-las aos desafios de funcionamento que se pretende tendo em consideração a nova estratégia de promoção de saúde. Ainda, há necessidade de se uniformizar as diferentes designações no tocante aos comités de co-gestão das US e comités de Humanização que estão sendo criados nas US uma vez que desempenham os mesmos papeis.

Principais intervenções na Comunicação/educação para a Saúde

A província e o distrito tem estado a realizar actividades de Informação, Educação e Comunicação (IEC) viradas para as comunidades, das diversas formas nomeadamente palestras, distribuição de panfletos e participação em programas radiofónicos e televisivos. Em geral a província não produz materiais de IEC, recebe do nível central e distribui obedecendo o fluxo normal dos restantes materiais.

Há uma forte consciência de que as palestras são uma actividade de vital importância para a educação das comunidades em matéria promoção da saúde e prevenção de doenças, porém a falta de normas que orientam a sua adequada planificação e organização, os deficientes mecanismos de controlo da sua realização e a forma como são reportadas, são aspectos que merecem uma atenção de forma a tirar o maior benefício desta actividade.

As feiras de saúde foram realizadas por todos os distritos visitados o que demonstra a importância que a província tem dado a esta actividade. No entanto a sua preparação varia de distrito para distrito considerando a experiência acumulada nesta matéria.

Embora seja considerada uma actividade importante, ela não consta dos planos distritais e é realizada em função das oportunidades que ocorrem nas datas comemorativas ou da disponibilidade de patrocínios para sua realização.

No geral constatou-se um bom relacionamento entre o sector e parceiros com vista a utilização dos meios de comunicação disponíveis para a divulgação de mensagens educativas às comunidades.

Na planificação das actividades de IEC persiste o desafio de garantir o equilíbrio do género, sendo importante salvaguardar a capacitação dos quadros para responderem a este desafio

O trabalho com as associações juvenis e outros grupos dos adolescentes e jovens constitui ainda um desafio, sendo importante identificar formas cada vez mais efectivas de manter os adolescentes e jovens mais envolvidos na sua própria educação.

(v) Recomendações

- ✓ O Envolvimento Comunitário para a Saúde é fundamental para o sucesso de todas as intervenções a nível das comunidades e das US. A implementação e efectivação das actividades comunitárias necessitam de uma planificação, sistematização, persistência e consistência, tempo e dedicação. Estes aspectos devem ser aliados a disponibilização de recursos financeiros e humanos. Deve-se responsabilizar técnicos que se dediquem em garantir a realização, o seguimento e supervisão constante.

A acumulação destas funções não trás grandes vantagens, uma vez que o mesmo precisa de garantir a coordenação entre os diferentes programas e secções que a ele se subordinam.

- ✓ É necessário garantir que as ONG's que operam nas províncias e distritos se identifiquem com os planos distritais e se comprometam em apoiar as prioridades do sector, colocando ao

dispor os recursos disponíveis na altura da planificação. Igualmente é necessário estabelecer que as ONG's sejam avaliadas pela sua contribuição no alcance das metas dos principais indicadores de desempenho do sector.

- ✓ É recomendável que se evite ao máximo a multiplicação de estruturas ao nível da comunidade, sobretudo quando as mesmas apresentam nomenclaturas/terminologias diferentes porem com actividades similares. Em contrapartida, seria útil pensar numa estrutura de organização das comunidades que pudesse incluir as diferentes necessidades do sector uma vez que as pessoas activas têm a tendência de ser as mesmas.
- ✓ É necessário salvaguardar que o programa dos novos APE's decorra normalmente e se cumpram com todos os passos definidos no programa, sobretudo no que diz respeito ao seu seguimento. No entanto, para além disso, é também importante garantir o acompanhamento e a disponibilidade dos medicamentos dos antigos APE's, uma vez que parte significativa das aldeias ainda é assegurada por estes.
- ✓ A ENPS é um documento fundamental para as orientações dos diferentes actores nesta componente. Assim é recomendável que seja amplamente divulgada aos diferentes níveis. Igualmente seria útil avançar para a elaboração de um plano de acção, devidamente orçamentado e com um horizonte temporal definido.

(vi) Conclusões

Em geral nota-se um grande esforço para a implementação das actividades de envolvimento comunitário, porém a deficiente coordenação das actividades, coloca em risco o sucesso das mesmas. Os desafios da melhoria da coordenação envolvem a todos os actores nos diferentes níveis de actuação.

Mais importante que a designação da adequada para as estruturas criadas ao nível da comunidade, é garantir a funcionalidade, eficiência e eficácia das mesmas.

(vii) Agradecimentos

A equipa agradece em primeiro lugar a Direcção Provincial de Saúde de Nampula na pessoa Médica chefe Provincial, por ter criado todas as condições necessárias para a realização deste trabalho.

Igualmente agradece aos Directores dos SDSMAS de Nacala Porto, Ilha de Moçambique e Monapo e Respectivos Médicos Chefes pela recepção da equipe e organização das visitas de terreno e entrevistas aos funcionários chave.

Um especial agradecimento ao Chefe do Departamento de Planificação e Cooperação da DPS pela sua entrega e participação em todos os distritos por onde a equipe passou.

ANEXO 4 – RELATÓRIOS SOBRE AS CONSTATAÇÕES DE VISITA CONJUNTA PARA VERIFICAÇÃO DA QUALIDADE DE DADOS DE TRÊS INDICADORES

Síntese da verificação da qualidade de dados

	Zambézia	Nampula	Maputo P
Indicador 6. Número de partos institucionais	20% de inconsistência de dados nas US (do livro ao 1º resumo)	A qualidade dos dados é alta desde a fonte até ao módulo básico	A qualidade dos dados é alta desde a fonte até ao módulo básico
	Dados consistentes da US ao módulo básico	Fraco stock de livros de registo	Stock insuficiente dos novos instrumentos de recolha
	Falta de livros de registo de 2 meses no HP Quelimane	foram encontrados problemas de varia ordem com o livro (paginas tiradas, tamanho e formato do livro não útil)	foram encontrados problemas de varia ordem com o livro (paginas tiradas, tamanho e formato do livro não útil)
	Livros de registo com alguns campos incompletos e incorrectos		
	expandir de forma acelerada os novos livros de registo da maternidade		
Número de crianças menores de 1 ano de idade que receberam a DPTHepBHib3 (Indicador 1 do QAD-Saúde)	3/4 US visitadas com dados de alta qualidade	Boa qualidade de dados na US (do livro ao 1º resumo)	A qualidade dos dados é alta desde a fonte até ao módulo básico
	Em todas as US, os dados presentes no Livro de Registo de Vacinas (Mod SIS-A01-A) nunca foram consistentes com os dados da Ficha de Registo Diário (Mod SIS-A01), mas que isto não influencia no valor reportado, pois o dado usado provém da ficha	Problemas importantes na qualidade de dados do distrito à província	Stock insuficiente dos instrumentos de recolha (versão atualizada) em todos níveis DQS implementado em algumas US
	Clarificar (i) o objectivo de cada ferramenta (livro de registo, fichas diárias etc.); (ii) se durante brigadas móveis deve-se usar os instrumentos de registo que já existem nas US.	DQS (Autoavaliacao de Qualidade dos Dados) constitui boa experiencia	Má conservação dos Livros de Registos e Fraca supervisão formativa e Prática de Retroinformacao
Taxa de mortalidade institucional por desnutrição aguda grave nas crianças menores de 5 anos. (Indicador 4 do QAD-Saúde)	2/3 US com dados de baixa qualidade (B2) e excelente fluxo de dados	A qualidade dos dados é alta	Má conservação dos Livros de Registos
	Algumas US reportam desnutricao aguda grave apenas quando é o 1º diagnóstico de alta e outras mesmo quando é 2º.	O sistema atual nem necessariamente mede os resultados das todas crianças com desnutrição grave; Para os casos registados, so sao contados crianças com malnutrição com diagnostico de alta principal – não se for diagnostico secundário	Inexistente prática de Arquivar os documentos em local seguro e adequado Uso do Livro de Resumo Diaário do PAV como fonte principal do Resumo Mensal Fraca supervisão formativa e Prática de Retroinformacao
	Existência de 2 sistemas de reporte: 1. Do programa com imprecisões no cálculo; 2. Módulo Básico que calcula correctamente		
A maior parte dos profissionais de saúde das Enfermarias de Pediatria não está formada nos novos protocolos de reabilitação nutricional			

Recomendacoes Gerais

- O MISAU (DIS e DNAM) deve redigir uma circular às US com orientações sobre como devem ser arquivados os processos clínicos, livros e fichas de registo, com vista a melhorar o sistema de arquivo destes documentos. **(mesma constatação da ACA X)**
- Deve-se fazer ênfase com os responsáveis dos programas ao nível das US sobre a necessidade do preenchimento correcto dos livros de registo e fichas (com toda a informação solicitada e em caligrafia legível).
- Intensificar o controlo de qualidade dos dados por parte do responsável distrital do(s) Programa(s) de maneira a melhorar a consistência entre os dados do livro de registo e os dados do resumo mensal. **(mesma constatação da ACA X)**

Há necessidade de responsabilizar e formar pelo menos duas pessoas em cada US (um responsável e um substituto) para responder pela verificação e agregação dos dados registados nas unidades sanitárias (conferencia e verificação). **(mesma constatação da ACA X)**

Recomendacoes Específicas

1. Notas técnicas com imprecisão de definição do denominador: “Nº total de crianças de 0-5 anos internadas por desnutrição aguda grave” ao invés de “Nº total de crianças de 0-5 anos com diagnóstico de alta de desnutrição aguda grave” tal como é a prática do dia-a-dia

Maternidade

2. O Departamento de Saúde Materna e Infantil deve expandir de forma acelerada os novos livros de registo da maternidade, pois estes integram todos os serviços de SMI, incluindo o manejo das principais doenças, o que reduzirá a carga de trabalho do pessoal de saúde e apoiará na melhoria da qualidade dos dados, se considerarmos que actualmente estas precisam de preencher 3 livros separadamente (partos, complicações obstétricas e do referente à Prevenção da Transmissão Vertical do HIV).

PAV

3. O nível central deve fornecer orientações claras sobre o objectivo de cada ferramenta (livro de registo, fichas diárias etc.).
4. O nível central deve clarificar se durante as SNS as brigadas móveis que fazem vacinação de rotina devem usar os instrumentos de registo que já existem para estes serviços e compilar a informação através do módulo básico, ou se deverão usar as fichas específicas e a base de dados criadas especificamente para as SNS. Quando questionados sobre qual a melhor opção os responsáveis do PAV sugeriram que sejam usados os Livros de Registo Diário do PAV para as brigadas móveis e as fichas de resumo diário da SNS, devendo os dados da vacinação ser compilados no módulo básico.

Internamento por desnutrição aguda grave

5. O DIS e o Departamento de Nutrição devem concordar sobre apenas um único sistema de colecta do indicador e o Módulo Básico parece ser a melhor opção, já que este compila a informação por nível de US.

6. O DIS e o Departamento de Nutrição devem definir um mecanismo específico que permita colher todos os casos de internamento por desnutrição da Pediatria, independentemente se estes casos aparecem como diagnóstico principal ou como doenças associadas, pois isto influencia a planificação das necessidades dos produtos terapêuticos usados no tratamento da desnutrição (os leites terapêuticos, Resomal e o Alimento Terapêutico Pronto para Uso-ATPU).
7. O CMAM deve colocar os leites terapêuticos , o Resomal e o ATPU (ex: Plumpy Nut) na lista dos medicamentos essenciais e usar o seu sistema de gestão dos stocks para medicamentos e outros artigos médicos para o controle da utilização e gestão destes produtos.
8. A DPS Zambézia deve acelerar a formação dos clínicos nos novos protocolos de tratamento e reabilitação nutricional para melhorar o manejo e a gestão dos leites terapêuticos, considerando os sérios problemas de rotura de stock que esta área enfrenta.

INTRODUÇÃO

Desde 2005 o Ministério da Saúde e seus Parceiros de Cooperação planificam e realizam no final de cada ano uma Avaliação Conjunta Anual (ACA) como parte do processo de avaliação da implementação das actividades planificadas durante o ano anterior com o objectivo de avaliar de forma consensual o desempenho anual do sector (veja os TdR da Avaliação Conjunta Anual XI - 2012).

A Avaliação Conjunta Anual (ACA XI) cujo processo iniciou em finais de 2011 com a elaboração posterior a aprovação dos TdR incluiu visitas de trabalho às províncias feitas por equipas compostas por representantes do Ministério da Saúde e dos Parceiros de Cooperação. O MISAU, em colaboração com os Parceiros de Cooperação do Sector, seleccionou três províncias para serem visitadas, no âmbito da ACA. A seleção das províncias é feita de maneira rotativa de modo a que cada uma delas seja objecto de visita da ACA pelo menos uma vez de 4 em 4 anos. Este ano foram seleccionadas as províncias de Nampula, Zambézia, e Maputo Província. As visitas de campo foram realizadas na semana de 23 – 27 de Janeiro tendo como objectivo obter os relatórios das visitas discutidos, concordados e finalizados antes da reunião do Comitê de Coordenação Sectorial (CCS) entre o MISAU e os Parceiros de Cooperação, e antes do Conselho Coordenador Nacional de Saúde, ambos planificados para Março de 2012.

A metodologia utilizada para as visitas ao terreno compreendia um componente principal, nomeadamente: fazer a verificação de dados a três indicadores chaves seleccionados da Matriz do Quadro de Avaliação de Desempenho do Sector Saúde (QAD Saúde). Este relatório apresenta os resultados da verificação dos dados dos três indicadores. O Ministério da Saúde e os Parceiros de Cooperação concordaram em utilizar e adaptar a ferramenta e metodologia de verificação de dados que é recomendada pelo Fundo Global.

Em cada equipa província foram seleccionados três oficiais responsáveis pela verificação de dados incluindo representantes do Ministério da Saúde (Direcção de Planificação e Cooperação, Direcção de Saúde Pública) e representantes dos Parceiros de Cooperação (União Europeia e a Embaixada Neerlandês, Cooperação Suíça, Embaixada de Irlanda, Cooperacao Italiana, Governo Americano (CDC e USAID), Organização Mundial da Saúde, e Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation).

PARTE I: METODOLOGIA

Seleccção de Indicadores

Os três indicadores escolhidos para este exercício foram seleccionados em concordância pelo MISAU e Parceiros de Cooperação e obedeceram aos seguintes critérios: 1) Fazer parte da Matriz do Quadro da Avaliação de Desempenho do Sector Saúde (QAD Saúde); 2) Reflectir o foco programático

do sector de saúde em Moçambique; 3) Indicador produzido pelo Sistema de Informação da Saúde (SIS) bem como produzidos pelos programas verticais; 4) Fácil verificação a partir dos registos existentes durante o tempo alocado ao exercício; e 5) Que pudessem, sempre que possível, incluir os indicadores que nos anos passados foram considerados para garantir a consistência, neste exercício.

Neste ano, o Fundo Global tinha marcado uma auditoria externa de qualidade dos dados em Fevereiro 2012. A metodologia é baseada no Guia Geral sobre a Verificação dos Dados do Fundo Global (http://www.theglobalfund.org/documents/me/DQA_Tool.pdf) e consiste de duas componentes: (1) a avaliação dos sistemas de comunicação e gestão de dados aos diferentes níveis relevantes (nacional, provincial e possivelmente distrital), e (2) a verificação de dados num número de unidades sanitárias e níveis intermediários onde dados são agregados. Em 2012, iniciou-se a inclusão dum questionário qualitativo com uma lista das perguntas sobre aspectos do SIS e monitoria e avaliação. O questionário foi baseado no guião de supervisão desenvolvido pelo DPC e adaptada para as áreas incluídas neste exercício.

Para cada um dos indicadores seleccionados foi necessário definir um período de tempo determinado bem como o seu uso uniforme para assegurar a sua consistência. Os períodos para cada indicador foram seleccionados na base da disponibilidade da informação e também na base do volume antecipado da informação (números suficientes para verificar consistência de dados balanceados com a carga de trabalho para a verificação dos registos primários).

Tabela 1: Selecção dos Indicadores

Indicadores seleccionados para a Verificação de Dados	Razões para Selecção de Indicador	Período de Verificação dos Dados
Indicador 1: Número de crianças menores de 1 ano de idade que receberam a 3ª dose de DPT/HepB/Hib (Indicador 1 QAD-Saúde)	<ul style="list-style-type: none"> A importância do programa de imunização e os recursos significativos investiram os programas de PAV Sistema integrado de reportagem/fluxo de informação Indicador inserido na íntegra no quadro da avaliação de desempenho do sector da saúde 	Trimestre 2 (Abril – Junho) de 2011
Indicador 2: Número de partos institucionais (Indicador 6 do QAD-Saúde)	<ul style="list-style-type: none"> A carga alta da mortalidade materna e os recursos significativos investiram nos programas de SMI Sistema vertical de reportagem/fluxo de informação Indicador inserido na íntegra no quadro da avaliação de desempenho do sector da saúde 	Trimestre 2 (Abril – Junho) de 2011
Indicador 3: Taxa de mortalidade institucional de crianças que morrem por desnutrição aguda grave (Indicador 4 QAD-Saúde)	<ul style="list-style-type: none"> A carga alta da desnutrição e os recursos significativos investiram nos programas de Nutrição Sistema integrado de reportagem/fluxo de informação Indicador inserido na íntegra no quadro da avaliação de desempenho do sector da saúde 	Trimestre 2 (Abril – Junho) de 2011

Seleção de unidades sanitárias ao nível local para verificação de dados

Em cada província foram visitados 4-6 Unidades Sanitárias para representar os diferentes níveis de atenção (Centro de Saúde/Hospital rural/distrital), e estando disponíveis os serviços de Saúde Maternal e Infantil (SMI) (Maternidade, Programa Alargado da Vacinação e serviços do Internamento Pediátrico

As Unidades Sanitárias visitadas são listadas na Tabela 2 em baixo.

Tabela 2: Unidades Sanitárias visitadas por província

Local	Província	Distrito	Unidade Sanitária	Serviços de SMI/Maternidade	Serviços de PAV	Serviços das Internamento Pediátrico
1	Prov Maputo	Matola	Matola CdS Urbano Tipo I	X	X	
2	Prov Maputo	Manhica	Manhica HD	X	X	X
3	Prov Maputo	Manhica	Maluana	X	X	
4	Prov Maputo	Marracuene	Marracuene HD	X	X	X
5	Prov Maputo	Marracuene	Mumemo CdS Rural Tipo II	X	X	
6	Prov Maputo	Moamba	Moamba CdS Tipo I	X	X	X
7	Prov Maputo	Moamba	Pessene CdS Rural	X	X	
8	Nampula	Nacala Porto	H Distrital de Nacala Porto	X		X
9	Nampula	Nacala Porto	CS Quissimajulo	X	X	
10	Nampula	Ilha de Moç	CS da Ilha	X	X	X
11	Nampula	Ilha de Moç	CS do Lumbo	X	X	
12	Nampula	Monapo	H Rural de Monapo	X	X	X
13	Nampula	Monapo	CS de Monapo Sede	X	X	X
14	Nampula	Nampula	Hospital Central de Nampula	X		X
15	Zambézia	Quelimane	Hospital Provincial	X		X
16	Zambézia	Gurue	Hospital Distrital	X		X
17	Zambézia	Gurue	CS Invinha	X	X	
18	Zambézia	Ile	CS da Sede	X	X	X
19	Zambézia	Ile	CS Mugulama	X	X	
20	Zambézia	Mocuba	Hospital Distrital	X		X
21	Zambézia	Mocuba	CS de Mugeba	X	X	

Seleção da Documentação

Antes das visitas às Unidades Sanitárias foram identificadas as fontes de dados pertinentes para cada indicador como forma de se proceder com a verificação e triangulação (vide a Tabela 3: Seleção da Documentação). Sempre e onde foi possível a equipa tentou identificar as fontes de informação que poderiam auxiliar a verificar os dados de várias formas incluindo: (1) a “*bottom-up audit trail*” dos eventos registados nos registos primários para os relatórios agregados (para uma descrição mais detalhada vide em anexo o diagrama do “*bottom up audit trail*”); (2) as verificações cruzadas de dados dos programas com outras fontes de informação, ex: registo dos inventários.

Tabela 3: Seleção de Documentação

Indicadores Seleccionados para Verificação de Dados	Tipo de Documentação
Indicador 1: Número de crianças menores de 1 ano de idade que receberam a 3ª dose de DPTHepB Hib (Indicador 1 QAD-Saúde)	<ul style="list-style-type: none">• Livro de Registo de Vacinas (SIS-A01-A)• Ficha de Registo Diário, (SIS-A01)• Ficha de Resumo Mensal (da Unidade Sanitária)• Ficha de Resumo Mensal (a nível distrital, B0-3)• Ficha de Resumo Mensal (nível provincial, B0-4)
Indicador 2: Número de partos institucionais (Indicador 6 do QAD-Saúde)	<ul style="list-style-type: none">• Livro de Registo da Maternidade (SIS-B0-1) e/ou Livro de Registo a Maternidade Modelo (não codificado, utilizado em algumas unidades sanitárias num período da pilotagem)• Ficha de Resumo Mensal da Unidade Sanitária (não padronizado)• Ficha de Resumo Mensal (a nível distrital, B0-3)• Ficha de Resumo Mensal (nível provincial, B0-4)
Indicador 3: Taxa de mortalidade institucional de crianças que morrem por desnutrição aguda grave. (Indicador 4 QAD-Saúde)	<ul style="list-style-type: none">• Processo Clínico do Internamento• Livro do Registo de Internamento (SIS D0-1)• Ficha de Resumo Mensal (a nível da US, B0-3 ou B0-4)• Ficha de Recolha de Dados (não codificado, Programa de Nutrição)• Ficha de Resumo Mensal (a nível distrital, B0-3)• Ficha de Resumo Mensal/Módulo básico (a nível Provincial)

Parte II: CONSTATAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

NOTA EXPLICATIVA DA ANÁLISE E DA CLASSIFICAÇÃO

Na análise da consistência dos dados, tanto no processo de agregação como no seu fluxo para os níveis superiores, foi seguida a classificação definida no guião para a verificação de dados “in loco” do Fundo Global (The LFA guidelines for the on-site data verification). Nesta classificação, são definidas quatro categorias:

A: Margem de erro inferior a 10%. A equipa classificou como “dados de alta qualidade”.

B1: Margem de erro entre 10-20%. A equipa classificou como “dados de qualidade média”

B2: Margem de erro acima 20%. A equipa classificou como “dados de baixa qualidade”

C: O sistema não está implementado ou não foi possível verificar.

* Em algumas unidades sanitárias, não foi possível verificar o total das crianças vacinadas porque o livro de registo da brigada móvel esteve fora da unidade sanitária no dia de verificação (devido as atividades da Brigada Movel.) É notado “NP” (Nao Possivel) na margem do erro calculado.

** Em algumas unidades sanitárias, não foi possível verificar o total dos meses devido a não localização de parte dos resumos mensais correspondentes ao periodo em análise. Quando isso aconteceu, foi notado “NP” (Nao Possivel) na margem do erro calculado.

Uma vez que não foi possível verificar os dados de todos os registos e todos meses indicados no protocolo (incluindo as duas situações descritas em cima), os totais da unidade sanitária não foram incluídos nos totais (linha do total)

(i) Maputo Província

A) PROGRAMA ALARGADA DE VACINACAO – VACINA PENTAVALENTE

Tabela 4-5: Resultados da Verificação de Dados por Indicador Individual

Nome do Indicador No. 1	Número de crianças menores de 1 ano de idade que receberam a DPT/HepB/Hib
-------------------------	---

Consistência da agregação dos dados na Unidade Sanitária

Provincia	Distrito	Unidade Sanitaria	Resultados Verificados A (Ficha de Registro Diario -- agregacao mensal)	Resultados Reportados (Resumo Mensal)	% Margem de Erro		Resultados Triangulados A (Livro do Registro)	Variabilidade
			A	B	(B/A)		A1	A1/A
Prov Maputo	Matola	Matola CdS Urbano Tipo I	638	637	0%		533	16%
Prov Maputo	Manhica	Manhica HD	414	401	3%		403	3%
Prov Maputo	Manhica	Maluana	50	49	2%		38	24%
Prov Maputo	Marracuene	Marracuene HD	*	301	NP		124	NP
Prov Maputo	Marracuene	Mumemo CdS Rural Tipo II	126	126	0%		65	48%
Prov Maputo	Moamba	Moamba CdS Tipo I	131	129	2%		147	12%
Prov Maputo	Moamba	Pessene CdS Rural	22	22	0%		40	82%
Total			1381	1364	1%		1350	31%

Classificação da verificação de dados – Margem de Erro

Escala A= margem de erro inferior a 10%; B1= margem de erro entre 10% e 20%; B2= margem de erro acima de 20%; C= sistema não implementado

A

Nesta tabela compara-se a consistência dos dados no processo de agregação dos mesmos na US, comparando os dados dos livros de registos (total verificado pela equipa) e os dados reportados pela US no resumo mensal disponível na US.

Das 7 US's visitadas com serviços de PAV, foi possível verificar dados (comparando os dados dos registos diários com os dados nos resumos trimestrais) em 6 (86%) das Unidades Sanitárias. Em Marracuene, não foi possível verificar os dados da Brigada Móvel porque o Livro de Registo usado pela Brigada Móvel esteve no campo (com a equipa) no dia da verificação.

O Hospital Distrital de Manhiça apresentou uma margem de erro mais alta (3%), contudo, a margem ainda é considerada de boa qualidade, ou seja, inferior a 10% em relação aos dados registados e reportados pela mesma Unidade Sanitária

Os dados agregados reportados foram consistentes (margem de erro a 1%) em relação aos dados verificados o que significa uma sobre notificação de 2 casos.

Além de verificar os dados da fonte principal (Ficha de Registo Diário), a equipe comparou os dados da Ficha de Resumo de PAV com a outra fonte: o Livro de Registo de Vacinas. Esta comparação mostrou uma maior variabilidade da consistência dos dados – apenas uma Unidade Sanitaria (Hospital Distrital de Manhiça) mostrou uma variabilidade menos de 10%; a variabilidade geral foi 31%

A margem de erro global é classificada como A, quer dizer, a qualidade dos dados é alta.

Nome do Indicador No. 1	Número de crianças menores de 1 ano de idade que receberam a DPTHePBHib
-------------------------	---

Consistência no Fluxo de dados do Distrito para a Província e do Distrito para o nível Nacional

Província	Distrito	Unidade Sanitaria	Totais da US (no RM ao nível da US)	Totais da US (ao nível do Distrito)	% Margem de Erro	Totais da US (ao nível do Provincial)	% Margem de Erro	Totais da US (ao nível do Nivel Central)	% Margem do Erro
			Unidade Sanitaria	Distrito	(US-Distrito)	Província	(Dist-Prov)	Central	(Dist-Cent)
			B	(C)	(C/B)	(D)	(D/C)	E	(E/D)
Prov Maputo	Matola	Matola CdS Urbano	637	637	0%	637	0%		100%
Prov Maputo	Manhica	Manhiça HD	401	401	0%	401	0%		100%
Prov Maputo	Manhica	Maluana	49	49	0%	49	0%		100%
Prov Maputo	Marracuene	Marracuene HD	301	301	0%	301	0%		100%
Prov Maputo	Marracuene	Mumemo CdS	126	126	0%	126	0%		100%
Prov Maputo	Moamba	Moamba CdS Tipo I	129	129	0%	129	0%		100%
Prov Maputo	Moamba	Pessene CdS Rural	22	22	0%	22	0%		100%
			1665	1665	0%	1665	0%		100%

Classificação da verificação de dados

A

Escala A= margem de erro inferior a 10%; B1= margem de erro entre 10% e 20%; B2= margem de erro acima de 20%; C= sistema não implementado

Esta tabela reflecte a consistência dos dados analisando o fluxo dos mesmos no Sistema de Informação de Saúde, comparando-se os totais da US reportados pelas US no Resumo Mensal com os dados da US aos níveis do distrito, província, e central.

A **nível distrital e provincial**, a informação ao grau da US estava disponível para todos 7 Unidades Sanitárias. Das 7 US visitadas, todos os locais (100%) tiveram consistência dos dados com uma margem de erro inferior a 10%.

A margem de erro global (nível distrital e provincial) é classificada como A, quer dizer, a qualidade dos dados é alta.

A nível **nacional**, dos 12 distritos visitados, a informação ao grau de distrito estava disponível para todos. Dos 12, todos os locais (100%) tiveram consistência dos dados com uma margem de erro inferior a 10%, e com uma sob (under) notificação de 2 casos.

A margem de erro global (nível nacional) é classificada como A, quer dizer, a qualidade dos dados é alta.

B) PROGRAMA DA SAÚDE MATERNA E INFANTIL – PARTOS INSTITUCIONAIS

Tabelas 6-7: Resultados da Verificação de Dados por Indicador 2: Partes Institucionais

Nome do Indicador No. 2		Número de partos institucionais			
Consistência da agregação dos dados na Unidade Sanitária					
Provincia	Distrito	Unidade Sanitaria	Resultados Verificados (Livro do Registo)	Resultados Reportados (Resumo Mensal)	% Margem de Erro
			A	B	
Prov Maputo	Matola	Matola CdS Urbano	876	968	11%
Prov Maputo	Manhica	Manhica HD	508	513	1%
Prov Maputo	Manhica	Maluana	36	36	0%
Prov Maputo	Marracuene	Marracuene HD	303	303	0%
Prov Maputo	Marracuene	Mumemo CdS Rural	111	112	1%
Prov Maputo	Moamba	Moamba CdS Tipo I	121	121	0%
Prov Maputo	Moamba	Pessene CdS Rural	24	**	NP
Total			1955	2053	5%
<i>Escala A= margem de erro inferior a 10%; B1= margem de erro entre 10% e 20%; B2= margem de erro acima de 20%; C= sistema não implementado</i>				A	

Dos 7 locais visitados, foi possível verificar os dados em 6 das unidades sanitárias; no Centro de Saude de Pessene, não foi possível localizar uma ficha de Resumo Mensal. Apenas uma unidade sanitária (Matola CdS Urbano) apresentou uma margem de erro em cima de 10% (11% constatado.)

Os dados agregados reportados foram consistentes (margem de erro a 5%) em relação aos dados verificados o que significa uma sob notificação de 98 casos (5% do total).

A margem de erro global é classificada como A, quer dizer, a qualidade dos dados é alta.

Nome do Indicador No. 2		Número de partos institucionais							
Consistência no Fluxo dos dados do Distrito para a Província e do Distrito para o nível Nacional									
Província	Distrito	Unidade Sanitaria	Totais da US (no RM ao nível da US)	Totais da US (ao nível do Distrito)	% Margem de Erro	Totais da US (ao nível do Província)	% Margem de Erro	Totais da US (ao nível do Nível Central)	% Margem do Erro
			Unidade Sanitaria	Distrito	(US-Distrito)	Província	(Dist-Prov)	Central	(Dist-Cent)
			B	(C)	(C/B)	(D)	(D/C)	E	(E/D)
Prov Maputo	Matola	Matola CdS Urbano Tipo I	968	950	2%	950	0%		100%
Prov Maputo	Manhiça	Manhica HD	513	513	0%	513	0%		100%
Prov Maputo	Manhiça	Maluana	36	36	0%	36	0%		100%
Prov Maputo	Marracuene	Marracuene HD	303	306	1%	303	1%		100%
Prov Maputo	Marracuene	Mumemo CdS Rural Tipo II	112	112	0%	112	0%		100%
Prov Maputo	Moamba	Moamba CdS Tipo I	121	121	0%	121	0%		100%
Prov Maputo	Moamba	Pessene CdS Rural	**	22	NP	24	9%		100%
Total			2053	2038	1%		100%		
Escala A= margem de erro inferior a 10%; B1= margem de erro entre 10% e 20%; B2= margem de erro acima de 20%; C= sistema não implementado									A

Esta tabela reflecte a consistência dos dados analisando o fluxo dos mesmos no Sistema de Informação de Saúde, comparando-se os totais da US reportados pelas US no Resumo Mensal com os dados da US aos níveis do distrito, província, e central.

A nível distrital e provincial, a informação ao grau da US estava disponível para todos 7 Unidades Sanitárias. Nas 6 US onde foi possível verificar a consistência, todos os locais (100%) tiveram consistência dos dados com uma margem de erro inferior a 10%.

A margem de erro global (nível distrital e provincial) é classificada como A, quer dizer, a qualidade dos dados é alta.

A nível nacional, dos 12 distritos visitados, a informação ao grau de distrito estava disponível para todos. Dos 12, todos os locais (100%) tiveram consistência dos dados com uma margem de erro inferior a 10%, e com uma sob (under) notificação de 2 casos.

A margem de erro global (nível nacional) é classificada como A, quer dizer, a qualidade dos dados é alta.

C) PROGRAMA DE NUTRIÇÃO – TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL DAS CRIANÇAS POR DESNUTRIÇÃO GRAVE

Tabelas 8-9: Resultados da Verificação de Dados por Indicador 3: Taxa de mortalidade institucional das crianças por desnutrição grave

Nome do Indicador No. 3		Taxa de mortalidade institucional de crianças que morrem por desnutrição aguda grave															
Consistência da agregação dos dados na Unidade Sanitária																	
Provincia	Distrito	Unidade Sanitaria	Obitos devido a desnutricao (DAG)			Casos Internados Diagnosticados - DAG			Taxa de Mortalidade - DAG			Obitos devido a desnutricao (DAG)			Casos Internados Diagnosticados - DAG		
			Livro do Registro	Resumo Mensal	% Margem de Erro	Livro do Registro	Resumo Mensal	% Margem de Erro	Livro do Registro	Resumo Mensal	% Margem de Erro	Livro do Registro	Processo Clinico	Variabilidade	Livro do Registro	Processo Clinico	Variabilidade
			A	B	(B/A)	A	B	(B/A)	A	B	(B/A)	A	A1	A1/A	A	A1	A1/A
Prov Maputo	Manhica	Manhica HD	0	1	100%	31	29	6%	0%	3%	0%	0	NP	0%	31	NP	NP
Prov Maputo	Marracuene	Marracuene HD	0	0	0%	5	5	0%	0%	0%	0%	0	0	0%	5	4	20%
Prov Maputo	Moamba	Moamba CdS Tipo I	0	0	0%	5	4	20%	0%	0%	0%	0	0	0%	5	6	20%
Total			0	1	100%	41	38	7%	0%	3%	0%	0	0	0%	10	10	0%
Classificação da verificação de dados															A		
Escala A= margem de erro inferior a 10%; B1= margem de erro entre 10% e 20%; B2= margem de erro acima de 20%; C= sistema não implementado																	

Nesta tabela compara-se a consistência dos dados no processo de agregação dos dados, analisando-se os dados no livro de registo (total verificado pela equipa) com os dados reportados pela US no resumo mensal (disponível na U.S.). Para este indicador, foi verificado o numerador (número dos óbitos) além do denominador (número dos casos registrados / número das altas com desnutrição grave).

Das 3 US's visitadas com serviços do internamento pediátrico (onde a desnutrição grave é tratada), foi possível verificar dados em todas USs. Todas (100%) unidades sanitárias apresentaram consistência nos dados com uma margem de erro inferior a 10% (para o numerador e denominador).

Além de verificar os dados da fonte principal (Livro do Internamento), a equipe comparou os dados do Livro do Registo do Internamento com os dados da outra fonte: os processos clínicos das crianças internadas durante o período de verificação. Esta comparação mostrou uma boa consistência dos dados (margem do erro de 0% dos totais). Se nota que em 2 unidades sanitárias, houve uma variabilidade de 1-2 casos internados diagnosticados (variabilidade de 20%).

A margem de erro global é classificada como A, quer dizer, a qualidade dos dados tem uma margem do error da alta qualidade.

Nome do Indicador No. 3	Taxa de mortalidade institucional de crianças que morrem por desnutrição aguda grave
-------------------------	--

Consistência no Fluxo dos dados do Distrito para a Província e do Distrito para o nível Nacional

Província	Distrito	Unidade Sanitaria	Óbitos devido a desnutrição (DAG)							Casos Internados Diagnosticados - DAG						
			Totais da US (no RM ao nível da US)	Totais da US (ao nível do Districto)	% Margem de Erro	Totais da US (ao nível do Província)	% Margem de Erro	Totais da US (ao nível do Nivel Central)	% Margem de Erro	Totais da US (no RM ao nível da US)	Totais da US (ao nível do Districto)	% Margem de Erro	Totais da US (ao nível do Província)	% Margem de Erro	Totais da US (ao nível do Nivel Central)	% Margem de Erro
			Unidade Sanitaria	Distrito	(US-Districto)	Província	(Dist-Prov)	Central	(Dist-Cent)	Unidade Sanitaria	Distrito	(US-Districto)	Província	(Dist-Prov)	Central	(Dist-Cent)
			B	(C)	(C/B)	(D)	(D/C)	E	(E/D)	B	(C)	(C/B)	(D)	(D/C)	E	(E/D)
Prov Maputo	Manhica	Manhica HD	1	1	0%	1	0%		100%	29	29	0%	29	0%		100%
Prov Maputo	Marracue ne	Marracue ne HD	0	0	0%	0	0%		0%	5	5	0%	5	0%		100%
Prov Maputo	Moamba	Moamba CdS Tipo I	0	0	0%	0	0%		0%	4	4	0%	6	50%		100%
			1	1	0%	1	0%	0	100%	38	38	0%	40	50%		0%

Das 3 USs visitadas com serviços de internamento, foi possível verificar dados em todas (100%) US; para as outras 7 US, não foi possível localizar os dados ao nível distrital.

Nas US, com serviços de internamento verificou-se que os dados relativos aos óbitos tiveram consistência (US – distrito, distrito – província, província - central) com uma margem de erro inferior a 10%. A mesma consistência regista-se nos dados relativos às altas (US – distrito, distrito – província, província - central) com uma margem de erro inferior a 10%; Entre o districto e província houve uma diferença de 2 casos (50%) na US de Moamba,

Em todos níveis, os dados disponíveis nos resumos mensais / Modulo Basico foram comparados com os dados no fluxo dos pontos focais de nutrição; não houve uma inconsistência entre os dados disponíveis em todos níveis.

A margem de erro global é classificada como A, quer dizer, a qualidade dos dados é alta.

(ii) Nampula

A) PROGRAMA ALARGADA DE VACINACAO – VACINA PENTAVALENTE

Tabela 4-5: Resultados da Verificação de Dados por Indicador Individual

Nome do Indicador No. 1		Número de crianças menores de 1 ano de idade que receberam a DPTHePBHib					
Consistência da agregação dos dados na Unidade Sanitária							
Pro vincia	Distrito	Unidade Sanitaria	Resultados Verificados A (Ficha de Registro Diário -- agregacao mensal)	Resultados Reportados (Resumo Mensal)	% Margem de Erro	Resultados Triangulados A (Livro do Registo)	Variabilidade
			A	B	(B/A)	A1	A1/A
Nampula	Nacala Porto	H Distrital de Nacala Porto					
Nampula	Nacala Porto	CS Quissimanjulo	91	104	14.3%	4	-96%
Nampula	Ilha de Moç	CS da Ilha	216	233	7.9%	15	-93%
Nampula	Ilha de Moç	CS do Lumbo	217	164	-24.4%	69	-68%
Nampula	Monapo	H Rural de Monapo	148	169	14.2%	197	33%
Nampula	Monapo	CS de Monapo Sede	405	405	0.0%	252	-38%
Nampula	Nampula	Hospital Central de Nampula					
Total			1077	1075	0.2%	537	50%
Classificação da verificação de dados – Margem de Erro						A	
<i>Escala A= margem de erro inferior a 10%; B1= margem de erro entre 10% e 20%; B2= margem de erro acima de 20%; C= sistema não implementado</i>							

Nesta tabela compara-se a consistência dos dados no processo de agregação dos mesmos na US, comparando os dados dos livros de registos (total verificado pela equipa) e os dados reportados pela US no resumo mensal disponível na US.

Das 5 US's visitadas com serviços de PAV, foi possível verificar dados (comparando os dados dos registos e os dados nos resumos trimestrais) em todas elas. Em Quissimanjulo e CS de Lumbo, não foi possível verificar todos os dados no Livro de Registo porque este estava mal conservado. E como consequência também apresentaram a margem de erro mais alta acima de 14% e 24% respectivamente com relação aos Resumos Mensais dos Registos Diários comparando com os resultados reportados. Especificamente para o CS do Lumbo não foi possível encontrar os Livros de registos das Brigadas Móveis.

Os dados agregados reportados foram consistentes (margem de erro a 0.2%) em relação aos dados verificados o que significa uma sob notificação infima de casos.

Alem de verificar os dados da fonte principal (Livro de Registo), a equipe comparou os dados da Ficha de Registo Diario de PAV com a outra fonte: o Livro de Registo de Vacinas. Esta comparação mostrou uma maior variabilidade da consistência dos dados –a variabilidade geral foi 50%

Verifica-se que a principal fonte do Resumo Mensal da US é a Ficha de Registo Diario do PAV.

A margem de erro global é classificada como A, quer dizer, a qualidade dos dados é alta.

Nome do Indicador No. 1	Número de crianças menores de 1 ano de idade que receberam a DPTHepBHib
--------------------------------	--

Consistência no Fluxo de dados do Distrito para a Província e do Distrito para o nível Nacional

Província	Distrito	Unidade Sanitaria	Totais da US (no RM ao nível da US)	Totais da US (ao nível do Districto)	% Margem de Erro	Totais da US (ao nível do Província)	% Margem de Erro	Totais da US (ao nível do Nível Central	% Margem do Erro
			Unidade Sanitaria	Districto	(US-Districto)	Província	(Dist-Prov)	Central	(Dist-Cent)
			B	(C)	(C/B)	(D)	(D/C)	E	(E/D)
Nampula	Nacala Porto	H Distrital de Nacala Porto			0%		0%		100%
Nampula	Nacala Porto	CS Quissimanjulo	61	104	70%	104	0%		100%
Nampula	Ilha de Moç	CS da Ilha	233	159	-32%	233	47%		100%
Nampula	Ilha de Moç	CS do Lumbo	164	95	-42%	164	73%		100%
Nampula	Monapo	H Rural de Monapo	169	169	0%	169	0%		100%
Nampula	Monapo	CS de Monapo Sede	423	282	-33%	372	32%		100%
Nampula	Nampula	Hospital Central de Nampula					0%		100%
			1050	809	-23%	1042	29%		100%

Classificação da verificação de dados

Escala A= margem de erro inferior a 10%; B1= margem de erro entre 10% e 20%; B2= margem de erro acima de 20%; C= sistema não implementado

B2

Esta tabela reflecte a consistência dos dados analisando o fluxo dos mesmos no Sistema de Informação de Saúde, comparando-se os totais da US reportados pelas US no Resumo Mensal com os dados da US aos níveis do distrito, província.

A **nível distrital e provincial**, a informação ao grau da US estava disponível para todas 5 Unidades Sanitarias com excepção dos dados de Abril das US do distrito da Ilha de Moçambique e do CS de Quissimanjulo. . Das 5 US visitadas, tiveram consistência dos dados com uma margem de erro inferior a 10% apenas o HR de Monapo. Todas as outras US tiveram problemas de consistencia porque os arquivos para alguns meses não estiveram disponiveis no momento da visita.

A margem de erro global (nível distrital e provincial) é classificada como B2, quer dizer, a qualidade dos dados não é boa.

B) PROGRAMA DA SAÚDE MATERNA E INFANTIL – PARTOS INSTITUCIONAIS

Tabela 6-7: Resultados da Verificação de Dados por Indicador 2: Partes Institucionais

Nome do Indicador No. 2		Número de partos institucionais			
Consistência da agregação dos dados na Unidade Sanitária					
Provincial	Distrito	Unidade Sanitaria	Resultados Verificados (Livro do Registo)	Resultados Reportados (Resumo Mensal)	% Margem de Erro
			A	B	
Nampula	Nacala Porto	H Distrital de Nacala Porto	336	336	0%
Nampula	Nacala Porto	CS Quissimanjulo	108	*	NP
Nampula	Ilha de Moç	CS da Ilha	183	192	5%
Nampula	Ilha de Moç	CS do Lumbo	302	307	2%
Nampula	Monapo	H Rural de Monapo	435	438	1%
Nampula	Monapo	CS de Monapo Sede	396	389	0%
Nampula	Nampula	Hospital Central de Nampula	3152**	3063**	-3%
Total			1760	1662	-6%
				A	

Escala A= margem de erro inferior a 10%; B1= margem de erro entre 10% e 20%; B2= margem de erro acima de 20%; C= sistema não implementado

Dos 7 locais visitados, foi possível verificar os dados em todas as unidades sanitárias; no Centro de Saude de Quissimanjulo, não foi possível localizar os Resumos Mensais para o mês de Junho. Nenhuma US apresentou uma margem de erro acima de 10%

Os dados agregados reportados foram consistentes (margem de erro a 6%) em relação aos dados verificados o que significa uma sob notificação de 6 casos em média (6% do total).

A margem de erro global é classificada como A, quer dizer, a qualidade dos dados é alta.

Nome do Indicador No. 2	Número de partos institucionais
-------------------------	---------------------------------

Consistência no Fluxo dos dados do Distrito para a Província e do Distrito para o nível Nacional

Província	Distrito	Unidade Sanitaria	Totais da US (no RM ao nível da US)	Totais da US (ao nível do Districto)	% Margem de Erro	Totais da US (ao nível do Província)	% Margem de Erro	Totais da US (ao nível do Nível Central	% Margem do Erro
			Unidade Sanitaria	Districto	(US- Districto)	Província	(Dist-Prov)	Central	(Dist-Cent)
			B	(C)	(C/B)	(D)	(D/C)	E	(E/D)
Nampula	Nacala Porto	H Distrital de Nacala Porto	336	336	0	336	0%		100%
Nampula	Nacala Porto	CS Quissimanjulo	341	341	0	341	0%		100%
Nampula	Ilha de Moç	CS da Ilha	192	192	0	192	0%		100%
Nampula	Ilha de Moç	CS do Lumbo	307	299	-3%	299	0%		100%
Nampula	Monapo	H Rural de Monapo	436	436	0	436	0%		100%
Nampula	Monapo	CS de Monapo Sede	389	389	0	389	0%		100%
Nampula	Nampula	Hospital Central de Nampula							100%
Total			2001	1993	-0.4%	1993	0%		

Escala A= margem de erro inferior a 10%; B1= margem de erro entre 10% e 20%; B2= margem de erro acima de 20%; C= sistema não implementado

A

Esta tabela reflecte a consistência dos dados analisando o fluxo dos mesmos no Sistema de Informação de Saúde, comparando-se os totais da US reportados pelas US no Resumo Mensal com os dados da US aos níveis do distrito, província.

A **nível distrital e provincial**, a informação ao grau da US estava disponível para todos 6 Unidades Sanitarias. Nas 6 US para que foi possível verificar a consistência, todos os locais (100%) tiveram consistência dos dados com uma margem de erro inferior a 0%.

☑ **A margem de erro global (nível distrital e provincial) é classificada como A, quer dizer, a qualidade dos dados é alta.**

A nível **nacional**, dos 3 distritos visitadas, a informação ao grau de distrito não estave disponível para todos. Lumbo teve uma consistência dos dados com uma margem de erro inferior de 3 com uma sob) notificação de 2 casos em media por mes no periodo em analise.

A margem de erro global (nivel nacional) é classificada como A, quer dizer, a qualidade dos dados é alta.

C) PROGRAMA DE NUTRIÇÃO – TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL DAS CRIANÇAS POR DESNUTRIÇÃO GRAVE

Tabela 8-9: Resultados da Verificação de Dados por Indicador 3: Taxa de mortalidade institucional das crianças por desnutrição grave

Nome do Indicador No. 3		Taxa de mortalidade institucional de crianças que morrem por desnutrição aguda grave																
Consistência da agregação dos dados na Unidade Sanitária																		
Província	Distrito	Unidade Sanitária	Óbitos devido a desnutrição (DAG)			Casos Internados Diagnosticados - DAG			Taxa de Mortalidade - DAG			Óbitos devido a desnutrição (DAG)			Casos Internados Diagnosticados - DAG			
			Resultados Verificados (Livro do Registro)	Resultados Reportados (Resumo Mensal)	% Margem de Erro	Resultados Verificados (Livro do Registro)	Resultados Reportados (Resumo Mensal)	% Margem de Erro	Resultados Verificados (Livro do Registro)	Resultados Reportados (Resumo Mensal)	% Margem de Erro	Resultados Verificados (Livro do Registro)	Resultados Triangulados (Processo Clínico)	Variabilidade	Resultados Verificados (Livro do Registro)	Resultados Triangulados (Processo Clínico)	Variabilidade	
			A	B	(B/A)	A	B	(B/A)	A	B	(B/A)	A	A1	A1/A	A	A1	A1/A	
Prov Nampula	Nacalaporito	Nacala HD	1	2	100%	23	28	12%	4%	7%	0%	1	0	0%	23	15	-35%	
Prov Nampula	Ilha de Moçambique	CS da Ilha	0	0	0%	1	2	20%	0%	0%	0%	0	0	0%	1	3	200%	
Prov Nampula	Monapo	HR Monapo	1	1	0%	7	6	86%	14%	16%	0%	1	0	0%	7	6	14%	
Prov Nampula	Monapo	CS Monapo Sede	0	0	0%	1	7	70%	0%	0%		0	0	0%	1	0	100%	
Total			2	3	50%	32	43	34%	0%	3%	0%	2	0	0%	32	24	25%	
Classificação da verificação de dados															B2			
Escala A= margem de erro inferior a 10%; B1= margem de erro entre 10% e 20%; B2= margem de erro acima de 20%; C= sistema não implementado																		

Nesta tabela compara-se a consistência dos dados no processo de agregação dos dados, analisando-se os dados no livro de registo (total verificado pela equipa) com os dados reportados pela US no resumo mensal (disponível na U.S.). Para este indicador, foi verificado o numerado (numero dos óbitos) alem do denominador (numero dos casos registrados / numero das altas com desnutrição grave).

Das 3 US's visitadas com serviços do internamento pediátrico (onde a desnutrição grave é tratado), foi possível verificar dados em todas USs. Todas (100%) das unidades sanitarias apresentaram consistência nos dados com uma margem de erro acima de 20% (para o numerador e denominador). Verifica-se que a qualidade dos dados é maior quando comparado os óbitos registados no livro de registos e os triangulados com o processo clínico. Há uma sobre notificação dos casos (diagnóstico de malnutricao a alta), no Resumo mensal, em relação ao Livro de Registo, a causa destas inconsistências é devido a falta de uniformização dos procedimentos de colheita das variaveis que fazem este indicador.

Para alguns o processo clinico serve para a gestão da Enfermaria e a forma de determinacao das variaáveis nao obedece ao descrito no protocolo para a avaliacao da qualidade, sendo que os dados administrativos obedecem um mecanismo que difere de US para US e de Distrito para Distrito

Alem de verificar os dados da fonte principal (Livro do Internamento), a equipe comparou os dados do Livro do Registo do Internamento com os dados da outra fonte: os processos clínicos das crianças internadas durante o período de verificação. Esta comparação mostrou uma boa consistência dos dados (margem do erro de 0% dos totais). Se nota que em 2 unidades sanitárias, houve uma variabilidade de 1-2 casos internados diagnosticados (variabilidade de 20%).

A margem de erro global é classificada como A, quer dizer, a qualidade dos dados tem uma margem do error da alta qualidade.

Nome do Indicador No. 3 Taxa de mortalidade institucional de crianças que morrem por desnutrição aguda grave

Consistência no Fluxo dos dados do Distrito para a Província e do Distrito para o nível Nacional

Província	Distrito	Unidade Sanitaria	Óbitos devido a desnutricao (DAG)							Casos Internados Diagnosticados - DAG						
			Totais da US (no RM ao nível da US)	Totais da US (ao nível do Districto)	% Margem de Erro	Totais da US (ao nível do Província)	% Margem de Erro	Totais da US (ao nível do Nivel Central)	% Margem de Erro	Totais da US (no RM ao nível da US)	Totais da US (ao nível do Districto)	% Margem de Erro	Totais da US (ao nível do Província)	% Margem de Erro	Totais da US (ao nível do Nivel Central)	% Margem de Erro
			Unidade de Sanitaria	Districto	(US-Districto)	Província	(Dist-Prov)	Central	(Dist-Cent)	Unidade de Sanitaria	Districto	(US-Districto)	Província	(Dist-Prov)	Central	(Dist-Cent)
			B	(C)	(C/B)	(D)	(D/C)	E	(E/D)	B	(C)	(C/B)	(D)	(D/C)	E	(E/D)
Prov. Nampula	Nacala porto	HD Nacala	2	2	0%	2	0%		100%	28	28	0%	28	0%		100%
Prov. Nampula	Ilha de Moç	CS da Ilha	0	0	0%	0	0%		0%	2	2	0%	2	0%		100%
Prov. Nampula	Monapo	HR de Monapo	1	1	0%	1	0%		0%	6	4	-33%	6	50%		100%
Prov. Nampula	Monapo	CS de Monapo	0	0	0%	0	0%			7	7	0%	7	0%		
			3	3	0%	3	0%	0	100%	43	41	-5%	43	5%		0%

Das 3 USs visitadas com serviços de internamento, foi possível verificar dados em todas (100%) US;

Nas US em que os dados foram verificados, os dados dos óbitos tiveram consistência dos dados (US – distrito, distrito – província, província) com uma margem de erro inferior a 10%. Nas US em que os dados foram verificados, os dados dos casos (altas) tiveram consistência dos dados (US – distrito, distrito – província, província - central) com uma margem de erro inferior a 10%; so no Hospital Rural de Monapo , houve uma diferenca de 2 casos (50%) entre o districto e província.

Em todos níveis, os dados disponíveis nos resumos mensais / Modulo Basico foram comparados com os dados no fluxo dos pontos focais de nutrição; não houve uma inconsistência entre os dados disponíveis em todos níveis.

A margem de erro global é classificada como A, quer dizer, a qualidade dos dados é alta.

(iii) Zambézia

A) Indicador 1. Número de partos institucionais

Nome do Indicador No. 1	Número de partos institucionais (Indicador 6 QAD-Saúde)
-------------------------	---

Tabela 4: Resultados da Verificação de Dados no nível da Unidade Sanitária

Distrito	Unidade Sanitaria	Resultados Verificados (Livro do Registo) Total	Resultados Reportados (Resumo Mensal)	% Margem de Erro
		A	B	
Quelimane Cd	Hospital Prov	dados incompl	1,158	N/A
Gurué	Hospital Distrital	685	693	1%
Gurué	CS Invinha	281	282	0%
Ile	CS da Sede	250	233	-7%
Ile	CS Mugulama	164	175	7%
Mocuba	Hospital Distrital	1,389	1,420	2%
Mocuba	CS Mugeba	379	381	1%

A margem de erro é classificada como **A** para os dados de todas as US, quer dizer, **a qualidade dos dados é alta**.

Apesar de não ser possível calcular a margem de erro entre o Livro de Registo da Maternidade e a Ficha Resumo Mensal no Hospital Provincial de Quelimane, já que apenas os dados do mês de Junho estavam disponíveis no Livro de Registo da Maternidade, quando é feita uma simulação do cálculo apenas para este mês, esta US apresentou uma margem de erro de 20%, classificando como dados de qualidade média.

Tabela 5: Consistência no Fluxo de dados do Distrito para a Província e do Distrito

Distrito	Unidade Sanitaria	Totais da US (no RM ao nível da US)	Totais da US (ao nível do Districto)	% Margem de Erro	Totais da US (ao nível do Província)	% Margem de Erro
		Unidade Sanitaria	Districto	(US-Districto)	Província	(Dist-Prov)
		B	(C)	(C/B)	(D)	(D/C)
Quelimane Cd	Hospital Prov	1,158	N/A		1,158	0%
Gurué	Hospital Distrital	693	693	0%	693	0%
Gurué	CS Invinha	276	276	0%	249	-10%
Ile	CS da Sede	233	233	0%	233	0%
Ile	CS Mugulama	175	175	0%	175	0%
Mocuba	Hospital Distrital	1389	1,420	2%	1,420	0%
Mocuba	CS Mugeba	381	381	0%	381	0%

A margem de erro é classificada como **A** para os dados de todas as US (0%-2%), quer dizer, a **qualidade dos dados é alta**, exceptuando o CS de Invinha, onde o erro foi de 10%, provavelmente relacionado à mudança no fecho da estatística mensal.

Para o Hospital Provincial de Quelimane, este cálculo não é aplicável, porque esta US envia os dados directamente à DPS.

CONSTATAÇÕES ESPECÍFICAS - MATERNIDADE:

- No geral os dados do Resumo Mensal da Maternidade (Mod SIS-B04) são consistentes com os resumos do distrito e da província, estes últimos, tanto na ficha resumo mensal, quanto no Módulo Básico.
- Porém, em todas maternidades foram encontradas inconsistências entre os dados do Livro Mod SIS-B01 e o Resumo Mensal da Maternidade (Mod SIS-B04).
- No Hospital Provincial de Quelimane não foram localizados os Livros de Registo da Maternidade referente aos meses de Abril e Maio de 2011.
- É comum no Livro de Registo da Maternidade (Mod SIS-B01) não estarem preenchidas todas as linhas por completo e que nem sempre a informação é legível.
- No Hospital Distrital de Mocuba, a maternidade utiliza o Livro de Registo de Prevenção da Transmissão Vertical ao invés do Livro Mod SIS-B01.
- No Hospital Provincial de Quelimane e no Hospital Distrital de Mocuba algumas colunas do Livro Mod SIS-B01 não são preenchidas.

Para as US onde os dados estavam disponíveis (duas das quatro que implementam o PAV), a margem de erro foi **muito acima do 20%** (85% e 429%) sendo, por isso, classificados como **“dados de baixa qualidade” (B2)**.

A equipa observou que há consistência entre os dados do registo diário e o resumo mensal, mas não entre estes e o livro de registo diário, o que justifica as grandes margens de erro.

Em termos gerais, o Livro de Registo de Vacinas (Mod SIS-A01-A) contém menos dados do que a Ficha de Registo Diário (Mod SIS-A01).

Tabela 7: Consistência no Fluxo de dados do Distrito para a Província

Distrito	Unidade Sanitaria	Totais da US (no RM ao nível da US)	Totais da US (ao nível do Districto)	% Margem de Erro	Totais da US (ao nível do Província)	% Margem de Erro
		Unidade Sanitaria	Districto	(US-Districto)	Província	(Dist-Prov)
		B	(C)	(C/B)	(D)	(D/C)
Quelimane Cd	Hospital Prov	---				
Gurué	Hospital Distrital	---				
Gurué	CS Invinha	120	120	0%	120	0%
Ile	CS da Sede	208	208	0%	208	0%
Ile	CS Mugulama	37	37	0%	37	0%
Mocuba	Hospital Distrital	---				
Mocuba	CS Mugeba	61	219	259%	219	0%

Para três das quatro US que implementam o PAV, a margem de erro foi 0%, tanto ao nível do distrito como ao nível da província, ou seja, a consistência dos dados é classificada como **A (a qualidade dos dados é alta)**. Porém, os dados do CS de Mugeba ao nível distrito apresentaram uma diferença de mais do que 250%, classificando-os como **“dados de baixa qualidade” (B2)**.

CONSTATAÇÕES ESPECÍFICAS - PAV

- Todas US utilizam os livros de registos do Módulo Básico actualizados.
- É comum no Livro de Registo do PAV não estarem preenchidas todas as linhas por completo e nem sempre a informação é legível.

- Em todas as US, os dados presentes no Livro de Registo de Vacinas (Mod SIS-A01-A) nunca foram consistentes com os dados da Ficha de Registo Diário (Mod SIS-A01). Em alguns casos, as razões para tal discrepância parecem ser aceitáveis (ex: 1. No CS Sede do Ile o número de crianças vacinadas é maior na Ficha de Registo Diário, porque muitas mães de outra área de saúde preferem fazer as consultas nesta US e a enfermeira para não perder a oportunidade aproveitada para vacinar a criança, porém não a regista no Livro de Registo de Vacinas, pois o seu NID pertence à outra US. Também referiram ser comum receberem crianças de Namarrói que preferem fazer a vacinação nesta US; 2. No CS de Mugalama, os dados da 1ª fase da SNS de 2011 foram sumarizados na Ficha de Registo Diário do Posto Fixo, porque não tinham disponível um livro destes para as brigadas móveis. Isto explica a diferença nos dados do mês de Abril desta US entre os dados verificados na Ficha de Registo Diário do PAV e no Resumo Mensal da US em relação aos dados verificados no Livro de Registo de Vacina).
- O CS do Ile não conseguiu localizar o Livro de Registo de Vacinas (Mod SIS-A01-A) referente aos meses de Maio e Junho em análise.
- No CS de Mugeba em Mocuba, o Livro de Registo de Vacinas (Mod SIS-A01-A) não tinha nenhum registo de crianças vacinadas com a 3ª dose de DPTHepB Hib, embora existam dados para posto fixo, tanto na Ficha de Registo Diário (Mod SIS-A01) na Ficha Resumo mensal (Mod SIS A03-A).
- As US visitadas não usavam as fichas de registo diário para o preenchimento diário da vacinação, mas sim para um mês inteiro, ou seja, como se estas fossem consideradas fichas de registo mensal.
- Nenhum dos distritos visitados fizeram brigadas móveis (BM) durante o período em análise, apenas durante a 1ª fase da Semana Nacional de Saúde de 2011, onde todos referiram que as BM fizeram também a vacinação de rotina. No entanto, a maior parte reportou estes dados em fichas (de registo diário e de resumo diário) específicas da SNS, que eram enviadas ao SDSMAS, onde finalmente os dados eram reportados numa base de dados específica da SNS, mas parece não haver uma padronização no fluxo dos dados da BM para o distrito/província.

C) Indicador 2. Taxa de mortalidade institucional por desnutrição aguda grave nas crianças menores de 5 anos.

Nome do Indicador No. 3	Taxa de mortalidade institucional por desnutrição aguda grave nas crianças menores de 5 anos. (Indicador 4 do QAD-Saúde)
--------------------------------	---

Tabela 8: Resultados da Verificação de Dados ao nível das Unidades Sanitárias

Unidade Sanitaria	Obitos devido a desnutricao (DAG)			Altas Diagnosticadas - DAG			Taxa de Mortalidade - DAG		
	Resultados Verificados (Processo Clinico)	Resultados Reportados (Resumo Mensal)	% Margem de Erro	Resultados Verificados (Processo Clinico)	Resultados Reportados (Resumo Mensal)	% Margem de Erro	Resultados Verificados (Livro do Registo)	Resultados Reportados (Resumo Mensal)	% Margem de Erro
	A	B	(B/A)	A	B	(B/A)	A	B	(B/A)
Hospital Prov	Não disponível	8		Não disponível	80		Não disponível	10%	
Hospital Distrital	3	5	67%	27	59	119%	11%	8%	-24%
CS Invinha	---	---							
CS da Sede	2	2	0%	15	16	7%	13%	13%	-6%
CS Mugulama	---								
Hospital Distrital	6	3	-50%	65	47	-28%	5%	6%	37%
CS Mugeba	---								

Continuação da tabela anterior

Óbitos devido a desnutrição (DAG)			Casos Internados Diagnosticados - DAG		
Resultados Verificados (Processo Clínico)	Resultados Triangulados (Livro do Registo)	Variabilidade	Resultados Verificados (Processo Clínico)	Resultados Triangulados (Livro do Registo)	Variabilidade
A	A1	A1/A	A	A1	A1/A
Não disponível	Não disponível		Não disponível	Não disponível	
3	6	100%	27	64	137%
2	2	0%	15	14	-7%
2	3	50%	65	43	-34%

Este indicador foi estudado em quatro US. Os dados do Hospital Provincial não estavam disponíveis e, por isso, não foram analisados. Das três restantes US, a **qualidade dos dados de uma** (CS da Sede de Ile) é **alta (A)** e das **outras duas** (os Hospitais Distritais de Gurué e Mocuba) **é de baixa qualidade (B2)** para o número de óbitos por desnutrição, o número de altas por desnutrição aguda grave e a taxa de mortalidade.

Vale a pena notar que os números são baixos, em relação aos indicadores anteriores, o que faz com que apenas 1 erro de variação eleve a percentagem de margem de erro/variabilidade.

Tabela 9: Consistência no Fluxo dos dados do Distrito para a Província e do Distrito

Distrito	Unidade Sanitaria	Óbitos devido a desnutricao (DAG)					Altas Diagnosticadas - DAG				
		Totais da US (no RM ao nível da US)	Totais da US (ao nível do Districto)	% Margem de Erro	Totais da US (ao nível do Província)	% Margem de Erro	Totais da US (no RM ao nível da US)	Totais da US (ao nível do Districto)	% Margem de Erro	Totais da US (ao nível do Província)	% Margem de Erro
		Unidade Sanitaria	Districto	(US-Districto)	Província	(Dist-Prov)	Unidade Sanitaria	Districto	(US-Districto)	Província	(Dist-Prov)
		B	(C)	(C/B)	(D)	(D/C)	B	(C)	(C/B)	(D)	(D/C)
Quelimane Cd	Hospital Prov	Não disponível	Mandam à DPS		8		Não disponível	Mandam à DPS		80	
Gurué	Hospital Distrital	5	Mandam à DPS		5		59	Mandam à DPS		59	
Gurué	CS Invinha	--									
Ile	CS da Sede	2	2	0%	2	0%	16	16	0%	16	0%
Ile	CS Mugulama	---									
Mocuba	Hospital Distrital	3	Mandam à DPS		3		47	Mandam à DPS		47	
Mocuba	CS Mugeba	---									

Das três US com dados disponíveis sobre este indicador, duas (os 2 Hospitais Distritais) não enviam os dados ao nível distrital, estes são directamente enviados à província e, por isso, não foi possível comparar.

Vale a pena notar que a consistência entre os dados destes hospitais e os dados disponíveis a nível provincial é de 100%. Para o CS da Sede de Ile a consistência dos dados também foi de 100%. Por isto, a **margem de erro** é classificada como **A** (dados de **alta qualidade**).

CONSTATAÇÕES ESPECÍFICAS – INTERNAMENTO POR DESNUTRIÇÃO AGUDA GRAVE

- É comum no Livro de Registo do Internamento de Pediatria, assim como nos processos clínicos, não estarem preenchidas todas as linhas por completo) (ex: os diagnósticos e as datas de alta não são registados nos processos clínicos) e nem sempre a informação é legível.
- A nível da DPS este indicador, apesar de estar presente tanto na base de dados do Programa da Nutrição quanto no Módulo Básico, os dados não são consistentes. Parece que o Programa possui os dados mais completos em relação ao Módulo Básico. Dos 3 distritos visitados, apenas o SDSMAS do Ile reporta os dados referentes a este indicador no módulo básico. Onde existia um Agente/Técnico de Nutrição no SDSMAS é este o responsável por reportar à província, usando a Ficha Resumo Mensal do Programa, e onde este

profissional não existe é o Hospital Distrital que reporta a informação directamente à DPS. Isto pode justificar a discrepância nos dados disponíveis no nível central entre a base de dados do programa e o módulo básico.

- Na base de dados do Programa, a nível da DPS, o cálculo do indicador não é feito correctamente, ou seja, este utiliza como denominador o número de casos internados, ao invés do número de altas. A mesma situação foi encontrada no SDSMAS de Mocuba. No entanto, nas US com serviço de Pediatria e no Módulo Básico este indicador é calculado correctamente.
- De uma maneira geral, todas US reportam os casos de desnutrição como causa do internamento na Ficha de Resumo do Internamento, quando estes são registados no processo clínico como primeira causa principal, à excepção do Hospital Distrital de Mocuba, cuja responsável pela Enfermaria de Pediatria informou que reporta todos os casos de internamento por desnutrição como causa primária, mesmo quando esta é a causa secundária, para que facilitar a justificação e planificação dos stocks dos leites terapêuticos que utiliza/deve receber, e o Centro de Saúde de Ile que, por erro, contabiliza a mesma criança mais de 1 vez nos casos em que existem 2 ou mais diagnósticos principais.
- A maior parte dos profissionais de saúde das Enfermarias de Pediatria não está formada nos novos protocolos de reabilitação nutricional.
- No Hospital Distrital de Mocuba, o resumo mensal do internamento é preenchido a partir dos processos clínicos e não do livro de registo do internamento

D) Análise qualitativa

As perguntas no questionário elaborado para a obtenção de informações gerais sobre o funcionamento dos serviços não eram adaptáveis para todos os níveis do sistema (US, distrito e Província). Em algumas destas perguntas as opções de resposta “sim” ou “nao” não eram aplicáveis. Assim sendo, as constatações/conclusões são sumarizadas pela província, excepto a informação referente à disponibilidade de stocks.

Disponibilidade de stocks dos medicamentos, outros artigos médicos e instrumentos de M&A

US	HD Guruè	CS Invinha	CS sede do Ile	CS Mugulama	HD Mocuba	CS Mugeba	HP Quelimane
Distrito	Guruè		Ile		Mocuba		Cid. Quelimane
Leite terapêutico							
Hoje	Existe	n-a	Existe	n/a	Existe	n/a	Rotura
Abr-Jun 11	Rotura		Rotura (Abril)		Rotura		Rotura
Oct-Dec 11	Rotura (Outubro)		Houve		Rotura (Outubro)		Rotura
Plumpy Nut							
Hoje	Existe		Existe	Existe	Rotura		Existe
Abr-Jun 11	Houve	n/a	Rotura (Abril)	Rotura (Abril-Maio)	Rotura (Abril)	n/a	Rotura (Abril-Maio)
Oct-Dec 11	Houve		Houve	Rotura	Houve		Houve
Resomal							
Hoje	Existe	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	Rotura
Abr-Jun 11	Houve	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	Rotura
Oct-Dec 11	Houve	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	Rotura
Stock livros							
Hoje	Existe	Existe	Existe	n/a	Existe	n/a	Informação não disponível
Abr-Jun 11	Houve	Houve	Houve		Houve		
Oct-Dec 11	Houve	Houve	Houve		Houve		

n/a = não aplicável

- Em geral foi constatada a rotura de leites terapêuticos durante um período grande de 2011 e de Plumpy Nut durante alguns meses. O Resomal raramente esteve disponível e nem sequer é conhecido por grande parte dos profissionais da farmácia.

Instrumentos de recolha

- Em todas US visitadas, o pessoal de saúde não sabia informar se as versões dos livros/fichas que estavam a usar eram ou não as mais actualizadas, à excepção do Livro de Registo da Maternidade, provavelmente porque estes documentos não apresentam a data de versão correspondente.
- Para cumprir com o calendário estatístico para o envio da informação ao nível superior, os resumos mensais são geralmente enviados do nível distrital ao provincial por email, mas também em papel.

Avaliação local da qualidade dos dados

- Todas as US e níveis de gestão (SDSMAS e DPS) reportaram que receberam retroinformação sobre os programas dos seus níveis superiores hierárquicos. No entanto, verificou-se que esta retroinformação é mais relacionada ao desempenho dos programas localmente (alcance ou não das metas determinadas), do que em sobre a qualidade dos dados.
- Esta retroinformação é, geralmente, dada mensalmente, durante os encontros mensais entre a SDSMAS e as US, por exemplo.
- A maior parte das US informaram que receberam visitas de assistência técnica de um parceiro para a área de Monitoria e Avaliação. No entanto, a maior parte do apoio prestado foi na área do HIV/SIDA e foi dada pelas Organizações Governamentais Internacionais (ICAP, I-TECH, FGH).
- As US também receberam visitas do MISAU, DPS e SDSMAS, mas estas não estavam relacionadas a área de monitoria e avaliação ou qualidade de dados.

Capacitação do pessoal de saúde na área de M&A

- Os profissionais de saúde entrevistados referiram que apenas receberam formações na área de monitoria e avaliação relacionadas aos novos instrumentos de recolha dos dados.

Organização e uso da informação

- No Hospital Provincial de Quelimane e no Hospital Distrital de Mocuba o sistema de arquivo não está bem organizado e apresenta muitas deficiências, o que fez com que não fosse possível localizar todos os processos clínicos do Internamento de Pediatria no HP Quelimane, por exemplo.
- Na maioria das US foi possível encontrar gráficos, tabelas e mapas actualizados referentes ao desempenho dos principais programas. De uma maneira geral, os responsáveis pela estatística de saúde, nos seus diferentes níveis, compilam, arquivam e reportam a informação de forma organizada e sabem interpretar os gráficos.
- A maior parte das US realiza encontros de rotina (mensalmente) com a equipe técnica de saúde para discussão sobre o desempenho dos programas em termos de alcance ou não das metas definidas, não estando incluída a qualidade dos dados.