



Republica de Moçambique
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO DE PLANIFICAÇÃO E COOPERAÇÃO

Balanço do PES 2007 I Semestre

MAPUTO, Julho de 2007

ÍNDICE

ABREVIATURAS.....	2
1. INTRODUÇÃO	4
2. METODOLOGIA.....	4
3. ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	5
4. ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS SEGUNDO AS PRIORIDADES DEFINIDAS PELO SECTOR PARA 2007	9
4.1. Prestação de Cuidados de Saúde para melhorar o Estado de Saúde da População.....	9
4.2. Fortalecimento do SNS.....	28
4.2.1. Planificação, Gestão e Desenvolvimento de Políticas	28
4.2.2. Desenvolvimento de Recursos Humanos	32
4.2.3. Área Farmacêutica	32
4.2.4. Manutenção.....	34
4.2.5. Logística.....	34
4.2.6. Género.....	34
4.2.7. Reformas do Sector.....	34
4.2.8. Mecanismos de Financiamento.....	35
5. EXECUÇÃO ORÇAMENTAL.....	35
6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	39
Anexo 1: Expansão da rede sanitária 1º semestre 2007- obras de gestão central.....	42
Anexo2: Expansão da rede sanitária 1º semestre 2007- obras de gestão Provincial	44

ABREVIATURAS

ACS	–	Agentes comunitários de saúde
AIDI		Atenção Integrada à Doenças de Infância
APE's		Agentes Polivalentes Elementares
AT	–	Assistência Técnica
AT2	–	Vacina anti-tetânica 2 dose
BCG	–	Vacina anti-tuberculose
CDFMP	-	Cenário de Despesa e Financiamento de Médio Prazo
CDI	-	Comissão de Desenvolvimento Institucional
CEREPIJ		Centro de Reabilitação Psicológica Infantil e Juvenil
CERN-		Cuidados Essenciais ao Recém Nascido
CMAM-		Central de Medicamentos e Artigos Médicos
COEB	–	Cuidados Obstétricos Essenciais Básicos
COEC		Cuidados Obstétricos Essenciais Completos
CS	-	Centro de Saúde
CTA		
CTEDSH&PE		Comité Técnico Especializado de Desenvolvimento Social e Humano & Programas de Saúde
CSP	-	Cuidados de Saúde Primários
DAG	–	Direcção de Administração e Gestão
DCOs	-	Dias Camas Ocupadas
DDT		
DF	–	Departamento de Formação
DFAR	–	Departamento farmacêutico
DHA	–	Departamento de Higiene Ambiental
DNPO-		Direcção Nacional de Plano e Orçamento
DNS	–	Direcção Nacional de Saúde
DPAG	-	Departamento Provincial de Administração e Gestão
DPC	–	Direcção de Planificação e Cooperação
DPES	–	Departamento de Planificação e Economia sanitária
DPSs	–	Direcções Provinciais de Saúde
DRH-F	–	Direcção de Recursos Humanos e Departamento de Formação
DSC	–	Departamento da Saúde da Comunidade
DTP/HB	–	Vacina tetra valente Difteria, Tétano, Pólio e Hepatite B
DTS	–	Doenças de transmissão sexual
GACOPI	–	Gabinete de Coordenação de Projectos de Investimentos
GAVI		Global Alliance for Vaccines and Immunization
GdM	–	Gabinete do Ministro
HIV	–	Vírus de imunodeficiência adquirida
HR	--	Hospital Rural
IdFs	–	Instituições de Formação
IEC-		Informação e Educação para a Saúde
INS	–	Instituto Nacional de Saúde
ISCISA		Instituto Superior de Ciências de Saúde
ITS-		Infecções de Transmissão Sexual
LEM		
LNHAA		Laboratório Nacional de Higiene de Água e Alimentos
MAE	–	Ministério de Administração Estatal
MDM		Metas do Desenvolvimento do Milénio
MINAG		Ministério da Agricultura
MISAU	–	Ministério da Saúde
MPD/MF	–	Ministério do Plano e Desenvolvimento/Ministério das Finanças

OE-	Orçamento do Estado
OGE -	Orçamento Geral do Estado
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAF-	Performance Assessment Framework
PARPA -	Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta
PAV-	Programa Alargado de Vacinações
PES -	Plano Económico e Social
PESS -	Plano Estratégico do Sector Saúde
PF –	Planeamento familiar
PIS-	Plano de Investimento De Saúde
PNCTL –	Programa Nacional de combate a tuberculose e Lepra
PRSS -	Programa de Recuperação do Sector Saúde
PROSAÚDE-	Fundo Comum Geral
RESP –	Repartição de Educação para Saúde Pública
RICAS	Rede de Informação , comunicação para Água e Saneamento
SEA –	Saúde Escolar e do Adolescente
SIS -	Sistema de Informação para a Saúde
SIGM	Sistema de Informação para Gestão de Medicamentos
SISD-	Sistema de Informação de Saúde Distrital
SMI-	Saúde Materno Infantil
SNS -	Serviço Nacional de Saúde
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
SWAP -	Abordagem Sectorial Ampla
TARV-	Terapia Anti-Retro Viral
TIP	Tratamento Intermitente Preventivo
UAs –	Unidades de atendimento
US –	Unidade sanitária
VAS –	Vacina anti-sarampo
VE	Vigilância Epidemiológica

1. INTRODUÇÃO

O presente Balanço do Plano Económico Social , apresenta o grau de implementação das actividades realizadas pelo sector saúde durante o período de Janeiro à Junho de 2007.

É objectivo fundamental do sector contribuir com intervenções específicas para a melhoria do estado de saúde da população moçambicana influenciado negativamente pelo peso social da desnutrição, HIV/SIDA, doenças letais e debilitantes e/ou geradoras de incapacidade.

Para reverter este cenário o sector identificou prioridades para 2007 que se enquadram em dois eixos principais de actuação: um relativo à redução do peso da doença que contribui directamente para a melhoria do Estado de Saúde da população, e outro concernente ao fortalecimento do Sistema Nacional Saúde por forma que este responda eficazmente às necessidades do sistema de prestação de cuidados de saúde, sem descurar o envolvimento comunitário com vista a promoção e protecção de saúde que constituiu uma prioridade permanente do sector (vide em anexo a lista das prioridades).

2. METODOLOGIA

O balanço analisa e avalia o cumprimento do plano de actividades previstas no PES do Sector Saúde para o 1º semestre de 2007.

Para o efeito, foram compulsados dados provenientes do SIS e de outras fontes paralelas de informação.

Em 2007 o sector passou a contar com um PES resultante da fusão de dois instrumentos de planificação (PES e POA), o presente balanço irá analisar o desempenho do sector em termos de actividades desenvolvidas , seguindo fielmente a estrutura do documento PES.

O presente balanço, tenta plasmar o desempenho do sector em termos de cumprimento do PES 2007 e simultaneamente o progresso do sector saúde em relação ao preconizado no PQG (2004-2009). Este exercício visa a identificação das áreas de fraco e de bom desempenho do sector e a utilização dos achados para a rápida tomada de decisões quanto as estratégias a serem usadas para o cumprimento do Plano Quinquenal do Governo.

A não disponibilidade atempada de informação provincial completa referente ao período em análise e a tentativa de cumprimento do Ciclo de Planificação do Governo não permitiu a obtenção do real cenário do desempenho do sector, sendo este facto uma das fraquezas do presente relatório. Consequentemente os dados estatísticos colhidos pelo sistema de rotina (SIS) analisados neste balanço são referentes a 5 meses com reajustes para 6 meses.

A crise financeira na componente externa do orçamento que o sector atravessa comprometeu sobremaneira o desempenho no 1º semestre de 2007, tendo várias acções sido reprogramadas para 2008 o que irá de certo modo concorrer negativamente para o cumprimento do plano deste ano.

3. ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Em relação ao estado de saúde da população, apresentamos a tendência das doenças de notificação obrigatória. Os clássicos indicadores do estado de saúde da população referem-se ao último Inquérito Demográfico de Saúde realizado em 2003.

De uma forma geral, o primeiro semestre de 2007 foi caracterizado pela diminuição do número de casos de doenças de notificação obrigatória (exceptuando a raiva e a disenteria) quando comparado com igual período de 2006. A **cólera** foi a que registou decréscimo mais acentuado, **334** casos registados no período de Janeiro à Junho de 2007 **5,062** contra registados em igual período de 2006(**tab1**). De salientar que todos os casos reportados são provenientes das províncias de Cabo Delgado (**79%** dos casos) e Niassa (**21%**). Apesar da redução do número de casos de cólera notificados, a taxa de letalidade praticamente manteve-se inalterada (de **0.4%** passou para **0.58%**).

Tabela 1. Notificação de doenças transmissíveis Jan-Junho 2006-2007

	Casos		Óbitos		letalidade%	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Sarampo	64	120	0	1	0.00	0.83
Tétano	11	8	6	3	55.00	37.5
Tosse convulsa	0	0	0	0	0.00	0.00
PFA	52	38	0	0	0	0.00
Malária	3,621,471	3,173,974	2,987	1,860	0.08	0.06
Raiva**	9	15	9	15	100	100.00
Diarreia	358,560	339,781	321	230	0.09	0.07
Cólera	5,062	344	22	2	0.4	0.58
Peste	0	0	0	0	0.00	0.00
Disenteria	76,930	81,656	12	4	0.00	0.005
Meningite	757	403	238	81	31.4	20.1

Fonte BES/ MISAU

** mordeduras caninas 1867(1º sem2006), 2339 (1º sem 2007)

De Janeiro à Março de 2007 , registou-se uma ligeira diminuição do número de casos reportados como **malária**¹ (**3,173,974**) quando comparado com igual período de 2006 (**3,621,471**). É ainda prematuro tirar conclusões em relação a este achado, podendo porém estar associado a melhoria da qualidade do diagnóstico e/ou da colheita de dados e aos efeitos do reforço de medidas preventivas (PIDOM entre outras).

Registou-se igualmente ligeira melhoria da taxa de letalidade, de **0.08%** passou para **0.06%** em 2007 (**tab.2**). As província de Maputo, Gaza e Inhambane foram as que menor taxa de letalidade reportaram, isto é 2 vezes inferior à média Nacional (**0.02%**). As províncias de Sofala, Nampula e cabo Delgado registaram taxas de letalidade superiores a média Nacional (**0.08%**).

Tabela 2 Casos e Tx let de malária por província Jan-Junho 2006-2007

	2006		2007	
	Casos	Let%	Casos	Let%
Maputo C	218353	0.20	96686	0.06
Maputo P	133568	0.02	57452	0.03
Gaza	499636	0.04	389017	0.03
Inhambane	282405	0.04	277340	0.03
Sofala	333488	0.16	300708	0.08
Manica	281943	0.05	277833	0.04
Tete	251384	0.09	236671	0.06
Zambézia	454148	0.07	358134	0.06
Nampula	711573	0.08	723587	0.08
Niassa	268671	0.09	256933	0.05
Cabo Delgado	186302	0.08	199613	0.08
País	3621471	0.08	3173974	0.06

Fonte BES/ MISAU

No período em análise foram notificados **403** casos de **meningite (tab3)** contrariamente aos **757** registados em igual período do ano passado. Diminuição mais acentuada de casos notificados registou-se na Cidade de Maputo onde foram reportados **60** casos contra os **491** reportados em igual período de 2006.

A província de Nampula notificou cerca de 30% do total de casos e a menor taxa de letalidade foi verificada na província de Manica (6.5 vezes inferior à média Nacional). A taxa de letalidade (Nacional) melhorou de **31.44%** em 2006 passou para **20.1%** em 2007.

¹ Nem todos têm confirmação laboratorial

Tab 3 Casos e Txa de let de Meningite por prov. de Jan-Junho 2006-2007

	2006		2007	
	Casos	Let%	Casos	Let%
Maputo C	491	37.27	60	25.00
Maputo P	18	0.00	19	15.79
Gaza	43	30.23	17	5.88
Inhambane	5	40.00	11	63.64
Sofala	24	4.17	23	4.35
Manica	5	0.00	65	3.08
Tete	47	25.53	9	55.56
Zambézia	5	40.00	13	92.31
Nampula	80	22.50	106	20.75
Niassa	37	13.51	72	15.28
Cabo Delgado	2	100.00	8	25.00
País	757	31.44	403	20.10

Fonte BES/ MISAU

Do grupo de doenças de notificação obrigatória cobertas pelo PAV, foram notificados como sarampo 120 casos no presente semestre contra os 60 notificados em igual período de 2006. É de salientar que dos estudos levados a cabo para o esclarecimento desta tendência demonstraram tratar-se de casos de rubéola e não de sarampo.

Tab 4 Casos e Txa de let de sarampo por prov. de Jan-Junho 2006-2007

	2006		2007	
	Casos	Let%	Casos	Let%
Maputo C	7	0.00	14	0
Maputo P	5	0.00	10	0
Gaza	3	0.00	3	33.33
Inhambane	2	0.00	18	0.00
Sofala	1	0.00	0	0
Manica	0	0.00	0	0
Tete	0	0.00	0	0
Zambézia	1	0.00	2	0
Nampula	9	0.00	53	0
Niassa	35	0.00	8	0.00
Cabo Delgado	1	0.00	12	0.00
País	64	0.00	120	0.83

Fonte BES/ MISAU

Os casos de **tétano** neo-natal reduziram de 11 para 8 casos, a taxa de letalidade reduziu igualmente de **55%** para **37.5%**.

Em relação à **Paralisia Flácida Aguda (PFA)**, no primeiro semestre de 2007 foram notificados **38** casos contra os **52** notificados em igual período do ano passado. De salientar que a província de Sofala reportou **34.2%** do total de todos os casos.

A notificação de casos de PFA merece especial atenção tendo em conta que um dos grandes desafios do sector é a erradicação da poliomielite até ao ano 2010. Neste contexto urge a necessidade de se levar a cabo um trabalho de campo em Sofala para melhor estudo dos casos notificados como PFA, avaliando os critérios de diagnóstico usados e o seguimento dos parâmetros para a sua confirmação laboratorial.

Ainda durante o 1º semestre verificou-se aumento (1.5 vezes) dos casos de **raiva** com a notificação de **15** casos contra **9** em 2006. Similar tendência foi verificada em relação aos casos de mordedura canina que aumentaram de **1867** em 2006 para **2339** em 2007.

Similarmente a 2006, não foram registados casos de **peste** nem de **tosse convulsa** em 2007.

Os indicadores de vigilância nutricional de 2003 à 2007 continuam indicando que o estado nutricional da população moçambicana continua a preocupar e a merecer uma atenção especial, principalmente o Baixo Peso à Nascimento (BPN) cuja taxa foi de 11.6%, em 2007, representa uma situação de alarme. A taxa de Crescimento Insuficiente (CI) de 5.09% encontra-se dentro dos parâmetros aceitáveis.

Tab. 5 Indicadores de vigilância nutricional

Ano	B.P Nascimento %	Cresc Insuficiente%
2003	10.1	6.4
2004	9.7	6
2005	10.5	5.7
2006	11.5	6
2007(1º Sem)	11.6	5.09%
Padrão aceitável	< 7	< 16

No período de Janeiro à Maio de 2007 foram notificados **201.398 casos de ITSs**. Do total dos casos registados em 2007 38.4% foram notificados como leucorreias e 38% úlceras genitais. Similarmente ao ano 2006, a leucorreia continua sendo o síndrome mais frequente seguido por úlcera genital. Este facto é preocupante devido a estreita relação entre os casos de ITS e infecção pelo HIV.

As províncias da Zambézia e Nampula notificaram mais casos de ITSs (17.2% e 14.5% respectivamente), esta é uma situação de alerta e indica a necessidade de reforço de actividades preventivas nestas duas províncias, sem descurar que estas percentagens podem estar relacionadas com a melhoria da capacidade diagnóstica.

Os casos positivos de HIV aumentaram drasticamente de **30.332 em 2006 para 69003** em 2007. Ao se analisar este achado, deve-se ter em conta a introdução da nova abordagem (ATS) e a oportunidade de tratamento que de certa maneira aumenta o acesso dos usuários das US ao aconselhamento e testagem do HIV. As províncias de Maputo Cidade e Sofala foram as que maior número de casos reportaram, similarmente ao ano passado.

A população feminina continua sendo a mais afectada pelo HIV (56% do total de todos os casos). A mesma tendência tem se verificado anualmente, indicando a necessidade urgente de desenhar um programa sensível a aspectos do género.

Devido ao diferente ciclo de monitoria de PNCTL a informação estatística referente ao 1º semestre ainda não se encontra disponível, contudo segundo os dados epidemiológicos de 2006 (OMS) a taxa de seroprevalência do HIV em pacientes com tuberculose é de 49%, a taxa de prevalência de tuberculose no país é de 636 casos /100.000 habitantes. A taxa de incidência de todas as formas de tuberculose é de 460 casos novos / 100.000 habitantes e a taxa de mortalidade é de 129 mortes em cada 100.000 habitantes.

4. ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS SEGUNDO AS PRIORIDADES DEFINIDAS PELO SECTOR PARA 2007

4.1. Prestação de Cuidados de Saúde para melhorar o Estado de Saúde da População

Das actividades com vista a **redução da mortalidade materna**, no período de Janeiro à Junho, destacam-se : (i) a expansão dos COEB , COEC e dos serviços integrados de PTV com outros serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva (até Março 35 US ofereciam serviços do PTV integrados); (ii) o início do processo de reforço do sistema logístico de segurança de bens e produtos para saúde reprodutiva

Os COEB estão em expansão, até ao final do 1º semestre **47 US** ofereciam **COEB** o que corresponde a uma cobertura nacional de **1.15 US** que oferecem COEB por cada 500.000 habitantes (**tab.6**). É importante notar que estes dados são incompletos, estando em falta a informação da Zambézia, Tete e Maputo Província. As províncias de **Inhambane** e de **Nampula** registaram maiores coberturas **3.81US/500.000hab** e **2.30US/500,000hab** respectivamente, estando a primeira próxima da situação considerada ideal (4US/500000 hab) e ter ultrapassado a meta de 2009. As províncias de Cabo Delgado com **0.59US/500000** e Gaza com **0.79US/500000** tiveram menor desempenho de COEB (gráfico 1).

Tab. 6 coberturas do programa SMI 1º Semestre de 2007

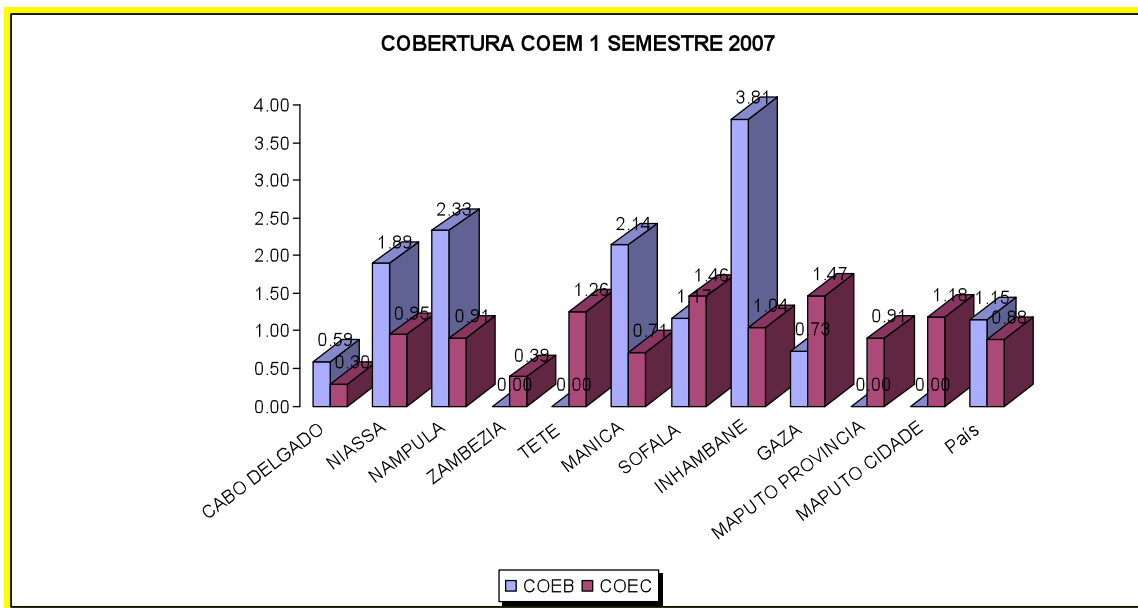
Indicador	1º Sem 2007- Real	Meta 2007	Meta 2009
N. US/500.000 hab	1.15 US/500.000 hab	1.90 US/500000hab	3 US/500.000 hab

Fonte: SSR/MISAU- OC

Para concluir, importa mencionar que mantendo o actual ritmo da expansão dos COEB associado ao facto de a média nacional anteriormente referida ter sido apurada com base em dados incompletos, a meta de 2007 poderá ser alcançada; a meta de 2009 poderá igualmente ser alcançada.

A expansão dos **COEC** foi mais lenta, no período em análise a cobertura Nacional foi de **0.96 US/ 500000hab** tendo as províncias de Gaza e Sofala tido o melhor desempenho (1.47 e 1.46 US por 500.000hab respectivamente).

A província de Cabo Delgado apresenta-se com o menor desempenho tanto para o COEB como para o COEC, havendo necessidade de se criar condições para que maior número de USs sejam creditadas para estes serviços.



A construção de **casa de espera da mulher grávida** nas sedes distritais constitui uma das estratégias adoptadas pelo sector com vista a reduzir a mortalidade materna. A inexistência de uma estratégia de envolvimento comunitário que garanta as condições de alimentação durante a permanência das grávidas nas casas de espera faz com que haja uma fraca utilização das mesmas.

Durante o semestre em análise as acções correspondentes a esta estratégia (construção de casas de espera da mulher grávida) incidiram na identificação de soluções para assegurar a alimentação e cuidados assistenciais e não na construção de mais casas. Presentemente o sector conta com 134 casas, perfazendo uma cobertura de 31.2% que corresponde a 52% de grau de realização em relação a meta anual de 2007.

Esforços devem ser redobrados no processo de construção e a melhoria da gestão das casas deverá ser mais célere para o alcance da meta de 2007, por um lado, e por outro para torná-las mais funcionais e úteis.

Em relação a meta de 2009 o cenário é mais sombrio pois a meio do quinquénio o grau de cumprimento da meta é ainda inferior a 50%; contudo com o redobrar de esforços poderá ser alcançada a meta em 2009.

Tab. 7 % de US de referência com casas de espera de mulheres grávidas

Indicador	2006- Real	1º Sem 2007- Real	Meta 2007	Meta 2009
% US casas espera grávida	31.2 %	31.2 %	60%	90%

Fonte: SSR/MISAU- OC

Durante o 1º semestre foram elaborados: (i) documento da revisão da Lei do Aborto em Moçambique(Já encaminhado ao Conselho de Ministros para apreciação aguardando submissão ao Parlamento); (ii) formulários para Avaliação das Necessidades em Saúde Materna e Neonatal, aguardando a discussão com o respectivo grupo de trabalho multisectorial para posterior submissão à aprovação; (iii) versão preliminar do roteiro para a redução das mortes maternas, neonatais e infantil, aguardando revisão para posterior submissão à aprovação.

A Política de Envolvimento Comunitário ainda não foi concluída e as questões de sensibilização das comunidades (incluindo o homem) nos serviços de planeamento familiar carecem de um melhor enquadramento.

Os indicadores de saúde sexual e reprodutiva (**tab8**) cresceram quando comparados os primeiros semestres de 2006 e 2007, tendo sido ultrapassadas as metas das consultas pré-natais e pós-parto. A cobertura das consultas pré-natais é questionável por se situar na ordem dos 100%, facto que põe em causa a fiabilidade dos dados do SIS.

Tendência contrária foi observada em relação as coberturas das consultas pós- parto e partos institucionais que após o decréscimo registado em 2006, este semestre as coberturas tiveram um crescimento significativo.

Menção especial vai para a província de Niassa que similarmente ao 1º semestre de 2006 foi a que melhores coberturas registou na componente saúde sexual e reprodutiva. Em relação a cobertura de partos institucionais e consultas pós parto as províncias de Manica e Maputo Cidade foram as que mais baixas coberturas registaram.

A cobertura dos partos institucionais continua sendo o ponto fraco do desempenho da componente saúde sexual e reprodutiva, não se podendo ainda visualizar estreita relação entre esta e a expansão dos COEB e COEC.

Considerando a tendência anual de grande aumento de partos institucionais no final do 3º trimestre , associada as actuais actividades em curso com vista ao fortalecimento do envolvimento comunitário a meta anual poderá ser atingida. Apesar de se haver alcançado 84.6% da meta do final do quinquénio, os resultados do 1º semestre indicam que o alcance da meta proposta para 2009 é desafio para o sector .

Tab 8 Cobertura de consultas pré-natais, pós-parto e partos institucionais Jan-Junho 2006/2007

Indicador	1º Semestre 2005	1º Semestre 2006	1º Semestre 2007	Meta 2007	Meta 2009
Cons pré- natais	100%	100%	100%	100%	100%
Partos institucionais	46.7%	42.8%	50.8%	52%	60%
Cons pós- parto	64.9%	58.8%	65.7%	64%	64%

Fonte: Módulo básico / MISAU

Analisando a taxa de mortalidade materna intra- hospitalar de Janeiro à Junho de 2007, pode se constatar uma tendência crescente, nos 1ºs semestres de 2005 a 2007 de **214, 253** para **351/100000NV (tab.9)**. Este achado está relacionado com a melhoria do funcionamento da estratégia de redução da mortalidade materna, reflectido pela melhoria da qualidade dos registos, pelo aumento da credibilidade por parte da população às US e pela crescente chegada de casos graves às Us. Com a expansão dos cuidados obstétricos de emergência, espera-se a subida da taxa de mortalidade, para em seguida decrescer drasticamente.

Tab. 9 Tx de mortalidade materna Jan-Junho 2005-2006-2007

Indicador	1º Sem2005	1º Sem2006	1º Sem2007	Meta 2009
TX M Materna	214	253	351	<100/ 100000NV

Fonte: Módulo básico / MISAU

As taxas mais elevadas foram verificadas nas províncias de Cabo Delgado, Sofala e Inhambane e as mais baixas foram registadas na Província de Maputo e Cidade de Maputo.

Face a este cenário é necessário e urgente o estudo das necessidades em saúde sexual e reprodutiva com vista a identificar os principais constrangimentos e a melhor maneira de responder as reais necessidades da população; intensificar a estratégia da redução das mortes maternas, sem descurar o reforço do sistema de referência bem como a institucionalização do Comité Nacional de Avaliação de Mortes Maternas, são acções que devem ser desenvolvidas com vista a alcançar a meta de 2009, que ainda constitui um grande desafio para o sector.

Concernente a taxa de natimortalidade com foco positivo (indicador de qualidade) no mesmo período, nota-se um decréscimo de **267/100000NV** (2005), **253/100000NV** (2006) para **250/100000NV** no 1º semestre de 2007. A tendência decrescente da taxa de natimortalidade com foco positivo à entrada demonstra certa melhoria na qualidade dos cuidados ao parto.

No âmbito da **redução da taxa de mortalidade infantil**, foi elaborado o Plano Estratégico de Saúde Neonatal e Infantil que tem como objectivo geral a promoção da saúde dos recém-nascidos e crianças, assim como a redução da mortalidade infanto-juvenil em Moçambique, com vista ao alcance das Metas do Desenvolvimento do Milénio (MDM).

Foram ainda elaborados outros documentos chave nomeadamente : (i) Documento para Definição dos Padrões de Qualidade dos Serviços de SSR, Neonatal e Infantil; (ii) Plano Estratégico de Saúde Neonatal e Infantil 2007-2010 (fase final de elaboração); (iii) Roteiro para a Redução das Mortes Maternas, Neonatais e Infantis; (iv) (Cadernos de Mapas de AIDI, AIDI Neonatal, Pacote de HIV/SIDA no contexto de AIDI ; (v) Manual de Formação sobre os Cuidados ao Recém-nascido na comunidade para formação dos APes (em curso).

A estratégia AIDI está sendo implementada em todas as US da rede primária. Durante o período em análise foram ministrados dois cursos de AIDI na Cidade de Maputo e dois em Sofala, tendo sido formados no total 96 profissionais de saúde.

Foram igualmente realizados 6 cursos sobre Cuidados essenciais ao RN, nas províncias de Inhambane (1), Zambézia (2), Manica (1), Gaza (2) tendo sido formados um total de 95 profissionais de saúde,

A cobertura das consultas preventivas de crianças de 0-11 M devem ser olhadas com certa reserva pois tem sido na ordem de 100% tendo já ultrapassado as metas de 2007 e 2009 (tab.10), mais uma vez a questão da fiabilidade de dados é aqui levantada, daí a não alteração da meta de 2009 ultrapassada em 2005.

Cenário contrário tem sido observado em relação as consultas dos 0-4 A, que registaram um decréscimo devido a introdução de um novo sistema de registo das 1^{as} consultas. Até ao final do 1^o semestre foi cumprido em 56 e 53 por cento as metas de 2007 e 2009 respectivamente. Atenção especial deve ser dada as consultas preventivas dos 0-4 anos e delinear estratégias para o alcance das metas.

Tab.10 Cobertura de consultas preventivas de crianças com idade inferior a 5 anos Jan-Junho 2005/ 2006/2007

Cobertura	1 ^o Semestre 2005	1 ^o Semestre 2006	1 ^o Semestre 2007	Meta 2007	Meta 2009
1 ^{as} consultas crianças 0-11M	100%	100%	100%	98%	98%
1 ^{as} consultas crianças 0-4 anos	51.5%	47.8%	41.7%	74%	78%

Fonte: Módulo básico / MISAU

Atinente a **redução da taxa de prevalência e impacto da malnutrição**, durante o primeiro trimestre o sector teve rotura de stock de leite terapêutico(F100 e F75), situação ultrapassada no segundo trimestre. Está em curso a distribuição do leite terapêutico usado no manejo de casos de malnutrição grave.

Ainda no âmbito da implementação do Programa de Reabilitação Nutricional, durante o primeiro semestre foi realizada a capacitação do pessoal do nível central, estando em curso a preparação das formações a nível provincial.

Na área da suplementação com micronutrientes foram enviadas para todas as províncias cápsulas de Vitamina A para as crianças dos 6-59 meses e mulheres no pós-parto e cápsulas de Iodo destinadas às crianças dos 0 a 14 anos, mulheres em idade fértil (15 – 49 anos) e mulheres grávidas.

As coberturas da suplementação com Vitamina A são muito baixas **35.3 %** para crianças de 6-59 meses e **16.05%** para mulheres no Pós – parto. Sugere-se a indicação de meta realistas em 2008. A falta de visitas de supervisão dificulta a averiguação das causas de baixas coberturas, não podendo no entanto ser posta de lado a qualidade de registo de dados.

No âmbito das calamidades naturais que assolaram o país durante o período em análise, o sector participou na implementação do Programa de Suplementação Alimentar nas

provincias abrangidas pelo programa de emergência. Nas mesmas foram triadas **13.169** crianças, tratadas **1748** crianças com desnutrição moderada e 96 com desnutrição grave. No mesmo contexto foram desparasitadas **2934** crianças e **2350** receberam suplemento de VitA .

No concernente a implantação dos Postos Sentinela, Centros de Reabilitação Nutricional e implementação do novo Protocolo sobre o Manejo da Malnutrição Grave, técnicos do nível central e Cidade de Maputo beneficiaram de treinamento. Dos postos sentinela previstos para 2007 nenhum foi implantado, o que compromete o alcance tanto da meta de 2007 como da meta de 2009 (**tab11**).

Tab. 11 Percentagem de postos sentinela em funcionamento Jan-Junho 2007

Indicador	1º Sem 2007- Real	Meta 2007	Meta 2009
% postos sentinela funcionais	0	55	74

Fonte: Programa de Nutrição- MISAU-OC

Estão em funcionamento em todas as capitais provinciais e em alguns distritos 128 Centros de Reabilitação Nutricional.

Em relação ao Pacote Nutricional Básico (PNB), já foram treinados em todas as províncias e respectivos distritos cerca de 808 técnicos de saúde, sendo o passo seguinte a sua disseminação.

Foram realizadas oficinas culinárias em dois distritos de cada província, os distritos selecionados foram os que apresentavam maiores taxas de desnutrição; esta actividade visa a promoção de hábitos nutricionais saudáveis usando alimentos localmente produzidos.

Foi elaborado o Plano de Acção de Desenvolvimento Nutricional em Moçambique estando neste momento em processo de finalização.

Em relação a implementação da Estratégia Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, numa acção conjunta MISAU e SETSAN houve capacitação em técnicas de medições antropométricas para posterior participação no inquérito de análise de vulnerabilidade a nível do país.

Os altímetros e brochuras sobre alimentação infantil e HIV já foram adquiridos e aguardam distribuição pelas províncias.

Quanto ao **Programa Alargado de Vacinação**, a aquisição e distribuição das vacinas foi feita de forma regular, não tendo sido registados problemas de rotura de stock. Não foram adquiridos meios circulantes para as Unidades Sanitárias, nem adquiridas caixas isotérmicas para o transporte de vacinas devido a constrangimentos financeiros.

No período em análise 1051 US possuíam postos fixos de vacinação em funcionamento, perfazendo 87% do programado(1205 US com postos fixos).

Foram desenvolvidas acções preparatórias para a introdução da vacina Pentavalente no país, sendo de destacar o envolvimento dos membros do Comité Coordenador Intersectorial (CCI) nos encontros e particularmente na análise da disponibilidade de fundos para a comparticipação do MISAU na compra das vacinas.

Porque as coberturas vacinais obtidas através do SIS estão na ordem dos 100%, no presente relatório iremos analisar os dados fornecidos pelo programa (PAV) que se aproximam aos do último Inquérito Demográfico de Saúde e da avaliação rápida do PAV conduzida pela OMS(2006). A tabela 12 ilustra um decréscimo das coberturas vacinais de todas as componentes, quando comparados os 1º semestres de 2006 e 2007. É importante sublinhar que ao se analisar estas coberturas deve se ter em conta que a informação aqui contida não está completa. Para o alcance das metas anuais o programa deverá reforçar as suas actividades.

Tab.12 Coberturas vacinais Jan- Junho 2005/ 2006/2007

	1º Sem 2006	1º Sem2007	Meta 2007	Meta 2009
BCG	100%	90.1%	98%	98%
VAS	92.8%	72.1%	98%	98%
DPT/Anti-Pólio e HB(3ª)	100%	74.2%	95%	95%

Fonte: PAV-MISAU-OC

Durante o período em análise foi aprovado e submetido ao Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI) o Plano Multi Anual 2007-2009 do PAV que visa a alcançar e manter elevadas coberturas vacinais através do fortalecimento da capacidade do SNS no provimento de imunização e outros serviços com enfoque na saúde materno infantil.

A 3ª volta da campanha anti-tetânica nos 15 distritos de maior risco está programada para Outubro do presente ano.

Com vista a **reduzir o peso e impacto da malária**, as actividades no primeiro trimestre tiveram enfoque no diagnóstico, fornecimento de medicamentos e manejo de casos, controle vectorial, promoção de saúde e mobilização comunitária.

No período em análise foram elaboradas e submetidas à aprovação as novas normas de manejo de casos de malária (mudança das 1ª e 2ª linhas de tratamento), introduzida e iniciada a expansão dos Testes de Diagnóstico Rápidos (TDR's).

Foram capacitados supervisores provinciais de laboratório, 1 técnico do laboratório para cada um dos Hospitais provinciais no âmbito da introdução e expansão do uso de (TDR's) da malária e realizado um curso de actualização dos técnicos de laboratório a nível nacional.

Foi igualmente feita a formação de formadores para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) para o tratamento correcto e atempado da malária na comunidade, nomeadamente: Coordenadores provinciais de Saúde e os responsáveis dos depósitos provinciais de farmácia de todo o país. De salientar que, estes formadores têm a responsabilidade de formar todos os ACS's a nível provincial.

No âmbito do **controle vectorial**, houve expansão da PIDOM para os distritos de Milange (Zambézia), Caia (Sofala), Guijá e Massingir (Gaza). Foi introduzido o DDT na região sul do país (nas província de Inhambane e Gaza) à luz do estipulado pela Convenção de Estocolmo. A pulverização decorreu em 45 distritos, não estando ainda disponível a informação provincial do processo.

Foi efectuada a avaliação do impacto da PIDOM na transmissão e morbi - mortalidade por malária em 6 distritos da província da Zambézia.

Ainda no âmbito do controle vectorial foram distribuídos de Janeiro a Junho 2007 cerca de **438.950** redes mosquiteiras de longa duração a todas as províncias do País. De 2004 a 2007 já foram distribuídas cerca de **2.230.486** redes perfazendo uma cobertura de **54.6%** em crianças <5 anos e mulheres grávidas nas áreas sem pulverização.

Tab. 13 Indicadores do PNCM 2005-2006-2007*

Indicador	2005	2006	2007*	Meta 2007	Meta 2009
% Pop. beneficia PIDOM	22%	34%	a)	40%	45%
% grav. Cr<5 A rede mosquiteira	20%	41%	54.6%	>95%	>95%
% Mulheres TIP**		25%	b)	60%	>80%
% Cr < 5 Attdos de acordo com as	b)	b)	b)		100%

normas					
--------	--	--	--	--	--

Fonte : PNCM – MISAU- OC

**1º semestre*

*** estratégia iniciou em 2006*

a) informação não disponível, ainda a nível provincial

b) sem informação

Quanto a promoção de saúde e mobilização comunitária, foi criada uma comissão multi-sectorial para coordenar as celebrações do dia da Malária. Foi elaborado o Manual de Agentes Comunitários de Saúde e capacitados profissionais de saúde em prevenção e promoção da saúde de cada indivíduo e da comunidade, no âmbito da transição dos Gabinetes de Aconselhamento e Testagem Voluntária em Unidades de Aconselhamento e Testagem em Saúde.

No mesmo contexto, foram levadas a cabo actividades que visavam a identificação de parceiros (como escolas, associações e grupos religiosos) que podem facilitar e/ou ajudar a elevar a consciencialização e influenciar a mudança de atitudes bem como mobilizar activamente as comunidades afim de se envolverem no controlo da malária.

Atinente a **expansão do TARV**, notou-se um aumento do número de sítios de TARV, nas províncias de Niassa, Nampula e Gaza, contando o sector actualmente com **200 sítios** até Maio de 2007, tendo sido as metas para 2007 e 2009 cumpridas em 80%. Tanto para 2007 como para 2009 a meta do número de sítios do TARV é de 250, havendo portanto a necessidade de se rever a meta de 2009.

Em relação ao número de Pacientes em TARV, o mesmo também cresceu, de 44100 em Dezembro para **64899** em Junho de 2007. Deste total **60% são mulheres (38935)** e **7.42% (4818) são menores de 15 anos**.

A expansão do TARV pediátrico está sendo muito lenta, a meta de 2007 (**11820**) está comprometida, esforços adicionais deverão ser tomados para que a meta anual seja ultrapassada.

Até ao final de 2007 prevêem-se **96420** doentes legíveis beneficiando do TARV, meta esta que poderá ser ultrapassada se for mantido o ritmo de expansão do TARV; o índice de cumprimento da meta anual foi de 70%, sendo possível afirmar que a meta de 2007 poderá ser alcançada se manter o mesmo ritmo de expansão.

O mesmo optimismo não é aplicável em relação a meta de 2009, pois até ao final do 1º semestre de 2007 o índice de cumprimento foi de 40%, estando portanto abaixo dos 50%, daí a necessidade de se redobrem os esforços em 2008 para garantir que se atinja a meta em 2009.

É fundamental que se mantenha uma boa logística dos ARV de modo a permitir que o sector responda eficazmente a crescente demanda dos mesmos.

Tab. 14 Indicadores do TARV Jan- Dez 2005-2006-2007*

Indicador	2005	2006	2007*	Meta 2007	Meta 2009
Nº sítios do TARV	40	150	200	250	250**
Total dtes em tto	19095	44100	64892	96420	150.000
Mulheres	11075	26019	38935	-	-
Crianças	1668	3416	4818	11820	

Fonte: DNAM-MISAU

* 1º semestre

** proposta revisão da meta

Em relação a **prevenção da transmissão vertical**, continuou a expansão dos serviços do PTV integrados nas consultas de planeamento familiar, pré-natal, pós parto e maternidades. Até ao final do semestre **350 US** ofereciam serviços do PTV ultrapassando a meta prevista de 250 US para este ano. Das **275.032** mulheres observadas nas consultas pré-natais, **270.943** foram aconselhadas. Deste total **192.082 (70%)** foram submetidas ao teste, tendo **25331 (10%)** sido seropositivas para o HIV. Receberam profilaxia **8947 (35.3%)** e **1541 (6.1%)** iniciaram o TARV.

Em relação a crianças expostas **14.109** receberam profilaxia e destas **1102 (10%)** foram testadas aos 18 meses tendo **20%** sido seropositivas para o HIV.

Tendo em conta a cobertura da consulta pré-natal durante o primeiro semestre, é notória a perda de oportunidades ao longo de toda a cascata, desde a consulta, testagem e oferta de ARV.

Embora tenha havido progressos neste programa muito ainda deverá ser feito para reduzir as perdas de oportunidade e para se cumprirem as metas traçadas cujo alcance parece comprometido para o presente ano.

Tab.15 Indicadores do PTV Jan- Dez 2005-2006-2007*

Indicadores	2005	2006	2007*	Meta 2007	Meta 2009
US com PTV	82	222	350	250	307
Mulheres HIV+	14.193	28.516	25331	164.971	-
Mulheres HIV+ que receberam profilaxia ARV	7.690	12.150	8.947	57.740	-
Mulheres que iniciaram TARV	554	950	1541	5.774	-

Crianças expostas que receberam profilaxia ARV	5.439	12.042	14.109	49.656	-
Crianças testadas aos 18 meses	581	1.026	1.102	-	-
Crianças com resultado Positivo	86	211	231	-	-

Fonte: DNPSCD- MISAU

* 1º Semestre

- sem informação

Ainda no âmbito da expansão do PTV e controle das ITSs foram realizados 4 cursos integrados de PTV e sífilis pré-natal em 4 províncias tendo sido igualmente enviadas normas e fluxogramas para os serviços integrados SMI/PTV/TARV.

Foram também capacitadas 46 enfermeiras de Saúde Materno Infantil nas províncias de Tete e Sofala em testes rápidos da sífilis com vista a garantir a expansão da testagem da sífilis em distritos sem laboratório .

Igualmente foram formados 334 provedores de saúde (Médicos, Técnicos e Agentes de Medicina, Enfermeiras de SMI e gestores distritais do programa de ITS/HIV/SIDA) nas províncias de Gaza, Inhambane, Manica, Tete, Zambézia e Nampula na nova abordagem sindrómica das ITSs.

As capacitações anteriormente referidas para além de integrarem questões relacionadas com o tratamento incluíram também questões ligadas a gestão do programa com ênfase no registo e notificação dos casos a todos os níveis, para melhor gestão e controle das necessidades do programa a nível nacional, principalmente na área de gestão de medicamentos.

Foi produzido e distribuído material de IEC ,incluindo manuais referentes a nova abordagem sindrómica das ITS s, para todas as Direcções Provinciais

Foi traduzida a cassete video Práticas Tradicionais e a Transmissão do HIV/SIDA para as línguas locais Xinungué, Xichangana e Ximáqua. Estas foram também reproduzidas para distribuição em todas Unidades Sanitárias do País, incluindo a versão em português.

Além da formação, distribuição de material, três províncias (Niassa, Zambézia e Nampula) receberam visitas de supervisão que serviram para a identificação dos principais constrangimentos na implementação do programa e identificação de soluções pontuais para os mesmos.

O Aconselhamento e Testagem em Saúde é uma componente fundamental nos esforços do sector de saúde para o controle e prevenção da pandemia do HIV. A estratégia do ATS permite a notificação dos casos de infecção pelo HIV e responder às exigências de aceleração do tratamento anti-retroviral no país.

Até ao final do 1º semestre o sector contava com 459 ATS, dos quais 107 são SAAJ. Quanto ao número de utentes dos ATS de um total de **246.696**, **70% (174338)** eram mulheres e **30%** homens

Está em curso a implementação piloto da nova abordagem do ATS nos centros de saúde do Alto Maé, do Bagamoio, do 1º de Maio, da Machava e Hospital Geral da Machava, para avaliar a operacionalidade desta nova estratégia de aconselhamento e testagem que visa melhorar e acelerar a integração.

Com o objectivo de intensificar a prevenção, registou-se um aumento significativo de preservativos distribuídos no 1º semestre de 2007 (**14.725.283**) contra **10.5794.50** em 2006.

No âmbito da **redução do peso e do impacto da tuberculose (TB)**, o DOTS continua em fase de expansão a todos os níveis. Preconiza-se a detecção de pelo menos 70% de casos novos com baciloscopia positiva e tratar com sucesso pelo menos 85% dos casos detectados.

O objectivo traçado para 2007 é expandir a estratégia DOTS para 100% das Unidades Sanitárias periféricas. Até ao fim do 1º semestre **945 US** passaram a fazer o seguimento dos doentes, aumentando a cobertura do DOTS institucional para **70,9%**. Menção especial merece a província de Inhambane por ter atingido 100% de cobertura das US periféricas.

Em relação a estratégia DOTS – Comunitário estão a ser produzidos os materiais de formação e perspectiva-se o inicio desta actividade ainda em 2007.

A tuberculose constitui um problema sério de saúde pública, sendo uma das principais causas de morbilidade e mortalidade. Este problema é agravado pela coexistência com as infecções por HIV. Neste contexto foi reforçada a planificação conjunta das actividades de TB/HIV a todos os níveis, como forma de aumentar o acesso ao tratamento antiretroviral aos doentes duplamente infectados. Esta estratégia para além de beneficiar os doentes contribuiu sobremaneira para melhor coordenação e maximização dos escassos recursos humanos, materiais e financeiros .

De um total de **9089** doentes de tuberculose, **56.85% (5167)** foram testados para o HIV destes **54% (2782)** foram seropositivos para o HIV, tendo **32% (897)** iniciado o TARV (dados TB/HIV referente ao 1º Trimestre de 2007)

Quanto a melhoria da qualidade do diagnóstico e tratamento dos casos de tuberculose, a renovação do contrato com a DHL irá permitir o envio de amostras para o Laboratório Nacional de Referência para o diagnóstico quer de casos com baciloscopia negativa , bem como casos suspeitos de TB –MR, contribuindo deste modo para a melhoria do diagnostico de tuberculose.

O sector garantiu a disponibilidade de medicamentos incluindo os anti- tuberculose multiresistente e outros consumíveis necessários, contribuindo desta maneira para dar

continuidade ao tratamento dos cerca de 70 doentes diagnosticados em 2006 e iniciar o tratamento de 5 TB – MR na província de Tete.

A realização da Reunião Nacional permitiu fazer o balanço do biénio passado e redefinir prioridades para os próximos anos, bem como identificar problemas específicos e prováveis soluções para cada uma das províncias.

Com relação ao material de IEC, de referir que todas as províncias receberam 500 exemplares do folheto 10 factos, material importante para o reformo das actividades de IEC na comunidade.

NO concernente a **redução do peso e impacto da lepra**, o envolvimento comunitário esteve sempre presente, pois o programa tem como fundamental suporte a participação dos voluntários comunitários na busca-activa dos suspeitos e na distribuição e seguimento do tratamento, com base na terapia recomendada pela OMS-“TMA”

O reforço das medidas de detecção precoce, diagnóstico e tratamento dos casos de Lepra irá ser melhorado com base nas recomendações emanadas do “LEM”

A Componente Reabilitação, assentou na vinda de um cirurgião a Moçambique, que fez a formação em trabalho de dois médicos moçambicanos. Estão agora criadas as condições para a continuação da reabilitação cirúrgica de pacientes com deformidades causadas pela Hanseníase a nível não só da província de Nampula, mas a nível de todo o país.

Tendo em conta as fraquezas existentes nos sistemas de suporte dos serviços de saúde e a necessidade do seu reforço, foi realizado um curso de informatização de dados, de 19 a 22 de Fevereiro com a participação dos Supervisores Provinciais das províncias de Niassa, Nampula, Cabo-Delgado, Zambézia e Sofala.

O curso ministrado aos Supervisores Provinciais com vista à informatização dos dados de Lepra, não abrangeu as províncias da zona Sul, Tete e Manica devido ao facto de haver ocorrido extravio de computadores no MISAU.

Referente a **melhoria das condições de saúde ambiental e promoção de estilos de vida saudáveis**, durante o semestre o sector esteve envolvido na preparação da campanha nacional de saneamento do meio e promoção de higiene, envolvendo vários intervenientes dentre os quais os membros e parceiros da Rede de Informação, Comunicação para Água e Saneamento (RICAS). Ainda neste âmbito foram divulgadas as directrizes da campanha pelas Províncias, Municípios, ONGs, organizações Religiosas e de Massas, Empresários e o CTA.

Atinente a água e saneamento, o sector garantiu a distribuição de Kits portáteis para o tratamento de água a todos os Distritos da província de Maputo e Cidade de Maputo. Paralelamente foi lançado o concurso para a compra de 150 kits portáteis para o controlo da qualidade de água, destinados aos distritos. Foram igualmente feitas colheitas de amostras de

água e solos contaminados no Bairro Khongolote (pós explosão do Paiol de Maputo), amostras de águas engarrafadas nos distritos de Namaacha e Manhiça.

Durante o semestre, o sector em parceria com a OMS e JSI esteve envolvido na preparação dos instrumentos de avaliação rápida para a gestão do lixo biomédico.

Ainda no mesmo âmbito, o LNHAA fez Avaliação da qualidade higiénica da água engarrafada comercializada na Cidade e Província de Maputo, avaliação da qualidade Microbiológica da Água dos furos e Poços consumidos nos hospitais da Província de Maputo. A actividade de avaliação da qualidade da água foi extensiva a todas as províncias.

Na área do controlo alimentar, foi elaborado o decreto que criou o Comité Nacional do Codex Alimentares de Moçambique, organismo que irá zelar pela elaboração e implementação de normas sobre a qualidade dos alimentos no país.

No âmbito da Sanidade Nacional e Internacional, realizou-se um seminário para divulgação e estudo do Regulamento Sanitário Nacional e a divulgação do Regulamento Sanitário Internacional. Por outro lado fez-se a formação em trabalho durante as visitas realizadas em 8 postos fronteiriços no país e foram distribuídas 450 doses da vacina contra febre amarela às províncias de Nampula, Tete, Manica e Niassa.

O sector participou na formação de formadores provinciais para a preparação e resposta a gripe das aves em 3 regiões do país, nomeadamente Gaza, Nampula e Manica, durante as quais foi distribuído material educativo sobre a Gripe das Aves e o Manual Normas de Maneio de casos de infecção Humana pelo vírus de influenza Aviária. Adquiridos 80 kits de Equipamento de Protecção Individual.

No âmbito da segurança química e no trabalho, o sector esteve activamente envolvido na revisão do Regulamento sobre a Gestão dos Pesticidas do MINAG.

Durante o período em análise, foi actualizada uma ficha de recolha de dados e iniciado o desenho de uma ferramenta computadorizada para a introdução de dados de Saúde Ambiental que irá ser testada durante a Campanha Nacional do Saneamento do Meio e Promoção de Higiene.

No que concerne ao **controlo da água e dos alimentos**, foram testadas um total de 2236 amostras das quais 375 amostras para os alimentos e 1861 amostras de águas da rede de abastecimento público, depósitos gerais, furos, poços, piscinas, mar, rios, águas engarrafadas e águas residuais. Do total de amostras analisadas 21,06% revelaram-se impróprias.

Em relação a revitalização do programa das **doenças negligenciadas**, está em curso a análise situacional do país, com base nos achados de estudos feitos pelo Instituto Nacional de Saúde, com vista a conceptualização do plano de acção para o combate das parasitoses intestinais e vesicais.

Quanto a **redução do impacto de surtos epidémicos**, nas províncias assoladas pelas emergências (Cheias e Ciclone), foi formado pessoal local em matéria de vigilância epidemiológica, e reforçada a capacidade de resposta às situações de emergência (alocação de fundos e apoio técnico).

No âmbito das **doenças não transmissíveis** o sector elaborou as versões preliminares do plano estratégico para prevenção e controlo do cancro do colo uterino e próstata, do trauma e violência, estando ainda em fase de elaboração o plano estratégico para prevenção e controlo do cancro da mama.

Foi iniciada a implementação da estratégia das doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, diabetes e trauma, com destaque para as zonas urbanas em 2007, através da aquisição de material para diagnóstico e medicamentos básicos essenciais, assim como a formação de pessoal.

Foi implementada a consulta do doente crónico na cidade do Maputo em 12 unidades sanitárias, nas 3 áreas de saúde desta urbe nomeadamente; áreas de saúde de Mavalane, José Macamo e Chamanculo. Nas USs envolvidas foi introduzido um instrumento para registo do doente crónico permitindo um seguimento regular do paciente, bem como, a obtenção de dados sobre diabetes, Hipertensão arterial, obesidade e AVC com vista a alimentar o Sistema de Informação.

As unidades sanitárias foram apetrechadas com material básico necessário para diagnóstico precoce, tratamento e seguimento do doente crónico.

Em relação ao reforço do Sistema Integrado de Vigilância para as principais doenças transmissíveis e não transmissíveis foi implementado o sistema de vigilância nos serviços de urgência do Hospital Central da Beira e Hospital Central de Nampula.

No âmbito do **Programa de Saúde Escolar e do Adolescente**, o sector elaborou dois documentos preliminares referentes a definição de estratégias para aumentar as coberturas de VAT nas escolas e estratégias para aumentar o acesso dos adolescentes e jovens aos serviços de SAAJ.

As actividades da componente escolar do programa incidiram na expansão da implementação do Pacote Básico de Saúde Escolar por todo o país mais precisamente pelas sedes distritais . Igualmente foram capacitados professores , Técnicos da Saúde e da Educação da Cidade e Província de Maputo em assuntos relacionados com a desparasitação.

Em relação a VAT nas escolas, 252.788 crianças receberam a 1ª dose e 65.984 receberam a 2ª dose.

Em relação ao Iodo nas escolas de EP1 e EP2, foi enviado o plano de distribuição das cápsulas de iodo para as províncias com problemas de carência de iodo (Niassa, Nampula,

Zambézia e Tete) em Fevereiro do presente ano. No entanto, só as províncias de Niassa (994) e Zambézia (3.730) receberam cápsulas de iodo, contudo o processo de distribuição não iniciou nas escolas.

Na componente adolescente, no âmbito da produção de protocolos e normas de orientação para o funcionamento do programa, adequação de padrões de qualidade, já foi elaborado um guião operativo para assistência técnica, incluindo o de implantação dos SAAJs que já se encontra em fase avançada de revisão.

Não foram realizadas formações de provedores em ATV e PTV para os SAAJs a nível provincial, nem as formações dos provedores em SSRAJ'/ITS/HIV/SIDA, incluindo em novas temáticas (álcool e outras drogas, violência baseada no género, etc).

No que concerne ao apoio técnico e financeiro às províncias no processo de certificação de qualidade dos SAAJs, aguarda-se o momento para a apresentação dos instrumentos e sua validação pelo Departamento, dando continuidade as apresentações feitas em Dezembro de 2006. Até Junho de 2007, estavam em funcionamento 107 SAAJs.

Atinente a **redução da incapacidade permanente**, foram realizados encontros com vista a definir intervenções para a assistência intra-hospitalar e pré-hospitalar às vítimas de traumatismo e para conceber uma unidade de cuidados hospitalares. Ainda no mesmo contexto foram treinados, no terreno, funcionários dos Aeroportos de Moçambique sobre as medidas de socorro que devem ser proporcionadas às vítimas de acidentes de aviação

No período de Janeiro à Junho de 2007, o sector continuou com as actividades de apetrechamento dos **serviços de saúde oral**, tendo beneficiado desta actividades as províncias de Maputo e Maputo cidade com 4 e 11 cadeiras hidráulicas respectivamente (prevista a distribuição de 60 cadeiras durante o ano) . Ainda no mesmo contexto, todas as províncias receberam material odontológico.

Foram já elaboradas as normas de bio segurança, aguardando a distribuição pelo país e a capacitação dos estomatologistas nesta área.

Foram capacitados enfermeiros (5), técnicos e agentes de estomatologia (18) e agentes de medicina (3) em técnicas de extracção dentária, diagnóstico de manifestações orais de HIV/SIDA nas províncias de Zambézia, Cabo Delgado e Sofala.

Atinente a **saúde mental**, para o 1º semestre de 2007 foram planificadas actividades relativas a formação de recursos humanos, advocacia, área de aconselhamento em HIV/SIDA e actividades de identificação de indicadores de saúde mental para posterior incorporação no SIS.

Na área de recursos humanos, o staff do CERAPIJ da Beira e Hospital Psiquiátrico do Infulene foi reforçado, através da contratação de Psicólogos. Ainda na mesma área

iniciaram 2 cursos de formação de técnicos superiores (Psicologia Clínica e Terapia Ocupacional) no ISCISA para 2007 e foi aprovado o Currículo do Curso Médio de Técnicos de Psiquiatria.

Quanto as actividades de advocacia, foi implementada a operacionalização do Plano e Estratégia de Saúde Mental e proposta a Abertura dos Centros de Reabilitação Psicossocial e de Reabilitação de Toxico dependentes. No mesmo âmbito, foi aprovado Decreto Lei Regulamento de Controlo do Consumo de Tabaco, foram também elaborados os drafts dos projectos Lei de Protecção do Doente Mental e Lei de Álcool.

Coube ao Programa de Saúde Mental a coordenação das actividades de aconselhamento a nível do Programa do SIDA. Em coordenação com o DIS foram revistos os indicadores de saúde mental para o SIS.

No âmbito do **aumento do acesso aos serviços de saúde através da expansão da rede sanitária**, durante o primeiro semestre de 2007 decorreram obras de expansão e de melhoria das condições da rede sanitária, dos sistemas de apoio e das instituições de formação). Foram concluídos 19 CSR tipo II , concluídos o bloco operatório do HR Cuamba e a 1ª fase de reabilitação e ampliação do HR Massinga. Ainda no mesmo período iniciou a construção do CF Mocímboa da Praia (vide a lista das obras em anexo para mais detalhes)

Atinente a **expansão da implementação da estratégia de envolvimento Comunitário** foi realizada a Reunião Nacional de Envolvimento Comunitário para a Saúde que visava a obtenção de consenso sobre o processo de Envolvimento Comunitário e suas perspectivas, a identificação de melhor estratégia para dispensar os cuidados de saúde primários às comunidades que se encontram fora do raio de influência directa das Unidades Sanitárias , traçar directivas para a coordenação e estabelecimento de parcerias no processo de mobilização das comunidades e para a formação e supervisão dos agentes polivalentes.

O **volume e consumo de serviços** , medido em parte pelas consultas externas decresceu em comparação com o do primeiro semestre de 2006 (**tab 16**). O aparente decréscimo no volume das consultas externas pode ser justificado em parte pelo facto de os dados semestrais usados neste exercício estarem incompletos . Apesar da “redução” do volume das consultas externas, o índice consulta por habitante cresceu tendo o valor superado a meta de 2007 e estar muito próximo da meta de 2009.

Verificou-se um aumento significativo das unidades de atendimento, na ordem de 45.%, quando comparados o 1º semestre de 2006 com o de 2007. Mantendo o mesmo ritmo de trabalho a meta anual poderá ser facilmente alcançada.

Actividades	2006	2007	Evolução	Meta 2007	Meta 2009
-------------	------	------	----------	-----------	-----------

Actividades	2006	2007	Evolução %	Meta 2007	Meta 2009
Consultas Externas	11.935.194	8.490.260	-28.9%	19.385.000	21.431.000
Consultas Estomat	85.363	89943	8.4%	-	-
Consultas/hab.	0.6	0.99	39%	0.95	1
Unid.Atendimento	17.393.561	31.913.169	45%	85.752.940	96352000

Tabela 16 Evolução das actividades e consumo de serviços de Jan- Junho 2006-2007

Fonte: Módulo Básico/MISAU
- sem informação

No presente balanço não será possível plasmar a informação referente a disponibilidade de recursos em termos comparativos devido a algumas diferenças no conteúdo de informação apresentada pelo pacote estatístico ora em uso.

Quanto ao indicador habitante por pessoal técnico (nacional) no período em análise foi de **3368 hab/pessoal técnico**; a província da Zambézia com **6378 hab/pessoal técnico** foi a que pior índice registou e Niassa com **1462 hab/pessoal técnico** apresenta-se com o melhor índice.

Em relação a **melhoria da qualidade técnica dos serviços**, estão em vigor em todas as unidades sanitárias desde o nível quaternário até ao secundário as normas de organização e funcionamento dos serviços nos Hospitais.

A reorganização dos serviços de urgências nas US é um processo de melhoria permanente que consistiu em reforçar as equipas técnicas, garantir a presença física do Médico durante 24.00 horas, fornecer material e equipamentos, material médico cirúrgico, definição de normas e procedimentos para os serviços de urgência e reanimação. Nos Hospitais de níveis secundário, terciário, e quaternário os serviços de urgências funcionam em pleno.

Com vista a garantir equidade na alocação de fundos para USs, o sector fez a revisão do financiamento hospitalar. No mesmo contexto, tem sido envidados esforços de aumento da capacidade técnica nas USs, reforço na alocação de recursos humanos, materiais e equipamentos, com vista a redução da iniquidade e melhoria do acesso aos serviços.

Quanto ao apetrechamento das USs, durante o 1º semestre foi distribuído por todo o país material médico cirúrgico (em anexo o mapa de distribuição do material médico cirúrgico por província). As províncias de Quelimane e Inhambane receberam ainda equipamento de cozinha e de morgue.

Ainda no mesmo período o sistema de referência foi reforçado com a distribuição de 32 ambulâncias e 115 bicicletas de acordo com a **tabela 17**.

Tab 17 relação de ambulâncias e bicicletas distribuídas 1º semestre 2007

	Map C	Map P	Gaza	I'bane	Sofala	Man	Tet	Zam	Namp	CD	Ni
Ambulâncias	5	0	0	2	5	2	4	1	2	6	5
Bicicletas	0	0	13	13	13	13	12	13	13	13	12

Fonte : DNAM-MISAU

No período em análise, foi elaborado o 1º rascunho de definição de Carga Tipo das US, aguardando apreciação pelos programas clínicos, HPs e HCs . Foi igualmente elaborado o 1º rascunho do guião do Plano Director do HP de Inhambane e do HR de Vilanculos , também remetido à apreciação para posterior aprovação e uso como modelo para os outros Hospitais.

Na sequência da extinção da Inspeção Geral de Saúde, as actividades programadas no PES 2007 pela mesma , foram todas transferidas para os Gabinetes Provinciais de Inspeção. No entanto, foram realizadas inspeções extraordinárias na província de Maputo(1) e Cidade de Maputo (2). Está em curso o processo relativo à instalação de um serviço de linha verde em 25 instituições de saúde.

4.2. Fortalecimento do SNS

O desenvolvimento abrangente de sistemas de apoio é um aspecto chave no fortalecimento institucional do sector.

4.2.1. Planificação, Gestão e Desenvolvimento de Políticas

4.2.1.1. Processos de Planificação

No âmbito do fortalecimento dos processos de planificação e gestão, com a fusão dos dois principais instrumentos de planificação num único (PES 2007), o sector elaborou durante o 1º semestre um modelo de formato preliminar para monitoria eficaz do desempenho do sector que irá permitir a elaboração de relatórios uniformes o que contribuirá sobremaneira para a melhoria da qualidade do balanço do desempenho do sector.

Igualmente , no período em análise, foi feita a revisão das matrizes operacionais do PES 2007 para adequa-las ao volume dos fundos disponíveis.

No contexto do SWAp, a DPC preparou e coordenou a realização da VI Avaliação Conjunta do desempenho do sector. Este foi o segundo exercício de alinhamento dos processos de revisão conjunta do sector com os processos de planificação do Governo. Neste exercício foi

evidente o aperfeiçoamento dos processos de coordenação e gestão bem como o reforço da capacidade institucional.

Com base nos resultados preliminares da ACA VI foi preparado um relatório para a revisão conjunta Governo/parceiros de apoio orçamental , tendo sido elaborado com base nos indicadores do QAD.

Ainda no contexto do SWAp, foi realizada a 1ª Reunião Bianual do Comité de Coordenação Sectorial, fórum de coordenação mais alto do sector entre o MISAU e os parceiros de cooperação, durante o qual foram definidas recomendações atinentes ao desempenho do sector à luz do programa do Governo.

Realizou-se em Maio de 2007 a Reunião Nacional de Planificação, cujo objectivo foi a identificação de mecanismos de harmonização dos planos entre os níveis Central e provincial tendo em conta o Ciclo de planificação, sua implementação, monitoria e avaliação, de modo a se elaborar um PES que reflecta as acções concretas do sector em todos os níveis que visam o alcance das metas do PQG e melhorar todo o processo de planificação, monitoria e avaliação.

4.2.1.2. Processos de Gestão

A implementação do SISTAFE e o fortalecimento dos mecanismos de gestão financeira aos níveis central, provincial e distrital fazem parte das acções prioritárias para a criação de um Sistema Integrado de Gestão. Neste âmbito durante o período em análise foi consolidado o e-SISTAFE e implementado o SysDAG.

Atinente a melhoria da eficiência na utilização dos recursos alocados ao sector, foram redefinidas as metodologias de trabalho na área financeira , assegurada a realização das Auditorias Externas e Inspeções e apoio às DPAG's na gestão do FCP.

Ainda no mesmo contexto, foram divulgadas as normas e procedimentos da elaboração do inventário tanto a nível central, bem como provincial. Foram igualmente levadas a cabo acções com vista a implementação do sistema Informático para inventário dos Bens.

4.2.1.3. Sistema de Informação para a Saúde (SIS)

Manteve-se a divulgação da informação contínua através da página Web do MISAU que no presente trimestre foi sujeita a actualização tornando-a mais rápida na actualização dos conteúdos e com melhor visibilidade.

Em relação aos dados estatísticos, foi feito o controlo da recepção, qualidade dos relatórios provinciais, actualização da informação e manutenção constante do pacote electrónico do Módulo Básico, bem como garantir a disponibilidade da informação ao público. Contudo, no sector continua a existir um grande défice de envio de informação pelas províncias.

Foi feita a manutenção e formação do pessoal nas províncias de Tete, Niassa e Manica, sobre o aplicativo informático. A nível central foi desenvolvido e iniciado um plano de formação dos técnicos utilizadores. Ainda sobre o Módulo Básico foram desenvolvidos relatórios padrões e relatórios de análise sobre a rede sanitária e os recursos.

Atinente a vigilância Epidemiológica, está em curso a planificação da implementação das recomendações da avaliação da V.E conduzida pela OMS-Afro/MISAU.

4.2.1.4. Investigação

Na área de pesquisa ,foi concluída a análise de dados do projecto da vacina de cólera de origem cubana. A primeira versão do relatório está a ser alvo de apreciação e correcções pela equipe de investigadores.

Está em curso o trabalho de campo do mapeamento de parasitoses intestinais e bilharziose nas escolas na zona norte do país (províncias de Cabo Delgado e Niassa). Por outro lado, terminou a fase de trabalho de campo sobre a Avaliação do padrão de consumo dos serviços de saúde e de factores relacionados, na província de Niassa, estando os dados a ser analisados.

Quanto a publicação de trabalhos de investigação “Práticas comunitárias em relação a prevenção contrastam com o nível de conhecimento sobre a transmissão de doenças infecciosas – exemplo de um distrito do norte de Moçambique” e “The role of Anopheles merus in malária transmission in an área of Southern Mozambique” são dois artigos já finalizados aguardando publicação.

4.2.1.5. Área de Cooperação

A área de cooperação no sector tem como tarefa mobilizar o apoio técnico e financeiro com vista ao fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde (SNS).

No âmbito da cooperação com os países vizinhos e da região, foram envidados esforços para a operacionalização do acordo assinado com a África do Sul, mais concretamente a gemelagem entre o Hospital Central de Maputo e o Hospital de Joanesburgo. No mesmo âmbito foram finalizados os textos dos acordos de cooperação com a Tânzania, Swazilândia , Angola e assinados MdE's com as Repúblicas do Malawi, em Lilongwe e República Unida da Tanzania em Dar-es Salaam.

Atinente à divulgação das estratégias regionais da SADC para implementação do RISDP, o MISAU como presidente do Comité Técnico Especializado de Desenvolvimento Social e Humano e Programas Especiais (CTE DSH&PE), está a presidir a elaboração e aprovação do primeiro Plano do CTE DSH&PE.

No período em análise destacou-se a participação do sector na Reunião dos Ministros da Saúde da UA na RSA, de 09 à 13 de Abril e na Reunião Anual dos Comitês Nacionais da SADC (CONSADC), de 10 à 11 de Maio de 2007 em Zanzibar, Tanzânia. A última abordou a implementação do Plano Estratégico Indicativo de Desenvolvimento Regional (RISDP) e troca de melhores práticas e experiências entre os Estados Membros em matéria de mecanismos de aprofundamento da integração regional.

Concernente à cooperação com os países da Ásia, foram assinados: (i) um acordo com a empresa de consultoria JICS sobre projectos de controle da Malária (financiamento do Japão); acordo de cooperação na área da saúde com o Vietname e o Mde no âmbito da Cooperação em Saúde com a China. Ainda no mesmo âmbito foi elaborada a carta de expressão de necessidades junto ao Ministério da Saúde de Vietname e iniciadas negociações com a Coreia do Sul sobre o projecto da construção e equipamento do Hospital Central de Quelimane.

No âmbito da cooperação com países da Europa e América, foram iniciadas negociações para a assinatura do acordo entre o Instituto de Medicina Tropical (Bélgica) e o MISAU; assinados acordos da expansão da rede sanitária em Tete (Flanders) e da implementação do projecto de construção do Centro de Saúde de Vilankulos (Agência de Cooperação da Catalunha). Igualmente, foi assinado o Programa de Apoio ao Sector da Saúde com a Dinamarca. Com o Brasil foi concluída a proposta do estudo de viabilidade técnico-económica para a construção/instalação da fábrica de Anti Retrovirais. O relatório do estudo foi entregue ao Sector Saúde em Maio aguardando-se a sua apresentação aos peritos nacionais e análise para princípios do mês de Julho.

Durante o 1º semestre o sector esteve envolvido nos preparativos da 60ª Assembleia Mundial da Saúde (AMS), que se realizou de 14 a 23 de Maio de 2007, em Genebra, Suíça, e nos preparativos do Comité Regional Africano (CRA), que terá lugar de 21 a 31 de Agosto de 2007, em Brazzaville, Congo.

O MISAU participou em Dar-es-Salaam num dos programas da OMS sobre a Parceria para Saúde Materna, Neo-natal e Infantil.

Está em curso o processo de fortalecimento da Unidade de Gestão das ONGs. No âmbito da divulgação do Código de Conduta das ONGs, o MISAU lançou um concurso para a contratação das ONGs, tendo assinado deste modo o contrato com a ONG denominada Conselho Inter-hospitalar de Cooperação (CIC).

Ainda no mesmo contexto, foi realizada a Primeira Reunião Anual das ONG's onde foram recolhidas experiências de algumas ONG's com contratos com o MISAU e clarificados aspectos relacionados com a apresentação de relatórios financeiros.

4.2.2. Desenvolvimento de Recursos Humanos

As actividades referentes a área dos recursos humanos visam a satisfazer as necessidades actualmente acrescidas pelo impacto do HIV/SIDA, bem como a dignificação e motivação dos trabalhadores de saúde.

Durante o semestre, foram iniciados 29 cursos nomeadamente: i) 4 cursos de Nível superior no ISCISA nas áreas de Anatomia Patológica, Terapêutica Ocupacional e Psicologia Clínica (licenciatura) e ainda 1 curso de Bacharelato em Cirurgia; ii) 18 cursos do nível médio nas áreas de Radiologia, Estatística Sanitária, Laboratório, Farmácia, Medicina, Enfermagem Geral, Saúde Materno Infantil e um curso de Especialização em Ensino; iii) 7 cursos nas áreas de SMI, Enfermagem, Farmácia, Laboratório e Medicina Geral.

Ainda no mesmo período 27 médicos iniciaram a pós graduação dentro do país e 1 médico fora do país.

Foram graduados 547 profissionais de saúde, dos quais 65 em cursos de promoção, 76 em cursos iniciais e 406 em cursos do nível básico. No mesmo período 7 médicos terminaram especialidade nas áreas de Neurologia (<81), Cirurgia geral (1), Ginecologia e obstetrícia (3), Traumatologia (1) e Pediatria (1).

De modo a melhorar a qualidade de ensino, foram distribuídos às IdFs 30 computadores portáteis ,30 projectores de dados (Data Shows), livros e computadores de mesa para as Repartições de F.C. de Inhambane e Gaza. Está em curso o processo de contratação de médicos para as IdFs e a Colocação de 242 técnicos básicos e médios recém formados pelas diferentes IdFs.

Durante o período em análise foram nomeados 667 novos funcionários e colocados nas diferentes províncias 636 técnicos recém formados dos quais 38 médicos Generalistas e 19 Especialistas. As novas colocações e nomeações aumentaram o número do pessoal do SNS em cerca de 6.8%, contando actualmente o sector com 24.042 trabalhadores dos quais 608 médicos nacionais.

Igualmente foram promovidos 642 funcionários e 1077 progrediram nas suas carreiras. No mesmo período foram graduados 521 técnicos pelas IdFs dos quais 116 do nível médio e 405 do nível básico.

4.2.3. Área Farmacêutica

No âmbito das reformas no sector público e da aceleração das mudanças no sector em geral e da Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM) em particular, decorre desde Janeiro de 2007 a implementação do Plano Operacional de Transição (POT) das actividades executadas pela Medimoc para a CMAM que visa a melhoria do fluxo de medicamentos no SNS.

Segundo o relatório da Avaliação Interna da Implementação do PTO, apesar das limitações em termos de espaço e recursos humanos, estão criadas as condições mínimas para levar a cabo o processo de procurement.

Quanto a área financeira há necessidade de reforço da capacidade institucional de modo a integrar os técnicos de contabilidade recém admitidos como forma de assegurar a redução do ciclo de aprovisionamento e evitar os custos das transacções bancárias devido a erros ou incorrecções.

Concernente a actividades de gestão de stock , aviamentos e distribuição de medicamentos e suprimentos médicos ao SNS, há necessidade de alocação e capacitação de recursos humanos em termos de operações típicas em ambiente de dispersão de armazenagem.

No período de Janeiro à Junho de 2007, foram distribuídos medicamentos de via clássica e de kits de PME , de acordo com os critérios e normas em vigor, não obstante a fraca disponibilidade de alguns itens.

Foram lançados dois concursos : o Concurso Internacional Limitado que visava ao aprovisionamento de medicamentos da via clássica, kits do PME, material médico cirúrgico, vacinas, seringas, imagiologia e radiologia, tuberculose , entre outros e o concurso Internacional Aberto para a aquisição de material para os bancos de sangue e reagentes e consumíveis para os laboratórios.

Recorreu-se a compras de emergência (shopping) para cobrir rupturas decorrentes de situações imprevistas (aquisição de ARV e testes rápidos de sífilis) e adopção de novas estratégias de aquisição de antimaláricos de forma a garantir a sua disponibilidade no SNS.

Com vista a melhoria do fluxo de medicamentos, foram elaboradas listas de medicamentos e /ou artigos médicos para diferentes programas e sectores específicos do MISAU(Tuberculose, Malária, HIV, Laboratório, Banco de sangue) e realizadas consultas regulares à especialistas para a definição da lista de prioridades mediante a aplicação dos respectivos critérios de priorização das aquisições.

Foram estabelecidos e desenvolvidos mecanismos de aquisição de ARVs e de medicamentos para as infecções oportunistas, apesar de não ter sido desenhado o sistema informático de gestão e controlo dos ARVs no SIGM.

Ainda no mesmo âmbito, iniciou a implementação do SIGM na província de Maputo e tanto o pessoal da CMAM, bem como o da província de Maputo beneficiaram de formação no uso do SIGM.

Quanto ao controlo analítico de medicamentos, foram analisadas 192 amostras. Destas 170 (88,5%) foram consideradas próprias para o uso, 9 (4,7%) impróprias 13 (6,8%) não foram analisadas por motivos técnicos, facto este que demonstra claramente a necessidade de

executar permanentemente esta actividade como forma de garantir a circulação de medicamentos de qualidade e seguros para o paciente.

Em relação aos serviços de inspecção farmacêutica ,foram realizadas inspecções em dois distritos, duas empresas e oito farmácias privadas na Cidade de Maputo. Os Hospitais Gerais de Chamanculo, José Macamo e de Mavalane, receberam igualmente visitas de inspecção. No mesmo período foi autorizada a abertura de mais 6 farmácias nas províncias de Maputo, Gaza, Inhambane e Nampula.

Inscrição, atribuição de cadernetas de prática do exercício da profissão farmacêutica aos profissionais da área, avaliações farmacêuticas e actualização da base de dados, constituem exemplo de outras actividades levadas a cabo pelo sector na área farmacêutica durante o primeiro trimestre de 2007.

4.2.4. Manutenção

Com vista a garantir que todos os aparelhos novos adquiridos fossem devidamente instalados, foi feito o acompanhamento da instalação de novos aparelhos adquiridos e apoio às províncias na manutenção e reparação de equipamentos, infra-estruturas e meios circulantes.

4.2.5. Logística

Quanto à melhoria dos processos de aquisição recepção e alocação de bens e serviços, foram realizadas visitas de supervisão para a monitoria da implementação do Decreto 54/2005 na aquisição de bens e serviços pelas DPS's.

4.2.6. Género

Atinente ao género, é de referir que foi iniciada a elaboração da primeira versão da Política e Estratégias de Género no sector de Saúde, instrumento que irá guiar a introdução de programas de saúde sensíveis ao género. No período em análise foram analisados e revistos os currícula dos cursos de SMI de modo a identificar as lacunas na óptica do género neles existentes. Foi igualmente analisado o conteúdo do currículo dos cursos de Medicina Preventiva e Saneamento do Meio e identificados os elementos de género necessários para complementar o seu conteúdo.

4.2.7. Reformas do Sector

Ao nível do sector, está em curso um processo de Reforma do Sector Público, com vista a melhorar a eficácia e eficiência da administração dos bens públicos, prestar serviços numa forma descentralizada, e prevenir e combater a corrupção.

Em relação a componente política e estratégica do processo, é de referir que entrou gradualmente em vigor o novo organograma do MISAU, estando a decorrer de momento consultas internas ao documento.

As outras actividades do nível Macro estão ainda em curso, não a um ritmo desejável, estando ainda em fase de apreciação a Lei dos Medicamentos, Vacinas e outros Produtos Biológicos de Uso Humano e a Lei da Medicina privada.

Em relação a componente operacional do processo de reformas do sector, está em curso a revisão do Guia de Planificação, Organização e Avaliação para Centros de Saúde (fase de ilustração). Há necessidade de tornar este processo das reformas mais célere com vista a cumprir com prazos estipulados aquando da sua concepção em 2006.

4.2.8. Mecanismos de Financiamento

Está em curso o estudo sobre a gratuidade dos serviços de Saúde, cujos resultados esperados são os seguintes : (i) avaliação dos actuais acordos sobre as taxas do utente e qualquer outra inter-relação entre as taxas de utente e a corrupção; (ii) provável impacto esperado da abolição das taxas de utente nos serviços básicos de saúde em Moçambique na carga de trabalho dos funcionários de saúde e nos custos recorrentes no sector ; (iii) pontos de vista da população e de outros intervenientes; (iv) constatações chave e recomendações em relação a medidas complementares necessários

5. EXECUÇÃO ORÇAMENTAL

Ao longo do primeiro semestre o sector funcionou com uma dotação disponível de cerca de 3.600.653 milhares de Meticais, a disponibilidade global de fundos nas fontes de financiamento em análise foi de cerca de 1.811.871 milhares de meticais, equivalente a cerca de 50% da dotação global disponível.

O grau de absorção global dos recursos financeiros foi de 94%, mais quarenta e um pontos percentuais em relação a igual período do ano anterior (53). Tal situação foi possível devido a dois factores fundamentais: A fraca disponibilização de recursos financeiros no PROSAUDE, fez com que este fosse rapidamente absorvido e ainda devido ao canal de comunicação e a melhoria dos processos de comunicação entre o MISAU e o Ministério das Finanças e vice-versa.

Assim, a tabela 18. ilustra de forma resumida a situação do fluxo de recursos financeiros ao longo do primeiro semestre. A execução financeira do OE – Gastos Correntes teve uma execução de 89%, o investimento na sua componente interna absorveu cerca de 85%. Entretanto, o PROSAUDE com uma dotação disponível de cerca de 1.435.142 milhares de Meticais, executou apenas 19%. A execução financeira alta 100% mostra que os poucos recursos financeiros canalizados ao sector foram absorvidos na sua totalidade. A baixa

execução orçamental, tem como principal motivo a não disponibilização atempada dos recursos financeiros previstos para o primeiro semestre do corrente ano.

A falta de recursos financeiros no PROSAUDE, obrigou a que grande parte das despesas que deveriam ser suportadas por este fundo, fossem pagas com recurso ao Orçamento do Estado, razão pela qual as execuções financeiras são altas.

Os compromissos assumidos pelos parceiros para a disponibilização de recursos financeiros para a compra de serviços e medicamentosos, foi cumprido, tendo no entanto o FCMSM, executado os recursos recebidos em cerca de 97%, situando a sua execução orçamental em 62%.

A tabela 19 mostra o fluxo de recursos financeiros ao longo do primeiro semestre do Orçamento de Estado, Investimento na sua componente interna, PROSAUDE e FCMSM.

Tabela 18. Fluxo de recursos financeiros ao longo do primeiro semestre – NÍVEL CENTRAL

valores em milhares de Meticais

Fontes de Financiamento	Dotação	Recursos disponíveis no período	Execução do Orçamento	Grau Execução Orçamental	Grau Execução Financeira
OE-Despesas Correntes	973,623	749,865	667,043	69%	89%
OE-Despesas de Investimento	90,000	15,398	13,146	15%	85%
PROSAUDE	1,435,142	271,996	271,996	19%	100%
FCMSM	1,208,250	774,612	753,021	62%	97%
TOTAL	3,707,015	1,811,871	1,705,206	46%	94%

Tabela 19. Execução do Orçamento de Funcionamento (OF) no primeiro semestre de 2007

NÍVEL CENTRAL E PROVINCIAL

valores em milhares de Meticais

Rúbricas	Dotação Inicial	Dotação Actualizada	Fundos Recebidos	Execução Orçamental	Grau Exec. Orçamental (actualizada)	Grau Exec. Financeira
Âmbito Provincial						
Despesas com o Pessoal	1,247,188	1,260,820	589,838	567,657	45%	96%
<i>Salários e Remunerações</i>	<i>1,116,282</i>	<i>1,130,049</i>	<i>528,417</i>	<i>525,007</i>	<i>46%</i>	<i>99%</i>
<i>Outras Desp com o Pessoal</i>	<i>130,906</i>	<i>130,771</i>	<i>61,421</i>	<i>42,650</i>	<i>33%</i>	<i>69%</i>
Bens, Serviços e Outras	678,279	670,359	371,912	313,123	47%	84%
Despesas de Capital	37,861	37,261	13,883	6,696	18%	48%
DESPESA TOTAL	1,963,328	1,968,440	975,633	887,476	45%	91%
Âmbito Central (Órgãos Centrais)						
Despesas com o Pessoal	131,227	119,794	54,341	54,108	45%	100%
<i>Salários e Remunerações</i>	<i>105,639</i>	<i>94,206</i>	<i>37,631</i>	<i>37,398</i>	<i>40%</i>	<i>99%</i>
<i>Outras Desp com o Pessoal</i>	<i>25,589</i>	<i>25,589</i>	<i>16,710</i>	<i>16,710</i>	<i>65%</i>	<i>100%</i>
Bens, Serviços e Outras	816,272	767,794	672,013	607,099	79%	90%
Despesas de Capital	26,124	26,124	23,511	5,836	22%	25%
DESPESA TOTAL	973,623	913,712	749,865	667,043	73%	89%
Global do Sector Saúde						
Despesas com o Pessoal	1,378,415	1,380,614	644,179	621,765	45%	97%
<i>Salários e Remunerações</i>	<i>1,221,921</i>	<i>1,224,255</i>	<i>566,048</i>	<i>562,405</i>	<i>46%</i>	<i>99%</i>
<i>Outras Desp com o Pessoal</i>	<i>156,494</i>	<i>156,359</i>	<i>78,131</i>	<i>59,360</i>	<i>38%</i>	<i>76%</i>
Bens, Serviços e Outras	1,494,551	1,438,153	1,043,925	920,222	64%	88%
Despesas de Capital	63,984	63,384	37,394	12,532	20%	34%
DESPESA TOTAL	2,936,951	2,882,152	1,725,498	1,554,519	54%	90%

A introdução do SISTAFE em Julho do ano 2006 nos sectores do Estado, contribuiu consideravelmente para a melhoria da execução do Sector de Saúde, pois, os fundos foram disponibilizados no início do ano e as solicitações feitas através do e-SISTAFE, foram respondidas em tempo útil, razão pelo qual o cenário de baixa execução que se verificava nos anos anteriores em quase todos os sectores, foi revertido. Dessa forma, não apenas o Fundo de Salários que tem sempre uma execução regular apresentou boa execução, mas todas as principais componentes do Orçamento de Funcionamento (OF) ultrapassaram os 45% sobre o disponível.

O valor previsto para o PROSAUDE para o ano 2007 é de 1.435.142 milhares de meticais, deste montante até Junho do corrente ano foi executado 271.996 milhares de meticais que corresponde a uma execução orçamental de 19%. Contrariamente aos anos anteriores, este fundo apresenta uma execução baixa devido a problemas de natureza administrativa que condicionaram os normais desembolsos por parte dos parceiros do MISAU.

Durante o primeiro semestre, em função dos desembolsos recebidos, foram feitas despesas correntes, destacando-se o pagamento de salários e remunerações ao pessoal contratado, pagamento de toping up a médicos nacionais e estrangeiros de nacionalidade cubana e indiana.

A tabela 20 que se segue (3), ilustra a execução do PROSAUDE, destacando-se as execuções altas dos centros de custo DRH, DNS e DAF e uma execução bastante baixa da CMAM. A baixa execução por parte da CMAM, prende-se com o facto destes terem despesas que deveriam ser suportadas pelo PROSAUDE mas devido ao fraco nível de desembolso e porque os valores em caixa não podiam suportar despesas de valores altos como tem sido o caso de aquisição de medicamentos, grande parte destas despesas foram suportadas pelo Orçamento de Estado.

Tabela.2. Execução do PROSAUDE no 1º.Semestre de 2007

valores em milhares de Meticais

Centros de Custos Actividades	Dotação Disponível	Execução até 31Mai07	Grau de Execução	Saldo
CMAM	375,900	20,871	6%	355,029
Apoio Institucional	53,700	2,512	5%	51,188
Medicamentos	322,200	18,359	6%	303,841
Infra-estruturas	0	0		0
DNS	589,358	135,884	23%	453,473
DEE+DSC+DAM (Gastos Correntes)	51,015	19,137	38%	31,878
Infra-estruturas	350,393	74,329	21%	276,063
Equipamentos	161,100	42,418	26%	118,682
Contratações de ONGs	26,850	0		26,850
DAF	225,550	34,097	15%	191,453
Subsídio aos Trabalhadores	99,345	0		99,345
Incentivos – Cargos de Chefias	33,563	10,808	32%	22,754
Assistência Técnica e Auditorias	5,639	7,286	129%	(1,648)
Manutenção	0	6,963		(6,963)
Abastecimentos	6,713	2,249	33%	4,464
Topping-Up	22,823	4,497	20%	18,325
Gastos de Funcionamento	3,769	2,294	61%	1,475
Reabilitação Infra-estruturas diversas	53,700	0		53,700
DPC	9,398	2,819	30%	6,579
DRH	208,088	73,776	35%	134,312
Infra-estruturas	134,250	0		134,250
Contratos Médicos Especialistas	40,275	36,350	90%	3,925
Formação e Gestão de Pessoal	33,563	37,426	112%	(3,864)
INS (Pesquisa)	26,850	4,549	17%	22,301
Despesa Total	1,435,142	271,996	19%	1,163,147

A execução em relação ao Fundo Comum Provincial e outros fundos externos para o mesmo período ainda não está disponível.

Sobre o Fundo Comum Provincial (FCP) pode-se informar que até Abril de 2007 as províncias estavam a finalizar os processos de prestação de contas referentes ao ano transacto, e que foi necessária a reconciliação de saldos entre províncias, DPPF's e MISAU. Este exercício exigiu a deslocação de técnicos às províncias e prolongou-se até Junho do presente ano.

Houve desembolsos dos Parceiros de Cooperação (PC's) referentes ao ano de 2008. Esses ocorreram entre os meses de Março e Junho e foram na ordem dos **USD 12.6 milhões**, aproximadamente **338 milhões de Meticais**. O repasse para as DPPF's e consequentemente para as Direcções Provinciais de Saúde (DPS's) relativos ao FCP de 2008 apenas foram efectivados a partir de Maio/Junho. Pelas razões apresentadas não há informação sobre a execução do FCP no 1º semestre.

6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O volume global de actividades e consumo de serviços aumentou excepto na componente consultas externas. Com o actual desempenho perspectiva-se o alcance das metas anuais. Este aumento reflecte o crescente esforço do sector de expansão de cuidados de saúde de qualidade.

O padrão de doença foi similar ao do 1º semestre de 2006, sendo de destacar a redução de casos de doenças de notificação obrigatória. A cólera foi a que maior decréscimo registou **41** casos notificados no período de Janeiro à Março de 2007 contra **3230** notificados em igual período de 2006.

O estado nutricional da população carece de especial atenção, a expansão dos postos sentinela e a disseminação do pacote nutricional básico, são urgentes para se alcançar as metas preconizadas para 2007 e 2009.

As coberturas do PAV e do SMI, apesar da limitante fiabilidade de dados do SIS, indicam que muito tem que ser feito para o alcance das metas.

As componentes partos institucionais e as primeiras consultas dos 0-4anos devem merecer uma análise mais profunda com vista a se reverter a sua constante tendência de coberturas se manterem abaixo das metas estabelecidas.

A tendência ascendente da taxa de mortalidade materna intra hospitalar, em parte prevista com a expansão dos COEB e a constante tendência de baixa cobertura dos partos institucionais, dita a urgência em se conduzir o estudo das necessidades em saúde sexual e reprodutiva com vista a identificar os principais constrangimentos e a melhor maneira de responder as reais necessidades da população; intensificar a estratégia da redução das mortes maternas, sem descurar o reforço do sistema de referência bem como a institucionalização do Comité Nacional de Avaliação de Mortes Maternas de modo a alcançar a meta de 2009, que ainda constitui um grande desafio para o sector.

No 1º semestre, prosseguiram acções com vista a aumentar o acesso ao tratamento ARV bem como das doenças oportunistas, até ao final de Maio 2007 o sector contava com 200 sítios de TARV, tendo sido cumprido em 80% a meta para 2007. A meta dos sítios de TARV deve-se ser revista para o ano 2009 por ser igual a meta indicada para o ano 2007.

O total de pacientes beneficiando do TARV também cresceu para **64892** correspondendo a 70% do previsto para 2007 o alcance da meta de 2007 é possível porém, um grande desafio para o sector é em relação ao TARV pediátrico.

Em relação a meta de 2009 que até ao presente momento foi cumprida na ordem dos 40%, há necessidade de se redobram os esforços para o seu alcance, tendo presente a necessidade de garantia de boas condições logísticas dos ARV de modo a que estejam sempre disponíveis para responder a sua crescente demanda.

Igualmente, a PTV está em franca expansão, tendo já sido ultrapassadas as metas de número de US fornecendo TARV para 2007 e 2009. Similarmente ao TARV particular atenção deve ser prestada às crianças pois o número de crianças beneficiando tanto do TARV como da profilaxia ARV está aquém do desejado. A notória perda de oportunidade ao longo de toda a cascata, desde a consulta, testagem e oferta de ARV, compromete o alcance das metas. Esta situação é merecedora de análise profunda.

A implementação dos subsídios colhidos durante a Reunião Nacional de Envolvimento Comunitário, constitui uma potente ferramenta para o SNS uma vez que a comunidade passará a se responsabilizar pelo seu próprio estado de saúde; é importante que ela não seja vista apenas como implementadora dos programas mas que seja envolvida em todo o processo de planificação, implementação e avaliação dos programas de saúde.

Aumentou o número de técnicos com melhor qualificação, o que irá contribuir para uma melhoria da prestação de cuidados de saúde de qualidade.

A rede sanitária beneficiou tanto de obras de expansão bem com obras de reabilitação, ampliação e promoção. Apesar de atrasos de vária natureza como o próprio processo de adjudicação da obra e alguns constrangimentos financeiros, parte delas poderá iniciar no 2º semestre.

O sistema de referência foi fortalecido com a distribuição de ambulâncias e outros meios de transporte.

A concorrer para a melhoria da qualidade de serviços prestados, foi distribuído por todas as províncias material médico cirúrgico, incluindo material para a esterilização que irá melhorar sobremaneira as condições de biossegurança.

É de realçar que os esforços realizados pelo MISAU para atingir níveis elevados de execução orçamental e financeira. O nível de execução orçamental para todos os fundos foi de 54%. A baixa execução orçamental, tem como principal motivo a não disponibilização atempada dos recursos financeiros previstos para o primeiro semestre do corrente ano.

A discrepância de dados de rotina colhidos pelo SIS e pela base de dados dos programas a nível central, indicam a necessidade de se tornar mais célere o estudo da fiabilidade de dados e melhorar o processo da “limpeza dos mesmos”.

Para finalizar, apesar de informação semestral incompleta por parte de alguns programas/serviços, pode-se afirmar que o sector durante o 1º semestre teve um desempenho aceitável para um período conturbado por calamidades e por constrangimentos financeiros. Contudo esforços deverão ser redobrados de forma a cumprir com as metas do sector para o presente ano.

Em relação as áreas de fraco desempenho identificadas, esforço adicional é necessário tanto no 2º semestre de 2007, bem como em 2008 para que as metas de 2007 e 2009 seja alcançadas.

Anexo 1: Expansão da rede sanitária 1º semestre 2007- obras de gestão central

Obra	Construção	Reabilitação/ ampliação	Promoção	Estágio	Comentários
CS I Palma		✓		Iniciada	
CSI Panda	✗				Retirado do plano
CSU Mavalane	✓			Projecto/ concurso	Em curso o concurso
CSU Matola	✗				Retirado do plano
14 CS Zambézia	✓			Concluído concurso	Obras a iniciar no 2º semestre
HR Vilanculos		✓		Concluído concurso	Obras a iniciar no 2º semestre
HR Chiúre	✓			Projecto	Dependente de financiamento para iniciar no 2º semestre
CS Moma - HR			✓	Concluído concurso	Obras a iniciar no 2º semestre
HR Fungoi	✓			Projecto	Em curso
HR Cuamba		✓		Concluído	Concluído bloco operatório
CS Caia – HD			✓	Concluído concurso	Obras a iniciar no 2º semestre
HR Mocímboa		✓		Projecto	Obras a iniciar no 2º semestre
HR Quissico	✓			Concluído concurso	Obras a iniciar no 2º semestre
HR Massinga		✓		Concluída	Concluída a fase I
HR Mutarara		✓		Concluído concurso	Obras a iniciar no 2º semestre
HR Manhiça	✓			Em curso	
CS Marrupa- HR			✓	Iniciada	
HR Namapa	✓			Concluído concurso	Obras a iniciar no 2º semestre
HR Montepuez		✓		Iniciada	
HG José Macamo		✓		Iniciada	
HG Mavalane		✓		Concluído concurso	Obras a iniciar no 2º semestre
HG Machava		✓		Concluída fase II	A fase III a iniciar no 2º semestre
HG Infulene*			✓ *	Concluído projecto	Sem financiamento

HR Mapai	✓			Projecto	
HG Nacala	✓			Iniciada	
HP Lichinga		✓		Iniciada	
HP Pemba		✓		Iniciada	
HP Tete		✓		Iniciada	
HP Inhambane		✓		Concluído projecto	Sem financiamento
HC Beira		✓		Projecto	
HC Maputo		✓		Iniciada	Iniciadas obras nas enfs de psiquiatria e ortopedia
HC Nampula		✓			Trabalhos pequenos feitos sem fundos centrais
Sistemas de apoio					
Armazém provincial Nampula	✗				Sem fundos
Armazém Central de Maputo	✓			Iniciada	
Armazém Regional Nacala	✗				Sem fundos
DPS	✓			Iniciados projectos	

Tab Ponto de situação das obras de investimento previstas no 1º semestre de 2007 (gestão central)

* conversão

Ponto de Situação das obras nas IdFs no 1º semestre de 2007

IdF	Construção	Ampliação	Estágio	Comentários
CF Mocimboa	✓		Iniciadas	
ICS Quelimane		✓	Concluído concurso	Obras a iniciar no 2º semestre
ICS Marracuene*			Projecto	
CF Pemba		✗		Sem fundos
CF Lichinga		✗		Sem fundos
CF Inhambane		✗		Sem fundos
ICS Infulene	✗			
CF Cuamba	✓			

* reabilitação/construção

**Anexo2: Expansão da rede sanitária 1º semestre 2007- obras de gestão
Provincial**

Obra	Construção	Reabilitação/ ampliação	Promoção	Estágio	Comentários
TETE					
CSR II Kaprizanje	✓			Em curso	
CS Cidade Tete	✓	✓		Preparação do projecto	
CS II Catondo	✓			Em curso	
CS Marara- Changara		✓		Lançamento do concurso	
Bloco operatório de Ulongue	✓			Lançamento do concurso	
CSR II Nkonedzi (maternidade)	✓			Concluída	
CSR II Chitete	✓			Lançamento do concurso	
CSA Zobue		✓		Preparação do projecto	
INHAMBANE					
CS Inhassoro (reposição)		✓		Fase de conclusão	
CS Massinga		✓	✓	Concluída 1ª fase	
CS Quissico	✓			Concurso	
HP Inhambane (bloco operatório)		✓		Em curso	
CSR II Nhanele	✓			Em curso	
CSR II Nhapadiane	✓			Em curso	
CSR II Inhamussua	✓			Em curso	
PS Massalane (CSII)			✓	Em curso	
CABO DELGADO					
CSR I Quisanga	✓			Concluída	
CSR II Chilinde	✓			Concluída	
CSR II Ntamba	✓			Concluída	
CSR II Miangueleua	✓			Concluída	

CSR II Cagembe	✓			Concluída	
Laboratório Balama		✓		Em curso	
CSRI Ancuabe	✓			Em curso	
CSRI Metoro	✓			Concluída 1ª fase	
CSRII Piqueue	✓			Em curso	
CSRII Ravia	✓			Em curso	
CSRII N'Tessa	✓			Em curso	
CSR II Nairoto	✓			Em curso	
CSR II Hucula	✓			Em curso	
CSR I Nangade	✓			Lançamento de concurso	
CSU Pemba	✓			Preparação do projecto	
CSRII Nacoba	✓			Em curso	
ZAMBÉZIA					
CSRII Mamala	✓			Em conclusão	
CSRII Moiane	✓			Em conclusão	
CSRII Tapata	✓			Em conclusão	
CSRII Cariua	✓			Em conclusão	
CSRII Alto Mutola	✓			Em conclusão	
CSRII Sangalaze	✓			Em conclusão	
CSRII Catalo	✓			Em conclusão	
CSRII Coroane	✓			Em conclusão	
CSRII Mareia	✓			Em conclusão	
CSRII Pury	✓			Em conclusão	
CSRII Malanha	✓			Em curso	
CSRII Murruma	✓			Em curso	
CSRII Murea	✓			Em curso	
CSRII Muriri	✓			Em curso	
CSRII Gurai	✓			Em curso	

GAZA					
CSU Marien Nguabi		✓		Em curso	
CSU Chibuto		✓		Em curso	
CS Chicualacuala (introdução do PTV)		✓		Concluída	
CS Chidengele (introdução do PTV)		✓		Concluída	
HR Manjacaze (introdução do PTV)		✓		Concluída	
CSR II Meboi	✓			Em curso	
Hospital Dia (anexo ao HP)	✓			Em curso	
CSR II Nalaze		✓		Em curso	
CSR II Olombe	✓			Lançamento do concurso	
NAMPULA					
CSR II Navaca	✓			Concluída	
CSU-A Muhala Expansão	✓			Concluída *	* US concluídas que não funcionam por falta de equipamento
CSR II Tubruto	✓			Concluída *	
CSR II Kutua	✓			Concluída *	
CSR II Marrupanama	✓			Concluída *	
CSR II Mavuco	✓			Concluída *	
CSR II Gêlo	✓			Concluída *	
CSR II Simuco	✓			Concluída *	
CSR II Mecutamala	✓			Concluída *	
CSR II Mahalene	✓			Concluída *	
CSR II Chicá	✓			Concluída *	
CSR II Pavala	✓			Em curso	
Laboratório Namige	✓			Em curso	
Laboratório Inguri	✓			Concluída	
CSR II Mahetha	✓			Em curso	
CSR II Ampapa	✓			Em curso	
CSR II Muchelia	✓			Em curso	
CSR II Chuhulo	✓			Em curso	
CSR II Nataleia	✓			Em curso	
SOFALA					
	✓			Em curso	

Depósito de medicamentos HR Buzi		✓		Em curso	
CS Chibabava (PTV)		✓		Concluída	
HR Nhamatanda		✓		Em curso	Reabilitação parcial
CSR II Inhamitanga	✓			Lançamento do concurso	
CSR I Maringue	✓			Lançamento do concurso	
Centro de Abastecimento Provincial, Materiais e depósito de Medicamentos (Manga)		✓		Em curso	Fase II
CS Gorongosa			✓	Em curso	Conversão em H Distrital
Depósito de Medicamentos (CS Ponta-Gêa)		✓		Em curso	