

**TERCEIRA ESTRATÉGIA DE COOPERAÇÃO
DA OMS COM MOÇAMBIQUE
2018-2022**

Terceira estratégia de cooperação da OMS com Moçambique, 2018-2022

ISBN: 978-929034134-5

© Escritório Regional da OMS para a África e UNICEF, 2019

Alguns direitos reservados. Este trabalho é disponibilizado sob licença de Creative Commons Attribution-Non-Commercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>).

Nos termos desta licença, é possível copiar, redistribuir e adaptar o trabalho para fins não comerciais, desde que dele se faça a devida menção, como abaixo se indica. Em nenhuma circunstância, deve este trabalho sugerir que a OMS aprova uma determinada organização, produtos ou serviços. O uso do logótipo da OMS não é autorizado. Para adaptação do trabalho, é preciso obter a mesma licença de Creative Commons ou equivalente. Numa tradução deste trabalho, é necessário acrescentar a seguinte isenção de responsabilidade, juntamente com a citação sugerida: “Esta tradução não foi criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS não é responsável, nem pelo conteúdo, nem pelo rigor desta tradução. A edição original em inglês será a única autêntica e vinculativa”.

Qualquer mediação relacionada com litígios resultantes da licença deverá ser conduzida em conformidade com o Regulamento de Mediação da Organização Mundial da Propriedade Intelectual.

Citação sugerida. Terceira estratégia de cooperação da OMS com Moçambique, 2018-2022. Brazzaville: Organização Mundial da Saúde, Escritório regional para a África; 2019. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Dados da catalogação na fonte (CIP). Os dados da CIP estão disponíveis em <http://apps.who.int/iris/>.

Vendas, direitos e licenças. Para comprar as publicações da OMS, ver <http://apps.who.int/bookorders>. Para apresentar pedidos para uso comercial e esclarecer dúvidas sobre direitos e licenças, consultar <http://www.who.int/about/licensing>.

Materiais de partes terceiras. Para utilizar materiais desta publicação, tais como quadros, figuras ou imagens, que sejam atribuídos a uma parte terceira, compete ao utilizador determinar se é necessária autorização para esse uso e obter a devida autorização do titular dos direitos de autor. O risco de pedidos de indemnização resultantes de irregularidades pelo uso de componentes da autoria de uma parte terceira é da responsabilidade exclusiva do utilizador.

Isenção geral de responsabilidade. As denominações utilizadas nesta publicação e a apresentação do material nela contido não significam, por parte da Organização Mundial da Saúde, nenhum julgamento sobre o estatuto jurídico ou as autoridades de qualquer país, território, cidade ou zona, nem tampouco sobre a demarcação das suas fronteiras ou limites. As linhas ponteadas e tracejadas nos mapas representam de modo aproximativo fronteiras sobre as quais pode não existir ainda acordo total.

A menção de determinadas companhias ou do nome comercial de certos produtos não implica que a Organização Mundial da Saúde os aprove ou recomende, dando-lhes preferência a outros análogos não mencionados. Salvo erros ou omissões, uma letra maiúscula inicial indica que se trata dum produto de marca registado.

A OMS tomou todas as precauções razoáveis para verificar a informação contida nesta publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem nenhum tipo de garantia, nem expressa nem implícita. A responsabilidade pela interpretação e utilização deste material recai sobre o leitor. Em nenhum caso se poderá responsabilizar a OMS por qualquer prejuízo resultante da sua utilização.

Concepção gráfica e impressão: Leima Impressões Originais, Lda

Prefácio

Terceira Geração – Estratégia de Cooperação da OMS com o País

A Terceira Geração da Estratégia de Cooperação da OMS com o País é a concretização da importante agenda de reforma adoptada pela Assembleia Mundial da Saúde, com vista a reforçar a capacidade da OMS e tornar os seus resultados mais adequados às necessidades do País.

Ela é o reflexo do Décimo Terceiro Programa Geral de Trabalho da OMS a nível nacional. Tem como objectivo uma maior relevância da cooperação técnica com os Estados-Membros, e centra-se na identificação das prioridades e medidas eficientes para a implementação da reforma da OMS e da Agenda da Transformação na região africana. Esta última, visa promover valores de excelência, trabalho em equipa, responsabilização, integridade, equidade, inovação e abertura, com foco nos resultados. A ECP leva em consideração o papel dos diferentes parceiros, incluindo os actores não estatais, no apoio ao Governo e às comunidades.

A Terceira Geração da Estratégia de Cooperação com o País baseia-se nas lições aprendidas da implementação da primeira e da segunda geração, da Estratégia da OMS de foco nos Países (políticas, planos, estratégias e prioridades) e do Quadro das Nações Unidas para Assistência ao Desenvolvimento (UNDAF). A ECP está também alinhada com o contexto global de saúde, rumo à Cobertura Universal de Saúde, integrando os princípios de alinhamento, harmonização e eficácia, definidos nas declarações de Roma (2003), de Paris (2005), de Acra (2008) e de Busan (2011), sobre a Eficácia da Ajuda ao Desenvolvimento. Foram também tomados em consideração os princípios subjacentes às iniciativas “Harmonização para a Saúde em África” (HHA) e “Parceria Internacional para a Saúde + ” (IHP+), reflectindo a política de descentralização e reforçando a capacidade de decisão dos Governos para melhorar a qualidade dos programas e intervenções de saúde pública.

A Estratégia de Cooperação da OMS com Moçambique foi elaborada com base em consultas aos intervenientes-chave da área da saúde e realça as suas expectativas em relação ao trabalho do secretariado da OMS. Em linha com a Estratégia da OMS de foco nos países, a ECP deve ser utilizada para comunicar o engajamento no país; formular o plano de trabalho; fazer advocacia, mobilizar recursos e coordenar com os parceiros; e delinear a componente saúde do UNDAF e de outras plataformas de parcerias de saúde no país.

Congratulo a liderança eficiente e eficaz desempenhada pelo Governo na realização deste importante exercício de elaboração da Estratégia de Cooperação da OMS com Moçambique. Exorto igualmente a todos os funcionários da OMS, em particular à Representante da OMS no país, a redobram os seus esforços para assegurar a implementação efectiva das orientações programáticas deste documento, com vista a se obterem melhores resultados que contribuam para a saúde e o desenvolvimento em África.

Dra. Matshidiso Moeti
Directora Regional da OMS para África

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Moeti', is positioned on a light grey rectangular background.

Conteúdo

Acrónimos	9
Sumário executivo	14
1. Introdução	18
2. Saúde e desenvolvimento	22
2.1. Contexto Macroeconómico, Político e Social	23
2.2. Estado de saúde da população	26
2.3. Resposta do sistema de saúde	31
2.4. Assuntos transversais	36
2.5. Ambiente das parcerias para o desenvolvimento	37
2.5.1. Parcerias e cooperação para o desenvolvimento	37
2.5.2. Colaboração com o Sistema das Nações Unidas	39
2.6. Análise da cooperação da OMS durante o ciclo anterior (2009-2016)	41
3. Agenda Estratégica de Cooperação da OMS	42
Prioridade estratégica 1: Reforço do sistema de saúde	46
Prioridade estratégica 2: Redução das taxas de morbilidade e mortalidade na área de saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e do adolescente	50
Prioridade Estratégica 3: Redução do peso das doenças endémicas nomeadamente HIV/SIDA, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas	54
Prioridade estratégica 4: Capacidade de alerta e resposta às emergências de saúde pública	60
Prioridade estratégica 5: Prevenção e controlo das doenças não transmissíveis (DNT) bem como fazer face aos determinantes sociais e ambientais de saúde	62

4. Orçamento	64
5. Implementação da agenda estratégica	66
5.1 Implicações para o secretariado da OMS	67
5.2 Implicações para o Escritório da OMS no país	67
5.3 Implicações para o Escritório Regional	68
5.4 Implicações para a Sede mundial da OMS	69
6. Monitoria e avaliação	70
Referências.....	72
Anexos.....	74

Acrónimos

ACA	Avaliação Conjunta Anual
AEFI	Adverse Event Following Immunization (Eventos Adversos Pós-vacinação)
AIDI	Atenção Integrada às Doenças da Infância
APEs	Agentes Polivalentes Elementares
ARCC	Africa Regional Certification Commission (Comissão de Certificação da Região Africana)
ARV	Anti-retrovirais
ATS	Aconselhamento e Testagem em Saúde
C&T	Cuidados e Tratamento
CA	Centro de Abastecimento
CCR	Consulta da Criança em Risco
CID10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CMAM	Central de Medicamentos e Artigos Médicos
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao HIV/ SIDA
CNS	Contas Nacionais de Saúde
CONEm	Cuidados Obstétricos e Neonatais de Emergência
CPN	Consulta Pré-natal
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CV	Carga Viral
DIS	Departamento de Informação para Saúde
DNT	Doenças Não Transmissíveis
DPC	Direcção de Planificação e Cooperação
DPS	Direcção Provincial de Saúde
DRH	Direcção de Recursos Humanos
DTN	Doenças Tropicais Negligenciadas
ECP	Estratégia de Cooperação com o País
ENDE	Estratégia Nacional de Desenvolvimento 2015-2035
GARP	Global Antibiotic Resistance Partnership

GFF	Global Financing Facility (Facilidade Global de Financiamento)
GHO	Global Health Observatory (Observatório Mundial da Saúde)
GITEV	Grupo Interinstitucional de Trabalho para melhoria do sistema de registo civil e Estatísticas Vitais
GPW	General Program of Work (Programa Geral de Trabalho)
HIV	Human immunodeficiency virus (Vírus da imunodeficiência humana)
HPG	Health Partners Group (Grupo de Parceiros para a Saúde)
IAF	Inquérito aos agregados familiares sobre o Orçamento Familiar
IC	Investment Case (Caso de Investimento)
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
IHP	International Health Partnership (Parceria Internacional para a Saúde)
IMASIDA	Inquérito sobre Imunização, Malária e HIV/SIDA
INE	Instituto Nacional de Estatística
IOF	Inquérito aos Orçamentos Familiares
ITS	Infecções Transmitidas Sexualmente
JEE	Joint External Evaluation (Avaliação Externa Conjunta)
KPI	Key Performance Indicators (Indicadores Chave de Desempenho)
LNCQM	Laboratório Nacional de Controlo de Qualidade dos Medicamentos
LOLE	Lei dos Órgãos Locais do Estado
M&A	Monitoria e Avaliação
MEF	Ministério da Economia e Finanças
MISAU	Ministério da Saúde
MNN	Mortalidade Neonatal
MOPAN	Multilateral Organisation Performance Assessment Network
NU	Nações Unidas
ODS	Objectivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OSC	Organizações da Sociedade Civil
PAMRDC	Plano de Acção Multisectorial para Redução da Desnutrição Crónica
PAV	Programa Alargado de Vacinação

PCR	Proteína C Reactiva
PD	Parceiros de Desenvolvimento
PELF	Plano Estratégico de Logística Farmacêutica
PEN III	Plano Estratégico Nacional de HIV & SIDA III (2010 – 2014)
PEN IV	Plano Estratégico Nacional de HIV & SIDA IV (2016-2020)
PES	Plano Económico e Social
PESS	Plano Estratégico do Sector Saúde (2014-2019)
PFA	Paralisia Flácida Aguda
PIB	Produto Interno Bruto
PIDOM	Pulverização Intra-Domiciliária
PIMA	Planificação, Investimentos, Monitoria e Avaliação
PMT	Praticante de Medicina Tradicional
PMT/UNDAF	Programme Management Team UNDAF (Equipa de Gestão do Programa UNDAF)
PNDRH	Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos
PQG	Programa Quinquenal do Governo
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
RED/REC	Reaching Every District/Community (Alcançando Todos os Distritos/Comunidades)
REMTILD	Rede Mosquiteira Tratada com Inseticida de Longa Duração
REO	Relatório de Execução Orçamental
RGPH	Recenseamento Geral da População e Habitação
RH	Recursos Humanos
RHS	Recursos Humanos em Saúde
RMNCH	Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health (Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal e Infantil)
RRT	Rapid Response Team (Equipa de Resposta Rápida)
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SAAJ	Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens
SIS	Sistema de Informação para Saúde
SISMA	Sistema de Informação em Saúde, Monitoria e Avaliação
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SNU	Sistema das Nações Unidas
SRMNIA	Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal, Infantil e do Adolescente

SRMNIAN	Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal, Infantil e do Adolescente e Nutrição
SRO	Sais de Rehidratação Oral
SWAp	Sector Wide Approach (Abordagem Sectorial Ampla)
TARV	Tratamento Anti-retroviral
TB	Tuberculose
TB-MDR	Tuberculose Multi-droga Resistente
TICs	Tecnologias de Informação e Comunicação
TMN	Tétano Materno e Neonatal
UNCT	United Nations Country Team
UNDAF	United Nations Development Assistance Framework (Quadro das Nações Unidas para a Assistência ao Desenvolvimento)
UNDP	United Nations Development Programme (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento)
US	Unidades Sanitárias
VIDR	Vigilância Integrada das Doenças e Resposta
WCO	WHO Country Office (Escritório da OMS no País)
WHO	World Health Organization



Crédito da foto: A. Fernandes

Sumário executivo

O objectivo da Organização Mundial de Saúde (OMS) é construir um futuro melhor e mais saudável para todas as pessoas no mundo. Ela trabalha lado a lado com governos e outros parceiros para garantir o melhor nível possível de saúde para todas as pessoas.

A terceira geração da Estratégia de Cooperação da Organização Mundial da Saúde (OMS) com Moçambique 2018-2022 (ECP 2018-2022), é a visão de médio prazo que orienta o trabalho do Escritório da OMS em Moçambique, com o propósito de apoiar a edificação do sistema de saúde robusto, tendo em vista a melhoria progressiva do estado de saúde da população moçambicana.

A ECP está alinhada com as 13 metas dos ODS da área de saúde e enquadra-se na Agenda de Transformação da OMS na Região Africana, que tem como objectivo alcançar a cobertura universal de saúde de forma equitativa e com obstáculos financeiros, geográficos e sociais mínimos (OMS, 2016). Ela foi igualmente concebida para contribuir para os resultados definidos no 13º Programa Geral de Trabalho (GPW13) da OMS, adoptado pelos Ministros da Saúde dos Estados Membros em 2018.

Segundo a análise da situação feita no processo de desenvolvimento desta terceira geração da ECP, nas últimas décadas registaram-se progressos substanciais no estado de saúde dos moçambicanos tais como:

- A sobrevivência infantil com a taxa de mortalidade infantil que passou de 135/1000 NM em 1997 para 64/1000 nados vivos em 2011.
- A prevalência contracepção no grupo de 15-19 anos que registou melhorias em 2015 (14%) quando comparada com 2011 (6%);
- A cobertura de parto institucional que evoluiu de 47,6 % em 2011, para 70,3 % em 2015 e a prevalência de contracepção de 11% para 25% no mesmo período (MISAU, INE and ICF, 2015);
- Nos últimos 3 anos os indicadores de desempenho da vigilância da PFA/Pólio alcançaram os padrões de certificação, levando o país, em 2016, a ser certificado “Livre da Pólio”;
- A percentagem de crianças menores de cinco anos que dormem debaixo de uma rede mosquiteira tratada com insecticida de longa duração (REMTILD) aumentou de 36% em 2011, para 48% em 2015 e as mulheres grávidas protegidas por REMTILD ou pulverização intra-domiciliária (PIDOM) de 45% em 2011, para 58% em 2015 (MISAU, INE and ICF, 2015).
- A cobertura de mulheres grávidas HIV positivas que receberam antiretrovirais (ARVs) para a prevenção da transmissão vertical (PTV), passou de 14% em 2006 para 92% 2016.
- A disponibilidade dos técnicos de saúde no SNS, medida pelo rácio da densidade de técnicos de saúde nacionais e estrangeiros por 100.000 habitantes, aumentou de 92.6 (2014) para 106.8 em 2016

Com base nas constatações e desafios encontrados na análise da situação sanitária do país e nos resultados das consultas realizadas com os principais intervenientes do sector saúde, tendo em conta as prioridades do país e as vantagens comparativas da OMS, foram seleccionadas as seguintes prioridades estratégicas para a ECP 2018-2022:

1. Reforço do sistema de saúde para melhorar o acesso e a utilização equitativa de serviços de saúde de qualidade rumo à cobertura universal de saúde;
2. Redução das taxas de morbilidade e mortalidade na área de Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal, Infantil e do Adolescente (SRMNIA);
3. Redução do peso das doenças endémicas nomeadamente a TB, Malária, HIV e SIDA e Doenças Tropicais Negligenciadas;
4. Reforço das capacidades de alerta e resposta para as emergências e epidemias;
5. Prevenção e controlo das doenças não transmissíveis (DNT) e lidar com os determinantes sociais e ambientais de saúde.

A implementação desta ECP será feita através dos planos de trabalho bienais da OMS alinhados às estratégias nacionais e definidos em colaboração com todos os actores do sector da saúde, nomeadamente o Ministério da Saúde e os outros sectores governamentais que influenciam a saúde, as agências do Sistema das Nações Unidas (SNU), os parceiros bilaterais e multilaterais, as organizações da sociedade civil, as

instituições académicas e de investigação e o sector privado. O acompanhamento e a avaliação da ECP 2018-2022 serão realizados através de uma avaliação de meio termo e outra no final do período de vigência da estratégia. Os indicadores de progresso para as áreas de trabalho da OMS em Moçambique são definidos no quadro de resultados em anexo.

A OMS espera contribuir com esta estratégia para a consecução das prioridades estratégicas do sector saúde (PESS 2014-2019), nomeadamente:

- Redução da mortalidade materna e neonatal
- Melhoria da saúde infantil incluindo a nutrição
- Redução das grandes endemias
- Prevenção e tratamento das doenças crónicas

Os factores críticos de sucesso na implementação da ECP incluem a mobilização e uso eficiente de recursos, processos de planificação e orçamentação aprimorados e harmonizados e a disponibilidade de profissionais competentes com backup adequado de outros níveis da Organização. O cometimento e a liderança das autoridades nacionais e o engajamento de todos os actores do sector serão indispensáveis para o sucesso na implementação desta estratégia.



Crédito da foto: G. Moreira



Crédito da foto: F.Momade e G. Moreira

1. Introdução

A Estratégia de Cooperação com o País (ECP) é o documento chave que orienta o apoio da OMS ao desenvolvimento sanitário de Moçambique. Ela apresenta a visão da OMS sobre a forma como o seu trabalho no país será conduzido por forma a contribuir eficazmente para a melhoria do estado de saúde da população, através da abordagem de cuidados de saúde primários e tendo como valores básicos o acesso universal, a equidade, a colaboração intersectorial e a cooperação baseada nos princípios da Declaração de Paris e do Partenariado Internacional para a Saúde (IHP). A ECP apresenta também a forma como o trabalho da OMS será efectuado, em colaboração com as agências das Nações Unidas (NU) e os outros parceiros de desenvolvimento (PD), e servirá de base para a elaboração dos orçamentos programa e os planos bienais da OMS e para a mobilização de recursos.

Desde 2015 o Escritório Regional da OMS para África iniciou um processo de reestruturação com o objectivo de se tornar uma organização orientada para resultados e comprometida com a transparência, a responsabilidade e a eficácia, a fim de prestar um apoio pertinente e eficaz aos países, em consonância com os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a Agenda 2063 da União Africana, as resoluções dos órgãos de governação da OMS, assim como com os compromissos mundiais e regionais assumidos pela comunidade internacional. As mudanças no quadro institucional da OMS, associadas aos novos desafios da saúde pública no país e aos desenvolvimentos técnicos

recentes, bem como aos exercícios de reestruturação do escritório da OMS no País (WCO), justificam a necessidade de desenvolver a terceira geração da ECP que abrange o período de 2018 a 2022.

A presente ECP incorpora as experiências da primeira ECP (2001-2004), os resultados da avaliação feita à segunda geração de ECP (2009-2013) e as principais constatações da análise de situação do sector da saúde. Ela está alinhada com a visão da OMS a médio prazo definida no 12º Programa Geral de Trabalho (GPW) 2014-2019 e no 13º GPW aprovado em Maio de 2018 e que contém as prioridades estratégicas que orientarão o processo de planificação bienal.

Esta estratégia de cooperação visa apoiar os esforços nacionais para a concretização da visão da Estratégia Nacional de Desenvolvimento 2015-2030 (ENDE), e alinha-se com as prioridades do Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS) 2014-2019 e com as 13 metas dos ODS da área de saúde e outras 37 metas relacionadas à saúde. Enquadra-se na Agenda de Transformação da OMS na região africana, que visa transformar o secretariado da OMS desta região numa organização sanitária dotada de recursos apropriados, adequadamente equipada, proactiva e apta a responder às necessidades das populações, orientada para resultados, transparente e responsável. Ela foi igualmente concebida para contribuir para os resultados definidos no 13º GPW da OMS.

Durante o período de desenvolvimento da terceira geração da ECP, o Governo de Moçambique estava no terceiro ano de implementação do Programa Quinquenal do Governo (PQG) 2015-2019 e no quarto do PESS 2014-2019. O PQG reflete nas suas prioridades as três dimensões de desenvolvimento sustentável: económico, social e ambiental e tem cinco prioridades, uma das quais é o desenvolvimento do capital humano e social, que inclui a melhoria da educação e dos serviços de saúde, reconhecendo as questões do género e a necessidade de investir nos jovens do país. O PQG tem em conta os instrumentos de planificação estratégica nacionais, os objectivos de desenvolvimento regional e global e os ODS. O processo de elaboração da terceira geração da ECP, centrou-se na missão e nas funções fulcrais da OMS, bem como na sua vantagem comparativa enquanto entidade técnica líder no domínio da saúde e assessor em matéria de políticas de saúde.

A ECP é o documento de referência para o trabalho da OMS em Moçambique, ela é complementar e está alinhada com o Quadro das Nações Unidas para a Assistência e Desenvolvimento 2017-2020 (UNDAF). O desenvolvimento e a implementação desta estratégia levará em conta as parcerias existentes e as novas que forem se organizando no país, assegurando a apropriação nacional e local dos processos envolvidos. Também assegurará a complementaridade e a sinergia entre as partes interessadas e os parceiros de desenvolvimento no sector da saúde.

Durante o período 2018-2022, o Escritório da OMS no país concentrará os seus esforços nas cinco prioridades estratégicas seguintes:

1. Reforço do sistema de saúde para melhorar o acesso e a utilização equitativa de serviços de saúde de qualidade rumo à cobertura universal de saúde;
2. Redução das taxas de morbilidade e mortalidade na área de Saúde Reprodutiva, Materna, Neo-Natal, Infantil e do Adolescente (SRMNIA);
3. Redução do peso das doenças endémicas nomeadamente a TB, Malária, HIV e SIDA e Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN);
4. Reforço das capacidades de alerta e resposta para as emergências e epidemias;
5. Prevenção e controlo das doenças não transmissíveis (DNT) e lidar com os determinantes sociais e ambientais de saúde.

A terceira geração da ECP foi elaborada com base no Guião 2016, "Estratégia de Cooperação da OMS no País". O processo de desenvolvimento da ECP incluiu a revisão de documentos relevantes e de dados recolhidos através de um questionário online dirigido aos parceiros, seguido de entrevistas com alguns deles para aprofundar assuntos abordados no questionário online. A elaboração da estratégia foi participativa e baseou-se no princípio da apropriação pelo Governo, tendo sido desenvolvida através de um processo consultivo liderado pelo escritório da OMS no País. Uma primeira reunião foi realizada

para a apresentação da metodologia de elaboração da ECP ao Governo Moçambicano e aos parceiros da OMS, nomeadamente aos de cooperação bilateral e multilateral, às Organizações da Sociedade Civil (OSC), representantes das instituições de formação e de investigação em saúde e às associações de profissionais de saúde. Seguiram-se depois 3 reuniões com o grupo técnico (representantes do Governo e parceiros de desenvolvimento) onde obteve-se consensos sobre as prioridades estratégicas e áreas de trabalho da terceira geração da ECP. O endosso foi feito numa reunião final com a participação das mesmas instituições governamentais e dos parceiros que estiveram representadas na primeira reunião.





Crédito da foto: A. Carbonell

2. Saúde e desenvolvimento

Apresenta-se aqui, de forma estratégica, a actual situação da saúde, os assuntos chave relacionados ao desenvolvimento socioeconómico, assim como os desafios com impacto nas prioridades, estratégias e acções que estão a ser levadas a cabo no país para o alcance das metas dos ODS. Providencia a informação que guiou a selecção de prioridades estratégicas e áreas focais, assunto que é abordado no ponto 3. Compreende as seguintes subsecções: contexto macroeconómico, político, e social do país; o estado de saúde com enfoque no peso da doença; a resposta do sistema de saúde; assuntos transversais; ambiente de parceiros de desenvolvimento; e o processo de revisão da ECP anterior, incluindo o trabalho desenvolvido pela OMS no país.

2.1. Contexto Macroeconómico, Político e Social

Moçambique é um país de rendimento baixo com uma população de 28.9 milhões de habitantes (INE, 2017) e um produto interno bruto (PIB) de 14,67 mil milhões de USD em 2015. Após vários anos de crescimento contínuo, o desempenho económico de Moçambique abrandou a partir de 2009. O declínio contínuo de preços internacionais de matérias-primas, o abrandamento no crescimento de parceiros comerciais, os efeitos da seca regional e a revelação da dívida previamente não declarada contribuíram para a redução do crescimento do PIB de Moçambique, o qual situou-se em 3,3 % em 2016, tendo baixado

Figura 1: Mapa de Moçambique



6,6% em relação ao PIB registado em 2015. O Índice de Desenvolvimento Humano de 2016 coloca o país no fundo da tabela (181 entre 188 países e territórios).

Moçambique é um país com uma jovem democracia, iniciada em 1990 e caracterizada por um sistema presidencialista com eleições regulares gerais e autárquicas. As eleições presidenciais e parlamentares de 2014 foram em grande parte pacíficas, porém, a ameaça de um retorno à violência continua e exigirá medidas significativas de construção da paz. A baixa participação política das mulheres, em particular ao nível local, a má gestão da terra e o desemprego

são factores que afectam aproximadamente metade da população e representam riscos potenciais para o desenvolvimento humano (UNDP, 2016).

A rápida expansão económica de Moçambique nas últimas décadas só teve um impacto moderado na redução da pobreza, cuja distribuição geográfica se mantém, em grande medida, inalterada conforme ilustra a tabela 1. A pobreza afecta 55% da população da zona Norte e 50% da população rural (Governo de Moçambique, 2016).

Tabela 1: Evolução da Incidência da Pobreza em Moçambique por região e zona de residência, de 1996 a 2014

Área	IAF96	IAF02	IOF08	IOF14
Nacional	69,7	52,8	51,7	46,1
Urbano	61,8	48,2	46,8	37,4
Rural	71,8	55,0	53,8	50,1
Norte	67,3	51,9	45,1	55,1
Centro	74,1	49,2	57,0	46,2
Sul	65,5	59,9	51,2	32,8

Fonte: MEF/IOF 1996, 2002, 2008 e 2014

Os custos económicos e sociais da desnutrição são elevados, e enquanto a insegurança alimentar predominar, o ciclo de pobreza e desnutrição será perpetuado. Moçambique, preocupado com as altas taxas de desnutrição crónica, elaborou o Plano de Acção Multissectorial para a Redução da Desnutrição Crónica no país (PAMRDC 2011-2020), que visa reduzir a desnutrição crónica em crianças menores de cinco anos, de 43% (IDS 2011) para 30% em 2015 e 20% em 2020.

O relatório das Nações Unidas 2017 (WHO, 2017), mostrou que em Moçambique 51% da população tem acesso à água potável, sendo 81% da zona urbana e 37% da zona rural. Segundo o mesmo relatório, em todo o país 21% da população tem acesso a um saneamento melhorado, sendo 42% da zona urbana e 10% da zona rural.

A configuração geográfica e a localização de Moçambique contribuem para a sua posição de terceiro lugar entre os países africanos mais afectados por riscos relacionados com o clima. Mais de 60% da população de Moçambique vive ao longo dos 2.700 quilómetros de litoral e, portanto, é altamente vulnerável a ciclones e tempestades e mais de 25% da população está exposta a riscos naturais.

Em Moçambique existe um quadro legal favorável à saúde, a Constituição da República assegura a todos os cidadãos o direito à assistência médica e medicamentosa e promove a igualdade no seu acesso.

Para o fortalecimento da democracia, está, entre outras acções, a implementação, desde 2001 da Estratégia Global de Reformas do Sector Público, que tem a descentralização como uma das suas componentes fundamentais. A Lei dos Órgãos Locais do Estado (LOLE) aprovada em 1997, estabelece o distrito como a "principal unidade territorial da organização, de funcionamento da administração local, e a base da planificação do desenvolvimento económico-social e cultural da República de Moçambique".

Desde o ano 2000 que o país iniciou a elaboração de planos estratégicos quinquenais para o sector de saúde (PESS), com o propósito de orientar a planificação e implementação das acções do sector. O PESS 2014-2019 dá continuidade a esta prática de gestão e procura incrementar gradualmente este exercício guiado pelos princípios de equidade na alocação, prestação e utilização dos serviços de saúde de qualidade; parcerias para maximizar os ganhos em saúde; mobilização comunitária, investigação e inovação tecnológica; e integridade, transparência e prestação de contas. O PESS assenta-se na abordagem de cuidados de saúde primários para promover o acesso universal a cuidados de saúde de qualidade, contribuindo assim para o compromisso do sector em relação ao conceito de cobertura universal de saúde¹.

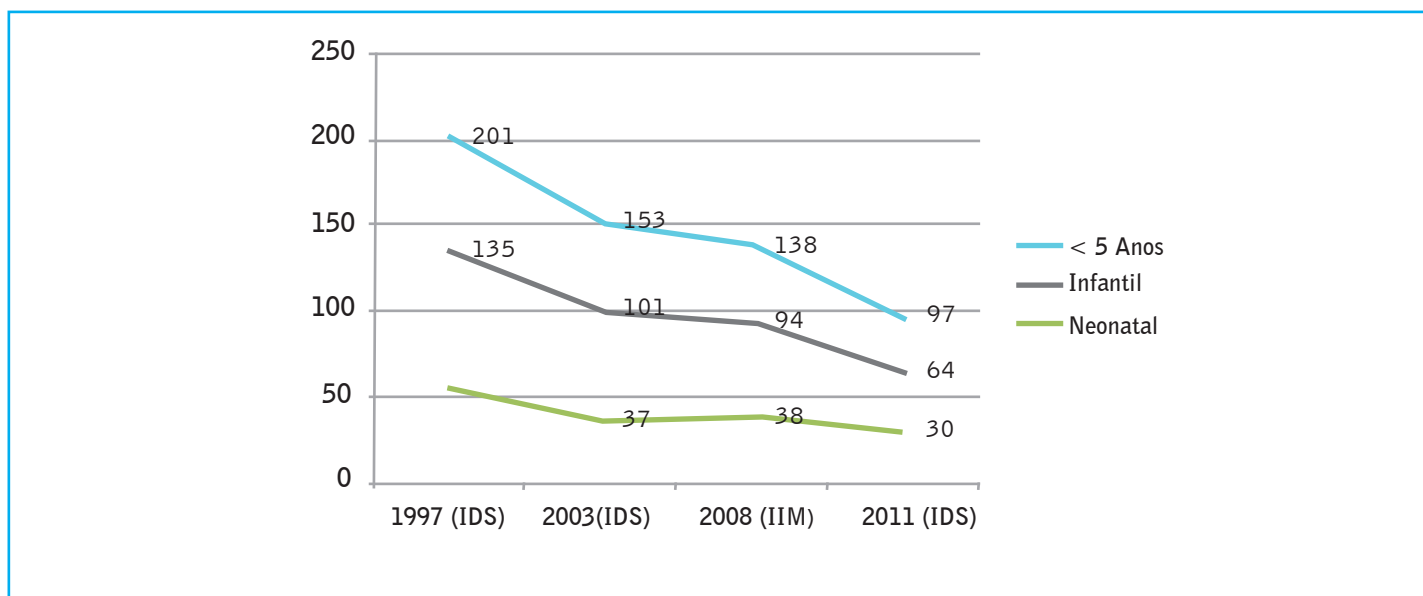
¹ A Cobertura Universal para a Saúde, significa garantir que todas as pessoas, em todos os lugares, possam aceder aos serviços de saúde essenciais e de qualidade sem enfrentar dificuldades financeiras

2.2. Estado de saúde da população

Nas últimas décadas houve progressos assinaláveis no estado de saúde dos moçambicanos; a sobrevivência infantil tem estado a melhorar gradualmente no país, estimativas de 2015 (INE), indicam que Moçambique faz parte dos países que alcançaram a meta do Objectivo do Desenvolvimento do Milénio 4 (ver gráfico

1). O anexo 1, apresenta os indicadores essenciais de saúde de Moçambique com base nas estatísticas do Observatório Mundial da Saúde (GHO).

Gráfico 1: Taxa de Mortalidade Neonatal, Infantil e Infanto-Juvenil, 1997-2011





Crédito da foto: A. Carbonell

A redução da mortalidade infantil beneficiou de intervenções como a expansão geral da rede sanitária e seus recursos básicos (profissionais e consumíveis para a Atenção Integrada às Doenças da Infância - AIDI); o aumento da cobertura do tratamento anti-retroviral (TARV) em crianças; a introdução de novas vacinas no calendário nacional de Vacinação com impacto potencial sobre as causas de mortalidade infantil; a utilização do zinco em complemento aos sais de rehidratação oral (SRO) para o tratamento de diarreia, incluindo a implementação do AIDI comunitário através de Agentes Polivalentes Elementares (APE's) para o diagnóstico e tratamento na comunidade das três principais causas de mortalidade infantil: malária, pneumonia e diarreia.

Cerca de 43% de crianças menores de 5 anos sofrem de desnutrição crônica, sendo que a situação é pior

para as crianças que vivem nas zonas rurais (45%) do que para as das zonas urbanas (35%). A análise da desnutrição crônica por província mostra que esta é mais elevada nas províncias do norte e centro do país, variando entre 55% em Nampula e 45% em Zambézia, o que coloca estas na posição de províncias com taxas de desnutrição crônica situadas na escala "muito alto" da OMS.

O Rácio de Mortalidade Materna mantém-se ainda elevado, estimado em 408 mortes maternas por 100.000 nados vivos em 2011 (INE, 2011). Em 2012, a avaliação das necessidades de saúde materna e neonatal identificou como principais causas de mortalidade materna a malária e HIV/SIDA, seguidos das hemorragias pós-parto, da pré-eclampsia/eclampsia, do sepsis pós-parto e da rotura uterina. Outros indicadores de saúde materna têm, no entanto, mostrado tendências mais positivas como a cobertura de parto institucional, que evoluiu de 47,6% em 2011, para 70,3 % em 2015 e a prevalência de contraceção de 11% para 25% no mesmo período (MISAU, INE and ICF, 2015). Em 2012, somente 28.9% (68 das 236 US que deveriam) das unidades sanitárias prestavam cuidados obstétricos e neonatais de emergência (CONEm). Existem desigualdades substanciais da mortalidade materna entre sub-grupos populacionais, por exemplo, entre as mulheres de quintil mais elevado e as de quintil mais baixo e entre as áreas urbanas e rurais.

As complicações relacionadas com a gravidez e o parto são uma causa importante de mortalidade e morbidade na adolescência. A taxa de fecundidade nas adolescentes passou de 167 nascimentos por cada 1000 adolescentes (15-19 anos) em 2011 para 194 em 2015. A prevalência contraceptiva no grupo de 15-19 anos registou melhorias em 2015 (14%) quando comparada com 2011 (6%). Moçambique tem uma taxa de casamento prematuro (abaixo dos 18 anos) de 48%, muito acima da média regional para a África Subsaariana (37%), o que coloca Moçambique entre os 10 países com a prevalência mais elevada.

A Taxa de Mortalidade Neonatal estimada em 30/1000 em 2011, apresenta um declínio lento. As principais causas de mortalidade neonatal (MNN) são a prematuridade (50%), a asfixia (32%) e a sepsis (29%) (MISAU, 2009). A qualidade da atenção ao recém-nascido doente e o tratamento das complicações da prematuridade constituem ainda grandes desafios para o sistema de saúde.

O perfil epidemiológico em Moçambique é dominado por doenças transmissíveis como a malária, HIV, TB, e por doenças não transmissíveis. Apesar dos progressos e dos investimentos significativos realizados, a malária continua a ter um enorme peso na saúde pública no país. Dados do IMASIDA 2015 indicam uma prevalência parasitária de 40% em crianças menores de cinco anos. Todavia, a prevalência da malária apresenta uma variação muito importante entre províncias (68% na Zambézia e 2% na cidade de Maputo).

A prevalência do HIV em Moçambique passou de 11,5% em 2009 para 13,2% em 2015, em homens e mulheres de 14 a 49 anos. Na zona sul a prevalência é duas vezes mais elevada do que a média nacional. As mulheres de 20-24 anos são três vezes mais propensas a serem infectadas pelo vírus do que os homens da mesma idade. Estimativas do Spectrum 5.63 harmonizadas com os resultados preliminares do Censo 2017, indicam que em Moçambique existiam em 2017, 2.1 milhões de Pessoas Vivendo com HIV/SIDA (PVHIV), 130.000 novas infecções (356 por dia), 70.000 mortes relacionadas com HIV, 120.000 grávidas HIV positivas e uma taxa de transmissão do HIV da mãe para o filho de 14% (UNAIDS, 2018). Com a expansão e descentralização do TARV para o nível primário de atenção, a cobertura de US que oferecem TARV passou de 10% em 2006 para 81% em 2017 e a de pacientes de 4% em 2006 a 54% em 2017 (51% em crianças e 55% adultos). Retiradas as mulheres grávidas, a taxa de retenção ao TARV aos 12 meses foi de 72% em adultos e 68% em crianças. Em Agosto de 2016, Moçambique adoptou a estratégia "testar e tratar" recomendada pela OMS e iniciou, com apoio de múltiplos parceiros, a sua implementação faseada (MISAU, 2018b).

Moçambique é classificado como sendo um dos 14 países do mundo com o mais alto fardo de TB, TB/HIV e TB-MDR. Para 2016, a OMS estimou em 551 novos casos de TB, 249 casos de TB/HIV e 26 casos de TB-MDR em cada 100.000 habitantes.

A hepatite é um problema de saúde ainda relativamente desconhecido do ponto de vista de dimensão. Ainda não existem guiões e estratégias nacionais, existem porém algumas iniciativas em curso que poderão ser fortalecidas.

Moçambique é endémico para cinco Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) sensíveis a quimioterapia preventiva que incluem helmintíase transmitida pelo solo, shistosomíase, filaríase linfática, oncocercose e tracoma.

Em relação à Lepra, embora o país tenha atingido em 2008 a meta nacional para a sua eliminação (<1/10.000 hab), ainda há 34 distritos endémicos (especialmente no norte e centro do país) que notificam casos de lepra com deformidades de grau 2, principalmente em crianças, o que mostra a existência de bolsas de lepra nas comunidades sem tratamento.

Em termos de perfil das emergências, Moçambique registou desde 1980 até 2016, 27 eventos de cheias, 12 de secas, 16 ciclones tropicais e 27 epidemias. Reforçar as capacidades de prontidão, de resposta e de resiliência à mudança e à variabilidade climática, é uma das linhas estratégicas a serem implementadas nos próximos anos. A capacidade insuficiente para plena implementação do Regulamento Sanitário Internacional, a fraca implementação da Vigilância Integrada das Doenças e Resposta, assim como o não funcionamento efectivo de um Centro de Operação de Emergência de Saúde Pública no Ministério da Saúde e a falta de prática de exercícios de simulação, constituem áreas que deverão merecer atenção

especial a curto prazo.

O peso das doenças não transmissíveis (doenças cardiovasculares, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crónica, asma, cancro e distúrbios mentais) está a aumentar e é um sinal de pré-transição epidemiológica em Moçambique (Mocumbi et al., 2018). Embora nos últimos 10 anos o país tenha registado uma redução de alguns factores de risco, como o consumo nocivo do álcool (38.2% para 31.1%) e consumo do tabaco em adultos (18.7% para 11.3%), os outros factores de risco registaram aumentos, nomeadamente a inactividade física (15% para 78.3%) e a dieta não saudável (68.8% para 89.7%). A prevalência das Doenças Não Transmissíveis (DNT) aumentou, a diabetes mellitus duplicou (3.8% para 7.4%), a obesidade passou de 7.3% a 7.5%, e a hipertensão aumentou de 31% para 39.0 % (Mocumbi et al., 2018).

O cancro do colo do útero é o mais frequente em Moçambique, entre as mulheres de 15 a 44 anos de idade e mata 6 em cada 10 mulheres diagnosticadas. E para fazer frente a este desafio, o MISAU adoptou a estratégia da OMS para o rastreio e diagnóstico precoce do cancro do colo do útero e da mama e desde 2008 que está a ser implementado em 220 US das 1000 elegíveis.

A situação dos transtornos mentais e neurológicos tende a agravar-se, estimativas indicam que mais de 9 milhões de pessoas em Moçambique possuem alguma

forma de transtorno mental ou abuso de substâncias de forma isolada ou concomitante. Os dados mostram também uma alta prevalência de epilepsia (5,5% em 2015 com tendência crescente) (MISAU, 2017a), principalmente nas áreas rurais, maioritariamente devido a cisticercose endêmica em algumas zonas de Moçambique.

O trauma e violência têm mostrado uma tendência crescente nos últimos 5 anos. No país registam-se anualmente cerca de 2.900 acidentes de viação por ano dos quais mais de 50% são por atropelamentos (MISAU, 2011). Estes resultam num total de 1.379 mortes por acidentes de viação registrados por ano (MISAU, 2016b), mas segundo estimativas do Relatório Global sobre Segurança Rodoviária de 2018, usando modelos de estimativas de regressão e co-variáveis comparativas, a OMS estimou um total de 8.665 mortes por acidentes de viação por ano, o que faz uma taxa de fatalidade de 30.1/100.000 habitantes. (WHO, 2015)

De acordo com o Inquérito Demográfico e de Saúde de 2011, em Moçambique mais de uma em cada três mulheres (37.2%) foram vítimas de violência física ou sexual em algum momento das suas vidas, sendo a taxa ainda mais alta no caso de mulheres jovens dos 20-24 anos (42.8%) (INE, 2011). A implementação do mecanismo multisectorial de atendimento às vítimas de violência resultou num aumento dos casos de violência reportados e atendidos nas U.S na ordem de 24%. Dados de rotina do Ministério



de Saúde reportam que em 2017, os serviços de saúde atenderam cerca de 26 mil casos de violência dos quais 70% foram violência física e 16% foram violência sexual (MISAU, 2017b).

2.3. Resposta do sistema de saúde

Em Moçambique o reforço do sistema de saúde tem a descentralização como um dos seus pilares fundamentais, sendo o distrito o foco de prestação de cuidados e de serviços de saúde. O SNS ainda não adoptou um pacote de serviços integrado para ser prestado nos diferentes níveis, contudo utiliza as normas que cada programa estabelece, frequentemente baseadas em estratégias mundiais. Esta verticalização ou falta de integração dos programas faz com que a disponibilidade de serviços fique distribuída de forma inequitativa, comprometendo e contribuindo para as ineficiências do sistema de saúde.

A capacidade de resposta do sistema de saúde é limitada, a rede sanitária cobre apenas cerca de metade da população, e algumas das unidades sanitárias não possuem condições adequadas para a provisão de serviços de saúde de qualidade, quer em termos de recursos humanos, quer em termos de equipamento, medicamentos e outros insumos. O sistema de referência é pouco funcional e não influencia o nível em que os utentes acedem ao serviço, resultando muitas vezes em superlotação das unidades de maior porte (MISAU, 2014). O sistema

de saúde comunitária do país não tem ainda uma estratégia de desenvolvimento.

A Declaração de Alma-Ata de 1978 foi inovadora por ter associado uma abordagem baseada no direito à saúde a uma estratégia viável para a realização do direito à saúde (WHO, 1978). Em Moçambique a formulação de planos e estratégias nacionais de saúde incorporam os cuidados de saúde primários com a finalidade de promover o acesso universal a cuidados de saúde com protecção financeira. Um dos princípios orientadores do PESS 2014-2019 é promover o acesso universal aos cuidados de saúde, com enfoque nos cuidados de saúde primários (CSP) integrados e contínuos para o indivíduo ao longo da sua vida.

A prestação de serviços de saúde no país é assegurada por quatro tipologias de prestadores:

- i. O Sector Público, agrupado no SNS, é o mais abrangente geográfica e tecnicamente, com 1.596 unidades sanitárias (MISAU, 2016a), das quais 96% constituem a rede de atenção primária;
- ii. O Sector Privado, dividido em lucrativo – de presença quase exclusiva em zonas urbanas – e não lucrativo/filantrópico constituído por ONGs nacionais e internacionais, com fortes ligações com o sector público;
- iii. Os agentes polivalentes elementares (APEs) ao nível da comunidade, que cobrem parcialmente as necessidades básicas nas comunidades sem unidades sanitárias;

iv. Os Praticantes de Medicina Tradicional (PMT), de grande aceitação pelas comunidades, que oferecem medicina não alopática, complementar à convencional.

A governação do sector saúde é operacionalizada em três níveis, designadamente central, provincial e distrital, cada um com responsabilidades específicas e directas sobre os quatro níveis de atenção da saúde. O Sistema Nacional de Saúde encontra-se descentralizado nas 11 províncias, 53 municípios e 164 distritos. No âmbito da descentralização, os hospitais distritais e centros de saúde estão sob a alçada das autoridades administrativas distritais.

A fraca colaboração intra e intersectorial, a fraca coordenação e aproveitamento das potenciais parceiras com os sectores comunitário, privado lucrativo e não lucrativo, limitam a capacidade de resposta do sistema de saúde. Reconhecendo que algumas barreiras dependem de factores sistémicos, o MISAU revitalizou, em 2016, a unidade de reformas institucionais com o objectivo de coordenar a elaboração de um plano trienal de reformas, segundo a agenda do PESS, e de monitorar os progressos. Uma das primeiras acções de reforma será a revisão da política de saúde datada de 1995, para melhor orientar a missão do sector para o alcance da cobertura universal de saúde e fortalecimento dos cuidados de saúde primários incluindo o sistema de saúde comunitário.

O rácio da densidade de técnicos de saúde nacionais e estrangeiros por 100.000 habitantes, aumentou de 92.6 (2014) para 106.8 em 2016, o que corresponde a um crescimento de 15.0% em 3 anos. Não obstante este resultado positivo, a baixa qualidade da formação inicial, a fraca motivação do pessoal e a sua distribuição desigual são as maiores condicionantes no acesso a serviços de saúde de qualidade. A participação (formal) comunitária e do sector privado na provisão de serviços de saúde é ainda insignificante. O Observatório de RH para Saúde, criado no MISAU/DRH, em 2011, com o apoio da OMS, analisa e dissemina dados úteis para a tomada de decisões e apresenta comparações com padrões internacionais.

Em 2016, O MISAU aprovou o novo Plano de Desenvolvimento para RH de Saúde (PNDRHS 2016-2025) que estabelece as seguintes prioridades estratégicas: (i) Aumentar a disponibilidade e equidade de profissionais de saúde competentes e com vocação; (ii) Reter os profissionais de saúde na sua área ocupacional, no nível médio e na rede primária; (iii) Elevar o nível de satisfação, competência e vocação dos profissionais de saúde para a prestação de serviços humanizados e de qualidade; (iv) Dar suporte à implementação de um renovado enquadramento legal, institucional e de gestão de RHS do sector.

A introdução no Sistema de Informação em Saúde, em 2016, da plataforma informática denominada Sistema de Informação em Saúde, Monitoria e Avaliação

(SISMA- DHIS2), que permite a digitalização dos dados estatísticos mensais por US e agregados pelos distritos, e sua disponibilidade para os níveis superiores em tempo real, deverá facilitar a disponibilidade atempada dos dados e a monitoria e avaliação no sector. Em 2017 foi desenhado um módulo de gestão de dados hospitalares, dentro do SISMA, que permite reportar as causas de morbilidade e mortalidade, segundo a classificação internacional das doenças (CID-10). Além do SISMA, existem subsistemas de Informação em saúde para áreas específicas (vigilância epidemiológica, RH, gestão financeira, logística de medicamentos) e o Departamento de Informação para Saúde (DIS) pretende estabelecer, onde for possível, a interoperabilidade entre as diversas bases para poder cruzar e analisar os dados disponíveis de forma integrada e abrangente.

A produção de estatísticas vitais, a começar pelos dados sobre nascimentos e óbitos nas unidades sanitárias, é reconhecida como relevante para medir o impacto das estratégias com enfoque na redução da mortalidade materna e neonatal. Existe um Grupo Interinstitucional de Trabalho para a melhoria do Sistema de Registo Civil e Estatísticas Vitais (GITEV), sob a coordenação do Ministério da Justiça, que reúne diferentes instituições do Governo e académicas para o desenvolvimento do sistema nacional de registo civil e estatísticas vitais, com a assistência técnica das Nações Unidas (NU) e de algumas organizações não-governamentais.

A área de monitoria e avaliação (M&A) é relativamente nova e em franco crescimento, pelo que o desenvolvimento de uma estrutura organizacional e funcional adequada e a criação de capacidade humana estão a ser definidas, no quadro da agenda de reformas do sector. O grupo de trabalho de Planificação, Investimentos, Monitoria e Avaliação (PIMA) é responsável pela coordenação conjunta MISAU e parceiros na implementação das estratégias definidas para estas componentes. Entre as acções prioritárias do grupo PIMA, destacam-se as seguintes: desenvolvimento e implementação de um plano nacional de monitoria e avaliação, regulamentação do uso das tecnologias de informação e comunicação (TICs), revisão do sistema de planificação ao nível do sector, avaliação conjunta anual com a nova metodologia, incluindo a revisão de médio prazo do PESS.

A área farmacêutica caracteriza-se pela existência de várias unidades nomeadamente a Direcção Nacional de Farmácia, Departamento de Farmácia Hospitalar, a Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM), o Centro de Abastecimentos (CA) (MISAU, 2014). Em 2016, após a avaliação do Departamento Farmacêutico (actual Direcção Nacional de Farmácia), constatou-se que são necessárias reformas no sistema legal aplicável à área de medicamentos, em resultado do crescimento do mercado farmacêutico, e das directivas ou normas estarem incompletas ou mesmo obsoletas. Para fazer face a esta situação, foi, por um lado, elaborado o Plano Estratégico de

Logística Farmacêutica (PELF) 2014-2024 e o respectivo plano de implementação que apontam como principal prioridade a melhoria do sistema de distribuição com uma gestão única desde o nível central até à unidade sanitária, permitindo assim uma maior responsabilização e controlo do processo de aprovisionamento de medicamentos e outros produtos de saúde. Por outro lado, em 2016 a Lista Nacional de Medicamentos Essenciais foi actualizada através de uma selecção cuidadosa de um número limitado de medicamentos com vista a promover uma maior qualidade dos cuidados prestados aos pacientes através da melhoria no acesso, da gestão e da utilização de medicamentos bem como do uso mais eficiente dos recursos de saúde.

Considerando a problemática da resistência aos antibióticos e do consumo irracional dos mesmos no país, em Agosto de 2012 o MISAU constituiu um grupo de trabalho multidisciplinar (Parceria Global da Resistência a Antibióticos – GARP - Moçambique),

responsável pela realização da “Análise Situacional e Recomendações sobre o Uso e Resistência aos Antibióticos em Moçambique”. Também está em curso e na fase conclusiva a elaboração de um Plano Nacional de Acção para o Combate à Resistência Antimicrobiana que aguarda aprovação, bem como um roteiro para o Plano Nacional de Acção para a Segurança Sanitária 2016 – 2021 com uma componente de Resistência Antimicrobiana.

Em 2016 a dotação do sector saúde foi de aproximadamente 9,8% do Orçamento do Estado (correspondente a 178 milhões de dólares americanos) consideravelmente abaixo dos 15% recomendados pela declaração de Abuja; o financiamento externo foi de aproximadamente 247 milhões de USD (projectos e PROSAUDE) (Anselmi, 2017). Os gastos com o sector Saúde em Moçambique em 2015 foram de 42 USD per capita, mais baixas do que a média da região africana (US \$ 79), da África Subsaariana (US \$ 200) e da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (US \$ 428), para além de situarem-se muito

Tabela 2: Evolução do financiamento disponível para o Sector Saúde (em USD)

	2013	2014	2015	2016
Financiamento do Governo	182 488 000	355 549 391	371 481 038	188 437 875
Despesa corrente	143 970 459	258 488 141	295 501 289	176 337 889
Despesa de Investimento	38 517 541	97 061 250	75 979 748	12 099 986
Financiamento Externo	519 237 010	388 112 894	224 033 970	247 657 909
Projectos	438 673 809	304 468 695	171 253 954	149 787 608
PROSAUDE	80 563 201	83 644 199	52 780 016	29 196 824

Fonte: 2013-2015: Relatório Mapeamento de Recursos; 2016: MISAU/DAF, Relatório de Execução Orçamental, 2016 (preliminar)

abaixo dos 60 USD recomendados pela OMS. Em 2013, as fontes externas financiaram 71% dos gastos totais em saúde, muitas das quais foram canalizadas directamente para programas (principalmente para HIV/SIDA). A evolução dos recursos disponíveis nos anos 2013 – 2016 (tabela 2) (Anselmi, 2017) mostra um aumento progressivo do financiamento do sector saúde pelo Orçamento do Estado (OE), com uma brusca queda a partir do ano de 2016, e uma redução do volume total de financiamento externo sobretudo do PROSAUDE.

O financiamento do sector saúde disponibilizado pelo Governo de Moçambique é prioritariamente aplicado em recursos humanos e outras despesas correntes. As auditorias realizadas nos últimos anos mostram que a administração das finanças públicas do sector apresenta várias lacunas no concernente ao sistema de gestão financeira nos vários níveis do MISAU: inconsistências entre o orçamento aprovado e as despesas do sector; não inclusão de todas as fontes de financiamento no orçamento, incluindo as receitas consignadas do sector; baixa execução dos fundos, sobretudo externos; planos anuais de actividade desajustados com os respectivos orçamentos e documentos estratégicos; deficiente observação e transparência nos procedimentos de execução orçamental e contabilísticos, incluindo os métodos de controlo interno, procura e gestão do património (MISAU, 2014).

Os relatórios das contas nacionais de saúde (CNS 2004-2006 e 2012) apresentam informações chave

para a análise e a concepção de políticas relacionadas com o financiamento à saúde, tendo igualmente demonstrado a utilidade da institucionalização das CNS, bem como a necessidade de continuar com a reflexão sobre o seguro de saúde. Em Moçambique não existe um valor de referência para a despesa per capita em saúde porque ainda não foi feito o custeamento de serviços de saúde. A informação sobre quanto é que as famílias gastam em cuidados de saúde permite criar mecanismos adequados de partilha de risco e de protecção financeira, para permitir o acesso universal aos serviços de saúde e evitar a despesa catastrófica. A Estratégia de Financiamento do Sector de Saúde em desenvolvimento, deverá definir mecanismos diversificados e sustentáveis de mobilização de fundos (espaço fiscal) que assegurem o acesso universal a um pacote mínimo de serviços de saúde de qualidade.



2.4 Assuntos transversais

A Constituição da República consagra o princípio de Estado de Direito democrático e justiça social e define a defesa e promoção dos direitos humanos, a protecção de grupos especiais como crianças, portadores de deficiência e idosos; estabelece o princípio da igualdade do género, assegura a todos os cidadãos o direito à assistência médica e sanitária e promove a igualdade no seu acesso. O país é signatário e está a implementar vários tratados e instrumentos globais e legais que promovem a protecção dos direitos humanos das pessoas vulneráveis. Por outro lado, a visão, missão e os princípios orientadores do PESS 2014-2019 focalizam a abordagem dos direitos humanos para a saúde, com o intuito de concretizar o direito à saúde e outros direitos humanos correlacionados, que já aparecem reflectidos no quadro legal moçambicano.

A implementação dos direitos humanos dos cidadãos é coordenada pela Comissão Nacional dos Direitos Humanos, em colaboração com a sociedade civil que tem, entre outras organizações, a Liga dos Direitos Humanos e é monitorada pelo mecanismo de revisão periódica universal do Conselho de Direitos Humanos da ONU.

Em prol da igualdade do género, o país é signatário de várias convenções internacionais e, como resultado, a igualdade de direitos para homens e mulheres foi consagrada na Constituição da República de 2004 (Governo de Moçambique, 2004), porém, o progresso

na igualdade de género, os direitos das mulheres e das raparigas e o seu empoderamento em Moçambique têm sido lentos e inconsistentes. O MISAU possui um Departamento de assessoria do Género e em 2018 aprovou a sua segunda estratégia de integração do género da área de saúde (MISAU, 2018a).

O Índice de Desigualdade de Género, uma medida da perda de desenvolvimento humano devido às desigualdades de género nas dimensões de saúde reprodutiva, empoderamento e actividade económica, situou-se em 0,574 em 2015 e classifica o país na posição 139 a nível mundial (MISAU, 2018a).

A natureza patriarcal das relações de género em Moçambique contribui para a ampla aceitação da violência contra as mulheres e as meninas. A consecução do objectivo de igualdade de género em Moçambique é dificultada pela prevalência de normas sociais e culturais negativas e práticas prejudiciais. Por outro lado, a fraca capacidade institucional de vários mecanismos institucionais de género contribuem para a incapacidade de efectivamente desempenharem funções de assessoria e coordenação.

2.5 Ambiente das parcerias para o desenvolvimento

2.5.1 Parcerias e cooperação para o desenvolvimento

O sector de saúde em Moçambique é caracterizado por uma multiplicidade e diversidade de parceiros de desenvolvimento, constituídos por instituições multilaterais (Sistema das Nações Unidas e Banco Mundial) e pelas cooperações bilaterais (Estados Unidos, Reino Unido, Canada, Irlanda, Suíça, Flanders e Holanda, dentre os mais importantes). Em Moçambique, a parceria baseia-se nos princípios de uma Abordagem Sectorial Ampla harmonizada (SWAp) desde o ano 2000, em apoio à edificação de um sistema de saúde de qualidade, cada vez mais robusto e eficaz. Uma parte dos parceiros desembolsa fundos com base num memorando de entendimento (PROSAUDE) revisto pela terceira vez em 2016/2017. O número de parceiros e os valores desembolsados através do PROSAUDE reduziram ao longo dos últimos anos, representando 6% do total dos Recursos Externos em 2017 e 5% em relação à dotação total do sector saúde.

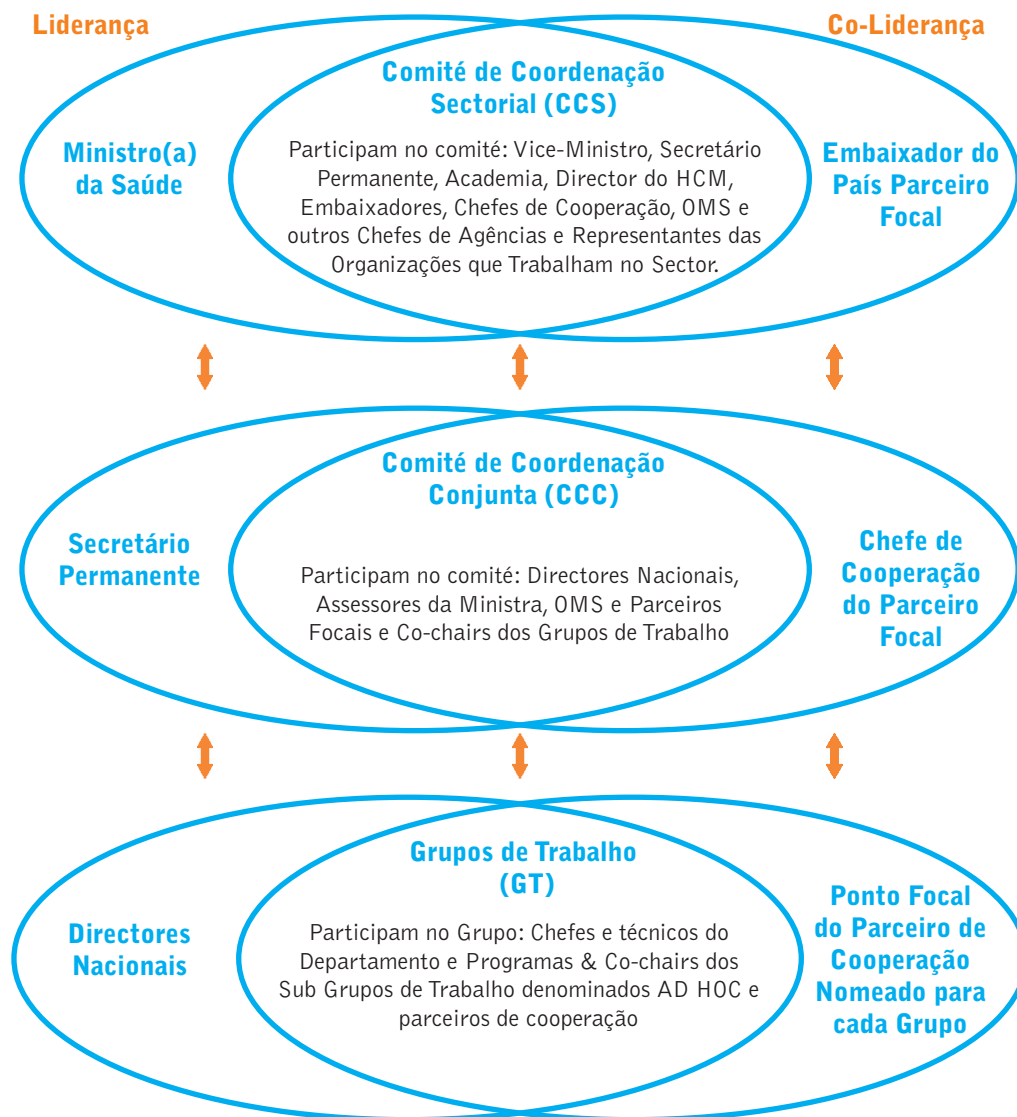
Os fundos verticais como o Fundo Global, GAVI e o recém-criado Mecanismo Mundial de Financiamento para a iniciativa “Cada Mulher e cada Criança” (GFF, gerido pelo Banco Mundial), assumem mais peso no financiamento do sector, e introduzem abordagens de



Crédito da foto: L. Hernando

desembolsos com base em resultados, que representam por um lado oportunidades para acelerar as mudanças e por outro lado novos desafios para gestão do sistema. O diálogo no sector de saúde inclui as seguintes estruturas e mecanismos (figura 2):

Figura 2: Estrutura de Diálogo da Parceria no Sector Saúde em Moçambique



Legenda: CCS-Comité de Coordenação Sectorial, CCC-Comité de Coordenação Conjunta, SP - Secretário Permanente, GT - Grupo de Trabalho, HPG - Grupo de Parceiros de Saúde

1. **Comité de Coordenação Sectorial (CCS);** liderado pelo Ministro; reúne-se uma ou duas vezes por ano, uma para discutir o desempenho do sector no ano anterior e os compromissos para o ano seguinte e outra para aprovar o plano interno das actividades e orçamento para o ano seguinte, entre outros assuntos relevantes.
2. **Comité de Coordenação Conjunta (CCC e CCC-Alargado);** liderado pelo Secretário Permanente; reúne-se mensalmente para monitorar os progressos dos grupos de trabalho e endossar documentos relevantes para avaliações do sector.
3. **Grupos de trabalho conjuntos (MISAU e parceiros)** criados no âmbito do SWAp². A OMS é co-chair do grupo PIMA desde 2013.
4. **Grupo de Parceiros da Saúde (HPG)** reúne mensalmente os parceiros bilaterais, multilaterais, agências das NU, ONGs; um parceiro focal e um vice-parceiro focal são nomeados por dois anos, e coordenam directamente com a Ministra, o Secretário Permanente e a Direcção de Planificação e Cooperação (DPC);

Anualmente é realizada a Avaliação Conjunta (ACA) do desempenho do sector com base nos relatórios produzidos pelo MISAU (Balanço do Plano Económico e Social -PES e Relatório de Execução Orçamental (REO), auditoria financeira/de procura,

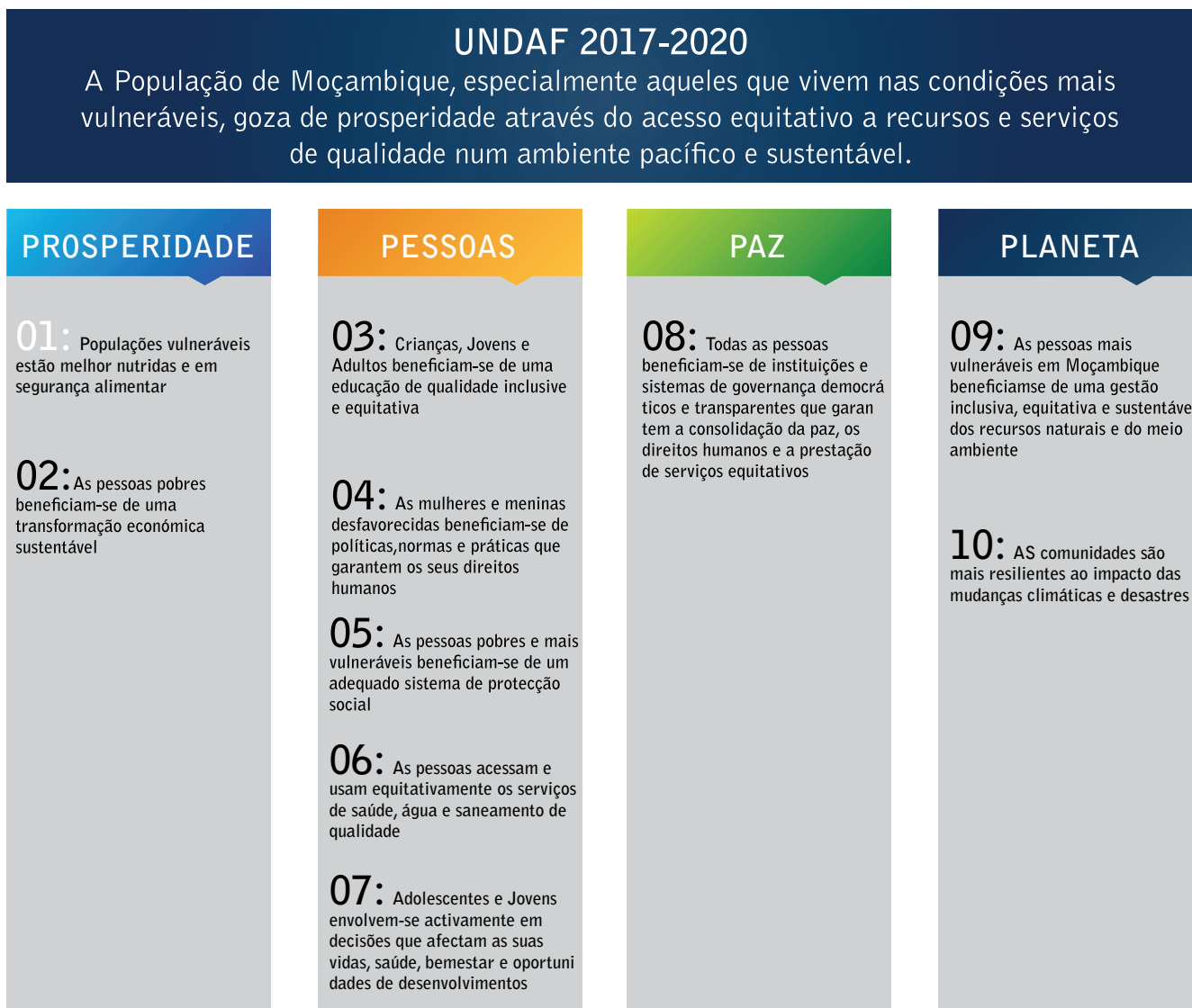
² Grupos de Trabalho no âmbito do SWAp: (i) Auditoria e Finanças, (ii) Medicamentos, (iii) Planificação, Investimentos, Monitoria e Avaliação (PIMA), (iv) Recursos Humanos, (v) Prestação de Serviços, (vi) ONGs

entre outros), nos resultados dos inquéritos publicados ao longo do ano e em visitas conjuntas a províncias/distritos seleccionados. A metodologia da ACA está em fase de revisão para responder às novas necessidades ligadas às mudanças nas parcerias e nos requisitos dos doadores. No ano de 2018 será realizada a Avaliação de Meio-Termo do PESS 2014-2019, onde são esperadas recomendações para a continuação da estratégia com base nos objectivos definidos e com vista ao alcance dos ODS.



Crédito da foto: A. Magués

Figura 3: Áreas e resultados do UNDAF



2.5.2. Colaboração com o Sistema das Nações Unidas

As NU em Moçambique realizam a sua missão através de um programa de cooperação desenvolvido e acordado conjuntamente com o Governo de Moçambique denominado UNDAF 2017-2020, e respectivos planos operacionais anuais. Este programa está estruturado em 4 áreas e 10 resultados alinhados aos ODS e aos objectivos do PQG (Figura 3).

A OMS lidera o Resultado 6 para área de saúde, água e saneamento do meio. As estruturas de governação para UNDAF incluem chefes das agências (UNCT), discussões técnicas para planos anuais e relatórios (PMT/UNDAF) e grupos de trabalho para áreas temáticas. A OMS também participa activamente no grupo de comunicação, de monitoria e avaliação, do HIV e do género, educação, nutrição e resposta humanitária.

2.6 Análise da cooperação da OMS durante o ciclo anterior (2009-2016)

Em 2013, a Rede de Avaliação de Desempenho de Organizações Multilaterais (MOPAN), avaliou o desempenho da OMS em Moçambique, com o objectivo de colher informações sobre a eficácia da

Organização no país. Entre os principais resultados, a eficácia organizacional, de uma forma geral, foi considerada inadequada e o apoio para os resultados de desenvolvimento foi considerado adequado.

Foi conduzido um inquérito com o objectivo de recolher opiniões dos parceiros sobre o trabalho que a OMS desenvolve. De uma forma geral os parceiros têm uma percepção positiva sobre o trabalho da OMS, e referiram que está a desenvolver um trabalho de qualidade na capacitação institucional do MISAU. Foi também realçado o papel da OMS na assistência técnica aos grupos de trabalho SWAp, na mobilização de recursos, advocacia e desenvolvimento de políticas, e na implementação e monitoria dos programas. No âmbito da elaboração da presente estratégia foram tomadas em consideração as recomendações do relatório de avaliação MOPAN e o resultado do inquérito, bem como o programa de reforma da OMS na Região Africana.



Crédito da foto: A. Carbonell

3. Agenda Estratégica de Cooperação da OMS

De forma sucinta o processo de selecção das cinco prioridades estratégicas e as três áreas de trabalho que complementam cada prioridade. Mostra também a ligação entre as prioridades estratégicas seleccionadas com as prioridades do PESS 2014-19 e com as metas dos ODS.

A agenda estratégica de cooperação guia-se pelos objectivos e metas dos ODS, da Estratégia Nacional de Desenvolvimento 2015-2030 (ENDE) e pelo Quadro de Referência dos ODS no país. A agenda está alinhada com os resultados do 13º GPW, com as recomendações da análise funcional do escritório em Moçambique no contexto da Agenda de Transformação da OMS na região africana. Esta estratégia contribui para a consecução dos resultados definidos no quadro de cooperação das Nações Unidas com o Governo de Moçambique (UNDAF 2017-2020) em particular para o objectivo de saúde, água e saneamento.

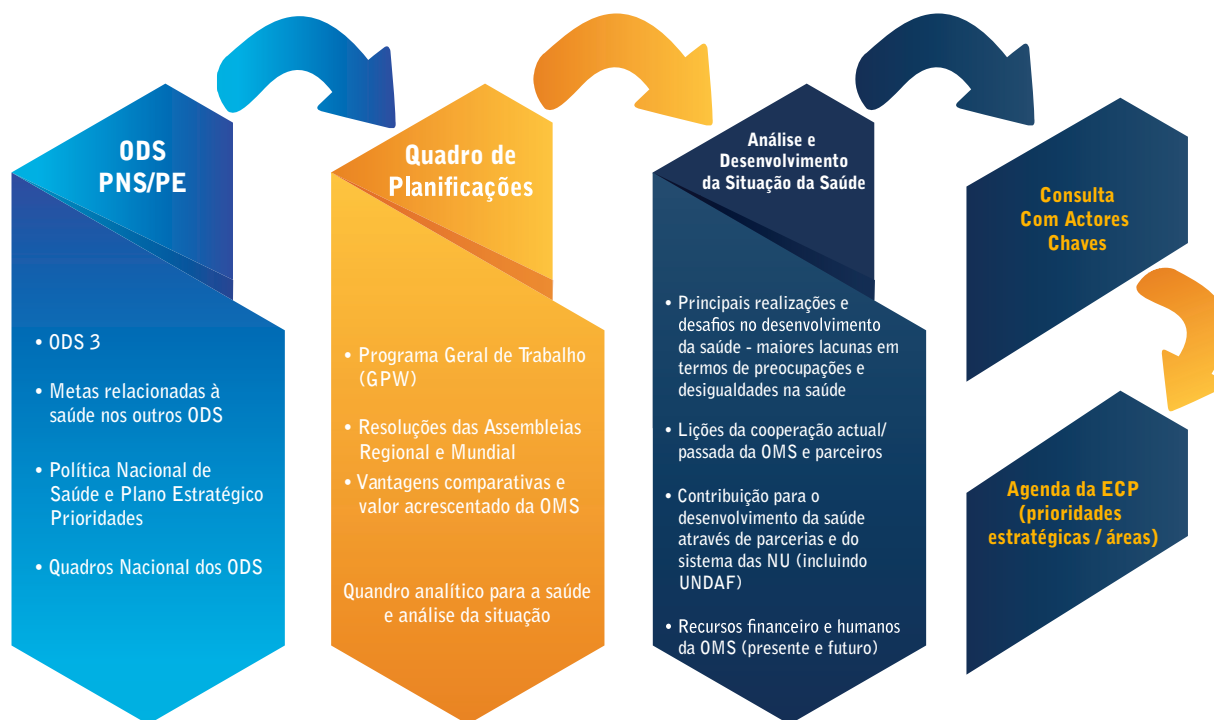
As prioridades desta agenda estão alinhadas com as do plano estratégico para saúde (PESS 2014-2019), nomeadamente: acelerar os progressos na redução da mortalidade materna e neonatal, incluindo a redução das taxas de fecundidade geral; acelerar os progressos na redução da desnutrição crónica; reduzir o peso das doenças endémicas, nomeadamente a malária, HIV, TB e doenças tropicais negligenciadas; sustentar os ganhos na redução da mortalidade em menores de cinco anos e reduzir a tendência progressiva das doenças não transmissíveis e do trauma. As prioridades estratégicas, áreas de trabalhos e acções

estratégicas relacionadas visam orientar a assessoria e o apoio técnico da OMS ao MISAU e aos parceiros, no contexto do espírito de universalidade dos ODS com ênfase na equidade - frequentemente referida como "não deixando ninguém para trás". Destinam-se também a promover uma abordagem intersectorial em matéria de saúde, reconhecendo que a saúde é representada não apenas pelas 13 metas do ODS 3, mas também pelas 35 metas relacionados à saúde.

A definição das prioridades foi realizada tendo em conta: (i) as principais lições aprendidas durante a implementação da ECP 2009-2013 descrita no capítulo anterior; (ii) os principais problemas de saúde e desafios do sector identificados na análise da situação, e (iii) as percepções dos principais intervenientes do sector da saúde sobre o trabalho da OMS no país, colhidas durante as entrevistas e reuniões de consulta realizadas. A selecção das prioridades teve sempre em atenção a capacidade da OMS no país, tendo em conta a sua vantagem comparativa e o papel de autoridade técnica em assuntos de saúde. A agenda consiste em um conjunto de prioridades e áreas de trabalho que orientarão a cooperação da OMS com o país e com os parceiros do sector saúde a médio prazo. A Figura 4 mostra o quadro conceptual de definição de prioridades para a agenda de cooperação e o anexo 2, a correlação entre cada prioridade seleccionada com as prioridades nacionais do governo, resultados da UNDAF e metas dos ODS.

De salientar que as prioridades ora seleccionadas são apresentadas a seguir com as respectivas áreas de trabalho e as acções estratégicas que serão apoiadas pela OMS no país. As intervenções de cada acção estratégica serão ajustadas de acordo com as necessidades do MISAU e enquadradas nos respectivos planos bianuais da OMS. O anexo 2 apresenta de forma resumida cada prioridade estratégica, as áreas de trabalho e respectivo alinhamento com objectivos nos planos e estratégias nacionais, resultados do UNDAF e com os ODS.

Figura 4: Quadro conceptual de definição de prioridades estratégicas da ECP 2018-2022



Prioridades estratégicas para a 3ª ECP 2018 - 2022



1
Reforço do sistema de saúde para melhorar o acesso e a utilização equitativa de serviços de saúde de qualidade rumo à cobertura universal de saúde;

1

2

2
Redução das taxas de morbilidade e mortalidade na área de Saúde Reprodutiva, Materna, Neo-Natal, Infantil e do Adolescente (SRMNIA);



3
Redução do peso das doenças endémicas nomeadamente a TB, Malária, HIV e SIDA e Doenças Tropicais Negligenciadas;

3

4

4
Reforço das capacidades de alerta e resposta para as emergências e epidemias;



5
Prevenção e controlo das doenças não transmissíveis (DNT) e lidar com os determinantes sociais e ambientais de saúde.

5



Crédito da foto: F. Momade

Prioridade estratégica 1: Reforço do sistema de saúde

Reforço do sistema de saúde integrando as suas seis componentes: (i) recursos humanos, (ii) prestação de serviços, (iii) produtos médicos, vacinas e tecnologia, (iv) sistemas de informação para a saúde, (v) financiamento em saúde, e (vi) liderança e governação para melhorar o acesso e a utilização equitativa de serviços de saúde de qualidade rumo à cobertura universal de saúde. A abordagem de cuidados de saúde primários é um contributo fundamental para o sistema de saúde em Moçambique evoluir para a cobertura universal de saúde, através da expansão da acessibilidade a serviços de saúde eficazes e regularmente disponíveis com continuidade e qualidade, incluindo para os grupos com menor acessibilidade (zonas rurais, adolescentes e homens). A abordagem é essencial para o progresso rumo à cobertura universal porém, a sua implementação requer que sejam reforçadas as componentes dos sistemas de saúde de forma integrada.

Em Moçambique existem estratégias específicas e planos orientadores que promovem o desenvolvimento da saúde, mas carecem de melhor coordenação. A inexistência de uma Política Nacional de Saúde actualizada, alinhada com as prioridades actuais e os compromissos nacionais, regionais e mundiais, e compatível com o nível actual de desenvolvimento sanitário do país, constitui um dos desafios fundamentais do sector. A multiplicidade de actores e parceiros de desenvolvimento (multilaterais, bilaterais, ONGs, privados, etc), assim como de

iniciativas (RMNCH, GFF, IC, Fundo Global, etc.) contribuem para tornar mais complexa a coordenação necessária para melhores resultados. As capacidades e os instrumentos necessários para uma coordenação mais efectiva precisam de ser reforçados/melhorados.

Na área de RH um dos desafios é a fraca capacidade para implementação, monitoria e avaliação do PNDRH, incluindo a questão ligada aos dados e à reflexão sobre a retenção do pessoal. O sistema de planificação, monitoria e avaliação sectorial também precisa de ser reforçado (metodologias, instrumentos e processos) para consolidar/facilitar o papel de liderança e de coordenação das autoridades nacionais. Os principais desafios do SIS e da M&A são a escassez de recursos humanos capacitados e motivados, assim como de instrumentos adequados (ou apropriados) para a colheita e análise de dados em todos os níveis; a multiplicidade de instrumentos de registo e fichas mensais de transmissão de dados pelas unidades sanitárias em resposta à lógica vertical de programas e à fraca qualidade dos dados em relação à completude do registo dos pacientes e ao envio atempado dos resumos mensais pelas unidades sanitárias. Também constitui desafio o financiamento fragmentado por programa, a fraca coordenação com outros sectores do Governo e da sociedade civil para o emparelhamento de dados, análise e uso para assuntos transversais.

Na área farmacêutica a inexistência de uma Política

Farmacêutica aprovada e o deficiente controlo de qualidade dos medicamentos devido à limitada capacidade do Laboratório Nacional de Controlo de Qualidade dos Medicamentos (LNCQM), a problemática da resistência aos antibióticos e do consumo irracional bem como o múltiplo financiamento da área farmacêutica, com forte dependência de fontes externas (incluindo donativos em espécie) representam os desafios principais (MISAU, 2014).

Os principais desafios no Financiamento da saúde no país são: a) sustentabilidade do financiamento externo, o elevado fluxo de fundos verticais e a limitada previsibilidade dos financiamentos externos; b) planificação e harmonização das acções a serem implementadas com base em fontes de recursos diferentes; c) abolição da taxa de consultas (as crianças menores de 5 anos, as mulheres grávidas e os doentes com doença crónica já beneficiam de serviços básicos e essenciais gratuitos); d) utilização muito limitada de seguros de saúde; e) racionalização da despesa com vista a melhorar a eficiência na utilização dos recursos.

É neste contexto que o reforço de sistemas de saúde com ênfase no distrito é um dos pilares preconizados pelo PESS 2014-2019. Também foi identificado como um desafio importante na análise da situação de saúde apresentada no ponto 2 e na reunião de definição de prioridades com os intervenientes do sector saúde. As áreas de trabalho são as que a seguir se indicam:

Área de trabalho 1.1:

Liderança e Governação incluindo as reformas para a cobertura universal de saúde

Acções estratégicas

1.1.1 Apoiar a revisão e o desenvolvimento de políticas nacionais de saúde, estratégias e planos sensíveis ao género, equidade e direitos humanos;

1.1.2 Contribuir para uma coordenação efectiva entre os diferentes intervenientes ao nível do sector saúde e com os outros sectores;

1.1.3 Apoiar o fortalecimento dos Cuidados de Saúde Primários, incluindo a avaliação da disponibilidade e prontidão dos serviços;

1.1.4 Apoiar a definição e implementação da Estratégia de Financiamento da Saúde com vista à cobertura universal de saúde.

Área de trabalho 1.2:

Sistema de planificação, orçamentação, informação, monitoria, avaliação e pesquisa para mais e melhores serviços de saúde centrados nas pessoas

Acções estratégicas

1.2.1 Fortalecer o sistema de planificação, orçamentação, monitoria e avaliação incluindo as reformas do sector para garantir maior qualidade, eficiência e acesso equitativo aos serviços de saúde;

1.2.2 Desenvolver capacidades para a produção de estatísticas de saúde e vitais, incluindo a melhoria de qualidade dos dados, a análise e a disseminação em todos os níveis do SNS;

1.2.3 Promover a pesquisa, incluindo a divulgação e uso dos resultados para a definição de políticas.

Área de trabalho 1.3:

Acesso e uso racional de medicamentos e tecnologias de saúde

Acções estratégicas

1.3.1. Apoiar a revisão e a implementação da política farmacêutica, da lei de medicamentos, produtos biológicos e de saúde e da lista de medicamentos essenciais;

1.3.2. Reforçar as capacidades para promover o uso racional de medicamentos eficazes e de qualidade.



Crédito da foto: A Marques

Prioridade estratégica 2:
Redução das taxas de morbidade e
mortalidade na área de saúde reprodutiva,
materna, neonatal, infantil e do adolescente

Esta prioridade encontra-se inserida nos documentos estratégicos nacionais e mais recentemente no caso de investimento para a saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e do adolescente e na análise da situação desenvolvida no processo de elaboração da presente estratégia.

Diversos inquéritos têm identificado problemas na qualidade técnica dos serviços prestados na área de saúde materno-infantil e limitações na comunicação com as/os utentes, como sendo um dos factores determinantes da morbimortalidade materna e infantil. Quanto aos problemas na qualidade técnica dos serviços, um dos principais desafios é a identificação e intervenção tardia de complicações obstétricas, já de si agravadas pelos atrasos na chegada às US. O crescente número de contactos que as utentes fazem com as unidades sanitárias do SNS são oportunidades parcialmente “desperdiçadas”, tanto para o rastreio de problemas (pré-natal, criança sadia), como para melhorar a informação às mães e incentivar a procura de cuidados continuados ao longo do ciclo de vida. Estes contactos devem ser melhor aproveitados, particularmente nas zonas rurais, para rentabilizar o esforço das/os utentes (distâncias, custos de oportunidade e capacidade de decisão da mulher). As causas “potencialmente evitáveis” mais importantes de mortalidade neonatal (MNN) estão intimamente associadas à qualidade da atenção e manejo das complicações durante a gravidez, o parto e o pós-parto. O acesso aos cuidados obstétricos de emergência e cuidados essenciais do recém-nascido permanecem

como desafios e a informação sobre a proporção de US que dispensam estes cuidados, também representa um desafio.

Na área de saúde infantil os principais desafios são: a inexistência de um plano integrado de acção para o recém-nascido com vista a reduzir as mortes preveníveis; a cobertura ainda insuficiente de unidades sanitárias acreditadas em AIDI, a fraca integração dos serviços e a necessidade de melhoria do fluxo de seguimento das crianças nas unidades sanitárias para evitar as perdas de oportunidades para a implementação de intervenções com grande impacto na sobrevivência infantil como por exemplo, a vacinação, a suplementação com vitamina A, o aconselhamento sobre a alimentação infantil, a desparasitação e a avaliação nutricional em todos os contactos com a unidade sanitária.

Os principais determinantes do estado de saúde dos adolescentes e jovens são o limitado conhecimento sobre os riscos das infecções transmitidas sexualmente (ITS) incluindo o HIV, sobre a contracepção e as estratégias de negociação do sexo seguro, agravados pelos comportamentos sociais e os efeitos de álcool e substâncias aditivas, assim como as pressões sociais e familiares para o casamento e gravidez na adolescência. Estes desafios estão ligados à insuficiente capacidade de prestação de cuidados nos Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens (SAAJ), a operacionalização e implementação da estratégia de saúde escolar e do adolescente e jovem.

Os desafios do programa de vacinação e vigilância incluem a implementação efectiva da abordagem “alcançando todos os distritos/comunidade” (RED/REC) para enfrentar as iniquidades da vacinação, a capacitação do pessoal de saúde nas diversas áreas programáticas, o fortalecimento do sistema de vigilância da Paralesia Flácida Aguda (PFA)/Pólio, das meningites e rotavírus, a introdução da vacina contra rubéola na vacinação de rotina, o estabelecimento do sistema de vigilância de eventos adversos pós-vacinação, a provisão de directivas e de ferramentas para apoiar os profissionais de saúde e para a supervisão formativa e de apoio aos distritos, entre outros. A forte dependência externa (mais de 50% dos recursos do programa em 2016), sobretudo de fundos verticais, apresenta desafios adicionais em termos de eficiência na alocação e na capacidade de planificação, execução e monitoria dos recursos financeiros, e, sobretudo, para a sustentabilidade do programa. Uma das componentes críticas do PAV é a identificação e vigilância de eventos adversos pós-vacinação (AEFI), pois garante que a equipa envolvida esteja preparada para responder a qualquer potencial evento adverso, incluindo a comunicação de risco.

A resposta à desnutrição crónica tem um carácter multissectorial, com o envolvimento activo dos sectores-chave para o combate deste problema que afecta mais de 1/3 das crianças menores de 5 anos no País. Mesmo existindo o Plano de Acção Multissectorial para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique, existe falta de recolha e

análise sistemática de dados. Consequentemente, as acções levadas a cabo, o seu impacto nas tendências e causas da desnutrição não são feitas rotineiramente, o que limita o desempenho, eficácia e planificação informada do programa. É necessário desenvolver e consolidar um sistema que permita fazer a vigilância nutricional e alimentar de rotina, que permitirá a detecção atempada de problemas de nutrição, higiene e disponibilidade alimentar relacionados à saúde, considerada fundamental para a planificação, avaliação e melhoria de indicadores de segurança alimentar e nutrição em Moçambique

A escolha da redução da morbilidade e mortalidade na área de SRMNIA como prioridade 2 visa colocar Moçambique numa trajetória promissora quanto ao alcance dos ODS. Para esta prioridade as áreas de trabalho são:

Área de trabalho 2.1:

Acesso aos serviços de SRMNIA e de nutrição

Acções estratégicas

2.1.1 Desenvolver e/ou operacionalizar estratégias com vista ao aumento do acesso a intervenções para a redução da mortalidade materna, neonatal, infantil e do adolescente;

2.1.2 Fortalecer o sistema de monitoria e tratamento de casos de desnutrição;

2.1.3 Fortalecer a abordagem comunitária para a SRMNIAN.

Área de trabalho 2.2:

Capacidade de resposta dos serviços de saúde materna e neonatal de qualidade

Acções estratégicas

2.2.1. Apoiar a monitoria contínua das US que oferecem cuidados obstétricos e neonatais essenciais e de emergências para orientar as acções e a melhoria da qualidade;

2.2.2. Consolidar o sistema de vigilância e resposta das mortes maternas e perinatais;

Área de trabalho 2.3:

Cobertura de vacinação para as populações, incluindo as comunidades vivendo em zonas remotas e de difícil acesso.

Acções estratégicas

2.3.1. Consolidar os serviços de vacinação de rotina;

2.3.2. Intensificar a implementação da estratégia RED/REC, incluindo o envolvimento comunitário;

2.3.3. Fortalecer o sistema de vigilância da PFA/ Pólio, das meningites, sarampo, Tétano Materno e Neonatal (TMN) e rotavírus;

2.3.4. Apoiar o Estabelecimento do Comité de Vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinação (AEFI).



Crédito da foto: L. Hernando

Prioridade Estratégica 3: Redução do peso das doenças endêmicas nomeadamente HIV/ SIDA, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas

Segundo o PESS 2014-2019 e a análise da situação descrita no capítulo anterior, a malária é endémica em Moçambique devido a factores socioeconómicos (pobreza), climáticos e ambientais (temperaturas e padrão de precipitação) que favorecem a sua transmissão ao longo de todo o ano, atingindo o seu ponto mais alto após a época chuvosa (Dezembro a Abril). O surgimento da resistência a piretróides (deltametrina e lambdacialotrina), carbamatos (bendiocarb) e a organoclorados (DDT) no país representa um desafio importante para a eficácia das medidas de controlo vectorial. Os desafios programáticos estão relacionados com a fraca capacidade de diagnóstico laboratorial, de controlo e de garantia de qualidade do diagnóstico; rupturas de estoque dos medicamentos com maior destaque na comunidade; fraca capacidade (humana e financeira) para a monitoria regular da resistência aos insecticidas; falta generalizada de livros de registo e dificuldades de acesso à internet, o que limita o uso do SISMA a todos os níveis; fraca qualidade dos dados e necessidade de auditoria dos mesmos.

Em relação ao HIV/SIDA os principais desafios são: (i) resultados insuficientes na prevenção do HIV; (ii) fraco acesso equitativo e a adesão ao TARV, sobretudo nas crianças e mulheres grávidas; (iii) fraca qualidade de serviços prestados; (iv) baixa retenção de pacientes em TARV e elevado nível de abandonos; (v) fraca retenção da mulher grávida nas CPN e conseqüentemente nos programas de PTV e TARV; (vi) fragilidades nas actividades colaborativas

TB/HIV; (vi) fraca qualidade de dados; deficiente capacidade laboratorial (atraso da resposta dos PCR e CV); (vii) deficiente funcionamento da cadeia logística incluindo rupturas de estoques frequentes de ARV e medicamentos para tratamentos profiláticos (isoniazida) e para infecções oportunistas e (viii) deficiente ligação entre o Aconselhamento e Testagem em Saúde/ Consulta da Criança de Risco (ATS/CCR) e Cuidados e tratamento (C&T) (CNCS, 2012). Para responder a esses desafios será necessário maior coordenação e alinhamento com os diferentes parceiros, uma melhor organização e gestão das US, melhoria na capacidade de resposta para a carga viral (CV), melhoria da qualidade assistencial e uma contínua monitoria da estratégia “testar e tratar”.

Os principais problemas do combate à tuberculose incluem: (i) uma baixa taxa de detecção de casos (a OMS estima que 551 pessoas em 100.000 têm TB, o país está a reportar actualmente 278/100.000) devido a uma fraca rede laboratorial (incluindo falta de alinhamento entre o equipamento de diagnóstico e o número de habitantes e/ou casos de TB reportados) e um fraco sistema de referenciamento de amostras, falta de utilização do GenXpert como meio padrão de diagnóstico para todos suspeitos e fraca sensibilidade dos clínicos; (ii) o aumento de casos de TB resistente; (iii) a baixa taxa de sucesso no tratamento TB-MDR devido ao longo tempo de tratamento e ao fraco apoio psicossocial e nutricional dos pacientes, assim como um manejo clínico dos pacientes ainda deficiente; (iv) o fraco rastreio, diagnóstico e manejo da TB infantil e

(v) fraco rastreio dos contactos.

Apesar dos esforços em prol da eliminação das doenças tropicais negligenciadas (DTN) e lepra, alguns desafios são patentes no sistema, como a vigilância ineficiente, o diagnóstico tardio, o fraco conhecimento das populações sobre a doença e respectiva prevenção, as deficiências na cadeia de gestão de medicamentos para o tratamento em massa das DTNs e controlo da lepra.

No país pouco ainda se sabe sobre a situação geral da hepatite, ainda não existem guiões e estratégias nacionais, existem porém algumas iniciativas em curso que poderão ser fortalecidas.

O peso que representam estas endemias no país justifica a sua escolha como terceira prioridade para a 3ª ECP. Em relação às DTNs a escolha baseou-se no facto de que a sua prevalência e impacto no país, sobretudo nas zonas rurais, ainda representarem uma grande preocupação de saúde pública. As principais áreas de trabalho desta terceira prioridade estratégica são:

Área de trabalho 3.1:

Políticas, estratégias e planos para eliminação do HIV/SIDA, TB, malária e DTNs

Acções estratégicas

3.1.1 Rever e implementar os planos de aceleração das intervenções para o HIV (TARV/PTV), TB, malária e as DTN, no contexto da eliminação;

3.1.2 Realizar as avaliações do desempenho dos programas e avaliações dos planos estratégicos.

2.3.3. Fortalecer o sistema de vigilância da PFA/ Pólio, das meningites, sarampo, Tétano Materno e Neonatal (TMN) e rotavírus;

Área de trabalho 3.2:

Acesso universal à prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV, da TB, da malária e das DTN

Acções estratégicas

3.2.1 Reforçar a capacidade de promoção de saúde e de prevenção das doenças endémicas;

3.2.2 Fortalecer a capacidade e a qualidade de diagnóstico laboratorial e de tratamento das doenças endémicas.

3.2.3. Elaborar a estratégia nacional das hepatites;

Área de trabalho 3.3:

Capacidade de produção de evidências relativas às doenças endémicas incluindo sobre a resistência antimicrobiana e aos insecticidas.

Acções estratégicas

3.3.1. Fortalecer o sistema de monitoria de resistência aos insecticidas e produção de evidências sobre métodos ambientalmente seguros alternativos ao uso de insecticidas;

3.3.2. Reforçar a capacidade nacional para vigilância e tratamento massivo das DTN;

3.3.3. Apoiar a implementação do plano nacional sobre a resistência antimicrobiana.



Crédito da foto: A. Marques

Prioridade estratégica 4: Capacidade de alerta e resposta às emergências de saúde pública

Nos últimos 20 anos, a elevada frequência e intensidade dos eventos naturais extremos, agravada pelas mudanças climáticas passaram a constituir uma grande ameaça aos esforços de desenvolvimento nacional. As catástrofes naturais relacionadas com o clima são muitas vezes acompanhadas pelo surgimento de surtos de doenças transmissíveis que muitas vezes estão associadas a problemas de água e saneamento. Uma fraca coordenação, fraca capacidade de preparação e resposta foram identificadas como principais desafios em Moçambique em situações de desastres e surtos de doença. Portanto, é fundamental antecipar, planear e reduzir o risco de desastres, a fim de proteger mais pessoas.

A capacidade do sistema é limitada para responder a situações de surto e emergências. Durante a avaliação externa conjunta do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) realizada em 2016, foram identificados pontos fracos na área de emergências de saúde pública e alguns dos desafios identificados incluem: (i) a ausência de uma equipa conjunta ou comité para a coordenação sistemática para a prevenção, controlo, e resposta às emergências ligadas às doenças prioritárias, para a saúde pública e para o RSI; (ii) a fraca implementação de Vigilância Integrada de Doenças, incluindo a vigilância baseada na comunidade; (iii) a fraca capacidade de preparação para resposta às emergências de saúde pública, assim como o estabelecimento de uma equipa de resposta treinada e funcional e (iv) a necessidade de realizar o mapeamento de riscos de saúde e de avaliar a

vulnerabilidade e de risco. As principais áreas de trabalho são:

Área de trabalho 4.1:

Capacidades chave do país relativas ao Regulamento Sanitário Internacional (RSI)

Acções estratégicas

4.1.1. Apoiar a consolidação e a monitoria das capacidades chave do RSI.

4.1.2. Reforçar a capacidade de coordenação para o estabelecimento do RSI a nível nacional e provincial.

Área de trabalho 4.2:

Sistema de vigilância integrada das doenças e resposta

Acções estratégicas

4.2.1. Apoiar o estabelecimento de Centros de operações de emergência em saúde pública;

4.2.2. Reforçar as capacidades de alerta, preparação e de resposta às emergências de saúde pública (implementação do Plano Nacional de Segurança Sanitária).

Área de trabalho 4.3:

Resiliência do sistema para emergências de saúde pública, incluindo controlo transfronteiriço

Acções estratégicas

4.3.1 Apoiar a elaboração do Plano de Preparação e Resposta às Emergências de Saúde e fortalecimento da equipa de resposta rápida (RRT);

4.3.2 Reforçar a VIDR com vigilância em tempo real (sistemas de vigilância baseados em eventos e baseados em indicadores);

4.3.3 Fortalecer a vigilância comunitária das doenças e o envolvimento da comunidade na prevenção e controlo de doenças.



Crédito da foto: A. Fernandes



Crédito da foto: A. Carbonell

Prioridade estratégica 5:
Prevenção e controlo das doenças não transmissíveis (DNT) bem como lidar com os determinantes sociais e ambientais de saúde

Segundo o PESS 2014-2019, o peso das doenças não transmissíveis está a aumentar no país, e começa a influenciar o perfil epidemiológico e a competir pelos escassos recursos existentes. Por outro lado, o país enfrenta desafios na prevenção e controlo do trauma devido à fraca implementação da legislação (código de estradas, lei da violência contra a mulher), a fraca colaboração multisectorial, o crescimento do parque automóvel com deficiente planificação urbana, e a fraca capacidade do sistema de saúde para dar resposta adequada a todos os níveis, como a ausência de cuidados pré-hospitalares de emergência adequados. Acrescenta-se ainda o fraco conhecimento sobre DNTs e os seus factores de risco.

A tendência cada vez mais crescente da adopção de comportamentos de risco em camadas mais jovens aliados à falta de conhecimento das populações sobre os mesmos, a fraca implementação da legislação para o controlo do álcool e tabaco, o reduzido envolvimento de outros sectores não-saúde na prevenção dos factores de risco, a existência de prioridades concorrentes, a falta de alocação de fundos domésticos, a falta de pessoal de saúde qualificado e meios para diagnóstico precoce, tratamento e vigilância constituem desafios para a prevenção e controlo das DNTs.

A escolha desta prioridade visa incentivar a prevenção e controlo deste grupo de doenças, com enfoque na população mais jovem e na redução das iniquidades geográficas, socioeconómicas e de género na implementação de intervenções custo eficazes. As

áreas de trabalho são as que a seguir se indica:

Área de trabalho 5.1:

Capacidade nacional para prevenção dos factores de risco e resposta às DNTs e Trauma

Acções estratégicas

5.1.1. Reforçar a coordenação intersectorial e intra-sectorial para fazer face aos determinantes sociais para a saúde

5.1.2. Reforçar a capacidade nacional para prevenção dos factores de risco das DNTs (Álcool, Tabaco, Dieta não saudável e inactividade física)

Área de trabalho 5.2:

Capacidade de resposta aos factores de risco ambientais e aos efeitos das mudanças climáticas na saúde

Acções estratégicas

5.2.1. Fortalecer as capacidades para a implementação da Estratégia Nacional de Saúde Ambiental

5.2.2. Estabelecer o sistema de vigilância e de informação sobre doenças sensíveis ao clima.



Crédito da foto: A. Carbonell

4. Orçamento

A ECP 2018-2022 apresenta o seu orçamento desagregado por prioridades estratégicas e áreas de trabalho, mostrando ao mesmo tempo a evolução anual até ao fim do período. De forma geral, a materialização da estratégia está estimada num total de \$ 79.471.060, utilizando critérios conservadores de cálculo e apresentada de forma bianual para a sua implementação através dos Program Budget (PB).

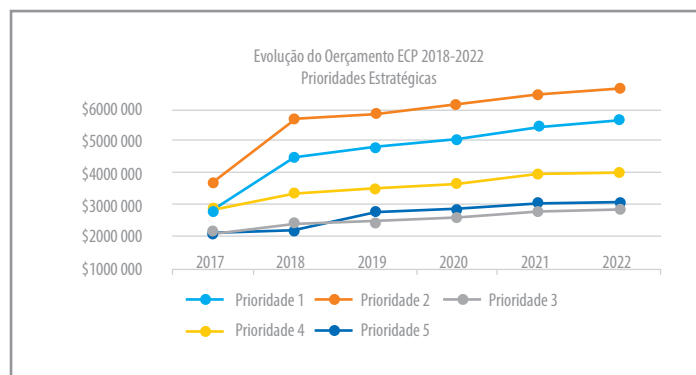
O orçamento da 3ª ECP apresenta uma evolução anual significativamente marcada no biénio 2018-2019, apresentando um incremento marginal de 49% no primeiro ano de implementação, estabilizando-se no último ano com um incremento marginal de 3%.

As prioridades 1, 2 e 4, inerentes ao mandato da OMS, têm um peso orçamental maior devido à necessidade de consolidação do apoio em Moçambique. Por

outro lado, a prioridade 5 tem um papel crucial neste quinquénio, onde a incidência de mortalidade e morbilidade das Doenças Não Transmissíveis (DNTs) estimam-se crescentes. Os fundos para resposta as emergências (ex. como surtos de cólera, pólio, cheias, etc.) não estão contemplados no orçamento da ECP. Este são planificados globalmente e canalizados directamente ao país em caso de necessidade.

Com vista a contribuir para a Cobertura Universal de Saúde em Moçambique, as 5 prioridades estratégicas baseiam o seu orçamento em (i) acções catalíticas para a consecução dos objectivos da ECP e (ii) no aumento progressivo de Recursos Humanos, de acordo com a Agenda de Transformação Global, que permitam à OMS oferecer um apoio atempado, eficiente e de qualidade a todos os seus parceiros.

Gráfico 2: Evolução do Orçamento da 3ª ECP 2018-2022



Crédito da foto: F. Momade e G. Moreira

5. Implementação da agenda estratégica

5.1 Implicações para o secretariado da OMS

Os principais factores que irão influenciar a presença da OMS em Moçambique durante o período de implementação da 3ª ECP serão: (i) Moçambique continuará a ser um país de renda baixa e terá eleições municipais, legislativas e presidenciais ao longo do 1º e 2º ano; (ii) a comunidade internacional e o próprio país estarão a implementar os ODS num contexto de mudanças, como a redução de fundos para o PROSAUDE e a introdução de abordagens de desembolsos com base em resultados; (iii) a segurança sanitária mundial, os efeitos das mudanças climáticas, as doenças transmissíveis e não transmissíveis serão prioridades importantes na agenda de saúde que pela sua natureza complexa vão exigir um envolvimento intersectorial mais amplo com as ONGs, associações profissionais, instituições académicas entre outros; (iv) no ano de 2018 será realizada a avaliação de médio-prazo do plano estratégico do sector onde são esperadas recomendações para a continuação da estratégia com base nos objectivos definidos e com vista ao alcance dos ODS.

5.2 Implicações para o Escritório da OMS no país

O escritório da OMS no país utilizará a 3ª ECP como um documento chave para orientar a sua programação para o período 2018-2022 através dos planos de trabalho bienais, traduzindo objectivos estratégicos em resultados esperados específicos para o país. A 3ª ECP será usada para promover o diálogo com todas as partes interessadas e servirá de referência para a mobilização de recursos. Ela poderá ser actualizada quando necessário e após consulta com as autoridades nacionais e a outras partes interessadas.

A implementação da agenda estratégica exigirá um maior envolvimento do Escritório do país com outros parceiros de desenvolvimento no diálogo político, na parceria e na advocacia para a saúde e fortalecimento do sistema de saúde. O processo será orientado pelas funções fulcrais da OMS e num contexto de maior harmonização e alinhamento, com foco no papel da OMS de facilitador do diálogo e das parcerias para aumentar a eficácia do apoio técnico ao desenvolvimento sanitário.

Durante a vigência da presente 3ª ECP, as principais acções concentrar-se-ão na operacionalização e implementação das estratégias e planos nacionais e na M&A do desempenho e tendências dos indicadores, para que os estrangulamentos possam ser abordados ao longo do processo. A adequação dos recursos humanos do escritório da OMS no país vai merecer um acompanhamento contínuo e rigoroso, assegurando que lacunas nas competências e habilidades sejam colmatadas. O foco principal será o fortalecimento dos sistemas de saúde no contexto da descentralização, com ênfase nos CSP para o alcance da cobertura universal sanitária e para assegurar a implementação eficiente das estratégias e intervenções dos programas prioritários destinados a melhorar os resultados de saúde. Um complemento fundamental será o fomento da colaboração intersectorial de intervenções baseadas em evidências para apoiar a implementação de programas de saúde.

A implementação da 3ª ECP será feita pela equipe do Escritório da OMS em colaboração com os outros parceiros, tendo em conta: (i) Abordagem sectorial ampla baseada em resultados e apoiada por evidências; (ii) Agenda nacional de saúde cuja consecução exige funcionários com habilidades e capacidades adequadas; (iii) Novo ambiente de ajuda e a reforma das Nações Unidas, pelo qual será necessário desenvolver / fortalecer as habilidades de advocacia e de mobilização de recursos dentro do Escritório de país; (iv) Fortalecimento do Escritório

da OMS no país para desempenhar o papel de secretariado e facilitar a criação de uma plataforma mais forte para liderar assuntos críticos para a saúde em Moçambique.

Como a agência responsável pela liderança em saúde, o escritório da OMS no país empenhar-se-á em promover uma maior coerência e consistência dentro das NU e avançar para a plena integração da estratégia de cooperação da OMS no UNDAF, no âmbito do "Delivering as One". Ela deverá continuar a encorajar os parceiros de desenvolvimento a coordenar melhor a sua ajuda e apoiar os planos nacionais, a fim de criar um sistema de saúde sustentável e equitativo, como previsto nos diversos compromissos regionais e mundiais sobre a eficácia da ajuda ao desenvolvimento. Esta agenda terá também como implicação a criação de novas parcerias, nomeadamente com as ONG, associações profissionais e instituições académicas, para assegurar maior envolvimento de todos os actores do sector saúde como forma de acelerar o alcance dos resultados.

5.3 Implicações para o Escritório Regional

Apesar da delegação de autoridade do Escritório Regional para o Escritório de País, o apoio técnico do Escritório Regional, incluindo a equipa de apoio inter-paises para a África Oriental e Austral,

será necessário particularmente em áreas onde os conhecimentos e as capacidades ao nível do país não estarão disponíveis e nas áreas em que será necessário acelerar os progressos. O Escritório Regional também vai fornecer supervisão técnica sistemática e quando necessário, orientar o trabalho e complementar os esforços com a equipe do país em actividades onde as abordagens regionais podem agregar valor acrescentado às intervenções da OMS.

5.4 Implicações para a Sede mundial da OMS

A OMS, de acordo com o seu mandato, continuará a fornecer aos órgãos regionais e ao país orientação sobre as políticas mundiais, directrizes para o desenvolvimento da saúde e orientação sobre normas e padrões mundiais. De acordo com o princípio de uma OMS, a sede da OMS trabalhará com o escritório regional para fornecer suporte técnico e mobilizar recursos para a implementação da 3ª ECP e documentar as lições aprendidas com o processo de implementação e o seu impacto no trabalho da OMS.





Crédito da foto: A. Carbonell

6. Monitoria e avaliação

A ECP será implementada no contexto de harmonização e alinhamento com o Ministério da Saúde e outros parceiros do sector e desta forma os relatórios de balanço anual do PES e outros relatórios governamentais, os relatórios anuais do UNDAF, os relatórios de progresso dos ODS, e outros relatórios similares de parceiros de desenvolvimento alimentarão o processo de monitoria e avaliação da ECP. Os indicadores de progresso para as áreas de trabalho (no anexo) serão reportados bianualmente no relatório produzido pela OMS.

Sempre que possível, serão realizados estudos em áreas temáticas prioritárias, em colaboração com outros níveis da Organização, com o Ministério da Saúde e com parceiros de desenvolvimento que trabalham em Moçambique.

A OMS irá realizar uma avaliação externa de meio-termo e outra no final do período de vigência da estratégia. Os resultados das avaliações fornecerão informações detalhadas sobre as realizações da ECP, bem como a identificação de áreas que ainda precisam de ser fortalecidas e recomendadas para a próxima ECP.

As melhores práticas da implementação da ECP serão documentadas e compartilhadas com outros países e irão também alimentar o desenvolvimento da planificação estratégica no país. Os factores críticos de sucesso para a implementação da ECP incluem a mobilização e uso eficiente de recursos, processos

de planificação e orçamentação aprimorados e harmonizados no contexto do SWAp e da parceria para cobertura universal de saúde e disponibilidade de profissionais competentes com o apoio adequado de outros níveis da Organização. O cometimento e a liderança das autoridades nacionais serão indispensáveis para o sucesso na implementação desta estratégia.

Referências

- Anselmi, L. (2017) *Relatório de mapeamento de Recursos do Sector da Saúde no âmbito do Apoio do Mecanismo de Financiamento Global (Global Financing Facility – GFF) para todas as Mulheres e todas as Crianças, Abril 2017*. Maputo, Moçambique.
- CNCS (2012) *Avaliação do Plano Estratégico de Resposta ao HIV e SIDA -PEN III 2010 - 2014*. Maputo, Moçambique.
- Governo de Moçambique (2004) *Constituição da República*. Maputo, Moçambique: Imprensa Nacional.
- Governo de Moçambique (2016) *Ministérios de Economia e Finanças*. Maputo, Moçambique.
- INE (2011) *Inquérito Demográfico e de Saúde, Março, 2012*. Available at: [http://files.givewell.org/files/DWDA_2009/VillageReach/Preliminary DHS Mozambique 2011.pdf](http://files.givewell.org/files/DWDA_2009/VillageReach/Preliminary_DHS_Mozambique_2011.pdf).
- INE (2017) *Divulgação dos Resultados Preliminares IV Rgph 2017*. Maputo, Moçambique: Instituto Nacional de Estatística.
- MISAU (2009) *Avaliação de Necessidades em Saúde Materna e Neonatal em Moçambique*. Maputo: MISAU. Available at: https://www.researchgate.net/publication/283730317_Avaliacao_de_Necessidades_em_Saude_Materna_e_Neonatal_em_Mocambique_Parte_I.
- MISAU (2011) *Plano multisectorial de Segurança Rodoviária para 2011-2016*. Maputo, Moçambique: MISAU.
- MISAU (2014) *Plano Estratégico do Sector da Saúde 2014-2019*. Maputo, Moçambique: Ministério da Saúde (MISAU).
- MISAU (2016a) *Ministério da Saúde*. Maputo, Moçambique: Ministério da Saúde.
- MISAU (2016b) *Relatório de segurança rodoviária e trauma fatal de 2016*. Maputo, Moçambique.
- MISAU (2017a) *Plano Nacional de Saude Mental 2017-2020*. Maputo, Moçambique: MISAU.

MISAU (2017b) *Relatorio do SISMA 2017*. Maputo, Moçambique: Ministério da Saúde (MISAU).

MISAU (2018a) *Estratégia de Inclusão de Género no Sector da Saúde 2018-2023*. Maputo, Moçambique: Ministério da Saúde (MISAU).

MISAU (2018b) *Relatório Anual 2017: Relatório Anual das Actividades Relacionadas ao HIV/SIDA*. Maputo, Moçambique.

MISAU, INE and ICF (2015) *Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015*. Maputo, Moçambique: Rockville, Maryland, EUA: INS, INE, e ICF.

Mocumbi, A. O. et al. (2018) *Doenças Crónicas e Não Transmissíveis em Moçambique*. Maputo.

OMS (2016) *O Programa Africano de Transformação da Saúde para 2015-2020: Uma Visão para a Cobertura Universal de Saúde*. Brazzaville: Escritório Regional da OMS para a África,. Available at: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/portuguese.pdf>.

UNAIDS (2018) 'Spectrum 5.63 Software'. Geneva.

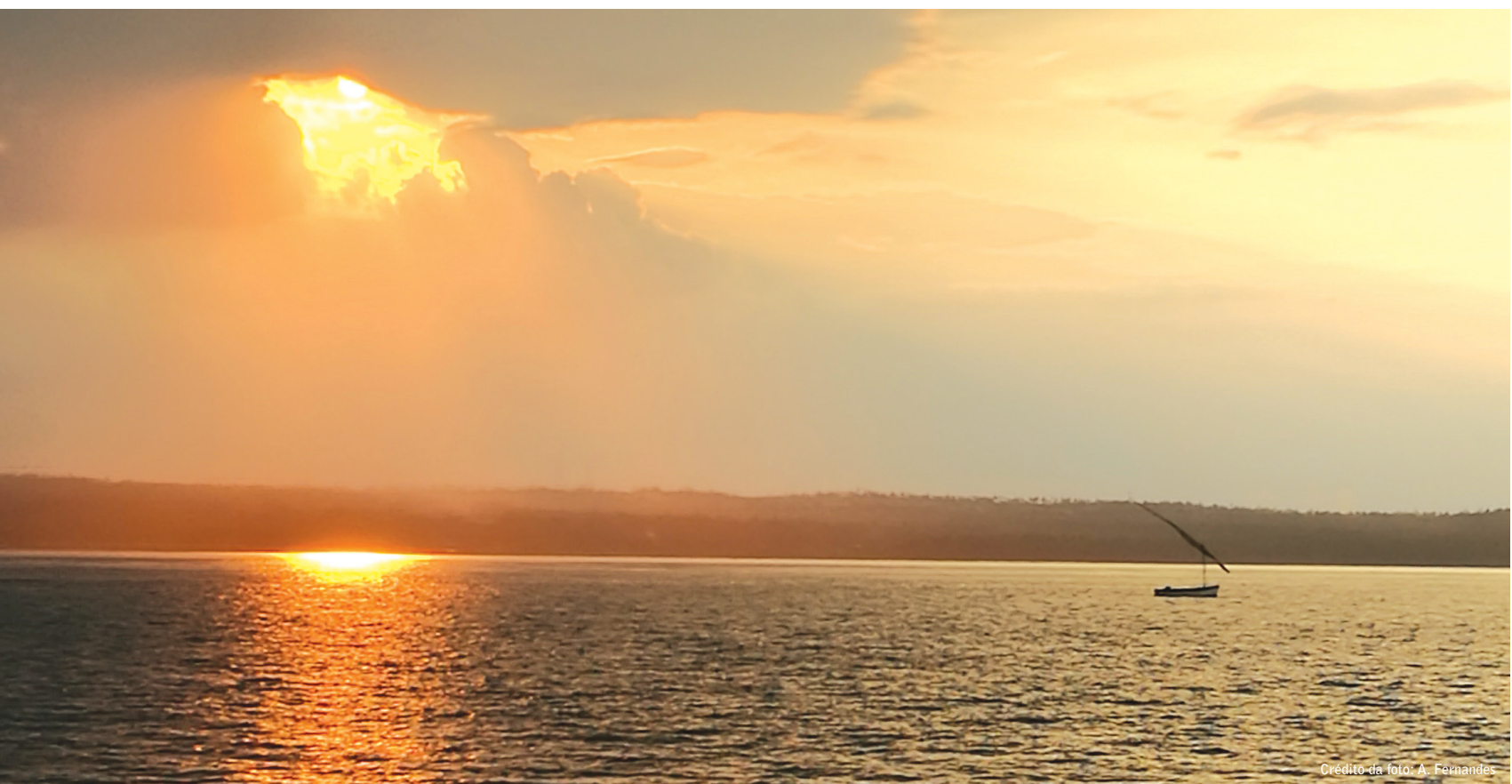
UNDP (2016) *Human Development Report 2016: Human Development for Everyone*. New York: UNDP. Available at: http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf.

WHO (1978) *Report of the International Conference on Primary Health Care, jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund, Alma-Ata - URSS, 6 to 12 September 1978*. Alma-Ata.

WHO (2015) *Global status report on road safety 2015*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2017) *UN-Water global analysis and assessment of sanitation and drinking-water (GLAAS) 2017 report: financing universal water, sanitation and hygiene under the sustainable development goals*

Development Goals. Geneva. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254999/9789241512190-eng.pdf?sequence=1>.



Crédito da foto: A. Fernandes

Anexos

Anexo 1. Indicadores Essenciais de Saúde de Moçambique

INDICADORES DE SAÚDE	
População total em milhares (ano)	27977.9 (2015)
% de população abaixo de 15 anos (ano)	45.3 (2015)
% de população acima de 60 anos (ano)	5.1 (2015)
Esperança de vida ao nascer (ano)	57.6 (2015)
% de população do sexo masculino	55.7 (2015)
% de população do sexo feminino	59.4 (2015)
Taxa de mortalidade neonatal por 1000 nados vivos (ano)	27.1 [19.6-37.9] (2016)
Taxa de mortalidade dos menores de cinco anos por 1000 nados vivos (ano)	71.3 [52.7-96.9] (2016)
Taxa de mortalidade materna por 100 000 nados vivos (ano)	489 [360-686] (2015)
% DTP3 Cobertura de imunização entre crianças de 1 ano (ano)	80 (2016)
% Nascimentos atendidos por profissionais de saúde qualificados (ano)	54.3 (2015)
Densidade de médicos por 1000 habitantes (ano)	0.055 (2013)
Densidade de enfermeiras de Saúde Materno Infantil e parteiras por 1000 habitantes (ano)	0.401 (2013)
Despesas totais em saúde em % do PIB (ano)	6.98 (2014) Mozambique note
Despesas de saúde das administrações públicas em % da despesa total do governo (ano)	8.81 (2014) Mozambique note
Despesas privadas de saúde em % da despesa total de saúde (ano)	43.56 (2014) Mozambique note
Taxa de alfabetização total adulta (15+) (ano)	56 (2007-2012)
População usando fontes melhoradas de água potável (%) (ano)	51 % (zona urbana 81 % - zona rural 37 %)
População usando instalações de saneamento melhoradas (%) (ano)	21 % (zona urbana 42 % - rural 10 %)
Taxa de incumprimento da pobreza em US \$ 1,25 por dia (PPP) (% da população) (ano)	59.6 (2008)
Índice de Desenvolvimento relacionado ao Género em 148 países (ano)	0,574 em 2015 - posição 139 a nível mundial
Ranking do Índice de Desenvolvimento Humano de 186 países (ano)	180 (2014)

Fonte: Global Health Observatory

Anexo 2. Prioridade Estratégica e Áreas de Trabalho da 3ª Geração da Estratégia de Cooperação do País 2018-2022 alinhadas com os Objectivos Estratégicos Nacionais, com os Resultados do UNDAF e com os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável.

Prioridades estratégicas	Áreas de trabalho	Objectivos nos Planos/Estratégias Nacionais	UNDAF	ODS
1. Reforço do sistema de saúde para melhorar o acesso e a utilização equitativa de serviços de saúde de qualidade rumo à cobertura universal de saúde	1.1. Liderança e Governança incluindo as reformas para a cobertura universal de saúde	Agenda da reforma	RESULTADO 6: as pessoas têm acesso e utilizam de forma equitativa serviços de saúde de qualidade, água e saneamento do meio	3.8. Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a protecção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade a preços acessíveis para todos;
	1.2 Sistemas de planeificação, orçamentação, informação, monitoria, avaliação e pesquisa fortalecidos para garantir mais e melhores serviços de saúde centrados nas pessoas			3.b. Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis que afectam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha;
	1.3. Acesso e uso racional de medicamentos e tecnologias de saúde			3.c. Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento e formação, e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos.

Prioridades estratégicas	Áreas de trabalho	Objectivos nos Planos/Estratégias Nacionais	UNDAF	ODS
2. Redução das taxas de morbilidade e mortalidade na área de Saúde Reprodutiva, Materna, Neo-Natal, Infantil e do Adolescente (SRMNIA)	2.1. Acesso aos serviços de SRMNIA e de nutrição	Acelerar os progressos na redução da mortalidade materna e neonatal, incluindo a redução das taxas de fecundidade geral	RESULTADO 6: as pessoas têm acesso e utilizam de forma equitativa serviços de saúde de qualidade, água e saneamento do meio	3.1. Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna mundial para menos de 70 mortes por 100.000 nados vivos; 3.2. Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém nascidos e crianças < de 5 anos, com todos os países tendo como objectivo reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12/1000 nados vivos e a mortalidade de crianças < de 5 anos para pelo menos 25/1000 nados vivos
	2.2. Capacidade de resposta dos serviços de saúde materna e neonatal de qualidade	Sustentar os ganhos na redução da mortalidade em menores de cinco anos		
	2.3. Cobertura de vacinação para as populações, incluindo as comunidades vivendo em zonas remotas e de difícil acesso	Acelerar os progressos na redução da desnutrição crónica		

Prioridades estratégicas	Áreas de trabalho	Objectivos nos Planos/Estratégias Nacionais	UNDAF	ODS
3. Redução do peso das doenças endémicas nomeadamente a TB, Malária, HIV e SIDA e Doenças Tropicais Negligenciadas	3.1. Políticas, estratégias e planos para a eliminação do HIV/SIDA, TB, malária e DTN	Reduzir o peso das doenças endémicas, nomeadamente a malária, HIV, TB e DTN	RESULTADO 6: as pessoas têm acesso e utilizam de forma equitativa serviços de saúde de qualidade, água e saneamento do meio	3.3 Até 2030, acabar com as epidemias do SIDA, tuberculose, malária e DTN, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água e outras doenças
	3.2. Acesso universal à prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV, da TB, da malária e das DTN			
	3.3. Capacidade de produção de evidências relativas às doenças endémicas incluindo sobre a resistência antimicrobiana e aos insecticidas			
4. Reforço das capacidades de alerta e resposta para as emergências e epidemias.	4.1. Capacidades chave do país relativas ao Regulamento Sanitário Internacional (RSI)	Fortalecer e sustentar a capacidade nacional para prevenir e prontamente responder a ameaças e emergências em saúde pública;	RESULTADO 6: as pessoas têm acesso e utilizam de forma equitativa serviços de saúde de qualidade, água e saneamento do meio	3.d. Reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para aviso prévio, redução de riscos e gestão de riscos nacionais e globais de saúde
	4.2. Sistema de vigilância integrada das doenças e resposta	Fortalecer e sustentar a capacidade nacional para responder prontamente e recuperar os efeitos negativos decorrentes de emergências em saúde.		
	4.3. Resiliência do sistema para emergências de saúde pública, incluindo controlo transfronteiriço	Alinhar e fortalecer o quadro institucional para apoiar a segurança sanitária e implementação da abordagem "Uma Saúde".		

Prioridades estratégicas	Áreas de trabalho	Objectivos nos Planos/Estratégias Nacionais	UNDAF	ODS
5. Prevenção e controlo das doenças não transmissíveis (DNT) e lidar com os determinantes sociais e ambientais de saúde	5.1. Capacidade nacional para a prevenção dos factores de risco e resposta as DNT e trauma	Suster ou reduzir a tendência progressiva das DNT e o trauma	RESULTADO 6: as pessoas têm acesso e utilizam de forma equitativa serviços de saúde de qualidade, água e saneamento do meio	3.4 Até 2030, reduzir em 1/3 a mortalidade prematura por Doenças Não Transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar;
	5.2. Capacidade de resposta aos factores de risco ambientais e aos efeitos das mudanças climáticas na saúde			3.5. Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool;
				3.6 Até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais/totais por acidentes de viação;
				3.9 Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, e contaminação e poluição do ar, água e solo;
				3.a Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco em todos os países, conforme apropriado

Anexo 3. Quadro de Resultados/Produtos de cada área de trabalho da ECP 2018-2022 e alinhamento com o Programa Geral de Trabalho da OMS ao nível mundial (GPW 13)

Prioridades estratégicas	Áreas de trabalho	Principais Resultados/produtos de cada acção estratégica da OMS até 2022	GPW13 Output
1. Reforço de sistemas de saúde para melhorar o acesso e a utilização equitativa de serviços de saúde de qualidade rumo a cobertura universal de saúde	1.1. Liderança e Governança incluindo as reformas para a cobertura universal de saúde	1.1.1 Política de saúde elaborada, aprovada e implementada	# 1.1.4
		1.1.2 Novo mecanismo de coordenação e diálogo estabelecido e em funcionamento ao nível do sector	# 4.2.1
		1.1.3 Avaliação dos serviços de saúde (disponibilidade e prontidão) realizada com a metodologia do SARA e resultados usados para revisão das estratégias do sector e do pacote de serviços essenciais de saúde	# 4.1.1
		1.1.4 Estratégia de financiamento do sector aprovada e implementada	# 1.2.1
	1.2. Sistemas de planificação, orçamentação, informação, monitoria, avaliação e pesquisa para mais e melhores serviços de saúde centrados nas pessoas	1.2.1 Contas Nacionais de Saúde produzidas e utilizadas para planificação anual	# 1.2.2
		1.2.2 Pelo menos 70% dos óbitos nas unidades sanitárias certificados e classificados segundo o padrão internacional (CID-10)	# 4.1.1
		1.2.3 Pelo menos 3 publicações em revistas científicas	# 4.1.3
	1.3. Acesso e uso racional de medicamentos e tecnologias de saúde	1.3.1 Política farmacêutica elaborada, aprovada e implementada	# 1.3.3
		1.3.2 Lista de medicamentos essenciais actualizada	# 1.3.1

Prioridades estratégicas	Áreas de trabalho	Principais Resultados/produtos de cada acção estratégica da OMS até 2022	GPW13 Output
2.Redução das taxas de morbilidade e mortalidade na área de Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal, Infantil e do Adolescente (SRMNIA)	2.1. Acesso aos serviços de SRMNIA e de nutrição	2.1.1 Pelo menos 80% das unidades sanitárias implementam a Atenção Integrada as Doenças da Infância (AIDI) nas 4 províncias com maior mortalidade infantil	# 1.1.3
		2.1.2 Pelo menos 80% das unidades sanitárias fazer o rastreio e tratamento da desnutrição aguda segundo os padrões	# 1.1.3
		2.1.3 Pelo menos 100 formadores de professores do ensino geral, técnico e alfabetizadores com habilidades e meios de prover intervenções de promoção de saúde nas escolas e na comunidade	# 3.2.1
	2.2. Capacidade de resposta dos serviços de saúde materna e neonatal de qualidade	2.2.1 Pelo menos 300 unidades sanitárias oferecem Cuidados Obstétricos de Emergência Básicos segundo os padrões	# 1.1.3
		2.2.2 Sistema de vigilância e resposta as mortes maternas e neonatais em funcionamento em todos os distritos das províncias com 4 maior mortalidade materna e neonatal	# 1.1.3
	2.3. Cobertura de vacinação para populações, incluindo as comunidades vivendo em zonas remotas e de difícil acesso	2.3.1 Pelo menos 95% das crianças completamente vacinada	# 1.1.3
		2.3.2 Todos os Distritos a implementarem a estratégia RED/REC segundo os padrões	# 1.1.3
		2.3.3 Taxa de deteção da Pólio e % amostras de qualidade dentro dos parâmetros exigidos ao nível internacional	# 2.2.4
		2.3.4 Comité de Vigilância dos eventos adversos pós vacinação estabelecido e reportando regularmente para OMS	# 1.3.3

Prioridades estratégicas	Áreas de trabalho	Principais Resultados/produtos de cada acção estratégica da OMS até 2022	GPW13 Output	
3.Redução do peso das doenças endémicas nomeadamente a TB, Malária, HIV e SIDA e Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN)	3.1. Políticas, estratégias e planos para a eliminação do HIV/ SIDA, TB, malária e DTN	3.1.1 Normas terapêuticas do HIV actualizadas e alinhadas com a directiva mundial e implementadas	# 1.1.2	
		3.1.2 Revisões do plano estratégico da Malária realizadas segundo o calendário nacional	# 1.1.2	
	3.2. Acesso universal à prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV, TB, da malária e das DTN	3.2.1 Todos os distritos do país com capacidade para monitorar a qualidade dos cuidados de malária prestados nas Unidades Sanitárias e comunidades	# 1.1.2	
		3.2.2 Todos os distritos do país com capacidade para realizar diagnóstico laboratorial da TB por GeneXpert segundo as normas nacionais	# 1.1.2	
		3.2.3 Estratégia nacional de hepatites elaborada, aprovada e implementada	# 1.1.2	
	3.3. Capacidade de produção de evidências relativas às doenças endémicas incluindo sobre a resistência antimicrobiana e aos insecticidas	3.3.1 100% dos postos sentinelas (42) realizam anualmente a monitoria da resistência dos insecticidas aos vectores da malária	# 1.1.2	
		3.3.2 Todos os distritos endémicos com pelo menos 5 ou mais rondas de tratamento Massivo cumpridas para filaríases linfática	# 1.1.2	
		3.3.3 Indicadores e metas definidos e reportados para monitoria e avaliação do plano nacional da resistência antimicrobiana	# 1.3.5	
	4.Reforço das capacidades de alerta e resposta para as emergências e epidemias	4.1.Capacidades chaves do País relativas ao Regulamento Sanitário Internacional (RSI)	4.1.1 Monitoria das 8 capacidades chave para RSI realizada anualmente	# 2.1.1
			4.1.2 Mecanismo de coordenação para RSI estabelecido e em funcionamento ao nível nacional e provincial	# 2.1.2
4.2.Sistema de vigilância integrada das doenças e resposta		4.2.1 Centro Operativo de Emergências de Saúde Pública estabelecido e em funcionamento	# 2.3.2	
		4.2.2 80% das províncias com planos de contingência elaborados e testados	# 2.1.2	
4.3.Resiliência do sistema para emergências de saúde pública, incluindo controlo transfronteiriço		4.3.1 80% dos distritos com RRT (equipa multisectorial e multidisciplinar das resposta rápidas) estabelecida e funcional	# 2.1.2	
		4.3.2 95% dos distritos implementa VIDRS incluindo sistemas de vigilância com base em eventos	# 2.3.1	
		4.3.3 Normas e procedimentos padrão desenvolvidos e implementados para envolvimento comunitário na vigilância das doenças	# 2.3.1	

Prioridades estratégicas	Áreas de trabalho	Principais Resultados/produtos de cada acção estratégica da OMS até 2022	GPW13 Output
5. Prevenção e controlo das Doenças Não Transmissíveis (DNT) e lidar com os determinantes sociais e ambientais de saúde	5.1. Capacidade nacional para a prevenção dos factores de risco e resposta às DNT e trauma	5.1.1 Mecanismos de coordenação intersectoriais pelo menos para tabaco e segurança rodoviária estabelecidos e em funcionamento	# 3.1.1
		5.1.2 Normas de cessação de tabaco (M Power) adaptadas e implementadas ao nível central e provincial	# 3.2.1
	5.2. Capacidade de resposta aos factores de risco ambientais e aos efeitos das mudanças climáticas na saúde	5.2.1 Estabelecido e em funcionamento o Mecanismo de Coordenação intra e intersectorial para água e saneamento	# 3.1.2
		5.2.2 Sistema de vigilância das doenças sensíveis ao clima incluindo pelo menos Chikungunya, Dengue e Febre Amarela estabelecido e em funcionamento	# 3.1.2

Anexo 4. Orçamento

Prioridades Estratégicas	2017 (Base)	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
1. Reforço do sistema de saúde para melhorar o acesso e a utilização equitativa de serviços de saúde de qualidade rumo à cobertura universal de saúde.	\$ 1 904 553 85	\$ 3 600 759 60	\$ 3 900 023 22	\$ 4 169 907 28	\$ 4 590 764 55	\$ 4 757 212 03	\$ 21 018 667
1.1 Liderança e Governança incluindo as reformas para a cobertura universal de saúde	\$ 418 330 78	\$ 684 074 87	\$ 731 902 52	\$ 793 458 62	\$ 894 869 98	\$ 914 208 23	\$ 4 018 514
1.2 Sistemas de planificação, orçamentação, informação, monitoria, avaliação e pesquisa fortalecidos para garantir mais e melhores serviços de saúde centrados nas pessoas	\$ 1 127 191 28	\$ 2 516 148 87	\$ 2 669 757 17	\$ 2 828 206 00	\$ 3 046 240 53	\$ 3 173 147 31	\$ 14 233 500
1.3 Acesso e uso racional de medicamentos e tecnologias de saúde	\$ 359 031 78	\$ 400 535 87	\$ 498 363 52	\$ 548 242 67	\$ 649 654 03	\$ 669 856 49	\$ 2 766 653

Prioridades Estratégicas	2017 (Base)	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
2. Redução das taxas de morbilidade e mortalidade na área de Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal, Infantil e do Adolescente	\$ 2 801 818	\$ 4 788 326	\$ 4 922 265	\$ 5 214 178	\$ 5 519 932	\$ 5 709 916	\$ 26 154 615
2.1 Acesso aos serviços de SRM-NIA e de nutrição	\$ 614 883	\$ 993 951	\$ 1 056 373	\$ 1 116 338	\$ 1 226 580	\$ 1 264 457	\$ 5 657 698
2.2 Capacidade de resposta dos serviços de saúde materna e neonatal de qualidade	\$ 828 905	\$ 678 787	\$ 718 180	\$ 769 690	\$ 871 265	\$ 875 718	\$ 3 913 640
2.3 Cobertura de vacinação para populações, incluindo as comunidades vivendo em zonas remotas e de difícil acesso	\$ 1 358 031	\$ 3 115 589	\$ 3 147 711	\$ 3 328 150	\$ 3 422 087	\$ 3 569 740	\$ 16 583 277

Anexo 4. Orçamento

Prioridades Estratégicas	2017 (Base)	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
3. Redução do peso das doenças endémicas nomeadamente a TB, Malária, HIV e SIDA e Doenças Tropicais Negligenciadas	\$ 1 201 961	\$ 1 510 331	\$ 1 599 471	\$ 1 723 403	\$ 1 932 029	\$ 1 963 584	\$ 8 728 818
3.1 Políticas, estratégias e planos para a eliminação do HIV/ SIDA, TB, malária e DTN	\$ 252 186	\$ 434 449	\$ 460 712	\$ 500 124	\$ 567 900	\$ 579 683	\$ 2 542 868
3.2 Acesso universal à prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV, TB, da malária e das DTN	\$ 296 611	\$ 577 421	\$ 610 833	\$ 657 751	\$ 725 526	\$ 729 979	\$ 3 301 509
3.3 Capacidade de produção de evidências relativas às doenças endémicas incluindo sobre a resistência antimicrobiana e aos insecticidas	\$ 653 165	\$ 498 462	\$ 527 926	\$ 565 527	\$ 638 603	\$ 653 922	\$ 2 884 440

Prioridades Estratégicas	2017 (Base)	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
4. Reforço das capacidades de alerta e resposta para as emergências e epidemias	\$ 1 996 902	\$ 2 463 828	\$ 2 614 054	\$ 2 795 675	\$ 3 039 603	\$ 3 132 955	\$ 14 046 114
4.1 Capacidades-chaves do Regulamento sanitário Internacional	\$ 274 087	\$ 672 861	\$ 718 390	\$ 773 548	\$ 852 535	\$ 875 619	\$ 3 892 954
4.2 Sistema de vigilância integrada das doenças	\$ 1 331 220	\$ 1 197 191	\$ 1 260 314	\$ 1 342 567	\$ 1 421 555	\$ 1 473 090	\$ 6 694 717
4.3 Resiliência do sistema para emergências de saúde pública, incluindo controlo transfronteiriço	\$ 391 595	\$ 593 775	\$ 635 350	\$ 679 559	\$ 765 513	\$ 784 246	\$ 3 458 443

Anexo 4. Orçamento

Prioridades Estratégicas	2017 (Base)	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
5. Prevenção e controlo das DNT e lidar com os determinantes sociais e ambientais de saúde	\$ 1 247 092	\$ 1 309 629	\$ 1 872 735	\$ 1 989 453	\$ 2 147 931	\$ 2 203 099	\$ 9 522 846
5.1 Coordenação intersectorial e intra-sectorial para lidar com os determinantes sociais e ambientais para a saúde	\$ 445 464	\$ 634 577	\$ 652 698	\$ 678 484	\$ 731 310	\$ 735 762	\$ 3 432 830
5.2 Capacidade nacional para a prevenção dos factores de risco e resposta às DNT e trauma	\$ 501 786	\$ 333 803	\$ 360 667	\$ 396 071	\$ 448 897	\$ 463 929	\$ 2 003 367
5.3 Capacidade de resposta aos factores de risco ambientais e aos efeitos das mudanças climáticas na saúde	\$ 299 842	\$ 341 248	\$ 859 369	\$ 914 899	\$ 967 724	\$ 1 003 408	\$ 4 086 648
TOTAL PRIORIDADES ESTRATÉGICAS	\$ 9 152 327	\$ 13 672 872	\$ 14 908 548	\$ 15 892 615	\$ 17 230 259	\$ 17 766 766	\$ 79 471 060