



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

**PLANO ECONÓMICO e SOCIAL-2006
(PES/2006)**

**Balanço ANUAL das actividades realizadas
(JANEIRO A DEZEMBRO)**

JANEIRO 2007

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	4
2. METODOLOGIA	4
3. ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	4
4. DESEMPENHO DO SISTEMA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	8
4.1 Consumo e acesso aos serviços	8
4.2 Expansão da rede sanitária	10
4.3 Área de saúde da comunidade	10
4.3.1 Saúde Reprodutiva	10
4.3.2 Saúde Infantil	13
4.3.3 Programa Alargado de Vacinações PAV	13
4.3.5 Saúde Escolar e do Adolescente	14
4.3.6 Saúde Mental	16
4.3.7 Educação para Saúde Pública	17
4.3.8 Nutrição	17
4.4 Saúde Ambiental	19
4.5 Grandes endemias	20
4.5.1 Malária	20
4.5.2 Plano de Combate ITS/HIV/SIDA	20
4.5.3 Programa Nacional de Combate a tuberculose e lepra	22
4.6 Cuidados Assistências	23
5. SISTEMAS DE APOIO À PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	24
5.1 Processos de Planificação e Gestão	24
5.2 Sistema de Informação para a Saúde	24
5.3 Recursos Humanos	25
5.3.1 Formação	25
5.4 Medicamentos	26
5.5 Género	26
5.6 Reformas do Sector	27
6. INVESTIGAÇÃO	27
7. EXECUÇÃO ORÇAMENTAL E FLUXO DE FUNDOS	28
7.1 Execução do OE e Fundos Comuns	28
7.2 Disponibilidade de Recursos Financeiros	29
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29

ABREVIATURAS

ACS	–	Agentes comunitários de saúde
AT	–	Assistência Técnica
AT2	–	Vacina anti-tetânica 2 dose
BCG	–	Vacina anti-tuberculose
CDFMP	–	Cenário de Despesa e Financiamento de Médio Prazo
CDI	–	Comissão de Desenvolvimento Institucional
CERN	–	Cuidados Essenciais ao Recém Nascido
CMAM	–	Central de Medicamentos e Artigos Médicos
COE	–	Cuidados Obstétricos Essenciais
CS	–	Centro de Saúde
CSP	–	Cuidados de Saúde Primários
DAG	–	Direcção de Administração e Gestão
DCOs	–	Dias Camas Ocupadas
DF	–	Departamento de Formação
DFAR	–	Departamento farmacêutico
DHA	–	Departamento de Higiene Ambiental
DNPO	–	Direcção Nacional de Plano e Orçamento
DNS	–	Direcção Nacional de Saúde
DPAG	–	Departamento Provincial de Administração e Gestão
DPC	–	Direcção de Planificação e Cooperação
DPES	–	Departamento de Planificação e Economia sanitária
DPSs	–	Direcções Provinciais de Saúde
DRH-F	–	Direcção de Recursos Humanos e Departamento de Formação
DSC	–	Departamento da Saúde da Comunidade
DTP/HB	–	Vacina tetra valente Difteria, Tétano, Pólio e Hepatite B
DTS	–	Doenças de transmissão sexual
GACOPI	–	Gabinete de Coordenação de Projectos de Investimentos
GdM	–	Gabinete do Ministro
HIV	–	Vírus de imunodeficiência adquirida
HR	--	Hospital Rural
IdFs	–	Instituições de Formação
IEC	–	Informação e Educação para a Saúde
INS	–	Instituto Nacional de Saúde
ITS	–	Infecções de Transmissão Sexual
MAE	–	Ministério de Administração Estatal
MISAU	–	Ministério da Saúde
MPD/MF	–	Ministério do Plano e Desenvolvimento/Ministério das Finanças
OE	–	Orçamento do Estado
OGE	–	Orçamento Geral do Estado
PAF	–	Performance Assessment Framework
PARPA	–	Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta
PAV	–	Programa Alargado de Vacinações
PES	–	Plano Económico e Social
PESS	–	Plano Estratégico do Sector Saúde
PF	–	Planeamento familiar
PIS	–	Plano de Investimento De Saúde
PNCTL	–	Programa Nacional de combate a tuberculose e Lepra
PRSS	–	Programa de Recuperação do Sector Saúde
PROSAÚDE	–	Fundo Comum Geral
RESP	–	Repartição de Educação para Saúde Pública
SEA	–	Saúde Escolar e do Adolescente
SIS	–	Sistema de Informação para a Saúde
SISD	–	Sistema de Informação de Saúde Distrital
SMI	–	Saúde Materno Infantil
SNS	–	Serviço Nacional de Saúde
SWAP	–	Abordagem Sectorial Ampla
TARV	–	Terapia Anti-Retro Viral
UAs	–	Unidades de atendimento
US	–	Unidade sanitária
VAS	–	Vacina anti-sarampo

1. INTRODUÇÃO

O PES é um instrumento de âmbito sectorial que se assenta no Programa Quinquenal do Governo e na estratégia do PARPA, os quais preconizam a redução da pobreza absoluta, o crescimento económico e social como grandes prioridades e com forte orientação para a redução dos desequilíbrios regionais e consolidação da Unidade Nacional.

O documento apresenta o balanço das actividades realizadas pelo sector público de saúde durante o período compreendido entre Janeiro a Dezembro de 2006, e que correspondem ao grau de implementação do *Plano Económico e Social* para o respectivo ano.

Foi objectivo principal do sector em 2006, o aumento do acesso aos serviços de saúde, incremento da eficiência na utilização dos recursos e a melhoria da qualidade dos serviços prestados, tendo em conta a redução da morbi-mortalidade da população.

2. METODOLOGIA

Este balanço analisa e avalia o cumprimento do plano de actividades previstas no PES do Sector Saúde-2006, de acordo com os recursos alocados ao sector.

O relatório baseia-se na comparação dos diferentes indicadores de acesso, utilização dos serviços, eficiência na utilização dos recursos e qualidade em 2005 e 2006.

Para o efeito, foram compulsados os relatórios provinciais de balanço do PES, os dados provenientes do Sistema de Informação para a Saúde (SIS) e de outras fontes paralelas de informação, bem como os instrumentos de planificação e monitoria vigentes.

Na altura da elaboração do presente balanço, não havia informação completa e atempada, em particular nos relatórios provinciais, referentes ao período em análise. Este facto condiciona a uma análise cautelosa da informação disponível neste balanço.

3. ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Em geral, o perfil epidemiológico do País embora continue com o mesmo padrão descrito em anos anteriores e, a avaliar pelas doenças notificadas pelo Boletim Epidemiológico Semanal (BES), foi caracterizado por aumento de registo de casos de **cólera e a meningite** e por outro lado diminuição acentuada de casos de **sarampo** de 12598 casos em 2005 para 171 em 2006 (*tab1*).

Tabela 1. Notificação de doenças transmissíveis Jan-Dez 2005-2006*

	Casos		Óbitos		letalidade%	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Sarampo	12598	171	59	0	0.5	0.0
Tétano	41	16	20	8	48.8	50.0
Tosse convulsa	12	0	0	0	0.0	0.0
PFA	80	103	0	0	0.0	0.0
Malária	5896411	5923857	4209	4817	0.1	0.1
Raiva**	36	18	36	18	100.0	100.0
Diarreia	622147	654115	374	554	0.1	0.1
Cólera	2079	5559	21	22	1.0	0.4
Peste	0	0	0	0	0.0	0.0
Disenteria	169563	154695	27	19	0.0	0.0
Meningite	1277	1451	417	428	32.7	29.5

Fonte BES/ MISAU

• em 2006 em falta as semanas 51 e 52

** mordeduras caninas 1967(1^os 9M 2005), 3479(1^os 9M 2006)

A **malária**, registou-se um ligeiro aumento de casos **5923857** em 2006 comparativamente a **5896411** em 2005 (*tab.2*). A província de Nampula foi a que mais casos reportaram (1124116), seguida de Gaza (874302). A letalidade por esta doença manteve-se praticamente estável, **0.07%** para **0.08%** em 2006.

Tabela 2 Casos de malária e respectiva Tx let por província Jan-Dez 2005-2006

	2005		2006	
	Casos	Let%	Casos	Let%
Maputo C	323462	0.14	353538	0.17
Maputo P	305970	0.03	180198	0.02
Gaza	798199	0.04	874302	0.04
Inhambane	474231	0.04	476955	0.04
Sofala	548942	0.10	564282	0.13
Manica	506160	0.05	396532	0.06
Tete	354759	0.08	392504	0.09
Zambézia	778839	0.08	714854	0.07
Nampula	1111140	0.09	1124116	0.10
Niassa	374647	0.05	452293	0.09
Cabo Del	320062	0.07	394283	0.07
País	5896411	0.07	5923857	0.08

Fonte BES/ MISAU

A epidemiologia do HIV/SIDA em Moçambique não difere da dos países da região. Segundo a última ronda de vigilância epidemiológica de 2004, a seroprevalência a nível do país é de 16.2%, sendo a região centro a mais afectada com 20.4%, a região sul com 18.1% enquanto que a região norte apresenta 9.3%.

No período de Janeiro a Setembro de 2006 foram notificados 10860 casos de SIDA.

Igualmente foram notificados 328860 casos de infecções de transmissão sexual (ITS) em todo o país dos quais 57.3% dos casos foram registados em mulheres.

O número de casos de tuberculose associados ao HIV tem vindo a aumentar de forma dramática nos últimos cinco anos, visto que a tuberculose é a infecção oportunista mais comum nas pessoas vivendo com HIV/SIDA.

Devido a ocorrência de surtos epidémicos de **cólera** em 2006 foram notificados **5559** casos nas províncias de Sofala, Nampula e Zambézia contrariamente aos **2079** notificados no país em 2005. É de salientar que apesar da ocorrência de surtos a letalidade pela mesma doença reduziu de 1 % para 0.4% a nível nacional (*tab3*).

Os casos de cólera tanto em 2005 como em 2006 foram notificados pelas províncias de Sofala, Manica e Zambézia. Este facto é indicativo da necessidade de se melhorarem as condições de saneamento do meio, bem como a educação para a saúde nas províncias referidas.

Tabela 3 Casos de cólera e respectiva Tx let por província de Jan-Dez 2005-2006

	2005		2006	
	Casos	Let%	Casos	Let%
Sofala	892	1.6	2761	0.3
Manica	272	0.7	63	0.0
Zambézia	915	0.5	751	0.7
Nampula	0	0.0	1984	0.5
País	2079	1.0	5559	0.4

Fonte BES/ MISAU

No período em análise foram notificados **1451** casos de **meningite** (*tab4*) contrariamente aos **1277** registados em igual período do ano passado. Maputo Cidade continua sendo a província com maior número de casos notificados (58% dos casos).

Tab 4 Casos de Meningite e respectiva Taxa de letalidade por prov.de Jan-Dez 2005-2006

	2005		2006	
	Casos	Let%	Casos	Let%
Maputo C	918	34.6	839	35.5
Maputo P	15	20.0	21	0.0
Gaza	69	18.8	72	29.2
Inhambane	14	35.7	9	33.3
Sofala	4	100.0	75	5.3
Manica	23	21.7	9	0.0
Tete	52	44.2	84	22.6
Zambézia	1	100.0	20	50.0
Nampula	115	25.2	210	25.7
Niassa	47	12.8	109	14.7
Cabo Del	19	52.6	3	100.0
País	1277	32.7	1451	29.5

Fonte BES/ MISAU

Em relação à **Paralisia Flácida Aguda (PFA)**, comparando os períodos de Janeiro a Dezembro de 2005 e de 2006, registou-se aumento de casos de 80 (2005) para 103 (2006). Similarmente a 2005, em 2006 a província de Tete foi a que mais casos notificou (20% e 17.5% do total dos casos notificados em 2005 e 2006 respectivamente). A província de Cabo Delgado contrariamente a 2005 que apenas notificou 2 casos, em 2006 notificou 15 casos. Este aumento é sugestivo de uma melhoria no sistema de detecção e/ou registo dos casos.

A notificação de casos de PFA merece especial atenção tendo em conta que um dos grandes desafios do sector saúde é erradicação da poliomielite até ao ano 2010.

Relativamente ao **Tétano** notou-se a diminuição dos casos de **41** em 2005 para **16** em 2006. Com a realização da campanha de vacinação anti-tetânica em distritos considerados de alto risco para o tétano, espera-se uma redução maior dos casos.

Similarmente a 2005, não foram registados casos de **peste** em 2006.

Quanto a **tosse convulsa**, não foi notificado nenhum caso em 2006 contrariamente aos 12 casos reportados em 2005.

No período em análise verificou-se uma diminuição dos casos de **raiva** com a notificação de **18** casos contra **36** em 2005. Porém tendência contrária foi verificada em relação aos casos de mordedura canina que aumentaram de **1967** em 2005 para **3479** em 2006, tendo as províncias de Maputo e Zambézia registado maior número de casos (**31.5%** e **30.47%** respectivamente).

Os indicadores de **vigilância nutricional** revelam que o estado nutricional da população moçambicana continua a merecer uma atenção especial: a **Taxa de Baixo Peso à Nascimento (BPN)** foi de **10.7%** e a de **Crescimento Insuficiente (CI)** de **5.6%**.

4. DESEMPENHO DO SISTEMA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

4.1 Consumo e acesso aos serviços

O sistema de prestação de serviços medido em parte pelo volume de **consultas externas** registou um crescimento de **6.1%** em 2006 (tab.5) e a meta anual de **18.719.000** consultas em 2006 foi ultrapassada.

Os índices de consumo de serviços também confirmam a tendência positiva, quer do indicador Consultas Externas por Habitante, como das Unidades de Atendimento por Habitante, tendo-se ultrapassado as metas previstas.

Maior índice Consulta externa por habitante foi verificado na região sul do país nomeadamente nas províncias de Maputo Cidade, Maputo província, Gaza, Inhambane, com **1.6, 1.4, 1.4 e 1.3** respectivamente, correspondente a duas vezes mais o índice verificado na província da Zambézia. A província da Zambézia similarmente a 2005 continua com o mais baixo índice (**0.7**).

Todas as províncias registaram um crescimento mais ou menos homogéneo.

Tabela 5 Evolução das actividades e consumo de serviços de Jan-Dez 2005-2006

Actividades	Real2005	Real 2006	% Evol	Meta 2006
Consultas Externas	19.471.866	20.676.201	6.1%	18.719.000
Consultas Estomat	725.958	810.164	10.4%	
Consultas/hab.	1	1	-	0.94
Unid.Atendimento	76.224.157	80.368.955	5.2%	80.899.000
UAs/Hab	3.9	4.0	-	4.0

Fonte: SIMP/ MISAU

Quanto aos desequilíbrios relativos ao consumo e utilização de serviços de saúde, entre os distritos mais e menos favorecidos, o índice de iniquidade registado foi de 3.4, valor que, não tendo atingido a meta planificada de 3.3, melhorou em relação a 2005 cujo índice foi de 3.6.

Quanto a iniquidade no consumo de serviços entre as províncias com maior e menor consumo o valor registado de 2.3, superou a meta prevista para o período que foi de 2.8.

Os indicadores de disponibilidade de recursos por província (Camas/100hab e Hab/pessoal técnico) apresentam pouca alteração no **número de camas por 1000 hab**, de **0.87** em 2005 para **0.89** em 2006 (**tab.6**). As províncias de Maputo Cidade, Gaza e Sofala registaram os melhores indicadores cama/1000 hab (acima de 1). Este índice está ainda aquém dos valores aceitáveis.

Igual tendência se verificou quanto ao indicador habitante por pessoal técnico, ligeira melhoria de **1924** em 2005 passou para **1826** em 2006. Melhoria significativa foi observada na Cidade de Maputo, onde o índice reduziu 3.3 vezes (**743hab/pessoal técnico**), valor este 2.46 vezes inferior ao da média nacional. Tendência contrária foi verificada na província da Zambézia com a duplicação do índice de 2742 em 2005 passou para 6272 em 2006.

Comparando as províncias mais e menos privilegiada em termos de pessoal de saúde disponível, constata-se que a província da Zambézia tem o índice 8.4 vezes superior à Cidade Capital.

A região norte seguida da do centro apresenta os mais baixos indicadores de disponibilidade de recursos.

Este facto é indicativo, apesar de ligeira melhoria, da persistência de grandes desigualdades territoriais.

Tab 6 Indicadores de Disponibilidade de Recursos por província Jan-Nov 2005/2006

	Camas/1.000 Habitantes		Pessoal tec/ 1000 Habitantes	
	2005	2006	2005	2006
Maputo C	1.99	2.549	2483	743
MaputoP	0.99	0.96	2312	1858
Gaza	1.23	1.21	1599	1583
Inhambane	1.02	0.98	1485	1540
Sofala	1.2	1.19	1293	1215
Manica	0.95	0.77	1648	1660
Tete	0.83	0.79	1821	2639
Zambezia	0.43	0.43	2742	6272
Nampula	0.74	0.75	2247	2176
Niassa	0.63	0.61	1275	1160
Cabo Delg	0.62	0.66	2206	1873
País	0.87	0.89	1924	1826

Fonte: SIMP/MISAU

4.2 Expansão da rede sanitária

As actividades de expansão da rede sanitária resumem-se em novas construções e obras de reabilitação e ampliação. Foram de acordo com a tabela 7, as seguintes principais intervenções realizadas por província.

Tabela 7 Expansão da rede sanitária

Obras de construção em 2006			Obras de reabilitação e ampliação em 2006				
Província	IdF	CSU	CSR-II	Hosp./R/G/D	CSR-I	CSU	Casa de trabalhadores
Niassa	-	2	-	2	-	-	19
C.Delgado	-	6	-	2	1	-	-
Nampula	-	4	-	-	-	3	-
Zambézia	1	4	-	-	-	-	-
Tete	-	-	-	-	-	-	8
Manica	-	-	1	-	-	-	1
Sofala	-	6	-	-	-	-	-
Inhambane	1	1	-	-	-	-	-
Gaza	-	-	-	-	-	-	-
Maputo P.	-	-	-	-	-	-	-
Maputo C.	-	-	-	-	-	-	-
Total	1	23	1	4	1	3	28

Fonte: Relatórios das DPS

Em anexo o detalhe das intervenções por província.

4.3 Área de saúde da comunidade

4.3.1 Saúde Reprodutiva

No período em análise registou-se crescimento dos indicadores de cobertura da saúde reprodutiva (tab8)

Tabela 8 Cobertura das consultas pré-natais, pós-parto e partos institucionais Jan-Dez 2005/2006

Indicador	Real 2005	Real2006	Meta Anual 2006
Consultas pré-natais	97.50%	100%	98%
Partos institucionais	50.1%	48.4%	52%
Consultas pós-parto	55.6%	63.8%	62%

Fonte: SIMP/MISAU

A cobertura dos **partos institucionais**, contrariamente as previsões ao longo do ano a meta anual de **52%** não foi alcançada, como também decresceu de **50.1%** em 2005 para **48.4%** em 2006.

A cobertura das **consultas pós parto** de **55.6%** em 2005 passou para **63.8%** no ano corrente, valor que ultrapassa a meta anual

Especial destaque merece a província do Niassa pelas mais elevadas coberturas de consultas pré-natais e pós- parto tanto em 2005 como em 2006. Maputo Cidade foi a que maior cobertura de partos institucionais registou.

No âmbito da expansão dos serviços de atenção à saúde da mulher e ao recém-nascido, foram feitas formações em Cuidados Obstétricos de Emergência (COEm) básicos e completos. Estas acções contribuíram para o alcance da cobertura de **5.4US/500000hab** nos COEm Básicos, a meta de 6.9 US/500000\ hab não foi atingida

O número de casas de mãe espera, similarmente ao 1º semestre deste ano mantém-se na ordem de 110. Registou-se também um crescimento do número de maternidades que oferecem um **pacote de cuidados essenciais ao recém-nascido** (mais de 700 US com maternidade e Hospitais Rurais), sendo a sua cobertura actual de **40%**.

A taxa de mortalidade materna intra hospitalar aumentou de **182** para **190** (óbitos maternos/100000 NV). As Províncias de Inhambane, Cabo Delgado e Sofala similarmente a 2005, continuam a registar as mais altas taxas de mortalidade materna. As mais baixas taxas de mortalidade foram registadas nas províncias de Maputo Província e Cidade.

A taxa de natimortalidade com foco positivo não sofreu alteração de **256** (2005) para **255** (2006) nados mortos por 100000 NV. A província do Niassa foi a que apresentou um decréscimo significativo de **389** para **290**, contrária tendência foi verificada em relação a Maputo Cidade com um aumento de **397** para **549**.

Tabela 9 Taxas de mortalidade materna e de nati-mortalidade com foco+ Jan-Nov 2005/2006

	2005	2006
Taxa de mortalidade materna (óbitos maternos/100000 NV)	182	190
Taxa de natimortalidade com foco+ (nados mortos por 100000 NV)	256	255

Fonte: SIMP/MISAU

O processo de implementação das actividades ao nível provincial melhorou, particularmente no que diz respeito a Formação em Cuidados Obstétricos e Neonatais de Emergência, que já não necessitam de apoio de Médicos Obstetras e Pediatras de nível central para a sua realização. Contudo há ainda necessidade de supervisão dos cursos pelo nível central, sobretudo em relação aos pediatras, pois apesar de haver Médicos Pediatras em quase todas as províncias, com excepção de Maputo Província que não tem, apenas em 5 províncias Nampula, Zambézia, Sofala, Inhambane e Maputo Cidade, os Médicos Pediatras existentes reúnem habilidades para poderem realizar os cursos; nas restantes províncias a parte pediátrica é realizada por Médicos de Clínica Geral treinados.

Ainda no âmbito da implementação da estratégia e melhoria da qualidade dos serviços prestados a população, estão em funcionamento os comités de estudo de Mortes Maternas em todas as Províncias, que vão funcionando com algumas limitações e fragilidades, sobretudo por nem sempre ser possível ter mais de 1 Médico Obstetra para discussão. Outro aspecto

importante é que continua a existir grande discrepância entre os dados reportados ao SIS pelas DPS e as mortes maternas que ocorreram efectivamente nas principais unidades sanitárias, assim como em relação aos outros dados de saúde materna que não chegam atempados e completos para a elaboração dos relatórios.

De acordo com a informação que possuímos melhorou a notificação e procura activa dos casos de óbitos maternos nas unidades sanitárias, podendo isto reflectir num aumento da taxa de mortalidade materna institucional. Apesar de haver comités de mortes maternas e neonatais provinciais, continuamos a não ter em funcionamento um comité nacional de estudo e análise dos casos das mortes maternas e perinatais. Urge criar urgente o comité nacional, que dentre outras actividades deve elaborar o guião e lista de verificação para a discussão das mortes maternas e peri-natais para standardizar e orientar as discussões nas província.

Durante o ano a equipa de trabalho criada para promover acções com vista à integração e implementação do programa para a redução da transmissão vertical, desenvolveu acções pertinentes como a elaboração de fluxograma na abordagem integrada aos serviços de saúde materna, a biterapia profiláctica nos locais com condições para o efeito no momento e aconselhamento na opção “ Opt-out” – teste do HIV com direito a recusa, que embora não estejamos em condições de dar dados estatísticos apurados, nos locais onde ele é realizado, a percentagem de recusa ronda os 5% - maternidade do HCM.

Procedemos à expansão acelerada da PTV nas consultas pré-natais passando de 110 para 150 que oferecem PTV na consulta pré-natal, e introduzimos o programa nas maternidades, consulta pós parto, consultas de planeamento familiar e consultas da criança de risco.

Está finalizada a estratégia de comunicação em PTV, incluindo materiais de IEC. Realizaram-se treinos do pessoal na provisão de COEm (médicos de clínica geral, técnicos de medicina e cirurgia, agentes de medicina geral, enfermeiras de SMI de nível básico e médio) em todas as províncias. Realizaram-se 41 cursos de COEm, entre básicos e completos.

Foi elaborada a Política Nacional de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, como guia para orientação tanto para o SNS como para os parceiros, estando no seu rascunho definitivo, em correcção.

Foi levada a cabo auscultação pública para a revisão da lei do aborto, uma das principais causas contribuintes para a mortalidade materna.

A Conferência da União africana, ocorrida em Setembro em Maputo, sob o lema “ acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, trouxe-nos muitas lições aprendidas, que levaremos a todo o país, através da elaboração e edição de um livro com a síntese da conferência e transcrição dos trabalhos apresentados, que já está em curso, na fase de rascunho final, para ser submetido para apreciação e aprovação.

O sector elaborou igualmente o “Road Map” o roteiro de Moçambique para a redução da mortalidade materna e neonatal, que está na fase de revisão final para submissão à aprovação; processo que retardou a finalização da elaboração dos inquéritos para a avaliação das necessidades em Saúde Reprodutiva, prevendo-se a sua execução no primeiro semestre do próximo ano.

4.3.2 Saúde Infantil

As coberturas das consultas preventivas de 0-11 meses e dos 0-4 anos mantiveram-se estáveis quando comparadas a igual período do ano passado. As consultas 0-4 anos, mantém ainda aquém da meta estipulada para este ano.

Tabela 10 Cobertura de consultas preventivas de crianças com idade inferior a 5 anos Jan-Dez 2005/2006

Cobertura	2005	2006	Meta 2006
1 ^{as} consultas crianças 0-11M	100%	100%	98%
1 ^{as} consultas crianças 0-4 anos	41.8%	41.4%	72%

Fonte: SIMP/MISAU

Quanto a componente Atenção Integrada às Doenças da Infância (**AIDI**), **90%** das US oferecem serviços de atenção integrada às doenças da infância, tendo a meta anual de 80% sido ultrapassada.

Ao longo de 2006, foram realizados cursos de AIDI em todas as províncias e cerca de 400 profissionais de saúde foram treinados neste pacote.

Foram formados cerca de 100 profissionais de saúde em Cuidados Essenciais ao Recém-nascido (CERN). Paralelamente às formações foi distribuído material de formação e manuais de apoio para os cursos sobre Cuidados Essenciais ao Recém-nascido (CERN)

Mais de 40% dos Hospitais Rurais e Gerais cumprem com as normas Nacionais de tratamento da doença grave na infância. A meta anual de 80% não foi atingida.

Outras actividades realizadas durante o período em análise foram: a elaboração do Protocolo de Investigação sobre o RN na Comunidade e a actualização de manuais de AIDI. O manual sobre Atenção a Criança Sadia e de Risco está na fase final de revisão. Durante o período em análise foi finalizado o documento sobre a Política de Saúde Neonatal e Infantil e iniciou-se o processo de elaboração do Plano de Acção para a Melhoria da Qualidade dos Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva e Saúde Infantil.

4.3.3 Programa Alargado de Vacinações PAV

Durante o período em análise registou-se uma cobertura integral em todas as componentes (**tab.11**).

Tabela 11 Cobertura vacinal de crianças menores de 1ano de Jan-Nov 2005/2006

	2005	2006	Meta 2006
BCG	100%	100%	98%
VAS	83.2%	100%	98%
DPT/Anti-Pólio HB(3ª)	83.6%	100%	95%

Fonte: SIMP/MISAU

Registou-se também uma melhoria da quebra vacinal de **11.8%** (DPT1/DPT3 em 2005) passou para **9.1%** em 2006, sugestivo de melhoria na planificação e organização das actividades do PAV.

A melhoria da rede de cadeia de frio, associada a melhoria do fornecimento de vacinas e material de vacinação e a alocação de meios de transporte, actuaram sinergicamente para o aumento das coberturas vacinais em 2006.

Decorreu de 11 a 15 de Dezembro de 2006 a primeira volta da Campanha de Vacinação anti-tetânica em 15 distritos considerados de alto risco para tétano materno e neonatal das províncias de Cabo Delgado (Balama e Muedas), Nampula (Malema, Mogovolas e Nacala Velhas), Zambézia (Alto-Molocue, Chinde, Lugela, Maganja da Costa, Milange, Morrumbala e Pebane), Tete (Changara) e Manica (Manica e Mossurize), tendo como grupo alvo mulheres em idade fértil (15-49 anos). A taxa de cobertura da campanha foi de **94.2%**.

4.3.4 Saúde Oral

Foi realizada a Reunião Nacional de Saúde Oral para a actualização da política nacional formando grupos de trabalho de biosegurança, saúde oral na saúde escolar, educação e promoção da saúde oral, sub-sistema de registo e notificação da saúde oral, formação pré-graduada, formação de assistentes dentários e por fim o grupo de logística; foi dado um significativo avanço na elaboração de normas para a correcta implementação das componentes acima citadas.

Para a melhoria da qualidade na prestação de serviços, foi adquirido equipamento incluindo 70 cadeiras de Estomatologia e 20 aparelhos de Rx.

Com a inclusão dos Enfermeiros e Agentes de Medicina Geral capacitados na extracção dentária e Tratamento Restaurativo Atraumático que se encontram a trabalhar nos diversos distritos do País, a cobertura dos distritos com serviços de estomatologia, passou dos **60%** para **83%**.

4.3.5 Saúde Escolar e do Adolescente

Concernente a **componente Escolar**, foram realizadas várias actividades no âmbito do pacote básico de serviços, sendo de salientar a Vacinação Anti-Tetânica abrangendo 98% de escolas do EP 1 e o Programa de desparasitação.

Foram vacinadas crianças em 671 escolas do EP1 de um total de 8.535 escolas do país. Num total de **977.406** alunos matriculados na 1ª classe foram vacinados **444702** (1ª dose), o que corresponde a uma Taxa de Cobertura 45.4%. Dos 467.204 alunos matriculados na 2ª classe, foram vacinados 274089 (2ª dose) perfazendo 58.6% de cobertura.

Tabela 12 Cobertura de VAT Estudantes Jan-Nov 2006

Classes	Total de alunos matriculados	Alunos vacinados	Cobertura
1ª	977406	444702(1ª dose)	45.4%
2ª	467204	274089	58.6%
total	1444610	718781	44.2%

Fonte: Dados do programa SEA, MISAU, 2006

No âmbito do programa de desparasitação, embora o sector não disponha de dados nacionais de prestação destes serviços aos escolares, 270.290 alunos de 66 escolas do EP1 de uma das províncias (Inhambane) onde esta componente do pacote básico está mais desenvolvida, beneficiaram-se do mesmo.

Também e no concernente à implementação do pacote básico, dos 440.573 alunos observados em exames médicos, 17976 foram detectados com problemas nos diferentes serviços oferecidos (saúde oral, saúde mental e avaliação da acuidade visual e auditiva).

Foram realizadas reuniões com os intervenientes do programa (Oftalmologia, Otorinolaringologia, Medicina e Reabilitação Física) para definição de conteúdos a serem incluídos nos curricula de formação de professores nos IMAP's e CFPP bem como a sua monitoria, como forma de se criarem condições de base para a implementação do pacote básico de saúde escolar nas províncias.

Os módulos de formação em saúde escolar já foram revistos, testados e distribuídos durante as formações. Conteúdos de saúde já foram introduzidos no curriculum básico do aluno da 1ª a 7ª classes.

Em todo o país e ainda no âmbito da formação, 299 formadores, dentre os quais gestores de programas de Saúde e de Educação foram formados em matéria de saúde escolar incluindo em primeiros socorros. Estes formadores, capacitaram um total de 544 professores das províncias de Nampula, Zambézia, Manica e Inhambane.

Foi produzido e aprovado o Kit de 1º socorros e medicamentos estando em curso o processo de aquisição de 1000 kits.

Foram adquiridas e distribuídas a todas as províncias 1000 tabelas optométricas para as escolas do EP1, bem como elaborado o guião de utilização das mesmas.

No que se refere à Estratégia de Saúde Escolar, já foi feita a nível nacional uma análise situacional da implementação da componente de Saúde Escolar, como base para a revisão.

Na **componente Adolescente**, as actividades de expansão dos Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens (SAAJ) constituíram uma das acções prioritárias. No período em análise, foram implantados um total de 46 SAAJ, totalizando 179 que representa 92% da meta de 50 SAAJ previstos implantar no decurso deste ano. No concernente à meta global

cumulativa de 200 SAAJ em 2006, PEN SIDA, 2004-2008, obtivemos um cumprimento de 89%.

No concernente à expansão dos SAAJ, 87 distritos das províncias de Maputo e Maputo Cidade, Gaza, Sofala, Tete, Inhambane, Zambézia, Cabo Delgado e Manica, foram cobertos, representando 89% de cumprimento. Em Niassa e Nampula, cobriu-se somente com estes serviços 18% dos distritos, tendo Niassa participado com 25% dos distritos. A necessidade de implantação multisectorial como base para a criação de demanda para estes serviços, foi em certa medida responsável por este incumprimento em Niassa.

O desenvolvimento de capacidade institucional é pedra basilar para a expansão, melhoria de qualidade e sustentabilidade das intervenções do programa. É assim que no âmbito do processo formativo, foi feito o treino de 26 formadores e 51 provedores dos SAAJ em Aconselhamento e Testagem do HIV na perspectiva de implantação desta componente em 40 SAAJ. Está em processo de finalização o Manual de Formação de Formadores e o de Provedores em AT para os SAAJ, bem como o guião operacional. No âmbito geral do programa, um total de 280 provedores foram formados em Saúde Sexual e Reprodutiva para Adolescentes e Jovens/ITS/HIV/SIDA.

Foi realizada a certificação multisectorial de qualidade de 103 formadores, tendo sido certificados 48 formadores da Saúde, Educação e Juventude. Destes, procedeu-se ao treino de 40 em novas temáticas - Álcool e outras drogas(AOD), sexo intergeracional e transaccional, Violência baseada no género e no manejo de adolescentes e jovens vivendo com HIV e SIDA.

Está em curso o processo de certificação de qualidade dos SAAJ. Os instrumentos já foram adequados à realidade do País aguardando validação para posterior aplicação.

Foi elaborada a Política e Estratégia para a Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens, tendo esta sido incluída na Política de Saúde Reprodutiva em fase de elaboração.

No concernente à procura de serviços e acesso de adolescentes e jovens aos SAAJs e apesar dos dados se referirem somente a 3 trimestres e da crítica questão de recursos humanos para o atendimento nestes serviços, atendemos em 2006, um total de 147.129, sendo 70.312 novos utentes. Será esperado atender cerca de 197.000 adolescentes e jovens até ao final de 2006, ou seja 78% do esperado, se se mantiverem as condições actuais incluindo ritmo de provisão e volume de atendimento.

4.3.6 Saúde Mental

Com vista a expansão da cobertura de serviços de psiquiatria e de cuidados de saúde mental foram colocados 30 técnicos médios de psiquiatria e saúde mental recém formados que irão reforçar as actividades do programa a nível de todas as províncias. A cobertura dos cuidados de psiquiatria e saúde mental aumentou, mais 21 novas unidades sanitárias em todo o país oferecem este serviços (20 distritos e o Hospital Militar de Nampula)

Foi disseminado o Plano Estratégico da Saúde Mental através da realização da Reunião

Nacional de Saúde Mental. Neste âmbito, foram elaborados planos de acção para diversas áreas de saúde mental, nomeadamente para a prevenção e controle da epilepsia, esquizofrenia e outras psicoses, para o atendimento à população necessitada, bem como para o controle do consumo de álcool, tabaco e drogas.

Foi elaborado e submetido ao Conselho Económico o Anteprojecto do Decreto que regulamenta o consumo de tabaco, para apreciação e posterior aprovação.

Foram aprovados os projectos de Centro de Reabilitação para tóxico dependentes e do Centro de Reabilitação Psicossocial, aguardando a elaboração do projecto arquitectónico.

A formação de recursos humanos na área de Saúde Mental é uma das apostas do sector. Perspectiva-se o início de três cursos em 2007 nomeadamente Curso médio de técnicos de psiquiatria e saúde mental, Cursos Superiores de Terapia Ocupacional e de Psicologia Clínica tendo sido elaborados os respectivos curricula em 2006.

4.3.7 Educação para Saúde Pública

Relativamente à informação, educação e comunicação, foi produzido o material de IEC para a prevenção da cólera e doenças diarreicas, tuberculose e HIV/SIDA.

No âmbito de formação foi realizado um curso sobre Metodologias de Comunicação dirigido a Formadores das Direcções Provinciais da Cidade de Maputo e da Zambézia. Está em processo a revisão dos curricula de formação do pessoal de saúde nas IdFs incluindo o de Agentes Comunitários de Saúde (APEs) tendo em vista a incorporação de matérias de IEC.

Concernente à produção e testagem de materiais de Educação Para a Saúde IEC, foram concluídos: cartazes, folhetos, álbuns seriados, textos sobre educação nutricional e higiene dos alimentos, cólera, tétano, trabalhando juntos para a saúde e para o TIP malária, entre outras acções. No período em análise, salienta-se a participação na criação do roteiro/filme sobre a lepra.

Foi revisto e reeditado o manual de Educação para saúde e educação nutricional.

4.3.8 Nutrição

A malnutrição está associada a 45% das mortes infanto-juvenis. Embora as taxas de malnutrição aguda grave permaneçam relativamente baixas (por volta de 5%), o HIV/SIDA é um factor altamente significativo no surgimento da malnutrição aguda grave nas crianças como nos adultos.

De acordo com a tabela 13, que apresenta as tendências nos últimos anos, pode-se observar que os índices de Baixo Peso à Nascimento e de Crescimento Insuficiente apresentam uma descida bastante lenta ao longo dos anos.

Tabela 13 Indicadores de Vigilância Nutricional

Ano	Baixo Peso à Nascimento	Crescimento Insuficiente
2003	10.1	6.4
2004	9.7	6.0
2005	10.5	5.7
2006*	11.5	6.0

* Dados até Setembro de 2006

Fonte: Nutrição/DNS/MISAU

O valor limite para o Baixo Peso à Nascimento é 7,0% e para o Crescimento Insuficiente é 16,0%. Valores acima destes limites são considerados como Situação Grave e Situação Alarmante respectivamente.

Em 2006 o sector saúde na área de nutrição teve como principais áreas de intervenção a vigilância nutricional, dietética, reabilitação nutricional, segurança alimentar e suplementação com a Vitamina A.

Está em curso a implementação do pacote nutricional básico em todas as unidades sanitárias do país, com vista a promover o estado nutricional da população incluindo a prevenção e tratamento das carências e deficiências em micro nutrientes e de outras doenças nutricionais, em particular nas crianças e mulheres grávidas. Neste âmbito, teve início o processo de aquisição de cápsulas de Iodo pela CMAM para a suplementação de crianças e das mulheres em idade fértil para as províncias de Niassa, Nampula e Zambézia consideradas provinciais com deficiência moderada e suplementação com Vitamina A à crianças e mulheres pós-parto.

Tabela: 14 Cobertura de Suplementação com Cápsulas de Vit A

Vitamina A	Ano	
	2005	2006
Criança 6 – 59 meses	60,66 %	39,28 %*
Pós-parto	50,0 %	28,47 %*

* Excepto Zambézia e Nampula

Fonte: Nutrição/DNS/MISAU

Principais razões que possam ter contribuído para as baixas coberturas registadas no presente ano em relação as coberturas da suplementação em crianças dos 6 a 59 meses:

Fraca qualidade dos dados, devido ao mau lançamento no novo banco de dados e mau preenchimento de novas fichas de registo diário (onde muitos trabalhadores ainda enfrentam dificuldades no registo), utilização de projecções diferentes do Censo populacional entre o MISAU e Províncias, rotura de stock (má distribuição de cápsulas durante a campanha de vacinação em 2005, fez com que houvesse rotura de stock no primeiro trimestre), falta de conhecimento do uso da Vitamina A usada para tratamento (Vit.A dos Kits) em casos de rotura por parte de alguns colegas e entre outros como, as distâncias que a população deve percorrer para chegar ao Centros de Saúde e o facto das mães só levarem a criança à consulta

da criança sadia até completar o calendário vacinal aos 9 meses. Deve-se notar contudo que os dados de rotina de 2005 não estão completos, reflectindo apenas os 3 primeiros trimestres.

Foram formados **1663** técnicos de saúde em 297 Unidades Sanitárias, sobre o Pacote Nutricional Básico tanto a nível central como provincial. Foram também formados formadores e Agentes Comunitários de Saúde sobre o programa de expansão estratégia de suplementação da vitamina A na comunidade em todas as províncias.

Foi elaborada e aguarda a aprovação a Política Nacional da Alimentação Infantil.

Introduziu-se a nível de todas as províncias (2 distritos/província) a actividade de Oficinas Culinárias nas Comunidades.

Teve início a Suplementação com Plumpy Nut em 05 províncias do país: Maputo Cidade (1º de Maio e HCM), Gaza (HPXai-Xai), Tete (HPT, Moatize, Angonia), Sofala (HCB) e Cabo-Delgado (HPP).

4.4 Saúde Ambiental

As actividades de saúde ambiental incidiram nos sectores de higiene pública, higiene e segurança alimentar e na unidade de banco de dados.

Quanto ao sector de águas e saneamento, é de realçar a definição da Estratégia sobre a Água e Saneamento e elaboração da Estratégia sobre o Saneamento do Meio para o Sector da Saúde (ainda em curso).

Ainda no capítulo de saúde pública, foram realizadas inspecções a empresas do ramo alimentar incluindo as de engarrafamento de águas. Como consequência das inspecções realizadas algumas viram suas actividades interrompidas por não observarem as condições higiénicas e sanitárias mínimas para operar.

A sanidade internacional é uma área largamente discutida na arena do sector saúde. No âmbito da preparação do país para uma possível eclosão da gripe das aves foi revisto o regulamento Internacional da Saúde (aguarda aprovação) de modo a adequá-lo a situação contextual do país. Foi elaborado o plano Nacional de Contingência para a gripe das aves, foram preparados documentos normativos sobre a Gripe das aves para as fronteiras e foi formado pessoal em todas as Províncias

Em coordenação com o Ministério para a Coordenação de Acção Ambiental, foi realizado um trabalho conjunto com vista a remover insecticidas obsoletos que se encontravam armazenados no Centro de Abastecimento do Ministério da Saúde.

Actividades de desenvolvimento da unidade de banco de dados tiveram lugar, tendo sido produzidas e distribuídas fichas de registo dos dados de saúde ambiental. Foi também produzida uma ficha/questionário sobre o saneamento do meio que servirá de base para a elaboração de normas/directrizes sobre o saneamento do meio.

Em 2006 decorreu um seminário para a discussão da proposta da Estratégia sobre a gestão do lixo hospitalar.

4.5 Grandes endemias

4.5.1 Malária

O sector preconiza como estratégia integrada de controlo da malária o uso de redes mosquiteiras impregnadas e a Pulverização Intra-domiciliária. As províncias de Gaza, Inhambane, Tete, Zambézia e Cabo Delgado têm actualmente projectos bem estabelecidos de distribuição de redes mosquiteiras às mulheres grávidas através das consultas pré-natais e às crianças menores de 5 anos. No período o projecto estendeu-se para as províncias de Nampula e Niassa. A pulverização foi realizada em todos os distritos previamente seleccionados de todas as províncias, com 91% de cobertura (casas pulverizadas). Com a expansão para o distrito da Manhiça (primeira ronda) bem como no município da Matola e Maputo, a pulverização domiciliária residual atingiu a cobertura de 34% da população.

Acções de controlo larval tiveram lugar nas províncias de Maputo, Gaza e Inhambane.

O ano de 2006 foi marcado pelo início da profilaxia da malária na gravidez (tratamento intermitente preventivo) a nível nacional, tendo sido feita formação do pessoal de saúde sobre a matéria.

4.5.2 Plano de Combate ITS/HIV/SIDA

No concernente ao aumento do acesso ao tratamento com ARV e das doenças oportunistas, até ao final do ano foram abertos mais 120 sítios perfazendo actualmente 150 locais oferecendo o tratamento ARV dos quais 32 oferecem TARV pediátrico.

Foram abertos entre outros os seguintes lugares:

Niassa: HR Cuamba, e CS de Mandimba, Mecanhelas, Metarica e Metangula.

Cabo Delgado: HR Montepuez, CS de Chiure, Ancuabe, Namuno e Balama.

Nampula: HR Namapa, HR Angoche, Hosp Militar de Nampula, HR Monapo, CS Marrere, e CS de Marrere, Moma e Ribauè.

Zambézia: HR Milange, HR Alto Molocua, HD Maganja da Costa, e CS de Nicoadala, Ile, Mopeia, Morrumbala, Namacurra, Pebane, Namarroi, Inhassunge, Lugela, Chinde e Gilé.

Tete: HR Mutarara, HR Songo, e CS de Chitima, Changara, Domue, Muthemba Nº 1,2,3,4, Mange, Tsangamo, Fingoe.

Manica: CS de Gondola, Sussundenga, Guro, 1º de Maio, Macossa, Nhacolo e Chilobe.

Sofala: HR Marromeu, HR Buzi, HR Muxungue, CS de Mangunde, Dondo, Caia, Ponte Gea, Munhava, Gorongosa e Mafambisse.

Inhambane: HR Vilanculos, CS de Massinga, Inharrime, Inhassoro, Mabote, Quissico, Doane, Jangamo, Funhalouro, Morrumbene, Panda.

Gaza: HR Chibuto, HR Manjacaze, HR Chicumbane, CS de Xai-Xai, Chalucwane, Chicualacuala, Macia, Mavalane e Gija.

Maputo Província: CS de Ndlavela, Posto Policial, Machava II, Matola, Matutuine, Moamba, Magude, Marracuene, Boane, Namaacha.

Maputo Cidade: HG José Macamo, Hospital Militar.

Com o aumento do número de US's oferecendo TARV o número de pessoas beneficiando-se do mesmo aumentou para **44.100 dos 40.000 previstos no plano, sendo 58% mulheres e 6.11% crianças.**

Paralelamente à expansão dos serviços do TARV, Procedeu-se à elaboração, distribuição e implementação de fichas para recolha de dados nas diferentes componentes do programa.

Tendo em vista a actualização/capacitação do pessoal, foram organizados cursos de TARV adulto e pediátrico para Técnicos de Medicina e Médicos. Foi também realizado um curso de formação em organização das equipas integradas de TARV e a Reunião Nacional de HIV/SIDA/ITS.

Foi aberto um laboratório Biomolecular (CD4) em Sofala (Beira).

Relativamente aos locais de testagem para o HIV, o período em análise foi marcado por uma mudança na abordagem dos utentes. A nova estratégia visa a oferecer um atendimento mais integral aos utentes e reduzir o problema de estigmatização dos mesmos. De momento está em curso o processo de preparação de guiões e manuais para o arranque da implantação de ATS (Atendimento e Testagem em Saúde) com nova abordagem, bem como o início da implantação dos ATS's .

Em relação à Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, verificou-se uma expansão destes serviços. O PES/2006 previa o aumento de serviços de PTV para 110 unidades sanitárias até finais de 2006. Até o final do terceiro trimestre 150 US ofereciam os serviços de PTV, tendo já sido ultrapassada a meta para este ano. Nestas US, foram atendidas 162276 mulheres grávidas (primeiras consultas pré-natais), das quais 115256 (71%) aceitaram fazer o teste de HIV após aconselhamento e 17190 (14,9%) tiveram resultado positivo.

Em relação à profilaxia antiretroviral, o PES-2006 previa que até finais de 2006 16,000 mulheres grávidas seropositivas recebessem a profilaxia. No período em análise, 10763 grávidas seropositivas receberam a profilaxia o que corresponde a um índice de cumprimento de 67.27% (dados de 3 trimestres) e 9284 crianças filhas de mães seropositivas que receberam profilaxia.

Tabela 15 Indicadores do PTV Jan-Set 2005/2006

Indicadores	Jan-Set 2005	Jan-Set 2006	Meta 2006	Índice Cump
US com PTV	91	150	110	136%
Mulheres HIV+	14781	17190	-	-
Mulheres HIV+ que receberam profilaxia ARV	9430	10763	16,000	67%
Crianças expostas que receberam profilaxia ARV	7922	9284	-	-

Fonte: DNS/MISAU

4.5.3 Programa Nacional de Combate a tuberculose e lepra

Durante o período em análise, os principais indicadores de processo de impacto do programa melhoraram, apesar de ainda se encontrarem aquém do recomendado pela OMS. A OMS recomenda que através da estratégia DOTS, sejam detectados pelo menos 70% de casos novos com baciloscopia positiva esperados e que sejam tratados com sucesso pelo menos 85% dos casos detectados.

De Janeiro a Setembro de 2006 a **taxa de despiste** para todas as formas de tuberculose foi de **29.2%**, estando muito aquém da meta anual apesar de estarem em falta os dados do 4º trimestre. Esta situação poderá eventualmente ser colmatada pela expansão do DOTS até a comunidade. Por outro lado, em 2005, a taxa de cura situou-se em **78.9%** estando próxima das metas internacionalmente fixadas. A taxa de abandono do tratamento tuberculostático foi de 5% em 2005 e a taxa de óbitos por tuberculose foi 7%.

É de referir que a estratégia DOTS comunitário foi desenvolvida ao longo de 2006. A segunda fase do processo de implementação do DOTS comunitário é o levantamento das condições existentes a nível provincial para o efeito bem como a formação de voluntários.

De reiterar que os casos de tuberculose só são avaliados ao fim de um ano, em relação a 2006 apenas dado dos primeiros 3 trimestres estão disponíveis. No período em análise foram notificados **26873 casos de tuberculose** em todo o país. Os **casos BK+** constituem a forma mais frequente de casos detectados correspondendo a **50.4%** de todos casos notificados. Em ordem decrescente de frequência seguem-se os casos **BK-** (**29.8%**) e finalmente os casos de **tuberculose extrapulmonar** correspondendo a **12.5%**. A tendência crescente de casos novos de todas as formas de tuberculose e agravada pela prevalência do HIV/SIDA.

De referir que as regiões Centro e Sul, onde a prevalência do HIV é muito elevada, foram as que maior número de casos notificaram (33% e 48.2% do total de casos respectivamente). De realçar que as províncias Maputo Cidade e Sofala notificaram cerca de metade dos casos de todo o país.

Tabela 16 Casos novos de tuberculose no período de 2001-2006

Casos novos de tuberculose 2001-2006*				
Ano	TP BK+	TP BK-	TBE	Total de casos
2001	13967	4738	2337	22636
2002	15236	6224	2936	26117
2003	16138	7847	3441	29107
2004	16998	8758	3930	31514
2005	17877	9184	4771	3378
2006*	13569	8022	3370	26873

Fonte: PNCTL-MISAU

*dados de Janeiro Setembro

Considerando que a avaliação dos resultados de tratamento da tuberculose é feita cerca de 9 a 12 meses depois do início de tratamento, os resultados referentes a 2006 só estarão disponíveis em 2007.

Com vista a melhorar o diagnóstico e tratamento da tuberculose, foram realizados cursos clínicos sobre a tuberculose, HIV, e lepra nas províncias de Nampula, Sofala e Inhambane. Visitas de supervisão foram também realizadas às províncias de Maputo, Gaza, Sofala, Tete, Manica e Nampula.

No âmbito da melhoria da gestão do PNCTL, fez-se a revisão e impressão de Manuais, impressos e fichas do PNCTL faltando ainda a revisão do Guião e Manual de fichas de TB/HIV.

4.6 Cuidados Assistências

Ao longo de 2006, as actividades do sector incidiram no apetrechamento das unidades sanitárias com recursos materiais e humanos.

Com vista a melhorar o funcionamento do sistema de referência, foram alocadas em cinco províncias, doze ambulâncias respectivamente: Manica (2), Zambézia (3), Nampula (3), DPS Niassa (2) e DPS Cabo Delgado (2). Foram compradas e distribuídas camas em 3 províncias e 5.000 colchões para as unidades sanitárias de todas as províncias.

Para a melhoria do apetrechamento e equipamento das unidades sanitárias para o melhor desempenho das suas funções, foi adquirido material cirúrgico nomeadamente: mesas operatórias, aparelhos de anestesia, aspiradores e electrocoaguladores, que será distribuído por 20 hospitais (3HCs, 7 HP e 10 HR). Foi distribuída roupa em todas as USs do país para os doentes, pessoal técnico e pessoal de apoio. Está em curso a distribuição de 8 aparelhos de radiologia aos Hospitais Provinciais de Pemba, Quelimane, Chimoio, Inhambane, Tete, Xai-Xai, e aos H Rurais de Mutarara e Songo.

Foi igualmente comprado e distribuído material médico-cirúrgico para as áreas prioritárias.

Para melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços hospitalares, foram actualizadas as Normas de organização e funcionamento de serviços nos Hospitais. Foi definido o quadro tipo de pessoal para cada nível de US.

Ainda no mesmo âmbito Directores do Hospitais Centrais, Provinciais, Gerais e 10 Rurais beneficiaram-se de um curso de Direcção e Gestão Hospitalar. Foi elaborado o Guião do Plano Director para os Hospitais Provinciais e Rurais.

Foi elaborado guião para avaliação de satisfação do utente nas US.

Foi elaborada a matriz com actividades concretas para o início do processo de assistência médica e medicamentosa aos funcionários do Estado.

Os centros de transfusão foram apetrechados com a aquisição de cadeiras para os dadores de sangue. Foi realizada a revisão da Política Nacional de Transfusão de sangue que aguarda aprovação. Foram criados padrões de funcionamento dos bancos de sangue e realizada a revisão dos procedimentos operacionais.

No âmbito de expansão e harmonização da rede dos diferentes serviços diagnósticos foi montado um sistema de recepção e distribuição de reagentes e outros insumos de laboratório

para melhorar a sua gestão e foram elaboradas as listas de material, reagentes e equipamento para os laboratórios para o ano 2007.

Com vista a melhorar a qualidade e o acesso aos serviços especializados foram realizados cursos de actualização para Técnicos de Cirurgia da região centro e norte, para Técnicos de Anestesia, capacitação do pessoal dos Hospitais Provincial para Cirurgia de cataratas e por fim a capacitação em próteses dos membros inferiores aos Técnicos de Ortoprotesia de todas as províncias.

5. SISTEMAS DE APOIO À PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

5.1 Processos de Planificação e Gestão

Deu-se continuidade a revisão do PESS cuja a versão final deverá estar concluída no primeiro trimestre de 2007.

Decorreu de 11 a 13 de Setembro a Reunião Nacional de Reflexão sobre os Mecanismos de Monitoria e Avaliação com objectivo melhorar o fluxo e gestão de informação provincial, de modo a garantir a sua disponibilidade atempada para o processo de tomada da decisão.

Concernente à melhoria dos processos de planificação, de gestão, de aquisição, de distribuição e de utilização dos recursos, foi iniciado o processo de implementação do SISTAFE, reforçada a capacidade de procura e de aquisição dentro dos padrões e normas estabelecidos. Também, foi incrementado um sistema integrado de gestão financeira e contabilístico e de prestação de contas nos mesmos moldes, o que permitiu maior fluidez na alocação e disponibilidade atempada de fundos aos centros e sub-centros de custo.

5.2 Sistema de Informação para a Saúde

No âmbito da reestruturação do MISAU, está em curso a Reorientação e Organização do SIS, de forma a torna-lo mais integrativo e abrangente. Neste contexto, foi elaborado e aprovado o Plano de Reorientação Reorganização do SIS (ROAD MAP) que focaliza a sua atenção para a informação sobre o estado de saúde da população, a integração dos subsistemas, a preparação de formação de Técnicos de Estatística Sanitária e a reposição da fiabilidade dos dados, ao recrutamento de pessoal para dar vazão a demanda daquele órgão. A implementação do mesmo teve início no 2 semestre de 2006.

Foram realizados três seminários de formação e capacitação de técnicos de nível provincial e distrital no âmbito da introdução novas fichas de registo, recolha e processamento de dados do PAV (respectivamente zonas Norte, Centro e Sul).

No período em análise, foi feita a actualização e diversificação de informação dos assuntos e conteúdos do “site”, bem como a disseminação interna e externa da pagina WEB (www.misau.gov.mz).

Foram compilados e tabulados os indicadores que deverão constar no Anuário do INE 2005, e a publicação Moçambique em números.

Foi estendido o Modulo Básico para as províncias de Niassa, Gaza e Inhambane, deste modo o módulo básico foi instalado em todas DPS's e alguns distritos.

Ainda no âmbito do desenvolvimento e disseminação do Módulo Básico-SIS foi feita a programação/automatização de mais 2 fichas relativas ao Programa do HIV-SIDA

particularmente o PTV (*B17 para Maternidade e B14 para Consultas Pré-natais*) e a ficha H23 (*para Cuidados Domiciliários*).

Na área da tecnologia informática para além da actividade de rotina de suporte técnico da rede do sector, no período foi montado a rede “LAN” (rede local de Internet), no Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário e no Centro de Abastecimento de Artigos Médicos.

Estão em revisão e actualização os instrumentos de recolha de informação hospitalar.

Com o objectivo de harmonizar e uniformizar os métodos de trabalho, foi iniciado o processo de atribuição de cotas com base no Classificador da National Library of Medicine e os descritores em Ciências de Saúde. Esta actividade foi desenvolvida em coordenação com o Centro de Documentação do INS e integra-se no ***Plano de Reorientação e Reorganização do SIS***. Técnicos de Centro de Referência receberam capacitação em catalogação, classificação de documentos e lançamento da informação documental na Base de Dados WINISIS, de acordo com o classificador na ‘National Library of Medicine’ e os Descritores em Ciências de Saúde.

5.3 Recursos Humanos

Durante o período em análise, foram colocados 553 técnicos recém formados dos quais 38 médicos de clínica geral, 102 técnicos de saúde e 413 técnicos básicos, o que representa cerca de 66% das colocações previstas para todo ano. Igualmente foram nomeados 786 técnicos que vinham trabalhando em regime de contrato e recrutados 37 médicos estrangeiros de diferentes áreas de especialização.

As novas colocações e nomeações aumentaram o número total de pessoal nacional no Serviço Nacional de Saúde em cerca de 6.8% que conta neste momento com cerca de 24.042 trabalhadores dos quais 608 médicos nacionais.

5.3.1 Formação

Na área de **Formação**, ao longo do período em análise estiveram a decorrer 155 cursos de formação, com um total de 4.276 estudantes nos diferentes tipos de formação. Foram iniciadas formações em pós-graduação de 33 médicos, sendo Pediatria (4), Medicina (4) interna, Cirurgia Geral (2), Oftalmologia (1), em Ginecologia e Obstetrícia (4), Urologia (1), Medicina Familiar e Comunitária (4), Ortopedia e Traumatologia (2), Infecçologia (1), Oncologia (1), Otorrinolaringologia (1), Imagiologia (1), Anestesiologia(1), Anatomia Patológica (1), Genética Clínica(1), Dermatologia e Venereologia (2) e Medicina Legal (2).

No mesmo período, completaram a formação em pós-graduação 23 médicos especialistas nas áreas, de: Medicina Física e Reabilitação (2), Imagiologia (1), Ginecologia e Obstetrícia (2) e Medicina Interna (1), Cardiologia (3), Cirurgia Geral (1), Urologia (1), Pediatria (5), Otorrinolaringologia (1), Oftalmologia (1), Pneumologia (1), Neurologia (1), Dermatologia e Venereologia (1) e Anestesiologia (2) que corresponde a 143.7% do previsto (16). Nas outras categorias profissionais foram formados 24 técnicos especializados, 715 técnicos de nível médio e 592 técnicos de nível básico, o correspondente a 91.5% das formações previstas (1454).

Foi elaborado e iniciou a implementação do Plano de Formação acelerada em resposta as necessidades crescentes de pessoal de saúde agravadas pelo problema do HIV, tendo sido

iniciado mais de 36 cursos.

Em resumo, iniciaram em todas IdFs 79 cursos com um total de 2.250 formandos, sendo 750 do nível médio e 1500 do nível básico. No nível superior iniciaram 4 cursos com 136 formandos.

5.4 Medicamentos

Durante o período em análise, foi elaborado o Caderno de Encargos Modelo específico para a aquisição de medicamentos e suprimentos médicos.

Foi elaborado o Formulário Nacional de Medicamentos e foi aberto um concurso para a sua edição.

Foi lançado Concurso Internacional limitado (LCB) destinado ao aprovisionamento de medicamentos da Via Clássica, kits do PME, material médico-cirúrgico, vacinas e seringas, produtos para os Bancos de sangue, Imagiologia e Radiologia.

Foi igualmente lançado o Concurso Internacional Aberto (ICB) com vista a conferir maior transparência e competitividade na aquisição de insecticidas e Material de pulverização Intra domiciliar.

Foi feita a distribuição de kits de PME e de medicamentos de via clássica atendendo os níveis de distribuição e de prescrição. No segundo trimestre registaram-se frequentes problemas de ruptura de stock de medicamentos. Esta situação foi superada com a chegada de grandes quantidades de medicamentos, atravessando o sector neste momento uma fase de estabilidade de stocks. Alguns itens para médicos especialistas (colocados nos níveis terciário e quaternário) do SNS e os novos antimaláricos tiveram distribuição dirigida.

O sector fez a distribuição dos Anti-RetroVirais para todas as Unidades Sanitárias que oferecem Serviços TARV às pessoas que vivem com o HIV/SIDA. O volume de trabalho aumentou no corrente semestre, com a expansão das unidades que oferecem TARV de 35 para 48 (37%).contando ainda com 10 depósitos provinciais. Foi descentralizado o stock de ARV para o Armazém Central da Beira, permitindo deste modo uma maior eficiência na distribuição para a zona centro.

De modo a uma maior eficiência na distribuição o sector descentalizou o stock de ARVs para o Armazém Central da Beira, onde se prevê o maior aumento do número de pacientes em Terapêutica, bem como de Unidades Sanitárias que oferecem estes serviços.

Ainda no âmbito do programa de prevenção e tratamento do HIV/SIDA, compraram-se reagentes para CD4.

5.5 Género

No período em análise foi dada continuidade das actividades de capacitação dos recursos humanos em género e saúde. Neste âmbito foram realizadas formações em matéria de género e HIV/SIDA, violência doméstica aos membros da U.Género, formação do grupo de planificadores do MISAU (GTPO) em orçamentação na óptica de género.

Deu-se continuidade as discussões com os médicos especialistas e gestores com vista à criação de um pacote de serviços integrados para as vítimas de violência.

Foi feita a produção de materiais didácticos sobre género e saúde destinados aos trabalhadores de saúde ao nível de prestação de serviços.

Foram iniciadas discussões com a Faculdade de Medicina com vista à introdução de género nos curricula.

Foram revistos os termos de referência para a contratação de um técnico para revisão dos curricula dos CF e ICS com vista a inclusão da abordagem de género.

Foi iniciado o desenho do programa de inclusão do homem nos serviços de saúde reprodutiva.

Foi reiniciado o programa prático de inclusão da abordagem de género nos cuidados de saúde primários nos distritos de Mocuba e Morrumbala.

5.6 Reformas do Sector

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

Durante o período em análise foi finalizado o novo Decreto Presidencial com o Mandato, Objectivos e Funções do MISAU (aguardando aprovação).

Foi elaborada a primeira versão da Carta dos Direitos e dos Deveres dos Utentes das Unidades Sanitárias.

Foi elaborada a Estratégia Anti-corrupção.

6. INVESTIGAÇÃO

Com o objectivo de promover e garantir difusão e correcta utilização dos achados da investigação, o sector realizou o estudo sobre mecanismos eficazes de divulgação dos resultados de pesquisa, incluindo a utilização da página WEB do MISAU.

O sector realizou ainda estudos que incidiram nas áreas da malária, meningite, doenças virais e parasitoses e HIV/SIDA. No âmbito da realização de estudos sobre o HIV/SIDA evidencia-se a conclusão da fase piloto do “Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre HIV/SIDA”. Neste momento encontra-se em fase de finalização dos instrumentos de recolha de dados tanto da componente quantitativa como da qualitativa do estudo, bem como a elaboração da estratégia de mobilização.

Quanto a pesquisa em Plantas Medicinais e Medicina Tradicional está em curso o estudo fitoquímico para a determinação quantitativa de artemisinina presente nas folhas de *Artemisia annua* híbrida cultivada no País.

Foi igualmente estudada a área de Sistemas de Saúde, tendo sido desenhados os protocolos de pesquisa formativa sobre “Neonatal Survival” (em colaboração com a OMS), de “Métodos Inovativos de Financiamento para acesso acelerado ao TARV, cuidados e prevenção em relação ao HIV/SIDA.

O sector participou no desenho do protocolo sobre custo-eficácia de intervenções para

aumentar a aderência ao TARV.

Foi instalado o Laboratório de Microbiologia no âmbito do ensaio clínico do produto cubano candidato à vacina da cólera.

Foi realizada a etapa de mobilização do Inquérito Nacional de Mapeamento da Filaríase Linfática.

7. EXECUÇÃO ORÇAMENTAL E FLUXO DE FUNDOS

A implementação e consolidação do SISTAFE foi uma prioridade para 2006, de acordo com o plano de acção apresentado pela UTRESP como parte do processo de reestruturação dos sectores prioritários no âmbito do PARPA.

Desde 1 de Julho de 2006 o e-SISTAFE está sendo implementado no sector da saúde, apesar de algumas limitações.

Neste momento, o sector dispõe do apoio de dois aplicativos informáticos de gestão e tanto o e-SISTAFE como o SysDAG funcionam no apoio na componente financeira, sendo que o e-SISTAFE se estende ainda no apoio ao nível das Províncias.

Na área de Logística foi reforçada a capacidade de aquisição e acelerados os processos de gestão, compra e distribuição de materiais e equipamento, tendo-se dado início a várias acções que visaram a melhoria das condições de armazenagem dos bens adquiridos e implementados mecanismos de segurança. Uma atenção especial foi dada na obtenção de uma boa coordenação entre as diferentes unidades, programas, províncias e distritos que têm responsabilidades nesta área.

Foram melhoradas as condições de acesso e reduzida a iniquidade referente às unidades e incrementados os processos de recepção, armazenamento e distribuição do material médico-cirúrgico, bens vitais, equipamento, tendo-se trabalhado de forma mais incisiva sobre o próprio processo de importação.

Relativamente à refuncionalização dos armazéns regionais nas províncias de Nampula e Sofala, foram restabelecidas novas prioridades que deixaram de fora esta acção, o mesmo sucedendo à criação de estruturas funcionais para a regionalização das importações.

7.1 Execução do OE e Fundos Comuns

O presente capítulo faz um balanço resumido e preliminar da execução orçamental e financeira de 2006 das principais fontes de financiamento dos órgãos centrais e instituições subordinadas, designadamente, Orçamento do Estado (OE) nas componentes de Funcionamento (Gastos Correntes) e de Investimento - componente interna (OI), Fundo Comum de Medicamentos e Suprimentos Médicos (FCMSM) e do Fundo Comum Geral (PROSAÚDE) e do Fundo Comum Provincial (FCP).

Decorrente das fontes de financiamento acima, os Órgãos Centrais funcionaram com uma dotação disponível de **3.621.612 milhares de Meticais**, distribuída em **879.181 milhares de Meticais** relativo ao Orçamento de Funcionamento (OF), **65.132 milhares de Meticais** do Orçamento de Investimento (componente interna), **1.329.645 milhares de Meticais** do

PROSAÚDE, **813.064 milhares de Meticais** do FCMSM e **534.490 milhares de Meticais** do FCP.

A execução global foi de **3.258.738 milhares de Meticais**, repartida em **864.705 milhares de Meticais** relativos ao OF, **64.935 milhares de Meticais** do OI, **1.298.072 milhares de Meticais** do PROSAÚDE, **543.070 milhares de Meticais** do FCMSM e **487.957 milhares de Meticais** do FCP.

7.2 Disponibilidade de Recursos Financeiros

Com efeito, ao longo do ano houve disponibilidade global de fundos no valor de **3.537.676 milhares de Meticais**, equivalente a **98%** da dotação actual prevista.. Destes recursos financeiros cerca de **337.695 milhares de Meticais** transitaram de 2005 do PROSAÚDE.. Nota positiva vai para o nível de desembolsos do OE que correspondeu a 98,5% da dotação disponível para o MISAU.

O grau de absorção global dos recursos financeiros foi de **90%**. Os níveis de execução financeira e orçamental de 2006 são historicamente os mais elevados dos últimos três anos (*em anexo uma tabela resumo da execução do OE e outra dos Fundos Comuns*).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aquando da elaboração do presente balanço a informação do mês de Dezembro, em particular das províncias não se encontrava ainda totalmente disponível. Este facto condicionou a elaboração do relatório. Deste modo na análise da informação contida neste balanço é importante ter sempre em conta este detalhe.

O ano de 2006 foi caracterizado por uma certa estabilização do desempenho do sector e, em algumas áreas, por uma progressiva evolução das actividades graças ao dinamismo na reposição da rede sanitária e na afectação de mais recursos.

O volume global das actividades realizadas aumentou em todas as componentes. Regista-se uma diminuição dos desequilíbrios na utilização dos serviços.

O padrão da doença no global, foi similar ao do ano passado com excepção do sarampo que se caracterizou por um decréscimo acentuado. Em relação a cólera a ocorrência de surtos nas províncias do centro e norte alterou substancialmente o número de casos registados.

Os problemas nutricionais continuam a ser um problema de saúde da população. O HIV/SIDA tem sido um factor altamente significativo no surgimento da malnutrição aguda grave nas crianças como nos adultos.

Ainda em relação ao estado de saúde da população destaca-se de forma preocupante a alta prevalência do HIV, que está agora estimado em 16.2% nos adultos de 15-49 anos e a crescente tendência de casos de ITS.

O aumento do número de casos de tuberculose, muitas vezes associado ao HIV, é também

preocupante, apesar da melhoria da taxa de cura.

As coberturas do PAV e do SMI são encorajadores, tendo a maior parte das metas alcançadas e algumas ultrapassadas. As componentes partos institucionais e as primeiras consultas dos 0-4anos devem merecer uma análise mais profunda com vista a se reverter a sua constante tendência de a coberturas se manterem abaixo das metas estabelecidas

Prosseguiram acções com vista a aumentar o acesso ao tratamento ARV bem como das doenças oportunistas, até ao final de 2006 **44.100** pacientes estavam a beneficiar do tratamento ARV, dos quais 58% mulheres e 6.11% crianças. Estes valores também estão abaixo das meta estipuladas, sendo de recomendar estudos urgentes com vista a identificar os principais nos de estrangulamento do programa e possíveis soluções

Aumentou o número de técnicos com melhor qualificação – melhorando, portanto, a qualidade assistencial.

Neste período foi também expandida a prestação de cuidados de saúde através da introdução de cuidados especializados em alguns hospitais centrais e provinciais

Adicionalmente salienta-se a realização da primeira volta da Vacinação anti-tetânica nos distritos mais críticos.

É de realçar que os esforços realizados pelo MISAU para atingir níveis elevados de execução orçamental e financeira no ano de 2006 obtiveram êxito. Pretende-se que o mesmo ocorra nos próximos anos abrangendo o sector como um todo. O desafio que o sector enfrentará daqui por diante é o de melhorar cada vez mais a qualidade da execução orçamental.

Atenção especial deve ser dada a análise dos indicadores do Quadro de Avaliação do Desempenho (QAD¹), utilizados para a avaliação do desempenho do governo por este e os parceiros internacionais. O sector saúde (com o CNCS) é avaliado utilizando 5 indicadores, cujas metas para 2006 e situação até o final de Novembro são apresentados na tabela 17.

Tabela 17 Situação dos Indicadores do QAD, Jan-Nov 2006

Indicador	Meta 2006	2006	Comentários
Cobertura DPT/HB-3 ^a dose	95%	100%	Meta atingida
Cobertura partos institucionais	50,1%	48.4%	Meta não atingida
Consultas por habitante	0.94	1	Meta atingida
Doentes em TARV	40.000	44100	Meta atingida
Grávidas HIV+ que receberam profilaxia	16.000	10763*	Meta não atingida

Fonte: DPC/MISAU

* dados de Jan- Set

Não obstante a informação disponível ser incompleta, perspectiva-se um incumprimento das metas de cobertura dos partos institucionais e da profilaxia com ARV as grávidas HIV+.

¹ Mais conhecido pelas siglas inglesas PAF: Performance Assessment Framework

Anexo 1

Resumo das principais intervenções por província.

Cabo Delgado – iniciou a reabilitação do HP de Pemba e HR de Montepuez, a reabilitação e ampliação do CS tipo 1 de Ocuca (Chiúre), a construção de 6 CS nos distritos de Konga (Nangade), Nquerete, Muege e Maveze (Chiúre), Muripa (Balama) e Natuco (Mecufi) e Intuição de Formação em Mocimboa da Praia.

CF de Mocimboa da Praia: Concluídos os concursos e contratos. Aguarda pagamento do adiantamento.

Niassa - continuaram as grandes obras iniciadas em 2005, nomeadamente a reabilitação e ampliação dos HP de Lichinga e Rural de Cuamba.

CF de Cuamba: iniciado e não concluído. Conclusão prevista para Abril de 2007.

Foram concluídos os CS de Mbemba (Sanga) e o CS de Mbamba (Mecula), bem como a maternidade do CS de Mecula. Foram construídas 19 casas para trabalhadores nas sedes distritais e algumas localidades.

Nampula – foram construídas 4 novas US, respectivamente CS de Quelelene (Agoche), CS de Gueri-Gueri (Nacala Velha), CS Kutua (Erati) e CS Xerete (Muecate) assim como a promoção de Postos de saúde para o CS Namacuana, (NPL distrito), Nacavala (Meconta) e Mecutamala (Mogovolas).

HG de Nacala: concluído todo o processo de concurso e contratos. Aguarda-se o pagamento do adiantamento para o início da obra previsto para Março de 2007.

Zambézia – foram construídos 4 CS, nomeadamente CS de Mecule Phalane, (Inhassunge), CS de Icidua e Micajune (Cidade de Quelimane) e CS de Socone (Ile) e reabilitadas 2 maternidades sendo a maternidade de Varela (Nicoadala) e Micaúni (Chinde) e construído PS de Jajo (Ile).

ICS de Quelimane: Concluído

Tete – foi concluída a residência geminada em Angónia/ Domué, a reabilitação do sistema de água em Chitima, o acabamento de 2 casas T2 e 3 em Chifundi - Luia e 3 casas T2 e Chiuta - Mange bem como a casa do Médico em Changara – sede.

HG Matundo: Deixou de fazer parte do plano.

Sofala – foram construídos 6 CS, 2 dos quais em substituição do PS de Neusa e Chupanga (Marromeu), nomeadamente CS de Danga e CS de Inhaveninga (Búsi), CS de Goe (Chemba) e CS de Ponta Gêa (Beira).

HG Manga: Deixou de fazer parte do plano.

Manica – foi concluída a construção do CS II de Garangua (Mussurize) e 1 casa para os trabalhadores.

Inhambane - não houve intervenções no âmbito da expansão da rede.

CF de Inhambane: concluída a 1ª fase.

Gaza – construído o CSU de Patrice Lumumba e CSR III de Mboi. Reabilitado o PS de Cubo e ampliado o edifício da DPS

Província de Maputo - foi construído 1 CS II Mulotana e reabilitados 2 CS II em Boane/Mulotana e Manhiça. Foi concluída a reabilitação do CS de Ressano Garcia. Foram construídas 2 casas de Mãe Espera.

HG da Matola: concluída a consultoria. Já foi apresentado o “Master Plan” que aguarda aprovação no MISAU. Início da obra prevista para Agosto de 2007.

ICS de Infulene: ainda em contratação de consultoria.

Cidade de Maputo – em fase final a construção do CS de Zimpeto com previsão de entrega em Abril de 2007

Anexo 2

Tabela 1 Resumo do OE'2006 no Nível Central do MISAU (informação preliminar)

valores em milhares de Meticais

descrição	Orçamento do Estado		Total Fundos - OE
	Funcionamento	Investimento	
Dotação Orçamental	913,946	67,327	981,273
Dotação Disponível <Incial>	822,552	60,594	883,146
Reprogramações/Libertação do Cativo	56,629	4,538	61,167
Disponível para o Nível Central <Final>	879,181	65,132	944,313
Desembolsos das Finanças em 2006	864,922	65,101	930,023
Disponibilidade no Ano	864,922	65,101	930,023
Gastos até 31/12/06	864,705	64,935	929,640
Saldos em 31Dez06 (e-f)	218	166	384
Compromissos			
Aquisição de Medicamentos (CMAM)	126,132		126,132
soma compromissos	126,132		126,132
Análise Orçamental sobre Dotação (g/a) (% - grau execução)	95%	96%	95%
Análise Orçamental sobre Disponível (g/d) (% - grau execução)	98%	100%	98%
Análise Financeira (g/f) (% - grau execução)	100%	100%	100%

Tabela 2 Resumo dos Fundos Comuns de 2006 no MISAU (informação preliminar)

valores em milhares de Meticais

descrição	Fundos Comuns			Total Fundos
	PROSAÚDE	FCP	FCMSM	
POA'06 <plano inicial>	1,192,043	534,590	813,064	2,539,697
Contribuições Adicionais	137,601			137,601
POA'06 <final> (1+2)	1,329,645	534,590	813,064	2,677,299
Saldos Transitados de 2005	337,695	174,146	2,690	514,531
Desembolsos dos Parceiros em 2006	960,377	356,358	776,387	2,093,122
Disponibilidade no Ano (4+5)	1,298,072	530,504	779,077	2,607,653
Gastos até 31/12/06	1,298,072	487,957	543,070	2,329,098
Saldos em 31Dez06 (6-7)		42,548	236,007	278,554
Compromissos				
Contratos em Execução (sem fundos alocados)	584,445			584,445
Cartas de Crédito <POA'06> (import. medicamentos e art. médicos)			232,424	232,424
soma compromissos	584,445		232,424	816,869
Análise Orçamental (7/3) (% - grau execução)	98%	91%	67%	87%
Análise Financeira (7/6) (% - grau execução)	100%	92%	70%	89%