



**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE**

**Departamento de Saúde da Comunidade  
Secção de Saúde Infantil**



**POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE NEONATAL E  
INFANTIL EM MOÇAMBIQUE**

*Dezembro de 2006*

## APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO

*É através do Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS) que o Ministério da Saúde (MISAU) define e partilha, de modo transparente, as suas políticas e grandes objectivos sectoriais. Portanto, o PESS constitui-se na principal referência para o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Neonatal e Infantil cujo objectivo é aumentar o acesso aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde das crianças de Moçambique.*

*Nos últimos anos têm sido feitos grandes esforços para aumentar a sobrevivência materna e infantil, verificando-se já alguns resultados motivadores. Contudo, as Taxas de Mortalidade Infantil e Infanto-juvenil permanecem ainda altas, em torno de 125/1000 e 178/1000, respectivamente. Cerca de 90% da mortalidade em menores de cinco anos é causada por malária, pneumonia, diarreia, sarampo, e causas neonatais (prematuridade, asfixia e sepsis neonatal). A malnutrição e a infecção por HIV/Sida são causas subjacentes que contribuem com aproximadamente 20% e 15% destas mortes, respectivamente.*

*Os níveis de mortalidade são agravados particularmente pela pobreza, educação materna inadequada, alta fertilidade, espaçamento de nascimentos inadequado e falta de abastecimento de água potável e saneamento.*

*Durante os períodos 1987-1997 e 1997-2003, a taxa de mortalidade em menores de cinco anos decresceu no País, mais nas áreas rurais que nas áreas urbanas. Apesar disto, cerca de uma em cada seis crianças morre anualmente antes dos cinco anos, o que coloca Moçambique na lista dos países do mundo com elevado número de mortes infantis.*

*É no contexto da realidade do país e nas actuais evidência, que comprovam a eficácia de intervenções para a redução da mortalidade em menores de cinco anos, que é elaborado este documento que define as linhas orientadoras e as directrizes para a promoção da saúde da criança e para a redução da mortalidade na infância.*

*Acredito pois, que este documento será um instrumento para o progresso das acções na área da saúde infantil, através da participação activa da comunidade, sectores relevantes, parceiros nacionais e internacionais e outros intervenientes chave, a fim de alcançar a meta estabelecida pelos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, relativamente à redução da mortalidade de crianças menores de cinco anos em dois terços entre 1990 e 2015.*

*Aproveito esta oportunidade para agradecer à todos os que, directa ou indirectamente, contribuíram para a formulação deste importante documento.*

Maputo, Dezembro de 2006

O Ministro da Saúde

Professor Paulo Ivo Garrido

## **AGRADECIMENTOS**

A Política Nacional de Saúde Neonatal e Infantil só foi possível ser elaborada graças a participação e colaboração técnica de várias instituições e parceiros num processo interactivo e participativo de imenso trabalho por parte de todos os intervenientes.

Assim, o Ministério da Saúde (MISAU) expressa sua sincera apreciação e gratidão a todos os intervenientes, em especial às DPS, parceiros e comunidade, pelas suas valiosas informações, ideias e sugestões, que validaram as áreas prioritárias da Política Nacional de Saúde Neonatal e Infantil.

Gostaríamos de agradecer em particular à Direcção Nacional de Saúde/DSC do MISAU e ao Grupo Técnico de Trabalho pela coordenação e dedicação demonstrada no processo de elaboração do presente documento.

Endereçamos um agradecimento especial à OMS, UNICEF, Save the Children/US, Projecto FORTE Saúde/USAID, e outros parceiros do MISAU por terem disponibilizado assistência técnica e financeira para elaboração deste documento.

## ÍNDICE

<b>APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO.....</b>	<b>2</b>
<b>AGRADECIMENTOS.....</b>	<b>3</b>
<b>LISTA DE ACRÓNIMOS.....</b>	<b>5</b>
<b>SUMÁRIO EXECUTIVO.....</b>	<b>7</b>
<b>1.- INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1.- PERFIL DO PAÍS.....</b>	<b>9</b>
1.1.1.- Situação geográfica de demográfica.....	9
1.1.2.- Situação sócio-económica.....	9
1.1.3.- Sistema Nacional de Saúde .....	10
<b>1.2.- ANÁLISE DA SITUAÇÃO.....</b>	<b>10</b>
1.2.1.- Perfil da Morbi-Mortalidade Neonatal e Infantil – Magnitude do Problema.....	11
<b>1.3.- FACTORES DETERMINANTES DE SAÚDE INFANTIL.....</b>	<b>15</b>
<b>1.4.- QUADRO LEGAL E COMPROMISSOS POLÍTICO E ADMINISTRATIVO.....</b>	<b>16</b>
1.4.1.- Declarações, convenções e compromissos políticos a nível Internacional, Regional e Nacional assumidos por Moçambique em protecção da saúde da criança.....	17
1.4.2.- Estratégias e Programas para a Saúde Neonatal e Infantil.....	19
<b>1.5.- SISTEMAS E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS.....</b>	<b>22</b>
<b>1.6.- ENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO.....</b>	<b>28</b>
<b>1.7.- INFORMAÇÃO, MONITORIA E AVALIAÇÃO.....</b>	<b>28</b>
<b>2.- PRINCIPAIS DESAFIOS E OPORTUNIDADES.....</b>	<b>31</b>
<b>3.- FINALIDADE, PRINCÍPIOS ORIENTADORES, OBJECTIVOS E METAS DA POLÍTICA.....</b>	<b>33</b>
<b>4.- ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÕES.....</b>	<b>36</b>
<b>5.- ASPECTOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA.....</b>	<b>44</b>
5.1.- Advocacia.....	45
5.2.- Priorização de intervenções.....	45
5.3.- Mobilização de recursos.....	45
5.4.- Monitoria e Avaliação.....	46
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>47</b>
<b>CONTRIBUIÇÃO.....</b>	<b>48</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1: Rede sanitária existente por níveis de atenção.....</b>	<b>24</b>
<b>Tabela 2: Médicos especialistas das áreas básicas por número de habitantes em 2005.....</b>	<b>25</b>

## LISTA DE ACRÓNIMOS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDI	Atenção Integrada das Doenças da Infância
APE	Agente Polivalente Elementar
ARV	Anti Retroviral
BES	Sistema Integrado de Vigilância de Doenças de Notificação Obrigatória.
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DAG	Direcção de Administração e Gestão
DEE	Departamento de Grandes Endemias
DFC	Doses Fixas Combinadas
DNS	Direcção Nacional de Saúde
DNPO	Direcção Nacional de Planificação e Orçamento
DNV	Dias Nacionais de Vacinação
DOTs	Tratamento com Observação Directa
DRH	Departamento de Recursos Humanos
DSC	Departamento de Saúde da Comunidade
DTS	Doenças de Transmissão Sexual
EP1	Escola Primária do 1º grau
EP2	Escola Primária do 2º grau
ESDEM	Base de Dados de Estatísticas Sócio-Demográfica Económicas de Moçambique.
ESMI	Enfermeira de Saúde Materno Infantil
IMC	Índice de massa corporal
INS	Instituto Nacional de Saúde
GAV	Grupo de Análise de Vulnerabilidade SETSAN
GIVS	Visão e Estratégia da Imunização
HCM	Hospital Central de Maputo
Hib	Hemophilus tipo b
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
HP	Hospital Provincial
IDS	Inquérito Demográfico de Saúde
IEC	Informação, Educação e Comunicação
INE	Instituto Nacional de Estatística
IRA	Infecções Respiratórias Agudas
MDM	Metas de Desenvolvimento do Milénio
MEC	Ministério de Educação e Cultura
MMAS	Ministério da Mulher e Acção Social
MISAU	Ministério da Saúde
MI	Ministério do Interior
MM	Mortalidade Materna
MT	Ministério do Trabalho
NEPAD	Nova Parceria para o Desenvolvimento de África
NV	Nados Vivos
NVP	Niverapina
ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
PACOV	Plano de Acção para as Crianças Órfãs e Vulneráveis
PNAC	Plano Nacional de Acção para a Criança
PARPA	Plano de Acção de Redução da Pobreza Absoluta
PAV	Programa Alargado de Vacinação
PEN	Plano Estratégico Nacional
PENC-SIDA	Plano Estratégico Nacional de Combate ao SIDA
PESS	Plano Estratégico do Sector Saúde
PIB	Produto Interno Bruto

PME	Programa de Medicamentos Essenciais
PNS	Política Nacional de Saúde
PNCM	Programa Nacional de Controlo da Malária
PNCL	Programa Nacional de Controlo da Lepra
PNCT	Programa Nacional de Controlo da Tuberculose
PNI	Programa Nacional Integrado
PSNI	Política de Saúde Neonatal e Infantil
PT	Parteira Tradicional
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
RED	Alcançar Cada Distrito
RN	Recém Nascido
SADC	Organização dos Países em Desenvolvimento da África Austral
SETSAN	Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutrição
SI	Saúde Infantil
SIMP	Sistema Integrado de Monitorização e Planificação
SNI	Saúde Neonatal e Infantil
SIS	Sistema de Informação de Saúde
SMI	Saúde Materno-Infantil
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SR	Saúde Reprodutiva
SRO	Solução de Rehidratação Oral
SWAP	Abordagem Sectorial Alargada
TARV	Tratamento Antiretroviral
TMM	Taxa de Mortalidade Materna
TMNN	Taxa de Mortalidade Neonatal
TPIi	Tratamento Preventivo Intermitente na infância
TRO	Terapia de Rehidratação Oral
TB	Tuberculose
UA	União Africana
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
US	Unidade Sanitária
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
VAT	Vacina anti-tetânica

## **SUMÁRIO EXECUTIVO**

A Política Nacional de Saúde Neonatal e Infantil (SNI) tem como finalidade assegurar o direito à saúde e alcançar pleno potencial para todas as Crianças Moçambicanas. Esta política foi definida tendo como princípio o respeito e cometimento com os Direitos da Criança, o direito à saúde, a continuidade dos cuidados de saúde a todos os níveis, a garantia da equidade, a integralidade e a base nas actuais evidências científicas e no perfil epidemiológico da população.

A Política de SNI está formulada e harmonizada de forma integrada com as Directivas do Governo para o Sector Saúde, Políticas e Estratégias Nacionais dos diferentes programas relacionados com a saúde da criança, tendo como objectivo geral a promoção da saúde dos recém-nascidos e crianças, assim como a redução da mortalidade infanto-juvenil em Moçambique, com vista ao alcance das Metas do Desenvolvimento do Milénio (MDM).

O documento da política marca a transição da prática de programas verticais centralizados, para uma abordagem integrada e abrangente com a disponibilização de serviços de saúde neonatal e infantil a todos os níveis, dentro de uma ampla estruturação do sector saúde, com a garantia dos direitos fundamentais da criança Moçambicana.

A implementação da política deve resultar no aumento do acesso aos serviços de SNI de qualidade, a todos os níveis. É importante considerar, no processo de operacionalização das intervenções, o contexto nacional da política sócio-económica, na redução da pobreza, no reforço do sistema de saúde, na gestão dos serviços de saúde neonatais e infantis, respeitando sempre os princípios orientadores.

A Secção de Saúde Infantil do MISAU é responsável pela integração e coordenação multisectorial para assegurar o impacto sobre os factores determinantes que afectam decisivamente a saúde das crianças.

A Política de SNI almeja assegurar as intervenções estratégicas para a provisão de serviços de qualidade a nível da comunidade, na atenção primária e nas instituições de referência sob a liderança e gestão das Direcções de Saúde nos órgãos centrais, provinciais e distritais. É também imperativo a monitoria e avaliação da implementação desta política a todos os níveis para assegurar a implementação de acordo com o plano definido de modo a alcançar melhores resultados.



## 1- INTRODUÇÃO

### 1.1.- PERFIL DO PAÍS

#### 1.1.1- Situação geográfica e demográfica

Moçambique está localizado na Região Austral de África. Com uma área de 752,614 Km<sup>2</sup>, está limitado a norte pela Tanzânia, a noroeste pelo Malawi, a sudoeste pelo Zimbabwe, África do Sul e Swazilândia e é banhado a leste pelo Oceano Índico, em toda a extensão da sua costa de 2470 Km. está dividido em 11 províncias: no Norte, encontram-se as províncias do Niassa, Cabo Delgado e Nampula, no Centro, Zambézia, Tete, Manica e Sofala e no Sul, Inhambane, Gaza, Maputo e Maputo Cidade.

A população estimada para 2006 é de 19,7 milhões de habitantes dos quais 48% são de sexo masculino e 52% do sexo feminino, com uma taxa de crescimento anual de 2,4% (*INE, Projeções Anuais da População por Província, 1997-2010*). A sua estrutura demográfica é característica de um país em desenvolvimento, sendo a sua pirâmide demográfica de base muito larga e achatada no topo (*IDS, 1997*). Cerca de 40% da população é menor de 15 anos de idade, e 16,6% está abaixo de 5 anos de idade. As pessoas em idade reprodutiva (15-49 anos) constituem cerca de 49% da população (*IDS, 2003*).

A densidade populacional média é de 20 habitantes/Km<sup>2</sup> e cerca de 75% da população reside nas zonas rurais (*IDS, 2003*). A esperança de vida ao nascer está a diminuir, com a epidemia do HIV/SIDA, estando actualmente em cerca de 46,7 anos (*Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano, 2005*).

#### 1.1.2.- Situação sócio-económica

O país é um dos mais pobres no mundo, está no 168º lugar de 177 países da lista do Índice de Desenvolvimento Humano. O PIB per capita de Moçambique foi estimado pelo Banco Mundial em 310 USD em 2006. O crescimento do PIB foi estimado em cerca de 9,2% entre 2000 e 2004 (*INE*).

No ano 2005, cerca de 50,9% da população vivia na pobreza absoluta e 64% das famílias vivem em insegurança alimentar (*Relatório de Desenvolvimento Humano, 2005*). O intuito de reduzir a pobreza de 70% em 1997 para menos de 60% em 2005 e até 50% em 2010 constitui um grande desafio para Moçambique.

A principal fonte de crescimento económico é agricultura, que de uma forma cíclica tem sido afectado pelas calamidades naturais devido principalmente as mudanças climáticas. A taxa de alfabetização de adultos em 2004 era de 47.2%, sendo de 33.8% registado para as mulheres (*Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano, 2005*).

### **1.1.3.- Sistema Nacional de Saúde**

Em Moçambique, os serviços de saúde são prestados em postos de saúde, e centros de saúde, (1º nível); hospitais rurais e distritais (2º nível); hospitais gerais e provinciais (3º nível), e hospitais centrais (4º nível).

A rede sanitária é constituída por cerca de 1250 US, o que faz uma US por 15.000 habitantes, cifra ainda muito longe da meta do PARPA que é de 1US para 10.000 habitantes. Destas US apenas 3% são constituídas por hospitais e tem capacidade de resolver problemas complexos.

A restante população é coberta pela: medicina tradicional, parteiras tradicionais, agentes comunitários de saúde e agentes polivalentes elementares em número exíguo. Uma pequena parte da população é coberta pela medicina privada que se concentra principalmente nas grandes cidades.

As parteiras tradicionais são treinadas em cuidados imediatos ao RN, para reconhecer os sinais de perigo nas mulheres grávidas e nos RN de modo a referir os pacientes para as US.

## **1.2.- ANÁLISE DA SITUAÇÃO**

Tomando em conta o conceito amplo de saúde, preconizado pela OMS, que implica, não apenas na ausência de doenças, mas no estado de completo bem-estar físico, mental e social, podemos considerar que, apesar dos avanços registados, a garantia da saúde das crianças constitui-se ainda um grande desafio para Moçambique.

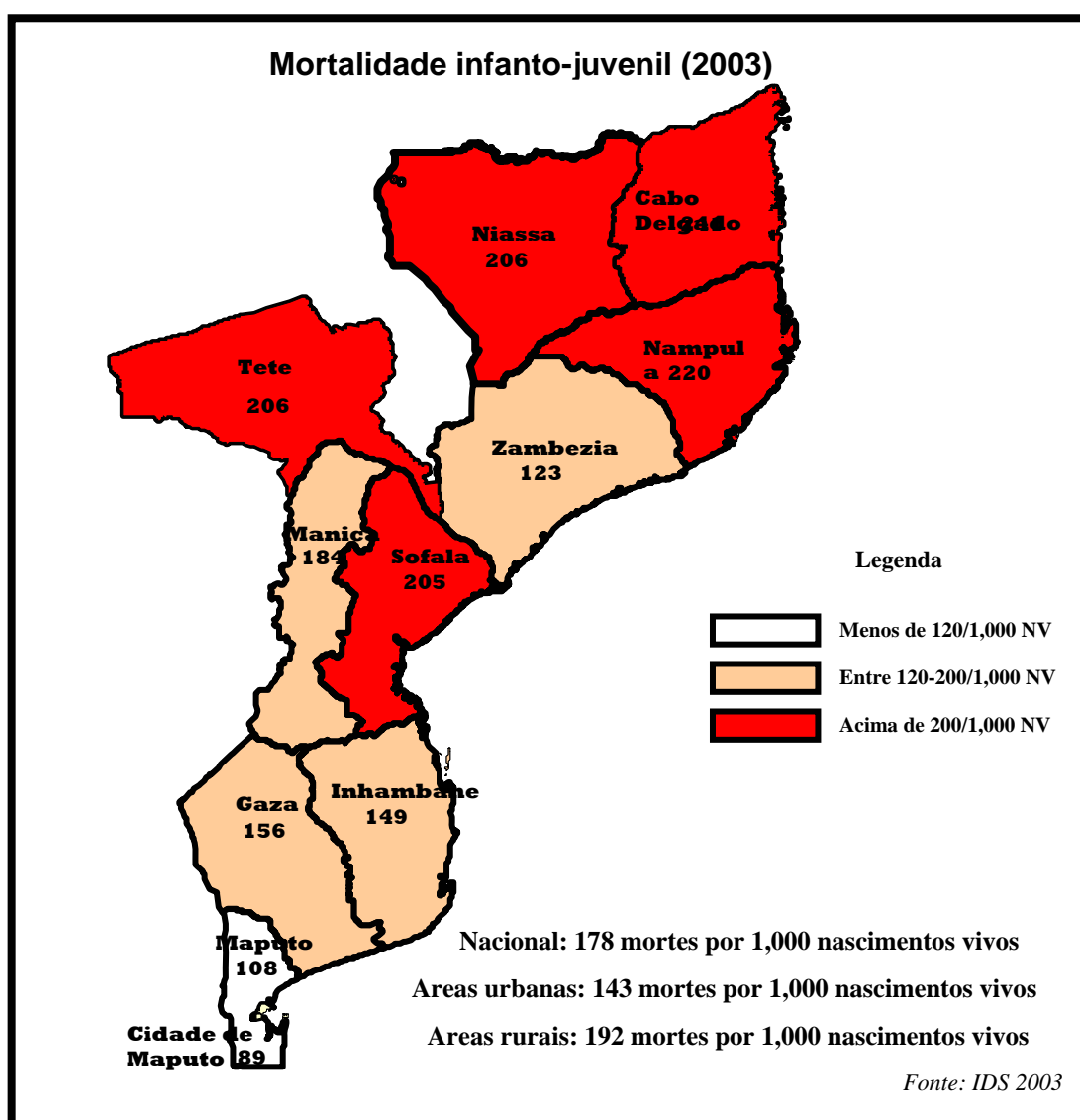
Nas últimas décadas, tem se registado, no país, uma redução contínua das taxas de mortalidade neonatal, infantil e infanto-juvenil, contudo, essas taxas continuam ainda bastante altas. De acordo com o IDS de 2003, a taxa de mortalidade neonatal é de 48 por 1000 NV, a de mortalidade infantil de 125 por 1000 NV e a de mortalidade infanto-juvenil de 178 por 1000 NV. Notam-se também grandes disparidades nessas taxas

entre as províncias, sendo as províncias da Região norte as que apresentam taxas mais elevadas.

Apesar da limitação de dados sobre a mortalidade neonatal, infantil, infanto-juvenil, bem como de crianças mais velhas, na comunidade, há indicações que ela deve-se em parte à rede sanitária insuficiente e ao fraco sistema de referência. Tem-se sentido necessidade de conhecer melhor a situação de saúde das crianças até aos 10 anos, as principais causas de morbilidade e os problemas sócio-psicológicos que afectam essas crianças.

### 1.2.1.-Perfil da Morbi-Mortalidade Neonatal e Infantil – Magnitude do Problema

O conceito de acesso universal aos cuidados de saúde, compromisso internacional assumido pelo governo, requer a prestação de cuidados de saúde efectivos a todos que o necessitem. Do ponto de vista da população, isto implica na utilização de serviços de saúde efectivos pelos que deles necessitam.



Na Região Africana, tem se registado por dia 1,2 milhões de mortes neonatais. Destas 50% ocorrem nas primeiras 24h de vida e 75% na primeira semana de vida. A mortalidade infantil tem como principais causas a pneumonia, malária, diarreia e desnutrição. É importante notar que mais de 50% do manejo de casos ocorrem fora do sistema de saúde e muitas vezes por automedicação, e que cerca de 50 -70% das mortes infantis ocorrem sem contacto com a US.

A situação em Moçambique não difere da que é observada na Região Africana. As principais doenças que afectam as crianças, menores de 5 anos, são atribuídas em geral a causas preveníveis e incluem: malária, IRA, diarreia, sarampo, anemia, meningite, parasitoses intestinais, tuberculose, malnutrição e HIV/Sida.

No que diz respeito ao recém-nascido as principais causas de morbi-mortalidade neste grupo são: prematuridade/baixo peso ao nascer, asfixia, sepsis, pneumonia, HIV/Sida, malária, diarreia, sífilis e outras infecções congénitas. Estima-se que por cada 100 bebés que nascem, 4 a 5 morrem nos primeiros 28 dias de vida. Sendo que a maioria dessas mortes ocorrem nos primeiros 7 dias de vida. A mortalidade neonatal representa 40 % da mortalidade em menores de 5 anos no país.

Contribuem para essas mortes, para além de outros factores, a baixa cobertura de parto institucional que é de 48% (IDS 2003), a baixa qualidade das consultas pré-natais e a baixa cobertura das consultas pós natal.

Cabe ressaltar que a taxa de mortalidade materna tem apresentado uma importante redução nos últimos anos sendo registada pelo IDS de 2003 em 408/100,000NV. Observa-se durante o mesmo período um decréscimo na TMNN.

### **Doenças que mais afectam as crianças**

**Tétano neonatal:** Segundo IDS 2003, em 2004 foram reportados 13 casos de tétano neonatal contra 24 em 2003.

As crianças com mais de um ano morrem principalmente por malária, infecções respiratórias agudas (IRA), sarampo, desnutrição, HIV/Sida e doenças diarreicas.

**Malária:** é primeira causa de morbidade e mortalidade em crianças no país, responsável por 40% de todas as consultas externas, 60% dos internamentos nas enfermarias de pediatria e 30% de todos os óbitos hospitalares. A prevalência no grupo etário de 2 à 9 anos de idade varia de 40 a 80%, com 90% de crianças menores de 5 anos infectadas, em algumas áreas do país.

A utilização das redes mosquiteiras ainda é fraca. O IDS 2003 indicou que, apesar de 18% das mulheres com crianças possuírem uma rede mosquiteira, apenas 13% destas e 10% das crianças estavam a usá-la.

**IRAs:** estão entre as causas que lideram a mortalidade infantil em Moçambique, sendo a pneumonia a infecção mais séria. De acordo com o IDS, 2003, cerca de 10% de crianças moçambicanas menores de 5 anos tiveram sintomatologia de IRA nas 2 semanas que antecederam a pesquisa, sendo o grupo etário dos 6 -11 meses o mais afectado (39%). A avaliação do AIDI nas unidades sanitárias de 2005 constatou que apenas 26.8% das crianças com classificação de pneumonia tinham recebido o antibiótico apropriado.

**Sarampo:** é outra causa de mortalidade infantil, contudo, nota-se um decréscimo considerável dos casos notificados, tendo consequentemente a incidência passado de 38 casos/100000hab. para menos de 1caso/100000 em 2006. A letalidade por sarampo (indicador de qualidade) também tende a decrescer tendo sido inferior a 0.1, comparando com 3 mortes/1,000 casos em 2004 (*MISAU/DEE, 2005*).

**Desnutrição:** as causas, são complexas e interligadas ao aporte nutricional insuficiente e/ou inadequado e às infecções entre as quais o HIV. Dados do IDS 2003, mostraram que cerca de 41% das crianças moçambicanas menores de 5 anos de idade sofriam de desnutrição crónica, e que não havia uma melhoria da situação entre 1997 e 2003. A taxa de baixo peso à nascença, passou de 10.5% em 2005 para 11.8% em 2006. A taxa de crescimento insuficiente passou de 5.7% em 2005 para 6.2% no primeiro semestre (*Balanço do PES 2006* ). O aleitamento materno exclusivo até os 6 meses é de 30% e, embora a introdução da alimentação complementar seja recomendada depois do sexto mês, cerca de 22% das crianças menores de 6 meses recebem outras comidas além do leite do peito (*IDS 2003*). Ainda relacionado com a desnutrição incluem-se as deficiências de micronutrientes em particular o iodo, ferro e vitamina A.

**HIV/SIDA:** com uma prevalência nacional de HIV estimada em 16,2%, Moçambique situa-se entre os 10 países mais afectados da região. Estima-se que cerca de 25% dos infectados sejam crianças dos 0 a 4 anos. Destas, a maior parte contraem a infecção através da transmissão da mãe para o filho, cuja taxa está estimada em 25% (*UNICEF/ Grupo Técnico Multisectorial de Luta contra HIV/SIDA, 2004*). Estima-se que cerca de 99.000 crianças abaixo dos 5 anos vivam com HIV/Sida em 2006. O número de novas infecções aumentou de 23.400 no ano 2000, para 37.300 em 2006, representando cerca de 102 novas infecções por dia (*Programa PTV/DNS/MISAU*).

**Diarreia:** afecta frequentemente crianças maiores de 6 meses, altura em que é introduzida a alimentação complementar. O grupo etário dos 6-11 meses é o mais afectado (27%), seguindo-se o dos 11-23 meses com 23% (*MISAU/DEE, 2005*). O uso de fontes de água potável é a nível nacional de 36,6, enquanto o uso de latrinas melhoradas de 48,3% (*IDS 2003*).

Apesar da utilização da TRO ser largamente divulgada quer com pacotes de SRO que são distribuídos em todas as US do país, quer em preparação de misturas caseiras, só 49% das crianças procuraram tratamento numa US e entre estas, apenas 49% receberam SRO (*IDS 2003*).

### **Outras doenças que afectam as crianças**

Em Moçambique a tuberculose e a lepra constituem séria ameaça à saúde pública, fazendo o país parte das nações mais afectadas por estas doenças a nível mundial.

**Lepra:** a nível do continente africano, Moçambique ocupa o 1º lugar, com uma taxa de prevalência de cerca de 2/10.000 hab. Em todo o país existem casos de Lepra, mas são as regiões norte e centro, regiões onde vive cerca de 60% da população afectada do país (*MISAU/PNCL, 2006*). Dentro de um esforço global que está sendo feito em colaboração com a OMS, o PNCL desenvolveu uma nova estratégia de modo a reduzir o actual nível da doença, tendo como meta atingir a taxa de prevalência de um caso por dez mil habitantes a nível , até ao final ano 2008. No país, das 3.961 pessoas em tratamento, cerca de 4,7% são crianças.

**Tuberculose:** a tuberculose infantil representa cerca de 10 a 15% de todos os casos de TB existentes no país (*MISAU/PNCT, 2006*). O PNCT divulgou fluxogramas baseados

em critérios clínicos (incluindo a observação da curva de peso no cartão de saúde da criança) para a TB pulmonar e extrapulmonar, e para o teste de tuberculina (e suas limitações) de forma a facilitar o diagnóstico. Formulações para o tratamento da TB infantil em DFC (doses fixas combinadas) serão introduzidas o que irá facilitar a introdução do DOTs comunitário. Está prevista para breve a distribuição, pelo país, do Guião baseado nas recomendações da OMS sobre a TB infantil.

### **1.3.- FACTORES DETERMINANTES DE SAÚDE INFANTIL**

Os determinantes de saúde da criança constituem uma interacção complexa entre vários factores directos e indirectos, que combinados podem afectar o estado de saúde das crianças. Entre os determinantes principais da saúde de criança destacam-se os seguintes:

**Factores económicos:** estão principalmente relacionados com a pobreza uma vez que esta contribui também para o fraco acesso aos serviços de saúde, à educação e a falta de capacidade monetária para pagar os serviços e/ou medicamentos.

**Factores sócio-culturais:** incluem a inequidade ao acesso dos serviços sociais, ao baixo nível de educação das mães e as inadequadas práticas familiares no cuidado das crianças. Os factores culturais principalmente ligados ao género tem uma grande influência na morbimortalidade neonatal e infantil em Moçambique.

**Factores ligados ao género:** devido as expectativas sociais à volta do género, práticas e tradições culturais alguns pais e/ou tutores não consideram que a educação seja apropriada para as crianças do sexo feminino. Outras razões frequentes para ausência das crianças do sexo feminino nas escolas são os casamentos precoces e a gravidez. O fraco poder de decisão das mães faz com que estas não procurem os serviços de saúde atempadamente

**Factores nutricionais:** O estado nutricional das mães está relacionado com o estado de saúde da criança e tem repercussão sobre o parto e o baixo peso ao nascer. concorrendo para a malnutrição infantil. 8.6% das mulheres apresentavam um IMC < 18.5 (*IDS 2003*). Ciclos viciosos de ciclo vicioso de malnutrição-infecção influenciam o bom crescimento e desenvolvimento cognitivo da criança.

**Factores ambientais:** Em Moçambique, a maior parte o ambiente doméstico está abaixo do considerado apropriado para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança sendo os acidentes domésticos (como ingestão de petróleo e queimaduras com líquidos caseiros) relativamente frequentes contudo, raramente reportados.

**Mortalidade materna, educação materna e pobreza:** A mortalidade materna afecta principalmente a sobrevivência das crianças. Por outro lado, em Moçambique, cerca de 68% das mulheres adultas são analfabetas o que tem influência nos hábitos culturais concorrendo para práticas nocivas e prejudiciais a saúde das crianças.

**Crianças órfãos e vulneráveis:** Segundo o INE, estima-se que, em 2005, cerca de 1.600.000 de crianças (0-17 anos) tornaram-se órfãs e vulneráveis sendo que 20% destas devido a pandemia de HIV/Sida. Cada vez menos famílias conseguem garantir a permanência destas crianças na escola, sendo as meninas geralmente são as primeiras a serem retiradas para aumentar o rendimento familiar. Muitos órfãos são susceptíveis de trabalhar em situações de exploração, de serem estigmatizados, correndo risco de serem traficados, sujeitos à violência, abuso e negligência ou forçados a viverem nas ruas das zonas urbanas (*PACOVs/2006-2010*).

**Violência contra as crianças:** Um relatório recente do MI mostrou que cerca de 2250 crianças foram vítimas de diferentes formas de violência em 2005. O tráfico de crianças é também é uma preocupação crescente. Um inquérito efectuado pelo MT em 1999/2000 indicou que a prostituição infantil era uma das pior formas de trabalho. Muitos factores contribuem para violência, entre os quais a pobreza, a desigualdade de género e a instabilidade familiar. O relatório do governo sobre a implementação da Convenção dos Direitos da Criança (2001), revelou que em Moçambique existem crianças com menos de 10 anos de idade exploradas sexualmente com fins comerciais.

#### **1.4.- QUADRO LEGAL E COMPROMISSOS POLÍTICO E ADMINISTRATIVO**

Criada após a independência (1976) a Política Nacional de Saúde (PNS) assenta na provisão de Cuidados de Saúde Primários (CSP) onde as mulheres e crianças são uma prioridade no contexto da vulnerabilidade.

Em 1978, na sequência da declaração da Conferência de Alma Ata, Moçambique reorienta os serviços de saúde para os CSP, com ênfase nos Programas de Saúde Materna e Infantil, PAV e Planeamento Familiar, actividades de Vigilância e Controlo da



Higiene e Saneamento do meio ambiente. Foi estabelecida a gratuidade dos serviços dirigidos à mulher grávida e a criança.

Apesar dos vários planos e estratégias em relação à sobrevivência infantil, não existe um plano integrado e abrangente sob o aspecto da sobrevivência infantil ou desenvolvimento, considerando a ligação, por exemplo, entre saúde, nutrição, água e educação. Contudo, o PARPA II (aprovado em 2005) reconhece a importância desta ligação e inclui estratégias de colaboração mais estreitas entre os vários sectores.

Em 2001, o MISAU desenvolveu o PESS para 2001-2005-2010, e em 2005, as Directivas da Política Nacional de Saúde, com o objectivo de providenciar um plano estratégico e visão do sector saúde. Um aspecto importante desta política foi a definição de metas para a sobrevivência da criança e desenvolvimento, tendo em conta os ODMs.

Além das políticas do sector saúde há um grande número de planos estratégicos sectoriais, tais como o Plano Estratégico para as ITS e HIV/SIDA, 2004, Plano Estratégico da Malária (actualizado 2006), Plano Nacional do PAV (actualizado 2006-2009), Estratégia de Nutrição (aprovada em 2006) e Plano Operacional.

#### **1.4.1.- Declarações, convenções e compromissos políticos a nível Internacional, Regional e Nacional assumidos por Moçambique em protecção da saúde da criança.**

##### **Instrumentos internacionais**

- ← Declaração Universal de Direitos Humanos, Dezembro de 1948, Moçambique.
- ← Declaração de Direitos da Criança, Assembleia-geral 1959, Moçambique 1979.
- ← Convenção sobre os Direitos da Criança (CRC), Assembleia-geral das NU 1989, Moçambique 1994.
- ← Convenção sobre a proibição e acções imediatas para a eliminação de todas as formas de trabalho infantil, Moçambique 2003.
- ← Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação racial (CERD), Moçambique 1983.
- ← Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher (CEDAW), Moçambique 1997.
- ← Declaração de Ottawa sobre o direito de cuidados de saúde da criança, Moçambique 1998;

- ⇐ Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, Protecção e Desenvolvimento da Criança e Plano de acção para década 90, Moçambique, 1990.
- ⇐ Programa de Acção do Cairo (1994) sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos.
- ⇐ Declaração do Milénio sobre as Metas Globais para o Desenvolvimento - MDM, Moçambique 2000.

### **Instrumentos Regionais**

- ⇐ Carta Africana sobre a População e Direitos Humanos de 1981, União Africana (UA), Moçambique 2003.
- ⇐ Carta Africana sobre os Direitos e Bem-estar da Criança (UA) 1990, Moçambique, 1998.
- ⇐ Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI), foi aprovada em 1999 pelo Comité Regional Africano da OMS, como a principal estratégia para a sobrevivência das crianças e a redução da elevada taxa de mortalidade infantil na Região.
- ⇐ Protocolo sobre a Saúde da Comunidade para o desenvolvimento da Africa Austral , Mocambique 2000.
- ⇐ Estrategia para Saúde - NEPAD
- ⇐ Declaração de Maseru Sobre o Combate ao HIV/SIDA (SADC) de 2000, Moçambique.
- ⇐ Declaração da UA sobre a Estratégia de Sobrevivência infantil, Moçambique, 2005.
- ⇐ Roteiro para aceleração da redução da mortalidade materna e neonatal, MISAU, 2006
- ⇐ Declaração de Abuja, 2000.

### **Instrumentos Nacionais**

- ⇐ Constituição da República, 2004 (artigo 47, 89, 116, 120).
- ⇐ Directivas de Política para o Sector Saúde, 2006.
- ⇐ Plano Quinquenal do Governo (PQG) 2005-2009.
- ⇐ Plano de Redução da Pobreza (PARPA II) 2005-2009.
- ⇐ Plano Estratégico Nacional (PEN) II de Combate ao HIV/SIDA 2005-2009.
- ⇐ Plano de Nacional de Acção para a criança (PNAC) 2006-2010.
- ⇐ Plano Estratégico para o Sector Saúde (PESS 2005-2010).

← Plano Estratégico Nacional (PEN) do sector saúde de Combate ao HIV/SIDA 2004-2008.

## **1.4.2.- Estratégias e Programas para a Saúde Neonatal e Infantil**

### **Saúde Reprodutiva**

Em 2000, foi elaborada e implementada a Estratégia para a Redução da Morbimortalidade Materna e Perinatal e seu respectivo plano de operacionalização, seguido em 2003, que esta sendo implementado. Em 2004 inicia a Estratégia Nacional de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV (PTV). O país está presentemente a elaborar o Roteiro Nacional para redução da mortalidade materna e neonatal.

### **Saúde Infantil**

Nos últimos cinco anos, o Programa Nacional Integrado da Saúde da Comunidade encontrou a sua expressão na integração dos diversos componentes e na prestação integrada dos serviços a nível primário. Relativamente à saúde da criança, algumas estratégias como a **AIDI**, a **Atenção ao Recém-nascido**, o **PAV**, a **Nutrição Infantil**, a **Malária**, o **HIV/Sida Infantil**, a **PTV**, a **Estratégia da Erradicação da Poliomielite** e a **Saúde Escolar** continuam a ser prioridade do programa de saúde infantil.

**Estratégia AIDI**, introduzida em 1998, visa:

- ← Melhorar as habilidades dos trabalhadores de saúde no manejo de casos através do fornecimento de normas localmente adaptadas;
- ← Melhorar o Sistema de Saúde para um efectivo manejo de casos e crianças doentes;
- ← Melhorar as práticas familiares e comunitárias.

Em 2006 os manuais do AIDI foram actualizados, de modo a integrar a primeira semana de vida do RN e a componente HIV/SIDA. E em 2003, foi iniciado o processo de introdução no ensino da estratégia AIDI nas instituições de formação. O MISAU em parceria com a OMS, UNICEF, USAID e outras agências está a implementar AIDI desde 1998 de forma gradual. Actualmente 130 de 148 distritos estão cobertos com esta estratégia.

**Atenção ao Recém-nascido:** está integrada nas acções de atenção à gravidez e ao parto. A partir de 2002 foram integradas na Secção de Saúde Infantil/Repartição de Saúde Familiar as seguintes actividades prioritárias: a) Formação do pessoal que presta cuidados ao RN na sala de partos, nas unidades de internamento do RN e na consulta de RN; b) Avaliação dos cuidados que são prestados ao RN; c) Revitalização e operacionalização, juntamente com a Secção de Saúde Reprodutiva, dos comités de estudo das mortes maternas e neonatais; d) Definição dos indicadores de Saúde do RN a serem integrados no SIS; e) Elaboração de Guiões e fluxogramas de conduta clínica; f) Actualização das normas de atenção ao RN já existentes; g) Coordenação com a Secção de Saúde Reprodutiva e com a Repartição de Nutrição para o seguimento das actividades realizadas por estes sectores, mas que têm grande influência na saúde do RN nomeadamente: vacinação anti-tetânica e rastreio da sífilis na grávida e implementação do pacote nutricional básico.

**Programa de controlo da Malária em Moçambique** elaborou em 1991 a política e linhas de orientação, e tratamentos disponíveis, expansão da capacidade laboratorial, formação regular do pessoal de saúde sobre AIDI e manejo de casos da malária. Em 2006 foi introduzido o TIP nas mulheres grávidas e iniciou-se o desenvolvimento duma nova estratégia de prevenção da malária na infância (TIPi). O tratamento da Malária na comunidade e a monitorização regular da eficácia terapêutica são aspectos que também fazem parte do programa. O IDS mostrou em 2003 que apenas 10% das crianças dormirem em baixo de uma rede mosquiteira tratada com insecticida.

**Programa de Nutrição:** em 2002 iniciou-se o programa de suplementação preventiva de rotina, com Vitamina A, a todas as crianças nas consultas de controlo do crescimento, simultâneamente com a pesagem e com a administração das vacinas do PAV. Em 2003, o IDS reportou uma cobertura de suplementação com Vitamina A de 49.5% das crianças 6-59 meses.

Em 2006, o programa elaborou um manual de orientação, o qual inclui um conjunto de recomendações nutricionais, denominado Pacote Nutricional Básico, que está sendo implementado. Outras intervenções ligadas a reabilitação nutricional, incluem tratamento nos hospitais para crianças com desnutrição grave e suplementação alimentar nas comunidades com insegurança alimentar. Algumas delas baseadas nas recomendações do Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutrição (*SETSAN, 2004*).



**HIV/SIDA:** A resposta do MISAU à epidemia de HIV/Sida é o Plano Estratégico Nacional de DTS/HIV/SIDA 2004-2008. Através deste documento o MISAU procurou organizar e coordenar as diferentes iniciativas promovidas com o apoio dos seus parceiros. O aumento progressivo do acesso ao TARV é um dos maiores objectivos da política de saúde do Governo. Pela primeira vez, o TARV em larga escala é uma opção possível.

No âmbito do PEN DTS/HIV/SIDA 2004-2008, o tratamento com ARV na criança infectada pelo HIV, tem como objectivos: a) Fornecer cuidados de qualidade no seguimento e tratamento, contribuindo para a redução da morbimortalidade e, b) Proporcionar à criança (0-14 anos) um crescimento e desenvolvimento harmonioso, através do controle das infecções oportunistas; da manutenção de um estado nutricional adequado, do TARV se tiver indicação; e de um apoio psicossocial à criança e à família. O MISAU, aprovou, em 2001, a Política de Introdução de Antiretrovirais (ARVs) e a estratégia PTV, ambos para serem adoptados e utilizados em todas as US.

**Programa Alargado de Vacinação:** A proporção de crianças vacinadas (vacinação completa para sete doenças preveníveis: difteria, pertussis, tétano, hepatite B, póliomielite, sarampo e tuberculose) aumentou de 47% em 1997, para 63% em 2003 (*IDS, 2003*).

Actualmente o PAV inclui também a vacina contra a hepatite B, introduzida no país em 2001. Está previsto para 2007 a introdução a vacina HIB. Os grupos-alvo para a vacinação de rotina incluem crianças menores de 1 ano de idade, mulheres grávidas e mulheres em idade fértil (dos 15 aos 49 anos). As prioridades do programa incluem: a eliminação do sarampo a eliminação do tétano neonatal, erradicação da poliomielite e

provir serviços de imunização as crianças vivendo em regiões de difícil acesso através da abordagem “Reach Every District”.

A nova visão do PAV é orientada pelo “Global Immunization Vision and Strategy – (GIVS)” - Visão Global da Vacinação e Estratégia para os anos 2006 – 2015, recentemente definida pela OMS e UNICEF.



**Programa de Saúde Escolar e Adolescente (SEA):** é uma componente do Programa Integrado no DSC e cobre todo o país tendo como grupo alvo a população entre os 6 – 24 anos. São objectivos do SEA os seguintes: a) Promover a saúde dos escolares, identificação de grupos de risco, diagnóstico precoce, tratamento adequado de doenças e reabilitação; b) Difundir práticas participativas que permitam aos escolares a aquisição de conhecimentos necessários a um maior controlo da sua saúde, o exercício da sua cidadania e a melhor qualidade de vida.

## 1.5.- SISTEMAS E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Para a prestação de cuidados de saúde, em Moçambique, existe uma coordenação entre três sectores:

**Sector Público:** está representado principalmente pelo Serviço Nacional de Saúde, dirigido pelo Ministério da Saúde e organizado em quatro níveis de atenção:

- ⇐ Atenção primária (I): é o mais periférico (nível mais básico de atenção primaria) e está constituído pelos centros de saúde;
- ⇐ Atenção secundária (II): é o primeiro nível de referência e é constituído por Hospitais Rurais nas sedes distritais e Hospitais Gerais na periferia da cidade de Maputo;
- ⇐ Atenção terciária (III) é o segundo nível de referência para as unidades do nível II e é constituído por Hospitais Provinciais;

- ⇐ Atenção quaternária (IV): constitui o nível mais diferenciado de cuidados de saúde. É constituído por Hospitais Centrais, localizados em Nampula, Beira e Maputo servindo de referência para as províncias das zonas Norte, Centro e Sul respectivamente.com hospitais provinciais e centrais, respectivamente.

**Sector Privado:** está representado por serviços de saúde que podem ou não ter fins lucrativos

- ⇐ Sector privado com fins lucrativos: está em desenvolvimento gradual, principalmente nas grandes cidades do país.
- ⇐ Sector privado sem fins lucrativos: está representado pelas organizações não-governamentais (ONGs) estrangeiras e algumas entidades religiosas, ambas sempre em acordo com o MISAU.

Não existem dados sobre a referência dos doentes provenientes do sector privado

**Sociedade Civil e Comunidades:** representado principalmente por parteiras tradicionais e agentes polivalente e elementares. Pretende-se que este sector seja auto-sustentável. A medicina tradicional é permitida e goza de grande popularidade no País. O MISAU está procurando formas de colaboração com este sector, por enquanto muito limitadas. A cobertura da medicina moderna é de cerca de 40%, o que significa que cerca de 60% da população tem a medicina tradicional como único recurso.

## **SERVIÇOS**

**Medicamentos:** O Programa de Medicamentos Essenciais (PME) visa garantir a disponibilidade dos medicamentos essenciais nas US de nível primário. Apesar do aumento significativo dos recursos destinados à compra e distribuição de medicamentos, a despesa em medicamentos por habitante não atinge 2 US\$, uma das mais baixas do mundo.

A distribuição dos medicamentos para as províncias e US é realizada com base em pedidos das próprias províncias, observando as quotas de distribuição que são definidas com base no volume de actividades, rede sanitária e número de habitantes. Existem 3 tipos de Kits, nomeadamente: Kit A, Kit B, Kit C (*MISAU- DNS/DF, 2003*).

O apoio do AIDI na política de distribuição de medicamentos resultou no aumento das quantidades de alguns medicamentos para pediatria, na introdução do SRO melhorado

e na garantia de distribuição dos restantes medicamentos de AIDI às US de nível primário (MISAU- DNS/DF, 2003).

**Infra-estruturas:** A classificação de níveis e os parâmetros que se referem à viabilidade das infra-estruturas variam de Província para Província. No momento está-se numa fase de rápido aumento da rede sanitária, com obras de reabilitação ou construção em conclusão. A Tabela 1 mostra a rede do SNS existente em Moçambique.

**Tabela 1.-** Rede sanitária existente, por níveis de atenção (Fonte: DNS, DRH/DF,2005)

Nível de atenção	Tipo de Unidade Sanitária	Total no País
Primária	Posto de saúde	461
	Centro de saúde rural (tipo I,II,III)	506
	Centro de saúde rural com maternidade/Hospital distrital	47
	Centro de saúde urbano	79
Secundária	Hospital (rurais, gerais)	29
Terciária	Hospitais Provinciais	7
Quaternária	Hospitais Centrais	3
	Hospitais Psiquiátricos	2

**Equipamento:** O fornecimento de aparelhos e equipamento médico é da responsabilidade do DAG no MISAU.

**Recursos Humanos:** Nos finais de 2003, existiam um total de 18,885 trabalhadores do sector público de saúde, trabalhando no serviço nacional de saúde, distribuídos da seguinte forma: cerca de 5% estavam localizados no MISAU, 10% no HCM e cerca de 85% nas DPS e restantes unidades sanitárias do país.

A maior parte (63%) eram trabalhadores de saúde do nível básico ou elementar, 20% do nível básico, 13% do nível médio, e apenas 4% do nível superior. Exceptuando os HP e o HCM, apenas 59 distritos possuíam médico(a). Segundo dados do DRH/DGP, até o ano 2004 houve um aumento na formação de pessoal de saúde, por carreira, nas várias áreas por exemplo: médicos (1.139); laboratório (779); medicina preventiva (564); SMI (2.553); enfermagem geral (4.616), administração e economia (1.511); farmácia (618), entre outros. Existem várias disparidades, na distribuição dos RH por província, sendo as províncias da Zambézia, Nampula e Cabo Delgado mais desfavorecidas em relação às províncias de Sofala e Maputo (cidade) (MISAU/ DRH/DGP,2005).



## Enfermeiras de Saúde Materno Infantil

Em 1981 foi iniciada a formação das ESMI de nível básico, parteiras elementares e técnicos de cirurgia que permitiram expandir o serviço de SMI nas US do SNS.

Em 1998, o sector saúde reformulou a planificação da formação das ESMI, constituindo este um dos indicadores de relevância na priorização da atenção da SMI, que contribuiu directamente para o aumento das coberturas de atendimento em SR e consequente redução da mortalidade materna de 692/100.000 NV em 1997 para 440/100.000 NV em 2003.

No quinquénio 2000 – 2004, verificou-se um aumento na componente de formação das ESMI na ordem de 80,6%. A continuidade da formação de Enfermeiras de SMI como estratégia prioritária do governo obedece a política definida no Plano de Governo 2005 – 2009, e no PARPA II referente a expansão dos serviços de saúde às zonas mais remotas do País.

As ESMI desempenham papel preventivo e curativo nos programas de saúde materna e neonatal, que inclui o PTV, saúde infantil, AIDI e controlo de crescimento, nutrição materna e infantil e PAV.

**Médicos especialistas:** O aumento da formação destes quadros tem contribuído directamente para a melhora da qualidade dos serviços.

**Tabela 2.-** Médicos especialistas das áreas básicas por número de habitantes em 2005

Especialistas	Província de Maputo	Resto País
Med.Int e Subesp.	1/50.000	1/770.000
Pediatria	1/87.000	1/714.000
Ginecologia	1/80.000	1/714.000
Cirurgia Geral e Sub	1/100.000	1/1.000.000
Ortopedia	1/190.000	1/1.100.000

*Fonte: MISAU/ DAM, 2005*

O país tem um total de cerca 600 médicos, e 1,8 médicos especialistas por 100.000 habitantes. Zambézia é a província a mais desfavorecida em termos de médicos (média nacional de 24,000 hab/médico e 74,000 hab/médico na Zambézia) (MISAU/DNS, 2005).

**Perda de pessoal:** a média de perdas devido a exonerações, expulsões, óbitos e outras causas foi de 1% ao ano no último quinquénio. O MISAU não dispõe de dados sobre o efeito da infecção do HIV/Sida na perda do seu pessoal.

Com vista a resolver rapidamente esta situação e garantir que suficiente pessoal qualificado seja colocado nas US em todo o país, foi elaborado o Plano Acelerado de Formação, que irá complementar o Plano de Desenvolvimento dos Recursos Humanos. Será também neste âmbito desenvolvido um pacote de incentivos para os trabalhadores de saúde, para garantir a colocação e retenção de pessoal em todo o país, sobretudo nas áreas mais remotas e/ou desfavorecidas.

**Recursos financeiros:** A evolução, em termos nominais, do financiamento do sector saúde que passou de pouco mais de 4.000.000 milhões de meticais em 2003 para mais de 8.000.000 em 2005, ou seja, duplicou. A contribuição dos fundos verticais aumentou mais rápido que os fundos comuns e o OE. Isto pode ser devido à uma melhoria nas informações recolhidas pelo sector sobre os fundos externos, e não apenas à fundos adicionais (*MISAU/DAG, 2005*).

**Gestão e Coordenação:** O MISAU, à semelhança de outros sectores do Aparelho do Estado, é uma organização com uma gestão hierarquizada na qual os níveis superiores detêm praticamente autoridade e controlo sobre a execução dos programas e planos geralmente definidos pelos níveis centrais, embora nos últimos anos se registre cada vez maior papel activo dos níveis periféricos.

O MISAU é responsável pela formulação de políticas e estratégias, é agente financiador e em simultâneo é prestador directo de serviços de saúde. Para além disso cabe ao MISAU, no seus diferentes níveis, regulamentar o sector e os agentes prestadores de cuidados sejam ele governamentais ou não governamentais.

Em 1995, MISAU iniciou a política de descentralização, integração e coordenação intersectorial criando o Programa Nacional Integrado (PNI) de SMI/PF-PAV-SEA que integra os programas de atenção à mulher, criança e adolescente, e a coordenação entre o Departamento da Saúde da Comunidade com a repartição de nutrição e educação para a saúde, Departamentos da DNS e Ministérios (ex: Educação, Mulher e Acção Social, Justiça).

O Plano Nacional de Acção para a Criança (PNAC) identifica prioridades chave na sobrevivência, proteção e desenvolvimento da criança, tendo como base fundamental as políticas e estratégias do governo, o PARPA, a Agenda 2025 e os seus instrumentos de planificação, nomeadamente o PES e o Orçamento de Estado.

Progressos assinaláveis foram identificados em algumas áreas vitais para o desenvolvimento da criança, principalmente nas áreas da saúde e educação. No sector da saúde merecem destaque as taxas de cobertura vacinal e a redução das taxas de mortalidade neonatal e infantil. No sector da educação, salienta-se a expansão da rede escolar, o crescimento das taxas de admissões ao ensino básico e a diminuição dos desníveis de género no acesso e permanência no ensino.

**Barreiras ao acesso e utilização dos serviços de saúde:** os factores e barreiras que dificultam o acesso às US são:

- ⇐ Falta de transportes e de meios financeiros para os paga-lós, até às US,
- ⇐ Rede de estradas insuficiente e/ou em más condições principalmente nas zonas rurais,
- ⇐ Grandes distâncias até às US. Mais de metade das habitações situam-se a mais de uma hora de distância a pé da US mais próxima,
- ⇐ Fraco poder de decisão das mães. Uma percentagem relevante das mulheres em Moçambique depende da decisão do marido ou da sogra ou de outro familiar para levar a sua criança à US,
- ⇐ Analfabetismo: 62% das mulheres entre 15-49 anos não sabem ler. Para os homens entre 15-64 anos esta percentagem é de 33%. A capacidade de saber ler e escrever tem implicações na percepção da doença e na busca de cuidados de saúde,
- ⇐ Fraco acesso aos meios de comunicação: O acesso a estes meios é mais baixo para as mulheres do que para os homens,
- ⇐ Crenças, tabus e práticas tradicionais nocivas impedem o acesso das crianças às US,
- ⇐ Falta de humanismo na relação com os doentes e as cobranças ilícitas,
- ⇐ As crianças órfãs tem dificuldade de acesso devido grande parte delas ficam entregues aos cuidados dum irmão mais velho que é ainda uma criança, ou dos avós, demasiado idosos para produzir e para cuidar delas.

## 1.6- ENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

Para um maior envolvimento activo da comunidade o MISAU elaborou em 2005, a Estratégia de Envolvimento Comunitário para a Saúde. A estratégia preconiza a formação e inserção de APEs, parteiras tradicionais, ACS e outros voluntários activistas e praticantes da medicina tradicional nas comunidades.

O envolvimento comunitário do programa de AIDI nas várias províncias permitiu uma maximização do uso de recursos da comunidade, maior ênfase à criança como um todo, maior envolvimento da comunidade na avaliação, análise e planificação de acções para a saúde e nutrição da criança, execução da promoção integrada das práticas familiares chave da saúde e nutrição da criança e colaboração entre os vários sectores.

Em apoio ao MISAU, diversas acções em prol da melhoria da Saúde Infantil ao nível comunitário têm sido realizadas por Agências das Nações Unidas, Organizações Internacionais e ONGs nacionais e internacionais (*SETSAN, 2004*).



## 1.7. INFORMAÇÃO, MONITORIA E AVALIAÇÃO

O Departamento de Informação para a Saúde no MISAU coordena todas funções estatísticas sanitárias, mantendo em funcionamento e desenvolvendo o SIS abrange todos os níveis do sistema de saúde, colhendo dados e indicadores epidemiológicos, promovendo e coordenando a criação de subsistemas complementares em áreas específicas (tais como farmácia, formação gestão financeira, investimentos, logística,

manutenção, recursos humanos), produzindo informação estatística e efectuando a monitoria e avaliação periódica do PESS.

O sistema integrado de vigilância de doenças de notificação obrigatória denominado BES, recolhe dados com periodicidade semanal, de 11 doenças através de todas US existentes no país. Os resultados são depois compilados no Boletim Epidemiológico Semanal. No âmbito destas doenças, só estão notificadas as idades pediátricas para diarreia (0-4 anos, e 5-15 anos), sarampo (0-9 meses, 9-23 meses e mais de 24 meses).

Para além dos dados semanais, o sistema também recolhe dados mensais ao nível dos postos sentinelas que se encontram nos 7 hospitais provinciais e 3 hospitais centrais. Para a recolha de dados referentes as actividades de neonatologia, o MISAU está em processo de elaboração da ficha de registo de internamento na referida área para os níveis distrital, provincial e nacional.

A informação sobre as actividades das brigadas móveis do PAV, actividades comunitárias e do sector privado não está reflectida no SIS.

**Utilização dos dados:** Os dados disponíveis reflectem apenas os que usam o sistema de saúde. Somente o IDS ou pesquisas/estudos particular conseguem capturar a nível da comunidade ou da população taxa referente a morbimortalidade. Ao nível da Comunidade as ONGs também possuem suas próprias bases de dados para actividades ligadas entre outras a SMI ao nível da Comunidade. Os dados colhidos são analisados e supõe-se que são discutidos com as autoridades sanitárias do distrito e da província para tomada de decisão.

**Monitoria dos programas:** baseia-se principalmente nos relatórios das supervisões efectuadas e nos inquéritos pontuais. No âmbito do AIDI, uma base de dados foi criada nas províncias no entanto a operacionalização desta mesma tem encontrado alguma dificuldade.

O programa de nutrição efectua a monitoria do crescimento colhendo 2 indicadores, baixo peso ao nascer e crescimento insuficiente, e faz inquéritos pontuais para outros dados nutricionais. O programa de HIV/SIDA recolhe dados do PTV que inclui monitoria das crianças nascidas de mãe HIV+. Malária tem postos sentinelas onde se faz monitorização de casos de internamentos por malária em crianças menores de 5 anos.

O ESDEM é uma base de dados estatísticos socio-demográficos e económicos de Moçambique. É um instrumento que contém informação sobre estudos pesquisas inquéritos. Recolhe indicadores por sectores e objectivos, incluindo os ODMs ligados a saúde materno infantil.

**Pesquisa operacional:** e modos gerais existem poucos estudos conhecidos realizados no domínio da saúde infantil. A pesquisa realizada no país é principalmente coordenada pelo INS. Outras instituições nacionais e internacionais, também realizam vários tipos de pesquisa com pouca disseminação dos resultados entre instituições a vários níveis. Infelizmente, como a maioria destes estudos não são divulgados, os resultados não são traduzidos em acções e não se notando o impacto dos mesmos.



## 2.- PRINCIPAIS DESAFIOS E OPORTUNIDADES

DESAFIOS	OPORTUNIDADES
<b>Relacionados ao estado de saúde</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Altas taxas de morbi-mortalidade neonatal e infantil e infanto-juvenil e disparidades nessas taxas entre e dentro das províncias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Compromisso do Governo de Moçambique para redução dessas taxas de modo a cumprir as metas definidas para o milénio;</li> <li>⇐ Disponibilidade de informação da vigilância epidemiológica;</li> <li>⇐ Existência de comités de morte materna e neonatal que podem ser extendidos para abranger a saúde infantil.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Alta taxa de mortalidade por malária (1ª causa de morbi-mortalidade em crianças no país).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ PNCM, Política de tratamento da malária ao nível comunitário, TIPi malária;</li> <li>⇐ Importante apoio dos parceiros.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Altas taxas de infecção por HIV/Sida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Estratégias Nacionais de combate ao HIV/Sida;</li> <li>⇐ Importante apoio dos parceiros.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Alta prevalência de desnutrição crónica</li> <li>⇐ Alta prevalência de baixo peso à nascença</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Elaboração do Plano Nacional de Acção para o desenvolvimento Nutricional</li> </ul>
<b>Relacionados à planificação e coordenação</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Falta de um plano estratégico de saúde neonatal e infantil</li> <li>⇐ Falta de planos concretos de expansão para intervenções relativas a saúde infantil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Integração dos instrumentos de planificação do MISAU;</li> <li>⇐ Elaboração da Política Nacional de Saúde Neonatal e Infantil;</li> <li>⇐ Adopção da Estratégia AIDI;</li> <li>⇐ Formação acelerada de Enfermeiras de SMI.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Fraca coordenação inter e intrasectorial com outros programas que lidam com a criança.</li> <li>⇐ Fraca coordenação na abordagem dos factores determinantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Planos definidos do governo (PARPA, PESS);</li> <li>⇐ Presença forte do SWAP.</li> </ul>
<b>Relacionados ao Serviço Nacional de Saúde</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Fraco acesso às unidades sanitárias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Brigadas móveis;</li> <li>⇐ Reactivação dos dias mensais de saúde;</li> <li>⇐ Tratamento a nível comunitário das doenças mais comuns na criança.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Falta de recursos humanos.</li> <li>⇐ Capacitação institucional limitada, pessoal pouco qualificado sobretudo ao nível provincial e distrital.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Plano acelerado de desenvolvimento de recurso humanos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Fraca capacidade de gestão dos programas a todos os níveis.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Fraco investimento em estratégias de melhoria da qualidade.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Disponibilidade insuficiente de medicamentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Melhoria da distribuição de medicamentos às Unidades Sanitárias;</li> <li>⇐ Existência de fundos HIV, SWAP e outros.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Não gratuidade de alguns serviços e medicamentos.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Debilidade nos sistemas de informação, monitoria e avaliação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Revisão do SIS;</li> <li>⇐ Trabalho articulado entre a Secção da SI e SIS, com apoio dos parceiros para o fortalecimento do sistemas de informação, monitoria e avaliação na Saúde Neonatal e</li> </ul>

	Infantil.
<b>Relacionados à participação comunitária</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Componente comunitária relativa a saúde infantil pouco desenvolvida e estruturada.</li> <li>⇐ Fraca liderança por parte das autoridades nacionais e fraca coordenação entre os diferentes níveis de gestão do programa.</li> <li>⇐ Informação das actividades realizadas pelas ONG nas províncias não acessíveis na DSC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Existência da estratégia de envolvimento comunitário e do AIDI comunitário;</li> <li>⇐ Elaboração do roteiro para redução da mortalidade materna e neonatal incluindo intervenções ao nível da comunidade.</li> <li>⇐ Disponibilização da informação relativa às actividades comunitárias na saúde infantil, realizadas pelas ONGs.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Sub-utilização das brigadas móveis.</li> <li>⇐ Falta de mapeamento das comunidades com existência de intervenções de saúde infantil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Forte comprometimento do MISAU com o aumento do envolvimento comunitário.</li> <li>⇐ Presença de ONG envolvidas na SI; matrizes/instrumentos para mapeamento das intervenções da SI e nutrição na comunidade já elaboradas; maior ênfase em brigadas integradas, com frequência regular.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Mães com pouco conhecimentos sobre informações de saúde infantil (importância do peso, aleitamento materno exclusivo, procura de cuidados atempadamente, etc)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Estratégia de comunicação em PTV;</li> <li>⇐ Palestras educativas nas unidades sanitárias;</li> <li>⇐ Dias mensais de saúde;</li> <li>⇐ Estratégia RED</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Falta de fundos para desenvolvimento e distribuição de material IEC a todo país</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Presença forte do SWAP e fundos externos existentes.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Falta de subsídios ou outras formas de pagamento para os APEs e outros agentes comunitários</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Revitalização dos APEs e revisão do currículo dos APEs apresenta uma boa oportunidade para incluir tratamento das doenças comuns da infância e desnutrição;</li> <li>⇐ Advocacia para eventual inclusão dos APEs no quadro salarial do MISAU; inclusão de subsídios para APEs.</li> </ul>
<b>Outros desafios e oportunidades existentes</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Formação e capacitação insuficiente na área de reanimação neonatal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Aumento e disseminação dos cursos de reanimação do recém-nascido.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Fraca abordagem dos cuidados ao recém-nascido na comunidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Formação/reciclagem/actualização dos ACS.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Baixa cobertura do TARV.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Decisão de aumentar a cobertura do TARV a nível nacional;</li> <li>⇐ Fundos HIV e outros</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Poucas pesquisas operacionais desenvolvidas relativa a intervenções em saúde infantil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇐ Presença das ONGs no terreno, na comunidade</li> <li>⇐ Revisão dos currículos de formação.</li> <li>⇐ Uso do instrumento de monitoria e supervisão integrada.</li> </ul>



### 3.- FINALIDADE, PRINCÍPIOS ORIENTADORES, OBJECTIVOS E METAS DA POLÍTICA

#### Finalidade

A finalidade da Política Nacional de Saúde Neonatal e Infantil (PSNI) é assegurar o direito à saúde de todas às crianças, tomando em conta a Convenção dos Direitos da Criança, e alcançar pleno potencial para todas as Crianças Moçambicanas.

#### Princípios orientadores

A Política de SNI está definida com base nos seguintes princípios:

**Direitos da criança:** O respeito e cometimento com os direitos da criança é fundamental para a garantia da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento integral dos indivíduos e população. Um planeamento com base nos direitos da criança será incorporado nas intervenções em saúde das crianças, para assegurar a protecção das mais vulneráveis.

**Continuidade dos cuidados de saúde a todos os níveis:** É fundamental que todas as acções na área da saúde da criança sejam desenvolvidas de forma continuada em todos os níveis de atenção à saúde. Isto implica a existência de mecanismos efectivos de referência e garantia do acesso ao cuidado desde o nível da comunidade até as US de maior complexidade.

**Princípio da Equidade:** As prioridades devem ser estabelecidas considerando a disponibilidade dos recursos e as diferentes necessidades clínica, epidemiológica, regional ou social. O objectivo final é garantir a todas crianças o pleno acesso ao cuidado de saúde com qualidade.

**Colaboração multisectorial:** Considerando que os problemas da saúde são problemas do desenvolvimento, a consecução dos produtos da saúde requer contributos de outros sectores.

**Princípio da Integração:** Serão envidados todos os esforços para implementar as intervenções prioritárias propostas nos vários níveis do sistema de saúde, de modo coerente, eficaz e que responda às necessidades das crianças.

**Princípio da Parceria:** O estabelecimento e actuação das parcerias entre os sectores público, privado, ONGs e comunidade, constitui um factor essencial para o sucesso na

implementação da política nacional de saúde neonatal e infantil. Será privilegiada a criação de novas parcerias e o reforço das existentes, para garantir que as intervenções de sobrevivência infantil sejam plenamente integradas nos sistemas de saúde nacionais e distritais, de forma sustentável.

***Princípio baseado nas actuais evidências científicas e no perfil epidemiológico da população:*** A selecção de práticas e intervenções que compõem a Política de Saúde Neonatal e Infantil foi feita considerando a relação custo-benefício, com base em actuais evidências científicas e no perfil epidemiológico das crianças de Moçambique.

### **Objectivo geral da Política**

Promover a saúde dos recém-nascidos e crianças e reduzir a morbi-mortalidade neonatal e infanto-juvenil em Moçambique.

### **Objectivos específicos**

1. Fortalecer a coordenação inter e multi sectorial para abordagem dos factores determinantes e promoção da saúde da criança.
2. Promover o desenvolvimento harmonioso da criança escolar e a adopção de comportamento e estilos de vida saudáveis.
3. Empoderar a comunidade para a promoção da saúde e o desenvolvimento pleno das crianças.
4. Melhorar os cuidados ao recém-nascido, ao nível da comunidade e das unidades sanitárias.
5. Melhorar os cuidados às crianças, ao nível da comunidade e das unidades sanitárias.
6. Fortalecer o Sistema Nacional de Saúde.

### **Metas**

1. Redução taxa de **mortalidade neonatal** dos **48** por mil registados em 2003 para **36** por mil em 2010 e **30** por mil em 2015, através da melhoria da qualidade da atenção ao parto:

- Redução da percentagem de recém-nascidos com baixo peso à nascença (inferior a 2.500 gramas) dos 9,8 % registados em 2004 para 7 % em 2010 e 4 % em 2015;
- Eliminação do Tétano neonatal, de forma a finalizar, até final de 2012, toda a documentação nacional para a certificação, no quadro da acção mundial para a eliminação desta doença;

- Redução da transmissão vertical do HIV, em 2010, para 25%, das crianças testadas HIV+ nascidas de mães seropositivas;
- Melhoria da qualidade dos cuidados peri-natais, de modo a actuar no combate as infecções neonatais e a minimizar os efeitos da prematuridade e do baixo peso à nascença.

2. Redução da taxa de **mortalidade infantil** dos **124** por mil registados em 2003 para **90** por mil em 2010 e **67** por mil em 2015 e redução da taxa de **mortalidade infanto-juvenil** dos **178** por 1000 registados em 2003 para **135** por mil em 2010 e **108** por mil em 2015.

- Pelo menos 60% das crianças com menos de cinco anos de idade possam beneficiar, até 2010, da combinação mais adequada de medidas de protecção pessoal e colectiva; incluindo redes mosquiteiras tratadas com insecticidas e outras intervenções que sejam acessíveis e de baixo custo;
- Redução da taxa de mortalidade das crianças de menos de 5 anos por malnutrição grave dos 15.2% em 2004 para 12.5% em 2010 e para 10% em 2015; redução da taxa de prevalência do baixo peso para a idade dos 24 % em 2003, para 18 % em 2010 e para 13 % em 2015 e redução da taxa de prevalência de anemia, nas crianças dos 6 aos 59 meses, dos 75% registados em 2002, para 50% em 2010 e 30% em 2015;
- Redução da taxa de incidência de diarreia de 14% em 2003 para 11% em 2010 e para 10% em 2015 e de infecções respiratórias agudas (IRA), (sobretudo as pneumonias), de 10% em 2003 para 8,5% em 2010 e para 6,5% em 2015, nas crianças de menos de 5 anos;
- Redução da taxa de incidência da malária grave, em crianças de menos de 5 anos, dos 55 por 10.000 registados em 2001, para 41 por 10.000 em 2010 e 22,5 por 10.000 em 2015; redução da taxa de mortalidade da malária grave e complicada, em crianças de menos de 5 anos, dos 2 por 10.000 registados em 2001, para 1,5 por 10,000 em 2010 e 1 por 10,000 em 2015; e redução da taxa de mortalidade proporcional por malária, em crianças de menos de 5 anos, dos 30% registados em 2001, para 22.5% em 2010 e 15% em 2015;
- Redução da taxa de incidência do sarampo dos 139 por 100.000 registados em 2003, para 4,5 por 100.000 em 2010 e 2,5 por 100.000 em 2015, redução da taxa de mortalidade pelo sarampo dos 1,1 por 100.000 registados em 2003, para 0,05 por 100.000 em 2010 e 0,02 por 100.000 em 2015 e aumento da percentagem de crianças, de menos de um ano de idade, imunizadas contra o sarampo, dos 77% observados em 2003, para 90% em 2010 e 95% em cada um dos distritos em 2015;
- Aumento da percentagem de crianças HIV+ beneficiando de tratamento antiretroviral para 10.600 crianças seropositivas (10% do total dos necessitados), em 2007, e para 31.000 (menos de 30% dos necessitados), em 2010;

3. Assegurar o desenvolvimento harmonioso da criança escolar e adopção de comportamento e estilos de vida saudáveis.

- Assegurar e dinamizar a implementação efectiva, em 95 % das escolas do EP1, até 2010, e em 50 % das escolas do EP2, das vacinas de reforço previstas no calendário vacinal e, nas escolas do EP2 também da vacinação antitetânica das estudantes do sexo feminino com 15 anos ou mais;
- Promover, dinamizar e tomar medidas apropriadas para a implementação do pacote básico de Saúde Escolar, de modo a que, até 2006, as crianças de 50 % das escolas do EP1 e, até 2010, 95 % das crianças dessas escolas, tenham acesso a exames médicos periódicos de despiste precoce de perturbações da acuidade visual e auditiva, da epilepsia, deficiências de aprendizagem e atraso mental, de doenças da boca, de malformações físicas e de carências nutricionais;
- Promover e dinamizar a desparasitação das crianças nas escolas EP1 e EP2 desde que haja evidência de que na comunidade que se serve da escola, pelo menos 50 % das crianças utilizem regularmente instalações sanitárias ou latrinas;
- Promover, dinamizar e tomar medidas apropriadas, até fim de Junho de 2007, para a formação e capacitação dos professores das EP1 e EP2 em matéria de promoção e preservação da Saúde, bem como na prestação de Primeiros Socorros.

#### 4. ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÕES

##### **Objectivo 1: Fortalecer a coordenação inter e multi sectorial para abordagem dos factores determinantes e promoção da saúde da criança**

- ⇐ Fortalecer a parceria entre o MISAU, comunidade, ONGs, outros sectores e intervenientes de modo a otimizar a base multisectorial para a promoção da Saúde Neonatal e Infantil;
- ⇐ Harmonizar as políticas e estratégias nacionais referentes a Saúde Neonatal e Infantil com as políticas, convenções e iniciativas sub-regionais, regionais e internacionais;
- ⇐ Coordenar e harmonizar os recursos externos para apoio às acções e serviços de Saúde Neonatal e Infantil de maneira a garantir eficácia e aderência às prioridades nacionais;

- ⇐ Coordenar regularmente as actividades de planificação, implementação, monitoria e avaliação das acções e serviços de Saúde Neonatal e Infantil, a todos os níveis e com todos os intervenientes.

## **Objectivo 2: Promover o desenvolvimento harmonioso da criança da idade escolar e a adopção de comportamento e estilos de vida saudáveis**

- ⇐ Assegurar uma dieta adequada, em quantidade suficiente e diversificada, incluindo micronutrientes se necessário;
- ⇐ Promoção de estilos de vida saudáveis;
- ⇐ Implementação de acções de prevenção e detecção precoce dos problemas de saúde;
- ⇐ Prevenção dos comportamentos de risco (ex: álcool, tabaco, drogas, prostituição infantil);
- ⇐ Advogar para a prevenção contra o trabalho infantil;
- ⇐ Assegurar uma colaboração efectiva com os centros de atendimento e MMAS (a nível distrital) no atendimento de crianças vítimas de violência, exploração e abuso sexual;
- ⇐ Promoção de ambiente escolar saudável para um desenvolvimento óptimo físico e psicosocial das crianças (incl. disponibilizar água potável e latrinas nas escolas);
- ⇐ Protecção das crianças órfãs e vulneráveis e garantir acesso aos serviços básicos (escola, saúde, alimentação, apoio legal (incluindo registo de nascimento), apoio psico-social e apoio financeiro);
- ⇐ Promoção de actividades lúdicas a nível das instituições de ensino e US de referência.

### **ACÇÕES PRIORITÁRIAS**

- Capacitação dos cuidadores e professores dos centros infantis e escolas, e encaminhamento das crianças para as US;
- Prevenção e detecção das infecções, parasitoses e traumatismos;
- Realizar desparasitação regular das crianças, nas escolas;
- Prevenção, despiste precoce e tratamento de problemas de saúde mental;
- Fazer o despiste e tratamento das deficiências oculares, auditivas;
- Fazer o despiste de problemas no desenvolvimento psico-motor das crianças;
- Despiste e tratamento das dificuldades de aprendizagem;
- Apoiar e proteger as crianças órfãs e vulneráveis e garantir acesso destas aos serviços de saúde;
- Orientação dos trabalhadores para o atendimento de crianças vítimas de violência, exploração e abuso sexual.

### **Objectivo 3: Empoderar a comunidade para promoção da Saúde e o desenvolvimento pleno das próprias crianças.**

- Aumentar o conhecimento da comunidade sobre os direitos da criança;
- Promover a educação comunitária e desenvolver acções para a promoção da saúde e nutrição da mãe e da criança;
- Formação das parteiras tradicionais para o atendimento e seguimento imediato do RN;
- Promover a construção e uso de latrinas melhoradas e boas práticas de higiene;
- Estabelecer uma coordenação efectiva com os serviços de água províncias e distritais na priorização, planificação, e operação e manutenção de fontes de água.
- Advogar para a educação da rapariga e permanência nas escolas;
- Assegurar o transporte da comunidade para a US para os dos casos de emergência;
- Promover uma abordagem multisectoral eficaz para o combate ao HIV/SIDA, desnutrição e outros problemas de saúde;
- Promover a utilização dos serviços de saúde, incluindo o parto institucional;
- Promover a continuidade dos serviços gratuitos para as mães e as crianças;
- Promover a implementação de práticas de prevenção e cuidados de saúde na comunidade.
- Capacitação da comunidade no tratamento das doenças mais comuns nas crianças.

#### **ACÇÕES PRIORITÁRIAS**

- Utilização dos meios de comunicação, recursos locais e materiais de IEC para divulgação de informações sobre direito e saúde das crianças;
- Treinamento de lideranças comunitárias, agentes de medicina tradicional e outros, em assuntos relacionados aos direitos e saúde das crianças;
- Prevenir e tratar, a nível da comunidade, a malária, pneumonia, diarreia e desnutrição, entre outras doenças preveníveis;
- Identificar e formar parteiras tradicionais e agentes comunitários de saúde para atendimento à mulher grávida, conduta no trabalho de parto e cuidado ao RN;
- Instituir planos de preparação do parto, a nível da comunidade principalmente para jovens adolescentes;
- Realização de inquéritos na comunidade para análise de indicadores de saúde infantil.

## **Objectivo 4: Melhorar os cuidados ao recém-nascido, ao nível da comunidade e das unidades sanitárias**

### **Antes e Durante a gravidez:**

- Prevenção da gravidez precoce;
- Espaçamento da gravidez através da promoção do planeamento familiar;
- Educação nutricional para as grávidas e as mães;
- Promoção de uma gravidez saudável sem álcool, tabaco, e outras substâncias nocivas (nas palestras nas consultas pré-natais nas US);
- Promoção de pelo menos 4 consultas pré-natais durante a gravidez, sendo a primeira logo no início da gravidez;
- Preparação para o parto de modo a prevenir, identificar e actuar precocemente nas complicações;
- Prevenção da transmissão do HIV e sífilis da mãe para o filho;
- Garantir o pacote pré-natal (vacinação antitetânica, prevenção e tratamento da anemia, desparasitação, prevenção e tratamento das ITS/HIV e TIP malária);
- Promoção do parto institucional ou vigiado na comunidade;
- Promoção do aleitamento materno exclusivo e na primeira hora do nascimento;
- Disseminação e utilização de normas de cuidados ao recém-nascido.

### **Durante e logo após o nascimento:**

- Garantir o acesso a assistência ao parto por pessoal qualificado;
- Criar condições para assegurar o parto limpo, quando este tiver que ocorrer na comunidade;
- Assegurar despiste e manejo adequado das complicações obstétricas;
- Assegurar cuidados essenciais ao RN, incluindo ressuscitação quando necessário;
- Promover o início do aleitamento materno na primeira hora de vida;
- Garantir despiste precoce e manejo das complicações do RN;
- Garantir cuidados especiais para o RN de baixo peso e/ou com complicações;
- Melhorar a qualidade de atenção ao parto e ao recém-nascido, nas instituições e na comunidade;
- Promoção do método mãe canguru, inclusive na comunidade;
- Promover a assistência ao RN (nos primeiros 3 dias e na 1ª semana de vida);

- Seguimento estrito dos RN de mãe HIV+ (e sua família), incluindo na comunidade;
- Seguimento estrito dos RN prematuros e de baixo peso (e sua família).

### **No período neonatal:**

- Promover e apoiar o aleitamento materno precoce e exclusivo nos primeiros 6 meses de vida;
- Assegurar o cumprimento do calendário nacional de vacinação;
- Assegurar o cumprimento das consultas da criança sadia ou de risco, incluindo monitoria do crescimento e desenvolvimento psico-motor
- Prevenção e tratamento da desnutrição, incluindo carências em micronutrientes;
- Promover o despiste e cuidados às mães com depressão pós parto
- Assegurar que todas as recém-nascidos (e outras crianças) são referidos para receber um certificado de nascimento.

### **ACÇÕES PRIORITÁRIAS**

- ♣ Assegurar o seguimento da mulher grávida seropositiva para HIV;
- ♣ Melhorar a ligação das parteiras tradicionais (PT) com as US;
- ♣ Preparar a família e a comunidade para atenção ao RN;
- ♣ Promoção do aleitamento materno exclusivo logo após o nascimento;
- ♣ Capacitação em reanimação do RN na sala de partos;
- ♣ Promover os cuidados essenciais e imediatos ao RN;
- ♣ Promover a consulta pós natal para o RN;
- ♣ Definição de um pacote mínimo para cuidados neonatais, nos vários níveis.

### **Objectivo 5: Melhorar os cuidados às crianças, ao nível da comunidade e das unidades sanitárias.**

- Promover e apoiar o aleitamento materno precoce e exclusivo nos primeiros 6 meses de vida e continuação até aos 2 anos junto com alimentação complementar adequada;
- Promover alimentação equilibrada, diversificada e em quantidade suficiente para as crianças;
- Garantir cumprimento da vacinação completa;
- Prevenção e tratamento atempado das principais doenças (incl. malária, IRA, diarreias, HIV/SIDA, anemia, malnutrição, tuberculose, entre outras);
- Prevenção e tratamento da desnutrição, incluindo carências em micronutrientes;
- Promover desparasitação regular nas crianças 12-59 meses e nas escolas



- Promover o despiste e tratamento das deficiências oculares e auditivas;
- Assegurar a prevenção e protecção dos riscos ambientais (acidentes);
- Promoção da construção de centros de reabilitação nutricional e a sua utilização (demonstração de práticas alimentares saudáveis, na nível das comunidades).

### **ACÇÕES PRIORITÁRIAS**

- Desenvolver parcerias para melhoria da saúde da criança e implementação de intervenções multisectoriais (educação, acesso à água, microcréditos, assistência alimentar, entre outras);
- Expandir a implementação dos componentes do AIDI no sistema de saúde (manejo de casos e melhorar a prestação do sistema de saúde);
- Expandir a estratégia de AIDI comunitário e incluir tratamento das principais doenças a nível comunitário;
- Revitalizar a Consulta da Criança de Risco e a ligação entre esta consulta, o PTV e o TARV pediátrico;
- Assegurar o funcionamento dos comités das US para análise das mortes infantis;
- Expandir os serviços de TARV pediátrica e coordenar as acções e o seguimento da criança HIV/SIDA que está ou não em uso de TARV;
- Acções de educação a melhoria de práticas e cuidados em relação as crianças;
- Realizar planificação e financiamento adequada das brigadas móveis integradas e dias mensais de saúde para atingir as populações em locais distantes, com envolvimento da comunidade;
- Implementar a estratégia RED para melhorar os serviços de vacinação, e integrando outros serviços de sobrevivência infantil (e.g. suplementação com Vitamina A, desparasitação, etc);
- Implementar estratégias de prevenção de malária, incluindo distribuição das redes mosquiteiras e pulverização;
- Fortalecer o Programa de reabilitação nutricional, e estender as acções de reabilitação nutricional até aos 10 anos;
- Coordenar as acções do MISAU e parceiros na reabilitação e educação nutricional;
- Fortalecer e expandir o pacote mínimo nutricional (os 8 componentes) às US;
- Criação de guiões e normas pediátricas para TB e Lepra, nas crianças.

## **Objectivo 6: Fortalecer o Sistema Nacional de Saúde**

### **Recursos financeiros**

- Reunir Informação segura sobre o custo de serviços de Cuidados de Saúde Neonatal e Infantil a todos os níveis, para uma alocação realista dos fundos para o sector de saúde e para projecções adequadas;
- Advocacia e disseminação da informação sobre as necessidades dos serviços de Saúde Neonatal e Infantil;
- Assegurar provisão orçamental adequada para a pesquisa estratégica na área de Saúde Neonatal e Infantil, nos orçamentos do Ministério de Saúde;

- Estabelecer um fundo nacional para actividades relacionadas com os Cuidados de Saúde Neonatal e Infantil;

### **Infra-estrutura sanitária**

- Estender a rede de US com maternidade às zonas mais periféricas;
- Assegurar que todas as US tenham uma fonte de água potável e saneamento adequado;
- Ampliar os meios de transporte para as maternidades e fortalecer os mecanismos para referência da mãe ou do RN em caso de risco;
- Implementar o Plano de Investimento do Sector, com especial ênfase na Rede de Referência.

### **Material/ medicamentos/equipamento/logística**

- Melhorar o sistema de aquisição e distribuição de medicamentos para as US de nível primário;
- Garantir fornecimento do cloranfenicol, quinina e gentamicina injectável às US pela via clássica;
- Adequar as maternidades com equipamento e material básico necessário para o cuidado com o recém-nascido e crianças;
- Aprovisionamento de medicamentos essenciais para recém-nascido doente e de baixo peso;
- Assegurar a disponibilidade e fornecimento de medicamentos e formulações apropriadas às crianças, incluindo anti-retrovirais em formulações pediátricas;
- Actualizar e incluir medicamentos para a Saúde Neonatal e Infantil na Lista dos kits de Medicamentos Essenciais para US e APEs (kit C), com vista a garantir o seu fornecimento regular;
- Separação das funções reguladoras das de abastecimento a nível Central, de maneira a haver melhor atribuição de responsabilidade;
- Assegurar orçamento adequado para material/equipamento e logística a todos os níveis;
- Aumentar capacidade do pessoal envolvido na gestão básica de medicamentos, materiais e equipamento, a todos os níveis;
- Assegurar a disponibilidade dos materiais e equipamentos para emergência em saúde infantil e neonatal a todos os níveis, incluindo equipamento de comunicação: rádios com retorno e transporte de emergência;

- Melhorar a logística das vacinas e manutenção da cadeia de frio; garantir financiamento regular para as vacinas actuais e das novas vacinas (ex: Hib);

### **Recursos humanos**

- Promover a formação contínua e a disponibilização de bolsas para formação e especialização no país ou no estrangeiro, incluindo a pós-graduação de profissionais nacionais;
- Realizar capacitação em serviço do pessoal existente;
- Promover a distribuição de recursos humanos por Área Estratégica, por Classificador Económico e de acordo com o princípio da equidade;
- Desenvolvimento de indicadores específicos para recursos humanos;
- Melhorar a motivação e incentivos para APEs e outros agentes comunitários;
- Aumentar a profissionalização da administração e gestão da saúde;
- Garantir a continuidade das actividades de formação, através da manutenção ou aumento dos recursos alocados para este fim.
- Garantir a actualização regular dos currícula dos diferentes cursos a nível dos institutos de formação.

### **Monitoria e Supervisão**

- Rever e estabelecer padrões e normas para realizar uma supervisão formativa efectiva dos serviços de Saúde Neonatal e Infantil existentes a todos os níveis e nas comunidades;
- Assegurar planos detalhados, orçamento adequado e recursos para a supervisão a todos os níveis;
- Assegurar que os resultados e relatórios da supervisão sejam imediatamente enviados aos provedores e aos intervenientes;
- Fortalecer os sistemas de supervisão existentes com vista a monitorar a ligação do sistema de saúde formal e os baseados na comunidade;
- Introduzir e implementar uma abordagem de melhoria do desempenho e qualidade para os serviços de Saúde Neonatal e Infantil, que inclua a participação comunitária e supervisão formativa;
- Monitorizar a implementação das actividades e avaliar indicadores específicos;
- Fortalecer o sistema de informação em saúde para subsidiar melhor o processo de tomada de decisão e monitoria das acções dirigidas à saúde da criança,

assegurando que os dados sejam desagregados por género, área geográfica, grupo etário, etc.

### **Pesquisa operacional**

- Promover o desenvolvimento de capacidade de investigação em Saúde Neonatal e Infanto-juvenil;
- Utilizar a investigação sobre os Sistemas de Saúde, como um instrumento para a definição de Políticas de Saúde e planificação e desenvolvimento do sector Saúde, de modo a servir como base para o desenvolvimento de estratégias para atingir /aumentar o acesso e cobertura.

### **ACÇÕES PRIORITÁRIAS**

- Estabelecer um orçamento para actividades relacionadas com os Cuidados de Saúde na comunidade;
- Mobilizar fundos a nível provincial e distrital através do estabelecimento de diferentes parcerias;
- Melhorar a equidade com uma distribuição de recursos para a redução dos desequilíbrios entre províncias;
- Fortalecer a gestão de medicamentos, material médico-cirúrgico e equipamento;
- Melhorar o recrutamento e a alocação de recursos humanos para a prestação de serviços de Saúde Neonatal e Infantil, que inclui a colocação de pessoal nacional após a formação;
- Definir a necessidade e o perfil do pessoal, aumentar os recursos humanos em quantidade e qualidade e melhorar a sua gestão;
- Ter em conta o processo de descentralização para melhorar e ajustar a alocação dos recursos humanos, materiais e financeiros de acordo com as diferentes necessidades;
- Rever e estabelecer procedimentos, padrões e normas para realizar uma supervisão formativa e efectiva dos serviços de Saúde Neonatal e Infantil existentes a todos os níveis e na comunidade;
- Revisão e adequação do sistema de informação (melhorar as fichas de recolha de dados) a luz das actuais exigências;
- Estabelecer e fortalecer o sistema de informação e monitoria a nível comunitária.

## **5. ASPECTOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA**

Devido ao facto de que a formulação de políticas a nível central é apenas o começo da mudança sócio-cultural e que alguns dos valores sócio-culturais estão profundamente enraizados na mente das pessoas, e no intuito de obter a mais vasta aderência possível à nova legislação facilitadora, é imperioso que todas as instituições e todos os

representantes comunitários abrangidos participem nas discussões que antecedem esta revisão e formulação de políticas. É também importante sensibilizar as autoridades a nível distrital e local sobre a necessidade de implementar novas políticas e novos regulamentos.

No que respeita às comunidades, toda a boa legislação, os bons regulamentos e programas continuariam a ser alheios a essas comunidades se não fossem divulgados junto das pessoas nas suas próprias línguas e dialectos. A este respeito, as agências de implementação da Política deverão elaborar glossários de vários termos sobre Saúde Neonatal e Infantil e direitos afins com tradução nas línguas locais, com vista a aumentar a consciência das pessoas acerca de questões referentes à saúde.

A Política de Saúde Neonatal e Infantil deverá pois ser implementada sob a coordenação da Secção de Saúde Infantil, parte da Repartição de Saúde Familiar inserida no Departamento de Saúde da Comunidade, que depende da Direcção Nacional de Saúde do MISAU, em colaboração com outros sectores do MISAU e outros sectores nacionais como a Justiça, Educação, Juventude, Mulher e Acção Social, Parceiros e Comunidade.

### **5.1. Advocacia**

Deve ser realizada a todos os níveis. Há necessidade de criar consciência para a melhoria da saúde da comunidade em colaboração com outros sectores do Governo, ONG's locais e internacionais, sector privado, religiosos, médicos tradicionais e outros.

### **5.2. Priorização de intervenções**

- Baseada no perfil epidemiológica das doenças e as intervenções existentes de custo eficácias com base em evidências;
- Priorizar pacotes integrados de intervenções por nível de atendimento, incluindo a comunidade e os “fora de alcance”;
- Priorizar a implementação da política por etapas.

### **5.3. Mobilização de Recursos**

- **Baseado num plano estratégico e no plano operacional**

- ♣ Estabelecer normas para o pessoal, racionalizar a colocação e manter um inventário do pessoal habilitado para os serviços integrados de Saúde Neonatal e Infantil a todos os níveis;
- ♣ Melhorar a capacidade, a satisfação (através da formação continua) e progressão na carreira profissional do pessoal de saúde Neonatal e Infantil, sem descurar os cursos formais que levam a promoção;
- ♣ Melhorar a integração das tarefas e funções dos membros da equipa de Saúde Neonatal e Infantil através da supervisão formativa e integrada;
- ♣ Criar mecanismos (salários, subsídios, rotações, treinos em serviço, melhoria das condições de vida, etc.) de modo a facilitar a colocação de pessoal de Saúde Neonatal e Infantil nas áreas rurais.

#### **5.4. Monitoria e Avaliação**

- ♣ Estabelecer indicadores de monitoria e desempenho dos serviços integrados de Saúde Neonatal e Infantil a todos os níveis;
- ♣ Rever e desenvolver guiões apropriados para registo, colheita, relatório e disseminação do desempenho dos serviços integrados de Saúde Neonatal e Infantil e Saúde Reprodutiva a todos os níveis;
- ♣ Auxiliar o processo de planificação, tomada de decisões sobre alocação e redistribuição de recursos, dentro do Serviços de Saúde Neonatal e Infantil.
- ♣ Avaliar o desempenho das diferentes componentes, em termos de cobertura, eficiência e qualidade.
- ♣ Monitorização e avaliação da procura e utilização dos serviços de Saúde Neonatal, Infantil e escolar.

## REFERÊNCIAS

- Childhood Poverty in Mozambique: A Situation Analysis, UNICEF, 2006
- Componente Estratégica de Plano de desenvolvimento Nutricional em Moçambique, MISAU/Repartição de Nutrição, 2004
- Constituição da República, (Dezembro 2004), Boletim da República série I- no 51, República de Moçambique, Maputo
- Cuidados aos Recém-nascido de Alto risco. Manual de Cuidados Essenciais ao Recém-nascido. Ministério da Saúde, Departamento de Saúde da Comunidade.
- Estatísticas do PMA- Moçambique, Maputo,2006
- IDSM, 1997
- Inquérito demográfico de Saúde, 2003
- Instituto Nacional de Estatística, Projecções Anuais da população por Província, 97-2010
- Instituto Nacional de Estatística, 2005
- UNICEF,2006
- MISAU/Programa Nacional de Controlo da Malária, 2006
- MISAU/Programa Nacional de Controlo da Tuberculose, 2006
- MISAU/Programa Nacional de Controlo da Lepra, 2006
- MISAU/Programa de Nutrição Infantil, 2005
- MISAU/DEE, 2005
- MISAU- DNS/DF CMAM (2003) Manual de Gestão e Controlo de Medicamentos, 2ª Edição revista.
- Relatório da CUAM, 2005
- PEN-ITS/HIV/SIDA, 2004-2008
- Plano de Acção para as Crianças Órfãs e Vulneráveis,2006-2010
- Plano de Acção de Redução da Pobreza Absoluta, 2006-2009 [Maio de 2006] , Conselho de Ministros, Maputo, Moçambique.
- Plano de Desenvolvimento dos Recursos Humanos 2000-2010 – MISAU
- Plano Estratégico do Sector da Saúde
- Plano Nacional de Acção para a Criança, 2006-2010
- Plano de Investimento da Saúde 2004-2008 (2013) [Junho de 2003], Direcção de Planificação e Cooperação Ministério da Saúde, República de Moçambique, Maputo
- Plano Económico e Social Para 2006, (Setembro, 2005), Republica de Moçambique, Maputo
- Relatório de Desenvolvimento Humano, 2005
- Relatório final da Quinta Avaliação Conjunta do Sector Saúde, Moçambique, 2005 (Abril 2006) MISAU, Maputo
- SETSAN-GAV. Analise de Vulnerabilidade das Zonas Centro e Sul de Moçambique, Abril 2004.
- SETSAN-GAV, Analise de Vulnerabilidade da Zona Norte de Moçambique, Setembro 2004.
- UNICEF/ Grupo Técnico Multisectorial de Luta contra HIV/SIDA, 2004

## CONTRIBUIÇÃO

Dra Aida Libombo  
Dr. Mouzinho Saíde  
Dra Lilia Jamisse  
Dra Atália Macome  
Dra. Elsa Jacinto  
Dra Benedita Silva  
Dr. Naguib Gulamo  
Dra. Orlanda Albuquerque  
Dra. Ana Graça  
Dra.Daisy Trovoada  
Dra. Alicia Carbonell  
Dra.Christiane Rudert  
Dra.Catarina Regina  
Dra Dezi Mahotas  
Dra Sónia Khan  
Dr. Titos Angi  
Dra.Verônica Reis  
Dra. Isabel Nhatave  
Dra.Yassmin Mussá  
Dra. Natércia Fernandes  
Dra. Olga Sigaúque  
Eng.Lara Carrilho  
Enf. Julieta Dimande  
Sra. Irene Rungo

Participantes do Seminário Nacional de discussão da política Nacional de Saúde Neonatal e Infantil, Ministérios da Juventude, Educação, Mulher e Acção Social, Médicos Pediatras e de Clinica Geral, Enfermeiras de SMI, Técnicos de Saúde, Lideres comunitários incluindo Parteiras Tradicionais, Agências multi e bilaterais e ONG's.