



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
Ministério da Saúde



© 2017 Arturo Sanabria, Courtesy of Photoshare

Avaliação do impacto das principais intervenções para a saúde da mulher e crianças (1997-2015)

Maputo, Setembro de 2017

Siglas e Acrónimos

CD	Comité de Direcção
DNSP	Direcção Nacional de Saúde Pública
DPC	Direcção Nacional de Planificação e Cooperação
GATFTP	Gestão Activa da III Fase do Trabalho de Parto
GTT	Grupo Technico de Trabalho
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
IIM	Inquérito de Indicadores de Malária
INE	Instituto Nacional de Estatística
INS	Instituto Nacional de Saúde
IIP-JHU	Institute for International Programs - Johns Hopkins University
LiST	Lives Saved Tool
M&E	Monitoria e Avaliação
MEF	Ministério da Economia e Finanças
IIM (MICS)	Inquérito de Indicadores Múltiplos ("Multiple Indicator Cluster Survey")
MISAU	Ministério da Saúde
NV	Nados Vivos
ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
ONGs	Organizações não-governamentais
PESS	Plano Estratégico do Sector de Saúde
PIDOM	Pulverização intra-domicilária
PNA	Plataforma Nacional de Avaliação
REMTI	Redes Mosquiteiras Tratadas com Inseticidas
SETSAN	Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutrição
SMNI&N	Saúde Materna Neonatal Infantil e Nutrição

Índice

Sumário Executivo	4
1. Contexto	7
2. Objectivos da PNA	7
3. Estrutura Organizacional da PNA.....	7
4. Mapeamento de Dados	8
5. Ciclo 1 da PNA.....	9
6. Perguntas Levantadas no 1 Ciclo	10
7. Métodos.....	11
8. Resultados.....	12
9. Pontos Fortes do 1 Ciclo da PNA.....	21
10. Limitações do 1 Ciclo da PNA	21
11. Conclusão.....	22
12. Referências.....	24
13. Anexo 1	25
14. Anexo 2.....	26
15. Grupo Técnico	27
16. Agradecimentos.....	28

Sumário Executivo

Em Moçambique, a Plataforma Nacional de Avaliação (PNA) foi estabelecida em 2014 pelo Instituto Nacional de Saúde (INS), com o apoio técnico do Instituto para Programas Internacionais (IIP) da Universidade Johns Hopkins e apoio financeiro do Governo do Canadá. A equipa técnica da PNA, de carácter multidisciplinar, é formada por membros do Ministério de Saúde, Instituto Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Estatística, Ministério da Economia e Finanças e o Secretariado Técnico para Segurança Alimentar e Nutricional.

O principal objectivo da PNA é a identificação, compilação e análise sistemática e rigorosa de dados multissetoriais oriundos de diversas fontes (inquéritos de base populacional e dados de saúde de rotina), para avaliação da eficácia e impacto dos programas de saúde e nutrição.

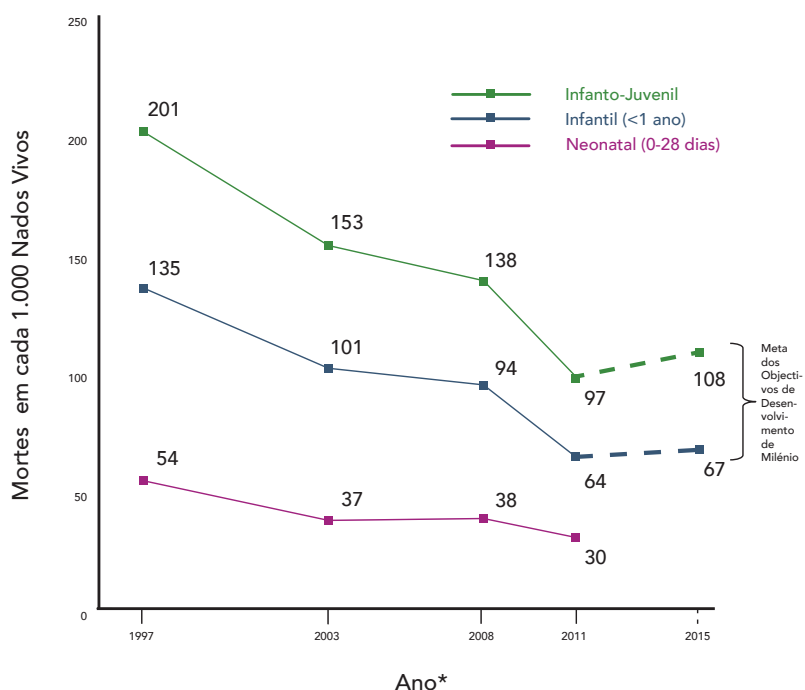
Neste primeiro ciclo, o objectivo técnico da PNA foi de mapear dados de cobertura disponíveis e realizar a análise integrada de dados nacionais relacionados à saúde materna, neonatal, infantil e de nutrição para informar a definição de estratégias para a redução da morbimortalidade materna, neonatal e infantil.

Tendências da Mortalidade em Menores de Cinco Anos (1997-2011)

O Gráfico apresenta a taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos, em Moçambique. Desde 1997 à 2011, observa-se uma tendência decrescente de mortalidade em menores de cinco anos, de 201/1.000 NV para 97/1.000 NV.

Esses dados indicam que o país conseguiu alcançar as metas preconizadas pelos Objectivos de Desenvolvimento de Milénio (ODM) para o ano de 2015.

Taxas de mortalidade em menores de 5 anos (< 1 mês, 0-59 meses), 1997-2011



*Inquérito Demográfico e Saúde 1997, 2003 e 2011; Inquérito de Indicadores Múltiplos 2008

Proporção de Mortes por Desnutrição em Menores de Cinco Anos

No período compreendido entre 1997 e 2011, estima-se que por ano ocorreram um total de 96.000 a 132.000 mortes em menores de cinco, totalizando cerca de 1.955.956 mortes durante o período em referência. No total das mortes acima referências, estima-se que, 15% foram causadas por desnutrição crónica.

Intervenções de Saúde Materna, Neonatal, Infantil e Nutrição que mais contribuíram para salvar vidas entre menores de cinco anos

As três principais intervenções que mais contribuíram para salvar vidas adicionais em menores de 5 anos foram: intervenções nutricionais (29%), intervenções preventivas de combate a malária (20%) e intervenções curativas (administração de antibióticos orais, cuidado de suporte para sepsis/pneumonia, manejo de caso de pneumonia em crianças, administração de vitamina A para tratamento de sarampo e de solução de reidratação oral) (18%).

Intervenções prioritárias

Os resultados indicam que investindo no aumento da cobertura de cinco intervenções (partos assistidos, partos institucionais, redes mosquiteiras tratadas com insecticidas, administração de anti maláricos e consultas pré-natais) a um nível de 90%, pode contribuir para alcançar-se resultado muito próximo da meta preconizada no Plano Estratégico do Sector de Saúde (PESS), que é a redução da mortalidade infanto-juvenil em 55/1.000 NV, até o ano de 2019.

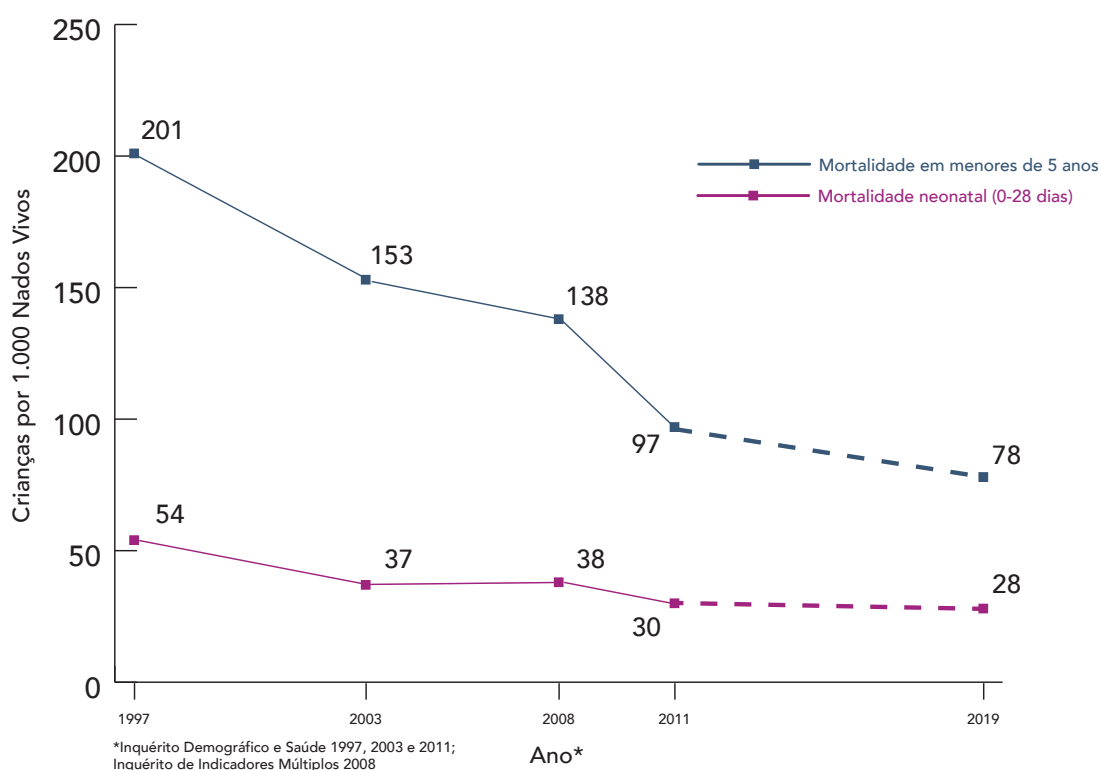
Distribuição das Causas de Morte em Crianças, 1997 a 2011

Em relação as principais causas de morte em crianças menores de cinco anos, entre 1997 e 2011, observou-se que o perfil manteve-se inalterado. Em 15 anos no período em referência, a malária, a pneumonia e a diarreia constituem as principais causas de morte embora com uma redução de 1997 para 2011; contrariamente, a prematuridade, o SIDA e o trauma, tiveram um aumento quando comparados os dois anos.

Vidas Adicionais Salvas, 2011 a 2019

Se a tendência da cobertura das intervenções sanitárias continuar no mesmo ritmo de crescimento verificado de 1997 a 2011, serão salvas adicionalmente 86.633 crianças menores de 5 anos até o ano 2019, das quais 11.307 corresponderão a neonatos. A taxa de mortalidade, passará da actual taxa de 97/1.000NV para 78/1.000NV, longe da taxa estabelecida no PESS como meta para 2019, que é de 55/1.000NV.

Projeção das taxas de mortalidade em menores de 5 anos



Tendências nacionais da mortalidade materna

Comparando os dados de IDS de 1997, 2003 e 2011, observou-se que, de 1997 a 2003, a uma tendência de redução progressiva da taxa de mortalidade materna de 692/100.000 NV para 408/100.000 NV. Contudo, as taxas de mortalidade materna mantem-se inalteradas de 2003 até 2011.

Vidas Maternas Salvas Atribuídas as Intervenções, 1997 a 2011

De entre as intervenções que mais contribuíram para salvar vidas maternas, destacam-se o manejo adequado do trabalho de parto e manejo do parto (59%) e gestão activa da III fase do parto, através do aumento na cobertura de partos institucionais (21%).

Vidas Adicionais Maternas Salvas até 2019

Mantendo a mesma tendência de crescimento na cobertura das intervenções maternas registadas no período desde 1997 a 2011 para o período de 2011 a 2019, adicionalmente serão salvas 1.075 vidas maternas. Em termos de taxa de mortalidade materna, a alteração será de 408/100.000 NV em 2011 para 305/100.000 NV em 2019, aquém das metas preconizadas no PESS (190/100.000 NV).

1. Contexto

A PNA é uma nova e rigorosa abordagem de compilação e análise de dados de diferentes fontes (como inquéritos de base populacional e dados de saúde de rotina), para que os países possam ter respostas estratégicas e baseadas em evidências para as questões políticas e programáticas mais pertinentes.

Em Moçambique, sob coordenação do Instituto Nacional de Saúde, o PNA foi lançado em Junho de 2014, com a duração de 3 anos (Junho 2014-Maio 2017). No período em referência, foco inicial da plataforma foi para a Saúde Materna, Neonatal, Infantil e Nutrição (SMNI&N) e a componente de desenvolvimento de capacidade técnica para avaliação de aspectos ligados à saúde no sector público, com enfoque para habilidades técnicas das áreas programáticas e de monitoria e avaliação.

Durante o período em referência, em Moçambique, a Plataforma, contou com apoio técnico do Instituto para Programas Internacionais da Universidade Johns Hopkins (IIP-JHU) e apoio financeiro do Governo do Canadá.

O INS é responsável pela gestão, incluindo aspectos logísticos, desenvolvimento e manutenção do sistema de dados, realização de tarefas técnicas e coordenação de esforços para a capacitação de outros membros da PNA. O INS foi seleccionado pelos intervenientes-chaves da PNA para ser a instituição sede, por ser: (i) uma instituição independente em termos de implementação de programas de SMNI&N; (ii) uma instituição com mandato legal para conduzir vigilância nacional de doenças, monitoria e avaliação dos programas de saúde pública; e (iii) uma instituição que tem capacidade técnica para recolha, gestão e análise de dados.

2. Objectivos da PNA

O objectivo global da PNA é criar capacidade institucional para usar e analisar dados de diversas fontes (como inquéritos de base populacional e dados de saúde de rotina), fornecer resultados de boa qualidade e em tempo útil, e apoiar os decisores políticos na tomada de decisões baseadas em evidências.

Neste primeiro ciclo (2014-2015), o objectivo técnico da PNA é realizar análise integrada de dados nacionais relacionadas com a saúde materna, neonatal, infantil e nutrição como resposta às lacunas dos Sistemas de Informação em Saúde, para apoiar na tomada das decisões políticas para a definição de estratégias para a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil e a melhoria da saúde da mulher e da criança em Moçambique.

3. Estrutura Organizacional da PNA

Foi constituído um Comité Directivo, que inclui representantes seniores de diferentes Ministérios e Instituições do Governo com interesses nas políticas, programas de SMNI&N em Moçambique, a saber: Ministério da Saúde (MISAU), Ministério da Economia e Finanças (MEF), Ministério da Agricultura e Segurança Alimentar (MASA) e Instituto Nacional de Estatística (INE).

O Comité de Direcção da PNA é co-presidido pela Direcção Nacional de Saúde Pública e a Direcção Nacional de Planificação e Cooperação do Ministério da Saúde, tendo como tarefas:

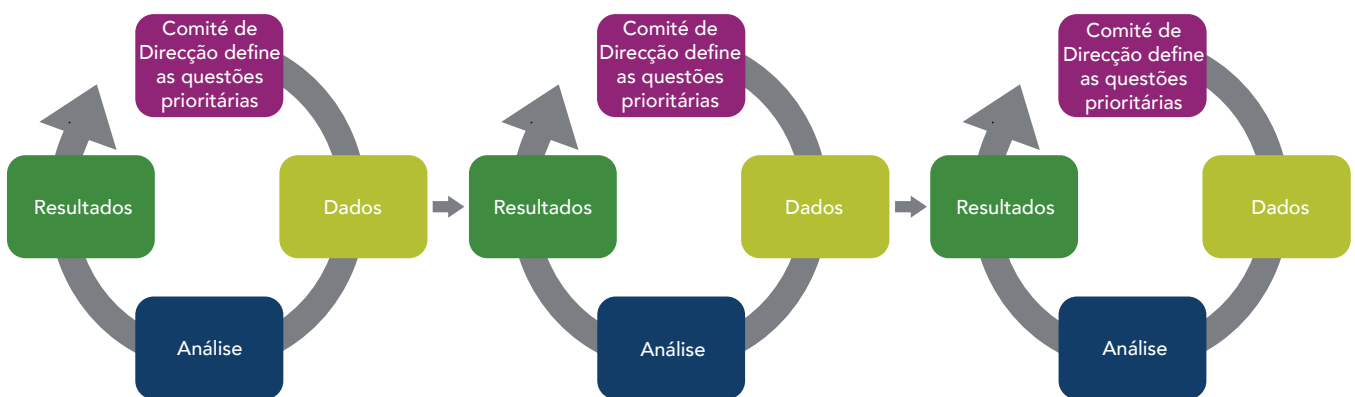
- Identificar questões prioritárias para avaliação e que sejam relevantes para orientar políticas;

- Identificar as necessidades programáticas de SMNI e Nutrição no país e
- Apoiar os objectivos da capacitação da PNA



3.1 Grupo Técnico de Trabalho (GTT)

O GTT da PNA reúne técnicos de M&A e uma equipa programática das instituições envolvidas na PNA. O GTT, facilitado pelo INS e pelo IIP-JHU, beneficia-se da produção do conhecimento e desenvolvimento de habilidades analíticas através de ciclos de oficinas de trabalho participativas que visam responder as questões políticas e programáticas prioritárias do SMNI&N identificadas pelo Comité de Direcção.



4. Mapeamento de Dados

O mapeamento de dados foi realizado pelo INS e IIP-JHU, com actividades baseadas na revisão dos indicadores da PNA, na discussão sobre as divisões políticas e geográficas do país, bem como sobre a estrutura de governo. As discussões iniciais sobre a conceptualização e adaptação da PNA às especificidades locais e dos dados mapeados permitiu gerar uma abordagem mais padronizada de todas as actividades.

4.1 Estratégia do Mapeamento de Dados

O mapeamento de dados tinha como alvo inquéritos realizados em Moçambique desde 1997, com uma representatividade nacional. A pesquisa foi realizada de modo a identificar dados de diferentes fontes na área de saúde e factores contextuais. Esta actividade foi baseada em quatro abordagens diferentes e complementares: (1) pesquisa electrónica, (2) reuniões com membros dos departamentos governamentais, (3) busca em grupos de pesquisa de universidades e (4) busca em organizações não-governamentais (ONGs). Embora os dados dos sistemas de informação de rotina não constituíssem uma prioridade da actividade de mapeamento de dados no primeiro ciclo da PNA, esta informação foi superficialmente mapeada para fornecer uma visão geral sobre outros indicadores disponíveis em Moçambique.

Inquéritos com representatividade nacional em Moçambique foram realizados basicamente por parcerias entre os Ministérios e/ou organizações internacionais e o Instituto Nacional de Estatística (INE). Desde o ano 2000, foram realizados no país um total de 14 diferentes inquéritos. Algumas pesquisas foram realizadas mais de uma vez, como Inquérito Demográfico de Saúde (IDS: 1997, 2003 e 2011), Vigilância Nacional Epidemiológica sobre HIV e Sífilis (a cada dois anos), Inquérito do Orçamento Familiar (de cinco em cinco anos), os Censos populacionais e Agro-pecuários (2009 e 2010), bem como o Inventário Nacional de Infra-Estruturas de Saúde.

O IDS e o Inquérito de Indicadores Múltiplos (MICS) foram as principais fontes para os propósitos iniciais da PNA. No entanto, alguns indicadores das áreas preventivas e curativas também foram mapeados em inquéritos específicos, tais como o Inquérito de Indicadores de Malária (IIM), o Inquérito Nacional sobre Saúde Reprodutiva em adultos e a pesquisa sobre comportamentos de risco, e outros. Indicadores como o uso de fonte de água melhorada e saneamento melhorado estavam disponíveis em muitas pesquisas, como uma espécie de características socioeconómicas colhidas frequentemente para descrever famílias.

Informações detalhadas sobre cada inquérito mapeado, incluindo processo de amostragem, população-alvo e tipos de variáveis recolhidas, são apresentados em um relatório a parte e específico sobre mapeamento de dados (Mapeamento de Dados para a PNA).

4.2 Limitações durante Mapeamento

Durante o mapeamento de dados a principal limitação encontrada foi o preenchimento tabelas apenas com base em relatórios de inquéritos, sem os respectivos bancos de dados.

5. Ciclo 1 da PNA

No dia 28 de Setembro de 2014, realizou-se no INS, o primeiro encontro dos membros do Comité de Direcção da PNA. O encontro tinha como objectivo principal definir questões prioritárias a serem respondidas pela PNA.

O Primeiro Ciclo de capacitações da PNA tinha como objectivos:

- Identificar questões de avaliação que podem ser respondidas usando a ferramenta LiST (Lives Saved Tool) e dados de cobertura e de impacto disponíveis.
- Avaliar a qualidade de dados de cobertura e de impacto das fontes de inquéritos de base populacional.
- Calcular indicadores básicos de cobertura e de impacto de SMNI&N a partir de bases de dados de inquéritos de base populacional, usando o programa de análise estatística, STATA.

- Analisar e interpretar os resultados de impacto das mudanças de cobertura de intervenções na mortalidade materna, neonatal e infantil, através do LiST.
- Identificar a audiência e divulgar claramente os resultados das análises usando técnicas de comunicação escrita/oral e visualização de dados.

5.1 Justificativa

Moçambique comprometeu-se em alcançar os Objectivos do Desenvolvimento do Milénio (ODM) de interesse para a saúde da mulher e da criança: reduzir a taxa de mortalidade de menores de cinco anos em dois terços, e reduzir o rácio de mortalidade materna em três quartos até 2015.

O Governo de Moçambique lançou o PESS para o período 2014 – 2019, que define como a primeira prioridade para o sector da saúde, a necessidade de “acelerar o progresso na redução da mortalidade materna e neonatal, incluindo a redução das taxas de fecundidade geral.” Tendo em conta os recursos escassos e os prazos do sector da saúde e dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), é importante fornecer evidências ao Governo sobre que intervenções serão mais eficazes para o alcance do impacto almejado na redução da mortalidade materna, infanto-juvenil e neonatal. Adicionalmente, o Governo precisa destas evidências para re-orientar futuras estratégias e planos de acção depois do período dos ODM. Assim sendo, foram levantadas várias questões que deveriam ser respondidas pela PNA.

6. Perguntas Levantadas no 1 Ciclo

6.1 Mortalidade em Menores de Cinco Anos

Os três indicadores mais importantes para medir o impacto das intervenções voltadas para crianças são:

- Taxa de mortalidade de menores de cinco anos (infanto-juvenil)
- Taxa de mortalidade infantil
- Taxa de mortalidade neonatal

Embora as taxas de mortalidade infantil (143.7/1.000, 101/1.000 e 64/1.000 nados vivos (NV) em 1997, 2003 e 2011, respectivamente) e infanto-juvenil (201/1.000, 153/1.000 e 97/1.000 NV em 1997, 2003 e 2011, respectivamente) tenham tendências positivas para atingir as metas dos ODM para 2015, a taxa de mortalidade neonatal não reduziu de forma significativa (de 77/1.000 NV em 1997 para 48/1.000 NV em 2003 e para 30/1.000 NV) (1-3).

O Comité de Direção da PNA aprovou as perguntas e as respectivas sub-perguntas relacionadas à mortalidade em crianças:

1. Que mudanças foram observadas na mortalidade em menores de cinco anos e na mortalidade neonatal desde 1997? Que intervenções foram responsáveis pela diminuição da mortalidade infantil? Que intervenções devem ser priorizadas, a fim de acelerar a redução da mortalidade neonatal, mantendo ou melhorando as reduções observadas na mortalidade infantil?

- a) Desde 1997, quais foram as tendências nacionais e da mortalidade em menores de cinco anos (<1 mês, 0-59 meses)?
- b) Desde 1997, que proporção de mortes em menores de cinco anos deveu-se à desnutrição?
- c) De 1997 a 2011, que intervenções de SMNI&N contribuíram mais para salvar vidas entre

menores de cinco anos?

d) Quais foram as mudanças na distribuição das causas de morte em crianças de 1997 a 2011?

e) Se as tendências de cobertura continuarem como estão, quantas vidas serão salvas de 2011 até 2019?

6.2 Mortalidade Materna

Apesar dos esforços do Governo de Moçambique ao longo dos últimos anos para priorizar a saúde materna e um forte compromisso ao mais alto nível político entre com os parceiros de desenvolvimento, verifica-se a falta de progressos significativos na redução da mortalidade materna que continua num nível alarmante. O rácio de mortalidade materna diminuiu em 60% de 1997 para 2003 em Moçambique (1, 2), mas na última década não registou progressos na redução (o IDS 2011 registou um rácio de mortalidade materna de 408 mortes por 100.000 NV, os mesmos valores registados no IDS 2003) (3).

Assim sendo, o CD da PNA aprovou a pergunta e as respectivas sub-perguntas relacionadas à mortalidade materna:

2. Quais as intervenções que têm sido responsáveis pela redução da mortalidade materna, e quais intervenções devem ser reforçadas para salvar mais vidas maternas?

a) Se aumentarmos as coberturas das intervenções, quantas vidas maternas poderão ser salvas até 2019?

b) A que intervenções podem ser atribuídas as vidas maternas salvas de 1997 a 2011?

c) Se a tendência actual de crescimento nas coberturas das intervenções se mantiver, quantas vidas adicionais maternas poderão ser salvas até 2019?

7. Métodos

Foram usados dados de coberturas nacionais de diversas intervenções em saúde e sua variação ao longo do tempo, extraídos dos IDS de 1997/2003/2011 e MICS 2008. A análise foi feita com base na utilização da ferramenta de modelagem estatística LiST versão 5.27 que opera dentro do Modelo Spectrum. Os dados da eficácia das intervenções fornecidos pelo *Child Health Epidemiology Research Group* (CHERG), que é formado por um grupo de peritos que conduzem revisões técnicas em morbimortalidade materna, neonatal, e infantil e eficácia das intervenções. O LiST analisa por modelos estatísticos, o impacto de mudanças na cobertura de intervenções na mortalidade materna e infantil. Em função da variação das coberturas das intervenções sanitárias, foi possível estimar o impacto em termos de mudanças na mortalidade e no número de vidas adicionais salvas durante o período em análise. No entanto, algumas intervenções não são medidas de forma directa pelos inquéritos populacionais. Em tais casos recorre-se a indicadores de aproximação, como no caso das intervenções maternas detalhadas mais adiante nesta secção.

O número de vidas adicionais salvas, são o reflexo de mudanças nas coberturas das intervenções. Isto é, se não há mudança na cobertura de uma determinada intervenção ao longo do tempo, ainda que a intervenção seja comprovadamente eficaz, o seu acréscimo em termos de número de vidas extras adicionais salvas é nulo. Com base em fontes das Nações Unidas, foi traçado o perfil de mortalidade por principais doenças, para cada país, tendo em consideração a respectiva estrutura demográfica e epidemiológica.

Para a análise da componente materna, conforme mencionado acima, fez-se a dedução da cobertura de algumas intervenções, com base no nível de cobertura de partos institucionais e

de partos assistidos por pessoal qualificado no país, como indicadores de aproximação mais próximos ao pacote de intervenções, que concorrem para a redução da mortalidade materna.

As intervenções maternas foram divididas em 3 grandes grupos a saber:

- **Intervenções ligadas ao período pré-concepção** – neste grupo foi considerado o uso de contraceptivos.
- **Intervenções ligadas ao período de gravidez** – neste grupo foram considerados: a vacina antitetânica, o tratamento preventivo intermitente da malária, a suplementação com cálcio e a gestão de pré-eclâmpsia com sulfato de magnésio (MgSO₄).
- **Intervenções ligadas ao período do parto** – neste grupo foi considerada a prática do parto higiénico seguro, a gestão do trabalho de parto e do parto, a administração de antibióticos para ruptura prematura de membrana, a gestão de eclâmpsia com administração de sulfato de magnésio (MgSO₄) e a gestão activa da III fase do trabalho de parto (GATFTP).

8. Resultados

8.1 Resultados Relativos a Questão 1

Que mudanças foram observadas na mortalidade em menores de cinco anos e na mortalidade neonatal desde 1997?

Que intervenções foram responsáveis pela diminuição da mortalidade infantil?

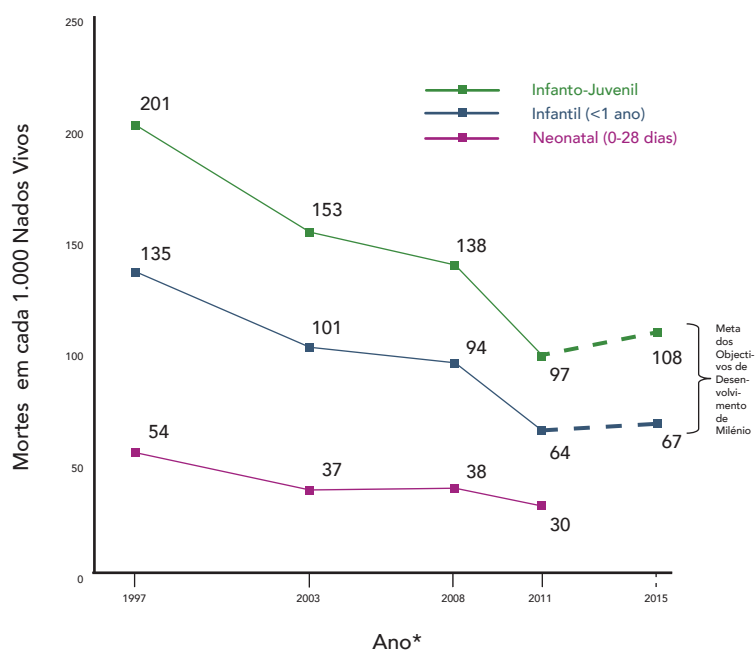
Que intervenções devem ser priorizadas, a fim de acelerar a redução da mortalidade neonatal, mantendo ou melhorando as reduções observadas na mortalidade infantil?

a) Desde 1997, quais foram as tendências nacionais e provinciais da mortalidade em menores de cinco anos (< 1 mês, 0-59 meses)?

O gráfico 1 apresenta as taxas de mortalidade infanto-juvenil para crianças menores de 5 anos em Moçambique. A partir deste gráfico observa-se que entre 1997 e 2011, as taxas de mortalidade infanto-juvenil tiveram uma tendência decrescente, tendo sido deste modo alcançadas as metas preconizadas pelos ODM para o ano de 2015.

Fazendo uma análise complementar, através da Tabela 1 (Anexo1), foi observado que a mortalidade infanto-juvenil em Moçambique baixou de cerca de 196 mortes por 1.000. Nascimentos em 1997 para cerca de 144 mortes por 1.000 nascimentos em 2011, ou seja, nesse período houve uma redução da mortalidade infanto-juvenil em 26.5%.

Taxas de mortalidade em menores de 5 anos (< 1 mês, 0-59 meses), 1997-2011



*Inquérito Demográfico e Saúde 1997, 2003 e 2011; Inquérito de Indicadores Múltiplos 2008

Gráfico 1. Taxas de mortalidade em menores de 5 anos, 1997-2011

Em 1997, as taxas de mortalidade infantil eram elevadas, sobretudo nas províncias do Centro e Norte, com valores que ultrapassam 199 mortes por cada 1.000 crianças nascidas.

Analisando a mortalidade infantil (menores de 1 mês de idade) de 1997 a 2011, observou-se que a mortalidade neonatal em Moçambique baixou de cerca de 50 mortes por 1.000 nascimentos em 1997 para cerca de 40 mortes por 1.000 nascimentos em 2011, ou seja, entre 1997 e 2007 houve uma redução da mortalidade infantil em 21% (ver tabela 2). Contudo, não foi possível alcançar a meta preconizada pelos ODM.

A tendência das taxas de mortalidade infantil em menores de 1 mês é similar a registada nas taxas em menores de 5 anos. Na tabela 2, observa-se que as províncias da regiões Centro e Norte, tendem a ter maiores taxas de mortalidade em relação as províncias do Sul. As províncias do Centro e Norte tiveram as maiores taxas de redução da mortalidade em menores de 5 anos do que as do Sul, com a exceção de Maputo Província. Curiosamente, Maputo Cidade teve um ligeiro aumento da taxa de mortalidade

b) Desde 1997, que proporção de mortes em menores de cinco anos deveu-se à desnutrição?

Em Moçambique ocorrem cerca 640.000 a 880.000 (1997 a 2011) nascimentos ano. Assumindo uma taxa média de mortalidade de 150 por 1.000 NV estima-se um total de 96.000 a 132.000 crianças morrendo a cada ano, totalizando cerca de 1.955.956 mortes no período de 15 anos (1997 – 2003) (Gráfico 2). A desnutrição crónica é factor contribuinte em cerca de 15% dessas mortes.

Embora a taxa de mortalidade tenha decrescido de 201/1.000 NV em 1997 para 97/1.000 NV em 2011, muitas crianças continuam a morrer anualmente devido a doenças evitáveis. Os dados indicam que em 2011, morreram cerca de 126.806 crianças.

Proporção de mortes atribuíveis a desnutrição, em relação ao total de mortes em crianças menores de 5 anos

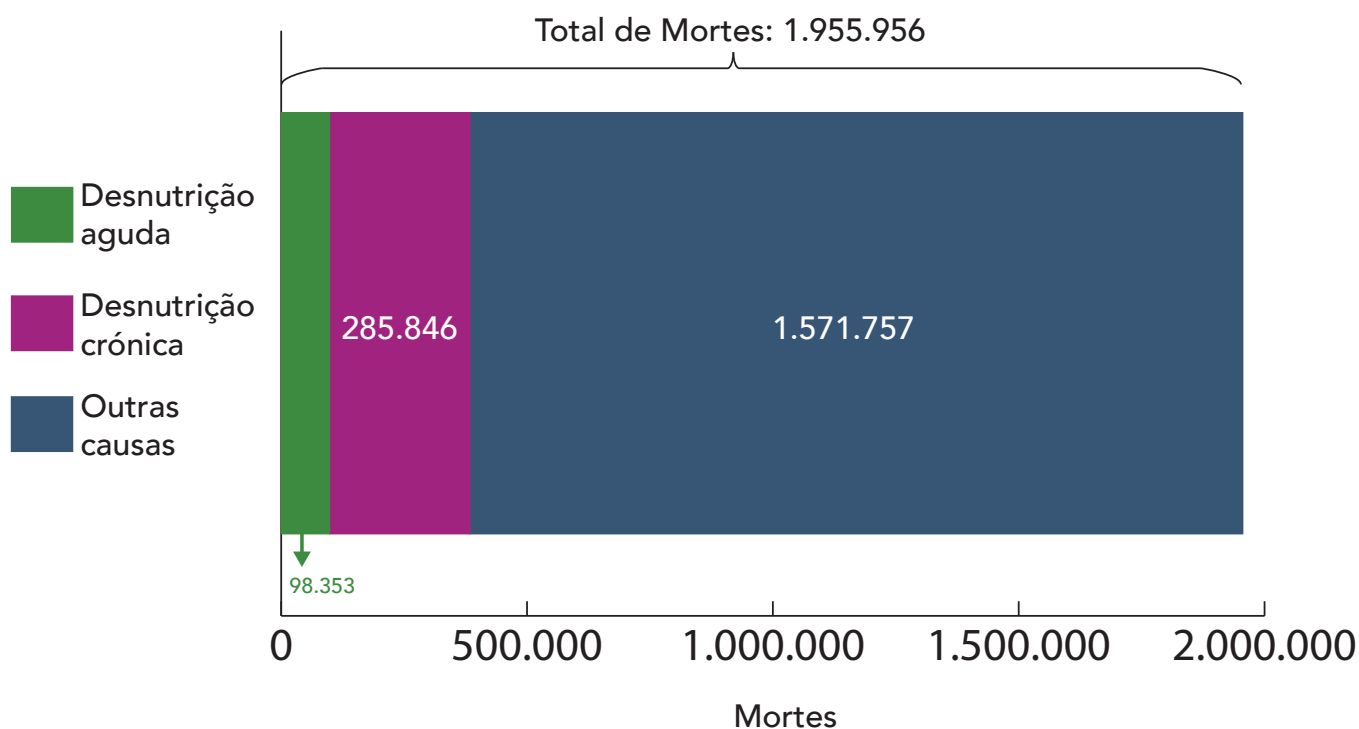


Gráfico 2. Proporção de mortes atribuíveis a desnutrição, em relação ao total de mortes em crianças menores de 5 anos

c) De 1997 a 2011, que intervenções de SMNI&N contribuíram mais para salvar vidas entre menores de cinco anos?

O número de vidas adicionais salvas é estimado em função das mudanças na cobertura das intervenções.

Considerando as 34 intervenções analisadas pelo LiST, de 1997 a 2011 foram salvas 427.851 vidas como resultado na melhoria das coberturas. As 3 principais intervenções que mais contribuíram para salvar vidas adicionais em menores de 5 anos foram: intervenções nutricionais com 29%, intervenções preventivas de combate à malária com 20% e intervenções curativas com 18% (Gráfico 3).

Pacote de Intervenções de SMNI&N que mais contribuíram para salvar vidas adicionais entre menores de cinco anos

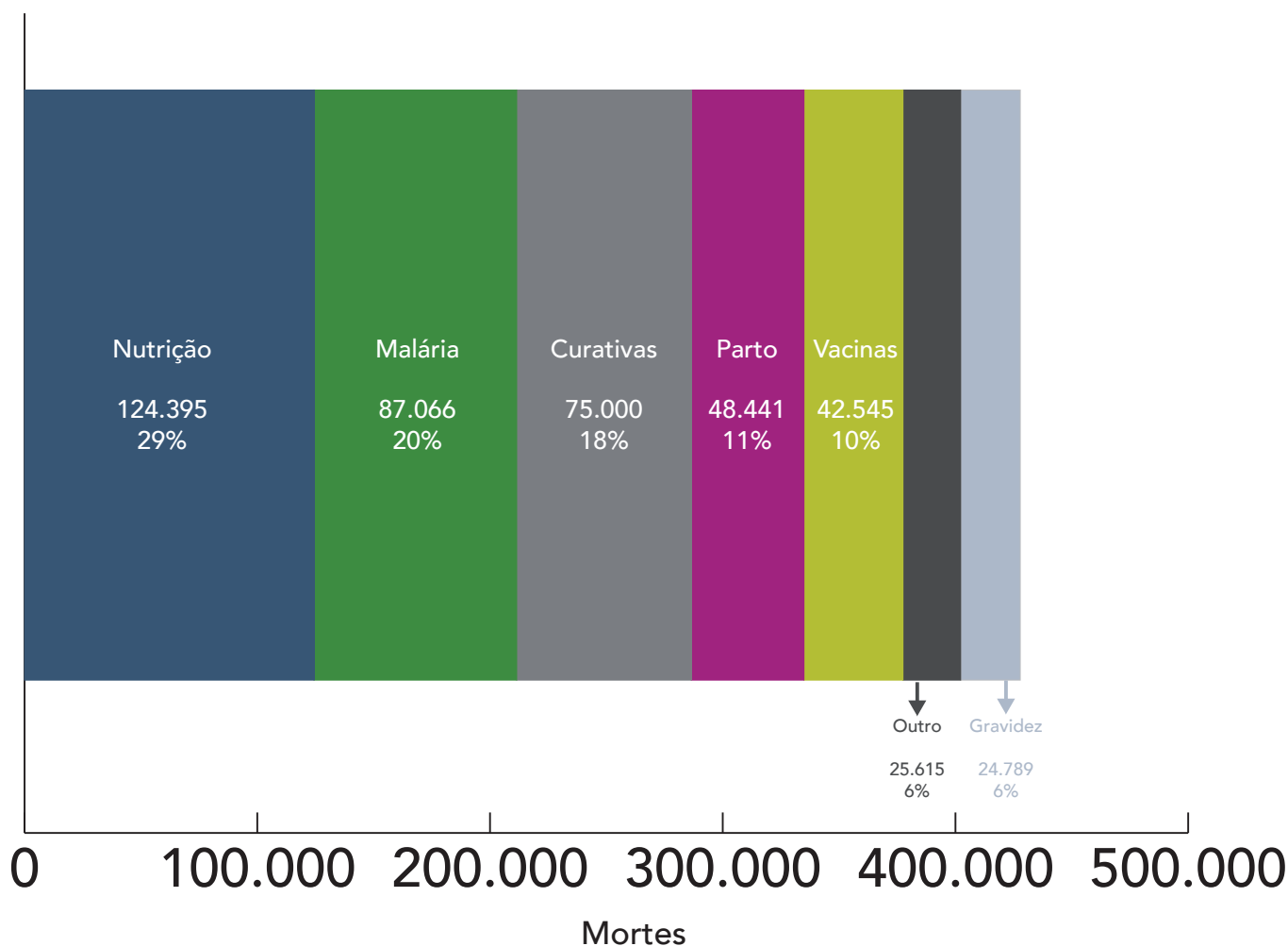


Gráfico 3. Pacote de Intervenções de SMNI&N que contribuíram mais para salvar vidas adicionais entre menores de cinco anos

Nutrição - Desnutrição aguda* e crónica* e Promoção da amamentação

Malária - Posse de redes mosquiteiras tratados com insecticida (REMTI/MILD) ou casas pulverizadas, Antimaláricos - Compostos de artemisinina para tratamento da malária

Curativas - Antibióticos orais, Cuidado de suporte para sepsis/pneumonia, SRO- Solução da rehidratação oral, Antibióticos orais; Manejo de caso de pneumonia em crianças, Vitamina A - para tratamento do sarampo, Cotrimoxazol

Parto - Práticas de parto higiênico; avaliação e estimulação imediata ao recém-nascido, Gestão do trabalho de parto e do parto (período expulsivo), Reanimação neonatal, Corticosteróides para parto prematuro, Antibiótico para ruptura prematura da membrana (RPM)

Vacinas - Tríplex (DPT), H. Influenza e Sarampo

Outro - Suplementação com Vitamina A, Fonte de água melhorada, Água canalizada no domicílio, Saneamento melhorado- Utilização de latrinas ou retrete, Descarte higiênico das fezes das crianças

Gravidez - TT-Vacina anti-tetânica, TPIg: Mulheres grávidas protegidas por tratamento preventivo intermitente para a malária durante a gravidez ou a dormir debaixo rede mosquiteira impregnada com insecticida - Detecção e tratamento da sífilis, Suplementação de micronutrientes, PTV - Prevenção da transmissão de VIH da mãe para filho (incluindo escolhas de amamentação), Idade e ordem de nascimento, Intervalos entre nascimentos

*A Desnutrição Crónica e Aguda foram consideradas intervenções como forma de agrupar todas intervenções que afectam a desnutrição

Quais as Intervenções Por Priorizar

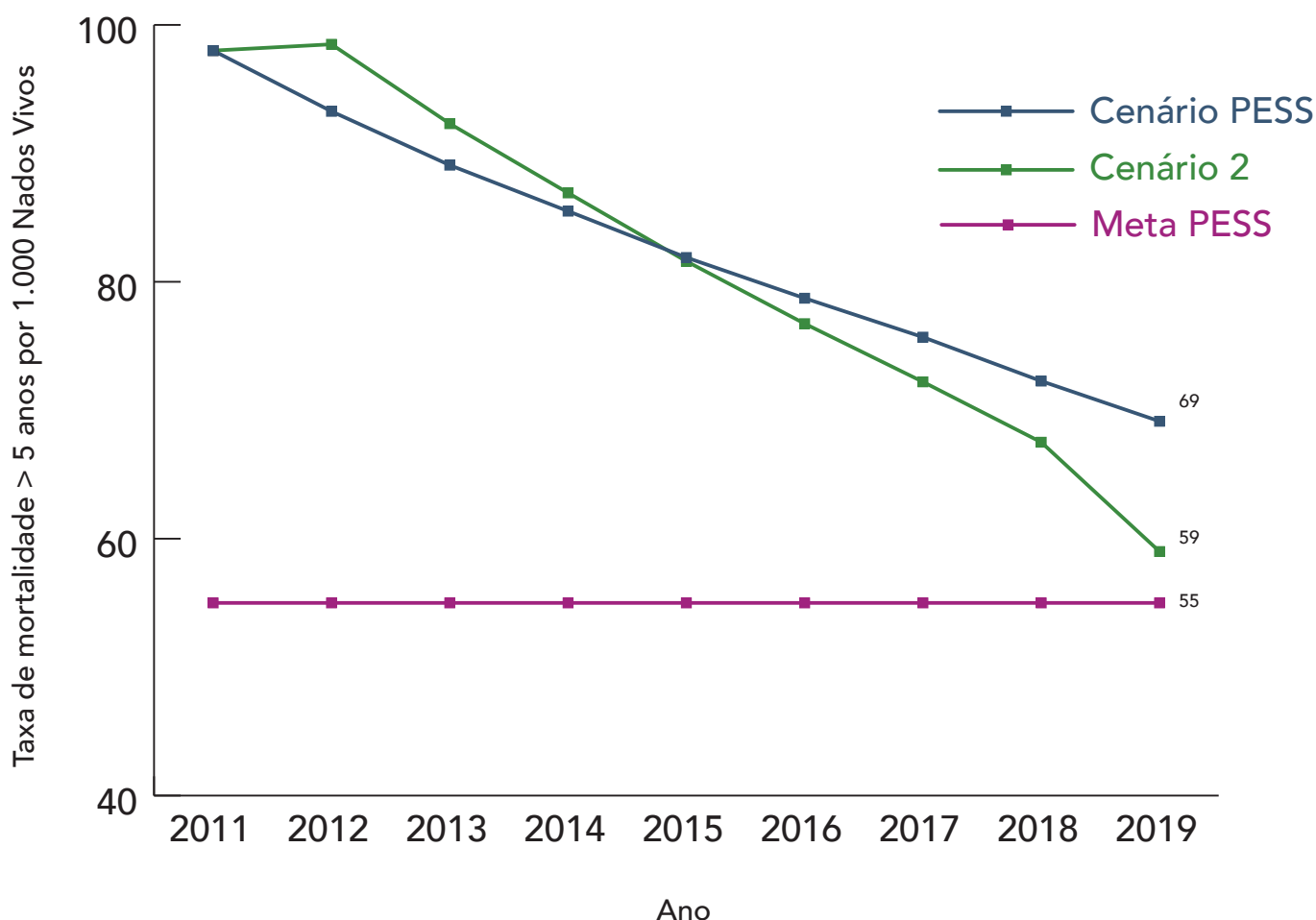
As análises mostraram que a priorização de um conjunto de intervenções resultam num impacto considerável no número de vidas adicionais salvas e na redução das taxas de mortalidade. A priorização de 5 intervenções que tiveram maior impacto na área de saúde infanto-juvenil possibilitaria, até 2019, uma maior aproximação às metas estipuladas do PESS e consequentemente nos objectivos do desenvolvimento sustentável.

O gráfico 4 mostra a redução da taxa de mortalidade infanto-juvenil com base na priorização das seguintes intervenções: **Partos Assistidos, Partos Institucionais, Redes Mosquiteiras Tratadas com Insecticidas, Administração de anti-maláricos e Consultas Pré-Natais.**

Foram criados e analisados dois cenários, sendo que no primeiro cenário aumentaram-se as coberturas das 5 intervenções, até ao nível das metas de cobertura apresentadas no PESS e, no cenário 2, as mesmas intervenções foram alargadas a um nível de cobertura de 90%.

Os resultados indicam que investindo no aumento de cobertura de 5 intervenções a um nível de 90%, pode contribuir para alcançar resultados próximos à meta preconizada no PESS de redução da mortalidade infanto-juvenil, estipulada em 55/1.000 NV, até o ano 2019. O cenário de cobertura das intervenções a 90%, potencialmente reduziria a taxa de mortalidade infanto-juvenil em mais de cerca de 14.5%, quando se compara com o cenário de cobertura de intervenções projectadas pelo PESS.

Impacto do alargamento das intervenções na taxa de mortalidade infanto-juvenil em Moçambique



Fonte: LIST 2016

Gráfico 4. Impacto do alargamento das intervenções na taxa de mortalidade infanto-juvenil em Moçambique. (O Cenário 1 esta em azul com quadrados, e cenário 2 em verde com quadrados. A linha roxa mostra as metas do PESS 2014-19)

d) Quais foram as mudanças na distribuição das causas de morte em crianças de 1997 a 2011?

Em relação a principais causas de morte em crianças menores de cinco anos, entre 1997 e 2011, foi observado que o perfil manteve-se inalterado. A malária, a pneumonia e a diarreia continuam sendo as principais causas de morte embora com uma redução de 1997 para 2011; contrariamente, a prematuridade, o SIDA e o trauma, tiveram um aumento quando comparados os dois anos.

Distribuição relativa das causas de morte em crianças menores de cinco anos no ano de 1997 e no ano de 2011

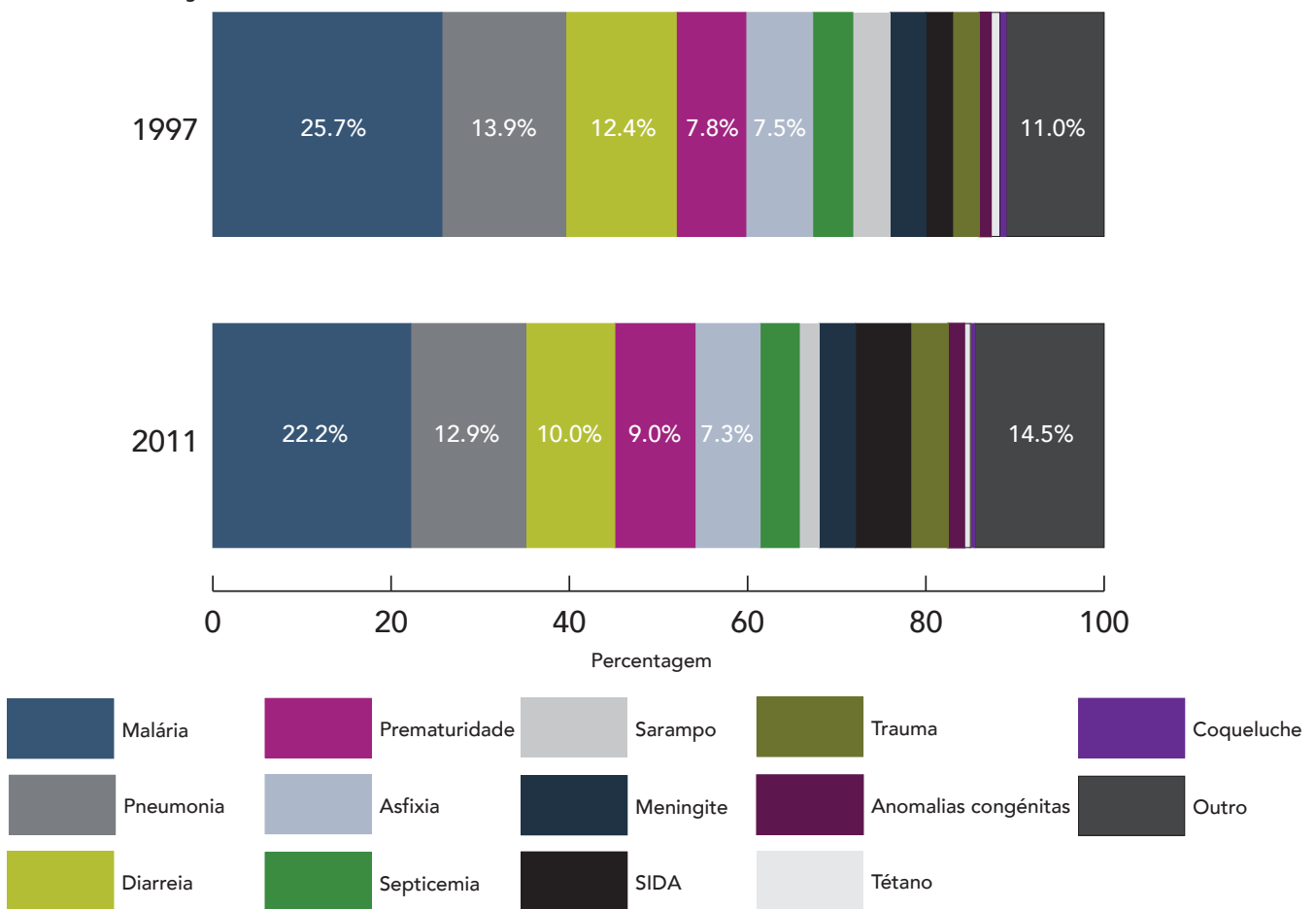


Gráfico 5. Distribuição relativa das causas de morte em crianças menores de cinco anos no ano de 1997 e no ano de 2011

e) Se as tendências de cobertura continuarem como estão, quantas vidas serão salvas de 2011 até 2019?

Se a tendência de cobertura das intervenções sanitárias continuar no mesmo ritmo de crescimento verificado de 1997 a 2011, serão salvas adicionalmente, um total de 86.633 crianças menores de 5 anos até o ano 2019, das quais 11.307 corresponderá a neonatos. Em termos de taxa de mortalidade, passar-se-á da actual taxa de 97/1.000 NV para 78/1.000 NV, a qual se mantém longe da taxa estabelecida no PESS como meta para 2019, que é de 55/1.000 NV.

Projeção das taxas de mortalidade em menores de 5 anos

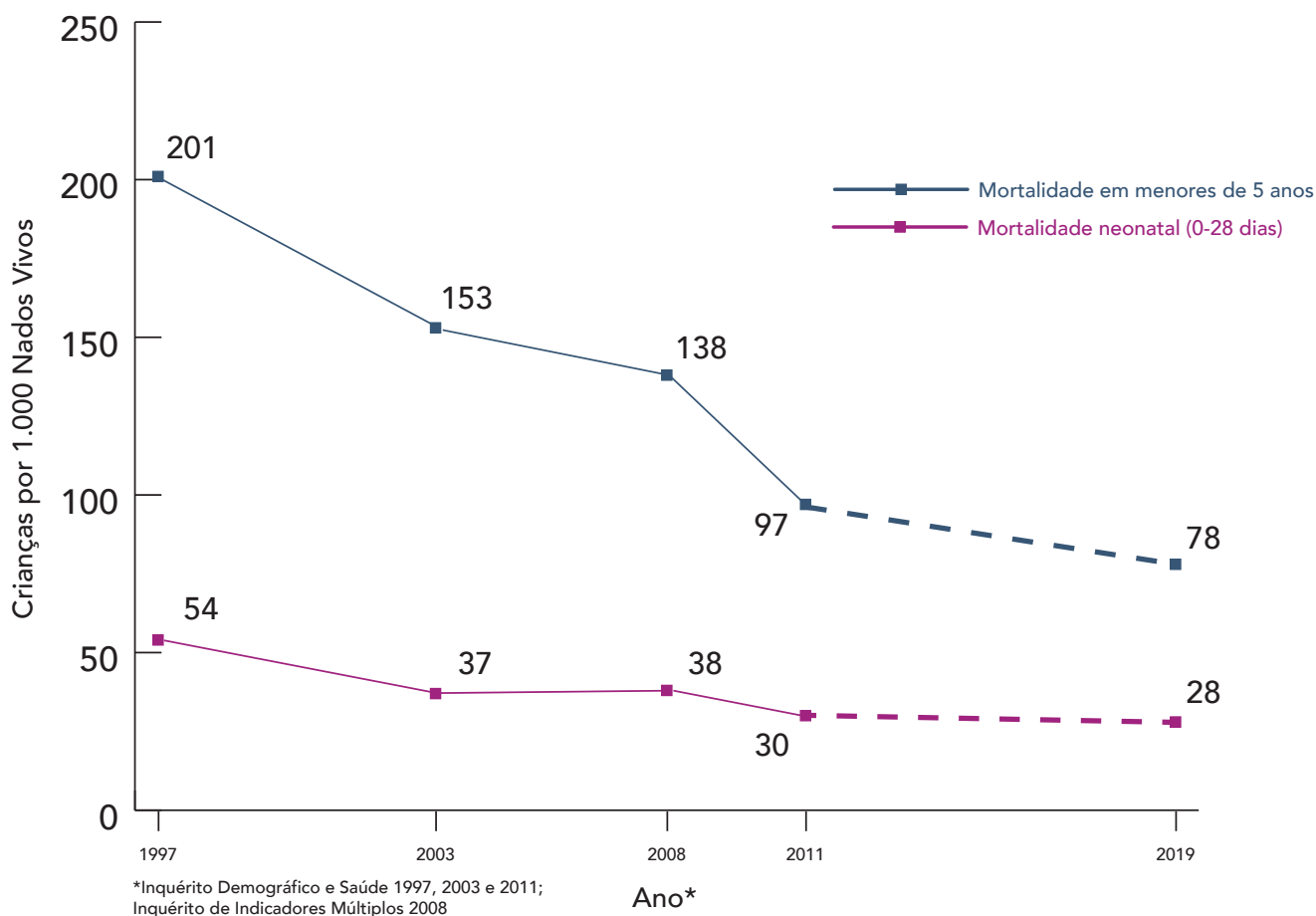


Gráfico 6. Projeção das taxas de mortalidade em menores de 5 anos

8.2 Mensagens chaves com relação a mortalidade infanto-juvenil e neonatal



- Desde 1997, a mortalidade infanto-juvenil reduziu em todas as províncias do país, com a excepção da província da Zambézia.
- 20% das mortes em crianças menores de 5 anos tem como causa determinante o estado de desnutrição, sendo que há impacto da desnutrição crónica em 13.9%.
- No período em análise, as intervenções nutricionais e de malária contribuíram com 49% das 427.851 vidas adicionais salvas (VAS) em menores de cinco anos; as intervenções nutricionais contribuíram com 29% (12.4077 VAS) e as intervenções relacionadas à Malária com 20% (85.570 VAS).
- Para se alcançar a meta de redução da mortalidade infanto-juvenil projectada pelo PESS (55/1.000 NV) até 2019, será necessário acelerar o ritmo de aumento das coberturas das principais intervenções na área de saúde materno-infantil.
- No cenário definido para o alcance da redução da desnutrição crónica de 20%, até 2019, serão salvas adicionalmente cerca de 30.953 vidas em crianças menores de 5 anos.

8.3 Resultados Relativos a Questão 2

Quais as intervenções que têm sido responsáveis pela redução da mortalidade materna, e quais intervenções devem ser reforçadas para salvar mais vidas maternas?

a) Quais são as tendências nacionais da mortalidade materna?

Depois de um período de redução progressiva da mortalidade materna, de 1997 a 2003, seguiu-se um período de estagnação em que a taxa de mortalidade manteve-se inalterada até 2011.

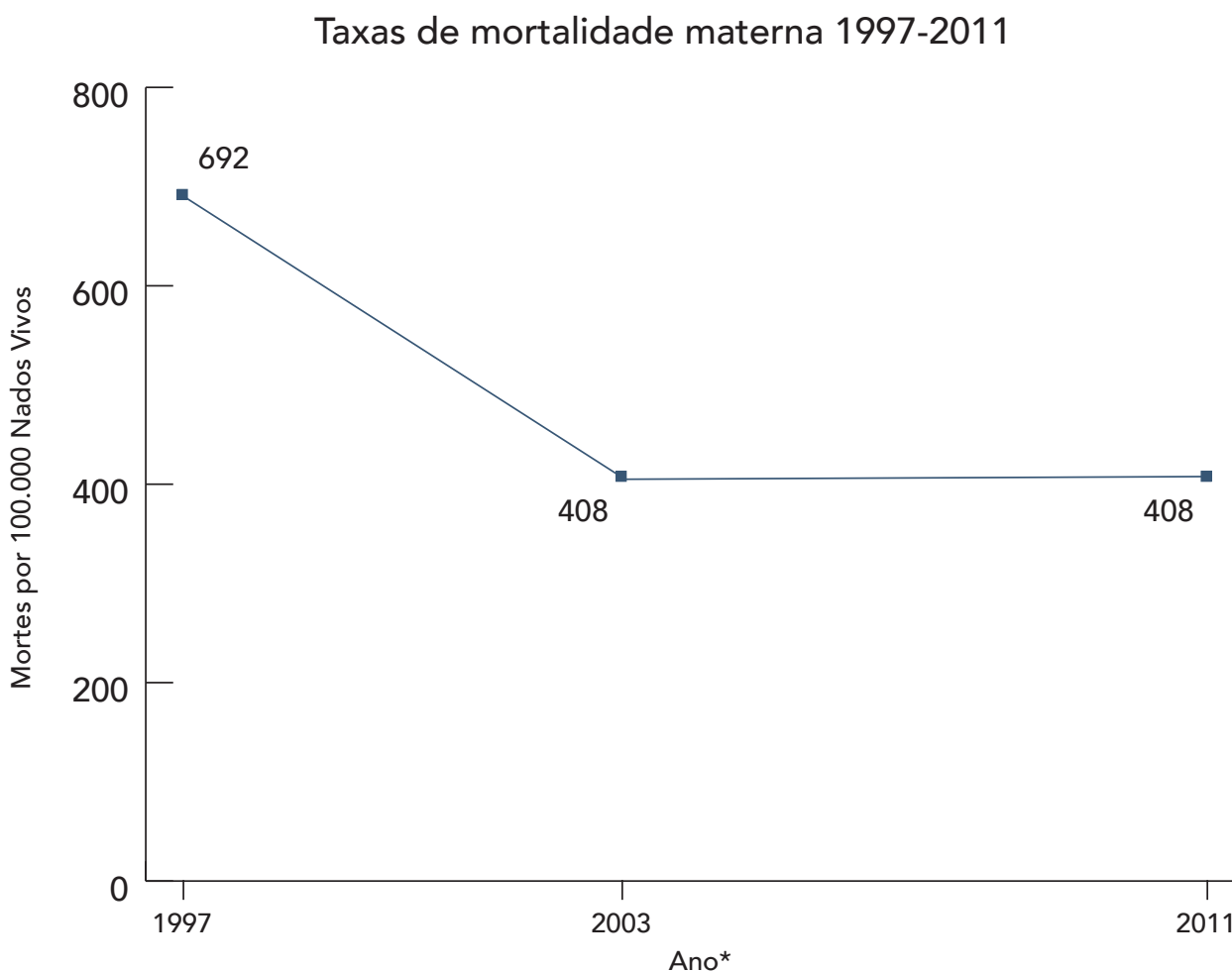


Gráfico 7. Taxas de mortalidade materna 1997-2011

b) A que intervenções podem ser atribuídas as vidas maternas salvas de 1997 a 2011?

Das várias intervenções implementadas entre os anos 1997 e 2011, as que tiveram um maior impacto em termos de vidas maternas adicionais salvas foram aquelas cuja cobertura aumentou ao longo do período em análise.

No gráfico abaixo, ilustra-se as 5 intervenções que tiveram maior impacto desde o ano de 1997. O manejo do trabalho de parto, destaca-se como a intervenção de maior impacto, contribuindo isoladamente com mais de metade das vidas maternas adicionais salvas.

Intervenções de saúde materna, que tiveram maior impacto em termo de vidas adicionais salvas ao nível do país, de 1997-2011

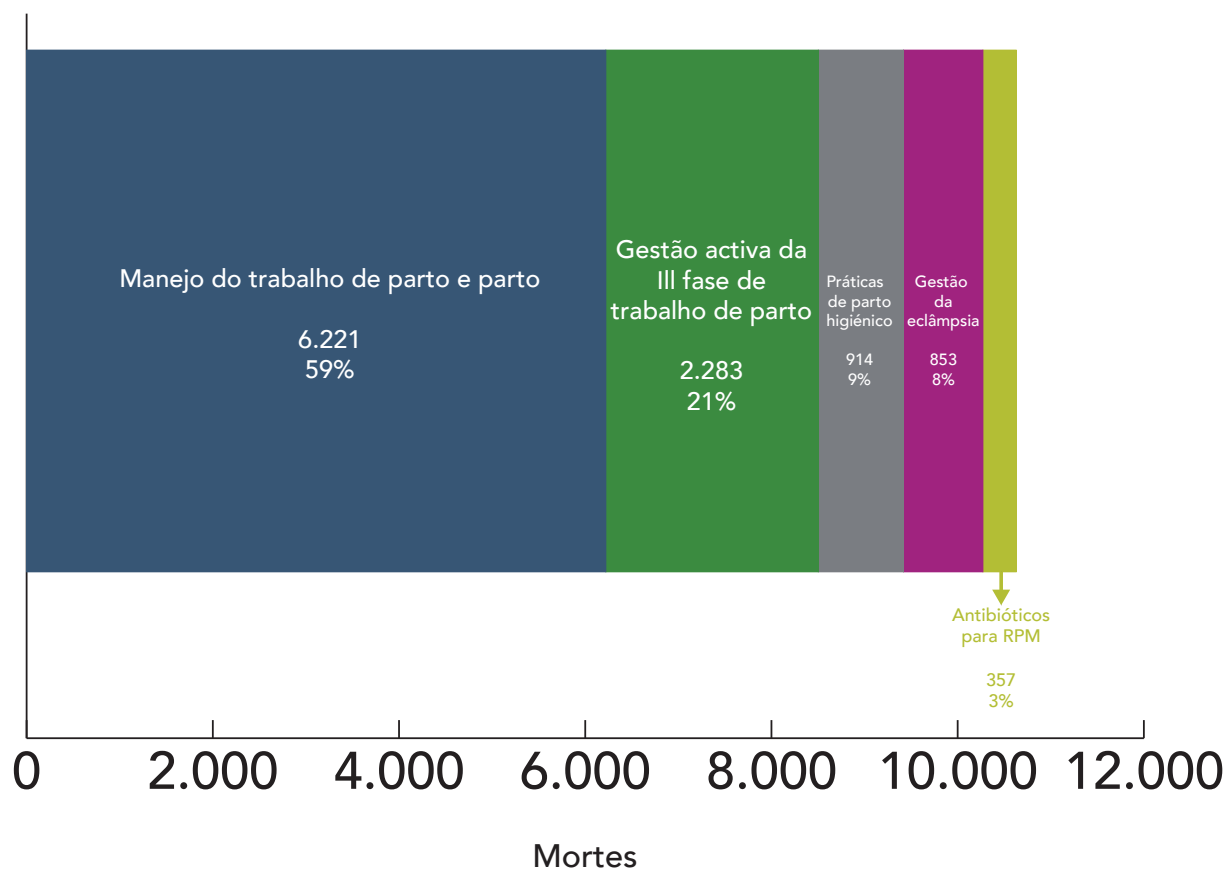
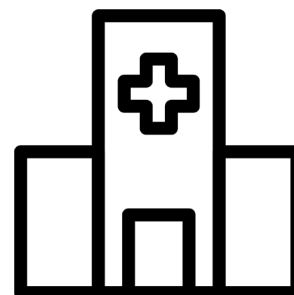


Gráfico 8. Intervenções de saúde materna, que tiveram maior impacto em termo de vidas adicionais salvas ao nível do país, de 1997-2011

A análise de cenários foi também feita com objectivo de medir a taxa de mortalidade materna em 2019 (Gráfico 9) com base no aumento da cobertura de um pacote de intervenções (práticas de parto higiénico, partos assistidos, partos institucionais, gestão da III fase do trabalho de parto), comprovadas como sendo eficazes na redução de mortes maternas.

Os resultados mostraram que tanto no cenário 1 (metas do PESS) como no cenário 2 (aumento até 90%), com investimento prioritário nestas intervenções, o máximo que se conseguiria atingir em 2019 seria uma taxa de 404 mortes por 100,000 NV. Esta taxa mantém longe da meta preconizada no PESS, que é atingir cerca de 190 por 100.000 NV.

Considerando a contribuição de outras intervenções não modeladas pelo LiST tais como a educação da rapariga, os ganhos poderão ser maiores. Contudo, não serão muito diferentes dos valores aqui apresentados, visto que as intervenções modeladas pelo LiST são as que tem maior impacto em termos de aumento de vidas adicionais maternas salvas.



Impacto do alargamento das intervenções na taxa de mortalidade materna em Moçambique

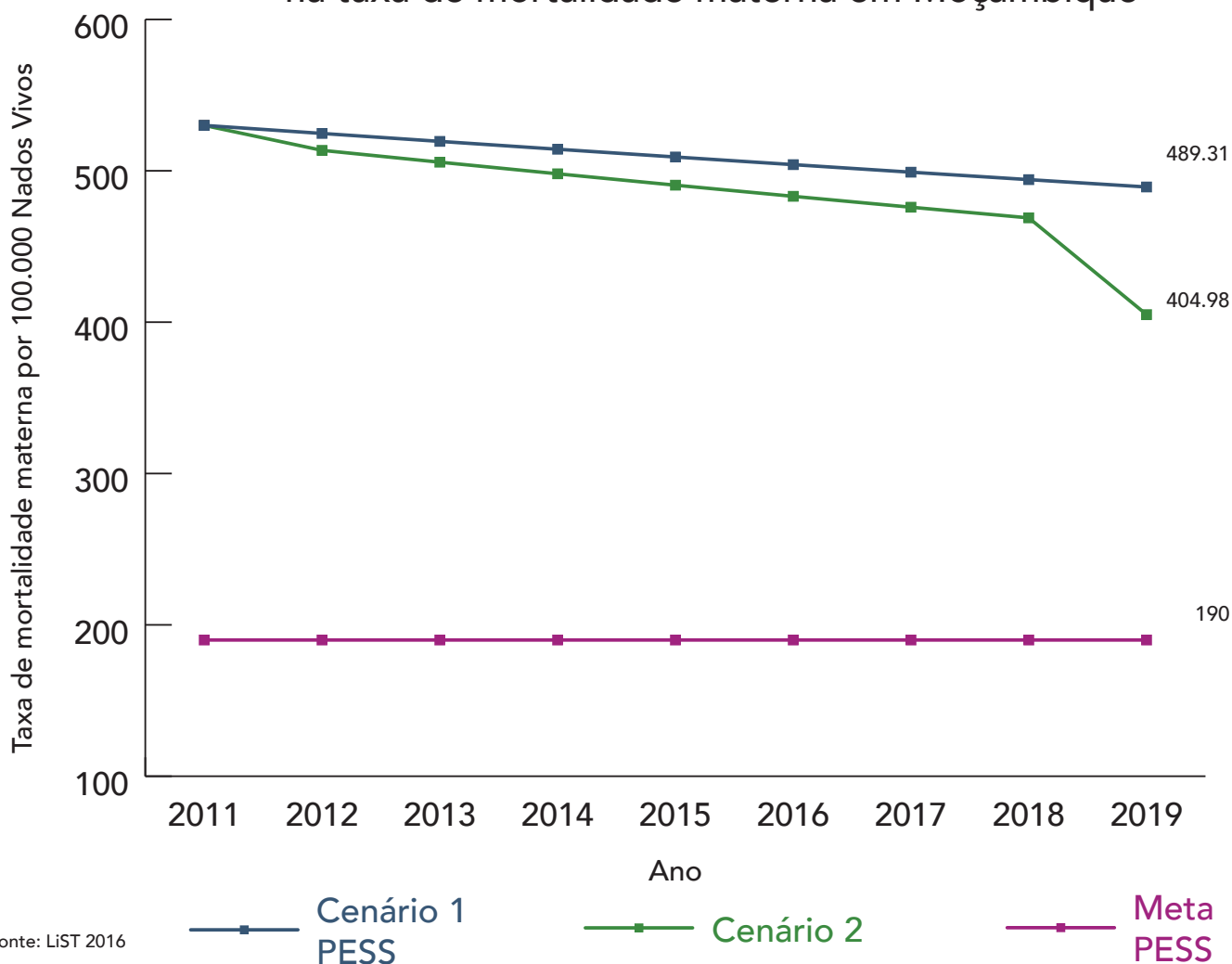


Gráfico 9. Impacto do alargamento das intervenções na taxa de mortalidade materna em Moçambique. (O Cenário 1 esta em azul com quadrados, e cenário 2 em verde com quadrados. A linha tracejada mostra as metas do PESS 2014-19)

c) Se a tendência actual de crescimento nas coberturas das intervenções se mantiver, quantas vidas adicionais maternas poderão ser salvas até 2019?

Projeção nacional da taxa de mortalidade materna até 2019, com base na tendência actual de cobertura das intervenções

Mantendo a mesma tendência de crescimento na cobertura das intervenções maternas registadas no período desde 1997 a 2011 para o período de 2011 até 2019, adicionalmente serão salvas 1.075 vidas maternas. Em termos de taxa de mortalidade materna, a alteração será de 408/100.000 NV em 2011 para 305/100.000 NV em 2019, segundo mostra o gráfico abaixo, aquém das metas preconizadas no PESS (Gráfico 10).

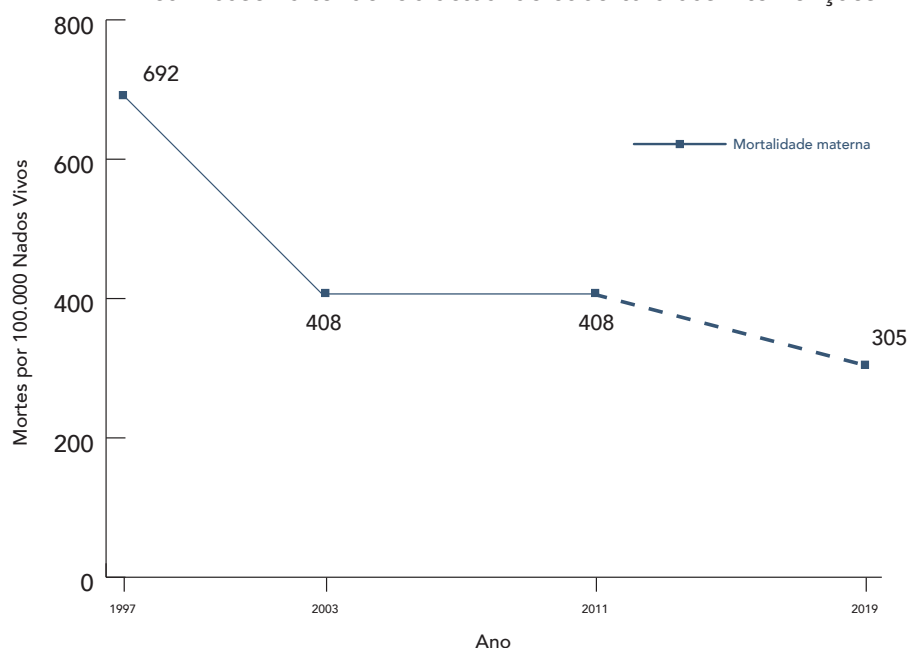


Gráfico 10. Projeção nacional da taxa de mortalidade materna até 2019, com base na tendência actual de cobertura das intervenções

8.4 Mensagens chaves com relação a mortalidade materna

- Dentre as intervenções que mais contribuíram para salvar vidas maternas, o manejo adequado do trabalho de parto e do parto e gestão activa da III fase do parto (através do aumento na cobertura de partos institucionais), contribuíram substancialmente para mais vidas adicionais salvas.
- A análise do cenário de aumento de cobertura das principais intervenções analisadas para salvar vidas maternas (sobretudo a nível hospitalar), sugere que o aumento da cobertura das principais intervenções, não será suficiente para o alcance das metas preconizadas no PESS 2014-2019 em termos de taxa de mortalidade materna.

9. Pontos Fortes do 1 Ciclo da PNA

- Existência de dados secundários para análises prospetivas e planificação das informações;
- Existência de uma equipa multisectorial com capacidade analítica e descritiva de dados;
- Estimação de vidas adicionais salvas com base na informação fornecida pelos inquéritos;
- Permitiu projectar a mortalidade (até 2019) e advogar para a mobilização de recursos, mudança de política e estratégias;
- Permitiu comparar impactos de intervenções na redução da mortalidade materna e infantil;
- Permitiu indicar melhores oportunidades de intervenções com potencialmente maiores ganhos. Por exemplo, que a priorização de intervenções no tratamento da malária, o combate a desnutrição crónica deve continuar de modo a reduzir a morbimortalidade e, que um investimento apenas nas intervenções analisadas na área de saúde materna podem ser insuficientes para o alcance das metas almejadas na mortalidade materna.



10. Limitações do 1 Ciclo da PNA

Limitações relacionadas aos Dados disponíveis

- Impossibilidade de uma análise multisectorial através de relatórios relacionados à saúde da mulher e da criança (exemplo: dados de acesso e disponibilidade de alimentos básicos para a nutrição da criança – Ministério da Agricultura e Segurança Alimentar; custo-eficácia de incorporação e expansão de intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança – Ministério da Economia e Finanças), o que limita a avaliação de impacto da expansão de intervenções.
- Acesso limitado aos dados relacionados à mortalidade materna.
- Baixa qualidade de dados.

Limitações relacionadas ao LiST

- Impossibilidade de incorporação de causas indirectas de mortalidade SMNI no modelo de predição do LiST.
- Impossibilidade de correlacionar o número de mortes associadas à desnutrição aguda e crónica com as causas directas de morte em crianças.

Limitações relacionadas ao grupo técnico de trabalho

- Tempo insuficiente para a consolidação das matérias.
- Participação inconstante de alguns membros do grupo.

11. Conclusão

Ao longo das oficinas de trabalho procurou-se discutir e responder diferentes elementos e situações que ajudassem a compreender o processo de mudanças das tendências nacionais e regionais da mortalidade em menores de cinco anos (<1 meses, 0-59 meses). Nos resultados apresentados constatou-se que houve uma redução do número de mortes em crianças menores de 5 anos, como resultado da mudança na cobertura de intervenções como: a distribuição de redes mosquiteiras tratadas com insecticidas, uso de anti-maláricos, uso de antibióticos orais para infecções respiratórias agudas, assistência ao parto e partos institucionais. Concluiu-se também, que se as mudanças de cobertura das intervenções continuarem com a mesma tendência crescente, mais vidas adicionais serão salvas até 2019.

A variação da prevalência da desnutrição crónica e aguda foi considerada pequena ao longo dos últimos 14 anos, assim como a variação de cobertura de intervenções. Estima-se que, cerca de 83.820 vidas adicionais foram salvas como resultado da actuação sobre a desnutrição aguda e 19.740 vidas adicionais foram salvas como resultado de melhorias na desnutrição crónica.

A meta prevista nos ODM 2015 para mortalidade em menores de 5 anos foi alcançada em 2011.

Para se atingir a meta de redução da mortalidade em menores de 5 anos para 2019, esforços adicionais deverão ser envidados de modo a alcançar as coberturas de intervenções propostas. Isto implica a multiplicação de esforços para salvar 21.518 vidas adicionais nos próximos 8 anos.

As intervenções que tem sido implementadas na área de combate a malária, mostraram-se de alto impacto com um número elevado de vidas adicionais salvas em <5 anos. Contudo, a cobertura alcançada mantém-se aquém da esperada. Por exemplo, Zambézia e Gaza, continuaram com coberturas das intervenções da malária abaixo dos 50%.

No geral, as coberturas de REMILD e PIDOM apresentam variações por província com maior cobertura nas províncias do Norte do país e menores cobertura nas províncias do Sul. Apesar das intervenções feitas e vidas adicionais salvas, passados 14 anos, a malária continua sendo a principal causa de morte em < 5 anos em Moçambique.

O manejo adequado do trabalho de parto foi a intervenção que contribuiu com mais da metade de vidas maternas salvas (IDS 1997, 2003, 2011, MICS 2008, LiST). O número de vidas maternas que serão salvas até 2019, num cenário de aumento da cobertura das intervenções na área materna, é de 1075 (IDS, 1997, 2003, 2011, projecções do LiST 2015).

No período anterior ao ano 2011 foram feitos muitos avanços em termo de intervenções na área de saúde materna, com grande impacto positivo para mortalidade materna. Contudo, as análises feitas sugerem a necessidade de se investir mais em intervenções comprovadas como tendo salvo mais vidas maternas, tais como: gestão do trabalho do parto e do parto e gestão activa da terceira fase do trabalho do parto. Foi projectado que as intervenções que compõem a gestão do trabalho de parto e do parto poderão contribuir com 536 vidas maternas salvas no período em análise e gestão activa da terceira fase do trabalho de parto com 280 VAS,

não obstante, isto não permitirá alcançar as metas do PESS 2014-2019.

- De modo a reduzir mais a taxa de mortalidade materna no país, é necessário aumentar a cobertura de partos institucionais e de partos assistidos por pessoal treinado, bem como a gestão activa da III fase do trabalho de parto.
- O aumento da cobertura dos partos institucionais implica que sejam feitos investimentos em outros tipos intervenções tais como: o desenvolvimento de infraestruturas sanitárias, alfabetização, etc.
- O aumento de partos institucionais implica também o aumento na cobertura das intervenções oferecidas por ocasião do parto, como a gestão de complicações do parto. Sendo contudo necessário ter em conta o nível assistencial de cada país (recursos humanos e materiais).

12. Referências

1. INE, Macro International Inc. Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde 1997. Maputo, Moçambique: Instituto Nacional de Estatística; Macro International Inc., 1998.
2. INE, Ministério da Saúde, USAID. Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde 2003. Maputo, Moçambique: Instituto Nacional de Estatística, Ministério da Saúde e USAID com Assessoria da MEASURE IDS+/ORC Macro., 2005.
3. INE. Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Maputo: Instituto Nacional de Estatística, Ministério da Saúde e MEASURE IDS/ICF International (USA), 2013 Março. Report No.
4. INE. Moçambique: Relatório Preliminar do Inquérito sobre Indicadores Múltiplos 2008. Instituto Nacional de Estatística. 2009.
5. Walker, Neff, Yvonne Tam, and Ingrid K. Friberg. "Overview of the Lives Saved Tool (LiST)." BMC public health 13.3 (2013): 1-6

13. Anexo 1

Tabela 1: Tendência nacional da taxa de mortalidade materna de 1997 a 2011, Moçambique

Províncias	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Redução (%)
Nacional	195,60	192,21	188,97	185,91	183,36	180,84	173,75	171,56	169,36	166,83	161,17	156,69	150,92	148,01	144,48	26,1%
Niassa	200,05	197,46	194,96	192,16	189,70	187,16	184,17	174,27	168,66	163,00	156,62	150,60	142,83	138,22	134,01	33,0%
Cabo Delgado	254,52	245,54	234,87	224,70	215,96	207,34	199,26	193,48	188,13	182,77	175,34	168,97	167,35	167,48	166,71	34,5%
Nampula	237,18	231,43	225,27	219,40	214,27	209,15	204,11	200,64	197,38	188,94	182,28	176,81	164,64	155,02	145,22	38,8%
Zambézia	241,89	238,28	232,79	227,36	220,75	215,57	210,43	207,98	206,13	203,81	195,27	189,21	190,87	195,16	196,79	18,6%
Tete	204,36	201,87	199,36	196,48	193,54	190,10	181,35	185,31	184,54	183,56	180,41	178,10	168,13	164,48	160,02	21,7%
Manica	199,71	195,12	191,11	182,75	179,34	176,11	173,02	172,71	172,42	171,84	165,95	161,74	153,25	146,74	138,15	30,8%
Sofala	210,66	208,63	207,00	205,61	200,32	199,07	197,81	192,37	187,12	181,74	170,76	162,33	157,15	151,48	143,41	31,9%
Inhambane	157,54	157,76	158,49	159,12	159,91	160,70	161,28	160,34	158,08	155,69	151,25	145,44	142,06	140,44	135,78	13,8%
Gaza	161,42	163,44	165,69	167,90	170,07	171,92	173,45	172,25	170,56	167,98	158,18	151,05	142,42	136,32	128,65	20,3%
Maputo Província	146,58	146,75	147,27	147,81	148,43	148,99	149,32	152,85	156,34	159,39	159,94	161,18	152,54	145,60	133,77	8,7%
Maputo Cidade	157,80	158,08	158,36	158,34	158,36	158,41	158,07	161,33	162,16	162,35	158,58	152,51	146,49	141,53	133,68	15,3%

Fonte: Inquérito Demográfico e Saúde 1997, 2003, 2011 e Inquérito de Indicadores Múltiplos 2008; Lives Saved Tool (List)

14. Anexo 2

Tabela 2: Taxa de mortalidade de menores de 1 mês de idade de 1997 a 2011

Províncias	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Redução (%)
Nacional	50,35	49,72	49,09	48,47	47,85	47,24	41,39	41,03	40,67	40,31	39,92	39,55	39,57	39,69	39,79	21,0%
Niassa	52,78	52,02	51,26	50,49	49,72	48,96	48,19	41,41	39,85	38,31	36,78	35,29	36,57	38,40	40,23	23,8%
Cabo Delgado	54,48	54,04	53,60	53,08	52,64	52,19	51,75	51,63	51,51	51,37	51,19	51,03	50,73	50,61	50,45	7,4%
Nampula	59,61	58,27	56,82	55,51	54,22	52,95	51,69	50,74	49,80	43,08	41,69	40,41	40,74	40,96	41,14	31,0%
Zambézia	64,02	62,55	61,09	59,66	55,89	54,37	52,88	52,76	52,65	52,52	52,36	52,23	52,94	53,92	54,99	14,1%
Tete	51,33	51,17	51,01	50,86	50,70	50,54	44,76	50,53	50,67	50,82	50,94	51,08	44,32	43,22	42,12	17,9%
Manica	49,52	48,66	47,82	41,61	40,58	39,57	38,57	38,69	38,81	38,93	39,00	39,10	37,45	35,68	33,91	31,5%
Sofala	50,16	49,19	48,23	47,29	41,27	40,03	38,82	38,39	37,96	37,53	37,05	36,61	36,13	35,95	35,69	28,8%
Inhambane	37,20	37,45	37,71	37,96	38,22	38,47	38,73	38,10	37,48	36,86	36,22	35,60	35,78	36,38	36,38	2,2%
Gaza	32,68	32,85	33,01	33,18	33,35	33,51	33,67	33,50	33,32	33,13	32,87	32,67	32,83	33,12	33,35	-2,1%
Maputo Província	33,50	32,73	31,98	31,23	30,50	29,78	28,98	29,73	30,58	31,34	32,08	32,86	31,26	29,94	23,60	29,6%
Maputo Cidade	30,31	30,14	29,96	29,78	29,60	29,60	29,41	29,40	29,39	29,38	29,32	29,29	29,58	30,05	30,50	-0,6%

Fonte: Inquérito Demográfico e Saúde 1997, 2003, 2011 e Inquérito de Indicadores Múltiplos 2008; Lives Saved Tool (List)

15. Grupo Técnico

Instituto Nacional de Saúde

Américo Fenias
Denise Langa
Germano Pires
Ivalda Macicame
Jorge Jone
Marta Cassocera
Sérgio Chicumbe

Direcção Nacional de Saúde Pública

Celeste Amado
Fidel Paizone
Marla Amaro
Quinhas Fernandes

Direcção Nacional de Planificação e Cooperação

Leopoldina Massingue
Samuel Fenias

Ministério da Economia e Finanças

Evenilde Tamele
Imarciana Cunamizana
José Cardoso

Instituto Nacional de Estatística

Dionisia Khossa
Pedro Duce

Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutrição

Dino Buene

Instituto para Programas Internacionais – Universidade Jonhs Hopkins

Katia Ngale
Tim Robertson

Colaboradores (por ordem alfabética)

Baltazar Chilundo - Universidade Eduardo Mondlane
Caroline De Schacht – Aliança Internacional para Saúde
Júlia Sambo – Instituto Nacional de Saúde
Vasco Muchanga – Universidade Eduardo Mondlane
Réka Maulide Cane – Instituto Nacional de Saúde

16. Agradecimentos

