



**REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
GOVERNO DA PROVÍNCIA DE CABO DELGADO
DIRECÇÃO PROVINCIAL DE SAÚDE
- PEMBA -**

**GUIÃO DE PLANIFICAÇÃO E GESTÃO PARA OS SERVIÇOS DISTRITAIS DE SAÚDE,
MULHER E ACÇÃO SOCIAL**

UM MANUAL PRÁTICO – ELABORAÇÃO DO PESOD NOS SDSMAS

FICHA TÉCNICA

Título: **Guião de Planificação e Gestão Para os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social**

Editor: **Direcção Provincial de Saúde de Cabo Delgado**

Com a aprovação do Ministério da Saúde – **Direcção Nacional de planificação e Cooperação**

Autor: **Direcção Provincial de Saúde de Cabo Delgado**

Assistência técnica: **Amélia Jossai Namburete Cumbi**



Impressão:

1ª edição: **2013**

Tiragem: **120 exemplares**

Impresso em: Barcelona (Espanha)

Para comentários e sugestões, contacte por favor:

Amélia Jossai Cumbi

amelia.cumbi@gmail.com

Escritório de representação da **medicusmundi** em Maputo

representacion.maputo@medicusmundi.es

CONTEÚDO

CONTEÚDO.....	3
ABREVIACÕES.....	4
PREFÁCIO	6

GUIÃO DE PLANIFICAÇÃO DISTRITAL EM SAÚDE PARTE I

MÓDULO 1 INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO.....	8
OBJECTIVOS DO GUIÃO.....	8
ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO GUIÃO	8
PLANIFICAÇÃO DISTRITAL EM SAÚDE	11
OS SERVIÇOS DISTRITAIS DE SAÚDE, MULHER E ACÇÃO SOCIAL.....	11
RECONHECIMENTO DA ÁREA DE SAÚDE DISTRITAL	13
CONCEITOS BÁSICOS DE PLANIFICAÇÃO	16
OS INSTRUMENTOS DE PLANIFICAÇÃO.....	17

MÓDULO 2 MÉTODOS

METODOLOGIA E O PROCESSO	19
BREVE INTRODUÇÃO AO PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PESOD.....	19
PARTICIPANTES E O SEU PAPEL NO PROCESSO DE PLANIFICAÇÃO.....	20
PROGRAMAS E SUB-PROGRAMAS.....	22
AS ETAPAS DE PLANIFICAÇÃO NOS SDSMAS'S	24

MÓDULO 3 ELABORAÇÃO DO PESOD NOS SDSMAS'S

PREPARAÇÃO DO EXERCÍCIO DE PLANIFICAÇÃO	37
ANÁLISE DE SITUAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DAS ACTIVIDADES POR ÁREA DE ACTIVIDADE	41
INTRODUÇÃO	41
SAÚDE DA COMUNIDADE	42
ASSISTÊNCIA MÉDICA	58
MULHER E ACÇÃO SOCIAL	70
PROGRAMAÇÃO DE RECURSOS	74
1. PLANIFICAÇÃO E GESTÃO DE MEDICAMENTOS	75
2. PREVISÃO DE FUNDOS	76
3. ORÇAMENTAÇÃO.....	76
4. FICHAS DO PESOD	82
MATERIAL BIBLIOGRÁFICO CONSULTADO	84
ANEXOS	85
ANEXO 1 – PERFIL SANITÁRIO DA ÁREA DE SAÚDE	85
ANEXO 2 – CRITÉRIO PARA DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS HUMANOS A NÍVEL DISTRITAL	86
ANEXO 3 – INDICADORES.....	88

GUIÃO DE PLANIFICAÇÃO DISTRITAL EM SAÚDE PARTE II

1. TABELAS INTRODUTÓRIAS.....	96
2. TABELAS AUXILIARES	107
3. TABELAS DE PROGRAMAÇÃO E ORÇAMENTAÇÃO	110
4. TABELAS - METODOLOGIA PARA ELABORAÇÃO DA PROPOSTA DO ORÇAMENTO DO ESTADO	124

ABREVIACÕES

AM	Agente de Medicina
APE	Agente Polivalente Elementar
ARO	Alto Risco Obstétrico
BCG	Vacina Anti-tuberculose
BES	Boletim Epidemiológico Semanal
BPN	Baixo Peso à Nascimento
CPF	Consulta de Planeamento Familiar
CPN	Consulta Pré-Natal
CPP	Consulta Pós-Parto
CS	Centro de Saúde
CTD	Conselho Técnico Distrital
DCO	Dia Cama Ocupada
DPPF	Direcção Provincial de Plano e Finanças
DPS	Direcção Provincial de Saúde
DPT e HepB	Vacina tetra valente Difteria, Tétano, Polio e Hepatite B
EB	Enfermeiro Básico
EG	Enfermeiro Geral
ESMI	Enfermeira de Saúde Materno Infantil
FE	Fundos Externos
GD	Governo Distrital
GP	Governo Provincial
HIV/ SIDA	Sindroma de Imunodeficiência Humana
HC	Hospital Central
HD	Hospital Distrital
HP	Hospital Provincial
HR	Hospital Rural
INE	Instituto Nacional de Estatística
ITS	Infecções de Transmissão Sexual
MAE	Ministério de Administração Estatal
MEL	Matriz de Enquadramento Lógico
MEO	Metodologia de Elaboração do Orçamento
MF	Ministério das Finanças
MIF	Mulher em Idade Fértil
MiSau	Ministério da Saúde
MMAS	Ministério da Mulher e Acção Social
MPD	Ministério do Plano e Desenvolvimento
NED	Núcleo de Estatística Distrital
OE	Orçamento do Estado
ONG	Organização Não Governamental
PA	Posto Administrativo
PAV	Programa Alargado de Vacinação
PE	Parteira Elementar
PEDD	Plano Estratégico Distrital de Desenvolvimento
PES	Plano Económico e Social
PESS	Plano Estratégico Sector Saúde
PESOD	Plano Económico e Social e Orçamento Distrital
PESOE	Plano Económico e Social e Orçamento do Estado
PESOP	Plano Económico e Social e Orçamento Provincial
PF	Planeamento Familiar
PG/ SPG	Programa do Governo/ Subprograma do Governo
PME	Programa de Medicamentos Essenciais
PNPFD	Programa Nacional de Planificação e Finanças Descentralizadas
PP	Pós-parto
PS	Posto de Saúde

PTV	Prevenção Transmissão Vertical
SD	Secretaria Distrital
SDSMAS	Serviços Distritais de Saúde Mulher e Ação Social
SP	Secretário Permanente
SIS	Sistema de Informação de Saúde
SMI	Saúde Materno Infantil
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TARV	Tratamento anti-retroviral
TA	Tensão Arterial
TB	Tuberculose
TDR	Teste Diagnóstico Rápido
TMG	Taxa de Mortalidade Geral
TMP	Técnico de Medicina Preventiva
TMP	Tempo Médio de Permanência
TOC	Taxa de Ocupação Cama
UA	Unidade de Atendimento
UNICEF	United Nations Children's Fund
US	Unidade Sanitária
VAS	Vacina Anti-Sarampo
VAT	Vacina Anti-Tetânica

PREFÁCIO

Um Sistema de Saúde sólido, com capacidade para dar resposta as necessidades da população, passa por uma análise profunda da capacidade instalada, do estado de saúde da população, assim como da factibilidade na aplicação das principais estratégias nacionais. Este exercício de análise deve ser o ponto de partida para a projecção das necessidades e a planificação das principais actividades que vão permitir a prestação de serviços de saúde adequados.

O fortalecimento das capacidades de planificação tem sido uma das grandes preocupações e prioridades do Sector Saúde, durante as últimas décadas. É reconhecida a necessidade de apoiar os gestores de saúde, na melhoria da capacidade no processo de elaboração, implementação, monitoria e avaliação dos programas da saúde.

No actual contexto de reformas na administração pública e no quadro do processo de descentralização, os Governos Distritais assumem, cada vez mais, competências e responsabilidades na gestão dos serviços. Neste contexto, é indispensável trabalhar no sentido de proporcionar e adoptar ferramentas e metodologias claras, simples, e efectivas que permitam simplificar o exercício de planificação.

Os mais atentos, reconhecem que a planificação inadequada é um problema que surge com frequência nas organizações, que faz com que, as actividades se desenvolvam, muitas vezes, em direcções inesperadas e inapropriadas, com fracassos daí advindos, na resposta às necessidades dos beneficiários.

É neste contexto, que a Direcção Provincial de Saúde de Cabo Delgado, como estrutura descentralizada do Ministério da Saúde, destaca um conjunto de perspectivas sobre a eficácia do processo de planificação e define como finalidade primária deste Manual, prestar apoio aos trabalhadores da saúde, ao nível provincial, com particular destaque, aos colocados nos Distritos e nas Unidades Sanitárias mais periféricas, dotando-os de um instrumento de consulta, simples e prático, que fornece conhecimentos e técnicas apropriadas, em matéria de planificação, monitoria e avaliação. Em suma, a Direcção Provincial de Saúde (DPS) estende suas mãos para oferecer e assegurar um dos direitos fundamentais da pessoa humana, "O SABER" e aprova e recomenda a utilização deste instrumento em todos os Distritos e Unidades Sanitárias da Província.

Por fim, a Direcção Provincial de Saúde de Cabo Delgado agradece todas as contribuições em termos de sugestões e críticas emitidas, por pessoas singulares, ou colectivas, na concepção deste Manual.

Especial agradecimento vai para **medicumsmundi** pelo papel desempenhado ao longo do processo de concepção deste instrumento de extrema importância para o desenvolvimento sustentado do Sector.

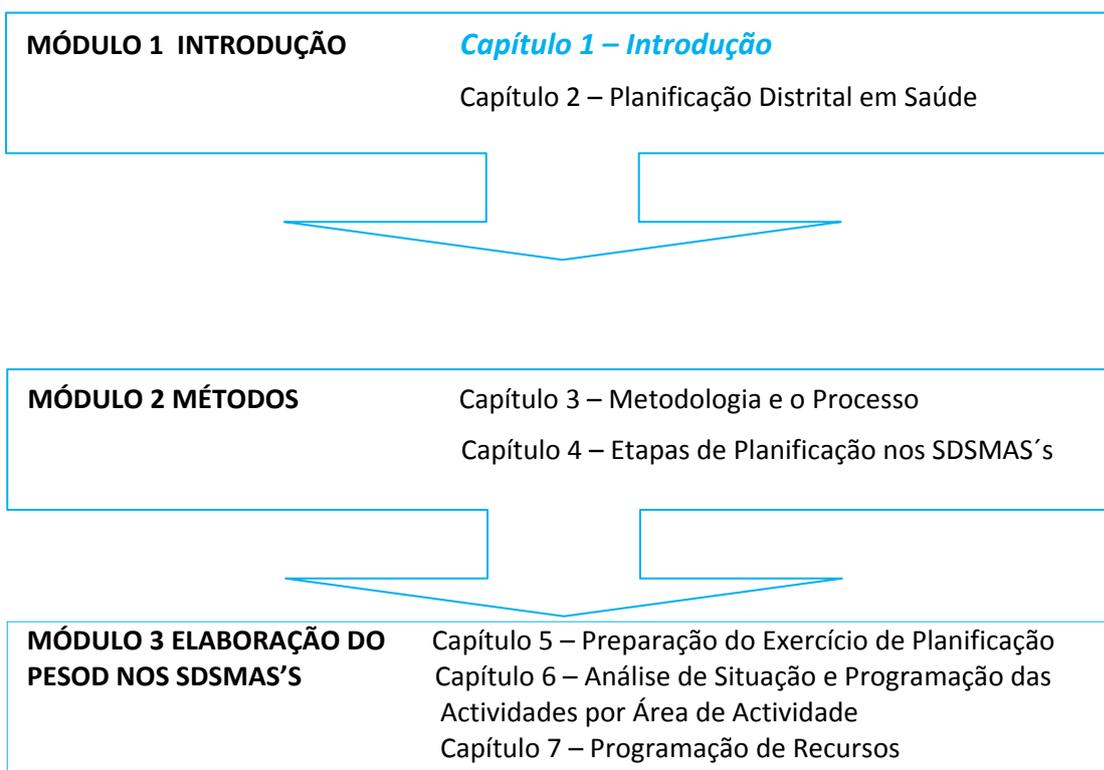
Pemba, a 20 de Novembro de 2012

A Directora Provincial de Saúde de Cabo Delgado



Dr^ª. Sãozinha Paula Agostinho
(Medica Generalista Interna de 1^ª)

GUIÃO DE PLANIFICAÇÃO DISTRITAL EM SAÚDE PARTE I



Temas

Objectivos do guião

8

Estrutura e organização do guião

8

INTRODUÇÃO

Pretende-se com o presente guião dar uma base de apoio aos gestores do nível distrital no processo da elaboração e implementação dos planos distritais de saúde, assim como a monitoria e avaliação do progresso no alcance dos objectivos e metas estabelecidos. Os planos preparados dentro dos moldes deste guião, deverão estar de acordo com as normas estabelecidas pelo Ministério de Planificação e Desenvolvimento (MPD); deverão ser compatíveis com os requisitos do Plano Económico Social (PES) e deverão servir de base para a componente da saúde do Plano Económico e Social e Orçamento Distrital (PESOD).

OBJECTIVOS DO GUIÃO

Este é um manual prático cuja finalidade é guiar os gestores do nível distrital a realizar passo-a-passo a programação anual das actividades do distrito, e deveria servir de:

- Instrumento de aprendizagem para gestores recém colocados no distrito que vão realizar pela primeira vez actividades ligadas à planificação.
- Instrumento de actualização e revisão dos conhecimentos para os gestores já envolvidos na planificação no distrito

É uma ferramenta que servirá de ligação entre o PES saúde (do distrito) e o PESOD, assim como plataforma para uma planificação conjunta e de integração dos vários actores presentes no distrito, incluídas as ONG's.

Com este manual também pretende-se estimular e apoiar na realização de outras actividades que são base fundamental para uma boa planificação e programação:

- Análise extensiva e utilização local de informação produzida no Sistema de Informação (SIS) – Módulo Básico
- Utilização da informação e resultados de avaliações, monitoria e supervisão
- Realização de pequenos inquéritos de auto-avaliação e a utilização dos resultados no processo de planificação

Estas actividades são sobretudo úteis à planificação de actividades que visem melhorar a qualidade dos serviços prestados com base nos problemas identificados no distrito e suas Unidades Sanitárias (US).

ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO GUIÃO

O guião é composto por duas partes: (i) O texto Parte I, a qual faz uma breve introdução aos conceitos sobre a planificação e explica extensivamente como conduzir todas as etapas de programação anual, desde a preparação do processo, a análise de situação até a elaboração da Matriz de Enquadramento Lógica (MEL), (ii) a Parte II consiste de um ficheiro excel que é composto por mapas/ tabelas com informação de base para proceder a programação das actividades. Abrange fundamentalmente a projecção de actividades e sua orçamentação e integra as tabelas adaptadas das de planificação integrada com os mapas do PESOD e da Metodologia de Elaboração do Orçamento (MEO).

Guião de Planificação Distrital em Saúde Parte I - Texto

MÓDULO 1 INTRODUÇÃO

- Capítulo 1 - Introdução
- Capítulo 2 - Planificação Distrital em Saúde

MÓDULO 2 MÉTODOS

- Capítulo 3 – Metodologia e Processo
- Capítulo 4 - Etapas de Planificação nos SDSMAS's

MÓDULO 3 ELABORAÇÃO DO PESOD NOS SDSMAS's

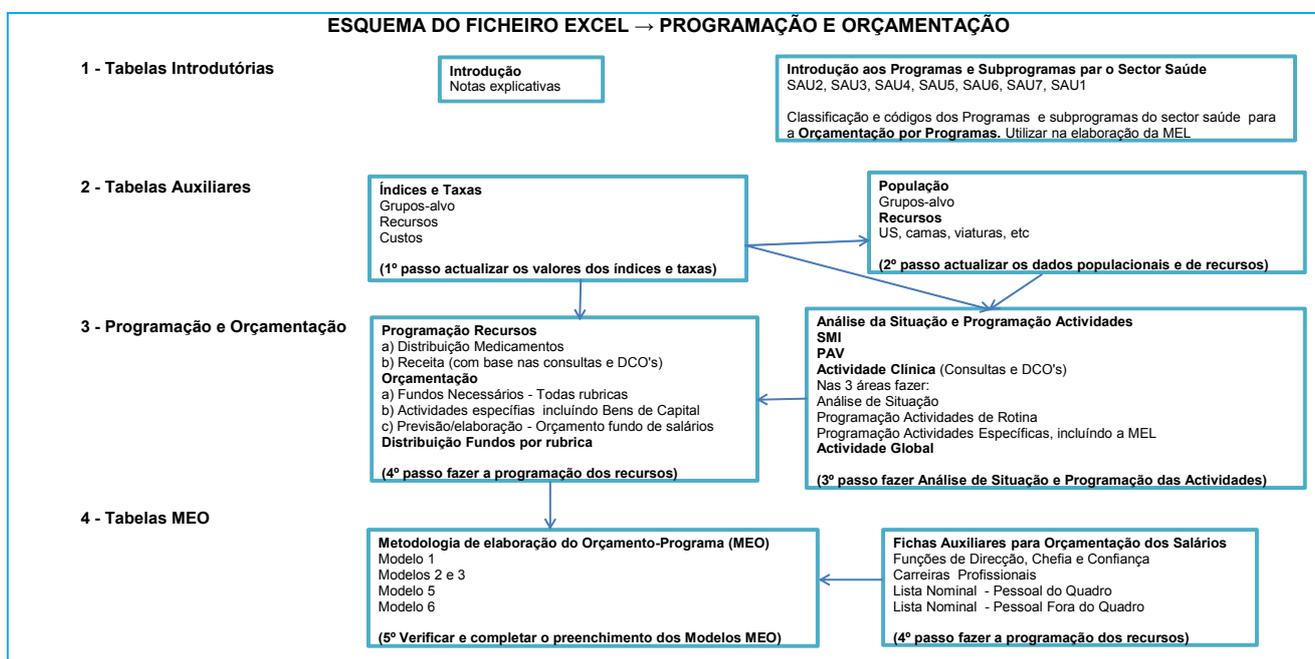
- Capítulo 5 – Preparação do Exercício de Planificação

- Capítulo 6 - Análise de Situação e Programação das Actividades por Área de Actividade
- Capítulo 7 - Programação de recursos

Guião de Planificação Distrital em Saúde Parte II – Ficheiro Excel

- Taxas e Índices (Grupos Alvo, de Custo, etc)
- Informação Geral
- Plano de Prestação de Cuidados de Saúde (Actividades de rotina e específicas)
- Projectção da Receita Esperada
- Plano de Distribuição de Medicamentos (Programa de Medicamentos Essenciais (PME) e Via Clássica)
- Orçamentação
- PESOD (Diagnóstico e MEL)
- MEO (Modelos 1, 2,3 e 5)

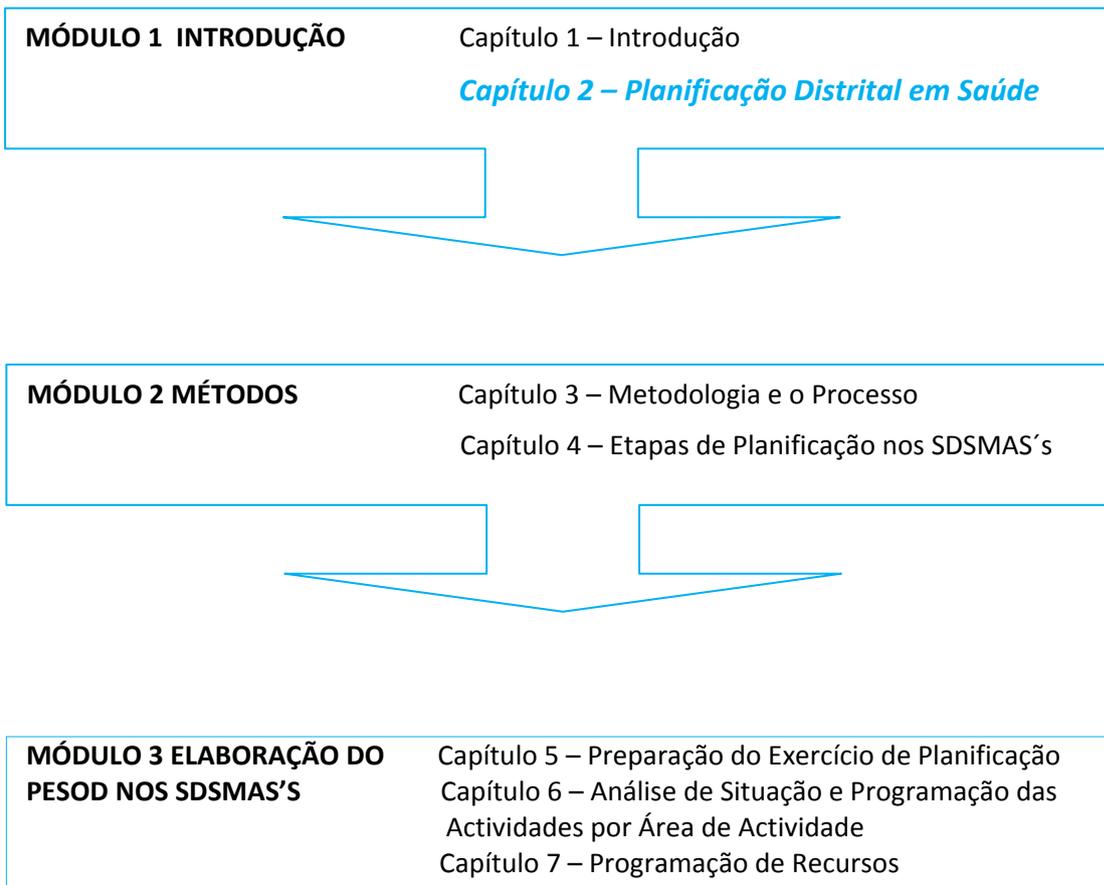
A caixa em baixo ilustra de forma esquemática o conteúdo e a organização do ficheiro excel que constitui o instrumento de suporte para fazer os cálculos - Guião de Planificação Distrital Parte II. (Veja página __)



Este guião foi elaborado na base de e complementa uma série de manuais e instrumentos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde (MiSau) e pelo MPD:

- Curso Integrado Planificação, Monitoria e Avaliação e Sistemas de Informação em Saúde (SIS) (MiSau 2009)
- Metodologia para Elaboração do PESOE/ PESOP/ PESOD (MPD/ MF 2007)
- Guião de Planificação Operacional e Gestão Integradas (MiSau 2005)
- Guião para Supervisão de Centros de Saúde (CS) (MiSau/ UNICEF 1997)
- Guia de Planificação, Organização e Avaliação para CS's (MiSau 1984).

Outro material bibliográfico utilizado é apresentado nas referências.



Temas

Os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social	11
Reconhecimento da área de saúde	13
Documentos de Referência - reconhecimento da área de saúde	15
Conceitos básicos sobre a Planificação	16
Os Instrumentos de planificação	17

PLANIFICAÇÃO DISTRITAL EM SAÚDE

OS SERVIÇOS DISTRITAIS DE SAÚDE, MULHER E ACÇÃO SOCIAL

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) adoptou a política dos cuidados de saúde primários cuja base de implementação é o distrito. Os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS), que representam o último nível de administração do SNS, têm como função vital a planificação e implementação operacional das actividades de saúde através da rede de saúde primária e secundária. O papel e responsabilidades do distrito conheceram uma grande evolução nos últimos anos. Por um lado o processo da descentralização conferiu novas responsabilidades na área da planificação e por outro a reorganização dos serviços e a inclusão da área social trouxe um novo leque de tarefas, as actividades sociais ligadas à mulher e acção social. No âmbito da descentralização, os serviços distritais conheceram uma maior integração no processo de planificação territorial. Neste contexto de descentralização é importante que as competências aos vários níveis estejam claramente definidas, sobretudo na planificação e atribuição de recursos. A planificação implica tomada de decisões críticas para a prestação de cuidados de saúde, e estas decisões devem ser tomadas a diferentes níveis, sendo portanto essencial esclarecer que decisões são tomadas nos diferentes níveis do sistema saúde e no âmbito territorial, governo distrital.

- Muitas decisões locais são de gestão e programação, isto é, como aproveitar no máximo os recursos disponibilizados, e são do âmbito anual. Nestas decisões, que dizem respeito sobretudo aos **GASTOS CORRENTES**, os SDSMAS's deveriam ter a máxima autonomia – programação das actividades de rotina, sua orçamentação e na gestão e prestação de contas dos fundos de funcionamento.
- Entretanto, as decisões sobre o **INVESTIMENTO** são de âmbito plurianual, quer na realização quer no impacto sobre a absorção dos recursos. Outra implicação importante é a equidade entre os distritos. Estas decisões cabem à planificação propriamente dita, e deveriam ser tomadas a nível superior, com vista a considerar tanto as necessidades agregadas, como os recursos futuramente disponíveis. Portanto, os papéis e as responsabilidades na expansão da rede deveriam ser:
 - O nível superior define em que distritos construir novas US's.
 - O distrito decide qual é a melhor localização em termos de rentabilidade e equidade dentro do distrito. Para tomar este tipo de decisão os SDSMAS's devem possuir uma boa base de informação criada através do reconhecimento da área de saúde.
- **RECURSOS HUMANOS**
 - A planificação das necessidades em pessoal é do âmbito provincial. Os SDSMAS's podem contribuir fornecendo uma boa base de informação para o cálculo das necessidades, número e perfil do pessoal necessário de acordo com o volume de actividade realizado, capacidade instalada, etc.
 - A gestão do quadro de pessoal privativo do distrito (carreiras dos regimes geral, especial e específico) é da competência do administrador distrital.
 - A planificação, orçamentação dos salários e a avaliação do respectivo impacto orçamental é da responsabilidade dos SDSMAS's

A complexidade da organização e estrutura dos SDSMAS's é outro factor importante a considerar no processo de planificação. Ao contrário de outros serviços distritais, os SDSMAS's para o seu funcionamento são compostos por vários sectores e programas e os cuidados de saúde são providenciados por uma rede de US's (na sede e periféricas). Porque os responsáveis dos sectores/ programas e das US's são actores importantes para o sucesso dos planos elaborados, eles merecem um papel de relevo em todo o processo de planificação, implementação e avaliação. Os responsáveis distritais das várias áreas de actividade devem apropriar-se dos planos para que possam assumir plena responsabilidade na sua implementação. Devem ser capazes e possuir o comprometimento de procurar soluções para ultrapassar os constrangimentos e desafios enfrentados pela falta de recursos ou adequar os planos existentes em casos de emergência entre outros. Portanto, o plano a este nível, para além de estar alinhado com os instrumentos nacionais, provinciais e do governo distrital, deve

ao mesmo tempo ser um instrumento que facilite as diferentes áreas de actividade que compõem os SDSMAS's, a implementá-lo.

A planificação dos recursos financeiros e outros tem a sua base na actividade de toda a rede sanitária. Entretanto, a rede primária de saúde não possui orçamento próprio e para o seu funcionamento depende do aprovisionamento em espécie dos SDSMAS's. Para o bom funcionamento destas US's e o alcance das prioridades preconizadas nas políticas do sector, é de extrema importância que os SDSMAS's sejam capazes de realizar uma boa planificação e implementar adequadamente os planos elaborados.

COORDENAÇÃO

A planificação distrital é um processo que envolve muita coordenação com vários actores a diferentes níveis:

- Dentro do próprio serviço distrital entre os vários programas e sectores que integram os SDSMAS's e as US's que compõem a rede de cuidados do distrito.
- Governo Distrital do qual os SDSMAS's são parte integrante
- Província – saúde
- Organizações Não Governamentais (ONG's) que actuam no distrito
- Outros serviços distritais – educação, agricultura e infraestruturas

Com o processo de descentralização o distrito está a conhecer uma maior integração na planificação territorial/ distrital. Simultaneamente tem se registado nos últimos anos um aumento de ONG's que operam a este nível. Apesar de existirem acordos e outros instrumentos que regem a colaboração com cada ONG, a crescente presença de ONG's no distrito, não foi acompanhada com o estabelecimento de mecanismos de coordenação. Esta lacuna tem exacerbado os problemas da falta de articulação entre os SDSMAS's e ONG's, que resultam em planificações paralelas com ONG's individuais.

Urge portanto encontrar formas para melhorar a colaboração das ONG's no sector saúde no nível distrital. Contudo, tem se verificado que os mecanismos habituais, com estruturas formais (reuniões específicas, comités, etc) são ineficientes e pouco funcionais para este nível. Seria oportuno estabelecer mecanismos dos mais simples possível, que não sejam onerosos, nem aumentem ulteriormente a quantidade de reuniões e carga de trabalho dos responsáveis distritais de saúde. A colaboração e coordenação a este nível poderia ser reforçada através de uma maior integração das ONG's no processo de planificação distrital. As ONG's deveriam ser convidadas às actividades de planificação e as suas actividades e financiamento serem integrados no plano do sector. Assim é necessário que exista:

- Definição conjunta das prioridades do sector e melhorar a atribuição de recursos para o alcance das mesmas prioridades
- Melhoria da eficiência e prestação de contas em relação ao uso de recursos
- Melhoria da disponibilidade da informação financeira de todos intervenientes do distrito

É necessário definir com clareza as funções e responsabilidades de cada actor, que poderiam ser como segue: Os SDSMAS's deveriam liderar e coordenar toda a actividade das ONG's e outros actores que actuam no sector saúde do distrito. Assim, os SDSMAS's assumiriam o papel de: (i) organizar/ preparar as reuniões de planificação, monitoria e avaliação, (ii) solicitar/ recolher a informação financeira de todos intervenientes antes do exercício de planificação, (iii) garantir a participação de todas ONG's no exercício de planificação, (iv) facilitar a comunicação e troca de informação, incluído o financiamento do sector.

As ONG's por seu lado, deveriam: (i) harmonizar os seus ciclos de planificação com os nacionais, (ii) reforçar e utilizar os sistemas nacionais de informação, planificação, orçamentação, monitoria e avaliação assim como de gestão e prestação de contas, evitando a criação de sistemas paralelos, (iii) providenciar reforço da capacidade institucional, incluído o apoio técnico aos sistemas nacionais de informação, planificação, gestão e avaliação, assim como ajuda financeira para o reforço dos sistemas – “ajuda orçamental”.

Para tal deveria servir de referência o código de conduta entre MiSau e ONG's recentemente aprovado.

RECONHECIMENTO DA ÁREA DE SAÚDE DISTRITAL

Para uma boa planificação e avaliação dos programas de saúde é importante que os gestores distritais de saúde tenham um bom conhecimento da sua área de saúde.

Todo o gestor de saúde novo no distrito deveria antes de tudo tomar/ adquirir um bom conhecimento da sua área de saúde.

O que é a Área de Saúde Distrital?

A área de saúde distrital corresponde a uma região geográfica “coberta” pelas actividades sanitárias do distrito. A sua delimitação é, teoricamente concebida como sendo a mesma da divisão administrativa dos distritos e localidades. Contudo, na prática a área de saúde ‘real’ ou efectiva, pode ser maior ou menor do que estes espaços administrativos, pois ela depende mais de factores tais como: (i) a capacidade e o raio de acção dos programas da saúde, (ii) os fluxos de utilização dos serviços resultantes da facilidade/ dificuldade de acesso e da percepção que a população tem sobre os serviços. Ao sistematizar a informação sobre a área de saúde, os gestores deveriam portanto procurar entender e definir a área de saúde “real” para além da divisão administrativa. É, portanto útil verificar se existem habitantes de aldeias circunvizinhas ao seu distrito que utilizam os seus serviços e vice-versa. Definir e caracterizar a área de saúde efectiva é muito importante para a compreensão dos padrões de utilização dos serviços e a programação das actividades de saúde. As coberturas de saúde podem aparentar ser erroneamente altas se a área de captação real for maior do que a teórica e vice-versa. Isto é muito importante na planificação de recursos.

Qual é a Importância do Reconhecimento da Área de Saúde?

Com o reconhecimento da área de saúde os gestores de saúde vão obter informação útil na identificação de necessidades/ prioridades do distrito e das sub-áreas de saúde menos favorecidas.

Para que a informação sobre a área de saúde seja de facto útil, é necessário que seja actualizada numa base anual e seja organizada num documento em forma de tabelas e mapas.

Qual é o Conteúdo?

O reconhecimento da área de saúde comporta uma recolha sistemática e organização em mapas e tabelas de dados que vão informar os gestores distritais sobre:

Características Geográficas e Demográficas

- Onde residem os potenciais utilizadores?
- Que dificuldades de acesso existem?
- Quem são os utilizadores dos serviços?
- Que características têm os utilizadores?

• Tamanho/ Superfície do Distrito e Vias de Acesso e Transitabilidade

Informação útil na planificação do transporte para as várias actividades sanitárias. As necessidades em combustível para a distribuição de medicamentos e outras actividades será maior num distrito com grande superfície, o que implica também uma maior necessidade de coordenação na utilização do transporte.

• Perfil Demográfico

Projecção da população da área de saúde: total de habitantes e grupos alvo dos programas prioritários de saúde. Informação útil na programação anual das actividades dos vários programas (estimativas de coberturas e de índices de utilização), na atribuição de recursos e projecção de necessidades futuras em termos de expansão da rede, esta última deve ser concordada com o nível provincial. O resumo distrital desta informação pode ser organizado no formato da **Tabela 1**, em baixo. Na parte II do guião, as projecções poderão ser calculadas “automaticamente” por US/ sub-área de saúde uma vez introduzido o total de habitantes do ano base. *Mais detalhes sobre a importância e a utilização do perfil demográfico podem ser*

encontrados no Curso Integrado Planificação, ... (MiSau 2009); e Guião para Supervisão de CS's, (MiSau/ UNICEF 1997).

Tabela 1 - População da Área de Saúde de _____						
	Taxas	Ano ___				
População Total						
Taxa de crescimento anual	2,3%					
Grupos Alvo						
Crianças 0-11 meses	4.0%					
Crianças 0-4 anos	17.1%					
Mulheres em Idade Fértil (MIF)	24.9%					
Grávidas Previstas	5.0%					
Partos Esperados	4.5%					
Grupos Alvo Vacinas						
BCG	4.0%					
DPT e HepB (1ª e 3ª)	3.9%					
VAS	3.9%					
MIF (sem grávidas)	19.9%					
Fonte:						
NB: Taxas do INE censo 2007 médias nacionais; existem também por província, que nalguns casos são ligeiramente diferentes das médias nacionais, sobretudo as taxas de crescimento.						

- **Distribuição da População**

Por Posto Administrativo (PA)/ Aldeia: É também necessário fazer o levantamento dos dados sobre a distribuição da população por PA, informação útil na identificação de áreas de maior/ menor densidade populacional. As áreas mais densamente populadas podem ser servidas melhor com postos fixos e as de menor densidade através de brigadas móveis.

- **Acesso Geográfico**

Estimativa do acesso à rede sanitária:

O acesso aos cuidados de saúde é avaliado utilizando diferentes métodos.

- **As taxas de cobertura** indicam a proporção de pessoas que receberam o serviço.
- **Padrão de Utilização das US's** - estudar o padrão da utilização das US's vai indicar quem são de facto os utilizadores das US's e as suas características. As taxas de cobertura e índices de utilização são calculados com base na população teórica total de uma área de saúde. Vários factores podem influenciar o padrão da utilização das US's, sendo o mais simples de analisar e o mais estudado o factor distância. Este é efectuado através de levantamentos sobre a proveniência dos utentes com base em amostras dos registos dos diversos serviços das US's. Esta informação vai indicar a proveniência dos utentes dos vários serviços (consultas, internamento) e serve para identificar os bairros com fraca ou falta de utilização dos serviços, e pode ser útil na planificação. Ex: estudando a proveniência de uma amostra de parturientes pode-se identificar os bairros menos utilizadores da maternidade e planificar acções específicas para os bairros em causa: (i) investigar as causas da falta ou fraca utilização; (ii) mobilização social dirigida a esses bairros.
- **O raio de acção teórico** “mede” a distância que os habitantes que residem mais longe têm que percorrer para aceder a uma US. Quanto menor é o valor do raio de acção, maior é a acessibilidade aos serviços, e vice-versa. Considera-se como limite máximo aceitável 10 Km.
- **Proporção da população residente dentro da zona de influência directa da US:** Esta informação vai ser útil na escolha de estratégias a utilizar para atingir a população com alguns programas de saúde, assim como na distribuição de recursos (meios circulantes) para as US's. Por exemplo, pode ser melhor atribuir motorizadas (como primeira prioridade) às US's que tiverem uma população mais dispersa, portanto com a maior parte da população a residir longe da US. Esta informação, pode também ser útil para entender

diferentes padrões de utilização de serviços entre as US's. Duas US's com o tamanho da população aproximadamente similar, se uma delas tiver a maior parte da população fora da zona de influência directa (4 – 5 Km) portanto longe da US, provavelmente terá níveis de utilização inferiores do que outra US.

	Tabela 2 – Proporção da População Residente na Zona de Influência em cada US													
	US Sede		US 1		US 2		US 3		US 4		US 5		US 5	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
População no raio de 5 Km (área de influência directa)														
População Total														

Características Sócio-Económicas e Culturais → Qual é o nível e o acesso a educação?

O nível sócio-económico para além de que afecta a utilização dos serviços, é um factor determinante no estado de saúde e perfil epidemiológico da população.

- Saneamento do Meio**
- Abastecimento de água
 - Gestão de lixo e excretas
 - Lagoas, pântanos e charcos

Esta informação vai ajudar em melhor entender os problemas com o saneamento do meio e melhor planificar actividades dirigidas. Por exemplo, o conhecimento da existência de águas superficiais que podem favorecer o desenvolvimento de insectos e outros vectores causadores de várias doenças pode apoiar na planificação de actividades específicas de prevenção e educação sanitária.

Rede Sanitária

Recursos disponíveis, organização e padrão de utilização

Para uma boa planificação é necessário conhecer:

- O estado de saúde da população da área de saúde
- A infraestrutura disponível, seu estado de conservação e adequação
- Os recursos humanos ... (disponibilidade de reursos humanos para garantir a prestação de cuidados)
- As políticas de saúde e as estratégias do país, província e do distrito
- Os requisitos em planificação do governo e do sistema de saúde

Documentos de Referência - Reconhecimento da Área de Saúde

Bases Didácticas – Conceitos e Processos

- Curso Integrado Planificação, Monitoria e Avaliação e Sistemas de Informação em Saúde (MiSau 2009);
- Guião para Supervisão de CS's (MiSau/ UNICEF 1997)

Fonte de Informação de Dados

- Ministério da Administração Estatal (MAE) 2005 - Perfis Distritais
- Instituto Nacional de Estatística (INE) 2008 – Estatísticas do Distrito
- INE - Censo Geral/ população, taxas de crescimento e grupos alvo
- SIS, Módulo básico – Recursos e Actividade Sanitária

Base de Trabalho para Cálculos

- Guião de Planificação Distrital Parte II – Projecção da população total e por grupo alvo e cálculo do raio de acção teórico

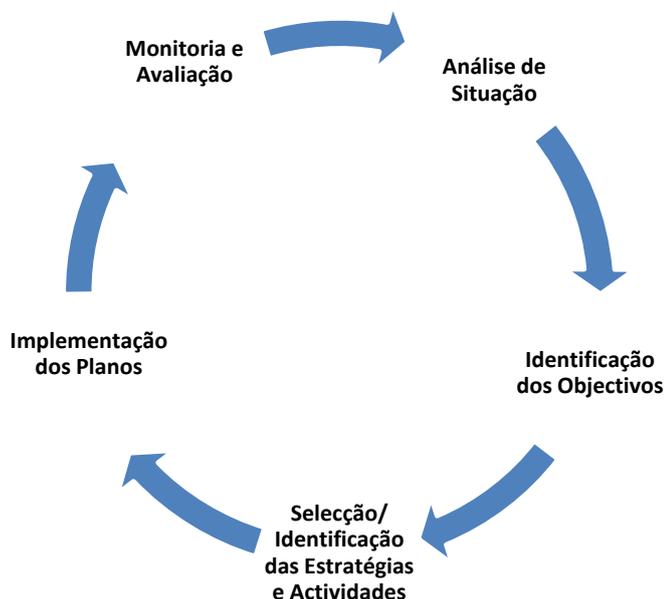
CONCEITOS BÁSICOS DE PLANIFICAÇÃO

A planificação é a escolha entre diferentes alternativas com o fim de alcançar objectivos definidos para um determinado período de tempo. É um processo sistemático, que permite aos gestores assegurar que os recursos disponíveis sejam utilizados da forma mais eficiente para obter objectivos bem explícitos. Sendo um processo, este deve seguir diferentes etapas bem definidas. Existem quatro perguntas-guia, as quais deveriam ser respondidas no processo de planificação. Estas perguntas representam as quatro etapas essenciais no desenvolvimento dos planos:

- **Onde estamos agora?**
Isto implica uma **Análise de Situação** para identificar as necessidades e dos problemas em saúde.
- **Onde pretendemos chegar?**
Isto significa a **Identificação de Objectivos** a selecção de prioridades, a definição de metas a serem atingidas para melhorar a situação de saúde e/ ou a prestação de cuidados no distrito.
- **Como vamos chegar lá?**
Isto implica detalhar e organizar as tarefas ou intervenções a serem realizadas de forma a alcançar os objectivos e metas traçados, indicando por quem, durante quanto tempo, com que recursos e a que custo.
- **Como vamos saber quando chegamos lá?**
Isto requer o desenvolvimento de indicadores mensuráveis para monitorar o a implementação dos planos e avaliar os resultados alcançados.

Estas etapas são em geral, apresentadas de forma sequenciada, contudo nem sempre são executadas de forma tão linear, pois estas alimentam-se umas com as outras. Mais adiante, no sub-capítulo “O Processo e as Etapas de Planificação nos SDSMAS’s” todas as etapas são descritas com mais detalhe.

A planificação não termina com a elaboração dos planos, este é um processo contínuo que inclui a implementação, monitoria e avaliação dos planos. Em geral, todo o ciclo de planificação é apresentado como na figura em baixo.



A planificação em saúde compreende uma série de actividades cujo objectivo é melhorar os cuidados de prestação de saúde. Existem diferentes tipos de planificação: (i) de longo e médio prazos que compreendem a planificação propriamente dita, cuja finalidade é a definição de políticas de saúde e objectivos de longo alcance, (ii) de curto prazo – habitualmente designado por programação. Que visam traduzir os objectivos estratégicos em planos anuais, geralmente estritamente ligados ao ciclo anual de orçamentação e financiamento. Este manual irá debruçar-se neste último – a programação anual de actividades.

OS INSTRUMENTOS DE PLANIFICAÇÃO

Plano Económico e Social e Orçamento Distrital

O PESOD é um novo instrumento de planificação com perspectiva territorial, desenvolvido recentemente pelo MPD/ MF e elaborado pelos Governos Distritais.

Este consta de duas partes: (1) dum lado uma parte descritiva do distrito e (2) do outro lado, uma parte analítica que inclui informação sobre coberturas, serviços prestados, recursos disponíveis e projecções na linha do Plano Económico e Social (PES). Contém ainda 5 anexos contemplando (i) o Enquadramento lógico, (ii) as Fichas de Diagnóstico, (iii) o Orçamento Combinado, (iv) o Plano de Acção e (v) o Orçamento.

Plano Económico e Social e Orçamento Distrital

Ao nível distrital, o PESOD é elaborado pelo Governo Distrital, tomando como base o Plano Estratégico Distrital de Desenvolvimento (PEDD), elaborado de forma participativa com todos os intervenientes, e as orientações do nível de escalão superior que define o horizonte Provincial e Nacional de Desenvolvimento.

O PESOD é um instrumento de gestão do Governo Distrital, que define os principais objectivos económicos e sociais do Distrito no ano económico, as acções a realizar para atingir aqueles objectivos e a afectação de recursos orçamentais para esses fins. Assim, o PESOD orienta o programa do trabalho do Governo Distrital e permite a sua monitoria e avaliação.

A função secundária do PESOD é contribuir para a elaboração do Plano Económico e Social e Orçamento Provincial (PESOP) ao nível provincial, fornecendo-lhe a informação de forma padronizada de modo a permitir a sua agregação e harmonização com a informação apresentada pelos restantes distritos.

Extraído de: **Metodologia para a elaboração do PESOD (MPD 2007)**

Planificação Provincial Integrada

Este é um instrumento de planificação sectorial do âmbito provincial com a participação dos distritos; metodologia em utilização desde o início da década 1990, a última actualização do instrumento foi efectuada em 2005. A metodologia é aplicada na planificação das actividades dos serviços/ programas principais de prestação de cuidados de saúde, incluindo actividades de rotina e acções de suporte e intervenções específicas necessárias para o alcance dos objectivos e metas estabelecidos. O processo utilizado deveria incluir:

- Análise de situação: (i) Disponibilidade de recursos, (ii) Coberturas atingidas/utilização dos serviços de saúde, (iii) Eficiência, (iv) Equidade, (v) Qualidade, (vi) Gestão e (vii) Supervisão
- Projecção de actividades,
- Estimativa de necessidades,
- Orçamentação e distribuição dos fundos em cada instituição com base na distribuição orçamental dos fundos necessários
- Atribuição de fundos com base em princípios de equidade

Curso Integrado de Planificação, Monitoria e Avaliação e SIS

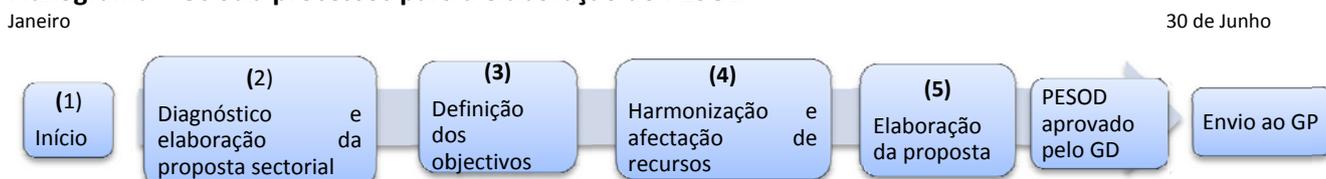
Instrumento de carácter didáctico e educativo para formação rotineira em gestão de informação, planificação, monitoria e avaliação ao nível de gestão de serviços. O curso, fundamental para a formação dos quadros do nível distrital, inclui materiais sobre: (i) o SIS, (ii) bases teóricas em planificação e (iii) monitoria e avaliação para o nível distrital.

METODOLOGIA E O PROCESSO

BREVE INTRODUÇÃO AO PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PESOD

O processo de elaboração do PESOD comporta 5 sub-processos conforme ilustrado na figura em baixo. Cada um dos sub-processos inclui várias etapas. Uma parte das actividades do sub-processo 1 (etapas 1.2 até 1.4) e todo o subprocesso 2 correspondem às etapas da elaboração do plano que decorrem nos serviços distritais. Os restantes subprocessos ocorrem na SD.

Fluxograma – Os Sub-processos para a elaboração do PESOD



Adaptado de: Dossier B PESOD – Programa Nacional de Planificação e Finanças Descentralizadas (PNPFD)

Subprocesso 1 → Início/ Arranque do PESOD

O subprocesso 1 é composto por 11 etapas ou actividades. Somente as actividades de 1.2 até 1.4 correspondem a momentos importantes de preparação interna em cada serviço distrital e de acordo com o PNPFD correspondem a¹: **1.2.** Recolha e sistematização de dados e sugestões ao nível de base (Executor Sectores; Supervisor CTD; Duração 1 dia); **1.3.** Organização e sistematização dos dados, informações, etc., sectorialmente (Executor Sectores; Supervisor CTD; Duração 3 dias); **1.4.** Preparação da proposta sectorial preliminar usando limites do PESOD do ano anterior (Executor Sectores; Supervisor CTD; Duração 2 dias). O subprocesso 1 deveria iniciar em Janeiro de cada ano.

Subprocesso 2 → Diagnóstico e elaboração da proposta sectorial

O subprocesso 2 é composto por 9 etapas ou actividades e todas elas correspondem a momentos cruciais de elaboração do plano específico de cada serviço distrital. O subprocesso 2 inicia logo de seguida ao sub-processo 1. Para a execução de todas as actividades deste subprocesso, de 2.1 até 2.9, o PNPFD indica como sendo: (i) o executor cada sector e (ii) os supervisores o/a secretário/a permanente (SP) e ou o conselho técnico distrital (CTD).

Fluxograma – As actividades para a execução do Subprocesso 2 do PESOD

(2.1.)	(2.2.)	(2.3.)	(2.4.)	2. 5.)	(2.6.)	(2.7.)	(2.8.)	(2.9.)
Recolha, sistematização e análise da Informação	Descrição do Sector	Preenchimento das Fichas de desempenho do Sector e projecção	Diagnóstico	Análise e fundamentação da Projecção	Análise sobre os financiamentos disponíveis e ajustamentos aos limites estabelecidos	Realização do diagnóstico sectorial	Preparação da proposta de plano de acção e orçamento sectorial	Elaboração da MEL sectorial

Adaptado de: Dossier B PESOD – PNPFD

Este manual debruça-se essencialmente sobre este subprocesso, fornecendo todos elementos necessários e específicos ao sector saúde na realização de todas etapas desde o diagnóstico sectorial (análise de situação) até a última etapa que é a elaboração da matriz lógica (MEL) sectorial. Aqui, é apresentada uma breve ilustração da sequência das etapas em todos serviços distritais. No sub-capítulo “As Etapas de Planificação nos SDSMAS’s”, é delineada uma proposta esquemática dos aspectos organizativos internos aos SDSMAS’s para conduzir o subprocesso 2 – O Processo para a elaboração do PESOD nos SDSMAS’s. No mesmo sub-capítulo,

¹ **1.1.** Organização do trabalho de preparação (Executor Secretário Permanente (SP) e Conselho Técnico Distrital (CTD); Supervisor Administrador; Duração 2 dias). Esta etapa decorre na SD.

Papel do director distrital de saúde:

O director distrital de saúde joga um papel preponderante no processo de planificação no distrito. Ele faz parte de e tem a dupla função e responsabilidade de defender a componente do plano saúde e aprovar o plano do GD. Portanto, recai sobre ele a maior responsabilidade de garantir um plano de qualidade, elaborado atempadamente e com o envolvimento dos actores-chave no distrito. Assim as suas responsabilidades são:

- Liderar e coordenar todo o processo
- Garantir o início e conclusão atempados do exercício de planificação
- Garantir o envolvimento de todos actores-chave no distrito
- Participação activa em algumas tarefas específicas, por exemplo distribuição dos fundos disponíveis pelas actividades planificadas e rubricas.
- Garantir que o plano elaborado seja completo incluindo: i) todas as prioridades do sector, por exemplo, que a projecção dos salários seja correcta e completa incluindo promoções, nomeações, etc. ii) fundos de todas as fontes de financiamento.
- Garantir financiamento equilibrado entre as actividades planificadas

Papel do médico chefe:

- Organizar e liderar a área/ grupo da assistência médica
- Realizar conjuntamente parte das tarefas de planificação sobretudo da assistência médica
- Garantir o envolvimento de todos responsáveis dos sectores
- Garantir boa qualidade do plano

Papel do responsável distrital do Núcleo de Estatística Distrital:

- Assessorar todo o processo de planificação
- Organizar e fornecer a informação necessária
- Garantir a ligação de toda a actividade de planificação de todo o sector saúde

Papel do responsável distrital de Saúde da Comunidade:

- Organizar e liderar a área/ grupo da saúde da comunidade
- Realizar conjuntamente parte das tarefas de planificação
- Garantir o envolvimento de todos responsáveis dos sectores
- Garantir boa qualidade do plano

Muitas vezes, o responsável distrital de saúde da comunidade é também responsável pelo NED.

Papel do responsável distrital de Finanças:

- Organizar toda a informação financeira (despesas dos anos anteriores e fundos previstos de todas as fontes de financiamento)
- Liderar e realizar conjuntamente com outros responsáveis a orçamentação e distribuição dos fundos

Papel do responsável distrital de Recursos Humanos:

- Organizar toda a informação sobre os recursos humanos em coordenação com os responsáveis dos sectores
- Fazer a orçamentação dos salários

Os responsáveis do sector administrativo, recursos humanos e saúde da comunidade e ou NED são os elementos dos SDSMAS's que fazem parte do CTD, grupo responsável pela elaboração do PESOD na SD.

Todos gestores distritais tem um papel importante na planificação e implementação dos planos.

É DE EXTREMA IMPORTÂNCIA QUE NA ALTURA DA MUDANÇA DE GESTORES, HAJA UMA "ENTREGA" DOS PLANOS, DA INFORMAÇÃO E "TRANSFERÊNCIA" DOS CONHECIMENTOS PARA OS NOVOS GESTORES.

Um director distrital, uma responsável distrital da saúde materna, um responsável distrital do laboratório, etc, antes de iniciar as novas tarefas deveria tomar conhecimento do que foi planificado para o distrito, serviço/ sector ...

PROGRAMAS E SUB-PROGRAMAS

Sumário da Estrutura de Programas e Subprogramas com Relativos Códigos para o Sector Saúde²

O quadro em baixo contém os programas (PG) e sub-programas (SPG) do MiSau/ MPD para o sector saúde a todos os níveis para o quinquénio 2010 - 14.

PG	Designação do Programa (PG)	(SPG)	Designação do Subprograma (SPG)
SAU02	Saúde Pública – Saúde da Mulher e da Criança e Assistência Médica	01	Saúde Reprodutiva e Materna
		02	Saúde Infantil (incluindo PAV)
		03	Saúde Escolar
		04	Assistência Hospitalar
		05	Medicamentos e Artigos Médicos
SAU03	Saúde Pública – Grandes Endemias e Má Nutrição	01	Malária
		02	Tuberculose (TB)
		03	ITS e HIV/ SIDA
		04	Nutrição
		05	Lepra
		06	Vigilância Epidemiológica e Emergência
SAU04	Saúde Pública – Promoção de Saúde e Prevenção das Doenças	01	Promoção de Saúde e Envolvimento Comunitário
		02	Saúde Ambiental
		03	Doenças Negligenciadas
		04	Doenças não Transmissíveis
		05	Saúde Mental
		06	Medicina Desportiva
		07	Medicina Tradicional
SAU05	Desenvolvimento da Rede Sanitária	01	Infraestruturas para Serviços de Nível I (CS)
		02	Infraestruturas para Serviços de Referência de Nível II (HD)
		03	Infraestruturas para Serviços de Referência de Nível III (HP)
		04	Infraestruturas para Serviços de Referência de Nível IV (HC)
SAU06	Desenvolvimento dos Recursos Humanos	01	Formação e Colocação do Pessoal
		02	Gestão de Recursos Humanos
		03	Infraestruturas para a Rede de Formação
SAU07	Sustentabilidade e Gestão Financeira	01	Planificação, Sistemas de Informação, Orçamentação e Monitoria e Avaliação
		02	Serviços de Gestão Financeira, Logística e Manutenção
		03	Infraestrutura para Logística e Manutenção
SAU01	Apoio Institucional Administrativo	01	Género
		02	Reforço e Organização do SNS – Reforma Institucional
		03	Investigação em Saúde
		04	Infraestrutura para Administração

² Inscrita no Cadastro do MEO 2011

MÓDULO 1 INTRODUÇÃO

Capítulo 1 – Introdução

Capítulo 2 – Planificação Distrital em Saúde

MÓDULO 2 MÉTODOS

Capítulo 3 – Metodologia e o Processo

*Capítulo 4 – Etapas de Planificação nos SDSMAS's***MÓDULO 3 ELABORAÇÃO DO
PESOD NOS SDSMAS'S**

Capítulo 5 – Preparação do Exercício de Planificação

Capítulo 6 – Análise de Situação e Programação de
Actividades por Área de Actividade

Capítulo 7 – Programação de Recursos

Temas

Introdução	24
Descrição das etapas	24
Preparação do exercício de planificação	24
Análise de Situação	26
Identificação dos objectivos	31
Identificação das estratégias, actividades e recursos	32
Documentos de referência	35

AS ETAPAS DE PLANIFICAÇÃO NOS SDSMAS'S

INTRODUÇÃO

Como já referido, a planificação ocorre sempre num ambiente de restrição de recursos financeiros, humanos, etc. Portanto, somente um plano sólido e bem desenhado poderá de certo modo mitigar os problemas de recursos e ser implementado de forma a melhorar os cuidados de saúde providenciados e os resultados de saúde na população. É importante lembrar que, para a elaboração de um bom plano, é essencial seguir criteriosamente todas as etapas do processo de planificação. A elaboração da matriz lógica é a última etapa do desenvolvimento do plano anual. Os passos a seguir para a elaboração de um plano de saúde são:

- Preparação do exercício de planificação
- Análise de situação
- Identificação dos objectivos e definição das prioridades do ano seguinte com base em:
 - Problemas/ questões identificados durante a análise de situação
 - Estratégias e prioridades nacionais
 - Estratégias e prioridades provinciais
 - Estratégias e prioridades distritais
- Identificação das estratégias, actividades e recursos
- Definição dos indicadores de monitoria

Alguns ingredientes para a elaboração de um plano que se possa implementar com sucesso:

- Bom envolvimento dos actores-chave, i.e. os gestores de programas/ sectores responsáveis pela implementação dos planos.
- Seguimento criterioso das etapas de planificação.
- Desenvolvimento de um plano completo, com todas actividades do sector começando pela prestação de cuidados (actividades de rotina e específicas).
- Elaboração de um plano ajustado aos recursos disponíveis e a capacidade do sector em cada distrito.

O plano produzido no final destas etapas, será utilizado para alimentar o processo da elaboração do PESOD que tem lugar na Secretaria Distrital. O seguimento destas etapas, incluindo uma boa e aprofundada análise de situação são a base para a elaboração de um plano sólido e uma boa fundamentação das necessidades do sector.

DESCRIÇÃO DAS ETAPAS

A seguir são descritas todas as etapas que cada responsável distrital deveria conhecer e seguir para elaborar um plano de qualidade e que traduza as estratégias e prioridades definidas nos vários níveis do sistema de saúde e do governo.

Etapa 1

Preparação do Exercício de Planificação

- Quem deve participar?
- Qual é o melhor período?
- Que informação é necessária?

Esta é uma etapa crucial no processo de planificação. Uma boa preparação é o primeiro passo para garantir a elaboração de um plano de qualidade e deveria incluir os seguintes aspectos:

- 1 – Garantir o envolvimento de todos responsáveis distritais
- 2 – Organizar atempadamente toda a informação necessária

1. Garantir o envolvimento de todos os responsáveis distritais

Como já sublinhado antes, o envolvimento de todos actores-chave é fundamental neste processo. Alguns factores que podem auxiliar neste propósito são:

- Escolha cuidadosa das datas, preferivelmente que coincidam com o período de maior disponibilidade do pessoal no distrito, de forma a garantir uma maior participação de todas as pessoas-chave.
- Comunicação antecipada aos responsáveis dos sectores
- Organização de outras actividades de saúde de modo a que não interfiram com o exercício de planificação. Também, é importante a coordenação com outros níveis de forma a evitar que por exemplo, as actividades da DPS que visam a participação de responsáveis distritais não afectem a sua participação na planificação distrital.

2. Organização atempada da informação

É necessário reunir com antecedência toda a informação de base para a planificação que consiste em:

- **Recursos Disponíveis**, no que diz respeito a sua distribuição e utilização.
 - População servida
 - Rede Sanitária Rede Sanitária (número e distribuição das US's por tipo, plano de construção/ reabilitação, número de camas hospitalares, etc)
 - Recursos Materiais (número de viaturas, geleiras, etc)
 - Recursos Humanos (número e qualificação por US e serviço)
 - Medicamentos
 - Fundos (Dotação por fonte de financiamento e por rubrica, Despesa por rubrica em relação ao plano orçamental, Receita esperada/ cobrada)
- **Actividade Realizada** - Global e índices de cobertura e de utilização, comparando uma série de pelo menos três anos , podendo ser de cinco anos.
 - Consultas externas
 - Internamento (por serviço, incluindo a maternidade)
 - Saúde Materna e Infantil (SMI)/ PAV
 - Partos
- **Relatórios:**
 - Balanço do PES, de supervisão ou avaliação da qualidade do atendimento, etc.
- **Outra informação:**
 - Organização dos serviços
 - Levantamentos necessários para completar a informação
- **Fundos Previstos**
 - OE: os limites iniciais são comunicados somente em Maio, a orientação do PESOD é iniciar o processo da planificação baseando-se na dotação do último ano (ano em curso)
 - PROSAÚDE: as DPS's deveriam comunicar atempadamente os fundos previstos
 - ONG's: as ONG's activas nos distritos deveriam comunicar os níveis de financiamento antes do início do exercício de planificação

Se o distrito tiver a informação do reconhecimento da área de saúde (perfil do distrito) actualizado e organizado num documento, este irá facilitar sobremaneira esta fase da organização de informação e toda a etapa da análise de situação.

Para mais detalhes sobre a informação a utilizar no processo de planificação, consultar “o Curso Integrado Planificação (MiSau 2009)”

3. Garantir boa qualidade da informação

Este aspecto deveria merecer particular atenção no processo de planificação. A qualidade da informação é vital, pois vai afectar as conclusões sobre o desempenho do sector e as decisões que vão guiar a planificação. É importante verificar por exemplo, que não haja sobnotificações devido a falta de informação em alguns meses. Se houver meses em falta, é necessário, se for possível, solicitar e completar a informação, caso contrário a actividade deve ser ajustada para os meses em falta. É muito importante o controle e monitoria ao longo do ano para detectar e corrigir as lacunas, de modo a evitar embaraços na altura da planificação. A análise da qualidade dos dados e sua utilização na tomada de decisões a nível local e em todos os processos incluído a planificação, irá ajudar imensamente em melhorar a qualidade dos mesmos.

Como delineado na proposta esquemática para conduzir o Processo da elaboração do PESOD nos SDSMAS's – O Subprocesso 2, as etapas desde a análise de situação até a projecção de actividades poderiam ser realizados em pequenos grupos formados de acordo com as áreas de actividade.

Etapa 2

Análise da situação

→ Onde estamos?

Este é o processo de análise e interpretação de toda a informação disponível, acerca da situação actual e evolução do sistema de saúde. Nesta etapa da planificação, os responsáveis distritais vão analisar informação que lhes vai permitir **definir "ONDE ESTÃO"**. Como já indicado na etapa da preparação, diferentes fontes de informação serão utilizados para o efeito: informação de rotina do SIS, relatórios de supervisão e de avaliações, informação das reuniões com a comunidade, etc.

Esta fase do processo de planificação é crucial pois vai permitir: (i) identificar os problemas de saúde específicos do distrito, (ii) identificar as causas, (iii) analisar a capacidade existente (recursos financeiros, humanos, materiais e tempo) para solucionar as causas dos problemas. É sempre bom considerar que as soluções a serem propostas não deveriam exceder a capacidade de realização que o distrito possui.

Para a análise da situação sugere-se avaliar o nível do desempenho do distrito através de um grupo mínimo de indicadores indicados mais abaixo. O sector/ distrito pode incluir mais indicadores que julgar úteis para ter uma melhor visão do desempenho do sector.

Para apoiar os gestores distritais nesta etapa, importante e imprescindível a todo o exercício de planificação, o manual apresenta:

- As áreas que devem ser analisadas
- Um grupo de indicadores para cada uma das áreas e outra informação de base para análise de situação.
- Para alguns indicadores, é também apresentada informação sobre os padrões "aceitáveis", para servirem de guia e ajudar na interpretação dos indicadores calculados e utilizados. Contudo, estes padrões não representam "metas" automáticas atingir, é sempre bom investigar e confirmar o que "está por detrás" de um valor obtido para um dado indicador.

Áreas de Análise

- 1 – Disponibilidade de recursos
- 2 – Evolução do volume das actividades realizadas
- 3 – Evolução dos índices de coberturas e de utilização
- 4 – Comparação da actividade realizada com a planificada (metas)
- 5 – Eficiência
- 6 – Eficácia (ou impacto)
- 7 – Qualidade dos cuidados prestados
- 8 – Estado de saúde
- 9 – Resumo das constatações e recomendações

Os dados e indicadores propostos são os utilizados no guião de planificação integrada e fazem parte do relatório do balanço do PES. Uma boa parte destes indicadores é calculada automaticamente no SIS – Módulo básico.

Para apoiar na realização da análise de situação, o manual apresenta para cada área de análise exemplos de: (i) perguntas-guia e (ii) como interpretar certo tipo de tendência que se pode verificar na evolução do desempenho do sector.

1. Disponibilidade de Recursos

Analisar a evolução dos recursos no distrito em termos absolutos, assim como através da elaboração de indicadores de disponibilidade. Comparar as diferentes sub-áreas de saúde para medir a equidade e identificar as áreas desfavorecidas no distrito.

Equidade

Neste guião é sugerido a comparação entre sub-áreas de saúde para medir a **EQUIDADE** dentro do distrito. A análise comparativa entre sub-áreas de saúde vai indicar a equidade na: (i) distribuição de recursos, ex: US's/habitante e (ii) no acesso/ utilização aos cuidados de saúde, ex: coberturas por partos institucionais. Esta análise é muito útil se os resultados obtidos forem tomados em consideração na planificação através de medidas correctivas das iniquidades observadas.

Alguns indicadores a utilizar/ analisar são:

- Habitantes por US
- Habitantes por profissional de saúde
- Camas por 1000 habitantes
- Raio teórico de acção

→ 1.1 Avaliar a evolução e disponibilidade dos recursos no distrito

→ 1.2 Avaliar a equidade

2. Evolução do volume das actividades realizadas

A análise do volume de actividades realizado no período em análise, comparando-o com o do mesmo período dos anos anteriores, vai indicar o padrão da tendência das actividades no distrito. Aqui são sugeridas algumas actividades principais dos diferentes sectores/ programas. Contudo, o distrito pode incluir outras que julgar pertinentes, utilizando o mesmo esquema de análise.

- SMI
- PAV
- Assistência médica
- Actividade global (UA's)

É importante fazer a análise global do distrito, assim como por US (sub-área de saúde).

Porque é necessário analisar a tendência da evolução da actividade?

→ 2.1 Avaliar o ritmo do crescimento da actividade

→ 2.2 Servir de base para a projecção da actividade futura

2.1 A avaliação do ritmo de crescimento, é, de certa forma um “termómetro” dos cuidados prestados. Em caso de grandes flutuações inesperadas, é necessário procurar a causa, para a sua correcção se for necessário e possível. Esta análise deveria ser efectuada para cada tipo de actividade e por US.

As perguntas-guia nesta análise são:

A actividade está a aumentar, estacionária ou a diminuir? As mudanças verificadas são causa de preocupação? Qual pode ser a causa da mudança ‘anormal’ verificada?

• O volume das actividades está em crescimento?

Em geral, quando uma actividade aumenta é bom sinal. O ideal é que todos os anos a actividade aumente progressivamente. O crescimento gradual pode resultar de:

- Crescimento natural da população
- Melhoria da qualidade do atendimento

Entretanto se o crescimento é excessivamente grande é necessário verificar a causa, pois pode tratar-se de um problema que não foi detectado ao longo do ano como seja:

- Problemas com a qualidade dos dados (registo, recolha, compilação, etc)
- Epidemias/ surtos epidémicos, no caso de consultas e internamento
- Deterioração da qualidade dos cuidados, no caso de internamento

É importante verificar a tendência da evolução do volume de trabalho no conjunto de todo tipo de actividades do distrito, para identificar padrões de crescimento isolado que podem ser indício de problemas. Se por exemplo, no distrito, somente o número de Dias Cama Ocupada (DCO's) mostrar um grande crescimento é necessário investigar a causa:

i) Aumento de camas? ii) Melhoria nas condições hoteleiras (aumento na despesa em alimentação dos doentes)? iii) Deterioração dos cuidados do internamento, com aumento do tempo médio de permanência (TMP)? iv) Chegada de um novo clínico e houve mudança nos critérios de admissão? Neste caso haverá um aumento de admissões/ altas. v) Epidemias? vi) Mudança de padrão epidemiológico e tipo de morbidade na comunidade, devido a deterioração do estado de saúde da comunidade? vii) Qualidade dos dados?

- **O volume de actividades ficou estacionário ou diminuiu?**

Se o número de consultas ou de contactos de uma dada actividade ficou igual ou diminuiu, na maior parte das vezes deveria ser razão de preocupação. Para algumas actividades como as consultas, partos, 1ª consulta (SMI), etc. isto significa que a cobertura ou índice de utilização naquela actividade diminuiu, salve em raras excepções em que se tenha registado diminuição da população.

A diminuição do número de realizações pode ser devida a diferentes causas que se possível é necessário identificar e possivelmente corrigi-los:

- Qualidade dos dados (registo, recolha, compilação, etc)
- Qualidade do atendimento, incluído o relacionamento com a comunidade
- Dificuldades com o aprovisionamento de medicamentos (roptura de stock)
- Diminuição da população (casos raros). E, numa situação dessas toda a actividade do distrito será afectada não somente uma particular actividade.

- **O padrão da actividade mostra grandes oscilações todos os anos?**

Se no distrito houver alguma actividade que apresenta grandes flutuações todos os anos, deveria também ser motivo de alerta. É necessário averiguar em que US's isto ocorre e investigar as causas. Em baixo é apresentado uma sequência de dados reais (consultas externas) de 2 distritos, e pode-se ver facilmente que a série de dados do distrito A mostra grandes oscilações. Esta é uma situação que deveria ser averiguada. As oscilações anuais só serão detectadas analisando uma série de dados de vários anos.

Distrito	2000	2001	2002	2003	2004
A	36,380	42,260	38,756	52,770	59,347
B	25,007	26,511	36,555	40,201	42,295

Analisar as tendências (crescente ou decrescente) e as causas do aumento ou diminuição da actividade que podem incluir: qualidade da informação, aumento ou diminuição (migrações – pouco frequente) da população, melhoria ou deterioração da qualidade do atendimento incluído a comunicação entre profissionais de saúde e comunidade. É importante analisar a evolução da actividade numa base de vários anos, pois a comparação com o ano anterior somente pode não revelar cabalmente as tendências no distrito.

2.2 Base para a projecção da actividade futura, que é útil no cálculo das necessidades, e dos recursos tais como medicamentos, etc. É importante avaliar a actividade de uma série de vários anos para melhor entender a tendência da actividade em análise no distrito. A comparação de 2 anos somente, pode não reflectir a situação real da tendência da actividade. Num dado ano, a actividade pode registar uma flutuação 'extraordinária' (aumento ou diminuição acentuados) devido a factores bem específicos nesse ano e não

representar necessariamente uma mudança grande na utilização de serviços. E, isto pode afectar as projecções da actividade futura, pois pode-se prever um nível muito baixo ou muito alto dependendo da oscilação do ano anterior. Para projectar “correctamente” uma actividade e programar os recursos necessários de forma adequada, deveria-se utilizar a análise de uma série de vários anos. Informação real de um distrito apresentado na tabela em baixo ilustra claramente este facto. Se no início de 2005, as consultas para 2005 tiverem sido projectadas com base somente na informação de 2003, é claro que ter-se-ia subestimado a capacidade de realização do distrito C.

Distrito C	2000	2001	2002	2003	2004
	140,452	157,252	159,304	127,151	171,045

3. Evolução dos Índices de Cobertura e de Utilização

Esta serve para medir e avaliar o nível de utilização dos serviços. Nesta análise é importante, sempre que possível avaliar a utilização por US (sub-área de saúde), para medir a equidade. Existem vários indicadores a serem analisados nos diferentes sectores/ programas:

- Coberturas SMI
- Coberturas PAV
- Cobertura por Partos assistidos
- Consultas/habitante
- UA/habitante

4. Comparação da actividade realizada com a planificada (metas)

Esta análise deve ser complementada com a análise de outras acções que tinham sido planificadas para se atingirem as ‘metas’ definidas. Avaliar os planos anteriores, é útil também para melhorar a compreensão das falhas nas planificações anteriores e melhorar a abordagem na elaboração dos planos.

5. Eficiência

Esta análise vai mostrar o nível de rendimento dos recursos disponíveis no distrito e indicar se é possível realizar mais actividade com a capacidade disponível em termos de recursos humanos, camas, etc. A análise comparativa entre as US’s, onde for aplicável, vai auxiliar na identificação das US’s que precisam melhorar a utilização dos recursos disponíveis, assim como aquelas que precisam mais recursos. Alguns indicadores que podem ser elaborados e analisados são listados a seguir:

- Utilização da capacidade instalada
 - Camas – taxa de ocupação de camas (TOC), global do distrito, por US e por sector
 - Pessoal – produtividade, global do distrito, por US, por sector ou programa
- Utilização dos Fundos (níveis de execução) global e por fonte de financiamento

6. Eficácia (ou Impacto)

Para além de calcular e avaliar as coberturas dos vários programas, é importante, onde for possível, medir a eficácia (ou impacto) que as acções desses programas têm sobre as doenças-alvo do programa. Um programa será eficaz se, por exemplo, resultar na redução da doença-alvo. Para o PAV, o número de casos de sarampo pode ser útil para avaliar a sua eficácia. Ao longo do guião são sugeridos para algumas áreas de actividade grupos de indicadores para avaliar a eficácia ou a potencialidade dessa actividade eficaz.

Nesta análise, os responsáveis distritais poderão fazer uma ligação entre as coberturas atingidas e os critérios de eficácia. As notificações das doenças-alvo através do Boletim Epidemiológico Semanal (BES) são dados importantes para a avaliação da eficácia. Algumas áreas/ doenças que poderão ser avaliadas são:

- Doenças-alvo do PAV – sarampo
- Malária
- Doenças diarreicas, incluindo a cólera

“a vigilância epidemiológica não termina com o envio do BES ao nível superior. Como toda informação ela destina-se à tomada de decisões. Significa isto que os BES devem ser analisados localmente e que a informação colhida ao longo do ano graficada (em particular as doenças de maior incidência, como sarampo, diarreia, disenteria). Para estas patologias deve haver gráficos de “série histórica” (mais anos), representando os casos/mês de cada doença. No caso de sarampo, pode ser útil relacionar o número de casos e o andamento dos surtos com as coberturas alcançadas cada ano. É uma maneira de avaliar a eficácia do PAV”.

Guião para Supervisão de CS's (MiSau/ UNICEF 1997)

7. Qualidade do atendimento dos cuidados prestados

Uma das prioridades nacionais é a melhoria dos cuidados de saúde prestados. A revisão do nível da qualidade de atendimento vai servir de base para identificar de forma objectiva as áreas específicas ao distrito onde é necessário envidar esforços para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, assim como as medidas a serem incluídas no plano anual neste âmbito. É importante a sua contínua monitoria ao longo do ano de forma a que no processo de planificação seja mais um acto de resumir as constatações efectuadas nas (auto)avaliações, supervisões e outros. Com o sistema de informação de rotina – Módulo básico só é possível obter um pequeno grupo de indicadores para avaliar a qualidade. Portanto, para se realizar uma boa análise da qualidade, implicará necessariamente a realização de pequenos inquéritos, organizados pelo distrito e/ ou com a província realizar pequenos inquéritos e incluir parâmetros sobre a qualidade nas visitas de supervisão. É também necessário sistematizar a informação de modo a facilitar a sua utilização. Deste modo, a qualidade deveria ser analisada utilizando sobretudo a informação obtida através das supervisões e avaliações. As áreas a explorar para servir de indicadores de qualidade poderiam ser as listadas em baixo:

- Existência de condições mínimas para garantir boa qualidade i.e, um atendimento com um nível mínimo de qualidade aceitável
- Medidas sistemáticas de biossegurança
- Padrões de atendimento dos doentes
- Taxas de mortalidade intrahospitalar
- Taxas de frequência – número médio de contactos (SMI)

8. Estado de saúde

Devido a limitações de informação a este nível, o estado de saúde é baseado na análise de indicadores de alguns programas de saúde que são referentes a população com acesso aos cuidados de saúde. No esquema dos relatórios e planos a informação sobre o estado de saúde é a primeira a ser apresentada, contudo, na análise de situação é conveniente iniciar com os outros indicadores que de certa forma vão informar sobre os resultados obtidos nos indicadores utilizados para medir o estado de saúde.

- Taxas de mortalidade intrahospitalar
- Estado nutricional de utentes de alguns programas de saúde

9. Resumo das constatações e recomendações

A última etapa da análise da situação deveria ser feita na forma de um resumo dos aspectos chave constatados e suas recomendações. Isto irá facilitar a elaboração dos planos e o seguimento da implementação das medidas propostas para a correcção das lacunas detectadas. A redacção de um resumo vai também facilitar e servir de elo de ligação com a etapa seguinte do processo de planificação.

As recomendações serão baseadas nos problemas detectados e serão parte de acções necessárias para melhorar a qualidade do atendimento e serão realizadas a diferentes níveis de responsabilidade, alguns exemplos são:

- Supervisão da qualidade do atendimento
- Melhorar a utilização de medicamentos para melhorar a qualidade do atendimento e disponibilidade de medicamentos
- Melhorar a organização dos serviços, por exemplo, para diminuir o tempo de espera dos doentes.

As recomendações deveriam, na medida do possível, ser articuladas da forma mais concreta e objectiva. Estas deveriam representar acções que vão incidir na causa do problema. Deveria-se procurar evitar recomendações que são mera repetição do problema, como no exemplo seguinte:

Problema: Roptura de stock de medicamentos. Recomendação: Evitar roptura de stocks de medicamentos.

O processo de planificação requer tempo que vale a pena investir nele, uma boa análise de situação vai ajudar entender melhor:

(i) o sistema de saúde do distrito, (ii) o trabalho que se está a realizar e (iii) a elaborar planos com qualidade. A planificação é um processo de aprendizagem, os primeiros exercícios poderão levar mais tempo, no entanto, se a informação organizada e utilizada for devidamente conservada, vai ser útil nos exercícios subsequentes. Alguns “conhecimentos” obtidos num exercício de planificação poderão ser válidos por alguns anos e servirem de base na planificação dos anos seguintes. Ex: Se uma US tiver baixa utilização das camas porque o número de camas para a sub-área de saúde foi mal planificada e é superior as suas necessidades, este facto poderá ser válido por alguns anos mais.

É importante realçar que nem sempre será possível identificar ou planificar acções para solucionar todos os problemas detectados na análise de situação. Haverá problemas para os quais as soluções deverão ser negociadas e coordenadas com o nível provincial. Para outros, será necessário planificar “actividades” de investigação para a identificação das causas e só então poderão ser definidas soluções, algumas das quais durante o mesmo ano e outras a serem incluídos nos planos dos anos subsequentes.

Exemplo:

Foi identificado na enfermaria de medicina um taxa de abandono muito alta e em aumento em relação aos anos anteriores, mas as causas não são evidentes.

Actividades:

Estudar através dos processos clínicos os casos de abandono, em relação ao tipo de diagnóstico, área de residência, etc.

O passo seguinte poderia ser a realização de reuniões com as comunidades das áreas que apresentem mais abandonos para ulterior investigação das causas.

Etapa 3

Identificação dos objectivos

→ Onde pretendemos chegar?

Nesta etapa de planificação, os gestores de saúde vão engajar-se no processo de **definir “O QUE SE PRETENDE ALCANÇAR”** dentro de um dado período, determinado à luz das necessidades de saúde identificados anteriormente na análise de situação e na disponibilidade de recursos. Portanto, a identificação dos objectivos (geral, específicos e respectivas metas) vai-se basear na análise de situação efectuada, no relatório anual do sector e nos objectivos estratégicos definidos nos vários níveis do sistema de saúde e do governo:

- Objectivos estratégicos do sector saúde PESS nacional
- Objectivos estratégicos do sector saúde PESS provincial
- Objectivos estratégicos do distrito PEDD

Nesta etapa, os reponsáveis distritais deveriam procurar definir os objectivos específicos que sejam:

- **“Concretos”**, todos deveriam poder intepretá-los/ entendê-los da mesma maneira.
- Claramente **mensuráveis**.
- **Alcansáveis**, o distrito deve ter suficiente capacidade de realização para atingí-los.
- **Realísticos**, deveria ser possível atingir o nível de mudança reflectido no objectivo, dentro do período planificado.

Dadas as limitações de recursos, o número de objectivos a serem incluídos no plano anual, para os quais são necessários recursos extras, deveria ser limitado. Um número excessivo de objectivos para além da capacidade do sector, é uma receita certa para o fracasso da implementação dos planos.

Etapa 4

Identificação das estratégias, actividades e recursos

→ Como vamos chegar lá?

Nesta etapa, a tarefa é identificar as estratégias e actividades que vão permitir alcançar os objectivos definidos. A decisão-chave nesta etapa é a escolha das estratégias e actividades que vão permitir alcançar os objectivos definidos. Na escolha das estratégias deve-se verificar se são: (i) tecnicamente adequadas; (ii) realizáveis em termos de capacidade instalada (recursos humanos, financeiros, etc.); (iii) adequadas para resolver os problemas identificados. É também importante considerar estratégias alternativas. É útil fazer uma lista de diferentes alternativas com os custos (recursos necessários) e seleccionar a melhor estratégia, isto é as que forem consideradas mais adequadas/ apropriadas para os fundos disponíveis, tempo disponível, necessidades da população, competências do pessoal, eficácia, etc. De facto, muitas vezes nesta etapa, o exercício consiste mais na escolha da melhor estratégia, pois estas já estão definidas para as várias actividades do sector.

Dada a limitada disponibilidade de recursos para todas as actividades e programas, é necessário ter a clareza do que pode ser feito (realizável) com os recursos disponíveis e o que precisa ou pode aguardar até que mais recursos sejam disponíveis.

A programação das actividades para o período seguinte, deve ter sempre em consideração a capacidade instalada e os recursos disponíveis ou a serem disponibilizados.

→ **Com que recursos humanos?**

Os recursos humanos que serão disponíveis para o período em planificação terão a capacidade de realizar a actividade de rotina com qualidade e ainda fazer ou participar em outras actividades específicas planificadas, tais como: supervisão, formações, etc?

→ **Qual é o custo? Com que recursos financeiros?**

Os recursos financeiros a serem disponibilizados serão suficientes para as actividades de funcionamento/ rotina e ainda para cobrir as actividades específicas que se pretende incluir no plano?

→ **Com que recursos materiais?**

As geleiras a serem disponíveis para a cadeia de frio, serão suficientes para abrir mais postos fixos de vacinação no distrito? Vai ser possível fazer a sua manutenção?

1. Programação/ Projecção de Actividades → Prestação de Cuidados

A programação anual das actividades ao nível de distrito, é um exercício que sobretudo contempla a actividade de rotina de prestação dos cuidados de saúde, complementada por acções que visam melhorar o nível de prestação desses cuidados. É pois, recomendável iniciar a programação anual com as actividades de rotina, uma vez que estas consomem a maior parte dos recursos. Muita frustração da planificação resulta das dificuldades em implementar planos nos quais foram inscritas várias actividades que não são realizáveis, pois os recursos disponibilizados são apenas suficientes para a realização das actividades de rotina. Portanto, é de boa prática rever as actividades planificadas sob o ponto de vista da capacidade do distrito: são actividades realizáveis no período de um ano com o pessoal existente? Para este fim, pode ser útil traduzir as actividades planificadas em dias homem necessários comparado com dias homem disponíveis. O mesmo raciocínio deverá ser feita para os outros recursos também.

1.1 Prestação de Cuidados - Projecção de Actividades de Rotina

Com base no nível de desempenho (análise de situação), nas prioridades nacionais e recursos disponíveis fazer a projecção das actividades para o período seguinte, incluindo níveis de coberturas, volume de actividade e qualidade dos cuidados das principais áreas de actividade: (i) SMI, (ii) PAV, (iii) Assistência médica e (iv) Actividade global – UA's

→ **Coberturas e Utilização de Serviços**

O aumento do acesso aos serviços de saúde, é uma das prioridades nacionais, a projecção e monitoria de coberturas e índices de utilização vai permitir medir e acompanhar o progresso deste objectivo nas várias

actividades. Em cada uma das áreas/ actividades vai ser útil a análise de situação efectuada. E, a decisão sobre a projecção das actividades deveria, em todos os casos, ser guiada pelas seguintes perguntas/ questões-chave:

- O nível de cobertura ou índice de utilização no distrito está a um nível aceitável ou é necessário aumentá-lo?
 - Se for necessário aumentá-lo...
 - Será em todas as sub-áreas de saúde (US's) ou há algumas desfavorecidas com níveis de cobertura/ utilização mais baixos, que portanto precisam ser priorizadas.
 - Pode-se aumentar com os recursos existentes? Ou são necessários recursos extras, porque por exemplo o pessoal poderia já estar sobrecarregado.
 - O aumento poderia afectar a qualidade?

→ Projecção do Número de Consultas, DCO's e Outras Realizações – Volume de Actividade

Fazer a projecção das futuras realizações, em termos de volume de actividade, nas várias áreas de actividade é muito útil, pois vai auxiliar na estimativa das necessidades/ recursos para cada serviço. É conveniente proceder a programação de cada área ou programa no seu todo, incluindo as actividades e os recursos necessários.

- Consultas
 - Servir de base para a previsão da receita a cobrar
 - Calcular o número de kits necessários e a quantidade a distribuir por US
 - Avaliar a carga de trabalho para apoiar na distribuição do pessoal afecto as consultas
- Consultas e DCO's
 - Calcular a quota (%) dos medicamentos da Via Clássica a distribuir pelas US's
- DCO's (maternidade e outros serviços)
 - Estimar os gastos em alimentação para os doentes internados
 - Estimar os gastos em higiene e limpeza

→ Melhorar a qualidade do atendimento

Como projectar as actividades sanitárias para o período seguinte?

- Nível actual de actividade e tendência da evolução dos últimos anos
- Nível de cobertura/ utilização (o nível é aceitável ou há necessidade de aumentá-la?)
- Capacidade instalada
 - Produtividade
 - TOC
- Capacidade de expandir
 - Expansão da rede (US's, camas)
 - Colocação de novo pessoal
- Privilegiar áreas de saúde com baixo consumo de serviços. Se o crescimento do distrito resultar de esforços direccionados às áreas menos favorecidas, este vai traduzir-se numa maior equidade.

1.2 Prestação de Cuidados - Programação das Actividades Específicas

São actividades seleccionadas/ desenhadas para apoiar no alcance das metas definidas. Estas podem incluir:

- Atribuição de recursos
- Realização de inquéritos
- Actividades de formação
- Supervisão

As decisões sobre o tipo de actividades a realizar devem ser guiadas pelos mesmos princípios utilizados na projecção de actividades: nível de desempenho e capacidade de realização do distrito. Também, é necessário

ter em conta o nível apropriado para a tomada de decisões: (i) nível distrital/ provincial e (ii) no âmbito do processo de descentralização outras deverão ser negociadas com o governo distrital.

Que acções são necessárias para atingir os objectivos definidos?

- Do âmbito distrital:
 - Melhorar a eficiência (produtividade, redistribuição do pessoal, utilização de camas)?
 - Brigadas móveis, quais são as sub-áreas (Localidades/ aldeias) a priorizar?
 - Supervisão, quais são as US's que precisam de maior apoio e em que áreas de actividade?
- Para negociar com outros níveis:
 - Colocação de novo pessoal?
 - Aumentar o número de camas?
 - Abertura de novas US's? É importante considerar que, dado o tempo necessário para terminar a construção de uma US, muito possivelmente o seu impacto, não será para o ano em que a obra está sendo planificada.

É da responsabilidade das DPS's informar aos SDSMAS's, antes da realização do exercício de planificação, os planos sobre a ampliação da rede e colocação de novo pessoal.

Na maior parte das vezes, as actividades específicas deveriam ser programadas de forma a privilegiar as áreas onde foram identificados maiores problemas. Por exemplo, a frequência das actividades de supervisão, nem sempre deveriam ser iguais para todas as US's; estas deveriam, na medida do possível, serem programadas de acordo com o desempenho de cada US – os problemas (área/ tipo e gravidade) identificados. Igualmente, o tamanho da equipa de supervisão deveria deveriam em alguns casos ter em conta o número de trabalhadores existentes na US. Poderia ser excessivo que uma equipa com responsáveis de várias áreas de actividade se desloque para um US com somente 2 à 3 profissionais.

Durante a programação das actividades específicas, deveria ficar claro para todos os responsáveis distritais sobre a finalidade da planificação em saúde

- ➔ Funcionamento adequado das US's
- ➔ Capacidade de execução da lista de acções a ser incluída no plano

Com as actividades das etapas do processo de planificação descritas até aqui: (i) análise de situação baseada sobretudo na informação do SIS-Módulo básico, (ii) definição dos objectivos e (iii) projecção e programação das actividades com base na Parte II deste guião, os responsáveis distritais elaboram e organizam a informação de base para o **PESOD, Quadros**:

- 8.1 Prestação de Cuidados de Saúde,
- 8.2 Programa Alargado de Vacinações,
- 8.3 Saúde Materno Infantil e Planeamento Familiar (Taxas de cobertura),
- 8.4 Estado de Saúde da População,
- 8.5 Número do Pessoal do SNS por Categoria,
- 8.6 Ampliação e Reabilitação da Rede Sanitária e
- 8.7 Cobertura da Rede Sanitária por Posto Administrativo.

Documentos de Referência – Elaboração dos Planos Anuais

Bases Didácticas – Conceitos e Processos

- Curso Integrado Planificação, Monitoria e Avaliação e Sistemas de Informação em Saúde (MiSau 2009);
- Guião para Supervisão de CS's (MiSau/ UNICEF 1997)

Processo e Etapas da Planificação

- Definição dos objectivos e das prioridades com base em estratégias elaboradas nos vários níveis
 - Plano Quinquenal do Governo
 - Estratégias e prioridades nacionais – PESS 2010 – 2014 MiSau
 - Estratégias e prioridades provinciais – PESS Provincial
 - Estratégias e prioridades distritais - PEDD
- Metodologia para a elaboração do Plano Económico e Social e Orçamento do Estado – PESOE em ênfase do nível Provincial – PESOP do nível Distrital – PESOD. PESOD Principais conceitos e procedimentos 2007 – MPD/ MF
- “DOSSIER B - Plano Económico e Social e Orçamento Distrital (PESOD) ” - MPD – PNPFD 2011

Fonte de Informação de Dados

- SIS, Módulo básico – Recursos e Actividade Sanitária
- Relatórios de Balanço dos SDSMAS's
- Relatórios de Supervisão
- Relatórios de (auto)avaliação

Base de Trabalho para Cálculos

- Guião de Planificação Distrital Parte II – Programação e Orçamentação

MÓDULO 1 INTRODUÇÃO

Capítulo 1 – Introdução

Capítulo 2 – Planificação Distrital em Saúde

MÓDULO 2 MÉTODOS

Capítulo 3 – Metodologia e o Processo

Capítulo 4 – Etapas de Planificação nos SDSMAS's

MÓDULO 3 ELABORAÇÃO DO PESOD NOS SDSMAS'S

Capítulo 5 – Preparação do Exercício de Planificação

Capítulo 6 – Análise de Situação e Programação das Actividades por Área de Actividade

Capítulo 7 – Programação de Recursos

Temas

Introdução

37

Esquema de trabalho

37

Instrumentos de trabalho

38

Preparação do exercício de planificação

38

PREPARAÇÃO DO EXERCÍCIO DE PLANIFICAÇÃO

Introdução

De acordo com as normas do MPD/ MF, o subprocesso 2 que corresponde ao processo de planificação em cada serviço distrital deveria ser realizado entre Janeiro e Abril. É recomendável deixar flexibilidade sobre as datas exactas aos SDSMAS's que se deveriam organizar de forma a permitir uma boa participação de todos responsáveis distritais e finalizar à tempo para integração do plano saúde no PESOD. O período para conduzir todo o processo não deveria ser demasiadamente longo, de forma a garantir uma boa continuidade e ligação efectiva entre as etapas e assegurar que os actores-chave sigam o processo desde o início até ao fim. A seguir é apresentado o esquema para elaboração do plano anual no sector saúde organizado em 3 fases. As etapas da planificação descritas mais em cima, estão distribuídas entre as 3 fases como lustrado a seguir:

Esquema de Trabalho

1ª Fase

- Preparação do exercício de planificação
 - Sistematização e organização da informação do sector saúde
 - Recolha da informação sobre o financiamento previsto
 - Disponibilização da informação e instrumentos de planificação a todos actores-chave

2ª Fase - Trabalho em pequenos grupos por áreas de actividade

- Análise de Situação
- Definição dos Objectivos
- Programação de Actividades – Prestação de Cuidados
 - Actividades de rotina
 - Actividades específicas
 - Em alguns casos, planificação de recursos, como é o caso dos kits – PME

3ª Fase - Reunião alargada de planificação para:

- Harmonizar, globalizar e finalizar o plano de actividades do sector
- Programação de Recursos
 - Previsão da receita consignada
 - Propostas de distribuição de recursos
 - Orçamentação
 - 1º Actividades de rotina/ de funcionamento
 - 2º Actividades específicas e sua priorização
 - Elaboração da MEL

As ONG's activas nos distritos, poderão participar em alguns dos grupos de trabalho organizados por área de actividade de acordo com as suas áreas de actuação, capacidades técnicas e disponibilidade, assim como das necessidades em apoio técnico do distrito. Em caso de presença de ONG's que apoiem na área de planificação, deveriam ser envolvidos desde a sistematização e organização de informação e garantia da qualidade dos dados.

Instrumentos de trabalho

SIS – Módulo Básico: A análise de situação tem como suporte de base a informação do SIS – Módulo Básico, pois a maior parte dos indicadores são já calculados automaticamente por área de actividade, complementada por alguns indicadores calculados para o efeito.

Guião de Planificação Distrital em Saúde Parte I: No fim de cada sub-capítulo (elaboração dos planos por área de actividade) é apresentado um grupo de tabelas a serem utilizadas para resumir, organizar e apresentar a informação de todas as etapas de planificação num documento plano saúde: SMI - **Tabelas 3, 4 e 5**, PAV - **Tabelas 7 e 8** e Assistência Médica - **Tabela 10**.

Guião de Planificação Distrital em Saúde Parte II: Para a programação e orçamentação das actividades a base de suporte do trabalho são as tabelas do *Guião de Planificação Distrital em Saúde Parte II*, no esquema apresentado na caixa em baixo. A parte II do Guião é um ficheiro excel, constituído por três grupos de tabelas, que são instrumentos de trabalho e simultaneamente de gestão para as diferentes áreas de actividade.

- i) **Tabelas auxiliares** (à excepção da **Folha Programa** que é de carácter informativo), servem para introduzir ou actualizar uma série de dados utilizados em diferentes etapas de planificação para as várias áreas de actividade. Estas servem para limitar a digitação repetida da mesma informação e “automatizar” a maior parte dos cálculos a efectuar na programação anual.
- ii) **Tabelas de programação e orçamentação**, no que diz respeito a programação, as tabelas estão organizadas por área de actividade e reúnem informação sumária essencial à planificação. Para facilitar a programação das actividades do período seguinte a primeira parte das tabelas é concernente à análise de situação do período anterior. Estas tabelas contêm somente o grupo de indicadores que representa as actividades principais de programas prioritárias, realizadas pela maioria das US's e são a base para a orçamentação das rubricas de bens e serviços (gastos correntes). Nas tabelas de programação de recursos e de orçamentação (à excepção das actividades específicas) os cálculos são “automáticos”.
- iii) **Tabelas PESOD e MEO**

Preparação do Exercício de Planificação

- Sistematizar e organizar toda a informação necessária
- Actualizar as Tabelas Auxiliares no *Guião de Planificação Distrital Parte II – Ficheiro excel*, as **Folhas**:
 - **Índice** - índices de custo e outras taxas, coordenando com a DPS, SD e DPPF sobre os valores a aplicar (coeficiente de inflação, preços, etc).
 - **Pop** – dados populacionais
 - **Recurso** – capacidade instalada e recursos materiais, coordenando com os responsáveis distritais das diversas áreas de actividade (SMI, PAV, Assistência Médica, etc).
- Disponibilizar a informação aos responsáveis distritais e outros actores-chave

Como proceder na etapa de preparação do exercício de planificação

- Responsável por esta etapa – Chefe do NED
- Período – entre Janeiro e Fevereiro
- Nomes das **folhas** no *Guião de Planificação Distrital Parte II – Índice, Pop e Recurso*

→ Nome da **folha** no *Guião de Planificação Distrital Parte II – Ficheiro excel - Índice*

Dados Gerais

Introduzir a informação de base referente ao ano em programação, a identificação (código, nome) da província e dos distritos: *Órgão/ Instituição; Nome da Província; Nome do Distrito; Código do Distrito*

Esta informação será reflectida automaticamente em todas as folhas/ tabelas de trabalho incluídas no ficheiro:

Dados Demográficos

Actualizar, se necessário as taxas e índices que vão permitir o cálculo automático das coberturas nos Planos de Actividades nas folhas/ tabelas de análise de situação e programação das actividades

- a) Taxa de crescimento anual, para a projecção da população
- b) Taxas de Grupos Alvo (0 - 11 meses; 0 - 4 anos; Mulher em idade fértil; Grávidas previstas; Partos esperados; Vacinas), para o cálculo das coberturas

Em geral, estes dados deveriam ser actualizados de acordo com a informação do INE, após o recenseamento

Distribuição de Recursos

Actualizar, somente em caso de mudança dos critérios em uso para a distribuição dos medicamentos às US's.

- a) PME - Nº de doentes tratáveis por tipo de Kit e
- b) % (população e DCO's) para definir a quota medicamentos Via Clássica.

Total Dias Ano

Para o cálculo da Taxa de Ocupação Cama. Mudar para 366 dias nos anos bissextos

Índices de Custo

Actualizar os índices de custo e de inflação de acordo com o estabelecido (MPD, MiSau e DPS), estes vão permitir calcular automaticamente os fundos necessários em várias rubricas:

Ajudas de Custo; Manutenção de Instalações, Manutenção de Equipamento; Manutenção de Transportes; Alimentação; Higiene e Limpeza; Combustíveis; Subsídio de Funeral

A informação a actualizar é:

- a) Coeficiente de Inflação
- b) Custo actual - valor em meticais, para a orçamentação de várias rubricas
- c) Custo ajustado - valor em meticais, é calculado automaticamente

→ Nome da **folha** no *Guião de Planificação Distrital Parte II – Ficheiro excel - Pop*

Esta folha serve para fazer a projecção da população por grupo-alvo para cada sub-área de saúde e para o cálculo do raio teórico de acção

- a) Superfície (Km²) do Posto administrativo → serve de base para o cálculo do raio teórico de acção. Não é necessário ajustá-lo anualmente
- b) População Total e Grupos-alvo → Projecção para 5 anos. Esta informação serve de base para o cálculo automático das coberturas da actividade projectada

Introduzir manualmente o número de habitantes na coluna correspondente ao 1º ano. Toda a restante informação (população total e por grupo alvo dos subsequentes 4 anos será calculada automaticamente)

A principal fonte de informação é o INE e é importante que haja uniformização dos dados populacionais utilizados entre SDSMA's, GD, DPS's, etc.

→ Nome da **folha** no *Guião de Planificação Distrital Parte II – Ficheiro excel - Recurso*

Introduzir toda a informação que diz respeito a capacidade instalada, para o cálculo automático da maioria das rubricas de funcionamento. Nos anos subsequentes só se tratará de actualizar e ou corrigir os dados

- a) Número e tipo de US → Cálculo das necessidades em manutenção de instalações
- b) Número de viaturas, motorizadas e geradores → Cálculo de manutenção das necessidades em combustíveis e lubrificantes
- c) Geleiras e autoclaves → Cálculo das necessidades de petróleo

Número de profissionais de saúde

MÓDULO 1 INTRODUÇÃO

Capítulo 1 – Introdução

Capítulo 2 – Planificação Distrital em Saúde

MÓDULO 2 MÉTODOS

Capítulo 3 – Metodologia e o Processo

Capítulo 4 – Etapas de Planificação nos SDSMAS's

**MÓDULO 3 ELABORAÇÃO DO
PESOD NOS SDSMAS'S**

Capítulo 5 – Preparação do Exercício de Planificação

*Capítulo 6 – Análise de Situação e Programação de
Actividades por Área de Actividade*

Capítulo 7 – Programação de Recursos

Temas

Introdução	41
Saúde da comunidade	42
Saúde materno infantil	43
Programa alargado de vacinações	51
Documentos de referência	57
Assistência médica	58
Consultas externas e medicamentos	59
Internamento	65

ANÁLISE DE SITUAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DAS ACTIVIDADES POR ÁREA DE ACTIVIDADE

INTRODUÇÃO

Após a preparação de toda a informação necessária para a planificação, a 2ª fase do processo é concernente às etapas desde a análise de situação até à programação das actividades que são realizadas por área de actividade como segue mais em baixo.

A planificação das actividades por serviço/ sector é uma forma de promover a participação de todos responsáveis distritais e aumentar a responsabilização na implementação dos planos pelos gestores dos mesmos sectores. Também, facilita a análise da situação de cada área de actividade e permite identificar os problemas e prioridades específicos do distrito, mesmo em relação aos objectivos estratégicos nacionais. Por exemplo, em relação a prioridade nacional de melhorar a disponibilidade de medicamentos, pode ser que num distrito seja necessário melhorar o seu uso enquanto noutro é necessário melhorar a sua conservação. Cada responsável do sector deverá desta forma compreender: (i) a ligação entre as prioridades nacionais, da província, do distrito e as actividades implementadas pelo seu sector, (ii) a importância de registar e recolher correctamente a informação sobre as actividades realizadas e a sua utilização a todos os níveis.

Em cada um dos sub-capítulos (SMI, PAV, consultas e medicamentos e internamento), todas as etapas de planificação são repetidas, deste modo, os responsáveis das respectivas áreas de actividade podem seguir todos os passos e realizar toda a planificação facilmente. Esta forma de organizar o guião vai também facilitar a sua difusão e aumentar a disponibilidade de material de consulta, uma vez que estes sub-capítulos são desenhados de forma a que possam ser imprimidos/ copiados como brochuras independentes.

SAÚDE DA COMUNIDADE

Responsável, Participantes e Outros Contribuintes

É da responsabilidade do responsável de saúde da comunidade organizar e liderar todo o processo da planificação de todas as actividades desta área. Contudo, os responsáveis de cada programa, devem ter um papel activo neste processo, pois são os primeiros responsáveis pela implementação das actividades planificadas. Todo o exercício de planificação deveria ser realizado em coordenação com outros actores-chave, como seja o NED.

Papel do responsável distrital de saúde da comunidade:

- Coordenar todo o processo
- Garantir boa qualidade do plano
- Realizar conjuntamente parte das tarefas de planificação
- Garantir um bom envolvimento de todos responsáveis dos programas

Preparação do exercício de planificação

Em coordenação com o responsável do NED, na altura da preparação de todo o processo de planificação nos SDSMAS's sistematizar e reunir toda a informação de base para a planificação, que deve estar organizada antes do início da etapa da análise de situação e consiste em:

- **Informação de rotina (SIS-Módulo Básico):**
 - **Recursos Disponíveis:**
 - Recursos humanos afectos a SMI, PAV, TB/ Lepra, saúde oral por US
 - Número e distribuição das US's com maternidade
 - Número de camas de maternidade por US
 - **Actividades realizadas e coberturas**
 - SMI, PAV, TB/ Lepra, saúde oral
- **Relatórios:**
 - Balanço de PES, supervisão ou avaliação da qualidade do atendimento
- **Outra informação:**
 - organização dos serviços

Instrumentos de trabalho a utilizar

A análise de situação dever-se-á basear extensivamente na informação do SIS Módulo básico, relatórios, etc. Alguns indicadores serão calculados para o efeito na altura da planificação. As tabelas *das folhas SMI e PAV do Guião de Planificação Distrital em Saúde Parte II*, reúnem informação sumária do período anterior, essencial para a análise de situação e serve de auxílio para decidir o nível de crescimento para o período subsequente. Nesta folha, a maior parte dos cálculos estão "automatizados". No fim da descrição de todas as etapas de planificação em cada sub-capítulo (SMI e PAV) é apresentado um grupo de tabelas que podem ser utilizadas para resumir, organizar e apresentar a informação no documento plano sector saúde: SMI - **Tabelas 3, 4, 5 e 6**; PAV - **Tabela 7**.

Saúde Materno Infantil - Saúde da Comunidade

Análise da situação - SMI

Para a análise da situação na área de SMI sugere-se avaliar o nível do desempenho através de um grupo mínimo de indicadores listados mais em baixo. O sector pode incluir mais indicadores que julgar úteis para ter uma melhor visão do desempenho desta área de actividade.

Áreas de Análise

- 1 – Disponibilidade de recursos
- 2 – Evolução do volume de actividade realizada
- 3 – Evolução das Coberturas
- 4 – Comparação da actividade realizada com a projectado para o ano
- 5 – Eficiência
- 6 - Qualidade dos cuidados prestados
- 7 - Eficácia (ou impacto)
- 8 – Estado de Saúde
- 9 – Resumo das constatações e recomendações

1. Disponibilidade de Recursos - SMI

Recursos	Fonte de Informação
Número de US com maternidade	SIS Módulo Básico, Rede Sanitária
Número de camas de maternidade por US	SIS Módulo Básico, Rede Sanitária
Número ESMI por nível por US e por serviço	É necessário organizar esta informação
Disponibilidade de medicamentos	

Avaliar a evolução dos recursos no distrito, a sua distribuição e indicadores de disponibilidade, que é a comparação da quantidade de recursos com o tamanho da população servida. Um indicador importante na área da saúde materna é o número de camas de maternidade em relação as mulheres em idade fértil.

- Camas de maternidade por 1000 Mulheres em idade fértil (MIF)

2. Evolução do volume da actividade realizada - SMI

Através de séries históricas, avaliar a evolução do volume total de actividade - total de contactos de SMI e total de Unidades de Atendimento (UA's) SMI, estes indicadores globais da actividade que podem facilitar ter uma visão geral do progresso das actividades no distrito. Mas também é necessário analisar individualmente as tendências das principais actividades (CPN, PP, 0 – 4 anos, etc).

Actividade	Fonte de Informação	Cálculo
Total de contactos de SMI	SIS Mod Básico, UA's	Contactos SMI = CPN + PP + PF+ 0 – 4 anos
Total UA's SMI	Para calcular com base no SIS Mod Básico, UA's	UA's SMI = (Partos x 12) + Contactos SMI
1ª Consulta pré-natal	SIS Mod Básico, B08 Resumo SMI	
1ª Consulta planeamento familiar	SIS Mod Básico, B08 Resumo SMI	
Consulta pós-parto	SIS Mod Básico, B08 Resumo SMI	
Nº de 1ª consultas 0 -11 meses	SIS Mod Básico, B06 SMI 0-4 anos/ Vigilância nutricional	
Nº total de consultas 0 -11 meses	SIS Mod Básico, B06 SMI 0-4 anos/ Vigilância nutricional	
Nº de 1ª consultas 0 - 4 meses	SIS Mod Básico, B06 SMI 0-4 anos/ Vigilância nutricional	
Partos institucionais	SIS Mod Básico, B07 Resumo SMI	
PTV na consulta pré-natal	SIS Mod Básico, B14 Resumo PTV	
PTV na sala de partos	SIS Mod, B17 PTV/ Maternidade	

A análise do volume total de actividade realizada, comparando-o com do mesmo período dos anos anteriores, vai indicar qual é a tendência do volume de actividades realizado no distrito. É importante fazer tanto a

análise global do distrito, como a análise por US (área de saúde). Esta análise não só é importante para ver a tendência da actividade como também é útil para:

- 2.1 - Avaliar o ritmo de crescimento da actividade
- 2.2 - Servir de base para a projecção da actividade futura

2.1 Avaliar o ritmo de crescimento e identificar flutuações da actividade que possam sugerir a existência de problemas que precisem de medidas correctivas. As perguntas-guia para ajudar na análise de situação são as mesmas utilizadas nas todas áreas de actividade e incluem:

- **O volume de actividade aumentou?**

Em geral, quando uma actividade aumenta é bom sinal. O ideal é que todos os anos a actividade aumente progressivamente. O crescimento gradual pode resultar de:

- Crescimento natural da população
- Melhoria da qualidade atendimento

Entretanto se o crescimento for excessivamente grande é necessário verificar a causa, pois pode tratar-se de um problema que não foi detectado ao longo do ano como seja:

- Qualidade dos dados (registo, recolha, compilação, etc)

- **O volume de actividade ficou estacionário ou diminuiu?**

Se a actividade realizada ficou igual ou diminuiu, deveria ser razão de preocupação, pois significa que o nível de coberturas diminuiu, salve se a população tiver diminuído.

A diminuição do volume de actividade pode ser devida a diferentes causas que se possível é necessário identificar:

- Qualidade dos dados (registo, recolha, compilação, etc)
- Qualidade do atendimento, incluído o relacionamento com a comunidade
- Diminuição da população (casos raros)

- **O padrão da actividade mostra grandes oscilações todos os anos?**

Se a actividade do programa no distrito apresentar grandes flutuações todos os anos, deveria ser motivo também motivo de apreensão. É necessário averiguar em que US's isto ocorre e investigar as causas.

2.2 Base para a projecção da actividade futura: entender a tendência do crescimento vai ser útil para projectar as actividades futuras que servem também para o cálculo das necessidades, e dos recursos tais como fundos gastos correntes (alimentação e higiene e limpeza), base para a distribuição de medicamentos, etc.

3. Evolução das Coberturas - SMI

Medir e avaliar o nível de utilização dos serviços através das coberturas de consulta pré-natal, pós-parto e planeamento familiar e dos partos institucionais. Nesta análise é importante, sempre que possível avaliar a utilização por US (área de saúde), para medir a equidade.

Indicador de Cobertura	Fonte de Informação	Cálculo
1ª Consulta PN	SIS Mod Básico, SMI Coberturas	Total 1ª CPN ÷ Total Grávidas Previstas x 100
Consulta PP	SIS Mod Básico, SMI Coberturas	Total PP ÷ Total Grávidas Previstas x 100
1ª Consulta PF	SIS Mod Básico, SMI Coberturas	Total 1ª PF ÷ MIF x 100
1ª consulta 0 – 11 meses	SIS Mod Básico, B06 SMI 0-4 anos/ Vigilância nutricional	Total 1ª 0-11 meses ÷ Total Crianças 0-11 x 100
1ª consulta 0 – 4 anos	SIS Mod Básico, B06 SMI 0-4 anos/ Vigilância nutricional	Total 1ª 0-4 anos ÷ Total Crianças 0-4 anos x 100
Partos institucionais	SIS Mod Básico, SMI Coberturas	Total Partos ÷ Total Grávidas Previstas x 100

Para além de avaliar o nível de cobertura, (as coberturas do sector são altas? Muito baixas?) é importante analisar a evolução.

Em caso de mudança muito grande da cobertura (aumento ou diminuição) não coerente com a mudança do volume de actividade, é necessário controlar os valores dos dados populacionais.

Para além da análise de cada indicador, é importante ter sempre uma visão global do conjunto de indicadores da área. As diferentes actividades da área de SMI não deveriam apresentar níveis de cobertura muito diferentes, algumas com 100% e outras com valores muito baixos. Por exemplo: Consulta 0 – 11 meses à 100%; CPN – 100%; partos – 40% e pós-parto – 30%. Num padrão de coberturas como este, a justificação do grupo-alvo subestimado para as consultas 0 – 11 meses não é aplicável.

4. Comparação da actividade realizada com a planificada (metas) - SMI

Comparar as coberturas atingidas com as projectas/ planificadas. Esta análise deve ser complementada com a análise de outras acções que tinham sido planificadas para se atingirem as 'metas' definidas.

5. Eficiência - SMI

Alguns indicadores que podem ser elaborados e analisados são listados a seguir:

<i>Indicador de Eficiência</i>	<i>Fonte de Informação</i>	<i>Cálculo</i>
TMP na maternidade	Para calcular com base no B07 Resumo SMI	Total DCO's mat. ÷ Total de Altas mat.
TOC na maternidade	Para calcular com base no B07 Resumo SMI	DCO's mat. ÷ (Nº de camas mat. x Total Dias Ano)
Produtividade do pessoal – ESMI/ PE	Para organizar informação e calcular o indicador	UA's SMI ÷ Nº de ESMI e PE

- **Taxa de Ocupação de Camas**

A TOC é um indicador de eficiência ou de rendimento do recurso cama, é com este indicador que é medido o nível da utilização da capacidade existente no serviço de maternidade. Uma enfermaria com bom rendimento tem uma TOC por volta de 80%.

→ Na maternidade TOC "ideal" está à volta de 80-85%

Perguntas-guia

- **A TOC é muita alta?**

Pode ser devida a:

- **Insuficiência de camas.** É importante verificar se a actual TOC é resultado de um crescimento gradual da utilização das camas da maternidade como consequência da falta de crescimento de camas no distrito
- **Qualidade dos dados** (sobrenotificação)

- **A TOC é muito baixa?**

Pode ser devida a:

- O distrito tem camas acima das suas necessidades
- Fraca utilização dos serviços, neste caso, é necessário investigar as causas
- **Qualidade dos dados** (subnotificação)

- **Produtividade do pessoal da área de SMI**

Conhecer a carga de trabalho das ESMI/ PE no distrito e suas US's é importante para o exercício de planificação, esta vai servir de base para:

- Identificar as US's que precisam mais pessoal
- Decidir se se pode planificar o aumento das consultas SMI, partos e outras actividades afins e ou melhorar a qualidade das mesmas, com base na possibilidade de o pessoal existente poder fazer mais ou não. Em princípio, se o pessoal afecto ao sector estiver já sobrecarregado, a planificação de: aumento do número de consultas, de partos, a melhoria da qualidade do atendimento, só poderia ser mediante o aumento de pessoal e ou reorganização dos serviços.

Padrões de Referência	
TMP	3 – 4 dias
TOC	80 – 85%

Padrões de Referência	
Produtividade do pessoal ESMI/ PE	UA's SMI = Consultas SMI = 30 à 40 contactos dia ³ ; Maternidade = 1 – 3 partos dia

6. Qualidade do atendimento dos cuidados prestados - SMI

A qualidade do atendimento é melhor estabelecida através das visitas de supervisão ou de pequenos inquéritos organizados especificamente para o efeito. Algumas áreas a explorar para servir de indicadores de qualidade poderiam ser as listadas em baixo:

Indicador de Qualidade	Fonte de Informação
Existência de Condições Mínimas para Garantir Boa Qualidade	Para organizar através de levantamento de dados nas US's
Qualidade das Consultas CPN, PP, PF, 0 – 4 anos	Informação a ser obtida através de inquéritos/ supervisão
Despiste de ARO	Informação a ser obtida através de inquéritos/ supervisão
Taxa de frequência na CPN	Para calcular com base no B08 Resumo SMI
Taxa de frequência nas consultas 0 – 11 meses	SIS Módulo Básico, B06 SMI 0-4 anos/ Vigilância nutricional
Padrões de Atendimento das Puérperas	Informação a ser obtida através de inquéritos/ supervisão
Tempo médio de permanência	Para calcular com base no B07 Resumo SMI
Taxa de mortalidade materna intrahospitalar	SIS Módulo Básico, B07 Resumo SMI

- Existência de condições mínimas para garantir boa qualidade i.e, um atendimento com um nível mínimo de qualidade aceitável e estes incluem:
 - Infraestrutura/ espaços suficientes e adequados para a realização das consultas. Ex: A existência de duas ESMI's ou mais a realizarem as consultas no mesmo gabinete, pode ser considerado um factor limitante a qualidade da consulta realizada.
 - Fluxo das utentes: tempo de espera, lugar e condições de espera, etc.
 - Organização dos serviços:
 - Recursos humanos adequados;
 - Material e equipamento, quantidade e seu estado de conservação, nas consultas SMI e sala de partos.
- **Padrões de atendimento dos doentes** – utentes das consultas SMI e puérperas
- **Taxa de mortalidade materna intrahospitalar**

Um dos indicadores utilizados para medir a qualidade dos cuidados médicos e de enfermagem prestados é a taxa de mortalidade intrahospitalar. Contudo, é necessário muita cautela na sua interpretação. Para além da qualidade dos cuidados, há vários factores que podem influenciar as taxas de mortalidade numa US e estas deveriam ser averiguadas: a gravidade das parturientes na altura de admissão, o tipo de patologia que causou os óbitos, condições de evacuações das US's periféricas, etc.

7. Eficácia - SMI

Alguns indicadores que podem ser elaborados e analisados são listados a seguir:

Indicador de Eficácia	Fonte de Informação	Cálculo
Taxa de frequência CPN	Para calcular com base no B08 Resumo SMI	$N^{\circ} \text{ total CPN} \div 1^{\text{a}} \text{ CPN}$
Índice de captação precoce	Informação a ser obtida através de inquéritos	$N^{\circ} \text{ de } 1^{\text{a}} \text{ CPN no } 1^{\circ} \text{ trimestre} \div \text{Total CPN}$
Taxa de natimortalidade c/ foco +	Para calcular com base no B07 Resumo SMI	$\text{Nados mortos c/ foco (+)} \div \text{total nados mortos} \times 1000$

- **Taxa de frequência da CPN (número médio de consultas por grávida)**

A taxa de frequência da CPN que é o número médio de contactos por cada grávida, é um indicador muito importante de eficácia e de "qualidade" do sector da saúde materna. Um valor alto do número médio de consultas indica uma maior utilização pelas grávidas seguidas na CPN, e uma maior possibilidade de completar

³ se for auxiliado por um trabalhador menos qualificado os atendimentos podem ser 40 à 60 por dia

as “acções” previstas (vacinações, correcção da anemia, etc). Portanto, potencialmente uma maior eficácia da CPN na redução da mortalidade materna.

- **Índice de captação precoce**

O índice de captação precoce ou % de primeiras consultas feitas no primeiro trimestre de gravidez

Padrões de Referência	
Taxa de frequência CPN	3 – 5 consultas por mulher grávida
Taxa de natimortalidade	30‰
Taxa de natimortalidade com foco +	5 ‰

8. Estado de Saúde - SMI

Indicador de Estado de Saúde	Fonte de Informação	Cálculo
Taxa de natimortalidade	Para calcular com base no B08 Resumo SMI	Nados mortos ÷ Nados vivos x 1000
Taxa de baixo peso à nascença (BPN)	Para calcular com base no B08 Resumo SMI	Nados vivos c/ < de 2.500 grs ÷ Nados vivos x 100
Taxa de mau crescimento	SIS Mod Básico, B06 SMI 0-4 anos/ Vig. Nutricional	Crianças mau crescimento ÷ Total crianças controle crescimento x 100

Alguns indicadores da SMI podem ser utilizados para “medir” o estado de saúde da comunidade, lembrando porém, que não são representativos de toda a comunidade mas sim da população que tem acesso e utiliza os serviços de saúde. Ainda assim, são úteis para comparar as diferentes sub-áreas de saúde e a evolução no distrito. Todavia, a interpretação dos diferentes resultados entre as sub-áreas deve ter em conta as características da população, a acessibilidade aos serviços de saúde e os níveis de cobertura. Os índices de utilização influenciam muito alguns destes indicadores. Por exemplo, uma sub-área com fraca acessibilidade e baixa utilização, poderá ter uma taxa de natimortalidade alta, reflexo da chegada tardia das mulheres grávidas à maternidade. Em caso de sub-áreas com coberturas muito baixas é conveniente não calcular/ utilizar estes indicadores.

Identificação das estratégias, actividades e recursos

O objectivo geral da SMI é a redução da morbilidade e mortalidade materna e infantil. Contudo, é difícil medir o progresso no alcance deste objectivo ao nível do distrito, portanto não são fixadas metas a este nível. Ao nível do distrito serão fixados objetivos tais como taxas de cobertura e indicadores de qualidade.

1. Programação/ Projecção de Actividades

1.1 Prestação de Cuidados – Projecção de actividades de rotina (SMI)

A programação para o período seguinte deverá ser feita em termos de coberturas, volume de actividade a realizar e por fim actividades específicas ou acções complementares. O volume de actividade e actividades específicas servem de base para a orçamentação dos gastos correntes.

→ Coberturas – Utilização dos Serviços

Uma das prioridades nacionais é o aumento do acesso aos serviços de saúde, e as coberturas das várias actividades da saúde reprodutiva e materna servem para medir o progresso deste objectivo.

- As coberturas em cada uma das actividades do programa no distrito estão a um nível aceitável ou é necessário aumentar?
 - Se for necessário aumentar:
 - Será em todas as áreas de saúde (US’s) ou existem algumas que precisam mais
 - Pode-se aumentar com os recursos existentes? Ou são necessários recursos extras, porque por exemplo o pessoal já está sobrecarregado.
 - O aumento poderia afectar a qualidade?
- Que acções são necessárias para atingir os objectivos definidos?
 - Exemplo: Para aumentar as coberturas,
 - Melhorar a produtividade?

- Colocação de novo pessoal?
- Construção de US com maternidade? É importante considerar que, dado o tempo necessário para terminar a construção de uma nova US, muito possivelmente o seu impacto não será para o ano em que a actividade está sendo planificada.

A planificação não é só projectar o aumento da actividade. Nos casos em que a cobertura está acima de 80%, como acontece muitas vezes com a CPN, uma linha que poderia ser seguida pelos gestores distritais seria planificar:

- **Manter o mesmo nível de cobertura.** É bom lembrar que manter o mesmo nível de cobertura significa de qualquer modo aumentar a actividade a realizar para acompanhar o crescimento natural da população. Também, para os distritos com um número elevado de população o aumento de actividade para manter o mesmo nível pode significar um grande esforço.

Contudo, se houver áreas muito desfavorecidas, muito abaixo da média distrital, deveria-se planificar o aumento de coberturas para essas áreas o que iria resultar num aumento em todo o distrito.

- **Melhorar a qualidade da CPN**, dependendo de cada caso e da análise de situação isto poderia significar por exemplo:
 - Aumentar o tempo médio de atendimento para permitir uma consulta com qualidade
 - Diminuir o tempo de espera pelas grávidas na US através da reorganização dos serviços, fluxos, etc. Um aspecto importante poderia ser a chegada das utentes a US, tendencialmente as utentes das US's são encorajadas a chegarem todas cedo para as sessões de educação sanitária. Este arranjo aumenta o tempo de espera nas US's.
- **Melhorar a qualidade de informação**, que poderia ser precedido por um pequeno e rápido inquérito para identificar exactamente "onde estão" os problemas. O inquérito poderia por exemplo, começar pelas US's que apresentam as coberturas muito acima de 100%.

→ **Projecção do volume da actividade a realizar**

A projecção da futura actividade em termos de volume tem a sua importância, pois vai auxiliar na estimativa das necessidades dos recursos necessários para o funcionamento das US's, tais como gastos correntes – bens e serviços.

A projecção das actividades deveria ser feita com base na tendência observada nos anos anteriores, no nível de utilização dos serviços e na capacidade de expandir os serviços.

- 1 – Estimar os fundos necessários para alimentação
- 2 – Estimar os fundos necessários para a higiene e limpeza
- 3 – Avaliar a carga de trabalho para apoiar na distribuição das ESMI/ PE

Uma vez decidido o nível de cobertura, aumentar de X% para Y%, obtém-se o número das realizações e a partir do número de consultas e a frequência pretendida, obtém-se o total de contactos em cada actividade esta vai permitir calcular o total da actividade (UA's SMI) desta área de actividade e assim calcular a produtividade esperada. Com os DCO's projectados da maternidade é calculada a TOC. Todos estes indicadores, produtividade, TOC, são utilizados para ajustar as coberturas até atingir níveis julgados satisfatórios.

→ **Melhoria da qualidade dos cuidados prestados**

Com base nos problemas identificados na análise de situação e na capacidade existente no distrito, definir objectivos com metas para melhorar a qualidade do atendimento. Possíveis aspectos de qualidade poderiam ser:

- i) aumentar a taxa de frequência das CPN de X para Y;
- ii) melhorar o índice de captação precoce das grávidas para as CPN de X% para Y%.

Em alguns casos será necessário planificar levantamentos de dados para definir com clareza o tipo e a magnitude do problema para uma determinada actividade, de modo a definir objectivos e metas a atingir.

1.2 Prestação de cuidados - Programação de actividades específicas/ complementares

As actividades específicas, como as de formação, seminários, etc, deveriam estar claramente associadas a algum aspecto que se pretende melhorar. Estas, sobretudo as de formação, deveriam ser avaliadas para medir o seu impacto e progresso no desempenho. Um critério de base para a definição e escolha de acções a realizar, deveria ser o nível de desempenho em cada área de actividade e das US's. Centros de saúde com fraco desempenho deveriam receber maior atenção que pode ser traduzido em maior número de supervisões, etc.

Ex:

Inquéritos/ investigação sobre a qualidade de atendimento

Estes deveriam ser levantamentos através das supervisões ou pequenos inquéritos organizados para o efeito e deveriam ser de carácter informativo para os gestores distritais e poderiam incluir:

Organização dos serviços e disponibilidade de material e equipamento essencial e sua funcionalidade

Qualidade das consultas avaliada através de observação directa de aspectos como tempo médio de atendimento, etc. Ou através de uma amostra de 100 fichas (CPN, PP, PP) sobre aspectos como a captação precoce das grávidas, medição da TA nas CPN, etc.

Sumário e Tabelas

Plano de Actividades dos SDSMAS's, Saúde da Comunidade - Saúde Reprodutiva e Materna

As tabelas apresentadas aqui em baixo são a base para a apresentação da informação no documento plano do sector saúde. E deverão ser acompanhadas pelo respectivo texto explicativo resultado do resumo da análise de situação.

	Tabela 3 - Estado de Saúde				
	Ano n-4	Ano n-3	Ano n-2	Ano n-1	Ano n
Taxa de natimortalidade					
Taxa de baixo peso à nascença					
Taxa de mau crescimento					

Evolução da Actividade Realizada, Taxas de Cobertura e Indicadores de Qualidade

Actividade	Tabela 4 – Partos Institucionais						
	Real					Plano	
	Ano n-4	Ano n-3	Ano n-2	Ano n-1	Ano n	Ano n-1	Ano n
Nº de Partos Institucionais							
Partos distócicos							
% partos distócicos							
PTV sala de partos							
Total DCO							
Cobertura							
Taxa de cobertura Partos institucionais							
Eficiência							
TMP							
TOC							
Produtividade pessoal ESMI							
Qualidade							
Taxa de mortalidade materna intrahospitalar							
Taxa de natimortalidade com foco +							

Actividade	Tabela 5 – Saúde Materna – CPN, PP e PF						
	Real					Plano	
	Ano n-4	Ano n-3	Ano n-2	Ano n-1	Ano n	Ano n-1	Ano n
Total de contactos de SMI							
Nº 1ª CPN							
Grávidas testadas HIV							

Tabela 5 – Saúde Materna – CPN, PP e PF							
	Real					Plano	
	Ano n-4	Ano n-3	Ano n-2	Ano n-1	Ano n	Ano n-1	Ano n
PTV consulta pré-natal							
Nº Consulta Pós-parto							
Nº Consulta PF							
Cobertura							
Taxa de cobertura CPN							
Taxa de cobertura PP							
Taxa de cobertura PF							
Eficiência							
Produtividade pessoal ESMI							
Qualidade							
Taxa de frequência CPN							

Tabela 6 – Saúde Infantil – Consulta 0 – 4 anos							
	Real					Plano	
	Ano n-4	Ano n-3	Ano n-2	Ano n-1	Ano n	Ano n-1	Ano n
Actividade							
Nº de 1ª consultas 0 -11 meses							
Nº de 1ª consultas 0 - 4 meses							
Cobertura							
0 – 11 meses							
0 – 4 anos							
Qualidade							
Taxa de frequência 0 – 11 meses							

Com as actividades realizadas até aqui no processo de planificação: (i) análise de situação baseada sobretudo na informação do SIS-Módulo básico, (ii) a definição dos objectivos e (iii) a projecção das actividades com base na Parte II deste guião, os responsáveis distritais têm informação de base para a compilação/ preenchimento dos Quadros PESOD:

8.3 Saúde Materno Infantil e Planeamento Familiar (Taxas de cobertura)

8.4 Estado de Saúde da População

A **Tabela Projecção e Programação de Actividades (Excel)**, sintetiza as etapas do processo de planificação da área de actividade da SMI:

A 1ª parte inclui informação de base para a análise de situação, base para a projecção das actividades para o período seguinte em termos de cobertura (CPN, PF, PP, 0 – 11 meses, 0 – 4 anos e Partos).

A 2ª parte inclui informação sobre a actividade projectada. Tendo como base a informação (dos vários indicadores) das realizações anteriores, estabelecer as coberturas do período seguinte: aumentar a cobertura da actividade A, de X% para Y%. Com base na capacidade de realização (produtividade, TOC, etc) ir ajustando manualmente a cobertura até atingir níveis julgados satisfatórios.

A 3ª parte serve para listar actividades específicas e para a elaboração do MEL.

Uma vez terminada esta fase, o sector possui a informação base para o **Quadro 8.3 Saúde Materno Infantil e Planeamento Familiar** do PESOD

Programa Alargado de Vacinações - Saúde da Comunidade

Análise da situação - PAV

Para a análise da situação na área do PAV sugere-se avaliar o nível do desempenho através de um grupo mínimo de indicadores. O sector pode incluir mais indicadores que julgar úteis para ter uma melhor visão do desempenho desta área de actividade.

Áreas de Análise

- 1 – Disponibilidade de recursos
- 2 – Evolução da actividade realizada
- 3 – Evolução das coberturas
- 4 – Comparação da actividade realizada com a projectado para o ano
- 5 – Eficiência
- 6 - Qualidade dos cuidados prestados
- 7 – Eficácia
- 8 – Resumo das constatações e recomendações

1. Disponibilidade de Recursos - PAV

Recursos	Fonte de Informação
Número de US com posto fixo de vacinação	SIS Módulo Básico, Rede Sanitária
Número de geleiras PAV por US	SIS Módulo Básico, Rede Sanitária
Número de pessoal afecto ao PAV por US	É necessário organizar esta informação
Disponibilidade de vacinas	

Avaliar a evolução dos recursos do PAV no distrito, a sua distribuição e indicadores de disponibilidade.

2. Evolução do volume da actividade realizada - PAV

Através de séries históricas, avaliar a evolução do volume total de actividade - total de vacinas administradas, este é um indicador global da actividade que serve para ter uma visão geral do progresso das actividades no distrito. Mas também é necessário analisar individualmente as tendências das principais actividades (BCG, DPT/ Hep B 1ª e 3ª doses, VAS).

Actividade	Fonte de Informação
Total de vacinas administradas	SIS Módulo Básico, Unidades de Atendimento
BCG	SIS Módulo Básico, A03
DPT/ Hep B 1ª	SIS Módulo Básico, A03
DPT/ Hep B 3ª	SIS Módulo Básico, A03
VAS	SIS Módulo Básico, A03

A análise do volume total de actividade realizada na área do PAV, comparando-o com do mesmo período dos anos anteriores, vai indicar qual é a tendência do volume de actividades realizado no distrito. É importante fazer ambos a análise global do distrito, assim como por US (área de saúde).

Esta análise não só é importante para ver a tendência da actividade como também é útil para:

- 1 - Avaliar o ritmo de crescimento da actividade
- 2 - Servir de base para a projecção da actividade futura

2.1 Avaliar o ritmo de crescimento e identificar flutuações da actividade que possam sugerir a existência de problemas que precisem de medidas correctivas:

- **O volume de actividade aumentou?**

Em geral, quando uma actividade aumenta é bom sinal. O ideal é que todos os anos a actividade aumente progressivamente. O crescimento gradual pode resultar de:

- Crescimento natural da população

- Melhoria da qualidade atendimento

Entretanto se o crescimento é excessivamente grande é necessário verificar a causa, pois pode tratar-se de um problema que não foi detectado ao longo do ano como seja:

- Qualidade dos dados (registo, recolha, compilação, etc)

- **O volume de actividade ficou estacionário ou diminuiu?**

Se a actividade realizada ficou igual ou diminuiu, deveria ser razão de preocupação, pois significa que o nível de coberturas diminuiu, salve se a população tiver diminuído.

A diminuição do volume de actividade pode ser devida a diferentes causas que se possível é necessário identificar:

- Qualidade dos dados (registo, recolha, compilação, etc)
- Qualidade do atendimento, incluído o relacionamento com a comunidade
- Dificuldades com o aprovisionamento de vacinas e outros (roptura de stock)
- Diminuição da população (casos raros)

- **O padrão da actividade mostra grandes oscilações todos os anos?**

Se a actividade do programa no distrito apresentar grandes flutuações todos os anos, é também motivo de apreensão. É necessário averiguar em que US's isto ocorre e investigar as causas.

2.2 Base de projecção da actividade futura, que é útil para o cálculo das necessidades, e dos recursos tais como vacinas, etc.

3. Evolução das Coberturas - PAV

Medir e avaliar o nível de utilização dos serviços através de algumas coberturas PAV (BCG, DPT/ Hep B 1ª e 3ª, etc). Nesta análise é importante, sempre que possível avaliar a utilização por US (área de saúde), para medir a equidade.

Indicador de Cobertura	Fonte de Informação	Cálculo
BCG	SIS Módulo Básico, A03	Doses BCG aplicadas ÷ Total crianças do grupo alvo x 100
DPT/ Hep B 1ª	SIS Módulo Básico, A03	Doses DPT/ Hep B 1ª aplicadas ÷ Total crianças do grupo alvo x 100
DPT/ Hep B 3ª	SIS Módulo Básico, A03	Doses DPT/ Hep B 3ª aplicadas ÷ Total crianças do grupo alvo x 100
VAS	SIS Módulo Básico, A03	Doses VAS aplicadas ÷ Total crianças do grupo alvo x 100
VAT grávidas 2ª	SIS Módulo Básico, PAV-VAT A03-B	Doses VAT grávidas 2ª aplicadas ÷ grávidas previstas x 100
VAT MIF	SIS Módulo Básico, PAV-VAT A03-B	Doses VAT MIF aplicadas ÷ MIF (excluído grávidos) x 100

Para além de avaliar o nível de cobertura, (as coberturas do sector são altas? Muito baixas?) é importante analisar a sua evolução.

Em caso de mudança muito grande da cobertura (aumento ou diminuição) não coerente com a mudança do volume de actividade, é necessário controlar os valores dos dados populacionais.

4. Comparação da actividade realizada com a planificada (metas) - PAV

Comparar as coberturas atingidas com as projectas/ planificadas. Esta análise deve ser complementada com a análise de outras acções que tinham sido planificadas para se atingirem as 'metas' definidas. Avaliar os planos anteriores, é útil também para melhorar a compreensão das falhas nas planificações anteriores e melhorar a abordagem na elaboração dos planos.

5. Eficiência - PAV

Esta análise vai mostrar o nível de rendimento dos recursos disponíveis no distrito e indicar se é possível realizar mais actividade com a capacidade disponível em termos de recursos humanos, camas, etc. A análise comparativa entre as US's, onde for aplicável, vai auxiliar na identificação das US's que precisam melhorar a

utilização de recursos, assim como aquelas que precisam mais recursos. Alguns indicadores que podem ser elaborados e analisados são listados a seguir:

Indicador de Eficiência	Fonte de Informação	Cálculo
Taxa de quebra vacinal DPT/ Hep B	SIS Módulo Básico, A03	$(\text{DPT/ Hep B 1}^{\text{a}} - \text{DPT/ Hep B 3}^{\text{a}}) \div \text{DPT/ Hep B 1}^{\text{a}}$
Taxa de desperdício de vacinas	SIS Módulo Básico, PAV	$(\text{Total vacinas abertas} - \text{vacinas aplicadas}) \div \text{vacinas abertas}$
Produtividade do pessoal	Para organizar a informação e calcular	$\text{Total doses vacinas} \div \text{N}^{\circ} \text{ pessoal PAV}$

- **Taxa de quebra vacinal** – mede a perda de crianças que iniciaram o ciclo de vacinação e não a completaram. Taxas altas, acima de 20% em parte sugerem problemas com a planificação do PAV – brigadas móveis e a fraca comunicação com as mães.
- **Taxa de desperdício de vacinas** - No SIS Módulo básico são calculadas as taxas de desperdício das vacinas BCG, DPT - HepB, Polio e Sarampo.
- **Produtividade do pessoal** - Conhecer a carga de trabalho do pessoal afecto à saúde infantil no distrito e suas US's é importante para o exercício de planificação, esta vai servir de base para:
 - Identificar as US's que precisam mais pessoal
 - Decidir se se pode planificar o aumento das coberturas vacinais e outras actividades afins e ou melhorar a qualidade das mesmas, com base na possibilidade de o pessoal existente poder fazer mais ou não. Em princípio, se o pessoal afecto ao sector estiver já sobrecarregado, a planificação de: aumento da actividade vacinal, a melhoria da qualidade do atendimento, só poderia ser mediante o aumento de pessoal e ou reorganização dos serviços. A planificação das brigadas móveis também pode ser planificado de modo a privilegiar sub-áreas onde o pessoal das US's está sobrecarregado.

Padrões de Referência	
Taxa de quebra vacinal	20%
Taxa de desperdício de vacinas	25%, para o BCG até 50%
Produtividade do pessoal	60 – 80 doses dia

6. Qualidade das actividades do programa - PAV

As áreas a explorar para servir de indicadores de qualidade poderiam ser as listadas em baixo:

Indicador	Fonte de Informação
Temperatura da geleira	Informação a ser obtida através dos relatórios de supervisão
Oportunidades perdidas	Informação a ser obtida através de inquéritos

- Existência de condições mínimas para garantir boa qualidade i.e, um atendimento com um nível mínimo de qualidade aceitável e estes incluem:
 - Fluxo das utentes: tempo de espera, lugar e condições de espera
 - Organização dos serviços
 - Recursos humanos adequados
 - Material e equipamento, quantidade e seu estado de conservação

7. Eficácia (impacto) sobre as doenças-alvo do programa - PAV

Alguns indicadores que podem ser elaborados e analisados são listados a seguir:

Indicador de Eficácia	Fonte de Informação
Surto de casos de sarampo	Boletim Epidemiológico Semanal

A eficácia do PAV é avaliada através da diminuição do número de casos das doenças-alvo. Um exemplo é a evolução dos casos de sarampo notificados. Como com os outros indicadores é necessário fazer a avaliação tomando em consideração outros critérios, a diminuição ou aumento de casos de sarampo não é por si só suficiente para tirar conclusões.

É necessário analisar também:

Os níveis de cobertura e sua evolução

A cobertura do sistema de vigilância epidemiológica

7. Resumo das constações e recomendações - PAV

As recomendações serão baseadas nos problemas detectados e serão parte de acções necessárias para melhorar a qualidade do atendimento e serão realizadas a diferentes níveis de responsabilidade, alguns exemplos são:

- Supervisão da qualidade do atendimento
- Melhorar a organização dos serviços

Identificação das estratégias, actividades e recursos

1. Programação/ Projecção de Actividades

1.1 Prestação de Cuidados – Projecção de actividades de rotina (PAV)

A programação para o período seguinte deverá ser feita em termos de coberturas, volume de actividade a realizar e por fim actividades específicas ou acções complementares. O volume de actividade e actividades específicas são úteis na orçamentação dos gastos correntes.

→ Coberturas – Utilização dos Serviços

Uma das prioridades nacionais é o aumento do acesso aos serviços de saúde, e as coberturas das várias actividades do PAV servem para medir o progresso deste objectivo.

- As coberturas em cada tipo de vacina no distrito estão a um nível aceitável ou é necessário aumentar?
 - Se for necessário aumentar.
 - Será em todas as áreas de saúde (US's) ou há algumas que precisam mais
 - Pode-se aumentar com os recursos existentes? Ou são necessários recursos extras, porque por exemplo o pessoal já está sobrecarregado.
 - O aumento poderia afectar a qualidade?
- Que acções são necessárias para atingir os objectivos definidos?
 - Exemplo: Para aumentar as coberturas,
 - Melhorar a produtividade?
 - Colocação de novo pessoal?
 - Abertura de novos postos fixos?
 - Atribuição de transporte ex: motas às US's periféricas para brigadas móveis

Muitos distritos no país, notificam coberturas muito altas, acima de 100%. Nesses casos, uma linha de acção que poderia ser seguida pelos gestores distritais seria planificar:

- **Planificar 100% de cobertura.**

Contudo, se houver áreas muito desfavorecidas, muito abaixo da média distrital, deveria-se planificar o aumento de coberturas para essas áreas.

- **Melhorar a qualidade das actividades do programa**, dependendo de cada caso e da análise de situação isto poderia significar por exemplo:
 - Diminuir a taxa de quebra vacinal
- **Melhorar a qualidade de informação**, que poderia ser precedido por um pequeno e rápido inquérito para identificar exactamente onde estão os problemas. O inquérito poderia começar pelas US's que apresentam as de cobertura mais acima de 100%.

→ **Projecção do volume da actividade a realizar**

A projecção da futura actividade em termos de volume tem a sua importância, pois vai auxiliar na estimativa das necessidades dos recursos necessários para o funcionamento das US's, tais como quantidade de vacinas, etc.

A projecção das actividades deveria ser feita com base na tendência observada nos anos anteriores, no nível de utilização dos serviços e na capacidade de expandir os serviços.

- 1 – Avaliar a carga de trabalho para apoiar na distribuição do pessoal afecto ao serviço
- 2 – Calcular as necessidades em vacinas

Uma vez decidido o nível de cobertura, aumentar de X% para Y%, obtém-se o número das realizações em cada vacina, e a partir do número de vacinas, obtém-se o total da actividade PAV e assim calcular a produtividade esperada. Todos estes indicadores, produtividade, etc, são utilizados para ajustar as coberturas até atingir níveis julgados satisfatórios.

→ **Melhoria da qualidade dos cuidados prestados**

Com base nos problemas identificados na análise de situação e na capacidade existente no distrito, definir objectivos com metas para melhorar a qualidade do PAV.

Exemplos: i) diminuir a taxa de quebra vacinal de X% para Y%.

Nalguns casos será necessário planificar levantamentos de dados para definir com clareza o tipo e a magnitude do problema para uma determinada actividade, de modo a definir objectivos e metas a atingir.

1.2 Prestação de cuidados - Programação de actividades específicas/ complementares

As actividades específicas, como as brigadas móveis, a formação contínua, os seminários, etc, deveriam estar claramente associadas a algum aspecto que se pretende melhorar. Estas, sobretudo as de formação, deveriam ser seguidas por avaliações para medir o seu impacto e progresso no desempenho. Estas actividades deveriam ser baseadas no desempenho das US's e cada tipo de actividade. As US's com fraco desempenho deveriam receber maior atenção que pode ser traduzido em maior número de supervisões, etc.

Ex: As brigadas móveis, deveriam ser planificadas

Inquéritos/ investigação sobre qualidade de atendimento

Estes deveriam ser levantamentos através das supervisões ou pequenos inquéritos organizados para o efeito e deveriam ser de carácter informativo para os gestores distritais e poderiam incluir:

Organização dos serviços – cadeia de frio

Qualidade das actividades do programa.

Actividades específicas, deveria ficar claro para todos os responsáveis distritais sobre a finalidade da planificação em saúde

- As actividades específicas não são actividades de rotina, que são simplesmente listadas nos planos todos os anos. Estas deveriam:
 - corresponder à acções complementares que vão apoiar no alcance dos objectivos definidos.
 - ser definidas com base no nível de desempenho

Sumário e Tabelas

Plano de Actividades dos SDSMAS's, Saúde da Comunidade – Programa Alargado de Vacinações

As tabelas apresentadas aqui em baixo são a base para a apresentação da informação no documento plano do sector saúde. E deverão ser acompanhadas pelo respectivo texto explicativo resultado do resumo da análise de situação.

Tabela 7 – Programa Alargado de Vacinações							
Evolução da Actividade Realizada, Taxas de Cobertura e Indicadores de Eficiência e de Qualidade							
	Real					Plano	
	Ano n-4	Ano n-3	Ano n-2	Ano n-1	Ano n	Ano n-1	Ano n
Actividade							
Total de vacinas administradas							
BCG							
VAS							
DPT e HepB 1ª							
DPT e HepB 3ª							
Cobertura							
BCG							
VAS							
DPT e HepB 1ª							
DPT e HepB 3ª							
Eficiência							
Produtividade Pessoal PAV							
Quebra vacinal							
Taxa de desperdício vacinas							
Qualidade							
Temperatura da geleira							
Oportunidades perdidas							

A **Tabela Projecção e Programação de Actividades (Excel)** sintetiza as etapas do processo de planificação da área de actividade do PAV:

A 1ª parte inclui informação de base para a análise de situação, base para a projecção das actividades para o período seguinte em termos de cobertura (BCG, DPT/ Hep B 1ª e 3ª doses, VAS, crianças completamente vacinadas, e VAT).

A 2ª parte inclui informação sobre a actividade projectada. Tendo como base a informação (dos vários indicadores) das realizações anteriores, estabelecer as coberturas do período seguinte: aumentar a cobertura da actividade A, de X% para Y%. Com base na capacidade de realização (produtividade, etc) ir ajustando manualmente a cobertura até atingir níveis julgados satisfatórios.

A 3ª parte serve para listar actividades específicas e para elaboração da MEL.

Uma vez terminada esta fase, o sector possui a informação base para o **Quadro 8.2 Programa Alargado de Vacinações** do PESOD

Documentos de Referência – Programação Actividades da Saúde da Comunidade

Bases Didácticas – Conceitos e Processos

- Guião para Supervisão de CS's (MiSau/ UNICEF 1997)

Processo e Etapas da Planificação

- Definição dos objectivos e das prioridades com base em estratégias elaboradas nos vários níveis
 - Estratégias e prioridades nacionais – PESS 2010 – 2014 MiSau
 - Estratégias e prioridades provinciais – PESS Provincial
 - Plano Integrado para o Alcance dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio nº 4 e nº
 - Estratégias e prioridades distritais - PEDD

Fonte de Informação de Dados

- SIS, Módulo básico – Recursos e Actividade Sanitária
- Relatórios de Balanço dos SDSMAS's
- Relatórios de Supervisão
- Relatórios de (auto)avaliação

Base de Trabalho para Cálculos

- Guião de Planificação Distrital Parte II – Programação e Orçamentação

ASSISTÊNCIA MÉDICA

Responsável, Participantes e Outros Contribuintes

É da responsabilidade do médico chefe distrital organizar e liderar todo o processo da planificação de todas as actividades clínicas e dos outros serviços afins. Contudo, os responsáveis de cada serviço, devem ter um papel activo neste processo, pois são os primeiros responsáveis pela implementação das actividades planificadas. Todo o exercício de planificação deveria ser realizado em coordenação com outros actores-chave, como seja o NED.

Papel do médico chefe:

- Coordenar todo o processo
- Garantir boa qualidade do plano
- Realizar conjuntamente parte das tarefas de planificação
- Garantir o envolvimento de todos responsáveis dos sectores

Preparação do processo

Em coordenação com o responsável do NED, na altura da preparação de todo o processo de planificação nos SDSMAS's, sistematizar e reunir toda a informação de base para a planificação, que deve estar organizada antes do início da etapa da análise de situação e consiste em:

- **Informação de rotina:**
 - **Recursos Disponíveis:**
 - Número e distribuição das US's
 - Número de camas por US e por serviço
 - Recursos humanos afectos às consultas externas e internamento, por US e por serviço
 - Kits distribuídos e informação sobre a disponibilidade de medicamentos
 - Fundos gastos em alimentação e em higiene e limpeza
 - **Actividades realizadas e índices de utilização:**
 - Consultas externas/ consultas por habitante
 - Internamento – Número de altas, DCO's,
- **Relatórios:**
 - Balanço de PES, supervisão ou avaliação da qualidade do atendimento
- **Outra informação:**
 - organização dos serviços
 - informação complementar da farmácia, laboratório e radiologia que não seja incluído no SIS

Instrumentos de trabalho

A análise de situação dever-se-á basear extensivamente na informação do SIS Módulo básico, relatórios (de balanço do PES, supervisão avaliações), etc. Alguns indicadores serão calculados para o efeito na altura da planificação. As tabelas *da Folha Clínica do Guião de Planificação Distrital em Saúde Parte II*, reúne informação sumária do período anterior, essencial para a análise de situação e serve de auxílio para decidir o nível de crescimento para o período subsequente. Nesta folha, a maior parte dos cálculos estão "automatizados". No fim da descrição de todas as etapas de planificação em cada sub-capítulo (Consultas Externas e Internamento) é apresentado um grupo de tabelas que podem ser utilizadas para resumir, organizar e apresentar a informação no documento plano do sector saúde: Consultas e Medicamentos - **Tabela 8** e internamento – **Tabela 9**.

Consultas Externas e Medicamentos - Assistência Médica

Análise da situação – Consultas e Medicamentos

Para a análise da situação para a área das consultas externas e medicamentos sugere-se avaliar o nível do desempenho através de um grupo mínimo de indicadores. O sector/ distrito pode incluir mais indicadores que julgar úteis para ter uma melhor visão do desempenho do sector.

Áreas de Análise

- 1 – Disponibilidade de recursos
- 2 – Evolução da actividade realizada
- 3 – Evolução do índice de utilização
- 4 – Comparação da actividade realizada com a projectado para o ano
- 5 – Eficiência
- 6 – Qualidade dos cuidados prestados
- 7 – Eficácia
- 8 – Resumo das constatações e recomendações

1. Disponibilidade de Recursos - Consultas e Medicamentos

Recurso	Fonte de Informação
Número e distribuição das US's por tipo	SIS Módulo Básico, Rede Sanitária
Número dos profissionais afectos ao atendimento externo	Esta informação é necessário organizá-la
Disponibilidade de medicamentos	Esta informação é necessário organizá-la

Avaliar a evolução dos recursos no distrito, a sua distribuição e indicadores de disponibilidade, que é a comparação da quantidade de recursos com o tamanho da população servida. Pessoal técnico e medicamentos, são recursos-chave para a realização das consultas externas.

Medicamentos

PME (kits distribuídos) - Avaliar a disponibilidade de medicamentos nas US's que recebem os kits tipo A e B comparando o número de doentes que seriam tratáveis com a quantidade de kits recebida e o número de consultas realizado, através do "indicador" % Teórico/Realizado. A % Teórico/Realizado indica a % de consultas, que foi coberta pelos medicamentos PME, e é obtida dividindo o Número Teórico de consultas realizáveis pelo Número de consultas realizadas e multiplicando o resultado por 100; resultados próximos de 100% são satisfatórios, enquanto que valores muito baixos indicam falta de medicamentos e muito altos esbanjamento. Deverão ser excluídas as consultas externas de US's que não recebem kits e as realizadas pelos APE's.

Na avaliação da disponibilidade de medicamentos, a análise não pára com a identificação da falta ou de roptura de stock de medicamentos, é necessário também identificar/ indicar as causas que estão na origem, e estas podem ser múltiplas.

- Roptura de stock devido a falta de aprovisionamento pela província.
- Uma real falta de medicamentos, devido a quantidade fornecida insuficiente para as necessidades
- Má utilização de um dado medicamento (sobrescrição). Esta é frequente com alguns grupos de medicamentos tais como: antibióticos, antipiréticos, etc. Nem sempre será possível identificar a 'real' causa durante o exercício de planificação. Em tal caso, a investigação no âmbito do uso racional de medicamentos poderia ser uma actividade a ser incluída no plano anual.

2. Evolução da actividade realizada (% de crescimento) - Consultas e Medicamentos

Actividade	Fonte de Informação
Número do total de consultas realizadas	SIS Mod Básico, C04 Resumo consultas externas
Número total consultas TARV	SIS Mod Básico, H04 Resumo TARV

Actividade	Fonte de Informação
Número de consultas TARV crianças	SIS Mod Básico, H04 Resumo TARV
Número de consultas de estomatologia	SIS Mod Básico, G02 Resumo estomatologia

A análise do número total de consultas externas realizadas, comparando-o com o do mesmo período dos anos anteriores, vai indicar a tendência do volume de actividades realizado no distrito. É importante fazer ambos a análise global do distrito, assim como por US (área de saúde).

Esta análise não só é importante para ver a tendência da actividade como também é útil para:

- 2.1 Avaliar o ritmo do crescimento da actividade
- 2.2 Servir de base para a projecção da actividade futura

2.1 A avaliação do ritmo de crescimento, e identificar flutuações nas consultas externas que possam sugerir a existência de problemas que precisem de medidas correctivas. As perguntas-guia para ajudar na análise de situação são as mesmas utilizadas nas todas áreas de actividade e incluem:

- ***O número de consultas aumentou?***

Em geral, quando uma actividade aumenta é bom sinal. O ideal é que todos os anos a actividade aumente progressivamente. O crescimento gradual pode resultar de:

- Crescimento natural da população
- Melhoria da qualidade do atendimento

Entretanto se o crescimento é excessivamente grande é necessário verificar a causa, pois pode tratar-se de um problema que não foi detectado ao longo do ano como seja:

- Problema com a qualidade dos dados (registo, recolha, compilação, etc)
- Epidemias/ surtos epidémicos

- ***O número de consultas ficou estacionário ou diminuiu?***

Se o número de consultas ficou igual ou diminuiu, deveria ser razão de preocupação, pois significa que o número de consultas por habitante diminuiu, salve se a população tiver diminuído.

A diminuição do número de consultas pode ser devida a diferentes causas que se possível é necessário identificar e possivelmente corrigi-los:

- Qualidade dos dados (registo, recolha, compilação, etc)
- Qualidade do atendimento, incluído o relacionamento com a comunidade
- Dificuldades com o aprovisionamento de medicamentos (roptura de stock)
- Diminuição da população (casos raros). E, numa situação dessas toda a actividade do distrito será afectado não somente o número de consultas.

- ***O padrão da actividade mostra grandes oscilações todos os anos?***

Se o número de consultas no distrito apresentar grandes flutuações todos os anos, é também motivo de apreensão. É necessário averiguar em que US's isto ocorre e investigar as causas.

2.2 Base para a projecção da actividade futura, entender a tendência do crescimento vai ser útil para projectar as actividades futuras que servem também para o cálculo das necessidades e base para a distribuição de medicamentos.

3. Evolução dos índices de utilização - Consultas e Medicamentos

Indicador de Utilização	Fonte de Informação	Cálculo
Consulta por habitante	SIS Mod Básico, C04 Resumo consultas externas	Total consultas ÷ Total população

Esta serve para medir e avaliar o nível de utilização dos serviços através da razão consulta/ habitante. Nesta análise é importante, sempre que possível avaliar a utilização por US (área de saúde), para medir a equidade.

4. Comparação da actividade realizada com a planificada (metas) - Consultas e Medicamentos

Esta análise deve ser complementada com a análise de outras acções que tinham sido planificadas para se atingirem as 'metas' definidas. Avaliar os planos anteriores é útil também para melhorar a compreensão das falhas nas planificações anteriores e melhorar a abordagem na elaboração dos planos.

5. Eficiência - Consultas e Medicamentos

Esta análise vai mostrar o nível de rendimento dos recursos disponíveis no distrito e indicar se é possível realizar mais actividade com a capacidade disponível em termos de recursos humanos, etc. A análise comparativa entre as US's, onde for aplicável, vai auxiliar na identificação das US's que precisam melhorar a utilização de recursos, assim como aquelas que precisam mais recursos.

Alguns indicadores que podem ser elaborados e analisados são listados a seguir:

<i>Indicador de Eficiência</i>	<i>Fonte de Informação</i>	<i>Cálculo</i>
Produtividade do pessoal	Para organizar a informação e calcular	Total consultas ÷ Número de clínicos

- **Produtividade**

Conhecer a carga de trabalho do pessoal no distrito e suas US's é importante para o exercício de planificação, esta vai servir de base para:

- Identificar as US's que precisam mais pessoal
- Decidir se se pode planificar o aumento das consultas e outras actividades afins e ou melhorar a qualidade das mesmas, com base na possibilidade de o pessoal existente poder fazer mais ou não. Em princípio, se o pessoal que faz as consultas já estiver sobrecarregado, a planificação de aumento do número de consultas, melhoria da qualidade de consultas (tempo de espera dos doentes, e ou aumentar o tempo médio de atendimento dos doentes), só poderia ser mediante o aumento de pessoal e ou reorganização dos serviços.

Padrão de Referência	
Produtividade pessoal clínico	6,000 à 9,000 consultas, considerando um tempo médio de atendimento por doente de 10 minutos

É útil fazer uma análise cruzada da evolução da disponibilidade do pessoal técnico, com a produtividade e o nível de utilização de consultas. Esta análise vai facilitar a compreensão do progresso dos serviços no distrito ou numa sub-área de saúde. A **Tabela 10** na página _ é útil para ter esta visão conjunta dos indicadores.

6 - Qualidade do atendimento dos cuidados prestados

A qualidade das consultas externas é melhor estabelecida através das visitas de supervisão ou de pequenos inquéritos organizados especificamente para o efeito.

Algumas áreas a explorar para servir de indicadores de qualidade poderiam ser as listadas em baixo:

<i>Indicador de Qualidade</i>	<i>Fonte de Informação</i>
Existência de Condições Mínimas para Garantir Boa Qualidade	Para organizar através de levantamento de dados nas US's
Indicadores de prescrição correcta para as consultas externas	Para organizar através de levantamento de dados nas US's

- Existência de condições mínimas para garantir boa qualidade i.e, um atendimento com um nível mínimo de qualidade aceitável e estes incluem:
 - Infraestrutura/ espaços suficientes e adequados para a realização das consultas. Ex: A existência de dois clínicos ou mais a realizarem consultas externas no mesmo gabinete, pode ser considerado um factor limitante a qualidade da consulta realizada.
 - Fluxo dos doentes: tempo de espera, lugar e condições de espera, número de vezes que o doente deve voltar a US para a mesma condição
 - Organização dos serviços
 - Recursos humanos adequados
 - Material e equipamento, quantidade e seu estado de conservação

- Padrões de atendimento dos doentes
 - Seguimento das condutas de diagnóstico e terapêutica
 - Indicadores de prescrição correcta para as consultas externas (utilização racional de medicamentos)
 - Nº médio de medicamentos por receita
 - % de receitas com antibióticos
 - % de receitas com injecções
 - Taxa de utilização de soro oral

7. Eficácia - Consultas e Medicamentos

Alguns indicadores que podem ser elaborados e analisados são listados a seguir:

<i>Indicador de Eficácia</i>	<i>Fonte de Informação</i>
% de doentes com diagnóstico e tratamento correctos (Malária)	Informação a ser obtida através de inquéritos
% abandonos doentes TARV	SIS Mod Básico, H04 Resumo TARV

- **% de doentes com diagnóstico e tratamento correctos (malária)**

Esta indicador pode servir para medir a eficácia, uma vez que quanto melhor forem o diagnóstico e o tratamento, potencialmente haverá uma maior eficácia de reduzir as mortes provocadas por malária.

8. Resumo das constatações e recomendações - Consultas e Medicamentos

As recomendações serão baseadas nos problemas detectados e serão parte de acções necessárias para melhorar a qualidade do atendimento e serão realizadas a diferentes níveis de responsabilidade, alguns exemplos são:

- Supervisão da qualidade do atendimento
- Melhorar a utilização de medicamentos para melhorar a qualidade do atendimento e disponibilidade de medicamentos
- Melhorar a organização dos serviços, para diminuir o tempo de espera dos doentes (por exemplo reorganizar o horário de atendimento)

Identificação das estratégias, actividades e recursos

1. Programação/ Projecção de Actividades

1.1 Prestação de Cuidados – Projecção de actividades de rotina (Consultas e Medicamentos)

A programação para o período seguinte deverá ser feita em termos do número de consultas a realizar, o índice de utilização e por fim actividades específicas ou acções complementares. O número de consultas e actividades específicas são úteis na estimativa de necessidades (distribuição de medicamentos e outros).

→ Projecção das Consultas Externas – Volume Global da Actividade

Estimar o número de consultas a realizar não é exactamente uma meta como o caso do número de crianças a vacinar. Contudo, a projecção da futura actividade relativa às consultas tem a sua importância, pois vai auxiliar na estimativa das necessidades dos recursos para este serviço.

A projecção das consultas deveria ser feita com base na tendência observada nos anos anteriores, no nível de utilização dos serviços e na capacidade de expandir os serviços.

- 1 - Servir de base para a previsão da receita a cobrar
- 2 – Calcular o número de kits necessários e a quantidade a distribuir por US
- 3 – Calcular a quota (%) dos medicamentos da Via Clássica a distribuir pelas US's
- 4 – Avaliar a carga de trabalho para apoiar na distribuição do pessoal afecto as consultas

→ Consultas por habitante – Utilização de Serviços

Uma das prioridades nacionais é o aumento do acesso aos serviços de saúde, e a consulta por habitante é uma das formas de medir o progresso deste objectivo.

- O número de consulta por habitante no distrito está a um nível aceitável ou é necessário aumentá-lo?

- Se for necessário aumentá-lo:
 - Será em todas as áreas de saúde (US's) ou há algumas que precisam mais
 - Pode-se aumentar com os recursos existentes? Ou são necessários recursos extras, porque por exemplo o pessoal já está sobrecarregado.
 - O aumento poderia afectar a qualidade?
- Que acções são necessárias para atingir os objectivos definidos?
 - Exemplo: Para aumentar o número de consultas por habitante,
 - Melhorar a produtividade?
 - Colocação de novo pessoal?
 - Construção de US? É importante considerar que, dado o tempo necessário para terminar a construção de uma nova US, muito possivelmente o seu impacto não será para o ano em que a actividade está sendo planificada.

→ Melhoria da qualidade do atendimento

Com base nos problemas identificados na análise de situação e na capacidade existente no distrito, definir objectivos e metas para melhorar a qualidade do atendimento.

Exemplos: (i) aumentar o tempo médio de atendimento de X minutos para Y minutos, (ii) melhorar a % de diagnóstico e tratamento correctos dos casos de malária de X% para Y%, (iii) melhorar o uso racional de medicamentos reduzindo o número de medicamentos de X para Y.

Nalguns casos será necessário planificar levantamentos de dados para definir com clareza o tipo e a magnitude do problema para uma determinada actividade, de modo a definir objectivos e metas a atingir.

1.2 Prestação de cuidados - Programação de actividades específicas/ complementares

As actividades específicas, como as de formação, seminários, etc, deveriam estar claramente associadas a algum aspecto que se pretende melhorar. Estas, sobretudo as de formação, deveriam ser seguidas por avaliações para medir o seu impacto e progresso no desempenho. Estas actividades deveriam ser baseadas no desempenho das US's. US's com fraco desempenho deveria receber maior atenção que pode ser traduzido em maior número de supervisões, etc.

Ex: Na análise de situação identificou-se como problema "prioritário" a resolver o uso inadequado de TDR. O problema deveria ser bem especificado para se poder definir uma escala mensurável da dimensão de melhoria que se pretende atingir.

Inquéritos/ investigação sobre qualidade de atendimento

Estes deveriam ser levantamentos através das supervisões ou pequenos inquéritos organizados para o efeito e deveriam ser de carácter informativo para os gestores distritais e poderiam incluir:

Organização dos serviços – disponibilidade de material e equipamento essencial

Qualidade das consultas avaliadas através de: (i) observação directa das consultas para medir o tempo médio de atendimento, seguimento da conduta clínica, etc e (ii) através de uma amostra de 120 receitas para avaliar a utilização de medicamentos.

Sumário e Tabelas

Plano de Actividades dos SDSMAS's, Assistência Médica – Consultas e Medicamentos

As tabelas apresentadas aqui em baixo são a base para a apresentação da informação no documento plano do sector saúde. E deverão ser acompanhadas pelo respectivo texto explicativo resultado do resumo da análise de situação.

Tabela 8 – Consultas e Medicamentos							
Evolução da Actividade Realizada, Taxas de Cobertura e Indicadores de Qualidade							
	Real					Plano	
	Ano n-4	Ano n-3	Ano n-2	Ano n-1	Ano n	Ano n-1	Ano n
Actividade							
Número 1 ^{as} consultas							
Consultas Seguintes							
Total de Consultas							
Número total doentes TARV							
Número total crianças TARV							
Índice de Utilização							
Nº de consultas por habitante							
Eficiência							
Produtividade Pessoal Consultas							
Qualidade							
Nº médio de medicamentos por receita							
% de receitas com antibióticos							
% de receitas com injeções							
Taxa de utilização de soro oral							

Serviço de Internamento - Assistência Médica

Análise da situação - Internamento

Para a análise da situação da área do internamento sugere-se avaliar o nível do desempenho através de um grupo mínimo de indicadores. O sector/ distrito pode incluir mais indicadores que julgar úteis para ter uma melhor visão do desempenho do sector.

Áreas de Análise

- 1 – Disponibilidade de recursos
- 2 – Evolução da actividade realizada
- 3 – Comparação da actividade realizada com a projectado para o ano
- 4 – Eficiência
- 5 - Qualidade dos cuidados prestados
- 6 – Eficácia
- 7 – Resumo das constatações e recomendações

1. Disponibilidade de Recursos - Internamento

Indicador	Fonte de Informação
Número de camas por US e por serviço	É necessário organizar esta informação
Número dos profissionais afectos ao internamento por US e por serviço	É necessário organizar esta informação
Disponibilidade de medicamentos	É necessário organizar esta informação
Fundos gastos em alimentação de doentes	É necessário organizar esta informação
Fundos gastos em higiene e limpeza	É necessário organizar esta informação

Avaliar a evolução dos recursos no distrito, a sua distribuição e indicadores de disponibilidade, que é a comparação da quantidade de recursos com o tamanho da população servida. Os gestores distritais vão avaliar a capacidade do internamento, essencialmente através das camas disponíveis. A evolução do número de camas vai indicar se essa capacidade cresceu ou não. É importante calcular o indicador camas habitante para avaliar se o crescimento no número de camas acompanhou o crescimento da população.

A avaliação por US vai indicar as áreas de saúde mais carentes no distrito. É importante complementar esta informação com a disponibilidade de outros recursos tais como, pessoal afecto a enfermaria, disponibilidade de medicamentos ao longo do ano.

2. Evolução da actividade realizada (% de crescimento) - Internamento

Indicador	Fonte de Informação
Número de altas por US e por serviço	SIS Mod Básico, D03 e D04
Número de DCO's por US e por serviço	SIS Mod Básico, D03 e D04

A análise do número total de altas e dos dias cama ocupada (DCO) realizado, comparando-o com o do mesmo período dos anos anteriores, vai indicar a tendência do volume de actividade deste sector realizado no distrito. É importante fazer quer a análise global do distrito, quer a análise por US (área de saúde).

Esta análise não só é importante para ver a tendência da actividade como também é útil para:

- 1 - Avaliar o ritmo do crescimento da actividade
- 2- Servir de base para a projecção da actividade futura

2.1 A avaliação do ritmo de crescimento, permite identificar flutuações da actividade que possam sugerir a existência de problemas que precisem de medidas correctivas. As perguntas-guia para ajudar na análise de situação são as mesmas utilizadas nas todas áreas de actividade e incluem:

- ***O número de altas e ou DCO's aumentou?***

Em geral, quando uma actividade aumenta é bom sinal. O ideal é que todos os anos a actividade aumente progressivamente. O crescimento gradual pode resultar de:

- Crescimento natural da população
- Melhoria da qualidade do atendimento
- Expansão da capacidade de internamento

Entretanto se o crescimento é excessivamente grande é necessário verificar a causa, pois pode tratar-se de um problema que não foi detectado ao longo do ano como seja:

- Problema com a qualidade dos dados (registo, recolha, compilação, etc)
- Epidemias/ surtos epidémicos
- O número de DCO's pode aumentar como resultado do aumento do TMP devido a deterioração da qualidade do atendimento ou mudança do padrão das doenças internadas ou do critério de internamento. A expansão dos DCO's não significa necessariamente um aumento no acesso aos cuidados de saúde. Portanto, este indicador precisa de ser interpretado com cuidado e em conjunto com outras informações.

- ***O número de altas e ou DCO's ficou estacionário ou diminuiu?***

Se o número de actividade ficou igual ou diminuiu, deveria ser razão de preocupação. É importante utilizar uma sequência histórica de vários anos.

A diminuição do número de altas e de DCO's pode ser devida a diferentes causas que se possível é necessário identificar e possivelmente corrigi-los:

- Qualidade dos dados (registo, recolha, compilação, etc)
- Qualidade do atendimento, incluído o relacionamento com a comunidade
- Dificuldades com o aprovisionamento de medicamentos (ruptura de stock)
- Diminuição da população (casos raros). Nesta situação toda a actividade do distrito seria afectada não somente o internamento.
- Ganhos na eficiência ou qualidade do atendimento podem resultar na diminuição do número de DCO's simplesmente porque o TMP melhorou. É importante analisar sempre conjuntamente os vários indicadores de internamento.
- Uma diminuição de actividade num ano pode resultar de um reajuste para o padrão normal da US, se no ano anterior a actividade tiver sido excessivamente alta devido à epidemias ou simplesmente a qualidade dos dados.

- ***O padrão da actividade mostra grandes oscilações todos os anos?***

Se a actividade do serviço de internamento no distrito apresenta grandes flutuações todos os anos, é também motivo de apreensão. É necessário averiguar em que US's isto ocorre e investigar as causas.

2.2 Base para a projecção da actividade futura, que é útil no cálculo das necessidades, e dos recursos tais como fundos para a alimentação dos doentes, higiene e limpeza, medicamentos, etc.

3. Comparação da actividade realizada com a planificada (metas) - Internamento

Esta análise deve ser complementada com a análise de outras acções que tinham sido planificadas para se atingirem as 'metas' definidas. Avaliar os planos anteriores, é útil também para melhorar a compreensão das falhas nas planificações anteriores e melhorar a abordagem na elaboração dos planos. A planificação é um processo de aprendizagem contínua.

4. Eficiência - Internamento

Esta análise vai mostrar o nível de rendimento dos recursos disponíveis no distrito e indicar se é possível realizar mais actividade com a capacidade disponível em termos de recursos humanos, camas, etc. A análise comparativa entre as US's, onde for aplicável, vai auxiliar na identificação das US's que precisam melhorar a utilização de recursos, assim como aquelas que precisam mais recursos. Alguns indicadores que podem ser elaborados e analisados são listados a seguir:

<i>Indicador</i>	<i>Fonte de Informação</i>	<i>Cálculo</i>
Utilização das camas (TOC)	Para calcular com base no D03 e D04	$DCO's \div (N^\circ \text{ de camas} \times \text{Total Dias Ano})$
Produtividade do pessoal	Para organizar informação e calcular o indicador	$UA's \text{ internamento} \div N^\circ \text{ Pessoal}$
Custo dia cama ocupada em alimentação	Para organizar informação e calcular o indicador	$\text{Fundos gastos alimentação} \div DCO's$

- **Taxa de Ocupação de Camas**

A TOC é um indicador de eficiência ou de rendimento do recurso cama, é com este indicador que é medido o nível da utilização da capacidade existente no serviço de internamento. Uma enfermaria com bom rendimento tem uma TOC por volta de 80%.

- **A TOC é muita alta?**

Pode ser devida a:

- **Insuficiência de camas.** É importante verificar se a actual TOC é resultado de um crescimento gradual da utilização das camas como consequência da falta de crescimento de camas no distrito.
- **“Gestão do internamento”.** TMP muito prolongado. Critérios de admissão...

Uma TOC superior a 100% sempre sugere que há problemas. Pode reflectir má qualidade dos dados (erros de cálculo e ou recolha dos dados), ou uma superlotação de camas.

- **A TOC é muito baixa?**

Pode ser devida a:

- O distrito tem camas acima das suas necessidades
- Fraca utilização dos serviços, neste caso, é necessário investigar as causas.

É importante fazer a análise por serviço, a informação global pode sugerir uma utilização aceitável das camas, quando na realidade há desequilíbrios com enfermarias subaproveitadas e outras superlotadas.

5. Qualidade do atendimento dos cuidados prestados - Internamento

A qualidade do internamento é melhor estabelecida através das visitas de supervisão ou de pequenos inquéritos organizados especificamente para o efeito.

As áreas a explorar para servir de indicadores de qualidade poderiam ser as listadas em baixo:

<i>Indicador</i>	<i>Fonte de Informação</i>
Existência de Condições Mínimas para Garantir Boa Qualidade	Informação a ser obtida através de inquéritos
Padrões de Atendimento dos Doentes	Informação a ser obtida através de inquéritos
Tempo médio de permanência	Para calcular com base no D03 e D04
Taxa de mortalidade/ letalidade intrahospitalar	SIS Mod Básico, D03 e D04

- Existência de condições mínimas para garantir boa qualidade i.e, um atendimento com um nível mínimo de qualidade aceitável e estes incluem:

- Infraestrutura/ espaços suficientes e adequados para os serviços de internamento
- Condições hoteleiras – alimentação, higiene e limpeza, etc
- Organização dos serviços
- Recursos humanos adequados
- Material e equipamento, quantidade e seu estado de conservação

- **Padrões de atendimento dos doentes**
 - Seguimento das condutas de diagnóstico e terapêutica

- **Tempo médio de permanência**

O TMP mede o tempo de permanência dos doentes nas enfermarias, é portanto ao mesmo um indicador de qualidade e de eficiência. Os valores esperados variam entre os diferentes tipos de serviço. Como com os outros indicadores, a análise deve verificar se os valores estão dentro dos padrões esperados, qual é a sua tendência ao longo dos anos. Como já observado anteriormente, o TMP vai influenciar nos DCO's e conseqüentemente na TOC.

Em caso de TMP muito alto é necessário investigar se as causas do internamento o justificam.

Padrões de Referência	
Pediatria	até 5 dias
Medicina	até 10 -15 dias

- **Taxa de mortalidade**

Um dos indicadores utilizados para medir a qualidade dos cuidados médicos e de enfermagem prestados é a taxa de mortalidade. Contudo, é necessário muita cautela na sua interpretação. Para além da qualidade dos cuidados, há vários factores que podem contribuir para altas taxas de mortalidade numa US e estas deveriam ser averiguadas: a gravidade dos doentes na altura de admissão, o tipo de patologia que causou os óbitos, critérios de admissão dos doentes, etc.

7. Eficácia - Internamento

Alguns indicadores que podem ser elaborados e analisados são listados a seguir:

Indicador de Eficácia	Fonte de Informação
Taxa de letalidade por malária	SIS Mod Básico, D03 e D04

Identificação das estratégias, actividades e recursos

1. Programação/ Projecção de Actividades

1.1 Prestação de Cuidados – Projecção de actividades de rotina (Internamento)

A programação para o período seguinte deverá ser feita em termos dos DCO's a realizar e as actividades específicas ou acções complementares. O número de DCO's e actividades específicas são úteis na estimativa de necessidades (fundos gastos correntes, distribuição de medicamentos e outros).

→ Projecção dos DCO's – Volume Global da Actividade

Estimar o número de DCO's a realizar não é exactamente uma meta como o caso de crianças a vacinar. Contudo, a projecção da futura actividade relativa as consultas tem a sua importância, pois vai auxiliar na estimativa das necessidades dos recursos para este serviço de internamento.

- 1 - Servir de base para a previsão da receita a cobrar
- 2 – Estimar os fundos necessários para a alimentação dos doentes
- 3 – Estimar os fundos necessários higiene e limpeza
- 4 – Calcular a quota (%) dos medicamentos da Via Clássica a distribuir pelas US's
- 5 – Avaliar a carga de trabalho para apoiar na distribuição do pessoal afecto ao internamento

Sumário e Tabelas

Plano de Actividades dos SDSMAS's, Assistência Médica – Internamento

As tabelas apresentadas aqui em baixo são a base para a apresentação da informação no documento plano do sector saúde. E deverão ser acompanhadas pelo respectivo texto explicativo resultado do resumo da análise de situação.

Tabela 9 – Internamento							
Evolução da Actividade Realizada, Taxas de Cobertura e Indicadores de Qualidade							
	Real					Plano	
	Ano n-4	Ano n-3	Ano n-2	Ano n-1	Ano n	Ano n-1	Ano n
Actividade							
Número de altas							
Dias cama ocupadas							
Eficiência							
DCO's por profissional de saúde							
Custo alimentação dia cama ocupada							
Custo higiene e limpeza dia cama ocupada							
TOC							
TMP							
Qualidade							
Taxa de mortalidade							
Taxa de utilização de soro oral							
Eficácia							
Taxa de letalidade por malária							

A **Tabela Projecção e Programação de Actividades (Excel)** sintetiza as etapas do processo de planificação da área da actividade clínica:

A 1ª parte inclui informação de base para a análise de situação, base para a projecção das actividades para o período seguinte – consultas externas e internamento.

A 2ª parte inclui informação sobre a actividade projectada. Tendo como base a informação (dos vários indicadores) das realizações anteriores, estabelecer a actividade a realizar no período seguinte: aumentar o índice de utilização das consultas, de X para Y e aumentar os DCO's de X%. Com base na capacidade de realização (produtividade, TOC, etc) ir ajustando ajustando manualmente a actividade a realizar até atingir níveis julgados satisfatórios.

A 3ª parte serve para listar actividades específicas e para a elaboração da MEL.

Esta tabela contém parte da informação para o **Quadro 8.1 Prestação de Cuidados de Saúde do PESOD**

Mulher e Acção Social

Análise da situação

Para a análise da situação na área de Mulher e Acção Social (MAS) sugere-se avaliar o nível do desempenho através de um grupo mínimo de indicadores listados mais em baixo. O sector pode incluir mais indicadores que julgar úteis para ter uma melhor visão do desempenho desta área de actividade.

Áreas de Análise

- 1 – Disponibilidade de recursos
- 2 – Comparação da actividade realizada com a planificada para o ano
- 3 – Resumo das constatações e recomendações

Recursos Disponíveis e Actividade Realizada

Programa de Atendimento às Crianças em Situação Difícil
Número de Centros de trânsito – criança da rua
Número de Infantários
Programa de Desenvolvimento Infantil
Número de Centros Infantis de MMAS
Número de Centros Infantis Privados
Número de Escolinhas Comunitárias
Número de Animadores
Programa de Atendimento à Pessoas Idosas e Pessoas Portadoras de Deficiência
Número de Centros de trânsito – deficientes
Número de Centros apoio à velhice
Número de Activistas

Recursos Disponíveis

Avaliar a disponibilidade e evolução dos recursos concernentes à infraestrutura social básica, (infantários, centros de apoio à velhice, casas de trânsito para deficientes, etc) para medir a capacidade de resposta do distrito às necessidades dos principais grupos alvo desta área (mulheres e pessoas em situação de vulnerabilidade: criança, idoso e pessoa portadora de deficiência).

Sumário e Tabelas

Plano de Actividades dos SDSMAS's, Mulher e Acção Social

As tabelas apresentadas aqui em baixo são a base para a apresentação da informação no documento plano do sector saúde. E deverão ser acompanhadas pelo respectivo texto explicativo resultado do resumo da análise de situação.

Protecção da Criança

Tabela 10 – Programa de Localização e Reunificação Familiar							
Evolução da Actividade Realizada							
	Real					Plano	
	Ano n-6	Ano n-5	Ano n-4	Ano n-3	Ano n-2	Ano n-1	Ano n
Número de Crianças documentadas							
Número de Crianças reunificadas							

Fonte:

Tabela 11 – Educação Pré-Escolar							
Evolução da Infraestrutura Social Básica e da Actividade Realizada							
	Real					Plano	
	Ano n-6	Ano n-5	Ano n-4	Ano n-3	Ano n-2	Ano n-1	Ano n
Número de Centros Infantis (Estatais)							
Número de Crianças Atendidas							
Número de Centros Infantis (Privados)							
Número de Crianças Atendidas							
Número de Escolinhas Comunitárias							
Número de Crianças Atendidas							
Número de Animadores							

Fonte:

Tabela 12 – Programa de Atendimento a Criança em Situação Difícil							
Evolução da Infraestrutura Social Básica e da Actividade Realizada							
	Real					Plano	
	Ano n-6	Ano n-5	Ano n-4	Ano n-3	Ano n-2	Ano n-1	Ano n
Número de Centros da/na Rua							
Número de Crianças Atendidas							
Número de Infantários (Estatais)							
Número de Crianças Atendidas							
Número de Infantários (Privados)							
Número de Crianças Atendidas							

Fonte:

Tabela 13 – Programa de Atendimento ao Idoso							
Evolução da Infraestrutura Social Básica e da Actividade Realizada							
	Real					Plano	
	Ano n-6	Ano n-5	Ano n-4	Ano n-3	Ano n-2	Ano n-1	Ano n
Número de Centros de Apoio à Velhice (Estatais)							
Número de Idosos Atendidos							
Número de Centros de Apoio à Velhice (Privados)							
Número de Idosos Atendidos							

Fonte:

Tabela 14 – Programa de Atendimento a Pessoa Portadora de Deficiência							
Evolução da Infraestrutura Social Básica e da Actividade Realizada							
	Real					Plano	
	Ano n-6	Ano n-5	Ano n-4	Ano n-3	Ano n-2	Ano n-1	Ano n
Pessoas Portadoras de Deficiência							
Número Identificado							
Número Acompanhado							
Número de Crianças Integradas							
Número de Centros de trânsito							
Número de Atendidos							
Número de Escolas Especiais							
Número de Alunos							
Número de Instituto de Deficientes Visuais							
Número de Alunos							

Fonte:

Tabela 15 – Programa de Subsídio de Alimentos							
Evolução da Infraestrutura Social Básica e da Actividade Realizada							
	Real					Plano	
	Ano n-6	Ano n-5	Ano n-4	Ano n-3	Ano n-2	Ano n-1	Ano n
Número de Idosos							
Número de Pessoas Portadoras de Deficiência							
Número de Doentes Crónicos							
Número de Mulheres Chefes do Agregado Familiar							
Número de Mulheres com Crianças Malnutridas							
Número de Mulheres Grávidas Malnutridas							
Número de Beneficiários Cessantes							
Sub-Total							
Número de Beneficiários Indirectos							
Total Geral							

Fonte:

Documentos de Referência – Elaboração dos Planos Anuais

Bases Didácticas – Conceitos e Processos

-

Processo e Etapas da Planificação

- Definição dos objectivos e das prioridades com base em estratégias elaboradas nos vários níveis
 - Plano Quinquenal do Governo
 - Estratégias e prioridades nacionais do MMAS
 - Plano Estratégico 2011 – 2015
 - Planos de atendimento aos grupos alvo: (i) Plano Nacional de Acção para a Criança (2006 – 2010); (ii) Plano de Acção para as Crianças Órfãs e Vulneráveis (2006 – 2010); (iii) Plano Nacional da área da Deficiência e (iv) Plano Nacional da Pessoa Idosa
 - Estratégias e prioridades distritais - PEDD
- Metodologia para a elaboração do Plano Económico e Social e Orçamento do Estado – PESOE em ênfase do nível Provincial – PESOP do nível Distrital – PESOD. PESOD Principais conceitos e procedimentos 2007 – MPD/ MF
- “DOSSIER B - Plano Económico e Social e Orçamento Distrital (PESOD) ” - MPD – PNPFD 2011

Fonte de Informação de Dados

-

Base de Trabalho para Cálculos

- Guião de Planificação Distrital Parte II – Programação e Orçamentação

PROGRAMAÇÃO DE RECURSOS

Introdução

Uma vez programadas as actividades de rotina e as específicas, o passo seguinte é a estimativa dos recursos necessários para a implementação do plano. Como já referido, é conveniente dividir as etapas de planificação em três fases e a programação de recursos seria parte da terceira fase do exercício e poderia ser feita numa reunião alargada de planificação. É fundamental que todas as actividades prioritárias e principais do sector estejam devidamente programadas antes de fazer a estimativa dos recursos necessários. A programação de recursos contempla:

- Proposta de distribuição interna de medicamentos
- Previsão da receita a cobrar
- Fundos necessários para os Bens e Serviços e Bens de Capital
- Orçamentação dos Salários e Remunerações

Instrumentos de trabalho

Como já referido a programação e orçamentação têm como base de trabalho as tabelas incluídas nas folhas do *Guião de Planificação Distrital em Saúde Parte II – Ficheiro excel*.

À excepção das actividades específicas, que podem variar muito de distrito para distrito e de ano para ano, o cálculo das restantes necessidades é “automático”. Contudo os responsáveis distritais deverão ter já executado as tarefas das etapas precedentes:

→ Na preparação do exercício de planificação:

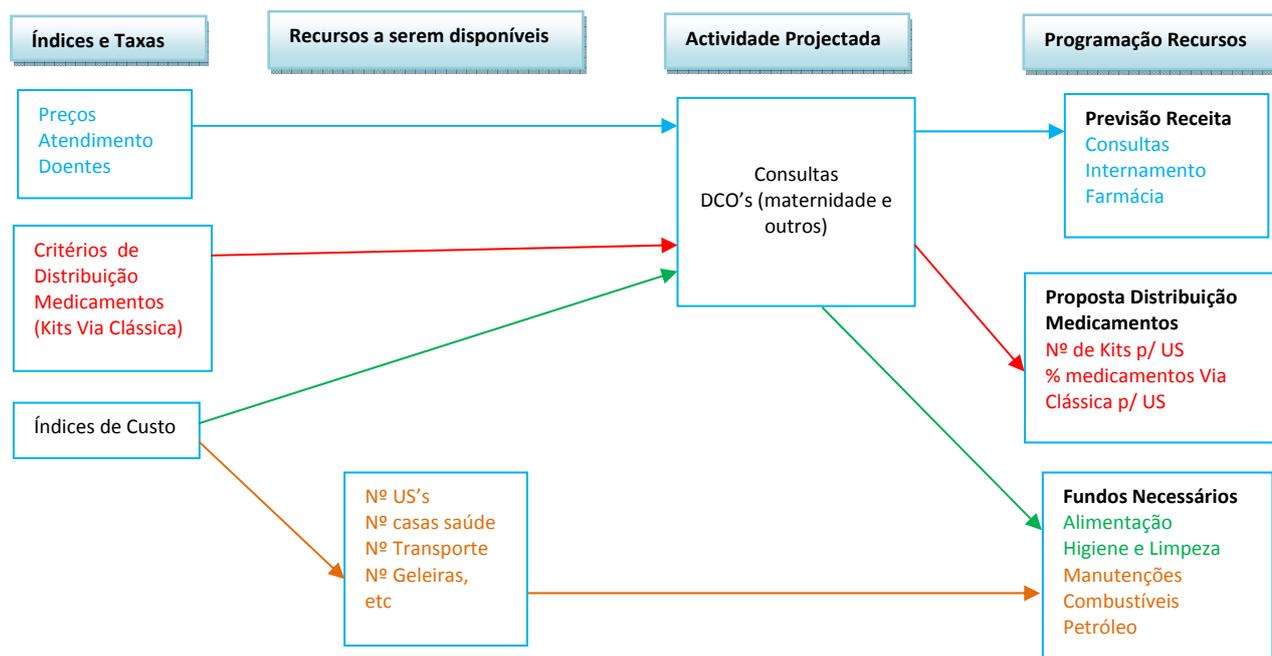
- Controlar e actualizar onde necessário as taxas e índices de custos – **Folha Índices**
- Introduzir e ou actualizar onde necessário os dados populacionais, rede sanitária e recursos materiais existentes – **Folhas Pop e Recurso**

→ Análise de situação e programação de actividades

- Com os respectivos responsáveis fazer a análise de situação e programar as actividades de rotina base para a estimativa dos recursos necessários – **Folhas SMI, PAV, Clínica e UAs**.

→ Seguindo criteriosamente estes passos os recursos necessários serão calculados automaticamente e reflectidos directamente na maior parte das **MEO**. A figura em baixo ilustra de forma esquemática os passos a seguir no cálculo das necessidades de algumas rubricas.

O Esquema da Programação de Recursos no Guião de Planificação Distrital Parte II



1. PLANIFICAÇÃO E GESTÃO DE MEDICAMENTOS

1.1 - Proposta de Distribuição de Medicamentos e Material de Penso

Com base na actividade projectada na área de actividade Assistência Médica os gestores distritais vão elaborar uma proposta de distribuição dos medicamentos entre as US's do distrito, para:

a) PME

O número de kits a distribuir por US deverá ser estimado, com base em:

Número de consultas projectadas por US

Kit A para os CS's e Kit C para os APE's. Para cada tipo de kit foi definido o número de doentes atendíveis por kit: A = 1000 doentes e C = 250 doentes

É necessário considerar as novas US's a entrarem em funcionamento

b) Via Clássica

Com os critérios aqui propostos, os gestores distritais vão estimar as quotas (%) que seriam equitativos atribuir a cada US, de acordo com o movimento de internamento estimado para o ano em programação e corrigido por um factor relacionado com a população.

→O critério de atribuição de medicamentos com base no consumo tem limitações. Se houver má utilização de medicamentos, não analisando a actividade realizada, será mais difícil detectá-la. A utilização de outros critérios como a actividade vai introduzir para além de medidas de equidade também de eficiência.

Sugere-se utilizar como critérios de base:

- Actividade projectada – Consultas e DCO's
- Tipo de US e formação do pessoal que prescreve medicamentos
- Tamanho da população servida

Cálculo

PME - Quantidade total de kits:

US's que recebem Kit A = Número de consultas projectadas ÷ 1000

APE's e US's que recebem Kit C = Número de consultas projectadas ÷ 250

Via Clássica - Quota (%) a atribuir a US = (% DCOs projectados x 0.8) + (% população do ano em programação x 0.2)

NOTAS

→ A participação do médico chefe distrital e do responsável distrital pela área da farmácia é crucial

Como proceder o cálculo das necessidades no Ficheiro de Trabalho excel

→ Nome da **FOLHA BASE DE CÁLCULOS** no *Guião de Planificação Distrital Parte II – Ficheiro excel - Med*

a) PME – Kits a distribuir por US

No ficheiro de trabalho, **Folha Indices**, já foi introduzido o Nº de doentes atendíveis por tipo de kit.

Na folha Med

Kits A: Uma vez efectuada a projecção da actividade – consultas previstas, os cálculos são efectuados automaticamente.

Kit C, APE's: introduzir o número de consultas projectadas e o número de kits será calculado automaticamente

b) Via Clássica – Quota % de medicamentos a distribuir por US

Para esta parte da tabela, uma vez efectuados todos os passos precedentes (actualização da folha recursos, projecção da actividade Assistência Médica) os cálculos são efectuados automaticamente.

2. PREVISÃO DE FUNDOS

2.1 Previsão da Receita a Cobrar

Com base na actividade projectada na área de actividade Assistência Médica os gestores distritais vão estimar a receita a ser arrecadada e esta constitui uma das fontes de financiamento do sector. Deverão estimar:

Receitas Consignadas (Consultas e Internamento)

Farmácia (Venda de Medicamentos)

Cálculo

Receita esperada consulta externa = *Consultas projectadas x 0,6 x Preço*

Receita esperada internamento = *DCO's projectadas x % de insenções x Preço*

Receita esperada farmácia = *Número de receitas x preço*

O índice 0,6 representa 60% das consultas de mais 4 anos; as crianças 0-4 anos são isentas do pagamento e estima-se que sejam cerca de 40% do total das consultas. Estas proporções poderão ser ajustadas se for justificável, mas para tal é necessário programar de forma criteriosa, avaliar os resultados comparando os planos com o realizado, identificar as diferenças e as causas. Só assim se poderão ajustar os índices com bases sólidas.

O número de receitas de farmácia estima-se de forma similar ao número de consultas.

NOTAS

→ A participação d _____ é vital

Como proceder o cálculo das necessidades no Ficheiro de Trabalho excel

→ Nome da **FOLHA BASE DE CÁLCULOS** no *Guião de Planificação Distrital Parte II – Ficheiro excel - Receita*

Para esta folha, uma vez efectuados todos os passos precedentes (actualização da folha índices de custos, projecção da actividade Assistência Médica) os cálculos são efectuados automaticamente.

→ A receita esperada representa uma fonte de autofinanciamento dos SDSMAS's e a informação calculada aqui vai alimentar **automaticamente as Tabelas PESOD Diagnóstico e MEO Modelo 1.**

3. ORÇAMENTAÇÃO

Como já referido na projecção de actividades e dada a natureza da planificação a este nível, é conveniente iniciar a orçamentação pelas actividades de rotina para o funcionamento das US's e por fim as actividades específicas. A orçamentação deverá ser efectuada por rubrica e classificação do Orçamento do Estado (OE) e onde for necessário, como é o caso das actividades específicas, indicar o programa de acordo com os programas e sub-programas para o sector saúde (página __).

Dadas as competências e a atribuição de fundos a este nível, este manual não inclui na orçamentação o método para calcular o investimento. Contudo, isto não significa que os fundos de investimento das ONG's e outros não devam ser incluídos.

Enquanto que a programação de actividades deverá ser feita para todas as actividades do distrito/ cidade, incluindo toda a rede sanitária, de forma a obter-se uma visão completa da utilização dos serviços da área de saúde, a orçamentação deverá ser individualizada e separada da dos hospitais, de acordo a "subordinação"

no mecanismo do fluxo dos fundos. Os fundos a incluir no PESOD são parte do orçamento do GD, que no caso da saúde são os SDSMAS's e a rede de cuidados primários.

Classificação Económica da Despesa	
Código	Descrição
100000	Despesas Correntes
110000	Despesas com o Pessoal
111000	Salários e Remunerações
112000	Outras Despesas com o Pessoal
120000	Despesas com Bens e Serviços
121000	Bens
122000	Serviços
140000	Transferências Correntes
200000	Despesas de Capital
210000	Bens de Capital
230000	Outras Despesas de Capital

3.1 Actividades de funcionamento – Despesas com Bens e Serviços

Os gestores distritais vão calcular os fundos necessários para os gastos correntes em bens e serviços:

a) Com base na capacidade instalada prevista que inclui: (i) rede sanitária (número e tipo de US), (ii) recursos materiais a serem disponíveis (transporte, geleiras, autoclaves, etc), na situação geográfica (distâncias) e nas despesas do ano anterior, as rubricas de:

Combustíveis Manutenção

Cálculo

Combustíveis:

Transporte = $(\text{Carro } 2-3,000 \text{ Km/mês} \times 0.15 \text{ l/Km} \times \text{Preço}) + (\text{Mota } 20 \text{ l/mês} \times \text{Preço}) + (\text{Gerador } 300 \text{ l/mês} \times \text{preço})$

Petróleo PAV = $N^{\circ} \text{ geleiras} \times N^{\circ} \text{ meses ano} \times 30 \text{ l/mês} \times \text{Preço} \times 0.20 \text{ taxa desperdício}$

Petróleo Outros = $(N^{\circ} \text{ Incineradores} \times N^{\circ} \text{ meses ano} \times 20 \text{ l/mês} \times \text{Preço}) + (N^{\circ} \text{ Autoclaves} \times N^{\circ} \text{ meses ano} \times 12 \text{ l/mês} \times \text{Preço})$

Gás = $N^{\circ} \text{ geleiras} \times N^{\circ} \text{ meses ano} \times 4 \text{ botijas/mês} \times \text{Preço}$

NB: Os km a percorrer (entre 2.000 e 3.000 Km/mês), devem ser decididos tomando em conta o tamanho do distrito e a distância de cada distrito em relação à capital Provincial.

Manutenção de:

Instalações = $(N^{\circ} \text{ CS} \times \text{Índice de Custo}) + (N^{\circ} \text{ PS} \times \text{Índice de Custo}) + (N^{\circ} \text{ Casa Saúde} \times \text{Índice de Custo})$

Equipamento = $(N^{\circ} \text{ CS} \times \text{Índice de Custo}) + (N^{\circ} \text{ PS} \times \text{Índice de Custo})$

Viaturas = $(N^{\circ} \text{ de viaturas} \times \text{Índice de Custo}) + (N^{\circ} \text{ de motas} \times \text{Índice de Custo}) + (N^{\circ} \text{ de geradores} \times \text{Índice de Custo})$

Manutenção e reparação de instalações, equipamento e transporte, deveria corresponder às necessidades do ano e não somente às necessidades relacionadas com as avarias ou problemas conhecidos na altura da planificação. Esta rubrica inclui a toda manutenção preventiva e não só dos veículos com avarias ou edifícios com problemas. Os índices de custo poderão ser ajustados até ao nível que se julgue que reflecte melhor as necessidades. Mas, mais uma vez, para tal é necessário programar de forma criteriosa, avaliar os resultados comparando os planos com o realizado, identificar as diferenças e as causas. Só assim se poderão ajustar os índices com bases sólidas.

→ Os fundos necessários para as manutenções são repartidos entre bens (70%) e serviços (30%).

b) Com base no número de DCO's projectados para a maternidade e internamento geral as rubricas de:

Outros Bens não Duradouros

Cálculo

Outros Bens não Duradouros

Alimentação = $\text{DCO's previstos} \times \text{Índice de Custo} \times \text{Factor de Ajuste}$

Higiene e Limpeza = $\text{DCO's previstos} \times \text{Índice de Custo}$

O factor de ajuste na rubrica de alimentação é a % acrescida à despesa prevista para mães acompanhantes, trabalhadores, etc.

c) Com base nos gastos do ano anterior – “gastos fixos”, rubricas de:

- Combustíveis de Cozinha**
- Material não Duradouro de Escritório**
- Comunicação**
- Renda de Instalações**
- Seguros**
- Representação**
- Água e Electricidade**
- Outros Serviços**

Cálculo

Rubricas “gastos fixo” = Despesa Ano n-2 x Coeficiente de Inflação

3.2 Transferências Correntes

Cálculo

Subsídio de funeral = Total trabalhadores x Nº médio pessoas p/família (5) x TMG = 20 p/ 1000 x valor subsídio

NOTAS

→ A participação d_____ é vital

Como proceder o cálculo das necessidades no Ficheiro de Trabalho excel

→ Nome da **FOLHA BASE DE CÁLCULOS** no *Guião de Planificação Distrital Parte II – Ficheiro excel – Fund Nec*

Esta folha contém o Total de Fundos Necessários para os SDSMAS's e toda a informação e cálculos estão automatizados. Sendo necessário efectuar todos os passos precedentes (actualização da folha índices de custos, recursos, projecção da actividade Saúde da Comunidade e Assistência Médica).

Bens e Serviços

a) Necessidades com base na capacidade instalada prevista: Uma vez introduzida a informação sobre os índices de custo e os recursos a serem disponíveis, os fundos necessários são calculados **AUTOMATICAMENTE** por US/ instituição.

b) Necessidades com base no número de DCO's projectados: Uma vez introduzida a informação sobre os índices de custo, os recursos a serem disponíveis e as actividades projectadas, os fundos necessários são calculados **AUTOMATICAMENTE** por US.

c) Com base nos gastos do ano anterior – “gastos fixos”: Para este grupo de rubricas, digitar os gastos do Ano n-2 e do Ano n-1. A previsão da despesa para o Ano n, será calculada **AUTOMATICAMENTE**.

Transferências Correntes - Subsídio de funeral calculado **AUTOMATICAMENTE**

Ajudas de Custo e Bens de Capital - Os fundos necessários para estas rubricas, são calculados na "Folha A Espec" e reflectidas **AUTOMATICAMENTE** nesta folha.

3.2 Actividades específicas e Bens de Capital

Os gestores distritais vão calcular os fundos necessários para: (i) deslocações à capital provincial para participar em reuniões periódicas obrigatórias, realizar tarefas administrativas de rotina, etc, (ii) fundos necessários para realizar as acções complementares, que vão permitir o alcance dos objectivos e metas estabelecidos, garantindo a qualidade, a eficiência e a eficácia dos cuidados prestados.

a) Actividades específicas – A maior parte da previsão de despesa nas actividades específicas será em ajudas de custo, para as actividades relacionadas com:

- Reuniões cursos e seminários
- Deslocações - supervisões, deslocações à capital provincial e outras
- Brigadas móveis

Inquéritos/ investigação
Outras acções

Fundos necessários para estas actividades são calculados com base no número de: dias previstos, vezes por ano, de participantes por categoria/ nível (superior, médio, básico, elementar) e material necessário, etc.

Cálculo

Ajudas de Custo = Número de participantes por nível x custo dia correspondente ao nível
Brigadas Móveis = Total dias homem x custo dia
NB: Total dias homem = Duração (Nºdias) x Nº de vezes ano x Nº de participantes

Como regra de base para calcular as ajudas de custo utiliza-se a fórmula em cima, contudo poderá haver especificidades a adicionar, dependendo do carácter do evento e da sua organização. Mais em baixo são copiadas as tabelas base de cálculo no *Guião de Planificação Distrital Parte II*

→ É importante calcular para cada actividade prevista o total de dias-homem necessários, para no fim comparar com a capacidade de execução em termos de dias-homem, que o distrito possui.

b) Previsão da Despesa para os Bens de Capital

Cálculo

Bens de Capital = Quantidade (Nº de itens) x Valor Unitário x Coeficiente de Inflação

NOTAS

→ A participação de _____ é vital

Como proceder o cálculo das necessidades no Ficheiro de Trabalho excel

→ Nome da **FOLHA BASE DE CÁLCULOS** no *Guião de Planificação Distrital Parte II – Ficheiro excel – A Espec*
Para esta folha, é necessário introduzir toda a informação:

a) Actividades Específicas – Ajudas de Custo: Para cada tabela relativa a cada actividade específica, introduzir toda a informação que diz respeito a acção a realizar, a sua duração, o nº de vezes, etc, baseando-se na programação das actividades específicas (Saúde da Comunidade e Assistência Médica), e os fundos necessários são calculados **AUTOMATICAMENTE**

b) Bens de Capital: Introduzir a informação sobre o número de itens a adquirir e o preço unitário, os fundos necessários são calculados **AUTOMATICAMENTE**

→ Os fundos necessários calculados nesta folha são reflectidos automaticamente na folha com o total de fundos necessários (**Fund Nec**) para os SDSMAS's.

→ Para cada uma das actividades é necessário indicar o Programa e Subprograma, de modo a que a despesa possa ser arrolada no respectivo PG/ SPG e organizar o orçamento por programa.

→ As actividades específicas programadas nas áreas de actividade da Saúde da Comunidade e da Assistência Médica e orçamentadas aqui, vão servir de base para a elaboração da MEL: PESOD MEL e MEO Modelos 2 e 3

3.4 Distribuição de fundos por fonte de financiamento e por rubrica Despesas com Bens e Serviços e Ajudas de Custo

Uma vez terminado o cálculo das necessidades é necessário fazer a distribuição dos fundos previstos por rubrica e por actividade. Para se obter uma distribuição equilibrada dos fundos, sugere-se que nesta etapa se sigam os seguintes passos, que incluem cálculos automáticos e semi-automáticos parte do ficheiro excel folha "**distr Fundos**":

- 1º Distribuição percentual dos fundos necessários por rubrica (operação efectuada automaticamente). Esta distribuição percentual vai servir de guia para a distribuição dos fundos previstos.
- 2º Distribuição manual dos fundos externos (FE) não flexíveis de projectos verticais (amarrados).
- 3º Cálculo do défice, fundos necessários menos os fundos dos projectos verticais e sua distribuição percentual (operação efectuada automaticamente).
- 4º Distribuição percentual (operação automática) dos fundos OE, PROSAÚDE e fundos externos flexíveis (ajuda orçamental); (i) a prioridade é a distribuição dos fundos às rubricas de funcionamento; (ii) atribuir uma % de fundos para as actividades específicas (ajudas de custo), entre 10 e 20%.
- 5º Análise da distribuição obtida, comparando a distribuição percentual dos fundos necessários com a dos previstos e o défice existente nas diferentes rubricas.
- 6º Distribuição manual da Receita Esperada e reajustes manuais, até obter-se uma distribuição equilibrada entre as necessidades, os fundos previstos e as prioridades do distrito.
- 7º Fazer priorização das actividades específicas e distribuir os respectivos fundos (entre 10% e 20% do total de fundos previstos) por Programa/ Subprograma.

A receita esperada, apesar de representar uma fonte de financiamento importante, os valores cobrados na maioria dos distritos não são suficientemente altos para se fazer a sua distribuição em todas as rubricas. É portanto recomendável proceder a uma distribuição manual para poucas rubricas, avaliando sempre o resultado obtido da distribuição dos fundos no seu todo.

Como critério base, deveria procurar-se criar um equilíbrio do nível de financiamento entre as rubricas, contudo privilegiando os bens e serviços – gastos correntes. A planificação é a escolha criteriosa de actividades a realizar para melhorar os cuidados prestados, num ambiente de restrição de recursos. Nesta fase crítica da planificação é conveniente manter o mesmo esquema seguido na programação e orçamentação mantendo uma distinção entre fundos necessários para os bens e serviços e os fundos para as ajudas de custo. A % de fundos atribuídos às actividades específicas, nas rubricas correspondentes a outras despesas com pessoal, não deveria ser superior a 20% dos fundos previstos para a despesa corrente (outras despesas com pessoal e bens e serviços).

Uma vez “concluída” a orçamentação, é vital fazer a análise da disponibilidade de fundos no global (défice) e específico para algumas áreas críticas de prestação de cuidados. Pode ser útil definir medidas de “protecção” de áreas críticas tais como, combustíveis para evacuação de doentes graves e de mulheres grávidas. Isto poderia ser feito estabelecendo uma quota mínima de combustível de reserva que o distrito deve possuir sempre e que não possa ser utilizado para outras actividades menos críticas como supervisões, etc. A % por rubrica é útil como critério de distribuição de fundos e também para avaliar o equilíbrio obtido na distribuição de fundos comparando as % por rubrica dos fundos necessários com a dos fundos previstos.

Os mapas, tabelas com a actividade projectada, os fundos necessários e a distribuição dos fundos previstos, são instrumentos essenciais de implementação dos planos e de gestão dos serviços. A sua organização deve reflectir a sua utilização pelo sector e a sua divulgação pelos actores chave é de extrema importância.

NOTAS

→ A participação d_____ é vital

Como proceder o cálculo das necessidades no Ficheiro de Trabalho excel

→ Nome da **FOLHA BASE DE CÁLCULOS** no *Guião de Planificação Distrital Parte II – Ficheiro excel – Distr Fundos*

Esta folha tem a finalidade de auxiliar na distribuição equilibrada dos fundos previstos de todas fontes de financiamento pelas rubricas orçamentadas. A tabela nesta folha é composta por:

a) Total de Fundos Necessários (1) e sua Distribuição Percentual (% rubrica sobre o total de bens e serviços e % rubrica sobre o total despesas correntes), é calculado **AUTOMATICAMENTE**.

b) Total de Fundos Previstos e sua Distribuição Percentual (% rubrica sobre o total de bens e serviços e % rubrica sobre o total despesas correntes), soma **AUTOMÁTICA** da distribuição dos fundos por fonte de financiamento.

c) Fundos Externos Projectos, introduzir **MANUALMENTE** a informação sobre os fundos externos "amarrados" por fonte de financiamento.

d) Total de Fundos Necessários (2) e sua Distribuição Percentual. Esta nova distribuição é a diferença, efectuada automaticamente, entre o total das necessidades e os Fundos Externos Projectos (que só podem ser utilizados para rubricas fixas definidas pela ONG/ financiador). A nova distribuição percentual será utilizada para distribuir os fundos "flexíveis".

e) Fundos OE e Fundos Externos (Ajuda Orçamental) - Com base na 2ª distribuição percentual dos fundos necessários, proceder a distribuição dos Fundos Previstos: OE, PROSAÚDE e FE - Ajuda Orçamental.

f) Distribuição manual da Receita Esperada (por poucas rubricas) e proceder a pequenos reajustes manuais até obter-se uma distribuição equilibrada entre: necessidades, fundos previstos e prioridades.

3.4 Orçamentação dos Salários e Remunerações

O salário dos funcionários do Estado corresponde a soma do vencimento-base determinado pelo índice correspondente ao escalão, classe ou categoria e grupo salarial da carreira em que o funcionário está enquadrado e dos suplementos. Os gestores distritais vão fazer a previsão e elaboração do orçamento do fundo de salários com base em: i) pessoal existente, ii) pessoal a entrar e a sair, iii) previsão de promoções, progressões, mudanças de carreira e nomeações para cargo de direcção, nas rubricas de:

Vencimento Base do Pessoal do Quadro

Vencimento Base do Pessoal Fora do Quadro

Pessoal Aguardando Aposentação

Gratificação de Chefia

Outras Remunerações Certas (Bonus Especial, Abonos de Família, Bonus de Antiguidade, Subsídio de Risco, Subsídio de Turno)

Remunerações Extraordinárias (horas extraordinárias)

Outras

Cálculo

O cálculo é efectuado para cada grupo salarial de acordo com o respectivo vencimento-base e com a % de suplementos fixado para o mesmo. Este pode ser efectuado utilizando duas metodologias distintas, que são: (i) Decreto anual que aprova os valores de índice 100 previstos para todos os grupos salariais existentes; (ii) Tabela salarial que contém o vencimento-base calculado para todas as carreiras e categorias constantes do Sistema de Carreiras e Remuneração, assim como o vencimento pago aos titulares de cargos de direcção, chefia e confiança.

Vencimento Base do Pessoal do Quadro = *Nº de profissionais em cada grupo salarial x Salário base x 12 meses*

Vencimento Base do Pessoal Fora do Quadro = *Nº de profissionais em cada grupo salarial x Salário base x 12 meses*

Pessoal Aguardando Aposentação = *Nº de profissionais em cada grupo salarial x Salário base x 12 meses*

Gratificação de Chefia = *Total Salário Base Projectado em cada grupo salarial x 25%*

Outras Remunerações Certas

Bonus Especial = *Total Salário Base Projectado em cada grupo salarial x %*

Subsídio de Risco = *Total Salário Base Projectado em cada grupo salarial x 10%*

Subsídio de Turno⁴

= Total Salário Base Projectado em cada grupo salarial x 15%

O bonus especial é atribuído aos funcionários de nível médio e superior e é fixado nas seguintes percentagens a incidir sobre o respectivo vencimento da carreira, categoria ou função exercida:

Categoria	%
Professores do ensino superior e licenciados em medicina	75%
Especialistas e outros licenciados	60%
Bacháreis	40%
Técnicos médios formados pelos institutos do ensino profissional, enfermeiros e técnicos de saúde especializados e professores de nível médio	30%
Extraído de: Decreto n.º 54/2009 de 8 de Setembro - Artigo 24	

NOTAS

→ A participação do responsável dos recursos humanos é vital

Como proceder o cálculo das necessidades no Ficheiro de Trabalho excel

→ Nome das **FOLHAS BASE DE CÁLCULOS** no *Guião de Planificação Distrital Parte II – Ficheiro excel – Mod5- 1 Salário, Mod5- 2 Salário, RN Quadro e RN Fora Quadro*

Para esta folha, é necessário introduzir toda a informação:

a) Actividades Específicas – Ajudas de Custo: Para cada tabela relativa a cada actividade específica, introduzir toda a informação que diz respeito a acção a realizar, a sua duração, o nº de vezes, etc, baseando-se na programação das actividades específicas (Saúde da Comunidade e Assistência Médica), e os fundos necessários são calculados **AUTOMATICAMENTE**

b) Bens de Capital: Introduzir a informação sobre o número de itens a adquirir e o preço unitário, os fundos necessários são calculados **AUTOMATICAMENTE**

→ Os fundos necessários calculados nesta folha são reflectidos automaticamente na folha com o total de fundos necessários (**Fund Nec**) para os SDSMAS's.

Chegada a esta fase de planificação, os SDSMAS's possuem um plano completo, com toda a informação para servir de documento plano de implementação interna nos SDSMAS's, base para alimentar o PESOD, assim como o PES PROVINCIAL.

4. FICHAS DO PESOD

4.1 PESOD Diagnóstico & MEO Modelo 1

PESOD Diagnóstico

Ficha de Diagnóstico e Prognóstico Orçamental - Cobrança de Receita Consignada

⁴ Para profissionais com direito a este subsídio

Metodologia para a Elaboração do Orçamento do Estado (MEO) Modelo1

Receitas Consignadas e Próprias

As fichas PESOD diagnóstico e MEO Modelo 1 são tabelas de apresentação obrigatória no PESOD, estas servem para recolher os dados sobre a receita. Uma vez feitas as projecções na "folha receita" esta é reflectida automaticamente, nestas duas tabelas

4.2 Matriz de Enquadramento Lógico (PESOD MEL, MEO Modelos 2 e 3)

PESOD MEL

Metodologia para a elaboração do orçamento do estado Modelo2

Enquadramento na Planificação e Caracterização da Acção

Metologia para a elaboração do orçamento do estado, Modelo3

Metas Físicas da Acção

PESOD MEL, MEO Mod 2 e MEO Mod3, são as matrizes de enquadramento Lógico e são de apresentação obrigatória no PESOD. Estas devem ser preenchidas MANUALMENTE uma para cada actividade específica, com base na informação das tabelas indicadas anteriormente: Programação Actividades Específicas e Distribuição Fundos Previstos por Programa e Subprograma.

4.3 Metodologia para a Elaboração do Orçamento do Estado, Modelo5

Actividade Orçamental

Tabela de apresentação obrigatória no PESOD, servem para apresentar o orçamento e deve ser preenchida uma tabela para cada fonte de recurso. Uma vez efectuada a distribuição por rubrica para cada fonte de financiamento, esta é reflectida automaticamente.

MATERIAL BIBLIOGRÁFICO CONSULTADO

Guiões para Elaboração de Planos Anuais, de Relatórios Anuais e de Supervisão	
MiSau (2006)	Guião e Instruções para a elaboração do Relatório Anual Provincial Versão 2 (Versão Revista e Simplificada – Draft)
MiSau, Departamento de Planificação e Cooperação (2005)	Guião de Planificação e Operacional e Gestão Integradas. Versão Provisória
MiSau, (1984).	Guia de Planificação, Organização e Avaliação para Centros de Saúde
MPD/ MF, (2007)	Metodologia para Elaboração do PES e OE – PESOE em ênfase do nível Provincial – PESOP do nível Distrital – PESOD Principais conceitos e procedimentos
MPD/ MF, (2007)	Metodologia para Elaboração do PES e OE – PESOE em ênfase do nível Provincial – PESOP do nível Distrital – PESOD Manual do Formador
MPD, ().	Tabelas de Planificação PESOD
MPD, ().	Manual Operacional do Usuário da UGB . Módulo de Elaboração Orçamental – MEO. Um módulo do e-SISTAFE.
MPF e MAE (2002)	Planificação Distrital Manual Nº 1 – O Plano Distrital de Desenvolvimento
MPF e MAE (2002)	Planificação Distrital Manual Nº 2 – O Ciclo Anual da Planificação
MPF e MAE (2002)	Planificação Distrital Manual Nº 3 – Diálogo com a Sociedade Civil
MiSau, (2003)	Guião para o Gestor Distrital de Saúde, AMREF e UNICEF
Scuccato R., Costa J.L., (1997).	Guião para Supervisão de Centros de Saúde, MiSau e UNICEF
Cursos e Material de Formação	
MiSau, Departamento de Planificação e Cooperação. (2009).	Curso Integrado Planificação, Monitoria e Avaliação e Sistemas de Informação em Saúde – Manual do Facilitador
MiSau, Departamento de Planificação e Cooperação. (2009).	Curso Integrado Planificação, Monitoria e Avaliação e Sistemas de Informação em Saúde – Manual do Participante
HAI – Sofala 2009	Formação Residencial para Equipas Multidisciplinares
Exemplos de Guiões de Planificação Distrital e Guiões de Suervisão de outros países	
Cumbi A. Et al, (2002)	Guide pour la Microplanification Operationnelle et Financière Integree - Bénine Guião de Planificação Distrital – Angola
Flahault D., Piot M. e Franklin A. (1988)	The Supervision of Health Personnel at District Level, WHO
Green A. et al, (2002)	Strategic Health Planning: Guidelines for Developing Countries
South African Department of Health (2003)	Guidelines for District Health Planning and Reporting
The Health Communication Unit, at the Centre for Health Promotion, University of Toronto, (2001)	Introduction to Health Promotion Program Planning
USAID	Participant’s Manual District Health Planning - Pakistan’s Districts That Work Project
Outro Material Bibliográfico	
WHO – Vaughan J.P. e Morrow R.H. (1989)	Manual of Epidemiology for District Health Management

ANEXOS

ANEXO 1 – PERFIL SANITÁRIO DA ÁREA DE SAÚDE

1. Mapa do Distrito: (i) Localização geográfica, (ii) Divisão Administrativa, (iii) Vias de Acesso
2. Dados populacionais e Características Demográficas
3. Características Sócio-Económicas e Culturais: (i) Educação, (ii) Saúde, (iii) Agricultura, (iv) Pecuária, (v) Pesca, (vi) Indústria/ Comércio
4. Características do Meio Ambiente
5. Saneamento do Meio

Perfil Sanitário da Área de Saúde - Informação Sumária de Indicadores Seleccionados					
	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4	Ano 5
1 – População do distrito					
População total estimada					
Grupos Alvo					
Crianças 0-11 meses					
Crianças 0-4 anos					
Mulheres em Idade Fértil					
Grávidas Previstas					
Partos Esperados					
Grupos Alvo Vacinas					
BCG					
DPT (1ª e 3ª)					
VAS					
MIF (sem grávidas)					
2 – Estado de Saúde					
Estado Nutricional					
Taxa de baixo peso à nascença					
Taxa de mau crescimento					
Morbilidade					
Mortalidade					
Taxa de natimortalidade					
3 – Recursos Disponíveis					
Unidades Sanitárias					
Número por tipo de US					
Número total de US's necessárias					
Número total de US's em funcionamento					
% sobre as necessidades					
Raio teórico de acção					
% população com acesso directo					
Camas					
Número total de camas					
Número de camas de maternidade					
Pessoal Técnico de Saúde					
Finanças					
Total de fundos disponíveis					
Total de fundos gastos					
4 – Actividade Realizada e coberturas					
Número de partos institucionais					
% de cobertura por partos institucionais					
Número de consultas externas					
Consulta por habitante					

ANEXO 2 – CRITÉRIO PARA DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS HUMANOS A NÍVEL DISTRITAL

Exemplos para decidir o número, a(s) US(s) e/ou o(s) serviço(s) onde colocar o novo pessoal.

Atribuição de recursos por serviços (consultas, internamento, SMI, etc). Para isso, nalguns casos será necessário proceder à uma análise mais detalhada para utilizar as UA's para este fim e noutros a actividade realizada poderá ser utilizada sem necessidade de transformá-la em UA's.

- **EG, EB – cuidados de enfermagem, utilizar:**
 - Actividade do internamento (medicina, pediatria e cirurgia), para definir o número de enfermeiros a atribuir por enfermaria. Aqui deve-se tomar em consideração uma equipa para os turnos, a necessidade de um(a) enfermeiro(a) chefe do serviço fora da escala onde o volume de actividade o justifique. Também, pode-se considerar um número diferente de enfermeiros nos diferentes turnos de acordo com as necessidades. Em geral o turno de dia ocupa mais o pessoal das enfermarias.
- **AM's – consultas (triagens), utilizar:**
 - Número de consultas externas, para quantificar o número de AM's a colocar nas consultas em cada US.
- **ESMI's – serviços de SMI de US's**
 - UA's SMI (calculadas a partir dos contactos de SMI, dos partos e do total dias de internamento da maternidade), para definir o número de ESMI's e/ ou a US a atribuir o pessoal.
- **ESMI's – serviços de uma US, decidir em que serviço colocar novas ESMI's numa US com base a uma análise comparativa da carga de trabalho dos diferentes serviços utilizando a seguinte informação:**
 - UA's maternidade (calculadas a partir do número de partos e do internamento da maternidade), para definir o número de enfermeiras a colocar na maternidade. Aqui, aplica-se o mesmo raciocínio do outro internamento.
 - Total de contactos de SMI (calculadas com base na CPN, PP, PF, criança sadia), para decidir o número de enfermeiras a colocar nestes serviços. No âmbito da nova abordagem a qual preconiza que somente a ESMI vai se ocupar das vacinações, esta actividade deveria ser incluída nas actividades da ESMI.

O critério das UA's deve ser considerado como critério de base e ajustado de acordo com outros parâmetros, (de equidade); é importante usar sempre o senso comum.

O exercício da colocação de recursos humanos para a rede sanitária em funcionamento, é, em parte um exercício de avaliação da utilização do pessoal de saúde existente, para colocar o novo pessoal de acordo com as 'lacunas' identificadas. A colocação de novo pessoal recebido, numa US ou serviço de atendimento externo, deve tomar em consideração o espaço de trabalho existente.

As UA's cobrem a maior parte da actividade realizada nas US's e podem, portanto servir de base para a colocação da maior parte dos recursos humanos. Há algumas categorias profissionais cujas necessidades ou decisão sobre a sua distribuição pode ser baseada directamente na actividade reportada no módulo básico. Para outras categorias será necessário elaborar critérios que tenham como referência a actividade reportada nas UA's.

O PROCESSO PARA O CÁLCULO DAS NECESSIDADES EM RECURSOS HUMANOS E DEFINIÇÃO DA CARGA DE TRABALHO IDEAL

O processo para a definição de critérios para o cálculo das necessidades com base nas UA's comporta basicamente três etapas, que são: (i) a definição da actividade-padrão, que no caso de Moçambique é parte integrante das UA's. (ii) a definição do total dias de trabalho disponíveis por ano e (iii) definição da carga de trabalho padrão ideal.

Revisão do Total Dias e Horas Disponíveis para Atendimento Directo ao Doente

Na **Tabela 20**, nas colunas designadas por actual, é apresentada a informação utilizada para definir a carga de trabalho ideal em uso em Moçambique.

Tabela 20 – Nº de Dias e Horas Disponíveis por Ano para Atendimento Directo ao Doente

		Horas	Dias	Semanas
A	Total de semanas que não se trabalha (férias, feriados, doença, formação e outros)			10
B	Total semanas (possíveis) de trabalho, [52 – a]			42
C	Total dias disponíveis de trabalho [b x 5 dias trabalho]		210	
D	Total horas dia de trabalho	8		
E	Total horas dedicadas à registos, intervalo, etc	3		
F	Total horas dia de atendimento directo ao doente	5		
G	Total horas de trabalho por ano [f x c]	1050		

O total de dias disponíveis de trabalho por ano, é obtido subtraindo o total de dias em que o pessoal de saúde está ausente da US. Actual corresponde a: 4 semanas de férias e 2 semanas de feriados, doença, formação, reuniões e outras ausências. Proposta revisão corresponde a: 4 semanas de férias, 2 semanas de feriados (cerca 15 dias ano), 4 semanas que correspondem a cerca 12 dias de formação e 7 dias de outras ausências. Os dados deste levantamento sugerem que o pessoal ausenta-se cerca de 10 semanas ano em vez das 6 semanas consideradas actualmente.

Carga de Trabalho Ideal

A actual carga de trabalho padrão corresponde a 6,300 – 9,000 UA's por ano. Foi obtido considerando que:

- Para um profissional de saúde realizar uma UA gasta 10mns → 1 UA = 10mns
- Portanto, numa hora de tempo podem ser realizados 6 UA's → 60mns ÷ 10mns = 6
- E que durante um dia são realizáveis 30 UA's → 6 UA's x 5 horas = 30
- Assim, a carga de trabalho para um ano é igual a – 210 dias de trabalho ano x 30 UA's dia = 6,300 UA's ano

ANEXO 3 – INDICADORES

Qualidade dos dados: É muito importante ter sempre em mente os aspectos de qualidade da informação antes de calcular qualquer indicador. Ex: Por vezes algumas US's atrasam ou não enviam informação de um ou mais meses, o que causa subnotificação da actividade realizada. Calcular um indicador na base de informação incompleta, vai induzir á conclusões erradas.

Em geral os cálculos dos indicadores deveriam ser efectuados com dados representativos de um ano. Em caso de falta de notificação de alguns meses, a informação deveria ser ajustado pelos meses em falta para representar todo o ano. Porém, é necessário uma certa cautela com os ajustes da informação em falta. Este critério não deve ser aplicado para US's que não notificaram, porque de facto estiveram encerradas. Também, se houver muitos meses em falta, 6 ou mais meses, as projecções arriscam estimar com menos "precisão".

Este sub-capítulo inclui uma selecção de indicadores de programas prioritários no concernente a:

- Estado de saúde
- Disponibilidade de recursos
- Coberturas e níveis de utilização
- Eficiência
- Eficácia
- Qualidade

Sempre que possível são incluídos:

- A definição
- O objectivo
- Como calcular
- Algumas considerações importantes

Indicadores de Estado de Saúde

Taxa de mau crescimento

Definição

A taxa de mau crescimento indica o estado de nutrição na comunidade.

Cálculo

Número total de crianças com mau crescimento, dividido pelo número total de crianças no controle de crescimento e multiplicado 100

$$\text{Crianças com mau crescimento} \div \text{Total crianças controle crescimento} \times 100$$

$$\frac{\text{Número total de crianças mau crescimento}}{\text{Total de crianças controle crescimento}} \times 100$$

Taxa de baixo peso à nascença

Definição

A taxa de baixo peso à nascença indica o estado de nutrição na comunidade. Considera-se como limite máximo aceitável 7%.

Cálculo

Número total de nados vivos com menos de 2.500 grs, divididos pelo total nados vivos e multiplicado por 100

$$\text{Nados vivos com menos de 2.500 grs} \div \text{Total nados vivos} \times 100$$

$$\frac{\text{Nados vivos com menos de 2.500 grs}}{\text{Total nados vivos}} \times 100$$

Taxa de natimortalidade

Cálculo

Número total de nados mortos, divididos pelo total nados vivos e multiplicado por 1000

$$\text{Nados mortos} \div \text{Nados vivos} \times 1000$$

$$\frac{\text{Nados mortos}}{\text{Total nados vivos}} \times 1000$$

Algumas considerações

Este conjunto de indicadores é utilizado para “medir” o estado de saúde da comunidade. Apesar da sua utilidade em dar uma indicação da evolução do estado de saúde numa área de saúde, deve-se ter em mente que não são representativos de toda a comunidade mas sim da população que tem acesso e utiliza os serviços de saúde. Quanto mais baixo for o acesso e as coberturas, menos representativos serão estes indicadores do estado de saúde da comunidade.

Indicadores de Disponibilidade de Recursos

Rede Sanitária e Recursos Humanos

Habitantes por US

Definição

A razão habitantes por US, é um indicador de disponibilidade e de potencial acesso aos cuidados de saúde.

Cálculo

Número total de US's, dividido pelo total da população da área de saúde.

$$\text{Número total de US's} \div \text{População}$$

$$\frac{\text{Número total de US's}}{\text{População}}$$

Algumas considerações

Este indicador pode ser calculado também por tipo de US: hospital, CS, etc.

Raio teórico de acção

Definição

O raio teórico de acção “mede” a distância que os habitantes que residem mais longe têm que percorrer para aceder a uma US. Quanto menor é o valor do raio de acção, maior é a acessibilidade aos serviços, e vice-versa.

Cálculo

Divide-se a superfície da sub-área pelo Nº de US's existentes na mesma zona, para obter a superfície que, em média, corresponde a cada US. Assume-se que essa superfície é circular para determinar o raio do círculo que lhe corresponde.

Indicador cama por 1000 habitantes

Definição

O indicador cama por 1000 habitantes mede a capacidade de internamento de uma área de saúde.

Cálculo

Este indicador é obtido multiplicando o número de camas por mil e dividindo o resultado pelo total de habitantes no distrito.

Pode ser calculado para: i) o total de camas (camas por 1000 habitantes), ii) camas de maternidade (camas por 1000 MIF), etc.

i) Número total camas x 1000 ÷ População

$$\frac{\text{Número total de camas x 1000}}{\text{População}}$$

ii) Camas de maternidade x 1000 ÷ MIF

$$\frac{\text{Camas de maternidade x 1000}}{\text{MIF}}$$

Habitantes por profissional de saúde

Cálculo

Este indicador é obtido dividindo o número de profissionais de saúde pelo total de habitantes no distrito.

Pode ser calculado para o total de profissionais de saúde ou por categoria, etc.

Número de profissionais de saúde ÷ População

$$\frac{\text{Número de profissionais de saúde}}{\text{População}}$$

Objectivos dos indicadores de disponibilidade da rede sanitária

- Medir a disponibilidade e potencial acesso aos serviços de saúde
- Comparar o acesso aos cuidados de saúde entre sub-áreas de saúde para apoiar nas decisões sobre: i) escolha da estratégia de vacinação e ii) expansão da rede sanitária (localização de novas US's, onde aumentar o número de camas e colocar novo pessoal). Na decisão da expansão da rede o critério populacional deve ser complementado pelo nível de utilização da infraestrutura existente.

Padrões de Referência Rede Sanitária

CS/ habitante – áreas com baixa densidade	1 CS 40.000 habitantes
CS/ habitante – áreas com alta densidade	1 CS 70.000 habitantes
Total de camas	1 cama por 1000 habitantes
Raio teórico de acção	Limite máximo aceitável 10 Km.

Medicamentos - PME

Definição

% Teórico/Realizado, indica a % de consultas, que foi coberta pelos medicamentos PME. Resultados próximos de 100% são satisfatórios, enquanto que valores muito baixos indicam falta de medicamentos e muito altos esbanjamento; se nas consultas externas não foram incluídas as realizadas por APE's, os kits C deverão ser excluídos do cálculo.

Cálculo

Este indicador é obtido dividindo o número teórico de consultas realizáveis⁵ pelo número de consultas realizadas e multiplicando o resultado por 100.

(Número de kits A x 1000) + (Número de Kits B x 500) ÷ Número de Consultas realizadas x 100

$$\frac{(\text{Kits A x 1000}) + (\text{Kits B x 500})}{\text{Consultas realizadas}} \times 100$$

Indicadores de Cobertura e Utilização dos Serviços

Consulta por Habitante

Definição

A consulta por habitante, é um indicador de utilização de serviços, que indica quantas vezes em média cada habitante da área de saúde foi às consultas num ano.

Objectivo

- Medir o nível da utilização dos serviços
- Comparar o nível de utilização de serviços entre sub-áreas de modo a identificar áreas que precisam de maior atenção. Portanto, sempre que possível, (população conhecida) é recomendável calcular o indicador por sub-áreas de saúde.

Cálculo

Número total de 1^{as} consultas realizadas durante um ano, divididas pelo total da população da área de saúde do mesmo ano.

Número de 1^{as} consultas ÷ População = Consulta por habitante

$$\frac{\text{Número de 1ª consultas}}{\text{População}}$$

NB: Consultas externas, devem ser incluídas as consultas de todo o SNS, isto é, realizadas em P.S., C.S., H.R. e H.P/C.. Para as consultas de APE's e Socorristas, veja nota a seguir;

Algumas considerações

Nos últimos anos, no país o valor deste indicador está em volta de 1 consulta por habitante. As zonas urbanas têm valores em volta de __

É extremamente importante procurar interpretar os indicadores calculados

Por exemplo: Valores de consulta por habitante acima de 2 em ambiente rural devem ser motivo para se efectuar uma verificação dos dados. Mas, também se houver baixas utilizações em áreas com muita população, deveria ser motivo de preocupação e investigação das causas.

⁵ Número de consultas realizáveis = (Número de kits A x 1000) + (Número de Kits B x 500)

Coberturas PAV – grupo etário de 0 à 11 meses

Cálculo

A cobertura é obtida dividindo o número de crianças vacinadas pelo total das crianças em cada grupo alvo e multiplicando o resultado por 100.

$$\text{Número de crianças vacinadas} \div \text{Total de crianças no grupo alvo} \times 100$$

$$\frac{\text{Crianças vacinadas}}{\text{Crianças no grupo alvo}} \times 100$$

Indicadores de Eficiência

Tempo médio de permanência

Definição

Tempo médio de permanência, mede a permanência dos doentes no CS. É um indicador de eficiência e qualidade do internamento.

Cálculo

$$\text{Dias cama ocupada} \div \text{Total de altas no mesmo período}$$

$$\frac{\text{Dias cama ocupada}}{\text{Total de Altas}}$$

Taxa de Ocupação de Camas

Definição

Este é um indicador de eficiência, que mede a utilização das camas num distrito/província. São aceitáveis valores entre 60% a 85%.

Cálculo

A taxa de ocupação de camas é calculada dividindo os DCO's pelos dias-camas disponíveis⁶ do mesmo período em análise e multiplicando o resultado por 100.

$$\text{Dias cama ocupada} \div \text{Dias cama disponíveis}$$

$$\frac{\text{Dias cama ocupada}}{\text{Dias cama disponíveis}} \times 100$$

Padrões de Referência TMP

Pediatria	até 5 dias
Medicina	até 10 -15 dias
Maternidade	até 3 - 4 dias

Produtividade do Pessoal

Objectivo

Para além de servir para medir o desempenho do pessoal de saúde, pode ser utilizado, junto com outra informação para avaliar as necessidades em pessoal dum distrito/província, assim como para apoiar na colocação dos distribuições dos humanos entre as US's do distrito.

⁶ Dias-camas disponíveis = número de camas existentes multiplicado pelo número de dias em análise

Produtividade global

Definição

Este é um indicador de eficiência, que mede a produtividade global do sector saúde e permite uma avaliação sumária do desempenho de profissionais que desempenham múltiplas tarefas.

Cálculo

É calculado dividindo o Total das Unidades de Atendimento pelo pessoal com formação, (deve ser excluído o pessoal administrativo).

Pode ser calculado também por área de actividade e para categorias específicas:

- Curativa, somando as UA's correspondentes a DCOs (excluídos da maternidade) e Consultas Externas, e dividindo pelo total de profissionais desta área (médicos, TM, AM, Enfermeiros de todos os níveis)
- Preventiva, somando as UA's correspondentes a Contactos de SMI, Vacinações, Partos e DCO's da maternidade e dividindo pelo total de TMP, AMP, ESMI e Parteiras Elementares.
- Enfermeiras de SMI, somando as UA's correspondentes a Contactos de SMI, Partos e DCO's da maternidade e dividindo pelo total de ESMI e Parteiras Elementares.

São aceitáveis valores entre 6,000 a 9,000 UA's por profissional.

Algumas considerações

A qualidade dos dados é muito importante. A sob/ sobrenotificação de uma ou mais actividades incluídas nas UA's, anula todo o significado e a utilidade deste indicador. Na dúvida sobre a qualidade dos dados é conveniente não calcular as UA's. Para efeitos de colocação do pessoal, é importante considerar o tempo "real" que cada categoria gasta no atendimento directo dos doentes. Algumas categorias têm muitas outras tarefas como, direcção, administração, etc.

Número de consultas por profissional de saúde

Definição

A razão consultas/clínico é um indicador de eficiência na utilização do pessoal de saúde afecto ao sector do atendimento externo", e indica o número médio de consultas realizadas por cada profissional de saúde por ano (dia).

Cálculo

Número total de consultas realizadas durante um ano, divididas pelo número total de clínicos que realizam as consultas externas.

Número total de consultas ÷ Número de clínicos = Consultas por clínico

$$\frac{\text{Número total de consultas}}{\text{Número de clínicos}}$$

Algumas considerações

Em princípio, é recomendável calcular este indicador só para as US's onde há pessoal que só efectua consultas. No caso de US's nas quais o "pessoal executa tarefas múltiplas, é mais apropriado calcular a produtividade em UA's (e portanto considerá-la como resultante do conjunto das consultas externas com as outras actividades)".

"Uma boa produtividade - no pressuposto de qualidade aceitável - é de 40 consultas-dia. Abaixo de 20 a produtividade é baixa. Acima de 60 é excessiva, em detrimento da qualidade".

Indicadores de Eficácia

Taxa de frequência CPN

Cálculo

Número total de CPN ÷ Número de 1ª CPN

$$\frac{\text{Número total de CPN}}{\text{Número de 1ª CPN}}$$

Taxa de natimortalidade c/ foco +

Cálculo

Número Nados mortos c/ foco (+) ÷ total nados mortos x 1000

$$\frac{\text{Nados mortos c/ foco (+)}}{\text{Total nados mortos}} \times 1000$$

GUIÃO DE PLANIFICAÇÃO DISTRITAL EM SAÚDE PARTE II

	<i>Nome da Folha</i>	<i>Página</i>
1 TABELAS INTRODUTÓRIAS		96
1.1. INTRODUÇÃO E ORGANIZAÇÃO	Introd	96
1.2. INTRODUÇÃO AOS PROGRAMAS E SUBPROGRAMAS PARA O SECTOR SAÚDE	Programa	105
1.2.1. Matriz de Enquadramento Lógico - Programas e Subprogramas para o Sector Saúde		105
1.2.2. Sumário da Estrutura de Programas e Subprogramas com Relativos Códigos para o Sector Saúde		106
2 TABELAS AUXILIARES		107
2.1. ÍNDICES E TAXAS	Índices	107
Informação de Base		
Dados Demográficos		
Distribuição de Recursos		
Total Dias Ano		
Produtividade		
Índices de Custo		
Preços Atendimento Hospitalar		
2.2. DADOS POPULACIONAIS	Pop	108
Projeção População Total e Grupos-Alvo de Programas Prioritários		
2.3. RECURSOS	Recurso	109
Número de US's		
Número de Camas		
Número de Viaturas		
Número de Motas		
Número de Geleiras		
Número de Profissionais de Saúde por Nível de Formação		
<i>Informação Complementar só para Efeitos de Orçamentação</i>		
Número de casas da saúde		
Número de carros por tipo de combustível (gasóleo/ gasolina), Km à percorrer por mês e nº de meses ano a circular		
Número de geleiras (gás, petróleo), geradores, autoclaves, incineradores		
3 PROGRAMAÇÃO E ORÇAMENTAÇÃO		110
3.1 PROJEÇÃO E PROGRAMAÇÃO DAS ACTIVIDADES DE ROTINA E ESPECÍFICAS E ELABORAÇÃO MEL		110
SAÚDE MATERNO INFANTIL	SMI	110
PROGRAMA ALARGADO DE VACINAÇÕES	PAV	112
ACTIDADES CLÍNICAS	Clinica	114
RESUMO GLOBAL ACTIVIDADE	UAs	116
3.2 PROGRAMAÇÃO DE RECURSOS		117
PLANIFICAÇÃO E GESTÃO DE MEDICAMENTOS	Med	117
Kits Necessários		
Quota para Distribuição Medicamentos Via Clássica		
RECEITA ESPERADA E FUNDOS PREVISTOS	Fund Prev	118
3.3 ORÇAMENTAÇÃO		119
TOTAL DE FUNDOS NECESSÁRIOS	Fundo Nec	119
FUNDOS NECESSÁRIOS PARA ACTIVIDADES ESPECÍFICAS	A Espec	120
Reuniões, Cursos e Seminários		
Supervisões e Deslocações		
Avaliações/ estudos e outras		
Bens de Capital		
DISTRIBUIÇÃO FUNDOS PREVISTOS POR FONTE DE FINANCIAMENTO e POR RUBRICA	Distr Fundos	121
4 METODOLOGIA PARA A ELABORAÇÃO DAS PROPOSTAS DO ORÇAMENTO DO ESTADO		124
4.1 MODELOS ORÇAMENTO-PROGRAMA		124
MODELO 01	Mod1	124
Modelo EXCLUSIVO de Previsão Receitas		
MODELO 02	Mod2	125
Enquadramento na Planificação e Caracterização da Acção - Matriz de Enquadramento Lógico		
MODELO 03	Mod3	126
Metas Físicas da Acção - Matriz de Enquadramento Lógico		
MODELO 05 - OE	Mod5 OE	127
Modelo EXCLUSIVO para as Despesas Gerais de Funcionamento (OF-00) - Para os fundos OE		
MODELO 05 - Receita	Mod5 Receita	129
Modelo EXCLUSIVO para as Despesas Gerais de Funcionamento (OF-00) - Para os fundos da Receita Consignada		
MODELO 06 - (FE 1)	Mod6 FE 1	131
Modelo EXCLUSIVO para Actividades Especificas e Projectos de Investimento - Para Fundos Externos		
Um Modelo por cada Fonte de Recurso		
4.2 FICHAS AUXILIARES PARA ORÇAMENTAÇÃO DOS SALÁRIOS E REMUNERAÇÕES		132
MODELO 05-1 - Salários e Remunerações	Mod5-1 Salario	132
Cálculo dos Salários e Remunerações - Funções de Direcção, Chefia e Confiança		
MODELO 05-2 - Salários e Remunerações	Mod5-2 Salario	133
Cálculo dos Salários e Remunerações - Carreiras Profissionais		

1. TABELAS INTRODUTÓRIAS

1.1 Introdução e Organização

1 - TABELAS INTRODUTÓRIAS

1.1. INTRODUÇÃO E ORGANIZAÇÃO

→ Nome da Folha: **Introd**

Esta folha, "Introdução e Organização", contém indicações/ passos para seguir na **Programação Anual das Actividades e o Cálculo das Necessidades**

O ficheiro é composto por várias folhas de cálculo com funções **MANUAIS** e outras "**semi**"-**AUTOMÁTICAS**. A informação deveria ser introduzida sómente nas células e ou colunas em branco.

Nas explicações apresentadas mais em baixo, para cada tipo de cálculo é apresentado o exemplo da fórmula copiada na 1ª célula para cada caso específico.

1.2. PROGRAMAS E SUBPROGRAMAS

→ Nome da Folha: **Programa**

Esta folha contém inoformação introdutória sobre os Programas e Subprogramas para o Sector Saúde

1.2.1. Matriz de Enquadramento Lógico - Programas e Subprogramas para o Sector Saúde. Apresenta um resumo ilustrativo dos Programas SAU02; SAU03 e SAU04

1.2.2. Sumário da estrutura de Programas e Subprogramas com os relativos códigos para o sector saúde. Esta inoformação vai apoiar na atribuição dos códigos apropriados às actividades orçamentadas de forma a organizar o orçamento por programa.

2 - TABELAS AUXILIARES

2.1. ÍNDICES E TAXAS

→ Nome da Folha: **Indices**

Esta folha serve para introduzir ou actualizar uma série de informações para apoiar na automatização de uma grande parte das várias acções da programação anual

(a) **Informação de Base:** Ano; Código e Designação para a Instituição, a Província e o Distrito; Nome da US

(b) **Dados Demográficos:** Esta tabela contém taxas e índices que vão permitir o cálculo automático das coberturas no Plano de Actividades

Taxa de crescimento anual: Para a projecção da população

Taxas de Grupos Alvo (0 - 11 meses; 0 - 4 anos; Mulher em idade fértil; Grávidas previstas; Partos esperados; Vacinas)

NB: Estes dados serão actualizados de acordo com a informação do INE, em geral após o recenseamento

(c) **Distribuição de Recursos:** Medicamentos PME → N° de consultas por tipo de Kit para o cálculo do N° de kits a distribuir por US

(d) **Total Dias Ano:** Para o cálculo da Taxa de Ocupação Cama. Mudar **MANUALMENTE** para 366 dias nos anos bissextos

(e) **Produtividade:** UA's/ Técnico de Saúde

(f) **Índices de Custo:** Nesta tabela, deverão ser introduzidos **MANUALMENTE** todos índices estabelecidos, que vão permitir estimar os fundos necessários de várias rúbricas:

Ajudas de Custo; Manutenção de Instalações, Manutenção de Equipamento; Manutenção de Transportes; Alimentação; Higiene e Limpeza; Combustíveis; Subsídio de Funeral

Os índices a introduzir são:

Coefficiente de Inflação deve ser actualizado **MANUALMENTE** todos os anos

Custo actual - valor em meticais, deve ser actualizado **MANUALMENTE** todos os anos

Custo ajustado - valor em meticais, serve para a orçamentação de várias rúbricas, este é calculado **AUTOMATICAMENTE**

	Cálculo	Fórmula
Custo Ajustado	→ Custo Actual x Coeficiente Inflação	$=+K9*L5$

(g) **Preços do atendimento hospitalar:** valor em meticais para estimar a receita a cobrar nas consultas, internamento e farmácia

(h) **Salários e Remunerações:** Introduzir o N° do pessoal de quadro e fora de quadro. A tabela também contém os índices para o cálculo dos suplementos salariais

2.2. DADOS POPULACIONAIS

→ Nome da Folha: **Pop**

Esta folha serve para fazer a projecção da população por grupo-alvo para cada sub-área de saúde

(a) **População Total e Grupos-alvo** → Projecção para 4 anos. Esta informação serve de base para o cálculo automático das coberturas da actividade projectada

Introduzir **MANUALMENTE** o N° de habitantes na coluna correspondente ao 1º ano. Toda a restante informação será calculada **AUTOMATICAMENTE**

Grupo Alvo	Fórmula	Grupo Alvo	Fórmula
Crianças 0 -11 meses (BCG)	$=+C8*Indices!\$F\10	MIF sem Grávidas (VAT)	$=+C8*Indices!\$F\20
DPT/ Hb e VAS	$=+C8*Indices!\$F\19	Grávidas Previstas	$=+C8*Indices!\$F\13
Crianças 0 - 4 anos	$=+C8*Indices!\$F\11	Partos Previstos	$=+C8*Indices!\$F\14
MIF	$=+C8*Indices!\$F\12	Projecção da População Total	$=+C8*Indices!\$F\5

2.3. REDE SANITÁRIA e OUTROS RECURSOS POR US/ ÁREA DE SAÚDE

→ Nome da Folha: Recurso

Nesta folha deverá ser introduzida **MANUALMENTE** toda a informação que diz respeito a capacidade instalada, para o cálculo automático de vários indicadores e da maioria das rúbricas de funcionamento. Nos anos subsequentes só se tratará de actualizar corrigir os dados.

2.3.1. Recursos disponíveis e 2.3.2. Recursos previstos para o ano em programação

- a) **Número e tipo de US** → Para o cálculo de: (i) Indicadores de disponibilidade de recursos; (ii) Indicadores de eficiência; (iii) Necessidades em manutenção de instalações
b) **Número de viaturas, motorizadas e geradores** → Para o cálculo de manutenção das necessidades em combustíveis e lubrificantes
c) **Geleiras, autoclaves e incineradores** → Para o cálculo das necessidades de gás e petróleo
e) **Número de profissionais de saúde** → Para o cálculo de: (i) Indicadores de disponibilidade de recursos; (ii) Indicadores de eficiência

2.3.3. Outros recursos para efeitos de orçamentação

3 - PROGRAMAÇÃO E ORÇAMENTAÇÃO

3.1 - PROJEÇÃO E PROGRAMAÇÃO DAS ACTIVIDADES DE ROTINA E ESPECÍFICAS

Constituído por um grupo de 4 folhas para as actividades dos principais programas de saúde no distrito e inclui: recursos disponíveis, volume de actividade, coberturas, qualidade e eficiência. Todas as Tabelas de cada sector/ programa são compostas por: 1 Prestação de Cuidados - Actividades de Rotina e 2. Actividades Específicas

1. Prestação de Cuidados - Actividades de Rotina

- 1.1. **Análise de Situação:** usando a informação de 2 anos antes, fazer o diagnóstico de situação que servirá de base para a projecção da actividade futura. Fonte de informação Módulo-básico. Todas as coberturas são calculadas **AUTOMATICAMENTE**
1.2. **Plano Anual/ Metas**, para a projecção da actividade do ano em programação.

2. Actividades Específicas

- 2.1. **Actividades específicas**, para fazer a listagem de todas acções principais que vão permitir o alcance dos objectivos e metas definidos. Incluir o Investimento. Estas acções vão servir para o preenchimento do MEL, assim como na orçamentação de ajudas de custo entre outras despesas.
2.2. **Matriz de Enquadramento Lógico (MEL)**, elaborar o MEL com base na análise de situação e nas prioridades nacionais e provinciais. O preenchimento do MEL deve ser de acordo com os Programas e Sub-Programas do sector saúde.

SAÚDE MATERNO INFANTIL (SMI)

→ Nome da Folha: SMI

Esta folha serve para a Análise de Situação e Programação das Actividades do período seguinte - SMI: *Consulta Pré-Natal, Pós-Parto, 0-4 anos e Partos Institucionais*

- 1.1. **Análise de Situação:** introduzir **MANUALMENTE** os recursos disponíveis e a actividade realizada. As coberturas e os indicadores de eficiência serão calculados **AUTOMATICAMENTE**

1.2. Plano Anual

- a) **Coberturas:** introduzir **MANUALMENTE** a cobertura a atingir. Tendo como base a informação (dos vários indicadores) das realizações anteriores, estabelecer as coberturas do período seguinte: aumentar a cobertura da actividade A, de X para Y. Tomando em conta os recursos disponíveis ir ajustando **MANUALMENTE** a cobertura até atingir níveis julgados satisfatórios.

O volume da actividade é calculado **AUTOMATICAMENTE**, multiplicando a cobertura pelo respectivo grupo alvo

Volume de actividade	Fórmula	Volume de Actividade	Fórmula
Nº Consulta Pré-Natal	$=+H30*Pop!I26$	Nº Consulta 0-11 meses	$=+N30*Pop!D26$
Nº Consulta Pós-Parto	$=+L30*Pop!J26$	Nº Consulta 0-4 anos	$=+P30*Pop!F26$
Nº Consulta Planeamento Familiar	$=+J30*Pop!G26$	Nº Partos Institucionais	$=+R30*Pop!J26$
		Nº Total UA's SMI	$=+(G30+I30+K30+M30+O30+Q30)/((G10+I10+K10+M10+O10+Q10)/F10)$

- b) **Qualidade:** Informação a introduzir **MANUALMENTE**

- c) **Eficiência:** introduzir **MANUALMENTE** o Nº de US's, de camas e pessoal a serem disponíveis; a produtividade, a TOC e o défice em recursos humanos serão calculados **AUTOMATICAMENTE**

Indicador	Cálculo		Fórmula
Produtividade	Total UA's SMI dividido pelo Nº de SMI/ PE	→	Produtividade na área de SMI = UA's SMI ÷ Nº de ESMI e PE $=+F30/D30$
Taxa de Ocupação Camas	DCO's divididos por Total Dias Camas Disponíveis	→	TOC = (DCO's) : (Nº de camas ÷ Total Dias Ano) $=+E30/(C30*Indices!H$5)$
Défice recursos humanos	Número de ESMI's necessários - número disponível	→	Défice = (Total UA's SMI ÷ 9000 UA's) - Nº de ESMI e PE disponíveis $=+(F10/Indices!E$47)-SMI !D10$

- 2.1. **Actividades específicas** (veja a explicação mais acima) → SMI, Nutrição, Mulher e Acção Social

- 2.2. **Matriz de Enquadramento Lógico (MEL)**, veja a explicação mais acima

NB: Esta folha que inclui a maior parte do Plano Anual da área da SMI, serve para alimentar o **Quadro Nº 8.3 do PESOD**, os **Modelos 2 e 3 do MEO** e as **matrizes MEL para o PES Provincial e Nacional**. As actividades específicas de Mulher e Acção Social entram no PESOD do distrito saúde mas não no PES

PROGRAMA ALARGADO DE VACINAÇÕES (PAV)

→ Nome da Folha: PAV

Esta folha serve para a Análise de Situação e Programação das Actividades do período seguinte - PAV: BCG, DPT/ Hb, VAS e VAT

1.1. Análise de Situação: introduzir **MANUALMENTE** os recursos disponíveis e a actividade realizada. As coberturas e os indicadores de eficiência serão calculados **AUTOMATICAMENTE****1.2. Plano Anual**a) **Coberturas:** introduzir **MANUALMENTE** a cobertura a atingir. Tendo como base a informação (dos vários indicadores) das realizações anteriores, estabelecer as coberturas do período seguinte: aumentar a cobertura da actividade A, de X para Y. Com base nos recursos disponíveis ir ajustando ajustando **MANUALMENTE** a cobertura até atingir níveis julgados satisfatórios.O volume da actividade é calculado **AUTOMATICAMENTE**, multiplicando a cobertura pelo respectivo grupo alvo

Volume de actividade	Fórmula	Actividade	Fórmula
Nº BCG	$=+I33*Pop!D26$	Nº VAT 2ª dose grávidas	$=+S33*Pop!I26$
Nº DPT/ Hb 1ª dose	$=+K33*Pop!E26$	Nº VAT 5ª dose MIF s/ grávidas	$=+U33*Pop!H26$
Nº DPT/ Hb 3ª dose	$=+M33*Pop!E26$	Total doses de vacinas	$=+(H34+J34+L34+N34+P34+R34+T34)/((H12+J12+L12+N12+P12+R12+T12)/G12)$
Nº VAS	$=+O33*Pop!E26$		

b) **Eficiência:** introduzir **MANUALMENTE** o Nº pessoal PAV a ser disponível. A produtividade e o défice em recursos humanos serão calculados **AUTOMATICAMENTE**

Indicador	Cálculo		Fórmula
Produtividade	Total doses a administrar dividido pelo pessoal PAV	→	Produtividade PAV = Total doses vacinas ÷ Nº pessoal PAV $=+(G33*0.5)/C33$
Quebra vacinal		→	Quebra vacinal = (DPT 1ª - DPT 3ª) ÷ DPT 1ª $=+(J33-L33)/J33$
Défice recursos humanos	Número de pessoal necessário - número disponível	→	Défice = ((Vacinas administradas ÷ 2) : 9000 UA's) - Nº pessoal disponível $=+((G11*0.5)/Indices!E$47)-PAV!C11$

2.1. Actividades específicas (veja a explicação mais acima) → PAV, Saúde Escolar**2.2. Matriz de Enquadramento Lógico (MEL)**, veja a explicação mais acima**NB:** Esta folha que inclui a maior parte do Plano Anual da área do PAV, serve para alimentar o **Quadro Nº 8.2 do PESOD**, os **Modelos 2 e 3 do MEO** e as **matrizes MEL para o PES Provincial e Nacional****ACTIVIDADE CLÍNICA**

→ Nome da Folha: Clínica

Esta folha serve para a Análise de Situação e Programação das Actividades do período seguinte, Assistência Médica: Consultas Externas e DCO's

1.1. Análise de Situação: Todos indicadores (disponibilidade de recursos, de utilização e de eficiência), são calculados **AUTOMATICAMENTE**O Nº de US's e de camas será introduzido **AUTOMATICAMENTE**, uma vez que a informação for introduzida na folha de recursosIntroduzir **MANUALMENTE** Nº do pessoal afecto às consultas e total da área curativa (pessoal clínico e de enfermagem); consultas externas e DCO's realizados**1.2. Plano Anual**a) **Índice de Utilização Consultas:** introduzir **MANUALMENTE** o índice que se pretende atingir. O índice de utilização a atingir, é estabelecido com base no nível dos anos anteriores, disponibilidade de recursos e objectivos estratégicos do país: 1º passo, definir o nível desejado para o período seguinte: Aumentar o índice de utilização de X para Y. Com base nos recursos disponíveis ir ajustando **MANUALMENTE** o índice até atingir níveis julgados satisfatórios. O Nº de consultas é calculado **AUTOMATICAMENTE**, multiplicando o índice pela população total

Número de Consultas	Fórmula
Número de Consultas	$=+K31*Pop!C26$

b) **Outras actividades: DCO's e UA's Curativas.** Para os DCO's é necessário definir em termos percentuais o crescimento pretendido. *Aumentar os DCO's de X%.* Introduzir **MANUALMENTE** o número de DCO's a realizar. Com base nos recursos disponíveis ir ajustando **MANUALMENTE**. O Nº de UA's curativas é calculado **AUTOMATICAMENTE**

Actividade	Cálculo		Fórmula
Número de UA's Curativas	É a soma das consultas e dos DCO's	→	UA's curativas = (Consultas x 1) + (DCO's x 12) $=+F31+(G31*12)$

c) **Indicadores de Acessibilidade:** introduzir **MANUALMENTE** o Nº de US's a serem disponíveis; camas por 1000 habitantes e o indicador US por habitante, são calculados **AUTOMATICAMENTE**

Indicador	Cálculo		Fórmula
Camas por mil habitantes	Número total camas x 1000 ÷ População		$=+(C10*1000)/Pop!C7$
Habitantes por US	Número total de US's ÷ População		$=+Pop!C26/Clinica!B31$

d) **Eficiência:** introduzir **MANUALMENTE** o Nº de camas e de clínicos a serem disponíveis; a TOC e a produtividade são calculadas **AUTOMATICAMENTE**

Indicador	Cálculo		Fórmula
Taxa de Ocupação Cama	DCO's divididos por Total Dias Camas Disponíveis	→	TOC = (DCO's) ÷ (Nº de camas x Total Dias Ano) $=+G31/(C31*Indices!H$5)$
Produtividade Consulta	Total consultas dividido pelo Nº de clínicos	→	Produtividade = Consultas ÷ Nº dclínicos $=+F31/D31$
Produtividade Área Curativa	Total UA curativa dividida pelo pessoal da área curativa	→	Produtividade = UA's curativas ÷ Nº do pessoal área curativa $=+H31/E31$

2.1. Actividades específicas (veja a explicação mais acima) → Consultas (Incluindo HIV), Internamento, Serviços Auxiliares, TB e Lepra

2.2. Matriz de Enquadramento Lógico (MEL), veja a explicação mais acima

NB: Esta folha que inclui a maior parte do Plano Anual da área do PAV, serve para alimentar o **Quadro Nº 8.1 do PESOD**, os **Modelos 2 e 3 do MEO** e as **matrizes MEL para o PES Provincial e Nacional**

ACTIVIDADE GLOBAL

→ **Nome da Folha: UAs**

Esta folha serve para o resumo global da actividade inclui: Consultas, DCO's Partos, SMI, PAV e UA's. Uma vez efectuadas as projecções para cada área de actividade esta tabela é preenchida **AUTOMATICAMENTE**

NB: Esta folha que inclui a maior parte do Plano Anual da área do PAV, serve para alimentar o **Quadro Nº 8.1 do PESOD**

3.2 - PROGRAMAÇÃO DE RECURSOS

PLANIFICAÇÃO E GESTÃO DE MEDICAMENTOS

→ **Nome da Folha: Med**

Esta folha é um instrumento de planificação e gestão da área de medicamentos e é composta por 2 partes (tabelas):

1.1. Análise de Situação → **Medicamentos Distribuídos PME e Via Clássica** serve para avaliar o desempenho dos 2 anos precedentes, em relação ao:

- a) **Número Teórico - Padrão PME** estima o número de consultas realizáveis com o número de kits recebidos
 - b) **% Número Teórico / Número Realizado** (Kit A) mede o grau de satisfação das necessidades em medicamentos PME (kits)
 - c) **Comparação da % do valor distribuído a cada US e a Quota a atribuir**, mede o equilíbrio na distribuição dos medicamentos via clássica
- Introduzir **MANUALMENTE** somente o número de Kits distribuídos por US, todos "indicadores" são calculados **AUTOMATICAMENTE**.

"Indicador"

Número teórico - Padrão PME Kit A

→

Cálculo

Número de kits A x 1000

Fórmula

=+(F11*Indices!F\$29)

% Número Teórico / Número Realizado Kit A

→

Número Teórico Padrão ÷ Número de Consultas realizadas x 100

=+H12/B12

Quota a Atribuir

→

(% DCOs X 0.7) + (% Consultas X 0.15) + (% população X 0.15)

=+((C11/C26)*Indices!F\$35)+((B11/B26)*Indices!F\$36)+
((Pop!\$C7/Pop!\$C\$22)*Indices!F\$37)

1.2. Plano Anual → **Proposta de distribuição de Medicamentos**, serve para estimar o número de kits e a % de medicamentos Via Clássica, a distribuir por US.

Programa de Medicamentos Essenciais: Cálculo dos kits necessários e sua distribuição por US.

a) Para os **Kits tipo A e B**, a fórmula deverá ser introduzida na altura da programação, de acordo com o tipo de Kit que a US deverá receber. Introduzir a fórmula correspondente ao tipo de Kit na coluna:

Coluna D - para o Nº de Kits A

→

Cálculo

Total de Consultas ÷ 1000

Fórmula (a introduzir)

=+B35/Indices!F\$29

b) Para o **Kit tipo C**, introduzir **MANUALMENTE** Nº de consultas a realizar, o Nº de kits é calculado **AUTOMATICAMENTE**

Nº de Kits C

→

Cálculo

Total de Consultas ÷ 250

Fórmula

=+H35/Indices!F\$30

Quota para Distribuição Medicamentos Via Clássica: Cálculo da % de medicamentos a atribuir as US's. Uma vez projectados os DCO's e as Consultas a realizar a % é calculada **AUTOMATICAMENTE**

Quota a atribuir:

→ **Cálculo**
(% DCOs previstos x 0.7) +(Consultas previstas x 0.15) + (% população do ano em programação x 0.15)

Fórmula

=+(Med!J35*Indices!F\$35)+ (Med!K35*Indices!F\$36)+(L35*Indices!F\$37)

RECEITA ESPERADA E FUNDOS PREVISTOS

→ **Nome da Folha: Fund Prev**

Esta folha é um instrumento de planificação e gestão, sobretudo da receita consignada e é composta por 3 partes (tabelas):

1.1. Análise de Situação → **Receita Cobrada** serve para avaliar o desempenho dos 2 anos precedentes, em relação a: a) Taxa de arrecadação da receita e b) níveis de utilização da receita consignada

1.2. Plano Anual → **Receita Esperada** serve para fazer a projecção da receita a cobrar: a) Receita consignada (consultas & internamento) e b) receita da farmácia

Cálculo da receita esperada para o período em programação. Uma vez introduzida a informação sobre os preços e respectivas isenções na folha de índices e projectadas as actividades, a receita esperada é calculada **AUTOMATICAMENTE**, multiplicando a actividade projectada pelo preço e descontando a proporção de doentes isentos

Receita Esperada Consultas

→

Cálculo

Total de Consultas Previstas x Preço x Proporção de isenções

Fórmula

=+B32*Indices!P\$6*Indices!R\$6

Receita Esperada Internamento

→

Total de DCO's previstos x Preço x Proporção de isenções

=+B32*Indices!P\$7*Indices!R\$6

Receita Esperada Farmácia

→

Total de Consultas Previstas x Preço x Proporção de isenções

=+B32*Indices!P\$8*Indices!R\$6

2. Fundos Previstos

- a) Receita - o valor da receita a cobrar é reflectido **AUTOMATICAMENTE** da tabela 1.2. Plano Anual - Receita Esperada
b) Introduzir **MANUALMENTE** a informação sobre as outras fontes de financiamento (i) Limite OE, (ii) PROSAÚDE, (iii) Fundos Externos
c) Introduzir **MANUALMENTE** a % (entre 10% e 20%) dos fundos do Limite OE, PROSAÚDE e Fundos Externos flexíveis, a atribuir às Ajudas de Custo

NB: A 2ª parte (1.2 Plano Anual/ Receita Esperada) desta folha também serve para alimentar as tabelas **PESOD Diagnóstico e Modelo 1 do MEO**

3.3 - ORÇAMENTAÇÃO

TOTAL DE FUNDOS NECESSÁRIOS → Nome da Folha: Fund Nec

Esta folha é uma ficha auxiliar para a orçamentação dos Bens e Serviços e reúne também as necessidades em Ajudas de Custo e Bens de Capital calculadas na folha A Espec.

→ Os fundos necessários para o HR/ HD são calculadas a parte, pois as US's deste nível acedem aos fundos OE e PROSAÚDE através da DPS.

Fundos necessários para os BENS & SERVIÇOS

- a) Cálculo das Necessidades para as rubricas que se baseiam na capacidade instalada em cada US e outras instituições no distrito.
Uma vez introduzida a informação sobre os índices de custo e os recursos a serem disponíveis os fundos necessários são calculados **AUTOMATICAMENTE** por US/ instituição.

Rubrica	Cálculo e Fórmula
COMBUSTÍVEIS	
Transporte	$(\text{Carro } 2-3,000 \text{ Km/mês} \times \text{N}^\circ \text{ meses ano} \times 15 \text{ l}/100 \text{ Km} \times \text{Preço}) + (\text{Mota } 20 \text{ l/mês} \times \text{N}^\circ \text{ meses ano} \times \text{Preço}) + (\text{Gerador } 300\text{l/mês} \times \text{N}^\circ \text{ meses ano} \times \text{preço})$ $=+(\text{Recurso!S\$56*Índices!M\$44*Índices!L\$44})+(\text{Recurso!R\$56*Índices!M\$45*Índices!L\$45})+(\text{Recurso!N\$31+Recurso!O\$31})^*12*\text{Índices!M\$47*Índices!L\$47}$ $(\text{Recurso!T\$56}^*12*\text{Índices!M\$48*Índices!L\$48})$
<i>Os km a percorrer por carro (entre 2.000 e 3.000 Km/mês), deve ser decidido tomando em conta o tamanho do distrito e a distância de cada distrito em relação à capital Provincial.</i>	
Petróleo PAV	$\text{N}^\circ \text{ geleiras} \times \text{N}^\circ \text{ meses ano} \times 30\text{l/mês} \times \text{Preço} \times 0.20 \text{ taxa desperdício}$ $=+\text{Recurso!Y\$56*Recurso!AA\$56*Índices!M\$54*Índices!L\$54}$
Petróleo Outros	$(\text{N}^\circ \text{ Incineradores} \times \text{N}^\circ \text{ meses ano} \times 20\text{l/mês} \times \text{Preço}) + (\text{N}^\circ \text{ Autoclaves} \times \text{N}^\circ \text{ meses ano} \times 12\text{l/mês} \times \text{Preço})$ $=+(\text{Recurso!V\$56}^*12*\text{Índices!M\$51*Índices!L\$51})+(\text{Recurso!X\$56}^*12*\text{Índices!M\$52*Índices!L\$52})$
Gás	$\text{N}^\circ \text{ geleiras} \times \text{N}^\circ \text{ meses ano} \times 4 \text{ botijas/mês} \times \text{Preço}$ $=+\text{Recurso!Y\$56*Recurso!AA\$56*Índices!M\$54*Índices!L\$54}$
MANUTENÇÃO	
Instalações	$(\text{N}^\circ \text{ CS} \times \text{Índice de Custo}) + (\text{N}^\circ \text{ PS} \times \text{Índice de Custo}) + (\text{N}^\circ \text{ Casa Saúde} \times \text{Índice de Custo})$ $=+(((\text{Recurso!C\$31*Índices!L\$17})+(\text{Recurso!D\$31+Recurso!E\$31+Recurso!F\$31+Recurso!G\$31})*\text{Índices!L\$18})+(\text{Recurso!D\$56*Índices!L\$19})*\text{Índices!M\$20}$
Equipamento	$(\text{N}^\circ \text{ CS} \times \text{Índice de Custo}) + (\text{N}^\circ \text{ PS} \times \text{Índice de Custo})$ $=+(((\text{Recurso!C\$31*Índices!L\$24})+(\text{Recurso!D\$31+Recurso!E\$31+Recurso!F\$31+Recurso!G\$31})*\text{Índices!L\$25})*\text{Índices!M\$27}$
Viaturas	$(\text{N}^\circ \text{ de viaturas} \times \text{Índice de Custo}) + (\text{N}^\circ \text{ de motas} \times \text{Índice de Custo}) + (\text{N}^\circ \text{ de geradores} \times \text{Índice de Custo})$ $=+(((\text{Recurso!L\$31+Recurso!M\$31})*\text{Índices!L\$30})+(\text{Recurso!N\$31+Recurso!O\$31})*\text{Índices!L\$31})+(\text{Recurso!T\$56})*\text{Índices!L\$32})*\text{Índices!M\$33}$

O cálculo das necessidades para a Manutenção e Reparação de Instalações, Equipamento e Transporte, deveria corresponder as necessidades do ano e não as necessidades somente das avarias ou problemas conhecidos na altura da planificação. Esta rubrica inclui a manutenção preventiva, não só dos veículos com avarias ou edifícios com problemas.

→ Os fundos necessários para as manutenções são repartidos entre bens (70%) e serviços (30%), a fórmula apresentada é a correspondente aos Bens

- b) Cálculo das Necessidades para as rubricas que se baseiam nas actividades a realizar em cada US.
Uma vez introduzida a informação sobre os índices de custo, os recursos a serem disponíveis e as actividades projectadas, os fundos necessários são calculados **AUTOMATICAMENTE** por US.

OUTROS BENS NÃO DURADOUROS

Alimentação DCO previstos X Índice de Custo X Factor de Ajuste
 $=\text{UAs!B\$31*Índices!L\$38*Índices!M\$38}$

O Ajuste é a % acrescida à despesa prevista para mães acompanhantes, trabalhadores, etc.

Higiene e Limpeza DCO previstos X Índice de Custo
 $=+\text{UAs!B\$31*Índices!L\$42}$

→ Índice de Custo = Índice de Custo Ajustado

c) "Gastos fixos":

Nos fundos necessários para os "gastos fixos" estão incluídas as rubricas cuja orçamentação é geralmente efectuada com base nos gastos do ano anterior acrescido do factor de inflação estabelecido nos Índices de Custos. Introduzir **MANUALMENTE** os gastos do Ano n-2 e do Ano n-1. A previsão da despesa para o Ano n, será calculada **AUTOMATICAMENTE**.

Rubricas

Combustíveis de Cozinha
Material não Duradouro de Escritório
Despesas de Comunicação
Renda das instalações
Seguros
Representação
Água e Electricidade
Outros Serviços

Cálculo

Despesa Ano n-2 x Coeficiente de Inflação

Fórmula:

=+O22*Índices!L\$5

Fundos necessários para as TRANSFERÊNCIAS CORRENTES → Subsídio de funeral:

Uma vez introduzida a informação sobre os índices de custo e o número total de trabalhadores, os fundos necessários para a rubricas são calculados **AUTOMATICAMENTE**

Cálculo:

Total Trabalhadores x N° médio pessoas p/ família (5) x TMG = 20 p/ 1000 x valor Subsídio (1,200)

Fórmula:

+=(Índices!M57-Índices!M56)*5*Índices!L58

Os fundos necessários para **Actividades Específicas** e **Bens de Capital**, são calculados na "Folha A Espec" e reflectidas **AUTOMATICAMENTE** nesta folha.

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS & BENS DE CAPITAL

→ Nome da Folha: **A Espec**

Esta folha é destinada ao cálculo dos fundos necessários para acções que vão permitir o alcance dos objectivos e metas estabelecidos, garantir a qualidade, a eficiência e a eficácia dos cuidados prestados.

1. Actividades Específicas → **Global**, resume todas as necessidades das actividades ligadas às formações, supervisões, reuniões, etc e alimenta automaticamente a folha dos Fundos Necessários

- 1.1. Reuniões cursos e seminários (Reuniões de Balanço e Outras Reuniões)
- 1.2. Deslocações à capital provincial, Supervisões e Outras deslocações no distrito
- 1.3. Brigadas móveis, Avaliações e Outras (Inquéritos/ investigação)

Os fundos necessários para estas actividades são calculados com base no número de dias, de participantes, material necessário, etc.

Cálculo:

Ajudas de Custo = Número de participantes por nível X custo dia correspondente ao nível

Brigadas Móveis = Total dias homem x Custo Dia

NB: Total dias homem = Duração (N°dias) x N° de vezes ano x N° de participantes

Fórmula:

+=(D27*Índices!\$L\$9)+('A Espec'!E27*Índices!\$L\$11)+('A Espec'!F27*Índices!\$L\$12)+('A Espec'!G27*Índices!\$L\$13)

+=+I139*Índices!L14

+=+B27*C27*H27

→ É importante calcular para cada actividade previstas os dias-homem necessários, para no fim comparar com a capacidade de execução em termos de dias-homem, que o distrito possui.

2. Previsão Fundos Necessários - Bens de Capital

Cálculo:

Bens de Capital = Quantidade (N° de itens) x Valor Unitário x Coeficiente de Inflação

Fórmula:

+=+S7*Índices!L\$5

DISTRIBUIÇÃO FUNDOS DOS PREVISTOS POR FONTE DE FINANCIAMENTO E POR RUBRICA

→ Nome da Folha: **Distr Fundos**

Esta folha tem a finalidade de auxiliar na distribuição equilibrada dos fundos previstos de todas fontes de financiamento pelas rubricas orçamentadas. Esta tabela é composta por:

a) **Total de Fundos Necessários (1)** e sua Distribuição Percentual (% rubrica sobre o total de bens e serviços e % rubrica sobre o total despesas correntes), calculado **AUTOMATICAMENTE**. A % por rubrica é útil como critério de distribuição de fundos, assim como medida para avaliar o equilíbrio obtido na distribuição de fundos comparando as % por rubrica dos fundos necessários com a dos fundos previstos.

- b) **Total de Fundos Previstos** e sua Distribuição Percentual (% rubrica sobre o total de bens e serviços e % rubrica sobre o total despesas correntes), soma **AUTOMÁTICA** da distribuição dos fundos por fonte de financiamento.
- c) **Fundos Externos Projectos**. Introduzir **MANUALMENTE** a informação sobre os fundos externos "amarrados" por fonte de financiamento e por rubrica.
- d) **Fundos Necessários (2)** (Balanço, Fundos Necessários (1) - Fundos Projectos) e sua Distribuição Percentual. Esta nova distribuição é a diferença, efectuada **AUTOMATICAMENTE**, entre o total das necessidades e os Fundos Externos Projectos (que são só para rubricas definidas pela ONG/ financiador). A nova distribuição percentual será utilizada para distribuir os fundos OE e FE "flexíveis".
- e) **Distribuição Percentual do OE e FE (Não Amarrados - "AO")**. Distribuição **AUTOMÁTICA** dos Fundos Previstos OE, PROSAÚDE e FE flexíveis (AO) com base na 2ª distribuição percentual dos Fundos Necessários (2).
- f) Distribuição manual da Receita Esperada (por poucas rubricas) e proceder a pequenos reajustes manuais até obter-se uma distribuição equilibrada entre: necessidades, fundos previstos e prioridades.
- A distribuição percentual das necessidades e dos fundos, será também útil nos reajustes dos planos.

NB: Esta folha alimenta as tabelas **Modelo 5 (Mod5 OE e Mod5 Receita)** e **Mdelo 6 (Mod6 FE 1, Mod6 FE 2 e Mod6 FE 3)** do MEO

4 - METODOLOGIA PARA A ELABORAÇÃO DAS PROPOSTAS DO ORÇAMENTO DO ESTADO

4.1 - MODELOS ORÇAMENTO-PROGRAMA

MODELO 01 → **Nome da Folha: Mod1**

Receitas Consignadas e Próprias: Uma vez feitas as projecções na "Tabela Receita Esperada" esta é reflectida **AUTOMATICAMENTE**, nesta Ficha/ tabela

MODELO 02 → **Nome da Folha: Mod2**

Enquadramento na Planificação e Caracterização da Acção - MEL: Parte da informação desta Ficha é reflectida **AUTOMATICAMENTE** do MEL nas Folhas SMI, PAV e Clinica

MODELO 03 → **Nome da Folha: Mod3**

Metas Físicas da Acção - MEL: Parte da informação desta Ficha é reflectida **AUTOMATICAMENTE** do MEL nas Folhas SMI, PAV e Clinica

MODELO 05

Modelo EXCLUSIVO para as Despesas Gerais de Funcionamento (OF-00): Uma vez efectuada a distribuição por rubrica para cada fonte de financiamento, esta é reflectida **AUTOMATICAMENTE**.

Deve ser preenchida uma tabela para cada fonte de recurso:

Modelo 05 OE → **Nome da Folha: Mod5 OE**

Modelo 05 Receita → **Nome da Folha: Mod5 Receita**

MODELO 06

Modelo EXCLUSIVO para Actividades Específicas e Projectos de Investimento:

Uma vez efectuada a distribuição por rubrica para cada fonte de financiamento na folha de distribuição de fundos, esta é reflectida aqui **AUTOMATICAMENTE**. É necessário um Modelo (ficha) para cada fonte de recurso, neste ficheiro foram incluídas 3 fichas designadas:

Modelo 06 FE 1 → **Nome da Folha: Mod6 FE 1**

Modelo 06 FE 2 → **Nome da Folha: Mod6 FE 2**

Modelo 06 FE 3 → **Nome da Folha: Mod6 FE 3**

4.2 - FICHAS AUXILIARES PARA ORCAMENTAÇÃO DOS SALÁRIOS E REMUNERAÇÕES

Constituído por um grupo de 4 folhas distribuídas nas 2 metodologias possíveis de aplicar para o cálculo de salários:

(i) 2 folhas do Modelo 5 Salario - nestas folhas, para fazer a projecção do fundo de salários utilizam-se os valores de índice 100 previstos para todos os grupos salariais existentes.

(ii) 2 folhas de listas nominiais, nas quais os salários são calculados com base na tabela salarial, que contém o vencimento base calculado para todas as carreiras e categorias constantes do Sistema de Carreiras e Remuneração, bem como o vencimento pago aos titulares de cargos de direcção, chefia e confiança

Modelos 5 - Salario

Para o suporte da projecção e elaboração do fundo de salários estas folhas incluem: O número de lugares criados, ocupados e a prover para as funções de direcção, chefia e confiança (**Modelo 5-1**) e para carreiras e categorias profissionais (**Modelo 5-2**), o Sistema de Carreiras e Remunerações - grupo, classe, escalão e índice - no qual os funcionários estão enquadrados e as rubricas a calcular, que incluem vencimento-base, outras remunerações e suplementos (Bonus Especial, Abonos de Família, Bonus de Antiguidade, Subsídio de Risco e Subsídio de Turno).

a) Digitar **MANUALMENTE** a informação sobre: (i) O número de Lugares (Criados, Ocupados e A Prover) para as (ii) Funções de Direcção e de Chefia e o respectivo (iii) Enquadramento no Sistema de Carreiras e Remuneração (Grupo, Classe, Escalão e Índice).

Rubrica:	Cálculo:	
Vencimento Base do Pessoal do Quadro	→ N° de profissionais em cada grupo salarial x Salário base x 12 meses	=+C24*Indices!Q14*Indices!R14
Vencimento Base do Pessoal Fora do Quadro	→ N° de profissionais em cada grupo salarial x Salário base x 12 meses	=+___*Indices!Q___*Indices!R___
Pessoal Aguardando Aposentação	→ N° de profissionais em cada grupo salarial x Salário base x 12 meses	=+___*Indices!Q___*Indices!R___
Gratificação de Chefia	→ Total Salário Base Projectado em cada grupo salarial x 25%	=+N24*Indices!\$R\$51
Outras Remunerações Certas		
Bonus Especial	→ Total Salário Base Projectado em cada grupo salarial x ___%	=+N36*Indices!\$R\$53
Subsídio de Risco	→ Total Salário Base Projectado em cada grupo salarial x 10%	=+N___*Indices!\$R\$57
Subsídio de Turno	→ Total Salário Base Projectado em cada grupo salarial x 15%	=+N___*Indices!\$R\$58
MODELO 05-1 - Cálculo dos Salários e Remunerações de Funções de Direcção, Chefia e Confiança	→ Nome da Folha: Mod5- 1 Salario	
Esta folha é destinada o cálculo do vencimento-base, outras remunerações e suplementos para os profissionais com funções de direcção, chefia e confiança.		
MODELO 05-2 - Cálculo dos Salários e Remunerações de Carreiras Profissionais	→ Nome da Folha: Mod5- 2 Salario	
Esta folha é destinada o cálculo do vencimento-base, outras remunerações e suplementos de carreiras profissionais, para o pessoal de quadro e pessoal fora de quadro		
Pessoal do Quadro	→ Nome da Folha: RN Quadro	
Pessoal Fora do Quadro	→ Nome da Folha: RN Fora Quadro	

ESQUEMA DO FICHEIRO EXCEL → PROGRAMAÇÃO E ORÇAMENTAÇÃO

1 - Tabelas Introdutórias

Introdução
Notas explicativas

Introdução aos Programas e Subprogramas par o Sector Saúde
SAU2, SAU3, SAU4, SAU5, SAU6, SAU7, SAU1

Classificação e códigos dos Programas e subprogramas do sector saúde para a **Orçamentação por Programas**. Utilizar na elaboração da MEL

2 - Tabelas Auxiliares

Índices e Taxas

Grupos-alvo
Recursos
Custos

(1º passo actualizar os valores dos índices e taxas)

População

Grupos-alvo
Recursos
US, camas, viaturas, etc

(2º passo actualizar os dados populacionais e de recursos)

3 - Programação e Orçamentação

Programação Recursos

a) Distribuição Medicamentos
b) Receita (com base nas consultas e DCO's)

Orçamentação

a) Fundos Necessários - Todas rubricas
b) Actividades específicas incluindo Bens de Capital
c) Previsão/elaboração - Orçamento fundo de salários

Distribuição Fundos por rubrica

(4º passo fazer a programação dos recursos)

Análise da Situação e Programação Actividades

SMI

PAV

Actividade Clínica (Consultas e DCO's)

Nas 3 áreas fazer:

Análise de Situação

Programação Actividades de Rotina

Programação Actividades Específicas, incluindo a MEL

Actividade Global

(3º passo fazer Análise de Situação e Programação das Actividades)

4 - Tabelas MEO

Metodologia de elaboração do Orçamento-Programa (MEO)

Modelo 1
Modelos 2 e 3
Modelo 5
Modelo 6

(5º Verificar e completar o preenchimento dos Modelos MEO)

Fichas Auxiliares para Orçamentação dos Salários

Funções de Direcção, Chefia e Confiança
Carreiras Profissionais
Lista Nominal - Pessoal do Quadro
Lista Nominal - Pessoal Fora do Quadro

(4º passo fazer a programação dos recursos)

1.2. INTRODUÇÃO AOS PROGRAMAS E SUBPROGRAMAS PARA O SECTOR SAÚDE

1.2.1. Matriz de Enquadramento Lógico - Programas e Subprogramas para o Sector Saúde

Sector: Saúde						
Programa: SAU02 - Saúde Pública Privilegiando a Saúde da Mulher e da Criança e Assistência Médica						
Objectivo do Programa: Promover a equidade no acesso aos cuidados de saúde privilegiando a saúde da mulher e da criança e de outros grupos vulneráveis						
Indicador de Resultado do Programa						
SPG	Designação do SPG	Objectivo do SPG	Actividade/ Acção	Meta Física	Localização incluindo N°	Observações
1	Saúde Reprodutiva e Materna	Aumentar Cobertura de Partos				
2	Saúde Infantil (incluindo PAV)	Aumentar cobertura de crianças completamente vacinadas				
3	Saúde Escolar					
4	Assistência Hospitalar	Expandir e melhorar os serviços prestados nas US's				
5	Medicamentos e Artigos Médicos	Aumentar o acesso aos medicamentos essenciais				
Programa: SAU03 - Saúde Pública com Enfoque na Redução do Impacto das Grandes Endemias e Má Nutrição						
Objectivo do Programa: Reduzir o impacto das grandes como a malária, a tuberculose, o HIV e SIDA, as parasitoses intestinais, as doenças diarreicas e outras pandemias, e contribuir para a redução das de desnutrição crónica e da desnutrição protéico-calórica e por micronutrientes						
Indicador de Resultado do Programa						
SPG	Designação do SPG	Objectivo do SPG	Actividade/ Acção	Meta Física	Localização incluindo N°	Observações
1	Malária					
2	Tuberculose (TB)					
3	ITS e HIV/ SIDA					
4	Nutrição					
5	Lepra					
6	Vigilância Epidemiológica e Emergência					
Sector: Saúde						
Programa: SAU04 - Saúde Pública com Enfoque na Promoção de Saúde e Prevenção das Doenças						
Objectivo do Programa: Intensificar acções de promoção de saúde e prevenção contra as doenças ou acidentes mortais ou geradores de incapacidade						
Indicador de Resultado do Programa						
SPG	Designação do SPG	Objectivo do SPG	Actividade/ Acção	Meta Física	Localização incluindo N°	Observações
1	Promoção de Saúde e Envolvimento Comunitário					
2	Saúde Ambiental					
3	Doenças Negligenciadas					
4	Doenças não Transmissíveis					
5	Saúde Mental					

1.2.2. Sumário da Estrutura de Programas e Subprogramas com Relativos Códigos para o Sector Saúde

Programa	SAU02	Saúde Pública – Saúde da Mulher e da Criança e Assistência Médica
Sub-Programa		1 Saúde Reprodutiva e Materna
		2 Saúde Infantil (incluindo PAV)
		3 Saúde Escolar
		4 Assistência Hospitalar
		5 Medicamentos e Artigos Médicos
Programa	SAU03	Saúde Pública – Grandes Endemias e Má Nutrição
Sub-Programa		1 Malária
		2 Tuberculose (TB)
		3 ITS e HIV/ SIDA
		4 Nutrição
		5 Lepra
		6 Vigilância Epidemiológica e Emergência
Programa	SAU04	Saúde Pública – Promoção de Saúde e Prevenção das Doenças
Sub-Programa		1 Promoção de Saúde e Envolvimento Comunitário
		2 Saúde Ambiental
		3 Doenças Negligenciadas
		4 Doenças não Transmissíveis
		5 Saúde Mental
		6 Medicina Desportiva
		7 Medicina Tradicional
Programa	SAU05	Desenvolvimento da Rede Sanitária
Sub-Programa		1 Infraestruturas para Serviços de Nível I (CS)
		2 Infraestruturas para Serviços de Referência de Nível II (HD)
		3 Infraestruturas para Serviços de Referência de Nível III (HP)
		4 Infraestruturas para Serviços de Referência de Nível IV (HC)
Programa	SAU06	Desenvolvimento dos Recursos Humanos
Sub-Programa		1 Formação e Colocação do Pessoal
		2 Gestão de Recursos Humanos
		3 Infraestruturas para a Rede de Formação
Programa	SAU07	Sustentabilidade e Gestão Financeira
Sub-Programa		1 Planificação, Sistemas de Informação, Orçamentação e Monitoria e Avaliação
		2 Serviços de Gestão Financeira, Logística e Manutenção
		3 Infraestrutura para Logística e Manutenção
Programa	SAU01	Apoio Institucional Administrativo
Sub-Programa		1 Género
		2 Reforço e Organização do SNS – Reforma Institucional
		3 Investigação em Saúde
		4 Infraestrutura para Administração

Inscrita no Cadastro do MEO 2011

2.2. MATRIZ DE ENQUADRAMENTO LÓGICO

Sector: Saúde						
Programa: SAU02 Saúde Pública Privilegiando a Saúde da Mulher e da Criança e Assistência Médica						
Objectivo do Programa: Promover a equidade no acesso aos cuidados de saúde privilegiando a saúde da mulher e da criança e de outros grupos vulneráveis						
Indicador de Resultado do Programa						
SPG	Designação do SPG	Objectivo do SPG	Actividade/ Acção	Meta Física	Localização incluindo número	Observações
1	Saúde Reprodutiva e Materna	Aumentar Cobertura de Partos				
2	Saúde Infantil					
3	Saúde Escolar					
4	Assistência Hospitalar					
5	Medicamentos e Artigos Médicos					
Programa: SAU03 Saúde Pública com Enfoque na Redução do Impacto das Grandes Endemias e Má Nutrição						
Objectivo do Programa: Reduzir o impacto das grandes como a malária, a tuberculose, o HIV e SIDA, as parasitoses intestinais, as doenças diarreicas e outras pandemias, e contribuir para a redução das de desnutrição crónica e da desnutrição protéico-calórica e por micronutrientes						
Indicador de Resultado do Programa						
SPG	Designação do SPG	Objectivo do SPG	Actividade/ Acção	Meta Física	Localização incluindo número	Observações
1	Malária					
3	ITS e HIV/ SIDA					
4	Nutrição					
Programa: SAU04 Saúde Pública com Enfoque na Promoção de Saúde e Prevenção das Doenças						
Objectivo do Programa: Intensificar acções de promoção de saúde e prevenção contra as doenças ou acidentes mortais ou geradores de incapacidade pandemias, e contribuir para a redução das de desnutrição crónica e da desnutrição protéico-calórica e por micronutrientes						
Indicador de Resultado do Programa						
SPG	Designação do SPG	Objectivo do SPG	Actividade/ Acção	Meta Física	Localização incluindo número	Observações
1	Promoção de Saúde e Envolvimento Comunitário					

2.2. MATRIZ DE ENQUADRAMENTO LÓGICO

Sector: Saúde						
Programa: SAU02 Saúde Pública Privilegiando a Saúde da Mulher e da Criança e Assistência Médica						
Objectivo do Programa: Promover a equidade no acesso aos cuidados de saúde privilegiando a saúde da mulher e da criança e de outros grupos vulneráveis						
Indicador de Resultado do Programa						
SPG	Designação do SPG	Objectivo do SPG	Actividade/ Acção	Meta Física	Localização incluindo número	Observações
2	Saúde Infantil	Aumentar cobertura de crianças completamente vacinadas				
Programa: SAU03 Saúde Pública com Enfoque na Redução do Impacto das Grandes Endemias e Má Nutrição						
Objectivo do Programa: Reduzir o impacto das grandes como a malária, a tuberculose, o HIV e SIDA, as parasitoses intestinais, as doenças diarreicas e outras pandemias, e contribuir para a redução das de desnutrição crónica e da desnutrição protéico-calórica e por micronutrientes						
Indicador de Resultado do Programa						
SPG	Designação do SPG	Objectivo do SPG	Actividade/ Acção	Meta Física	Localização incluindo número	Observações
6	Vigilância Epidemiológica e Emergência					
Programa: SAU04 Saúde Pública com Enfoque na Promoção de Saúde e Prevenção das Doenças						
Objectivo do Programa: Intensificar acções de promoção de saúde e prevenção contra as doenças ou acidentes mortais ou geradores de incapacidade pandemias, e contribuir para a redução das de desnutrição crónica e da desnutrição protéico-calórica e por micronutrientes						
Indicador de Resultado do Programa						
SPG	Designação do SPG	Objectivo do SPG	Actividade/ Acção	Meta Física	Localização incluindo número	Observações
1	Promoção de Saúde e Envolvimento Comunitário					

2.2. MATRIZ DE ENQUADRAMENTO LÓGICO

Sector: Saúde						
Programa: SAU02 Saúde Pública Privilegiando a Saúde da Mulher e da Criança e Assistência Médica						
Objectivo do Programa: Promover a equidade no acesso aos cuidados de saúde privilegiando a saúde da mulher e da criança e de outros grupos vulneráveis						
Indicador de Resultado do Programa						
SPG	Designação do SPG	Objectivo do SPG	Actividade/ Acção	Meta Física	Localização incluindo número	Observações
4	Assistência Hospitalar	Expandir e melhorar os serviços prestados nas US's				
5	Medicamentos e Artigos Médicos	Aumentar o acesso aos medicamentos essenciais				

Programa: SAU03 Saúde Pública com Enfoque na Redução do Impacto das Grandes Endemias e Má Nutrição						
Objectivo do Programa: Reduzir o impacto das grandes como a malária, a tuberculose, o HIV e SIDA, as parasitoses intestinais, as doenças diarreicas e outras pandemias, e contribuir para a redução das de desnutrição crónica e da desnutrição protéico-calórica e por micronutrientes						
Indicador de Resultado do Programa						
SPG	Designação do SPG	Objectivo do SPG	Actividade/ Acção	Meta Física	Localização incluindo número	Observações
1	Malária	Garantir em 60% o diagnóstico e tratamento correctos				
2	Tuberculose (TB)	Aumentar a taxa de sucesso do tratamento				
3	ITS e HIV/ SIDA					
5	Lepra					

Programa: SAU04 Saúde Pública com Enfoque na Redução do Impacto das Grandes Endemias e Má Nutrição						
Objectivo do Programa: Reduzir o impacto das grandes como a malária, a tuberculose, o HIV e SIDA, as parasitoses intestinais, as doenças diarreicas e outras pandemias, e contribuir para a redução das de desnutrição crónica e da desnutrição protéico-calórica e por micronutrientes						
Indicador de Resultado do Programa						
SPG	Designação do SPG	Objectivo do SPG	Actividade/ Acção	Meta Física	Localização incluindo número	Observações
1	Promção de Saúde e Ambiente Comunitário					
3	Doenças Negligenciadas					
4	Doenças não Transmissíveis					
5	Saúde Mental					

3.3. ORÇAMENTAÇÃO

Ano: 20__
 Distrito:

TOTAL DE FUNDOS NECESSÁRIOS 20__

Descrição	Unidades Sanitárias Nível I				Sub-Total US	Serviços Distritais			Total Direcção e US's Nível I	HR/ HD
						Gasto Ano n-2	Gasto Ano n-1	Previsão Ano n		
Despesas Correntes										
Outras Despesas com o Pessoal										
Ajudas de Custo no País										
Outras										
Despesas com Bens e Serviços										
Bens										
Combustíveis e Lubrificantes										
Transporte										
Petróleo Geleiras PAV										
Petróleo Autoclave/ Incineradora										
Gás Geleiras PAV										
Manutenção e Reparação de Imóveis										
Manutenção e Reparação de Equipamentos										
Manutenção Viaturas ¹										
Material não Duradouro de Escritório										
Material Duradouro de Escritório										
Fardamento e Calçado										
Outros Bens não Duradouros										
Alimentação										
Higiene e Limpeza										
Outros Bens Duradouros										
Serviços										
Comunicações										
Passagens Dentro do País										
Passagens Fora do País										
Renda de Instalações										
Manutenção e Reparação de Imóveis										
Manutenção e Reparação de Equipamentos										
Manutenção Viaturas										
Transporte e Carga										
Seguros										
Representação										
Água e Electricidade										
Outros										
Transferências Correntes										
Despesas Sociais										
Subsídio de Alimentos										
Subsídio de Funeral										
Outras										
Exercícios Findos										
Salários e Remunerações										
Outras Despesas com o Pessoal										
Bens										
Serviços										
Despesas de Capital										
Bens de Capital										
Construções										
Habitação										
Edifícios										
Outras										
Maquinaria e Equipamento										
Outra										
Outros Bens de Capital										
Melhoramentos Fundiários										
Outros										
Outras Despesas de Capital										
Outras										

¹ Inclui geradores

Ano:
Distrito:

1. FUNDOS NECESSÁRIOS PARA ACTIVIDADES ESPECÍFICAS → GLOBAL 20

REUNIÕES	Nº de Vezes/ Nº de eventos	Nº de Participantes (Técnicos de Saúde)					Total Dias Homem	Custo Total
		Superior	Médio	Básico	Elementar	Total		
Reuniões de Balanço								
Outras Reuniões								
Cursos e Seminários								
Supervisão								
Deslocações à Capital Provincial								
Brigadas Móveis								
Outras Deslocações								
Avaliações/ estudos								
TOTAL								

TOTAL DIAS HOMEM DISPONÍVEIS NO DISTRITO

1.1. REUNIÕES CURSOS E SEMINÁRIOS 20

REUNIÕES	Nº Dias	Nº de vezes	Nº de Participantes (Técnicos de Saúde)					Total Dias Homem	Ajudas de Custo	Material Didáctico	Refeições	Orçamento Total
			Superior	Médio	Básico	Elementar	Total					
Reuniões de Balanço												
Balanço Trimestral												
Balanço semestral												
Balanço 9 Meses												
Balanço Anual												
Colectivo												
Sub-Total Reuniões de Balanço												
Outra Reuniões												
Sub-Total Outras Reuniões												
SUB-TOTAL DESPESA REUNIÕES												

CURSOS & SEMINÁRIOS	Nº Dias	Nº Facilitadores	Nº de Participantes (Técnicos de Saúde)					Total Dias Homem	Ajudas de Custo	Material Didáctico	Refeições	Orçamento Total
			Superior	Médio	Básico	Elementar	Total					
Sub-Total Seminários												
TOTAL REUNIÕES E SEMINÁRIOS												

1.2. DESLOCAÇÕES À CAPITAL PROVINCIAL, SUPERVISÃO E OUTRAS DESLOCAÇÕES NO DISTRITO

SUPERVISÃO E OUTRAS DESLOCAÇÕES NO DISTRITO	Nº Dias	Nº vezes ano	Nº de Participantes (Técnicos de Saúde)					Total Dias Homen	Ajudas de Custo
			Superior	Médio	Básico	Elementar	Total		
Descrição (Actividade e Local)									
Sub-Total Supervisão									

DESLOCAÇÕES À CAPITAL PROVINCIAL	Nº Dias	Nº vezes ano	Nº de Participantes (Técnicos de Saúde)					Total Dias Homen	Ajudas de Custo
			Superior	Médio	Básico	Elementar	Total		
Sub-Total Deslocações									

1.3. BRIGADAS MÓVEIS, AVALIAÇÕES E OUTROS 20

US/ Área de Saúde/ Aldeia	Nº Dias	Nº vezes ano	Nº de Participantes (Técnicos de Saúde)					Total Dias Homen	Ajudas de Custo
			Superior	Médio	Básico	Elementar	Total		
Brigadas Móveis									
Sub-Total Brigadas Móveis									
Outras Deslocações									
Sub-Total Outras Deslocações									
Avaliações									
Sub-Total Avaliações									
TOTAL DESLOCAÇÕES									

Ano:
Distrito de:

2. PREVISÃO FUNDOS NECESSÁRIOS - BENS DE CAPITAL

Item/ Produto	Quantidade	Valor Unitário	Total Custo	Fundos Necessários
Total				

Nota: Fundos necessários igual a Total do Custo multiplicado pelo índice de inflação

Ano:
Distrito:

20__

DISTRIBUIÇÃO FUNDOS PREVISTOS POR FONTE DE FINANCIAMENTO e POR RUBRICA (1)

Descrição	Total Fundos Necessários (1)			Total Fundos Previstos (OE e FE)		
	Valor	% Bens e Serviços	% Despesas Correntes	Valor	% Bens e Serviços	% Despesas Correntes
Despesas Correntes						
Outras Despesas com o Pessoal						
Ajudas de Custo no País						
Outras						
Despesas com Bens e Serviços						
Bens						
Combustíveis e Lubrificantes						
Manutenção e Reparação de Imóveis						
Manutenção e Reparação de Equipamentos						
Manutenção Viaturas						
Material não Duradouro de Escritório						
Material Duradouro de Escritório						
Fardamento e Calçado						
Outros Bens não Duradouros						
Alimentação						
Higiene e Limpeza						
Outros Bens Duradouros						
Serviços						
Comunicações						
Passagens Dentro do País						
Passagens Fora do País						
Renda de Instalações						
Manutenção e Reparação de Imóveis						
Manutenção e Reparação de Equipamentos						
Manutenção Viaturas						
Transporte e Carga						
Seguros						
Representação						
Água e Electricidade						
Outros						
Transferências Correntes						
Despesas Sociais						
Subsídio de Alimentos						
Subsídio de Funeral						
Outras						
Exercícios Findos						
Salários e Remunerações						
Outras Despesas com o Pessoal						
Bens						
Serviços						
Despesas de Capital						
Bens de Capital						
Construções						
Habitacões						
Edifícios						
Outras						
Maquinaria e Equipamento						
Outra						
Outros Bens de Capital						
Melhoramentos Fundiários						
Outros						
Outras Despesas de Capital						
Outras						

Ano:
Distrito:

20__

DISTRIBUIÇÃO FUNDOS PREVISTOS POR FONTE DE FINANCIAMENTO e POR RUBRICA (2)

Descrição	Distribuição Fundos Externos (Amarrados) Projectos		Soma Fundos Projectos	Fundos Necessários (2) (Fundos Necessários (1) - Fundos Projectos)			Distribuição Percentual do OE e FE (Não Amarrados - "AO")		
	(1)	(2)		Valor (Total 1 - FE Projectos)	% Bens e Serviços	% Depesas Correntes	OE	PROSAÚDE	Externo "Ajuda Orçamental"
Despesas Correntes									
Outras Despesas com o Pessoal									
Ajudas de Custo no País									
Outras									
Despesas com Bens e Serviços									
Bens									
Combustíveis e Lubrificantes									
Manutenção e Reparação de Imóveis									
Manutenção e Reparação de Equipamentos									
Manutenção Viaturas									
Material não Duradouro de Escritório									
Material Duradouro de Escritório									
Fardamento e Calçado									
Outros Bens não Duradouros									
Alimentação									
Higiene e Limpeza									
Outros Bens Duradouros									
Serviços									
Comunicações									
Passagens Dentro do País									
Passagens Fora do País									
Renda de Instalações									
Manutenção e Reparação de Imóveis									
Manutenção e Reparação de Equipamentos									
Manutenção Viaturas									
Transporte e Carga									
Seguros									
Representação									
Água e Electricidade									
Outros									
Transferências Correntes									
Despesas Sociais									
Subsídio de Alimentos									
Subsídio de Funeral									
Outras									
Exercícios Findos									
Salários e Remunerações									
Outras Despesas com o Pessoal									
Bens									
Serviços									
Despesas de Capital									
Bens de Capital									
Construções									
Habitacões									
Edifícios									
Outras									
Maquinaria e Equipamento									
Outra									
Outros Bens de Capital									
Melhoramentos Fundiários									
Outros									
Outras Despesas de Capital									
Outras									

Ano: 20__
 Distrito:

Unidade: Mil MT

DISTRIBUIÇÃO FUNDOS PREVISTOS POR FONTE DE FINANCIAMENTO e POR RUBRICA (3)

Distribuição da Receita e ajuste do Valor OE e Fundos Externos -
 Ajuda Orçamental

Descrição	Receita	OE	PROSAÚDE	Fundo Externo "Ajuda Orçamental"	Soma	Défi ce
Despesas Correntes						
Outras Despesas com o Pessoal						
Ajudas de Custo no País						
Outras						
Despesas com Bens e Serviços						
Bens						
Combustíveis e Lubrificantes						
Manutenção e Reparação de Imóveis						
Manutenção e Reparação de Equipamentos						
Manutenção Viaturas						
Material não Duradouro de Escritório						
Material Duradouro de Escritório						
Fardamento e Calçado						
Outros Bens não Duradouros						
Alimentação						
Higiene e Limpeza						
Outros Bens Duradouros						
Serviços						
Comunicações						
Passagens Dentro do País						
Passagens Fora do País						
Renda de Instalações						
Manutenção e Reparação de Imóveis						
Manutenção e Reparação de Equipamentos						
Manutenção Viaturas						
Transporte e Carga						
Seguros						
Representação						
Água e Electricidade						
Outros						
Transferências Correntes						
Despesas Sociais						
Subsídio de Alimentos						
Subsídio de Funeral						
Outras						
Exercícios Findos						
Salários e Remunerações						
Outras Despesas com o Pessoal						
Bens						
Serviços						
Despesas de Capital						
Bens de Capital						
Construções						
Habitacões						
Edifícios						
Outras						
Maquinaria e Equipamento						
Outra						
Outros Bens de Capital						
Melhoramentos Fundiários						
Outros						
Outras Despesas de Capital						
Outras						

Metodologia de Elaboração do Orçamento-Programa		
Enquadramento na Planificação e Caracterização da Acção		Modelo 02
Modelo para Todas as Acções (Não Orçamentais e Orçamentais) Preencher um Modelo para Cada Acção		
Ano Económico:		20__
Órgão ou Instituição	Código	Designação
Se Provincial, indicar a Província		Serviço Distrital de Saúde. Mulher e Acção Social
Se Distrital, indicar a Província e o Distrito		
Enquadramento na Planificação		
	Código	Designação
Objectivo Central do Plano Quinquenal do Governo (OC-PQG)		
Área Estratégica (AE)		
Sub-Área Estratégica (SAE)		
Programa do Governo (PG)	SAU02	Saúde Pública Privilegiando a Saúde da Mulher e da Criança e Assistência Médica
Sub-Programa do Governo (SPG)	1	Saúde Reprodutiva e Materna
Acção de Governo		
Acção Não Orçamental		
Acção Orçamental		
Actividade Orçamental		
Projecto Orçamental		
Objectivo Específico:		
Risco:		
Descrição Sumária:		
Se Projecto de parceiro Externo indicar		
Código e designação Projecto na Base Dados ODAMOZ	Código	Designação
Ponto de Situação da Execução até 31/Dezembro do exercício anterior:		
Ponto de Situação da Execução Estimada até 31/Dezembro do exercício actual:		
		Data:
		Início: / / Fim: / /
Se Actividade ou Projecto Orçamental, indicar:		
	Código	Designação
Actividade ou Projecto O		
Função		
Elaborado por: _____	Aprovado por: _____	
Categoria/Função: _____	Categoria/Função: _____	
Ass. _____ / /	Data: _____	Data: _____

Modelo para Todas as Acções, Não Orçamentais e Orçamentais.

Metodologia de Elaboração do Orçamento-Programa		
Metas Físicas da Acção		Modelo 03
Modelo para Todas as Acções (Não Orçamentais e Orçamentais)		
Preencher um Modelo para Cada Acção		
		Ano Económico: 20__
Órgão ou Instituição Se Provincial, indicar a Província Se Distrital, indicar a Província e o Distrito	Código <input type="text"/>	Designação <input type="text" value="Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social"/>
Enquadramento na Planificação		
Objectivo Central do Plano Quinquenal do Governo (OC-PQG)		
Área Estratégica (AE)		
Sub-Área Estratégica (SAE)		
Programa do Governo (PG)		
Sub-Programa do Governo (SPG)		
Acção		
Acção Não Orçamental		
Acção Orçamental		
Actividade Orçamental		
Projecto Orçamental		
Metas Físicas da Acção		
Produto 1	Designação do Produto	
	Unidade de Medida associada ao Produto	
	Meta / Resultados Esperados	
	Localização do Produto (Localidade, Distrito, Província)	
	Localização do Efeito do Produto (Localidade, Distrito, Província)	
	Fundamentação	
Produto 2	Designação do Produto	
	Unidade de Medida associada ao Produto	
	Meta / Resultados Esperados	
	Localização do Produto (Localidade, Distrito, Província)	
	Localização do Efeito do Produto (Localidade, Distrito, Província)	
	Fundamentação	
Produto 3	Designação do Produto	
	Unidade de Medida associada ao Produto	
	Meta / Resultados Esperados	
	Localização do Produto (Localidade, Distrito, Província)	
	Localização do Efeito do Produto (Localidade, Distrito, Província)	
	Fundamentação	
Elaborado por: _____		Aprovado por: _____
Categoria/Função: _____		Categoria/Função: _____
Ass. _____		Ass. _____
Data: ____/____/____		Data: ____/____/____

Modelo para Todas as Acções, Não Orçamentais e Orçamentais.

Metodologia de Elaboração do Orçamento-Programa										
Actividade Orçamental									Modelo 05	
Modelo EXCLUSIVO para as Despesas Gerais de Funcionamento (OF-00) de cada órgão ou instituição, incluindo todos os OF-s Distritais (OF-00 e os restantes OF-s Distritais) Preencher um Modelo para Cada Fonte de Recurso de Cada Actividade Orçamental										
									Ano Económico:	20__
Órgão ou Instituição Se Provincial, indicar a Província Se Distrital, indicar a Província e o Distrito	Código	Designação								
		Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social								
				Código	Designação					
Actividade Orçamental										
Fonte de Recurso (FR)		OE								
Meta Financeira (Preencher uma ficha para cada FR). <i>Unidade: Mil MT</i>										
Classificação Económica da Despesa			Função		Ano 0	Ano1		Ano2	Ano3	Seguintes
Código	Descrição	Código	Descrição	Dentro Limite		Excesso				
10000	Despesas Correntes									
110000	Despesas com o Pessoal									
111000	Salários e Remunerações									
111001	Vencimento Base do Pessoal do Quadro									
111002	Vencimento Base do Pessoal Fora do Quadro									
111003	Remuneração do Pessoal Estrangeiro									
111004	Pessoal Aguardando Aposentação									
111005	Salários e Remunerações do Pessoal Militar									
111006	Gratificação de Chefia									
111007	Outras Remunerações Certas									
111008	Remunerações Extraordinárias									
111099	Outras									
112000	Outras Despesas com o Pessoal									
112001	Ajudas de Custo no País									
112002	Ajudas de Custo Fora do País									
112003	Pessoal Estrangeiro									
112004	Pessoal Militar									
112005	Representação									
112006	Subsídio de Combustível e Manutenção de Viaturas									
112007	Suplemento de Vencimentos									
112099	Outras									
120000	Despesas com Bens e Serviços									
121000	Bens									
121001	Combustíveis e Lubrificantes									
121002	Manutenção e Reparação de Imóveis									
121003	Manutenção e Reparação de Equipamentos									
121004	Construções e Equipamentos Militares									
121005	Material não Duradouro de Escritório									
121006	Material Duradouro de Escritório									
121007	Fardamento e Calçado									
121008	Outros Bens não Duradouros									
121099	Outros Bens Duradouros									
122000	Serviços									
122001	Comunicações									
122002	Passagens Dentro do País									

Actividade Orçamental		Código		Designação				
Fonte de Recurso (FR)		OE						
Meta Financeira (Preencher uma ficha para cada FR). Unidade: Mil MT								
Classificação Económica da Despesa		Função		Ano1		Ano2	Ano3	Seguintes
Código	Descrição	Código	Descrição	Ano 0	Dentro Limite			
122003	Passagens Fora do País							
122004	Renda de Instalações							
122005	Manutenção e Reparação de Imóveis							
122006	Manutenção e Reparação de Equipamentos							
122007	Transporte e Carga							
122008	Seguros							
122009	Representação							
122012	Água e Electricidade							
122099	Outros							
140000	Transferências Correntes							
143000	Famílias							
143100	Pensões Cívicas							
143101	Aposentação							
143102	Sobrevivência							
143103	Subsídio por Morte							
143104	Sangue							
143199	Outras							
143300	Despesas Sociais							
143301	Subsídio de Alimentos							
143302	Subsídio de Funeral							
143399	Outras							
143400	Outras transferências às Famílias							
143401	Bolsas de Estudo							
143403	Deslocação de Doentes							
143499	Outras							
160000	Outras Despesas Correntes							
160099	Outras							
170000	Exercícios Findos							
170001	Salários e Remunerações							
170002	Outras Despesas com o Pessoal							
170003	Bens							
170004	Serviços							
200000	Despesas de Capital							
210000	Bens de Capital							
211000	Construções							
211001	Habitacões							
211002	Edifícios							
211099	Outras							
212000	Maquinaria e Equipamento							
212099	Outra							
213000	Outros Bens de Capital							
230000	Outras Despesas de Capital							
230099	Outras							
Total (100000+200000)								

Elaborado por: _____	Aprovado por: _____
Categoria/Função: _____	Categoria/Função: _____
Ass. _____	Ass. _____
	Data: ____ / ____ / ____
	Data: ____ / ____ / ____

Modelo EXCLUSIVO para as Despesas Gerais de Funcionamento (OF-00) de todos os órgãos e instituições, incluindo todos os OF-s Distritais (OF-00 e os restantes OF-s Distritais)
O Modelo não se aplica a Actividades Específicas nem a Projectos de Investimento.

Metodologia de Elaboração do Orçamento-Programa											
Actividade Orçamental									Modelo 05		
Modelo EXCLUSIVO para as Despesas Gerais de Funcionamento (OF-00) de cada órgão ou instituição, incluindo todos os OF-s Distritais (OF-00 e os restantes OF-s Distritais) Preencher um Modelo para Cada Fonte de Recurso de Cada Actividade Orçamental											
									Ano Económico:	20__	
Órgão ou Instituição Se Provincial, indicar a Província Se Distrital, indicar a Província e o Distrito	Código	Designação									
		Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social									
Actividade Orçamental			Receita			Código		Designação			
Fonte de Recurso (FR)			Receita								
Meta Financeira (Preencher uma ficha para cada FR). <i>Unidade: Mil MT</i>											
Classificação Económica da Despesa				Função		Ano 0	Ano1		Ano2	Ano3	Seguintes
Código	Descrição	Código	Descrição	Dentro Limite	Excesso						
10000	Despesas Correntes										
110000	Despesas com o Pessoal										
111000	Salários e Remunerações										
111001	Vencimento Base do Pessoal do Quadro										
111002	Vencimento Base do Pessoal Fora do Quadro										
111003	Remuneração do Pessoal Estrangeiro										
111004	Pessoal Aguardando Aposentação										
111005	Salários e Remunerações do Pessoal Militar										
111006	Gratificação de Chefia										
111007	Outras Remunerações Certas										
111008	Remunerações Extraordinárias										
111099	Outras										
112000	Outras Despesas com o Pessoal										
112001	Ajudas de Custo no País										
112002	Ajudas de Custo Fora do País										
112003	Pessoal Estrangeiro										
112004	Pessoal Militar										
112005	Representação										
112006	Subsídio de Combustível e Manutenção de Viaturas										
112007	Suplemento de Vencimentos										
112099	Outras										
120000	Despesas com Bens e Serviços										
121000	Bens										
121001	Combustíveis e Lubrificantes										
121002	Manutenção e Reparação de Imóveis										
121003	Manutenção e Reparação de Equipamentos										
121004	Construções e Equipamentos Militares										
121005	Material não Duradouro de Escritório										
121006	Material Duradouro de Escritório										
121007	Fardamento e Calçado										
121008	Outros Bens não Duradouros										
121099	Outros Bens Duradouros										
122000	Serviços										
122001	Comunicações										
122002	Passagens Dentro do País										

Actividade Orçamental		Receita		Código	Designação				
Fonte de Recurso (FR)									
Classificação Económica da Despesa				Meta Financeira (Preencher uma ficha para cada FR).			Unidade: Mil MT		
Código	Descrição	Código	Descrição	Ano 0	Ano1		Ano2	Ano3	Seguintes
					Dentro Limite	Excesso			
122003	Passagens Fora do País								
122004	Renda de Instalações								
122005	Manutenção e Reparação de Imóveis								
122006	Manutenção e Reparação de Equipamentos								
122007	Transporte e Carga								
122008	Seguros								
122009	Representação								
122012	Água e Electricidade								
122099	Outros								
140000	Transferências Correntes								
143000	Famílias								
143100	Pensões Cívicas								
143101	Aposentação								
143102	Sobrevivência								
143103	Subsídio por Morte								
143104	Sangue								
143199	Outras								
143300	Despesas Sociais								
143301	Subsídio de Alimentos								
143302	Subsídio de Funeral								
143399	Outras								
143400	Outras transferências às Famílias								
143401	Bolsas de Estudo								
143403	Deslocação de Doentes								
143499	Outras								
160000	Outras Despesas Correntes								
160099	Outras								
170000	Exercícios Findos								
170001	Salários e Remunerações								
170002	Outras Despesas com o Pessoal								
170003	Bens								
170004	Serviços								
200000	Despesas de Capital								
210000	Bens de Capital								
211000	Construções								
211001	Habitacões								
211002	Edifícios								
211099	Outras								
212000	Maquinaria e Equipamento								
212099	Outra								
213000	Outros Bens de Capital								
230000	Outras Despesas de Capital								
230099	Outras								
Total (100000+200000)									

Elaborado por: _____	Aprovado por: _____
Categoria/Função: _____	Categoria/Função: _____
Ass. _____	Ass. _____
	Data: ____/____/____
	Data: ____/____/____

Modelo EXCLUSIVO para as Despesas Gerais de Funcionamento (OF-00) de todos os órgãos e instituições, incluindo todos os OF-s Distritais (OF-00 e os restantes OF-s Distritais)
O Modelo não se aplica a Actividades Específicas nem a Projectos de Investimento.

Metodologia de Elaboração do Orçamento-Programa

Meta Financeira

Modelo EXCLUSIVO para Actividades Específicas e Projectos de Investimento

Preencher um Modelo para Cada Fonte de Recurso de Cada Actividade Específica ou de Cada Projecto de Investimento

Acção Orçamental

Modelo 06

Órgão ou Instituição	Código	Designação
Se Provincial, indicar a Província		Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social
Se Distrital, indicar a Província e o Distrito		

Se Actividade ou Projecto Orçamental, indicar:	Código	Designação
Actividade ou Projecto Orçamental		
Função		
Fonte de Recurso (FR)		
Se Projecto Orçamental, indicar a Localização		
Província		
Distrito		
Posto Administrativo		
Localidade		

Meta Financeira (Preencher uma ficha para cada FR).

Unidade: Mil MT

Código	Descrição	Ano 0	Ano1		Ano2	Ano3	Seguintes
			Dentro Limite	Excesso			
100000	Despesas Correntes						
110000	Despesas com o Pessoal						
111000	Salários e Remunerações						
111002	Vencimento Base do Pessoal Fora do Quadro						
111003	Remuneração do Pessoal Estrangeiro						
111099	Outras						
112000	Outras Despesas com o Pessoal						
112001	Ajudas de Custo no País						
112002	Ajudas de Custo Fora do País						
112003	Pessoal Estrangeiro						
112099	Outras						
120000	Despesas com Bens e Serviços						
121000	Bens						
121001	Combustíveis e Lubrificantes						
121002	Manutenção e Reparação de Imóveis						
121003	Manutenção e Reparação de Equipamentos						
121004	Construções e Equipamentos Militares						
121005	Material não Duradouro de Escritório						
121006	Material Duradouro de Escritório						
121007	Fardamento e Calçado						
121008	Outros Bens não Duradouros						
121099	Outros Bens Duradouros						
122000	Serviços						
122001	Comunicações						
122002	Passagens Dentro do País						
122003	Passagens Fora do País						
122004	Renda de Instalações						
122005	Manutenção e Reparação de Imóveis						
122006	Manutenção e Reparação de Equipamentos						
122007	Transporte e Carga						
122008	Seguros						
122012	Água e Electricidade						
122099	Outros						
140000	Transferências Correntes						
141000	Administrações Públicas						
143000	Famílias						
143401	Bolsas de Estudo						
143499	Outras						
160000	Outras Despesas Correntes						
160099	Outras						
200000	Despesas de Capital						
210000	Bens de Capital						
211000	Construções						
211001	Habitações						
211002	Edifícios						
211099	Outras						
212000	Maquinaria e Equipamento						
212001	Meios de Transporte						
212099	Outra						
213000	Outros Bens de Capital						
213099	Outros						
220000	Transferências de Capital						
221099	Outras						
222000	Outras Transferências de Capital						
230000	Outras Despesas de Capital						
230099	Outras						
Total (100000+200000)							

Elaborado por: _____

Aprovado por: _____

Categoria/Função: _____

Categoria/Função: _____

Ass. _____ Data: ____/____/____

Ass. _____ Data: ____/____/____

Modelo EXCLUSIVO para Actividades Específicas e Projectos de Investimento
O Modelo não se aplica a Despesas Gerais de Funcionamento (OF-00) de qualquer órgão ou instituição, nem aos
OF-s Distritais (OF-00 e os restantes OF-s Distritais)

4.2. FICHAS AUXILIARES PARA ORCAMENTAÇÃO DOS SALÁRIOS E REMUNERAÇÕES

Metodologia de Elaboração do Orçamento do Estado

Orçamento Corrente - Âmbito Distrital

Modelo 5 Salarios - 1

Salários e Remunerações: Funções de Direcção, Chefia e Confiança

I. Ano Económico:

II. Instituição: Código:

Provincia: Código: Distrito: Código:

III. Classificação Económica: Unidade: Mil Meticais

Criados	Lugares			Funções	Sistema de Carreiras e Remunerações					Vencimento Base Pessoal Quadro	Vencimento Base Pessoal Fora Quadro	Gratificação de Chefia	Bónus Especial	Renda de Casa	Abonos de Família	Outras	Total	
	Total	Mulheres	A Prover		Grupo	Classe	Escalão	Índice	Total									
				Função de Direcção														
				Director de Centros de Saude														
				Função de Chefia														
				TOTAL														

Elaborado por: Nome: _____ Ass. _____ Categoria/Função: _____ Data: _____

Aprovado por: Nome: _____ Ass. _____ Categoria/Função: _____ Data: _____



Avda. Eduardo Modlane/ Salvador Allende,
CP 264
Tel: +258 21 427131/32
Website: www.misau.gov.mz
Maputo (Moçambique)



Avda. Eduardo Modlane, nº 677, 1º andar,
Tel: +258 21 309777
Website: www.aecid.es
e-mail: otc@aecid.org.mz
Maputo (Moçambique)



Rua da Alegria, nº 70, CP. 2515
Tel: +258 21 32 29 53
Website: www.medicusmundi.es
e-mail: representacion.maputo@medicusmundi.es
Maputo (Moçambique)