



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

CONSELHO DE MINISTROS

DECRETO N.º xx/2026

de xx de 2026

Havendo necessidade de regulamentar a organização e funcionamento do Subsistema Comunitário de Saúde, bem como o regime de exercício da função de agente comunitário, ao abrigo do disposto no número 4 do artigo 25 e do número 3 do artigo 26 conjugado com o artigo 59, todas da Lei n.º 3/2026, de 21 de Janeiro, que estabelece o regime jurídico do Sistema Nacional de Saúde, o Conselho de Ministros Decreta:

Artigo 1. É aprovado o Regulamento que estabelece as normas de organização e funcionamento do Subsistema Comunitário de Saúde e o regime de exercício da função de agente comunitário em anexo, que é parte integrante do presente Decreto

Artigo 2. São revogadas as demais normas que contrariem o disposto no presente Decreto.

Artigo 3 O presente Decreto entra em vigor a partir da data da sua publicação.

Aprovado pelo Conselho de Ministros, aos xx de Junho 2026

Publique-se,

A Primeira-Ministra

Maria Benvinda Delfina Levi

CAPÍTULO I

Disposições Gerais

Artigo 1

(Objecto)

O presente Regulamento estabelece a organização e funcionamento do Subsistema Comunitário de Saúde, os termos de exercício da função de agente comunitário, **nos termos dos artigos 25 e 26 da Lei n.º 3/2026, de 21 de janeiro**, e a sua articulação com os demais Subsistemas de Saúde.

Artigo 2

(Âmbito de aplicação)

O presente regulamento aplica-se às instituições públicas e privadas, serviços, agentes, comunidades e outras formas de organização que prestam os cuidados essenciais de saúde ou que **participam na implementação, supervisão, apoio técnico, logístico ou financeiro** no Subsistema Comunitário de Saúde, ou que com este cooperem ou colaborem, em todo o território nacional.

Artigo 3

(Definições)

Sem prejuízos das definições constantes da Lei que estabelece o regime jurídico do Sistema Nacional de Saúde, a definição dos termos usados consta no glossário, em anexo, que é parte integrante do presente Regulamento.

Artigo 4

(Princípios de interpretação e aplicação)

Para além dos princípios fundamentais constantes da Constituição da República de Moçambique e da Lei do Sistema Nacional de Saúde, as autoridades competentes, na sua actuação, sujeitam-se aos seguintes princípios:

- a) **acesso universal** – garante que todos tenham acesso aos serviços de saúde, independentemente de sua origem étnica, religião, condição sócio-económica, género, opção política ou qualquer outra característica;
- b) **complementaridade** – promove a diversidade de abordagens e recursos disponíveis

para promover a saúde, reconhece que os subsistemas de saúde se complementam e colaboram na melhoria da saúde da população;

- c) **dignidade humana** – preconiza a preservação da integridade física e mental dos utentes e prestadores de serviços de saúde;
- d) **respeito pelos direitos humanos** – reconhece a necessidade de garantia dos direitos fundamentais das pessoas no contexto dos cuidados de saúde;
- e) **equidade** – promove o acesso aos serviços essenciais de saúde, distribuído de maneira justa para atender às necessidades de grupos vulneráveis e marginalizados;
- f) **integração de cuidados** – promove o modelo de prestação de serviços integrado através de um sistema articulado de referência e contra-referência;
- g) **multi-Sectorialidade** – promove a abordagem de saúde em todas as políticas públicas, face à importância dos determinantes sócio-económicos da saúde;
- h) **participação social** – promove a participação activa das comunidades nos processos de tomada de decisão sobre a saúde e bem-estar do indivíduo na comunidade;
- i) **parcerias** – promove parcerias em prol da saúde e bem-estar da população, salvaguardando a sustentabilidade e o interesse geral;
- j) **qualidade** – promove a prestação de cuidados e serviços de saúde de qualidade com base na melhor evidência científica, respeitando os valores da ética e deontologia profissional;
- k) **responsabilização** – orienta acções e medidas legais face ao não cumprimento da normas e obrigações;
- l) **sustentabilidade** – promove a adopção de abordagens holísticas com base na eficiência, inovação e colaboração rumo a um sistema de saúde equitativo e duradouro;
- m) **transparência e prestação de contas** – promove a transparência e a prestação de contas em todos os níveis de gestão;
- n) **descentralização gradual** – é o processo de transferir poder, recursos ou responsabilidades de uma autoridade central para níveis locais ou regionais de forma progressiva, em etapas, e não de uma só vez;
- o) **interculturalidade** – é o processo de interação, diálogo e intercâmbio equitativo entre diferentes culturas;
- p) **participação social** – é o envolvimento ativo da sociedade civil na formulação, execução e fiscalização de políticas públicas;

- q) **inovação comunitária** – é o processo em que os próprios moradores identificam problemas locais e criam soluções colaborativas para melhorar a qualidade de vida; e
- r) **proximidade** – é o estado ou qualidade do que está fisicamente ou temporalmente perto, também aplicado a relações afetivas ou semelhanças.

Artigo 5

(Funções)

O Subsistema Comunitário de Saúde tem as seguintes funções:

- a) garantir o engajamento dos indivíduos, famílias e comunidades para a promoção, melhoria e manutenção da saúde e do bem-estar;
- b) prestar cuidados de saúde primários através de acções promotoras, preventivas, curativas e de reabilitação na área local de saúde comunitária, em conformidade com o Pacote Essencial de Cuidados de Saúde (PECS);
- c) promover a abordagem multisectorial no âmbito dos determinantes sociais de saúde, criando ambientes propícios e favoráveis à saúde e ao bem-estar.
- d) assegurar a vigilância epidemiológica comunitária, em articulação com o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.

CAPÍTULO II

Organização do Subsistema Comunitário de Saúde

Artigo 6

(Caracterização)

O Subsistema Comunitário de Saúde constitui o primeiro nível de contacto com o Sistema Nacional de Saúde, assegurando a prestação de cuidados essenciais definidos no Pacote Essencial de Cuidados de Saúde (PECS) e garantindo a ligação funcional entre a comunidade e os demais subsistemas de saúde.

Artigo 7

(Organização)

1. O Subsistema Comunitário de Saúde organiza-se através de uma Rede Local de Saúde comunitária, do Subsistema Comunitário de Saúde, composta pelos seguintes elementos:

- a) Postos Comunitários de Saúde;
- b) Agentes Comunitários de Saúde;

- c) Organizações comunitárias de base e líderes locais;
- d) organizações ligadas aos sectores de desenvolvimento local
- d) Agentes económicos locais
- e) Unidade Sanitária de Referência;
- f) Comités Comunitários de Desenvolvimento de Saúde;
- g) organizações da sociedade civil;
- h) parceiros de cooperação nacionais e internacionais;
- i) outras entidades.

2. A articulação entre os elementos do número 1 do presente artigo é definida em normas operacionais aprovadas pelo Ministério da Saúde.

SECÇÃO I

Rede Local de Saúde Comunitária (RLSC)

Artigo 8

(Estrutura da rede)

1. A rede local de saúde comunitária é composta por postos comunitários de saúde, agentes comunitários, líderes comunitários, organizações comunitárias de base, instituições de solidariedade social e interligam-se as unidades de saúde de referência que são centros de saúde.
2. Os órgãos de coordenação da Rede Local são os órgãos descentralizados de saúde, a Unidade Sanitária de Referência e o Comité Comunitário de Desenvolvimento de Saúde.
3. As entidades de coordenação e liderança da Rede Local de Saúde Comunitária são os órgãos descentralizados, entidades de saúde locais e os grupos de interesse em saúde e bem-estar das comunidades, de natureza social, económica, cultural, ambiental e outras.
4. Os órgãos representativos e grupos de interesse em saúde e bem-estar das comunidades na Rede Local de Saúde Comunitária, são:
 - a) Comités Comunitários de Desenvolvimento de Saúde;
 - b) Actores Comunitários Específicos dos Sectores de Desenvolvimento Local;
 - c) Rede de Actores Comunitários Locais;
 - d) Agentes Comunitários Locais; e

- e) Parceiros de cooperação e de implementação;
 - a) Constitui órgão de consulta e gestão da Rede Local de Saúde Comunitária, ao nível do distrito, o seguinte: Conselho comunitário de Saúde
5. O estabelecimento comunitário de prestação e coordenação de cuidados é o Posto Comunitário de Saúde.
6. A unidade de referência do Posto Comunitário de Saúde é o Centro de Saúde.

SECÇÃO III

Conselho Comunitário de Saúde

Artigo 9

(Composição e funções)

- a) O Comité Comunitário de Desenvolvimento de Saúde é órgão de consulta e gestão local de participação social e articulação comunitária da Rede Local de Saúde Comunitária.
- b) A composição do Conselho Comunitário de Saúde reflecte a diversidade social, cultural e territorial da comunidade abrangida, assegurando representação equilibrada dos diferentes grupos populacionais e actores comunitários relevantes, constituído por:
 - i. representantes das lideranças comunitárias, líderes religiosos, líderes tradicionais,
 - ii. representantes das associações locais, representantes das escolas,
 - iii. representantes dos grupos vulneráveis, activistas comunitários;
 - iv. representantes dos Agentes Comunitários de Saúde; e
 - v. responsável da área comunitária ou técnico de saúde designado;
 - vi. representantes dos agentes económicos locais;
 - vii. representantes do Posto Comunitário de Saúde;
 - viii. parceiros de cooperação, organizações da sociedade civil ou outras entidades com intervenção relevante na área da saúde comunitária.
- c) A composição observa equilíbrio de género, participação inclusiva das diferentes comunidades da área de abrangência e promove participação de jovens e representantes das comunidades vulneráveis ou de difícil acesso.
- d) Os membros dos Comités Comunitários de Desenvolvimento de Saúde são eleitos por mecanismos participativos definidos pela comunidade, conforme orientações do Ministério da Saúde.
- e) O presidente do conselho comunitário de saúde é eleito pelos seus pares.
- f) O mandato dos membros do conselho comunitário de Saúde é de 3 anos renováveis.

g) Compete ao Comité Comunitário de Desenvolvimento de Saúde:

- i. participar na elaboração e monitoria do Plano Comunitário de Saúde;
 - ii. apoiar a mobilização social e educação sanitária;
 - iii. acompanhar a qualidade das atividades de saúde e bem estar da comunidade;
 - iv. emitir recomendações à Unidade Sanitária de Referência, às entidades locais que lidam sobre os determinantes locais de saúde e aos órgão de participação comunitária local do distrito;
 - v. participar na avaliação comunitária dos Agentes Comunitários de Saúde
- h) O Comité Comunitário de Desenvolvimento de Saúde reúne-se ordinariamente uma vez por trimestre e extraordinariamente sempre que ocorram eventos de saúde pública que perturbem a saúde e bem estar da comunidade.
- i) As reuniões devem ter agenda, registo das deliberações, identificação dos problemas prioritários e definição das medidas correctivas ou actividades comunitárias necessárias.
- j) As decisões e recomendações do Comité Comunitário de Desenvolvimento de Saúde são comunicadas à unidade sanitária de referência, as entidades distritais de saúde e às estruturas locais relevantes.

Artigo 10

(Área de abrangência)

1. As áreas de abrangência da Rede Local de Saúde Comunitária são definidas com base em critérios populacionais, geográficos, vulnerabilidade e epidemiológicos, conforme normas do Ministério da Saúde.
2. As áreas vulneráveis, de difícil acesso são identificadas pelo distrito e aprovadas pela Direção Provincial de Saúde, podendo beneficiar de medidas operacionais específicas previstas no Plano de Expansão do Subsistema Comunitário de Saúde.
3. As áreas classificadas como vulneráveis e de difícil acesso beneficiam-se de medidas operacionais específicas, como brigadas móveis comunitárias, postos comunitários de saúde, sistemas comunitários de transporte, bicicletas ambulância, motorizadas comunitárias, sistemas alternativos de comunicação e reforço do número de agentes

Artigo 7

(Gestão da rede)

1. A gestão da rede Local de Saúde Comunitária é da responsabilidade dos órgãos de gestão descentralizada de saúde do níveis provincial, distrital e autárquico, com a participação activa das comunidades e organizações.
2. Compete aos níveis descentralizados:
 - a) assegurar coordenação técnica e supervisão integrada;
 - b) apoiar a logística e distribuição de insumos;
 - c) consolidar indicadores comunitários;
 - d) garantir formação contínua;
 - e) assegurar resposta aos eventos que perturbem a saúde e bem estar das comunidades.
3. O órgão descentralizado assegura a coordenação técnica, monitoria operacional, supervisão integrada aos distritos, distribuição logística provincial, consolidação de indicadores, formação contínua e resposta epidemiológica provincial.
4. As províncias possuem equipas provinciais comunitárias responsáveis pela supervisão periódica dos distritos, apoio técnico aos supervisores comunitários e avaliação do desempenho operacional da rede.
5. Ao nível do distrito faz-se o mapa da rede, delimitação das áreas geográficas comunitárias, distribuição dos Agentes Polivalentes de Saúde, coordenação das actividades comunitárias, gestão logística, gestão dos incentivos, supervisão operacional, gestão epidemiológica e articulação funcional entre comunidade e unidades sanitárias.
6. Cada distrito possui uma estrutura de coordenação de saúde comunitária responsável pela implementação operacional da rede,
7. A gestão comunitária privilegia participação social, mobilização comunitária, vigilância local, promoção da saúde e identificação precoce de problemas.
- 8.

Artigo 8

(Plano comunitário de saúde)

1. Cada Rede Local deve elaborar anualmente um plano comunitário de saúde e bem estar, alinhado à Lei do Sistema Nacional de Saúde, ao plano Estratégico do Sector da Saúde, à Estratégia do Subsistema Comunitário de Saúde, e aos planos distritais e provinciais, tendo em conta as intervenções definidas como prioritárias.
2. O Plano comunitário inclui:
 - a) actividades previstas no PECS, nomeadamente: acções de promoção da saúde;

- b) prevenção;
- c) vigilância epidemiológica comunitária;
- d) tratamento de doenças crónicas;
- e) nutrição e saúde materna;
- f) resposta as emergências de saúde pública sanitárias;
- g) visitas domiciliares;
- g) indicadores operacionais e epidemiológicos definidos pelo MISAU.

SECÇÃO II

Postos Comunitários de Saúde

Artigo 9

(Caracterização)

1. O Posto Comunitário de Saúde é o estabelecimento de base do Subsistema Comunitário, constituindo a unidade mais próxima da comunidade, sem internamento, focado em acções de promoção da saúde, prevenção de doença, vigilância epidemiológica comunitária, cuidados básicos, referência comunitária e mobilização social.
2. São funções gerais do Posto Comunitário de Saúde, as seguintes:
 - a) oferta e continuidade de serviços essenciais de saúde através da acção dos Agentes Polivalentes de Saúde;
 - b) promoção da participação activa e coordenação da rede de actores comunitários para abordagem dos determinantes de saúde;
 - c) apoio ao manejo e controlo de epidemias, endemias e pandemias e suas consequências sociais nas comunidades;
 - d) aprovisionamento do material e equipamento de trabalho e medicamentos e sua conservação;
 - e) disponibilização de espaços de prestação de cuidados de saúde primários e de tratamentos de emergências.
3. O Posto Comunitário de Saúde tem carácter multifuncional através do empoderamento e literacia das comunidades, e assegura a efectivação dos determinantes de saúde.
4. A organização e funcionamento de um Posto Comunitário de Saúde e os termos do seu relacionamento com o Comité Comunitário de Desenvolvimento de Saúde, com Comité de humanização e com o seu Centro de Saúde de referência, são estabelecidos em regulamentação específica.

Artigo 10

(Requisitos de implantação e funcionamento)

São requisitos para a implantação e funcionamento de um Posto Comunitário de Saúde:

- a) Distância mínima de 5 km em relação a uma unidade sanitária
- b) infraestrutura simples, mas adequada (sala de atendimento, área de espera coberta, água potável, saneamento),
- c) insumos médicos e
- d) equipamento de protecção individual.

Artigo 11

(Funcionamento)

1. Horário flexível adaptado às necessidades da comunidade (incluindo tardes e fins-de-semana), com registo diário de actividades e referência de casos para o centro de saúde de referência, tendo em conta o protocolo pré-estabelecido
2. Os horários de funcionamento são definidos de forma participativa entre as entidades distritais de saúde, a unidade sanitária de referência, os Agentes Polivalentes de Saúde, os Comités Comunitários de Desenvolvimento de Saúde e as lideranças locais, considerando os hábitos comunitários, períodos de actividade económica, sazonalidade agrícola, mobilidade populacional e necessidades prioritárias da população.
3. Os Postos Comunitários de Saúde garantem presença operacional mínima regular ao longo da semana, assegurando que a população conheça previamente os dias e horários de funcionamento.
4. O Posto Comunitário de Saúde emite guia padronizada de referência comunitária contendo identificação do paciente, sinais clínicos observados, motivo da referência, data, hora e unidade sanitária de destino.

SECÇÃO III

Articulação com o Centro de Saúde de Referência

Artigo 12

(Unidade sanitária de referência)

1. O estabelecimento comunitário de prestação de cuidados é o posto comunitário de saúde, tendo como unidade sanitária de referência o Centro de Saúde.

2. O Posto Comunitário de Saúde está vinculado a um centro de saúde, que lhe presta supervisão técnica, apoio logístico, formação, fornecimento de insumos e sistema de referência e contra-referência.
3. A unidade sanitária de referência actua como centro técnico-operacional do Posto Comunitário de Saúde, assegura orientação permanente das actividades comunitárias, supervisão dos Agentes Polivalentes de Saúde, apoio clínico e monitoria da qualidade das intervenções desenvolvidas na comunidade.
4. As unidades sanitárias de referencia asseguram mecanismos de articulação, coordenação e supervisão com os postos comunitários de saúde

Artigo 13

5. (Competências da Unidade Sanitária de Referencia)

6. Compete à unidade sanitária de referência:
 7. a) prestar supervisão técnica regular ao Posto Comunitário de Saúde, acompanhamento das actividades comunitárias, observação directa das práticas operacionais,.
 8. avaliar a qualidade dos registos comunitários, funcionamento da vigilância epidemiológica, disponibilidade dos insumos médicos, actividades de promoção da saúde, referência de casos prioritários, seguimento domiciliário e gestão logística do Posto Comunitário de Saúde.
 9. apoiar a logística do Posto Comunitário de Saúde, no fornecimento contínuo de insumos médicos
 1. assegurar formação contínua dos Agentes Polivalentes de Saúde e demais actores comunitários vinculados ao Posto Comunitário de Saúde.
 2. garantir o funcionamento efectivo do sistema de referência e contra-referência comunitária.
 3. assegurar rapidez, continuidade de cuidados, segurança do paciente e adequada comunicação entre os diferentes níveis do sistema.
 4. assegurar atendimento dos pacientes referidos pelo Posto Comunitário de Saúde, seguindo os protocolos definidos pela entidade
 5. Garantir o retorno da informação clínica ao Posto Comunitário de Saúde através do sistema de contra-referência, permitindo seguimento domiciliar adequado e continuidade dos cuidados ao nível comunitário.
 6. compilar os dados provenientes dos Postos Comunitários de Saúde, incluindo actividades comunitárias, indicadores epidemiológicos, notificações de surtos, referências realizadas, cobertura domiciliar, actividades educativas e monitoria nutricional.

CAPÍTULO III

Perfil e requisitos do Exercício da função de Agente Comunitário de Saúde,

Artigo 14

(Agentes Comunitário de Saúde)

1. Os agentes comunitários de saúde asseguram as acções promotoras, preventivas, curativas e de reabilitação na área local de saúde comunitária, sob supervisão de profissionais de saúde do centro de saúde de referência.
2. Os agentes comunitários de saúde integram uma multiplicidade de actores comunitários reconhecidos pela entidade competente.

SECÇÃO I

Perfil, Recrutamento e Formação

Artigo 15

(Definição)

1. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o elo de ligação entre a comunidade e o sistema público de saúde, actuando na promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e acompanhamento de famílias ao nível comunitário
2. O Agente Comunitário de Saúde é indivíduo seleccionado pela própria comunidade, capacitado pela entidade que superentende a área da saúde e formalmente integrado na Rede Local Comunitária de Saúde para desenvolver actividades básicas de saúde ao nível familiar e comunitário.

3. Artigo 16

4. (Funções dos Agentes Comunitários de Saude)

São funções do Agente Comunitário de Saúde:

- a. promover a saúde e prevenção da doença;
 - b. desenvolver actividades regulares de educação sanitária, mobilização social, sensibilização comunitária, comunicação para mudança de comportamento;
 - c. promover a higiene e saneamento, prevenção de doenças,
- b) realizar visitas domiciliárias periódicas às famílias da sua área de abrangência,
- c) apoiar na detecção precoce, notificação imediata e seguimento de surtos, doenças prioritárias, eventos incomuns, óbitos suspeitos e situações de risco sanitário na vigilância epidemiológica comunitária, ;

- d) . Participar activamente nos mecanismos comunitários de resposta rápida a emergências sanitárias, surtos, epidemias e desastres naturais, articulando-se permanentemente com os Postos Comunitários de Saúde e as unidades sanitárias de referência.
- e) apoiar nas campanhas nacionais de vacinação, programas nutricionais, rastreios comunitários, seguimento de pacientes em cuidados domiciliários e actividades de referência e contra-referência comunitária.

Artigo 17

(Requisitos de ingresso)

1. Os critérios de elegibilidade para recrutamento incluem:
 - a) residência permanente na comunidade há pelo menos 2 anos;
 - b) idade igual ou superior a 18 anos
 - c) idoneidade moral, aceitação comunitária;
 - d) disponibilidade para exercer as actividades
 - e) conduta moral e cívica reconhecida e recomendada pela comunidade;
 - f) capacidade de comunicar se nas línguas mais faladas nas respectivas comunidades
 - g) conhecimento sobre os hábitos e costumes da comunidade
 - h) Experiencia em mobilização comunitária e participação em actividades sociais
2. Para além do disposto no número anterior, são requisitos de ingresso do Agente polivalente de Saúde acima mencionados são aplicáveis para o APS:
 - a) habilitações literárias mínimas de educação básica do Sistema Nacional de Educação ou equivalente.
 - b) capacidade física compatível com as funções e disponibilidade para participação nas actividades de formação e supervisão

SECÇÃO III

Regime Remuneratório

Artigo 18

(Regime remuneratório)

1. O exercício de actividade do Agente Comunitário de Saúde é de caracter voluntario.
2. Excepcionalmente os agentes comunitários de saúde podem beneficiar de subsídio legalmente estabelecido pelo trabalho prestado.

3. Compete as entidades que superentendem as áreas de Saúde , finanças, e Função Publica definir os critérios de atribuição do subsidio referido no numero 2 do presente artigo
4. Os pagamentos dos subsídios devem obedecer aos princípios de transparência, rastreabilidade administrativa e prestação de contas.

CAPÍTULO V

Financiamento e Sustentabilidade

Artigo 19

(Fontes de financiamento)

1. O financiamento do Subsistema Comunitário de Saúde é da responsabilidade dos órgãos de gestão descentralizado provincial, distrital e das autarquias locais.
2. A fonte principal de financiamento é o Orçamento do Estado sem prejuízos de outras fontes definidas na lei
3. Constitui outras fontes de financiamento do subsistema comunitário de saúde o produto de benemerências e doações e outras prestações.

CAPÍTULO VI

Sistema de Informação e Saúde Digital Comunitária

Artigo 20

1. O sistema de informação de saúde inclui um conjunto de componentes que actuam de forma integrada, por meio de mecanismos de colheita, processamento, análise e transmissão de dados e informação para tomada de decisões.
2. O Governo promove o uso de tecnologias de informação e comunicação para facilitar a colheita, processamento, análise e transmissão de dados de todos os subsistemas de saúde e outros sectores cujos resultados tenham impacto sobre a saúde.

Artigo 21

(Registo de actividades)

As actividades do Agente comunitário de Saúde são registados em formulário simplificado físico ou em plataformas digitais de acordo com as normas definidas pelo governo.

Artigo 22

Compete à entidade que superintende a área da saúde

organizar e gerir o sistema de informação em saúde, a todos os níveis de funcionamento do Sistema Nacional de Saúde.

(Interoperabilidade)

Os dados do Subsistema Comunitário de saúde são integrados no Sistema de Informação de Saúde, com indicadores específicos para monitoria da cobertura comunitária.

Artigo 23

O Governo é responsável por garantir a protecção e a privacidade dos dados dos cidadãos, adoptando mecanismos de segurança cibernética, protocolos de anonimização e pseudonimização de dados em conformidade com a lei, garantindo que as informações pessoais sejam utilizadas de forma ética e segura.

(Protecção de dados)

Os dados de saúde recolhidos ao nível comunitário são confidenciais, sendo vedada a partilha de informação pessoal identificável sem consentimento do utente

CAPÍTULO VII

Monitoria, Avaliação e Fiscalização

Artigo 24

(Indicadores de desempenho)

1. A monitoria e avaliação do desempenho do Subsistema Comunitário de Saúde são realizadas pelos órgãos descentralizados em coordenação com a unidade sanitária de referencia na base de um Quadro de Indicadores de Desempenho Comunitário, aprovado pela entidade que superintende a área da saúde.
2. O Quadro de Indicadores de Desempenho Comunitário abrange as seguintes dimensões de desempenho, adaptadas à realidade do Subsistema Comunitário:
 - a) *Acesso e cobertura comunitária*
 - b) *Qualidade e segurança dos cuidados comunitários*
 - c) *Eficiência e produtividade comunitária*
 - d) *Equidade e inclusão comunitária*
 - e) *Sustentabilidade e participação comunitária*
3. Os indicadores são desagregados pelos seguintes níveis:
 - a) indicadores estratégicos para monitoria nacional do Subsistema Comunitário, reportados anualmente;

- b) indicadores táticos para monitoria provincial, reportados trimestralmente ao Conselho Executivo Provincial e a Direcção Executiva do SNS;
- c) indicadores operacionais para gestão do Subsistema Comunitário, reportados mensalmente

4. Os resultados dos indicadores são utilizados para:

- a) planificação das actividades do Subsistema Comunitário, alocação de recursos e ajuste de metas;
- b) avaliação de desempenho dos agentes comunitários e dos supervisores do centro de saúde;
- c) identificação de áreas prioritárias para formação, supervisão reforçada, ajuste de protocolos ou aquisição de equipamentos; e
- d) divulgação pública do desempenho do Subsistema Comunitário nos fóruns abertos e nos Conselhos Comunitários de Saúde.

Artigo 25

(Avaliação participativa)

1. A avaliação do Subsistema Comunitário de Saúde deve ser participativa, envolvendo não só os gestores e profissionais de saúde, mas também os agentes comunitários, os utentes, as comunidades, as organizações da sociedade civil, os líderes tradicionais e os parceiros institucionais.

Artigo 26

(Fiscalização)

1. Compete à Inspeção Geral de Saúde a fiscalização do cumprimento das normas legais, regulamentares, técnicas e de gestão no âmbito do Subsistema Comunitário de Saúde, incluindo a actuação dos agentes comunitários de saúde, o funcionamento dos postos comunitários, a organização das redes locais de saúde comunitária, bem como a actuação dos demais actores comunitários de saúde que integram ou colaboram com este subsistema.
2. No exercício das suas funções no Subsistema Comunitário, a Inspeção Geral de Saúde deve, designadamente:
 - a) controlar e fiscalizar a correcta implementação das políticas, estratégias e normas relativas à saúde comunitária, incluindo a formação, cadastramento, supervisão e avaliação dos agentes comunitários de saúde;

- b) monitorizar o cumprimento dos protocolos clínicos, das listas de medicamentos e testes rápidos permitidos ao nível comunitário, bem como dos procedimentos de referência e contra-referência para o centro de saúde de referência;
 - c) verificar a legalidade e regularidade da gestão dos recursos financeiros, materiais e humanos afectos ao Subsistema Comunitário, designadamente os subsídios, incentivos, kits de trabalho e fundos de financiamento comunitário;
 - d) inspeccionar as condições de funcionamento dos postos comunitários de saúde, incluindo infraestrutura, equipamentos, condições de higiene e segurança, e disponibilidade de insumos essenciais;
 - e) avaliar o desempenho dos agentes comunitários de saúde e dos demais actores comunitários, nos termos dos critérios definidos no presente Regulamento e na regulamentação complementar;
 - f) receber e investigar denúncias de utentes, comunidades ou profissionais sobre irregularidades, más práticas, violação de direitos, cobranças indevidas ou negligência no âmbito da actuação comunitária; e
 - g) propor à homologação do Ministro que superintende a área da Saúde a suspensão ou o cancelamento do cadastro de agentes comunitários de saúde ou de postos comunitários, bem como outras penalizações aplicáveis às entidades ou actores do Subsistema Comunitário que incorram em infracções graves.
3. A IGS exerce as suas funções no âmbito do Subsistema Comunitário por meio de:
- a) *inspecções ordinárias* realizadas com base num Plano Anual de Inspeção, aprovado pelo Ministro que superintende a área da Saúde, observando a periodicidade mínima de 3 (três) anos para os postos comunitários e as redes locais de saúde comunitária, podendo incluir visitas de supervisão conjunta com os serviços distritais de saúde;
 - b) *inspecções extraordinárias* realizadas a qualquer momento, sem aviso prévio, quando haja denúncia fundamentada de infracção grave, risco iminente para a saúde das comunidades, suspeita de desvio de fundos ou insumos, ou por determinação superior;
 - c) acções de monitoria para verificações documentais, análise de dados de produção e qualidade, cruzamento de informações com o Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS) e com os registos dos centros de saúde de referência; e
 - d) *auditorias* para examinar a gestão de recursos, a qualidade clínica e ao cumprimento de metas nos postos comunitários e nas redes locais, podendo ser realizadas por equipas próprias ou por entidades externas contratadas.

4. Sem prejuízo das formas de actuação previstas no Regulamento de Actividades de Fiscalização e Inspecção-Geral de Saúde, a IGS pode organizar-se em comissões especializadas.

CAPÍTULO VIII

Articulações com os Demais Subsistemas

Artigo 27

(Articulação com o Subsistema Pública)

1. O Subsistema Comunitário de Saúde articula-se com o Subsistema Público de Saúde, em especial com o Serviço Nacional de Saúde (SNS), de forma permanente, estruturada e hierarquizada, garantindo a continuidade, a integralidade e a qualidade dos cuidados prestados às comunidades.
2. A articulação entre o Subsistema Comunitário e o SNS concretiza-se através dos seguintes mecanismos:
 - a) Vínculo institucional obrigatório - cada Posto Comunitário de Saúde, cada agente comunitário de saúde e cada rede local de saúde comunitária está vinculado a um centro de saúde de referência, que exerce a supervisão técnica, o apoio logístico, a formação contínua e a coordenação da referência e contra-referência;
 - b) Plano integrado de cuidados - o Plano Comunitário de Saúde é integrado no Plano Distrital de Saúde e no plano do centro de saúde de referência, garantindo a coerência de objectivos, metas e orçamentos;
 - c) Equipa de saúde alargada - os agentes comunitários de saúde são considerados membros não remunerados (ou com subsídio) da equipa de saúde do centro de saúde de referência, participando em reuniões clínicas, supervisões e formações realizadas pela unidade pública;
 - d) Sistema integrado de informação - os dados gerados pelo Subsistema Comunitário (visitas domiciliárias, testes rápidos, referências, notificações) são integrados no Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS) e no sistema do centro de saúde de referência, através de formulários padronizados ou aplicações móveis interoperáveis;
 - e) Sistema de referência e contra-referência - os agentes comunitários identificam sinais de perigo e referenciam os doentes para o centro de saúde de referência, que, por sua

vez, contra-referencia os doentes estabilizados para acompanhamento comunitário, nos termos do Regulamento.

f) .

3. A entidade que superintende a área da saúde, através da Inspeção Geral de Saúde , fiscaliza o cumprimento das obrigações de articulação previstas no presente artigo.

Artigo 28

(Articulação com o Subsistema Privado)

1. O Subsistema Comunitário de Saúde pode articular-se com o Subsistema Privado de Saúde, em regime de complementaridade e cooperação, sempre que tal se revele vantajoso para a saúde das comunidades, designadamente em áreas rurais ou de difícil acesso onde a oferta pública é insuficiente, ou em emergências de saúde pública.
2. A articulação entre o Subsistema Comunitário e o Subsistema Privado concretiza-se através dos seguintes mecanismos:
 - a) parcerias com instituições privadas sem fins lucrativos - o Estado pode celebrar contratos-programa com instituições privadas de solidariedade social para a gestão de postos comunitários de saúde ou para o apoio a redes locais de saúde comunitária;
 - b) acordos de cooperação com entidades privadas com fins lucrativos - as entidades privadas podem apoiar o Subsistema Comunitário através de: financiamento de actividades de promoção da saúde, doação de insumos, formação de agentes comunitários, ou disponibilização de transporte para referência de casos graves, mediante contrapartidas fiscais ou de imagem institucional, sem prejuízo das normas de transparência e concorrência;
 - c) referência e contra-referência privada - os agentes comunitários de saúde podem referenciar doentes para entidades privadas, quando o centro de saúde de referência não tiver capacidade para prestar os cuidados necessários em tempo útil; e
 - d) articulação em emergências - em caso de emergência de saúde pública ou catástrofe natural, as entidades privadas de saúde são obrigadas a colaborar com o Subsistema Comunitário, designadamente disponibilizando profissionais, equipamentos ou instalações para triagem, estabilização e referência de doentes.
3. As entidades privadas que celebrem acordos de articulação com o Subsistema Comunitário devem:
 - a) respeitar os protocolos técnicos e as listas de medicamentos permitidos ao nível comunitário, nos termos do presente Regulamento;

- b) fornecer dados estatísticos sobre as actividades realizadas no âmbito da articulação ao Sistema Nacional de Informação em Saúde; e
- c) submeter-se à fiscalização da Inspeção Geral de Saúde no que respeita ao cumprimento do acordo e à qualidade dos cuidados prestados.

CAPÍTULO IX

Infracções e Sanções

Artigo 29

(Infrações)

1. constituem infracções no âmbito do Subsistema Comunitário de Saúde:

- a) infracções leves, puníveis com advertência registada ou suspensão do subsídio até 30 dias:
 - i. a falta de registo ou registo incompleto das actividades diárias (visitas domiciliares, testes realizados, medicamentos administrados);
 - ii. o atraso injustificado na transmissão de dados ao centro de saúde de referência; e
 - iii. a falta de actualização do cadastro perante o Conselho Distrital de Saúde;
 - iv. a não afixação da tabela de preços sociais ou a falta de informação aos utentes sobre a gratuidade de determinados serviços.
- b) infracções graves, puníveis com suspensão do subsídio de 30 a 180 dias, suspensão do cadastro do agente comunitário, ou, para os postos comunitários, suspensão da licença de funcionamento por até 90 dias:
 - v. o exercício de funções por pessoa não cadastrada ou sem formação certificada;
 - vi. a violação do dever de referência oportuna de casos graves, sem dano para o utente;
 - vii. a administração de medicamentos fora da lista permitida ou em desrespeito pelos protocolos estabelecidos;
 - viii. a realização de actos fora das competências do agente comunitário (ex.: realização de partos, suturas, injeções endovenosas);
 - ix. a cobrança indevida de qualquer quantia pelos serviços prestados;
 - x. o desvio ou utilização indevida de medicamentos, testes rápidos ou insumos para fins pessoais ou comerciais; e

- xi. a violação do dever de sigilo profissional sobre os dados de saúde dos utentes;
 - xii. a recusa injustificada de colaborar com a supervisão do centro de saúde de referência.
- c) Infracções muito graves, puníveis com cancelamento definitivo do cadastro do agente comunitário, cancelamento da licença do Posto Comunitário de Saúde, e, quando aplicável, responsabilidade civil ou criminal:
- xiii. a prática de actos fora das competências que resulte em dano grave ou morte do utente;
 - xiv. a omissão dolosa de referência de doente em situação crítica, com dano grave ou morte;
 - xv. a cobrança indevida em situação de urgência ou emergência, condicionando o acesso a cuidados essenciais;
 - xvi. o desvio de medicamentos ou insumos para comercialização ilegal;
 - xvii. a falsificação de registos de actividades, de referências ou de dados de notificação;
 - xviii. a violação grave e reiterada dos protocolos de segurança, com risco sistémico para a saúde comunitária; e
 - xix. a agressão física ou moral a utentes, membros da comunidade ou profissionais de saúde no exercício das funções.

Artigo 30

(Sanções)

1. Sem prejuízo de outras sanções previstas na lei, as infracções no âmbito do Subsistema Comunitário são puníveis com:

- a) advertência registada, aplicável a infracções leves na primeira ocorrência, com registo no processo do agente comunitário ou do Posto Comunitário de Saúde;
- b) suspensão do subsídio mensal, aplicável a infracções leves reincidentes ou a infracções graves, por período de 30 a 180 dias
- c) suspensão do cadastro, aplicável a infracções graves, impedindo o exercício de funções como agente comunitário por período determinado (até 360 dias);
- d) cancelamento definitivo do cadastro, aplicável a infracções muito graves ou em caso de reincidência em infracção grave no prazo de dois anos, com efeitos permanentes e registo no Cadastro Nacional de Agentes Comunitários de Saúde;

- e) suspensão ou cancelamento da licença do Posto Comunitário de Saúde, aplicável ao Posto Comunitário de Saúde ou à entidade gestora (organização comunitária, instituição de solidariedade social) em caso de infracções graves ou muito graves;
 - f) perda de equipamentos, medicamentos ou insumos a favor do Estado, sanção acessória aplicável em caso de desvio ou furto;
 - g) publicidade da sanção, aplicável a infracções muito graves, mediante publicação de extracto da decisão no Posto Comunitário de Saúde e no portal electrónico do Ministério que superintende a área da Saúde.
2. Há reincidência quando o agente comunitário ou a entidade pratica nova infracção da mesma natureza no prazo de 2 (dois) anos a contar do trânsito em julgado da decisão sancionatória anterior. Em caso de reincidência:
- a) a multa ou suspensão é elevada ao dobro;
 - b) a advertência é convertida em suspensão;
 - c) a suspensão pode ser convertida em cancelamento definitivo do cadastro;
 - d) o cancelamento definitivo impede novo cadastro por um período mínimo de 5 anos.
3. A aplicação de sanções administrativas nos termos do presente artigo não prejudica nem exclui:
- a) a responsabilidade civil do agente comunitário, do Posto Comunitário de Saúde ou da entidade gestora perante os utentes lesados, nos termos do Código Civil; e
 - b) a responsabilidade criminal nos termos do Código Penal, designadamente por homicídio negligente, ofensas corporais, exercício ilegal da medicina, abuso de confiança ou falsificação de documentos.
4. Nos termos do Decreto que aprova o Regulamento de Actividades de Fiscalização e Inspeção-Geral de Saúde, a IGS deve propor, no âmbito das fiscalizações, a remessa dos processos às instâncias próprias para procedimentos subsequentes de acordo com a gravidade dos casos, designadamente:
- a) ao Ministério Público, quando haja indícios da prática de crime;
 - b) ao Conselho Distrital de Saúde, para efeitos de desvinculação do agente comunitário ou de revisão do plano de acção do Posto Comunitário de Saúde; e
 - c) ao centro de saúde de referência, para reforço da supervisão ou para instauração de processo disciplinar contra profissionais de saúde que tenham concorrido para a infracção.
5. Da decisão da IGS cabe recurso hierárquico para o Ministro que superintende a área da Saúde, no prazo de 30 (trinta) dias úteis, sem efeito suspensivo, salvo decisão

fundamentada em contrário, nos termos do Decreto que aprova o Regulamento de Actividades de Fiscalização e Inspeção-Geral de Saúde.

6. Os inspectores da IGS gozam de garantias de independência no exercício das suas funções de fiscalização do Subsistema Comunitário, não podendo ser responsabilizados civil, criminal ou disciplinarmente pelos actos praticados no âmbito da sua actividade inspectiva, salvo se houver dolo ou negligência grave devidamente comprovados em processo judicial ou disciplinar.
7. A IGS assegura mecanismos de protecção de denunciante (agentes comunitários, utentes, profissionais de saúde ou membros da comunidade) que reportem, de boa-fé, infracções no âmbito do Subsistema Comunitário, designadamente:
 - a) confidencialidade da identidade do denunciante, sempre que solicitada;
 - b) proibição de represálias ou discriminação contra o denunciante; e
 - c) adopção de medidas administrativas contra os responsáveis por actos de retaliação.
8. A IGS pode celebrar protocolos de cooperação com os Conselhos Distritais de Saúde, com as autarquias locais e com os Conselhos Executivos Provinciais para a realização de acções de fiscalização delegada no âmbito do Subsistema Comunitário, nos termos do Decreto aprova o Regulamento de Actividades de Fiscalização e Inspeção-Geral de Saúde, assegurando a formação, a supervisão, a padronização de procedimentos e o reporte regular das acções realizadas.

CAPÍTULO X

Disposições Finais e Transitórias

Artigo 31

(Regulamentação complementar)

Compete o ministro que superentende a área da saúde aprovar:

- a) Plano operacional do Subsistema Comunitário de Saúde
- b) Procedimento operacional Padrão do Subsistema Comunitário de Saúde
- c) Manual do Agente Comunitário de Saúde;
- d) Lista de medicamentos e testes rápidos permitidos;
- e) Protocolos de referência e contra-referência comunitária; e
- f) Folha de registo diário padronizada.

~~Artigo 43~~

~~(Cadastro nacional de agentes Comunitários)~~

~~O Governo cria, no prazo de 12 meses, o Cadastro Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, actualizado anualmente.~~

~~Artigo 44~~

~~(Adaptação de agentes existentes)~~

~~Os agentes comunitários em exercício à data da entrada em vigor do presente Regulamento dispõem de 180 dias para regularizar a sua formação e cadastro.~~

~~Artigo 45~~

~~(Entrada em vigor)~~

~~O presente Regulamento entra em vigor 60 dias após a sua publicação no Boletim da República~~

~~ANEXOS (Propostos)~~

~~**Anexo I** – Modelo de cadastro do agente comunitário de saúde~~

~~**Anexo II** – Lista de medicamentos e testes rápidos permitidos ao nível comunitário~~

~~**Anexo III** – Protocolo básico de referência (sinais de perigo~~

~~**Anexo IV** – Folha de registo diário de actividades (modelo)~~

~~**Anexo V** – Indicadores de avaliação de desempenho dos agentes comunitários~~

~~**Anexo VI** – Guião para formação inicial (80 horas)~~