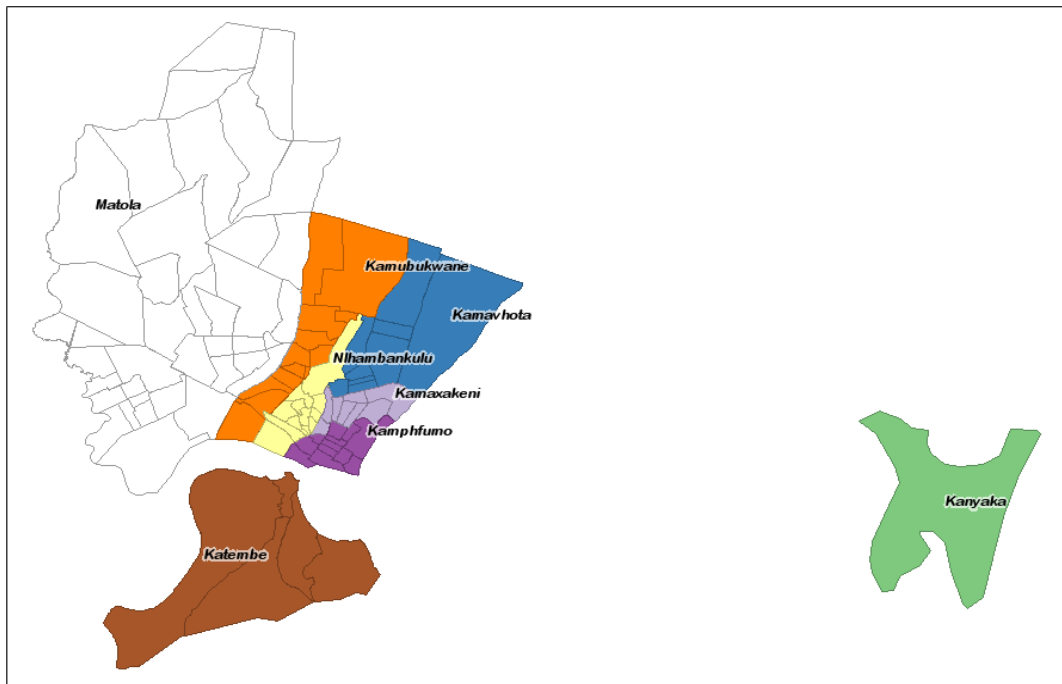




MUNICÍPIO DE MAPUTO
CONSELHO MUNICIPAL
PELOURO DE SAÚDE E ACÇÃO SOCIAL

MAPA SANITÁRIO

CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE PRESTAÇÃO
DE SERVIÇOS DE SAÚDE



CIDADE DE MAPUTO
MAIO 2013

FICHA TÉCNICA

Título: **Mapa Sanitario do Município de Maputo**

Editor: **Pelouro de Saúde e Ação Social**

Com a Aprovação do **Conselho Municipal do Município de Maputo**

Autoria: **Pelouro de Saúde e Acção Social, Marco Mira, Massimo Pietrobon, Anil das Gupta**

Assistencia Técnica: **Marco Mira, Massimo Pietrobon, Anil das Gupta**



**Ajuntament
de Barcelona**

1ª edição: 2013

Para comentários e sugestões, contacte por favor:

Nurbai Calú

nurbai.calu@gmail.com

Marco Mira

marcoafrika@yahoo.es

Anil Das Gupta González

onil@vivosinvivir.com

Escritorio de representação da medicusmundi em Maputo

representacion.maputo@medicusmundi.es

Lista de Siglas e Acrônimos

CMM	Conselho Municipal de Maputo
COEB	Cuidados Obstétricos Essenciais Básicos
COEC	Cuidados Obstétricos Essenciais Completos
CPS	Cuidados Primários de Saúde
CS	Centro de Saúde
CSRI	Centro de Saúde Rural Tipo I
CSRII	Centro de Saúde Rural Tipo II
CSU	Centro de Saúde Urbano
CSUA	Centro de Saúde Urbano tipo A
CSUB	Centro de Saúde Urbano tipo B
CSUC	Centro de Saúde Urbano tipo C
DSCM	Direcção de Saúde da Cidade de Maputo
DSMSAS	Direcção de Serviços Municipal de Saúde e Acção Social
HC	Hospital Central
HD	Hospital Distrital
HG	Hospital Geral
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
HP	Hospital Provincial
HR	Hospital Rural
MISAU	Ministério da Saúde
MM	Medicus Mundi
MB	Módulo Básico
MS	Mapa Sanitário
MZN	Metical
OE	Orçamento do Estado
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não Governamental
PF	Planeamento Familiar
PNME	Programa Nacional de Medicamentos Essenciais
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
SIDA	Síndrome de Imuno-deficiência Adquirida
SIS	Sistema de Informação para a Saúde

SNS	Sistema Nacional de Saúde (ou Serviço Nacional de Saúde)
TARV	Tratamento Anti-Retroviral
TB	Tuberculose
TOC	Taxa de Ocupação de Camas
UA	Unidade de Atendimento
US	Unidade Sanitária
VAS	Vacina Anti Sarampo
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	9
1.1 JUSTIFICAÇÃO. PARA QUÊ UM MAPA SANITÁRIO?	9
1.2 CARACTERÍSTICAS DE UM MAPA SANITÁRIO	11
1.3. CIDADE DE MAPUTO. ESPECIFICIDADES	11
Mapa 1.1 Distritos da Cidade de Maputo	12
Mapa 1.2 Distritos da Cidade de Maputo - Densidade populacional	13
2. METODOLOGIA	15
2.1 INFORMAÇÃO NECESSÁRIA	15
2.1.1 Dados gerais	15
2.1.2 Dados da componente saúde	15
2.1.3 Dados da componente física	16
2.2 FONTES DE INFORMAÇÃO	16
2.3 RECOLHA DE DADOS	17
2.4 TRATAMENTO DOS DADOS	18
2.5 LIMITAÇÕES	18
3. BREVE DESCRIÇÃO DAS COMPONENTES DO SISTEMA DE SAÚDE	20
3.1 ESTRUTURA DE GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE	20
3.1.1 DSCM: Organização e funções	20
3.1.1.1 Principais atribuições da DSCM	20
3.1.1.2 Estrutura orgânica da DSCM	20
3.1.2 Nível Municipal: estruturas de gestão	21
3.1.2.1 Principais atribuições da DSMSAS	22
3.2 DOTAÇÃO E EXECUÇÃO FINANCEIRA	23
3.3 APROVISIONAMENTO DE MEDICAMENTOS	24
Tabela 3.1 Distribuição kits medicamentos desde os HG aos CS dependentes.	25
3.4 SISTEMA DE INFORMAÇÃO	25
3.5 INSTITUIÇÕES DE FORMAÇÃO	26
4. SISTEMA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE	27
4.1 REDE SANITÁRIA	27
Mapa 4.1 Rede sanitária da Cidade de Maputo	27
Tabela 4.1 Rede sanitária da Cidade de Maputo, por tipo de US, níveis primário e secundário	27
4.1.1 Rede Sanitária Pública	28
Mapa 4.2 Rede sanitária da Província de Maputo Cidade - Hospitais	29
Tabela 4.2 Rede sanitária pública em funcionamento em Março 2013, níveis I e II	29
Mapa 4.3 Rede sanitária da Cidade de Maputo – Hospitais gerais - Cobertura	30
Tabela 4.3 Relação entre rede sanitária pública (níveis I e II), população e superfície	31
4.1.1.1 Unidades Não Funcionais	33
4.1.2 Subsistema privado	33
4.2 SERVIÇOS ESPECÍFICOS	33
4.2.1 Cuidados Primários de Saúde	34
Tabela 4.4 Serviços de CPS por distrito - US em funcionamento	34
Tabela 4.5 Serviços CPS por tipo da US	35
4.2.2 Cuidados Obstétricos	36
Tabela 4.6 Cuidados obstétricos, por tipo e por distrito	36
Mapa 4.4 Mapa da cobertura territorial das salas de parto e COEB	37
4.2.3 Atendimento pediátrico - nutrição	37
Tabela 4.7 Consulta nutrição por distrito	38
4.2.4 Atendimento Curativo. Internamento, Cirurgia e Hemoterapia	38
Tabela 4.8 Atendimento curativo. Internamento, Cirurgia e Hemoterapia.	38
4.2.5 Combate ao VIH/SIDA	38
Tabela 4.9 Serviços especializados no combate ao VIH/SIDA, por distrito	39
Mapa 4.5 Serviços especializados no combate ao HIV/Sida (ATS)	39
4.2.6 Meios auxiliares de diagnóstico e tratamento	40

Tabela 4.10 Principais meios auxiliares de diagnostico e tratamento, por distrito.....	40
Mapa 4.6 US com laboratório	41
Tabela 4.11 Meios auxiliares de diagnostico e tratamento por tipo de US	41
4.3 SISTEMAS DE REFERÊNCIA	41
5. INFRAESTRUTURAS	43
5.1 DESCRIÇÃO FÍSICA DA REDE SANITÁRIA.....	43
5.1.1 Formatos e Períodos	44
Tabela 5.1 Período de construção das US (níveis I e II), por distrito	44
5.1.2 Propriedade e Gestão	45
Tabela 5.2 Propriedade das US, por distrito	46
5.1.3 Residências	46
Tabela 5.3 Residências por US, por distrito.....	46
5.1.4 Acessibilidade física e distância às US de referência	47
5.2 TAMANHO E VALOR DO PATRIMÓNIO.....	47
Tabela 5.4 Custos estimados por intervenção. Maputo 2013	48
5.2.1 Tamanhos e tamanhos médios.	48
Tabela 5.5 Superfícies totais e médias por tipo de US	48
Tabela 5.6 Superfície das US e das residências, por distrito e por tipo de US.....	48
5.2.2 Valor do parque imobiliário.....	49
Tabela 5.7 Valor do património imobiliário, por distrito e por tipo de US	49
5.3 ESTADO DAS INFRA-ESTRUTURAS	50
5.3.1 Critérios de classificação.....	50
Tabela 5.8 Relação entre estado, intervenção necessária e grau de urgência	50
5.3.2 Qualidade construtiva e estado	50
Tabela 5.9 Avaliação do estado físico, por tipo de US	51
Tabela 5.10 Avaliação do estado físico, por distrito.....	51
Mapa 5.1 Avaliação do estado das US	52
5.3.3 Intervenções recomendadas	52
5.3.4 Custos das intervenções	52
Tabela 5.11 Estimativa de custos por intervenção e por tipo de US.....	53
Tabela 5.12 Estimativa de custos, manutenção e obras, por distrito e por tipo de US.....	53
Tabela 5.13 Custo de manutenção anual da rede sanitária pública (níveis I e II), por distritos	54
5.4 REDES TÉCNICAS E ABASTECIMENTO	54
5.4.1 Redes técnicas.....	54
Mapa 5.2 Infraestruturas básicas: Sistema de saneamento	55
Tabela 5.14 Forma de saneamento, por tipo de US	55
Tabela 5.15 Sistema de tratamento do lixo, por distrito	56
Mapa 5.3 Infra-estruturas básicas: Lixo hospitalar - Sistemas de tratamento	56
5.4.2 Abastecimento de Água e Energia	57
5.4.2.1 Água	57
Tabela 5.16 Sistema de aprovisionamento de água, por tipo de US	57
Mapa 5.4 Infraestruturas básicas: Sistema de abastecimento de água.....	58
Tabela 5.17 Sistema de aprovisionamento de água, por distrito	58
5.4.2.2 Energia	58
Tabela 5.18. Sistema de abastecimento de energia, por tipo de US	59
Mapa 5.5 Sistema de aprovisionamento de energia	59
6. RECURSOS UTILIZADOS.....	60
6.1 RECURSOS HUMANOS.....	60
Tabela 6.1 Recursos humanos por distrito e por categoria.....	60
Tabela 6.2 Equipas média por tipo da US.	62
Tabela 6.3 Distribuição dos técnicos superiores, por especialização e distrito.....	62
Tabela 6.4 Distribuição dos técnicos médios, por especialização e distrito.....	63
Tabela 6.5 Distribuição dos técnicos básicos, por especialização e distrito.	63
Tabela 6.6 Distribuição dos técnicos “outros”, por especialização e distrito.	64
6.2 EQUIPAMENTO.....	64

Tabela 6.7 N° de US sem equipamento crítico, por distrito	64
Tabela 6.8 N° de US sem equipamento crítico, por tipo	65
Tabela 6.9 Disponibilidade de equipamento, por distrito	65
Tabela 6.10 Disponibilidade de camas por tipo e por distrito.....	67
Tabela 6.11 Distribuição das camas, por especialidade e por tipo US	68
6.3 MEDICAMENTOS	68
Tabela 6.12 Disponibilidade de medicamentos por distrito.....	69
Tabela 6.13 Valorização das receitas na Farmácia do Ambulatório:	70
6.4 RECURSOS FINANCEIROS	70
Tabela 6.14 Despesa com Saúde.....	70
Tabela 6.15 Orçamento de Funcionamento – DSCM	72
Tabela 6.16 Orçamento de Investimento - componente interna	72
Tabela 6.17 Fundo Comum Provincial.....	72
Tabela 6.18 Orçamento transferido	74
7. RESULTADOS: VOLUME, COBERTURA E EFICIÊNCIA.....	75
7.1 VOLUME DE ACTIVIDADES	75
7.1.1 O que medir?.....	75
7.1.2 Uma Unidade Comum de Medida	75
Tabela 7.1. Cálculo das unidades de atendimento (UA). SNS Moçambique	76
Tabela 7.2. Cálculo das UAs utilizado no Mapa Sanitário	76
7.1.3 Volume realizado.....	76
Tabela 7.3 Actividades realizadas (em número e em UAs), por distrito	76
Tabela 7.4 Actividades realizadas, por tipo de US. 2012.....	77
7.2 COBERTURA DE SERVIÇOS E PROGRAMAS.....	77
Tabela 7.5 Cobertura dos principais programas, por distrito	78
7.2.1 Saúde Reprodutiva.....	78
7.2.2 Programa Alargado de Vacinação.....	79
7.2.3 Atendimento curativo.....	79
7.3 EFICIÊNCIA NO USO DOS RECURSOS	79
7.3.1 Taxa de Ocupação de Camas	79
Tabela 7.6 Taxa de Ocupação de Camas, por distrito.....	79
7.3.2 Produtividade.....	80
Tabela 7.7 Produtividade dos técnicos, por distrito	80
Tabela 7.8 Produtividade, por tipo da US	81
7.3.3 Consumo de Medicamentos	81
Tabela 7.9 Cobertura com Kits PNME e despesa com medicamentos	81
7.3.4 Alguns serviços e categorias	81
Tabela 7.10 Produtividade das salas de partos, por distrito	82
Tabela 7.11 Produtividade das salas de partos, por nível da US	82
Tabela 7.12 Produtividade dos técnicos de laboratório - 2012	82
8. A REDE DE MAPUTO E A NORMATIVA VIGENTE.....	84
8.1 NORMATIVA DAS UNIDADES SANITÁRIAS.....	84
Tabela 8.1 Características das US, por nível.....	91
8.2 PERFIL DA REDE SANITÁRIA DA CIDADE DE MAPUTO	91
Tabela 8.2 Serviços prestados pelas US da cidade de Maputo.....	92
8.2.1 Comparando tamanhos	92
Tabela 8.3 A Rede Sanitária aplicando o diploma ministerial	93
Tabela 8.4 Pessoal necessário, por categoria e por nível da US, aplicando o diploma ministerial ...	94
Tabela 8.5 Pessoal existente, por categoria e por nível da US	94
9. CONCLUSÕES.....	95
9.1 REDE SANITÁRIA	95
Mapa 9.1 Cobertura territorial da rede sanitária	95
9.2 SERVIÇOS PRESTADOS.....	96
9.3 SISTEMAS DE REFERÊNCIA	96
9.4 O ESTADO DAS INFRA-ESTRUTURAS	97

9.4.1 Necessidade de plantas tipo	97
9.4.2 Legalizar o patrimônio	97
9.4.3 Qualidade, estado e intervenção	98
9.4.4 Abastecimento água e energia	98
9.4.5 Observações estruturais e funcionais das US	98
9.5 DISPONIBILIDADE DE RECURSOS	99
9.5.1 Recursos Humanos	99
9.5.2 Camas hospitalares e Outro Equipamento	99
9.5.3 Medicamentos e despesa com medicamentos	100
9.5.4 Recursos financeiros	100
9.6 VOLUME DE ACTIVIDADES E COBERTURA	100
9.6.1 Coberturas razoáveis	100
9.6.2 Potencial para Ganhos de Eficiência	101
10. RECOMENDAÇÕES E OPÇÕES DE ACÇÃO	102
10.1 PRESSUPOSTOS	102
10.1.1 Projeções de População	102
Tabela 10.1 Projeções de população da província de Maputo por distrito. 2013-2020	102
10.1.2 Novo perfil epidemiológico	102
10.1.2.1 O efeito do VIH/SIDA	103
10.1.2.2 Novas e velhas emergências	103
10.1.2.3 As doenças não contagiosas	104
10.1.3 Novas abordagens	104
10.2 CRITÉRIOS UTILIZADOS	105
10.3 AUMENTAR O ACESSO	105
10.3.1 Mais unidades, maiores, mais próximas?	105
Tabela 10.2. Crescimento projetado da rede (2013-2020)	106
10.3.2 Completar e expandir serviços	106
10.4 INVESTIR EM RECURSOS	107
10.5 CONSERVAR O PATRIMÓNIO	107
10.5.1 Por onde começar?	108
10.5.2 Utilizando os instrumentos	108
10.5.2.1 Fiscalização	108
10.5.2.2 Manutenção	109
10.6 AUMENTAR A EFICIÊNCIA	109
10.7 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE OS RECURSOS HUMANOS	110
ANEXO. DISTRITO POR DISTRITO	111

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho é realizado no âmbito do processo de elaboração do primeiro Plano Estratégico do Sector Saúde da Cidade de Maputo e enmarcando-se no projecto “Aumento da capacidade institucional do Conselho Municipal de Maputo (CMM) e da sua Direcção de Serviços Municipal de Saúde e Acção Social (DSMSAS)”. É liderado pela DSMSAS e executado em parceria com a ONG Medicus Mundi (MM), com financiamento do Ajuntamento (Conselho Municipal) de Barcelona (Espanha).

O referido projecto tem como finalidade o reforço dos processos de planificação e gestão sanitária como o elemento central para consolidar a correcta e efectiva transferência de competências do Ministério de Saúde (MISAU) e do Governo da Cidade de Maputo ao CMM.

O reforço dos processos de planificação e gestão sanitária atingir-se-á mediante a consecução de três resultados:

O aumento da informação sobre a rede sanitária do Município de Maputo.
A planificação da expansão e estruturação da rede sanitária do Município.
A Elaboração da planificação estratégica do sector da saúde 2014-2019.

Estes três resultados, concretizar-se-ão mediante a elaboração de três productos, nomeadamente:

Mapa Sanitário (MS) do município de Maputo.
Plano de Desenvolvimento da rede Sanitária.
Plano Director de Desenvolvimento Municipal de Maputo.

O presente documento faz referência ao primeiro producto: o Mapa Sanitário (MS) do Município de Maputo.

Assim sendo, é conveniente resumir o que se pretende atingir com este exercício:

- Justificação do MS, a sua utilidade potencialidade, características, especificidades do Município de Maputo e as implicações das mesmas.
- Metodologia utilizada e suas limitações
- Descrição breve do funcionamento e gestão do Sistema de Saúde. (Organogramas)
- Descrição mais detalhada da rede Sanitária na Cidade de Maputo
- Recursos utilizados na operacionalização da rede.
- Análise dos resultados do sistema descrito, em termos de cobertura e de eficiência no uso dos recursos.
- Adequação do sistema existente com a normativa
- Recomendações para discussão e opções da acção
- Mapas e quadros dos Distritos, estabelecendo comparações com as médias municipais.

1.1 JUSTIFICAÇÃO. PARA QUÊ UM MAPA SANITÁRIO?

O Mapa Sanitário (MS) é definido como “a carta geográfica da política territorial sanitária”. Duma forma mais simples, **o MS descreve a rede sanitária por unidade territorial**, seja este o município, o distrito, a província ou o país. Para os gestores e os responsáveis de planeamento é necessário contar com uma representação geográfica da cobertura da rede; de facto, a maior parte das Direcções Provinciais de Saúde e mesmo dos municípios, dispõem de algum tipo de instrumento que responde a estas características, mapas mais ou menos elaborados com a localização das unidades sanitárias e o nível das mesmas.

Entretanto, um facto torna conveniente a realização dum exercício mais formal de elaboração do MS:

No mês de Julho dos 2006 foi aprovado pelo Conselho de Ministros o decreto 33/2006 dos 30 de Agosto, no que se estabelece o quadro de transferências de funções e competências dos órgãos do Estado para as autarquias locais (municípios) no âmbito das atribuições enumeradas no artigo 6 da Lei 2/97 do 18 de Fevereiro que cria o quadro jurídico legal para a implementação das autarquias locais. Segundo a referida legislação, a

descentralização de poderes efetuar-se mediante a transferência de funções e competências para os municípios, com a finalidade de assegurar o reforço dos objetivos nacionais e promover a eficácia e a eficiência da gestão pública assegurando os direitos dos cidadãos. A transferência de competências iria acompanhada da correspondente transferência de recursos financeiros e, no caso de ser necessário, dos humanos e patrimoniais. Realizaria-se de forma gradual, de forma a criar e consolidar os requisitos adequados da capacidade técnica, humana e financeira dos órgãos municipais. Assim, o conjunto de funções e competências estabelecidas no decreto 33/2006 deveriam transferir-se de forma progressiva nos três anos seguintes à sua entrada em vigor, quer dizer desde fins de Dezembro do 2009, com uma possível prorroga de 2 anos.

Em Dezembro de 2009 assinou-se o acordo que regula o processo de transferência de funções do Sector da Saúde desde o Governo da Cidade de Maputo, Direcção de Saúde da Cidade de Maputo (DCSM) ao CMM. Este acordo regula o processo de transferência, entre outras, das seguintes competências:

1. Garantir a gestão corrente das Unidades Sanitárias (US) do nível primário, garantindo que sejam providenciados todos os componentes dos cuidados primários de saúde (CPS).
2. Providenciar um dictame e realizar propostas para o desenvolvimento da rede primária de atenção primária de saúde na área geográfica do Município.
3. Proceder à gestão corrente das estruturas dos centros de saúde da rede primária.
4. Participar, realizar propostas e providenciar um dictame sobre os objetivos a atingir para cada um dos programas de saúde, as competências dos quais sejam transferidas.
5. Proporcionar a gestão corrente na área geográfica da autarquia de Maputo, dos sistemas de referência dos níveis primários aos níveis superiores.

É importante destacar que não só é um objetivo estratégico do Governo, como também do próprio CMM que, como reflexo da preocupação e urgência para o seu cumprimento, tem sido marcado como Objetivo Específico número 1 do seu Plano de Actividade para o 2012: “promover acções de descentralização e desconcentração até os bairros”. Os resultados previstos derivados do alcance deste Objetivo Específico são “realizar o plano de descentralização e desconcentração das competências e serviços municipais para os distritos e bairros e a descentralização e integração horizontal da planificação e gestão dos programas do CMM”. O próprio CMM tem definido, para atingir esta meta, “a elaboração do Plano Estratégico da DSMSAS” como uma prioridade.

Como consequência da inexistência de mapas sanitários da zona, não existem informações atualizadas sobre as características da rede sanitária de atenção primária, mesmo dos recursos humanos destinados nestas. É, pelo tanto, indispensável, realizar as tarefas anteriormente referidas, com o objetivo de dotar à DSMSAS das ferramentas necessárias para a adequada gestão das suas competências.

O 15 de Fevereiro atual foram transferidas da DSCM para o Município (Autarquia Local de Maputo) as competências do Sector Saúde:

- Os Recursos Humanos do departamento de Saúde Pública e da prática totalidade dos CS (26) e das morgues de dois HG e o HC.
- O património móvel do Departamento de Saúde Pública, dos distritos, CS e morgues.
- O património imóvel dos CS a exceção do depósito de vacinas e do departamento de Saúde Pública e os CS Tribunal e Porto (quês não pertencem a DSCM)
- Os recursos financeiros (Orçamento): Bens e serviços e Subsídios Funeral de todos os CS, Morgues e Dep. De Saúde Pública. Mais as Despesas de pessoal dos CS de KaTembe e Inhaca

Em resumo, estamos num momento chave para o Sector Saúde, especialmente na consolidação operativa no nível municipal que apresenta muitos desafios. É indispensável, pelo tanto, maximizar os escassos recursos existentes, em especial no nível municipal e poder assim atingir os objetivos delineados com o menor investimento. É importante estabelecer, mesmo que aproximadamente, umas necessidades de base, sobre as quais acrescentarem os investimentos. A experiência em outros contextos (e mesmo em Moçambique) aconselha estimar os custos adicionais em pessoal mais qualificado, manutenção de instalações e equipamento, e despesas operacionais gerais, que deverão ser suportados a seguir a um investimento de vulto.

Neste contexto, o MS deve servir não só como uma descrição mais ou menos sumária da rede existente, mas ser o primeiro passo para a elaboração dum autêntico plano de revisão desta. Logicamente, os gestores sentem a urgência de oferecer serviços às populações carentes. Não se pode pedir a estes dirigentes que simplesmente atrasem as decisões por falta de informação completa. No entanto, é imprescindível um exercício de reflexão, conduzido inicialmente pelos técnicos dedicados à planificação que ofereça à direcção do sistema um instrumento útil para a tomada de decisões a médio e longo prazo.

Resumindo, o mapa tem um duplo objetivo:

Deve fomentar a reflexão sobre a situação da prestação de serviços de saúde no território abrangido
Deve ser o primeiro passo definir um plano de reconstrução e desenvolvimento sanitário.

1.2 CARACTERÍSTICAS DE UM MAPA SANITÁRIO

Do exposto na secção anterior depreende-se que o mapa não pode limitar-se a uma carta geográfica, tabela de recursos ou inventário de US. Tem que ser um instrumento mais complexo, quer para a análise da situação atual como para a tomada de decisões sobre investimentos futuros. Ainda tem que considerar também as US, individualmente ou por tipo, e não somente o distrito ou a província.

O MS é composto dos seguintes elementos:

Uma **carta geográfica** digitalizada com a localização (coordenadas) de todas as US do sistema público ou ligada ao Sistema Nacional de Saúde (SNS) na altura de realizar o inquérito (na medida do possível, são também representadas US em construção ou encerradas).

Fichas individuais utilizadas para recolha de dados. Existe um formulário para a componente saúde (serviços, atividades, equipamento, recursos humanos, medicamentos, etc.) e outro para a componente física (planta da US, abastecimento de água e energia, estado da infraestrutura, etc.). Enquanto as fichas cumprimentadas, depois do levantamento são entregadas ao CMM e MM e a **planta será digitalizada**, o que permite a sua distribuição.

Fotografia digital identificando a US visitada.

Base de dados em formato Access com a informação contida nas fichas de recolha. Esta base de dados é utilizada para a obtenção de indicadores bem como para alimentar os diferentes elementos do MS: carta geográfica, tabelas estatísticas, quadros comparativos, etc.

Relatório Versão de discussão do Mapa Sanitário, do qual este é uma primeira versão a ser utilizada na realização dum encontro seminário com os responsáveis municipais. Depois desta discussão será elaborado o proprio Mapa Sanitário do Município, da autoria do CMM. O documento é redigido com a interpretação dos mapas, a análise das fichas introduzidas na base de dados, e outras informações não sistematizadas nos anteriores elementos.

Enquanto cada elemento do mapa tem valor em si próprio, todos os componentes são necessários para obter a visão de conjunto imprescindível nos objetivos do MS.

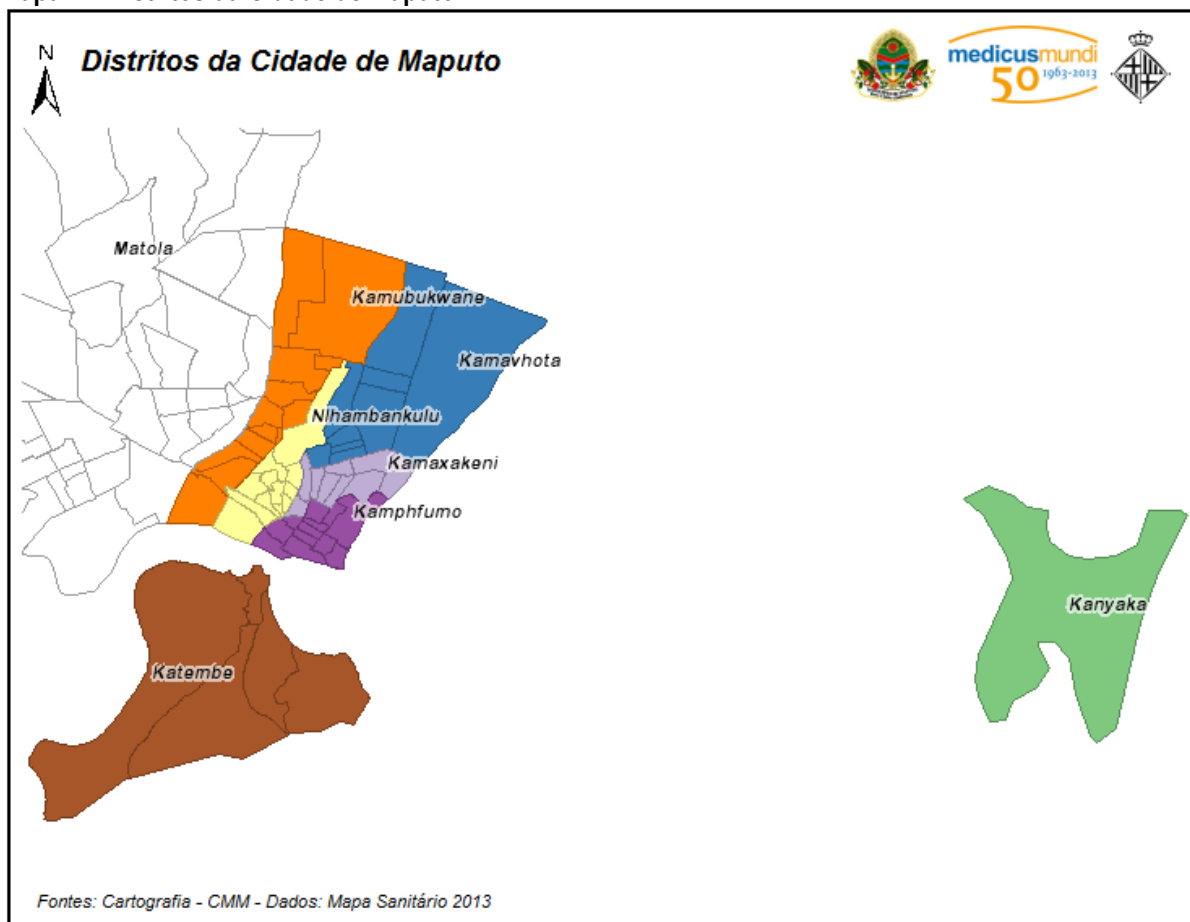
1.3. CIDADE DE MAPUTO. ESPECIFICIDADES

O produto final deste exercício é um MS de âmbito municipal, pelo que além das características comuns a um sistema de saúde público único e de abrangência nacional, deve considerar os aspectos específicos a cada município que poderiam influenciar a análise. Estes aspectos incluem a história, particularmente a recente, mas também o desenvolvimento econômico imediatamente anterior à Independência que sem duvida condicionou o

tamanho e o tipo da rede sanitária posteriormente herdada. Outros factores são a distribuição da população, a existência de rede privada de prestadores de serviços, o estado das estradas, ou o financiamento do sector.

Moçambique está dividido em 11 províncias: no norte as províncias de Niassa, Cabo Delgado e Nampula; no centro, Zambezia, Tête, Manica e Sofala, e no sul, Inhambane, Gaza, Maputo e Maputo Cidade. Cada província está dividida em distritos e municípios, sendo um total de 150 distritos e 43 municípios.

Mapa 1.1 Distritos da Cidade de Maputo

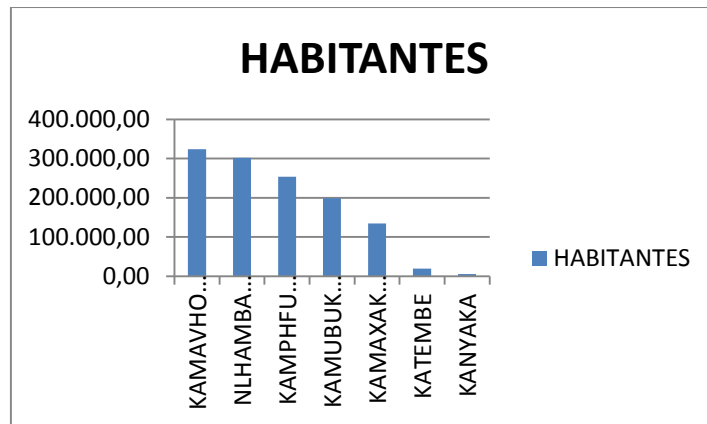


Maputo é a capital de Moçambique e constitui uma demarcação geográfica e territorial organizada como uma província e nomeada Cidade de Maputo com um único município

Maputo está situada no extremo sul do País e ocupa, segundo os dados do Centro de Cartografia, uma superfície de 346 Km², incluindo os distritos municipais de KaTembe e da Ilha de Inhaca (KaNyaka). Tem sete distritos municipais e 73 bairros. Maputo limita no oeste com o vale do rio Infulene, que o separa do município de Matola, a leste com o oceano Índico, no sul com o distrito de Matutuine e no norte com o distrito de Marracuene.

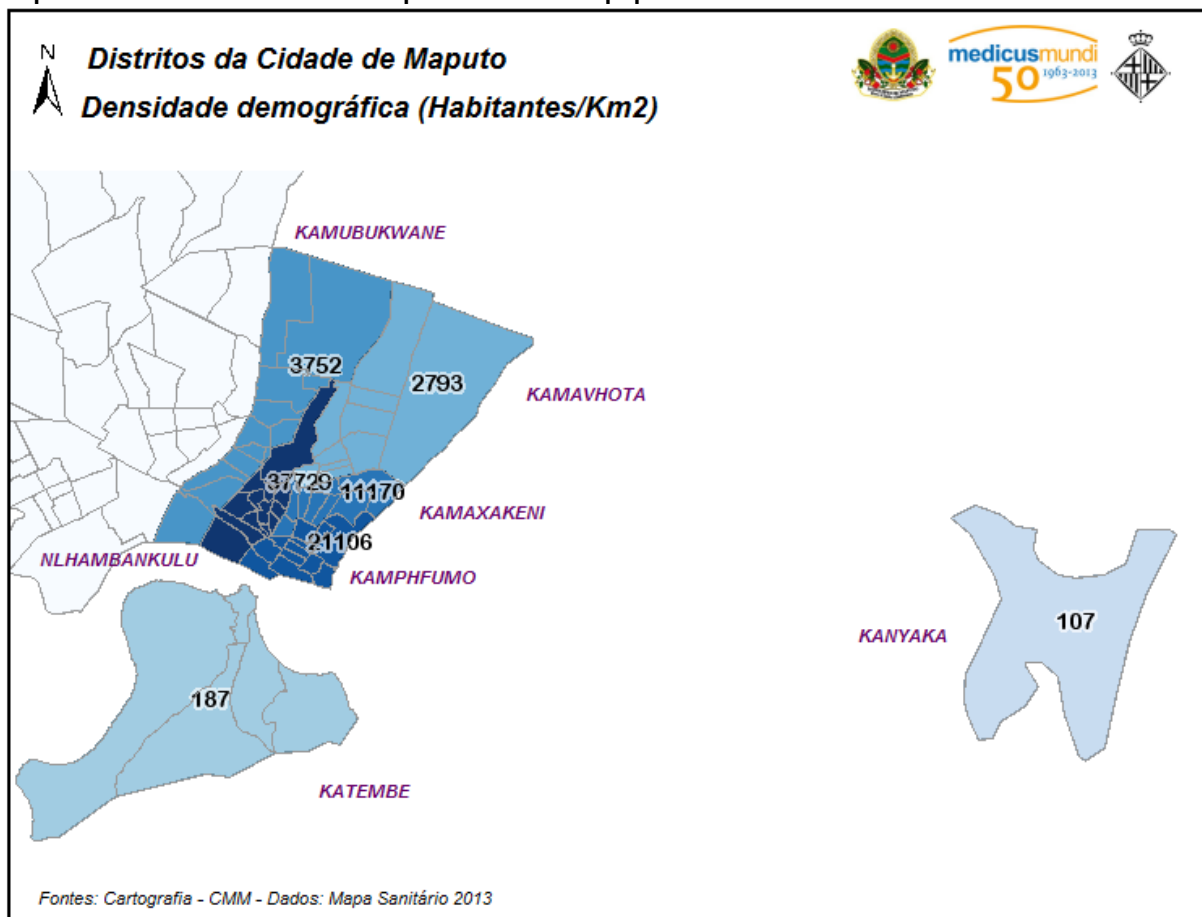
Tinha uma população estável, segundo o censo dos 2007 (INE, 2007), de 1.094.315 habitantes e segundo os dados baseados no crescimento de 2,1%, no ano 2012 (utilizado para o MS) poderia ter 1.214.146.

A taxa de fecundidade está a descer na cidade, pelo que indicam outros estudos, (de facto está a descer no conjunto do País, segundo o Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, página 6). Mas, segundo os dados das Nações Unidas a taxa anual do crescimento da população urbana no período 2010-2015 é 3.1% (Fonte: UN Data Country Profile, 11 Abril 2013). Se esta tendência for a continuar, poder-se-á esperar um crescimento demográfico em Maputo por acima da média nacional.



O distrito mais populoso é KaMavhota, com pouco mais de um quarto do total da cidade, o segue o distrito de Nhambankulo com um pouco menos de um quarto. Os dois distritos são responsáveis da metade da população da cidade. O distrito mais densamente povoado é Nhambankulo, um distrito que não corresponde ao centro histórico da cidade. Dos sete distritos que conformam a cidade, dois são nitidamente rurais: KaTembe e KaNyaka. Entre eles representam apenas 1,98% da população da Cidade. Como esperado, ao contrário de outras províncias, a província da Cidade de Maputo é quase exclusivamente urbana. A densidade de população KaNyaka é 350 vezes menor do que Nhambankulo, o distrito mais densamente povoado.

Mapa 1.2 Distritos da Cidade de Maputo - Densidade populacional



A cidade de Maputo é a capital administrativa, política, económica y cultural do País. Concentra aproximadamente o 40 % da população urbana de Moçambique e representa um 20,2 % do PIB nacional. Os sectores do comércio, do transporte, das comunicações e da indústria manufatureira são os mais significativos, e contribuem, respectivamente, com o 29,6 %, 29,5 % e o 12,4% da produção global, segundo o último relatório

Nacional de Desenvolvimento humano. O sector informal representa a maior força de trabalho, com um 64,4% da população ocupada, seguido do sector privado formal com o 19,7% da população ocupada total.

Em relação aos aspectos políticos da cidade de Maputo, é importante destacar que, com a aprovação da Lei 2/97 dos 18 de Fevereiro, foram criadas as autarquias locais (os conselhos municipais) como as unidades básicas de gestão municipal, às quais se atribuíram, entre outras, funções como: (i) desenvolvimento económico e social; (ii) proteção do médio ambiente, saneamento do médio e promoção da qualidade de vida; (iii) saúde; (iv) educação; (v) cultura; (vi) urbanismo, construção e vivenda.

Em relação ao sector saúde na cidade, este apresenta a mesma organização que qualquer outra província do país (11 em total). Sendo assim, embaixo do nível central, MISAU, encontra-se a DSCM, o organismo a nível provincial e depois das transferências de competências em saúde, a DSMSAS a nível municipal.

Sobre o estado de saúde da população, salientar que, da mesma maneira que no resto do País, predominam as doenças transmissíveis, com o HIV/SIDA, a malária, a TB, mas também têm relevância crescente nos últimos anos, as doenças de carácter crónico. Pelo tanto, Maputo apresenta o perfil específico de capital de um país em vias de desenvolvimento caracterizado pelo dobro peso da doença (infecciosas e crónicas) devido em grande parte, ao processo de urbanização acelerado e desorganizado que sofre a cidade desde o fim da guerra. Estima-se que no ano 2015, mais da metade da população de Moçambique vai viver em um contexto semiurbano, o que obrigará aos serviços de saúde da cidade a responder com maior eficácia e eficiência.

2. METODOLOGIA

O MS baseia-se em dados das unidades sanitárias individuais. Houve que desenhar uma metodologia de seleção, recolha e tratamento destes dados, tendo em conta:

1. A escolha do tipo de dados que se acharam necessários para o exercício.
2. As fontes de informação utilizadas.
3. A metodologia da recolha dos dados, seguida do tratamento dado aos mesmos.
4. As limitações que as escolhas metodológicas têm produzido na análise final.

2.1 INFORMAÇÃO NECESSÁRIA

Para dar uma visão a mais completa possível de cada US abrangida pelo exercício, de forma que permita cobrir os objetivos mencionados acima, uma grande quantidade de informação é necessária. Os dados podem ser classificados em dois grandes blocos: Saúde e Infraestruturas, e na temporalidade dos mesmos, uma vez que alguns dados são estáticos e não mudam substancialmente e outros mudam com certa rapidez.

Existem ainda dados de índole geral, que não dizem respeito diretamente ao sector, como a população por área, ou a localização dos agregados populacionais e a acessibilidade limitada por acidentes naturais ou pelo estado das estradas (exemplo: A ilha de Inhaca).

2.1.1 Dados gerais

São os correspondentes à identificação, isto é, o nome da US, e a sua localização dentro da divisão político-administrativa, em distrito e bairro (embora não se tiveram dados de população por bairro). Também se recolhe a distância até a US de referência e tipo de acesso. Finalmente, trata-se de estimar a população de referência.

2.1.2 Dados da componente saúde

Estas informações podem ser classificadas em seis áreas

Serviços prestados: Especifica os serviços oferecidos pela US.

Atividade realizada: quantifica o volume de trabalho realizado por tipo de US. Alguns destes dados serão utilizados para saber a “produção” da US (p.e., nº de consultas pré-natais) e outros para calcular as coberturas (p.e., partos institucionais/ nº de grávidas).

Equipamento disponível: descreve-se a disponibilidade do equipamento crítico. A finalidade desta recolha é avaliar a capacidade da US para para oferecer os serviços que lhe correspondem pela sua categoria (p.e., para fazer puericultura é necessária uma balança) e não um inventário de património pelo que apenas são listados alguns equipamentos.

Recursos humanos: É quantificado o pessoal alocado em cada US e segregado por categoria Profissional (superior, médio, básico, outros) e por especialização (medicina, enfermagem, laboratório, etc.).

Medicamentos: recolhe-se o número de kits de medicamentos essenciais recebidos pela unidade sanitária. Para aquelas US que não recebem kits ou os complementam por outras vias, tenta-se estimar o valor monetário destes medicamentos adicionais.

Despesas: Tenta-se recolher um resumo da despesa das US que tenham uma alocação do Orçamento do Estado (Gastos de Pessoal, Bens e Serviços e Capital) o se houver outros fondos de importância.

Deve-se sublinhar que os dados de atividade, medicamentos e despesas correspondem ao último ano natural completo do que existe informação, isto é, 2012, enquanto aos equipamentos e os Recursos Humanos correspondem à situação no momento da pesquisa (a ano 2013).

Por razões de tempo, em geral foram aceites em primeira instância as informações fornecidas pelos responsáveis das US, posteriormente tentou-se confrontar esta informação com documentos de origem, quando houve possibilidade (p.e., se o responsável dum CS dizia que no CS se ofereciam os serviços da estratégia do Atendimento Integral às Doenças da Infância, assim era registado, podendo ser alterado depois de comparar a validade da informação).

Também não foi feita nenhuma tentativa de avaliar a qualidade do atendimento que corresponderia a outro tipo de estudo.

2.1.3 Dados da componente física

Este bloco de dados foi dividido nas seguintes secções:

Coordenadas geográficas: É realizada, para todas as US, uma leitura de Global Positioning System (o denominado GPS), que permite situar a US num mapa digitalizado.

Planta da US: é levantada uma planta de todas as US do estudo (US da rede primária e secundária do SNS), o que permite por um lado calcular a superfície da mesma (um dado extremamente importante para o cálculo de custos de manutenção ou reabilitação) e por outro comparar os espaços com a função que lhes é dada.

Redes técnicas da US, isto é, uma descrição do modo de abastecimento de água e energia, da forma de saneamento e da forma de tratamento do lixo.

Avaliação do estado dos vários elementos estruturais da US (fundações, paredes, cobertura, caixilharia, etc.), que permita estabelecer umas prioridades em termos de intervenções físicas.

Existência de casas para os trabalhadores: número e superfície para o cálculo dos custos de manutenção e/ou construção.

Estas informações são complementadas mediante fotografias que permitem identificar visualmente a US e, se necessário, apresentar o estado da mesma.

2.2 FONTES DE INFORMAÇÃO

A obtenção da grande quantidade de dados necessários para a elaboração do mapa deve ser um equilíbrio entre a qualidade e a quantidade da informação e o tempo e recursos consumidos em obtê-los. Por isso, foi decidido limitar as informações sobre **volume de atividades** a aquelas incluídas no Sistema de Informação da Saúde, de forma que não fosse necessário procurar registos, livros, etc., mas justo os resumos já elaborados. Onde não foi possível se optou por recolher a informação disponível na US.

Quanto aos outros dados, na grande maioria devem ser recolhidos no local, seja porque é a única forma de obtê-los (p.e., superfície da US) ou porque a sua notificação se presta a interpretações divergentes (p.e. notifica-se capacidade para instalar camas ao invés do número destas realmente existente). A principal fonte de informação, portanto, foi à observação direta e recolha nas US.

Estas duas fontes principais foram complementadas com dados de população do INE e do CMM, mapas físicos e digitais, planos de acção, estratégias de programas, etc., obtidos da ONG MM, do CMM, da DSCM, do MISAU e das agências das Nações Unidas.

2.3 RECOLHA DE DADOS

Tomando em conta que este tipo de exercício somente se realiza em intervalos prolongados (habitualmente de cada cinco anos a dez anos), e a quantidade de recursos utilizados na sua realização, deu-se particular importância à **abrangência** (todas as unidades sanitárias são incluídas) e à **qualidade** (os dados tenta-se que sejam completos).

Foram desenhadas **fichas** de recolha de dados a serem utilizadas no local, sistematizando a dupla componente Saúde e Infraestruturas e foram elaborados guiões simplificados de preenchimento das fichas.

A obtenção de dados corretos implica certa especialização nos inquiridores. Foi formada uma equipa composta por:

Em Maputo:

- Um consultor médico, especialista em saúde pública (médico e economista), contratado diretamente por MMC e chefe da pesquisa;
- Um consultor arquitecto, especialista em avaliação de infraestruturas, responsável da área de construção civil, também contratado diretamente por MMC.
- Um técnico de saúde pública afecto à DSMSAS.
- Um técnico de construção civil (arquitecto) afecto à Vereação de Infraestruturas do CMM.

Em Espanha

- Um consultor responsável pela coordenação geral do projeto e pela elaboração dos mapas
- Um técnico encarregue dos aspetos informáticos das bases de dados

Tiveram também o apoio de técnicos da DSMSAS, da DSCM e da ONG MMC quer para a identificação das US quanto para a realização dos trabalhos no terreno e para preparação e realização das reuniões e entrevistas necessárias para a recolha de dados e para o trabalho com os dados da atividade de Saúde registados no módulo básico (o aplicativo informático de recolha e processamento de dados do Sistema de Informação de Saúde, SIS, que utiliza o MISAU).

O equipa deslocava-se às US, onde forneciam informação às autoridades sobre as atividades a serem desenvolvidas e solicitavam as permissões e o apoio necessários para a realização das mesmas.

As plantas das US foram desenhadas manualmente pelos arquitectos da equipa no momento das visitas para ser posteriormente tratados em Autocad®. As coordenadas de localização das US foram introduzidas em Autocad® e verificadas sobre mapas "raster".

A maioria dos dados de atividades sanitárias do ano 2012 foi coletada através do "Módulo Básico" pelo médico da equipa com ajuda dos técnicos de estadística da DSCM E verificados, quando foi possível, com os responsáveis de los NEP's (Nucleos de Estadística e Planificación Distrital).

Vale a pena mencionar certa inconsistência metodológica, no caso dos dados recolhidos do ano 2012 (atividades, medicamentos, orçamento) e utilizados xunto a dados recolhidos do ano 2013 (Pessoal). Também os dados demográficos estão baseados na projecção do ano 2013 da população censada no ano 2007.

O trabalho de campo foi realizado entre os dias 16 de Janeiro e nove de Março de 2013.

2.4 TRATAMENTO DOS DADOS

A informação contida nas fichas foi seguidamente digitada numa base de dados Access a fim de facilitar a posterior análise e a apresentação dos resultados.

Posteriormente, as coordenadas de localização (latitude e longitude) das US foram novamente verificadas contra mapas digitais utilizando um software de desenho e análise cartográfico denominado Kosmo. As plantas foram digitalizadas para ser utilizadas em formato Autocad.

A base Access permite introduzir novos dados e atualizar os existentes, bem como obter automaticamente as principais tabelas sumárias e um modelo simplificado das fichas de recolha para todas as US. Em geral, as informações não numéricas foram codificadas.

Existem alguns aspectos específicos na introdução de dados que merecem comentários:

Cada uma das US recebeu um só código de identificação único de seis dígitos

A forma de escrever os nomes de distritos e bairros, e por definição, as US, está pouco normalizado. Para minimizar este problema e permitir utilizar as informações em bases de dados maiores, foi utilizada como norma a lista nominal dos Distritos, Bairros e Centros de Saúde 2012 fornecida pelo Repartição de Estatística e Panificação da DSCM.

A classificação das US (isto é, a categoria atribuída à US) utilizada nesta fase é aquela que o responsável da US respondeu no momento do inquérito. Numa fase posterior, uma nova classificação dever-se-á estabelecer tomando em conta infraestrutura, serviços oferecidos e recursos disponíveis tendo como referencia os documentos do MISAU: **“Caracterização técnica, enunciado de funções específicas, critérios e mecanismos para a classificação das instituições do SNS”** de nível primário, secundário, terciário e quaternário.

2.5 LIMITAÇÕES

As escolhas metodológicas trazem vantagens e inconvenientes. No caso que nos ocupa existe uma série de limitações que terão certamente influência sobre a adequação da análise que é possível realizar.

Limitações de índole geral: O MS é essencialmente um instrumento de planificação para o uso de gestores do nível provincial e municipal. A análise deve ser macro, isto é, não focada numa unidade sanitária, mas num sistema de saúde ou numa unidade territorial. Entretanto, as decisões a ser tomadas dizem respeito a unidades sanitárias individuais. Para tentar harmonizar este aparente conflito o Mapa é composto de um documento com a análise global e de dados individuais das US que permitam a dupla abordagem. A dificuldade radica no foco a utilizar em cada momento.

Dados populacionais. O conhecimento da população de referência é provavelmente o dado mais importante para a planificação nos sectores sociais, incluindo o da Saúde. Evidentemente, os problemas de fiabilidade são maiores como menor é a unidade territorial. Como já foi dito para o presente exercício foi utilizada a projeção demográfica do INE para 2012 baseadas no censo do ano 2007 e uma taxa de creiximento de 2,1%.

Sistema de Informação. O problema, neste caso, é que não há um único sistema de informação. Encontraram-se falhas de informação na ferramenta principal desenhada para a coleta das atividades sanitárias: o nomeado “módulo básico”. Em geral trata-se de erros operativos não corrigidos, mas, também, a dificuldade de uma ferramenta informática complexa. Contudo, alguma informação nunca foi gerada (p.e., as consultas do banco de urgências).

Uma dificuldade adicional foi a impossibilidade de encontrar livros de registro em muitas US, uma vez que os dados já haviam sido transferidos para o módulo básico.

Recursos Humanos. A informação referente aos recursos humanos é ainda mais difícil de registar. Este é tradicionalmente o caso em sectores que dependem da força de trabalho, como Saúde e Educação. O facto que os trabalhadores são registados como categoria administrativa enquanto a informação necessária para o exercício refere-se às categorias profissionais, contribui para a dificuldade. Ainda, encontraram-se algumas dificuldades adicionais:

Às vezes o tipo de trabalho confunde-se com a categoria profissional.

O termo “administrativo” inclui um leque extraordinariamente amplo de trabalhadores em função do posto e as tarefas a realizar, desde os técnicos com curso de administração, até o conjunto de trabalhadores não técnicos de saúde (administrativos, motoristas, guardas, limpeza, etc.). Em ocasiões, incluem promotores de saúde ou mesmo enfermeiros enquadrados como administrativos a efeitos salariais.

Detalhes construtivos. A finalidade fundamental do levantamento das plantas é o cálculo das superfícies, a avaliação sistemática do estado físico e determinar a funcionalidade dos espaços. Igualmente, pretende-se dotar as estruturas do Governo de informação sobre o património do Estado no sector. As plantas levantadas são um instrumento de planificação e NÃO devem ser utilizadas para elaborar projetos executivos de construção. No caso de uma US serem priorizada para intervenção, o primeiro passo deve ser levantar uma planta detalhada.

3. BREVE DESCRIÇÃO DAS COMPONENTES DO SISTEMA DE SAÚDE

Enquanto o núcleo de documento trata sobre o Sistema de Prestação de Serviços, isto é, a rede sanitária, os serviços que nela são oferecidos, o volume de atividades realizado e os recursos consumidos, neste capítulo são brevemente descritas as componentes mais sistêmicas, que permitem a prestação dos serviços, mas não estão nela envolvidas, ou dito de outra forma: a organização dos serviços de Saúde.

Uma análise mais profunda deveria ser realizada na elaboração do Plano de Desenvolvimento Sanitário, que é o passo a seguir depois do MS.

3.1 ESTRUTURA DE GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

Na área/região geográfica Cidade de Maputo coexistem duas instituições ou estruturas de gestão responsáveis da saúde: Uma provincial e outra municipal.

Ao nível do Governo, a instituição equivalente a uma DPS noutras províncias, é a DSCM. No Município (Instituição Municipal) da cidade de Maputo, a DSMSAS.

Entre outras funções que serão pormenorizadas nos capítulos seguintes mais detalhadamente, A DSCM é ainda hoje (no momento da redação deste relatório) responsável da rede de saúde secundária (os HG), depósito de vacinas, os salários da maioria dos trabalhadores de saúde nas US de Maputo e todo o pacote de recursos financeiros.

A DSMSAS, responsável da rede de saúde primária (a maioria dos CS do município, as duas morgues e o departamento de Saúde pública).

As responsabilidades atuais estão sujeitas a mudanças importantes e não é possível uma maior definição das mesmas até a finalização dos processos de transferência em curso, entre a cidade e o município (que decorrerá até 15 de fevereiro de 2014).

3.1.1 DSCM: Organização e funções

Em outras Províncias a Direção Provincial da Saúde é o serviço desconcentrado incumbido de assegurar a execução das atribuições e competências específicas. É dirigida por um Diretor Provincial. Na cidade de Maputo a estrutura de gestão depende da DSCM, com um Diretor assistido e assessorado pelos Conselhos Coordenador e Consultivo e a Junta provincial. O diretor depende do ponto de vista técnico e metodológico do MISAU e delega as funções operativas na figura dum Médico Chefe.

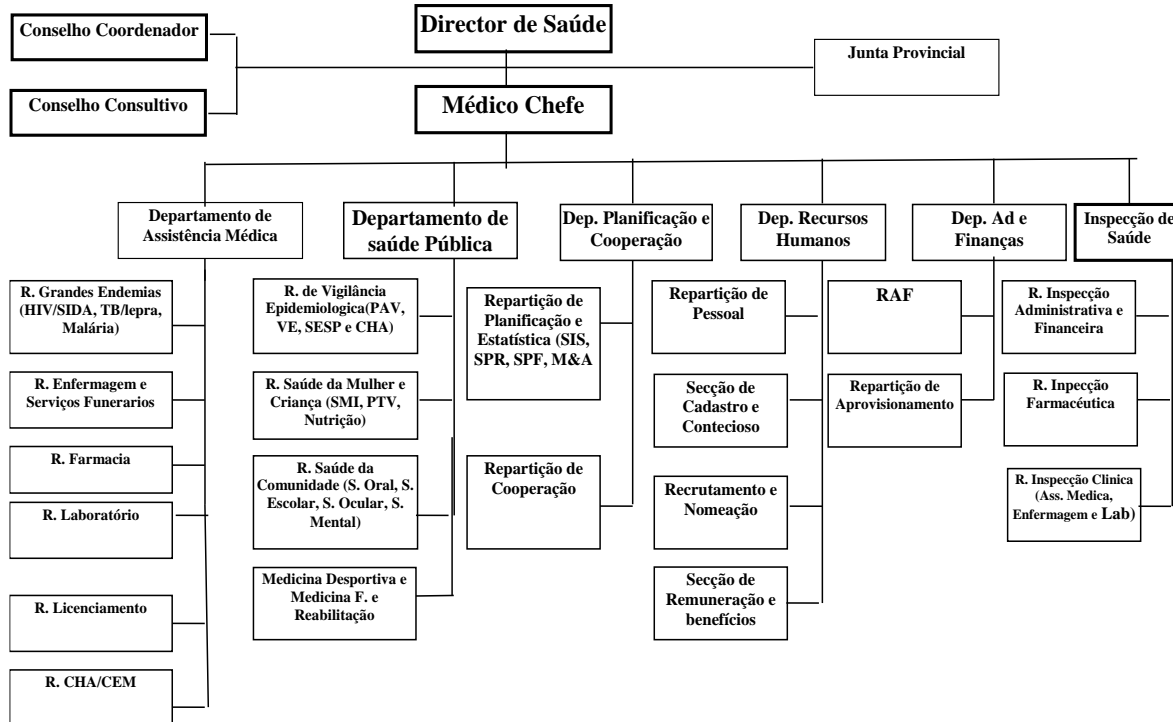
3.1.1.1 Principais atribuições da DSCM

Em resumo:

- Participar ativamente no estudo, coordenação e regulamento da política da saúde na cidade.
- Organizar e coordenar todas as atividades sanitárias a desenvolver na cidade
- Propor e executar políticas e estratégias de desenvolvimento das atividades de saúde ao nível da cidade
- Elaborar e apresentar propostas e projetos para a realização de investimentos nos domínios de atividades sob a sua dependência
- Exercer as demais funções que lhe forem determinadas superiormente.

3.1.1.2 Estrutura orgânica da DSCM

Organigrama da Direcção de Saúde da Cidade de Maputo



Este é o organograma oficial até antes da assinatura final do memorando, uma vez que por exemplo: agora o Departamento de Saúde Pública (já transferido a DSMSAS) esta liderada pelo médico-chefe municipal.

3.1.2 Nível Municipal: estruturas de gestão

O CMM é composto por Vereadores para os seguintes Pelouros:

- Saúde e Acção Social
- Educação, Cultura e Desporto
- Finanças
- Infraestruturas
- Planeamento Urbano e Ambiente
- Recursos Humanos
- Mercados e feiras
- Resíduos sólidos urbanos e Salubridade e Cemitérios
- Transportes e Trânsito

A DSMSAS é a unidade orgânica responsável do Pelouro de Saúde no Município de Maputo, depende do Vereador de Saúde e dele dependem dois Diretores de Serviço (Um para Saúde e outro para Acção Social) nomeados, em comissão de serviço, pelo presidente do CMM (sempre que necessário o Presidente do CMM poderá nomear em comissão de serviço, um o mais Diretores Adjuntos de Serviço Municipal).

A DSMSAS estrutura-se em:

1. Departamento de Planeamento e Políticas
2. Departamento de Saúde
3. Departamento de Acção Social
4. Departamento de Inspeção Municipal de Saúde
5. Departamento de Administração, Recursos Humanos e Finanças.

Depois da transferência efetiva de diversas competências desde a DSCM a DSMSAS já mencionada no capítulo anterior, foram estabelecidos os mecanismos de Coordenação entre as duas instituições e no documento

“Memorando de procedimentos de execução e materialização do acordo Transferência de funções e competência do sector de saúde para a autarquia local de Maputo” reflexa-se que o Pelouro de Saúde e Acção Social e a DSCM, devem privilegiar a coordenação em todas as ações, podendo o Vereador de Saúde e acção social, ter reuniões sempre que necessário com o Diretor de Saúde da Cidade.

3.1.2.1 Principais atribuições da DSMSAS

O artigo 6 da Lei no. 2/97 define o sector de saúde como uma das áreas de competência do município.

O artigo 12 do Decreto no. 3/2006 prevê as competências dos órgãos autárquicos na área de saúde, que incluem em resumo:

- a) Mobilizar a população para a promoção e defesa da saúde e prevenção de doenças
- b) Assegurar a gestão corrente das Unidades Sanitárias de nível primário
- c) Dar parecer e fazer propostas para o desenvolvimento da rede primária de saúde;
- d) Proceder a gestão corrente das estruturas dos Centros de Higiene e Exames Médicos;
- e) Participar, fazer propostas e dar parecer sobre as metas a atingir para cada um dos programas de saúde.
- f) Assegurar a manutenção preventiva e reabilitação das Unidades Sanitárias de nível primário e dos centros de Higiene e Exames Médicos.
- g) Assumir a gestão corrente dos cemitérios, crematórios, morgues e salas de cerimônia fúnebres.
- h) Providenciar a gestão dos sistemas de transportes de doentes (ambulâncias) até as US de nível primário e destas para as unidades de referência.

Mais detalhadamente as funções e competências segundo o “Estatuto orgânico dos serviços técnicos e administrativos do Município de Maputo” do CMM publicado em Novembro do ano 2010, são:

- Desenvolver e programar políticas de Saúde Pública Municipal.
- Desenvolver e programar estratégias de mobilização dos munícipes contra as doenças que constituem problemas de Saúde Pública.
- Promover o desenvolvimento de programas de CPS em consonância com a Política Nacional de Saúde
- Assegurar a gestão das US de nível primário e do serviço de emergência pré-hospitalar nos termos legais e regulamentares
- Estabelecer e programar Programas de Promoção de Saúde com vista a adopção de estilo de vida saudáveis.
- Promover o envolvimento das comunidades, das associações comunitárias e das Organizações da Sociedade Civil, na análise e busca de soluções pra os seus próprios problemas de saúde (promoção da Saúde da comunidade pela própria comunidade)
- Promover e assegurar ações de pesquisa e investigação científica das principais causas de morbidade, mortalidade e incapacidade e de outros assuntos de saúde e sócio antropológicos no Município de Maputo.
- Assegurar parcerias e ações de colaboração com outros sectores na implementação de estratégias de saúde de carácter multissectorial.
- Promover e incentivar o aleitamento materno exclusivo
- Desenvolver estratégias que assegurem o envolvimento comunitário na planificação, execução e avaliação dos programas de CPS.
- Garantir a planificação, execução e avaliação dos programas de CPS.
- Promover e dinamizar o desenvolvimento de programas de Saúde Escolar, Sexual, Reprodutiva, Desportiva, Oral e Mental.
- Garantir a gestão dos recursos humanos, financeiros e patrimoniais da Direção.
- Promover pesquisas formais e operacionais direccionadas para a resolução dos problemas da Área da Saúde.
- Inspeccionar o funcionamento das instituições sanitárias e farmacêuticas do nível primario de atenção da saúde e o exercício das profissões de Saúde.
- Garantir o funcionamento correto de um subsistema de vigilância epidemiológica fiável, para monitorização constante das tendências de evolução das doenças de notificação obrigatória, para a detecção precoce de surtos epidêmicos e de casos importados.

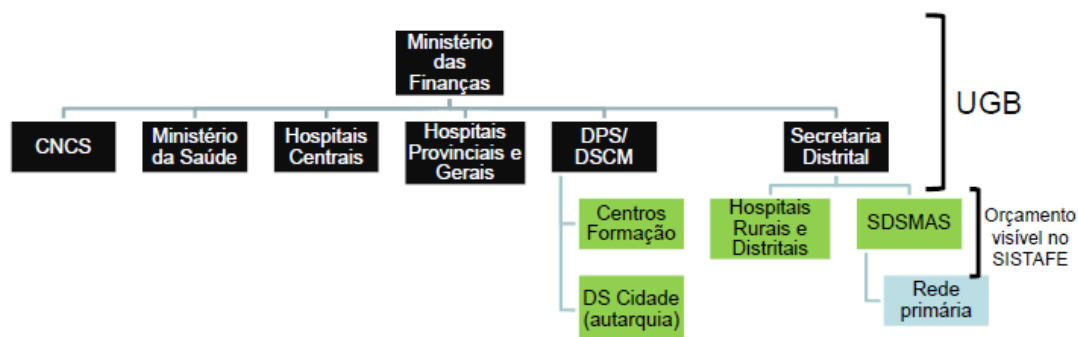
- Assegurar a gestão do SIS municipal garantindo que seja fiável, abrangente, cobrindo uma gama diversificada de indicadores e centrado no estado de Saúde da população.
- Garantir o funcionamento correto da Central Municipal de Medicamentos e Artigos Médicos (CMMAM) e aprovisionamento racional dos CS em medicamentos e suprimentos médicos.
- Coordenar as atividades das organizações (incluindo a medicina tradicional) que operam na área de CPS.
- Adequar e executar as políticas e estratégias nacionais de acção social
- Promover a integração social dos grupos vulneráveis
- Definir estratégias para a integração dos grupos vulneráveis com vista à redução da pobreza urbana.
- Definir e assegurar a implementação de estratégias de acção social e género orientadas para a prevenção e resolução das questões de mendicidade, crianças na rua, crianças órfãs e vulneráveis, idosos, doentes mentais e mulheres vulneráveis.
- Promover a coordenação, apoio e ampliação de redes e assistência social, envolvendo todos os parceiros sociais, nacionais e estrangeiros.
- Garantir a planificação, execução e avaliação dos programas de acção social.
- Garantir a gestão dos recursos humanos, financeiros e patrimoniais da Direção.
- Promover pesquisas formais e operacionais direccionadas para a resolução de problemas da área de acção social
- Elaborar proposta de Plano de Atividades e Orçamento da Unidade Orgânica e assegurar a sua implementação, monitoria e avaliação em articulação com as Unidades Orgânicas responsáveis pela sua coordenação e controlo.
- Assegurar a implementação, monitoria e avaliação das Políticas de Gestão de Recursos Humanos do CMM na respectiva Unidade Orgânica em coordenação com a Direção Municipal de Recursos Humanos.
- Assegurar o cumprimento das políticas, normas e procedimentos técnico-administrativos em vigor no CMM.

3.2 DOTAÇÃO E EXECUÇÃO FINANCEIRA

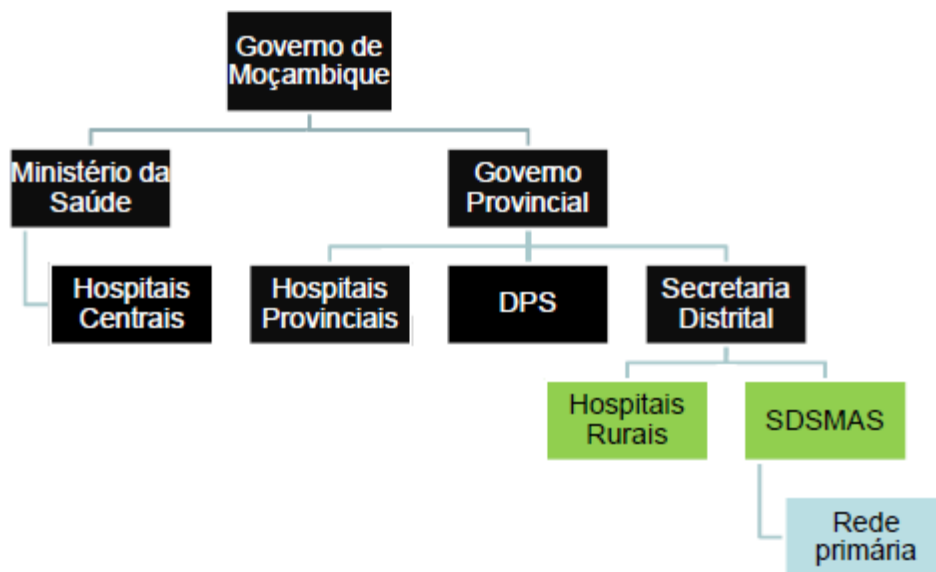
Com a descentralização, a planificação e orçamentação de base territorial são priorizadas relativamente à planificação e orçamentação setorial.

Estrutura do SNS organizado por níveis de autonomia financeira:

Na primeira linha, em conexão direta com o Ministério das Finanças, temos as Unidades Gestoras Beneficiárias (UGB), que tem orçamento próprio e autonomia para poder executá-lo. Na segunda linha ou nível, temos àquelas instituições com orçamento identificado dentro do SISTAFE (Sistema de Administração Financeira do Estado), mas que dependem da sua UGB para fazer as despesas. Finalmente, temos um terceiro nível, onde entram as US do nível primário, que não têm orçamento próprio.



A seguinte figura apresenta a estrutura hierárquica resultante do processo de descentralização. Esta é especialmente relevante no que diz respeito à atribuição de recursos orçamentais. Em outras palavras, embora as UGB tenham autonomia de gestão, a decisão sobre os tetos atribuídos dependem da instituição à qual estão subordinados em termos hierárquicos administrativos.



3.3 APROVISIONAMENTO DE MEDICAMENTOS

O sistema logístico do sector público de saúde é realizado a nível central por duas instituições: Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM) e Centro de Abastecimento (CA). Ao nível provincial e distrital estas duas estruturas replicam-se na forma de Depósitos Provinciais de Medicamentos e Economatos Provinciais e seus equivalentes distritais. Nas US de maior vulto existem também o Depósito e o Economato.

A CMAM reporta à Direção Nacional de Assistência Médica (DNAM), e é responsável pela planificação, procura importação, armazenagem e distribuição de nível central de medicamentos e suprimentos médicos de uso corrente. O CA reporta à Direção de Administração e Finanças (DAF) e é responsável pelo armazenamento e distribuição, de nível central, de consumíveis, equipamento médico, mobiliário hospitalar, veículos e impressos. Uma parte importante dos produtos de saúde, em particular suprimentos médicos de uso não corrente, é também gerida pelo CA.

As necessidades de produtos são definidas pela DNAM ou programas e são adquiridos pela CMAM, pela unidade gestora executora das aquisições do MISAU (UGEA), integrada na DAF, ou diretamente pelos parceiros de cooperação.

Para a gestão da logística o MISAU possuía dois sistemas: um dedicado aos produtos da via clássica e kits e outro desenvolvido para dar resposta às necessidades específicas do programa de HIV/SIDA. Ambos os sistemas são suportados por manuais de procedimentos detalhados. Ao nível central e provincial foram ao longo dos anos ensaiados diversos programas computadorizados para gerir o aprovisionamento. Para a via clássica, entre as províncias e os distritos o sistema é baseado em impressos e formulários em papel.

A CMAM é responsável pela distribuição de nível central de todos os produtos Farmacêuticos que devem servir as US. Para a distribuição de medicamentos é utilizado o sistema de requisições, também chamado “via clássica”. A distribuição pela via clássica é feita com periodicidade trimestral dos armazéns centrais para os depósitos provinciais. Dos depósitos provinciais para os distritais a periodicidade é mensal ou imediata nas emergências.

A armazenagem de medicamentos e produtos de saúde de uso corrente é feita no armazém central da Cidade de Maputo.

Os distritos procedem a recolha dos produtos com os seus veículos, geralmente ambulâncias, desviadas dos seus afazeres normais. O fornecimento de Kits aos distritos, e destes para as US, é feito pela DSCM sem depender de requisição.

Na cidade de Maputo as farmácias dos HG gerem e distribuem os kits de medicamentos recebidos pela CMAM periodicamente (mensualmente se não há ruptura de stocks) aos seus CS dependentes segundo a tabela:

Tabela 3.1 Distribuição kits medicamentos desde os HG aos CS dependentes.

HG (deposito Kits)	CS DEPENDENTES	DISTRITO
HG CHAMANCULO	CS de CHAMANCULO	NLHAMBANKULU
	CS N° 14	NLHAMBANKULU
	CS do XIPAMANINE	NLHAMBANKULU
	CS do ALTO-MAÉ	KAMPHFUMO
	CS do PORTO	KAMPHFUMO
	CS do MAXAQUENE	KAMPHFUMO
HG JOSE MACAMO	CS JOSÉ MACAMO	NLHAMBANKULU
	CS de INHAGOIA	KAMUBUKWANE
	CS de BAGAMOYO	KAMUBUKWANE
	CS de ZIMPETO	KAMUBUKWANE
	CS de MAGOANINE - Tendas	KAMUBUKWANE
	CS de MAGOANINE - Mini Centro	KAMUBUKWANE
HG MAVALANE	CS da POLANA CIMENTO	KAMPHFUMO
	CS 1 de MAIO	KAMAXAKENI
	CS POLANA CANIÇO	KAMAXAKENI
	CS de MAVALANE	KAMAVHOTA
	CS de ALBAZINE	KAMAVHOTA
	CS 1 de JUNHO	KAMAVHOTA
	CS de ROMÃO	KAMAVHOTA
	CS dos PESCADORES	KAMAVHOTA
	CS de HULENE	KAMAVHOTA
	CS de MALHANGALENE	KAMPHFUMO
	CS de INHACA	KANYAKA
	CS da CATEMBE	KATEMBE

3.4 SISTEMA DE INFORMAÇÃO

O conceito de SIS/Sector de Saúde, além dos sistemas do MISAU, inclui os subsistemas geridos pelo INE (censos, análises demográficas, pesquisas sobre mortalidade etc.), informação sobre registros vitais procedentes dos registros civis tutelados pelo Ministério da Justiça, e informação de todas as entidades vinculadas ao Sector de Saúde.

Dentro dos SIS de rotina existem três principais fontes de informação:

Os SIS Integrado de Monitoria e Avaliação, Módulo Básico (MB)

Os SIS Não Integrados (Programas verticais do MISAU).

O MB é o sistema de informação nuclear do MISAU e do SNS e é regido pelo Plano Estratégico do SIS (2009-2014). É um instrumento de automatização e agregação dos dados das fichas em papel e funciona com apoio do pessoal formado do MISAU a nível distrital, provincial e central (do acordo coa informação oficial do MISAU está sendo criado um novo software para substituir ao MB). A maior parte das ferramentas de recolha de informação nas US é ainda em papel. Os dados correspondentes aos indicadores são agregados e reportados numa ficha (o Resumo Mensal). O SIS funciona de forma escalonada, as fichas são enviadas das US aos Distritos, através do fluxo nacional de informação de saúde. Normalmente, as fichas com dados agregados das US (os Resumos Mensais) são transferidas para os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS), onde são introduzidas no Modulo Básico. De seguida, as fichas em papel e uma cópia electrónica

dos dados introduzidos são transferidos para o departamento estatístico da DSCM no caso da Cidade de Maputo. A frequência da recolha de informação é mensal.

Depois das transferências em Saúde da DSCM ao DSMSAS recolhe-se no “Memorando de procedimentos de execução e materialização do acordo transferência de funções e competências do Sector de Saúde para a autarquia local de Maputo” dos 15 de Fevereiro de 2013 o procedimento para garantir o fluxo de informação Estatística:

1. A planificação, execução das atividades dos CPS e o fluxo de informação estatística periódica devem obedecer ao seguinte fluxograma:
US ~ Direção Distrital de Saúde (DDS) ~DSMSAS ~ Pelouro ~ DSCM ~ Governo da Cidade e MISAU.
2. A informação da Vigilância Epidemiológica via BES (Boletim Epidemiológico Semanal), deve ser enviada pelo Pelouro, em simultâneo, para a DSCM e para o MISAU/Departamento de Epidemiologia, obedecendo ao calendário oficial em vigor.
3. Em casos de surtas epidémicas, campanhas e outras condições de emergência, o fluxo de informação deve ser o mesmo do número 2, mas com periodicidade diária.

3.5 INSTITUIÇÕES DE FORMAÇÃO

A rede das Instituições de Formação melhorou substancialmente na década passada, registando um crescimento de 34% da capacidade das salas de aula entre 2004 e 2010. No período de 2000 a 2010, 13.181 profissionais de saúde foram graduados nas 13 Instituições de Formação, sendo 365 de nível elementar, 6.447 de nível básico, 6.182 de nível médio e 187 de nível médio especializado. O número de graduados aumentou notavelmente com o Plano Acelerado de Formação (2006-2009).

Durante a década, foi enfatizada a formação de quadros básicos e médios e foi suspensa a formação do pessoal elementar (2004). Mais tarde, foi priorizada a formação de pessoal de nível médio e adoptaram-se currículos baseados em competências.

No que diz respeito a formação médica e de pós-graduação, em Maputo Cidade a universidade que produz médicos é a Universidade Eduardo Mondlane. No resto do País há outras duas Faculdades de Medicina públicas, na província de Tete (Unizambeze) e na província de Nampula (Unilurio); e uma privada: a Universidade Católica da Beira Recentemente outras instituições privadas iniciaram cursos de medicina (o Instituto Superior de Ciências e Tecnologia de Moçambique e o Instituto Superior de Ciências e Tecnologia Alberto Chipande em Cabo Delgado).

O número de médicos especialistas graduados no País é insuficiente para cobrir as necessidades dos hospitais centrais fora de Maputo e dos hospitais provinciais.

Na cidade de Maputo há uma grande falta de pessoal médico, salvo nos distritos de KaNyaka e Nihambankulu.

Em 2004 foi aberto o Instituto Superior de Ciências de Saúde, que tem realizado cursos de requalificação de nível superior na área de anestesia, e desde 2010, nas áreas de cirurgia, e instrumentação. Um total de 379 especialistas foram graduados até 2010 nas áreas de Enfermagem Geral, Pediátrica e de Saúde Materna, Cirurgia, Laboratório, Administração e Gestão Hospitalar e Medicina Ocupacional.

Outras instituições privadas graduaram 110 Farmacêuticos, 108 médicos dentistas, 745 psicólogos (bacharéis ou licenciados) entre 2000 e 2010. Outros profissionais em 24 áreas de saúde serão graduados a partir de 2013.

O ensino superior privado é regulado pelo Ministério da Educação.

A totalidade dos HG, os Centros de Saúde Urbanos tipo A (CSUA), e os Centros de Saúde Rurais tipo I (CSRI) oferecem campo de estagio para médicos e técnicos nas distintas especialidades no município de Maputo.

4. SISTEMA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Este capítulo trata de caracterizar qual é, no presente, o sistema de prestação pública de serviços de Saúde do Município de Maputo, apresentando uma descrição dos seus principais componentes.

Inclui a rede primária e secundária, gerida atualmente ou no futuro próximo pelo CMM.

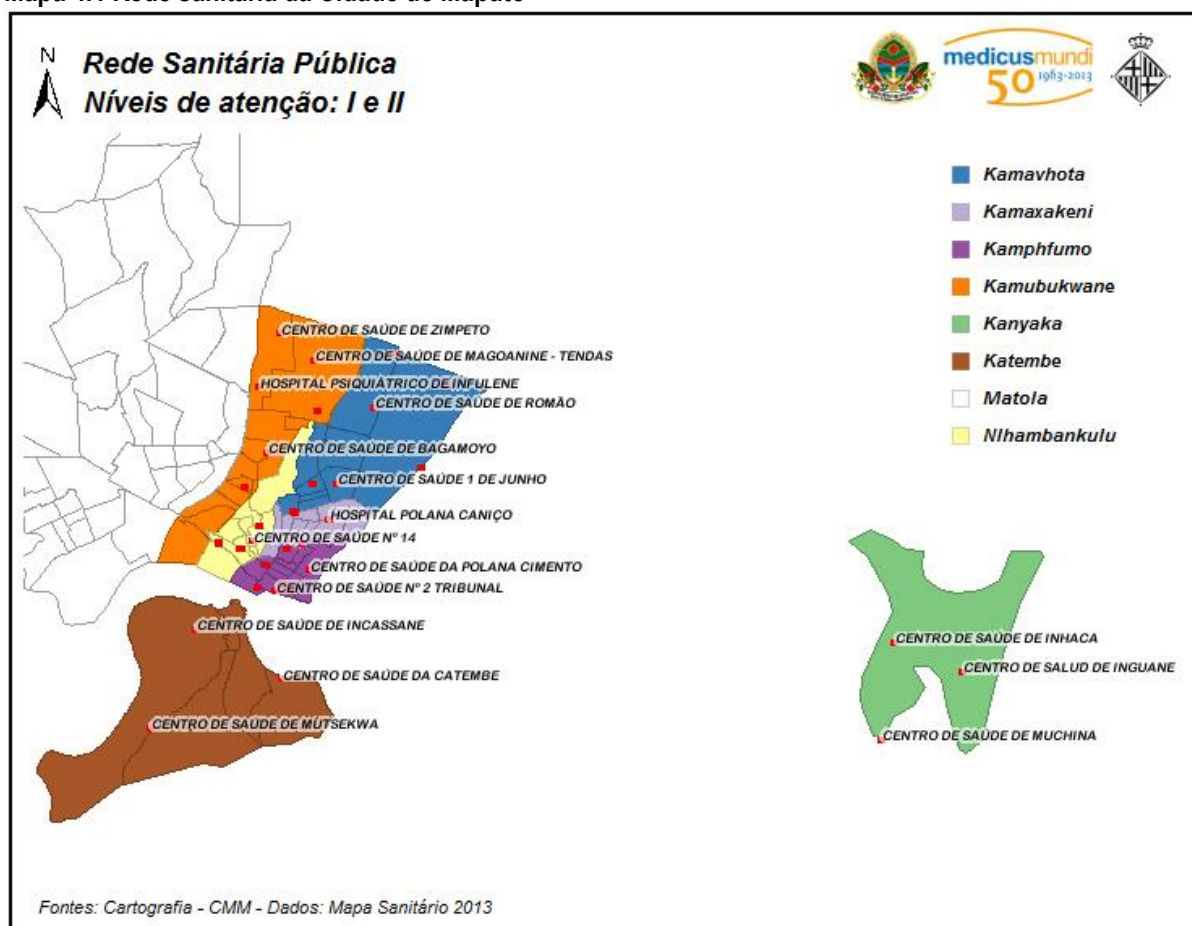
Este é um capítulo descritivo, isto é, não se estabelecerão conclusões, que há vir numa fase posterior do documento.

Cada secção consistirá numa apresentação da situação para o conjunto da Província, seguida duma breve comparação entre distritos. O distrito (equivalente à Área de Saúde) é a unidade territorial administrativa de referência para este exercício.

4.1 REDE SANITÁRIA

A rede sanitária primária e secundária da Cidade de Maputo compreende US privadas que não estão são gerenciadas pela DSCM ou CMM, mas neste estudo se têm em conta unicamente aquelas que pertencem a rede primária e secundária do SNS.

Mapa 4.1 Rede sanitária da Cidade de Maputo



Na Cidade de Maputo, a rede sanitária ligada ao SNS está composta de 36 US, classificadas de acordo com a seguinte tabela.

Tabela 4.1 Rede sanitária da Cidade de Maputo, por tipo de US, níveis primário e secundário

DISTRITO	HE	HG	CSUA	CSUB	CSUC	CSR1	CSR2	TOTAL
KAMAVHOTA		1	2	2	3			8

KAMAXAKENI		1	1	1				3
KAMPHFUMO			7					7
KAMUBUKWANE	1		2	3				6
KANYAKA						1	2	3
KATEMBE						1	2	3
NLHAMBANKULU		2	3		1			6
SUBTOTAI	1	4	15	6	4	2	4	36
PERCENTAGENS	2,78	11,11	41,67	16,67	11,11	5,56	11,11	100,00

Esta rede não inclui uma unidade, o Hospital Central, da rede quaternária (ou terciária no que respecta a sua função de referência provincial) que pertence ao SNS, mas depende diretamente do MISAU. É o hospital mais desenvolvido e de referência para o conjunto do Estado.

A tabela inclui também dois US que não estava em funcionamento na altura do levantamento: O CS Centro de Saúde Urbano Tipo C de Chiango, encerrado é apenas um conjunto de ruínas e um novo Hospital Geral de Polana Caniço já construído e parcialmente equipado, faz mais de um ano, mas ainda não aberto.

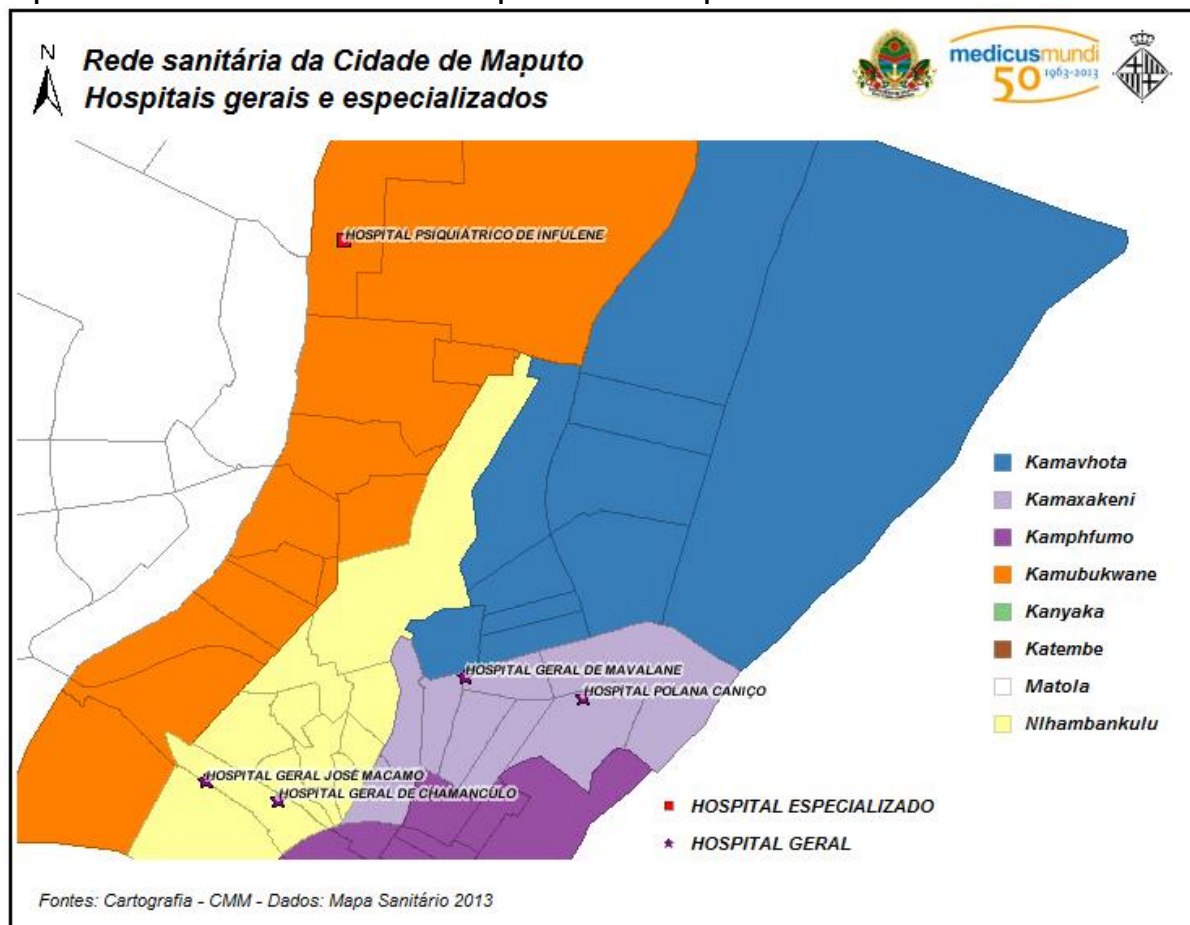
Inclui, também, o Hospital Psiquiátrico de Infulene (HE) que pertence à rede quaternária, é de gestão mista, mas oferece certos cuidados primários de saúde (CPS): Consultas e internamento, na área do Infulene (Distrito de KaMubukwane) e para os utentes internos.

4.1.1 Rede Sanitária Pública

Como mostra a tabela 4.1, havia em Fevereiro de 2013 um total de 36 US da rede primária e secundária no conjunto dos sete distritos da cidade do Maputo, das quais 34 unidades sanitárias estavam em funcionamento (tabela 4.2).

9% das US são classificadas como hospitais gerais. 89% do total são centros de saúde e há um hospital especial (3%).

Mapa 4.2 Rede sanitária da Província de Maputo Cidade - Hospitais



O mapa inclui o Hospital de Polana Caniço que actualmente está fechado embora terminado e parcialmente equipado, pelo que poderia ser inaugurado em breve. Provavelmente seja classificado como um hospital geral

Tabela 4.2 Rede sanitária pública em funcionamento em Março 2013, níveis I e II

DISTRITO	HE	HG	CSUA	CSUB	CSUC	CSR1	CSR2	TOTAL
KAMAVHOTA		1	2	2	2			7
KAMAXAKENI			1	1				2
KAMPHUMO			7					7
KAMUBUKWANE	1		2	3				6
KANYAKA						1	2	3
KATEMBE						1	2	3
NLHAMBANKULU		2	3		1			6
SUBTOTALS	1	3	15	6	3	2	4	34
PERCENTAGENS	2,94	8,82	44,12	17,65	8,82	5,88	11,76	100

O distrito de KaMavhota tem um HG. O distrito de Nhambankulu, dois HG (ainda que, um de eles, o Hospital de Chamanculo, não faz cirurgia). Em cinco distritos não há nenhum hospital público.

Quase a metade, 45% das US, se encontram nos municípios de KaMavhota e KaMphumo o que não surpreende já que quase a metade da população (46%), se concentra nestes municípios. O resto está

distribuído: 18% em Nhambankulu e, também, 18% em KaMubukwane, 9% em KaNyaka e 9% em KaTembe e apenas 6% em KaMaxakeni.

Mapa 4.3 Rede sanitária da Cidade de Maputo – Hospitais gerais - Cobertura



O mapa só mostra os três hospitais gerais em funcionamento. Fica claro que a atenção hospitalaria de primeira referência está toda concentrada na zona da Cidade, perto do centro histórico, e onde também se encontra o Hospital Central de Maputo. A possível futura abertura do Hospital de Polana Caniço não iria a mudar esta situação substancialmente já que o dito hospital se encontra no mesmo distrito e não muito distante do Hospital Geral de Mavalane.

Se a população de Kamahvota (a segunda maior da cidade depois de Nhambankulu) estiver mais ou menos uniformemente distribuída ou se estiver concentrada na parte norte, grande parte do distrito não teria cobertura hospitalaria imediata (proximidade teórica inferior a 5 km).

Mapa 4.4 Rede sanitária da Cidade de Maputo - Centros de saúde rurais

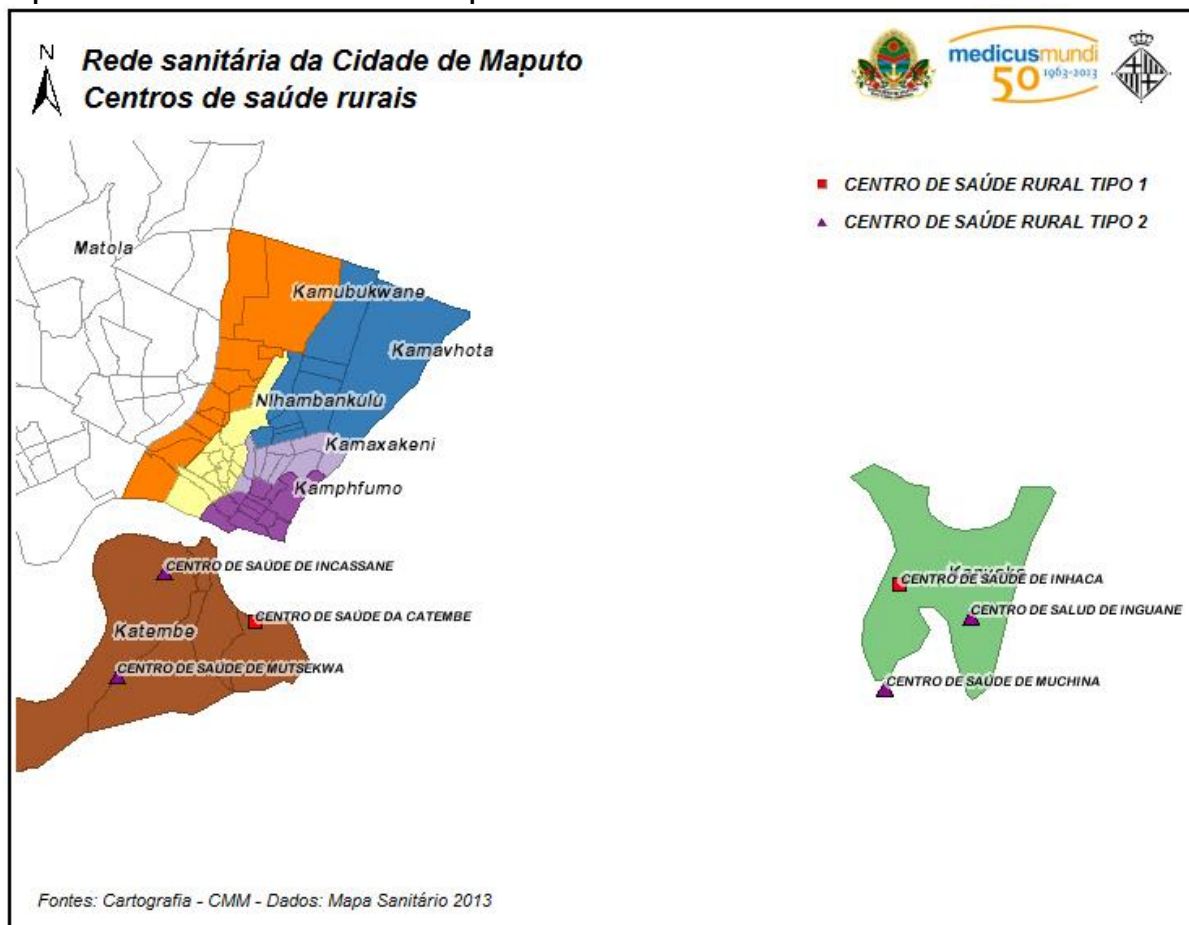


Tabela 4.3 Relação entre rede sanitária pública (níveis I e II), população e superfície.

DISTRITO	POPULAÇÃO	SUPERFICIE	DENSIDAD	RAIO TEÓRICO	HABITANTES POR						
					HG	CSUA	CSUB	CSUC	CSR1	CSR2	US
KAMAVHOTA	301.592	108	2.793	2,22	301.592	150.796	150.796	150.796			43.085
KAMAXAKENI	134.042	12	11.170	1,38		134.042	134.042				67.021
KAMPHUMO	253.272	12	21.106	0,74		36.182					36.182
KAMUBUKWANE	198.877	53	3.752	1,84		99.438	66.292				39.775
KANYAKA	5.585	52	107	2,35					5.585	2.792	1.862
KATEMBE	18.941	101	188	3,27					18.941	9.470	6.314
NLHAMBANKULU	301.837	8	37.730	0,65	150.918	100.612		301.837			50.306
TOTAL POP. COBERTA					452.510	521.070	351.130	452.633	24.526	12.262	
Nº DE US - MUNICÍPIO					3	15	6	3	2	4	33
TOTAIS	1.214.146	346	3.509		150.837	34.738	58.522	150.878	12.263	3.066	36.792

Total de 33 US: Rede pública níveis I e II em funcionamento - Não se inclui a Hospital Psiquiátrico de Infulene

O mapa 4.1 e a Tabela 4.3 ilustram a distribuição da rede nos distritos.

O raio teórico é um indicador que pretende oferecer uma ideia da proximidade (ou afastamento) da população em relação às US que houver num determinado território: qual seria a distância máxima que uma pessoa teria que deslocarse para chegar a sua US más próxima, se os lugares de residência da população e as US estiveram uniformemente distribuídas e se o território a ser considerado tiver forma de círculo.

É um indicador que tem mais relevância em zonas rurais, onde as distâncias entre US podem e costumam ser bastante grandes. Numa zona urbana, densamente habitada, a US mais próxima a um determinado lugar de residência pode ficar bastante longe se só se tomar em consideração o distrito onde se encontrarem tanto o lugar de residência como a US. Mas, é possível que houver outra US num distrito vizinho muito próxima ao lugar de residência tomado como ponto de referência.

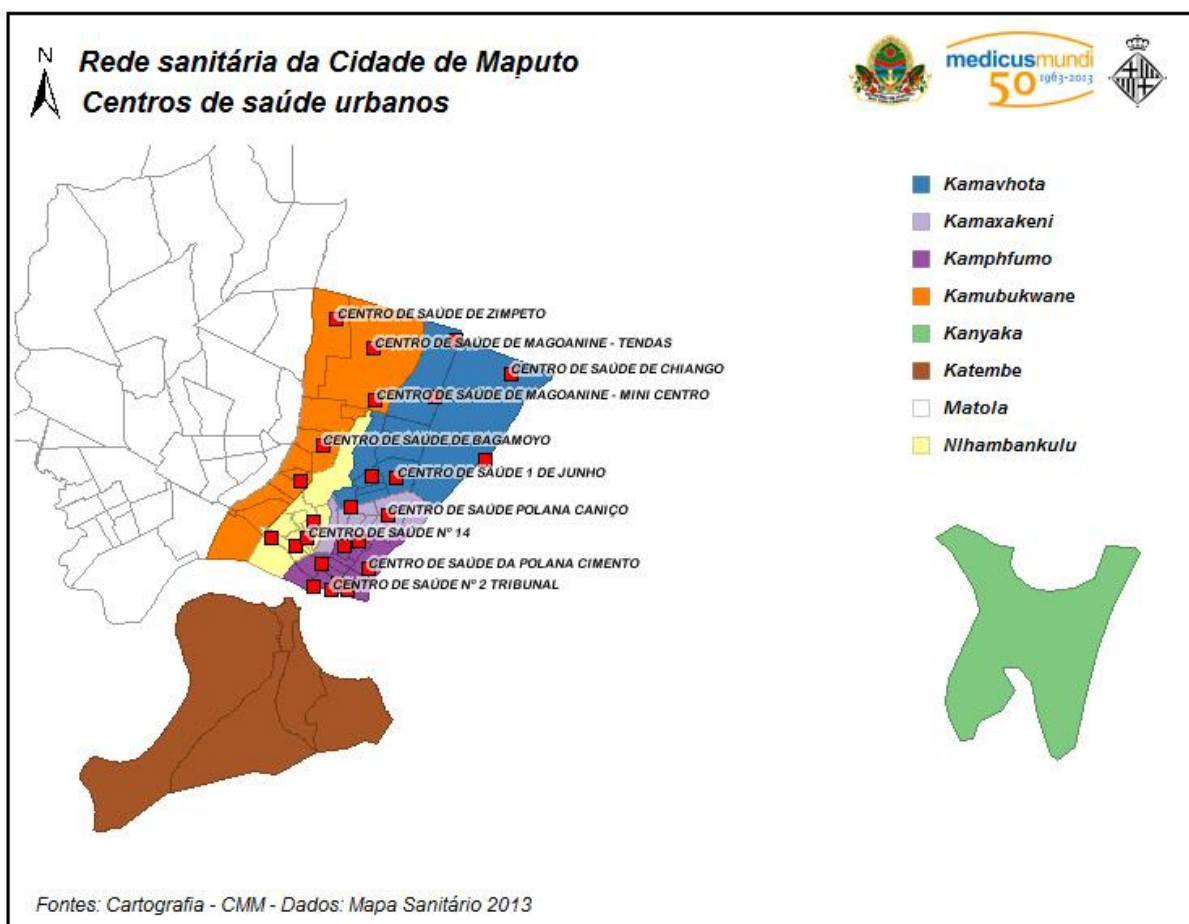
Tendo estas reservas em conta, o distrito com o maior raio teórico é KaTembe (3,27Km), enquanto que o distrito com maior densidade territorial de US é Nhambankulu, com um raio teórico distrital de 650 metros, seguido muy próximamente por Kamphumo, com um raio de 740 metros.

O raio teórico do conjunto da Cidade de Maputo é de 1.80 km, mas há que ter em conta que neste cálculo não se estão a ter em conta as zonas de mar que separam a ilha de KaNyaka (em especial) e Catembe dos outros distritos da Cidade. Os cálculos se fazem como se todos os distritos fossem contíguos. Sendo assim, podem-se considerar os três distritos de Nhambankulu, KaMavhota e Kamphumo, que representam 70% da população da Cidade. O seu raio teórico conjunto é de 1,43Km

Em termos de disponibilidade, existe uma US pública em funcionamento por cada 36.792 habitantes, com extremos no município de KaMaxakeni (67.021) e KaNhaka (1.862). A razão habitante por HG é 150.837.

Entretanto, sem ter informação muita mais detalhada sobre o lugar de residência dos habitantes da Cidade não se pode quantificar que percentagem da população vê o seu acesso limitado.

Mapa 4.5 Rede sanitária da Cidade de Maputo - Centros de saúde urbanos



4.1.1.1 Unidades Não Funcionais

Na altura de realizar o trabalho de campo, encontraram-se dois US que não estavam em funcionamento pelo que não foram incluídas na análise:

O CS de Chiango, fechado vários anos em uma área desocupada do extremo do bairro Costa do sol.

O Hospital de Polana Caniço já construído na vedação do CS Polana Caniço e parcialmente equipado, mas ainda não funcional e fechado, possivelmente pendente de classificação ainda que para os efeitos desta pesquisa fosse classificado como um HG.

4.1.2 Subsistema privado

Neste estudo, não foi possível incluir as US privadas, sendo estudadas unicamente as unidades funcionais que estão geridas pela DSCM. O subsector privado provavelmente tenha muita importância na prestação de serviços de saúde na Província de Maputo, especialmente nos serviços de saúde mais especializados. No caso do sector terciário e quaternário, o Hospital psiquiátrico de Infulene, hospital privado, atende e fornece serviços primários a uma parte da população próxima.

4.2 SERVIÇOS ESPECÍFICOS

Nesta secção se descrevem os serviços oferecidos por cada uma das US, como especial ênfase nos serviços que compõem os chamados Cuidados Primários de Saúde (CPS) e nos ligados ao atendimento obstétrico, à cirurgia e o ao combate ao SIDA.

Na secção anterior a rede sanitária da Cidade de Maputo se descreveu em termos da tipologia básica utilizada para classificar as US, nomeadamente a de hospitais especiais, hospitais gerais, centros de saúde urbanos (de tipo A, B ou C) e centros de saúde rurais (existem outros tipos de US no País, mas, salvo o Hospital Central, não existem outros tipo no sector público em Maputo). Há que ter em conta que a dita classificação é de carácter nominal e não necessariamente responde aos serviços de realmente oferece cada uma das US. Assim, pode acontecer (e acontece) que várias US do mesmo tipo oferecem diferentes tipos de serviço, quando lo lógico seria que todas as US de um mesmo tipo tiveram os mesmos recursos e ofereceram os mesmos serviços. De facto, para desenhar o desenvolvimento da expansão da rede sanitária, e em especial, para determinar os recursos necessários para a dita expansão, é de menos utilidade saber qual é a tipificação oficial e nominal das US existentes que saber que recursos têm e serviços oferecem. De aqui, a importância destas primeiras análises dos serviços oferecidos e, mas afrente, dos recursos disponíveis na atualidade.

4.2.1 Cuidados Primários de Saúde

A base de dados permite apresentar os dados do leque dos serviços mais importantes que compoem os CPS por distrito e por tipo de unidade.

O conceito do CPS abrange desde as consultas de urgência realizadas por um enfermeiro básico ou agente de medicina num centro de saúde rural na sua residência até uma consulta especializada de ginecologia realizada por um ginecologista num CS urbano de tipo A. Em geral, segundo a normativa os CPS oferecidos numa US deveriam incluir:

- Atendimento curativo básico.
- Cuidados obstétricos.
- Cuidados preventivos incluindo vacinas,
- Distribuição de medicamentos essenciais.

Incluindo os hospitais gerais e o Hospital Psiquiátrico de Infulene, existem 34 US na rede primária e secundária em funcionamento que oferecem este leque de serviços. Como se pode apreciar na tabela 4.4, quase a totalidade das US oferecem os serviços mais básicos, isto é, consultas, curativos e distribuição de medicamentos. 82% mencionam oferecer cuidados pré-natais. A percentagem de US que presta cuidados de Puericultura (Controle de Crescimento) é do 71% é menor. O 82% das US dispõem de posto fixo de vacinação e 12 US, 35% do total, atendem partos regularmente. Oito US, o 24%, prestam atendimento as 24h.

Tabela 4.4 Serviços de CPS por distrito - US em funcionamento

DISTRITO	CONSULTAS	CURATIVOS	FARMACIA	CPNPP	PFV	PARTOS	PFV	CRESCIMENTO	RO	ATD TO 24H	TOTAL US
KAMAVHOTA	7	7	7	7	6	4	6	6	6	1	7
KAMAXAKENI	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2
KAMPHFUMO	7	7	5	6	6	0	6	4	4	0	7
KAMUBUKWANE	6	6	5	5	5	2	5	3	5	1	6
KANYAKA	3	3	3	1	1	1	3	3	2	1	3
KATEMBE	3	3	3	3	3	1	3	3	2	1	3
NLHAMBANKULU	6	6	5	4	3	3	3	3	5	3	6
SUBTOTALS	34	34	30	28	26	12	28	24	25	8	34
PERCENTAGENS	100	100	88,24	82,35	76,47	35,29	82,35	70,59	73,53	23,53	

CPN-PP = Consulta pré-natal/pós-parto. PF = Planificação familiar. PFV = Posto fixo de vacinação. RO = Reidratação oral

Os distritos de KaMaxakeni e KaTembe têm a rede mais abrangente, com mais US a oferecer todos os serviços e o distrito de KaMphumo não regista nenhuma US com serviço de partos e atendimento 24h.

Considerando os 10 serviços básicos que aparecem na tabela 4.4, se a cada serviço se atribuir um ponto, poder-se-ia obter uma pontuação máxima para cada distrito, obtida multiplicando o número de US existentes no distrito por 10 (o número máximo de serviços possíveis). Pela sua vez, pode-se dar um ponto a cada serviço realmente oferecido por cada US. Assim, mesmo admitindo que atribuir a cada serviço a mesma pontuação é um método bastante rudimentar, a alocação de pontos segundo o máximo possível e o realmente oferecido permite comparar a oferta relativa, quer dizer, em relação ao número de US que tiver o distrito.

DISTRITO	SERVIÇOS OFERECIDOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PERCENTAGEM DO TOTAL
KAMAVHOTA	57,00	70,00	81,43
KAMAXAKENI	17,00	20,00	85,00
KAMPHFUMO	45,00	70,00	64,29
KAMUBUKWANE	43,00	60,00	71,67
KANYAKA	21,00	30,00	70,00
KATEMBE	25,00	30,00	83,33
NLHAMBANKULU	41,00	60,00	68,33
	249,00	340,00	73,24

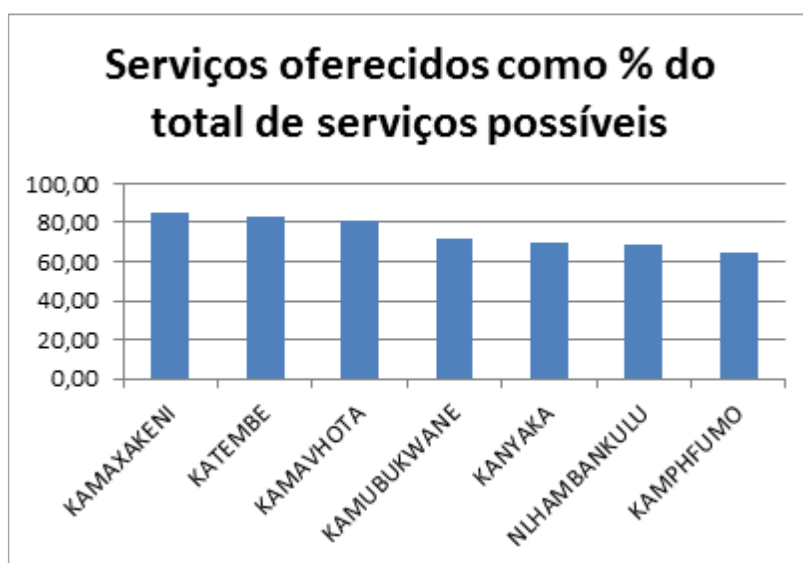


Tabela 4.5 Serviços CPS por tipo da US

TIPO_US	CONSULTA	CURATIVOS	FARMACIA	CPNPP	PF	PARTOS	PFV	CRSEIMENTO	R O	ATDIO 24H	TOTAL US
CSR1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
CSR2	4	4	4	2	2	0	4	4	2	0	4
CSUA	15	15	12	14	14	5	14	12	11	2	15
CSUB	6	6	6	6	6	2	6	4	6	1	6
CSUC	3	3	3	2	2	0	2	2	3	0	3
HE	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
HG	3	3	3	2	0	3	0	0	1	3	3

SUBTOTALS	34	34	30	28	26	12	28	24	25	8	34
PERCENTAGENS	100	100	88,24	82,35	76,47	35,29	82,35	70,59	73,53	23,53	

Se fossem comparadas as US por tipo com os mesmos critérios, e incluindo hospitais gerais do nível secundário, todas as US têm os serviços que correspondam ao seu nível. No caso dos HG, o planeamento familiar, as vacinas e as consultas de controlo de crescimento nas crianças são feitas no CS (tipo A) contíguos.

4.2.2 Cuidados Obstétricos

Pela importância que tem na determinação da qualidade duma US, a saúde reprodutiva merece uma especial atenção. Nos últimos anos, a estratégia deste programa tem mudado dum foco fundamentalmente preventivo para outro caracterizado por dotar às US de capacidade para identificar, e referir ou tratar, as principais e mais frequentes condições responsáveis pelas mortalidades, materna e perinatal. Foram definidos dois novos conceitos, o de Cuidados Obstétricos de Emergência (ou Essenciais) Básicos –COEB– e Completos –COEC– e estabelecidos uns mínimos de oferta destes serviços para ter um efeito relevante sobre a redução da mortalidade. Assim, os padrões internacionais (OMS, UNICEF e FNUAP) fixam um mínimo de quatro US oferecendo COEB e uma oferecendo COEC para cada 500,000 habitantes.

Nota:

CUIDADOS OBSTÉTRICOS ESSENCIAIS BÁSICOS (COEB): inclui a realização regular de todas estas actividades:

Administração de antibióticos parenterais

Administração de occitócicos parenterais

Administração parenteral de anticonvulsivantes para eclampsia

Remoção manual de placenta

Remoção manual (aspiração ou curetagem) de restos

CUIDADOS OBSTÉTRICOS ESSENCIAIS COMPLETOS (COEC): para uma resposta afirmativa, a US deve realizar todos os COEB e as seguintes actividades:

Cirurgia (mínimo cirurgia obstétrica de urgência)

Anestesia

Transusão sanguínea

Tabela 4.6 Cuidados obstétricos, por tipo e por distrito

DISTRITO	PARTOS	SALAS PARTOS	PARTOS/SP	US COM INTMTO MATERNIDADE	COEB	POPULAÇÃO	HAB/COEB	COEC	HAB/COEC
KAMAVHOTA	13.462	4	3.366	4	4	301.592	75.398	1	301.592
KAMAXAKENI	2.554	1	2.554	1	1	134.042	134.042	0	-
KAMPHFUMO	0	-	-	-	-	253.272	-	-	-
KAMUBUKWANE	3.220	2	1.610	2	2	198.877	99.438	0	-
KANYAKA	138	1	138	1	1	5.585	5.585	0	-
KATEMBE	387	1	387	1	1	18.941	18.941	0	-
NLHAMBANKULU	14.905	3	4.968	3	3	301.837	100.612	1	301.837
TOTAIS	34.666	12	2.889	12	12	1.214.146	101.179	2	607.073

A tabela 4.6 mostra que um distrito, Kamphfumo, carece por completo de serviços COEB e COEC.

Considerado no seu conjunto, a população da Cidade de Maputo (1.214.146 habitantes) deveria dispor de 10 US oferecendo cuidados obstétricos básicos (COEB). A Cidade dispõe de 12 tais US. Não assim nos Cuidados obstétricos completos (COEC). A cidade deveria dispor de três US na rede primária/secundária a oferecer estes serviços, quando só há dois US que o fazem.

A média de 101.179 habitantes per COEB ainda é menor dos 125.000 habitantes, a recomendação mínima da normativa internacional.

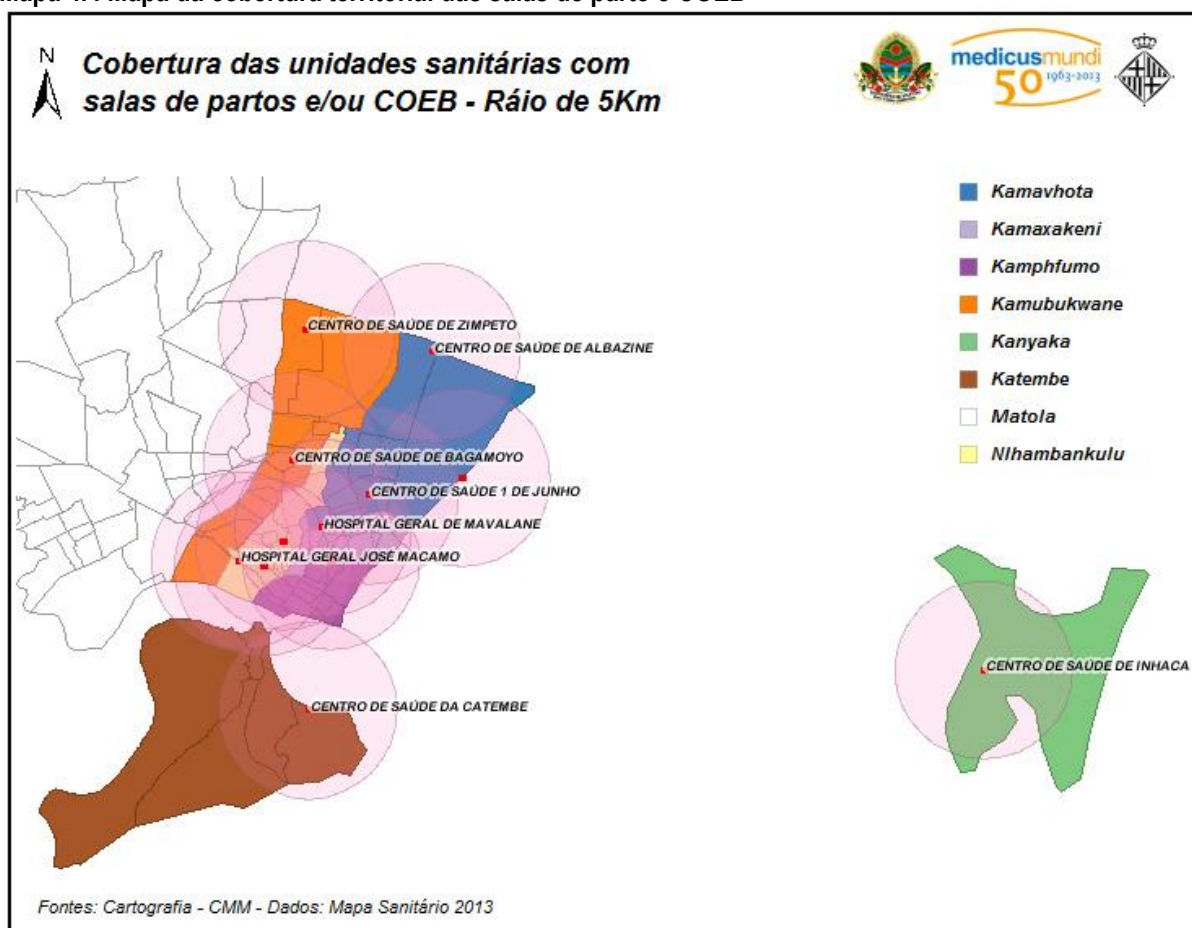
Não acontece o mesmo com os COEC, os 607.073 habitantes per COEC estão acima da media mínima aconselhável de 500.000.

O problema minimiza-se pela presença e proximidade dos COEC no Hospital Central de Maputo, de nível quaternário, e situado no distrito de KaMphumo, mas também, esse hospital é referência do resto do estado, e só há três hospitais centrais (HC) na totalidade do País, o que representa uma sobrecarga importante de actividade.

Mais dum terço das US no município, 35%, atendem partos. Isso é um valor elevado.

Quanto às salas de partos atualmente em funcionamento, a disponibilidade é de uma sala para cada 20.135 mulheres em idade fértil, ou para 4.407 partos esperados, o que supõe onze partos por sala de parto e dia. Todas as US que atendem partos têm internamento de maternidade.

Mapa 4.4 Mapa da cobertura territorial das salas de parto e COEB



O mapa 4.4 mostra graficamente a cobertura das US que oferecem salas de partos e COB.

4.2.3 Atendimento pediátrico - nutrição

A tabela 4.5 mostra que mais da metade das US prestam serviços preventivos para a saúde infantil, quer dizer, fazem consultas de controlo de crescimento (71%) e/ou dispunham do Programa Alargado de Vacinação (82%).

As consultas de nutrição são de rotina e fazem parte das consultas pediátricas normais. Quando há signos ou sintomas de malnutrição as crianças são atendidas no programa de Controlo de Crianças ao Risco, presentes nas 71% das US.

Tabela 4.7 Consulta nutrição por distrito

DISTRITO	US COM CONSULTAS DE NUTRIÇÃO	TOTAL US NO DISTRITO	% US COM CONSULTAS NUTRIÇÃO
KAMAVHOTA	6	7	85,71
KAMAXAKENI	2	2	100,00
KAMPHFUMO	3	7	42,86
KAMUBUKWANE	5	6	83,33
KANYAKA	2	3	66,67
KATEMBE	2	3	66,67
NLHAMBANKULU	3	6	50,00
TOTAL	23	34	67,65

4.2.4 Atendimento Curativo. Internamento, Cirurgia e Hemoterapia.

Além das consultas externas e os serviços de urgências, foram identificadas as US com um atendimento mais sofisticado, nomeadamente aquelas que prestam cuidados de internamento, pelo menos de observação, cirurgia e hemoterapia.

Tabela 4.8 Atendimento curativo. Internamento, Cirurgia e Hemoterapia.

DISTRITO	INTERNAMENTO OBSERVAÇÃO	CIRURGIA	TRANSFUSÃO	BANCO SANGUE	TOTAL US
KAMAVHOTA	1	1	1	1	7
KAMAXAKENI	0	0	0	0	2
KAMPHFUMO	0	0	0	0	7
KAMUBUKWANE	0	0	0	0	6
KANYAKA	1	0	0	0	3
KATEMBE	1	0	0	0	3
NLHAMBANKULU	3	1	1	1	6
SUBTOTALS	6	2	2	2	34
PERCENTAGENS	17,65	5,88	5,88	5,88	

18% das US em funcionamento oferecem internamento de observação: os dois CS de referência que se encontram nos distritos rurais: KaNyaka e KaTembe; os três hospitais gerais; e o CS de Xipamanine no distrito de Nhambankulu.

No distrito de KaMavhota só oferece o serviço de internamento de observação uma US: nomeadamente no HG de Mavalane.

Só dois dos três HG que existem na cidade de Maputo, os hospitais gerais de Jose Macamo e Mavalane, praticam grande cirurgia.

4.2.5 Combate ao VIH/SIDA

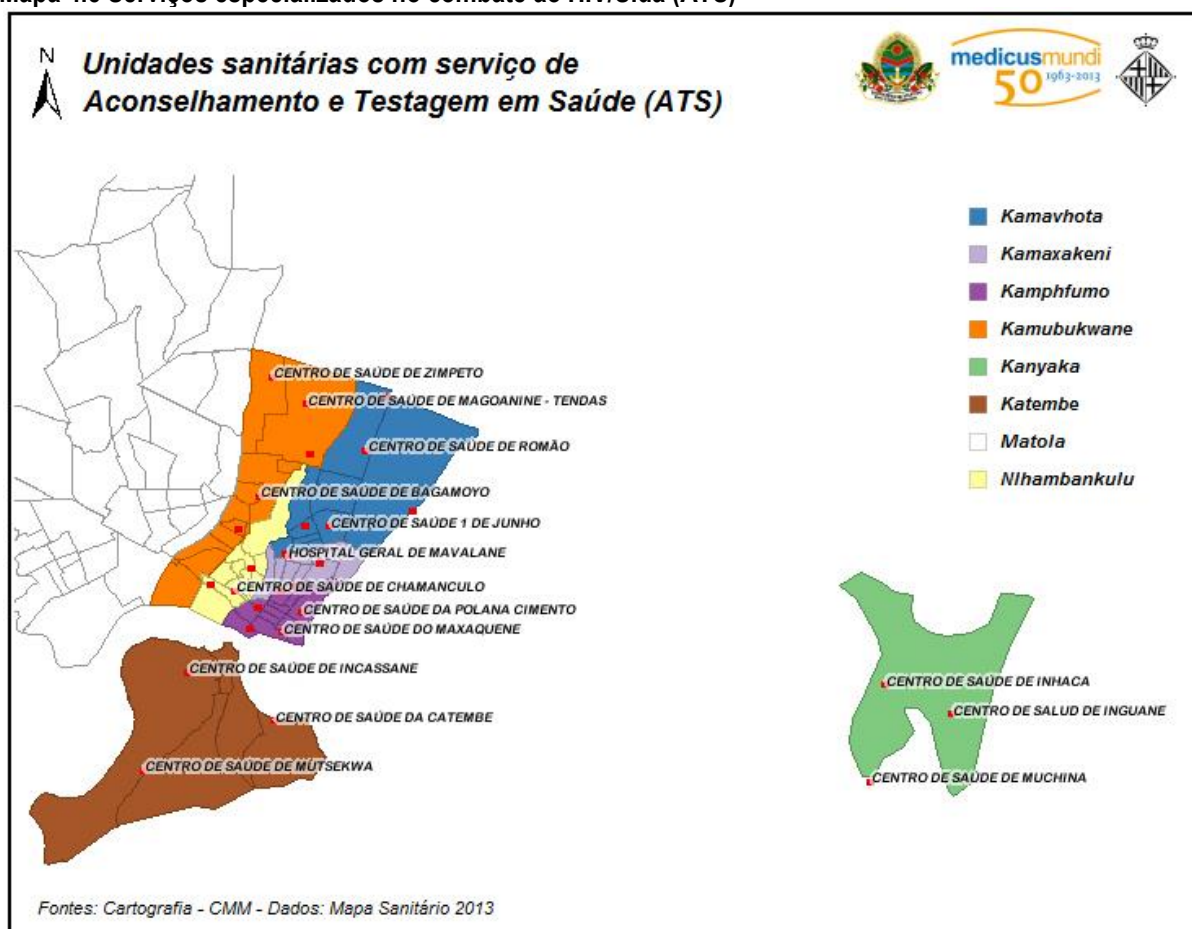
A abordagem síndrômica com fluxograma das infecções de transmissão sexual é realizada em todos os distritos e quase a totalidade das US (94%)

Tabela 4.9 Serviços especializados no combate ao VIH/SIDA, por distrito

DISTRITO	ATS	HABITANTES	HAB/US ATS	PTV	ITS	TARV	TOTAL US
KAMAVHOTA	7	301.592	43.085	7	7	5	7
KAMAXAKENI	2	134.042	67.021	2	2	2	2
KAMPHFUMO	6	253.272	42.212	6	7	5	7
KAMUBUKWANE	5	198.877	39.775	5	5	2	6
KANYAKA	3	5.585	1.862	1	3	1	3
KATEMBE	3	18.941	6.314	2	3	1	3
NLHAMBANKULU	3	301.837	100.612	5	5	4	6
SUBTOTAI	29	1.214.146	41.867	28	32	20	34
PERCENTAGENS	85,29			82,35	94,12	58,82	

Excepto o TARV, todas as componentes da prevenção e luta contra o VIH estão bem representados em todos os distritos e a maioria das US. A 100% das maternidades da cidade fazem PTV (e o 82% do total das US). A cobertura média municipal do serviço de Assessoramento e Testagem em Saúde são de aproximadamente de 42.000 habitantes por US que oferece o dito serviço, o que poderia parecer uma boa cobertura. Mas há que ter em conta que neste caso a média é pouco representativa, havendo valores que vão desde os 1.862 habitantes por US até os 100.612 por habitantes pro US.

Mapa 4.5 Serviços especializados no combate ao HIV/Sida (ATS)



4.2.6 Meios auxiliares de diagnostico e tratamento

Para finalizar esta secção são apresentadas a disponibilidade e a distribuição dos principais meios auxiliares de diagnostico e tratamento.

Quatro distritos têm uma US que oferece o serviço de radiologia: Dois HG e dois CS. Nos distritos rurais de KaNyaka e KaTembe e no distrito urbano de KaMubukwane não há RX.

No entanto há laboratório em 59% das US. Todos os distritos oferecem este serviço.

E todos os distritos têm um serviço específico de transporte de doentes bem seja na própria US (65%) ou no hospital de referência.

Tabela 4.10 Principais meios auxiliares de diagnostico e tratamento, por distrito.

DISTRITO	RADIOLOGIA	LABORATÓRIO	TRANSPORTE DOENTES	MORTUÁRIO	TOTAL US
KAMAVHOTA	1	4	6	1	7
KAMAXAKENI	1	2	2	0	2
KAMPHFUMO	1	5	4	0	7
KAMUBUKWANE	0	4	5	0	6
KANYAKA	0	1	1	0	3
KATEMBE	0	1	1	0	3
NLHAMBANKULU	1	3	3	1	6
SUBTOTALS	4	20	22	2	34
PERCENTAGENS	11,76	58,82	64,71	5,88	

Mapa 4.6 US com laboratório

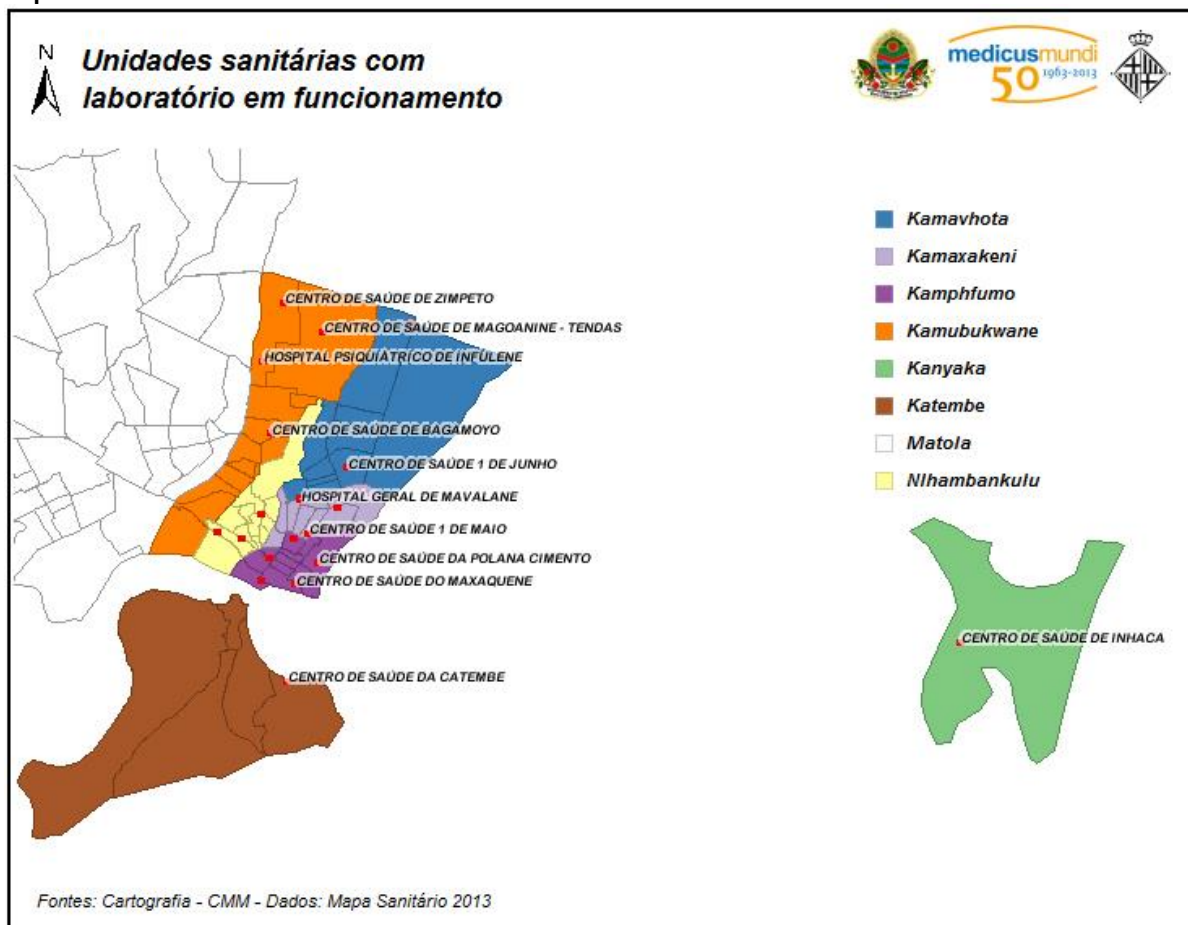


Tabela 4.11 Meios auxiliares de diagnóstico e tratamento por tipo de US

TIPO_US	RADIOLOGIA	LABORATÓRIO	TRANSPORTE DOENTES	MORTUÓRIO	TOTAL US
CSR1	0	2	2	0	2
CSR2	0	0	0	0	4
CSUA	1	11	9	0	15
CSUB	1	3	6	0	6
CSUC	0	0	2	0	3
HE	0	1	0	0	1
HG	2	3	3	2	3
SUBTOTALS	4	20	22	2	34
PERCENTAGENS	11,76	58,82	64,71	5,88	

4.3 SISTEMAS DE REFERÊNCIA

De acordo com a “Caracterização técnica, enunciado de funções específicas, critérios e mecanismos para a classificação das instituições do SNS, de Nível Primário, Secundário, Terciário e Quaternário” publicado no diploma ministerial do MISAU no ano 2001, há diferentes níveis de estruturação da rede em sistemas de referência coerentes.

O SNS está organizado em quatro níveis de atenção:

O nível primário corresponde aos **Centros de Saúde**, urbano e rural e tem como função executar a estratégia de cuidados de saúde primários. Estas US constituem o primeiro contacto da população com os serviços de saúde.

O nível secundário esta composto pelos **Hospitais Distritais, Rurais e Gerais** e tem como função prestar cuidados de saúde e constitui o primeiro nível de referência para os doentes que não encontram resposta no nível primário.

O nível terciário esta composto pelos **Hospitais Provinciais** e constituem a referência para os doentes que não encontram soluções ao nível secundário.

O nível quaternário é composto pelos **Hospitais Centrais e Especializados** e constitui a referência para os doentes que não encontram soluções nos outros níveis.

O nível primário corresponde geograficamente as **Áreas de Saúde** servidas pelo CS. O nível secundário seria um conjunto de áreas de saúde servidas pelo Hospital de referência, no caso da cidade de Maputo, três Hospitais Gerais que são a referência de 30 CS e suas respectivas áreas de captação.

O nível terciário e quaternário em Maputo corresponderia ao Hospital Central de Maputo (neste caso referência provincial e nacional) e hospitais especializados como o Hospital Psiquiátrico de Infulene (que oferece também, alguns serviços primários e secundários). Outros Hospitais especializados não pertencem à rede pública

5. INFRAESTRUTURAS

Mesmo que não for a primeira vez que se realizou um levantamento físico das infraestruturas da rede de saúde da Cidade de Maputo, os dados resultantes dos levantamentos anteriores sempre foram parciais, relativos só alguns distritos da cidade, recolhidos de maneira não integrada e arquivados em vários departamentos do MISAU ou do Governo municipal. Por tanto se pode dizer que ainda não foi realizado um levantamento completo e integrado das estruturas de todo o Município da Cidade de Maputo. É aqui então que pela primeira vez as estruturas físicas que formam a rede sanitária da municipal são analisadas de maneira global e integradas. Como foi mencionado, se levantaram as plantas das unidades do sistema público dos níveis primário e secundário e se avaliou o estado físico das estruturas de forma sistemática. O levantamento físico das plantas dos edifícios foi realizado por todas aquelas unidades nas quais não foi possível conseguir os desenhos originais nos arquivos do CMM, a DCS ou do MISAU. Somente no caso do HG de Jose Macamo não foi possível obter as plantas do projecto de reabilitação em execução no momento do levantamento, nem foi avaliado o estado físico das infraestruturas porque achava-se em modificação devido às obras em curso.

Neste capítulo são apresentados os resultados do trabalho descrito.

Em primeiro lugar será sumariamente descrita a rede, procurando encontrar aspectos comuns que posteriormente possam ser úteis para a escolha de intervenções. A seguinte secção debruça-se sobre a superfície das unidades e o valor do patrimônio. Imediatamente é apresentada uma avaliação do estado das infraestruturas e das intervenções necessárias para retorná-la ou manter num estado razoável. O capítulo acaba com uma breve secção dedicada a alguns aspectos não diretamente relacionados com a estrutura, mas que afectam sobremaneira o funcionamento das unidades, como o abastecimento de água e energia.

Excepto quando assim for indicado, as tabelas e análises referem-se exclusivamente às infraestruturas sanitárias de propriedade pública, com a exclusão do Hospital Central que é uma US da rede quaternária de nível nacional e por isso não faz parte da rede sanitária do estudo porque depende diretamente do MISAU.

5.1 DESCRIÇÃO FÍSICA DA REDE SANITÁRIA

Esta secção começa com uma descrição da tipologia arquitetónica das US, continua com uma análise sumária das consequências do desenvolvimento histórico da rede em termos de estatuto legal das estruturas, e finaliza com umas informações sobre a acessibilidade física aos serviços.

Das 36 unidades da rede municipal consideradas na pesquisa, todas foram visitadas pela equipa de recolha de dados. Dessas unidades nem todas se consideram na descrição das infraestruturas porque há alguns casos especiais:

- 1) o Hospital psiquiátrico de Infulene (HE) que não pertence a rede primária e cuja estrutura não é propriedade do MISAU,
- 2) o Centro de Saúde do Porto cuja estrutura é propriedade do CFM,
- 3) o Centro de Saúde de Maxaquene Anexo cujo edifício não é de propriedade do MISAU e
- 4) o Centro de Saúde N.2 Maxaquene Tribunal cujo edifício não pertence ao MISAU.

Por isso as US analisadas ao nível de infraestruturas são no total 32.

Foram incluídas no estudo também as US que não estão em funcionamento. Isso é porque as estruturas, mesmo que não ofereçam serviço de saúde, são parte do patrimônio e têm um valor económico. Além disso ao considerar as ações constructivas necessárias para que a rede de saúde esteja toda em condições perfeitas, será necessário incluir aquelas unidades fechadas mas existentes que precisem de intervenções para voltar a funcionar normalmente.

5.1.1 Formatos e Períodos

Os edifícios da história recente do País podem-se dividir por período de construção. Considerou-se que os intervalos temporales mais relevantes são:

- Até 1975 (Período colonial)
- 1975 – 1992 (Período da Independência)
- 1993 em diante (Período actual depois da paz)

Para analisar a composição, em termos estruturais, da rede sanitária da Cidade de Maputo, deve ser tomada em conta a história recente do País. Os serviços de saúde herdados da administração colonial estavam orientados para o atendimento à população expatriada e aos trabalhadores das empresas destes. Assim, a rede era composta fundamentalmente de hospitais de tamanho relativamente grande em zonas urbanas e centros de saúde ligados a grandes empresas. Com a Independência, uma das primeiras ações foi expandir os serviços de saúde, construindo centros de características estruturais e funcionais similares ou também, às vezes, utilizando as estruturas disponíveis adaptadas para uso sanitário, mas por causa do conflito civil a expansão da rede nesse período foi bastante limitada e criaram-se poucas unidades novas.

Tabela 5.1 Período de construção das US (níveis I e II), por distrito.

DISTRITO	ATÉ 1975 - COLONIAL	1975 - 1992 INDEPENDÊNCIA	1993 EM DIANTE	TOTAL US
KAMAVHOTA	2	3	3	8
KAMAXAKENI	1		2	3
KAMPHFUMO	4			4
KAMUBUKWANE		1	4	5
KANYAKA	1		2	3
KATEMBE	1		2	3
NLHAMBANKULU	4	1	1	6
SUBTOTAI	13	5	14	32
PERCENTAGENS	40,63	15,63	43,75	100,00

Nota: Se excluem as 3 US classificadas como PUBLICAS OUTRAS e o Hospital Psiquiátrico de Infulene (HE)

É partir do ano 1993 que começa uma aceleração do desenvolvimento onde a maior parte das unidades são especificamente desenhadas para a prestação dos serviços sanitários sem reconvertir edifícios originariamente utilizados por outras actividades. Todas essas considerações ficam claramente refletidas na Tabela 5.1 que mostra que quase o 44% das unidades públicas existentes foram construídas a partir do ano 1993, enquanto somente 16% foram-no nos primeiros 17 anos após a Independência e que o restante 41% foram erguidas no tempo colonial.

O parque imobiliário pode ser dividido em grupos construtivos segundo a tipologia de construção:

- Os edifícios em material convencional, com regras construtivas geralmente boas (essa característica é a que permite que ainda hoje podemos encontrar edifícios antigos ou mesmo coloniais em função e em boas condições). As características são: utilização de tijolo de cerâmica, reboco de cimento ou cal, fundações de pedras, alicerce sobrelevado, cobertura de telha cerâmica, teto falso. Em alguns casos, o telhado foi substituído por chapas de zinco o de fibrocimento.

- Os edifícios de material convencional menor que, às vezes, apresentam sistemas construtivos menos regulares e estão construídos de forma menos rigorosa, mesmo que os materiais sejam de tipo permanente. Isso pode ser porque essas unidades estão projetadas para exigências funcionais menores ou foram erguidas num momento de urgência, mas isso determina um tempo útil de utilização da estrutura que é menor, por isso os edifícios

dessa tipologia construtiva são geralmente mais recentes e começam-se encontrar a partir do período da Independência.

- Algumas unidades obedecem a uma planta tipo. Em cada uma dessas unidades a planta tipo sofreu modificações e se encontram variantes. Os modelos de referência apresentam as seguintes características:

- **Planta tipo:** Dois edifícios longos e regulares realizados com estruturas de muros portantes modulares de 3 em 3 metros, em sequência.

Um dos dois edifícios se destina à atividades sanitárias gerais e tem uma superfície aproximada de uns **600 m²** sobre um comprimento global de uns 50 m consistência estilística... o abrevias o usas palabra entera]. Esse edifício apresenta uma ampla varanda no lado longo.

O segundo edifício contém as atividades da maternidade e apresenta uma estrutura parecida àquela do outro bloco: corredor central e duas asas de quartos funcionais. O comprimento é de aproximadamente 50 m e a superfície é ao redor dos **650 m²**. Esse edifício apresenta uma varanda espaçosa unida ao lado curto do bloco, onde se abre a porta final do corredor.

O bloco construtivo da maternidade nem sempre aparece em todas as unidades de planta tipo, mas no caso que exista, o complexo da unidade está complementado também por um edifício técnico de lavanderia, copa e armazéns numa superfície aproximada de **300 m²**.

No município da Cidade de Maputo encontramos estas plantas nas unidades de: Centro de Saúde do 1º de Junho no distrito de KaMavhota; Centro de Saúde da Polana Caniço no distrito de KaMaxakeni; e Centro de Saúde de Bagamoyo no distrito de KaMubukwane.

Todos os edifícios da rede sanitária da Cidade de Maputo consideram-se de material permanente, isto é, construção de material convencional como o tijolo, o bloco de cerâmica o ou bloco de cimento. O edifício pode estar rebocado interiormente e exteriormente com cimento ou cal, coberto com chapa de zinco ou de fibrocimento, ou com telhas. O pavimento é compactado e revestido.

Nenhuma unidade está construída com materiais mistos, semi-tradicional ou semi-convencional (geralmente bloco de adobe com telhado de zinco ou fibrocimento), nem com material tradicional (adobe ou pau-a-pique e cobertura vegetal) que podem ser típicos de outras áreas rurais.

5.1.2 Propriedade e Gestão

No levantamento físico das unidades sanitárias há vezes em que as estruturas não são públicas. Mesmo que a US seja parte da rede sanitária pública os edifícios onde realiza-se o serviço de saúde podem ser de propriedade privada, ligada à alguma empresa ou patrimônio de alguma outra instituição pública.

Como já se mencionou no caso da Cidade de Maputo há 4 casos especiais nos quais a estrutura física da unidade não é pública: o Centro de Saúde do Porto (propriedade do CFM), os Centros de Saúde de Maxaquene Anexo e Maxaquene n.2 Tribunal e o Hospital Psiquiátrico de Infulene.

Com já foi assinalado, existem também uma unidade em estado de ruína é o caso do Centro de Saúde de Chiango no distrito de KaMavhota, enquanto que o Hospital da Polana-Caniço no distrito de KaMaxakeni ainda não está em função porque ainda em construção.

Das 36 US da rede municipal então só 32 edifícios são públicos, 3 são públicos mas não pertencem ao MISAU e um é privado ligado ao SNS.

Tabela 5.2 Propriedade das US, por distrito

DISTRITO	PÚBLICA SNS	PÚBLICA OUTRAS	PRIVADA LIGADA AO SNS	TOTAL US
KAMAVHOTA	8			8
KAMAXAKENI	3			3
KAMPHFUMO	4	3		7
KAMUBUKWANE	5		1	6
KANYAKA	3			3
KATEMBE	3			3
NLHAMBANKULU	6			6
SUBTOTAI	32	3	1	36
PERCENTAGENS	88,89	8,33	2,78	100,00

Nota: Se incluem todas as US incluídas no levantamento

5.1.3 Residências

No total apenas 19% das US beneficiam têm de alojamento para o pessoal (Tabela 5.3). Mesmo nos hospitais gerais não há nenhuma residência para médicos e trabalhadores.

Esse dado não há de considerar-se como uma falta da rede sanitária da Cidade de Maputo, porque as residências para o pessoal são um incentivo para a fixação do pessoal na comunidade de trabalho e esse incentivo é preciso especialmente no contexto rural onde é mais difícil achar técnicos especializados que morem ou que queiram morar nas comunidades afastadas das cidades.

Sendo que no território da Cidade de Maputo o 81% das US são urbanas e só nos distritos de KaTembe e KaNyaka encontram-se Centros de Saúde Rurais, é normal que a cobertura geral de residências para trabalhadores em todo o Município resultar ser baixa.

Em detalhe pode-se ver que é nos distritos urbanos onde principalmente podemos registar a falta de residências para médicos (presentes somente no 8% do total das US urbanas), isso porque essa exigência não é primária.

Ao contrário nos distritos considerados como rurais é onde as unidades estão geralmente associadas as casa de trabalhadores, como precisa ser. Em KaTembe o 100% das unidades têm residência para os médicos enquanto em KaNyaka é o 33%.

Tabela 5.3 Residências por US, por distrito

DISTRITO	US COM 1 CASA	US COM 2 CASAS	US SEM CASAS	TOTAL US
KAMAVHOTA	1		7	8
KAMAXAKENI			3	3
KAMPHFUMO			4	4
KAMUBUKWANE	1		4	5
KANYAKA		1	2	3
KATEMBE	2	1		3
NLHAMBANKULU			6	6
SUBTOTAI	4	2	26	32

PERCENTAGENS	12,50	6,25	81,25	100,00
--------------	-------	------	-------	--------

Nota: Se excluem as 3 US classificadas como PUBLICAS OUTRAS e o Hospital Psiquiátrico de Infulene (HE)

5.1.4 Acessibilidade física e distância às US de referência

Para tentar avaliar a acessibilidade física da população à US e desta ao sistema de referência foram recolhidas informações sobre distâncias e estado das vias. Esse dado pode ser um dato fundamental para entender a rede de saúde e o serviço oferecido aos cidadãos e pode-se converter num factor até crítico em situações de comunidades rurais afastadas dos centros principais.

O tipo de acesso nos distritos urbanos (KaMavhota, KaMubukwane, KaMaxakeni, Nlhambankulu e KaMphumo) é no 75% dos casos a traves duma estrada em alcatrão, isso quer dizer que no 3 quartos dos casos a rede viária na cidade não apresenta graves problemas estruturais para a acessibilidade das unidades urbanas aos seus centros de referências, ainda assim o problema mais relevante nesses distritos resulta ser a distância entre US e a própria US de referência.

As unidades mais septentrionais dos distritos de KaMavhota e KaMubukwane ficam a uma distância importante dos Hospitais Gerais de Mavalane e de José Macamo que são os hospitais de referência. Os CS Magoanine-Tendas, CS Zimpeto, CS Albazine, CS Magoanine Mini-Centro, CS Romão e CS dos Pescadores ficam a uma distância entre 15 km e 10 km das próprias US de referência. No caso do Romão o caso fica ainda mais complicado porque o acesso é de picada aberta e não é de alcatrão, creando assim ainda mais problemas de acessibilidade, especialmente durante os periodos de chuva.

Mesmo assim os casos mais complicados são principalmente nas unidades dos distritos rurais (KaTembe e KaNyaka).

Em KaTembe o CS de Catembe e o CS de Incassane estão a uns 13 km do HG Mavalane que representa a US de Referência enquanto que o CS de Mutsekwa fica a un 21 km do hospital. Essa situação fica ainda mais complicada considerando que para chegar à cidade desde o distrito de KaTembe, é preciso utilizar o serviço de ferry que pode criar problemas de tempo em caso de urgências.

No distrito de KaNyaka os CSR tipo 2 ficam a 7 km do CS de Inhaca que é a sua US de referência, mas da ilha à cidade há uns 35 km pelo qual resulta muito complicado o transporte desde o CS Inhaca ao hospital de referência HG Mavalane que fica a 41 km de distância via mar. O Centro de Inhaca dispõe de uma lancha para casos de urgências, mas a situação desse resulta ser a mais crítica.

5.2 TAMANHO E VALOR DO PATRIMÓNIO

Durante o trabalho de campo foram estabelecidas as dimensões de cada US da rede pública da cidade, o que permitiu o cálculo da superfície por planta, um dado extremamente importante para projetar os custos das intervenções.

Para este efeito foram procuradas estimativas de custo por intervenção, que foram obtidas das listas de preços médios de construção na cidade fornecidos pela Direcção Municipal de Infraestruturas e apresentados na Tabela 5.4. Deve-se entender que estes são custos médios utilizados para estimar gastos, e não para elaborar orçamentos. Embora a sua fiabilidade limita-se a zona urbana, são os únicos disponíveis, pelo que serão foram também utilizados para as áreas rurais.

Temos também que considerar que os preços médios de construção variam por causa de muitos factores mas o factor principal que pode-se tomar em conta é o tamanho geral e a complexidade do edificio construído.

Sendo que a superfície média dos hospitais é muito maior daquela dos centros de saúde segundo as diferentes tipologias (veja-se a Tabela 5.5) um sistema lógico de analisar o valor do património pode ser aplicar um preço

de construção por metro quadrado maior para os hospitais, um preço de construção por metro quadrado médio para os centros e um preço de construção por metro quadrado baixo pelas casas dos trabalhadores que são geralmente edifícios pequenos. Obtemos assim uns diferentes valores indicativos de custos de construção por metro quadrado segundo as tipologias de unidade.

Sobre a base desses dados é possível proporcionalmente calcular os valores dos 3 outros tipos de intervenção considerados nesta pesquisa como a reabilitação ligeira, a reabilitação pesada e a manutenção ordinária.

Por isso os custos de manutenção e as diferentes reabilitações foram calculados como uma percentagem dos custos de construção e mais em detalhe calcula-se que um preço médio por metro quadrado de manutenção pode ser aproximado ao 5% do preço médio por metro quadrado de construção. Uma reabilitação ligeira que comporta substituição de alguns elementos ou reconstrução de partes pequenas pode-se considerar ser em média equivalente ao 25% do preço de construção. E quando for precisa uma ação de reabilitação pesada do edifício, com intervenções estruturais e grandes partes do complexo a reconstruir, então podemos considerar um preço médio por metro quadrado igual ao 40% do custo de construção de raiz.

Os preços da Tabela 5.4 estão exprimidos em MZN.

Tabela 5.4 Custos estimados por intervenção. Maputo 2013

TIPOS DE US	MAUTENÇÃO (5% construção)	REAB.LIGEIRA (25% construção)	REAB.PESADA (40% construção)	CONSTRUÇÃO
HOSPITAIS	1.669,80	8.349,00	13.358,40	33.396,00
CENTROS	834,9	4.174,50	6.679,20	16.698,00
CASAS	556,6	2.783,00	4.452,80	11.132,00

Nota I: Valores não incluem custos de fiscalização nem equipamento

5.2.1 Tamanhos e tamanhos médios.

Como mostra a Tabela 5.5, a superfície construída total das 32 US consideradas é de quase 47.000 m². As unidades de referência (HG) representam mais da metade, o 51% da superfície total.

Tabela 5.5 Superfícies totais e médias por tipo de US

TIPO_US	SUPERFICIE TOTAL	%	SUPERFICIE MEDIA	TOTAL US
CSR1	1.601	3,42	800	2
CSR2	249	0,53	62	4
CSUA	17.031	36,35	1.419	12
CSUB	3.225	6,88	538	6
CSUC	731	1,56	183	4
HG	24.012	51,25	6.003	4
SUBTOTALS	46.849	100,00	1.464	32

Nota: Se excluem as 3 US classificadas como PUBLICAS OUTRAS e o Hospital Psiquiátrico de Infulene (HE)

A tabela mostra também a superfície média por cada tipo de US. A superfície média global é de quase 1.500m².

Tabela 5.6 Superfície das US e das residências, por distrito e por tipo de US

DISTRITO	HG	CSUA	CSUB	CSUC	CSR1	CSR2	CASAS	TOTAL	%	TOTAL US
----------	----	------	------	------	------	------	-------	-------	---	----------

KAMAVHOTA	7.910	2.198	1.099	548			64	11.819	24,95	11.755
KAMAXAKENI	3.705	2.839	1.181					7.725	16,31	7.725
KAMPHFUMO		3.921						3.921	8,28	3.921
KAMUBUKWANE		2.929	945					3.874	8,18	3.874
KANYAKA					596	106	192	894	1,89	702
KATEMBE					1.005	144	265	1.414	2,98	1.149
NLHAMBANKULU	12.397	5.144		183				17.724	37,42	17.724
SUBTOTALS	24.012	17.031	3.225	731	1.601	250	521	47.371	100,00	46.850
PERCENTAGENS	50,69	35,95	6,81	1,54	3,38	0,53	1,10	100,00		

Nota: Se excluem as 3 US classificadas como PUBLICAS OUTRAS e o Hospital Psiquiátrico de Infulene (HE)

A Tabela 5.6 considera as superfícies das unidades analisadas por distrito e por tipologia. As casas para o pessoal estão incluídas no cálculo da coluna TOTAL, enquanto que a coluna TOTAL US se limita à soma das superfícies das US unicamente, quer dizer, mas sem considerar as casas do pessoal sanitário.

Comparando por distritos, o distrito de Nhambankulu supõe quase o 38% da superfície total do município e o distrito de Kamavhota quase 25%. Os restantes distritos variam entre 16% de Kamaxakeni e 2% de KaNyaka. Mas é também interessante notar que nos distritos de Nhambankulu, Kamavhota e Kamaxakeni (que juntos representam quase o 80% de toda a rede municipal) os hospitais correspondem a quase o 65% da superfície total dos três distritos.

No distrito de Kamphfumo a totalidade da rede é composta por Centros de Saúde Urbano de tipo A. Em KaNyaka e KaTembe as unidades são Centros de Saúde de tipo rural.

5.2.2 Valor do parque imobiliário

Aplicando os custos de construção por m² e tipo de US apresentados na Tabela 5.4 é possível calcular o valor actual do património (Tabela 5.7), que é equivalente ao custo de nova construção. Nesse cálculo do valor das infra-estructuras não se considera o valor do terreno.

O valor estimado da rede é ao redor de 1.190 milhões de MZN. O 67,4% deste valor está concentrado nos hospitais.

Por distritos, 42,3% do valor total da rede está concentrado no distrito de Nhambankulu (onde o HG de Chamanculo e o HG José Macamo representam o 82% do valor de todo o distrito), além disso o 27,7% está no distrito de Kamavhota, 16,1% em Kamaxakeni e apenas 1,2% em KaNyaka.

Tabela 5.7 Valor do património imobiliário, por distrito e por tipo de US

DISTRITO	HG	CSUA	CSUB	CSUC	CSR1	CSR2	TOTAL
KAMAVHOTA	264.162.360	36.702.204	18.351.102	9.862.952			329.078.618
KAMAXAKENI	123.732.180	47.405.622	19.720.338				190.858.140
KAMPHFUMO		65.472.858					65.472.858
KAMUBUKWANE		48.908.442	15.779.610				64.688.052
KANYAKA					12.089.352	1.767.316	13.856.668
KATEMBE					17.594.126	4.541.856	22.135.982
NLHAMBANKULU	414.010.212	85.894.512		3.055.734			502.960.458
SUBTOTALS	801.904.752	284.383.638	53.851.050	12.918.686	29.683.478	6.309.172	1.189.050.776

PERCENTAGENS	67,44	23,92	4,53	1,09	2,50	0,53	100,00
--------------	-------	-------	------	------	------	------	--------

Nota: Se excluem as 3 US classificadas como PUBLICAS OUTRAS e o Hospital Psiquiátrico de Infulene (HE)

5.3 ESTADO DAS INFRA-ESTRUTURAS

5.3.1 Critérios de classificação

A avaliação do estado físico da unidade, que posteriormente permitirá planificar as intervenções corretivas, foi um dos aspectos fundamentais do levantamento realizado. Foram estabelecidos uns critérios de qualidade que foram aplicados no terreno a cada uma das fases construtivas (fundações, estruturas e paredes, revestimentos, estrutura de cobertura e cobertura, caixilharia, teto falso e latrinas). O resultado foi transformado num indicador agregado (manutenção, reabilitação ligeira, reabilitação pesada, construção) que por sua vez foi codificado numa expressão numérica. O Código 9 é aplicado as unidades sem infraestrutura (a US não existe de facto mais há técnicos trabalhando, geralmente em locais privados emprestados, a espera da construção da US), ou que já estão em construção.

As intervenções possíveis são 4, isso é “Manutenção de rotina” (código 2), “Reabilitação Ligeira” (código 3), “Reabilitação Pesada” (código 4) e “Re- construção” (código 5).

Tabela 5.8 Relação entre estado, intervenção necessária e grau de urgência

CÓDIGO	AVALIAÇÃO	INTERVENÇÃO
2	BOM ESTADO	MANUTENÇÃO DE ROTINA
3	DEGRADAÇÃO LIGEIRA	REAB. LIGEIRA
4	DEGRADAÇÃO AVANÇADA	REAB. PESADA
5	DEGRADAÇÃO ACENTUADA	RE-CONSTRUÇÃO
8	SEM INFORMAÇÃO	–
9	NÃO APLICÁVEL	–

Entre as situações extremas de intervenção (2. - Manutenção e 5.Re - construção) ahcam-se as duas diferentes avaliações de Reabiliação, a diferença entre a Ligeira e a Pesada define-se por:

Reabilitação ligeira (3): Degradação ligeira do edifício que não impede o uso do mesmo. Serão necessários trabalhos ligados ao envelope do edifício (paredes, teto falso, pintura, parte canalização, parte eletricidade, parte cobertura, parte caixilharia, erosão do terreno)

Reabilitação pesada (4): Degradação avançada do edifício que pode impedir o uso parcial ou total do edifício. Principalmente trabalhos ligados à estrutura do edifício (fundações, paredes, cobertura, canalização, eletricidade, caixilharia, erosão do edifício).

5.3.2 Qualidade construtiva e estado

Aplicando os critérios mencionados no ponto anterior, o estado médio da rede sanitária pública na Cidade corresponde a um valor agregado de 2,63, isto é, entre a Manutenção e a Reabilitação Ligeira. Como mostra a Tabela 5.9, por tipo de US, a melhor situação encontra-se nos CS Rurais tipo 2 (indicador agregado 2,25) e nos CS Urbanos tipo B (indicadores agregados 2,29); a pior situação é nos Hospitais Gerais (indicador agregado 3,25) e nos CS Rurais de tipo 1 e CS Urbanos de tipo C (indicador 3,00).

O elevado indicador agregado dos Hospitais em relação às outras unidades pode-se atribuir ao feito que as estruturas dos edifícios maiores e mais complexos podem ter mais problemas e precisam de muita mais manutenção.

Tabela 5.9 Avaliação do estado físico, por tipo de US

TIPO_US	MANUTENÇÃO DE ROTINA	REABILITAÇÃO LIGEIRA	REABILITAÇÃO PESADA	RE-CONSTRUÇÃO	TOTAL US
CSR1		2			2
CSR2	3	1			4
CSUA	7	4	1		12
CSUB	4	2			6
CSUC	2	1		1	4
HG		3	1		4
SUBTOTALS	16	13	2	1	32
PERCENTAGENS	50,00	40,63	6,25	3,13	100,00

Nota: Se excluem as 3 US classificadas como PUBLICAS OUTRAS e o Hospital Psiquiátrico de Infulene (HE)

Em conjunto, 50% das US se encontram num estado físico que as construções só requerem manutenção de rotina, 41% em estado de reabilitação ligeira e 6% em reabilitação pesada. Apenas 3% (uma unidade) apresenta avaliação de degradação acentuada sendo em ruína.

Por distritos (Tabela 23), a pior situação aparece em KaMaxakeni e Nhambankulu, (indicador agregado 3,00) com uma valoração média de estado de reabilitação ligeira. A melhor média aparece em KaMubukwane (indicador agregado 2,20) onde, das 5 US do distrito, 4 estão em estado de manutenção e apenas 1 precisa de reabilitação ligeira.

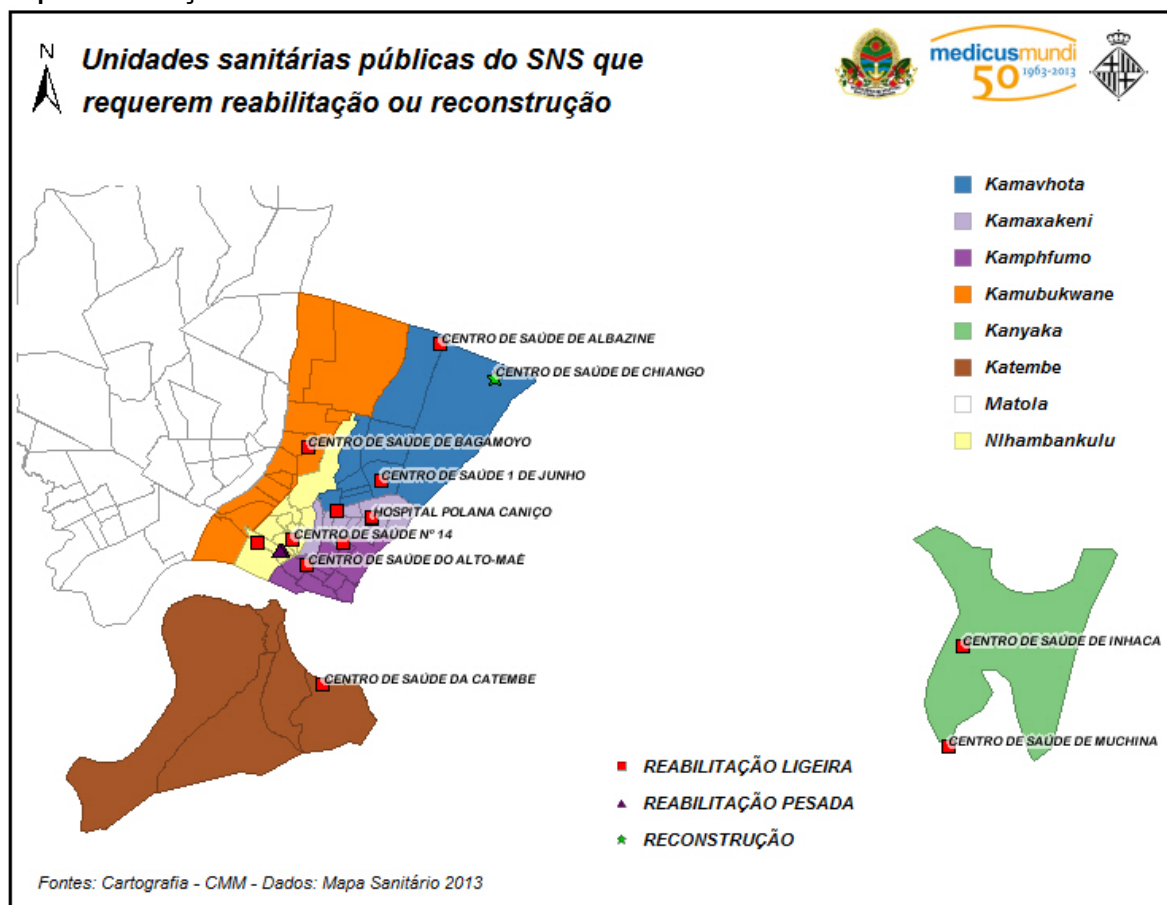
Tabela 5.10 Avaliação do estado físico, por distrito

DISTRITO	MANUTENÇÃO DE ROTINA	REABILITAÇÃO LIGEIRA	REABILITAÇÃO PESADA	RE-CONSTRUÇÃO	TOTAL US	MÉDIA
KAMAVHOTA	4	3	0	1	8	2,75
KAMAXAKENI	0	3	0	0	3	3,00
KAMPHFUMO	3	1	0	0	4	2,25
KAMUBUKWANE	4	1	0	0	5	2,20
KANYAKA	1	2	0	0	3	2,67
KATEMBE	2	1	0	0	3	2,33
NLHAMBANKULU	2	2	2	0	6	3,00
SUBTOTALS	16	13	2	1	32	2,63
PERCENTAGENS	50,00	40,63	6,25	3,13	100,00	

Nota: Se excluem as 3 US classificadas como PUBLICAS OUTRAS e o Hospital Psiquiátrico de Infulene (HE)

O mapa 5.1 mostra graficamente esta situação.

Mapa 5.1 Avaliação do estado das US



5.3.3 Intervenções recomendadas

No município da Cidade de Maputo as intervenções recomendadas refletem de maneira directa a tabela das avaliações. É interessante notar que a metade da rede só precisa duma intervenção de normal manutenção activa (o 50% das US). O 41% das unidades devem ser reabilitadas de forma ligeira e apenas o 6% de forma pesada. Somente o 3% das unidades (o CS de Chiango) deve ser reconstruído.

O distrito que precisa fazer intervenções de reabilitação ligeira em todas as unidades é KaMaxakeni. Também os distritos de Nihambankulu e KaNyaka precisam planificar a reabilitação duma parte relevante das respectivas redes distritais (66% do total).

É importante dizer que no caso de reabilitação ligeira muitas vezes o edifício não apresenta graves problemas estruturais, mas o problema relevado e que precisa de uma intervenção é o material de cobertura. É bastante comum encontrar unidades com cobertura em fibrocimento, material potencialmente cancerígena. Nesses casos a reabilitação ligeira corresponde à substituição do telhado para garantir a saúde das pessoas que utilizam o serviço de saúde.

5.3.4 Custos das intervenções

Utilizando os custos por intervenção contidos na tabela 5.4 deste mesmo capítulo, é possível projetar uma estimativa do custo total e por tipo de intervenção que resultaria da implementação das recomendações. Como se pode apreciar na Tabela 5.11, o custo total das intervenções é de mais de 284 milhões de MZN.

O 75% dos custos concentram-se nas intervenções para os Hospitais e 17% ao nível dos Centros de Saúde Urbanos de tipo A, enquanto que o resto de tipologias de unidades juntas sumam so o 7,6% do total.

Por tipo de intervenção, quase o 3% dos recursos são absorvidos pela manutenção activa, 78% dos fundos deveriam dedicar-se à reabilitação ligeira e 17% à reabilitação pesada. As re- construções representam apenas 1% do total.

Tabela 5.11 Estimativa de custos por intervenção e por tipo de US

TIPO_US	MANUTENÇÃO	REABILITAÇÃO LIGEIRA	REABILITAÇÃO PESADA	RE- CONSTRUÇÃO	TOTAL
CSR1	0	7.420.069	0	0	7.420.069
CSR2	274.278	206.363	0	0	480.641
CSUA	6.632.405	30.933.514	11.200.683	0	48.766.602
CSUB	1.141.445	7.755.292	0	0	8.896.737
CSUC	340.423	763.842	0	3.055.734	4.159.999
HG	0	176.856.867	37.789.782	0	214.646.649
SUBTOTALS	8.388.551	223.935.947	48.990.465	3.055.734	284.370.697
PERCENTAGENS	2,95	78,75	17,23	1,07	100,00

Como mencionado acima, o custo das intervenções é calculado multiplicando os metros quadrados de superfície construída total de cada tipologia pelos diferentes preços da intervenção necessária (reabilitação ligeira ou pesada, etc.).

A tabela 5.12 estima o custo por distrito e por nível da US. Apenas dois distritos (Nlhambankulu e KaMavhota) iriam consumir quase o 75% do gasto (só o distrito de Nlhambankulu representa o 47% de todo o custo). Ao contrário KaNyaka e KaTembe representam apenas pouco mais do 1% cada um.

Tabela 5.12 Estimativa de custos, manutenção e obras, por distrito e por tipo de US

DISTRITO	HG	CSUA	CSUB	CSUC	CSR1	CSR2	TOTAL
KAMAVHOTA	66.040.590	7.064.204	3.178.168	3.396.157			79.679.119
KAMAXAKENI	30.933.045	11.849.986	4.929.494				47.712.525
KAMPHFUMO		8.145.636					8.145.636
KAMUBUKWANE		7.611.148	789.075				8.400.223
KANYAKA					3.022.040	253.457	3.275.497
KATEMBE					4.398.029	227.184	4.625.213
NLHAMBANKULU	117.673.014	14.095.628		763.842			132.532.484
SUBTOTALS	214.646.649	48.766.602	8.896.737	4.159.999	7.420.069	480.641	284.370.697
PERCENTAGENS	75,48	17,15	3,13	1,46	2,61	0,17	100

Entretanto, estas estimativas devem ser lidas com certa cautela. Os custos estimados representam o investimento necessário para, teoricamente, devolver as unidades ao mesmo estado que tinham quando foram construídas, mas continuam a ser as mesmas unidades, isto é, as intervenções até agora consideradas não modificam o desenho ou a funcionalidade da unidades.

Por outro lado, enquanto a reabilitação é uma acção que deve ser realizada de forma extraordinária, a **manutenção deve ser uma rotina**, e os custos apresentados são anuais.

Depois de realizar as intervenções corretivas incluídas nesta secção, os custos anuais de manutenção da mesma rede podem-se calcular como o a soma dos custos de mauntenção por metro quadrado de cada tipologia de US multiplicados pela superfície total de cada tipologia.

Tabela 5.13 Custo de manutenção anual da rede sanitária pública (níveis I e II), por distritos.

DISTRITO	HG	CUSTO MANUTENÇÃO HG M2	CSUA	CSUB	CSUC	CSR1	CSR2	TOTAL M2 CENTROS DE SAÚDE	CUSTO MANUTENÇÃO CENTROS DE SAUDE M2	CASAS	CUSTO MANUTENÇÃO CASA M2	TOTAL MZN
KAMAVHOTA	7.910	13.208.118	2.198	1.099	548			3.845	3.210.191	64	35.622	16.453.931
KAMAXAKENI	3.705	6.186.609	2.839	1.181				4.020	3.356.298		0	9.542.907
KAMPHFUMO		0	3.921					3.921	3.273.643		0	3.273.643
KAMUBUKWANE		0	2.929	945				3.874	3.234.403		0	3.234.403
KANYAKA		0				596	106	702	586.100	192	106.867	692.967
KATEMBE		0				1.005	144	1.149	959.300	265	147.499	1.106.799
NLHAMBANKULU	12.397	20.700.511	5.144		183			5.327	4.447.512		0	25.148.023
SUBTOTALS	24.012	40.095.238	17.031	3.225	731	1.601	250	22.838	19.067.446	521	289.989	59.452.672
CUSTO DE MANUTENÇÃO DE ROTINA		1.669,80	834,90								556,60	MZN

Segundo estes cálculos (Tabela 5.13), o custo anual de manutenção de rotina das infraestruturas actuais da rede pública (níveis I e II) seria de quase 60 milhões de Meticais.

5.4 REDES TÉCNICAS E ABASTECIMENTO

Nesta última secção vão-se tratar alguns aspectos construtivos, como as redes de esgotos e o tratamento do lixo, bem como os sistemas de abastecimento de água e energia.

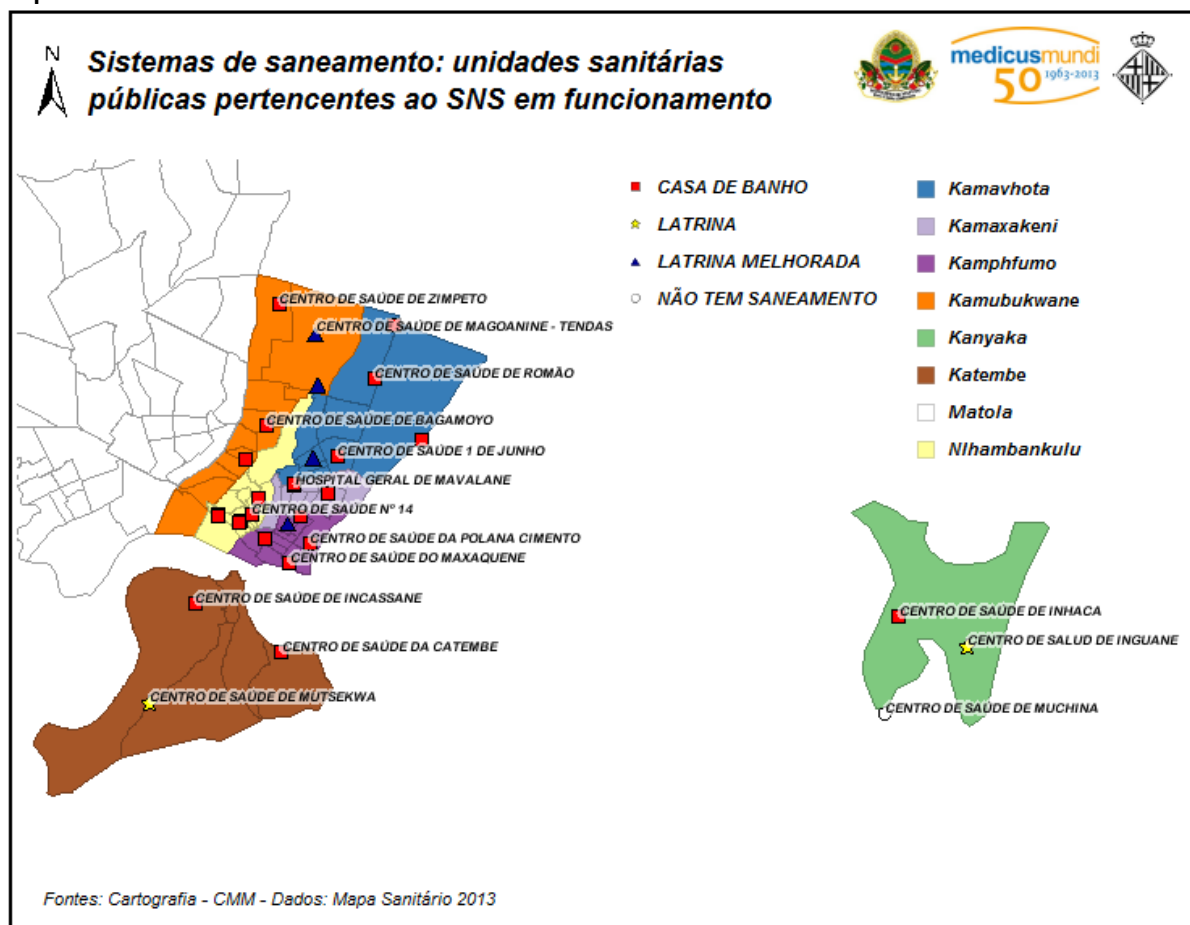
5.4.1 Redes técnicas

São incluídas neste ponto avaliações sumárias dos sistemas de saneamento da US e dos métodos de tratamento do lixo utilizados nas mesmas.

5.4.1.1 Saneamento básico

O saneamento básico envolve a parte de sistema de saneamento interno ou externo ao edifício (casa de banho ou latrina). Em geral nas US o sistema de saneamento utilizado é a latrina.

Mapa 5.2 Infraestruturas básicas: Sistema de saneamento



Na tabela 5.14, pode-se notar que o sistema mais utilizado é o sistema de casa de banho que é o que se utiliza em quase o 72% das unidades. Nos 6% dos casos não há nenhum sistema de saneamento, isso quer dizer somente duas US (o Centro de Saúde Rural de Muchina em KaNyaka e o Centro de Saúde de Chiango, que, sendo uma ruína, obviamente não tem sistema de saneamento). O 6% das unidades utiliza a "latrina simples" e o 13% a "latrina melhorada". As latrinas só encontram-se nos US menores. O Hospital Polana-Caniço foi classificado como Sem Informação por não estar ainda em função.

Tabela 5.14 Forma de saneamento, por tipo de US

TIPO_US	CASA DE BANHO	LATRINA	LATRINA MELHORADA	NÃO	SEM INFORMAÇÃO	TOTAL US
CSR1	2	0	0	0	0	2
CSR2	1	2	0	1	0	4
CSUA	11	0	1	0	0	12
CSUB	4	0	2	0	0	6
CSUC	2	0	1	1	0	4
HG	3	0	0	0	1	4
SUBTOTALS	23	2	4	2	1	32
PERCENTAGENS	71,88	6,25	12,50	6,25	3,13	100,00

5.4.1.2 Tratamento do lixo

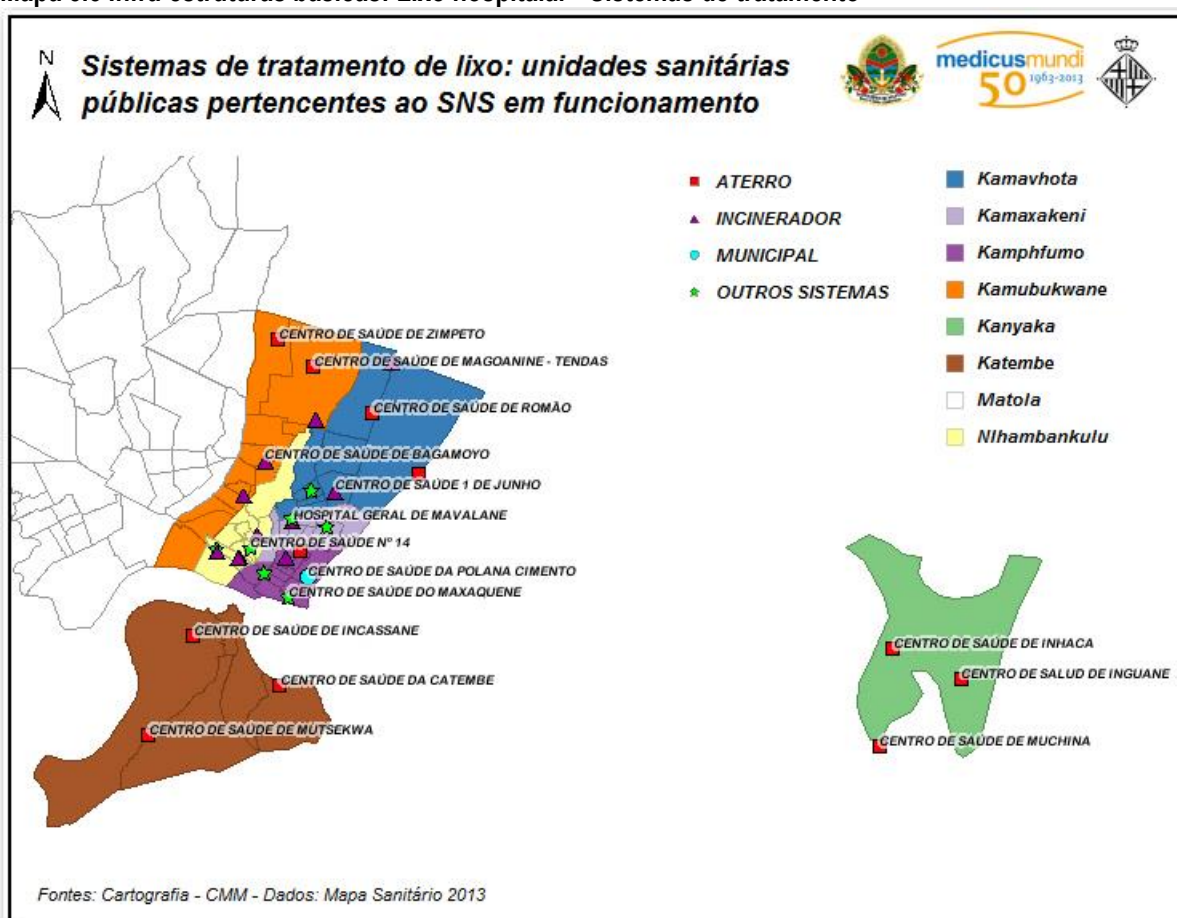
O aterro e o incinerador são os dois sistemas mais empregados para o tratamento do lixo (31,4% cada sistema). O 2,86% que não utiliza nenhum sistema para o lixo representa o caso do CS de Chiango que não estando em função e sendo uma ruína, obviamente não tem tratamento de lixo. O Hospital Polana-Caniço foi classificado como Sem Informação por não estar ainda em função.

A coluna “outro”, 10 US (28,57%) refere-se aos casos em que o lixo é recolhido e incinerado pelas US de referência.

Tabela 5.15 Sistema de tratamento do lixo, por distrito.

DISTRITO	MUNICIPAL	ATERRO	INCINERADOR	NÃO	OUTRO	SEM INFORMAÇÃO	TOTAL US
KAMAVHOTA	0	2	3	1	2	1	9
KAMAXAKENI	0	1	0	0	1	0	2
KAMPHFUMO	1	0	1	0	5	0	7
KAMUBUKWANE	0	2	3	0	0	0	5
KANYAKA	0	3	0	0	0	0	3
KATEMBE	0	3	0	0	0	0	3
NLHAMBANKULU	0	0	4	0	2	0	6
SUBTOTAIS	1	11	11	1	10	1	35
PERCENTAGENS	2,86	31,43	31,43	2,86	28,57	2,86	100,00

Mapa 5.3 Infra-estruturas básicas: Lixo hospitalar - Sistemas de tratamento



5.4.2 Abastecimento de Água e Energia

A situação mais comum de abastecimento de água e energia é a utilização de sistemas públicos geridos pela administração municipal.

5.4.2.1 Água

Ao avaliar o sistema de aprovisionamento de água das unidades visitadas constatou-se (Tabela 5.16) que 53% do total têm acesso à rede geral. 6% das US afirmam não utilizar nenhum sistema, isto é, funcionam sem nenhum abastecimento regular de água, isso acontece no CS de Chiango que, sendo uma ruína, obviamente não tem sistema de abastecimento de água.

O 34% das unidades utilizam sistemas de aprovisionamento de água a través de furo ou poços de água. O 3% utiliza água de compra.

O Hospital Polana-Caniço foi classificado como Sem Informação por não estar ainda em função.

Tabela 5.16 Sistema de aprovisionamento de água, por tipo de US

TIPO_US	REDE	FURO/POÇO	COMPRA	NÃO	SEM INFORMAÇÃO	TOTAL US
CSR1	0	2	0	0	0	2
CSR2	0	4	0	0	0	4
CSUA	9	3	0	0	0	12
CSUB	5	1	0	0	0	6
CSUC	1	1	1	1	0	4
HG	2	1	0	0	1	4
SUBTOTALS	17	11	1	2	1	32
PERCENTAGENS	53,13	34,38	3,13	6,25	3,13	100,00

Como se pode apreciar na Tabela 5.16, e na figura 5.4, a rede geral é o principal sistema de abastecimento de água nos distritos de KaMavhota, KaMaxakeni, Kamphumo e Nihambankulu, enquanto que o furo ou poço é o sistema principal no distrito de KaMubukwane e o único sistema em KaTembe e KaNyaka (os distritos rurais).

Mapa 5.4 Infraestruturas básicas: Sistema de abastecimento de água

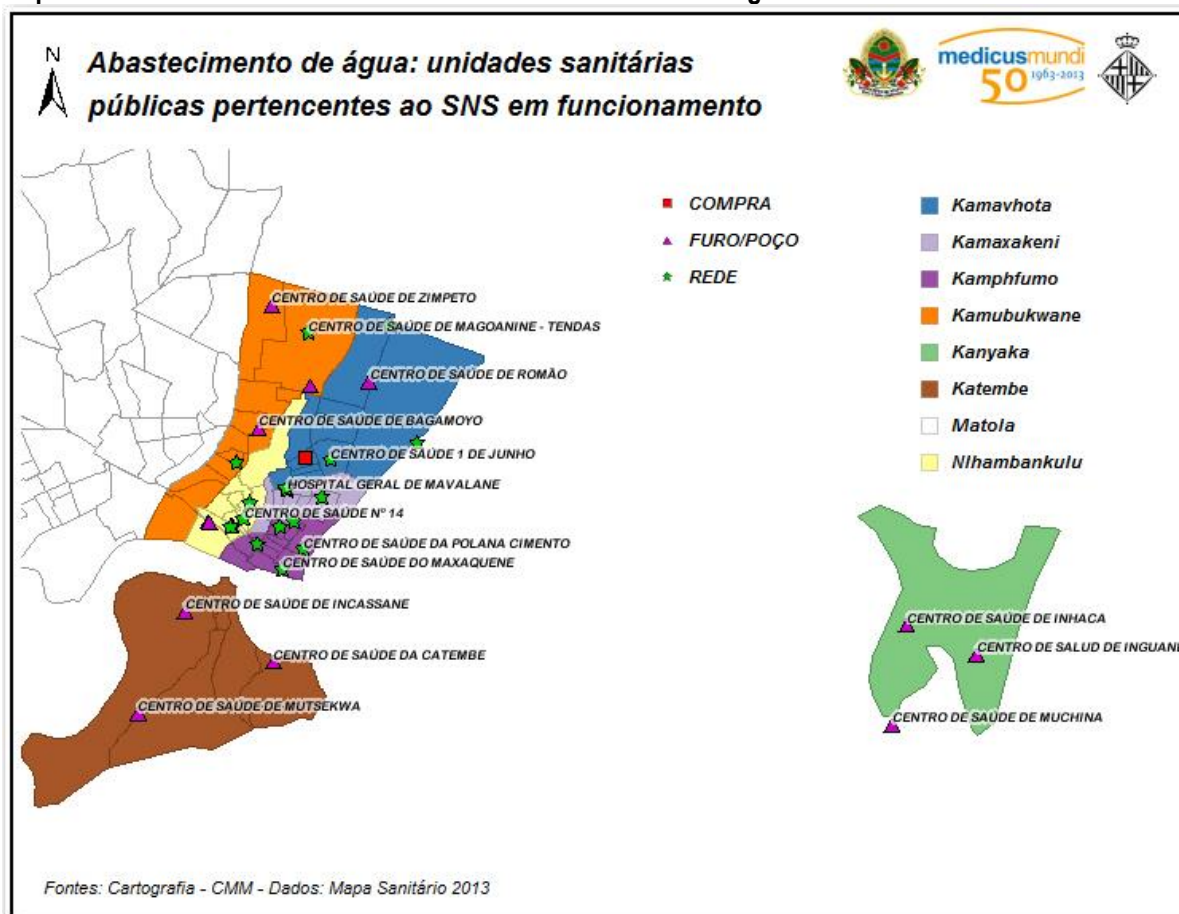


Tabela 5.17 Sistema de aprovisionamento de água, por distrito

DISTRITO	REDE	FURO/POÇO	COMPRA	OUTRO	NÃO	SEM INFORMAÇÃO	TOTAL US
KAMAVHOTA	5	1	1	0	1	0	8
KAMAXAKENI	2	0	0	0	0	1	3
KAMPHUMO	4	0	0	0	0	0	4
KAMUBUKWANE	2	3	0	0	0	0	5
KANYAKA	0	3	0	0	0	0	3
KATEMBE	0	3	0	0	0	0	3
NLHAMBANKULU	4	2	0	0	0	0	6
SUBTOTALS	17	12	1	0	1	1	32
PERCENTAGENS	53,13	34,38	3,13	0,00	6,25	3,13	100

5.4.2.2 Energia

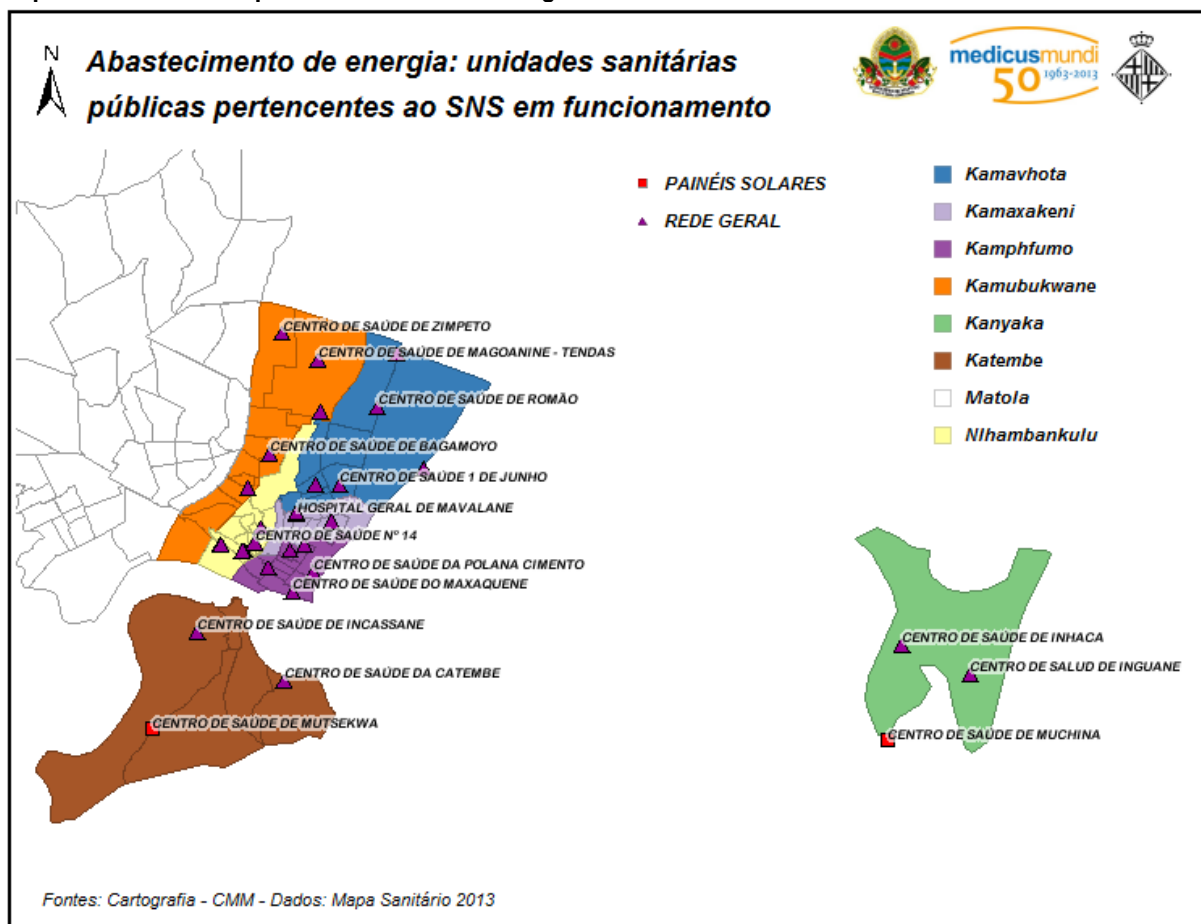
A situação da energia está resumida na Tabela 5.17. O 88% do total das unidades utilizam a rede geral como sistema de abastecimento de energia. Apenas um 6% dependem exclusivamente do painéis solares, isso acontece nas áreas rurais. So o CS de Chiango (3% do total) não tem energia por ser uma ruína e não estar em função.

O Hospital Polana-Caniço foi classificado como Sem Informação por não estar ainda em função.

Tabela 5.18. Sistema de abastecimento de energia, por tipo de US

TIPO_US	REDE GERAL	PAINEIS	NÃO	SEM INFORMAÇÃO	TOTAL US
CSR1	2	0	0	0	2
CSR2	2	2	0	0	4
CSUA	12	0	0	0	12
CSUB	6	0	0	0	6
CSUC	3	0	1	0	4
HG	3	0	0	1	4
SUBTOTALS	28	2	1	1	32
PERCENTAGENS	87,50	6,25	3,13	3,13	100,00

Mapa 5.5 Sistema de aprovisionamento de energia



6. RECURSOS UTILIZADOS

Num sector como a Saúde, o principal recurso é o pessoal, que será tratado em pormenor. Também será analisada brevemente a disponibilidade de equipamento, medicamentos, e, muito mais sumariamente, devido às dificuldades de recolha de informação, os recursos financeiros.

6.1 RECURSOS HUMANOS

Dois aspectos merecem ser destacados enquanto aos recursos humanos. Em primeiro lugar, a distribuição dos recursos humanos por tipo de US e por distrito, estabelecendo indicadores de disponibilidade com respeito à população. Em segundo lugar, calculam-se as equipas médias por tipo de unidade sanitária, que podem depois ser comparadas com as equipas tipo.

A Tabela 6.1 apresenta o perfil dos trabalhadores da rede sanitária pública de Maputo, por categoria. A coluna: "Outros" é para pessoal de qualquer nível de qualificação, que não seja técnico de profissões e ocupações próprias da saúde (pessoal da administração, pessoal de apoio, etc.).

Tabela 6.1 Recursos humanos por distrito e por categoria

DISTRITO	MÉDICOS	SUPERIORES	MÉDIOS	BÁSICOS	OUTROS	TOTAL	POPULAÇÃO	HAB/TEC	HAB/MED
KAMAVHOTA	33	24	84	127	118	386	301.592,00	960	9139
KAMAXAKENI	4	2	26	25	48	105	134.042,00	1741	33510
KAMPHFUMO	10	13	49	35	61	168	253.272,00	1735	25327
KAMUBUKWANE	5	2	33	54	29	123	198.877,00	1950	39775
KANYAKA	1	0	4	6	2	13	5.585,00	508	5585
KATEMBE	2	0	4	18	7	31	18.941,00	789	9470
NLHAMBANKULU	51	25	181	141	119	517	301.837,00	671	5918
SUBTOTAIIS	106	66	381	406	384	1.343	1.214.146	1.266	11.454
PERCENTAGENS	7,89	4,91	28,37	30,23	28,59	100,00			

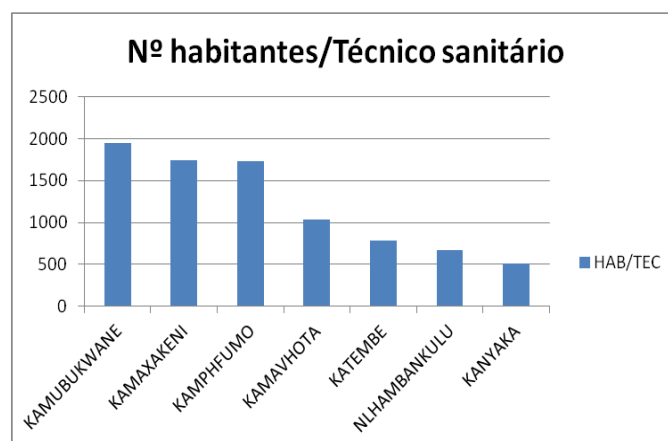
O número total de trabalhadores da rede sanitária provincial do nível primário e secundário do SNS (não inclui assim os trabalhadores do HC nem o HE) é 1.343, dos quais 106 (8%) são médicos (nacionais e estrangeiros 10% dos médicos são estrangeiros). 28% dos trabalhadores é de nível médio e 30% de nível básico. Só 5% dos técnicos são de nível superior O pessoal de apoio representa 29% do total. Em conjunto, a disponibilidade é de 11.454 habitantes por médico e 1.266 habitantes por técnico qualificado (excluindo assim o pessoal de apoio).

A finais da década passada (OMS, Estatísticas sanitárias mundiais, 2009 página 95), a OMS estimava que no continente africano havia uma média de um médico em ativo por cada 5.000 habitantes. Supõe-se que esta estatística se refere tanto a médicos do sector público como o privado. A presente pesquisa não fez um levantamento do número de médicos em ativo na Cidade de Maputo, mas, salvo que o número a trabalhar no sector privado seja muito maior que o do sector público, os dados indicam que há uma grande falta de pessoal médico, salvo nos distritos de KaNyaka e Nhambankulu.

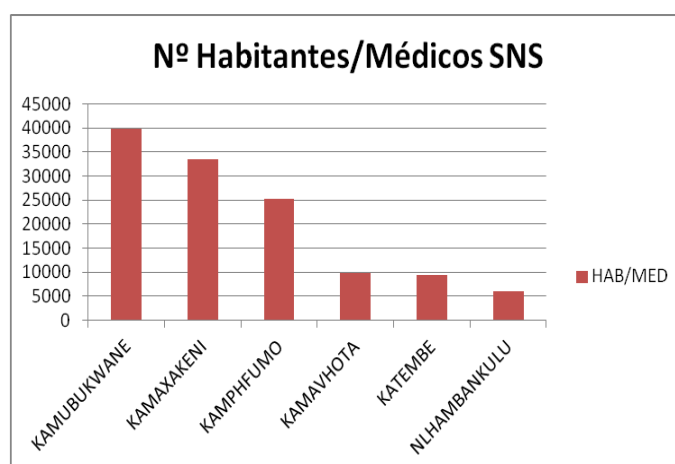
Segundo a mesma fonte estatística, em 2009 havia em África a volta de 28 enfermeiras e parteiras por cada 10.000 habitantes. O dado para o nível primário e secundário na Cidade de Maputo é de aproximadamente 5,73. Mesmo que os dois dados não são realmente comparáveis (no censo de Maputo haveria que acrescentar as enfermeiras e as parteiras a trabalhar no sector privado e as dos níveis, terciário e quaternário), em conjunto, parece que a densidade de pessoal médico, de enfermagem e de atendimento obstétrico é bastante baixa.



Há três distritos com maior número de habitantes por técnico: KaMubukwane, KaMaxakeni e KaMphumo



A disparidade é maior ainda na proporção de habitantes por médico



Um aspecto importante na gestão de recursos humanos é como estes estão distribuídos, não somente por território, mas também por tipo de unidade sanitária. A tabela 6.2 recolhe esta distribuição que desenha as “equipas médias” existentes para a rede primária e secundária em funcionamento.

Tabela 6.2 Equipas média por tipo da US.

TIPO_US		MEDICOS	T.SUPERIORES	T.MÉDIOS	T.BÁSICOS	OUTROS	SUBTOTALS
CSR1	Nº	1,50	0,00	4,00	8,50	3,50	17,50
	%	8,57	0,00	22,86	48,57	20,00	100,00
CSR2	Nº	0,00	0,00	0,00	1,75	0,50	2,25
	%	0,00	0,00	0,00	77,78	22,22	100,00
CSUA	Nº	1,79	1,64	8,64	9,07	13,36	34,50
	%	5,18	4,76	25,05	26,29	38,72	100,00
CSUB	Nº	0,57	0,43	3,71	8,43	7,86	21,00
	%	2,72	2,04	17,69	40,14	37,41	100,00
CSUC	Nº	0,00	0,00	1,33	3,33	3,00	7,67
	%	0,00	0,00	17,39	43,48	39,13	100,00
HG	Nº	24,67	13,33	74,00	62,00	41,33	215,33
	%	11,46	6,19	34,37	28,79	19,20	100,00

HG	
Média de trabalhadores	215
Médicos	11%
Técnicos superiores:	6%
Técnicos médios	34%
Técnicos básicos	29%
CSUA:	
Média de trabalhadores	34
Médicos	5%
Técnicos superiores:	5%
Técnicos médios	25%
Técnicos básicos	26%

Só os CSRII e os CSUC não têm de médicos e técnicos superiores.

Tentou-se também identificar a especialização dos técnicos.

Tabela 6.3 Distribuição dos técnicos superiores, por especialização e distrito.

DISTRITO	SAÚDE PÚBLICA	ENFERMEIROS	PARTEIRAS	RADIOLOGISTAS	LABORATORISTAS	FARMACÉUTICOS	FISIOTERAPÉUTAS	ESTOMATOLOGISTAS	TOTAL
KAMAVHOTA	0	17	0	0	3	2	1	1	24
KAMAXAKENI	0	1	0	0	0	1	0	0	2
KAMPHFUMO	0	0	0	0	0	0	1	12	13
KAMUBUKWANE	1	1	0	0	0	0	0	0	2
KANYAKA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KATEMBE	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NLHAMBANKULU	0	10	0	0	2	3	0	10	25

SUBTOTALS	1	29	0	0	5	6	2	23	66
PERCENTAGENS	1,52	43,94	0,00	0,00	7,58	9,09	3,03	34,85	100,00

Tabela 6.4 Distribuição dos técnicos médios, por especialização e distrito.

DISTRITO	SAÚDE PÚBLICA	ENFERMEIROS	PARTEIRAS	RADIOLOGISTAS	LABORATORISTAS	FARMACÉUTICOS	FISIOTERAPÉUTAS	ESTOMATOLOGISTAS	TOTAL
KAMAVHOTA	5	38	0	8	17	13	1	2	84
KAMAXAKENI	3	13	0	1	6	2	0	1	26
KAMPHFUMO	10	20	0	1	9	3	4	2	49
KAMUBUKWANE	9	19	0	0	3	2	0	0	33
KANYAKA	1	1	0	0	1	1	0	0	4
KATEMBE	1	3	0	0	0	0	0	0	4
NLHAMBANKULU	15	103	0	0	26	27	5	5	181
SUBTOTALS	44	197	0	10	62	48	10	10	381
PERCENTAGENS	11,55	51,71	0,00	2,62	16,27	12,60	2,62	2,62	100,00

Tabela 6.5 Distribuição dos técnicos básicos, por especialização e distrito.

DISTRITO	SAÚDE PÚBLICA	ENFERMEIROS	PARTEIRAS	RADIOLOGISTAS	LABORATORISTAS	FARMACÉUTICOS	FISIOTERAPÉUTAS	ESTOMATOLOGISTAS	TOTAL
KAMAVHOTA	1	123	0	0	1	1	0	1	127
KAMAXAKENI	0	25	0	0	0	0	0	0	25
KAMPHFUMO	0	35	0	0	0	0	0	0	35
KAMUBUKWANE	5	41	0	0	2	5	0	1	54
KANYAKA	6	0	0	0	0	0	0	0	6
KATEMBE	2	13	0	0	1	2	0	0	18
NLHAMBANKULU	1	140	0	0	0	0	0	0	141
SUBTOTALS	15	377	0	0	4	8	0	2	406
PERCENTAGENS	3,69	92,86	0,00	0,00	0,99	1,97	0,00	0,49	100,00

Tabela 6.6 Distribuição dos técnicos “outros”, por especialização e distrito.

DISTRITO	SAÚDE PÚBLICA	ENFERMEIROS	PARTEIRAS	RADIOLOGISTAS	LABORATORISTAS	FARMACÊUTICOS	FISIOTERAPÊUTAS	ESTOMATOLOGISTAS	TOTAL
KAMAVHOTA	9	19	1	0	9	5	0	3	46
KAMAXAKENI	3	11	1	0	4	1	0	0	20
KAMPHFUMO	3	21	1	0	7	5	0	2	39
KAMUBUKWANE	0	5	0	0	2	1	0	0	8
KANYAKA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KATEMBE	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NLHAMBANKULU	4	31	3	0	9	3	0	2	52
SUBTOTAI	19	87	6	0	31	15	0	7	165
PERCENTAGENS	11,52	52,73	3,64	0,00	18,79	9,09	0,00	4,24	100,00

As tabelas mostram escassez de quadros fora da carreira de enfermagem. De acordo com as informações facilitadas pelas US apenas existem parteiras e fisioterapeutas com formação específica, dependendo para a realização destas atividades da utilização de técnicos não especializados (normalmente enfermeiros).

O pessoal “Outros” não parece ter uma formação acadêmica específica, são considerados nos listados de pessoal como agentes de serviço sem registrar o tipo de formação, ou também, como agentes elementares, mas possivelmente há um erro metodológico na recolha dos dados.

6.2 EQUIPAMENTO

A ficha de recolha para o equipamento foi desenhado para identificar o equipamento essencial das US e contar com dados úteis que permitam realizar comparativas entre distritos e, também, entre tipos de US.

Por um lado deve-se identificar (por distrito e/ou por tipo) as US que não dispuseram no momento do levantamento, de algum elemento do equipamento mais básico, aquele que permite prestar os mínimos CPS.

Por outro, deve-se apresentar e analisar a disponibilidade de grande equipamento (laboratório, Rx, ambulância e outros médios de transporte) que permite uma oferta sanitária mais ampla.

Tabela 6.7 Nº de US sem equipamento crítico, por distrito

DISTRITO	BALANÇAS BEBÊ	BALANÇAS ADULTO	ESTETOSCOPIO PINARD	ESTETOSCOPIO	ESFIGMOMANOMETRO	TOTAL US
KAMAVHOTA	0	0	0	0	0	7
KAMAXAKENI	0	0	0	0	0	2
KAMPHFUMO	0	0	0	0	0	7
KAMUBUKWANE	0	0	0	0	1	5
KANYAKA	0	0	1	0	0	3
KATEMBE	0	0	0	0	0	3
NLHAMBANKULU	1	0	1	0	0	6

SUBTOTALS	1	0	2	0	1	33
PERCENTAGENS	3,03	0,00	6,06	0,00	3,03	

Nota: Só se excluem as 3 US classificadas como PUBLICAS OUTRAS - Se inclui o HE de Infulene

A Tabela 6.7 mostra o número de US de cada distrito que NÃO tinham, no momento da visita, algum equipamento considerado essencial. Assim, em conjunto, somente entre 3% e 6% das US parecem não dispor de equipamento para consultas pré-natais, mas isso acontece porque no distrito de Nhambankulu as duas US sem equipamento pré-natal são os hospitais gerais e as atividades pré-natais são feitas pelos CS contíguos.

Embora em muitos casos, esfigmomanómetros e estetoscópios, são privados e pertencem aos trabalhadores sanitários e em outros casos, encontra-se muito material avariado (às vezes o equipamento utilizado é insuficiente para o número de trabalhadores sanitários e utentes)

Tabela 6.8 Nº de US sem equipamento crítico, por tipo

TIPO_US	BALANÇAS BEBÊ	BALANÇAS ADULTO	ESTETOSCOPIO PINARD	ESTETOSCOPIO	ESFIGMOMANOMETRO	TOTAL US
CSR1	0	0	0	0	0	2
CSR2	0	0	1	0	0	4
CSUA	0	0	0	0	0	15
CSUB	0	0	0	0	1	6
CSUC	1	0	1	0	0	3
HG	0	0	0	0	0	3
SUBTOTALS	1	0	2	0	1	33
PERCENTAGENS	3,03	0,00	6,06	0,00	3,03	

Nota: Só se excluem as 3 US classificadas como PUBLICAS OUTRAS - Se inclui o HE de Infulene

So foram observadas algumas carências menores:

No CS rural tipo II de Muchina não tinha estetoscópio de Pinard

No CS urbano tipo B de Magoanine não tinha esfigmomanómetro.

No CS urbano tipo C Nº 14 não tinha estetoscópio nem balança de bebe.

Tabela 6.9 Disponibilidade de equipamento, por distrito.

DISTRITO	CADEIRA EST	MICROSCOPIO	ESTERILIZADOR	GELEIRAS	APARELHO RX	ECOGRAFO	VIATURAS	RADIO VHF	INTERNET	TOTAL US
KAMAVHOTA	5	8	16	40	1	1	7	0	1	7
KAMAXAKENI	3	4	9	24	1	0	3	0	1	2
KAMPHFUMO	5	9	10	19	1	0	0	0	0	7
KAMUBUKWANE	3	4	14	17	0	0	0	0	1	5
KANYAKA	1	1	1	9	0	0	0	0	0	3
KATEMBE	1	2	3	8	0	0	0	0	0	3
NLHAMBANKULU	6	7	5	43	1	1	8	0	2	6
SUBTOTALS	24	35	58	160	4	2	18	0	5	33

Nota: Os dados se referem ao número de equipamentos disponíveis, não ao número de US que dispõem do equipamento. A última coluna se refere ao número de US incluídas no levantamento. Só se excluem as 3 US classificadas como PÚBLICAS OUTRAS - Se inclui o HE de Infulene

Como se apresenta na Tabela 6.9, todos os distritos têm cadeiras de estomatologia, microscópios, esterilizadores ou autoclaves e geleiras em funcionamento ainda que algumas possam estar avariadas e por tanto não ser suficientes para a quantidade de atividade feita.

Em três distritos falta um aparelho de RX: KaMubukwane, KaNyaka e KaTembe, e solo em dois dispunham de ecógrafo: KaMavhota e Nhambankulu.

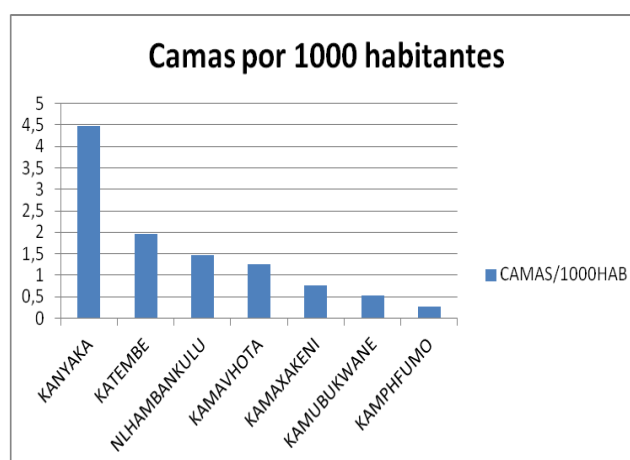
Têm ambulância própria seis distritos. O distrito de KaMphumo não tem nenhuma. A distribuição nas US e distritos recolhe-se na seguinte tabela:

DISTRITO	US	AMBULÂNCIAS
KAMAVHOTA	HG DE MAVALANE	6
KAMAXAKENI	CS POLANA CANIÇO	1
KAMPHUMO		0
KAMUBUKWANE	CS DE BAGAMOYO	1
KANYAKA	CS DE INHACA	1
KATEMBE	CS DA CATEMBE	1
NLHAMBANKULU	CS DO XIPAMANINE	1
	HG JOSÉ MACAMO	4
	HG DE CHAMANCULO	3

Atualmente a propagação da telefonia móvel não requer a presença de rádios ou telefones fixos nas US para atender casos urgentes ainda que o 70% dispunham de linhas fixas (nem sempre funcionantes) e algumas (15%) de internet. (Há internet nos três HG da cidade e nos CS de Bagamoyo (distrito de KaMubukwane) e 1º de Maio (distrito de KaMaxakeni).

No que respeita às camas hospitalares a secção analisa também a sua disponibilidade diferenciando as de maternidade (que deveriam também estar presentes nas US periféricas) das de internamento, que estão limitadas às US de referência.

A disponibilidade global de **camas hospitalares** é aceitável. Se tomarmos em conta a rede primária e secundária em funcionamento na altura do levantamento de dados, existem na cidade de Maputo 1.180 camas hospitalares, o que dá um indicador de uma cama para cada 1000 habitantes. Por distritos KaMphumo é o pior servido, com 0,26 camas por 1,000 habitantes.

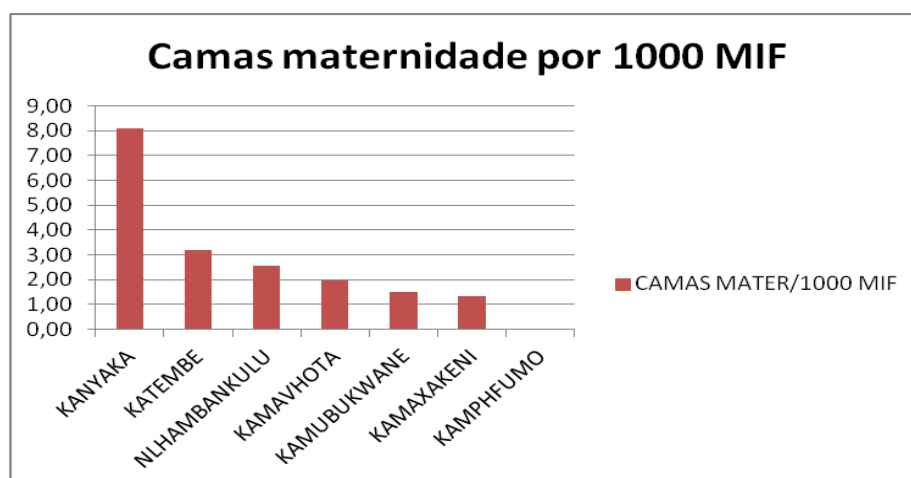


A disponibilidade de camas hospitalares é 17 vezes superior em KaNyaka (o distrito mais favorecido) que Kamphfumo (o menos equipado).

Pelo que diz respeito às camas de maternidade, a disponibilidade na rede do inquirido é de 1,6 por 1.000 mulheres em idade fértil. É a percentagem por acima da média de uma cama por 1000 habitantes no conjunto dos países africanos segundo a OMS.

Tabela 6.10 Disponibilidade de camas por tipo e por distrito

DISTRITO	CAMAS MATERNIDAD	OUTRAS CAMAS	TOTAL	POPULAÇÃO	MIF - 19,9% POP	CAMAS MATER/1000 MIF	CAMAS/1000HAB
KAMAVHOTA	127	277	404	301.592	60.017	2,12	1,34
KAMAXAKENI	35	67	102	134.042	26.674	1,31	0,76
KAMPHFUMO	0	65	65	253.272	50.401	0	0,26
KAMUBUKWANE	60	45	105	198.877	39.577	1,52	0,53
KANYAKA	9	16	25	5.585	1.111	8,1	4,48
KATEMBE	12	25	37	18.941	3.769	3,18	1,95
NLHAMBANKULU	154	288	442	301.837	60.066	2,56	1,46
SUBTOTALS	397	783	1180	1.214.146	241.615	1,64	0,97
PERCENTAGENS	33,64	66,36	100				



Cabe destacar que o distrito de Kamphfumo carece de camas de maternidade.

Sem contar Kamphfumo, que não tem camas de maternidade, o distrito melhor equipado (KaNyaka) tem seis vezes mais camas de maternidade por habitante que o menos equipado, KaMaxakeni.

Como com outros indicadores, a análise pode-se apresentar por distrito ou por tipo de US.

Das 1.180 camas do sector público pesquisadas, 54% estão nos três HG e 30% nos CSUA. O resto, 16%, nos CSR e CSUB e CSUC.

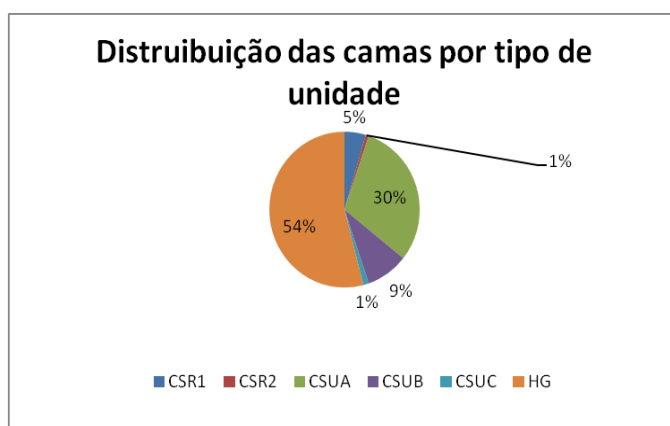
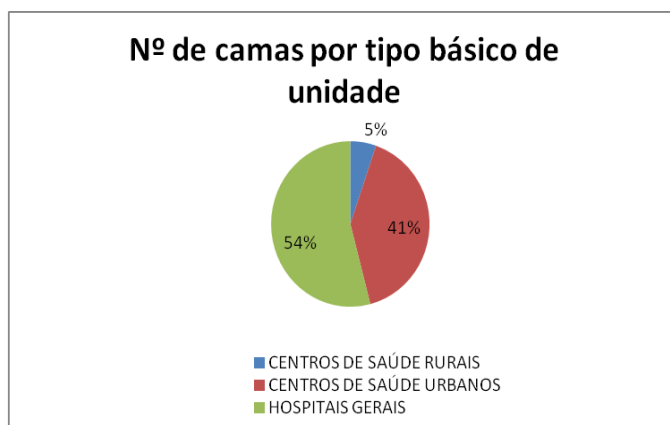


Tabela 6.11 Distribuição das camas, por especialidade e por tipo US

TIPO_US	MEDICINA	PEDIATRIA	OBSERVAÇÃO	MATERNIDADE	TOTAL CAMAS
CSR1	16	6	11	21	54
CSR2	0	0	8	0	8
CSUA	0	0	226	148	374
CSUB	0	0	69	23	92
CSUC	0	0	14	0	14
HG	204	129	100	205	638
SUBTOTAIIS	220	135	428	397	1.180
PERCENTAGENS	18,64	11,44	36,27	33,64	100

No conjunto da rede primária e secundária, 397 camas (32%), são de maternidade.

6.3 MEDICAMENTOS

Um aspecto essencial para o funcionamento da rede é o **aprovisionamento de medicamentos**. Em muitos países, a necessidade de evitar as rupturas no abastecimento, e o custo elevado, fazem com que os sistemas locais não participem no processo de obtenção dos medicamentos. Assim, o aprovisionamento é centralizado numa unidade responsável pela procura, compra, recepção, armazenagem e distribuição dos produtos farmacêuticos.

Sob o ponto de vista dum sistema local, as fontes de aprovisionamento de medicamentos, e a sua comparação, são sumarizados na tabela de abaixo. Aprecia-se que, em geral, a possibilidade de escolha dos medicamentos a utilizar vai acompanhada de maiores custos, enquanto sistemas mais fáceis de gerir e que acarretam menores despesas implicam menor escolha e períodos mais longos entre a compra e a recepção.

Modelos de aprovisionamento de medicamentos para o nível primário

Origem	Modalidade	Vantagens	Inconvenientes
Nível Central	Kits Medicamentos Essenciais	Facilidade gestão, preço baixo, disponibilidade	Pouca escolha, Longo tempo para aprovisionamento
	Medicamentos gerais	Adaptação a mudanças, preço relativamente baixo	Difícil gestão, longo tempo
Compra Local	Concurso unificado	Escolha e Preço	Longo tempo
	Compra pela US sem concurso	Escolha e Rapidez	Preço

A secção apresenta a disponibilidade de medicamentos em relação às consultas realizadas e à população de referência. Para isso são contabilizados os Kits de Centro distribuídos, e o seu preço calculado (Kit Centro 7.901 MZN e complementar: 884 MZN)

Tabela 6.12 Disponibilidade de medicamentos por distrito

DISTRITO	KITS CENTRO	KITS COMP	VALOR COMPRAS MZN	KITS CS MZN	KITS CO MZN	COMPRAS MZN	TOTAL MZN	POPULAÇÃO	FUNDOS/HAB MZN
KAMAVHOTA	698	79	0	5.514.898	69836	0	5.584.734	301.592	18,52
KAMAXAKENI	171	0	0	1.351.071	0	0	1.351.071	134.042	10,08
KAMPHFUMO	297	0	0	2.346.597	0	0	2.346.597	253.272	9,27
KAMUBUKWANE	251	0	0	1.983.151	0	0	1.983.151	198.877	9,97
KANYAKA	42	0	0	331.842	0	0	331.842	5.585	59,42
KATEMBE	41	0	0	323.941	0	0	323.941	18.941	17,10
NLHAMBANKULU	727	0	0	5.744.027	0	0	5.744.027	301.837	19,03
SUBTOTALS	2.227	79	0	17.595.527	69.836	0	17.665.363	1.214.146	14,55
PERCENTAGENS				99,60	0,40		100,00		

Segundo os dados recolhidos nas US durante o exercício de mapeamento, 17.665.363 MZN foram utilizados pela rede pública primária e secundária de gestão municipal para o aprovisionamento de medicamentos, produzindo uma despesa por habitante de **14,55 MZN**, obtida com financiamento OE. Por distritos, a melhor disponibilidade está no distrito de KaNyaka (59,42 MZN por habitante). A pior em KaMphumo (9,27 MZN/habitante).

No entanto, as despesas reais podem ser maiores porque os HG receberam da CMAM medicamentos por “via clássica”, contudo pelo facto de não se receber facturas dos medicamentos, não foi possível avaliar o custo dos medicamentos recebidos, pois só se recebem Guias de Remessa sem a respectiva valorização (Medicamentos entregados a demanda mensal, dependendo das necessidades expressas pelas várias US).

É possível ter uma ideia do que isso significa, quando analisamos os dados de consumo, desta forma, durante o ano anterior à pesquisa (2011):

Áreas de saúde	Valor Distribuído
H.G.J.Macamo	1.938.673.069
H.G.Mavalane	219.855.931
H.G.Chamanculo	62.836.889
H.Psiquiátrico	4.804.294
Total	2.226.170.183

Fonte: BdPES 2011 anual.DSCM

De qualquer forma, de acordo com a avaliação das receitas, nos 2012 terão:

Tabela 6.13 Valorização das receitas na Farmácia do Ambulatório:

Unidade Sanitária	Valor cobrado	Valor Subsidiado	Receitas Aviadas	Valor Depositado
H.G. Chamanculo	739.431.00	585.357.00	244.745	738.680.00
H.G.J. Macamo	1.062.496.50	449.986.50	297.006	1.062.504.00
H.G. Mavalane	1.727.954.00	1.067.007.00	416.810	1.727.954.00
H.G. Infulene	35.508.00	12.042	9.516	35.508.00
Total	3.565.389.50	2.114.392.50	968.077	3.564.646.00

Fonte: Farmácia. Satisfação pela CMAM.

Assim a soma de valor depositado das receitas na Farmácia 3.564.646 MZN e o valor dos Kits distribuídos 17.665.363 MZN seria 21.230.009 MZN acrescentando a despesa por habitante a **19,16 MZN**. Obviamente longe de real valor se somarmos o custo dos medicamentos distribuídos pela via clássica.

6.4 RECURSOS FINANCEIROS

Durante o ano 2012 a DSCM contou com diversas fontes de financiamento, destacando-se as que tinham caráter permanente, nomeadamente:

- Fundos do OE
- Fundos do Pró-Saúde (Contribuições de parceiros internacionais, cooperação internacional, ao nível central no MISAU).
- Fundos de Receitas Consignadas (cobranças das consultas e internamentos e outras receitas não diretamente ligadas com a prestação de serviços, como alugueres de centros sociais ou cobranças para o estacionamento de viaturas).Fundo Pro Saúde Provincial (fundos Pró-Saúde alocados na DSCM)

Durante o trabalho de Mapeamento foram coletados os dados do ano 2012 em três hospitais gerais que recebem o OD, para si e para os seus CS dependentes.

O resultado é mostrado na seguinte tabela:

Tabela 6.14 Despesa com Saúde

NOME UNIDADE SANITÁRIA	SALÁRIOS	BENS E SERVIÇOS	INVESTIMENTO	TOTAL
CENTRO DE SAÚDE DE MAGOANINE - MINI CENTRO	0	0	3.000.000	3.000.000
HOSPITAL GERAL DE CHAMANCULO	5.499.050	2.100.000	0	7.599.050
HOSPITAL GERAL DE MAVALANE	60.462.890	32.049.490	0	92.512.380

HOSPITAL GERAL JOSÉ MACAMO	80.956.338	31.517.418	0	112.473.756
SUBTOTALS	146.918.278	65.666.908	3.000.000	215.585.186
PERCENTAGENS	68,15	30,46	1,39	100

O subsidio de funeral esta sumado as despesas de pessoal (salários). O capital corresponde ao investimento da nova maternidade do CS Magoanine e depende do HG Josep Macamo.

A despesa com o OE da rede sanitária primária e secundária de Maputo foi em 2012 de 215.585.186 MZN, o que representaria 174,35 MZN por habitante.

Nesta tabela não foi possível separar as despesas efectivas dos CS dependentes e dos seus HG, por falta de documentação actualizada, mas é possível ter uma ideia aproximada segundo a proposta de transferência de fundos de OE anual (2012) destinadas aos CPS:

Proposta de OE 2012 a transferir para os CPS no âmbito de Transferência de Funções e Competências de Gestão dos CPS para o PSAS	
Outras Despesas com Pessoal	Dotação
CPS de Chamanculo	0
CPS de José Macamo	199.156
CPS de Mavalane	454.517
Subtotal ODP	653.673
Bens e Serviços	
CPS de Chamanculo	1.120.327
CPS de José Macamo	3.525.100
CPS de Mavalane	4.213.299
Subtotaltotal B&S	8.858.726
Subsidio de Funeral	
CPS de Chamanculo	272.866
CPS de José Macamo	485.744
CPS de Mavalane	371.077
Subtotal (Subs.Funeral)	1.129.687
Receitas consignadas	
CPS de Chamanculo	349.524
CPS de José Macamo	339.150
CPS de Mavalane	266.000
Subtotal	954.674
Investimento /projecto	
CPS de José Macamo	3.000.000
Subtotal	3.000.000
Total	14.596.759

Fonte:DSCM

Se a esmentada proposta de orçamento foi executada, a conclusão seria uma distribuição percentual de 97% do total orçamentado para os HG e 7% para os CPS (resto dos CS da rede)

Embora possa ser necessário aumentar estes valores com os custos adicionais de outros conceitos segundo a documentação contida no “Balço Anual 2012 do MISAU”:

- Orçamento de funcionamento da DSCM,
- Orçamento de Investimento - componente interna
- Fundo comum provincial.

Tabela 6.15 Orçamento de Funcionamento – DSCM

Rubricas	Dotação Orçamental ACTUALIZADA	Dotação Disponível ACTUALIZADA	Montantes Efectivamente Recebidos	Execução	Grau (%) de execução sobre a Dotação	Grau (%) de execução sobre o Disponível	Grau (%) de execução sobre o recebido
Total Gastos Correntes – DPS	53.834.402,87	46.777.635,58	40.029.760,05	40.029.760,05	74%	86%	100%
Despesas com o Pessoal	34.072.105,00	28.991.567,50	23.418.873,88	23.418.873,88	69%	81%	100%
Bens e Serviços (incluem outras)	19.616.967,87	17.655.271,08	16.563.386,17	16.563.386,17	84%	94%	100%
Subsídio de Funeral	145.330,00	130.797,00	47.500,00	47.500,00	33%	36%	100%
Despesas de Capital	0	0	0	0	0%	0%	0%
Despesas com Medicamentos	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: Direcção de Nacional Planificação e Cooperação

Para seu funcionamento a DSCM, durante o ano de 2012 recebeu do fundo do OE, um orçamento global de 53.834.402,87 MZN. O valor total disponível para o Orçamento de Funcionamento foi de 46.777.635,58 MZN tendo se alcançado durante o ano, uma execução global de 86%. A Execução para despesas com o pessoal foi de 81% e para Bens e Serviços foi de 94% sobre o disponível: **40.029.760,05 MZN**.

Tabela 6.16 Orçamento de Investimento - componente interna

Projectos	Dotação Orçamental ACTUALIZADA	Dotação Disponível ACTUALIZADA	Montantes Efectivamente Recebidos	Execução	Grau (%) de execução sobre a Dotação	Grau (%) de execução sobre o Disponível	Grau (%) de execução sobre o recebido
Total da Componente	9.841.579,99	9.841.579,99	8.110.496,83	8.110.496,83	82%	82%	100%
Construção da, maternidade com Lavandaria e cozinha do CS Magoanine	2.450.000,00	2.450.000,00	0,00	0,00	100%	100%	100%
Reabilitação do bloco principal do HGChamanculo	959.016,83	959.016,83	959.016,83	959.016,83	100%	100%	100%
Aquisição de diverso equipamento	2.500.000,00	2.500.000,00	2.500.000,00	2.499.999,77	100%	100%	100%
Aquisição de equipamento de cozinha e lavandaria	2.201.480	2.201.480	2.201.480	2.201.480	100%	100%	100%
Reabilitação do sistema hidráulico do HGJM	1.731.083,17	1.731.083,17	861.000,00	861.000,00	100%	100%	100%

Fonte: Departamento de Planificación y cooperación da DSCM (DPPC)

Tabela 6.17 Fundo Comum Provincial

Rubricas	Dotação Disponível	Montantes Efectivamente Recebidos	Execução	Grau (%) de execução sobre o Disponível	Grau (%) de execução sobre o recebido
TOTAL DO FUNDO COMUM PROVINCIAL	70.098.599	46.327.818	46.327.818	66%	100%
Despesas com o Pessoal	45.772.183	38.485.368	38.485.368	84%	100%
Bens e Serviços (incluem outras)	22.514.760,00	7.713.995	7.713.995	34%	100%
Despesas de Capital	1.811.656,00	128.455,47	128.455,47	11%	100%

Fonte: Departamento de Planificación y cooperación da DSCM (DPPC)

Para funcionamento do Fundo Comum Provincial, a DSCM no exercício de 2012 recebeu um orçamento global de 70.098.599,00 MZN, deste total foi executado o valor de 46.327.818 MZN, correspondente a 66% sobre o disponível.

Em síntese, aos **215.585.186 MZN** executados e utilizados na rede sanitária das US primárias e secundárias, segundo o descrito ao início do capítulo na tabela 44, poder-se-ia adicionar, 40.029.760,05 MZN de orçamento de funcionamento da DSCM, 13.770.993,43 MZN do Orçamento de Investimento - componente interna e 46.327.818 MZN do Fundo Comum Provincial. A soma total é **100.128.571,95 MZN**, quase **253 MZN/hab./ano (2012)**.

A 15 de Fevereiro do ano em curso (2013), foi assinado um acordo entre a DSCM e a DSMSAS para reforçar a transferência de uma parte importante dos recursos financeiros, o acordo ainda não efectivo está recolhido no "Memorando de procedimentos de execução e materialização do acordo transferência de funções e competências do sector de saúde para a autarquia local de Maputo". O orçamento a transferir é o seguinte::

Tabela 6.18 Orçamento transferido

DISTRIBUIÇÃO DO ORÇAMENTO DO ESTADO/2013				
	OPD	B&S	Sub.funeral	TOTAL
KAMPHFUMO		1.755.846,67	209.766,38	1.965.613,05
CS do Alto-Maé		526.754,00	62.929,91	589.683,91
CS do Porto		263.377,00	31.464,96	294.841,96
CS de Maxaquene		324.831,63	38.806,78	363.638,41
CS da Polana cimento		289.714,70	34.611,45	324.326,15
CS de Malhangalene		351.169,33	41.953,28	393.122,61
NLHAMBANKULU		752.505,71	69.922,13	822.427,84
CS do Xipamanine		752.505,71	69.922,13	822.427,84
KAMAXAKENI		1.060.755,93	95.063,09	1.155.819,02
CS 1 de Maio		1.060.755,93	95.063,09	1.155.819,02
KAMAVHOTA		3.699.860,00	199.632,47	3.899.492,47
CS 1 de Junho		1.354.626,00	52.474,82	1.407.100,82
CS de Albazine		1.059.162,00	41.067,25	1.100.229,25
CS dos Pescadores		866.218,00	45.630,28	911.848,28
CS de Hulene		224.627,00	37.644,98	262.271,98
CS de Romão		195.227,00	22.815,14	218.042,14
KAMUBUKWANA		3.182.915,00	448.099,89	3.631.014,89
CS de Bagamoyo		1.669.039,00	156.834,96	1.825.873,96
CS de Inhagoia		329.622,00	56.012,49	385.634,49
CS de Zimpeto		518.610,00	89.619,98	608.229,98
CS de Magoanine - mini centro		358.772,00	78.417,48	437.189,48
CS de Magoanine - tendas		306.872,00	67.214,98	374.086,98
KATEMBE	194.533,31	1.669.039,00	49.788,88	1.913.361,19
CS da Catembe	194.533,31	1.669.039,00	49.788,88	1.913.361,19
KANYAKA	143.909,97	1.023.648,87	57.037,85	1.224.596,69
CS de Inhaca	143.909,97	1.023.648,87	57.037,85	1.224.596,69
Subtotal	338.443,28	13.144.571,18	1.129.310,69	14.612.325,15
Dep Saúde pública	262.661,22	4.450.924,00	30.000,00	4.743.585,22
Morgue		1.771.560,00	15.000,00	1.786.560,00
Sub total		6.222.484,00	45.000,00	6.530.145,22
Total				21.142.470,37

Segundo o mencionado acordo até que o Município crie condições para assumir a gestão financeira, a DSCM (sede) e Hospitais, continuarão a gerir os fundos das atividades transferidas.

A DSCM continua com a gestão dos três Hospitais gerais e os três CS respectivos, mais o CS Polana Caniço e os salários (Despesas de pessoal) dos trabalhadores sanitários (a exceção dos pertencentes aos distritos de KaNyaka e KaTembe)

Portanto, é difícil saber exatamente como alocar cada item e quantificar o conjunto das despesas efectivas.

7. RESULTADOS: VOLUME, COBERTURA E EFICIÊNCIA.

A descrição dum sistema de saúde não estaria completa sem analisar o que este faz. A avaliação do que um sistema de saúde produz, sempre é uma tarefa muito complexa. Pode-se, por exemplo, analisar a quantidade de vacinas (output) que se aplicou, ou o número de crianças que foram completamente vacinadas (outcome), ou ainda as melhorias em termos de redução de mortalidade infanto-juvenil (impact). Para os efeitos deste exercício, combinou-se a avaliação do total de atividades produzido e as coberturas atingidas por alguns programas. Igualmente, foi avaliada a eficiência da utilização dos recursos.

Este capítulo responde peo tanto às perguntas de quanto e como produziu o sistema, quão importante foi este trabalho para a saúde da população, e se foi tirado o melhor rendimento dos recursos públicos utilizados.

7.1 VOLUME DE ACTIVIDADES

A quantificação do volume de atividades que um sistema de saúde produziu requer algumas decisões prévias, em relação a como vai ser considerada uma actividade e onde vai ser procurada esta informação. Esta secção debruça-se primeiro sobre estas definições e depois apresenta e analisa as atividades seleccionadas.

7.1.1 O que medir?

A decisão sobre o que se deve medir para avaliar a produção do sistema deve tomar em conta três aspectos. Por um lado, as atividades devem definir o sistema (p.e., entre a preparação de refeições para os doentes e a aplicação de injeções, parece claro que o que melhor define um sistema de saúde é esta última actividade). Por outro lado, deve ser possível e relativamente fácil obter esta informação da mesma forma em todas as US. Finalmente, algumas atividades podem ser a agregação de outras e definir o sistema numa forma mais global (p.e., uma consulta pode levar incluídas as análises de laboratório e a distribuição de medicamentos e sumarizar o trabalho numa US, enquanto estas duas últimas atividades definem apenas os sectores onde se realizam).

Tomando em conta o anterior, este documento irá avaliar a produção do sistema utilizando atividades sanitárias (excluindo as da hotelaria), prestadas directamente aos utilizadores como produto final (excluindo as atividades intermediárias dos meios auxiliares de diagnóstico e tratamento, como laboratório, radiologia, etc.), e notificadas através do SIS.

7.1.2 Uma Unidade Comum de Medida

Apesar de que a definição anterior reduz a variedade de atividades a analisar, não resolve o problema de comparar unidades sanitárias que realizam diferentes combinações de atividades. Por exemplo, como comparar uma US dedicada ao atendimento materno-infantil com uma que faz sobre tudo atendimento curativo? Alguns sistemas têm procurado, e em algum caso adotado, unidades de medida que permitem esta comparação. A selecção numa tal unidade acostuma ir precedida dum estudo das condições reais do sistema em questão, algo fora das possibilidades deste trabalho.

Será utilizada a unidade de medida adotada pelo SNS de Moçambique. O cálculo desta unidade de medida está baseado no tempo dedicado pelos técnicos à realização nas condições locais, mas com boa qualidade das diferentes atividades, obtido a partir dum estudo prévio.

Assim, estima-se que para realizar corretamente uma consulta (por um enfermeiro treinado e no nível primário) é necessário 10 minutos, o que se considera uma UNIDADE DE ATENDIMENTO ou **UA**.

Aplicando a mesma lógica, pode-se obter a seguinte tabela de valores:

Tabela 7.1. Cálculo das unidades de atendimento (UA). SNS Moçambique

ACTIVIDADE	TEMPO (minutos)	UAs
CONSULTA	10	1
CONS. ESTOMATOLOGIA	20	2
CONTACTO SMI	10	1
VACINAÇÃO	5	0.5
PARTO	120	12
DIA INTERNAMENTO	90	9

Além das seis atividades da tabela anterior, para o presente exercício foi acrescentada a cirurgia, atribuindo a esta actividade um peso de 27 (90 minutos de média, com três técnicos envolvidos, isto é, 270 minutos), de forma que a tabela utilizada nos cálculos mostrados abaixo é a seguinte:

Tabela 7.2. Cálculo das UAs utilizado no Mapa Sanitário

ACTIVIDADE	UAS
CONS. ESTOMATOLOGIA	2
CONSULTAS	1
CONTACTO SMI	1
DIA INTERNAMENTO	9
OPERAÇÃO CIRÚRGICA	27
PARTOS	12
VACINAÇÃO	0,50

O total de UAs numa US, distrito, município ou província é a soma do volume de cada actividade pelo peso da mesma. Assim, por exemplo, uma US que tivesse realizado 6,000 consultas, 345 partos, 12,000 vacinações, 689 dias doentes (incluindo o internamento de maternidade) e 34 cesarianas, teria o seguinte volume total exprimido em UA:

$$(6,000 \text{ cons } \times 1) + (345 \text{ partos } \times 12) + (12,000 \text{ vacin. } \times 0.5) + (689 \text{ dd } \times 9) + (34 \text{ operações } \times 27) = 23,259 \text{ Unidades de Atendimento.}$$

Estes cálculos permitem comparar esta US como outra unidade de perfil completamente diferente. Obviamente, a utilização desta medida permite também estimar a produtividade de trabalhadores de diferentes unidades.

7.1.3 Volume realizado

Interessa aqui comparar o peso relativo de cada tipo de actividade, de cada distrito e de cada nível de prestação de serviços.

Tabela 7.3 Actividades realizadas (em número e em UAs), por distrito

DISTRITO	CONSULTAS	ESTOMATOLOGIA	PARTOS	CONTACTOS SMI	VACINAS	INTERNAMENTO	CIRURGIA	UAS	%
KAMAVHOTA	546.108	23.954	13.462	207.619	99.081	92.346	5.612	1.995.358	30,45
KAMAXAKENI	176.819	4.719	2.554	88.548	28.913	6.298	0	376.592	5,75
KAMPHFUMO	300.550	21.135	0	130.210	57.674	0	0	501.867	7,66
KAMUBUKWANE	250.064	11.190	3.220	143.483	57.006	110.387	0	1.476.553	22,54
KANYAKA	17.099	672	138	7.864	1.549	405	0	32.383	0,49
KATEMBE	46.760	1.822	387	14.121	4.600	1.170	0	81.999	1,25

NLHAMBANKULU	566.697	30.070	14.905	138.885	72.832	102.620	6.770	2.087.368	31,86
SUBTOTALS	1.904.097	93.562	34.666	730.730	321.655	313.226	12.382	6.552.119	100,00
PESO/VALOR UAS	1,00	2,00	12,00	1,00	0,50	9,00	27,00		
SUBTOTAL UAS	1.904.097	187.124	415.992	730.730	160.828	2.819.034	334.314	6.552.119	
PERCENTAGENS	29,06	2,86	6,35	11,15	2,45	43,02	5,10	100,00	

A Tabela 7.3 apresenta o volume das atividades (2012) utilizadas para a avaliação realizada em cada distrito. Na penúltima coluna da tabela as atividades são transformadas em unidades de atendimento, aplicando os pesos mencionados na secção anterior.

A maior contribuição (absoluta) na rede provincial municipal é feita pelo distrito de Nlhambankulu, neste distrito há dois HG com os seus CS e um importante CS. O distrito de KaNyaka tem a menor produção, e o menor numero de habitantes.

Tabela 7.4 Actividades realizadas, por tipo de US. 2012.

TIPO_US	UAS CONSULTAS	UAS ESTOMATOLOGIA	UAS PARTOS	UAS CONTACTOS SMI	UAS VACINAS	UAS INTERNAMENTOS	UAS CIRURGIAS	TOTAL UAS	%
CSR1	45.537	4.988	6.300	17.635	2.603	14.175	0	91.238	1,39
CSR2	18.322	0	0	4.350	472	0	0	23.144	0,35
CSUA	950.589	129.288	112.980	462.875	109.500	146.745	0	1.911.977	29,18
CSUB	315.867	15.218	23.052	170.380	29.395	38.178	0	592.090	9,04
CSUC	108.781	0	0	72.681	9.294	0	0	190.756	2,91
HE	13.466	0	0	0	0	939.069	0	952.535	14,54
HG	451.535	37.630	273.660	2.809	9.566	1.680.867	334.314	2.790.381	42,59
SUBTOTALS UAS	1.904.097	187.124	415.992	730.730	160.828	2.819.034	334.314	6.552.119	100,00
PERCENTAGENS	29,06	2,86	6,35	11,15	2,45	43,02	5,10	100,00	
PESO DA UA	1,00	2,00	12,00	1,00	0,50	9,00	27		

A tabela 7.4 mostra a produção de cada US por tipo e por tipo de actividade. A distribuição de actividade é bastante lógica, os HG produzem quase 43% do total da actividade exprimida em Unidades de Atendimento, o resto reparte-se entre os CS urbanos das três categorias: 41%. Os CS rurais: apenas chegam aos 2% e as actividades de consultas e internamento da rede pública que oferece o HE Psiquiátrico de Infulene são 14,5% (excluídas as actividades do hospital como US especializada da rede quaternária).

Por tipo de actividade, a maior contribuição é das consultas (29% das UA totais), seguido dos contactos SMI (mais de 11%).

7.2 COBERTURA DE SERVIÇOS E PROGRAMAS

Das múltiplas possibilidades de cálculo de indicadores de cobertura, foi escolhido um pequeno número que deveria dar uma visão global do desempenho do sistema. As áreas foram as de saúde reprodutiva, saúde infantil e atendimento curativo, como se sumariza na tabela 7.5.

Tabela 7.5 Cobertura dos principais programas, por distrito

DISTRITO	PARTOS	CESARIANAS	PENTA3	VAS	1ª CPN	ALTAS	CONSULTAS	COB PARTOS	COB CESAR/PARTOS	COB PENTA3	COB VAS	COB 1ª CPN	COB ALTAS/1000HABS	COB CONS/HABS
KAMAVHOTA	13462	1917	8958	8586	12968	16220	546108	111,59	14,24	74,26	71,17	107,50	53,78	1,81
KAMAXAKENI	2554	0	3381	3077	4986	3375	176819	47,63	0,00	63,06	57,39	92,99	25,18	1,32
KAMPHFUMO	0	0	7150	6591	10666	0	300550	0,00		70,58	65,06	105,28	0,00	1,19
KAMUBUKWANE	3220	0	6134	6849	8007	3311	250064	40,48	0,00	77,11	86,10	100,65	16,65	1,26
KANYAKA	138	0	173	153	201	88	17099	61,77	0,00	77,44	68,49	89,97	15,76	3,06
KATEMBE	387	0	520	510	637	297	46760	51,08	0,00	68,63	67,31	84,08	15,68	2,47
NLHAMBANKULU	14905	3608	4804	5993	10639	23121	566697	123,45	24,21	39,79	49,64	88,12	76,60	1,88
SUBTOTAIAS	34.666	5.525	31.120	31.759	48.104	46.412	1.904.097							
PERCENTAGENS								71,38	15,94	203,81	64,07	99,05	38,23	1,57

Nº GRÁVIDAS ESPERADAS 4% HABITANTES	48565,84
Nº NADOS VIVOS 4% HABITANTES	48565,84
Nº HABITANTES 2012	1.214.146
COBERTURA PARTOS INSTITUCIONAIS	Nº PARTOS * 100/Nº GRÁVIDAS ESPERADAS
COBERTURA CESARIANAS/PARTOS	Nº CESARIANAS * 100/Nº PARTOS INSTITUCIONAIS
COBERTURA PENTA III	Nº TERCEIRAS DOSES APLICADAS/Nº NADOS VIVOS
COBERTURA VAS	Nº DOSES APLICADAS/Nº NADOS VIVOS
COBERTURA 1ª CONSULTA PRÉNATAL	Nº PRIMEIRAS CONSULTAS * 100/Nº GRÁVIDAS ESPERADAS
COBERTURA ALTAS/1000 HABITANTES	Nº ALTAS * 1000/Nº HABITANTES
COBERTURA CONSULTAS/1000 HABITANTES	Nº CONSULTAS/Nº HABITANTES

A comparação entre distrito e níveis será feita, para cada tipo principal de actividade, nas secções seguintes.

7.2.1 Saúde Reprodutiva

As actividades do conjunto da rede pública provincial obtêm uma boa cobertura de primeiras **consultas pré-natais** de 99%. Por distritos, dois (KaMphumo e KaMubukwane) ultrapassam 100%. E outros três (KaTembe, KaNyaka e Nhambankulu) estão entre 80 e 90%. Em geral pode-se falar de uma cobertura de quase 100%. Seria necessário rever os dados do MB, mas é seguro que os HG estão a atender grávidas de outros distritos.

A **cobertura de partos** é mais baixa e heterogênea, de 70,1% na rede pública. Uma possível explicação seja a actividade das US privadas, outra a sua distribuição desigual segundo os distritos, as suas US disponíveis e a

qualidade do serviço. Exemplo: em Nihambankulu é mais de 120%, em quanto KaMaxekeni não chega a 50%. É claro o movimento de pessoas entre os distritos e evidente no caso de KaMphumo que não té US da rede primária e secundária com maternidade.

As **cesarianas** realizadas representaram quase 16% dos partos notificados, ligeiramente menor, 11% do total, de partos esperados no município durante o ano, ainda assim é uma percentagem adequada (a OMS fixa como adequado, 15%).

7.2.2 Programa Alargado de Vacinação

A cobertura do 3ª dose da vacina Pentavalente, que teoricamente reflexa o funcionamento regular do programa, é 64% e a cobertura da vacina contra o sarampo é 65%. As percentagens são baixas, o que poderia indicar um registro inadequado durante as campanhas de prevenção ou a falta dela, mas também uma falla na recolha dos dados vacinais nas US provadas que possivelmente tem uma actividade importante na cidade de Maputo.

7.2.3 Atendimento curativo

Foram notificadas 1.904.097 **consultas externas**, incluindo o atendimento de urgência e todos os níveis (não há registos diferenciados das consultas de urgência nas US) Quando comparado com a população estimada, o indicador obtido é de 1,57 consultas por habitante e ano. Três distritos estão ligeiramente baixo o valor meio: KaMphumo, KaMubukwane e KaMaxekeni

A média provincial de **altas por 1,000 habitantes** é de 37.54‰. O valor mais alto no distrito de Nihambankulu: 76,6‰ e o mais baixo em KaTembe e KaNyaka: 15,68‰ e 15,76‰. Um distrito, KaMphumo não tem US com internamento de nível secundário, provavelmente porque pertence à área de influência do Hospital Central de Maputo (da rede quaternária) ou porque refere para os HG próximos.

7.3 EFICIÊNCIA NO USO DOS RECURSOS

Existem várias fórmulas para avaliar a utilização eficiente dos recursos, isto é, se estes são aproveitados em todo o seu potencial. Neste exercício serão analisados alguns dos mais frequentes, como a taxa de ocupação de camas, a produtividade dos técnicos, ou o consumo de medicamentos, que são complementados com exemplos de alguns serviços específicos.

7.3.1 Taxa de Ocupação de Camas

A taxa de ocupação de camas ou TOC é um dos indicadores mais utilizados para avaliar a eficiência no uso dos recursos.

Tabela 7.6 Taxa de Ocupação de Camas, por distrito.

DISTRITO	CAMAS MATERNIDAD	OUTRAS CAMAS	TOTAL CAMAS	DIAS MATER	T.O. MATERN	DIAS OUTRAS	T.O. OUTRAS	TOTAL DIAS	T.O. TOTAL
KAMAVHOTA	127	277	404	37.290	80,44	55.056	54,45	92.346	62,62
KAMAXAKENI	35	67	102	5.680	44,46	618	2,53	6.298	16,92
KAMPHUMO	0	65	65	0	0,00	0	0,00	0	0,00
KAMUBUKWANE	60	145	205	6.046	27,61	104.341	197,15	110.387	147,53
KANYAKA	9	16	25	245	7,46	160	2,74	405	4,44
KATEMBE	12	25	37	470	10,73	700	7,67	1.170	8,66

NLHAMBANKULU	154	288	442	21.723	38,65	80.897	76,96	102.620	63,61
SUBTOTAIIS	397	883	1.280	71.454	49,31	241.772	75,02	313.226	67,04
PERCENTAGENTS	31,02	68,98	100						

Como pode ver-se na tabela 7.6, a TOC global das camas da rede pública primária e secundária, de gestão municipal e provincial é de 67%. A maior TOC verifica-se em KaMubukwane, 148%. Também neste distrito estão disponíveis as camas de medicina e pediatria da rede pública do HE de Infulene (ainda sua pertença ao nível quaternário, pelas camas psiquiátricas, dispunha de uma parte de internamento e consultas de CPS provenientes do área de Infulene).

A taxa de ocupação das camas de maternidade é 49,31% (menos da metade) o que permite aumentar o internamento a mais do duplo. A presença do serviço nas US privadas pode ser uma explicação em distritos como KaMubukwane ou KaMaxakeni, também a distribuição de camas nas US com uma sub ocupação em distritos de baixa densidade de habitantes e relativamente muitas camas: o caso de KaTembe e KaNyaka.

7.3.2 Produtividade

Num sector tão dependente do pessoal como a Saúde, é extremamente importante avaliar se este recurso está bem aproveitado. Não existem ainda padrões nacionais contra os quais compararem os achados do inquérito, mas utilizando as UA definidas anteriormente podem ser estabelecidas comparações entre distritos.

Para a produtividade estabelece-se a comparação entre o valor médio e o padrão de 5,000-10,000 UA/técnico por ano, bem como entre distritos e tipos de US. O valor se estabelece estimando o tempo promedio consumido diariamente nas atividades clínicas mais comuns e considerando uma atividade laboral fixa (sete horas de trabalho diárias, 250 dias úteis ao ano)

Tabela 7.7 Produtividade dos técnicos, por distrito

DISTRITO	UAS	TÉCNICOS	PRODUCTIVIDADE UAS/TECNICOS
KAMAVHOTA	1.995.358	268	7.445
KAMAXAKENI	376.592	57	6.607
KAMPHFUMO	501.867	107	4.690
KAMUBUKWANE	1.476.553	94	15.708
KANYAKA	32.383	11	2.944
KATEMBE	81.999	24	3.417
NLHAMBANKULU	2.087.368	398	5.245
SUBTOTAIIS	6.552.119	959	6.832

A tabela 7.7 mostra que, de média, cada técnico (isto é, tirando o pessoal de apoio) da rede primária e secundária realiza por ano 6.832 Unidades de Atendimento. Para exprimir mais graficamente o que isto significa, estas UA correspondem a algo mais de 3 horas ao dia, de trabalho efectivo para um ano laboral normal de 250 dias. Por distritos, a média mais alta aparece em KaMavhota e a mais baixa em KaNyaka.

Se a análise for feita pelo tipo das US, os técnicos colocados nas unidades urbanas mais básicas, o Centro de Saúde Urbano tipo C (CSUC), tendem a trabalhar mais: 11.221 UA/Técnico/Ano, quase o duplo da actividade dos técnicos nos HG: 5.187 UA/Técnico/Ano.

Tabela 7.8 Produtividade, por tipo da US

TIPO_US	Nº US	Nº MEDIO TECNICOS	UAs	MEDIA TIPO US	MEDIA UAS/ANO/TECNICO	CONTACTOS	CONTACTOS/US/DIA
CSR1	2	10,00	91.238	45.619	4.562	65.666	89,95
CSR2	4	1,25	23.144	5.786	4.629	22.672	22,67
CSUA	15	25,27	1.911.977	127.465	5.045	1.478.108	394,16
CSUB	6	14,33	592.090	98.682	6.885	493.856	329,24
CSUC	3	5,67	190.756	63.585	11.221	181.462	241,95
HE	1	0,00	952.535	952.535		13.466	53,86
HG	3	179,33	2.790.381	930.127	5.187	473.159	432,11
SUBTOTALS	34		6.552.119			2.728.389	

CONTACTOS: CONSULTAS, URGÊNCIA, ESTOMATOLOGIA, CONSULTAS PRÉ- NATAIS PUERICULTURA e PF.
CONTACTOS DIA: 365 DIAS/ANO para HG e CSRI, 250 para o resto.

7.3.3 Consumo de Medicamentos

Comparar medicamentos recebidos (kits x 1,000) com consultas realizadas, despesa com medicamentos e com Unidades de Atendimento curativas (consultas, urgências, dias de internamento), permite fazer um cálculo da eficiência no uso dos recursos farmacológicos e conhecer o grau de cobertura atingida.

Os kits de medicamentos essenciais distribuídos às US (cada um dos quais é suficiente para 1,000 consultas externas) permitiram cobrir em teoria quase o 117% das consultas realizadas. Quer dizer, que em alguns distritos (KaMavhota, KaNyaka e Nhambankulu) as US estão a receber mais medicamento dos que, em principio, podem utilizar

Tabela 7.9 Cobertura com Kits PNME e despesa com medicamentos

DISTRITO	CONSULTAS POSSÍVEIS	CONSULTAS REALIZADAS	CONSULTAS COBERTURA %	TOTAL UAS CURATIVAS	TOTAL DESPEAS MZN	POR UA CURATIVA
KAMAVHOTA	698.000	546.108	127,81	1.089.520	5.584.734	5,13
KAMAXAKENI	171.000	176.819	96,71	242.939	1.351.071	7,04
KAMPHFUMO	297.000	300.550	98,82	342.820	2.346.597	6,84
KAMUBUKWANE	251.000	250.064	100,37	1.265.927	1.983.151	1,64
KANYAKA	42.000	17.099	245,63	22.088	331.842	16,69
KATEMBE	41.000	46.760	87,68	60.934	323.941	5,71
NLHAMBANKULU	727.000	566.697	128,29	1.550.417	5.744.027	4,24
SUBTOTALS	2.227.000	1.904.097	116,96	4.574.645	17.665.363	3,86

UA CURATIVA=CONSULTAS + ESTOMATOLOGIA + INTERNAMENTO (SEM INTERNAMENTO POR MATERNIDADE)

Ao transformar os kits em valores monetários e acrescentar as compras realizadas com OE ou fundos da comparticipação, e dividi-los pelas UA curativas, resulta que a despesa com medicamentos por UA curativa é de 3,86 MZN.

Alguns meses no ano 2012 registou-se uma ruptura de kits do Programa Nacional de Medicamentos Essenciais, mas não em todas as US.

7.3.4 Alguns serviços e categorias

Finalmente, nesta secção serão revistos alguns exemplos de utilização de recursos que podem ilustrar o conceito de eficiência e comparar a produtividade por alguns serviços onde o pessoal pode ser individualizado pelo local onde são realizadas (salas de partos ou de operações) ou a categoria do pessoal a fazê-lo (técnicos de laboratório ou de Rx).

A rede municipal primária e secundária dispõe de 12 salas de partos, que em 2012 atenderam 34.666 partos. De média, portanto, cada sala devia atender quase 2.889 partos por ano ou quase oito partos por dia. Porém, o distrito de Nlhambankulu ultrapassa 13 partos por sala e por dia e KaNyaka pouco mais de um parto cada três dias. O distrito de KaMphumo não tem maternidade do nível estudado.

Tabela 7.10 Produtividade das salas de partos, por distrito

DISTRITO	S PARTOS	Nº PARTOS	PARTOS/SP	PARTOS/SP/DIA
KAMAVHOTA	4	13.462	3.366	9,22
KAMAXAKENI	1	2.554	2.554	7,00
KAMPHFUMO	0	0	0	0,00
KAMUBUKWANE	2	3.220	1.610	4,41
KANYAKA	1	138	138	0,38
KATEMBE	1	387	387	1,06
NLHAMBANKULU	3	14.905	4.968	13,61
SUBTOTAIIS	12	34.666	2.889	7,91

Mais interessante é comparar as mesmas variáveis tomando em conta o nível da US. Assim, os Hospitais atenderam de média, quase 21 partos por dia. No extremo oposto, os CS rurais tipo I, não chegam a um diário e os CS urbanos de tipo A, mais de cinco ao dia.

Tabela 7.11 Produtividade das salas de partos, por nível da US

US	S PARTOS	Nº PARTOS	PARTOS/SP	PARTOS/SP/DIA
CSR1	2	525	263	0,72
CSR2	0	0	0	0,00
CSUA	5	9.415	1.883	5,16
CSUB	2	1.921	961	2,63
CSUC	0	0	0	0,00
HE	0	0	0	0,00
HG	3	22.805	7.602	20,83
SUBTOTAIIS	12	34.666	2.889	7,91

Outro serviço especializado é o Laboratório. É fácil medir as atividades mais comuns de laboratório, por sua seqüência repetida e seu alto grau de formalização..

Tabela 7.12 Produtividade dos técnicos de laboratório - 2012

DISTRITO	Nº EXAMES	PESSOAL	EXAMES/TECNICO	EXAMES/TEC/DIA
KAMAVHOTA	347.109	30	11.570	46,28
KAMAXAKENI	159.707	10	15.971	63,88
KAMPHFUMO	160.139	16	10.009	40,03

KAMUBUKWANE	88.957	7	12.708	50,83
KANYAKA	0	1	0	0,00
KATEMBE	13.516	1	13.516	54,06
NLHAMBANKULU	691.877	37	18.699	74,80
SUBTOTALS	1.461.305	102	14.327	57,31

A tabela 7.12 mostra que, de média, cada técnico (todos os níveis: superior, médio e básico) de laboratório da rede primária e secundária, teria realizado mais de 57 exames por dia considerando o ano laboral de 250 dias.

Por distritos e excluindo aquele que não tem actividade (KaNyaka), a menor actividade aparece em KaMphumo com 40 exames por técnico e dia e a maior em Nlhambankulu com quase 75 exames por técnico e dia..

8. A REDE DE MAPUTO E A NORMATIVA VIGENTE

Neste capítulo far-se-á a comparação entre a rede sanitária descrita nos capítulos anteriores e o que deveria ser para adequar-se ao diploma ministerial vigente no sector. Esta comparação será feita em quatro breves secções. A primeira sumariza o diploma ministerial, pelo que diz respeito à rede provincial e municipal em análise. A segunda secção compara as características das unidades sanitárias, por níveis, com a normativa. Seguidamente, será comparado o tamanho da rede existente com aquele que se obtém da aplicação do diploma ministerial.

8.1 NORMATIVA DAS UNIDADES SANITÁRIAS

A Tabela 8.1 sumariza certas características (mas não todas) das US que devem compor a rede sanitária, de acordo com a caracterização técnica, enunciado de funções específicas, critérios e mecanismos para a classificação das instituições do SNS, de Nível Primário e Secundário.

A normativa do MISAU detalha os serviços que devem ser prestados por cada tipo de unidade sanitária. De acordo com seu diploma ministerial publicado no ano 2001: “**Caracterização técnica e enunciado de funções específicas, critérios e mecanismos para a classificação das Instituições do Sistema Nacional de Saúde**” de nível Primário, Secundário, Terciário e Quaternário”

O **Centro de Saúde** é o primeiro nível, a US de Nível Primário, que tem como função dispensar cuidados de Saúde Primários (CPS) a população da sua Área de Saúde, incluindo intervenções sobre o meio ambiente. A sua zona de influência directa por vezes também chamada «Zona de captação ou *Raio* de acção do Centro de Saúde» e a zona geográfica em cuja área o Centro de Saúde representa o primeiro contacto da população com os Serviços de Saúde e que tendo o centro no Centro de Saúde, terá em zona rural, um raio de 8 km e em zona urbana um raio compreendido entre um e 4 km.

Há vários tipos de CS:

CS Rural tipo I: São CS com internamento, que servem essencialmente a populações rurais e são considerados CS «Rural», mesma quando situados em centros urbanos ou vilas.

Destina-se a servir populações, da sua Zona de influência directa, compreendidas entre 16.000 e 35.000 habitantes. Localiza-se em Sedes de Distrito com pouca população e em sedes de Posto Administrativo ou de Localidade ou em qualquer outro lugar onde a população o justifique.

Dispensará Cuidados de Saúde Primários (CPS):

Saúde Materno-Infantil incluindo a Planificação Familiar e o Programa alargado de vacinações: Consultas preventivas as crianças de 0 a 4 anos.

Vacinações

Prevenção e controle das afeções respiratórias agudas e das doenças diarreicas, incluindo a Reidratação oral.

Consultas Pré-natais (deteção de ARO) e Pós-natais.

Consultas de Planificação Familiar.

Assistência ao parto.

Prevenção, controle e vigilância das doenças endémicas locais mais comuns, nomeadamente, malária, tuberculose, lepra, infeção pelo HIV, parasitoses, etc., tendo em conta as estratégias de luta definidas centralmente.

Consultas de Medicina Geral.

Tratamentos.

Atendimento de urgências e prestação de primeiros socorros.

Distribuição de medicamentos essenciais, que poderá ser feita directamente no local e no momento das consultas, mas que poderá também ser feita em local para esse fim especificamente determinando.

Recolha, agregação e tratamento de dados estatísticos de base e notificação das doenças notificáveis, de acordo com os modelos de SIS e prestação atempada de informação sobre suspeita de surtos epidémicos.

Elaboração de relatórios periódicos.

Para além destas atividades, no quadro dos Cuidados de Saúde Primários, o Centro de Saúde Rural Tipo I terá ainda as seguintes tarefas:

Acções de promoção e de prevenção no quadro da Saúde escolar.

Cuidados de Saúde de medicina geral em regime de internamento.

Referência para níveis superiores, dos problemas de saúde que não possam ser resolvidos ao seu nível.

Supervisão e apoio logístico e técnico às ações de Saúde e de saneamento do meio realizados na comunidade e nas unidades sanitárias mais periféricas.

Gestão dos recursos que lhe forem atribuídos.

Para a realização das suas tarefas o Centro de Saúde Rural Tipo I será dotado da equipa mínima seguinte:

Técnico(a) de Medicina	1
Agente de Medicina	1
Agente de Medicina Preventiva e Saneamento do meio	1
Enfermeiras(os) básicas(os) ou elementares	2 a 3
Enfermeiras de SMI (eventualmente uma Parteira)	2 a 3
Agente de Laboratório	1
Agente de Administração de Unidades Sanitárias	1
Servente	3 a 5
Total	12 a 16

CS Rural tipo II: Destina-se a servir populações, da sua Zona de influência directa, compreendidas entre 7.500 e 20.000 habitantes.

Dispensará Cuidados de Saúde Primários (CPS):

Saúde Materno-Infantil, incluindo a planificação familiar e o programa alargado de vacinações.

Consultas preventivas às crianças de 0 a 4 anos.

Vacinações.

Reidratação oral.

Consultas pré-natais (detecção de ARO) e pós-natais.

Planificação Familiar.

Assistência ao parto.

Prevenção, controle e vigilância das doenças endémicas locais mais comuns;

Consultas de Medicina Geral;

Tratamentos;

Atendimento de urgências e prestação de primeiros socorros;

Distribuição de medicamentos essenciais que será feita nos próprios locais de consulta e por ocasião destas;

Recolha e tratamento de dados estatísticos de base e notificação das doenças notificáveis, de acordo com os modelos do SIS, prestação atempada de informação sobre suspeita de surtos epidémicos e elaboração de relatórios periódicos;

Referência para níveis superiores, dos problemas de Saúde que não possam ser resolvidos ao seu nível.

Gestão dos recursos que lhe forem atribuídos.

Para a realização das suas tarefas será dotado da equipa mínima seguinte:

Agente de Medicina	1
Enfermeira de SMI ou Parteira elementar	1
Servente	1

CS Urbano Tipo C: Destina-se a servir populações, da sua Zona de influência directa (de 4 km de raio), compreendidas entre 10.000 e 25.000 habitantes. Localiza-se em Vilas ou em Bairros pouco populosos das Cidades em geral, *nas suas periferias*.

Dispensará Cuidados de Saúde Primários, para a que realizara as mesmas tarefas que o Centro de Saúde Rural Tipo II, contudo, a Assistência ao Parto só se fará nos Centros de Saúde Urbanos Tipo C que tiverem maternidade anexa.

Para a realização das suas tarefas, o Centro de Saúde Urbano dotado da equipa mínima seguinte:

Agente de Medicina	1
Enfermeira de SMI	1
Enfermeira(o)	1
Servente	1
Total	4

O Centro de Saúde Urbano Tipo C poderá ainda beneficiar das visitas periódicas de outros trabalhadores da Saúde vinculados às unidades sanitárias mais diferenciadas.

CS Urbano Tipo B: Destina-se a servir populações, da sua Zona de influência directa (de 2 a 4 km de raio), compreendidas entre 18.000 e 48.000 habitantes. Localiza-se em Vilas de grande densidade populacional ou em Bairros mais populosos das Cidades.

Dispensará CPS, para o que realizará as mesmas tarefas que o Centro de Saúde Rural Tipo I, contudo, a Assistência ao Parto só se fará nos CS Tipo B que tiverem maternidade anexa.

Para além destas atividades, terá ainda as seguintes tarefas:

Desenvolver ações de promoção e prevenção no quadro da Saúde escolar:

Prestar cuidados de Odonto-estomatologia e desenvolver ações promotivas e preventivas no quadro da Saúde Oral.

Referência para níveis superiores, dos problemas de Saúde que não possam ser resolvidos ao seu nível.

Supervisão e apoio logístico e técnico aos Centros de Saúde Urbanos Tipo C situados na sua zona de influência indirecta.

Gestão dos recursos que lhe forem atribuídos.

Para a realização das suas tarefas a Centro de Saúde Urbana Tipo B será datado da equipa mínima seguinte:

Técnico(a) de Medicina	1
Agente de Medicina	1
Agente de Medicina Preventiva e Saneamento do Meio	1
Agente de Odonto-estomatologia	1
Enfermeira(o)	1
Enfermeiras de SMI	2
Agente de Laboratório	1
Agente de Farmácia	1
Escriturário(a) / Dactilógrafo(a)	1
Serventes	3
Total	14

Eventualmente disporá ainda de um Agente de Administração de US.

O CS Tipo B beneficiará ainda das visitas periódicas de outros trabalhadores da Saúde vinculados às unidades sanitárias mais diferenciadas.

CS Urbano Tipo A: Destina-se a servir populações da sua Zona de influência *directa* (de 1 a 4 km de raio), compreendidas entre 40.000 e 100.000 habitantes. Localiza-se nas Cidades ou em Bairros destas, sempre que a densidade populacional o justificar.

Realizarão no essencial, as mesmas tarefas que o Centro de Saúde Urbano Tipo B, contudo servirá muito mais a população e disporá dum pessoal não só mais numeroso, mas também mais qualificado.

Para a realização das suas tarefas será dotado da equipe mínima seguinte:

Médico(a)	1
Agentes de Medicina	2 a 4
Técnico(a) de Medicina Preventiva e Saneamento do Meio	1
Técnico(a) de Odonto-estomatologia	1
Agentes de Odontobestomatologia	1 a 2
Enfermeiras(os)	4 a 5
Enfermeiras de SMI	5
Técnico(a) de Laboratório	1
Agentes de Laboratório	1 ou 2
Técnico(a) de Farmácia	1
Agentes e Farmácia	1 ou 2
Agente de Administração de Unidades Sanitárias	1
Escriturários(as) / Dactilógrafos(as)	2 ou 3
Serventes	5 a 8
Total	26 a 36

Enquanto não houver Médicos em numero suficiente para cobrir as necessidades, um mesmo Medico poderá cobrir dois CS Urbanos Tipo A (dois dias e meio dias por semana em cada Centro de Saúde), ou poderá temporariamente, ser substituído por um Técnico de Medicina.

Adicionalmente, o Centro de Saúde Urbano Tipo A poderá ainda dispor do seguinte pessoal:

Técnico de Medicina	1
Agente de Medicina Preventiva e Saneamento do Meio	1
Técnico de Radiologia	1
Agente de Radiologia	1
Subtotal	1 a 4
TOTAL GERAL	27 a 40

Maternidades dos CS: Os CS podem ter anexa a maternidade de diversas características segundo o seu tipo.

Maternidade Tipo II Anexa aos CS Urbanos Tipos B ou C: Em zona urbana, os Centros de Saúde Urbanos Tipo C ou B poderão ter em Anexo uma Maternidade de Tipo II, que se destina a servir populações compreendidas entre 20.000 e 60.000 habitantes, da Zona de influência directa do Centro de Saúde a que se encontra anexo e também do(s) Centro(s) de Saúde adjacente(s). Localiza-se nas Vilas ou Cidades, ou em Bairros destas, sempre que a população o justificar.

Esta Maternidade Urbana terá essencialmente por função a assistência ao parto da população residente das Áreas de Saúde que ela serve, levando este tipo de Cuidados de Saúde aos locais onde a respectiva população reside.

Para a realização das suas tarefas, a Maternidade de Tipo II anexa aos Centros de Saúde Urbanos de Tipo B ou A será dotada da equipa mínima seguinte:

Enfermeiras de SMI ou parteiras	3
Serventes	4
Total	7

Maternidade Tipo I Anexa aos CS Urbanos Tipos A ou B: Os CS Urbanos Tipo B ou A poderão também, ter em Anexo, uma Maternidade de Tipo I, que se destina a servir populações compreendidas entre 50.000 e 120.000 habitantes, da Zona de influência directa do Centro de Saúde a que se encontra anexo e também do(s) Centro(s) de Saúde adjacente(s). Localiza-se nas Cidades, ou em Bairros populosos destas, sempre que a população o justificar.

Esta Maternidade Urbana Tipo I terá essencialmente a mesma função que a Maternidade Urbana Tipo II, isto é, a assistência ao parto da população residente das Áreas de Saúde que ela serve, levando este tipo de Cuidados de Saúde aos locais onde a respectiva população reside.

Para a realização das suas tarefas será dotada da equipa mínima seguinte:

Enfermeiras de SMI ou parteiras	4 ou 5
Serventes	6
Total	10 ou 11

O Hospital Geral é o segundo nível, a US de Nível Secundário, que tem como função a prestação de Cuidados clínicos, em regime de internamento e de atendimento em ambulatório a doentes que não encontram solução para os seus problemas de saúde a níveis inferiores.

O Hospital oferece sempre a possibilidade de diagnóstico clínico, com apoio laboratorial e de outros exames complementares e constituem sempre um nível de referência.

O Hospital oferece sempre também a possibilidade de cuidados de urgência aos traumatismos e outras afeções.

O Hospital tem sempre Médico.

A Zona de Influência de um Hospital (Por vezes também chamada Zona de captação): é a Zona geográfica compreendendo varias Áreas de Saúde com os respectivos Centros de Saúde, donde, doentes que não encontram solução para os seus problemas de saúde são referidos para esse Hospital.

Em principio, os Hospitais de Nível Secundário só recebem doentes referidos dos Centros de Saúde da sua zona de influência, podendo, contudo, em caso de Urgência, receber diretamente doentes que efetuam o seu primeiro contacto com o Sistema Nacional de Saúde.

Os Hospitais Gerais são muito idênticos aos Hospitais Rurais, mas distinguem-se deles por se situarem sempre em zona urbana e por servirem de primeiro nível de referência essencialmente a populações provenientes de Áreas de Saúde situadas em zonas urbanas. Como consequência os Hospitais Gerais não prestarão, em geral, cuidados cirúrgicos de Cirurgia Geral em regime de Urgência (24 horas por dia) fazendo só intervenções de grande cirurgia eletiva.

Têm condições para a realização de intervenções de grande cirurgia e por o internamento dispor de serviços individualizados das quatro especialidades básicas: Medicina Interna, Pediatria, Cirurgia e Obstetrícia e Ginecologia.

Em geral, localizam-se em Sedes de Distrito.

Dispensará Cuidados de Saúde Secundários, para o que realizará as seguintes atividades:

Acolhimento e Admissão de doentes enviados dos diversos Centros de Saúde e/ou dos Hospitais Distritais da sua Zona de capacitação.

Prevenção e controle das principais doenças endémicas, com respeito pelas respectivas estratégias de luta.

Diagnóstico clínico, por Médico Especialista de uma das Especialidades básicas (Medicina Interna, Cirurgia, Pediatria e Ginecologia/ Obstetrícia), com os seguintes apoios:

De laboratório; correspondendo a descrição de tarefas do Técnico de Laboratório.

De Radiologia, e correspondendo a descrição de tarefas do Técnico de Radiologia.

De outros exames complementares simples, ao alcance de um Médico Especialista de uma das quatro Especialidades básicas.

Prestação de cuidados de urgência, em regime de 24 horas por dia a faturas e outros traumatismos, mesmo que impliquem grande cirurgia, por cirurgião geral ou técnico de Medicina especializado em Cirurgia e outras situações agudas do foro cirúrgico.

Situações agudas do foro obstétrico ou ginecológico, mesmo que impliquem grande cirurgia, por ginecologista, cirurgião geral, ou técnico de Medicina especializado em Cirurgia.

Situações agudas do foro pediátrico.

Situações agudas do foro médico.

Prestação de cuidados clínicos em regime ambulatorio a doentes referidos a partir dos Centros de Saúde e que necessitem de observação clínica por médico de clínica geral ou por médico especialista de uma das quatro especialidades básicas

Tratamento das principais afeções prevalentes na zona

Prestação de cuidados clínicos em regime de internamento, num dos serviços previstos: Medicina Interna, Pediatria, Cirurgia e Obstetrícia/Ginecologia, aos doentes que não precisem de cuidados de outras especialidades ou por especialistas mais experientes.

Distribuição por prescrição médica, de uma gama alargada de medicamentos em instalações próprias – Farmácia do Hospital.

Transfusões sanguíneas, quando isso for absolutamente necessário.

Recolha e tratamento de dados estatísticos, epidemiológicos, clínicos, de actividade, de qualidade dos serviços prestados, de recursos e de custos.

Para além destas atividades acima mencionadas, cabem ainda aos Hospitais Gerais as seguintes tarefas:

Supervisão e apoio logístico e técnico as ações de Saúde realizadas, noutros Centros de Saúde da sua Zona de capacitação.

Envio para o Hospital Provincial de referência, ou mesmo eventualmente, diretamente para o Hospital Central dos doentes com problemas de saúde que não possam ser resolvidos ao seu nível por carecerem de cuidados clínicos especializados.

Servir de locais de estágio, tanto para a formação de base como a formação pós-graduação, de uma variada gama de profissionais de Saúde.

Gestão dos recursos que lhe forem atribuídos e Planificação dos que lhe serão necessários em função dos níveis de actividade previstos

Elaboração de relatórios periódicos

Para a realização das suas tarefas o Hospital será dotado de equipa mínima seguinte:

Médicos(as)	3 a 5
Técnicos(as) de Medicina	2 ou 3
Técnicos(as) de Medicina especializados(as) em Anestesia	1 ou 2
Técnicos(as) de Medicina ou enfermeiros(as) instrumentistas	1 ou 2
Técnicos(as) de Odonto-estomatologia	2 ou 3
Enfermeiras(os)	15 a 25
Enfermeiros (as) de SMI de nível médio ou básico	5 a 8
Técnicos(as) de Laboratório	1 ou 2
Agentes de Laboratório	1 ou 2
Técnicos(as) de Radiologia	1 ou 2
Agentes de Radiologia	1 a 3
Técnicos(as) de Farmácia	1 ou 2
Agentes de Farmácia	1 ou 3
Técnicos(as) ou Agentes de Fisioterapia	1
Técnico(a) de Administração de Unidades Sanitárias	2 a 4
Escriturários (as) / Dactilógrafos (as)	2 a 4
Serventes	30 a 30
Total	61 a 102

Enquanto não houver médicos (as) especialistas em quantidade suficiente, o(a) médico(a) cirurgião(a) poderá ser substituído(a) por um(a) ou dois(duas) Técnicos(as) de Medicina especializados(as) em Cirurgia. Os (As) médicos (as) internistas e pediatra poderão ser substituídos (as) por clínicos (as) gerais experientes e com interesse nestas especialidades e o médico (a) obstétrica/ginecologista por um (a) clínico (a) geral experiente e com interesse nesta especialidade, com capacidade para fazer cesarianas e, partos com extração, com auxílio de ventosa. De qualquer modo, um Hospital Rural deverá ter, pelo menos, três médicos (as) e, pelo menos, um (a) deles (as) deve ser especialista.

Tabela 8.1 Características das US, por nível

TIPO SERVIÇO		HG	CSUA	CSUB	CSUC	CSRI	CSRII
Preventivos	Atenção materna.Consulta Prenatal						
	Atenção materna.Planeamento familiar						
	Atenção criança: Seguimento criança						
	Atenção criança: Imunização (PAV)						
	Atenção criança: Reidratação oral						
	Atenção criança: Reeducação nutricional						
Assistenciais	Consulta pediátrica						
	Consulta adultos						
	Consulta especializada. MI Pediatria, G&O, Cirurgia						
	Assistencia ao parto		opcional (*)	opcional (*)	opcional (*)		opcional (*)
	Consulta de estomablogia						
	Bloco operatório						
	Curativos						
	Urgências. Banco de Urgências						
	Internamiento						
Auxiliares	Radiologia						
	Laboratório						
	Esterilização						
	Farmacia						
Gerais	Transporte sanitário						
	Lavandaria						
	Cozinha						
	Morgue						
	Equipas mínimas						
Pessoal sanitário qualificado	Médico generalista	3 a 5	1				
	Médico pediatra						
	Médico Obstetra-ginecologista						
	Médico Internista						
	Médico Cirurgião						
	Técnico medio de enfermagem (**)	22 a 37	7 a 8	2	1	1	
	Técnico básico de enfermagem (***)	8 a 16	9 a 13	7	2	6 a 8	2
	Técnico básico de laboratório	1 a 2	1 a 2			1	
	Técnico RX	1 a 2					
Técnico de Farmácia	1 a 2	1					
Outro pessoal Não clínico (Administração, Estatística, Contabilidade, etc..)	34 a 38	8 a 13	4	1	4 a 6	1	
Total Pessoal		61 a 102	26 a 36	13	4	12 a 16	3
	População de Referência	50.000-250.000	40.000-100.000	18.000-48.000	10.000-25.000	16.000-35.000	7.500-20.000

(*) Quando há Maternidade anexa ou no meio rural ocasionalmente

(**) Ou **Técnico** de medicina ou enfermeira Saúde Materno Infantil média

(***) ou **Agente** de medicina, ou enfermeira Saúde Materno Infantil básica ou parteira Elemental, ou farmácia, odontoestomatologia, medicina preventiva, laboratório, microscopista, etc.

8.2 PERFIL DA REDE SANITÁRIA DA CIDADE DE MAPUTO

Comparar a tabela anterior com o perfil de serviços que as US da cidade de Maputo oferecem pode ajudar a identificar as disparidades que, em conjunto, poderiam existir entre as duas.

Tabela 8.2 Serviços prestados pelas US da cidade de Maputo

TIPO SERVIÇO	SERVIÇO/TIPO_US	HG	CSUA	CSUB	CSUC	CSR1	CSR2
Preventivos	CPN-PP	67%	93%	100%	67%	100%	50%
	PF	0%	93%	100%	67%	100%	50%
	C CREIXEMENTO	0%	80%	67%	67%	100%	100%
	PAV	0%	93%	100%	67%	100%	100%
	RE-HIDRATAÇÃO ORAL	33%	73%	100%	100%	100%	50%
	CONS NUTRIÇÃO	0%	73%	100%	67%	100%	50%
Assistenciales	CONSULTA	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	ADENDIMENTO PARTOS	100%	33%	33%	0%	100%	0%
	ESTOMATOLOGIA	67%	53%	33%	0%	100%	0%
	CIRURGIA URG	67%	0%	0%	0%	0%	0%
	CURATIVOS	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	AT URGENCIA 24H	100%	13%	17%	0%	100%	0%
	INTERNAMENTO OBSERVACAO	100%	7%	0%	0%	100%	0%
	INTMTO MATERNIDADE	100%	33%	33%	0%	100%	0%
INTERNAMENTO	67%	0%	0%	0%	100%	0%	
Auxiliares	RADIOLOGIA	67%	7%	17%	0%	0%	0%
	LABORATORIO	100%	73%	50%	0%	100%	0%
	BANCO SANGUE	67%	0%	0%	0%	0%	0%
	ESTERILIZACAO	100%	60%	83%	67%	100%	0%
	FARMACIA	100%	80%	100%	100%	100%	100%
Gerais	TANSPORTE DOENTES	100%	60%	100%	67%	100%	0%
	LAVANDARIA	100%	40%	33%	0%	100%	0%
	COZINHA	100%	73%	83%	33%	100%	0%
	MORGUE	67%	0%	0%	0%	0%	0%

As áreas escuras representam que o serviço deveria ser oferecido naquele nível. As percentagens indicam que proporção de US daquele nível realiza a actividade.

Como aspecto positivo, pode-se mencionar que todas as US fazem a maioria dos serviços da sua responsabilidade.

O 100% oferece o serviço básico das consultas e curativos

Dois dos três hospitais gerais de fato compartilham muitas características com os nomeados hospitais distritais, pelo menos na Cidade de Maputo, assim praticam cirurgia de urgência a mais da programada o eletiva. O terceiro, funcionalmente é um CS com banco de urgências e uma grande maternidade, mas não faz cirurgia mesmo cesariana.

A pesar de os HG não fazerem serviços de Saúde Materna Infantil ou outros CPS directamente, nos três HG a cidade de Maputo dispõem-se de CS anexos praticamente na mesma vedação, responsáveis pela execução destes serviços.

Sem entrar neste apartado nas qualidades dos serviços, o certo é que o leque dos mesmos é adequado e as US oferecem os serviços apropriados ao seu nível.

8.2.1 Comparando tamanhos

Se na secção anterior é detalhado o leque de serviços a oferecer, nesta é apresentada a composição da rede para uma unidade administrativa, isto é, a quantidade de US de cada tipo necessários para prestar os serviços a uma população determinada.

De acordo com o diploma ministerial, um Centro de Saúde urbano de tipo A deveria cobrir uma população entre 40.000 e 100.000 pessoas, de tipo B entre 18.000 e 48.000 e C entre 10.000 e 25.000. Enquanto a população de referência em zona rural (o na periferia das cidades) um CS rural tipo I entre 16.000 e 35.000 pessoas e um CS rural de tipo II entre 7,500 e 20.000. Deve-se salientar que, ao pertencer estes tipos de US ao mesmo nível, não existe coincidência na população a servir. Isto é, os centros atendem zonas diferentes, sem superposição. Por exemplo, se numa zona existe uma população de 50,000 pessoas, a rede pode estar composta de um único CSUA (se houver grande densidade populacional) ou um CSUB e outro CSUC (em zonas de densidade intermédia ou baixa).

A população de referência para um HG varia entre 150.000 e 900.000 habitantes quando consideramos um HG similar ao Hospital Rural, segundo a regulação por níveis, mas neste caso e tratando-se de Hospitais localizados na cidade, comportam-se como os Hospitais Distritais cuja população de referência varia entre 50.000 e 250.000 habitantes. Teriam características mistas. Como esta é uma US de referência, pode existir superposição na população atendida.

O excesso de variação na quantidade de habitantes por tipo de US (segundo o diploma ministerial vigente) torna difícil o cálculo das coberturas actuais e a comparação com a cobertura ideal. Assim podemos escolher a média ponderada para cada tipo de US (tabela 8.3).

Compara-se aqui o tamanho da rede com o padrão que representa o diploma ministerial

Tabela 8.3 A Rede Sanitária aplicando o diploma ministerial

TIPO DE US	POPULAÇÃO DE REFÊRENCIA	US NECESSÁRIAS	US EXISTENTES
HOSPITAL GENERAL	525.000	2	3
“HOSPITAL DISTRITAL”	150.000	8	—
CS URBANO TIPO A	70.000	18	15
CS URBANO TIPO B	33.000	—	6
CS URBANO TIPO C	17.500	—	3
CS RURAL TIPO I	25.500	1	2
CS RURAL TIPO II	14.250	2	4
TOTAL		31	33
HABITANTES POR US		39.887	36.367

A rede resultante do exercício iria estar composta de 31 US, das quais 68% CS. A disponibilidade seria de 39.887 habitantes por US, aparentemente pior disponibilidade, mas de facto não consideramos os possíveis CS Urbanos de tipo B e C que poderiam complementar a rede e diminuir a proporção de habitantes por US.

Se esta rede for comparada com a existente, parece claro que na rede “ideal” de Maputo faltariam US bem equipadas, de nível superior, possivelmente hospitais distritais ou uma US de categoria e prestações equivalentes.

Pode-se também comparar o pessoal existente com o teórico aplicando o diploma ministerial. Nesse caso, os trabalhadores necessários, por categoria, para esta rede iam-se aproximar aos 1.004. Deve-se salientar que, ao ser os recursos humanos calculados na grande maioria com respeito à população, o pessoal necessário

depende pouco do tamanho da rede. Este total comparado com os quase 1.300 trabalhadores existentes demonstraria uma boa cobertura de serviços enquanto estamos falando de serviços mínimos e sem considerar a especialização dos trabalhadores sanitários

O facto que, como mencionado, as equipas mínimas tenham sido calculadas de acordo com a população de referência da US e não de acordo com o tipo e complexidade de serviços que devem ser oferecidos nessa US, nem com uma carga de actividade projetada, torna difícil estimar a suficiência (ou mesmo excesso) dos cálculos.

Tabela 8.4 Pessoal necessário, por categoria e por nível da US, aplicando o diploma ministerial

Tipos US	Médicos	Enfermeiros e Técnicos superiores(*)	Enfermeiros e técnicos médios(*)	Enfermeiros e Técnicos básicos(*)	Técnicos Diagnóstico e terapêutica(**)			Administrativos todas categorias	Outro pessoal	Total Pessoal
					Radiologia	Laboratório	Farmácia			
CSRI			2	16		2		6		26
CSRII			4	8				0		12
CSUA	14		112	182		28	14	182		532
CSUB			14	49				50		113
CSUC				6				9		15
HG	15		111	48	6	6	6	114		306
TOTAL mínimo	29		243	309	6	36	20	361		1004

Tabela 8.5 Pessoal existente, por categoria e por nível da US

Tipos US	Médicos	Enfermeiros e Técnicos superiores(*)	Enfermeiros e técnicos médios(*)	Enfermeiros e Técnicos básicos(*)	Técnicos Diagnóstico e terapêutica(**)			Administrativos todas categorias	Outro pessoal	Total Pessoal
					Radiologia	Laboratório	Farmácia			
CSRI	3	0	6	15	0	2	2	6	0	34
CSRII	0	0	0	6	0	0	1	0	0	7
CSUA	26	23	96	132	1	38	22	88	86	512
CSUB	3	2	17	45	1	8	7	15	20	118
CSUC	0	0	3	10	0	0	1	0	9	23
HG	74	30	83	186	8	45	40	89	27	582
TOTAL existente	106	55	205	394	10	93	73	198	142	1276

(*) Excluídos aqueles dos serviços de Radiologia, Laboratório e Farmácia. Registados nas colunas de "Técnicos Diagnóstico e Terapêutica"

(**) Incluídas as categorias básicas, exemplo: Agentes.

Provavelmente, uma equipa mínima por categoria e carreira deveria ser desenhada para cada unidade sanitária, tomando em conta o pessoal necessário para manter operacionais os serviços, mesmo que com pouca actividade, e corrigir em função de indicadores de produtividade à medida que o volume de actividade realizada aumenta.

9. CONCLUSÕES

Neste capítulo são sumarizados e comentados os aspectos mais significativos apresentados nos capítulos anteriores. Nele vão-se elaborar e discutir algumas conclusões extraídas da análise realizada nos capítulos anteriores, seguindo para isso a mesma ordem em que os resultados da análise foram apresentados. Em cada secção serão extraídas conclusões que estabelecem a comparação entre distritos numa tentativa de incluir na análise o conceito de equidade.

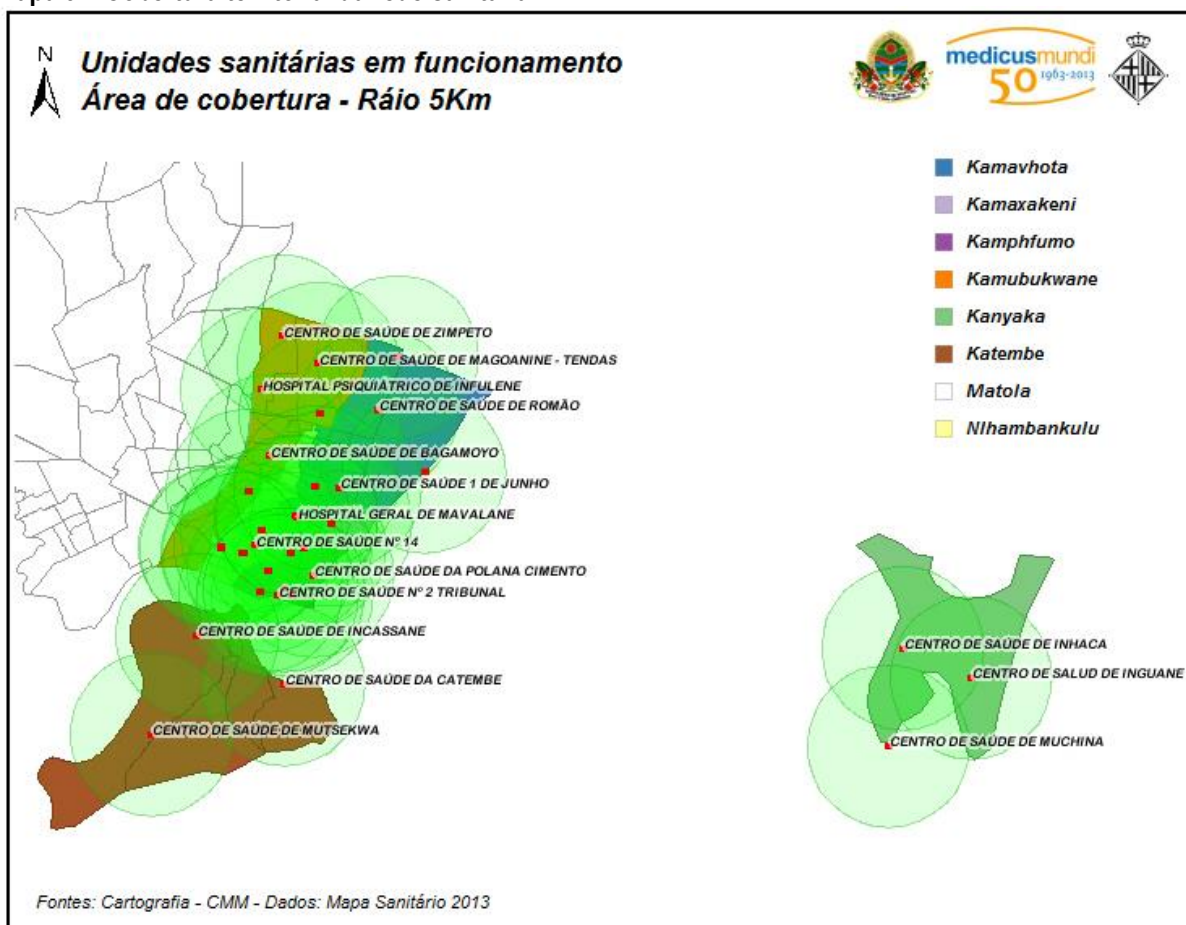
9.1 REDE SANITÁRIA

Com quase de 36.000 habitantes por US, a Rede Sanitária primária e secundária da Província e Município de Maputo Cidade poderia oferecer uma cobertura adequada de serviços sanitários segundo os padrões estabelecidos no diploma ministerial das US.

Os distritos aparentemente mais favorecidos em termos de quantidade de habitantes por US seriam KaNyaka e KaTembe mas, os dois estão separados da cidade por mar, com problemas de comunicação, sobretudo no caso da ilha de Inhaca, a mais de 32 km do núcleo urbano no continente e sem a proximidade de nenhum Hospital (o seu Hospital de referência esta a 41 km, 32 dos quais necessitam navegação per barco).

De qualquer maneira a distribuição das US concorda cõa densidade de população, mas há tipos de serviços básicos que faltam em algum distrito como no caso da maternidade no distrito de KaMphumo. Neste distrito está localizado o HC e sua maternidade, de referência provincial e nacional e por tanto com um grande volume de trabalho.

Mapa 9.1 Cobertura territorial da rede sanitária



Representa a população abrangida pela US rodeada dum círculo

Como se pode ver nesta figura, praticamente nenhum bairro fica fora de cobertura para um raio de cinco quilômetros.

Ao comparar a rede atual com a que se obteria da aplicação do diploma ministerial aprovado, obtém-se que a rede atual é diferente do que seria recomendável, não em número, mas em complexidade. Seria necessário um maior número de US mais especializados (oito HD, ou o equivalente em categoria, no exercício teórico) e/ou uma proporção mais adequada de CS (segundo a projeção feita no exercício: quatro CS urbanos de tipo A, mais)

9.2 SERVIÇOS PRESTADOS

Além das Consultas Pré-Natais, todos os serviços ligados à Saúde Reprodutiva estão bastante bem representados. Existem 12 US com sala de Partos (uma para cada 20.135 MIF) e 28 que realizam Consultas Pré-Natais (82%).

Existem 12 unidades que prestam Cuidados Obstétricos Essenciais Básicos com 103.041 habitantes por COEB a proporção é razoável, a normativa internacional estabelece o mínimo de 125.000 habitantes. Em relação aos COE Completos, há mais de 100.000 habitantes por acima da norma, 618.000 contra 500.000. Não pode falar-se de um grande excesso e possivelmente a razão é a presença de uma US quaternária, o Hospital Central de Maputo, que oferece este tipo de serviços na sua maternidade no distrito de KaMphumo.

Só dois HG da rede assistencial secundária, José Macamo e Mavalane, oferecem serviço de cirurgia maior e banco de sangue. Seria insuficiente, mas a existência de um Hospital de nível quaternário, o Hospital Central de Maputo pode resolver no princípio o problema ainda que, à custa de aumentar indevidamente a sua própria atividade.

A rede laboratorial (59% das US) está bem fornecida e equipada, mas deveria abranger todos os CSUA e Centro de Saúde Urbano tipo B (CSUB), na actualidade só 71% dos CSUA e 57% dos CSUB têm laboratório.

65% das US dispõem de ambulância ou veículo para transporte de doentes, mesmo assim o resto das US sem transporte são servidas pelas ambulâncias dos seus HG de referência.

9.3 SISTEMAS DE REFERÊNCIA

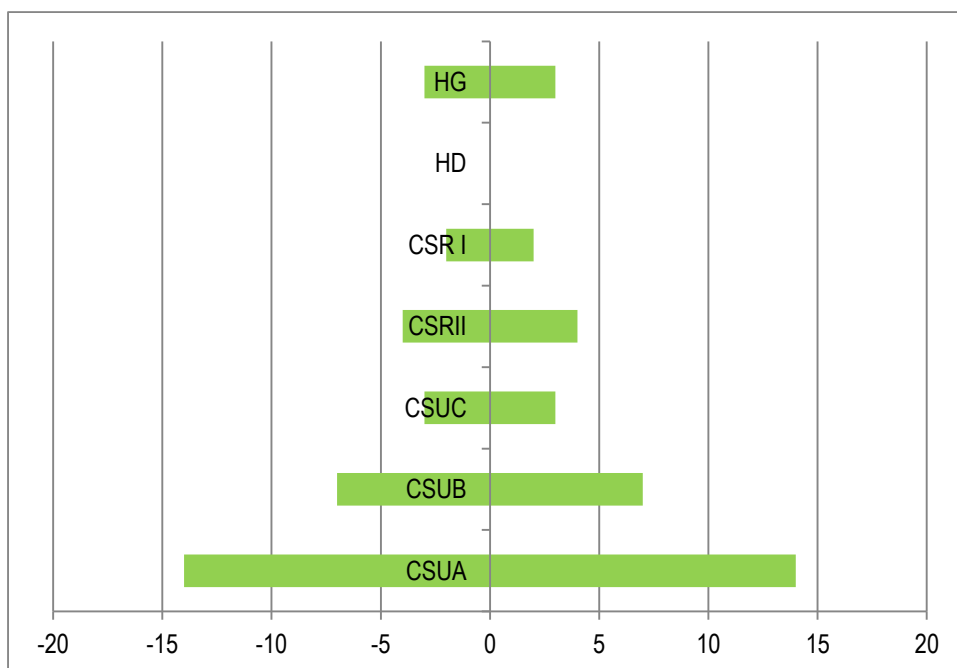
Há três HG de segunda referência no município de Maputo, mas nenhum H.D. ou seu equivalente assistencial.

O nível dos HG é consistente. De média estas US dispõem de recursos humanos: quase 25 médicos por HG; equipamento: camas de medicina, de cirurgia, de pediatria, de urgências e de maternidade, laboratório, RX, viatura para doentes. O suficiente para funcionar como segunda referência. No entanto é preciso enfatizar a necessidade de reforçar a rede primária com serviços de atenção às 24h para evitar a sobrecarga dos HG.

O mesmo nos CSUA e no CSRI: com serviço de estomatologia e alguma maternidade, mais internamento no CSRI. De facto uma parte dos CSUA realizam algumas das funções próprias dos inexistentes HD.

A pirâmide da rede sanitária mostra graficamente o peso de cada um dos tipos de estruturas. A estrutura da pirâmide é 1 : 4,6 isto é, para cada US de segunda referência (HG), existem 4,6 CSUA.

Gráfico 1. Composição da Rede Sanitária



Outros aspectos ligados ao sistema de referência são mais difíceis de sistematizar num levantamento deste tipo e são também relevantes:

O sistema de informação das atividades de Saúde, com todas as suas limitações, tem uma circulação administrativa eficaz, mas em muitas US os documentos em papel são descartados ou perdidos quando os dados de atividade são transferidos para o MB. Isso dificulta uma análise posterior se houvera erros.

Existem mecanismos de coordenação entre as US de diferente ou mesmo nível que partilha pessoal sanitário como médicos e técnicos estomatólogos (visitas semanais ou mensais).

As US partilham os sistemas de transporte e comunicação, há um fluxo de ambulâncias desde os HG ou alguns CSUA até outros CS dependentes ou mais periféricos, exemplo a ambulância do CS de Bagamoyo fornece o serviço ao CS de Magoanine-Tendas.

9.4 O ESTADO DAS INFRA-ESTRUTURAS

Além das conclusões evidentes sobre o estado físico das US e das intervenções necessárias para corrigir a situação, descritas no capítulo 5, foram extraídos da avaliação dos edifícios outros pontos para a reflexão.

9.4.1 Necessidade de plantas tipo

A construção da rede sanitária, que tem acontecido fundamentalmente nos últimos 10 anos, parece ter ficado ao critério do financiador. Não foram desenvolvidas plantas tipo por nível de unidades que teriam facilitado o processo de planificação, licitação e fiscalização. Uma readaptação da planta tipo já utilizada em três centros poderia transformar-se no necessário modelo para o futuro.

9.4.2 Legalizar o património

A equipa do Mapa Sanitário encontrou umas poucas situações em que os responsáveis das unidades não tinham a certeza que qual era o proprietário legal do edifício. Definir claramente quem é o proprietário e quais são suas responsabilidades é extremamente importante para abordar ou não intervenções construtivas que podem finalizar em mãos diferentes ao SNS. Propriedade e gestão devem estar contidas na documentação da unidade, particularmente naqueles casos em que são instituições diferentes.

Os documentos legais que corroborem a propriedade são **o próprio título de propriedade** referente ao edifício e **o documento de legalização do terreno** referente a este. Os documentos legais que confirmam a gestão

dum edifício por uma entidade são **as peças contratuais** estabelecidas entre o proprietário e o usufrutuário (acordos de colaboração, contratos de arrendamento, etc.). Deveriam ser envidados esforços para que todas as unidades disponham de expedientes completos.

9.4.3 Qualidade, estado e intervenção.

O estado das infraestruturas é em geral bom, mas deve ser ponderado. Quase a metade da rede foi construída nos últimos 20 anos, por isso é relativamente recente. Os materiais utilizados em todos os edifícios são convencionais, duradouros e permanentes e isso quer dizer que pode-se considerar que no próximo futuro não vão aparecer graves problemas na gestão das infraestruturas da rede, mesmo que alguns problemas construtivos podem aparecer num segundo momento, no caso de que a construção não for feita de maneira rigorosa e adequada.

Existem dois instrumentos, responsabilidade da administração do estado como organismo financiador, que têm a ver com a melhoria destes aspectos construtivos, além dum desenho adequado ao perfil da unidade e a elaboração dum caderno de encargos correcto e completo.

Por um lado, a **fiscalização** deve garantir a qualidade da obra no momento da construção. Por outro, a **manutenção** de rotina faz com que a estrutura mantenha a mesma qualidade ao longo dos anos. Obras de maior vulto como reabilitações, deveriam ser acometidas apenas para modernizar algumas áreas ou perante uma mudança de perfil da unidade.

A avaliação propõe uma quantidade relativamente grande de intervenções, incluindo 15 reabilitações (das quais apenas 2 são reabilitações pesadas) e 1 construção completa, para manter a rede existente em condições correctas, isto é, sem incorporar neste plano nenhuma refuncionalização/ampliação e ainda menos expansão da rede com novas construções.

É claro que o número e a variedade das intervenções necessárias obrigam à priorização, que deve ser explícita (com critérios que possam ser discutidos entre todos os participantes na tomada de decisões) na medida do possível.

É importante lembrar que em muitos casos a reabilitação ligeira das unidades representa a substituição do material de cobertura que é atualmente um material cancerígena de fibrocimento. Essa intervenção não implica grandes intervenções estruturais e por tanto representa um tipo de acção que há de estar considerada e priorizada de maneira específica.

9.4.4 Abastecimento água e energia

No contexto da Cidade de Maputo o funcionamento das redes municipais de abastecimento de água e de energia resultam ser adequado e suficiente e por tanto a rede municipal não tem graves problemas nesse sentido.

Em contextos rurais restam poucas alternativas senão o furo-poço ou a compra a fornecedores privados e o uso dos painéis solares.

9.4.5 Observações estruturais e funcionais das US

Na avaliação das infraestruturas apresentada no capítulo 5 não se fez menção a uns aspectos essenciais pela boa funcionalidade das unidades que dependem da construção. Para alojar devidamente os serviços que devem ser prestados naquela unidade temos que considerar se os espaços e a distribuição são adequados aos serviços oferecidos e que não tenham condições físicas que impeçam a actividade.

Alguns dos problemas funcionais achados às vezes nas unidades do município são os seguintes:

- ❖ Superfícies das salas sem ligação com o tipo e o volume da actividade realizada (como acontece em algumas áreas do CS Chamanculo ou do CS 1 de Maio).

- ❖ Utilização de uma área para fins diferentes (por razões diversas) àqueles para que foi desenhada (por exemplo, no caso do CS n.14, CS Maxaquene ou também no caso da farmácia do HG Chamanculo).
- ❖ Áreas de espera pequenas em relação à grande quantidade de pacientes que utilizam os serviços de saúde. (uns exemplos significativos podem ser o CS do Porto, CS Inhagoia).
- ❖ Problemas de manutenção do sistema de água das unidades que deixa às vezes partes das unidades sem água, com infiltrações ou não permite o fluxo das águas sujas (uns exemplos significativos são o CS 1 de Maio e o HG de Chamanculo)
- ❖ Caixilharia inadequada que deixa a água passar durante os períodos de chuva. (é o caso do CS Maxaquene Anexo e algumas partes do CS 1 de Maio).
- ❖ Em geral, o tratamento de lixo não é correcto e muitas vezes só trata-se de deixá-lo num buraco aberto. Isso provoca péssimas condições higiénicas. (veja-se a situação do CS Hulene ou o CS Incassane)

Aconselha-se também que todas as unidades disponham do desenho das plantas arquitectónicas do edifício, por várias razões técnicas que se podem apresentar no futuro e por simplificar qualquer acção o projecto específico sobre cada uma dessas unidades.

Esses desenhos teriam uma utilidade geral e para considerações gerais sobre os edifícios, além de ser um material útil para os diretores dos centros, mas é importante lembrar que os desenhos fornecidos não substituiriam de nenhuma maneira um estúdio arquitectónico necessário no caso de uma intervenção construtiva ou de reabilitação-ampliação do edifício.

9.5 DISPONIBILIDADE DE RECURSOS

Nesta secção são apresentadas as principais conclusões sobre a disponibilidade de alguns recursos críticos para o funcionamento da rede, nomeadamente recursos humanos, camas, medicamentos e recursos financeiros.

9.5.1 Recursos Humanos

O levantamento confirmou que existe uma quantidade adequada de recursos humanos para o nível de prestações e o volume de actividade realizado.

Por categoria profissional, os profissionais em maior número são os enfermeiros: 61% dos trabalhadores sanitários, incluindo médicos e técnicos de todos os níveis, dos quais 29% são quadros médios e 55% básicos, ainda 4% são profissionais de quadros superiores e 13% não estão enquadrados numa categoria específica.

Em meios auxiliares de diagnóstico e tratamento, como farmácia, laboratório e radiologia é frequente a presença de enfermeiros ou pessoal sem qualificação técnica formal devido à falta de técnicos médios e superiores especializados. O diploma ministerial do MISAU contempla a possibilidade de empregar agentes básicos treinados nas mencionadas especialidades.

9.5.2 Camas hospitalares e Outro Equipamento

Não existe um indicador ótimo da disponibilidade de camas, embora sejam geralmente aceite o valor de uma cama por cada 1,000 habitantes como o mínimo aceitável. No caso da rede primária e secundária de Maputo, a disponibilidade quase atinge este valor (0,95‰).

Mais do que na disponibilidade global, o problema estaria na distribuição. Três distritos têm menos do valor aceitável: KaMphumo, KaMubukwane e KaMaxakeni.

Noutro extremo estaria o distrito de KaNyaka com um aparente excesso de camas devido a escassa população.

Finalmente, o levantamento revelou que muitas US, incluindo algumas de referência, utilizam equipamento essencial, mas não na quantidade adequada para o número de utentes que vão as consultas. As balanças,

estetoscópios ou esfigmomanómetro, às vezes ficam avariados e os trabalhadores da Saúde devem usar os seus próprios.

9.5.3 Medicamentos e despesa com medicamentos

Os kits de medicamentos essenciais distribuídos (2.300) são suficientes para as atividades curativas realizadas com uma cobertura média de 117% no conjunto do município.

Considerando os medicamentos comprados pelas US com dotação orçamental, os fundos gastos com medicamentos por habitante ficam entre 14 e 19 MZN, uma quantidade insuficiente. Este cálculo inclui as despesas com medicamentos dos hospitais da rede secundária, mas não inclui os medicamentos dos programas (programa nacional de luta contra o paludismo, tuberculose, lepra, HIV, etc.) e, sobre tudo, não inclui as despesas realizadas pelos utilizadores em farmácias privadas.

9.5.4 Recursos financeiros

A despesa identificada por habitante da cidade de Maputo de 174,35 MZN em 2013 é substancial, e na realidade provavelmente seja várias vezes maior, considerando como não incluídas as despesas correspondentes ao nível terciário e quaternário de assistência sanitária, os custos adicionais de outros conceitos: orçamento de funcionamento da DSCM, orçamento de Investimento/componente interno e fundo comum provincial, assim acrescenta-se a 253 MZN, e ainda faltaria somar as despesas totais das famílias com medicamentos fora das US do sector público.

Maputo apresenta um incipiente grau de descentralização da gestão financeira, com uma parte importante dos recursos financeiros transferidos efetivamente da DSCM ao município (CMM):

25 CS da rede primária de saúde, o departamento de Saúde pública e as duas morgues. São evidentes as vantagens que uma descentralização teria para estabelecer uma cultura de gestão e para aproximar os recursos aos problemas que estes devem resolver.

9.6 VOLUME DE ACTIVIDADES E COBERTURA

Mais do que o volume em termos absolutos, ao analisar as atividades realizadas pelo sistema interessa focar em dois aspectos, uma vez que a qualidade não foi objeto de estudo. Por um lado deve-se avaliar quão importante foi o sistema para a população da área, isto é, as coberturas atingidas. Por outro lado é conveniente estimar até que ponto os recursos foram corretamente utilizados.

9.6.1 Coberturas razoáveis

As coberturas atingidas pelos principais programas de vacinação são de médias baixas (64,08% na terceira doses de Penta e 65,39% na VAS) o que poderia indicar um registro inadequado durante as campanhas de prevenção ou uma atividade vacinal não suficientemente registada nas US privadas da cidade.

Quanto aos serviços de consultas e internamento as cifras são de uma e media consulta por habitante e ano e 37,5 altas por mil habitantes.

Há uma cobertura média de 70,1% nos partos. De acordo com as agências especializadas das Nações Unidas (Maine D, Wardlaw TM, Ward VM & Brown JE. Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. UNICEF & WHO. 1997) as cesarianas deveriam representar entre cinco e 15% do total de partos. Assim, o indicador obtido de 16% sobre o total de partos realizados parece adequado e também, sobre os partos esperados, 11%. A mesma fonte recomenda que pelo menos 15% de todos os partos esperados sejam realizados em US que oferecem COEB ou COEC, em Maputo os partos feitos nas US com os mencionados serviços são 100%. O quê significa um bom indicador e ultrapassa as recomendações feitas.

9.6.2 Potencial para Ganhos de Eficiência

Todos os indicadores de eficiência mostram a possibilidade de aumentar a produtividade quase o duplo sem comprometer a qualidade do trabalho. Mais o menos os trabalhadores sanitários qualificados fazem quatro hora de trabalho ao dia num ano laboral de 250 dias.

O mesmo se aplica à Ocupação das Camas, 67%, que poderia acrescentar-se até um 80 ou 90% sem perda da qualidade.

A demanda de serviços depende nas zonas rurais da acessibilidade geográfica, mas também, mesmo na cidade de aspectos sócio-organizacionais tais como a disponibilidade dos serviços, a economia, a comodidade e a aceitabilidade por parte dos utentes. Sendo assim, os motivos desta baixa demanda podem dever-se talvez a múltiplos factores entre os quais, a falta de confiança na qualidade dos serviços ou a falta de meios diagnósticos ou medicamentos, podem ser importantes.

O sumário desta secção é que é possível aumentar o volume de atividades a realizar sem necessidade de recursos humanos adicionais e melhorando aspectos de disponibilidade de meios.

10. RECOMENDAÇÕES E OPÇÕES DE ACÇÃO

Os capítulos precedentes descrevem um sistema de saúde caracterizado por uma rede quantitativamente importante e em expansão, compostas de unidades com um tipo de serviços aceitável, mas que precisaria, segundo a análise feita e baseada no diploma ministerial, de algumas US especializadas de actividade intermédia entre os CS existentes e os HG para atingir uma maior cobertura de todas as populações e oferecer uns serviços sanitários de maior qualidade. Os recursos humanos são suficientes em número para o volume atual de actividade, mas a sua composição precisa de diminuir a dependência de quadros básicos. Igualmente precisa melhorar a quantidade e qualidade de técnicos especializados nas áreas de Obstetrícia, Laboratório, Farmácia e Radiologia. O equipamento deveria ser renovado, acrescentado e mantido em boas condições.

Os recursos financeiros estão relativamente descentralizados, mas não cobrem devidamente áreas tão importantes como os medicamentos. Seria importante ter as ferramentas, de informação, planificação e gestão financeira necessária para garantir o sucesso desta descentralização.

Antes de iniciar a análise das opções possíveis para corrigir, mesmo parcialmente, esta situação, serão apresentadas algumas assunções importantes para a tomada de decisões.

10.1 PRESSUPOSTOS

Os pressupostos a considerar antes de avaliar as opções incluem a projecção do crescimento populacional e padrões demográficos, algumas assunções quanto aos perfis epidemiológicos, e uma estimativa do volume de recursos financeiros disponíveis.

10.1.1 Projeções de População

A falta de dados confiáveis de crescimento da população continua a ser uma das maiores limitações para uma análise apropriada e a elaboração de planos ajustados.

Partindo da base do censo da população no ano 2007 utilizada neste exercício, foi considerado um crescimento constante da população de 2.1% anual (percentagem utilizada pela DSMSAS) O resultado deste cálculo é uma estimativa de população para Maputo em 2020 de 1.434.175 habitantes. (Tabela 10.1)

Pode-se utilizar o mesmo critério de crescimento para todas as províncias, embora se possa diferenciar entre zonas de grande concentração urbana e áreas rurais.

Tabela 10.1 Projeções de população da província de Maputo por distrito. 2013-2020

DISTRITO/ANO	2012	2.014	2.016	2018	2020
KAMAVHOTA	301.592	314.392	327.735	341.644	356.144
KAMAXAKENI	134.042	139.731	145.661	151.843	158.288
KAMPHFUMO	253.272	264.388	275.609	287.306	299.500
KAMUBUKWANE	198.877	207.317	216.116	225.288	234.849
KANYAKA	5.585	5.822	6.069	6.326	6.595
KATEMBE	18.941	19.744	20.582	21.456	22.366
NLHAMBANKULU	301.837	314.647	328.001	341.921	356.433
MAPUTO CIDADE	1.214.146	1.266.040	1.319.772	1.375.785	1.434.175

10.1.2 Novo perfil epidemiológico

Apesar de que nos próximos anos manter-se-á o perfil epidemiológico com alta prevalência de doenças infectocontagiosas, pode ser realizada uma projecção sobre possíveis mudanças futuras assim como o seus efeitos sobre os serviços de saúde:

10.1.2.1 O efeito do VIH/SIDA

Com cerca de 1,4 milhões de pessoas infectadas (Mozambique Country Overview), cerca de 510.000 crianças órfãs devido à SIDA, e uma prevalência nacional de 11,3% (OMS, 2011) e na cidade de Maputo de 23% entre pessoas de 15-49 anos, Moçambique está entre os países com as maiores taxas de prevalência de HIV/SIDA a nível mundial. Ao mesmo tempo, os últimos dados indicam que a taxa de prevalência se estabilizou nos últimos anos (Conselho Nacional de Combate Contra a SIDA, UNAIDS, 2012).

De 15.900 pacientes em tratamento antirretroviral (TARV) em 2003 o número cresceu para 218.991 em 2011. Em 2005, apenas de 20,6% dos serviços de TARV eram fornecidos ao nível dos cuidados primários, enquanto hoje o peso dos serviços de TARV a nível primário é de mais de 77%.

A percentagem de adultos e crianças elegíveis recebendo TARV vem aumentando desde 2005, mas entre 2010 e 2011 exibiu uma diminuição (Conselho Nacional de Combate Contra a SIDA, UNAIDS, 2012).

De 2005 a 2010 o número de unidades prestando serviços de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV) registou uma subida acentuada acompanhado de uma subida do número de mulheres que receberam antirretrovirais (ARV) para PTV. A percentagem de mulheres grávidas HIV+ recebendo ARV para PTV vêm aumentando drasticamente desde 2005 (Conselho Nacional de Combate Contra a SIDA, UNAIDS, 2012).

Apesar dos desafios, os avanços realizados nos últimos anos, como por exemplo, a rápida expansão dos serviços de TARV, a implementação de estratégias de retenção de pacientes, a melhoria nos serviços de pré-TARV e o desenvolvimento de novos instrumentos de monitoria e avaliação de TARV, os esforços de Moçambique para prestar serviços de cuidados e tratamento de HIV/SIDA foram considerados como “bons” em termos gerais pelo relatório da UNGASS 2012.

10.1.2.2 Novas e velhas emergências

De acordo com o Relatório Anual de 2009 do Programa Nacional de Controlo da **Malária** (PNCM), o fardo da malária está a diminuir e o número de casos vem descendo, mas ainda é grande. No INCAM 2007 a malária foi comprovada como a causa principal de morte em geral (29%), seguido de SIDA (27%). Entre crianças menores de cinco anos de idade, essa diferença é mais acentuada: a malária é responsável por 42% das mortes, seguido pela SIDA em 13%.

De acordo com o Relatório Mundial sobre **Tuberculose** (TB) da OMS de 2009, foram avaliados mais de 92.000 casos novos de TB no país em 2007, com um índice de incidência de 174 casos por cada 100.000. Prevê-se que número de casos de TB aumente nos próximos anos devido à problemática do HIV/SIDA. O índice de co-infecção entre TB-HIV é alto, com uma estimativa de 47,3% de novos pacientes de TB seropositivos.

Notificações absolutas de todas as formas de TB continuam a aumentar de 2-15% por ano desde 2001.

De acordo com a estratégia do PNCT, todas as províncias em Moçambique contam com 100% de cobertura de tratamento directamente observado (TDO) institucional (Conselho Nacional de Combate Contra a SIDA, UNAIDS, 2012). A taxa de detecção de TB aumentou de 45% em 2010 a 48% em 2011 e esse aumento é associado a iniciativas do MISAU como o envolvimento de voluntários e curandeiros tradicionais, a melhoria da capacidade de diagnóstico e o treinamento do pessoal de saúde.

Segundo os dados nos Boletins Epidemiológicos Semanais (BES), os casos de **cólera** continuam a diminuir nos últimos anos, mas ainda assim a ameaça continua depois de chuvas torrenciais e cheias periódicas. Apesar dessa redução, a taxa de mortalidade em Moçambique por cólera de 1.3% ainda é alta considerando a taxa recomendada pela OMS de menos de 1%.

As doenças tropicais negligenciadas têm forte presença em Moçambique. O peso da **Esquistosomíase** é significativo, está em crescimento e afecta mais de 80% das crianças, 34% em Maputo (Agosto, 2009).

Aproximadamente 4 em cada 5 crianças em idade escolar estão infectadas pelo helminto transmitido pelo solo (STHs) e a prevalência da esquistossomíase urinária chega a 100% em alguns distritos, causando o aumento do risco de contrair o HIV para as meninas e mulheres.

De acordo com dados do Programa Nacional de Controlo da **Lepra**, desde 2006 houve uma redução acentuada nas taxas de detecção da lepra em Moçambique, com uma estabilização nos últimos anos.

O MISAU está prestes a aprovar e lançar um Plano Estratégico Nacional para as Doenças Tropicais Negligenciadas. O sucesso deste plano dependerá da disponibilidade de apoio financeiro externo.

Um novo plano estratégico do PNCL para 2012-2015 está atualmente sendo elaborado com o objetivo geral de reduzir o peso da lepra na comunidade em cada um dos distritos do país até finais de 2015.

As doenças tropicais negligenciadas são quase por definição doenças que afectam desproporcionalmente as populações pobres, já que muitas são directamente relacionadas as condições de pobreza, como falta de acesso a água limpa e saneamento (Why are some tropical diseases called "neglected"?).

O manejo das doenças tropicais negligenciadas por pessoal especializado cria limitações no acesso aos cuidados. Estes deveriam ser integrados num pacote abrangente de cuidados básicos de saúde primária. Seria então necessário revisar os protocolos clínicos e elaborar algoritmos simples para capacitação do pessoal dos cuidados primários de saúde para diagnosticar e tratar os doentes.

10.1.2.3 As doenças não contagiosas

De acordo com a OMS, já no ano 2004 (faz quase 10 anos) as doenças cardiovasculares eram responsáveis de 6.5% das mortes que aconteceram em África. Logicamente, a maior parte destas mortes deve produzir-se em zona urbana. Como no caso do VIH/SIDA, o diagnóstico e seguimento destas doenças requerem duma abordagem de doença crónica diferente do que neste momento o sistema pode oferecer.

A mesma fonte afirma que um 3.5% adicional de mortes é devido à violência, metade das quais a acidentes de viação, cujo tratamento, para ter algum sucesso, deve ser realizado em unidades com capacidade específica. E trata-se de acidentes que previsivelmente aumentarão com o volume de veículos e a extensão da rede viária.

Em Moçambique, os ferimentos são umas das principais causas de consultas nos serviços de emergência nos centros de saúde, somando um total de 20% a 25% consultas (Departamento de Doenças Não Transmissíveis /MISAU).

O MISAU aprovou recentemente o Plano Estratégico para a Prevenção e Controlo de Trauma e Violência (2011-2015) elaborada pelo Departamento de Doenças Não Transmissíveis e a Secção de Trauma e Violência de modo a focar na prevenção e controlo de trauma usando a abordagem multi-sectorial.

10.1.3 Novas abordagens

Já foi mencionado em anteriores secções que nos últimos anos algumas das estratégias dos principais programas têm mudado. Invariavelmente, as mudanças levam para uma maior complexidade na abordagem, e para a necessidade de maiores meios (pessoal mais especializado, equipamento mais sofisticado) nas US.

Assim, para executar a estratégia da saúde reprodutiva orientada a oferta de Cuidados Obstétricos de Emergência (COEB e COEC) seria necessário que todos os Hospitais Gerais oferecessem cirurgia obstétrica e todos os Centros de Saúde de Referência o leque completo de COEB.

Quanto ao VIH/SIDA, todas as US da rede deveriam fazer abordagem sindrómica (aquelas sem laboratório) ou etiológica (aquelas com laboratório) das Infecções de Transmissão Sexual. Ao nível dos HG e CSUA deveria ser feito diagnóstico serológico e do grau da doença, diagnosticar e tratar Infecções Oportunistas e implementar a Prevenção da Transmissão Vertical.

Com a adoção dos novos esquemas terapêuticos para o tratamento da malária e o aumento exponencial dos custos dos medicamentos, a utilização de testes rápidos (mais fiáveis quando bem utilizados, mas mais caros

que as gotas espessas) torna-se uma opção a considerar mesmo para os CS mais elementares. De facto, nestas unidades sanitárias o teste rápido e algum outro exame baseado em fitas reativas poderiam ser suficiente como método diagnóstico complementar.

10.2 CRITÉRIOS UTILIZADOS

As opções que serão apresentadas nas seguintes secções foram escolhidas com base em vários critérios que, implícita ou explicitamente, refletem a política sanitária em vigor.

Acessibilidade: o aumento do acesso, geográfico e financeiro, a unidades sanitárias e serviços é claramente uma prioridade nestes momentos. Serão analisadas diferentes opções para atingir este aumento, e elaborados vários cenários de rede sanitária possível.

Equidade: muito ligado ao anterior, será analisado como reduzir as grandes desigualdades entre pessoas de diferentes níveis sociais e que vivem em lugares diferentes. Além da equidade horizontal (a igual necessidade, igual acesso) será considerada também a equidade vertical (a desigual necessidade, desigual acesso, que está na base da oferta de serviços para algumas doenças que não se distribuem homogeneamente pelo território, como o VIH/SIDA).

Integralidade: será discutida a prioridade a conferir a intervenções destinadas a completar os serviços a ser prestados por uma unidade sanitária, ou à rede de US e serviços numa determinada área geográfica.

Conservação do Patrimônio: a qualidade das infraestruturas que compõem a rede sanitária e o seu grau de degradação farão priorizar intervenções destinadas a conservar o patrimônio, uma das responsabilidades dos departamentos do Governo.

Eficiência: finalmente serão consideradas opções para aumentar a eficiência, cujos baixos níveis em praticamente todas as áreas são uma das características repetidas ao longo dos capítulos anteriores.

A seguir serão analisadas estas áreas, cada uma numa secção, com um horizonte temporal de sete anos, tomando em conta que muitas intervenções (obras, formação, mudanças de hábitos) vão precisar de longos anos para iniciar a prática. É claro que as opções nem sempre são excludentes, e que inclusive dentro da mesma área podem ser aplicadas diferentes combinações de intervenções. E também que intervenções numa área podem ter resultados numa outra.

10.3 AUMENTAR O ACESSO

A acessibilidade aos serviços de saúde tem três componentes, o acesso geográfico, a disponibilidade dos serviços e a acessibilidade financeira.

Não parece haver muitos problemas de acesso no caso da cidade de Maputo. Todos os bairros têm um acesso relativamente fácil a suas unidades de saúde (Embora haja sempre uma escassez de transportes públicos).

Apenas a minoria de pessoas que vivem na ilha de Inhaca sofrem as dificuldades lógicas de estar longe de seus hospitais de referência de segundo nível.

10.3.1 Mais unidades, maiores, mais próximas?

Se o desenho ideal for aplicado, agora não seria necessário aumentar o número de US, mas seria necessária a mudança dos tipos e por tanto, as suas funções. A tabela 10.1 mostra a rede em 2020, aplicando os mesmos critérios para a população projetada.

Entretanto, 57% das US seriam CSUA. A grande diferença seria na estruturação dos níveis de referência, mais racionais.

Pelo que diz respeito aos Hospitais Gerais iria a manter o número, mas seria necessário reabilitar o HG de Chamanculo e fornecê-lo com serviços adequados, especialmente cirurgia. Algumas das US que hoje têm a

categoria de Centros de Saúde Urbano tipo A poderiam mudar a categoria de HD o seu equivalente dos quais serão necessários dez. Ademais seriam necessários 20 CS urbanos de tipo A ou uma combinação apropriada de CS dos três tipos actuais: A B e C.

Ainda, em termos de investimento e para o período previsto de sete anos, as intervenções e os recursos deveriam concentrar-se nos níveis mais altos.

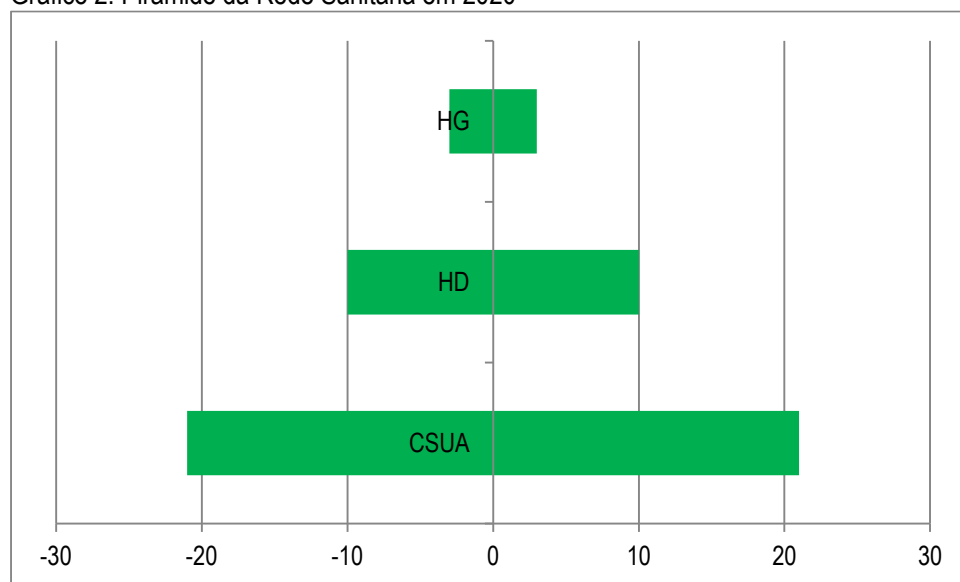
Tabela 10.2. Crescimento projetado da rede (2013-2020)

TIPO DE US	POPULAÇÃO DE REFÊRENCIA	US EXISTENTES	US NECESSÁRIAS 2013	US NECESSÁRIAS 2020
HOSPITAL GENERAL	525.000	3	2	3
HOSPITAL DISTRITAL	150.000	–	8	10
CS URBANO TIPO A	70.000	14	18	20
CS URBANO TIPO B	33.000	7	–	–
CS URBANO TIPO C	17.500	3	–	–
CS RURAL TIPO I	25.500	2	1	1
CS RURAL TIPO II	14.250	4	2	2
TOTAL		33	31	31

A pirâmide resultante é diferente do observado no gráfico anterior. Agora se mostra mais equilibrada, a base seriam os centros de saúde de todos os tipos, urbanos e rurais na combinação mais adequada para atender os cuidados primários de saúde.

O segundo nível seria ocupado pelos HD ou seu US equivalente em prestações e serviços e o vértice pelos três Hospitais Gerais

Gráfico 2. Pirâmide da Rede Sanitária em 2020



10.3.2 Completar e expandir serviços

De acordo com o diploma ministerial, cada nível de unidade sanitária tem definido um leque de serviços que deve prestar. Conhecer exactamente o que estão a fazer as US e fazer uma nova classificação das mesmas segundo os serviços reais oferecidos, é imprescindível como início.

Existem ainda serviços que não estão incluídos no diploma ministerial em vigor, e dos que já se falou anteriormente. Serviços especializados no combate ao VIH/SIDA, capacidade de identificação e tratamento de Emergências Obstétricas, etc., devem formar parte do perfil das US de referência, como mencionado na secção 10.1.3 Nenhum novo hospital deveria ser construído sem considerar que o laboratório deve estar capacitado para realizar os exames de seguimento a doentes em TARV, e todos os novos CS devem dispor duma sala para a realização das curas e outros procedimentos. Mas, na medida do possível, todas as US destes níveis atualmente existentes devem ser reavaliadas para incluir estes serviços.

Existem outros serviços que não têm que se distribuir uniformemente dentro dum nível. Por exemplo, a capacidade de atendimento de poli-traumatizados deveria estar concentrada num Hospital Especial ou como até agora no Hospital Central de nível terciário e quaternário, mas é um aspecto que fica fora do nossa análise dos cuidados sanitários primários e secundários.

A distribuição de medicamentos, sendo um serviço prestado por praticamente todas as US, é de uma complexidade maior porque depende de um sistema de procura, aprovisionamento e distribuição que ultrapassa o nível da US e do distrito. Atualmente, o aprovisionamento centralizado faz-se mediante os kits do Programa Nacional de Medicamentos Essenciais e a “via clássica” a demanda mensal desde os CS que o precisem.

Parece consistente o sistema de distribuição desde a Central de Medicamentos e Artigos Médicos aos HG e dos HG aos CS dependentes

Embora, cada rede distrital deveria ter uma “atribuição virtual” de fundos para este fim, destinado a alimentar esta forma de aprovisionamento.

Contudo, a experiência antiga e recente mostra que, apesar do potencial de ganhos em eficiência que um sistema único e centralizado de medicamentos tem, é conveniente contar com uma fonte alternativa, um fundo de reserva para cobrir com compras de urgência as falhas graves que venham acontecer.

10.4 INVESTIR EM RECURSOS

Operacionalizar uma rede de referência é muito mais do que construir unidades sanitárias mais ou menos sofisticadas. O que transforma um grupo de instituições (centros de saúde) num sistema local integrado e responsável é a forma em que estas se comunicam e inter-accionam.

Algumas áreas que deveriam ser consideradas são:

Transporte: todas as unidades de segunda referência (Hospitais) devem contar com ambulâncias para garantir as transferências desde as US da zona de influência, especialmente as que dispõem de salas de parto e serviços de urgência. Os hospitais deveriam também dispor de viatura para as atividades logísticas (compras, aprovisionamento de medicamentos e vacinas, etc.).

Comunicações: deve-se investir em dispor dum sistema de comunicações que abranja pelo menos toda a rede de referência (HG e CS) e veículos para transporte de doentes. Uma rede substancial permitiria que uma zona não ficasse dependente apenas de um veículo, mas poderia ser apoiada por ambulâncias de várias US de referência.

Informação e capacidade de análise. As US de referência devem também dispor de equipamento informático suficiente para o efeito.

Formação e gestão de recursos humanos. HG e CS apresentam óbvias oportunidades de formação permanente. A utilização das mesmas como locais de estágio implica a participação de todas as unidades dentro dum sistema comum de gestão de recursos humanos.

Dotação de recursos financeiros: como já foi recomendado, as US de referência devem receber uma dotação orçamental suficiente, e uma quantidade adicional de fundos para suportar as acções destinadas ao apoio à rede periférica que lhes corresponde e a US dependente deveria estar integrada na planificação anual para saber os seus recursos financeiros

10.5 CONSERVAR O PATRIMÓNIO

Enquanto critérios de acesso e equidade justificam a expansão da rede sanitária, e o de integralidade torna aconselháveis intervenções para funcionalizar ou ampliar as US, a administração do estado tem também a responsabilidade de conservar o patrimônio nas melhores condições possíveis. Para isso é importante seleccionar cuidadosamente quais são as prioridades de intervenção em cada momento, e utilizar os instrumentos de fiscalização e manutenção para garantir que é tirado todo o proveito do investimento.

10.5.1 Por onde começar?

Com um número elevado de obras a considerar, deve-se utilizar um ou vários critérios para escolher a ordem de execução. O exercício de selecção deveria formar parte do processo anual de planificação, e iniciar com um encontro entre DSCM e CCM para discutir as opções em função dos fundos previstos (conhecidos ou históricos). Posteriormente, a DSCM deveria transmitir o resultado das deliberações ao nível Central para canalizar fundos adicionais do OE ou de parceiros internacionais. Finalmente, a lista definitiva, bem como a afectação de fundos, deve ser incluída no Plano de Investimento Público (PIP). Encontros periódicos de seguimento devem servir para ajustar o plano para os anos seguintes.

Daí a importância de dispor de um MS, primeiro passo para o desenho dum Plano de Desenvolvimento Provincial da Saúde e os dois ferramentas essenciais para orientar o PIP.

As prioridades devem estruturar-se de várias formas. Por um lado há que escolher se são priorizados os **distritos** com pior situação. Também se pode decidir que se prioriza um **tipo de US** (p.e., os CSUB ou CSUC estão em conjunto pior que os CSUA) ou um **tipo de intervenção**, por exemplo, a reabilitação pesada tende a ser mais urgente que a reabilitação ligeira.

A lista obtida deste exercício tem que ser colocada no contexto das outras prioridades, de uma nova funcionalização ou expansão da rede. Finalmente, o produto tem que ser confrontado com a projecção de fundos disponíveis. Deve-se considerar aqui que poucas obras de vulto (reabilitações pesadas de US de grande tamanho, construções, etc.) são realizadas num período de 12 meses, pelo que as decisões tomadas comprometem fundos durante vários anos.

É também importante separar, fundamentalmente em termos de financiamento, a reabilitação/construção da manutenção. Já foi referido que as necessidades são muito maiores que os fundos disponíveis, mas também que estes são gastos em obras de reabilitação ou ampliação. Poupar fundos de manutenção é uma poupança falsa, que depois será paga com a necessidade de investir fundos mais avultados. Enquanto nos orçamentos correntes sempre existem alguns (mesmo que poucos) fundos para manutenção, nem sempre é possível encontrar os fundos para acometer uma reabilitação.

10.5.2 Utilizando os instrumentos

Como mencionado no capítulo anterior, os dois instrumentos de que a administração dispõe para a conservação do patrimônio são: a fiscalização, que garante que são mantidos os padrões de qualidade nas obras, e a manutenção que garante a conservação do patrimônio num estado funcional óptimo. Existem várias formas de organizar e utilizar estes instrumentos, que são apresentadas a seguir.

10.5.2.1 Fiscalização

Existem três formas principais de garantir a fiscalização:

1º Possibilidade de contratar as empresas privadas de fiscalização e estabelecer contratos de fiscalização por obra: contratos elaborados entre DSCM, DSMSAS e empresas que formam parte do concurso de adjudicação de cada intervenção.

2º Possibilidade de contratar o departamento de fiscalização das Infraestruturas e estabelecer contratos de fiscalização por obra ou por ano: contratos elaborados entre DSCM, DSMSAS e a Direcção de Serviço Municipal de Infraestruturas (DSMI).

3ª Possibilidade de criar um departamento de "serviços de fiscalização" na DSCM e a DSMSAS (ou incluir no Departamento do Patrimônio) para supervisão das obras e fiscalização dos trabalhos nos edifícios.

10.5.2.2 Manutenção

Como no caso da Fiscalização, as principais opções para garantir esta actividade são a subcontratação a empresas privadas especializadas, a cessão destas competências ao departamento do governo especializado em construção civil, e a criação de capacidade dentro da própria DSMSAS.

1ª Possibilidade de contratar as empresas privadas e estabelecer **contratos de manutenção** anuais: contratos elaborados entre DSMS e empresas (a) ou US e empresas (b)

Contratos elaborados entre DSMSAS e empresas. Entre as vantagens potenciais está que facilita a gestão e renovação dos contratos, que o pagamento é centralizado e que a concorrência pode contribuir para a contenção das despesas. Entretanto, seria necessário criar na DSMSAS e a capacidade para identificar e contratar as empresas (*Unidade de Procurement?*).

Contratos elaborados entre US e empresas. As vantagens potenciais incluem a rapidez e a adequação às condições locais. Porém, o nível de concorrência (e, portanto as poupanças possíveis) seria muito menor e a capacidade para gerir estes contratos ainda existe menos nas US do que no caso da DSMSAS.

2ª Possibilidade: Transferir a responsabilidade para a Direcção de Serviço Municipal de Infraestruturas.. As vantagens são a capacidade especializada instalada na DSMS que deveria garantir a qualidade. A DSMSAS fica "libertada" duma responsabilidade para a que não tem competência técnica. Contudo, a DSMSAS perde parte da capacidade de influenciar o andamento das obras, e existe o risco de atrasos pela própria dinâmica da administração do estado.

3ª Possibilidade: Criar um **departamento de "Seguimento de Obras"** na DSMSAS (ou incluir no Departamento Patrimônio) para a manutenção dos edifícios. As vantagens do controle centralizado devem ser confrontadas com a atual falta de capacidade e a complexidade das operações.

10.6 AUMENTAR A EFICIÊNCIA

Além das limitações em tamanho e prestações da rede sanitária pública (Primária e Secundária) do município, o rendimento de todas as US, serviço e recurso ficam aquém do nível ótimo. Isto é particularmente certo para os recursos humanos que é o recurso mais numeroso e o mais caro.

Se forem tomadas algumas ou todas as medidas recomendadas nas secções anteriores, como a ampliação do leque de serviços, o aumento da disponibilidade de medicamentos, etc., provavelmente a produção do sistema irá aumentar. Além de melhorar a informação, por exemplo, contabilizando de alguma forma o internamento de observação, existe ainda algumas outras opções para tornar o sistema mais eficiente:

Uma forma de aumentar o "tamanho virtual" duma unidade e aumentar as possibilidades de contacto com os usuários é duplicar os horários de prestação de serviços.

A organização de sistemas de compra centralizados, como o lançamento de concursos unificados para a compra de medicamentos e reagentes, poderia contribuir a tirar maior rendimento dos recursos.

A gestão financeira pode melhorar se for racionalizada. Não se trata de mudar os procedimentos de micro-gestão, mas de identificar áreas onde uma colaboração entre US do mesmo distrito (por vezes separadas apenas por alguns metros) pode contribuir a poupar recursos. Igualmente, deve existir uma visão partilhada de que os recursos atribuídos a um distrito devem servir para o funcionamento de toda a rede, e não so da US que os recebe.

10.7 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE OS RECURSOS HUMANOS

Um velho axioma diz que “um sistema de saúde é tão bom como são os recursos humanos que o compõem”. Os recursos humanos são a maior oportunidade, mas também a maior limitação quando não existem ou não têm as competências necessárias. A política de recrutamento e colocação territorial responde, além das razões puramente técnicas, a outras que não foram tratadas no presente estudo.

A seguir, são feitas algumas considerações pouco sistemáticas para ações que podem melhorar o rendimento dos recursos humanos:

Em geral, confirma-se na cidade de Maputo o excesso de pessoal não qualificado que caracteriza o sistema de saúde. O sistema depende fortemente de quadros básicos.

Mesmo que não se identifique com uma carreira (além da medicina), a área clínica é motivo de preocupação, por serem as decisões clínicas fundamentalmente tomadas por pessoal sem (ou com escassa) formação específica.

Não há uma forma rápida e fácil de ultrapassar estes problemas, excepto a colaboração entre os níveis central, provincial e municipal a afectação de recursos para a formação durante vários anos e a disciplina na sua utilização. Tomando em conta o excesso relativo de pessoal básico de enfermagem, alguns destes quadros poderiam ser identificados para se beneficiar duma formação especializada.

A conveniência de que os recursos humanos da saúde, particularmente aqueles que trabalham nos serviços mais básicos, se insiram nas comunidades onde prestam serviço não precisa ser reforçada.

As colocações nas áreas menos atrativas deveriam ter “data de caducidade”, isto é, o trabalhador é colocado para um determinado período ao fim do qual é realizada uma avaliação explícita do desempenho.

Em zonas com forte presença de trabalhadores que vivem em locais distantes (física ou funcionalmente) pode não existir outra possibilidade senão desenhar escalas de serviço que se adaptem melhor às necessidades dos trabalhadores. Neste caso há que considerar que é imperioso manter uma estrutura e um ambiente de equipa, e que se deve monitorar o cumprimento destes horários adaptados.

Em colaboração com o nível central deveriam ser desenhados, testados e utilizados instrumentos para avaliar o desempenho (quantitativo e qualitativo) dos trabalhadores, por categoria, especialidade, tipo de US, etc. Iguamente, deveria ser desenhado um leque de incentivos (fundamentalmente não económicos, positivos, mas também negativos) que acompanhem os resultados da avaliação proposta.

A formação inicial e a colocação de recursos humanos numa unidade administrativa (Província, Município, Distrito) são habitualmente competência de instituições de nível provincial ou central. Por vezes, nem depende de responsáveis do sector saúde, mas da administração geral.

Entretanto, a gestão interna (entre serviços e US) é da inteira competência da equipa de gestão da DSMSAS e DSCM (até concluir o período de transição no que se encontra a transferência das competências de CPS) Iguamente, maior parte da formação permanente pode e deve ser realizada no contexto do sistema local. Unidades sanitárias de referência oferecem ótimos campos de estágio, e uma variedade de patologias e procedimentos que garantem a possibilidade de formação em trabalho para maior parte das carreiras colocadas neste nível.

ANEXO. DISTRITO POR DISTRITO

Este anexo, último capítulo do documento, pretende mostrar numa forma rápida a situação de cada distrito com respeito ao conjunto da município. Para isso foi seleccionado um conjunto de indicadores que refletem numa forma sumária a situação e o desempenho do sistema municipal de saúde. Dados e indicadores referem-se a rede sanitária pública da cidade, primária e secundária (ou de primeira referência) de prestação de serviços de saúde, isto é, excluindo a rede privada relacionada e as US terciárias e quaternárias.

A tabela começa com alguns dados demográficos básicos.

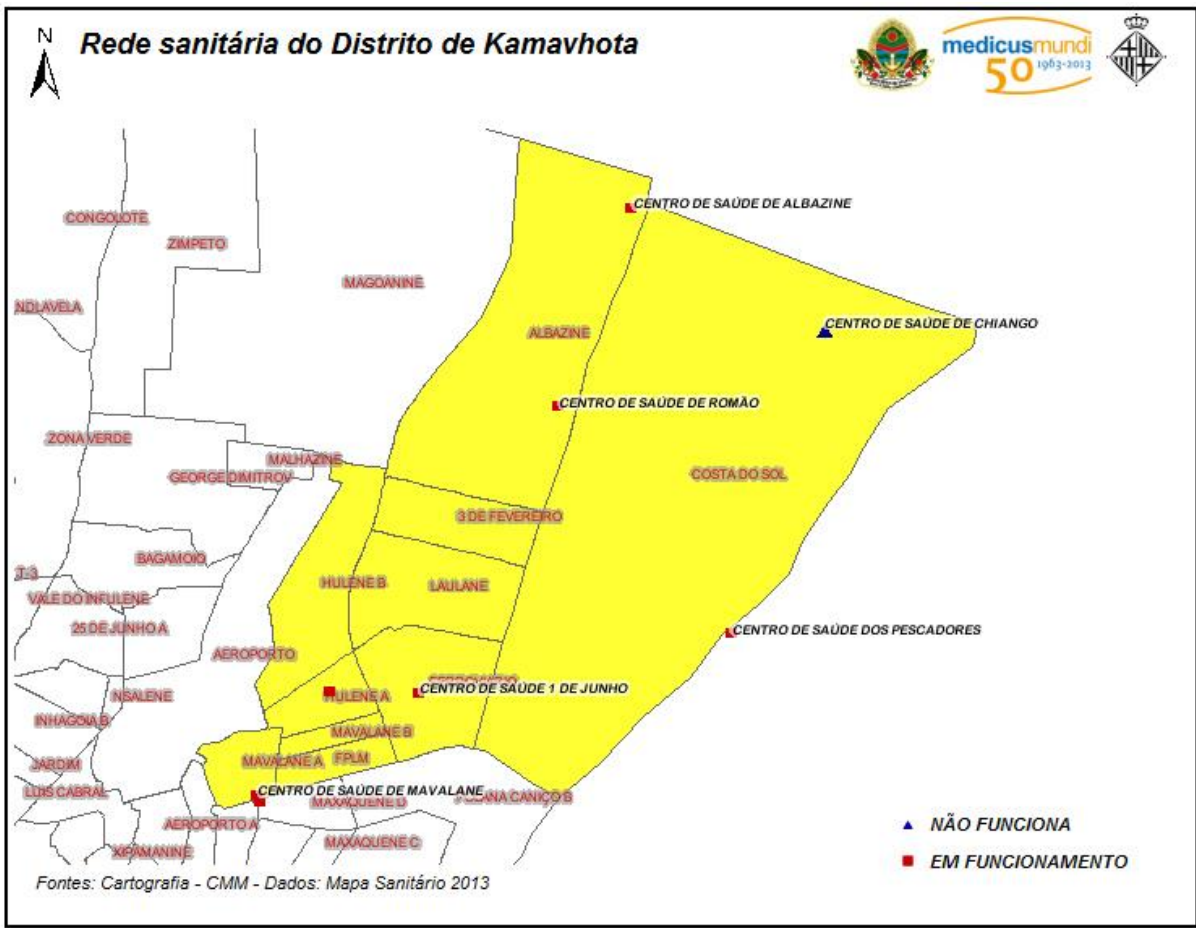
A comparação realiza-se em termos de tamanho e composição da rede. É depois comparada a disponibilidade de alguns recursos críticos, como pessoal, camas, medicamentos, etc. É importante salientar que as comparações que se estabelecem são puramente locais, sem nenhuma relação com padrões nacionais ou internacionais que, quando existem, são discutidos no texto.

Seguidamente se mostra uma brevíssima comparação entre o estado físico das infraestruturas sanitárias utilizando um indicador agregado, e também os custos que reabilitar a rede actual teria, bem como as principais intervenções a realizar.

Coberturas e utilização dos serviços compõem a secção seguinte, tentando mostrar o desempenho dos principais programas, quer na componente curativa como na preventiva. A comparação finaliza com alguns indicadores de eficiência no uso dos principais recursos.

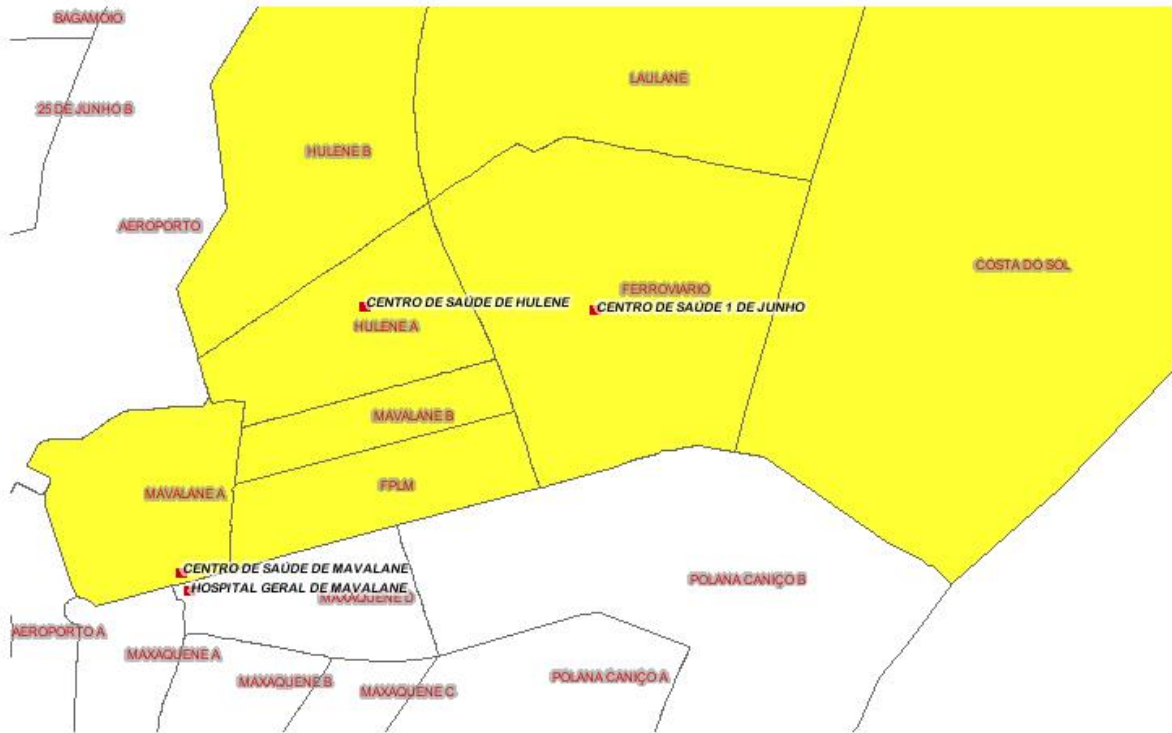
As tabelas se acompanham dum mapa do distrito com a localização das unidades sanitárias.

INDICADOR	KAMAVHOTA	CIDADE DE MAPUTO	COMENTÁRIOS
DEMOGRAFIA			
Nº HABITANTES	301.592	1.214.146	26,2%. O segundo mais povoado
SUPERFÍCIE (Km2)	108	346	31,2% O maior
DENSIDADE POPULACIONAL (HAB/Km2)	2.793	3.509	A menor densidade no núcleo continental
REDE SANITÁRIA PÚBLICA			
HOSPITAL ESPECIALIZADO	0	1	Um dos 2 HG com cirurgia da rede secundária (50%)
HOSPITAL GERAL	1	3	
CENTRO DE SAÚDE URBANO A	2	15	
CENTRO DE SAÚDE URBANO B	2	6	
CENTRO DE SAÚDE URBANO C	2	3	
CENTRO DE SAÚDE RURAL 1	0	2	
CENTRO DE SAÚDE RURAL 2	0	4	
DISPONIBILIDADE DE RECURSOS			
HABITANTES/US EM FUNCIONAMENTO	43.085	35.710	Mais habitantes que a média.
HABITANTES/US COM SALA PARTOS	75.398	101.179	Menos habitantes que a média.
HABITANTES/US COM SALA OPERAÇÕES	301.592	607.073	50% do equipamento cirúrgico da rede secundária
HABITANTES/US COM LABORATÓRIO	75.398	60.707	Mais habitantes que a média.
HABITANTES/US COM COEB	75.398	101.179	Menos habitantes que a média.
HABITANTES/US COM COEC	301.592	607.073	50% das COEC da rede secundária
HABITANTES/US COM ATS	43.085	41.867	Mais habitantes que a média.
HABITANTES/MÉDICO	9.139	11.454	Menos habitantes que a média.
HABITANTES/TÉCNICO QUALIFICADO	960	780	Mais habitantes que a média.
CAMAS/1000 HABITANTES	1,34	1,05	Acima da média municipal
CAMAS MATERNIDADE/1000 M EM IDADE FÉRTIL	2,12	1,64	Acima da média municipal
DESPESAS EM MEDICAMENTOS/HABITANTE - MZN	18,52	14,55	Acima da média municipal. 20% mais
INFRAESTRUTURAS			
ESTADO - MÉDIA DISTRITAL	2,75	2,80	
PERCENTAGEM DE US QUE PRECISAM			
MANUTENÇÃO	50,00	50,00	
REABILITAÇÃO LIGEIRA	37,50	40,63	
REABILITAÇÃO PESADA	0,00	6,25	
CUSTO REABILITAÇÃO MZN	79.679.119	284.370.697	28% do total municipal
COBERTURAS			
CONSULTAS/HABITANTE	1,81	1,57	Acima da média municipal
PARTOS (PARTOS/GRÁVIDAS ESPERADAS)	111,59	71,38	39% dos partos totais do município
PENTA-3 (DOSES PENTA3/NADOS VIVOS)	74,26	64,08	Acima da média, mas ainda baixa
ACINA ANTISARAMPO (DOSES VAS/NADOS VIVOS)	71,17	65,4	Acima da média, mas ainda baixa
ALTAS/1.000 HABITANTES	53,78	38,2	Acima da média
EFICIÊNCIA			
PRODUCTIVIDADE: UNIDADES ATENDIMENTO/TÉC.	7.445	7.592	Quase na média municipal
TAXA OCUPAÇÃO CAMAS	63	67	Quase a média
COBERTURA KITS PNME	127,81	116,96	Muito elevada



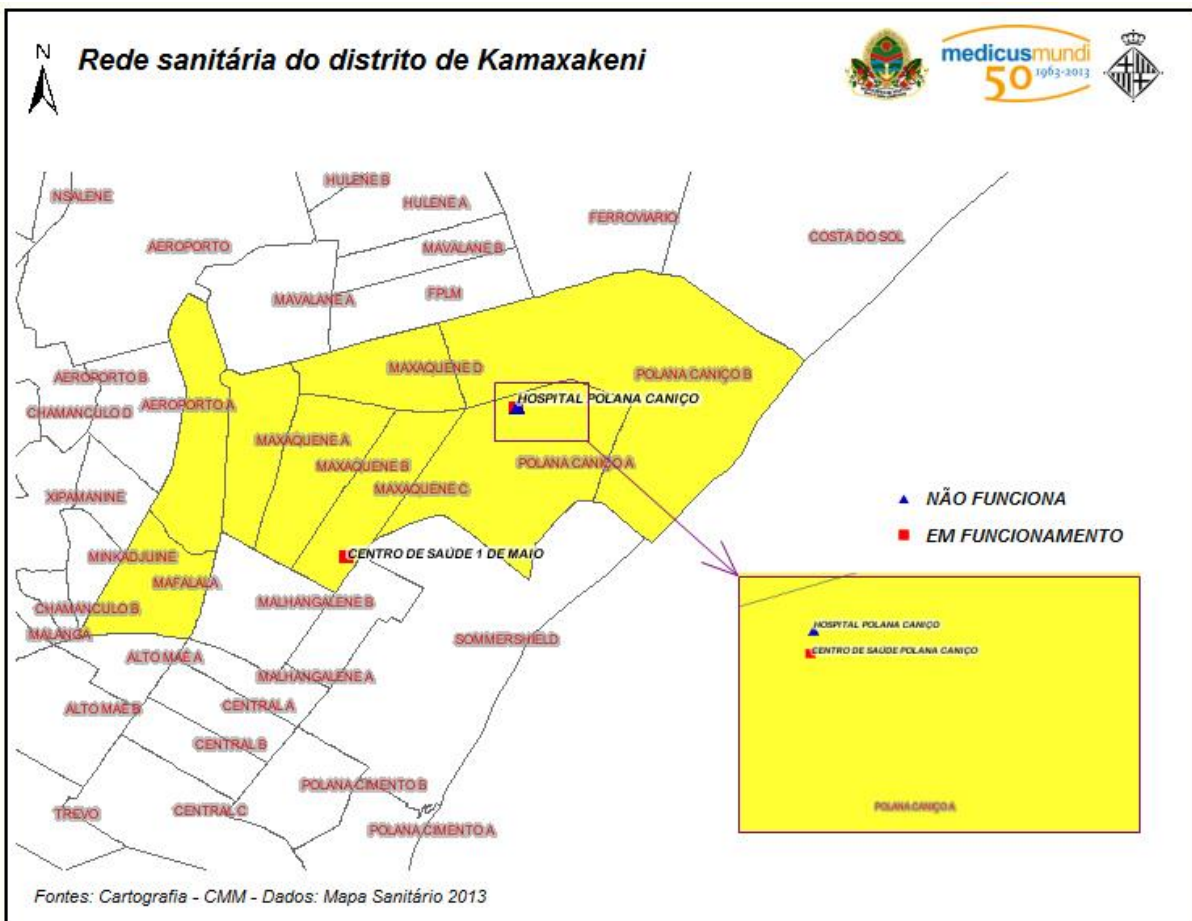


Detalhe da rede sanitária do zona sul do Distrito de Kamavhota

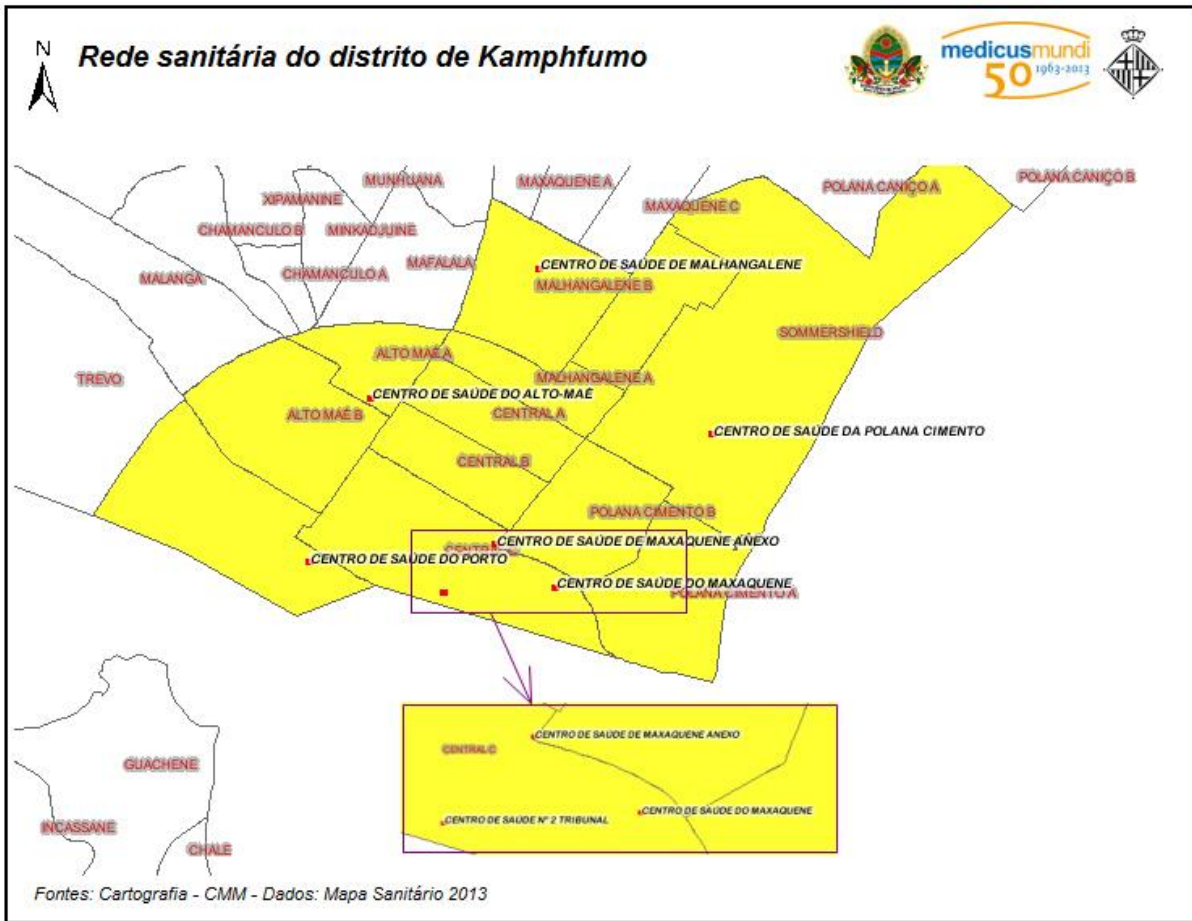


Fontes: Cartografia - CMM - Dados: Mapa Sanitário 2013

INDICADOR	KAMAXAKENI	CIDADE DE MAPUTO	COMENTÁRIOS
DEMOGRAFIA			
Nº HABITANTES	134.042	1.214.146	11% da população total
SUPERFÍCIE (Km2)	12	346	3,5%. O segundo menor com Kamphumo
DENSIDADE POPULACIONAL (HAB/Km2)	11.170	3.509	O terceiro mais denso
REDE SANITÁRIA PÚBLICA			
HOSPITAL ESPECIALIZADO	0	1	
HOSPITAL GERAL	0	3	
CENTRO DE SAÚDE URBANO A	1	15	
CENTRO DE SAÚDE URBANO B	1	6	
CENTRO DE SAÚDE URBANO C	0	3	
CENTRO DE SAÚDE RURAL 1	0	2	
CENTRO DE SAÚDE RURAL 2	0	4	
DISPONIBILIDADE DE RECURSOS			
HABITANTES/US EM FUNCIONAMENTO	67.021	35.710	Duplo de habitantes que a média municipal
HABITANTES/US COM SALA PARTOS	134.042	101.179	Mais habitantes que a média. Desfavorecido
HABITANTES/US COM SALA OPERAÇÕES	0	607.073	Não há bloco operatório em nenhuma das US
HABITANTES/US COM LABORATÓRIO	67.021	60.707	Mais habitantes que a média
HABITANTES/US COM COEB	134.042	101.179	Mais habitantes que a média
HABITANTES/US COM COEC	0	607.073	
HABITANTES/US COM ATS	67.021	41.867	Mais habitantes que a média
HABITANTES/MÉDICO	33.510	11.454	Três vezes mais habitantes que a média.
HABITANTES/TÉCNICO QUALIFICADO	1.741	780	Mais do duplo de habitantes que a média
CAMAS/1000 HABITANTES	0,76	1,05	Abaixo da media municipal
CAMAS MATERNIDADE/1000 M EM IDADE FÉRTIL	1,31	1,64	Quase na média
DESPESAS EM MEDICAMENTOS/HABITANTE - MZN	10,08	14,55	Abaixo da média municipal
INFRAESTRUTURAS			
ESTADO - MÉDIA DISTRITAL	3,00	2,80	
PERCENTAGEM DE US QUE PRECISAM			
MANUTENÇÃO	0,00	50,00	
REABILITAÇÃO LIGEIRA	100,00	40,63	
REABILITAÇÃO PESADA	0,00	6,25	
CUSTO REABILITAÇÃO MZN	47.712.525	284.370.697	65% Atribuído ao novo H ainda não operativo
COBERTURAS			
CONSULTAS/HABITANTE	1,32	1,57	Levemente abaixo da média
PARTOS (PARTOS/GRÁVIDAS ESPERADAS)	47,63	71,38	Abaixo a média
PENTA-3 (DOSES PENTA3/NADOS VIVOS)	63,06	64,08	Abaixo a média
ACINA ANTISARAMPO (DOSES VAS/NADOS VIVOS)	57,39	65,4	Abaixo da média
ALTAS/1.000 HABITANTES	25,18	38,2	Abaixo da média
EFICIÊNCIA			
PRODUCTIVIDADE: UNIDADES ATENDIMENTO/TÉC.	6.607	7.592	Adequada, mais levemente abaixo da média
TAXA OCUPAÇÃO CAMAS	17	67	Muito baixa
COBERTURA KITS PNME	96,71	116,96	Adequada. Quase 100%



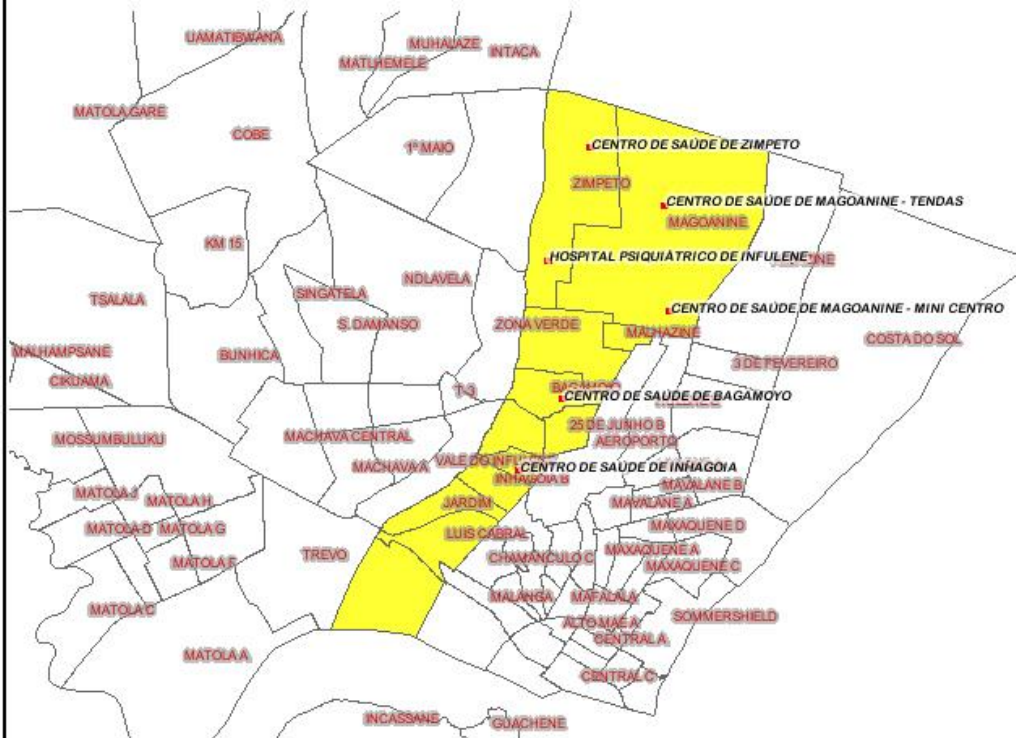
INDICADOR	KAMPHUMO	CIDADE DE MAPUTO	COMENTÁRIOS
DEMOGRAFIA			
Nº HABITANTES	253.272	1.214.146	20,9%. O terceiro mais poblado
SUPERFÍCIE (Km2)	12	346	3,5%. O segundo menor com KaMaxakeni
DENSIDADE POPULACIONAL (HAB/Km2)	21.106	3.509	O segundo mais denso
REDE SANITÁRIA PÚBLICA			
HOSPITAL ESPECIALIZADO	0	1	A metade dos CSUA do município
HOSPITAL GERAL	0	3	
CENTRO DE SAÚDE URBANO A	7	15	
CENTRO DE SAÚDE URBANO B	0	6	
CENTRO DE SAÚDE URBANO C	0	3	
CENTRO DE SAÚDE RURAL 1	0	2	
CENTRO DE SAÚDE RURAL 2	0	4	
DISPONIBILIDADE DE RECURSOS			
HABITANTES/US EM FUNCIONAMENTO	36.182	35.710	Quase como a média municipal
HABITANTES/US COM SALA PARTOS	0	101.179	Sem serviço de maternidade.
HABITANTES/US COM SALA OPERAÇÕES	0	607.073	Não há nenhum serviço de cirurgia
HABITANTES/US COM LABORATÓRIO	50.654	60.707	Quase como a média municipal
HABITANTES/US COM COEB	0	101.179	Sem serviço de maternidade.
HABITANTES/US COM COEC	0	607.073	
HABITANTES/US COM ATS	42.212	41.867	Quase como a média municipal
HABITANTES/MÉDICO	25.327	11.454	Mais do duplo de hab/med que a media municipal
HABITANTES/TÉCNICO QUALIFICADO	1.735	780	Mais do duplo de hab/med que a media municip.
CAMAS/1000 HABITANTES	0,26	1,05	Muito abaixo da média municipal
CAMAS MATERNIDADE/1000 M EM IDADE FÉRTIL	0,00	1,64	Sem serviço de maternidade.
DESPESAS EM MEDICAMENTOS/HABITANTE - MZN	9,27	14,55	Abaixo da média municipal
INFRAESTRUTURAS			
ESTADO - MÉDIA DISTRITAL	2,25	2,80	
PERCENTAGEM DE US QUE PRECISAM			
MANUTENÇÃO	75,00	50,00	
REABILITAÇÃO LIGEIRA	25,00	40,63	
REABILITAÇÃO PESADA	0,00	6,25	
CUSTO REABILITAÇÃO MZN	8.145.636	284.370.697	2,9% do total municipal
COBERTURAS			
CONSULTAS/HABITANTE	1,19	1,57	Abaixo da média
PARTOS (PARTOS/GRÁVIDAS ESPERADAS)	0,00	71,38	
PENTA-3 (DOSES PENTA3/NADOS VIVOS)	70,58	64,08	Acima da média mas ainda baixa
ACINA ANTISARAMPO (DOSES VAS/NADOS VIVOS)	65,06	65,4	A pena acima da média. Embora baixa
ALTAS/1.000 HABITANTES	0,00	38,2	Não há serviço de internamento
EFICIÊNCIA			
PRODUCTIVIDADE: UNIDADES ATENDIMENTO/TÉC.	4.690	7.592	Abaixo da média. 13% do total
TAXA OCUPAÇÃO CAMAS	0	67	
COBERTURA KITS PNME	98,82	116,96	Boa cobertura, quase 100%



INDICADOR	KAMUBUKWANE	CIDADE DE MAPUTO	COMENTÁRIOS
DEMOGRAFIA			
Nº HABITANTES	198.877	1.214.146	16,4%. O quarto da cidade
SUPERFÍCIE (Km2)	53	346	15,3%. O terceiro em extensão
DENSIDADE POPULACIONAL (HAB/Km2)	3.752	3.509	Quarto, também em densidade.
REDE SANITÁRIA PÚBLICA			
HOSPITAL ESPECIALIZADO	1	1	Hospital Psiquiátrico (alguma atividade CPS)
HOSPITAL GERAL	0	3	
CENTRO DE SAÚDE URBANO A	2	15	
CENTRO DE SAÚDE URBANO B	3	6	
CENTRO DE SAÚDE URBANO C	0	3	
CENTRO DE SAÚDE RURAL 1	0	2	
CENTRO DE SAÚDE RURAL 2	0	4	
DISPONIBILIDADE DE RECURSOS			
HABITANTES/US EM FUNCIONAMENTO	33.146	35.710	Menos habitantes da média
HABITANTES/US COM SALA PARTOS	99.439	101.179	Quase na média municipal
HABITANTES/US COM SALA OPERAÇÕES	0	607.073	
HABITANTES/US COM LABORATÓRIO	49.719	60.707	Menos habitantes da média
HABITANTES/US COM COEB	99.439	101.179	Quase na média municipal
HABITANTES/US COM COEC	0	607.073	
HABITANTES/US COM ATS	39.775	41.867	Menos habitantes da média
HABITANTES/MÉDICO	39.775	11.454	Mais do triplo de habitantes que a média
HABITANTES/TÉCNICO QUALIFICADO	1.950	780	Mais do duplo de habitantes que a média
CAMAS/1000 HABITANTES	0,53	1,05	Baixo. A metade da média municipal
CAMAS MATERNIDADE/1000 M EM IDADE FÉRTIL	1,52	1,64	Quase na média municipal
DESPESAS EM MEDICAMENTOS/HABITANTE - MZN	9,97	14,55	Abaixo da média municipal
INFRAESTRUTURAS			
ESTADO - MÉDIA DISTRITAL	2,20	2,80	
PERCENTAGEM DE US QUE PRECISAM			
MANUTENÇÃO	80,00	50,00	
REABILITAÇÃO LIGEIRA	20,00	40,63	
REABILITAÇÃO PESADA	0,00	6,25	
CUSTO REABILITAÇÃO MZN	8.400.223	284.370.697	3% do total municipal
COBERTURAS			
CONSULTAS/HABITANTE	1,26	1,57	Abaixo da média municipal
PARTOS (PARTOS/GRÁVIDAS ESPERADAS)	40,48	71,38	Abaixo da média municipal
PENTA-3 (DOSES PENTA3/NADOS VIVOS)	77,11	64,08	Acima da média, mas ainda baixa.
ACINA ANTISARAMPO (DOSES VAS/NADOS VIVOS)	86,10	65,4	Boa cobertura. Acima da média municipal
ALTAS/1.000 HABITANTES	16,65	38,2	Muito abaixo da média
EFICIÊNCIA			
PRODUCTIVIDADE: UNIDADES ATENDIMENTO/TÉC.	15.708	7.592	Mais do duplo da média
TAXA OCUPAÇÃO CAMAS	148	67	Mais do duplo da TOC média municipal
COBERTURA KITS PNME	100,37	116,96	Boa cobertura. Mais de 100%



Rede sanitária do distrito de Kamubukwane



Fontes: Cartografia - CMM - Dados: Mapa Sanitário 2013

INDICADOR	KANYAKA	CIDADE DE MAPUTO	COMENTÁRIOS
DEMOGRAFIA			
Nº HABITANTES	5.585	1.214.146	0,5%. A menor população
SUPERFÍCIE (Km2)	52	346	15%. O quarto em superfície
DENSIDADE POPULACIONAL (HAB/Km2)	107	3.509	A densidade mais baixa
REDE SANITÁRIA PÚBLICA			
HOSPITAL ESPECIALIZADO	0	1	
HOSPITAL GERAL	0	3	
CENTRO DE SAÚDE URBANO A	0	15	
CENTRO DE SAÚDE URBANO B	0	6	
CENTRO DE SAÚDE URBANO C	0	3	
CENTRO DE SAÚDE RURAL 1	1	2	Um CSR com internamento e maternidade
CENTRO DE SAÚDE RURAL 2	2	4	
DISPONIBILIDADE DE RECURSOS			
HABITANTES/US EM FUNCIONAMENTO	1.862	35.710	O menor no de habitantes por US
HABITANTES/US COM SALA PARTOS	5.585	101.179	Muito menos da média
HABITANTES/US COM SALA OPERAÇÕES	0	607.073	
HABITANTES/US COM LABORATÓRIO	5.585	60.707	Muito menos da média
HABITANTES/US COM COEB	5.585	101.179	Muito menos da média
HABITANTES/US COM COEC	0	607.073	
HABITANTES/US COM ATS	1.862	41.867	Muito menos da média
HABITANTES/MÉDICO	5.585	11.454	A metade de habitantes/médico que a média
HABITANTES/TÉCNICO QUALIFICADO	508	780	Menos da média
CAMAS/1000 HABITANTES	4,48	1,05	O máximo de camas por habitante no município
CAMAS MATERNIDADE/1000 M EM IDADE FÉRTIL	8,10	1,64	O máximo de camas por habitante no município
DESPESAS EM MEDICAMENTOS/HABITANTE - MZN	59,42	14,55	Muito acima da média municipal (300% mais)
INFRAESTRUTURAS			
ESTADO - MÉDIA DISTRITAL	2,67	2,80	
PERCENTAGEM DE US QUE PRECISAM			
MANUTENÇÃO	33,33	50,00	
REABILITAÇÃO LIGEIRA	66,67	40,63	
REABILITAÇÃO PESADA	0,00	6,25	
CUSTO REABILITAÇÃO MZN	3.275.497	284.370.697	1,2% do total
COBERTURAS			
CONSULTAS/HABITANTE	3,06	1,57	Quase triplica a média municipal
PARTOS (PARTOS/GRÁVIDAS ESPERADAS)	61,77	71,38	Quase como a média
PENTA-3 (DOSES PENTA3/NADOS VIVOS)	77,44	64,08	Acima da média, mas ainda baixa
ACINA ANTISARAMPO (DOSES VAS/NADOS VIVOS)	68,49	65,4	Mais elevada que a média no município
ALTAS/1.000 HABITANTES	15,76	38,2	A metade que a média
EFICIÊNCIA			
PRODUCTIVIDADE: UNIDADES ATENDIMENTO/TÉC.	2.944	7.592	A mais baixa do município
TAXA OCUPAÇÃO CAMAS	4	67	A taxa mais baixa do município
COBERTURA KITS PNME	245,63	116,96	Dobra a cobertura média do município



Rede sanitária do distrito de Kanyaka

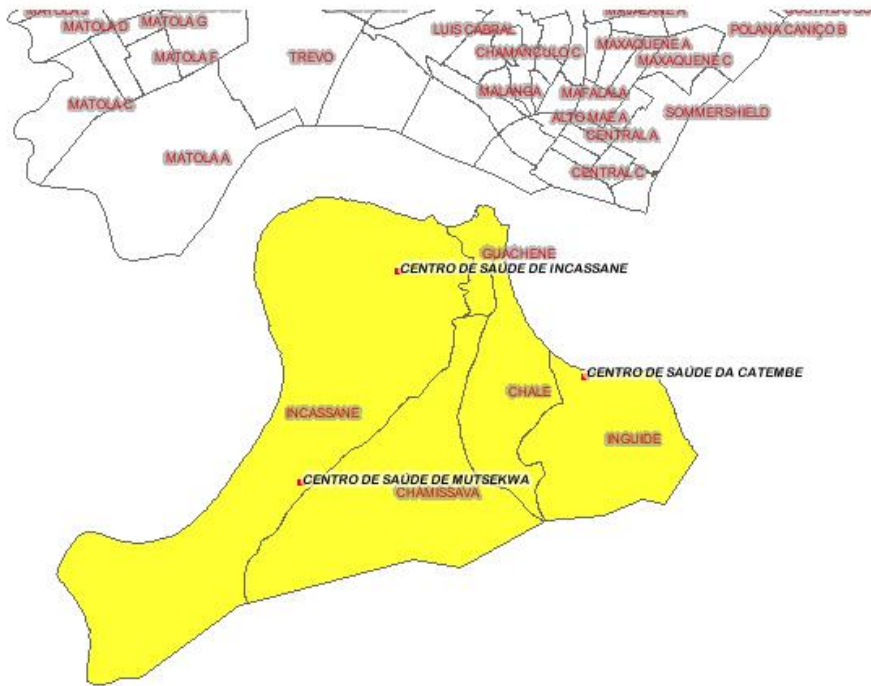


Fontes: Cartografia - CMM - Dados: Mapa Sanitário 2013

INDICADOR	KATEMBE	CIDADE DE MAPUTO	COMENTÁRIOS
DEMOGRAFIA			
Nº HABITANTES	18.941	1.214.146	1,6% da população total. Pouca população
SUPERFÍCIE (Km2)	101	346	29,2%. Mais é o segundo maior
DENSIDADE POPULACIONAL (HAB/Km2)	188	3.509	A segunda menor densidade tras KaNyaka
REDE SANITÁRIA PÚBLICA			
HOSPITAL ESPECIALIZADO	0	1	
HOSPITAL GERAL	0	3	
CENTRO DE SAÚDE URBANO A	0	15	
CENTRO DE SAÚDE URBANO B	0	6	
CENTRO DE SAÚDE URBANO C	0	3	
CENTRO DE SAÚDE RURAL 1	1	2	Um CSR com internamento e maternidade
CENTRO DE SAÚDE RURAL 2	2	4	
DISPONIBILIDADE DE RECURSOS			
HABITANTES/US EM FUNCIONAMENTO	6.314	35.710	Muitos menos habitantes da média municipal
HABITANTES/US COM SALA PARTOS	18.941	101.179	Muitos menos habitantes da média municipal
HABITANTES/US COM SALA OPERAÇÕES	0	607.073	
HABITANTES/US COM LABORATÓRIO	18.941	60.707	Muitos menos habitantes da média municipal
HABITANTES/US COM COEB	18.941	101.179	Muitos menos habitantes da média municipal
HABITANTES/US COM COEC	0	607.073	
HABITANTES/US COM ATS	6.314	41.867	Quase a média do município
HABITANTES/MÉDICO	9.470	11.454	Alguns habitantes menos da média
HABITANTES/TÉCNICO QUALIFICADO	789	780	Quase a média do município
CAMAS/1000 HABITANTES	1,95	1,05	Mais camas da média por habitante
CAMAS MATERNIDADE/1000 M EM IDADE FÉRTIL	3,18	1,64	Muitas mais camas que a média municipal
DESPESAS EM MEDICAMENTOS/HABITANTE - MZN	17,10	14,55	Levemente abaixo da média municipal
INFRAESTRUTURAS			
ESTADO - MÉDIA DISTRITAL	2,33	2,80	
PERCENTAGEM DE US QUE PRECISAM			
MANUTENÇÃO	66,67	50,00	
REABILITAÇÃO LIGEIRA	33,33	40,63	
REABILITAÇÃO PESADA	0,00	6,25	
CUSTO REABILITAÇÃO MZN	4.625.213	284.370.697	1,6% do total
COBERTURAS			
CONSULTAS/HABITANTE	2,47	1,57	Muitas mais que a média da rede municipal
PARTOS (PARTOS/GRÁVIDAS ESPERADAS)	51,08	71,38	Menos da media
PENTA-3 (DOSES PENTA3/NADOS VIVOS)	68,63	64,08	Acima da média, mas ainda baixa
ACINA ANTISARAMPO (DOSES VAS/NADOS VIVOS)	67,31	65,4	Maior cobertura da média
ALTAS/1.000 HABITANTES	15,68	38,2	A metade da média
EFICIÊNCIA			
PRODUCTIVIDADE: UNIDADES ATENDIMENTO/TÉC.	3.417	7.592	Menos da metade da média
TAXA OCUPAÇÃO CAMAS	9	67	Muito baixa
COBERTURA KITS PNME	87,68	116,96	Não chega ao 100%



Rede sanitária do distrito de Katembe

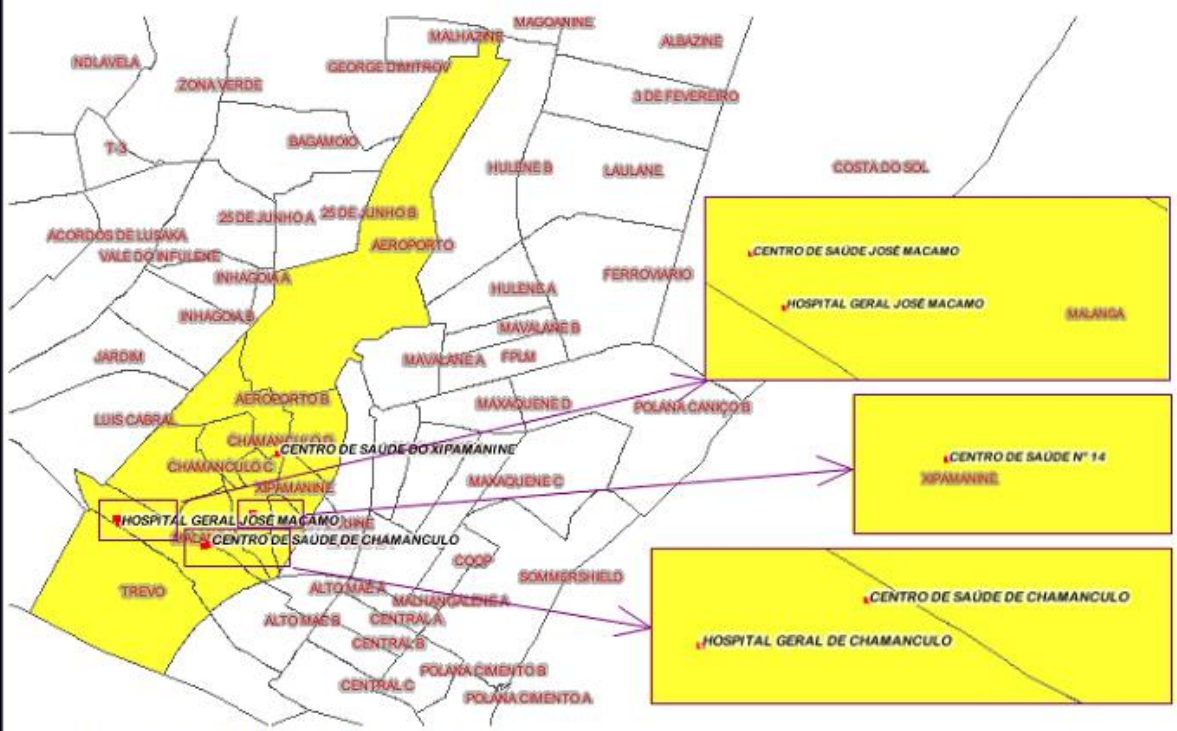


Fontes: Cartografia - CMM - Dados: Mapa Sanitário 2013

INDICADOR	NLHAMBANKULU	CIDADE DE MAPUTO	COMENTÁRIOS
DEMOGRAFIA			
Nº HABITANTES	301.837	1.214.146	24,9%. O mais povoado
SUPERFÍCIE (Km2)	8	346	2,3%. O menor.
DENSIDADE POPULACIONAL (HAB/Km2)	37.730	3.509	O mais denso.
REDE SANITÁRIA PÚBLICA			
HOSPITAL ESPECIALIZADO	0	1	Hospital Psiquiátrico de Infulene (Alguns CPS)
HOSPITAL GERAL	2	3	Um dos 2 HG com cirurgia da rede secundária
CENTRO DE SAÚDE URBANO A	3	15	(50%)
CENTRO DE SAÚDE URBANO B	0	6	
CENTRO DE SAÚDE URBANO C	1	3	
CENTRO DE SAÚDE RURAL 1	0	2	
CENTRO DE SAÚDE RURAL 2	0	4	
DISPONIBILIDADE DE RECURSOS			
HABITANTES/US EM FUNCIONAMENTO	50.306	35.710	Mais habitantes da média
HABITANTES/US COM SALA PARTOS	100.612	101.179	Quase na média
HABITANTES/US COM SALA OPERAÇÕES	301.837	607.073	50% do equipamento cirúrgico da rede secundária
HABITANTES/US COM LABORATÓRIO	100.612	60.707	Mais que a média municipal
HABITANTES/US COM COEB	100.612	101.179	Quase na média
HABITANTES/US COM COEC	301.837	607.073	50% das COEC da rede secundária
HABITANTES/US COM ATS	100.612	41.867	Mais do duplo de habitantes que a média
HABITANTES/MÉDICO	5.918	11.454	A metade de habitantes/médico. Muito favorecido
HABITANTES/TÉCNICO QUALIFICADO	671	780	E menos habitantes por Técnico
CAMAS/1000 HABITANTES	1,46	1,05	Acima da média municipal
CAMAS MATERNIDADE/1000 M EM IDADE FÉRTIL	2,56	1,64	Quase o duplo da média municipal
DESPEAS EM MEDICAMENTOS/HABITANTE - MZN	19,03	14,55	Acima da média municipal (30% mais)
INFRAESTRUTURAS			
ESTADO - MÉDIA DISTRITAL	3,00	2,80	
PERCENTAGEM DE US QUE PRECISAM			
MANUTENÇÃO	33,33	50,00	
REABILITAÇÃO LIGEIRA	33,33	40,63	
REABILITAÇÃO PESADA	33,33	6,25	
CUSTO REABILITAÇÃO MZN	132.532.484	284.370.697	46,6%, quase a metade do total municipal
COBERTURAS			
CONSULTAS/HABITANTE	1,88	1,57	Acima da média.
PARTOS (PARTOS/GRÁVIDAS ESPERADAS)	123,45	71,38	As duas maternidades dos 2 HG elevam a média
PENTA-3 (DOSES PENTA3/NADOS VIVOS)	39,79	64,08	Muito baixa. A mais baixa do município
ACINA ANTISARAMPO (DOSES VAS/NADOS VIVOS)	49,64	65,4	Muito baixa e ainda baixo a média municipal
ALTAS/1.000 HABITANTES	76,60	38,2	Mais do duplo (devido a presença dos HG)
EFICIÊNCIA			
PRODUCTIVIDADE: UNIDADES ATENDIMENTO/TÉC.	5.245	7.592	Por debaixo da média
TAXA OCUPAÇÃO CAMAS	64	67	Baixa e ainda abaixo a média
COBERTURA KITS PNME	128,29	116,96	Boa cobertura, ainda maior que a média



Rede sanitária do Distrito de Nhambankulu



Fontes: Cartografia - CMM - Dados: Mapa Sanitário 2013