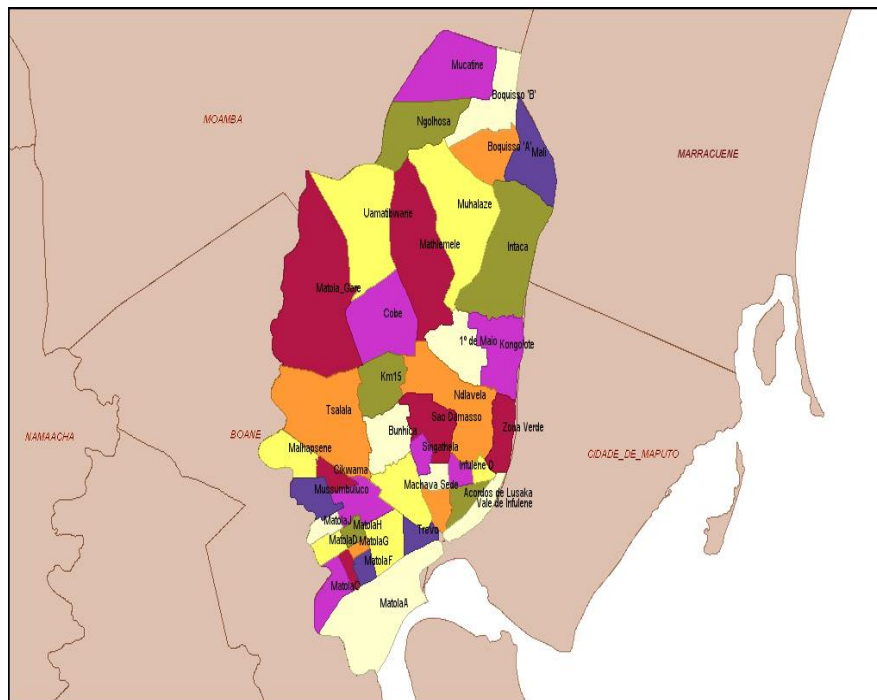




MAPA SANITÁRIO DISTRITO-MUNICÍPIO CIDADE DA MATOLA



CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE PRESTAÇÃO
DE SERVIÇOS DE SAÚDE

JULHO 2016

LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÔNIMOS

ATS	Aconselhamento e Testagem em Saúde
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
CSR II	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
FCSAI	Fundación para la Cooperación Internacional, Salud y Política Social
HC	Hospital Central
HD	Hospital Distrital
HG	Hospital Geral
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPM	Hospital Provincial da Matola
HR	Hospital Rural
INE	Instituto Nacional de Estatística
MISAU	Ministério da Saúde
MMC	Médecus Mundi Catalunya
MB	Módulo Básico
MS	Mapa Sanitário
MZN/MT	Metical
OE	Orçamento do Estado
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não Governamental
PEDPM	Plano Estratégico de Desenvolvimento da Província de Maputo
PEUCM	Plano de Estrutura Urbana da Cidade da Matola
PF	Planejamento Familiar
PNME	Programa Nacional de Medicamentos Essenciais
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
SDSMAS	Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social

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
UGB	Unidade Gestora Beneficiária
US	Unidade Sanitária
VAS	Vacina Anti Sarampo
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	JUSTIFICAÇÃO – PARA QUÊ UM MAPA SANITÁRIO?.....	15
1.2	CARACTERÍSTICAS DE UM MAPA SANITÁRIO	16
1.3	CIDADE DA MATOLA. ESPECIFICIDADES	17
2	METODOLOGIA	21
2.1	INFORMAÇÃO NECESSÁRIA.....	21
2.1.1	Dados gerais	21
2.1.2	Dados da componente saúde.....	21
2.1.3	Dados da componente física	22
2.2	FONTES DE INFORMAÇÃO.....	22
2.3	FASES DO INQUÊRITO.....	22
2.3.1	Fase I: Preparativos	23
2.3.2	Fase II: Levantamento de dados	23
2.3.3	Fase III: Análise de dados	30
2.3.4	Fase IV: Apresentação	30
2.4	ALGUMAS LIMITAÇÕES.....	30
3	BREVE DESCRIÇÃO DAS COMPONENTES DO SISTEMA DE SAÚDE	32
3.1	ESTRUTURA DE GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE	32
3.1.1	DPS Organização e funções	32
3.1.2	SDSMAS: organização de funções	37
3.2	DOTAÇÃO E EXECUÇÃO FINANCEIRA	43
3.3	APROVISIONAMENTO DE MEDICAMENTOS.....	44
3.4	SISTEMA DE INFORMAÇÃO	45
4	SISTEMA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	46
4.1	REDE SANITÁRIA	46
4.2	SERVIÇOS ESPECÍFICOS	54
4.2.1	Cuidados Primários de Saúde	54
4.2.2	Cuidados Obstétricos	56
4.2.3	Atendimento curativo: Internamento, Cirurgia e Hemoterapia	59
4.2.4	Combate ao VIH/SIDA.....	59
4.2.5	Meios auxiliares de diagnóstico e tratamento.....	60
4.3	SISTEMAS DE REFERÊNCIA	61

5	INFRAESTRUTURAS	63
5.1	DESCRIÇÃO FÍSICA DA REDE SANITÁRIA	63
5.1.1	Antiguidade da rede – Época de construção	63
5.1.2	Tipologia constructiva	67
5.1.3	Propriedade e Gestão	69
5.1.4	Residências	69
5.1.5	Acessibilidade física e distância às US de referência	69
5.2	ESTADO DAS INFRA-ESTRUTURAS	69
5.2.1	CrITÉrios de classificação	69
5.2.2	Estado actual das infraestruturas do Estado	70
5.2.3	Tamanho das US	70
5.2.4	Recuperação e manutenção da rede primária pública	72
5.3	VALOR DO PATRIMÓNIO DO ESTADO	78
5.4	REDES TÉCNICAS E ABASTECIMENTO	80
5.4.1	Redes técnicas	80
5.4.2	Abastecimento de Água e Energia	83
6	RECURSOS UTILIZADOS	86
6.1	RECURSOS HUMANOS	86
6.2	EQUIPAMENTO	95
6.3	MEDICAMENTOS	101
6.4	RECURSOS FINANCEIROS	103
7	RESULTADOS: VOLUME, COBERTURA E EFICIÊNCIA	106
7.1	VOLUME DE ACTIVIDADES	106
7.1.1	O que medir?	106
7.1.2	Uma unidade comum de medida	106
7.2	COBERTURA DE SERVIÇOS E PROGRAMAS	109
7.2.1	Saúde Reprodutiva	110
7.2.2	Programa Alargado de Vacinação	111
7.2.3	Atendimento curativo	111
7.3	EFICIÊNCIA NO USO DOS RECURSOS	112
7.3.1	Taxa de Ocupação de Camas	112
7.3.2	Produtividade	114
7.3.3	Consumo de medicamentos	115
7.3.4	Alguns serviços e categorias	116
8	A REDE DE MATOLA E A NORMATIVA VIGENTE	118
8.1	NORMATIVA DAS UNIDADES SANITÁRIAS	118
8.2	PERFIL DA REDE SANITÁRIA DA CIDADE DA MATOLA	126
8.2.1	Comparando tamanhos	135

9	CONCLUSÕES	142
9.1	METODOLOGIA	142
9.2	REDE SANITÁRIA	142
9.3	SERVIÇOS PRESTADOS	144
9.4	SISTEMAS DE REFERÊNCIA	145
9.5	ESTADO DAS INFRA-ESTRUTURAS	146
9.5.1	Necessidade de incrementar a rede sanitária	146
9.5.2	Necessidade de plantas-tipo	146
9.5.3	Qualidade, estado e intervenção	146
9.5.4	Abastecimento água e energia	147
9.5.5	Observações estruturais e funcionais das US	147
9.5.6	US em zonas de risco	148
9.5.7	Observações sobre as residências para trabalhadores	148
9.6	DISPONIBILIDADE DE RECURSOS	149
9.6.1	Recursos Humanos	149
9.6.2	Camas hospitalares e outro equipamento	149
9.6.3	Medicamentos e despesa com medicamentos	151
9.6.4	Recursos financeiros	151
9.7	VOLUME DE ACTIVIDADES E COBERTURA	152
9.7.1	Coberturas	152
9.7.2	Potencial para ganhos de eficiência	152
10	RECOMENDAÇÕES	154
10.1	PRESSUPOSTOS PARA A EXTENSÃO DA REDE	158
10.1.1	Projeções de População	158
10.1.2	Novo perfil epidemiológico	158
10.1.3	O efeito do VIH/SIDA	158
10.1.4	Novas e velhas emergências	162
10.1.5	As doenças não transmissíveis	164
10.1.6	Novas abordagens	165
10.2	CRITÉRIOS UTILIZADOS	165
10.3	AUMENTAR O ACESSO	166
10.3.1	Mais unidades, maiores, mais próximas?	166
10.3.2	Completar e expandir serviços	168
10.4	INVESTIR EM RECURSOS	168
10.5	CONSERVAR O PATRIMÓNIO	169
10.5.1	Por onde começar?	169
10.5.2	Utilizando os instrumentos	170
10.6	ACRESCENTAR A EFICIÊNCIA	171
10.7	ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE OS RECURSOS HUMANOS	171

11	ANEXO I – ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE MATOLA E MAPUTO	172
12	ANEXO II – AGENDA E CONTACTOS	175
13	ANEXO III – BIBLIOGRAFIA.....	179

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1.1 População de Moçambique em 2007 e 2015 – Fonte Instituto Nacional de Estatística	17
Tabela 1.2 População da Cidade da Matola até 2015 – Projeções do INE até 2025.....	20
Tabela 4.1 Rede Sanitária do SNS da Cidade da Matola, por tipo de US	48
Tabela 4.2 Rede Sanitária pública em funcionamento.....	49
Tabela 4.3 Relação entre rede sanitária pública (níveis I e II), população e superfície	52
Tabela 4.4 Serviços de CPS por US da rede primária em funcionamento	55
Tabela 4.5 Serviços CPS, por tipo de US	56
Tabela 4.6 Situação dos cuidados obstétricos, incluindo o HP	57
Tabela 4.7 Atendimento curativo. Internamento, Cirurgia e Hemoterapia.	59
Tabela 4.8 Serviços especializados no combate ao VIH/SIDA	59
Tabela 4.9 Principais meios auxiliares de diagnóstico e tratamento.....	60
Tabela 4.10 Meios auxiliares de diagnóstico e tratamento por tipo de US	61
Tabela 5.1 US da rede primária, por época de construção e superfície	67
Tabela 5.2 Superfície das US e das casas para trabalhadores	71
Tabela 5.3 Superfícies totais e médias, por tipo de US	72
Tabela 5.4 Comparação de superfícies médias por tipo de US entre Matola e a Cidade de Maputo.....	72
Tabela 5.5 Preços de manutenção de rotina, reabilitação e reconstrução, por tipo de US	74
Tabela 5.6 Estimativa de custos, por intervenção e por tipo de US - Detalhe	75
Tabela 5.7 Estimativa de custos, por intervenção e por tipo de US - Resumo	75
Tabela 5.8 Estimativa de custos, por US e tipo de US, valores percentuais	77
Tabela 5.9 Estimativa dos custos de manutenção de rotina da rede primária, por US e tipo de US	78
Tabela 5.10 Valor do património imobiliário, por unidade e por tipo de US - Detalhe.....	79
Tabela 5.11 Valor do património imobiliário, por tipo de US – Resumo.....	80
Tabela 5.12 Sistema de tratamento do lixo, por unidade.....	81
Tabela 5.13 Sistema de aprovisionamento de água, por US.....	83
Tabela 6.1 Classificação dos técnicos de saúde, por nível de ocupação	86
Tabela 6.2 Classificação dos técnicos de administração e outros técnicos, por nível de ocupação	87
Tabela 6.3 Nº de trabalhadores da rede primária da Matola por tipo de US analisada	87
Tabela 6.4 Distribuição dos trabalhadores nos CRS II	88
Tabela 6.5 Distribuição dos trabalhadores nos CSUA	89
Tabela 6.6 Distribuição dos trabalhadores nos CSUB	89
Tabela 6.7 Distribuição dos trabalhadores nos CSUC.....	89
Tabela 6.8 Distribuição dos técnicos de saúde, por US e por população servida	90
Tabela 6.9 Média de habitantes por tipo de técnico.....	91
Tabela 6.10 US sem médico.....	91
Tabela 6.11 US com médico.....	92
Tabela 6.12 Relação de habitantes por tipo de US e categoria dos técnicos	93
Tabela 6.13 Nº de US sem equipamento crítico, por tipo de US	95
Tabela 6.14 Disponibilidade de cadeiras de estomatologia, por US.....	96
Tabela 6.15 US com microscópios, por US	96
Tabela 6.16 Disponibilidade de recursos humanos por US com ou sem serviço de laboratório.....	97
Tabela 6.17 Disponibilidade de geleiras na rede primária, por US	98
Tabela 6.18 Distribuição das camas, por tipo de cama e por tipo de US (incluindo o HG e o HP).....	99
Tabela 6.19 Disponibilidade de camas das US primárias e o HG da Machava	100
Tabela 6.20 Distribuição das camas de maternidade, por US e por 1000 MIF.....	100
Tabela 6.21 Modelos de aprovisionamento de medicamentos para o nível primário	102
Tabela 6.22 Disponibilidade e cobertura dos kits de medicamentos, por US, 2015	102
Tabela 6.23 Orçamento disponibilizado por tipo de financiamento – 2014 – 2015 – Evolução (Fonte RAP)	104
Tabela 6.24 Resumo de Execução de todos os Fundos Geridos nos SDSMAS Matola 2014-2015	104
Tabela 6.25 Evolução da Receita Propria da SDSMAS Matola.....	105
Tabela 6.26 Evolução da Discriminação da dívida por rubrica, 2014-15 (Fonte RAP)	105
Tabela 7.1 Unidades de atendimento, duração média em minutos	107

Tabela 7.2 Volume realizado, por tipo de US	107
Tabela 7.3 Actividades realizadas (em número e em UA, com e sem analíticas), por US	108
Tabela 7.4 Actividades realizadas em número e em UA, por US e por habitante	109
Tabela 7.5 Cobertura dos principais programas	110
Tabela 7.6 Cobertura de partos e de consultas pré-natais em 2015, por US	110
Tabela 7.7 Cobertura vacinal em 2015, por US	111
Tabela 7.8 Cobertura de consultas, por habitante	112
Tabela 7.9 Taxa de ocupação de camas de Maternidade	113
Tabela 7.10 Taxa de ocupação de camas de maternidade, por tipo de US	113
Tabela 7.11 Produtividade dos técnicos em 2015, sem actividade laboratorial	114
Tabela 7.12 Produtividade dos técnicos em 2015, com actividade laboratorial	114
Tabela 7.13 Produtividade, por tipo de US (sem actividade laboratorial)	115
Tabela 7.14 Produtividade, por tipo de US (com actividade laboratorial)	115
Tabela 7.15 Cobertura com kits PNME e despesa com medicamentos	115
Tabela 7.16 Produtividade das salas de partos, por tipo de US	116
Tabela 7.17 Produtividade dos técnicos de laboratório	117
Tabela 8.1 Características das US, por tipo de serviço e tipo de US	125
Tabela 8.2 Serviços prestados pelas US primárias	126
Tabela 8.3 Serviços prestados pelas US tipo CSR II	127
Tabela 8.4 Serviços prestados pelas US tipo CSUA	128
Tabela 8.5 Serviços prestados pelas US tipo CSUB	129
Tabela 8.6 Serviços prestados pelas US tipo CSUC	130
Tabela 8.7 Serviços prestados pelos PS	131
Tabela 8.8 Serviços prestados pelos Hospitais	132
Tabela 8.9 A Rede Sanitária aplicando o Diploma Ministerial 127	136
Tabela 8.10 Cálculo de necessidades para cada tipo de US (para um único tipo de US)	137
Tabela 8.11 Recursos humanos dos CSR II	137
Tabela 8.12 Recursos humanos dos CSUA	138
Tabela 8.13 Recursos humanos dos CSUB	139
Tabela 8.14 Recursos humanos dos CSUC	140
Tabela 8.15 Pessoal necessário, por categoria e por nível da US, aplicando o Diploma Ministerial 127	141
Tabela 8.16 Pessoal necessário, por categoria e por nível da US, aplicando o Diploma Ministerial	141
Tabela 9.1 Necessidade de novas US segundo o Regulamento (Diploma Ministerial 127)	143
Tabela 10.1 Causas de internamento e óbito na sala de Medicina do HG da Machava	160
Tabela 10.2 Causas de internamento e óbito na sala de Pediatria do HG da Machava	160
Tabela 10.3 Resultados dos testes para HIV no serviço de Tisiologia do HG da Machava	161
Tabela 10.4 Doentes que iniciaram TARV, por sexo, por sectores de internamento e por ano	161
Tabela 10.5 Causas de internamento e óbitos no HP da Matola, 2015	161
Tabela 10.6 Causas mais frequentes de atendimento nas Urgências de Cirurgia do HP, 2015	164
Tabela 10.7 Causas mais frequentes de atendimento nas Urgências de Ortopedia do HP, 2015	164
Tabela 10.8 US necessárias para a população projectada para 2025, por tipo de US	167
Tabela 11.1 Comparativa com a Cidade de Maputo (Primeira parte)	173
Tabela 11.2 Comparativa com a Cidade de Maputo (Segunda parte)	174

ÍNDICE DE MAPAS

Mapa 1.1 Postos Administrativos e bairros da Cidade da Matola.....	18
Mapa 1.2 Densidade populacional em 2015, por bairros – Habitantes por Km ²	19
Mapa 4.1 Rede sanitária da Cidade da Matola – Unidades ligadas ao SNS.....	46
Mapa 4.2 Rede sanitária da Cidade da Matola – Unidades ligadas ao SNS – Detalhe da zona centro.....	47
Mapa 4.3 Rede sanitária da Cidade da Matola – Unidades ligadas ao SNS – Detalhe do extremo sul.....	47
Mapa 4.4 Rede Sanitária da Cidade da Matola, Hospitais públicos.....	49
Mapa 4.5 Rede sanitária da Cidade da Matola - Centros de saúde urbanos.....	50
Mapa 4.6 Rede sanitária da Cidade da Matola - Centros de saúde urbanos – Detalhe da zona centro.....	50
Mapa 4.7 Rede sanitária da Cidade da Matola - Centros de saúde rurais.....	51
Mapa 4.8 Rede sanitária da Cidade da Matola – Postos de saúde.....	51
Mapa 4.9 Rede sanitária da Cidade da Matola – Unidades em construção ou por inaugurar.....	52
Mapa 4.10 Cobertura do espaço físico em cumprimento da normativa vigente – Grelha teórica.....	53
Mapa 4.11 Cobertura do espaço físico – Raios de cobertura de 4 Km à volta das US.....	54
Mapa 4.12 Mapa da cobertura territorial das salas de parto e COEB - Raio 5 Km.....	58
Mapa 4.13 Serviços especializados no combate ao HIV/Sida (ATS).....	60
Mapa 4.14 US com laboratório.....	61
Mapa 5.1 Localização das US primárias que ocupam edifícios anteriores à Independência.....	64
Mapa 5.2 Localização das US primárias que ocupam edifícios construídos entre 1975 - 1992.....	65
Mapa 5.3 Localização das US primárias que ocupam edifícios construídos após 1992.....	66
Mapa 5.4 Infra-estruturas básicas, por tratamento de lixo – Cidade da Matola.....	82
Mapa 5.5 Infra-estruturas básicas, por tratamento de lixo – Detalhe da zona sul.....	82
Mapa 5.6 Infra-estruturas básicas - Sistema de abastecimento de água – Cidade da Matola.....	84
Mapa 5.7 Infra-estruturas básicas - Sistema de abastecimento de água – Detalhe da zona sul.....	84
Mapa 9.1 Cobertura do espaço – Raios de cobertura de 4Km à volta das US.....	144
Mapa 11.1 Unidades sanitárias da Matola e da Cidade de Maputo.....	172

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 6.1 Recursos humanos, por categoria.....	88
Gráfico 6.2 Habitantes por médico no sector público primario, por US	92
Gráfico 6.3 Distribuição percentual de camas de maternidade sem considerar o HP	101
Gráfico 6.4 Distribuição de camas de maternidade incluindo as camas do HP	101

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objectivo caracterizar o Sistema de Prestação de Serviços de Saúde da Cidade da Matola, que, junto dos factores biológicos, ambientais e sociais, constitui um dos quatro **factores determinantes da saúde** da sua população. Efectivamente, a saúde da população, está determinada por quatro tipos de factores:

Biológicos: estão ligados à propia pessoa e têm a ver com a sua genética, a sua nutrição, o seu sistema imunológico ou as suas discapacidades congénitas. São inerentes à fisiologia do organismo e pouco susceptíveis de modificação dado que, em muitos casos, têm uma componente genética. Por exemplo, nas sociedades industrializadas, a mortalidade infantil, em geral, e a mortalidade neonatal, em particular, não dependem tanto dos factores exógenos (infecções, parasitas, etc.) que estão bem controlados mas sim dos factores congénitos e das doenças herdadas.

Ambientais: estão ligados ao meio ambiente, podendo ser naturais ou artificiais;

- Físicos: temperatura, ruidos, radiações, altitude, latitude, etc.;
- Químicos: contaminação por insecticidas, plaguicidas, metais pesados, etc.;
- Biológicos: presença de bacterias, virus, protozoários e outros organismos;
- Sociais: doenças ocupacionais por exposição à poeira de silice (silicose), ao carvão e à poluição (antracose), ao asbesto (asbestose), ao algodão (bisinose), às alergias ocupacionais, etc.

Sociais: estão ligados às condições e aos estilos de vida.

A maior parte da carga de doenças e das iniquidades em saúde acontece pelas condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem. Este conjunto de condições é chamado **determinantes sociais da saúde**, um termo que resume as determinantes económicas, políticas e culturais da saúde. Também incluem hábitos tais como, por exemplo, o consumo de drogas (tabaco, alcool, etc.), o consumo excessivo de nutrientes (gorduras, sal, açúcar, alimentos refinados, aditivos alimentares, etc.), ou o estrêsse e a falta de exercício físico.

Sistema de Saúde: estão ligados à atenção sanitária (estrutura do sistema de prestação de serviços, existência de equipamentos, funcionalidade, consumos, etc.).

O Sistema de Saúde é o conjunto dos recursos que um país destina à saúde, a utilização que se faz dos mesmos e os resultados obtidos.

A atenção sanitária deve ser ampla, de qualidade e oferecer cobertura, acessibilidade e equidade a toda a população para garantir o diagnóstico e o tratamento às pessoas de forma individual assim como para atender as necessidades dos grupos sociais.

A **equidade na saúde** se define como a ausência de diferenças injustas. É reflectida no direito que têm todas as pessoas a uma vida saudável e no dever do Estado em assegurar o acesso universal e igualitário às acções e serviços de saúde.

Porém, entre as áreas rurais e as urbanas assim como em relação ao gênero, ao nível de escolaridade, à distribuição da renda ou ao local de residência, existem disparidades notáveis relativas, por exemplo, à oferta e à demanda dos serviços de saúde, nas taxas de mortalidade materno-infantil, nas coberturas vacinais, no acesso à água potável e à energia para o consumo doméstico, e nos conhecimentos sobre a transmissão e a prevenção das doenças infecciosas.

Os mapas sanitários (MS) são instrumentos que podem servir para **mostrar as possíveis assimetrias** regionais e locais na disponibilidade e no uso dos serviços de saúde incluindo a distribuição e o estado das

infra-estruturas, a disponibilidade de recursos humanos e materiais, o consumo em medicamentos e reagentes e o nível de despesas em saúde.

Por outra parte, para reduzir o impacto dos determinantes de saúde e as consequentes iniquidades, torna-se imperativo recorrer a abordagens integradas e globais, incluindo outros sectores da vida económica e social, entre outras a implementação de **estratégias transversais intersectoriais** com impacto nas determinantes sociais, que poderão levar à redução acelerada das iniquidades em saúde, melhorando as condições de vida e promovendo o desenvolvimento socioeconómico.

Cabe ao Sector da Saúde liderar o combate das causas mais profundas das iniquidades em Saúde, promovendo e assegurando um sistema de saúde mais justo, solidário e equitativo:

- O alcance a médio e longo prazos de uma **cobertura equitativa e universal** dos serviços essenciais de saúde;
- O **acesso e uso dos serviços** para todos, incluindo as pessoas que vivem em áreas de difícil acesso assim como, os grupos mais vulneráveis, tais como as mulheres, crianças, jovens e idosos;
- A **prestação de serviços** e cuidados integrados, incorporando a prevenção, o tratamento e a reabilitação das doenças mais frequentes no quadro nosológico nacional;
- A **oferta de serviços** e cuidados a um custo acessível e em condições aceitáveis, visando o atendimento de todos humanamente.

A **elaboração do MS** cobra importância **como ferramenta que descreve a situação**, com base nos vigentes regulamentos das unidades sanitárias, **e facilita a elaboração dos planos provinciais e municipais de desenvolvimento sanitário**. Estes planos devem incluir intervenções concretas e especificamente planeadas pelo sector para reduzir as assimetrias e iniquidades na disponibilidade e uso dos serviços de saúde e melhorar a equidade e a eficiência do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O MS deve estar complementado por **inquéritos sobre a cobertura e os canais da demanda** de prestação de serviços, que deverão ser realizados de forma regular no nível municipal. Também por **inquéritos demográficos** e populacionais mais abrangentes sobre a saúde e o bem-estar das populações, que permitam medir os indicadores vitais e as correlações entre os indicadores de saúde e outros indicadores sociais e económicos que reflectem o impacto das determinantes sociais.

O presente trabalho se insere no âmbito do apoio técnico e financeiro que a organização não-governamental (ONG) espanhola **medicumundi Catalunya** (MMC) vem oferecendo desde o ano 2012 ao Ministério da Saúde (MISAU) de Moçambique para elaborar o plano estratégico a meio prazo para a extensão, desenvolvimento e melhora da rede sanitária pública.

Neste sentido, vem complementar o trabalho desenvolvido entre os anos 2013 e 2014 que consistiu em elaborar o *“Mapa Sanitário da Cidade de Maputo”* e, posteriormente, uma proposta de *“Plano de Desenvolvimento da Rede Sanitária de Nível Primário da Cidade de Maputo”*, actividades que foram lideradas pela Direcção de Serviços Municipais de Saúde, Mulher e Acção Social da Cidade de Maputo e executadas em parceria com a MMC. O referido projecto tinha 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 da Maputo ao Conselho Municipal.

A realização do trabalho de reforço dos processos de planificação e gestão sanitária foi desenhada em três fases que contemplavam a consecução de três resultados que estariam concretizados em três produtos.

FASE	RESULTADO	PRODUTO
I	O aumento da informação sobre a rede sanitária	MS da Cidade de Maputo
II	A planificação da expansão e estrutura da rede	Plano de Desenvolvimento da Rede Sanitária.
III	A Elaboração do Plano Estratégico 2014-2019	Plano Director para o Desenvolvimento Municipal

Das três actividades previstas, foram executadas duas: primeiramente foi elaborado o MS e posteriormente foi elaborado um Plano de Desenvolvimento da Rede Sanitária do Nível Primário da Cidade de Maputo. Ainda não foi finalizada a terceira fase, nomeadamente a de elaboração do Plano Director.

O trabalho actual foi solicitado pela Sra. Ministra de Saúde e consiste na **Elaboração do Mapa Sanitário e Caracterização do Sistema de Prestação de Serviços de Saúde do Município da Matola**. A sua execução foi encomendada à MMC e está a ser financiada pela "Fundación para la Cooperación Internacional, Salud y Política Social" do Ministério de Saúde de Espanha.

A intervenção pretende realizar para a Cidade da Matola um proceso similar ao desenvolvido para a Cidade de Maputo e para isso propõe-se utilizar a mesma metodologia, revisada, adaptada e actualizada.

A intervenção **refere-se exclusivamente à primeira fase, a elaboração do MS**, e consiste na recolha e análise da informação disponível das unidades sanitárias (US) da zona abrangida pela Cidade da Matola a fim de poder realizar posteriormente, nas seguintes fases, a planificação estratégica da sua rede sanitária pública.

Dada a sua dupla condição de distrito e município, neste documento se utilizam os nomes Distrito da Cidade da Matola e Município da Cidade da Matola indistintamente. De facto, em ocasiões se utiliza simplesmente a expressão Cidade da Matola ou Matola.

O Município da Matola é capital da Província de Maputo e nele se encontra a Direcção Provincial de Maputo. A Cidade da Matola é fronteira com a Cidade de Maputo, a capital do País, que, no seu caso, tem também estatus de província. Conjuntamente com o distrito de Boane constituem a Área Metropolitana de Maputo.

Qualquer análise funcional da rede sanitária da Cidade da Matola – e, no seu caso, da Província de Maputo – deveria ter em conta a grande influência demográfica, socio-económica e cultural exercida pela vizinha Cidade de Maputo.

Assim sendo, é conveniente resumir que o que se pretende atingir com esta pesquisa e é apresentado neste documento inclui os seguintes capítulos:

- Justificação, utilidade e potencialidade do MS e especificidades da Cidade da Matola;
- Metodologia utilizada e as suas limitações;
- Descrição do funcionamento e gestão do Sistema de Saúde (organogramas);
- Descrição detalhada da rede Sanitária da Cidade da Matola;
- Recursos utilizados na operacionalização da rede;
- Análise dos resultados em termos de cobertura e de eficiência no uso dos recursos;
- Adequação da rede existente com a normativa vigente;
- Conclusões e recomendações – discussão e análise das opções de intervenção;
- Comparação de alguns indicadores entre a Cidade da Matola e a de Maputo.

1.1 JUSTIFICAÇÃO – PARA QUÊ UM MAPA SANITÁRIO?

O 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; efectivamente, no mês de Julho de 2006 foi aprovado pelo Conselho de Ministros o decreto 33/2006 de 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 seis da Lei 2/97 dos 18 de Fevereiro que cria o quadro jurídico legal para a implementação das autarquias locais. Segundo a referida legislação, *a descentralização de poderes efectuar-se-ia 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. Realizar-se-ia 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 deveria transferir-se de forma progressiva nos três anos seguintes à sua entrada em vigor, quer dizer desde fins de Dezembro dos 2009, com uma possível prorroga de dois anos.*

O processo de transferência de funções do Sector da Saúde desde o nível governamental até o Municipal, ainda não foi assinado para Matola, mas é de prever que, quando for assinado, deveria incluir, entre outras, as seguintes competências:

- Garantir a gestão corrente das Unidades Sanitárias (US) do nível primário, garantindo que sejam providenciados todos os componentes dos Cuidados Primários de Saúde (CPS);
- Providenciar um dictame e realizar propostas para o desenvolvimento da rede de Atenção Primária de Saúde na área geográfica do Município;
- Proceder à gestão corrente das estruturas dos centros de saúde da rede primária;
- Participar, realizar propostas e providenciar um dictame sobre os objetivos a atingir para cada um dos programas de saúde que sejam transferidos;
- Proporcionar a gestão corrente na área geográfica da autarquia de Maputo, dos sistemas de referência dos níveis primários aos níveis superiores.

Igualmente no seu dia poderiam ser transferidas do Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS) da Matola para o Conselho Municipal as competências do Sector Saúde referentes à:

- Os Recursos Humanos do departamento de Saúde Pública e dos postos de saúde (PS), centros de saúde, e das morgues de um Hospital Geral (HG) e de um Hospital Provincial (HP);
- O património móvel do Departamento de Saúde Pública, do distrito, Postos de Saúde (PS), Centros de Saúde (CS) e morgues;
- O património imóvel dos PS e os CS;
- Os recursos financeiros: Bens e Serviços e Subsídios Funeral de todos os CS, morgues e o Departamento de Saúde Pública.

Mesmo que ainda não foram transferidas as competências para o nível municipal, o momento é chave para o Sector Saúde, que já deve começar a reflectir sobre os desafios que suporá a consolidação operativa destas competências no nível municipal. Nesse momento será indispensável maximizar os escassos recursos existentes, em especial no nível municipal, para poder 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 não só os custos em investimentos de capital para a extensão da rede de serviços de saúde, mas também os custos recorrentes adicionais em salários para pessoal qualificado, manutenção de instalações e equipamento, e para as despesas operacionais gerais, que deverão ser suportados a seguir a um investimento de vulto.

O MS não pretende unicamente a descrição mais ou menos sumária da rede existente, mas ser o primeiro passo para a elaboração dum autêntico plano. Efectivamente, à medida que os assentamentos populacionais crescem, aumentam também as necessidades e as pressões sobre os gestores para dar respostas às novas necessidades e estender a oferta de serviços às populações carentes. Há medidas e decisões que não devem ser atrasadas por falta de informação completa. Portanto, 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; e

Deve ser o primeiro passo na definição de um plano de 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. Deve 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 e por tipo e não somente atendendo a sua distribuição no distrito ou na província.

O MS é composto dos seguintes elementos:

Uma **carta geográfica** digitalizada com a localização (coordenadas) de todas as US pesquisadas, incluindo, geralmente, as unidades em construção ou encerradas.

Fichas individuais utilizadas para recolha de dados. Existe um **formulário para a componente saúde** que inclui dados sobre os serviços que a US presta, as atividades realizadas no último ano, o equipamento disponível, os recursos humanos disponíveis no momento da recolha dos dados, os medicamentos consumidos o ano anterior, etc., e **outro para a componente física** que inclui a recolha de dados sobre o estado da infraestrutura da US, disponibilidade de redes de abastecimento de água, energia, tratamento de lixo, esgotos, desenho da planta da US, etc.).

Reportagem fotográfico dos interiores e exteriores das US pesquisadas.

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

Relatório do Mapa Sanitário em versão para discussão, do qual este é uma primeira versão, a ser utilizada na realização dum encontro seminário com os responsáveis provinciais, distritais e municipais do sistema de saúde. Depois desta discussão poderá ser será elaborada a versão oficial do Mapa Sanitário da Cidade da Matola, da autoria da DPS, do SDSMAS e do Conselho Municipal da Matola. O documento é redigido mediante a interpretação dos mapas, a análise da informação contida nas fichas após serem introduzidas na base de dados e de outras informações recolhidas mediante entrevistas não sistematizadas nos anteriores elementos.

1.3 CIDADE DA MATOLA. ESPECIFICIDADES

Moçambique está dividido em 11 províncias: no Norte as províncias de Niassa, Cabo Delgado e Nampula; no centro, Zambézia, 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 dos quais 43 são municípios.

Tabela 1.1 População de Moçambique em 2007 e 2015 – Fonte Instituto Nacional de Estatística

POPULAÇÕES	CENSO 2007	PROJEÇÃO 2015
População de Moçambique	20.632.434	25.727.911
População da Província de Maputo	1.225.489	1.709.058
Percentagem da Província a respeito do País	5,9	6,6
População do Distrito da Matola	682.691	927.123
Percentagem do Distrito a respeito da Província	55,7	54,2

A província de Maputo está situada no extremo sul do País e conformada pelos seguintes distritos: Matola, Boane, Matutuine, Namaacha, Marracuene, Magude, Manhiça e Moamba.

Ao contrário do que é habitual em outros documentos de MS onde se acostuma fazer uma breve secção descritiva sobre a história, clima, geografia e outros aspectos da área em estudo, neste caso, existe um extenso e detalhado documento elaborado pela Vereação de Planeamento Urbano e Ambiente da Cidade da Matola, o **Plano de Estrutura Urbana da Cidade da Matola, 2010**, que descreve em pormenor todos estes assuntos, pelo que foi considerado desnecessário repetir estes conteúdos neste documento.

População (Plano de Estrutura Urbana da Cidade da Matola, 2010 (PEUCM))

A Cidade da Matola localiza-se no centro da Província de Maputo e a capital da Província de Maputo e um dos quatro municípios da província junto das Vilas de Manhiça, Boane e Namaacha. (*PES da Província de Maputo*).

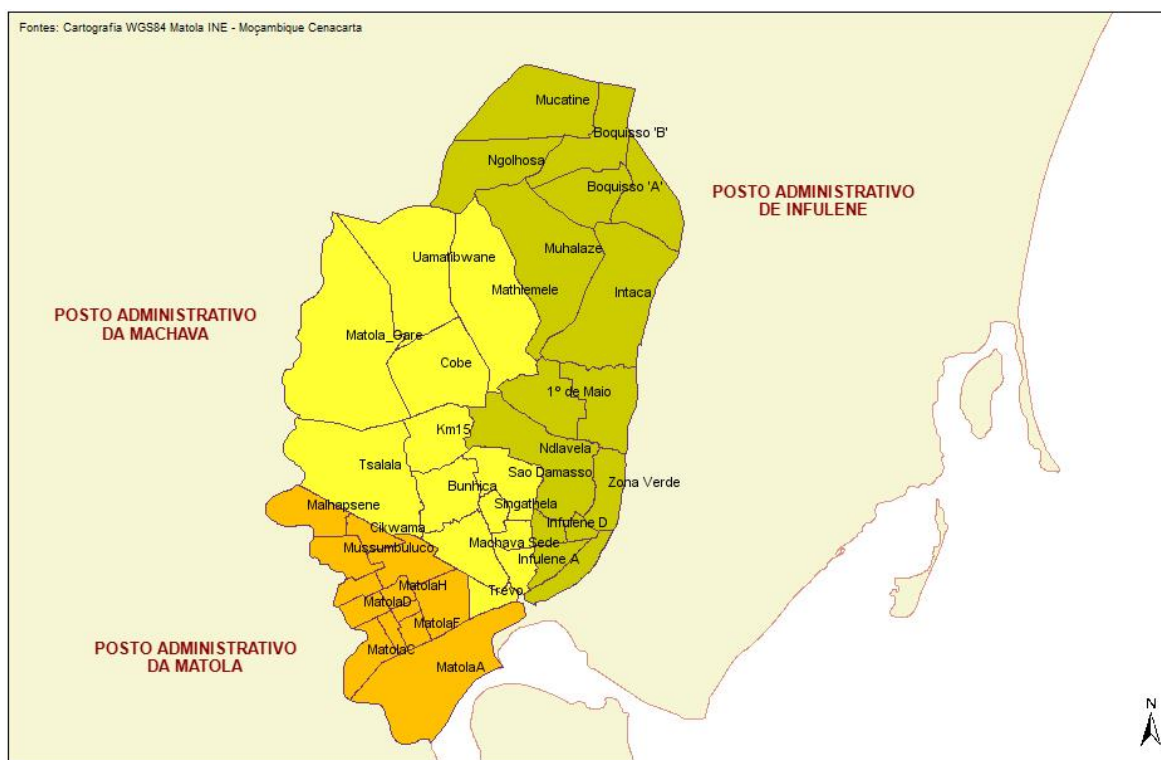
O distrito-município está situado no centro-este da província de Maputo, colindando com os mais densamente povoados distritos urbanos da província da Cidade de Maputo.

Segundo os mapas digitais fornecidos pelo INE, que constituem a base da cartografia elaborada para este relatório e que serviu também para calcular a densidade demográfica de cada bairro, o distrito da Matola tem uma extensão de **332,88 Km²**. Porém, o *Plano de Estrutura Urbana da Cidade da Matola*, publicado pelo Conselho Municipal da Cidade da Matola, oferece uma informação diferente. Num momento (página 10) disse que o Município tem uma área de 368,40 Km² (um 10% maior) por enquanto em outro (página 36) disse que tem uma superfície 341,89 Km² (3% maior que a superfície obtida da cartografia do Instituto Nacional de Estatística (INE)). Não fica, portanto, completamente clara qual é a extensão do distrito.

O distrito tem uma forma bastante compacta. A distância máxima (em linha recta) entre o extremo norte e o extremo sul é de quase 34 Km de largura e de este a oeste aproximadamente 15 Km. A forma compacta do distrito e o tamanho relativamente pequeno, em princípio, deveria facilitar o acesso da população, tanto em termos de distância como de tempo, às unidades sanitárias. Porém, o carácter densamente urbano de partes do distrito assim como o estado de algumas das vias de comunicação podem dificultar o acesso às US.

A Cidade da Matola é constituída por três postos administrativos (PA) que por sua vez se subdividem em 41 bairros.

Mapa 1.1 Postos Administrativos e bairros da Cidade da Matola



O número de habitantes é um dos aspectos mais importantes para o desenho de uma rede sanitária.

Segundo os dados fornecidos pelo INE, em 2015 a Cidade da Matola tinha uma população estimada (projectada) de 927.123 habitantes, o que supõe um crescimento de quase 40% (38,05%) respeito à população de 2007, ano do último censo (o dado exacto varia ligeiramente dependendo da população utilizada para 2007 já que há pequenas diferenças nas fontes).

No ano 2015 a população da Cidade da Matola representava o 54% da população da província de Maputo (1.709.058 habitantes). A percentagem em 2007 era ligeiramente inferior. Isto significa que ao longo da última década mais da metade da população da província residia num único distrito, dos oito que tem a província.

Esta situação provavelmente seja reflexo do facto de que a Cidade da Matola ostenta a capitalidade da província e é o foco industrial mais importante do País, o que atrai muitas pessoas. Assim mesmo, devido ao alto custo da vivenda na vizinha Cidade de Maputo é provável que haja um número considerável que reside em Matola mas que trabalha na capital.

Lamentavelmente, não se dispõe – por não existir – de dados actualizados suficientemente precisos sobre a distribuição da população dentro do distrito. Saber como está distribuída a população é importante para desenhar/decidir a localização das unidades sanitárias já que a normativa disse que as pessoas somente deverão ter que percorrer uma certa distância para chegar à unidade sanitária mais próxima e, pela sua vez, estabelece números de habitantes por rádios de cobertura.

O INE dispõe das populações por bairros para o ano 2007, quer dizer, o ano do último censo, mas não tem realizado nenhuma projecção posterior, nem por bairros nem por posto administrativo, que pudesse dar alguma indicação da distribuição da população na actualidade e, ainda menos, para os próximos 5 a 10 anos, dado que poderia ser muito importante para saber onde deveria ser situada qualquer nova unidade sanitária.

Conhece-se a percentagem da população da Cidade da Matola que vivia em cada bairro em 2007. Isto faz pensar que se poderia aplicar as mesmas percentagens à população de 2015 para obter uma estimacão

atualizada da população dos bairros e dos três postos administrativos. Mas, quando se analisa como mudaram as populações dos bairros durante o período intercensal, 1997 – 2007, vê-se que as populações dos bairros mudaram de forma muito diferente.

Assim, segundo o PEUCM (página 49) no período 1997-2007 houve bairros no posto de Infulene que cresceram 1.366 % e 633%, por enquanto que outros apenas cresceram 0,012% ou 9%.

No caso do posto da Matola, na mesma década houve um bairro que perdeu o 15% da sua população por enquanto outro bairro cresceu um 308%.

No posto de Machava a população de todos os bairros cresceu, entre um 2% e um 302%. É possível que a população de certos bairros tenha mudado tanto devido às cheias de 2000 ou como consequência das obras da auto-estrada, o que poderia indicar que as mudanças vividas nesses bairros são excepcionais, mas não se sabe se desde o último censo de 2007 até hoje, houve outros factores que pudessem ter tido um efeito semelhante. De facto, desconhece-se quais bairros cresceram mais e quais menos desde o último censo e mesmo se houve bairros que perderam habitantes nos últimos anos.

Porém, com todas as limitações descritas, apresenta-se a seguir, um mapa de densidades por bairros onde se assume que os bairros têm crescido de forma uniforme desde 2007.

Assumindo portanto os dados fornecidos pelo INE de 927.123 habitantes e 332,88 Km² de superfície, a densidade de população da Matola é **2.784 habitantes por Km²** com uma **distribuição muito irregular** como mostra o mapa 1.2 a seguir:

Mapa 1.2 Densidade populacional em 2015, por bairros – Habitantes por Km²

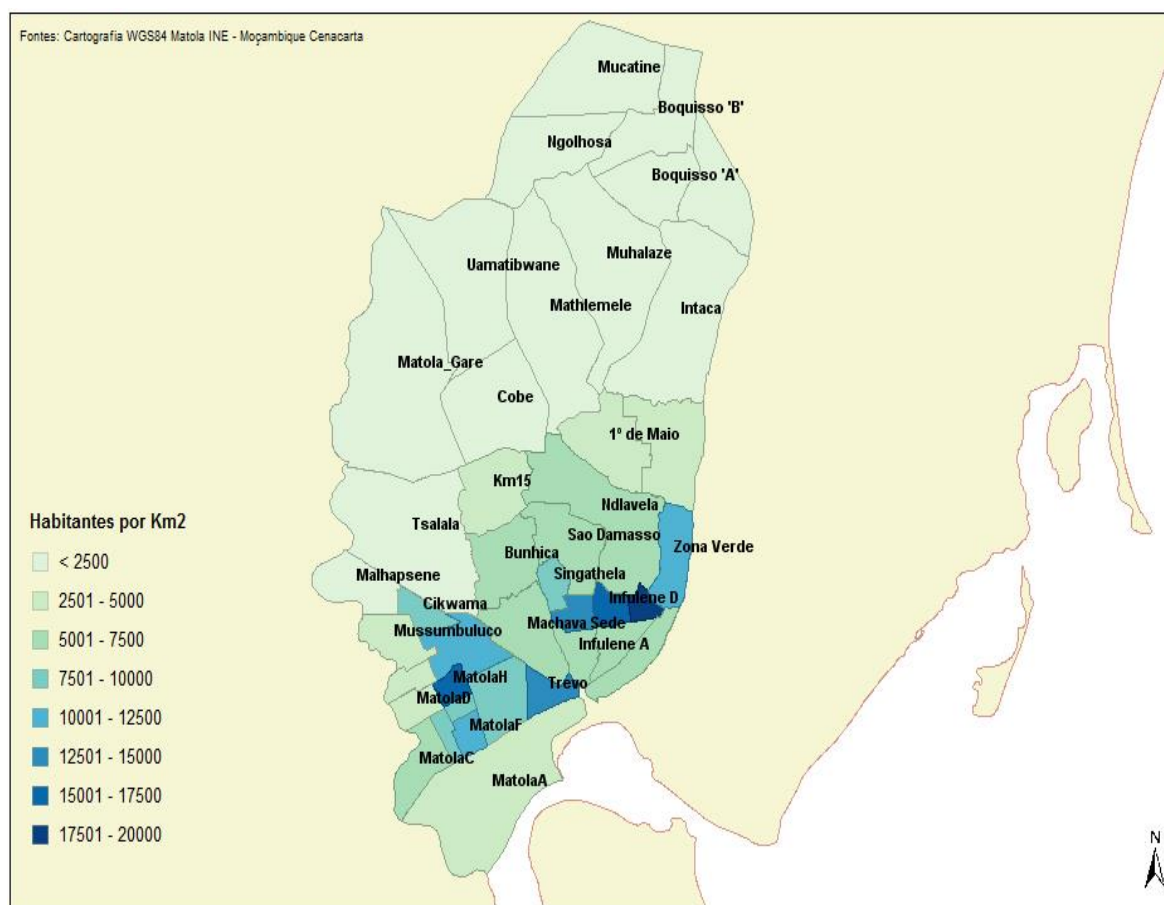


Tabela 1.2 População da Cidade da Matola até 2015 – Projecções do INE até 2025

ÂMBITO/PARÂMETRO	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Cidade da Matola	927.123	962.075	997.702	1.034.034	1.071.100	1.108.789	1.146.996	1.185.616	1.224.618	1.263.981	1.303.628
Cidade de Maputo	1.241.702	1.257.453	1.273.076	1.288.721	1.304.536	1.320.474	1.336.499	1.352.581	1.368.761	1.385.075	1.401.484
Crescimento de Matola %	3,77	3,70	3,64	3,58	3,52	3,45	3,37	3,29	3,21	3,14	3,06
Crescimento de Maputo %	1,27	1,24	1,23	1,23	1,22	1,21	1,20	1,20	1,19	1,18	1,18
Ratio entre as 2 cidades	1,34	1,31	1,28	1,25	1,22	1,19	1,17	1,14	1,12	1,10	1,08

A tabela mostra que, segundo as projecções do INE para os próximos 10 anos, a taxa de crescimento demográfico da cidade da Matola é alta e consideravelmente maior que a da cidade de Maputo. Mostra um ligeiro decrescimento ao longo do decenio mas mesmo assim no ano 2025 continua a ser alta. Mostra também que, neste ano, a população da Matola será quase a mesma que a da Cidade de Maputo.

2 METODOLOGIA

O MS baseia-se em dados das unidades sanitárias individuais que devem ser selecionados, recolhidos e tratados segundo uma metodologia desenhada ao efeito. O processo inclui, de forma geral, a escolha do tipo de dados que se acharam necessários para o exercício, a definição das fontes de informação a serem utilizadas, o desenho do método de recolha dos dados, a recolha de dados seguida do tratamento dado aos mesmos e a análise final incluindo as limitações que as escolhas metodológicas têm produzido nesta análise.

2.1 INFORMAÇÃO NECESSÁRIA

Os dados podem ser classificados em dois grandes blocos: **Saúde e Infraestruturas**. Deve-se atender a temporalidade dos mesmos, uma vez que alguns dados devem-se referir ao ano em curso (por exemplo, estruturas, recursos disponíveis ou serviços que se prestam) e outros se referem ao ano anterior completo (por exemplo, consumos de medicamentos, actividades realizadas ou gastos realizados).

Existem ainda dados de carácter geral, como a população por área da US, ou a localização dos agregados populacionais e a acessibilidade limitada por acidentes naturais ou pelo estado das estradas.

É preciso ressaltar aqui na importância que tem a população como denominador no cálculo de muitas taxas.

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. Também se recolhe a distância até a US de referência e tipo de acesso. Finalmente, recolhe-se a população de referência para cada US segundo os SDSMAS.

2.1.2 Dados da componente saúde

Podem ser classificados em seis áreas

Serviços prestados: Especifica os serviços oferecidos pela US;

Atividade realizada: quantifica o volume de trabalho realizado por tipo de US no ano anterior ao levantamento. 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 a disponibilidade de equipamento crítico. A finalidade desta recolha é a de avaliar a capacidade da US para oferecer os serviços que lhe correspondem pela sua categoria (p.e., para fazer puericultura é necessária uma balança). Não é um inventário de património pelo que apenas são listados alguns equipamentos;

Recursos humanos: É quantificado o pessoal alocado em cada US e diferenciado 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 no ano anterior à recolha dos dados. Para além dos kits, recolhem-se também as despesas em medicamentos adicionais e outros consumíveis solicitados pela chamada “via clássica”.

Despesas: Tenta-se conhecer, de forma resumida, as despesas das US que tenham uma alocação do Orçamento do Estado (Gastos de Pessoal, Bens e Serviços e Capital).

Deve-se sublinhar que os dados de atividade, medicamentos e despesas correspondem ao último ano natural completo (2015), enquanto os dados sobre equipamentos e os recursos humanos correspondem à situação no momento da pesquisa (2016).

Os dados contidos na base foram impressos e enviados aos responsáveis de cada US através do SDSMAS para serem analisados por eles e modificados se for preciso. Posteriormente foi realizada uma reunião junto de técnicos da DPS e das US pesquisadas na que foram entregues os dados validados que finalmente foram inscritos na base.

Não foi feita nenhuma tentativa de avaliar a qualidade do atendimento. Isto corresponde 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 que são património do Estado, o que permite por um lado calcular a superfície da mesma (um dado importante para o cálculo de custos de manutenção ou reabilitação) e por outro identificar 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 possíveis intervenções físicas;

Existência de casas para os trabalhadores: número e superfície para o cálculo dos custos de manutenção e, caso de ser necessário, de construção.

Estas informações são complementadas mediante uma reportagem fotográfica que permite identificar visualmente a US e, se necessário, apresentar o estado da mesma.

2.2 FONTES DE INFORMAÇÃO

A obtenção dos dados 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 (SIS), de forma que não fosse necessário procurar registos, livros, etc.

Quanto aos outros dados, na grande maioria devem ser recolhidos no local porque é a única forma de obtê-los (p.e., superfície da US).

2.3 FASES DO INQUÉRITO

Segundo a proposta de projecto, o mapa sanitário da Cidade da Matola dever-se-ia realizar em quatro fases consecutivas, nomeadamente:

- Fase I Preparativos;
- Fase II Levantamento;
- Fase III Análise;
- Fase IV Apresentação.

Neste capítulo se explica a lógica e a metodologia seguidas em cada uma das fases.

2.3.1 Fase I: Preparativos

A primeira fase de elaboração do mapa se realizou entre Moçambique e Espanha entre o dia 1 de Dezembro 2015, data de início do projecto, e o dia 8 de Janeiro 2016, data em que a equipa técnica externa viajou para Moçambique para inciar a fase II correspondente ao levantamento.

A equipa técnica externa estava composta por três pessoas:

- Um consultor médico, especialista em saúde pública;
- Um consultor arquiteto, especialista em avaliação de infraestruturas, responsável da área de construção civil;
- Um consultor responsável pela coordenação geral do projeto e pela elaboração dos mapas e a gestão da base de dados utilizada para a pesquisa.

Estes três técnicos – dois espanhóis e um italiano – foram contratados pela MMC para participar nas quatro fases de elaboração do mapa.

Além da equipa externa, na fase de preparação também participou activamente a Representante de MMC em Mozambique.

Se realizaram as seguintes actividades:

- Se obtiveram mapas digitais da Cidade da Matola e dados demográficos oficiais dos distritos da Província de Maputo. Este material foi fornecido pelo INE em Maputo;
- Se revisaram e adaptaram os questionários e os guiões utilizados em 2013 na elaboração do mapa sanitário da Cidade de Maputo;
- Se actualizou a base de dados Access utilizada na elaboração do mencionado mapa sanitário;
- Se carregou a base com os dados geo-referenciados dum inventario nacional de unidades sanitárias realizado pelo MISAU em 2007;
- Se elaborou um mapa do itinerario de visitas a todas as unidades sanitárias da Cidade de Maputo consoante ao mencionado inventário de unidades sanitárias;
- Se revisou a documentação recompilada para o mapa de 2013 da Cidade de Maputo e se fez uma nova procura de bibliografia focalizada na Cidade da Matola.

2.3.2 Fase II: Levantamento de dados

A segunda fase da intervenção se realizou integralmente em Moçambique e teve uma duração de quatro semanas, entre o 11 de Janeiro e o 5 de Fevereiro 2016. Durante a maior parte deste tempo a equipa externa recebeu a valiosa assistência de três órgãos: a **Direcção Provincial de Saúde** e em especial do seu Departamento de Infraestruturas, o **Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social** da Cidade da Matola e a **Área de Saúde do Conselho Municipal da Cidade da Matola**.

O levantamento começou fazendo um inventário de todas as unidades sanitárias, primárias e hospitalares, ligadas ao Serviço Nacional de Saúde localizadas na Cidade da Matola. Das 24 unidades identificadas, decidiu-se excluir três, por não formar parte da rede de atendimento ao público em geral. Trata-se dos postos médicos das três instituições penitenciárias que se encontram na Cidade da Matola, nomeadamente a Cadeia Central, a Cadeia Feminina de Ndlavela e a Brigada Operativa da Machava.

Para elaborar o mapa é necessário obter diversos conjuntos de dados. O mais eficiente e metodologicamente desejável é obtê-los da plataforma informática do sistema de informação de rotina do País. Desta forma os dados recolhidos são oficialmente reconhecidos, se evitam erros de transcrição e se evitam inconsistências entre os dados citados no mapa e os do sistema de informação do País. Quando os dados não estiveram no sistema de informação de rotina, é necessário visitar cada unidade sanitária – neste caso, todos os centros e postos de saúde da Cidade da Matola – para obter, mediante entrevista, consulta dos livros de registos ou observação ou medição directa, os dados necessários para elaborar o mapa.

Consoante com a metodologia estabelecida, dever-se-iam obter os seguintes conjuntos de dados:

- **Identificação, tipificação e localização das unidades sanitárias.** Estes dados deveriam ficar registados na já referida base Access. A tipificação das unidades deveria seguir estritamente a classificação estabelecida pelo MISAU no Diploma Ministerial 127 e as coordenadas geográficas decimais – latitude e longitude – de um ponto central em cada unidade sanitária dever-se-iam obter mediante GPS.

Decidiu-se que no caso das coordenadas geográficas serem muito semelhantes às recolhidas no referido inventário de unidades sanitárias feito em 2007 pelo MISAU, dever-se-iam registrar as coordenadas do inventário na base Access para serem utilizadas posteriormente nas localizações das unidades sanitárias nos mapas digitais e evitar assim uma desnecessária proliferação de dados. As novas medições simplesmente deveriam ficar registradas na base de dados na secção de comentários adicionais.

UNIDADES SANITÁRIAS

NOME DA US: CS Ndlavela CÓDIGO DA US: 100104 ELIM. ↕
NOME USUAL DA US: ANO MAPA SAN.: 2016

DISTRITO: 1001 CIDADE DE MATOLA
PROVÍNCIA: 10 PROVÍNCIA DE MAPUTO

LOCALIZAÇÃO EDIFÍCIO SERVIÇOS ACTIVIDADES EQUIPAMENTO RRHH MEDICAMENTOS DESPESAS COMENTÁRIOS

LATITUDE: -25,88750 ZONA: URBANA GESTÃO: PÚBLICA
LONGITUDE: 32,53410 TIPO DE UNIDADE: CSUA
POPULAÇÃO: 111.255 TIPO US RECLASSIFICADA: ÉPOCA CONSTRUÇÃO: 1993 EM DIANTE
PROPRIEDADE: PÚBLICA SNS

US DE REFERÊNCIA: HOSPITAL JOSÉ MACAMO E HOSPITAL PROV. DA MATOLA
DISTÂNCIA US DE REFERÊNCIA - METROS: 0 Atenção! A distância é em metros

ACESSO: ALCATRÃO Nº DE EDIFÍCIOS DA US: 10 SUPERFÍCIE US: 2.090 m²
Nº CASAS PARA TRABALHADORES: 0 SUPERFÍCIE CASAS: 0 m²
PERÍMETRO VEDAÇÃO - METROS: 540 SUPERFÍCIE TOTAL: 2.090 m²

BAIRRO: NDLAVELA

Os dados de identificação, tipificação e localização das unidades sanitárias são essenciais para estruturar e manejar a informação recolhida, para saber quais as prestações (serviços, equipamento, recursos, etc.) que deveria ter cada unidade sanitária; para determinar a distância entre as unidades sanitárias e as suas respectivas unidades de referência; e, no possível, para saber a distribuição das unidades no território e em relação com os lugares de residência das suas respectivas populações de cobertura.

- **Entorno, acessos, infra-estruturas e instalações das unidades sanitárias.** Dever-se-ia fazer uma avaliação do estado físico das US (fundações, paredes, cobertura, caixilharia, etc.) assim como dos elementos de vedação, dos diversos prédios que puder haver - edifícios dedicados ao atendimento público, construções de carácter auxiliar (por exemplo, oficinas, armazéns, alpendres e latrinas), casas para os trabalhadores das unidades sanitárias, etc., das instalações destinadas a fornecer e manter o abastecimento de energia e água (geradores, placas solares, canalizações, depósitos, etc.) e as instalações destinadas ao tratamento de lixo (por exemplo, incineradoras e aterros sanitários).

Além desta avaliação pormenorizada do estado físico da unidade, dever-se-ia fazer uma reportagem fotográfica dos exteriores e dos diferentes espaços interiores assim como dos acessos focalizando em qualquer aspecto que puder obstaculizar o fácil acesso de pessoas com mobilidade limitada. No caso das unidades de propriedade estatal dever-se-ia também desenhar a planta a escala dos edifícios principais indicando a sua localização nos terrenos pertencentes à unidade sanitária e sinalizando a função de cada um dos espaços interiores.

UNIDADES SANITÁRIAS

NOME DA US: CS Ndlavela CÓDIGO DA US: 100104 ELIM. ↻

NOME USUAL DA US: ANO MAPA SAN.: 2016

DISTRITO: 1001 CIDADE DE MATOLA

PROVÍNCIA: 10 PROVÍNCIA DE MAPUTO

LOCALIZAÇÃO EDIFÍCIO SERVIÇOS ATIVIDADES EQUIPAMENTO RRHH MEDICAMENTOS DESPESAS COMENTÁRIOS

MATERIAL: PERMANENTE

SISTEMA / ABASTECIMENTO

ÁGUA FURO/POÇO

ENERGIA REDE GERAL

SANEAMENTO CASA DE BANHO

LIXO INCINERADOR

AVALIAÇÃO DO EDIFÍCIO: 3 INTERVENÇÃO NECESSÁRIA: 3

VISITADA: SIM DATA DA VISITA: 18/01/2016 FUNCIONA: SIM

FOTOGRAFIA: C:\MAPASANITARIO_MAT\MATOLA_FOTOS\CS Ndlavela

Em conjunto estas informações deveriam permitir calcular os custos de manutenção das unidades sanitárias e, caso for necessário, ajudar a estabelecer prioridades em termos de futuras intervenções de reabilitação e reconstrução e ajudar a estimar os investimentos necessários.

- **Serviços a serem prestados pelas unidades sanitárias.** Este conjunto de dados deveria servir para identificar quais serviços estão a serem prestados em cada uma das unidades sanitárias para, por uma parte, poder comparar os serviços realmente oferecidos com o leque que, segundo a normativa, deveria oferecer a unidade sanitária segundo a sua categoria; e, por outra, para estimar a produtividade do pessoal sanitário das unidades.

UNIDADES SANITÁRIAS

NOME DA US CÓDIGO DA US

NOME USUAL DA US ANO MAPA SAN.

DISTRITO

PROVÍNCIA

LOCALIZAÇÃO EDIFÍCIO SERVIÇOS ACTIVIDADES EQUIPAMENTO RRHH MEDICAMENTOS DESPESAS COMENTÁRIOS

TRIAGEM	<input type="text" value="SIM"/>	CONSULTA CPN-PP	<input type="text" value="SIM"/>	TRANSP. DOENTES	<input type="text" value="SIM"/>	ATS - SAAJ	<input type="text" value="SIM"/>
CONSULTA	<input type="text" value="SIM"/>	PLANEAMENTO FAMIL.	<input type="text" value="SIM"/>	COZINHA	<input type="text" value="SIM"/>	PTV	<input type="text" value="SIM"/>
CONS GINECOLOGIA	<input type="text" value="SIM"/>	C. CRESCIMENTO	<input type="text" value="SIM"/>	LAVANDARIA	<input type="text" value="SIM"/>	TRATAMENTO ITS	<input type="text" value="SIM"/>
CONS ESTOMATOLOGIA	<input type="text" value="SIM"/>	POSTO FIXO VAC	<input type="text" value="SIM"/>	MORGUE	<input type="text" value="NÃO"/>	TARV	<input type="text" value="SIM"/>
CONS TUBERCULOSE	<input type="text" value="SIM"/>	RE-HIDRATAÇÃO	<input type="text" value="SIM"/>	BRIGADAS MÓVEIS	<input type="text" value="SIM"/>	CIRURGIA M. URG.	<input type="text" value="NÃO"/>
		CONS NUTRIÇÃO	<input type="text" value="SIM"/>			CIRURGIA M. ELECT.	<input type="text" value="NÃO"/>
CONS FISIOTERAPIA	<input type="text" value="NÃO"/>	RADIOLOGIA	<input type="text" value="NÃO"/>	C.O.E.B.	<input type="text" value="SIM"/>	CIRCUNCISÃO MASC	<input type="text" value="SIM"/>
CURATIVOS	<input type="text" value="SIM"/>	LABORATÓRIO	<input type="text" value="SIM"/>	C.O.E.C.	<input type="text" value="NÃO"/>	TRANSFUSÃO	<input type="text" value="NÃO"/>
AT DE URGÊNCIA 24 H	<input type="text" value="SIM"/>	FARMÁCIA	<input type="text" value="SIM"/>	A.L.D.I.	<input type="text" value="SIM"/>	BANCO SANGUE	<input type="text" value="NÃO"/>
INTMTO. OBSERVAÇÃO	<input type="text" value="SIM"/>	ESTERILIZAÇÃO	<input type="text" value="SIM"/>	NUTRIÇÃO SUPLEM	<input type="text" value="SIM"/>	CAMPO ESTÁGIO	<input type="text" value="SIM"/>
INTERNAMENTO	<input type="text" value="NÃO"/>					N.FORM PERMANENTE	<input type="text" value="SIM"/>
ATENDIMENT PARTOS	<input type="text" value="SIM"/>						
INTMTO MATERNIDA.	<input type="text" value="SIM"/>						

Em última instância um mapa sanitário não é unicamente um mapa de inventário de infraestruturas senão um mapa dos serviços existentes num determinado território e da utilização que deles se faz para dar resposta às necessidades da população de cobertura.

Actividades assistenciais realizadas ao longo do ano anterior. Neste apartado dever-se-iam registrar a quantidade de actividades assistenciais realizadas ao longo do ano calendário anterior ao levantamento, quer dizer, neste caso, ao longo do 2015. Por exemplo: o número de consultas (externas, especializadas, de banco de urgência, de criança sadia), o número de contactos havidos nas consultas pré-natais e de planificação familiar, o número de vacinas aplicadas (por exemplo, o total de doses, total de terceiras doses de pentavalente ou número de vacinas antisarampo), o número de cirurgias e cesarianas realizadas e de partos havidos ou o número de dias de internamento geral ou de maternidade.

UNIDADES SANITÁRIAS

NOME DA US CÓDIGO DA US

NOME USUAL DA US ANO MAPA SAN.

DISTRITO

PROVÍNCIA

LOCALIZAÇÃO EDIFÍCIO SERVIÇOS ACTIVIDADES EQUIPAMENTO RRHH MEDICAMENTOS DESPESAS COMENTÁRIOS

ANO ACTIVIDADES

Nº CONSULTAS EXTERNAS	<input type="text" value="175.350"/>	Nº CONTACTOS PF	<input type="text" value="11.690"/>	Nº DOSES PENTA3	<input type="text" value="2.436"/>
Nº CONS ESPECIALIZADAS	<input type="text" value="0"/>	Nº VACINAS - DOSES APL.	<input type="text" value="23.258"/>	Nº DOSES VAS	<input type="text" value="2.300"/>
Nº CONS URGÊNCIA 24 H.	<input type="text" value="0"/>	Nº DIAS INTERNAMENTO	<input type="text" value="0"/>	Nº 1ª CONSULTAS PRENATAIS	<input type="text" value="3.211"/>
Nº CONS ESTOMATOLOGIA	<input type="text" value="8.851"/>	Nº OP. GRANDES CIRURGIAS	<input type="text" value="0"/>	Nº ALTAS INTERNAMENTO	<input type="text" value="0"/>
Nº CONS NUTRIÇÃO	<input type="text" value="0"/>	Nº EXAMES LABORATÓRIO	<input type="text" value="40.536"/>	Nº DIAS INTMTO MATERH.	<input type="text" value="4.652"/>
Nº PARTOS ATENDIDOS	<input type="text" value="2.432"/>	Nº CESARIANAS	<input type="text" value="0"/>		
Nº CONTACTOS SMI	<input type="text" value="87.581"/>	Nº MUHERES P. FAMILIAR	<input type="text" value="4.593"/>		

Esta informação se utiliza para calcular a utilização da capacidade instalada e a produtividade dos técnicos das unidades sanitárias.

- **Equipamento, mobiliário e meios de transporte que têm as unidades sanitárias.** Neste apartado se deveria recolher informação sobre o número de ambulâncias e outras viaturas que puderem ter cada uma das unidades sanitárias. Se deveriam contabilizar também as camas de observação e de internamento que puder haver assim como as marquesas de parto e as cadeiras de estomatologia. E se deveria registar o número ou a existência de certos tipos de equipamento, com especial atenção a todo aquilo que tem um carácter essencial para a prestação de serviços mais básicos: por exemplo, estetoscópios, esfigmomanómetros, balanças para bebês e de adultos. A finalidade desta recolha não é tanto dispor de um inventário do património quanto de avaliar a capacidade das unidades para oferecer os serviços essenciais que lhe correspondem pela sua categoria (p.e., para fazer puericultura é necessária uma balança).
- Os dados sobre viaturas, mobiliário e equipamentos dever-se-ia referir à situação no momento do levantamento e sempre a itens em funcionamento. Caso de estarem avariados no momento do levantamento somente dever-se-iam incluir se prevê a sua pronta reparação ou recuperação.

UNIDADES SANITÁRIAS					
NOME DA US	CS Machava II	CÓDIGO DA US	100102	ELIM.	+
NOME USUAL DA US		ANO MAPA SAN.	2016		
DISTRITO	1001	CIDADE DE MATOLA			
PROVÍNCIA	10	PROVÍNCIA DE MAPUTO			
LOCALIZAÇÃO EDIFÍCIO SERVIÇOS ACTIVIDADES EQUIPAMENTO RRHH MEDICAMENTOS DESPESAS COMENTÁRIOS					
Nº CAMAS MEDICINA	0	Nº MICROSCÓPIOS	2	Nº BICICLETAS	0
Nº CAMAS PEDIATRIA	0	Nº ESTERILIZADORES/AUTOCLAVE	1	Nº MOTAS	0
Nº CAMAS MATERNIDADE	18	Nº GELEIRAS/ARCAS	10	Nº VIATURAS	0
Nº CAMAS OBSERVAÇÃO	5	BALANÇAS BEBÊ	SIM	Nº AMBULÂNCIAS	0
Nº MARQUESAS PARTOS	4	BALANÇAS ADULTO	SIM	RÁDIO VHF	NÃO
Nº CADEIRAS ESTOMATOLOGIA	3	EST FETAL PNIARD	SIM	TELEFONE	SIM
		ESTETOSCÓPIOS	SIM	INTERNET	SIM
		ESFIGMOMANÓMETROS	SIM		
		KITS SUTURA VAG/CER	SIM		
		KITS EVAC UTERO	SIM		
		APARELHO RX	NÃO		
		ECÓGRAFOS	NÃO		

A informação sobre os equipamentos que têm as unidades permite avaliar a capacidade que têm para oferecer os serviços que devem prestar.

- **Recursos humanos.** Neste apartado dever-se-iam recolher dados sobre os recursos humanos que trabalham nas unidades sanitárias, diferenciando os quadros, quando for pertinente, segundo a sua **categoria profissional** (superior, médio, básico e outros) e segundo o seu **perfil ocupacional**, quer dizer, independentemente da sua formação concreta, do tipo de actividade à que dedica a maior parte do seu tempo: actividades de carácter assistencial (por exemplo, médicos e enfermeiros); actividades de tipo preventivo ou promocional (por exemplo, técnicos e agentes de meio ambiente); actividades de apoio (por exemplo, laboratoristas e radiologistas); actividades de carácter administrativo ou gerencial; actividades auxiliares (por exemplo, conductores, cozinheiros e serventes). No caso das unidades sanitárias com médicos, se deveria distinguir entre os de nacionalidade moçambicana e os de outras nacionalidades.

Os dados sobre recursos humanos dever-se-iam referir à situação existente no momento do levantamento.

UNIDADES SANITÁRIAS

NOME DA US CÓDIGO DA US

NOME USUAL DA US

ANO MAPA SAN.

DISTRITO CIDADE DE MATOLA

PROVÍNCIA PROVÍNCIA DE MAPUTO

LOCALIZAÇÃO EDIFÍCIO SERVIÇOS ACTIVIDADES EQUIPAMENTO RRHH MEDICAMENTOS DESPESAS COMENTÁRIOS

ANO DADOS RRHH

	MEDICINA GERAL	PEDIATRIA	MEDICINA INTERNA	CIRURGIA	GINECO - OBST.	S. PÚBLICA PREVENTIVA	OUTROS
MÉDICOS NACIONAIS	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
ESTRANGEIROS	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>

S. PÚBLICA

TRABALHADORES	M. PREV.	ENFERM.	PARTEL	RADIO	LABO	FARM.	FISIO.	ESTOM	ADMIN	APOIO	PROMOT	OUTRO
SUPERIOR/ESP	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MÉDIO	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="18"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="6"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BÁSICO	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="15"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ELEMENT/OUTRO	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="28"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="5"/>

Novamente, a informação sobre os recursos humanos permite avaliar a capacidade das unidades sanitárias para prestar realmente os serviços que devem oferecer e para determinar a sua produtividade.

- **Medicamentos recebidos ao longo do ano anterior.** Nesta categoria dever-se-ia recolher informação sobre o número de kits de medicamentos essenciais recebidos pela unidade sanitária no ano anterior a recolha dos dados (2015) e a sua proveniência. Caso de se haverem recebido outros medicamentos, pela chamada *via clássica*, dever-se-ia registrar a fonte e o valor monetário.

UNIDADES SANITÁRIAS

NOME DA US CÓDIGO DA US

NOME USUAL DA US

ANO MAPA SAN.

DISTRITO CIDADE DE MATOLA

PROVÍNCIA PROVÍNCIA DE MAPUTO

LOCALIZAÇÃO EDIFÍCIO SERVIÇOS ACTIVIDADES EQUIPAMENTO RRHH MEDICAMENTOS DESPESAS COMENTÁRIOS

ANO DADOS MEDICAMENTOS

	Nº	PROVENIÊNCIA
KITS CENTROS DE SAÚDE	<input type="text" value="127"/>	<input type="text" value="PNME"/>
KITS COMPLEMENTARES	<input type="text" value="0"/>	<input type="text"/>
KITS POSTOS DE SAÚDE	<input type="text" value="0"/>	<input type="text"/>
VALOR OUTROS MEDICAM.	<input type="text" value="0"/>	<input type="text"/> MILES DE METICAIS

Esta informação serve, por exemplo, para conhecer o consumo global de medicamentos, o abastecimento de medicamentos em relação às consultas realizadas ou o gasto de medicamentos por habitante.

- **Despesas realizadas no ano anterior ao levantamento.** Este apartado dever-se-ia recolher qualquer informação sobre a quantia e a origem das despesas realizadas a favor da unidade sanitária no ano calendário anterior ao levantamento. Distinguem-se três tipos de gasto: em pessoal, em bens e serviços e em capital. Quando se tratar de unidades sanitárias primárias é bastante frequente não se puder obter estes dados já que a maioria dos casos, são unidades não orçamentadas cujas despesas se realizam através das contas de outras US, da DPS ou de outros organismos.

UNIDADES SANITÁRIAS

NOME DA US: CS Machava II CÓDIGO DA US: 100102 ELIM. ↵
NOME USUAL DA US: ANO MAPA SAN.: 2016

DISTRITO: 1001 CIDADE DE MATOLA
PROVÍNCIA: 10 PROVÍNCIA DE MAPUTO

LOCALIZAÇÃO EDIFÍCIO SERVIÇOS ACTIVIDADES EQUIPAMENTO RRHH MEDICAMENTOS DESPESAS COMENTÁRIOS

ANO DADOS DESPESAS:

	ORÇAMENTO GERAL DO ESTADO	OUTROS	TOTAL
DESPESAS COM PESSOAL	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="8"/>
BENS E SERVIÇOS	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
CAPITAL	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
TOTAL	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="8"/>

- **Comentários adicionais.** Além dos dados dever-se-ia recolher qualquer outra informação considerada relevante que será registrada no campo *Comentários* da base Access.

No caso da Cidade da Matola, o Departamento de Recursos Humanos do SDSMAS forneceu uma listagem completa e detalhada de todos os funcionários que trabalham nas unidades sanitárias e os técnicos responsáveis do *Módulo Básico* (principal plataforma informática do sistema de informação do MISAU que gradualmente está a ser substituído pelo SISMA – Sistema de Informação Sanitária, Monitoria e Avaliação) forneceram os dados sobre as actividades assistenciais das unidades sanitárias, em tanto que os dados sobre o número de kits distribuídos às unidades foram fornecidos pelo Deposito Provincial de Medicamentos.

Os restantes dados foram recolhidos directamente nas unidades sanitárias.

Em todas as visitas a equipa técnica externa esteve acompanhada por um funcionário da DPS ou do SDMSAS, que, além de fazer as correspondentes apresentações, ajudou ao arquitecto na medição das plantas das unidades sanitárias.

Na maioria dos casos as entrevistas foram com os directores das unidades sanitárias os quais, em ocasiões, pediram a presença de outros colegas para esclarecer qualquer assunto.

Uma semana antes de finalizar o levantamento, se imprimiram os dados recolhidos na base Access e se enviaram aos responsáveis de cada uma das unidades sanitárias para validá-los, modificá-los ou comentá-los.

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.

As plantas das US foram desenhadas manualmente pelo arquitecto da equipa no momento das visitas para ser posteriormente tratados em 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.

Convém destacar os seguintes aspectos:

- Foram encontradas diferenças entre os dados fornecidos pelos responsáveis de algumas US e os recolhidos através do Módulo Básico em actividades desenvolvidas (consultas por exemplo) e no nº de kits de medicamentos recebidos;
- Não foram obtidos dados sobre o consumo e o gasto em medicamentos pela via clássica;
- Não foram obtidos dados sobre gastos por US;
- Os dados sobre o pessoal foram obtidos do Quadro de Pessoal da DPS;
- Os dados demográficos estão baseados na projecção para o ano 2016 da população censada no ano 2007.

2.3.3 Fase III: Análise de dados

A terceira fase do projecto corresponde à análise dos dados e à elaboração dos documentos que foram descritos anteriormente, nomeadamente, relatório, cópia da base de dados Access, cópias dos mapas elaborados para o relatório (em formato de imagens jpg e como shapefiles); ficheiros do software Kosmo para manipular os shapefiles; as plantas arquitectónicas em formato Autocad, as fotografias das unidades em formato jpg.

O relatório é elaborado em duas etapas. Primeiramente redige-se uma proposta preliminar que é enviada à DPS, ao SDSMAS e ao Conselho Municipal para a sua leitura pelas pessoas que considerar pertinente. Qualquer correcção, modificação ou comentário deverá ser comunicada por escrito à equipa externa a fim de que sejam integradas no documento as observações feitas.

2.3.4 Fase IV: Apresentação

Posteriormente, uma pessoa da equipa externa voltará para Matola para fazer uma apresentação do relatório preliminar, perante a DPS, o SDSMAS e a Área de Saúde do Conselho Municipal. Nesta apresentação podem-se fazer novas modificações, que se incorporariam à proposta definitiva.

Porém, cabe destacar que a proposta definitiva elaborada pela equipa externa não se deve considerar o mapa sanitário oficial, já que a sua oficialização corresponde à DPS, ao SDSMAS ou ao Conselho Municipal.

Toda a documentação será entregue em formato digital, numa “pendrive” à MMC.

2.4 ALGUMAS LIMITAÇÕES

Limitações de índole geral: O MS é essencialmente um instrumento de planificação para o uso de gestores do nível nacional, 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 facto de utilizar em cada momento. Neste caso, o facto de trabalhar unicamente num distrito tira o foco da visão macro e não permite realizar análises comparativas entre os diferentes distritos da província de Maputo. Assim, para um bom desenho da rede da província de Maputo, deverá ser feito o MS dos outros

distritos de forma que se possam realizar as análises globais e comparativas previas ao desenho da extensão da rede sanitária.

Por outra parte, o Regulamento que estabelece a “caracterização técnica, enunciado de funções específicas, critérios e mecanismos para a classificação das instituições do SNS, de Nível Primário” propõe que a “**Área de Saúde**” é a unidade territorial com uma população até um *máximo* de 100.000 habitantes, servida por um Centro de Saúde, o qual, nessa área, tem a responsabilidade pela Saúde das populações e do seu meio ambiente.

Igualmente o Regulamento fala sobre a “**Zona de influência directa de um Centro de Saúde** também chamada «Zona de captação ou *Raio* de acção de um Centro de Saúde»: é a zona geográfica em cuja área o CS representa o primeiro contacto da população com os Serviços de Saúde e que, tendo o centro no CS, terá, em zona rural, um raio de 8 Km e em zona urbana um raio compreendido entre 1 e 4 Km. Também diz que a **Zona de influência indirecta de um Centro de Saúde** é a zona geográfica para além da zona de influência directa, a partir da qual um CS ainda recebe casos (geralmente graves) e no qual exercem actividades de saúde mediante brigadas móveis a partir desse Centro de Saúde. Em geral é uma zona com um raio que pode chegar a 40 ou 50 Km ou mesmo mais. O CS poderá ainda supervisionar e apoiar outras unidades sanitárias de nível inferior situadas nesta zona.

Neste caso, dado que não existe uma clara diferenciação do território em áreas de saúde, nem têm sido estabelecidas zonas ou bairros de influência para cada US, se desconhece qual é a população alvo real de cada US. Porém, a cada US lhe foi atribuída uma população pelo SDSMAS, mas sem uma explicação clara de quais foram as razões para a atribuição de esta população.

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 do MS.

3.1 ESTRUTURA DE GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

Na área/região geográfica Cidade da Matola as instituições ou estruturas de gestão responsáveis da saúde são uma provincial, a DPS, e outra distrital, o SDSMAS.

Entre outras funções que serão pormenorizadas nos capítulos seguintes mais detalhadamente, a DPS é responsável da rede de saúde secundária (o HG da Machava e o HP da Matola), depósito de vacinas, os salários da maioria dos trabalhadores de saúde nas US da Matola e todo o pacote de recursos financeiros.

A SDSMAS é responsável da rede de saúde primária, os PS e CS do distrito. O Conselho Municipal gere as morgues.

As responsabilidades actuais estarão sujeitas a mudanças importantes no momento em que seja realizado o processo de transferência de responsabilidades na área da saúde entre a cidade e o município.

3.1.1 DPS Organização e funções

A Direcção Provincial da Saúde é o serviço desconcentrado incumbido de assegurar a execução das atribuições e competências específicas. É dirigida por um Director Provincial é parte integrante da estrutura orgânica do Ministério da Saúde e exerce as suas atribuições na dependência deste órgão e do Governo da Província.

3.1.1.1 Estrutura da DPS

A Direcção Provincial de Saúde está estruturada da seguinte maneira:

- a) Direcção
 - b) Inspeção Provincial
 - c) Departamentos
 - d) Repartições
 - e) Secções
 - f) Sectores
 - g) Instituições subordinadas a destacar
- Hospital Provincial
 - Hospitais Gerais
 - Centro de Formação de Saúde
 - Depósito Provincial de Medicamentos

A Direcção Provincial de Saúde tem os seguintes órgãos:

- a) Inspeção Provincial de Saúde
- b) Departamento Provincial de Saúde Pública
- c) Departamento Provincial de Assistência Médica
- d) Departamento de Recursos Humanos
- e) Departamento de Administração e Finanças
- f) Departamento de Planificação e Cooperação
- g) Departamento de Formação
- h) Unidade Gestora e Executora de Aquisições

A Direcção Provincial de Saúde de Maputo é dirigida por um Director Provincial coadjuvado por um Médico Chefe Provincial equiparado a Director Provincial Adjunto, que responde directamente pela área específica de saúde.

Os Departamentos são compostos por Repartições

- a) Inspeção Provincial de Saúde
 - Repartição de Inspeção de Cuidados de Saúde
 - Repartição de Inspeção Farmacêutica
 - Repartição de Inspeção Administrativa e Auditoria Interna
- b) Departamento Provincial de Saúde Pública
 - Repartição de Prevenção de Doenças
 - Repartição de Promoção e Preservação de Saúde
- c) Departamento Provincial de Assistência Médica
 - Repartição de Enfermagem
 - Repartição de Assistência Médica
- d) Departamento de Administração e Finanças
 - Repartição de Finanças
 - Repartição de Aprovisionamento
 - Secretaria
 - Unidade de Controlo Interno
- e) Departamento de Recursos Humanos
 - Repartição de Administração de Pessoal
 - Repartição de Planificação e Estatística
- f) Departamento de Planificação e Cooperação
 - Repartição de Informação para Saúde
 - Repartição de Planificação e Cooperação
 - Unidade de Monitoria e Avaliação

As Repartições são compostas por Secções

- a) Repartição de Promoção e Preservação de Saúde
 - Secção de Vigilância Epidemiológica
 - Secção de Saúde Ambiental
 - Secção do PAV
 - Secção de Nutrição
 - Secção de Malária
- b) Repartição de Prevenção de Doenças
 - Secção de Saúde Mental
 - Secção de SAAJ
 - Secção de TB e Lepra
 - Secção da Mulher e Criança/PTV
 - Secção de Educação em Saúde Pública

- c) Repartição de Assistência Médica
 - Secção de Meios Auxiliares de Diagnóstico
 - Secção de Cuidados Cirúrgicos
 - Secção de Cuidados Médicos
 - Secção de Licenciamento
 - Depósito Provincial de Medicamentos
- d) Repartição de Enfermagem
 - Secção de Biossegurança
 - Secção de Cuidados de Enfermagem
 - Secção de Planificação em Enfermagem
- e) Repartição de Finanças
 - Secção de Tesouraria
 - Secção de Contabilidade
- f) Repartição de Aprovisionamento
 - Secção de Património
 - Secção de Transportes
 - Centro de Abastecimentos Provincial
- g) Repartição de Administração de Pessoal
 - Secção de Arquivo e Cadastro
 - Secção de Remunerações e Benefícios
 - Secção de Recrutamento e Selecção
 - Secção de Legislação e Contencioso
- h) Repartição de Planificação e Estatística
 - Secção de Planificação
 - Secção de Estatística
- i) Repartição de Formação Contínua
 - Secção de Planificação e Coordenação
 - Secção de Desenvolvimento de Programas da Formação Contínua
 - Secção de Informação da Formação Contínua e Bolsas
- j) Repartição de Informação para Saúde
 - Secção de Demografia e Estatística Sanitária
 - Secção de Informática e de Referência de Documentos
- k) Repartição de Planificação e Cooperação
 - Secção de Planificação e Orçamento
 - Secção de Infra-estruturas e Investimentos
 - Secção de Cooperação.

3.1.1.1 Atribuições da DPS

Da Inspeção Provincial de Saúde)

Fiscalizar e controlar o cumprimento da legislação sanitária, administrativa e económica-financeira vigente em todas as instituições Públicas e Privadas de prestação de Cuidados de Saúde Primários e da área farmacêutica, subordinadas a Direcção Perovincial de Saúde, podendo fiscalizar outras, quando determinado superiormente.

Do Departamento Provincial de Saúde Pública)

- a) Promover a Saúde da população, prevenir e controlar as doenças da população, prevenir e controlar as doenças e gerir os programas de Saúde;
- b) Controlar a higiene do ambiente em coordenação com os órgãos e instituições dos outros sectores nesta actividade e proceder à vigilância e controlo sanitários;
- c) Proceder ao controlo epidemiológico de doenças em particular utilizando de forma operativa o sistema de informação respectivo.

Do Departamento de Administração e Finanças)

- a) Planificar e gerir o orçamento atribuído à instituição, bem como das receitas e outros fundos postos à disposição desta;
- b) Promover, apoiar e controlar a gestão financeira dos órgãos distritais e instituições subordinadas;
- c) Proceder à gestão administrativa e financeira, promover, apoiar, controlar a gestão administrativa a nível distrital e nas instituições subordinadas;
- d) Organizar e controlar o funcionamento do sistema de aprovisionamento de bens gerais de consumo e de equipamento;
- e) Gerir o património e garantir a manutenção do equipamento e infra – estruturas.

Do Departamento de Recursos Humanos)

- a) Planificar, administrar e gerir os recursos humanos do sector dentro das competências que lhe estão atribuídas;
- b) Gerir o sistema de informação do pessoal, mantendo actualizado e fornecendo aos Órgãos Centrais os dados necessários e previstos no Sistema;
- c) Dar seguimento aos actos de administração e gestão de pessoal do nível superior, médio, básico, elementar e dos serviços gerais, nomeadamente os processos de nomeação, contratação, aposentação e outros;
- d) Supervisar e apoiar os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social, bem como monitorar as actividades de administração e gestão de Recursos Humanos.

Do Departamento de Planificação e Cooperação)

- a) Elaborar em colaboração com outros Departamentos o Plano e Programa anual do Sector na Província e controlar a sua execução;
- b) Apoiar o Departamento de Administração Geral na elaboração da proposta de orçamento corrente anual;
- c) Elaborar a proposta de plano de investimentos e apoiar o Departamento de Administração Geral na elaboração da proposta do respectivo orçamento;
- d) Coordenar e controlar a reabilitação, ampliação e construção das da rede sanitária;
- e) Coordenar as actividades das ONGs e outras entidades que cooperam e exercem actividades na Província na área da Saúde, fazer a articulação e coordenação dessas actividades com os outros sectores do Governo ao nível da Província, e informar o Governo Provincial e os Órgãos Centrais (Direcção de Planificação e Cooperação) dos resultados dessas actividades, através do Director Provincial de Saúde;
- f) Gerir o Sistema de Informação de Saúde ao seu nível;
- g) Elaborar e difundir às outras instituições, orientações para a elaboração dos planos operacionais de acordo com a política e estratégia do MISAU;
- h) Realizar reuniões periódicas de coordenação e avaliação do programa de actividades dos sectores e elaborar os respectivos relatórios;
- i) Coordenar o processo de elaboração do Plano Anual da DPS;
- j) Monitorar e avaliar a implementação do Plano Integrado das actividades da DPS;
- k) Analisar e submeter à aprovação do Colectivo do Director Provincial os relatórios descritivos de balanço;
- l) Organizar encontros regulares entre a DPS e os Parceiros de Cooperação;
- m) Coordenar o processo de preparação e realização do Conselho Provincial Coordenador de Saúde;
- n) Planificar o desenvolvimento de recursos humanos a nível da Província;
- o) Impulsionar as mudanças previstas no MISAU.

Da UGEA)

1. A UGEA é uma Unidade Gestora Executora das Aquisições nos órgãos e instituições do Estado que presta as suas actividades (planificação, preparação e execução dos Contratos) sob supervisão da Directora Provincial de Saúde.
2. A nível externo esta Unidade recebe a orientação e supervisão técnica do Ministério do Plano e Finanças através da UFSA (Unidade Funcional de Supervisão das Aquisições).
3. São funções da UGEA:
 - a) Efectuar o levantamento das necessidades de contratação da DPS;
 - b) Realizar a planificação sectorial anual das contratações;
 - c) Elaborar os documentos de Concurso;
 - d) Observar os procedimentos de contratação previstos no Regulamento (Decreto 54/2005 de 13 de Dezembro);
 - e) Receber e processar as reclamações e os recursos intervenientes e zelar pelo cumprimento dos procedimentos pertinentes;
 - f) Apoiar e orientar as demais áreas da DPS na elaboração do catálogo contendo especificações técnicas e de outros documentos pertinentes à contratação;
 - g) Prestar assistência ao Júri e zelar pelo cumprimento de todos os procedimentos pertinentes;
 - h) Submeter a documentação de contratação ao Tribunal Administrativo;
 - i) Prestar a necessária colaboração aos órgãos de controlo interno e externo, na realização de inspecções e auditorias;
 - j) Apoiar a UFSA em matérias técnicas sectoriais da sua competência;
 - k) Administrar os contratos e zelar pelo cumprimento de todos os procedimentos, incluindo os inerentes à recepção do objecto contratual;
 - l) Zelar pela adequada guarda dos documentos de cada contratação;
 - m) Propor à UFSA a realização de acções de formação;
 - n) Propor à UFSA a emissão ou actualização de normas de contratos;
 - o) Informar à UFSA sobre as situações ocorridas de práticas anti – éticas e actos ilícitos ocorridos;
 - p) Receber e remeter à UFSA os documentos relativos à inscrição no cadastro único de fornecedores;
 - q) Responder pela manutenção e actualização do cadastro de fornecedores, em conformidade com as orientações da UFSA;
 - r) Propor à UFSA a inclusão no cadastro os fornecedores impedidos de participar no processo de contratação;
 - s) Encaminhar à UFSA os dados e informações necessários à constituição, manutenção e actualização e estudos estatísticos;
 - t) Manter adequada informação sobre o cumprimento de contratos e sobre a actuação dos fornecedores e informar a UFSA o que for pertinente;
 - u) Apoiar a UFSA no que for necessário ao cumprimento do Regulamento e
 - v) Outras que se mostrarem necessárias.

Na Direcção Provincial de Saúde funcionam os seguintes colectivos

Conselho Provincial Coordenador de Saúde)

1. O Conselho Provincial Coordenador de Saúde é um colectivo através do qual o Director Provincial coordena, planifica e controla o desenvolvimento dos programas e actividades aos diversos níveis e de um modo geral a aplicação da política de Saúde do sector.
2. O Conselho Provincial Coordenador de Saúde tem reuniões ordinárias e extraordinárias:
 - a) As reuniões ordinárias realizam – se anualmente;

- b) As reuniões extraordinárias realizam-se quando situações anormais o exigirem e por decisão do Director Provincial;
- c) O Ministro da Saúde ou o Governador Provincial podem, quando julgarem necessário, convocar extraordinariamente um Conselho Provincial Coordenador de Saúde podendo nestas situações dirigir os seus trabalhos e indicar a respectiva agenda.

Composição do Conselho Coordenador de Saúde

O Conselho Provincial Coordenador tem a seguinte composição:

- a) Director Provincial de Saúde;
- b) Médico Chefe Provincial;
- c) Inspector Chefe Provincial;
- d) Chefes de Departamento e Repartições Provinciais de Saúde;
- e) Directores dos Serviços Distritais e Serviços de Saúde da Cidade da Matola;
- f) Médicos Chefes Distritais;
- g) Directores das Instituições subordinadas da Direcção Provincial de Saúde;
- h) Directores do Hospital Provincial da Matola, Geral da Machava, Hospital Rural de Xinavane e Distrital da Manhica;
- i) Outros quadros que o Director Provincial pontualmente convidar.

Conselho Consultivo)

- 1) O Conselho Consultivo é um colectivo dirigido pelo Director Provincial de Saúde que tem por funções apreciar e tomar decisões sobre questões de gestão corrente da Direcção Provincial de Saúde.
- 2) O Conselho Consultivo do Director Provincial de Saúde reúne – se quinzenalmente e tem a seguinte composição:
 - a) Director Provincial de Saúde;
 - b) Médico Chefe Provincial;
 - c) Inspector Chefe Provincial;
 - d) Chefes de Departamentos;
 - e) Director do Hospital Provincial;
 - f) Dirigentes das Instituições Subordinadas da Direcção Provincial

Em resumo:

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

3.1.2 SDSMAS: organização de funções

O Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social da Matola, designado por SDSMAS, é o órgão do Aparelho Distrital do Estado para a planificação, direcção e coordenação das actividades do sector. O Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social da Matola garante, sob direcção do respectivo director:

- a) A execução de programas e planos definidos pelo órgão do Estado de escalão superior e do Governo da Cidade da Matola;
- b) A orientação e apoio às unidades económicas do sector.

O Serviço Distrital de Saúde Mulher e Acção Social da Matola é dirigido por um Director nomeado pelo Governador Provincial ouvido o Administrador da Cidade da Matola e o Director Provincial de Saúde de Maputo e Director Provincial de Mulher e Acção Social.

No exercício das suas funções o Director do Serviço subordina-se ao Administrador da Cidade da Matola sem prejuízo da orientação técnica e metodológica da Direcção Provincial de Saúde e Direcção Provincial Mulher e Acção Social.

3.1.1.2 Estrutura da SDSMAS

No SDSMAS funcionam os seguintes colectivos:

- Reunião Anual de Coordenação;
- Conselho Consultivo de Direcção
- Núcleo de Estatística Distrital (NED)
- Núcleo de Conselho Disciplinar (NCD)
- Núcleo de Formação (NF)

A REUNIÃO ANUAL DE COORDENAÇÃO é um colectivo dirigido pelo Director, através do qual coordena, planifica e controla as acções desenvolvidas pelo órgão distrital e pelos órgãos locais de direcção da saúde e de prestação de cuidados de saúde.

CONSELHO CONSULTIVO DA DIRECÇÃO é um órgão de consulta e gestão, nas áreas de Saúde Mulher e Acção Social que tem por funções apreciar e tomar decisões sobre questões de gestão corrente do Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social da Matola.

NÚCLEO DE ESTATÍSTICA DISTRITAL (NED) é um órgão que gere o Sistema de Informação da Saúde Distrital em todas as componentes.

Compete ao Núcleo de Estatística Distrital:

- a) Organizar encontros mensais para discussão dos dados das estatísticas das US's;
- b) Garantir a existência das fichas modelo SIS nas US;
- c) Promover o cumprimento de prazos no envio de relatórios periódicos do balanço a coordenação com a Secção de Planificação de Monitoria e Avaliação de Informação para Saúde;
- d) Efectuar visitas de supervisão e apoio técnico às USs para melhorar a qualidade dos dados;
- e) Gerir o Sistema de Informação de Saúde (SIS) distrital em todas as suas componentes;
- f) Garantir a produção de informação (relatórios), análise e a disseminação apresentação de gráficos de alguns indicadores em coordenação com a Secção de Planificação de Monitoria e Avaliação de Informação para a Saúde;
- g) Garantir a qualidade e a validação de dados;
- h) Colaborar com a RAP visando o envio atempado de dados aos níveis superiores;
- i) Identificar eventuais problemas na base da interpretação dos dados e informação estatística avançando propostas e sugestões de medidas a serem tomadas;
- j) Receber a retroinformação do nível provincial e divulga-la junto dos serviços programas e Unidades Sanitárias;
- k) Fazer retro-informação em todas unidades sanitárias para melhoria de qualidade de dados.

NÚCLEO DE CONSELHO DISCIPLINAR é um órgão que analisa os processos disciplinares em todas as componentes. Compete ao NCD:

- Analisar os processos disciplinares, inquéritos e recursos contenciosos de acordo com as normas vigentes;
- Emitir propostas de decisão e submeter ao Director do serviço.

NÚCLEO DE FORMAÇÃO é um órgão que analisa os processos de pedidos de continuação de estudos e atribuição de apoio financeiro aos funcionários deste SDSMAS. Compete ao Núcleo de Formação:

- Analisar os processos continuação dos estudos, atribuição de apoio financeiro e exposições de acordo com as normas vigentes;
- Garantir a elaboração de pareceres do serviço e de respectiva proposta para efeito de homologação pelo Administrador da Cidade da Matola.

ESTRUTURA DO SDSMAS

- Gabinete do Director;
- Repartição de Controlo de Doenças e Promoção de Saúde;
- Repartição de Assistência Médica;
- Repartição de Assuntos da Mulher e Acção Social;
- Repartição de Administração e Planificação;
- Repartição de Recursos Humanos.

Cada Repartição compreende várias secções:

Repartição dos Assuntos da Mulher e Acção Social (RAMAS)

- a) Secção dos Assuntos da Mulher
- b) Secção da Acção Social

Repartição de Assistência Médica (RAM)

- a) Secção de Enfermagem
- b) Secção de Farmácia
- c) Secção de Laboratório
- d) Secção de Saúde Oral
- e) Secção de Oftalmologia
- f) Secção de Otorrinolaringologia
- g) Secção de Medicina Física e Reabilitação
- h) Secção de Radiologia

Repartição de Controle de Doenças e Promoção de Saúde (RCDPS)

- a) Secção de Saúde Pública
- b) Secção de Vacinação
- c) Secção de Nutrição
- d) Secção de Saúde Materno Infantil
- e) Secção de Vigilância Epidemiológica
- f) Secção de Controle á Malária
- g) Secção de Saúde Escolar
- h) Secção de Saúde Mental
- i) Secção de Controle á Tuberculose e Lepra

Repartição de Recursos Humanos (RRH)

- a) Secção de Normas, Legislação e Contencioso Administrativo
- b) Secção de Administração do Pessoal
- c) Secção de Planificação Estatística e Arquivo
- d) Secção de Formação

Repartição de Administração e Planificação

- a) Secção de Finanças, contabilidade e prestação de contas
- b) Secção de Patrimônio
- c) Secção de Aprovisionamento
- d) Secção de Administração
- e) Secção de Transportes
- f) Secção de Planificação Monitoria, Avaliação e Informação para Saúde

INSTITUIÇÕES SUBORDINADAS

São instituições subordinadas ao SDSMAS as seguintes:

- a) Centro de Exames Médicos (CEM);
- b) Centro de Higiene Ambiental (CHA);
- c) Centro de Saúde Rural II de Boquisso;
- d) Centro de Saúde Rural II da Matola-Gare;
- e) Centro de Saúde Urbano A de Ndlavela;
- f) Centro de Saúde Urbano B de Bedene;
- g) Centro de Saúde Urbano B de Machava II;
- h) Centro de Saúde Urbano B da Matola II;
- i) Centro de Saúde Urbano C de Khongolote;
- j) Centro de Saúde Urbano C de Liberdade;
- k) Centro de Saúde Urbano C de Machava I
- l) Centro de Saúde Urbano C da Matola I;
- m) Centro de Saúde Urbano C de Muhalaze;
- n) Centro de Saúde Urbano C de Tsalala;
- o) Centro de Saúde Urbano C de Unidade A;
- p) Posto de Saúde de Estabelecimento Penitenciário Provincial de Maputo;
- q) Posto de Saúde de Km 25;
- r) Posto de Saúde de T-3.

COMPETÊNCIAS

Repartição dos Assuntos da Mulher e Acção Social

- a) Promover acções de apoio e protecção da criança, da pessoa com deficiência, da mulher vulnerável e chefe de família, do idoso e outros grupos em situação de venerabilidade;
- b) Operacionalizar o sistema de serviços sociais para garantir a identificação, acompanhamento e apoio as pessoas em situação de venerabilidade;
- c) Realizar acções de educação cívica das comunidades sobre o papel da família como garante da formação e transmissão de valores morais, sociais e culturais;
- d) Promover e coordenar acções de prevenção da violência doméstica e do abuso de menores;
- e) Promover a realização de acções de educação cívica das comunidades com vista à mudança de atitudes e elevação da consciência dos indivíduos, sobre os direitos das crianças, das pessoas com deficiências, do idoso e da mulher e de todos os grupos de vulneráveis;

Repartição de Assistência Médica

- a) Assegurar o bom funcionamento das unidades sanitárias;
- b) Planificar a gestão de recursos materiais e de medicamentos;
- c) Assegurar o tratamento de doenças de acordo com os protocolos;
- d) Organizar o abastecimento de serviços farmacêuticos e controlar a sua utilização;
- e) Emitir parecer sobre os pedidos do registo e reconhecimento para o exercício profissional do pessoal técnico de saúde;

- f) Participar no controle e supervisão das instituições saúde do sector privado dentro das competências previstas na lei;
- g) Garantir o apoio e a supervisão da rede sanitária do sector comunitário cujo desenvolvimento deve promover;
- h) Colaborar com os órgãos locais no âmbito dos cuidados de saúde a população em particular;
- i) Proceder ao controlo epidemiológico de doenças utilizando de forma operativa o sistema de informação respectiva.

Repartição de Controlo de Doenças e Promoção de Saúde

- a) Assegurar a Prevenção de Doenças;
- b) Promover a Saúde Materno Infantil e Nutricional;
- c) Promover a Higiene, o Saneamento do Meio e qualidade de vida;
- d) Envolver a comunidade na Promoção de Saúde;
- e) Realizar a Campanha de Vacinação;
- f) Divulgar informação sobre epidemias e pandemias;
- g) Controlar a higiene do ambiente em coordenação com os órgãos e instituições de outros sectores e proceder a vigilância controlo sanitários;
- h) Promover a educação e Prevenção do HIV/SIDA e outras doenças;
- i) Dar apoio técnico às US;
- j) Assegurar gestão dos consumíveis de vacinação.

Repartição de Recursos Humanos

- a) Planificar, administrar e gerir o pessoal afectos aos diferentes órgãos do serviço, dentro das competências que lhes estão atribuídas;
- b) Elaborar em colaboração com outras repartições os planos de desenvolvimento do pessoal e monitorar a sua execução;
- c) Gerir o sistema de informação do pessoal mantendo actualizado e fornecendo os órgãos provinciais os dados necessários e previstos no sistema;
- d) Exercer as competências que lhe forem delegados pelo administrador no âmbito da administração e gestão do pessoal;
- e) Garantir que todos os funcionários tenham vínculo formal com o Aparelho do Estado;
- f) Assegurar que a informação do pessoal esteja actualizada, em coordenação com a DPS;
- g) Garantir que os funcionários se beneficiem de todos os benefícios pré-definido para o SNS;
- h) Assegurar a gestão do desempenho do pessoal e o cumprimento das normas vigentes no âmbito da gestão do pessoal.

Repartição de Administração e Planificação

- a) Promover a planificação e gestão nas U.S;
- b) Garantir o aprovisionamento de bens das US do Sistema nacional de saúde no distrito;
- c) Garantir a elaboração de propostas dos planos relatórios e levantamento de dados estatísticos;
- d) Assegurar a aplicação de medidas de limpezas e higiene bem como da correcta circulação de pessoas dentro da instituição;
- e) Organizar, controlar o funcionamento do sistema de aprovisionamento de bens gerais de consumo e de equipamento;
- f) Gerir o património e garantir a manutenção do equipamento e infra-estruturas;
- g) Elaborar os relatórios financeiros mensais, trimestrais, semestrais e anuais;
- h) Realizar tarefas da Secção Financeira, nomeadamente: elaboração, execução e controlo do orçamento do Serviço Distrital, bem como das receitas ou outros fundos postos a disposição do sector;

Unidade Gestora de Execução de Aquisições (UGEA):

- a) Efectuar o levantamento das necessidades de contratação da Entidade Contratante;

- b) Preparar e manter actualizado o plano das contratações;
- c) Realizar a planificação sectorial anual das contratações;
- d) Elaborar documentos de Concursos;
- e) Observar os procedimentos de contratação previstos no Regulamento;
- f) Apoiar e orientar as demais áreas da Entidade Contratante na elaboração do catálogo contendo as especificações técnicas;
- g) Submeter a documentação de contratação ao Tribunal Administrativo;
- h) Prestar a necessária colaboração aos órgãos de controlo interno e externo, na realização de inspecções e auditorias;
- i) Administrar os contratos e zelar pelo cumprimento de todos os procedimentos, incluindo os inerentes a recepção do objecto contratual;
- j) Zelar pela adequada guarda dos documentos de cada contratação;
- k) Propor à Unidade Funcional de Supervisão das Aquisições (UFSA) a emissão e actualização de normas de contratos;
- l) Propor a UFSA sobre as situações ocorridas de práticas antiéticas e actos ilícitos ocorridos;
- m) Receber e remeter à UFSA os documentos relativos à inscrição no cadastro único de fornecedores;
- n) Responder pela manutenção e actualização do cadastro de fornecedores, em conformidade com orientações da UFSA;
- o) Encaminhar a UFSA os dados e informações necessários à constituição, manutenção e actualização e estudos estatísticos;
- p) Manter adequada informação sobre o cumprimento de contratos e sobre a actuação dos fornecedores, e informar à UFSA o que for necessário;
- q) Apoiar à Unidade Funcional de Supervisão das Aquisições no que for necessário ao cumprimento do Regulamento;

Unidade de Controlo Interno (UCI)

- a) Monitorar e assessorar os órgãos no cumprimento dos actos na área específica de saúde, de gestão administrativa, financeira, patrimonial e de recursos humanos com vista a assegurar a eficiência e eficácia dos mesmos;
- b) Monitorar o cumprimento das recomendações do Tribunal Administrativo e de outras instâncias superiores, oriundas das auditorias e supervisões realizadas na instituição;
- c) Monitorar a execução das dotações do Orçamento do Estado e outras fontes de financiamento;
- d) Emitir pareceres técnicos no âmbito dos concursos para o fornecimento de bens e prestação de serviços aos órgãos do SDSMAS, ao abrigo do Decreto n.º 15/2010 de 24 de Maio e emitir o respectivo parecer;
- e) Por delegação do Director do Serviço, articular com a área de Inspecção da DPS em matérias relativas aos actos de inspecção;
- f) Realizar outras actividades que a título excepcional lhe forem incumbidas pela entidade competente (Director do Serviço).

3.1.2.2 Atribuições da SDSMAS

São funções do Serviço Distrital de Saúde, Mulher e acção Social da Matola, nos termos do n.º 3 do Diploma Ministerial 147/2009, de 24 de Junho:

- a) Garantir a implementação das políticas nacionais, seu desenvolvimento com base nos planos e programas definidos pelo órgão do Estado do escalão superior e do Governo da Cidade da Matola;
- b) Dirigir e controlar as actividades dos órgãos e instituições do Sector, garantindo-lhes o apoio técnico, metodológico e administrativo;
- c) Apoiar o trabalho da entidade que desenvolve as suas actividades no seu campo de actuação;
- d) Promover a participação das organizações e associações na materialização da política definida para respectiva área de actuação.

À luz do artigo 7 do Decreto n.º 06/2006, de 12 de Abril, o SDSMAS da Matola é responsável pelas seguintes áreas de actividades:

1. **Saúde**, com as seguintes funções específicas:

- a) Assegurar o bom funcionamento das Unidades Sanitárias;
- b) Planificar a gestão dos recursos humanos, materiais e medicamentos;
- c) Assegurar a prevenção e tratamento de doenças;
- d) Promover a saúde materno-infantil e nutricional;
- e) Promover a higiene, o saneamento do meio e a qualidade de vida;
- f) Envolver a comunidade na promoção da saúde;
- g) Promover a medicina tradicional;
- h) Realizar campanhas de vacinação;
- i) Divulgar informação sobre epidemias e pandemias;
- j) Promover a educação e a prevenção do HIV/SIDA e outras doenças;

2. **Assuntos da mulher e acção social**, com as seguintes funções específicas:

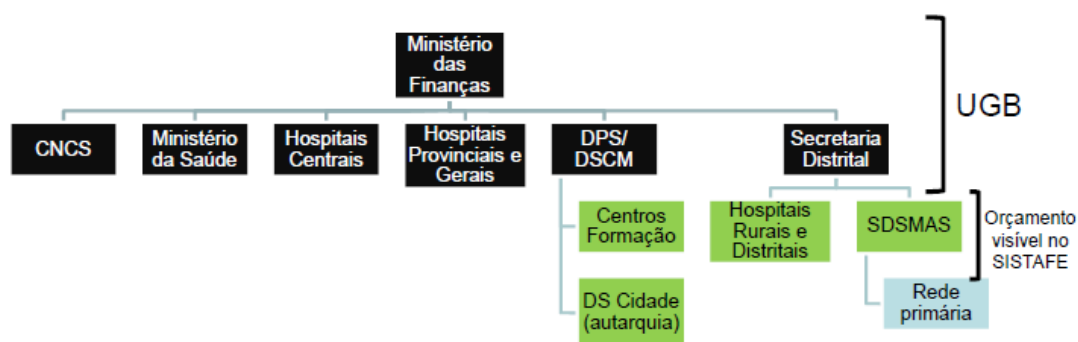
- a) Promover acções de apoio e protecção da criança, da pessoa com deficiência, do idoso e outros grupos em situação de vulnerabilidade;
- b) Operacionalizar o sistema de serviços sociais para garantir a identificação, acompanhamento e apoio às pessoas em situação de vulnerabilidade;
- c) Realizar acções de educação cívica das comunidades sobre o papel da família como garante da formação e transmissão de valores morais, sociais e culturais;
- d) Desenvolver acções de prevenção da violência doméstica e do abuso de menores;
- e) Promover a realização de acções de educação cívica das comunidades com vista à mudança de atitudes e a elevação da consciência dos indivíduos, sobre os direitos da criança, das pessoas portadoras de deficiência, do idoso e da mulher;
- f) Promover e orientar a realização de acções que garantam a igualdade e equidade do género.

3.2 DOTAÇÃO E EXECUÇÃO FINANCEIRA

Com a descentralização, a planificação muda de uma base sectorial a uma territorial.

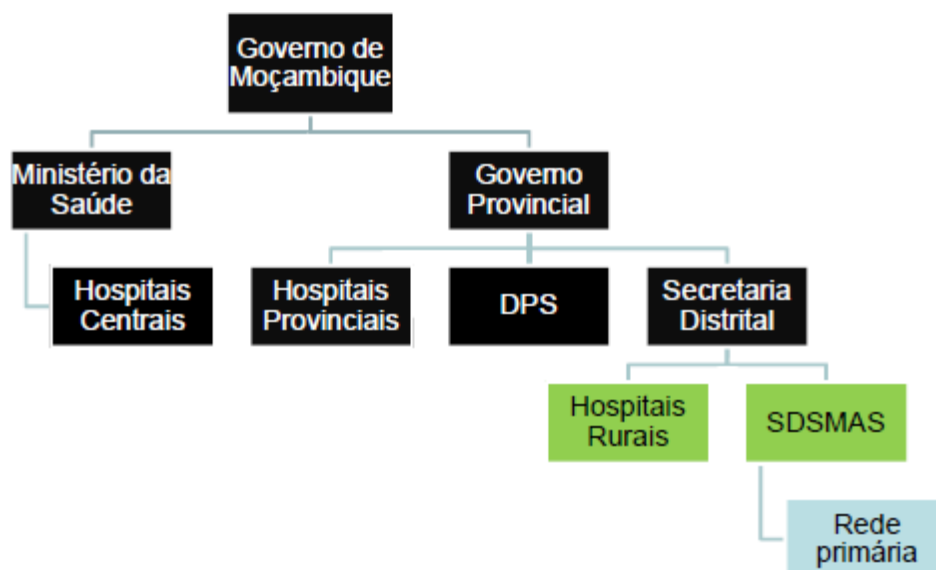
Estrutura do SNS organizado por níveis de autonomia financeira:

Na primeira linha, em conexão directa 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 tectos 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: a Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM) e o 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 depósitos.

A CMAM reporta à Direção Nacional de Assistência Médica (DNAM) e é responsável pela planificação, procura, importação, controle da qualidade, 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 pelos 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 dos programas de HIV/SIDA, Malária e Tuberculose. Está a ser utilizado o Sistema de Informação de Medicamentos e Artigos Médicos (SIMAM) como programa de para o controlo e gestão de medicamentos.

A CMAM é responsável pela distribuição de nível central de todos os produtos farmacêuticos que devem servir às 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.

Os medicamentos para toda a Província de Maputo se armazenam no Depósito Provincial de Medicamentos que se encontra da própria Cidade da Matola. Os distritos recolhem os produtos com os seus veículos. O fornecimento de kits aos distritos, e destes para as US, é feito pelo Depósito.

As Unidades do nível distrital são abastecidas mensalmente, na base de uma requisição de medicamentos elaborada pelo respectivo Responsável da Farmácia em coordenação com o seu Responsável Clínico.

Para o caso de programas específicos do MISAU, a requisição dos produtos deve ser feita em coordenação com o responsável local do respectivo programa.

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 registos vitais procedentes dos registos civis tutelados pelo Ministério da Justiça, e informação de todas as entidades vinculadas ao Sector de Saúde.

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

- Os SIS Integrados de Monitoria e Avaliação, Módulo Básico (MB)
- Os SIS não Integrados (Programas verticais do MISAU).

O MB é o sistema de informação 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 com a 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 (os resumos mensais) são transferidas para os SDSMAS), onde são introduzidas no Modulo Básico. De seguida, as fichas em papel e uma cópia eletrónico dos dados introduzidos são transferidas para o departamento estatístico da DSCM no caso da Cidade da Matola. A frequência da recolha de informação é mensal.

4 SISTEMA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

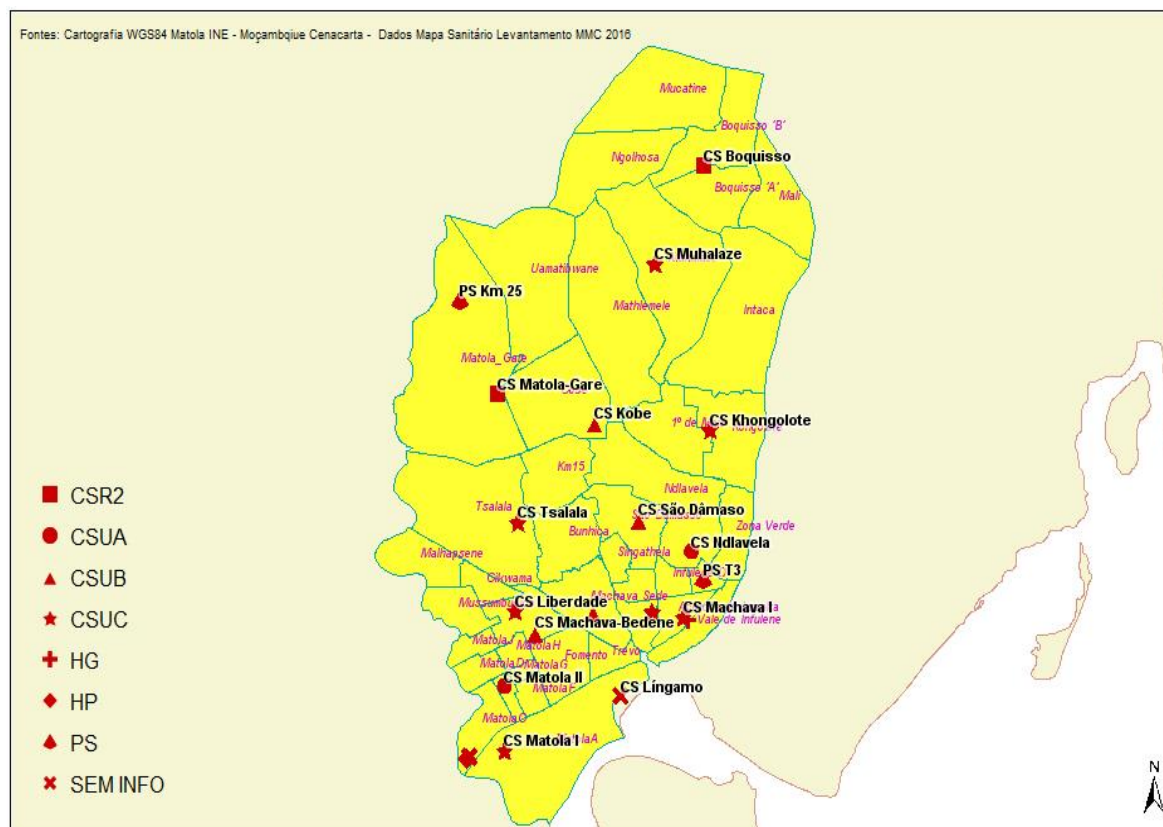
Neste capítulo se caracteriza o sistema público de prestação de serviços primários de saúde, que são geridos actualmente pelo SDSMAS e decrete as sua principais componentes.

Em cada secção se faz uma apresentação da situação de cada assunto para o conjunto do Distrito, seguida duma breve comparação entre US. Normalmente, o MS tem como objecto geral de estudo uma província e cada distrito constitui uma das áreas particulares de estudo. Para este exercício, a unidade territorial administrativa de referência é a Cidade da Matola e as áreas particulares de estudo estão constituídas pelas US. Porém, em Matola, se bem cada US tem atribuída uma população de cobertura, as respectivas “áreas de saúde” de cobertura não estão definidas nem estruturadas ao redor das correspondentes US. E, além disso, não existe para as US um sistema de cobertura territorial e populacional que defina os seus clientes e, pelo contrário, os doentes podem solicitar serviços de saúde em qualquer US.

4.1 REDE SANITÁRIA

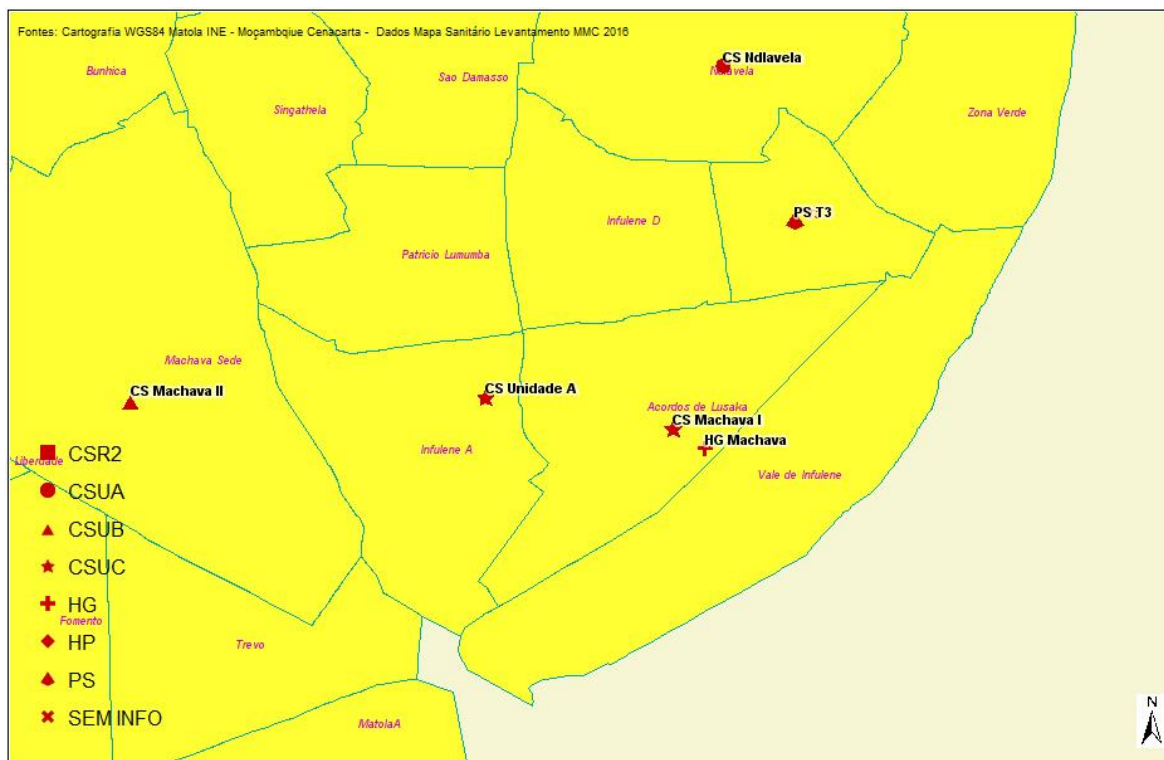
Apesar de que a rede sanitária primária e secundária da Cidade da Matola compreende todas as US privadas, neste estudo, unicamente se têm em conta aquelas US primárias que são de propriedade pública e as privadas que estão integradas no SNS. Porém, faz-se menção do HG da Machava e do HP da Matola por serem as unidades sanitárias de referência para os CS e PS da Cidade da Matola.

Mapa 4.1 Rede sanitária da Cidade da Matola – Unidades ligadas ao SNS

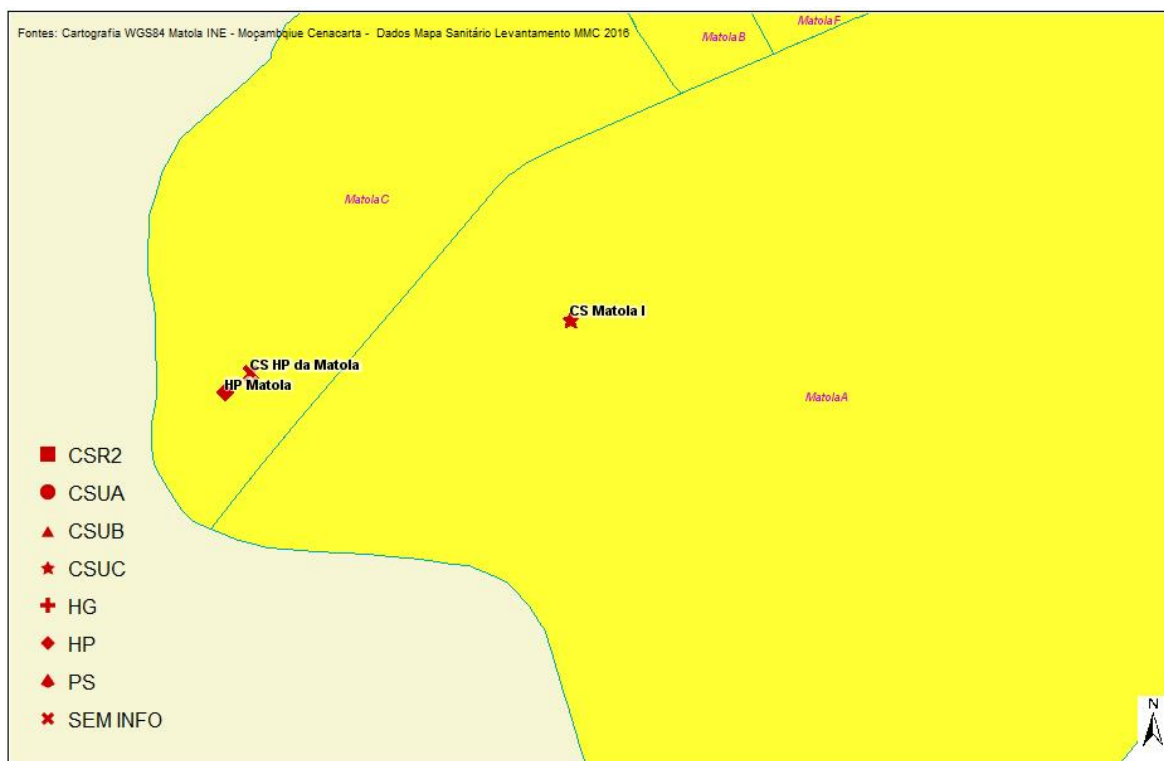


Pelo facto de haver US que se encontram muito próximas entre si, o mapa digital não permite mostrar os nomes de todas as US. Por conseguinte, nos mapas a seguir, ampliam-se duas zonas a fim de poder mostrar claramente a localização de todas as US.

Mapa 4.2 Rede sanitária da Cidade da Matola – Unidades ligadas ao SNS – Detalhe da zona centro



Mapa 4.3 Rede sanitária da Cidade da Matola – Unidades ligadas ao SNS – Detalhe do extremo sul



Na Cidade da Matola, a rede sanitária do SNS está composta de 21 US, classificadas de acordo com a seguinte tabela:

Tabela 4.1 Rede Sanitária do SNS da Cidade da Matola, por tipo de US

TIPO US	Nº
HP	1
HG	1
CSUA	2
CSUB	4
CSUC	7
CSR II	2
PS	2
SEM INFO	2
TOTAL	21

Como mostra a tabela 4.1, no momento do levantamento (Fevereiro 2016) havia um total de 21 US da rede primária e secundária na Cidade da Matola, das quais 17 estavam em funcionamento (tabela 4.2).

A maior parte das US (81%) corresponde à CS de diversos tipos. Existem também dois PS, T3 e Km 25, que dependem para o seu funcionamento dos CS Matola-Gare e Unidade A respectivamente, sendo estes CS os responsáveis de apoiar aos PS na prestação de alguns serviços como por exemplo, a esterilização do material, a vacinação ou o controle da criança sadia.

As duas US ainda sem classificar são o Centro de Saúde do Hospital Provincial da Matola que está numa fase de construção muito incipiente e o Centro de Saúde de Lingamo que está quase listo para ser entregue, mas ainda não tem fixada a sua data de inauguração.

As outras duas US sem funcionar são ambas CSUB. Um é o Centro de Saúde São Dâmaso onde as obras estão quase finalizadas mas falta o equipamento e desconhece-se a data da inauguração e o outro é o Centro de Saúde de Kobe que tem o mesmo tipo de planta que São Dâmaso e que se encontra na fase inicial da sua construção.

Todas as US pesquisadas pertencem ao patrimônio do Estado e são geridas pelo SDSMAS com a excepção do CS de Muhalaze que é de propriedade e gestão privadas, mas ligada ao SNS e o CS de Tsalala actualmente em processo de ser transferido da União Geral das Cooperativas para o Estado.

No levantamento não foi incluído o CS de Fasol, de propriedade privada, embora vinculado ao SNS, mas que há tempo que não funciona e não há previsão de se reabrir.

Igualmente, não foram incluídas quatro US públicas de carácter especial: US da Cadeia Central, US da Policia, US da Brigada Operativa da Machava e US da Cadeia Femenina de Ndlavela. Estas US não pertencem ao MISAU nem são geridas por este Ministério.

Também foram excluídas do estudo outras entidades ligadas ao Sector da Saúde: o Centro de Exames Médicos, o Centro de Higiene Ambiental, o Infantário, o próprio SDSMAS, o Centro de Atendimento Integral gerido pela ONG Médicos del Mundo e a Morgue do HP da Matola cuja gestão foi transferida ao Conselho Municipal da Matola.

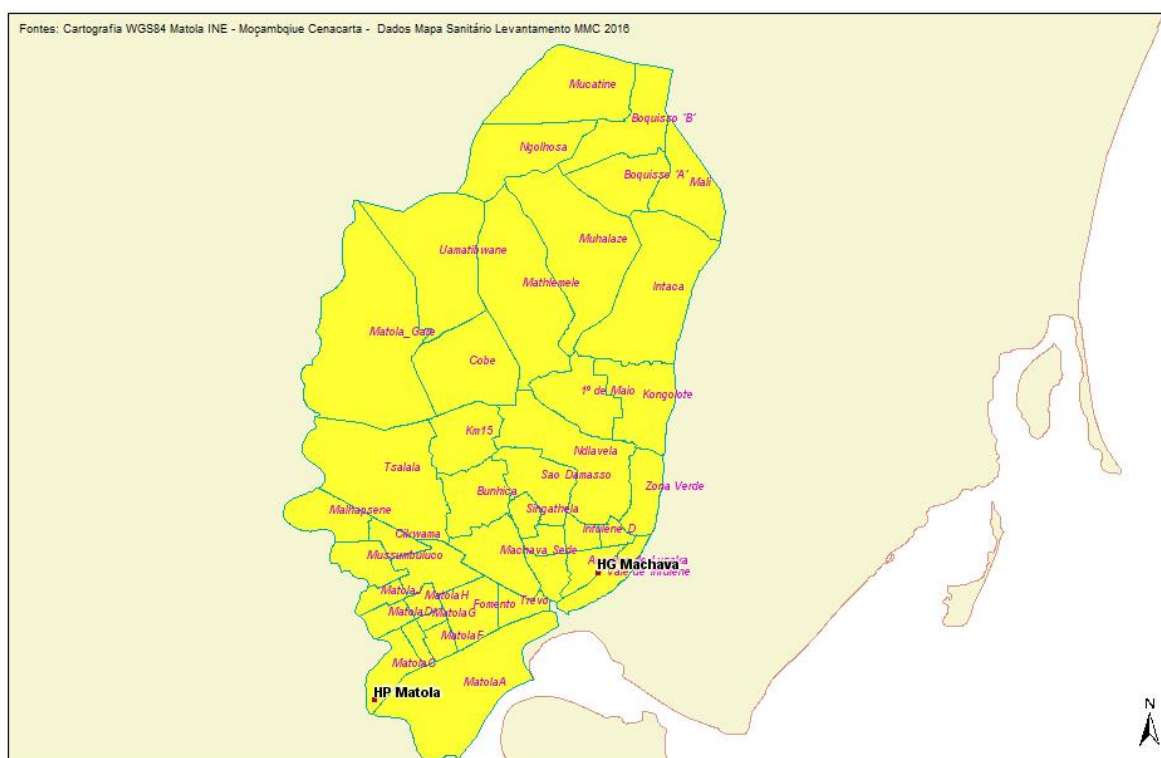
Tabela 4.2 Rede Sanitária pública em funcionamento

TIPO US	Nº
HP	1
HG	1
CSUA	2
CSUB	2
CSUC	7
CSR2	2
PS	2
TOTAL	17

O HP da Matola se encontra no bairro da Matola C e serve de referência a toda a Província de Maputo incluindo a Cidade da Matola.

O HG de Machava se encontra no bairro de “Acordos de Lusaka”. Não dispõe de todas as valências próprias de um hospital da sua tipologia já que dispõe unicamente de serviços de referência para Tuberculose (e co-infecções) e todos os tipos de patologias pediátricas (especialmente por desnutrição) assim como atendimento em consulta ambulatoria de doentes crónicos (diabetes, hipertensão) em doentes que estiveram previamente internados por tuberculose. Igualmente o hospital faz consultas de psicologia e de oftalmologia.

Mapa 4.4 Rede Sanitária da Cidade da Matola, Hospitais públicos

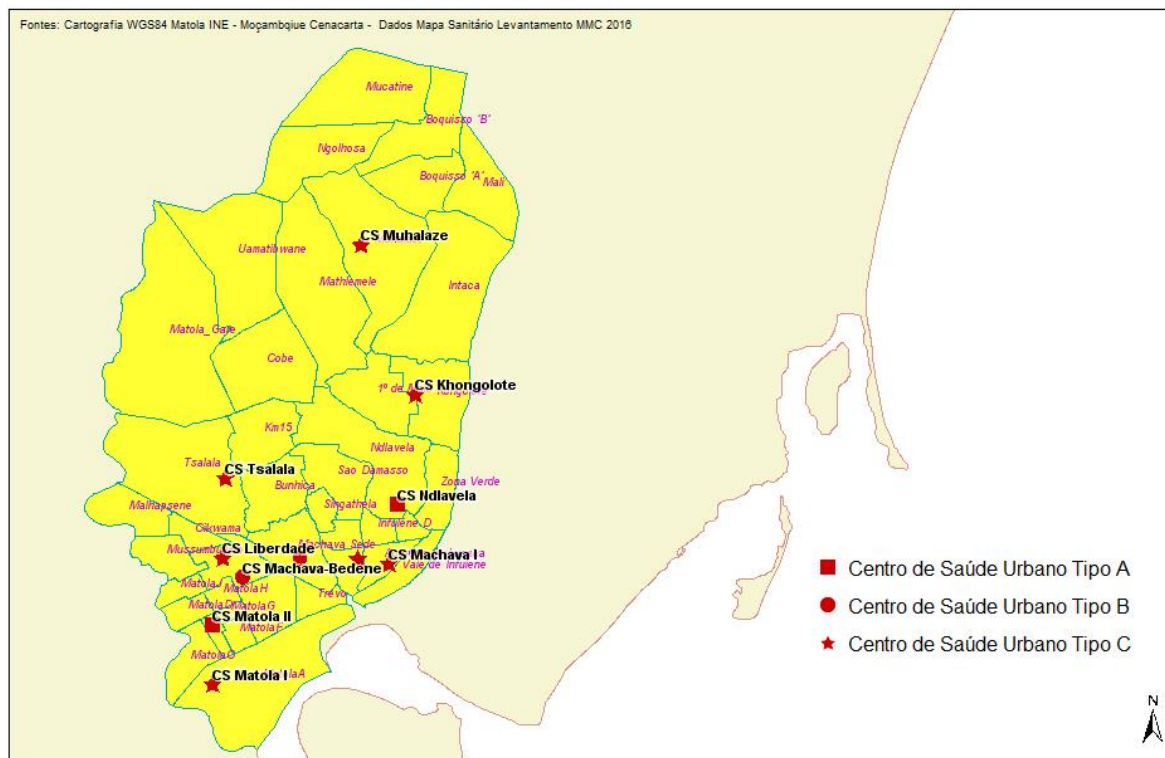


O mapa mostra os dois hospitais em funcionamento localizados na Cidade da Matola (o HG da Machava e o HP da Matola).

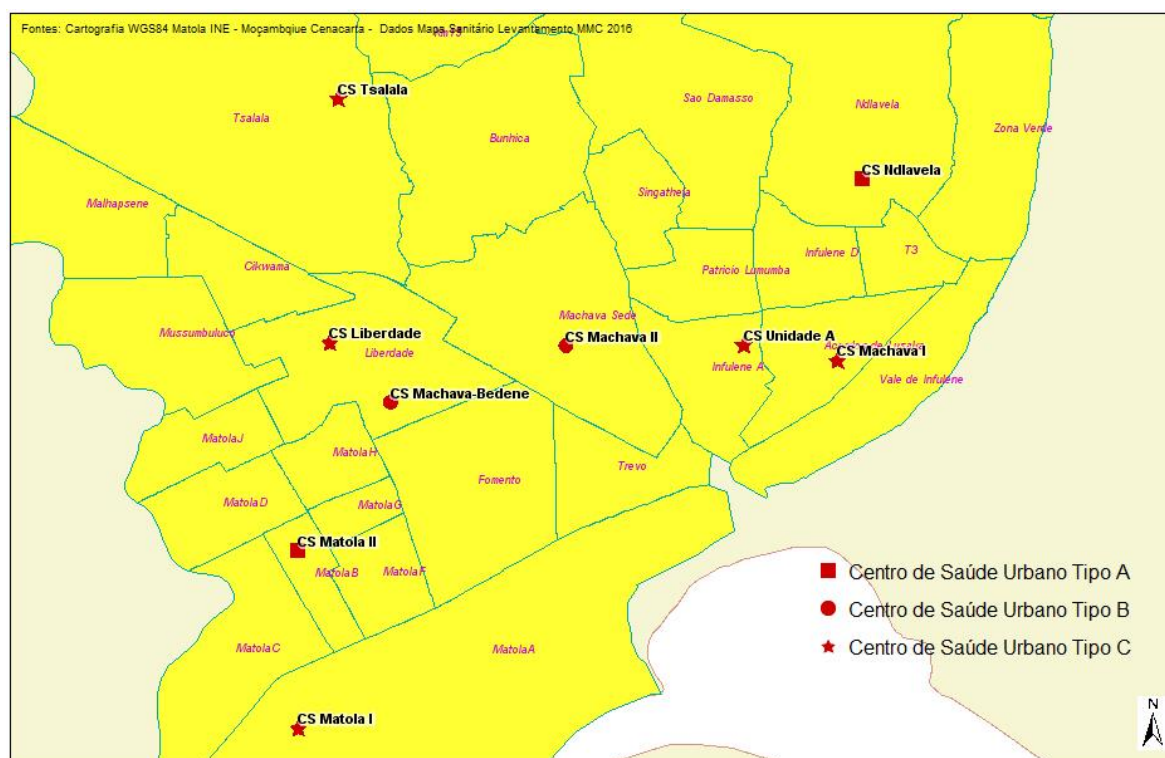
Mapa sanitário da Cidade da Matola – 2016 – Versão final
 Medicusmundi Catalunya para o MISAU e a DPS da Província de Maputo

Devido às distâncias e as vias de comunicação, um número bastante elevado das US, (PS Km 25, CS Matola-Gare, CS Matola I, CS Muhalaze, CS Machava I, CS Ndlavela, CS Boquisso e CS Khongolote), continuam a utilizar o HG José Macamo, para além do HP, como unidade de referência. O José Macamo se encontra na Cidade de Maputo.

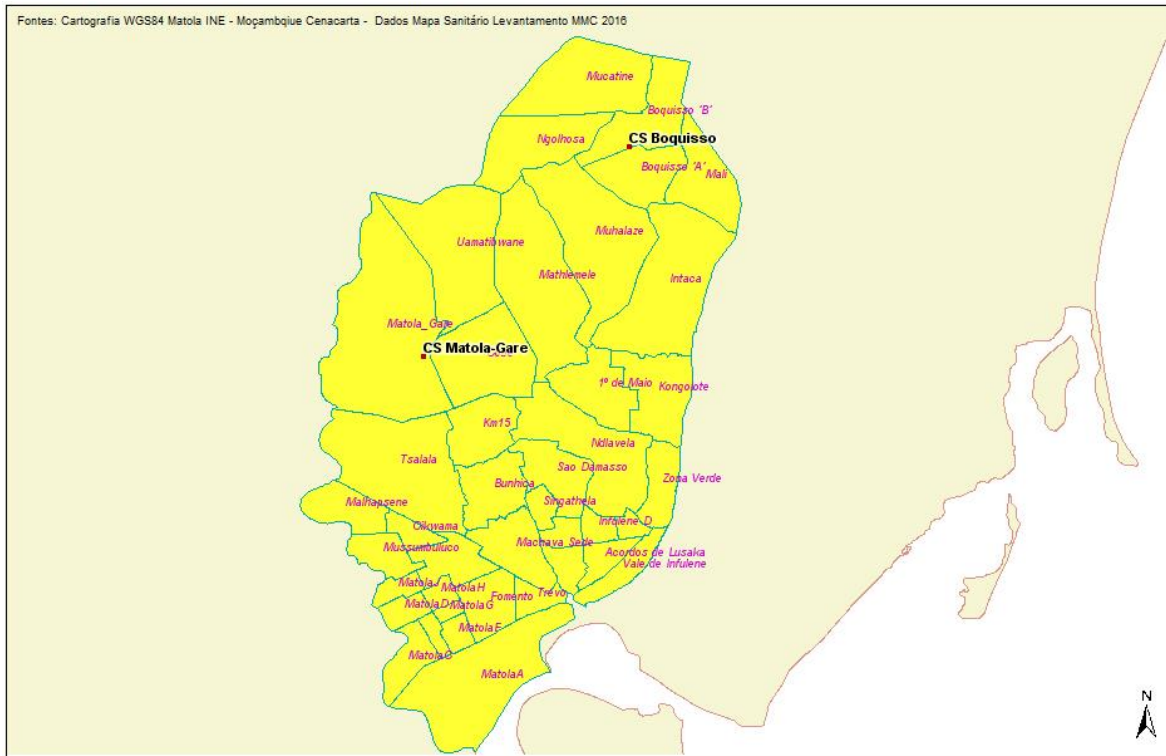
Mapa 4.5 Rede sanitária da Cidade da Matola - Centros de saúde urbanos



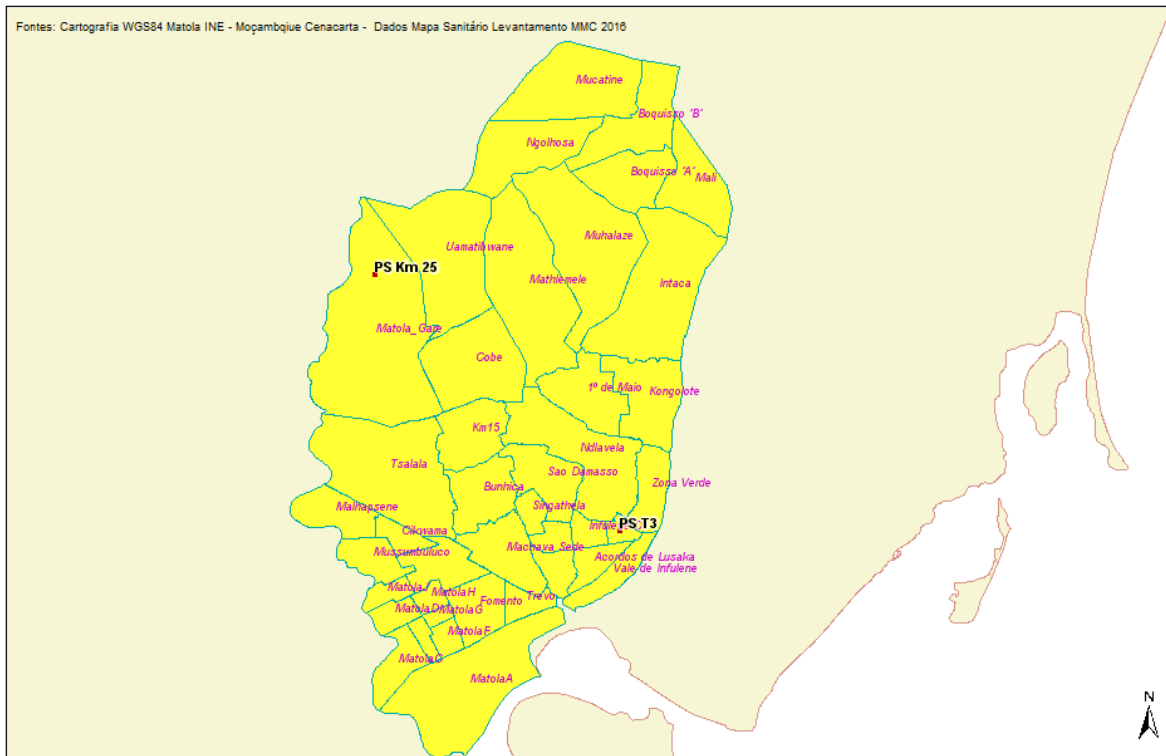
Mapa 4.6 Rede sanitária da Cidade da Matola - Centros de saúde urbanos – Detalhe da zona centro



Mapa 4.7 Rede sanitária da Cidade da Matola - Centros de saúde rurais



Mapa 4.8 Rede sanitária da Cidade da Matola – Postos de saúde



4.1.1.1 Unidades não funcionais

Na altura de fazer o levantamento encontraram-se quatro US já mencionadas acima, que não estavam em funcionamento.

Mapa 4.9 Rede sanitária da Cidade da Matola – Unidades em construção ou por inaugurar

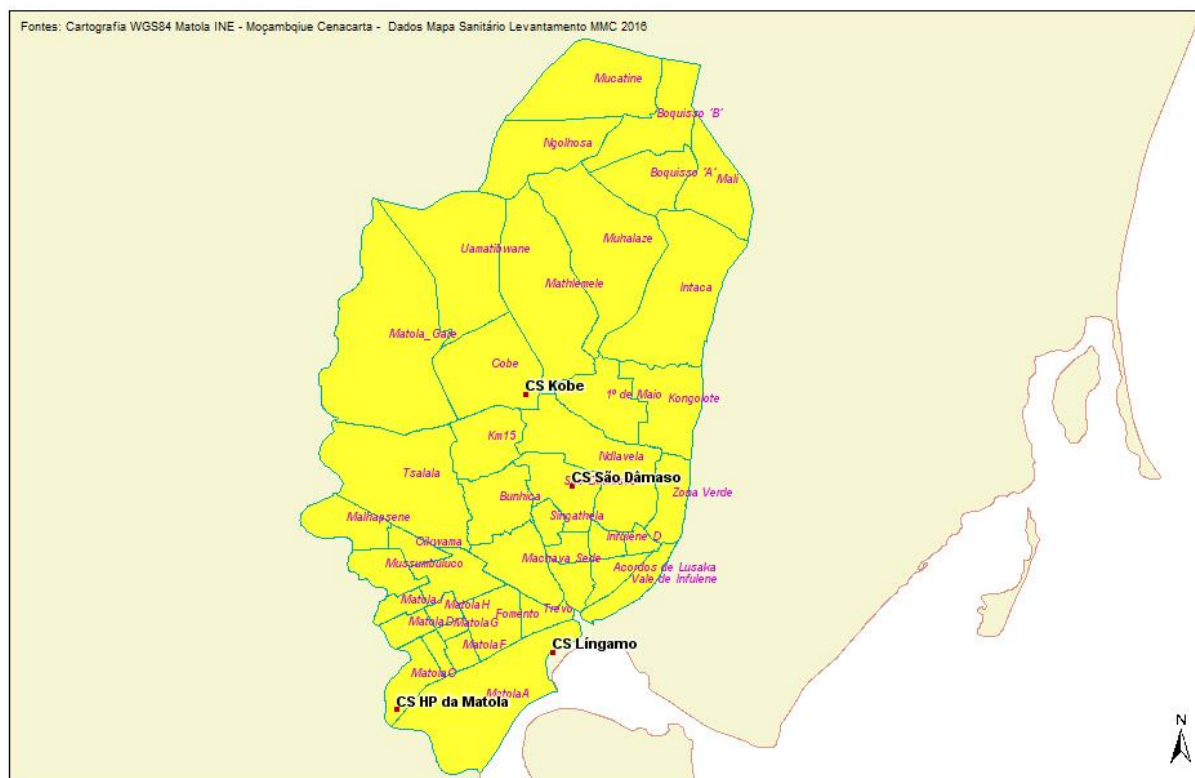


Tabela 4.3 Relação entre rede sanitária pública (níveis I e II), população e superfície

POPULAÇÃO	ÁREA KM ²	DENSIDADE	RÁIO TEÓRICO	HABITANTES POR TIPO DE UNIDADE SANITÁRIA						
				US	HG	CSUA	CSUB	CSUC	CSR3	PS
927.123	333	2.784	3	57.945	927.123	463.562	463.562	132.446	463.562	463.562

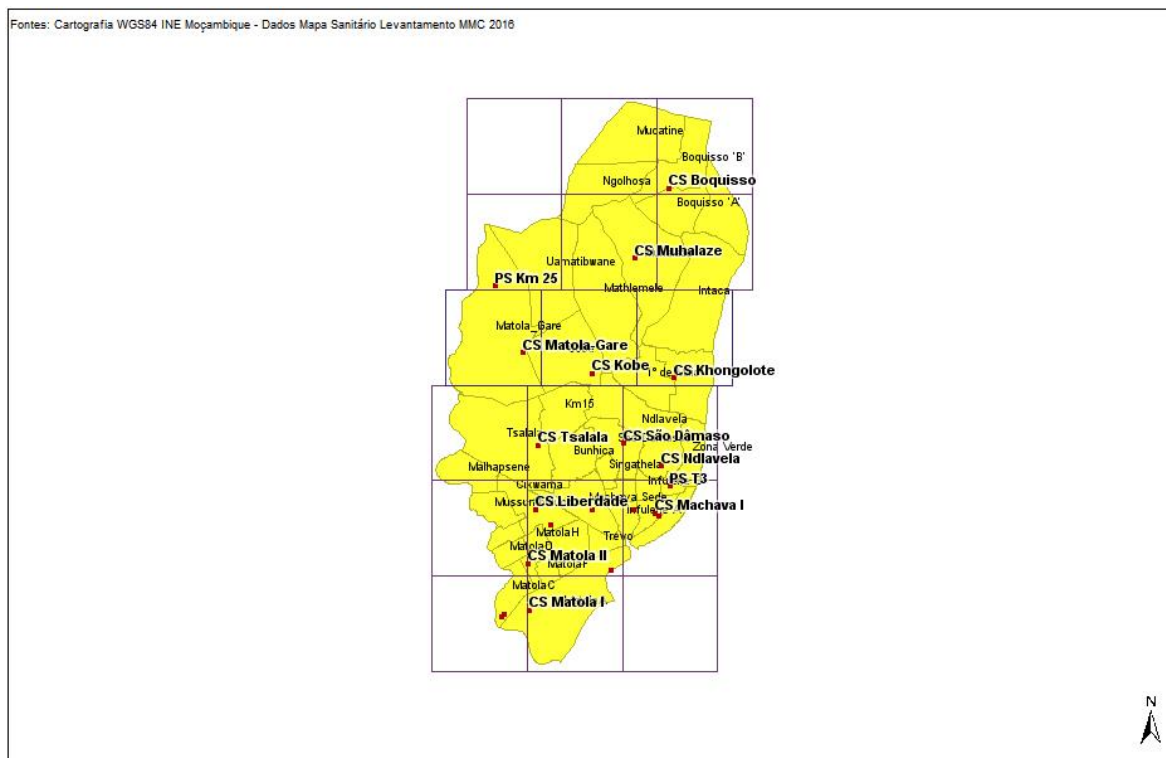
Em termos de disponibilidade, existe uma US pública em funcionamento por cada 57.945 habitantes em tanto que em Maputo em 2012 foi de uma US pública em funcionamento por cada 36.792 habitantes, com extremos no município de KaMaxakeni (67.021) e KaNhaka (1.862). A razão habitante por HG é 927.122 em tanto que na Cidade de Maputo foi de 150.837. De ressaltar que o HG da Machava não reúne as condições para ser classificado como HG o que faz que as US utilizem o HP da Matola como US de referência apesar de ser um hospital de nível terciário.

No que respeita à cobertura, segundo o Diploma Ministerial 127, o rádio de cobertura dos CS deverá ser de um a quatro Km em zonas urbanas e de oito Km em zonas rurais. Como todo o território da Cidade da Matola é considerado como urbano, todas as unidades primárias, sejam tipificadas como centros de saúde urbanos ou centros de saúde rurais, terão, por definição um rádio de cobertura máximo de quatro Km. Sendo assim, cabe perguntar não só se existem suficiente número de unidades primárias para atender à população mas também se o território está adequadamente coberto, quer dizer, se a localização dos centros de saúde é tal que nenhuma pessoa deva ter que deslocar se mais de quatro Km para ter acesso a uma unidade sanitária primária.

O seguinte mapa mostra uma grelha de quadrados de idêntico tamanho. O lado de cada quadrado mede 5.657 metros o que, pelo teorema de Pitágoras, significa que a diagonal de cada quadrado mede 8.000 metros ou 8 Km (4 Km x 2). Isto significa que se houver uma unidade sanitária no centro de cada quadro, as pessoas que morassem mesmo nos vértices dos quadrados, quer dizer o ponto mais distante do centro dos mesmos, não se teriam que se deslocar mais de quatro Km para chegar até o seu centro de saúde mais próximo.

O mapa mostra que se precisam 16 quadrados para cobrir todo o território da Cidade, quer dizer que, independentemente da população de cobertura, precisam-se 16 unidades primárias (centros de saúde) para cobrir o espaço físico, e assim cumprir com a normativa vigente.

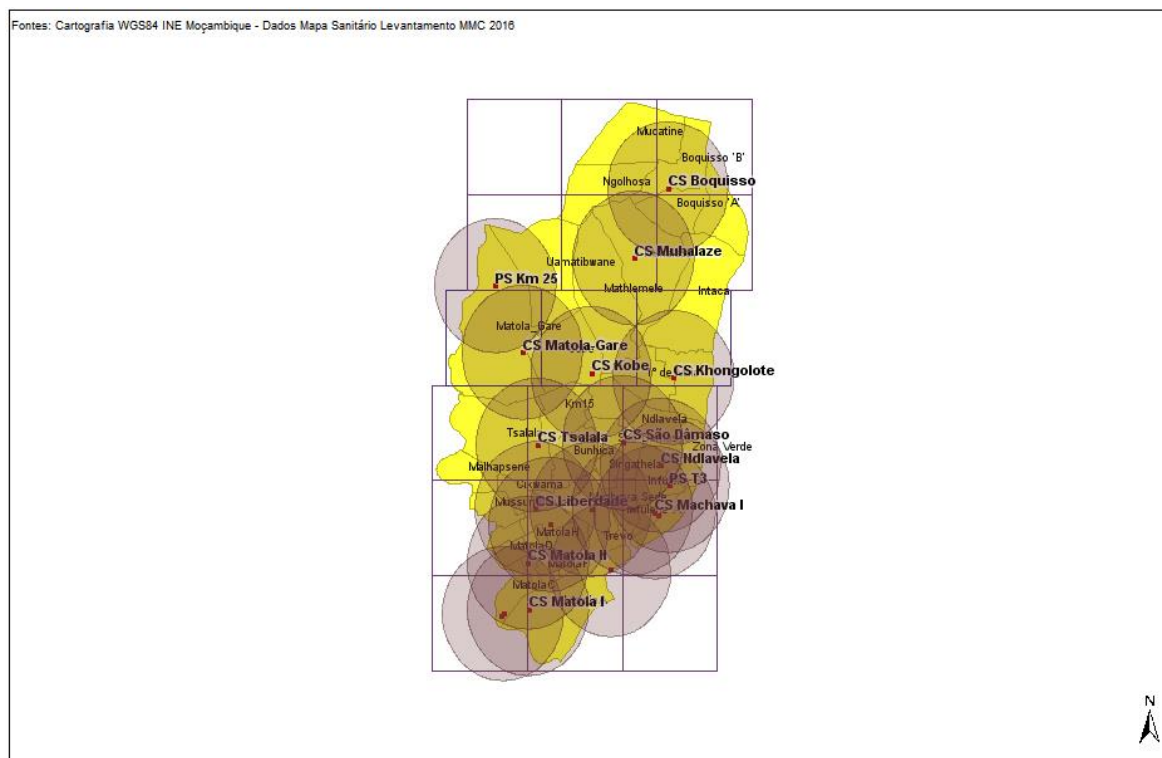
Mapa 4.10 Cobertura do espaço físico em cumprimento da normativa vigente – Grelha teórica



Quando se inaugurarem os centros de saúde de Lígamo e o de São Dâmaso e finalize a construção e equipamento dos centros do Hospital Provincial e o de Kobe, a Cidade da Matola terá 19 unidades primárias em funcionamento. Mas, como mostra o mapa seguinte, a sua localização significará que continuará a haver pessoas que terão que deslocar se mais de quatro Km para chegar até uma unidade sanitária primária.

Porém, sem informação muito mais detalhada sobre o lugar de residência das pessoas (o ideal seria poder conhecer e cartografiar a população por quarteriões) não se pode saber realmente quantas pessoas moram a mais de quatro Km da unidade sanitária mais próxima.

Mapa 4.11 Cobertura do espaço físico – Raios de cobertura de 4 Km à volta das US



4.2 SERVIÇOS ESPECÍFICOS

Nesta secção se descrevem os serviços oferecidos por cada uma das US, com especial ênfase nos Cuidados Primários de Saúde (CPS) e nos ligados ao atendimento obstétrico e ao combate ao SIDA.

Na secção anterior a rede sanitária da Cidade da Matola se descreveu em termos da tipologia básica utilizada para classificar as US, nomeadamente a de hospitais provinciais, hospitais gerais, centros de saúde urbanos (de tipo A, B ou C), centros de saúde rurais e Postos de Saúde.

Esta classificação é de carácter nominal e não necessariamente responde aos serviços que realmente oferece cada uma das US. Assim, várias US do mesmo tipo oferecem diferentes tipos de serviço, quando o 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 menor utilidade saber qual é a tipificação nominal das US existentes que saber que recursos têm e serviços oferecem. De aqui a importância destas primeiras análises dos serviços oferecidos e dos recursos disponíveis na actualidade.

4.2.1 Cuidados Primários de Saúde

Segundo a normativa os CPS oferecidos numa US deveriam incluir:

- Atendimento curativo básico;
- Cuidados obstétricos;
- Cuidados preventivos incluindo vacinas;
- Fornecimento de medicamentos essenciais.

Concretamente, as funções gerais dos Centros de Saúde consistiriam em:

Ser o primeiro local para o contacto da população com os Serviços de Saúde e dispensar CPS; assegurar a cobertura sanitária de uma população (primeiro contacto) dentro de uma zona geográfica bem definida, a Áreas de Saúde; e fazer o estudo e o recenseamento físico, geográfico, demográfico, sócio-económico e cultural da Área de Saúde e dispensar as seguintes componentes dos CPS:

- A Educação para a Saúde;
- Programa Alargado de Vacinações (PAV);
- Saúde Materno-Infantil e Planeamento Familiar (SMI/PF);
- Promoção do saneamento do meio e das actividades de vigilância e de controlo da higiene do ambiente;
- Garantia de qualidade da água e dos alimentos (inspecções sanitárias);
- Educação nutricional, promoção de boas condições nutricionais e prevenção de doenças nutricionais;
- Prevenção e controle das principais doenças endémicas, com respeito pelas respectivas estratégias de luta;
- Diagnóstico clínico (com ou sem apoio laboratorial) e tratamento das afecções correntes;
- Primeiros socorros e outros cuidados de urgência aos traumatismos mais vulgares;
- Distribuição de medicamentos essenciais;
- Recolha e tratamento de dados estatísticos, epidemiológicos e demográficos de base e elaboração de relatórios periódicos.

Compete ainda aos Centros de Saúde a:

- Supervisão e apoio logístico e técnico as acções de saúde e de saneamento do meio realizadas nos níveis mais periféricos da Área de Saúde;
- Referência para níveis superiores, dos problemas de saúde que não possam ser resolvidos ao seu nível;
- Gestão dos recursos que lhe forem atribuídos.

Existem 13 US na rede da Matola em funcionamento, todos eles tipificados como CS, que deveriam oferecer este leque de serviços. Além destas, existem dois PS que oferecem alguns destes serviços, mas não todo o leque e que, segundo a normativa actual, estão destinadas a desaparecer. Os dois hospitais que se encontram no distrito, também oferecem alguns destes serviços, mas não serão considerados para este cálculo. Portanto, como mostra a tabela a seguir, são consideradas 15 US para estes cálculos.

Tabela 4.4 Serviços de CPS por US da rede primária em funcionamento

SERVIÇO	Nº US	% US
CONSULTAS	14	93
CURATIVOS	13	87
FARMÁCIA	15	100
CONSULTA PRÉ-NATAL E PÓS PARTO	13	87
PLANIFICAÇÃO FAMILIAR	14	93
PARTOS	9	60
POSTO FIXO DE VACINAÇÃO	14	93
CRIANÇA SADIA	15	100
REIDRATAÇÃO ORAL	14	93
ATENDIMENTO 24H	4	27
TOTAL US PESQUISADAS	15	100

Todas elas prestam cuidados de Puericultura (Controle da criança sadia) e têm serviço de farmácia. Todas menos uma declaram fazer consultas, PF, ter PFV e RO. O 87% mencionam realizar curativos e fazer cuidados pré-natais e pós-parto. Pouco mais da metade, oito US das 15, atendem partos regularmente e quatro delas, o 27%, prestam atendimento às 24h.

Não fazem consultas nem curativos os CSUB de Machava-Bedene que funciona unicamente como maternidade e o CSUC de Machava I que, apesar de que, segundo o SDSMAS (MB do SIS), nesta US se faz triagem, consultas externas gerais e consultas de nutrição, a responsável da US disse que actualmente não se fazem. De facto manifestou que não receberam kits de medicamentos em 2015 e que o abastecimento de medicamentos foi unicamente pela via clássica.

Considerando os 10 serviços básicos que aparecem na tabela 4.4, se a cada serviço se atribuisse um ponto, poder-se-ia obter uma pontuação máxima para cada distrito, obtida multiplicando o número de US funcionais 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, pode-se fazer o cálculo da percentagem do realizado em relação à possível oferta de serviços. No caso da Matola, a pontuação seria de 79,33% em tanto que em Maputo, em 2013, a média foi de 73,24 com variações entre 85% em Kamaxakeni e 64,29% em Kamphumo.

Tabela 4.5 Serviços CPS, por tipo da US

SERVIÇO	CSUA	CSUB	CSUC	CSR2	PS	TOTAL	%
CONSULTAS	2	1	6	2	2	13	86,67
CURATIVOS	2	1	6	2	2	13	86,67
FARMÁCIA	2	1	6	2	2	13	86,67
CONSULTA PRÉ-NATAL E PÓS PARTO	2	2	7	2	0	13	86,67
PLANIFICAÇÃO FAMILIAR	2	2	7	2	1	14	93,33
PARTOS	2	2	2	2	0	8	53,33
POSTO FIXO DE VACINAÇÃO	2	2	7	2	1	14	93,33
CRIANÇA SADIA	2	2	7	2	2	15	100,00
REIDRATAÇÃO ORAL	2	1	6	2	2	13	86,67
ATENDIMENTO 24H	2	1	0	0	0	3	20,00
TOTAL US PESQUISADAS	2	2	7	2	2	15	100
TOTAL SERVIÇOS OFERECIDOS	20	15	54	18	12	119	
% SERVIÇOS OFERECIDOS	100,00	75,00	77,14	90,00	60,00	79,33	

Por tipo de US, unicamente os CSUA oferecem todo o leque destes serviços e os CSR II que oferecem todo o leque com a excepção do atendimento de urgência 24 horas

Quanto a estes serviços, no HG da Machava, não se fazem consultas externas nem curativos, planeamento familiar e as vacinas e as consultas de controlo de crescimento nas crianças são feitas no CSC Machava I contíguo.

4.2.2 Cuidados Obstétricos

A saúde reprodutiva merece uma especial atenção na determinação da qualidade duma US. 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 Essenciais Básicos –COEB– e Completos –COEC– e foram 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.

Cabe sublinhar que COEB abrange a administração regular de antibióticos parenterais, de occitócicos parenterais e administração parenteral de anticonvulsivantes para eclampsia, assim como a remoção manual da placenta e a remoção manual (aspiração ou curetagem) de restos. E os COEC abrangem, para além de todas as anteriores actividades, a cirurgia (como mínimo cirurgia obstétrica de urgência), a anestésias e a transfusão sanguínea.

Tabela 4.6 Situação dos cuidados obstétricos, incluindo o HP

SERVIÇO/INDICADOR	Nº
US COM SALA DE PARTOS	9
INTERNAMENTO MATERNIDADE	9
PARTOS INSTITUCIONAIS	16.616
PARTOS/SALA DE PARTOS	1.796
US COM COEB	9
HABITANTES/COEB	103.014
US COM COEC	1
HABITANTES/COEC	927.123

Existem em Matola, incluindo a do HP, nove salas de parto que realizaram em 2015 um total de 16.616 partos para uma média de 1.796 partos por sala de parto. No HP foram realizados 2.817 partos o que deixa 13.349 partos realizados nas US de atenção primária para uma média de 1.668 partos por sala de parto e ano.

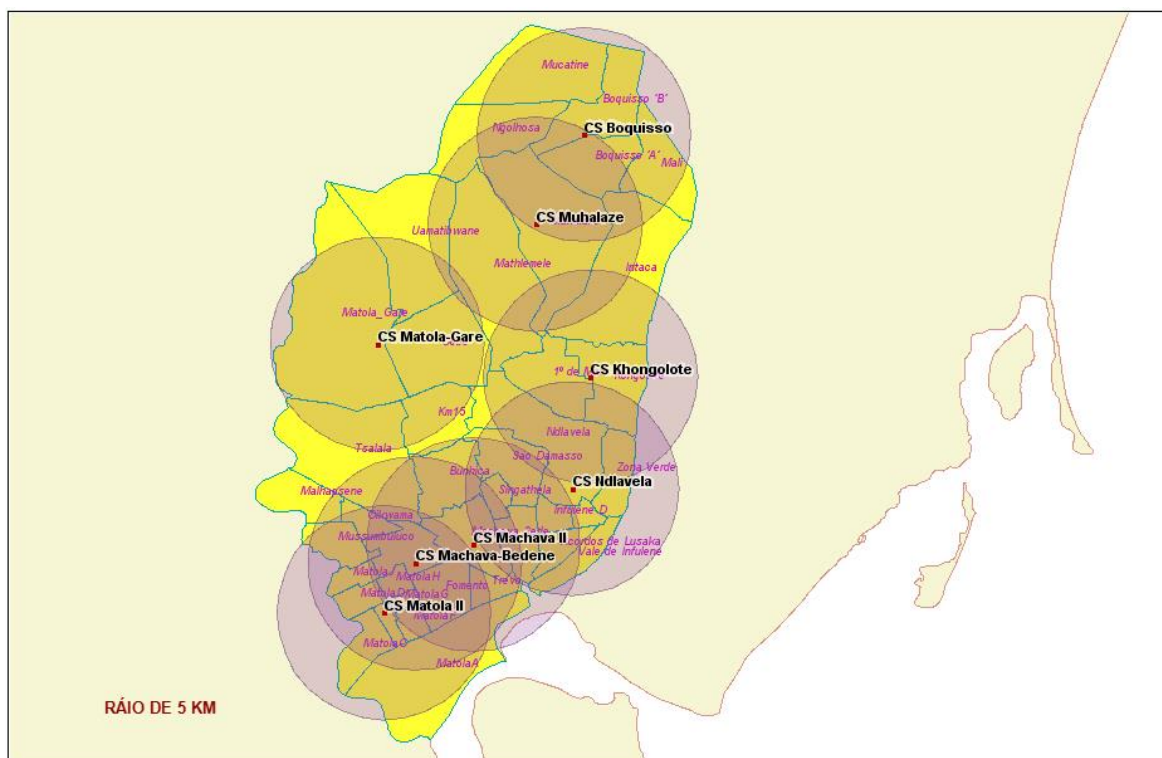
Mozambique é um país com taxas altas de natalidade apesar de que nos últimos anos a evolução geral desta taxa é claramente descendente e, possivelmente em Matola continue essa tendencia como acontece habitualmente em populações de recente e rápida urbanização. De se aplicar à população actual da Matola os valores de 3,99 % que foi a taxa natalidade estimada para Matola em 2015, o cálculo aproximado seria de 36.992 de partos esperados e portanto a taxa de cobertura real de partos teria sido em 2015 de 36,08 %. Se desconhecem quais são as causas desta baixa cobertura de partos e se se deve a que os partos são atendidos em outras US públicas da Cidade de Maputo, acontecem nas próprias casas das parturientes ou são atendidos em estruturas privadas ou nas casas das parteiras tradicionais. Igualmente o Módulo Básico não permite discernir entre o número de primeiras consultas prenatais e consultas subsiguientes que nos permitiriam conhecer por um lado a **cobertura para primeiras consultas prenatais** e por outro o **índice de retorno de cada grávida** a consulta prenatal. Efectivamente, um adequado índice de retorno, aumenta as possibilidades de deteção dos riscos associados a gravidez e facilita o trabalho de advocacia para que as grávidas decidam realizar o parto nas instituições de saúde e minimizar o factor de perca entre as grávidas atendidas na gravidez e no parto.

No que diz respeito aos COEB, mais da metade das US no município atendem partos, o que situa a Matola, com uma média de 103.014 habitantes por US com COEB, dentro da normativa internacional recomendada pela OMS que é de 125.000 habitantes por US com COEB. Porém, no que diz respeito às US com COEC, unicamente o HP da Matola brinda estes serviços, o que situa a Cidade da Matola longe da média proposta pela OMS que é de uma US com COEC para cada 500.000 habitantes.

As US que brindam COEB, para além do HP da Matola, são os CS de Machava II, Matola II, Matola Gare, Boquisso, Khongolote, Machava Bedene, Ndlavela e Muhalaze.

Quanto às salas de partos actualmente em funcionamento, a disponibilidade é de uma sala para cada 30.492 mulheres em idade fértil, ou para 4.110 partos esperados, o que, para uma cobertura total, suporia pouco mais de onze partos por sala de parto e dia. Todas as US que atendem partos têm internamento de maternidade.

Mapa 4.12 Mapa da cobertura territorial das salas de parto e COEB - Raio 5 Km



O mapa 4.12 mostra a cobertura das US que têm salas de partos e oferecem COEB.

Quase todas as US prestam serviços preventivos para a saúde infantil, quer dizer, fazem consultas de controlo de crescimento (100%) e todas excepto o PS de Km 25 dispõem de Programa Alargado de Vacinação.

As consultas de nutrição são de rotina e fazem parte das consultas pediátricas de criança sadia normais. Quando há signos ou sintomas de desnutrição as crianças são atendidas habitualmente no programa de Controlo de Crianças à Risco com alimentação suplementar. Porém ha algumas excepções em como são:

- O PS do Km 25 envia as crianças suspeitas de desnutrição ao CSR II Matola-Gare para receberem nutrição suplementar e no caso de suspeita de uma desnutrição grave, referem ao HG da Machava, ao HP da Matola ou até ao H. José Macamo;
- CSUB da Machava-Bedene que unicamente funciona como maternidade;
- CSUC da Machava I onde, segundo o SDSMAS (MB SIS) se faz triagem, consultas externas gerais e consultas de nutrição, mas a responsável da US disse que não fazem;
- O PS T3 que deriva ao CSUA de Ndlavela
- O CSUC de Muhalaze que derivam ao H. José Macamo; e
- O CSUC de Tsalala que refere ao HP da Matola.

Doze US, incluindo os hospitais de referência, manifestaram ter serviço de consulta de nutrição e assumir os casos de crianças malnutridas. As 10 US de atenção primária assumem os casos de carácter leve ou moderado em tanto que os casos graves são derivados aos dois hospitais de referência. AS US que brindam consulta de

nutrição incluindo os hospitais de referência são os CS de Machava II, Matola I, Matola II, Matola Gare, Boquisso, Khongolote, Liberdade, Ndlavela, Tsalala e Unidade A.

4.2.3 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 de observação, cirurgia e hemoterapia.

Tabela 4.7 Atendimento curativo. Internamento, Cirurgia e Hemoterapia.

SERVIÇO	Nº
INTERNAMENTO OBSERVAÇÃO	7
CIRURGIA	1
TRANSFUSÃO	2
BANCO SANGUE	1
TOTAL US	17

Na Cidade da Matola, para além do HP da Matola, as seguintes seis US manifestaram oferecer o serviço de internamento de observação: o CSUB da Machava II que tem 5 camas de observação que correspondem a 2 na maternidade e 3 no banco de socorro, o CSUA da Matola II, o CSR II da Matola-Gare, o CSR II de Boquisso, o PS Km 25 e o CSUA de Ndlavela.

Só o HP da Matola oferece serviços de banco de sangue e de cirurgia e o serviço de transfusão de sangue é oferecido pelo HP da Matola e pelo HG da Machava.

Os CSUA da Matola II e de Ndlavela oferecem serviço de circuncisão.

4.2.4 Combate ao VIH/SIDA

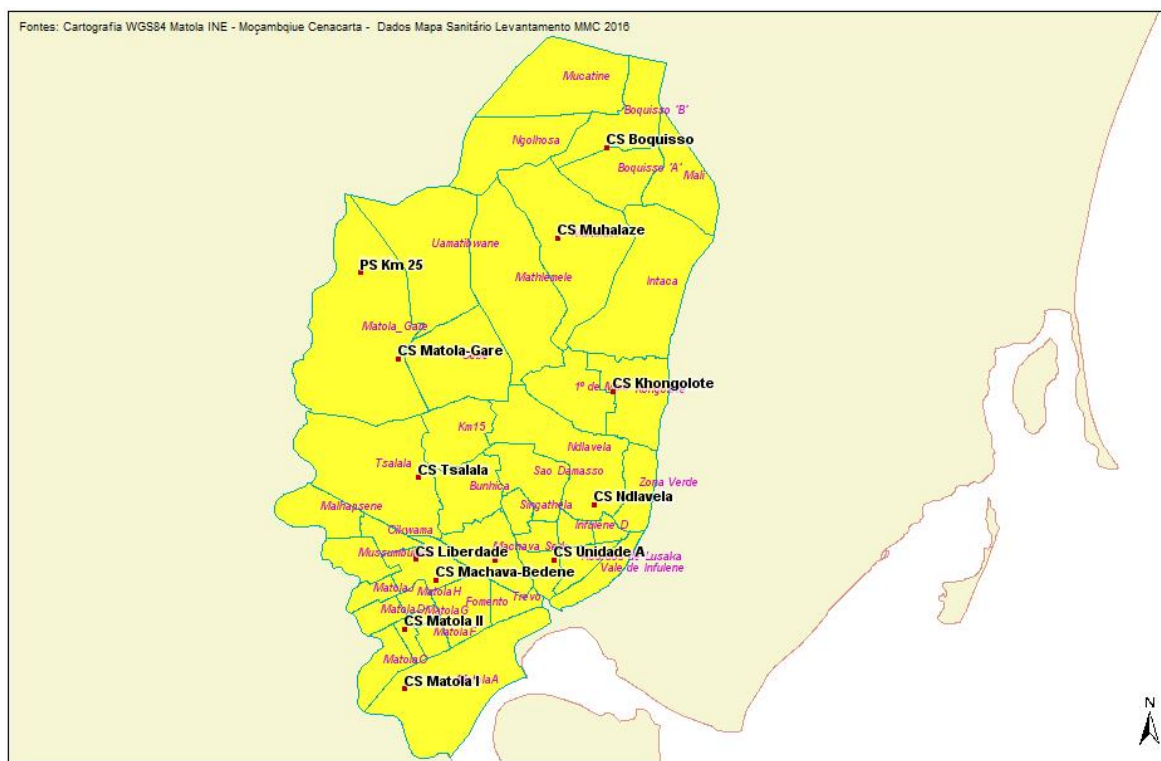
Incluindo o Tratamento Anti-retroviral (TARV), todas as componentes da prevenção e luta contra o VIH estão bem representadas na maioria das US. Com a excepção do HG da Machava, a abordagem sindrômica com fluxograma das infecções de transmissão sexual (ITS) é realizada em todas as US. Todas as US, com a excepção do CSUC Machava I e o PS T3, dispõem de serviço de Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS) que funciona essencialmente para a testagem do VIH. A cobertura do serviço de ATS é de aproximadamente de 61.808 habitantes por US que oferece o dito serviço, o que poderia parecer uma boa cobertura.

Tabela 4.8 Serviços especializados no combate ao VIH/SIDA

SERVIÇO	Nº US
ACONSELHAMENTO E TESTAGEM EM SAÚDE	15
PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL	13
INFECÇÕES DE TRANSMISSÃO SEXUAL	16
TRATAMENTO ANTI RETROVIRAL	11
TOTAL US	17

O serviço de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV) é oferecido em todas as US com ou sem maternidade com a excepção do HG da Machava, o HP da Matola e os PS Km 25 e T3. No que diz respeito ao serviço de TARV, todas as US oferecem com a excepção do HP da Matola, os PS de Km 25 e T3, o CSUB de Machava-Bedene e os CSUC de Machava I e Unidade A. Os serviços de ATS, TARV e PTV são apoiados principalmente pela ONG Fundação Ariel e pela Comunidade Santo Egidio.

Mapa 4.13 Serviços especializados no combate ao HIV/Sida (ATS)



4.2.5 Meios auxiliares de diagnóstico e tratamento

Para finalizar esta secção, apresenta-se a disponibilidade e a distribuição dos principais meios auxiliares de diagnóstico e tratamento.

Tabela 4.9 Principais meios auxiliares de diagnóstico e tratamento.

RADIOLOGIA	LABORATÓRIO	MORTUÁRIO	TOTAL US
2	9	2	17

Duas US oferecem o serviço de radiologia e serviço mortuário: o HG da Machava e o HP da Matola

No entanto há laboratório em nove US (59% do total).

O Hospital Geral da Machava e o Provincial da Matola tem duas ambulâncias cada um deles, em tanto que para as outras US do Distrito dispõe-se de serviço de transporte de doentes mediante duas ambulâncias que estão sedeadas uma no CSUA de Ndlavela e outra que é gerida pelo Chefe do Transporte do SDSMAS; o serviço é oferecido principalmente as US de Ndlavela, Matola-Gare, Boquisso e Khongolote que são US com maternidade. O CSUC de Muhalaze dispõe de uma ambulância privada que dá apoio também aos CS de Khongolote e Boquisso.

O Hospital Geral da Machava e o Hospital Provincial da Matola tem também respectivamente três e duas viaturas de apoio para transporte de mercadorias e para serviços de expediente.

Mapa 4.14 US com laboratório

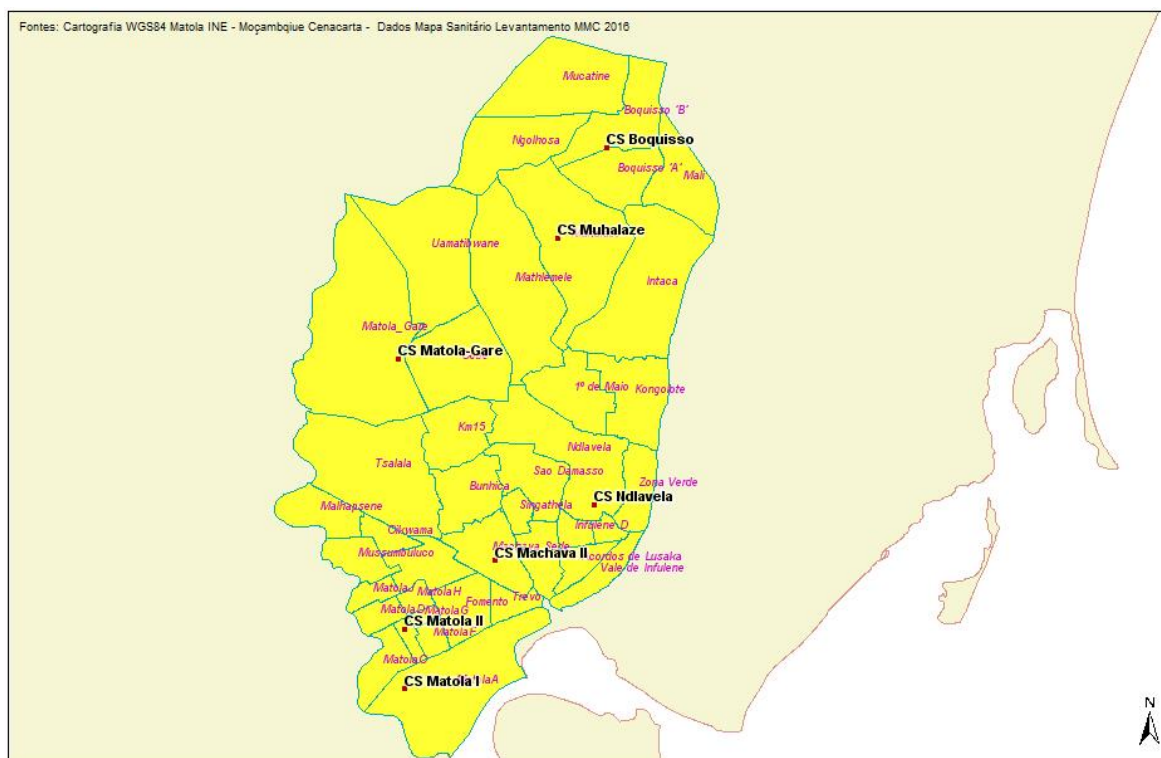


Tabela 4.10 Meios auxiliares de diagnóstico e tratamento por tipo de US

TIPO US	RADIOLOGIA	LABORATÓRIO	TRANSPORTE DOENTES	MORTUÁRIO	TOTAL US
CSUA	0	2	1	0	2
CSUB	0	1	0	0	2
CSUC	0	2	1	0	7
CSR2	0	2	0	0	2
PS	0	0	0	0	2
HG	1	1	1	1	1
HP	1	1	1	1	1
TOTAL	2	9	4	2	17

Dispõem de serviço de laboratório os CSR II da Matola-Gare e Boquisso, os CSUA da Matola II e de Ndlavela, o CSUB da Machava II, os CSUC da Matola I e de Muhalaze e os HG da Machava e o HP da Matola. A cobertura em Matola é de um laboratório por cada 103.013 habitantes em tanto que na Cidade de Maputo em 2012 era de um laboratório por cada 60.707 habitantes.

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 127 do MISAU do 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. (Os PS, apesar dos prazos previstos no Diploma Ministerial 127, ainda não foram convertidos em CS);

O nível secundário está 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 está 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 pelos CS. O nível secundário seria um conjunto de áreas de saúde servidas pelo Hospital de referência, no caso da Cidade da Matola, um Hospital Geral, o da Machava, que serve de referência a 13 CS e dois PS e as suas respectivas áreas de captação.

O nível terciário em Matola corresponderia ao Hospital Provincial da Matola que serve de referência, para além da Cidade da Matola, a os outros distritos da província de Maputo.

5 INFRAESTRUTURAS

Nunca antes foi realizado um levantamento completo e detalhado das unidades sanitárias da Cidade de Matola.

Neste capítulo, primeiramente se descreve a rede, procurando encontrar aspectos comuns que posteriormente possam ser úteis para a escolha de intervenções. A seguir debruça-se sobre a superfície das unidades e o valor do património e apresenta-se uma avaliação do estado das infraestruturas e das intervenções necessárias para retorná-las ou manter num estado razoável. O capítulo acaba com uma breve secção dedicada a alguns aspectos não directamente relacionados com a estrutura, mas que afectam o funcionamento das unidades, como o abastecimento de água ou de energia.

5.1 DESCRIÇÃO FÍSICA DA REDE SANITÁRIA

Esta secção começa com uma descrição da tipologia arquitectónica das US, continua com uma análise sumária do desenvolvimento histórico da rede e das suas características, e finaliza com umas informações sobre a acessibilidade física aos serviços.

Das 19 unidades da rede primária (21 foram pesquisadas, duas das quais são o HP e o HG), todas foram visitadas pela equipa técnica externa. Dessas unidades o CS de Muhalaze não foi incluído nas análises arquitectónicas por ser um edifício privado cuja manutenção, em princípio, não depende do Estado (tampouco se inclui nos cálculos do valor patrimonial do Estado). Porém, se incluiu o CS de Tsalala que actualmente é de propriedade privada mas em breve passará a ser do Estado.

Assim, as US analisadas ao nível de infraestruturas são no total 18.

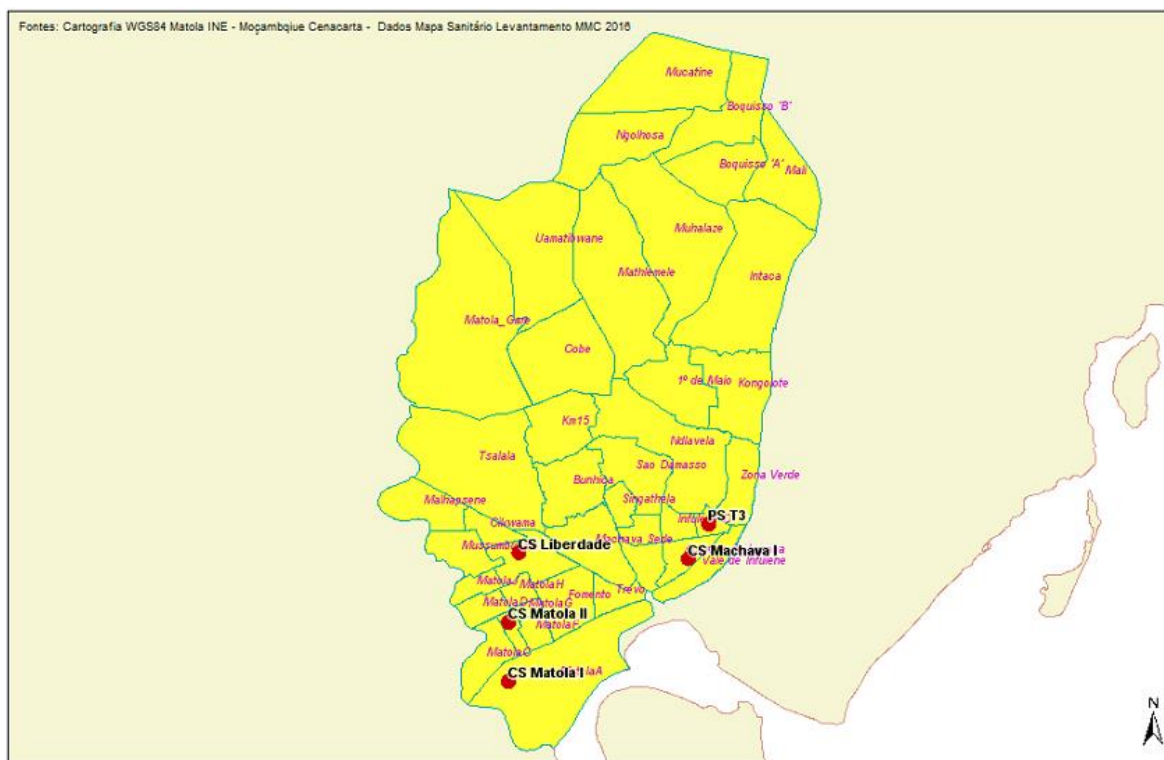
5.1.1 Antiguidade da rede – Época de construção

Em termos da sua época de construção, as US foram classificadas em três períodos:

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

Cinco US da rede primária ocupam edifícios que foram construídos na época colonial. Isto não significa que estas US existiam (na sua localização actual ou em outro lugar) em tempos coloniais senão que o edifício (se refere à construção principal, podendo haver acréscimos posteriores) e de aquela época. Segundo foi informado, algumas destas unidades antigamente eram residências particulares que foram convertidas ou adaptadas para o novo uso.

Mapa 5.1 Localização das US primárias que ocupam edifícios anteriores à Independência



Todas as US que ocupam edifícios construídos na época colonial estão localizadas no sul do distrito. Esta zona era a mais urbana (donde havia mais casas e uma maior densidade de população) e estava mais próxima às indústrias e à Cidade de Maputo. Salvo que se houvessem fechado e não existam actualmente, parece que em tempos coloniais não havia nenhuma unidade sanitária na zona centro-norte, quer dizer, nas zonas periurbanas ou netamente rurais.

As unidades que ocupam edifícios construídos nos 17 anos transcorridos entre 1975, ano da Independência, e 1992, ano do fim dos conflitos civis em Moçambique e a assinatura do *Acordo Geral de Paz*, têm uma distribuição espacial mais ampla, com dois centros de saúde (CS de Boquisso e o CS de Matola-Gare) situados em zonas, na aquela época, bastante rurais (de facto, até poder-se-ia incluir o CS de Tsalala como localizada numa zona rural).

Mapa 5.2 Localização das US primárias que ocupam edifícios construídos entre 1975 - 1992



Pelo aspecto e a planta que têm as edificações parece que todas foram construídas com o propósito de serem unidades sanitárias. Embora não necessariamente fossem construídos a um ritmo constante, isto se traduz numa taxa de construção entre 1975 e 1992 de 1,47 unidades cada cinco anos.

Enquanto às nove unidades restantes, dever-se-ia distinguir entre as que estão operativas (5), as que aguardam ser inauguradas (2) e as que estão numa fase muito incipiente de construção (2). Considerando as cinco operativas e as duas prontas a serem inauguradas, pode-se dizer que nos 22 anos transcorridos entre 1993 e 2015, a taxa de construção foi de 1,59 unidades por quinquênio, o que representa certa aceleração no ritmo de construção de novas unidades. Mesmo assim, essa taxa de edificação que parece ser apenas maior que o período anterior parece ter uma tendência ainda mais rápida no último ano, considerado que actual e proximamente haverá quatro novas unidades: os CS Kobe, Língamo, HP da Matola e São Dâmaso.

Tabela 5.1 US da rede primária, por época de construção e superfície

UNIDADE SANITÁRIA	ATÉ 1975	m ²	1975-1992	m ²	1993 EM DIANTE	m ²
CS Boquisso			1	427		
CS HP da Matola					1	
CS Khongolote					1	442
CS Kobe					1	535
CS Liberdade	1	120				
CS Língamo					1	129
CS Machava I	1	291				
CS Machava II			1	1.479		
CS Machava-Bedene					1	657
CS Matola I	1	228				
CS Matola II	1	1.404				
CS Matola-Gare			1	609		
CS Muhalaze					1	
CS Ndlavela					1	2.090
CS São Dâmaso					1	535
CS Tsalala			1	199		
CS Unidade A			1	85		
PS Km 25					1	89
PS T3	1	40				
SUBTOTALS	5	2.083	5	2.799	9	4.477
SUBTOTALS %	26,32	22,26	26,32	29,91	47,37	47,84

Do total de 9.359 m² construídos (incluindo o CS de Kobe que embora estar em construção segue uma planta-tipo de dimensões conhecidas, mas sem incluir o CS de Muhalaze, que é de propriedade privada, e o futuro CS do HP da Matola, do qual se desconhece a superfície), o 22,26% possivelmente tenha mais de 40 anos de antiguidade; o 29,91% foi construído entre 1975 e 1992; e o 47,84% restante, após de 1992.

5.1.2 Tipologia constructiva

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

- Os edifícios construídos com material convencional, seguindo regras constructivas boas, de nova projecção, que respondem aos padrões internacionais e que foram desenhados para as atividades que se realizam nelas. As características são: utilização de tijolo de cerâmica ou de cimento, reboco de cimento ou cal, fundações de cimento, alicerce sobre-elevado, cobertura de chapa metálica mas sem tecto falso.
- As construções de material convencional, que seguem regras construtivas geralmente boas, que permite que ainda hoje possa-se encontrar edifícios antigos ou mesmo coloniais em funcionamento e em boas condições, mesmo que a distribuição funcional dos ambientes não tenham sido projetadas para serviços de assistência sanitária. Os edifícios são caracterizados pela utilização de tijolo de cerâmica, reboco de cimento ou cal, fundações de pedras, alicerce sobre-elevado, cobertura de telha cerâmica, tecto falso. Em alguns casos, o telhado foi substituído por chapas de zinco ou de fibrocimento.

- Os edifícios de material convencional menor que, às vezes, apresentam sistemas constructivos menos regulares e estão construídos de maneira menos rigorosa, mesmo que os materiais sejam de tipo permanente. O uso de módulos-‘containers’ padrão com paredes de materiais plásticos ou metálicos é um exemplo desse tipo de edificação. A utilização dessa tipologia constructiva deve-se ao facto de que essas unidades foram projectadas para exigências funcionais menores ou foram erguidas num momento de urgência, mas isso determina um tempo útil menor para utilização dessa estrutura. Por isso, os edifícios dessa tipologia constructiva são geralmente mais recentes e começam a ser encontrados a partir do período da independência.

Todos os edifícios da rede sanitária da Cidade da Matola estão construídos fundamentalmente de material permanente, isto é, construção de material convencional como o tijolo, o bloco de cerâmica, o bloco de cimento ou o bloco de terra comprimida (comumente denominado BTC). O edifício pode ser 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.

Entre os edifícios intencionalmente construídos como unidades sanitárias, há alguns que seguem uma das várias plantas-tipo existentes. Os modelos de referência apresentam as seguintes características:

- **Planta-tipo. “modelo 1”:** Dois edifícios longos e regulares construídos com estruturas de muros portantes modulares em sequência.

Um edifício é destinado às actividades sanitárias gerais e tem uma superfície de aproximadamente **340 m²** sobre um comprimento global de cerca de 55 m. Esse edifício apresenta uma ampla varanda no lado longo.

O segundo edifício contém as actividades de maternidade e apresenta uma estrutura parecida à do primeiro bloco: uma sequência de quartos funcionais em linha. O comprimento é de aproximadamente 40 m e a superfície é de aproximadamente **230 m²**. Esse edifício apresenta uma varanda espaçosa no lado longo do bloco.

Na Cidade da Matola estas plantas são encontradas nos CS de Kobe e no CS de São Dâmaso.

- **Planta-tipo. “modelo 2”:** Um edifício comprido e regular construído com estrutura de muros portantes modulares em sequência, corredor central e quartos funcionais dos dois lados.

O edifício contém as actividades de maternidade e tem uma superfície aproximada de **415 m²** sobre um comprimento global de cerca de 30 m.

Na Cidade da Matola estas plantas são encontradas no CS de Machava-Bedene e no CS de Ndlavela.

- **Planta-tipo. “modelo 3”:** Essa planta-tipo se apresenta com variações, mas é fácil de identificar uma mesma estrutura de base. Se compõe de dois edifícios, um comprido e outro curto e compacto conectado ao primeiro por meio de uma passarela coberta.

O edifício comprido tem uma superfície de aproximadamente **500 m²** sobre um comprimento global de cerca de 45 m num caso, e uma superfície de aproximadamente **340 m²** sobre um comprimento global de cerca de 35 m noutro caso. Esse edifício contém as actividades sanitárias gerais distribuídas nos dois lados de um corredor central. As actividades de maternidade concentram-se em um extremo do edifício e são directamente conectadas ao segundo bloco.

O segundo edifício contém as actividades de cozinha, vestiários e depósito. A superfície é de cerca de **110 m²** sobre um comprimento de aproximadamente 15 m.

Na Cidade da Matola estas plantas são encontradas nos CS de Boquisso e no CS de Matola-Gare.

5.1.3 Propriedade e Gestão

No momento do levantamento só havia duas US primárias ligadas ao SNS que não eram património do Estado: é o CS de Muhalaze, que pertence a Fundação Aventura Solidária; e CS de Tsalala, que é da *União Geral das Cooperativas* mas que pronto será transferido ao Estado.

Todas as US da rede primária ligadas ao SNS são geridas pelo SDSMAS com a excepção do CS de Muhalaze que é gerida de forma privada.

5.1.4 Residências

Apenas duas das 19 US primárias pesquisadas têm algum tipo de residência para trabalhadores: o CS de Boquisso e o CS de Khongolote.

O CS da Matola-Gare teve uma residência (bastante ampla) para médicos mas há tempo que está em ruína.

5.1.5 Acessibilidade física e distância às US de referência

A rede viária da Cidade da Matola está bem articulada mesmo que nem sempre as condições das estradas sejam muito boas. O território é pequeno (relativo a outros distritos do País) e bastante compacto, pelo que, em princípio, não há grandes distâncias a percorrer para os doentes, caso de necessitá-lo, irem das unidades sanitárias de primeiro contacto até às suas respectivas US de referência.

No que se refere ao tempo necessário para trasladar doentes desde as unidades sanitárias de primeiro contacto até as de referência, a impressão ganha foi que a disponibilidade de transporte – seja uma ambulância do SDSMAS ou uma viatura privada – era um factor tão ou até mais condicionante que a distância ou mesmo as condições das estradas.

Mesmo assim, há US que têm como US de referência o Hospital José Macamo por ser mais acessível.

Para tentar avaliar a acessibilidade entre as US da rede primária e as suas respectivas US de referência foram recolhidas informações sobre distâncias e o tipo de vias de comunicação. Em situações de comunidades afastadas dos centros principais esse dado ser fundamental e até crítico para entender a rede de saúde e o serviço oferecido aos cidadãos mas, no caso da Cidade da Matola, que é um contexto principalmente urbano, esse dado não tem muita relevância.

5.2 ESTADO DAS INFRA-ESTRUTURAS

5.2.1 Critérios de classificação

A avaliação do estado físico da unidade, que posteriormente permitirá planejar as intervenções correctivas, é um dos aspectos mais importantes do actual mapa sanitário da Cidade da Matola.

Foram estabelecidos 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, tecto falso e

latrinas). O resultado foi transformado num indicador agregado com quatro estados que reflecta o tipo de intervenção recuperar o manter as infraestruturas em condições aceitáveis:

- Manutenção de rotina;
- Reabilitação ligeira;
- Reabilitação pesada;
- Reconstrução.

Deve-se acometer uma reabilitação ligeira quando a degradação do edifício não impede o uso do mesmo. Unicamente são necessários trabalhos ligados ao envelope do edifício (paredes, tecto falso, pintura, parte canalização, parte electricidade, parte cobertura, parte caixilharia, erosão do terreno).

Deve-se acometer uma reabilitação pesada quando a degradação do edifício é avançada podendo impedir o uso parcial ou total do edifício. Este tipo de intervenção requer principalmente trabalhos ligados à estrutura do edifício (fundações, paredes, cobertura, canalização, electricidade, caixilharia, erosão do edifício).

É importante dizer que no caso de reabilitação ligeira muitas vezes o edifício não apresenta graves problemas estruturais, mas o problema encontrado pode precisar de uma intervenção urgente. Às vezes um pequeno defecto na estrutura do telhado pode estar classificado como *Reabilitação Ligeira* que é uma intervenção menor, mas as consequências desse problema podem ter um impacto importante no funcionamento regular dos serviços de atendimento de saúde e por isso precisar de uma intervenção urgente ao fim de garantir o funcionamento eficiente da unidade.

No caso da Cidade da Matola não se encontrou nenhuma infraestrutura que deveria ser reconstruída, por haver-se construído de material tradicional ou por estar tão degradada a estrutura que caberia a possibilidade de colapso e haveria perigo para a vida do pessoal sanitário e dos utentes dos serviços de saúde.

5.2.2 Estado actual das infraestruturas do Estado

A avaliação das infraestruturas encontrou que todas as unidades sanitárias primárias da Cidade da Matola que são património do Estado – salvo as duas que ainda não foram inauguradas e as duas que estão a serem construídas – se encontram numa situação bastante semelhante, requerindo todas elas uma reabilitação ligeira.

Quanto aos preços de obra necessários para calcular o valor patrimonial e os custos de manutenção de rotina e das possíveis intervenções de reabilitação e reconstrução, parte-se da premissa de que o valor patrimonial por m² de uma US é equivalente ao custo de construir ou reconstruir a própria US e equipá-la por completo. É evidente que o preço do m² é mais elevado quanto mais complexo seja o tipo da US. Assim, por exemplo, a construção e equipamento de um hospital provincial é muito mais elevado que o de um CS rural que é um tipo de US muito mais básica e com um equipamento menor.

5.2.3 Tamanho das US

Para o cálculo das superfícies das unidades sanitárias se consideraram todas as unidades primárias património do Estado excepto o futuro CS do HP da Matola que está numa fase de construção muito incipiente e se desconhece o tamanho da planta. Porém, embora se encontre numa fase de construção muito semelhante, se incluiu o CS de Khobe por seguir uma planta-tipo de dimensões conhecidas.

A tabela 5.2 considera as superfícies das US e das casas dos trabalhadores classificadas segundo as tipologias de unidade.

Tabela 5.2 Superfície das US e das casas para trabalhadores

UNIDADE SANITÁRIA	TIPO DE US	CSUA	CSUB	CSUC	CSR2	PS	SEM INFO	CASAS
CS Matola II	CSUA	1,404.00						
CS Ndlavela	CSUA	2,090.00						
CS Machava II	CSUB		1,479.00					
CS Machava-Bedene	CSUB		657.00					
CS Kobe	CSUB		535.00					
CS São Dâmaso	CSUB		535.00					
CS Matola I	CSUC			228.00				
CS Khongolote	CSUC			442.00				71.40
CS Unidade A	CSUC			85.00				
CS Machava I	CSUC			291.00				
CS Tsalala	CSUC			199.00				
CS Liberdade	CSUC			120.00				
CS Matola-Gare	CSR2				609.00			260.20
CS Boquisso	CSR2				427.00			63.50
PS T3	PS					40.00		
PS Km 25	PS					89.00		
CS LÍngamo	SEM INFO						129.00	
SUBTOTALS		3,494.00	3,206.00	1,365.00	1,036.00	129.00	129.00	395.10
SUBTOTALS %		37.33	34.26	14.58	11.07	1.38	1.38	

Os valores da fila SUBTOTALS % representam as percentagens das superfícies totais de cada tipo de US em relação ao total das superfícies de todas as unidades. Entretanto, para o cálculo desse total, os dados relativos às superfícies das casas para o pessoal (que aparecem na última coluna) não foram incluídos.

A casa do pessoal do Centro de Saúde Matola-Gare está em ruínas e não está em condições habitáveis. A superfície desse edifício não foi calculada por medição direta, porém deduzida através de medição de imagem raster derivada de Google Earth.

Na Matola, comparando por tipologias, os Centros de Saúde Urbanos de Tipo A representam mais que 37% da superfície total da rede de saúde municipal. Os Centros Urbanos de Tipo B correspondem a 34% e os de Tipo C a aproximadamente 15%. Mais que 11% da superfície total pertence aos dois Centros de Saúde Rurais, enquanto que apenas 1,4% corresponde aos dois Postos de Saúde. O caso do CS de LÍngamo, construído, mas ainda sem funcionar, cobre o restante 1,4% da superfície total. Esse centro está separado porque não está ainda claramente classificado numa tipologia de centro de saúde específica e, por tanto, está definido como Sem Informação.

Em termos gerais, 88% da superfície total é relativa às 12 US presentes em zonas urbanas e 12% às três US das zonas Rurais.

Tabela 5.3 Superfícies totais e médias, por tipo de US

TIPO DE US	SUPERFÍCIE TOTAL	TOTAL US	SUPERFÍCIE MÉDIA
CSR2	1.036	2	518
CSUA	3.494	2	1.747
CSUB	3.206	4	1.069
CSUC	1.365	6	228
PS	129	2	64
SEM INFO	129	1	129
SUBTOTAIIS	9.359	17	

A superfície total das 17 unidades da Cidade da Matola é de 9.359 m². Para a Cidade de Maputo a mesma análise resultou em uma superfície total de 44.000 m² com 32 unidades, ou seja, em termos de área construída, a rede de saúde do Município da Matola corresponde a 21% da rede do Município da Cidade de Maputo.

Como mostra a Tabela 5.3 cada tipologia de unidade sanitária apresenta uma superfície média diferente, proporcional ao tipo de atividades e serviços que oferecem.

É interessante observar que os tamanhos médios das superfícies, por tipo de unidade, foram maiores na Cidade da Matola que na Cidade de Maputo, apesar de que a Cidade da Matola ter uma rede de serviço de atendimento à população menos articulada que aquela da Capital do País (Tabela 5.4).

Tabela 5.4 Comparação de superfícies médias por tipo de US entre Matola e a Cidade de Maputo

TIPO DE US	SUPERFÍCIE MÉDIA US (Matola)	SUPERFÍCIE MÉDIA US (Maputo)
CSR1		800
CSR2	518	62
CSUA	1.747	1.150
CSUB	1.069	551
CSUC	228	183
PS	64	
HG		6.003
SEM INFO	129	

5.2.4 Recuperação e manutenção da rede primária pública

Lamentavelmente, não existe ou não foi possível obter uma lista oficial dos preços de obra e equipamento para cada tipo de US. A DPS de Maputo forneceu alguns dados que, embora não tenham carácter oficial, foram *derivados da experiência de construções e reabilitações realizadas nos últimos anos*.

Segundo esta fonte, actualmente, o custo por m² de construir e apetrechar um CSR II é de 62.305 MZN; o de construir e apetrechar um CSUB é de 26.810 MZN e o custo médio de reabilitação por m² é de 45.000 MZN.

Porém, estes preços são difíceis de interpretar e aplicar. Surpreende que o custo de construir e apetrechar um CSR II seja muito mais elevado que o de construir e apetrechar um CSUB mesmo tendo em conta o acréscimo nos preços derivados do transporte às zonas rurais, facto que, no caso da Cidade da Matola, que é eminentemente urbana, é um factor de menor importância. Por outra parte surpreende que o custo médio de reabilitação seja quase o dobro que o preço de construir e apetrechar um CSUB.

Dadas estas questões, decidiu-se – com todas as cautelas – adoptar um cenário de máximos para estimar os custos das intervenções que a Cidade da Matola poderia acometer para recuperar e manter a rede primária de propriedade estatal. Nesta óptica, o custo médio de reabilitação (45.000 MZN/m²), se adoptaria como ponto de partida para todos os cálculos e corresponderia ao custo da reabilitação pesada de uma unidade tipo CSUA.

Assim, no caso de todas as unidades primárias, o custo da construção-reconstrução seria um 30% por acima do custo da reabilitação pesada (45.000 + 30%) e o custo da reabilitação ligeira seria um 20% menos (45.000 – 20%). Estes preços incluem a manutenção de rotina que haveria que realizar uma vez feita a reabilitação.

Por outra parte, decidiu-se que os preços, por m², das obras (reabilitação ligeira, pesada e construção) num CSUB seriam 5% menos que num CSUA; e os custos para um CSUC seriam 5% menos que os aplicáveis a um CSUB.

No caso da Cidade da Matola, onde as distâncias não são muito grandes e os preços do transporte de material de construção até zonas urbanas e até zonas rurais provavelmente sejam bastante semelhantes, pode-se assumir que os custos de reabilitar ou construir um CSR1 são iguais, respectivamente, que os de reabilitar ou construir um CSUB; e que existe a mesma equivalência entre os CSR II e os CSUC.

Enquanto aos PS, decidiu-se que, como estimativa, seria aceitável fixar os preços de reabilitação e construção num 10% por abaixo dos respectivos preços dos CSRI.

No levantamento de dados foi encontrado também um caso de US classificada como SEM INFO. Trata-se do caso do CS Língamo já construído, mas que ainda não funciona. A falta duma classificação oficial do centro para um correcto cálculo de valor patrimonial pode ser resolvida através da observação da infraestrutura construída, das funcionalidades previstas e da complexidade geral da unidade. Graças a este tipo de análise é possível equiparar o custo do CS Língamo com um CSUB (equivalente pela sua vez a CSR II).

Por outra parte considerando as US mais complexas e custosas, (os hospitais), no caso da Cidade da Matola não é preciso calcular os preços de edificação dado que o Hospital Provincial da Matola e o Hospital Geral da Machava (únicos dois hospitais presentes no território municipal) não estão sob gestão do SDSMAS ou do Conselho Municipal.

No referente ao preço de manutenção de rotina, varia bastante segundo a idade do parque imobiliário: quanto mais antigos são os edifícios mais custa a sua manutenção de rotina. Porém, para não complicar os cálculos, como o que se pretende é estabelecer ordens de magnitude, decidiu-se que em todos os casos o preço da manutenção de rotina seria igual ao 5% do custo de construção. Esta percentagem é mais elevada que a que se aplicaria para um edifício com menos de cinco anos de antiguidade, mas inferior à que se aplicaria a uma construção de mais de 20 anos.

Enquanto aos custos relacionados com a manutenção, reabilitação e construção de casas para trabalhadores, se trata de construções de características construtivas mais simples que as das unidades sanitárias, mas que provavelmente reflectem diferenças nos custos de obra consoantes com a complexidade das unidades sanitárias que acompanham. Analisando as situações na Cidade da Matola se decidiu considerar os preços de obra – manutenção, reabilitação ligeira, reabilitação pesada e construção – duma casa para trabalhadores seriam um 20%, 25%, 30% e 35% respectivamente por abaixo dos correspondentes preços de obra das unidades sanitárias às que estiveram associadas.

Com todas estas considerações em mente, elaborou-se a seguinte tabela 5.5 de preços estimativos:

Tabela 5.5 Preços de manutenção de rotina, reabilitação e reconstrução, por tipo de US

TIPO US	CÓDIGO	TIPO DE INTERVENÇÃO	CUSTO m ² US	CUSTO m ² CASAS
CSUA	2	MANUTENÇÃO DE ROTINA	2.925	2.340
CSUA	3	REABILITAÇÃO LIGEIRA	36.000	27.000
CSUA	4	REABILITAÇÃO PESADA	45.000	31.500
CSUA	5	CONSTRUÇÃO-RECONSTRUÇÃO	58.500	38.025
CSUB	2	MANUTENÇÃO DE ROTINA	2.779	2.223
CSUB	3	REABILITAÇÃO LIGEIRA	34.200	25.650
CSUB	4	REABILITAÇÃO PESADA	42.750	29.925
CSUB	5	CONSTRUÇÃO-RECONSTRUÇÃO	55.575	36.124
CSUC	2	MANUTENÇÃO DE ROTINA	2.640	2.112
CSUC	3	REABILITAÇÃO LIGEIRA	32.490	24.368
CSUC	4	REABILITAÇÃO PESADA	40.613	28.429
CSUC	5	CONSTRUÇÃO-RECONSTRUÇÃO	52.796	34.318
CSR1	2	MANUTENÇÃO DE ROTINA	2.640	2.112
CSR1	3	REABILITAÇÃO LIGEIRA	32.490	24.368
CSR1	4	REABILITAÇÃO PESADA	40.613	28.429
CSR1	5	CONSTRUÇÃO-RECONSTRUÇÃO	52.796	34.318
CSR2	2	MANUTENÇÃO DE ROTINA	2.779	2.223
CSR2	3	REABILITAÇÃO LIGEIRA	34.200	25.650
CSR2	4	REABILITAÇÃO PESADA	42.750	29.925
CSR2	5	CONSTRUÇÃO-RECONSTRUÇÃO	55.575	36.124
PS	2	MANUTENÇÃO DE ROTINA	2.376	1.901
PS	3	REABILITAÇÃO LIGEIRA	29.241	21.931
PS	4	REABILITAÇÃO PESADA	36.551	25.586
PS	5	CONSTRUÇÃO-RECONSTRUÇÃO	47.517	30.886
SEM INFO	2	MANUTENÇÃO DE ROTINA	2.779	2.223
SEM INFO	3	REABILITAÇÃO LIGEIRA	34.200	25.650
SEM INFO	4	REABILITAÇÃO PESADA	42.750	29.925
SEM INFO	5	CONSTRUÇÃO-RECONSTRUÇÃO	55.575	36.124

Utilizando os custos por intervenção contidos na tabela 5.5, é possível projectar uma estimativa do custo total e por tipo de intervenção que resultaria na implementação das recomendações. Como se pode apreciar na Tabela 5.7, o custo total das intervenções é de quase 300 milhões de MZN.

Tabela 5.6 Estimativa de custos, por intervenção e por tipo de US - Detalhe

US TIPO CSUA	M2 US	TIPO DE INTERVENÇÃO	PREÇO M2 US	CUSTO ESTIMATIVO US	M2 CASAS	TIPO DE INTERVENÇÃO	PREÇO M2 CASAS	CUSTO ESTIMATIVO CASAS	CUSTO TOTAL
CS Matola II	1.404	REAB. LIGEIRA	36.000	50.544.000					50.544.000
CS Ndlavela	2.090	REAB. LIGEIRA	36.000	75.240.000					75.240.000
TOTAL	3.494			125.784.000					125.784.000
US TIPO CSUB	M2 US	TIPO DE INTERVENÇÃO	PREÇO M2 US	CUSTO ESTIMATIVO US	M2 CASAS	TIPO DE INTERVENÇÃO	PREÇO M2 CASAS	CUSTO ESTIMATIVO CASAS	CUSTO TOTAL
CS Machava II	1.479	REAB. LIGEIRA	34.200	50.581.800					50.581.800
CS M.-Bedene	657	REAB. LIGEIRA	34.200	22.469.400					22.469.400
CS Kobe	535	MAN. ROTINA	2.779	1.486.631					1.486.631
CS São Dâmaso	535	MAN. ROTINA	2.779	1.486.631					1.486.631
TOTAL	3.206			76.024.463					76.024.463
US TIPO CSUC	M2 US	TIPO DE INTERVENÇÃO	PREÇO M2 US	CUSTO ESTIMATIVO US	M2 CASAS	TIPO DE INTERVENÇÃO	PREÇO M2 CASAS	CUSTO ESTIMATIVO CASAS	CUSTO TOTAL
CS Matola I	228	REAB. LIGEIRA	32.490	7.407.720					7.407.720
CS Khongolote	442	REAB. LIGEIRA	32.490	14.360.580	71,40	REAB. LIGEIRA	34.318	2.450.274	16.810.854
CS Unidade A	85	REAB. LIGEIRA	32.490	2.761.650					2.761.650
CS Machava I	291	REAB. LIGEIRA	32.490	9.454.590					9.454.590
CS Tsalala	199	REAB. LIGEIRA	32.490	6.465.510					6.465.510
CS Liberdade	120	REAB. LIGEIRA	32.490	3.898.800					3.898.800
TOTAL	1.365			44.348.850	71,40			2.450.274	46.799.124
US TIPO CSR2	M2 US	TIPO DE INTERVENÇÃO	PREÇO M2 US	CUSTO ESTIMATIVO US	M2 CASAS	TIPO DE INTERVENÇÃO	PREÇO M2 CASAS	CUSTO ESTIMATIVO CASAS	CUSTO TOTAL
CS Matola-Gare	609	REAB. LIGEIRA	34.200	20.827.800	260,20	REAB. PESADA	29.925	7.786.485	28.614.285
CS Boquisso	427	REAB. LIGEIRA	34.200	14.603.400	63,50	REAB. LIGEIRA	25.650	1.628.775	16.232.175
TOTAL	1.036			35.431.200	323,70			9.415.260	44.846.460
US TIPO PS	M2 US	TIPO DE INTERVENÇÃO	PREÇO M2 US	CUSTO ESTIMATIVO US	M2 CASAS	TIPO DE INTERVENÇÃO	PREÇO M2 CASAS	CUSTO ESTIMATIVO CASAS	CUSTO TOTAL
PS T3	40	REAB. LIGEIRA	29.241	1.169.640					1.169.640
PS Km25	89	REAB. LIGEIRA	29.241	2.602.449					2.602.449
TOTAL	129			3.772.089					3.772.089
US TIPO SEM INFO	M2 US	TIPO DE INTERVENÇÃO	PREÇO M2 US	CUSTO ESTIMATIVO US	M2 CASAS	TIPO DE INTERVENÇÃO	PREÇO M2 CASAS	CUSTO ESTIMATIVO CASAS	CUSTO TOTAL
CS Língamo	129	MAN. ROTINA	2.779	358.459					358.459
TOTAL	129			358.459					358.459

Tabela 5.7 Estimativa de custos, por intervenção e por tipo de US - Resumo

TIO DE US	M2 US	CUSTO ESTIMATIVO US	M2 CASAS	CUSTO ESTIMATIVO CASAS	CUSTO TOTAL
CSUA	3.494	125.784.000			125.784.000
CSUB	3.206	76.024.463			76.024.463
CSUC	1.365	44.348.850	71,40	2.450.274	46.799.124
CSR2	1.036	35.431.200	323,70	9.415.260	44.846.460
PS	129	3.772.089			3.772.089
SEM INFO	129	358.459			358.459
TOTAL	9.359	285.719.060	395,10	11.865.534	297.584.594
TOTAL %		96,01		3,99	

Como mencionado acima, o custo das intervenções é calculado multiplicando os m² por tipologia pelo preço da intervenção necessária (reabilitação ligeira, reabilitação pesada ou manutenção de rotina). A recuperação e manutenção das unidades sanitárias constituem o 96.01% do custo, o 3,99% restante sendo para a reabilitação (pesada ou ligeira) e manutenção das casas para trabalhadores.

Tal como mostra a tabela 5.8, as duas unidades tipo CSUA (Matola II e Ndlavela) absorveriam uma parte muito sustancial (42,27%) de um hipotético orçamento de recuperação e manutenção da rede primária pública. Quase 26% ao nível dos Centros de Saúde Urbanos de tipo B. Os Centros de Saúde Urbanos tipo C correspondem a 16% por enquanto que os Centros de Saúde Rurais 15%. O resto de tipos de unidades juntas somam menos que o 2% do total.

Tabela 5.8 Estimativa de custos, por US e tipo de US, valores percentuais

US TIPO CSUA	CUSTO INTERVENÇÕES	% US	% TIPO US
CS Matola II	50.544.000	16,98	
CS Ndlavela	75.240.000	25,28	
SUBTOTAL	125.784.000		42,27
US TIPO CSUB	CUSTO INTERVENÇÕES	% US	% TIPO US
CS Machava II	50.581.800	17,00	
CS M.-Bedene	22.469.400	7,55	
CS Kobe	1.486.631	0,50	
CS São Dâmaso	1.486.631	0,50	
SUBTOTAL	76.024.463		25,55
US TIPO CSUC	CUSTO INTERVENÇÕES	% US	% TIPO US
CS Matola I	7.407.720	2,49	
CS Khongolote	16.810.854	5,65	
CS Unidade A	2.761.650	0,93	
CS Machava I	9.454.590	3,18	
CS Tsalala	6.465.510	2,17	
CS Liberdade	3.898.800	1,31	
SUBTOTAL	46.799.124		15,73
US TIPO CSR2	CUSTO INTERVENÇÕES	% US	% TIPO US
CS Matola-Gare	28.614.285	9,62	
CS Boquisso	16.232.175	5,45	
SUBTOTAL	44.846.460		15,07
US TIPO PS	CUSTO INTERVENÇÕES	% US	% TIPO US
PS T3	1.169.640	0,39	
PS Km 25	2.602.449	0,87	
SUBTOTAL	3.772.089		1,27
US TIPO SEM INFO	CUSTO INTERVENÇÕES	% US	% TIPO US
CS Língamo	358.459	0,12	
SUBTOTAL	358.459		0,12
TOTAL	297.584.594	100,00	100,00

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 das 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 correctivas incluídas nesta secção, os custos anuais de manutenção da mesma rede são calculados em **27.150.000 MZN**.

Tabela 5.9 Estimativa dos custos de manutenção de rotina da rede primária, por US e tipo de US

US TIPO CSUA	M2 US	PREÇO M. ROTINA M2 US	CUSTO M. ROTINA US	M2 CASAS	PREÇO M ROTINA M2 CASAS	CUSTO M. ROTINA CASAS	SUBTOTALS
CS Matola II	1.404	2.925	4.106.700				
CS Ndlavela	2.090	2.925	6.113.250				
TOTAL	3.494		10.219.950				10.219.950
US TIPO CSUB	M2 US	PREÇO M. ROTINA M2 US	CUSTO M. ROTINA US	M2 CASAS	PREÇO M ROTINA M2 CASAS	CUSTO M. ROTINA CASAS	SUBTOTALS
CS Machava II	1.479	2.779	4.109.771				
CS M.-Bedene	657	2.779	1.825.639				
CS Kobe	535	2.779	1.486.631				
CS São Dâmaso	535	2.779	1.486.631				
TOTAL	3.206		8.908.673				8.908.673
US TIPO CSUC	M2 US	PREÇO M. ROTINA M2 US	CUSTO M. ROTINA US	M2 CASAS	PREÇO M ROTINA M2 CASAS	CUSTO M. ROTINA CASAS	SUBTOTALS
CS Matola I	228	2.640	601.877				
CS Khongolote	442	2.640	1.166.797	71,40	2.112	150.786	
CS Unidade A	85	2.640	224.384				
CS Machava I	291	2.640	768.185				
CS Tsalala	199	2.640	525.323				
CS Liberdade	120	2.640	316.778				
TOTAL	1.365		3.603.344	71,40		150.786	3.754.130
US TIPO CSR2	M2 US	PREÇO M. ROTINA M2 US	CUSTO M. ROTINA US	M2 CASAS	PREÇO M ROTINA M2 CASAS	CUSTO M. ROTINA CASAS	SUBTOTALS TIPO US
CS Matola-Gare	609	2.779	1.692.259	260,20	2.223	578.425	
CS Boquisso	427	2.779	1.186.526	63,50	2.223	141.161	
TOTAL	1.036		2.878.785	323,70		719.585	3.598.370
US TIPO PS	M2 US	PREÇO M. ROTINA M2 US	CUSTO M. ROTINA US	M2 CASAS	PREÇO M ROTINA M2 CASAS	CUSTO M. ROTINA CASAS	SUBTOTALS
PS T3	40	2.376	95.033				
PS Km 25	89	2.376	211.449				
TOTAL	129		306.482				306.482
US TIPO SEM INFO	M2 US	PREÇO M. ROTINA M2 US	CUSTO M. ROTINA US	M2 CASAS	PREÇO M ROTINA M2 CASAS	CUSTO M. ROTINA CASAS	SUBTOTALS
CS Lingamo	129	2.779	358.459				
TOTAL	129		358.459				358.459
SUBTOTALS			26.275.693			870.371	
TOTAL							27.146.064

5.3 VALOR DO PATRIMÓNIO DO ESTADO

Multiplicando os custos de (re)construção (equivalente a uma nova construção e ao apetrechamento completo) pelos m² de superfície construída que têm as unidades sanitárias (incluindo as casas) é possível estimar o valor patrimonial das unidades primárias pertencentes ao Estado:

Tabela 5.10 Valor do património imobiliário, por unidade e por tipo de US - Detalhe

US TIPO CSUA	M2 US	PREÇO M2 US	US VALOR PATRIMONIAL	M2 CASAS	PREÇO M2 CASAS	CASAS VALOR PATRIMONIAL	TOTAL VALOR PATRIMONIAL
CS Matola II	1.404,00	58.500	82.134.000				82.134.000
CS Ndlavela	2.090,00	58.500	122.265.000				122.265.000
TOTAL	3.494,00		204.399.000				204.399.000
US TIPO CSUB	M2 US	PREÇO M2 US	US VALOR PATRIMONIAL	M2 CASAS	PREÇO M2 CASAS	CASAS VALOR PATRIMONIAL	TOTAL VALOR PATRIMONIAL
CS Machava II	1.479,00	55.575	82.195.425				82.195.425
CS Machava-Bedene	657,00	55.575	36.512.775				36.512.775
CS Kobe	535,00	55.575	29.732.625				29.732.625
CS São Dâmaso	535,00	55.575	29.732.625				29.732.625
TOTAL	3.206,00		178.173.450				178.173.450
US TIPO CSUC	M2 US	PREÇO M2 US	US VALOR PATRIMONIAL	M2 CASAS	PREÇO M2 CASAS	CASAS VALOR PATRIMONIAL	TOTAL VALOR PATRIMONIAL
CS Matola I	228,00	52.796	12.037.545				12.037.545
CS Khongolote	442,00	52.796	23.335.943	71,40	34.318	2.450.274	25.786.216
CS Unidade A	85,00	52.796	4.487.681				4.487.681
CS Machava I	291,00	52.796	15.363.709				15.363.709
CS Tsalala	199,00	52.796	10.506.454				10.506.454
CS Liberdade	120,00	52.796	6.335.550				6.335.550
TOTAL	1.365,00		72.066.881	71,40		2.450.274	74.517.155
US TIPO CSR2	M2 US	PREÇO M2 US	US VALOR PATRIMONIAL	M2 CASAS	PREÇO M2 CASAS	CASAS VALOR PATRIMONIAL	TOTAL VALOR PATRIMONIAL
CS Matola-Gare	609,00	55.575	33.845.175	260,20	38.025	9.894.105	43.739.280
CS Boquisso	427,00	55.575	23.730.525	63,50	38.025	2.414.588	26.145.113
TOTAL	1.036,00		57.575.700	323,70		12.308.693	69.884.393
US TIPO PS	M2 US	PREÇO M2 US	US VALOR PATRIMONIAL	M2 CASAS	PREÇO M2 CASAS	CASAS VALOR PATRIMONIAL	TOTAL VALOR PATRIMONIAL
PS T3	40,00	47.517	1.900.665				1.900.665
PS Km 25	89,00	47.517	4.228.980				4.228.980
TOTAL	129,00		6.129.645				6.129.645
US TIPO - SEM INFO	M2 US	PREÇO M2 US	US VALOR PATRIMONIAL	M2 CASAS	PREÇO M2 CASAS	CASAS VALOR PATRIMONIAL	TOTAL VALOR PATRIMONIAL
CS Lingamo	129,00	55.575	7.169.175				7.169.175
TOTAL	129,00		7.169.175				7.169.175

Tabela 5.11 Valor do património imobiliário, por tipo de US – Resumo

TIO DE US	M2 US	US VALOR PATRIMONIAL	M2 CASAS	CASAS VALOR PATRIMONIAL	TOTAL VALOR PATRIMONIAL	TOTAL %
CSUA	3.494,00	204.399.000			204.399.000	37,8
CSUB	3.206,00	178.173.450			178.173.450	33,0
CSUC	1.365,00	72.066.881	71,40	2.450.274	74.517.155	13,8
CSR2	1.036,00	57.575.700	323,70	12.308.693	69.884.393	12,9
PS	129,00	6.129.645			6.129.645	1,1
SEM INFO	129,00	7.169.175			7.169.175	1,3
TOTAL	9.359,00	525.513.851	395,10	14.758.966	540.272.817	
TOTAL %		97,27		2,73		

Dessa forma, o valor estimado da rede corresponderia a cerca de 540 milhões de MZN (Tabela 5.11). Quase 38% deste valor está concentrado nos centros de saúde urbanos tipo A e 33% nos centros de saúde urbanos tipo B. Os centros tipo C representam 14% do valor total enquanto os dois centros de saúde rurais correspondem a 13% do total. Os postos de saúde são apenas 1% do património geral da rede de saúde municipal. O Centro de Língamo, classificado como SEM INFO, corresponde a 1,3%.

É interessante notar que o centro de saúde de Ndlavela, singularmente, representa mais que 23% do total do valor do património.

Para a Cidade de Maputo, o valor do património estimado no ano 2013 foi de 1.190 milhões de MZN, o que representa que o valor do património do município da Cidade da Matola corresponde a 45% do valor do património da Cidade de Maputo.

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 e dos métodos de tratamento do lixo utilizados nas mesmas, de todas as US da rede, com excepção daquelas com código nove (inaplicável).

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). No caso do Município da Matola todas as US da rede sanitária têm casa de banho como sistema de saneamento.

5.4.1.2 Tratamento do lixo

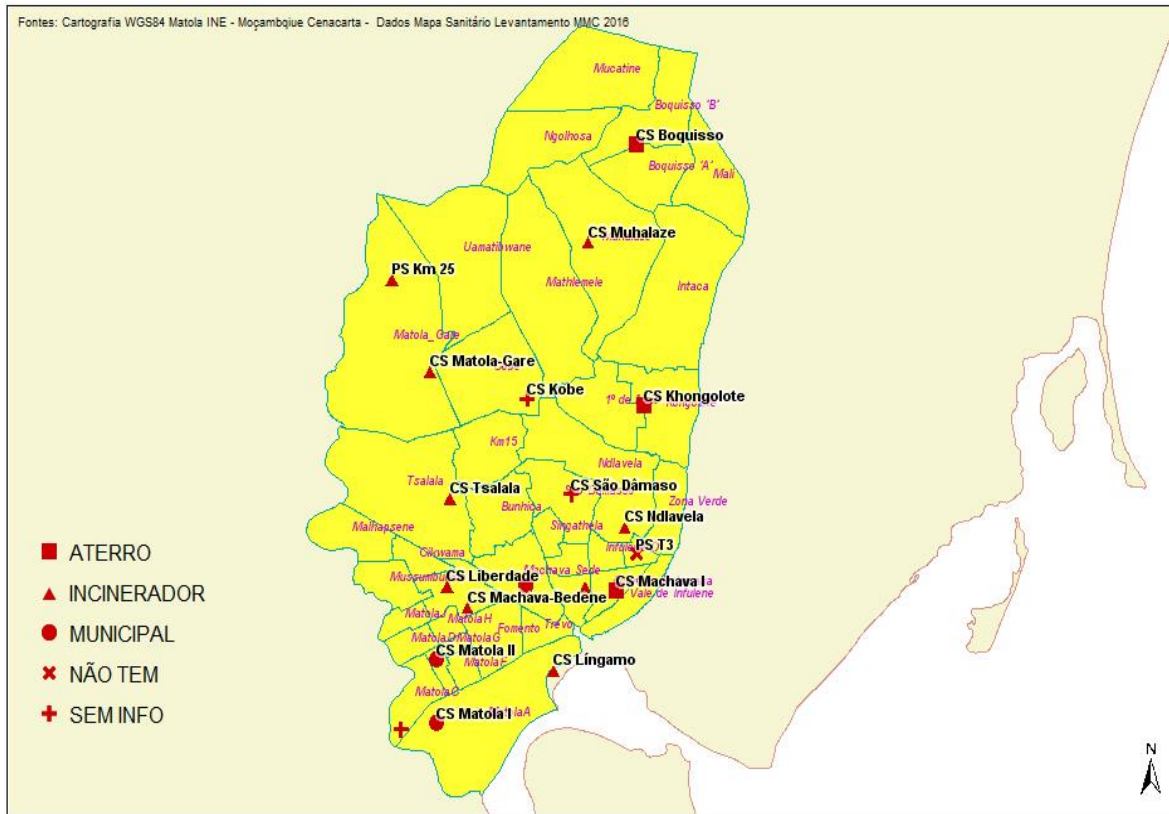
O incinerador é o sistema mais utilizado para o tratamento do lixo (47% das US municipais em função). O aterro e a colecta municipal de lixo são os outros sistemas utilizados, e correspondem cada um, a 16% dos casos. Porém, os três aterros supostamente sanitários são simples buracos na terra onde se deita o lixo. O Posto de Saúde T3 não tem nenhum sistema de tratamento de lixo enquanto em 16% dos casos (centros ainda não

funcionantes ou em construção) não se tem dados disponíveis sobre o tipo de tratamento de lixo que haverá (vide Tabela 5.12).

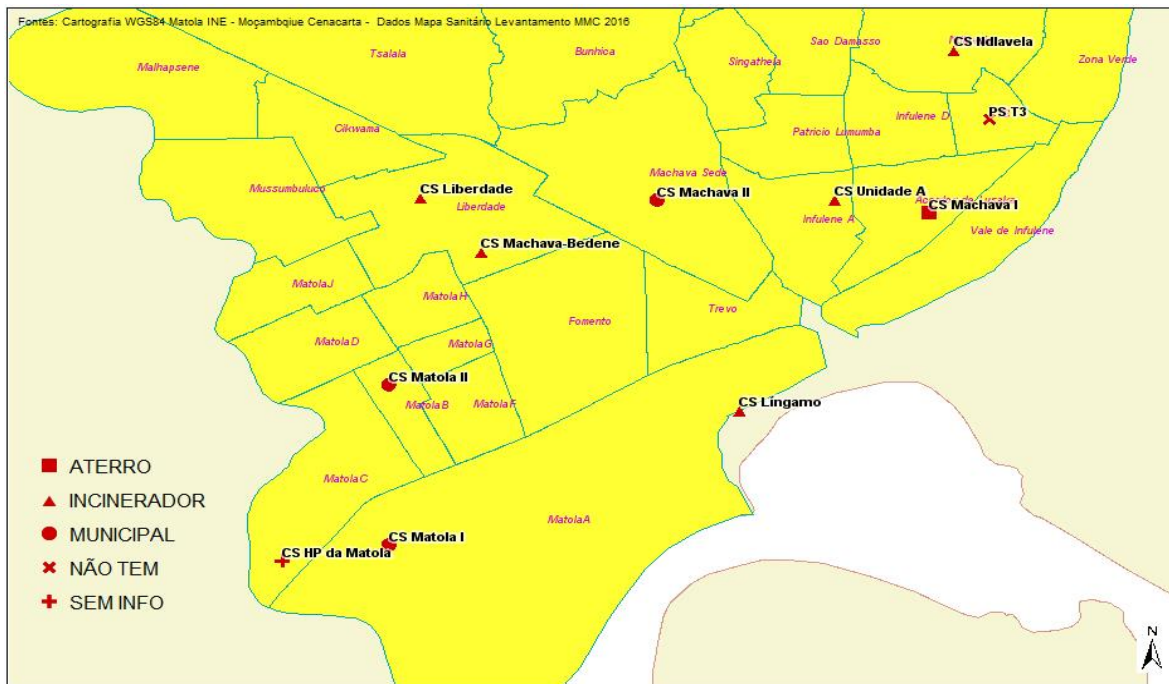
Tabela 5.12 Sistema de tratamento do lixo, por unidade

UNIDADE SANITÁRIA	INCINERADOR	MUNICIPAL	ATERRO	NÃO TEM	SEM INFO
CS Boquisso			1		
CS Khongolote			1		
CS Machava I			1		
CS Liberdade	1				
CS Lingamo	1				
CS Machava-Bedene	1				
CS Matola-Gare	1				
CS Muhalaze	1				
CS Ndlavela	1				
CS Tsalala	1				
CS Unidade A	1				
PS Km 25	1				
CS Machava II		1			
CS Matola I		1			
CS Matola II		1			
PS T3				1	
CS HP da Matola					1
CS Kobe					1
CS São Dâmaso					1
SUBTOTALS	9	3	3	1	3
SUBTOTALS %	47,37	15,79	15,79	5,26	15,79

Mapa 5.4 Infra-estruturas básicas, por tratamento de lixo – Cidade da Matola



Mapa 5.5 Infra-estruturas básicas, por tratamento de lixo – Detalhe da zona sul



5.4.2 Abastecimento de Água e Energia

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

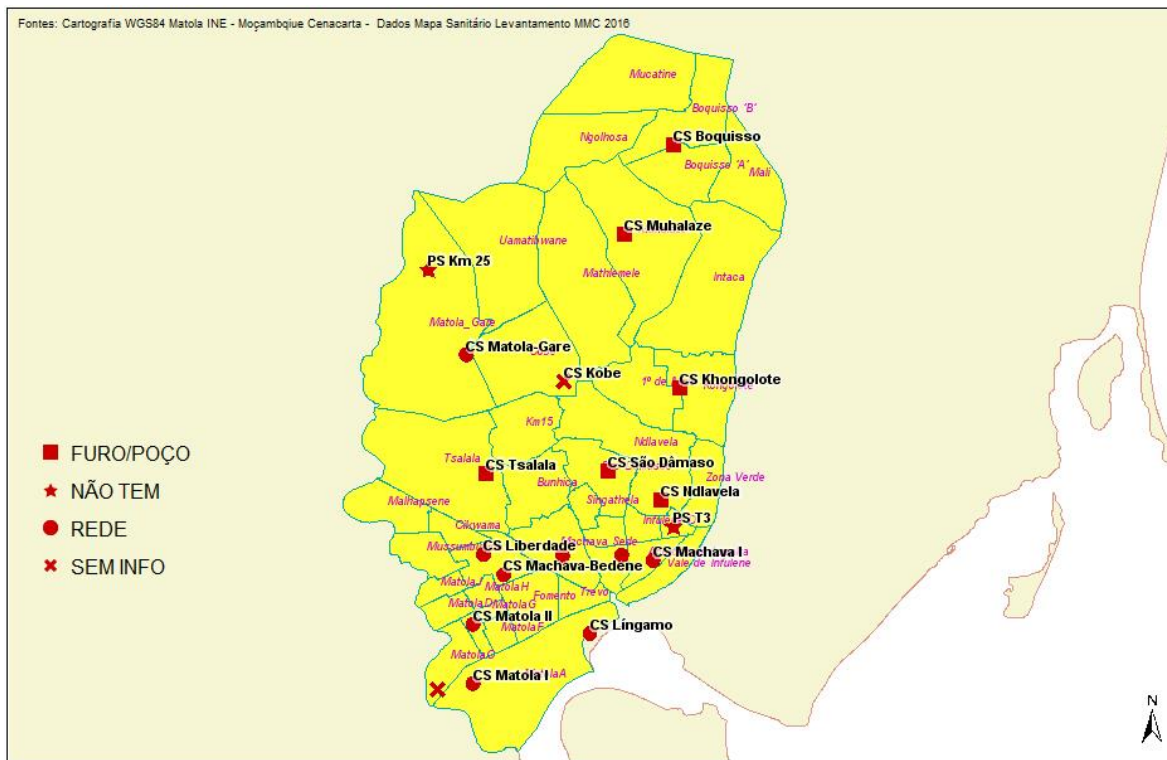
5.4.2.1 Água

Ao avaliar o sistema de aprovisionamento de água das unidades visitadas, pode-se notar (Tabela 5.14) que 52,38% do total têm acesso à rede geral, 28,57% das US utilizam sistemas de aprovisionamento de água através de furo ou poço e 9,52% das US não possuem nenhum sistema de abastecimento regular de água. Esses casos dizem respeito às unidades menores, ou seja, os dois postos de saúde.

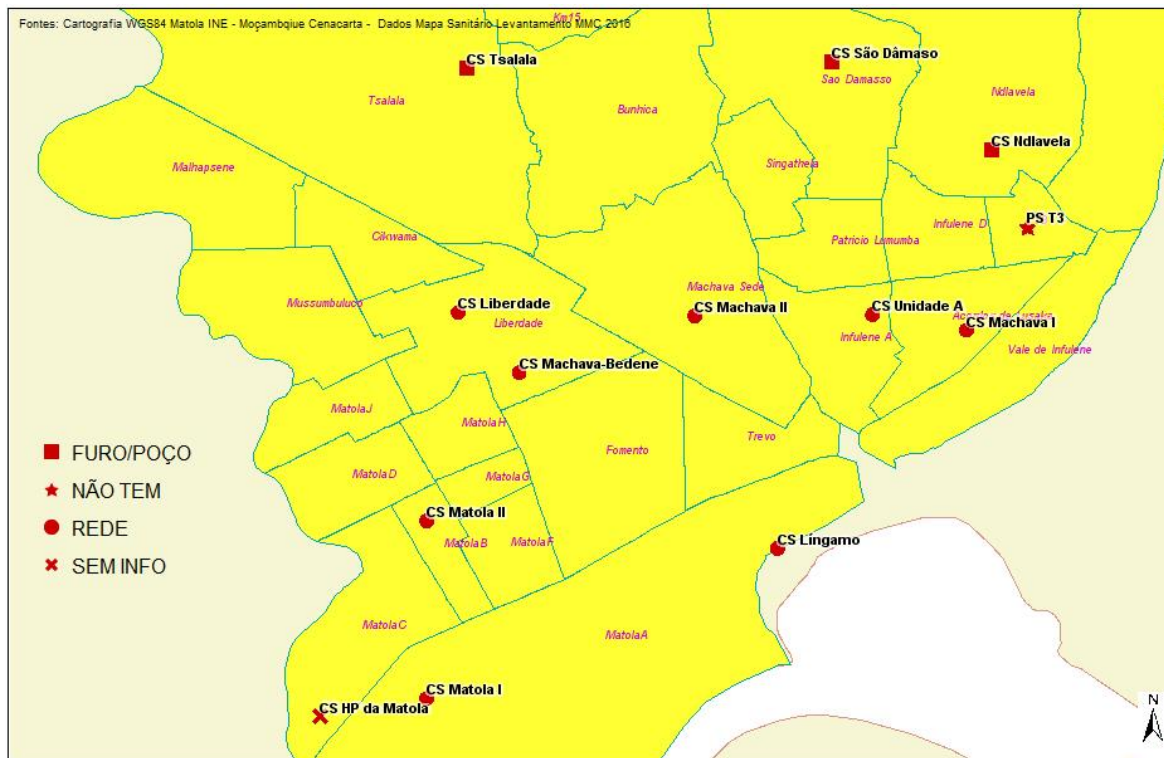
Tabela 5.13 Sistema de aprovisionamento de água, por US

UNIDADE SANITÁRIA	FURO/POÇO	REDE GERAL	NÃO TEM	SEM INFO
CS Boquisso	1			
CS HP da Matola				1
CS Khongolote	1			
CS Kobe				1
CS Liberdade		1		
CS Lígamo		1		
CS Machava I		1		
CS Machava II		1		
CS Machava-Bedene		1		
CS Matbla I		1		
CS Matbla II		1		
CS Matbla-Gare		1		
CS Muhalaze	1			
CS Ndlavela	1			
CS São Dâmaso	1			
CS Tsalala	1			
CS Unidade A		1		
HG Machava		1		
HP Matbla		1		
PS Km 25			1	
PS T3			1	
SUBTOTAIS	6	11	2	2
SUBTOTAIS %	28,57	52,38	9,52	9,52

Mapa 5.6 Infra-estruturas básicas - Sistema de abastecimento de água – Cidade da Matola



Mapa 5.7 Infra-estruturas básicas - Sistema de abastecimento de água – Detalhe da zona sul



5.4.2.2 Energia

Relativo ao fornecimento de energia, na Cidade da Matola, a totalidade das US utilizam a rede geral como sistema de abastecimento de energia.

6 RECURSOS UTILIZADOS

6.1 RECURSOS HUMANOS

Num MS, vários aspectos merecem ser destacados enquanto aos recursos humanos (RRHH); efectivamente convém conhecer a sua classificação atendendo ao seu nível de ocupação assim como conhecer a sua distribuição por tipo de US, estabelecendo indicadores de disponibilidade em relação à população e também conhecer o cálculo das equipas médias por tipo de US, que podem depois ser comparadas com as “equipas tipo” que estabelece a normativa vigente.

Para a análise deste recurso, tem-se utilizado a base de dados de RRHH que foi facilitada pelo SDSMAS. Uma primeira análise da classificação dos técnicos segundo o seu “nível de ocupação”, permite ver que existe uma grande diversidade. Para ter uma visão global deste recurso e também para poder realizar cálculos sobre a sua produtividade, foram classificados primeiramente segundo o seu tipo de desempenho (sanitário ou administrativo) e também segundo o seu nível de ocupação (médico, técnico superior, médio ou básico), como mostram as tabelas a seguir:

Tabela 6.1 Classificação dos técnicos de saúde, por nível de ocupação

MÉDICOS	SUPERIORES	MÉDIOS	BÁSICOS	ELEMENTARES
Médico Dentista	Enfermeira de Saúde Materna	Agente de Medicina Preventiva D	Agente de Farmácia D	Auxiliar de farmácia
Médico Generalista Interno de 1A	Enfermeira Pediatra A	Enfermeiro de Saúde Materno Infantil	Agente de Laboratório D	Enfermeiro elementar
Médico Generalista Interno de 2A	Enfermeiro A	Enfermeiro Geral	Agente de Medicina D (Enfermeiro)	Microscopista
	Enfermeiro de Saúde Materno Infantil	Enfermeiro Geral Especializado	Agente de nutrição (Enfermeiro)	Parteira elementar
	Farmacêutico A	Técnico de Farmácia	Agente de odontostomatologia	
	Fisioterapeuta A	Técnico de Laboratório C	Agente sanitário (Enfermeiro)	
	Odontostomatologista A	Técnico de Medicina (Enfermeiro)	Enfermeiro Básico	
	Técnico de Ambiente A	Técnico de Medicina Preventiva	Enfermeiro de Saúde Materno Infantil	
	Técnico de Cirurgia A (Enfermeiro)	Técnico de Nutrição (Enfermeiro)	Parteira elementar *	
		Técnico de Odontostomatologia		
		Técnico de Oftalmologia (Enfermeiro)		

É de ressaltar que os técnicos classificados na coluna como “elementares sanitários” tem sido contabilizados nos cálculos como técnicos básicos de saúde dado que se correspondem com os classificados como “auxiliar de farmácia”, “enfermeiro elementar”, “parteira elementar” e “microscopista” e tem sido, portanto, utilizados nos cálculos das Unidades de Atendimento (UA).

Tabela 6.2 Classificação dos técnicos de administração e outros técnicos, por nível de ocupação

SUPERIORES ADMINISTRATIVOS	MÉDIOS ADMINISTRATIVOS	BÁSICOS ADMINISTRATIVOS	PESSOAL DE APÓIO TODOS OS NÍVEIS	OUTROS TODOS OS NÍVEIS
Documentalista A	Assistente administrativo D	Assistente administrativo D	Copeiro	Engenheiro A
Téc. de Administração Hospitalar A	Técnico Administrativo C		Cozinheiro	Técnico de Acção Social C
	Téc. de Administração Hospitalar A		Escriturário dactilógrafo	Técnico de Psiquiatria e Saúde Mental
	Técnico de Orçamento C		Guarda	Psicólogo A
	Técnico Profissional em Administração Pública		Jardineiro	Psicólogo Clínico A
			Lavandeiro	Técnico de estatística C
			Servente de Unidades Sanitárias	Agente de Acção Social D

Nesta tabela, para além dos técnicos em administração, incluem-se na coluna “OUTROS TODOS OS NÍVEIS”, técnicos que realizam actividades de apoio individual ou comunitário (psicólogos ou técnicos de acção social) e outros de difícil classificação como engenheiro, documentalista ou técnico de estatística.

O número total de trabalhadores da rede sanitária do nível primário do SNS (não incluindo portanto os trabalhadores do HG da Machava nem os do HP da Matola) e sem considerar também o PS de Km 25 cujos técnicos estão incluídos na US da Matola-Gare, é de 635, dos quais, mais do 35 % pertencem aos dois CSUA.

Tabela 6.3 Nº de trabalhadores da rede primária da Matola por tipo de US analisada

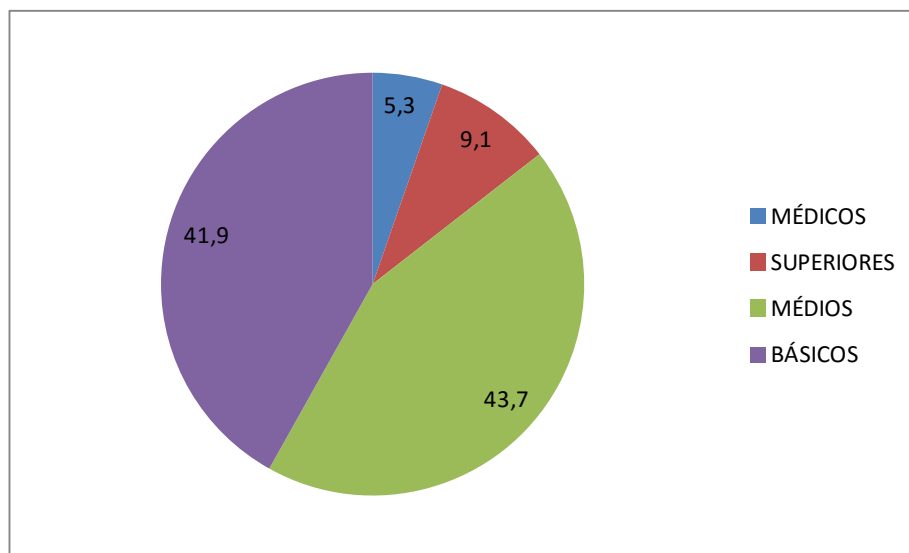
UNIDADE SANITÁRIA	TIPO US	TÉCNICOS DE SAÚDE				TOTAL TÉCS. SAÚDE	OUTROS	TOTAL RRHH	%	Nº HABS	HAB/ TÉCNICO SAÚDE	HAB/ MÉDICO
		MÉDICOS	SUPERIORES	MÉDIOS	BÁSICOS							
CS Boquisso	CSR II	0	0	8	6	14	10	24	3,78	37.085	2.649	
CS Khongolote	CSUC	2	4	13	18	37	18	55	8,66	64.900	1.854	32.450
CS Liberdade	CSUC	1	1	9	5	16	8	24	3,78	74.170	4.945	74.170
CS Machava I	CSUC	0	1	0	3	4	7	11	1,73	37.085	9.271	
CS Machava II	CSUB	2	8	27	20	57	43	100	15,75	92.712	1.686	46.356
CS Machava-Bedene	CSUB	0	0	4	3	7	12	19	2,99	55.627	7.947	
CS Matola Gare	CSR II	5	3	18	13	39	31	70	11,02	74.170	2.181	14.834
CS Matola I	CSUC	2	1	14	22	39	22	61	9,61	92.712	2.506	46.356
CS Matola II	CSUA	3	7	25	17	52	40	92	14,49	139.068	2.838	46.356
CS Muhalaze	CSUC	0	0	4	2	6	0	6	0,94	46.356	7.726	
CS Ndlavela	CSUA	6	11	42	27	86	50	136	21,42	111.255	1.391	18.543
CS Tsalala	CSUC	0	0	4	4	8	6	14	2,20	46.356	5.795	
CS Unidade A	CSUC	0	0	4	8	12	4	16	2,52	55.627	4.636	
PS Km 25	PS	0	0	0	0	0	0	0	0,00			
PS T3	PS	0	0	0	5	5	2	7	1,10			
TOTAL		21	36	172	153	382	253	635	100	927.123	2.568	44.149
% DO TOTAL		3,31	5,67	27,09	24,09	60,16	39,84	100				
% DOS TÉCNICOS DE SAÚDE		5,50	9,42	45,03	40,05	100,00						

Assim, atendendo ao nível da ocupação, a tabela 6.3 mostra que mais de 60% dos recursos humanos são técnicos de saúde e, destes, mais de 85% são a técnicos médios e básicos.

De forma geral, pode-se ver também que a metade das US (Boquisso, Machava I, Machava-Bedene, Muhalaze, Tsalala, Unidade A e os dois PS de Km 25 e T3) não dispõem de médico nem de técnicos de saúde de nível superior.

A distribuição percentual dos técnicos de saúde se mostra no seguinte gráfico:

Gráfico 6.1 Recursos humanos, por categoria



A grande variabilidade de recursos humanos obriga a uma análise mais pormenorizada por tipo de US, como mostram as tabelas a seguir:

Tabela 6.4 Distribuição dos trabalhadores nos CRS II

UNIDADE SANITÁRIA	TÉCNICOS DE SAÚDE				TOTAL TÉC. SAÚDE	OUTROS	TOTAL RRHH	% DO TOTAL	% POR TIPO US
	MÉDICOS	SUPERIORES	MÉDIOS	BÁSICOS					
CS Boquisso	0	0	8	6	14	10	24	3,78	25,53
CS Matola Gare	5	3	18	13	39	31	70	11,02	74,47
CSR II	5	3	26	19	53	41	94	14,80	100,00
% POR CSR II	5,32	3,19	27,66	20,21	56,38	43,62	100,00		

O número de trabalhadores que tem os CSR II é de 94 trabalhadores o que supõem o 14,8% do total. Se observa uma grande variabilidade entre os dois CSR II; assim, Matola-Gare dispõe quase três vezes mais de recursos humanos que Boquisso e, por exemplo, Boquisso não dispõe de médicos ou de técnicos superiores em tanto que em Matola-Gare há 5 e 3 respectivamente, o que não se justifica apesar de que a população que serve Matola-Gare duplica a de Boquisso.

Tabela 6.5 Distribuição dos trabalhadores nos CSUA

UNIDADE SANITÁRIA	TÉCNICOS DE SAÚDE				TOTAL TÉC. SAÚDE	OUTROS	TOTAL RRHH	% DO TOTAL	% POR TIPO US
	MÉDICOS	SUPERIORES	MÉDIOS	BÁSICOS					
CS Matola II	3	7	25	17	52	40	92	14,49	40,35
CS Ndlavela	6	11	42	27	86	50	136	21,42	59,65
CSUA	9	18	67	44	138	90	228	35,91	100,00
% POR CSUA	3,95	7,89	29,39	19,30	60,53	39,47	100		

Quanto a distribuição entre os dois CSUA, há um balanço positivo para Ndlavela que dispõe do 60% do total de técnicos o que não se justifica com base na população que atende que é apenas 10% maior que a que atende o CS da Matola II.

Tabela 6.6 Distribuição dos trabalhadores nos CSUB

UNIDADE SANITÁRIA	TÉCNICOS DE SAÚDE				TOTAL TÉC. SAÚDE	OUTROS	TOTAL RRHH	% DO TOTAL	% POR TIPO US
	MÉDICOS	SUPERIORES	MÉDIOS	BÁSICOS					
CS Machava II	2	8	27	20	57	43	100	15,75	84,03
CS Machava-Bedene	0	0	4	3	7	12	19	2,99	15,97
CSUB	2	8	31	23	64	55	119	18,74	100,00
% POR CSUB	1,68	6,72	26,05	19,33	53,78	46,22	100,00		

Quanto aos dois CSUB, a diversidade entre eles é muito grande quanto a disponibilidade de RRHH em quantidade a favor de Machava II que tem quase seis vezes mais de recursos humanos em geral que Machava-Bedene e, caso de se focalizar nos técnicos de saúde, mais de oito vezes os técnicos de Machava-Bedene e em qualidade dos técnicos já que Machava II tem dois médicos, oito técnicos superiores e 27 técnicos médios enquanto que Machava-Bedene apenas quatro técnicos médios. Novamente estas diferenças não se explicam em relação à população atendida que é 25% maior em Machava II.

Tabela 6.7 Distribuição dos trabalhadores nos CSUC

UNIDADE SANITÁRIA	TÉCNICOS DE SAÚDE				TOTAL TÉC. SAÚDE	OUTROS	TOTAL RRHH	% DO TOTAL	% POR TIPO US
	MÉDICOS	SUPERIORES	MÉDIOS	BÁSICOS					
CS Khongolote	2	4	13	18	37	18	55	8,66	29,41
CS Liberdade	1	1	9	5	16	8	24	3,78	12,83
CS Machava I	0	1	0	3	4	7	11	1,73	5,88
CS Matola I	2	1	14	22	39	22	61	9,61	32,62
CS Muhalaze	0	0	4	2	6	0	6	0,94	3,21
CS Tsalala	0	0	4	4	8	6	14	2,20	7,49
CS Unidade A	0	0	4	8	12	4	16	2,52	8,56
CSUC	5	7	48	62	122	65	187	29,45	100
% POR CSUC	2,67	3,74	25,67	33,16	65,24	34,76	100,00		

Os CSUC dispõem de quase o 30 % do total dos RRHH e também entre eles existe uma grande variabilidade que oscila entre 61 técnicos (9,61% do total) em Matola I ou 55 (8,66% do total) em Khongolote e apenas 6 (0,94 do total) em Muhalaze (possivelmente porque alguns dos quadros sejam contratados pela Fundação que gere a US) ou 11 (1,73 do total) em Machava I.

Únicamente três CSUC (Khongolote, Liberdade e Matola I) dispõem de médico e apenas quatro de técnicos superiores. Quase a metade do total de técnicos de saúde são técnicos básicos, sendo esta relação ainda maior em Machava I (75%) ou Muhalaze (66%).

Tampouco estas variações são devidas a diferenças notáveis na população de cobertura que oscila entre 46.356 habitantes para Muhalaze ou Tsalala e 92.712 da Matola I.

Tabela 6.8 Distribuição dos técnicos de saúde, por US e por população servida

UNIDADE SANITÁRIA	TÉCNICOS DE SAÚDE				TOTAL TÍC. SAÚDE	OUTROS	TOTAL RRHH	Nº HABS	HAB/TEC. SAÚDE	HAB/MÉDICO
	MÉDICOS	SUPERIORES	MÉDIOS	BÁSICOS						
CS Boquisso	0	0	8	6	14	10	24	37.085	2.649	
CS Khongolote	2	4	13	18	37	18	55	64.900	1.854	32.450
CS Liberdade	1	1	9	5	16	8	24	74.170	4.945	74.170
CS Machava I	0	1	0	3	4	7	11	37.085	9.271	
CS Machava II	2	8	27	20	57	43	100	92.712	1.686	46.356
CS Machava-Bedene	0	0	4	3	7	12	19	55.627	7.947	
CS Matola Gare	5	3	18	13	39	31	70	74.170	2.181	14.834
CS Matola I	2	1	14	22	39	22	61	92.712	2.506	46.356
CS Matola II	3	7	25	17	52	40	92	139.068	2.838	46.356
CS Muhalaze	0	0	4	2	6	0	6	46.356	7.726	
CS Ndlavela	6	11	42	27	86	50	136	111.255	1.391	18.543
CS Tsalala	0	0	4	4	8	6	14	46.356	5.795	
CS Unidade A	0	0	4	8	12	4	16	55.627	4.636	
PS Km 25	0	0	0	0	0	0	0			
PS T3	0	0	0	5	5	2	7			
TOTAL	21	36	172	153	382	253	635	927.123	2.568	44.149
%	3,31	5,67	27,09	24,09	60,16	39,84	100			

Quanto à disponibilidade de técnicos de saúde em geral em relação à população, a média para o Distrito é de 2.568 habitantes por técnico com uma variação entre 1.309 habitantes por técnico para Ndlavela e 9.271 para Machava I ou quase oito mil para Muhalaze e Machava-Bedene.

Tendo em conta que há sete US que não dispõem de médico, a média no Distrito é de 44.149 habitantes por médico com uma variação entre 14.834 habitantes por médico para Matola-Gare ou 18.543 para o CS de Ndlavela e 74.170 habitante por médico para o CS de Liberdade. E, atendendo aos serviços que prestam, as oito US que oferecem serviço de COEB (atenção ao parto), que são Boquisso, Khongolote, Machava II, Machava-Bedene, Matola II, Matola-Gare, Muhalaze e Ndlavela, dispõem do 79% do total da força de trabalho.

Quanto à disponibilidade de técnicos por habitante, a tabela a seguir mostra que os valores oscilam, por exemplo, entre pouco mais de onze mil habitantes por enfermeiro médio ou básico e 927.123 habitantes por técnico de oftalmologia ou 463.562 habitantes por técnico de fisioterapia ou por dentista.

Tabela 6.9 Média de habitantes por tipo de técnico

TIPO DE RECURSO HUMANO	Nº	HABITANTES POR TIPO DE RRHH
Técnicos do âmbito de farmácia	34	27.268
Técnicos do âmbito de laboratório	31	29.907
Agentes e técnicos de Medicina	69	13.437
Agentes e técnicos de Medicina Preventiva	22	42.142
Agentes e técnicos de Nutrição	6	154.521
Agentes e técnicos de Odontobstomatologia	15	61.808
Enfermeiros básicos	78	11.886
Enfermeiros médios	80	11.589
Enfermeiros superiores	21	44.149
Fisioterapeutas	2	463.562
Técnico de oftalmologia	1	927.123
Médico Dentista	2	463.562
Médicos Generalistas	19	48.796
Parteira elementar	10	92.712
Psicólogos e técnicos de psiquiatria	21	44.149
Técnicos Administrativos	34	27.268
Técnicos do âmbito da Acção Social	7	132.446
Pessoal de apoio	177	5.238
Outros recursos humanos	6	154.521

Quanto à relação de habitantes por todo o pessoal das US, a média do Distrito é de 1.460 habitantes por trabalhador em tanto que oscila entre 7.726 habitantes por trabalhador no CS de Muhalaze e 818 habitantes por trabalhador no CS de Ndlavela.

Segundo os *Indicadores de Desenvolvimento do Banco Mundial de 2015*, para os Sistemas de Saúde, na África subsahariana a taxa de médicos é de um médico 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 activo na Cidade da Matola, 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 no sector público já que a disponibilidade média para Matola está em um médico para cada 48.796 habitantes. De facto, em Matola há seis US que não dispõem de médico, o que corresponde a 278.136 habitantes que não dispõem deste recurso.

Tabela 6.10 US sem médico

UNIDADE SANITÁRIA	TIPO DE US	Nº HABS
CS Machava-Bedene	CSUB	55.627
CS Machava I	CSUC	37.085
CS Muhalaze	CSUC	46.356
CS Tsalala	CSUC	46.356
CS Unidade A	CSUC	55.627
CS Boquisso	CSRII	37.085
TOTAL		278.136

Segundo a mesma fonte estatística, em 2015 havia em África a volta de 11 enfermeiras e parteiras por cada 10.000 habitantes. O dado para o nível primário na Cidade da Matola é de aproximadamente 2.

Mesmo que os dois dados não sejam realmente comparáveis (no censo da Matola haveria que acrescentar as enfermeiras e as parteiras a trabalhar no sector privado, as dos níveis secundário, terciário e quaternário e, talvez, outros trabalhadores denominados em Moçambique técnicos ou agentes de medicina), em conjunto, parece que a densidade de pessoal médico, de enfermagem e de atendimento obstétrico é bastante baixa.

Tabela 6.11 US com médico

UNIDADE SANITÁRIA	TIPO DE US	MÉDICOS	Nº HABS	HAB/MÉDICO
CS Matola II	CSUA	3	139.068	46.356
CS Ndlavela	CSUA	6	111.255	18.543
CS Machava II	CSUB	2	92.712	46.356
CS Liberdade	CSUC	1	74.170	74.170
CS Khongolote	CSUC	2	64.900	32.450
CS Matola I	CSUC	2	92.712	46.356
CS Matola Gare	CSRII	5	74.170	14.834
TOTAL		21	648.987	

Gráfico 6.2 Habitantes por médico no sector público primario, por US

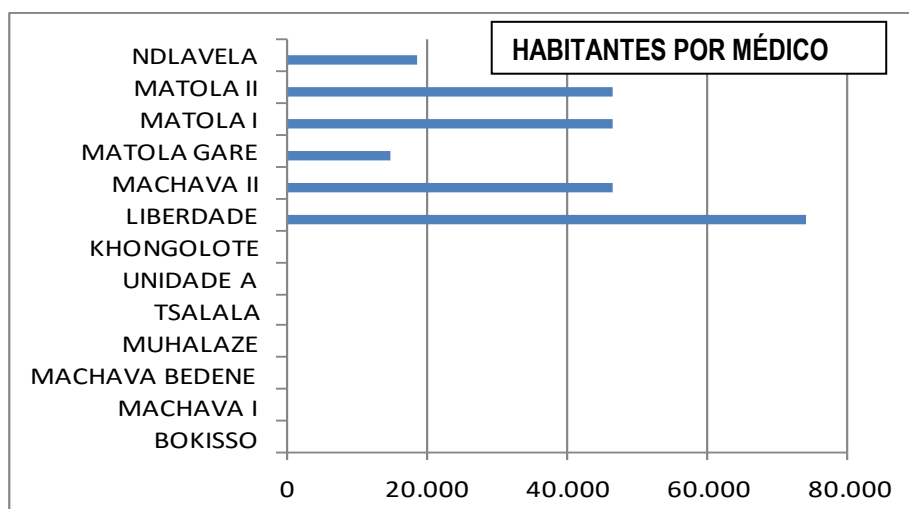


Tabela 6.12 Relação de habitantes por tipo de US e categoria dos técnicos

Mapa sanitário da Cidade da Matola – 2016 – Versão final
 Medicusmundi Catalunya para o MISAU e a DPS da Província de Maputo

TIPO DE R.H.	CS BOKISSO	CS KHONGOLOTE	CS LIBERDADE	CS MACHAVA I	CS MACHAVA II	CS MACHAVA BEDENE	CS MATOLA GARE	CS MATOLA I	CS MATOLA II	CS MUHALAZE	CS NDLAVELA	PS T3	CS TSALALA	CS UNIDADEA	TOTAL TÉCS.	MÉDIA HAB/ TÉCNICO
TIPO US	CSRII	CSUC	CSUC	CSUC	CSUB	CSUB	CSRII	CSUC	CSUA	CSUC	CSUA	PS	CSUC	CSUC	TODAS AS US	TODAS AS US
POPULAÇÃO	37.085	64.899	74.170	37.085	92.712	55.627	74.170	92.712	139.068	46.356	111.255		46.356	55.627	927.122	66.223
Médico		37.085	74.170		46.356		14.834	46.356	46.356		18.543	0			21	44.149
Agente de Med. Preventiva e Saneamento do Meio							74.170					0			4	231.781
Técnico de Med. Preventiva e Saneamento do Meio	37.085	37.085	37.085		30.904	55.627	37.085	92.712	46.356	46.356	55.628	0	46.356	27.814	21	44.149
Agentes de Odontobestomatologia					92.712		74.170	92.712				0			3	309.041
Técnico de Odontobestomatologia					23.178		74.170		34.767		37.085	0			12	77.260
Agente de Medicina	18.543	37.085	18.543	18.543	23.178	55.627	24.723	15.452	34.767		10.114	1	46.356	18.542	44	21.071
Técnico de Medicina					23.178		37.085	46.356	46.356		9.271	0			23	40.310
Enfermeira de SMI ou Parteira elementar	7.417	4.945	14.834	37.085	6.181	11.125	5.298	10.301	12.643	9.271	4.121	0	15.452	18.542	118	7.857
Enfermeiras básicas ou elementares	18.543	7.417	24.723		6.622		10.596	15.452	11.589		9.271	2	46.356	27.814	71	13.058
Agente de Laboratório					92.712		37.085	23.178			37.085	0			12	77.260
Técnico de Laboratório					92.712		74.170	30.904	46.356		13.907	0	46.356		18	51.507
Agente de Farmácia							74.170	23.178	139.068			2		55.627	11	84.284
Técnico de Farmácia	18.543	37.085	74.170		23.178		74.170	92.712	23.178		22.251	0			22	42.142
Agente de Radiologia												0				
Técnico de Radiologia												0				
Agente de Administração de Unidades Sanitárias	37.085	24.723	74.170	37.085	13.245	27.814	74.170	18.542	139.068		18.543	0		55.627	29	31.970
Escriturário-Dactilógrafo							74.170					0			1	927.122
Pessoal de apoio	4.121	7.417	12.362	7.417	3.311	5.563	3.090	7.726	4.636		3.179	2	15.452	18.542	177	5.238
Outros															48	19.315
TOTAL															635	1.460
HABS. POR TODOS OS RECURSOS HUMANOS	1.545	1.180	3.090	3.371	927	2.928	1.060	1.520	1.512	7.726	818	0	3.311	3.477		

Um aspecto importante na gestão de recursos humanos é como estes estão distribuídos, não somente por populações de cobertura, mas também por tipo de unidade sanitária. A tabela mostra uma grande quantidade de quadros em vermelho que indicam a carência desse recurso. Igualmente mostra uma grande variação na disponibilidade de técnicos por tipo de US o que se evidencia por exemplo, em que há quatro CSUC (Machava I, Muhalaze, Tsalala e Unidade A), um CSUB (Machava-Bedene) e um CSR II (Boquisso) que não dispõem de médico. O mesmo acontece com os técnicos e os agentes de estomatologia, os técnicos de medicina ou os técnicos e os agentes de laboratório

Há deficiências também, por exemplo, no que diz respeito ao número de técnicos e agentes de odontoestomatologia, aos agentes e aos técnicos de laboratório ou aos agentes de farmácia.

De acordo com as informações facilitadas pelas US apenas existem parteiras e fisioterapeutas com formação específica, sendo realizadas estas atividades por técnicos não especializados (normalmente enfermeiros de SMI e parteiras elementares).

6.2 EQUIPAMENTO

Um dos aspectos mais importantes para uma adequada prestação dos serviços de saúde consiste na disponibilidade de equipamento e de material médico essencial. Efectivamente, não é adequado fazer, por exemplo, uma consulta geral sem estetoscópio ou esfigmomanómetro, uma consulta pediátrica uma balança para o controle do peso ou uma consulta obstétrica sem espéculo ou sem estetoscópio de Pinard. Assim, foi incluído na pesquisa a recolha de dados sobre o equipamento crítico que possuem as US a fim de poder analisar e comparar a sua disponibilidade e identificar as que não tinham o equipamento mais básico para prestar os cuidados primários.

Por outro lado, está incluída também a recolha de dados e a análise sobre a disponibilidade de outros elementos de equipamento maior que permitem uma oferta sanitária mais ampla como, por exemplo, material de laboratório, RX, ambulância e outros médios de transporte.

A tabela 6.9 mostra o número de US que não tinham, no momento do levantamento, algum equipamento considerado essencial.

Tabela 6.13 Nº de US sem equipamento crítico, por tipo de US

TIPO US	BALANÇAS BEBÊ	BALANÇAS ADULTO	ESTETOSCÓPIO FETAL	ESFIGMO-MANÓMETRO	TOTAL US
CSR2	0	0	0	0	2
CSUA	0	0	0	0	2
CSUB	0	0	0	0	2
CSUC	0	0	1	0	7
HG	0	0	1	0	1
PS	1	0	2	0	2
TOTAL	1	0	4	0	16

Todas as US dispõem de equipamento crítico para realizar as consultas de CPS com a excepção de algumas carências menores como o PS T3 que no momento do inquérito não dispunha de balança para bebés (que era traída pela brigada móvel no momento de fazer as consultas) e o seu esfigmomanómetro estava avariado fazia uma semana. Igualmente, os PS T3 e Km 25, o CSUC Liberdade e até o HG da Machava não dispunham de estetoscópio fetal de Pinard. O HG Machava talvez não dispõe porque não oferece os serviços de Ginecologia e Obstetria que lhe corresponderiam como HG.

Quanto ao serviço de estomatologia, para além do HP da Matola que oferece este serviço com duas cadeiras, quatro US do nível primário dispõem de cadeira estomatológica, como mostra a tabela 6.10 a seguir:

Tabela 6.14 Disponibilidade de cadeiras de estomatologia, por US

UNIDADE SANITÁRIA	Nº CADEIRAS DE ESTOMATOLOGIA
Centro de Saúde da Machava II	3
Centro de Saúde da Matola II	2
Centro de Saúde da Matola-Gare	2
Centro de Saúde de Ndlavela	2
Hospital Provincial de Matola	2
TOTAL	11

- Machava II tem 3 cadeiras, duas das quais estão estragadas já que têm o compressor, a canalização e o sistema eléctrico avariados. Actualmente estão a ser feitas obras na área de Estomatologia e foi recebida uma cadeira nova que ainda não foi instalada;
- Matola II tem duas cadeiras;
- Matola-Gare que tem duas cadeiras, uma das quais é antiga (de funcionamento manual) e não está em funcionamento;
- Ndalavela tem duas cadeiras, uma das quais não foi ainda instalada e a outra só funciona como cadeira mas não com as funcionalidades próprias de uma cadeira de estomatologia.

No que diz respeito aos serviços de laboratório, não dispõem deste serviço as US de Khongolote, Liberdade, Machava I, Machava-Bedene, Tsalala, CS Unidade A e os Ps Km 25 e T3, o que supõe que, teoricamente, uma população de 333.765 habitantes não está coberta para este serviço. Porém, no CS de Tsalala existe um microscópio e um local do laboratório que é utilizado para a Psiquiatria já que o laboratório deixou de funcionar por falta de equipamento e de reagentes e o técnico foi transferido a outra US. E no CS de Liberdade fazem-se as colheitas mas as amostras se enviam à US Ndlavela.

Possuem microscópio dez US (incluindo o HG da Machava e o HP da Matola com 1 e 3 microscópios respectivamente), como mostra a tabela 6.11 a seguir:

Tabela 6.15 US com microscópios, por US

UNIDADE SANITÁRIA	Nº MICROSCÓPIOS
Centro de Saúde da Machava II	2
Centro de Saúde da Matola I	1
Centro de Saúde da Matola II	1
Centro de Saúde da Matola-Gare	2
Centro de Saúde de Boquisso	1
Centro de Saúde de Ndlavela	1
Hospital Geral da Machava	1
Hospital Provincial de Matola	3
Centro de Saúde de Tsalala	1
Centro de Saúde de Muhalaze	1
TOTAL	14

No CS de Muhalaze, segundo foi informado, o laboratório dispõe de microscópio mas não funciona a tempo inteiro já que não há técnico de laboratório e as actividades são realizadas por um estudante. O laboratório da Matola II faz análises de urina, fezes, testes rápidos e CD4 mas, para os exames de bioquímica e hemogramas, encaminham os utentes ao laboratório do HG José Macamo na Cidade de Maputo.

O laboratório da Matola-Gare dispõe de aparelho de PCR para testar HIV em crianças.

Quanto à disponibilidade do serviço de laboratório considerando a disponibilidade de microscópio e a disponibilidade de recursos humanos, encontramos, como mostra a tabela 6.12 a seguir, algumas situações que convem comentar:

Tabela 6.16 Disponibilidade de recursos humanos por US com ou sem serviço de laboratório

UNIDADE SANITÁRIA	MICROSCOPE	TÉCNICO SUPERIOR	TÉCNICO MÉDIO	TÉCNICO BÁSICO	OUTROS	TOTAL TÉCNICOS
CS Boquisso	1	0	0	0	0	0
CS Machava II	2	0	1	1	0	2
CS Matola I	1	0	3	4	0	7
CS Matola II	1	0	3	0	1	4
CS Matola-Gare	2	0	1	2	0	3
CS Muhalaze	1	0	0	0	0	0
CS Ndlavela	1	0	8	3	0	11
TOTAL	9	0	16	10	1	27

Na Cidade da Matola não há técnicos superiores de laboratório a trabalhar nas US primárias do sector público.

O CS de Khongolote por exemplo, não dispõe de serviço de laboratório nem de microscópio mas, como aparece na tabela dos RRHH, dispõe de dois agentes de laboratório e um técnico de laboratório que fazem colheitas nas segundas e quartas-feiras e enviam as amostras para estudo ao Hospital Central de Maputo ou ao CS Ndlavela.

O CS de Boquisso que diz oferecer serviço de laboratório e ter um microscópio, não dispõe de técnicos nem de agentes de laboratório. O caso de Muhalaze já foi comentado acima onde um estudante faz as análises em tempo parcial.

O CS da Matola II dispõe do único técnico, classificado na tabela na coluna “outros”, que no excel dos recursos humanos fornecida pelo SDSMAS figura como “microscopista”.

Todas as US têm serviço de esterilização excepto o CS de Machava I e os PS T3 e Km 25. No CS de Machava I, a esterilização é feita nos serviços do HG da Machava que se encontra ao lado. No PS T3 este serviço se realiza no HG da Machava ou no CS de Ndlavela onde se envia o material para ser esterilizado três vezes por semana. No PS Km 25 cada três dias se leva o material ao CS da Matola-Gare para esterilizar.

Nas restantes US, a esterilização é feita mediante autoclave. Todas as US possuem um aparelho excepto o CS da Matola II que tem dois. Porém, cabe assinalar que no CS Liberdade a autoclave está avariado há 15 dias e no CS de Machava-Bedene a autoclave está avariado há seis meses e actualmente esteriliza-se no CS Machava II.

Quanto às geleiras, há um total de 46 nas US de atenção primária e todas as US dispõem, como mínimo, de uma. Nesta contagem, incluem-se os aparelhos utilizados para o PAV e que, no caso do PS Km 25, funciona com painéis solares. As US que mais geleiras têm são as de Ndlavela, Boquisso e Matola II que tem quatro cada uma, a da Matola-Gare que tem cinco (das quais um é um congelador utilizado no PAV e um congelador utilizado no armazém) e o CS de Machava II que tem 10 geleiras.

Tabela 6.17 Disponibilidade de geleiras na rede primária, por US

UNIDADE SANITÁRIA	Nº GELEIRAS
Centro de Saúde da Machava II	10
Centro de Saúde da Matola-Gare	5
Centro de Saúde da Matola II	4
Centro de Saúde de Boquisso	4
Centro de Saúde de Ndlavela	4
Centro de Saúde da Matola I	3
Centro de Saúde de Machava-Bedene	3
Centro de Saúde de Tsalala	3
Centro de Saúde da Machava I	2
Centro de Saúde Unidade A	2
Posto de Saúde T3	2
Centro de Saúde da Liberdade	1
Centro de Saúde de Khongolote	1
Centro de Saúde de Muhalaze	1
Posto de Saúde Km 25	1
TOTAL	46

Nenhuma US da rede primária dispõe de Ecógrafo nem de RX, serviços que são oferecidos unicamente pelo HG da Machava e pelo HP da Matola.

Quanto às viaturas e o serviço de transporte para doentes, existem duas ambulâncias que dão apoio a todas as US. O serviço deve ser solicitado por telefone já que, uma das ambulâncias fica estacionada no SDSMAS sob a gestão do *Chefe do Transporte do SDSMAS* e a outra no CS de Ndlavela. Porém segundo as informações de Ndlavela e de outras US, o serviço é bastante insuficiente produzindo-se frequentes demoras.

O CS de Muhalaze possui uma ambulância que, apesar de ser privada, presta também apoio aos CS de Khongolote e Boquisso.

O HG da Machava dispõe de duas ambulâncias e três viaturas para serviços de transporte de mercadorias e expediente. O HP da Matola tem duas ambulâncias e duas outras viaturas.

O PS do Km 25 tem uma motorizada, mas está avariada.

No referente aos meios de comunicação, todas as US com a exceção dos PS T3 e Km 25, manifestaram ter telefone que é pago, em geral, pela Fundação Ariel (Elisabeth Glaser). Porém, na US Km 25 manifestaram que esperam ter telefone fixo em breve. No CS de Machava-Bedene informaram que o telefone fixo da US está avariado e se utiliza telefone particular mediante recargas que são pagas pelo SDSMAS.

As US que manifestaram dispor de conexão a internet foram, para além do HG da Machava e do HP da Matola, os CS de Machava II, Matola-Gare, Ndlavela e Boquisso.

No que respeita às camas hospitalares analisou-se a sua disponibilidade diferenciando as camas de maternidade (que deveriam também estar presentes nas US periféricas que dispõem de maternidade como uma pequena enfermaria de puérperas) das camas de internamento de observação que também pode ser feito nas

US periféricas por um período não superior a 24 horas ou em espera de transporte para a evacuação e das camas de internamento que estão limitadas às US de referência.

Neste âmbito, o Regulamento das US de Nível Primário propõe que algumas US periféricas, as que fazem partos, tenham zona de espera e maternidade (Sala de Partos e pequena enfermaria de puérperas, com várias camas, com as respectivas instalações sanitárias). Assim, segundo o Regulamento:

- Os CSUC deveriam ter “quarto com uma ou 2 camas para que doentes, com necessidade de evacuação para uma Unidade Sanitária de referência, possam esperar a chegada do transporte respectivo”;
- Os CSR I deveriam ter “Maternidade, constituída por: uma sala para Admissão, Observação e Posto de Enfermagem, Sala de Dilatação e de Partos (com uma divisória e 2 camas) e pequena enfermaria de puérperas com um máximo de 6 a 8 camas, com respectivas instalações sanitárias”;
- Os CSUB deveriam ter “quarto com 2 camas para que doentes, com necessidades de evacuação para uma Unidade Sanitária de referência, possam esperar a chegada do transporte respectivo”;
- Os CSUA deveriam ter “quarto com 2 ou 3 camas para que doentes, com necessidade de evacuação para uma Unidade Sanitária de referência, possam esperar a chegada do transporte respectivo.”

Três CS, para além do HP da Matola, dizem dispor de serviço de atendimento de urgências 24 horas, são os CS de Machava II, Matola II e Ndlavela. Porém, as US de Machava II, Matola II, Ndlavela, Matola-Gare, Boquisso e até o PS Km 25 manifestaram realizar “internamento de observação”.

Fora dos HG da Machava e do HP da Matola, nenhuma US do distrito realiza internamento normal, mas há, para além do HP da Matola, oito US que oferecem **serviço de partos** (Machava II, Matola II, Matola-Gare, Boquisso, Khongolote, Machava-Bedene, Muhalaze e Ndlavela e que oferecem também “**internamento de maternidade**”.

A seguinte tabela mostra a distribuição das camas por tipo de cama e tipo de US:

Tabela 6.18 Distribuição das camas, por tipo de cama e por tipo de US (incluindo o HG e o HP)

TIPO US	MEDICINA	PEDIATRIA	OBSERVAÇÃO	MATERNIDADE	TOTAL CAMAS	%
CSR2	0	0	5	24	29	3,98
CSUA	0	0	14	44	58	7,96
CSUB	0	0	5	38	43	5,90
CSUC	0	0	7	21	28	3,84
HG	230	34	0	0	264	36,21
HP	100	100	5	100	305	41,84
PS	0	0	2	0	2	0,27
TOTAL	330	134	38	227	729	100,00
%	45,27	18,38	5,21	31,14	100,00	

O número total de camas, incluindo o HG da Machava e o HP da Matola, é de 729, o que significa uma disponibilidade global de de 0,78 camas por mil habitantes, que está longe da norma mínima de uma cama por mil habitantes. Destas camas, por uma parte, os dois Hospitais dispõem de 569 camas, (78% do total) com a seguinte distribuição: o HG da Machava dispõe do 36,2% com 230 camas de Medicina (essencialmente de Tuberculose) e 34 camas de Pediatria e o HP da Matola quase o 42% com 100 camas de Medicina, 100 de Pediatria, 100 de Maternidade e 5 de observação. Porém, o HP da Matola não serve de referência unicamente à Cidade da Matola mas sim a todos os distritos da Província de Maputo. Sem considerar o HP da Matola, a distribuição das camas é a seguinte:

Tabela 6.19 Disponibilidade de camas das US primárias e o HG da Machava

CAMAS MATERNIDADE	OUTRAS CAMAS	TOTAL CAMAS	CAMAS MATER/1000 MIF	CAMAS/1000HAB
127	297	424	0,46	0,46

Deve-se ter em conta que 230 camas do HG da Mchava são exclusivamente para doentes tuberculosos e as outras 34 restantes para pediatria o que constitui um desequilíbrio importante para os cálculos de diponibilidade de camas por habitantes e deixa ao distrito praticamente sem camas para doentes de qualquer outra patologia dado que as 127 restantes são camas destinadas a maternidade.

Assim, entre as US de nível primário, as 127 camas de maternidade existentes se distribuem da seguinte forma:

Tabela 6.20 Distribuição das camas de maternidade, por US e por 1000 MIF

US	CAMAS MATERNIDADE	POPULAÇÃO	MIF	CAMAS MATER/1000 MIF
CS Boquisso	9	37.085	10.977	0,82
CS Khongolote	12	64.900	19.210	0,62
CS Machava II	18	92.712	27.443	0,66
CS Machava-Bedene	20	55.627	16.466	1,21
CS Matola II	21	139.068	41.164	0,51
CS Matola-Gare	15	74.170	21.954	0,68
CS Muhalaze	9	46.356	13.721	0,66
CS Ndlavela	23	111.255	32.931	0,70
POPULAÇÃO DAS US	127	621.173	183.867	0,69
POPULAÇÃO TOTAL	127	927.123	274.428	0,46

Tendo em conta que estas US devem cobrir toda a população da Cidade da Matola que é de 927.123 habitantes, a média de camas de maternidade seria de 0,46 camas por mil mulheres em idade fértil. Mas, de se considerar apenas a população atribuída às US com maternidade, o ratio de camas para todas elas é de 0,69 por mil MIF com valores que oscilam entre 0,51 para Matola II ou 0,62 para Khongolote e 1,21 camas por mil MIF para a área do CS da Machava-Bedene.

Gráfico 6.3 Distribuição percentual de camas de maternidade sem considerar o HP

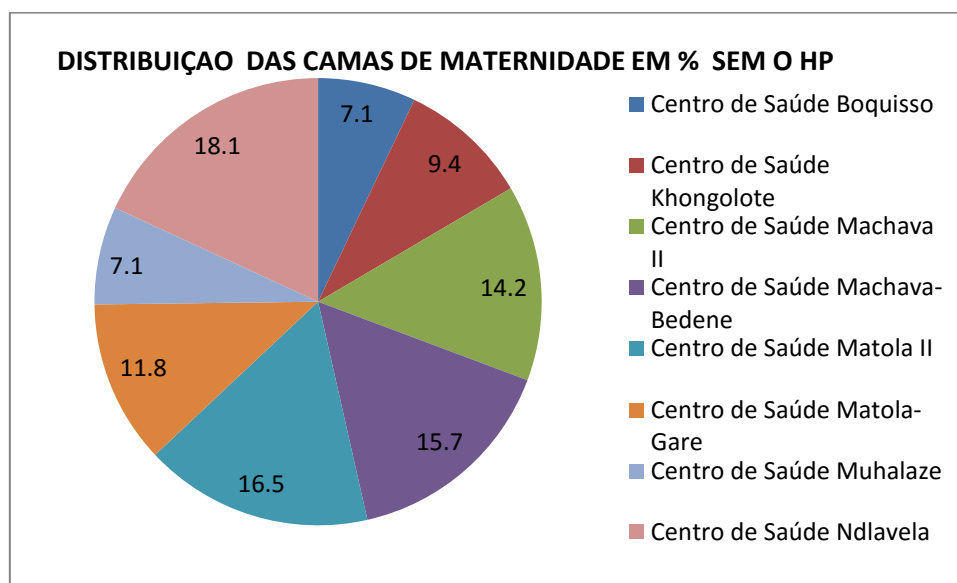
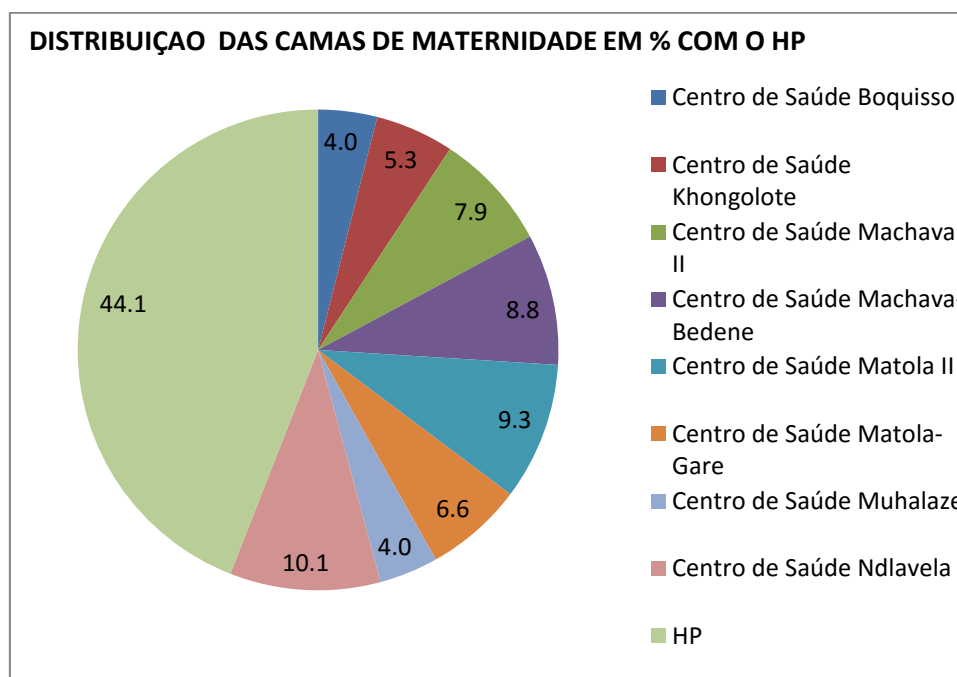


Gráfico 6.4 Distribuição de camas de maternidade incluindo as camas do HP



Considerando o anterior, pode-se dizer que a disponibilidade global de camas de maternidade para MIF é baixa e a disponibilidade de camas por mil habitantes é extremamente baixa ou quase nula.

6.3 MEDICAMENTOS

Um aspecto essencial para o funcionamento da rede é o aprovisionamento de medicamentos. Geralmente, a necessidade de evitar as roturas no abastecimento, o custo elevado que obriga a buscar economias de escala e a necessidade de realizar controlos de qualidade, 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, controle de qualidade, armazenamento 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 em baixo. 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.

Tabela 6.21 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 CS* distribuídos, e o seu preço calculado (*Kit CS 7.901 MZN*).

As informações oferecidas fazem referência unicamente aos kits de medicamentos e não aos medicamentos entregues pela chamada via clássica. Segundo estas informações, foram distribuídos as seguintes quantidades, por unidade sanitária:

Tabela 6.22 Disponibilidade e cobertura dos kits de medicamentos, por US, 2015

UNIDADE SANITÁRIA	Nº KITS	CONSULTAS REALIZADAS	% COBERTURA DOS KITS
Centro de Saúde de Boquisso	23	24.723	93
Centro de Saúde de Khongolote	46	49.898	92
Centro de Saúde de Liberdade	33	54.692	60
Centro de Saúde de Machava I	0	0	0
Centro de Saúde de Machava II	127	172.143	74
Centro de Saúde de Machava-Bedene	0	0	0
Centro de Saúde de Matola I	48	76.211	63
Centro de Saúde de Matola II	109	203.023	54
Centro de Saúde de Matola-Gare	47	60.361	78
Centro de Saúde de Muhalaze	0	33.502	0
Centro de Saúde de Ndlavela	143	184.201	78
Centro de Saúde de Tsalala	32	37.729	85
Centro de Saúde Unidade A	37	58.788	63
Posto de Saúde Km 25	15	18.216	82
Posto de Saúde T3	1	2.422	41
TOTAL	661	975.909	68

Foram distribuídos um total de 661 kits de CS. Porem:

- Machava-Bedene não recebeu nenhum kit - só funciona como maternidade;
- T3 só recebeu 1 Kit dado que a US esteve fechada 11 meses em 2015;
- Muhalaze que não recebeu kits mas receberam medicamentos do MISAU através da via clássica e da Fundação privada que gere a US;
- Machava I, que só recebeu medicamentos através da via clássica.

A tabela também mostra que a cobertura dos kits de medicamentos para todas as consultas foi de 68% e os valores oscilam entre 0% para Machava I, Machava-Bedene e Muhalaze e Boquisso e Khongolote que receberam kits para mais do 90% das consultas realizadas.

O custo dos kits foi de 5.222.561 MNZ o que supõe 5,6 MNZ por habitante e ano.

No entanto, as despesas reais por habitante deverão ser muito maiores caso de se ter em conta os valores atribuíveis aos gastos em medicamentos realizados pela via clássica aos que não se teve acesso e os medicamentos recebidos pelo HG da Machava e o HP da Matola.

6.4 RECURSOS FINANCEIROS

Os únicos dados disponíveis para os recursos financeiros procedem do relatório anual da SDSMAS da Matola.

Durante o ano 2015 a SDSMAS da Matola contou com diversas fontes de financiamento, destacando-se as que tinham carácter permanente, nomeadamente:

- Fundos do Orçamento do Estado;
- 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).

O referido relatório destaca os seguintes aspectos:

O Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social da Matola, funcionou durante os 12 meses de 2015 com um Orçamento Corrente disponível igual a 58.997.826,34MT. Em relação ao referido Orçamento, houve uma execução de 151,83% considerando o valor gasto de 89.246.837,91MT. A execução acima de 100%, deveu-se a componente salarial que possui um saldo negativo de 26.012.328,74MT.

Para rubrica de “Salários e Remunerações” coube o valor de 53.869.727,50 MT; o gasto superou este montante já que foi gasto 79.882.056,24 MT que corresponde a uma execução de 148,29%.

Para “Despesas com o Pessoal” a dotação foi de 1.515.725,00 MT, no entanto importa referir que nesta rubrica foi gasto o montante de 1.514.192,50 MT, que corresponde a 99,90% de execução, importa referir que no início do ano foram suportadas despesas nesta rubrica através do orçamento reconduzido do ano de 2014, no valor de 1.045.717,50 MT.

Em “Bens e Serviços” a dotação disponível foi de 2.948.996,09MT e o gasto efectuado foi de 2.819.214,48MT, que corresponde a 95,60% de execução e finalmente coube à rubrica de Transferências Correntes o valor disponível de 663.377,75MT, o gasto efectuado foi de 648.221,43 MT tendo havido uma execução de 97,72%.

Ao longo do período em análise foram arrecadadas receitas no valor total de 7.337.967 MT, 5,02% menos que em 2014, sendo 371.607,00MT procedentes de receitas de talonários (2,46% mais que em

2014) e 5.298.108,06 de receita do CEM e CHA (correspondente a 21,59% mais que em 2014) em tanto que foram arrecadadas receitas por valor de 1.664.782 MT em “Receitas de Medicamento” (26,42% menos que em 2014). De referir que o valor da “Receitas de Medicamento” é encaminhada através de depósito directo na conta da Central de Medicamentos e Artigos Médicos.

Tabela 6.23 Orçamento disponibilizado por tipo de financiamento – 2014 – 2015 – Evolução (Fonte RAP)

NOME DO FUNDO	DOTAÇÃO DISPONÍVEL 2014	DOTAÇÃO DISPONÍVEL 2015	EVOLUÇÃO DO ORÇAMENTO DISPONIBILIZADO %
Orçamento do Estado	66.795.050,50	58.997.826,34	-11,67
Fundo Comum Provincial	1.403.000,00	360.000,00	-74,34
MISAU-Pidom	3.871.010,00	0	-100,00
MISAU-Vac.(Camp. Nac. Sem Crianças)	4.019.441,71	1.904.401,58	-52,62
MISAU-Campanha de Shistosomiase	188.470,00	401.090,00	112,81
Fundação Ariel Glaser Contra o SIDA Pediátrico	3.676.681,58	3.470.975,00	-5,59
Outros (Med. Prev. +SAAJ+Enxoval)	143.885,00	19.150,80	-86,69
Subsídio de almoço	3.599.491,12	2.894.992,60	-19,57
TOTAL	83.697.029,91	68.048.436,32	-18,70

Referir que, comparativamente ao ano 2014 o orçamento disponibilizado sofreu uma evolução negativa de 18,7%, isso se deveu a vários factores, nomeadamente:

- A redução do Orçamento do Estado disponibilizado para o funcionamento da instituição.
- A não disponibilização de fundos para o programa da malária.
- A redução do fundo *Pro-Saúde* disponibilizado para reforçar o fundo de funcionamento.
- A redução drástica dos fundos da campanha nacional de Saúde da Criança, Medicina Preventiva.

Tabela 6.24 Resumo de Execução de todos os Fundos Geridos nos SDSMAS Matola 2014-2015

NOME DO FUNDO	2014			2015		
	DOTAÇÃO	GASTO	EXECUÇÃO %	DOTAÇÃO	GASTO	EXECUÇÃO %
Orçamento do Estado	66.795.050	82.095.997	122,91	58.997.826	89.246.838	151,27
Fundo Comum Provincial	1.403.050	1.403.050	100,00	360.000	333.511	92,64
MISAU-Pidom	3.871.010,50	3.853.447,25	99,55			
MISAU-Vac.(Camp. Nac. Sem Crianças)	4.019.441,71	3.143.785,00	78,21	1.904.401,58	1.847.499,56	97,01
MISAU-Campanha de Shistosomiase	188.470,00	188.420,00	99,97	401.090,00	401.090,00	100,00
Fundação Ariel	3.676.681,58	3.670.056,08	99,82	3.491.273	3.470.975,59	99,42
Outros (Med. Prev. +SAAJ+Enxoval)	143.915,00	142.608,50	99,09	19.150,00	19.150,00	100,00
Subsídio de alimentação	3.599.491,12	3.574.868,90	99,32	2.894.992,60	2.828.548,60	97,70
Receita de Talonários	743.626,72	743.626,72	100,00	7.335.240,06	4.202.908,22	57,30
TOTAL	84.440.736,64	98.815.859,58	117,02	75.403.974,03	102.350.520,87	135,74

Os números em vermelho não coincidem com as tabelas do relatório do SDSMAS.

A execução do OGE em 2015 superou amplamente a dotação disponível. Se supoe qué é responsável do aumento da dívida (não se reflecte na tabela da dívida em baixo).

Tabela 6.25 Evolução da Receita Propria da SDSMAS Matola

TIPO DE RECEITAS	RECEITA ARRECADADA 2015	RECEITA ARRECADADA 2014	EVOLUÇÃO %
Receita de consultas normais	371.607	362.685	2,46
Receitas de Medicamento	1.664.782	2.262.399	-26,42
Outras Receitas (Med.Preventiva)	3.470	743.627	-99,53
CHA e CEM	5.298.108	4.357.318	21,59
TOTAL DAS RECEITAS	7.337.967	7.726.028	-5,02

O total de Receitas sofreu em 2015 uma descida de 5,02 % em relação as de 2014 o que, apesar do aumento em 21,59% das receitas do CHA e do CEM, é devido a uma descida de 26,42% nas Receitas com Medicamentos e a uma franca descida da alinha *Outras Receitas (Med. Preventiva)*.

Obrigações com Fornecedores (Dívida)

Devido a exiguidade de fundos para responder as necessidades do sector de Saúde ao nível da Cidade da Matola, o serviço possui uma dívida global que transita para o presente ano, no valor de **4.064.165,55 MZN** (Quatro milhões, sessenta e quatro meticais, cento e sessenta e cinco meticais e cinquenta e cinco centavos). Salientar que a dívida aumentou em 8.9%, comparativamente ao ano 2014.

Tabela 6.26 Evolução da Descriminação da dívida por rúbrica, 2014-15 (Fonte RAP)

RÚBRICAS	VALOR DA DÍVIDA MT 2014	VALOR DA DÍVIDA MT 2015	EVOLUÇÃO %
Despesas com o pessoal (Ajudas de custo)	1.156.042,50	1.977.450,00	71,05
Bens	831.704,45	1.573.243,27	89,16
Serviços	1.714.773,25	510.472,25	-70,23
TOTAL	3.702.520,20	4.064.165,52	9,77

7 RESULTADOS: VOLUME, COBERTURA E EFICIÊNCIA.

A descrição dum sistema de saúde não estaria completa sem analisar as actividades que realiza. 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 desta pesquisa, combinou-se a avaliação do total de actividades produzido e as coberturas atingidas por alguns programas. Igualmente, foi avaliada a eficiência da utilização dos recursos.

Este capítulo responde por 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 actividades que um sistema de saúde produz requer algumas decisões metodológicas prévias: como deveria ser considerada uma actividade e onde deveria ser procurada esta informação. Esta secção debruça-se primeiro sobre estas questões e a seguir apresenta e analisa as actividades seleccionadas.

7.1.1 O que medir?

A decisão sobre o que se deve medir para avaliar a produção dum sistema de saúde deve tomar em conta três aspectos. Por um lado, as actividades 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. E algumas actividades podem ser a agregação de outras e definir o sistema numa forma mais global (p.e., uma consulta pode levar incluída a triagem ou a distribuição de medicamentos).

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

7.1.2 Uma unidade comum de medida

Apesar de que a definição anterior reduz a variedade de actividades a serem analisadas, não resolve o problema de como comparar as unidades sanitárias que realizam diferentes combinações de actividades. Por exemplo, como comparar uma US dedicada principalmente ao atendimento materno-infantil com uma que faz sobre tudo atendimento curativo? Alguns sistemas têm procurado, e em algum caso adoptado, unidades de medida que permitem esta comparação. O uso desta metodologia acostuma ir precedido dum estudo das condições reais do sistema em questão, algo fora das possibilidades deste trabalho.

Não existem ainda em Moçambique padrões oficiais com os que poder comparar actividades, mas a metodologia desenvolvida por **Amélia J. Cumbi e Francisco M. I. Langa em 2010 (Revisão das unidades de atendimento do nível primário e secundário)** permite comparar a produção de diferentes US utilizando uns padrões denominados *Unidades de Atendimento* (UA) cujo cálculo está baseado no tempo médio dedicado à realização das principais actividades realizadas nas US primárias. No referido documento não se contempla as actividades de laboratório (análises clínicas e semelhantes), como actividades a serem consideradas no cálculo da produtividade. Porém, a experiência mostra que é conveniente incluir este tipo de actividade no cálculo da produtividade global. Assim, nesta pesquisa se utilizaram os valores (tempo médio em minutos de um técnico) que aparecem na seguinte tabela:

Tabela 7.1 Unidades de atendimento, duração média em minutos

ACTIVIDADE	TEMPO (MINUTOS)	UNIDADES DE ATENDIMENTO (UAS)
Consultas externas	10	1
Consultas estomatologia	20	2
Contactos SMI	10	1
Vacinações	5	0,5
Partos	120	12
Dias de internamento	90	9
Análises clínicas	20	2

Assim, estima-se que para realizar corretamente uma consulta são necessários 10 minutos, o que se considera equivalente a uma unidade de atendimento. Aplicando a mesma lógica, pode-se considerar que o total de UA numa US 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, 1.000 análises clínicas e 689 dias de internamento na maternidade, teria o seguinte volume total exprimido em UA:

$$(6.000 \text{ cons.} \times 1) + (345 \text{ partos} \times 12) + (12.000 \text{ vacinas} \times 0,5) + (1000 \times 2) + (689 \text{ dias internamento maternidade} \times 9) = 18.428 \text{ Unidades de Atendimento.}$$

Estes cálculos permitem comparar o volume de actividade e a produtividade entre diferentes US

Tabela 7.2 Volume realizado, por tipo de US

TIPO DE US	Nº US	Nº MÉDIO TÉCNICOS	Nº UAS	MÉDIA UAS/US	MÉDIA UAS/TÉC.	CONTACTOS	CONTACTOS/DIA
CSUA	2	68,50	955.624	477.812	13.951	552.385	1.105
CSUB	2	29,00	528.667	264.334	18.230	319.700	639
CSUC	7	16,00	753.001	107.572	47.063	588.285	336
CSR2	2	25,50	337.382	168.691	13.231	202.168	404
PS	2	2,50	20.638	10.319	8.255	20.638	41
TOTAIS	15		2.595.311			1.683.176	

Contactos: Consultas externas e de especialidade, consultas de estomatologia e contactos SMI

Interessa aqui comparar o peso relativo de cada tipo de actividade segundo o nível de prestação de serviços. A tabela mostra que foram realizadas um total de 2.595.311UA das quais 64,85% correspondem às consultas de todo tipo.

Tabela 7.3 Actividades realizadas (em número e em UA, com e sem analíticas), por US

UNIDADE SANITÁRIA	TIPO US	CONSULTAS EXTERNAS E ESPECIALIDADE	CONSULTAS ESTOMATOLOGIA	PARTOS	SMIE P. FAMILIAR	VACINAÇÕES	ANALÍTICAS	INTERNAMENTO MATERNIDADE	TOTAL UAS SEM ANALÍTICAS	TOTAL UAS COM ANALÍTICAS	% UAS	POPULAÇÃO COBERTURA	UAS POR HABITANTE
CS Matola II	CSUA	165.680	8.740	3.460	94.493	31.903	48.169	7.565	403.210	499.548	19,25	139.068	3,59
CS Ndlavela + PS T3	CSUA	177.772	8.851	2.432	99.271	23.258	40.536	4.652	377.426	458.498	17,67	111.255	4,12
CS Machava II	CSUB	167.139	5.004	2.623	102.250	27.441	35.385	5.219	371.565	442.335	17,04	92.712	4,77
CS M. Bedene	CSUB	0	0	1.243	45.307	10.837	0	2.299	86.333	86.333	3,33	55.627	1,55
CS Liberdade	CSUC	54.692	0	0	44.447	8.210	0	0	103.244	103.244	3,98	74.170	1,39
CS Matola I	CSUC	76.211	0	0	48.313	12.034	34.909	0	130.541	200.359	7,72	92.712	2,16
CS Khongolote	CSUC	49.898	0	865	37.990	16.441	0	1.835	123.004	123.004	4,74	64.900	1,90
CS Machava I	CSUC	0	0	0	34.276	8.310	0	0	38.431	38.431	1,48	37.085	1,04
CS Unidade A	CSUC	58.788	0	0	23.466	8.498	0	0	86.503	86.503	3,33	55.627	1,56
CS Tsalala	CSUC	38.251	0	0	37.095	6.764	0	0	78.728	78.728	3,03	46.356	1,70
CS Muhalaze	CSUC	33.502	0	895	52.512	8.792	3.078	1.714	116.576	122.732	4,73	46.356	2,65
CS Matola-Gare + PS Km 25	CSR2	73.061	5.516	1.294	57.188	15.283	26.290	2.711	188.850	241.430	9,30	74.170	3,26
CS Boquisso	CSR2	24.723	0	537	59.896	7.641	4.589	1.123	104.991	114.169	4,40	37.085	3,08
TOTAL		919.717	28.111	13.349	736.504	185.412	192.956	27.118					
TOTAL UAS		919.717	56.222	160.188	736.504	92.706	385.912	244.062	2.209.399	2.595.311	100,00	927.123	2,80
%		35,44	2,17	6,17	28,38	3,57	14,87	9,40	85,13	100,00			
% UAS		35,44	2,17	6,17	28,38	3,57	14,87	9,40	85,13	100,00			

A Tabela 7.3 apresenta o volume das actividades realizadas em 2015 por cada US utilizadas para o cálculo das UA. Na penúltima coluna da tabela as actividades são transformadas em UA aplicando os pesos mencionados para cada actividade na secção anterior e incluindo o peso das actividades de analítica realizadas.

A maior contribuição corresponde aos dois CSUA (Matola 2 e Ndlavela) com um 35% do total de UA seguido das CSUC (Liberdade, Matola I, Khongolote, Machava I, Unidade A, Tsalala e Muhalaze) com um 31% do total das UA. Os CS rurais apenas chegam aos 12% e os PS a um 1% do total.

Por tipo de actividade, a maior contribuição corresponde às consultas externas com 35,44 % do total das UA, seguido dos contactos SMI, com mais de 28%. As analíticas supõem quase 15% do total das UA.

Tabela 7.4 Actividades realizadas em número e em UA, por US e por habitante

UNIDADE SANITÁRIA	TIPO US	TOTAL UAS	% UAS	POPULAÇÃO COBERTURA	UAS POR HABITANTE
CS Matola II	CSUA	499.548	19,25	139.068	3,59
CS Ndlavela + PS T3	CSUA	458.498	17,67	111.255	4,12
CS Machava II	CSUB	442.335	17,04	92.712	4,77
CS M. Bedene	CSUB	86.333	3,33	55.627	1,55
CS Liberdade	CSUC	103.244	3,98	74.170	1,39
CS Matola I	CSUC	200.359	7,72	92.712	2,16
CS Khongolote	CSUC	123.004	4,74	64.900	1,90
CS Machava I	CSUC	38.431	1,48	37.085	1,04
CS Unidade A	CSUC	86.503	3,33	55.627	1,56
CS Tsalala	CSUC	78.728	3,03	46.356	1,70
CS Muhalaze	CSUC	122.732	4,73	46.356	2,65
CS Matola-Gare + PS Km 25	CSR2	241.430	9,30	74.170	3,26
CS Boquisso	CSR2	114.169	4,40	37.085	3,08
TOTAL					
TOTAL UAS		2.595.311	100,00	927.123	2,80
%		100,00			
% UAS		100,00			

A média da produtividade em 2015 em todo o Distrito foi de 2,8 UA por habitante, variando entre as 4,77 UA por habitante realizadas no CS de Machava II ou as 4,12 do CS de Ndlavela e as 1,04 UA do CS de Machava I ou as 1,39 do CS de Liberdade.

7.2 COBERTURA DE SERVIÇOS E PROGRAMAS

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

Tabela 7.5 Cobertura dos principais programas

GRÁVIDAS ESPERADAS 4,66%	PARTOS ATENDIDOS	COBERTURA DE PARTOS	MENORES DE UM ANO 3,99%	PENTA3	VAS	COBERTURA PENTA3	COBERTURA VAS	1ª CPN	COBERTURA 1ª CPN	CONSULTAS	COBERTURA CONS/HAB
43.204	13.349	30,90	36.992	21.517	21.491	58,17	58,17	26.294	60,86	900.979	0,97

7.2.1 Saúde Reprodutiva

As atividades do conjunto da rede pública provincial oferecem uma cobertura de primeiras consultas pré-natais de 60,86% o que parece um valor muito baixo. Os valores oscilam entre 29,34 % do CS de Liberdade ou 31,71% do CS da Unidade A e 89,85% do CS de Machava II.

A taxa de perda entre a cobertura da primeira consulta pré-natal e a taxa de cobertura de partos apresenta uma média de 30% com variações entre 16,83% do CS de Matola II e 50,39 % do CS de Khongolote.

A cobertura de partos para as US da rede primária é muito baixa, 30,9%; incluindo os 2.817 partos atendidos no HP da Matola, a cobertura seria de 37,41% o que continua a ser uma cobertura muito baixa e que pode indicar que, para este serviço, as mulheres preferem os serviços de US da província vizinha de Maputo Cidade ou os das US privadas.

Se considerarmos as coberturas em relação às populações servidas por cada US com sala de partos, como mostra a tabela 7.6 a seguir, os valores são muito variáveis, oscilando entre 28,6% para o CS de Khongolote e 60,71% para o CS de Machava II.

Tabela 7.6 Cobertura de partos e de consultas pré-natais em 2015, por US

UNIDADE SANITÁRIA	POPULAÇÃO DE COBERTURA	GRAVIDAS ESPERADAS 4,66%	PARTOS ATENDIDOS	COBERTURA DE PARTOS	1ª CPN	COBERTURA 1ª CPN
CS Boquisso	37.085	1.728	537	31,07	973	56,30
CS Khongolote	64.900	3.024	865	28,60	2.389	78,99
CS Liberdade	74.170	3.456	0	0,00	1.014	29,34
CS Machava I	37.085	1.728	0	0,00	1.383	80,03
CS Machava II	92.712	4.320	2.623	60,71	3.882	89,85
CS Machava-Bedene	55.627	2.592	1.243	47,95	1.744	67,28
CS Matola I	92.712	4.320	0	0,00	1.854	42,91
CS Matola II	139.068	6.481	3.460	53,39	4.551	70,23
CS Matola-Gare + PS Km 25	74.170	3.456	1.294	37,44	2.256	65,27
CS Muhalaze	46.356	2.160	895	41,43	1.295	59,95
CS Ndlavela + PS T3	111.255	5.184	2.432	46,91	3.211	61,93
CS Tsalala	46.356	2.160	0	0,00	920	42,59
CS Unidade A	55.627	2.592	0	0,00	822	31,71
CIDADE DA MATOLA	927.123	43.204	13.349	30,90	26.294	60,86

7.2.2 Programa Alargado de Vacinação

A cobertura pela 3ª dose da vacina Pentavalente, que teoricamente reflete o funcionamento regular do programa, é 58,17%, quase a mesma que para a vacina contra o sarampo que é 58,10%. As percentagens são baixas, o que poderia indicar um registo insuficiente durante as campanhas de vacinação, mas também uma subnotificação dos dados vacinais por parte das US privadas que, possivelmente, tem um peso importante nesta actividade na Cidade da Matola.

Tabela 7.7 Cobertura vacinal em 2015, por US

UNIDADE SANITÁRIA	MENORES DE UM ANO 3,99%	PENTA3	VAS	COBERTURA PENTA3	COBERTURA VAS
CS Boquisso	1.480	913	976	61,70	65,96
CS Khongolote	2.590	2.054	2.020	79,32	78,01
CS Liberdade	2.959	1.150	1.284	38,86	43,39
CS Machava I	1.480	1.160	1.173	78,39	79,27
CS Machava II	3.699	2.909	2.796	78,64	75,58
CS Machava-Bedene	2.220	1.173	1.049	52,85	47,26
CS Matola I	3.699	1.719	1.714	46,47	46,33
CS Matola II	5.549	3.184	3.150	57,38	56,77
CS Matola-Gare + PS Km 25	2.959	1.681	1.806	56,80	61,03
CS Muhalaze	1.850	945	941	51,09	50,88
CS Ndlavela + PS T3	4.439	2.436	2.300	54,88	51,81
CS Tsalala	1.850	997	993	53,90	53,69
CS Unidade A	2.220	1.196	1.289	53,89	58,08
CIDADE DA MATOLA	36.992	21.517	21.491	58,17	58,17

As percentagens de cobertura para vacina anti-sarampo entre as diferentes US, oscilam entre 38,86% para o CS de Liberdade e 79,32% para o CS de Khongolote, em tanto que para a PENTA 3 oscilam entre 43,39% para o CS de Liberdade e 79,27% para o CS de Machava I.

7.2.3 Atendimento curativo

Foram notificadas 900.979 consultas externas, que incluem as do banco de urgência já que não há registos diferenciados das consultas de urgência nas US. Segundo mostra a tabela 7.8 a seguir, foi realizada uma média de 0,97 consultas por habitante e ano, oscilando entre as 0,67 consultas por habitante para as US de Boquisso e as 1,80 UA por habitante do CS de Machava II.

Tabela 7.8 Cobertura de consultas, por habitante

UNIDADE SANITÁRIA	POPULAÇÃO DE COBERTURA	CONSULTAS	COBERTURA CONS/HAB
CS Boquisso	37.085	24.723	0,67
CS Khongolote	64.900	49.898	0,77
CS Liberdade	74.170	54.692	0,74
CS Machava I	37.085	0	0,00
CS Machava II	92.712	167.139	1,80
CS Machava-Bedene	55.627	0	0,00
CS Matola I	92.712	76.211	0,82
CS Matola II	139.068	165.680	1,19
CS Matola-Gare + PS Km 25	74.170	54.845	0,74
CS Muhalaze	46.356	33.502	0,72
CS Ndlavela + PS T3	111.255	177.772	1,60
CS Tsalala	46.356	37.729	0,81
CS Unidade A	55.627	58.788	1,06
CIDADE DA MATOLA	927.123	900.979	0,97

O CS de Machava-Bedene funciona só como maternidade e não faz consultas externas.

Igualmente, o CS Machava I que se encontra anexo ao HG da Machava e que, segundo o SDSMAS (MB SIS) faz triagem, consultas externas gerais e consultas de nutrição, não reportou consultas já que, segundo as informações oferecidas no momento do levantamento pela responsável da US, não se realizam. De facto, informaram que durante 2015 não receberam kits de medicamentos e unicamente foram fornecidos medicamentos através da via clássica.

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. Nesta pesquisa 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 (TOC) é um dos indicadores mais utilizados para avaliar a eficiência no uso dos recursos.

De todas as US da Matola, dispõem de camas de Medicina o HG da Machava que tem 230 quase exclusivamente para atender a doentes de tuberculose e o HP da Matola que dispõe de cem camas de Medicina, cem camas de Pediatria e cem camas de Maternidade.

Tabela 7.9 Taxa de ocupação de camas de Maternidade

ÂMBITO	CAMAS MATERNIDADE	OUTRAS CAMAS	TOTAL CAMAS	DIAS MATERNIDADE	TOC MATERNIDADE
CS + HG	127	302	429	27.118	58,50
HP	100	200	300	6.739	18,46
TOTAL	227	502	729	33.857	40,86

Como pode ver-se na tabela 7.9, considerando as cem camas do HP, a disponibilidade global seria de 227 camas de maternidade o que suporia uma TOC global de 40,86% para as camas de maternidade da rede pública, uma taxa bastante baixa que permitiria quase duplicar o internamento. Isto, como já foi indicado para a cobertura de partos, pode ser devido a que a população demanda estes serviços na rede privada. Pela sua vez. Deve-se ter em conta que o serviço de Maternidade do HP não esteve aberto todo o 2015. Mas, em contrapartida, as camas do HP servem não só a Cidade da Matola senão a todos os distritos da Província de Maputo.

Tabela 7.10 Taxa de ocupação de camas de maternidade, por tipo de US.

TIPO	NOME	CAMAS MATERNIDADE	% CAMAS MAT.	CAMAS OBSERVAÇÃO	TOTAL	DIAS MATERNIDADE	% DIAS MAT.	TOC MATERNIDADE
CSU A	CS Matola II	21	16,54	2	23	7.565	27,90	98,70
	CS Ndlavela	23	18,11	12	35	4.652	17,15	55,41
	SUB-TOTAL	44	34,65	14	58	12.217	45,05	76,07
CSUB	CS Machava II	18	14,17	5	23	5.219	19,25	79,44
	CS M. Bedene	20	15,75	0	20	2.299	8,48	31,49
	SUB-TOTAL	38	29,92	5	43	7.518	27,72	54,20
CSUC	CS Khongolote	12	9,45	0	12	1.835	6,77	41,89
	CS Muhalaze	9	7,09	1	10	1.714	6,32	52,18
	SUB-TOTAL	21	16,54	1	22	3.549	13,09	46,30
CSR 2	CS Matola-Gare	15	11,81	3	18	2.711	10,00	49,52
	CS Boquisso	9	7,09	2	11	1.123	4,14	34,19
	SUB-TOTAL	24	18,90	5	29	3.834	14,14	43,77
TOTAL		127	100,00	25	152	27.118	100,00	58,50

Sem considerar as cem camas do HP e os seus 6.739 dias de ocupação, as camas das US da rede primária seriam 127 nas que se realizaram 27.118 dias de ocupação para uma TOC de 58,50%, com grandes oscilações entre os diferentes tipos de US e entre as próprias US do mesmo tipo. Assim, as TOC por tipo de US variam entre o 44% dos CRS2 e o 76% dos CSUA. Porém, entre os CSUA o CS da Matola II teve uma TOC de 99% em tanto que o CS de Ndlavela apenas 55% o mesmo que acontece nos CSUB onde Machava II teve uma TOC de 79% e o CS de Machava-Bedene o 31%.

7.3.2 Produtividade

Num sector tão dependente do pessoal como a Saúde, é extremamente importante avaliar se este recurso está bem aproveitado.

Para este cálculo foram consideradas também as actividades laboratoriais às que foi atribuído um valor médio de 2 UA por cada análise realizado tendo em conta a grande variabilidade que há em tempo utilizado entre os diferentes tipos de análíticas (Ver tabela 7.3).

Considerando isto, o valor total de UA para todas as US seria de 2.595.311, das quais 37% foram realizadas pelos dois CSUA, 20% pelos dois CSUB, 28% pelos 7 CSUC e 13% pelos dois CSR II.

Para calcular a produtividade por técnico bem como entre tipos de US, se comparam os valores médios obtidos e o valor padrão que é de 5.000-10.000 UA/técnico e ano o que supõe entre 3 e 6 horas de trabalho por dia. O valor se estabelece estimando o tempo médio consumido diariamente nas actividades clínicas mais comuns e considerando uma actividade laboral padrão (sete horas de trabalho diárias, 250 dias úteis ao ano).

Tabela 7.11 Produtividade dos técnicos em 2015, sem actividade laboratorial

UAS	TÉCNICOS	PRODUCTIVIDADE
2.209.399	382	5.784

A tabela 7.11 mostra que a productividade média anual por técnico da rede primária (isto é, médicos e técnicos superiores, médios e básicos sem incluir o pessoal de apoio) sem considerar as actividades de laboratório mas sim os técnicos de laboratório, foi de 5.784 UA por técnico equivalente a 3,8 horas de trabalho por dia o que entra no valor padrão que supõe pouco mais de três horas de trabalho por técnico e por dia.

Tabela 7.12 Produtividade dos técnicos em 2015, com actividade laboratorial

UAS	TÉCNICOS	PRODUCTIVIDADE
2.595.311	382	6.794

A tabela 7.12 mostra que, considerando a actividade laboratorial, de média, cada técnico da rede primária realiza por ano 6.794 UA o que equivale, aproximadamente, a quatro horas e média diárias de trabalho efectivo para um ano laboral de 250 dias.

Se a análise se fizer pelo tipo de US sem considerar as UA por actividade laboratorial, a média de UA por ano e técnico seria de 5.784, equivalente a quase quatro horas de trabalho efectivo por dia, superada apenas pelos técnicos das CSUB que produziram 7.155 UA o que significa 5 horas de trabalho efectivo por dia.

Tabela 7.13 Produtividade, por tipo de US (sem actividade laboratorial)

TIPO DE US	Nº US	Nº MÉDIO TÉCNICOS	UAs	MÉDIA TIPO US	MÉDIA UAS/ ANO/TÉCNICO	CONTACTOS	CONTACTOS/ US/DIA
CSUA	2	69,00	778.214	389.107	5.639	552.385	1.104,77
CSUB	2	32,00	457.897	228.949	7.155	319.700	639,40
CSUC	7	17,43	677.027	96.718	5.549	589.441	336,82
CSR2	2	26,50	275.624	137.812	5.200	202.168	404,34
PS	2	2,50	20.638	10.319	4.128	20.638	41,28
TOTAL	15	25,47	2.209.399	147.293	5.784	1.684.332	

CONTACTOS: CONSULTAS, URGÊNCIA, ESTOMATOLOGIA, CONSULTAS PRÉ- NATAIS PUERICULTURA e PF. DIAS CONTACTO X ANO:250

Se a análise for feita pelo tipo de US incluindo na análise as UA produzidas pela actividade laboratorial, a média de UA por ano e técnico seria de 6.794, equivalente a mais de quatro horas e meia de trabalho efectivo por dia, superada apenas pelos técnicos das CSUB que produziram 8.260 UA o que significa quase 6 horas de trabalho efectivo por dia e mais do duplo que os técnicos dos PS.

Tabela 7.14 Produtividade, por tipo de US (com actividade laboratorial)

TIPO DE US	Nº US	Nº MÉDIO TÉCNICOS	UAs	MÉDIA TIPO US	MÉDIA UAS/ ANO/TÉCNICO	CONTACTOS	CONTACTOS/ US/DIA
CSUA	2	69,00	955.624	477.812	6.925	552.385	1.104,77
CSUB	2	32,00	528.667	264.334	8.260	319.700	639,40
CSUC	7	17,43	753.001	107.572	6.172	589.441	336,82
CSR2	2	26,50	337.382	168.691	6.366	202.168	404,34
PS	2	2,50	20.638	10.319	4.128	20.638	41,28
TOTAL	15	25,47	2.595.312	173.021	6.794	1.684.332	

CONTACTOS: CONSULTAS, URGÊNCIA, ESTOMATOLOGIA, CONSULTAS PRÉ- NATAIS PUERICULTURA e PF. DIAS CONTACTO X ANO:250

7.3.3 Consumo de medicamentos

Comparar os medicamentos recebidos com as consultas realizadas, com as despesas com medicamentos e com as 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 kit é suficiente para 1.000 consultas externas) permitiram cobrir em teoria quase o 72% das consultas realizadas. Quer dizer que, sem ter em conta os medicamentos recebidos pela via clássica, dos que não foi possível obter informação, ao longo de 2015 as US receberam significativamente menos medicamentos dos que precisaram para o número de consultas que realizam.

Tabela 7.15 Cobertura com kits PNME e despesa com medicamentos

CONSULTAS POSSÍVEIS	CONSULTAS REALIZADAS	CONSULTAS COBERTURA	TOTAL DESPESAS MZN	POR UA CURATIVA
661.000	919.717	71,87	5.564.572	5,70

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

Deve-se considerar as denominadas UA curativas que seriam as que requerem da utilização de medicamentos e que incluem as consultas gerais, as consultas de estomatologia e os dias de internamento- Assim, ao transformar os kits em valores monetários (e se deveria acrescentar as compras realizadas com OE ou fundos da coparticipação), e dividi-los pelas 946.377 UA curativas, resulta que a despesa com medicamentos por UA curativa é de 5,7 MZN o que é um valor muito baixo.

7.3.4 Alguns serviços e categorias

Finalmente, nesta secção se analisam alguns exemplos de utilização de recursos que podem ilustrar o conceito de eficiência e comparar a produtividade para alguns serviços onde o pessoal pode ser individualizado, pelo local onde as actividades são realizadas (salas de partos ou de operações) ou pela categoria do pessoal as realiza (técnicos de laboratório ou de RX).

Os dados demográficos da Cidade da Matola, indicam que o número de partos esperados em 2015 foi de 36.992 o que, para uma cobertura de 100% dos partos, suporia que deveriam ser feitos nas US públicas a volta de 100 partos por dia e que cada uma das nove salas de parto devia atender quase 4.110 partos por ano o que equivale a onze partos por dia. Porém, em 2015, a rede primária e secundária (incluindo o HP da Matola) realizaram 16.166 partos o que supõe 44 partos atendidos por dia o que supõe 4,9 partos por sala de parto e dia com uma variação entre 9,5 partos por dia no CS da Matola II e 1,5 no CS de Boquisso.

Em percentagens, mais de 82% dos partos são realizados nas US de atenção primária, em tanto que o HP faz um 17,4% do total de partos. Matola II, Ndlavela e Machava II fazem mais da metade dos partos: Matola II faz mais de 21% do total de partos (a única que fez mais partos que o HP) seguida de Machava II com 16,2 % e Ndlavela com 15%. As outras US variam entre o 8% da Matola-Gare e o 3,3 % de Boquisso.

Tabela 7.16 Produtividade das salas de partos, por tipo de US

NOME US	TIPO US	NÚMERO DE PARTOS	% PARTOS	PARTOS/SP/DIA
Centro de Saúde da Machava II	CSUB	2.623	16,20	7,20
Centro de Saúde da Matola II	CSUA	3.460	21,40	9,50
Centro de Saúde da Matola-Gare	CSR II	1.294	8,00	3,50
Centro de Saúde de Boquisso	CSR II	537	3,30	1,50
Centro de Saúde de Khongolote	CSUC	865	5,40	2,40
Centro de Saúde de Machava-Bedene	CSUB	1.243	7,70	3,40
Centro de Saúde de Muhalaze	CSUC	895	5,50	2,50
Centro de Saúde de Ndlavela	CSUA	2.432	15,00	6,70
HP da Matola	HP	2.817	17,40	7,70
TOTAL		16.166	100,00	4,90

Outro serviço especializado é o de Laboratório. A tabela 7.17 mostra que, de média, cada técnico de laboratório da rede primária e secundária (incluindo todos os níveis: superior, médio e básico), teria realizado ao redor de 25 exames por dia considerando o ano laboral de 250 dias.

Tabela 7.17 Produtividade dos técnicos de laboratório

Nº EXAMES	PESSOAL	EXAMES/TECNICO	EXAMES/TEC/DIA
192.956	31	6.224	24,9

8 A REDE DE MATOLA E A NORMATIVA VIGENTE

Neste capítulo faz-se a comparação entre a rede sanitária descrita nos capítulos anteriores e o que deveria ser para adequar-se à normativa vigente no sector. Esta comparação será feita em três breves secções. A primeira sumariza o Diploma Ministerial, a respeito da rede primária e secundária em análise. A segunda secção compara as características das unidades sanitárias, por níveis, com a normativa e, seguidamente, se compara o tamanho da rede existente com aquele que se poderia obter da aplicação do Diploma Ministerial.

8.1 NORMATIVA DAS UNIDADES SANITÁRIAS

A Tabela 8.1 sumariza as principais 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 fundamental do MISAU nesta área é o Diploma Ministerial 127, 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”. Este Diploma, além de definir a tipologia das US do sector público, detalha os serviços que devem ser prestados por cada tipo de unidade sanitária, os recursos que devem ter e as áreas e populações de cobertura.

O **Centro de Saúde** é a unidade principal do Nível Primário, que tem como função dispensar CPS à população da sua área de cobertura, 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 CS representa o primeiro contacto da população com os Serviços de Saúde e que tendo o centro no Centro de Saúde, terá, um raio de 8 km em zona rural e em zona urbana um raio compreendido entre 1 e 4 km.

Existem vários tipos de CS:

CS Rural tipo I: São CS com internamento, que servem essencialmente a populações rurais. São considerados CS «Rural», mesmo 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 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 diretamente 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 as 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 CPS:

- *Saúde Materno-Infantil, incluindo a planificação familiar e o programa alargado de vacinações;*
- *Consultas preventivas as crianças de 0 a 4 anos;*
- *Vacinações;*
- *Reidratação oral;*
- *Consultas pré-natais (deteção 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 Urbano 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.*

Realização 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 Odontobstomatologia	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 número suficiente para cobrir as necessidades, um mesmo médico poderá cobrir dois CS Urbanos Tipo A (dois dias e meio 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, onde, 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 Serviço 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 para 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 captação;*
- *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 fracturas 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 captação;*
- *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 tipo de serviço e tipo de US

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						
Assistenciales	Consulta pediátrica						
	Consulta adultos						
	Cosulta especializada. MI Pediatría, G&O, Cirurgia						
	Assistencia ao parto		opcional (*)	opcional (*)	opcional (*)		opcional (*)
	Consulta de estomatologia						
	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 médio 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 elementar, ou farmácia, odontoestomatologia, medicina preventiva, laboratório, microscopista, etc.

8.2 PERFIL DA REDE SANITÁRIA DA CIDADE DA MATOLA

A tabela a seguir mostra as principais diferenças entre os serviços oferecidos e os que, segundo a normativa, as US deveriam oferecer. As células cinzentas indicam os serviços que deveriam ser prestados num determinado tipo de US. Quando a célula está em branco indica que a US não deve prestar esse serviço, embora na coluna seguinte apareçam valores de cumprimento. O valor 100% indica que as US de um determinado tipo estão a oferecer os serviços consoante ou acima do requerido pela norma.

Tabela 8.2 Serviços prestados pelas US primárias

SERVIÇOS	SERVIÇO/TIPO DE UNIDADE	CSUA		CSUB		CSUC		CSR II	
	POPULAÇÃO	40.000 A 100.000		18.000 a 48.000		10.000 a 25.000		7.500 a 20.000	
P R E V E N T I V O S	CONSULTA PRÉ-NATAL E POS PARTO		100%		100%		100%		100%
	PLANEAMENTO FAMILIAR		100%		100%		100%		100%
	CRESCIMENTO		100%		100%		100%		100%
	IMUNIZAÇÃO PAV		100%		100%		100%		100%
	REIDRATAÇÃO ORAL		100%		100%		85,71		100%
	REEDUCAÇÃO NUTRICIONAL		100%		50%		71,43		100%
A S S I N T E N C I A I S	CONSULTA MEDICINA GERAL		100%		50%		85,71		100%
	PARTOS	Opcional	100%	Opcional	100%		28,57	Opcional	100%
	ESTOMATOLOGIA		100%		50%		0%		50%
	CURATIVOS		100%		50%		85,71		100%
	URGÊNCIA 24 HORAS		100%		50%		0%		50%
	INTERNAMENTO DE OBSERVAÇÃO		100%		50%		0%		100%
	INTERNAMENTO		0%		0%		0%		0%
	INTERNAMENTO MATERNIDADE		100%		100%		28,57		100%
A U X I L I A R E S	RADIOLOGIA		0%		0%		0%		0%
	LABORATÓRIO		100%		50%		28,57		100%
	FARMÁCIA		100%		50%		85,71		100%
	SERVIÇO ESTERILIZAÇÃO		100%		100%		85,71		100%
A P O I O	TRANSPORTE DE DOENTES		50%		0%		14,29		0%
	COZINHA		100%		100%		28,57		100%
	LAVANDARIA		100%		100%		14,29		50%
	MORGUE		0%		0%		0,00		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 e algumas oferecem outros serviços para além dos estabelecidos pelo regulamento. Caso de se olhar em detalhe por unidade e por tipo, pode-se ver o seguinte:

Tabela 8.3 Serviços prestados pelas US tipo CSR II

SERVIÇOS	US	US	CS Boquisso	CS Matola-Gare	%
POPULAÇÃO		7.500 a 20.000	37.085	74.170	
PREVENTIVOS	CONSULTA PRÉ-NATAL E POS PARTO		SIM	SIM	100%
	PLANEAMENTO FAMILIAR		SIM	SIM	100%
	CRESCIMENTO		SIM	SIM	100%
	IMUNIZAÇÃO PAV		SIM	SIM	100%
	REIDRATAÇÃO ORAL		SIM	SIM	100%
	REEDUCAÇÃO NUTRICIONAL		SIM	SIM	100%
ASSISTENCIAIS	CONSULTA MEDICINA GERAL		SIM	SIM	100%
	PARTOS	Opcional	SIM	SIM	100%
	ESTOMATOLOGIA		NÃO	SIM	50%
	CURATIVOS		SIM	SIM	100%
	URGÊNCIA 24 HORAS		NÃO	NÃO	50%
	INTERNAMENTO DE OBSERVAÇÃO		SIM	SIM	100%
	INTERNAMENTO		NÃO	NÃO	0%
	INTERNAMENTO MATERNIDADE		SIM	SIM	100%
AUXILIARES	RADIOLOGIA		NÃO	NÃO	0%
	LABORATÓRIO		SIM	SIM	100%
	FARMÁCIA		SIM	SIM	100%
	SERVIÇO ESTERILIZAÇÃO		SIM	SIM	100%
APOIO	TRANSPORTE DE DOENTES		NÃO	NÃO	0%
	COZINHA		SIM	SIM	100%
	LAVANDARIA		NÃO	SIM	50%
	MORGUE		NÃO	NÃO	0%

Os serviços de carácter preventivo são oferecidos pelos dois CSR II incluindo o serviço de “reeducação nutricional” que, segundo o regulamento, não corresponderia a este nível.

Quanto aos serviços assistenciais, os dois CSR II realizam partos e têm internamento de observação e de maternidade.

Matola-Gare oferece também serviço de estomatologia embora não esteja contemplado para este nível no regulamento.

Para além de farmácia que é um serviço contemplado no regulamento, ambas US oferecem serviços de laboratório e de esterilização que não contempla o regulamento. Igualmente acontece com os serviços de apoio de cozinha que ambas US têm. Em quanto aos serviços de lavandaria, Matola-Gare têm por em quanto em Boquisso a lavandaria se faz em tanques de água em baixo de um cajueiro.

Quanto ao transporte de doentes, somente há duas ambulâncias em todo o Distrito para dar serviço, principalmente, às US com serviço de atendimento a partos.

Tabela 8.4 Serviços prestados pelas US tipo CSUA

SERVIÇOS	US	US	CS Matola II	CS Ndlavela	%
POPULAÇÃO		40.000 A 100.000	139.068	111.255	
PREVENTIVOS	CONSULTA PRÉ-NATAL E POS PARTO		SIM	SIM	100%
	PLANEAMENTO FAMILIAR		SIM	SIM	100%
	CRESCIMENTO		SIM	SIM	100%
	IMUNIZAÇÃO PAV		SIM	SIM	100%
	REIDRATAÇÃO ORAL		SIM	SIM	100%
	REEDUCAÇÃO NUTRICIONAL		SIM	SIM	100%
ASSISTENCIAIS	CONSULTA MEDICINA GERAL		SIM	SIM	100%
	PARTOS	Opcional	SIM	SIM	100%
	ESTOMATOLOGIA		SIM	SIM	100%
	CURATIVOS		SIM	SIM	100%
	URGÊNCIA 24 HORAS		SIM	SIM	100%
	INTERNAMENTO DE OBSERVAÇÃO		SIM	SIM	100%
	INTERNAMENTO		NÃO	NÃO	0%
	INTERNAMENTO MATERNIDADE		SIM	SIM	100%
AUXILIARES	RADIOLOGIA		NÃO	NÃO	0%
	LABORATÓRIO		SIM	SIM	100%
	FARMÁCIA		SIM	SIM	100%
	SERVIÇO ESTERILIZAÇÃO		SIM	SIM	100%
APOIO	TRANSPORTE DE DOENTES		NÃO	SIM	50%
	COZINHA		SIM	SIM	100%
	LAVANDARIA		SIM	SIM	100%
	MORGUE		NÃO	NÃO	0%

Os dois CSUA oferecem todos os serviços preventivos e assistenciais contemplados no regulamento, incluindo os de internamento de observação e de maternidade que são opcionais. Nenhum deles dispõe de serviço de radiologia ou morgue.

Tabela 8.5 Serviços prestados pelas US tipo CSUB

SERVIÇOS	US	US	CS Machava II	CS Machava-Bedene	%
POPULAÇÃO		18.000 a 48.000	92.712	55.627	
PREVENTIVOS	CONSULTA PRÉ-NATAL E POS PARTO		SIM	SIM	100%
	PLANEAMENTO FAMILIAR		SIM	SIM	100%
	CRESCIMENTO		SIM	SIM	100%
	IMUNIZAÇÃO PAV		SIM	SIM	100%
	REIDRATAÇÃO ORAL		SIM	SIM	100%
	REEDUCAÇÃO NUTRICIONAL		SIM	NÃO	50%
ASSISTENCIAIS	CONSULTA MEDICINA GERAL		SIM	NÃO	50%
	PARTOS	Opcional	SIM	SIM	100%
	ESTOMATOLOGIA		SIM	NÃO	50%
	CURATIVOS		SIM	NÃO	50%
	URGÊNCIA 24 HORAS		SIM	NÃO	50%
	INTERNAMENTO DE OBSERVAÇÃO		SIM	NÃO	50%
	INTERNAMENTO		NÃO	NÃO	0%
	INTERNAMENTO MATERNIDADE		SIM	SIM	100%
AUXILIARES	RADIOLOGIA		NÃO	NÃO	0%
	LABORATÓRIO		SIM	NÃO	50%
	FARMÁCIA		SIM	NÃO	50%
	SERVIÇO ESTERILIZAÇÃO		SIM	SIM	100%
APOIO	TRANSPORTE DE DOENTES		NÃO	NÃO	0%
	COZINHA		SIM	SIM	100%
	LAVANDARIA		SIM	SIM	100%
	MORGUE		NÃO	NÃO	0%

Os dois CSUB oferecem os serviços preventivos com a excepção do serviço de reeducação nutricional que não é oferecido na US de Machava-Bedene. Igualmente as duas US oferecem serviço de atendimento a partos, internamento de maternidade, esterilização, cozinha e lavanderia. Porém, a US de Machava-Bedene funciona só como maternidade e, portanto, não faz consulta de medicina geral nem oferece serviços de estomatologia, curativos, urgência 24 horas ou internamento de observação. Também não dispõe de laboratório nem de farmácia. Na Machava-Bedene oferece-se o serviço de esterilização, mas, a autoclave está avariada desde há seis meses e, actualmente, esteriliza-se na US Machava II.

Tabela 8.6 Serviços prestados pelas US tipo CSUC

SERVIÇOS	US	US	CS Khongolote	CS Liberdade	CS Machava I	CS Matola I	CS Muhalaze	CS Tsalala	CS Unidade A	%
POPULAÇÃO		10.000 a 25.000	64.899	74.170	37.085	92.712	46.356	46.356	55.627	
PREVENTIVOS	CONSULTA PRÉ-NATAL E POS PARTO		SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	100%
	PLANEAMENTO FAMILIAR		SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	100%
	CRESCIMENTO		SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	100%
	IMUNIZAÇÃO PAV		SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	100%
	REIDRATAÇÃO ORAL		SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	85,71
	REEDUCAÇÃO NUTRICIONAL		SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	71,43
ASSISTENCIAIS	CONSULTA MEDICINA GERAL		SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	85,71
	PARTOS		SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	28,57
	ESTOMATOLOGIA		NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	0%
	CURATIVOS		SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	85,71
	URGÊNCIA 24 HORAS		NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	0%
	INTERNAMENTO DE OBSERVAÇÃO		NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	0%
	INTERNAMENTO		NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	0%
	INTERNAMENTO MATERNIDADE		SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	28,57
AUXILIARES	RADIOLOGIA		NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	0%
	LABORATÓRIO		NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	28,57
	FARMÁCIA		SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	85,71
	SERVIÇO ESTERILIZAÇÃO		SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	85,71
APOIO	TRANSPORTE DE DOENTES		NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	14,29
	COZINHA		SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	28,57
	LAVANDARIA		SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	14,29
	MORGUE		NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	0,00

Com a excepção do serviço de reidratação oral no CS Machava I e de reeducação nutricional em Machava I e Muhalaze, todos os CSUB oferecem o leque requerido de serviços preventivos.

Quanto aos serviços assistenciais, a US de Machava I que se encontra anexa ao Hospital Geral da Machava, segundo o SDSMAS (MB) faz triagem, consultas externas gerais e consultas de nutrição, mas a responsável da US disse que não fazem consultas e que não recebem kits de medicamentos, sendo abastecidos unicamente através da via clássica.

Dos sete CSUC, nenhum deles oferece serviços de estomatologia, urgência 24 horas ou serviços de internamento com a excepção de Khongolote e Muhalaze que fazem partos e oferecem, por tanto, também internamento de maternidade (em Muhalaze há também duas camas para mães em espera) e serviço de cozinha e lavanderia; porem, o serviço de lavanderia, em Muhalaze se faz a mão dado que não dispõem de máquinas. Matola I e Muhalaze dispõem também de laboratório, mas em Muhalaze não há técnico de laboratório (é um estudante) e funciona “a meio gás”. Quanto aos PS Km 25 e T3, são US que, segundo o regulamento das US deveriam ser transformados em Centros de Saúde como diz o artigo 11: *No prazo máximo de seis meses a partir da publicação deste Diploma Ministerial, as Direcções Provinciais de Saúde, se necessário, com o apoio técnico das estruturas de Nível Central, analisarão a situação dos actuais Postos de Saúde e, a luz das disposições deste Diploma Ministerial, nomeadamente dos seus Artigos 4º, 6º, 14º, 16º e 17º, e farão propostas para que, no prazo máximo de cinco anos a partir da publicação deste Diploma Ministerial, os actuais Postos de Saúde situados em zona rural e cobrindo na sua zona de influência directa, pelo menos 7.500 habitantes, ou situados em zona urbana e cobrindo na sua zona de influência directa, pelo menos 10.000 habitantes, se tenham transformado em Centros de Saúde.* São US que têm uma oferta de serviços muito limitada, oferecendo apenas serviços de consulta de medicina geral, curativos, reidratação oral, controle de crescimento e dispensa de medicamentos. O PS Km 25 oferece também serviço de PF e o PS T3 serviço de imunização, tal como mostra a tabela a seguir

Tabela 8.7 Serviços prestados pelos PS

SERVIÇOS	US	PS Km 25	PS T3
POPULAÇÃO			
PREVENTIVOS	CONSULTA PRÉ-NATAL E POS PARTO	NÃO	NÃO
	PLANEAMENTO FAMILIAR	SIM	NÃO
	CRESCIMENTO	SIM	SIM
	IMUNIZAÇÃO PAV	NÃO	SIM
	REIDRATAÇÃO ORAL	SIM	SIM
	REEDUCAÇÃO NUTRICIONAL	NÃO	NÃO
ASSISTENCIAIS	CONSULTA MEDICINA GERAL	SIM	SIM
	PARTOS	NÃO	NÃO
	ESTOMATOLOGIA	NÃO	NÃO
	CURATIVOS	SIM	SIM
	URGÊNCIA 24 HORAS	NÃO	NÃO
	INTERNAMENTO DE OBSERVAÇÃO	SIM	NÃO
	INTERNAMENTO	NÃO	NÃO
	INTERNAMENTO MATERNIDADE	NÃO	NÃO
AUXILIARES	RADIOLOGIA	NÃO	NÃO
	LABORATÓRIO	NÃO	NÃO
	FARMÁCIA	SIM	SIM
	SERVIÇO ESTERILIZAÇÃO	NÃO	NÃO
APOIO	TRANSPORTE DE DOENTES	NÃO	NÃO
	COZINHA	NÃO	NÃO
	LAVANDARIA	NÃO	NÃO
	MORGUE	NÃO	NÃO

Tabela 8.8 Serviços prestados pelos Hospitais

SERVIÇOS	US	HG Machava	HP Matola
POPULAÇÃO		50.000 à 250.000	800.000 à 2.000.000
PREVENTIVOS	CONSULTA PRÉ-NATAL E POS PARTO	NÃO	NÃO
	PLANEAMENTO FAMILIAR	NÃO	NÃO
	CRESCIMENTO	NÃO	NÃO
	IMUNIZAÇÃO PAV	NÃO	NÃO
	REIDRATAÇÃO ORAL	NÃO	SIM
	REEDUCAÇÃO NUTRICIONAL	SIM	SIM
ASSISTENCIAIS	CONSULTA MEDICINA GERAL	NÃO	SIM
	PARTOS	NÃO	SIM
	ESTOMATOLOGIA	NÃO	SIM
	CURATIVOS	NÃO	NÃO
	URGÊNCIA 24 HORAS	NÃO	SIM
	INTERNAMENTO DE OBSERVAÇÃO	NÃO	SIM
	INTERNAMENTO	SIM	SIM
	INTERNAMENTO MATERNIDADE	NÃO	SIM
AUXILIARES	RADIOLOGIA	SIM	SIM
	LABORATÓRIO	SIM	SIM
	FARMÁCIA	SIM	SIM
	SERVIÇO ESTERILIZAÇÃO	SIM	SIM
APOIO	TRANSPORTE DE DOENTES	SIM	SIM
	COZINHA	SIM	SIM
	LAVANDARIA	SIM	SIM
	MORGUE	SIM	SIM

No que se refere aos hospitais, o Regulamento distingue no nível secundário três tipos: hospitais distritais, hospitais rurais e hospitais gerais.

O Hospital Distrital destina-se a servir de unidade hospitalar de primeiro nível de referência de vários Centros de Saúde.

A Zona de captação dos Hospitais Distritais compreenderá populações entre 50.000 e 250.000 habitantes.

Em geral, os Hospitais Distritais localizam-se em Sedes de Distrito e, eventualmente, entre Sedes de Posto Administrativo localizadas estrategicamente em relação as vias de comunicação e aos fluxos de transporte de zonas populosas. Contudo, nem todos os Distritos terão forçosamente um Hospital Distrital, pois que para a criação de um Hospital Distrital é necessário que a população das Áreas de Saúde que para ele drenam, o justifique.

O Hospital Distrital dispensará Cuidados de Saúde Secundários, para o que realizara as seguintes actividades:

- *Acolhimento e Admissão de doentes enviados dos diversos Centros de Saúde da sua Zona de capacitação;*
- *Prevenção, tratamento e controle das principais doenças endêmicas, com respeito pelas respectivas estratégias de luta;*
- *Diagnóstico clínico, por Médico de Clínica Geral, com os seguintes apoios:*
- *De Laboratório, correspondendo à descrição de tarefas do Técnico de Laboratório;*
- *De outros exames complementares simples;*

- *Prestação de cuidados de urgência, em regime de 24 horas por dia, a traumatizados que não impliquem grande cirurgia;*
- *Prestação de cuidados de urgência (ao alcance de Médico de Clínica Geral), em regime de 24 horas por dia, a doentes com afecções agudas;*
- *Prestação de cuidados clínicos em regime ambulatorio a doentes referidos a partir dos Centros de Saúde e que necessitem de observação clínica por médico;*
- *Prestação de cuidados clínicos em regime de internamento (enfermaria de mulheres e crianças e enfermaria de homens) aos doentes que não precisem de cuidados de especialidade;*
- *Tratamento das principais afecções prevalentes na zona;*
- *Distribuição, sob receita médica ou de outro profissional da carreira de Medicina, de uma gama alargada de medicamentos em instalações próprias - Farmácia do Hospital;*
- *Recolha e tratamento de dados estatísticos, epidemiológicos, clínicos de actividade, de qualidade dos serviços prestados, de recursos e de custos.*

O Hospital Rural destina-se a servir de unidade hospitalar de primeiro nível de referência, ou eventualmente de segundo nível de referência de vários Centros de Saúde e hospitais Distritais, que no seu conjunto constituem a Zona de captação ou de influência do Hospital Rural;

A principal característica de um Hospital Rural que o distingue dos Hospitais Distritais e de possuir 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.

Os Hospitais Rurais podem situar-se em zona Rural ou em zona urbana, mas, que lhes faz justificar a designação de Rural, mesmo situando-se em zona urbana, e o facto de servirem de nível de referência essencialmente a populações, na sua maioria, provenientes de Áreas de Saúde situadas em zonas rurais.

A Zona de captação dos Hospitais Rurais compreendem populações entre 150.000 e 900.000 habitantes, na sua maioria rurais.

Em geral, os Hospitais Rurais localizam-se em Sedes de Distrito localizadas estrategicamente em relação às vias de comunicação e aos fluxos de transporte de zonas populosas.

O Hospital Rural dispensará Cuidados de Saúde Secundários, para o que realizará as seguintes actividades:

- *Acolhimento e admissão de doentes enviados dos diversos Centros de Saúde e/ou dos Hospitais Distritais da sua Zona de captação*
- *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 4 Especialidades básicas;*
- *Prestação de cuidados de urgência, em regime de 24 horas por dia a:*
 - *Fracturas e outros traumatismos, mesmo que impliquem grande cirurgia, por cirurgião geral ou técnico de Medicina especializado em Cirurgia; 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/ou dos Hospitais Distritais e que necessitem de observação clínica por médico de clínica geral ou por médico especialista de uma das 4 especialidades básicas;*
- *Tratamento das principais afecções 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.*

A Cidade da Matola, assim como a Cidade de Maputo, histórica e actualmente têm um carácter especial devido ao facto de não ter nenhum hospital nem distrital nem rural. Segundo o regulamento, atendendo a população da Cidade da Matola, o Distrito actualmente deveria ter três ou quatro hospitais distritais, um por cada 250.000 habitantes.

Segundo o Regulamento, 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 do indicado no numero anterior, 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 electiva.

Os serviços que deveria prestar são:

- *Consultas de Medicina Interna. Pediatria. Cirurgia e Obstetrícia/Ginecologia;*
- *Odonto-estomatologia;*
- *Urgências e pequena cirurgia (suturas, drenagens de abscessos, etc.) e redução de fracturas fechadas;*
- *Internamento de observação por algumas horas*
- *Tratamentos (injecções, pensos, etc.), Laboratório, Radiologia, Banco de Sangue, Fisioterapia, Farmácia;*
- *Grande cirurgia;*
- *Internamento para Medicina Interna. Pediatria, Cirurgia e Obstetrícia/Ginecologia;*
- *Atendimento de Partos;*
- *Serviços de cozinha, lavandaria manual ou mecânica, Armazéns, etc;*
- *Eventualmente actividades de formação;*
- *Casa Mortuária.*

O HG da Machava é um hospital sanatório de 230 camas que oferece serviço de internamento para doentes de tuberculose e para Pediatria. Oferece consulta ambulatoria para doentes que estiveram previamente internados atendendo doenças crónicas tais como diabetes ou hipertensão.

Oferece também consultas de psicologia e de oftalmologia. Recebe doentes de outras US com tuberculose e afectados por co-infecções e doentes com todo tipo de patologias pediátricas e especialmente realiza internamentos por desnutrição.

Não oferece serviços de atenção gineco-obstétrica nem realiza partos, serviços de estomatologia, internamento de observação ou serviço de urgência 24 horas.

Pode-se, por tanto, dizer que o HG da Machava não reúne as condições nem oferece os serviços que correspondem a um hospital desta tipologia.

No que respeita ao HP da Matola, o Regulamento diz que os *Hospitais Provinciais têm como função dispensar Cuidados de Saúde Terciários e constituem o nível de referência para os doentes que não encontram solução para os seus problemas de saúde nos Hospitais Rurais e/ou Hospitais Gerais, bem como para os doentes provenientes de Hospitais Distritais e de Centros de Saúde (Nível Primário de Atenção de Saúde), que se situam nas imediações do Hospital Provincial e que não têm Hospital Rural, nem Hospital Geral para onde possam ser referidos.*

Em princípio, os Hospitais Provinciais só recebem doentes referidos nos termos do número anterior, podendo contudo, em caso de urgência e outros casos excepcionais, devidamente regulamentados, receber directamente doentes que contactam por primeira vez com o Sistema Nacional de Saúde.

A zona de captação dos Hospitais Provinciais compreenderá, em princípio, populações entre 800.000 e 2.000.000.

As principais características de um Hospital Provincial que o distinguem dos Hospitais Rurais e Gerais são:

- *Possuir muito melhores condições e equipamentos para a realização de exames complementares de diagnóstico;*
- *Os serviços individualizados das quatro especialidades básicas (Medicina Interna, Pediatria, Cirurgia e Obstetrícia e Ginecologia) dispõem sempre de médicos especialistas;*
- *Ter, para além disso, serviços individualizados de, pelo menos, as seguintes especialidades: Traumatologia, Doenças Infectocontagiosas e, eventualmente, Neurologia;*
- *Possuir capacidade de atendimento, pelo menos em regime ambulatório, nos domínios da Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Dermato-Venereologia e Psiquiatria;*
- *Disponer, de Serviço de Transusão de Sangue e de Medicina Física e Reabilitação;*
- *Disponer, em todas as enfermarias, de equipas de enfermagem em regime de prestação de serviços, 24 horas por dia;*
- *Ter anexo ao Serviço de Urgências, uma Unidade de Cuidados Intensivos.*

O HP da Matola é um hospital de nível terciário que serve de referência aos Hospitais Rurais e Gerais dos distritos da província de Maputo, mas que, para a Cidade da Matola, constitui também o nível de referência para os CS e PS para as quatro especialidades básicas.

Para além de isso, realiza também vacinações, só quando há campanhas, e dispõe de brigada móvel própria que realiza também captação de doações de sangue e procura activa de casos.

8.2.1 Comparando tamanhos

Se na secção anterior foi detalhado o leque de serviços a serem oferecidos pelas US primárias e secundárias do sector público da Cidade da Matola. Nesta secção se apresenta 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, a população de referência para um HG localizado em zona urbana variaria entre 50.000 e 250.000 habitantes. Um CSUA deveria cobrir uma população entre 40.000 e 100.000 pessoas, o CSUB entre 18.000 e 48.000 e o CSUC entre 10.000 e 25.000. 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 excessiva 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. Porém na tabela 8.3 compara-se a configuração actual da rede com os possíveis cenários que admite o regulamento.

Tabela 8.9 A Rede Sanitária aplicando o Diploma Ministerial 127

TIPO US E POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA	UNIDADES SANITÁRIAS POR TIPO E POPULAÇÃO REAL	POPULAÇÃO POR CIMA DA NORMA	UNIDADES EXISTENTES	UNIDADES NECESÁRIAS PARA A POPULAÇÃO POR CIMA DA NORMA COM US DO MESMO TIPO	
				VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO
CSR II	CS Boquisso	CS Boquisso			
7.500 a 20.000	37.085	17.085	1	2	1
	CS Matola-Gare	CS Matola-Gare			
	74.170	54.170	1	7	3
CSUA	CS Matola II	CS Matola II			
40.000 A 100.000	139.068	39.068	1	1	0
	CS Ndlavela	CS Ndlavela			
	111.255	11.255	1	0	0
TIPO CSUB	CS Machava II	CS Machava II			
18.000 a 48.000	92.712	44.712	1	2	0
	CS Machava-Bedene	CS Machava-Bedene			
	55.627	7.627	1	0	0
TIPO CSUC	CS Khongolote	CS Khongolote			
10.000 a 25.000	64.899	39.899	1	4	2
	CS Liberdade	CS Liberdade			
	74.170	49.170	1	5	2
	CS Machava I	CS Machava I			
	37.085	12.085	1	1	0
	CS Matola I	CS Matola I			
	92.712	67.712	1	7	3
	CS Muhalaze	CS Muhalaze			
	46.356	21.356	1	2	1
	CS Tsalala	CS Tsalala			
	46.356	21.356	1	2	1
	CS Unidade A	CS Unidade A			
55.627	30.627	1	3	1	
TOTAL POPULAÇÃO POR CIMA DA NORMA		443.749	13	38	12
POPULAÇÃO POR US			71.317	18.146	36.506

De se calcular, unidade por unidade, a população que está por cima do valor mais alto da norma, vemos que, para todas as US há uma quantidade variável de pessoas que ficam fora da norma estabelecida; estes valores são muito variáveis oscilando entre 7.627 pessoas para o CS da Machava-Bedene ou as 67.721 pessoas para o CS da Matola I, sendo o total de pessoas por fora do valor mais alto da norma de 443.749 habitantes que ficariam sem serviço.

A rede resultante desta pesquisa estaria composta, para além das 13 US já existentes sem considerar os PS, de entre 38 e 12 novas US. Caso de se considerar 38 novas US mais as 13 existentes, ficaria uma rede com 51 US das quais 12 (23,5%) seriam CSR II, 3 (5,88%) seriam CSUA, 5 (9,8%) seriam CSUB e 31 (60,78%) seriam CSUC. Porém, dadas às características demográficas do Distrito da Matola, não deveria haver CS rurais e sim CS urbanos de tipo A ou B.

Os valores de habitantes por US variariam nestes casos entre 18.146 habitantes por US no caso de construir 38 novas US ou 36.506 no caso de construir 12 novas US. Outra forma de calcular as necessidades de novas US a serem construídas, seria fazer os cálculos como se fosse construído um único tipo de US para dar cobertura a todas as pessoas que estão não cobertas segundo a norma, como mostra a tabela a seguir:

Tabela 8.10 Cálculo de necessidades para cada tipo de US (para um único tipo de US)

TIPO US	POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA	POPULAÇÃO FORA DA NORMA	Nº DE NOVAS US PARA VALOR MÁXIMO DA NORMA	Nº DE NOVAS US PARA VALOR MÍNIMO DA NORMA
CSR II	7.500 a 20.000	443.749	59	22
CSUA	40.000 A 100.000	443.749	11	4
CSUB	18.000 a 48.000	443.749	25	9
CSUC	10.000 a 25.000	443.749	44	18

A tabela mostra que existe uma importante necessidade de novas US para dar devido cumprimento as normas estabelecidas no regulamento. Assim, se esta rede for comparada com a existente, parece claro que na rede “ideal” da Matola, para oferecer adequadas coberturas, deveriam ser construídas, equipadas e dotadas com os recursos necessários para o seu funcionamento, incluídos os recursos humanos, um bom número de US.

Para a análise dos recursos humanos, pode-se também comparar o pessoal existente com a norma, aplicando o Diploma Ministerial para cada tipo de US como mostram as tabelas a seguir:

Tabela 8.11 Recursos humanos dos CSR II

EQUIPAS	NORMA	CS Boquisso	CS Matola-Gare
Médico		0	5
Téc. Medicina Preventiva e Saneamento do meio		1	2
Técnico de Odonto-estomatologia		0	1
Agentes de Odontobestomatologia		0	1
Téc. de Medicina		2	2
Agente de Medicina	1	2	3
Agente de Med. Preventiva e Saneamento meio		0	1
Enfermeira de SMI ou Parteira elementar	1	5	14
Servente	1	9	24
Enfermeiras(os) básicas(os) ou elementares		2	7
Agente de Laboratório		0	2
Técnico(a) de Laboratório		0	1
Agente de Administração de unidades sanitárias		1	1
Técnico(a) de Farmácia		1	1
Técnico(a) de Radiologia		0	0
Agente de Radiologia		0	0
Agente de Farmácia		1	1
Escriturário-Dactilógrafo		0	1
Outros		0	3
TOTAIS	3	24	70

SE NÃO HOUVER AGENTE DE MEDICINA PODE-SE SUBSTITUIR POR UM ENFERMEIRO BÁSICO OU ELEMENTAL

Nos dois CSR II existentes, está-se muito por cima da norma tanto em quantidade quanto em qualidade dos recursos humanos, sendo os RRHH quase o triplo em Matola-Gare que em Boquisso o que se reflecte, por exemplo no número de médicos, enfermeiras de SMI, enfermeiros básicos ou no pessoal de laboratório.

Os três classificados como “outros” no CS da Matola-Gare, segundo a classificação da base de dados de Recursos Humanos, são um Técnico de Acção Social C, um Técnico de Psiquiatria e Saúde Mental e um Psicólogo Clínico A.

Tabela 8.12 Recursos humanos dos CSUA

EQUIPAS	NORMA	CS Matola II	CS Ndlavela
Médico	1	3	6
Téc. Medicina Preventiva e Saneamento do meio	1	3	2
Técnico de Odonto-estomatologia	1 (*)	4	3
Agentes de Odontobestomatologia	1 a 2	0	0
Téc. de Medicina	1	3	12
Agente de Medicina	2 a 4	4	11
Agente de Med. Preventiva e Saneamento meio	1	0	0
Enfermeira de SMI ou Parteira elementar	5	11	27
Servente	5 a 8	31	35
Enfermeiras(os) básicas(os) ou elementares	4 a 5	12	12
Agente de Laboratório	1 a 2	0	3
Técnico(a) de Laboratório	1	3	8
Agente de Administração de unidades sanitárias	1	1	6
Técnico(a) de Farmácia	1	5	5
Técnico(a) de Radiologia	1	0	0
Agente de Radiologia	1	0	0
Agente de Farmácia	1 a 2	1	0
Escriturário-Dactilógrafo	2 a 3	0	0
Outros		11	6
TOTAIS	27 a 40	92	136

SE NÃO HOUVER AGENTE DE MEDICINA PODE-SE SUBSTITUIR POR UM ENFERMEIRO BÁSICO OU ELEMENTAL

Também nos dois CSUA, está-se muito por cima da norma tanto em quantidade quanto em qualidade dos recursos humanos. Porém, as diferenças entre ambas as US são menos marcadas que entre os dois CSR II. As diferenças mais marcadas em quantidade estão em médicos, técnicos e agentes de medicina, enfermeiras de SMI e agentes e técnicos de laboratório. De resaltar que nenhum dos CSUA dispõe de serviço de Radiologia nem, portanto, de recursos humanos quando a norma estabelece que deveria haver um técnico e um agente de radiologia.

Os 11 trabalhadores classificados como “outros” no CS da Matola II, são um Agente de Acção Social D, um Técnico de Acção Social C, um Agente de nutrição, um Técnico de Nutrição, um Microscopista, quatro Técnicos de Psiquiatria e Saúde Mental, um Farmacêutico A e um Documentalista A. E o seis do CS de Ndlavela um Técnico de Acção Social C, um Técnico de Psiquiatria e Saúde Mental, dois Fisioterapeuta A e dois Psicólogo Clínico A.

Tabela 8.13 Recursos humanos dos CSUB

EQUIPAS	NORMA	CS Machava II	CS Machava-Bedene
Médico		2	0
Téc. Medicina Preventiva e Saneamento do meio		3	1
Técnico de Odonto-estomatologia		4	0
Agentes de Odontorestomatologia	1	1	0
Téc. de Medicina	1 (**)	4	0
Agente de Medicina	1	4	1
Agente de Med. Preventiva e Saneamento meio	1	0	0
Enfermeira de SMI ou Parteira elementar	2	15	5
Servente	3	28	10
Enfermeiras(os) básicas(os) ou elementares	1	14	0
Agente de Laboratório	1	1	0
Técnico(a) de Laboratório		1	0
Agente de Administração de unidades sanitárias	1	7	2
Técnico(a) de Farmácia		3	0
Técnico(a) de Radiologia		0	0
Agente de Radiologia		0	0
Agente de Farmácia	1	2	0
Escriturário-Dactilógrafo	1	0	0
Outros		11	0
TOTAIS	12	100	19

SE NÃO HOUVER AGENTE DE MEDICINA PODE-SE SUBSTITUIR POR UM ENFERMEIRO BÁSICO OU ELEMENTAL

Os dois CSUB estão por cima da norma tanto em quantidade quanto em qualidade dos recursos humanos. As diferenças entre ambas as US são muito marcadas em todo tipo de técnicos já que o CS da Machava-Bedene tem vários técnicos mais que a norma em tanto que o CS da Machava II tem mais de nove vezes os recursos humanos que indica a normativa. As diferenças mais marcadas em quantidade estão em médicos, técnicos e agentes de medicina, enfermeiras de SMI e agentes e técnicos de laboratório.

Os 11 trabalhadores classificados como “outros” no CS da Machava II são um Agente de Acção Social D, um Agente de nutrição, um Técnico de Acção Social C, um Técnico de Nutrição, um Técnico de oftalmologia, um Técnico de Psiquiatria e Saúde Mental, um Farmacêutico A, dois Psicólogos Clínicos A e dois Documentalistas A.

Tabela 8.14 Recursos humanos dos CSUC

EQUIPAS	NORMA	CS Khongolote	CS Liberdade	CS Machava I	CS Matola I	CS Muhalaze	CS Tsalala	CS Unidade A
Médico		2	1	0	2	0	0	0
Téc. Medicina Preventiva e Saneamento do meio		2	2	0	1	1	1	2
Técnico de Odontobestomatologia		0	0	0	0	0	0	0
Agentes de Odontobestomatologia		0	0	0	1	0	0	0
Téc. de Medicina		0	0	0	2	0	1	0
Agente de Medicina	1	2	4	2	6	0	1	3
Agente de Med. Preventiva e Saneamento meio		0	0	0	0	0	0	0
Enfermeira de SMI ou Parteira elementar	1	15	5	1	9	5	3	3
Servente	1	10	6	5	12	0	3	3
Enfermeiras(os) básicas(os) ou elementares	1	10	3	0	6	0	1	2
Agente de Laboratório		2	0	0	4	0	0	0
Técnico(a) de Laboratório		1	0	0	3	0	1	0
Agente de Administração de unidades sanitárias		3	1	1	5	0	0	1
Técnico(a) de Farmácia		2	1	0	1	0	0	0
Técnico(a) de Radiologia		0	0	0	0	0	0	0
Agente de Radiologia		0	0	0	0	0	0	0
Agente de Farmácia		0	0	0	4	0	0	1
Escriturário-Dactilógrafo		0	0	0	0	0	0	0
Outros		6	1	2	5	0	3	1
TOTAIS	4	55	24	11	61	6	14	16

SE NÃO HOUVER AGENTE DE MEDICINA PODE-SE SUBSTITUÍR POR UM ENFERMEIRO BÁSICO OU ELEMENTAL

Todos os CSUC estão por cima da norma tanto em quantidade quanto em qualidade dos recursos humanos. Porém a variação é muito grande indo desde os 6 trabalhadores no CS de Muhalaze até os 61 do CS de Matola

Os dezoito trabalhadores classificados como outros nos CSUC são:

No CS de Khongolote, um Agente de Nutrição, um Agente Sanitário, dois Técnicos de Psiquiatria e Saúde Mental, um Técnico de Acção Social C e um Técnico de Cirurgia A;

No CS de Liberdade, um Técnico de Nutrição;

No CS de Machava I, um Psicólogo A e um Técnico de Ambiente A;

No CS de Matola I, um Técnico de Psiquiatria e Saúde Mental, três Psicólogos Clínicos A e um Técnico de estatística C;

No CS de Tsalala, um Técnico de Psiquiatria e Saúde Mental, um Psicólogo A e um Documentalista A;

No CS da Unidade A, um Agente sanitário.

Se considerarmos as necessidades em recursos humanos tendo em conta o Regulamento vigente, os cálculos seriam como mostra a tabela a seguir:

Tabela 8.15 Pessoal necessário, por categoria e por nível da US, aplicando o Diploma Ministerial 127

TIPO DE US	Nº DE RRHH POR US SEGUNDO O REGULAMENTO	Nº DE US	Nº TOTAL DE RRHH SEGUNDO O REGULAMENTO	RECURSOS EXISTENTES	Nº VEZES SUPERIOR
CSRII	3	2	6	94	15,67
CSUA	40	2	80	228	2,85
CSUB	12	2	24	119	4,96
CSUC	4	7	28	187	6,68
TOTAIS		13	138	628	4,55

Está-se muito por cima da norma tanto em quantidade quanto em qualidade dos recursos humanos aplicando a norma Ministerial. Varia entre quase três vezes mais recursos humanos que a norma nos CSUA e as mais de quinze vezes que ultrapassam a norma os CSR II.

O facto de que as equipas mínimas estabelecidas no regulamento, 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.

Se os cálculos fossem feitos em relação às necessidades em estruturas e aplicando a normativa vigente, as necessidades em RRHH seriam como mostra a tabela a seguir:

Tabela 8.16 Pessoal necessário, por categoria e por nível da US, aplicando o Diploma Ministerial

TIPO DE US	Nº DE RRHH POR US SEGUNDO O REGULAMENTO	Nº DE NOVAS US	Nº TOTAL DE RRHH SEGUNDO O REGULAMENTO	MÉDIA ACTUAL DE RRHH	Nº TOTAL DE RRHH SEGUNDO A MÉDIA ACTUAL
CSRII	3	12	36	47	564
CSUA	40	3	120	114	342
CSUB	12	5	60	60	298
CSUC	4	31	124	27	828
TOTAIS		51	340		2.032

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 apresentadas e comentadas as principais conclusões da pesquisa na mesma ordem em que aparecem nos capítulos.

9.1 METODOLOGIA

- O facto de pesquisar a situação num único distrito, não permite fazer comparações entre os distritos da mesma província nem, portanto, dispor de todos os elementos necessários para ter uma visão de rede nos níveis primário e secundário.
- O processo de progressiva unificação dos subsistemas de informação, embora encaminhada, ainda tem áreas isoladas o que permite a produção de certas inconsistências entre fontes que reportam a mesma informação.
- Certa indefinição do beneficiário último da investigação: MINSA, SDSMAS, Município.

9.2 REDE SANITÁRIA

- Ainda existem dois POSTOS DE SAÚDE quando o regulamento diz o seguinte sobre a transformação dos Postos em Centros de Saúde

No prazo máximo de 6 meses a partir da publicação deste Diploma Ministerial, as Direcções Provinciais de Saúde, se necessário, com o apoio técnico das estruturas de Nivel Central, analisarão a situação dos actuais Postos de Saúde e, a luz das disposições deste Diploma Ministerial, nomeadamente dos seus Artigos 4º, 6º, 14º, 16º e 17º, e farão propostas para que, no prazo máximo de 5 anos a partir da publicação deste Diploma Ministerial, os actuais Postos de Saúde situados em zona rural e cobrindo na sua zona de influência directa, pelo menos 7.500 habitantes, ou situados em zona urbana e cobrindo na sua zona de influência directa, pelo menos 10.000 habitantes, se tenham transformado em Centros de Saúde.

No respeitante aos actuais Postos de Saúde, não cobrindo no seu raio de influência directa, o número de habitantes indicado no parágrafo anterior, as Direcções Provinciais de Saúde devem considerar a possibilidade de incorporação desses Postos de Saúde na Rede Comunitária, como alternativa a sua transformação em Centros de Saúde.

Sob proposta das Direcções Provinciais de Saúde e ouvidas as Direcções Nacionais de Saúde e de Planificação e Cooperação, o Ministro da Saúde, por despacho, emitirá directivas sobre o ritmo de transformação em Centros de Saúde, dos Postos de Saúde referidos no parágrafo anterior e que não possam ser integradas na Rede Comunitária.

- Parece que, nos últimos anos, tem havido uma aceleração do processo de construção de novas US, havendo actualmente quatro novas US, duas de próxima inauguração (o Centro de Saúde de Língamo e o CS São Dâmaso e dois em fase de construção inicial: o Centro de Saúde do Hospital Provincial da Matola, e CS de Kobe.)
- Em 2015, na Cidade de Matola, havia uma US pública primária em funcionamento por cada 57.945 habitantes. Na Cidade de Maputo, em 2012, a mesma proporção era de 36.792 habitantes, com extremos no município de KaMaxakeni (67.021) e KaNhaka (1.862). A razão habitante por HG é 927.123 em tanto que na Cidade de Maputo era de 150.837.

Tabela 9.1 Necessidade de novas US segundo o Regulamento (Diploma Ministerial 127)

UNIDADE SANITÁRIA	TIPO US	POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA	NORMA NO REGUSAP	POPULAÇÃO EM EXCESSO SOBRE O MÁXIMO	NECESSIDADE NOVAS US	
					MÁXIMA	MÍNIMA
CS Boquisso	CSRII	37.085,00	7.000 à 20.000	17.085	2,44	0,85
CS Matola-Gare	CSRII	74.170,00	7.000 à 20.001	54.170	7,74	2,71
CS Matola II	CSUA	139.068,00	40.000 à 100.000	39.068	0,98	0,39
CS Ndlavela	CSUA	111.255,00	40.000 à 100.001	11.255	0,28	0,11
CS Machava II	CSUB	92.712,00	18.000 à 48.000	44.712	2,48	0,93
CS Machava-Bedene	CSUB	55.627,00	18.000 à 48.001	7.627	0,42	0,16
CS Khongolote	CSUC	64.899,00	10.000 à 25.000	39.899	3,99	1,60
CS Liberdade	CSUC	74.170,00	10.000 à 25.001	49.170	4,92	1,97
CS Machava I	CSUC	37.085,00	10.000 à 25.002	12.085	1,21	0,48
CS Matola I	CSUC	92.712,00	10.000 à 25.003	67.712	6,77	2,71
CS Muhalaze	CSUC	46.356,00	10.000 à 25.004	21.356	2,14	0,85
CS Tsalala	CSUC	46.356,00	10.000 à 25.005	21.356	2,14	0,85
CS Unidade A	CSUC	55.627,00	10.000 à 25.006	30.627	3,06	1,23

No que respeita à cobertura do espaço físico, os mapas mostram que a localização das unidades sanitárias primárias faz que possivelmente haja pessoas que moram a mais de quatro Km de distância da unidade sanitária mais próxima, não cumprindo as exigências do Diploma Ministerial 127 que estipula que o rádio de cobertura dos CS nas zonas urbanas será de um a quatro Km.

Dado que as projecções demográficas mais detalhadas que o INE pode fornecer são por distrito, quer dizer, para o conjunto da Cidade da Matola (só se tem dados de população por quarteirões e por bairros para o ano do último censo, 2007, mas estes dados não se devem projectar até a actualidade dadas às mudanças desiguais que mostram as populações dos bairros), não se pode estimar a número de pessoas que moram a mais de quatro Km da sua unidade sanitária mais próxima.

Quando se inaugurem os centros de saúde de Lígamo e o de São Dâmaso e se finalize a construção e o equipamento dos centros do Hospital Provincial e o de Kobe a Cidade da Matola teria 19 unidades primárias em funcionamento. Mas, tal como mostra o mapa seguinte, a sua localização significará que possivelmente continuará a haver pessoas que terão que se deslocar mais de quatro Km para chegar até uma unidade sanitária primária.

- **No que diz respeito as US com COEC**, unicamente o HP da Matola brinda estes serviços, o que situa a Cidade da Matola longe da média proposta pela OMS que é de uma US com COEC para cada 500.000 habitantes.
- Só o HP da Matola oferece serviços de **banco de sangue e de cirurgia** maior e o serviço de transfusão de sangue é oferecido pelo HP da Matola e pelo HG da Machava.
- Os CSUA da Matola II e de Ndlavela oferecem **serviço de circuncisão**.
- Nenhuma US da rede primária tem serviço de radiologia. Este serviço assim como o serviço mortuário se oferece unicamente no HG da Machava e no HP da Matola.
- 9 US (59% do total) tem laboratório.
- O HG da Machava e o HP da Matola têm duas ambulâncias cada um deles, em tanto que para as outras US do Distrito dispõe-se de serviço de transporte de doentes mediante duas ambulâncias.

9.4 SISTEMAS DE REFERÊNCIA

- Não existem hospitais distritais. Segunda normativa vigente o primeiro nível de referência para as US de nível primário são os hospitais distritais junto dos HG.
- Há um HG de referência, o HG da Machava, que não dispõe de todas as valências que deveria ter a um hospital desta categoria já que dispõe unicamente de serviços de referência para Tuberculose (e co-infecções) e todos os tipos de patologias pediátricas (especialmente por desnutrição) assim como atendimento em consulta ambulatoria de doentes crónicos (diabetes, hipertensão) em doentes que estiveram previamente internados por tuberculose. O hospital também faz consultas de psicologia e de oftalmologia. A reduzida oferta de serviços do HG contribui a que algumas US da rede derivem aos seus pacientes ao Hospital José Macamo e HP da Matola, de nível terciário, que cumprem os requisitos de nível de referência para a Cidade da Matola.
- A capacidade de resposta do nível secundário é fraca. Efectivamente as 230 camas do HG da Machava são exclusivamente para doentes tuberculosos e as outras 34 restantes para pediatria o que constitui um bias importante na disponibilidade de camas por habitantes e deixa ao distrito praticamente sem camas para doentes de qualquer patologia dado que as 127 restantes são camas destinadas a maternidade.
- É necessário reforçar a rede primária com serviços de atenção às 24h, transporte para doentes ou serviços de estomatologia.
- O sistema de informação parece que funciona bastante bem e está a ser melhorado. Porém, existem discrepâncias significativas entre os dados registrados em papel e os dados do MB o que coloca dificuldades na análise posterior quando houver erros.
- Ha casos em que o pessoal sanitário (médicos o técnicos estomatólogos) de certas US presta apoio a outras US mediante visitas semanais o mensais, para alargar a sua oferta de serviços, Assim acontece, por exemplo, com os PS, T3 e Km²⁵, que dependem para o seu funcionamento dos CS Matola-Gare e Unidade A respectivamente, sendo estes CS os responsáveis de apoiar aos PS na prestação de alguns serviços como por exemplo, a esterilização do material, a vacinação ou o controle da criança sadia com os CS da Matola-Gare e que apoiam aos PS.

- O SDSMAS coordena e gere um sistema comum de transporte de doentes que, em princípio indica um uso eficiente de um recurso caro. Porém o número de viaturas disponíveis, especialmente de ambulâncias é insuficiente para cobrir a demanda de forma adequada.

9.5 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.

9.5.1 Necessidade de incrementar a rede sanitária

Mesmo mantendo certa constância no incremento do número de US nos tempos recentes, a rede sanitária da Cidade da Matola não resulta proporcionada ao grande aumento populacional do Município das últimas décadas. Os imponentes fluxos de imigração que interessaram todas as áreas próximas à Cidade de Maputo foram especialmente fortes na Matola onde muitas áreas que faz pouco tempo ainda eram consideradas rurais foram rapidamente edificadas ou urbanizadas. A população no período entre o ano 1991 e o ano 2007 duplicou e a tendência da última década segue sendo muito forte.

Mesmo que o Município esteja a ponto de abrir 4 novas US além das 15 já funcionantes o número complexo de 19 unidades resulta ser totalmente inadequado à uma população de quase um milhão de moradores.

A presença do Hospital Geral da Machava e do Hospital Provincial da Matola não é uma solução a este problema estrutural da rede de serviço de saúde do Município.

No momento em que haja recursos financeiros disponíveis, será preciso elaborar um plano de extensão da rede para garantir o serviço de saúde a toda a população.

9.5.2 Necessidade de plantas-tipo

Não sempre foram desenvolvidas plantas-tipo por nível de unidades.

A determinação de modelos de plantas-tipo arquitectónicas pode facilitar o processo de planificação, licitação e fiscalização. A DPS tem elaborado uma planta-tipo para os Centros de Saúde Urbano de Tipo B e os dos novos centros de São Dâmaso (já acabado) e de Kobe (em fase de edificação) respondem a este modelo, a pesar disso não se dispõe de outras plantas-tipo para as outras tipologias de US.

Para agilizar os processos de standardização das construções, a fiscalização dos procedimentos de licitação e edificação, a redução dos tempos burocráticos e o aproveitamento dos recursos financeiros é preciso estabelecer os planos arquitetónicos das plantas-tipo por cada tipologia de US. Além disso essas plantas-tipo garantem o cumprimento dos parâmetros de funcionalidade de cada unidade segundo os serviços de saúde previstos por cada tipologia.

9.5.3 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 volumem 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 (14 reabilitações ligeiras no total de 17 unidades construídas), 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) no possível.

É preciso intervir inicialmente nas unidades onde as imprefecções causam interrupção das atividades de prestação do atendimento. Em algumas ocasiões as infiltrações de água da chuva ou os problemas de realização das instalações relativas às águas ou à energia são problemas que afectam directamente as atividades do pessoal de saúde.

Algumas áreas de consultas ou de atendimento não estão colocadas em ambientes que possam garantir um suficiente nível de higiene, privacidade ou tranquilidade para os doentes. As separações entre os quartos e as várias atividades foram feitas dentro das estruturas existentes que nem sempre respondem às necessidades do funcionamento do serviço de saúde e em muitos casos foram realizadas com materiais pouco adequados como paredes de madeira ou até de simples cortinas. É preciso intervir para realizar umas separações permanentes que mantenham uma divisão real das atividades e um isolamento acústico e visivo suficiente.

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

9.5.4 Abastecimento água e energia

No contexto da Cidade da Matola o funcionamento das redes municipais de abastecimento de água e de energia resultam ser adequado e por tanto a rede municipal não tem graves problemas nesse sentido, mas embora a totalidade das US do Município utilize a rede geral de abastecimento de energia, apenas nove unidades de 16 funcionantes estão utilizando a rede geral de abastecimento de água.

Isso torna o problema do abastecimento de água constante a todas as US uma questão urgente. Em cinco casos a água para a unidade vem de poço ou furo, mas essa, em contexto urbano, não é a situação que deveria se dar.

O posto de saúde Km 25 não tem nenhum abastecimento de água.

9.5.5 Observações estruturais e funcionais das US

Na avaliação das infraestruturas apresentada no capítulo cinco 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;
- Utilização de uma área para fins diferentes (por razões diversas) àqueles para que foi desenhada;
- Áreas de espera pequenas em relação à grande quantidade de pacientes que utilizam os serviços de saúde (por exemplo, as farmácias são pequenas e não permitem a adequado armazenamento dos medicamentos);
- Problemas de manutenção dos sistemas de água das unidades até o ponto que às vezes algumas unidades ficam sem água. Também há problemas de infiltrações e de escoamento das águas servidas;
- Caixilharia inadequada que deixa a água passar durante os períodos de chuva;
- Em três casos o tratamento de lixo não é correcto porque só trata-se de deixá-lo num buraco aberto. Isso provoca péssimas condições higiénicas. E o PS T3 têm sistema de tratamento de lixo.

Em geral todas as infraestruturas das unidades resultam ser insuficientes por tamanho em relação ao tipo de serviço que deveriam prestar. A população dos bairros urbanos do Município de Matola foi crescendo muito nos últimos períodos, isso se reflete na congestão das áreas de atendimento e de espera de praticamente todas as unidades visitadas.

Por outra parte, o desenho das distribuições funcionais existentes resulta ser muito carente e confuso devido em alguns casos à utilização de edifícios residenciais para o uso de prestação sanitária. Nos casos das US maiores a fragmentação do serviço em várias estruturas diferentes é um ulterior fator de confusão. O centro de saúde de Machava II é um bom exemplo dessa implantação não coerente na que várias casas reutilizadas como blocos médicos se distribuem de jeito pouco claro numa área urbana e o bloco de maternidade da mesma unidade fica completamente separado do conjunto principal, tendo um endereço diferente.

Os casos de unidades de nova construção resultam ser mais coerentes em termos de funcionalidade, por isso aconselha-se sempre o uso de plantas-tipo nas novas construções.

9.5.6 US em zonas de risco

Cabe sublinhar o preocupante facto de que a o CS de Língamo parece que se encontra numa zona bastante susceptível às cheias. Por essa razão essa área prevê uma iminente evacuação da população. Se essa ação fosse realmente aprovada, o centro, mesmo que seja recente e de qualidade boa, acabaria sendo abandonado e o investimento da construção e equipamento seriam perdidos.

9.5.7 Observações sobre as residências para trabalhadores

As residências para o pessoal apenas são presentes em 13% das US. Embora que esse dado não há de considerar-se como um esquecimento da rede de saúde do Município de Matola, porque as residências para o pessoal são um incentivo para a fixação do pessoal na comunidade de trabalho, 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. Isso quer dizer que na área municipal da Cidade da Matola, que é principalmente urbana, essa exigência não é sempre primária, sendo registrada a falta de residências para médicos nas zonas centrais. Por outro lado, nos bairros mais afastados do centro da cidade, como Boquisso, Matola-Gare e Khongolote, observa-se a presença de casas de trabalhadores associadas às unidades, como pode-se esperar, porém no CS de Matola-Gare a residência se acha em estado de ruína e é inutilizável. Seria por tanto preciso proceder com a reabilitação da estrutura para poder reincorporar esse serviço para os trabalhadores.

9.6 DISPONIBILIDADE DE RECURSOS

9.6.1 Recursos Humanos

- A pesquisa mostra que existe uma grande diversidade na classificação dos RRHH segundo o seu nível de ocupação.
- Iguamente indica que existe um número adequada de recursos humanos para o tipo de prestações e o volume de actividade que foi realizado.
- Quanto a disponibilidade de técnicos de saúde em geral em relação à população, a média para o Distrito é de 2.568 habitantes por técnico com uma variação entre 1.309 habitantes por técnico para Ndlavela e 9.271 para Machava I ou quase 8.000 para Muhalaze e Machava-Bedene.
- Tendo em conta que há sete US que não dispõem de médico, a média no Distrito é de 44.149 habitantes por médico com uma variação entre 14.834 habitantes por médico para Matola-Gare ou 18.543 para Ndlavela e 74.170 habitantes por médico para Liberdade.

Segundo os *Indicadores de Desenvolvimento do Banco Mundial de 2015*, para os Sistemas de Saúde, na África subsahariana a taxa de médicos é de um médico 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 activo na Cidade da Matola, 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 no sector público já que a disponibilidade média para Matola está em um médico generalista para cada 48.796 habitantes. De facto, em Matola há seis US que não dispõem de médico, o que corresponde a 278.136 habitantes que não dispõem deste recurso.

- Quanto a disponibilidade de técnicos por habitante, os valores oscilam, por exemplo, entre pouco mais de onze mil habitantes por enfermeiro médio ou básico e 927.123 habitantes por técnico de oftalmologia ou 463.562 habitantes por técnico de fisioterapia ou por dentista.

Segundo a mesma fonte estatística, em 2015 havia em África a volta de 11 enfermeiras e parteiras por cada 10.000 habitantes. O dado para o nível primário na Cidade da Matola é de aproximadamente 2. Mesmo que os dois dados não são realmente comparáveis (no censo da Matola haveria que acrescentar as enfermeiras e as parteiras a trabalhar no sector privado, as dos níveis, secundário, terciário e quaternário e, talvez, outros trabalhadores denominados em Moçambique técnicos ou agentes de medicina), em conjunto, parece que a densidade de pessoal médico, de enfermagem e de atendimento obstétrico é bastante baixa.

- Na realização de funções auxiliares de diagnóstico e tratamento, como farmácia, laboratório e odontoestomatologia é frequente a presença de enfermeiros ou pessoal sem qualificação técnica formal devido à falta de técnicos médios e superiores especializados. Por exemplo, apenas existem parteiras e fisioterapeutas com formação específica. Porém, o Diploma Ministerial do MISAU contempla a possibilidade de contratar agentes básicos treinados nas mencionadas especialidades.
- Os técnicos de saúde, incluindo médicos e técnicos de todos os níveis, são o 60,16% do total da força de trabalho e entre eles, 5,5% são médicos, 9,2% técnicos superiores e a maior parte (85,08%) são técnicos médios ou básicos.

9.6.2 Camas hospitalares e outro equipamento

- Não existe um indicador óptimo da disponibilidade de camas, embora seja geralmente aceite o valor de uma cama por cada 1.000 habitantes como o mínimo aceitável. No caso da rede primária e secundária

da Cidade da Matola, com um total de 729 camas (incluindo o HP que não só cobre o distrito da Matola), a disponibilidade é de 0,78 camas por mil habitantes, longe da norma e também do valor obtido em 2012 para a província Cidade de Maputo que foi de 0,95 camas por mil habitantes.

- Três CS, para além do HP da Matola, dizem dispor de serviço de atendimento de urgências 24 horas: os CS de Machava II, Matola II e Ndlavela. Porém, as US de Machava II, Matola II, Ndlavela, Matola-Gare, Boquisso e até o PS Km 25 manifestaram realizar “internamento de observação”.
- As oito US que oferecem serviço de partos, oferecem também “internamento de maternidade”.
- O HP da Matola, para além da Cidade da Matola, serve também de referência a todos os distritos da Província de Maputo.
- As 230 camas do HG da Mchava são exclusivamente para doentes tuberculosos e as outras 34 restantes para pediatria o que constitui um biés para os cálculos da disponibilidade de camas por habitantes e deixa ao **distrito praticamente sem camas para doentes de qualquer patologia** dado que as 127 restantes são camas destinadas a maternidade.
- Nas US do nível primário há 127 camas de maternidade o que se traduz em 0,46 camas de maternidade por mil MIF, se a população de referência para o cálculo for toda a população da Cidade da Matola, mas se o valor utilizado para o cálculo fosse a população atribuída a estas US, a média seria de 0,69 camas por mil MIF.
- Considerando o anterior, pode-se dizer que, no nível primário e secundário, a disponibilidade global de camas de maternidade para MIF é baixa e a disponibilidade de camas de medicina por mil habitantes é extremamente baixa ou quase nula.
- Todas as US dispõem de equipamento crítico para realizar as consultas de Atenção Primária de Saúde com a exceção de algumas carências menores como o PS T3 que no momento do inquérito não tinha balança para bebês (que era trazida pela brigada móvel no momento de fazer as consultas) e o seu esfigmomanómetro estava avariado fazia uma semana. Igualmente, os PS T3 e Km 25, o CSUC Liberdade e até o HG da Machava não dispõem de estetoscópio fetal de Pinard. O HG Machava talvez não tenha porque não oferece os serviços de Ginecologia e Obstetria que lhe corresponderiam como HG de referência.
- Quanto ao serviço de estomatologia, para além do HP da Matola que oferece este serviço com duas cadeiras, quatro US do nível primário dispõem de cadeira estomatológica: Machava II, Matola II, Matola-Gare e Ndlavela.
- Não dispõem de serviço de estomatologia as US de Khongolote, Liberdade, Machava I, Machava-Bedene, Tsalala, CS Unidade A e os Ps Km 25 e T3, o que supõe, teoricamente, uma população de 333.765 habitantes que não estão cobertas por uma US com este serviço. Porém, no CS de Tsalala o laboratório deixou de funcionar por falta de equipamento, o CS de Liberdade se fazem as colheitas mas as amostras se enviam ao CS de Ndlavela, no CS de Muhalaze o laboratório não funciona a tempo inteiro por falta de técnico de laboratório e o laboratório da Matola II para os exames de bioquímica e hemogramas, encaminham os utentes ao laboratório do HG Macamo da província Cidade de Maputo.
- O Distrito não dispõe de técnicos superiores de laboratório.
- O CS de Khongolote não dispõe de serviço de laboratório nem de microscópio mas dispõe de dois agentes de laboratório e um técnico de laboratório em tanto que o CS de Boquisso que diz oferecer serviço de laboratório e ter um microscópio, não dispõe de técnicos nem de agentes de laboratório.

- O serviço de esterilização é realizado mediante autoclaves em quase todas as US excepto no CS de Machava I que é feita no HG da Machava, o PS T3 que envia no CS da Matola e o PS Km 25 que envia no HG da Machava ou no CS de Ndlavela.
- Todas as US dispõem de, pelo menos, uma geleira.
- Nenhuma US da rede primária dispõe de Ecógrafo nem de RX.
- Quanto às viaturas e o transporte para doentes, existem no Distrito duas ambulâncias que dão apoio a todas às US; este serviço deve ser solicitado por via telefónica.
- O CS de Muhalaze possui uma ambulância privada que dá também apoio as US de Khongolote e Boquisso.
- Todas as US com a excepção dos PS T3 e Km 25, manifestaram ter telefone que é pago, em geral, pela Fundação Ariel.
- Para além do HG da Machava e do HP da Matola, os CS de Machava II, Matola-Gare, Ndlavela e Boquisso também dispõem de conexão a internet.

9.6.3 Medicamentos e despesa com medicamentos

- Não receberam kits as seguintes US:
 - Machava-Bedene só funciona como maternidade;
 - Muhalaze não recebeu kits mas informaram que são apoiados em medicamentos pelo distrito através da via clássica e por uma fundação privada;
 - Machava I só recebeu através da via clássica.
- Foram distribuídos um total de 661 kits de Centro o que não foi suficiente para cobrir as 975.909 consultas realizadas ficando uma cobertura média de 68% no conjunto do Distrito. O custo dos kits foi de 5.222.561 MNZ o que supõe 5,6 MNZ por habitante e ano.
- As despesas reais por habitante seriam muito maiores caso de se acrescentar os valores atribuíveis aos gastos em medicamentos realizados pela via clássica (dados não disponíveis) e os medicamentos recebidos pelo HG da Machava e o HP da Matola.

9.6.4 Recursos financeiros

- Os únicos dados disponíveis para conhecer os recursos financeiros procedem do relatório anual da SDSMAS da Matola. Durante o ano 2015 a SDSMAS da Matola contou com diversas fontes de financiamento, destacando-se as que tinham carácter permanente.
- A despesa identificada por habitante da Cidade da Matola foi em 2015 de 96,26 MZN em tanto que para a Cidade de Maputo foi em 2013 de 174,35 MZN. É uma quantidade substancial que, na realidade provavelmente seja várias vezes maior, considerando como não incluídas as despesas de assistência sanitária correspondentes ao nível terciário e quaternário, os custos adicionais de outros conceitos como as despesas totais com medicamentos que fazem as famílias fora das US do sector público.
- Em comparação com o ano 2014, **o orçamento disponibilizado se reduziu um 23% o que se deveu a vários factores, nomeadamente a redução do OE para o funcionamento e a não disponibilização de fundos para o programa da malária, a redução do fundo Pro-Saúde e a redução drástica dos fundos da campanha nacional de Saúde da Criança, Medicina Preventiva.**

- Devido à exiguidade de fundos para responder as necessidades do sector de Saúde a dívida aumentou em 8.9%, comparativamente ao ano 2014.

9.7 VOLUME DE ACTIVIDADES E COBERTURA

9.7.1 Coberturas

- As coberturas atingidas pelos principais programas de vacinação são baixas (58,1% na terceira doses de Penta e 58,1% na VAS) o que poderia indicar um registo inadequado durante as campanhas de prevenção ou uma atividade vacinal não suficientemente registrada nas US privadas da cidade.
- Fizeram-se 0,97 consulta por habitante e ano.
- A taxa de ocupação das camas de maternidade foi de 33%, uma taxa muito baixa que permitiria quase triplicar o internamento. Isto, como já foi indicado para a cobertura de partos, pode ser devido a que a população demanda estes serviços a rede privada.
- Sem considerar as cem camas do HP e os seus 6.739 dias de ocupação, as camas das US da rede primária seriam 127 nas que se realizaram 27.118 dias de ocupação para uma cobertura global de 59%, com grandes oscilações entre os diferentes tipos de US e entre as próprias US do mesmo tipo. Assim, as TOC por tipo de US variam entre o 44% dos CRS2 e o 76% dos CSUA. E, entre os CSUA, o CS da Matola II teve uma TOC de 99% em tanto que o CS de Ndlavela apenas 55%. O mesmo acontece nos CSUB, onde Machava II teve uma TOC de 79% e o CS de Machava-Bedene o 31%.
- A cobertura média de partos foi de 30,9% o que é muito baixo. 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, tendo em conta todos os partos institucionais realizados tanto nas US da rede primária quanto os realizados no HP, a percentagem de cesarianas é de 4,4% o que parece muito baixo e ainda seria bastante menor (1,9%) caso de se fazer o cálculo em relação aos 36.992 partos esperados. E ainda seria menor de se ter em conta que nem todas as cesarianas realizadas corresponderiam às parturientes da Cidade da Matola dado que o HP serve a todos os distritos da província de Maputo.

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.

9.7.2 Potencial para ganhos de eficiência

- Os indicadores de produtividade mostram que cada técnico da rede primária produziu anualmente, sem considerar as actividades de laboratório, 5.784 UA por técnico equivalente a 3,8 horas de trabalho por dia o que entra no valor padrão que supõe pouco mais de três horas de trabalho por técnico e por dia.
- Incluindo a actividade laboratorial, de média, cada técnico da rede primária realiza por ano 6.958 UA o que equivale a 4,5 horas diárias de trabalho efectivo para um ano laboral de 250 dias.
- Todos os indicadores de eficiência mostram a possibilidade de aumentar a produtividade quase o duplo sem comprometer a qualidade do trabalho.

- O mesmo se poderia dizer da TOC de maternidade (33%), quê poderia acrescentar-se muito.
- 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.
- É possível aumentar o volume de atividades a realizar sem necessidade de recursos humanos adicionais e melhorando a disponibilidade de meios.

10 RECOMENDAÇÕES

O sistema de saúde descrito caracteriza-se, de forma geral, por uma rede quantitativamente importante e em expansão, compostas de unidades com um leque de serviços aceitável, mas que precisaria, segundo a análise feita e baseada no Diploma Ministerial, aumentar o número de CS com maior capacidade de resolução, equipadas e dotadas dos correspondentes recursos humanos e meios de consumo corrente e medicamentos a fim de garantir uma maior cobertura às populações e uma oferta de maior qualidade. Nomeadamente no que diz respeito aos serviços de diagnóstico pela imagem: radiologia, ecografia e outros. 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 ou 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.

A seguir se apresentam algumas recomendações cuja pertinência poderá ser considerada pelo MISAU, pela DPS, pelo SDSMAS e pelo Conselho Municipal para a tomada de decisões.

NORMATIVA E ESTRUTURAS

- Elaborar um novo Regulamento das US mais acorde com a realidade actual que permita adaptar a rede a nova situação socio-sanitária do Distrito e do País, incluindo uma reclassificação das US em concordância com os serviços que deveriam prestar.
- Atribuir a cada US uma “área de saúde” e uma população de cobertura e, se for possível, com um sistema de capitação.
- Transformar os PS em CS.
- Continuar com os investimentos necessários para manter as estruturas e para construir, equipar e dotar com recursos as US necessárias para dar cobertura a crescente população da Matola em concordância com os regulamentos em vigor.
- Velar por que a oferta global de serviços de CPS estabelecida no regulamento em vigor seja completa.
- Aumentar a cobertura de partos institucionais e as capacidades humanas e técnicas para assumi-la, o que, com a capacidade actual suporia, para uma cobrir todos os partos esperados, pouco mais de onze partos por sala de parto e dia.
- Modificar ou reforçar o SIS a fim de melhorar as capacidades do MB e eliminar as discrepâncias entre os registos em papel e os dados do MB o que coloca dificuldades na análise posterior quando houver erros.
- Melhorar a capacidade do SIS para conhecer o número de primeiras consultas prenatais e consultas subsiguientes que permitiriam conhecer por um lado, a cobertura para primeiras consultas prenatais e o índice de retorno de cada grávida e por outro, o factor de perca entre as primeiras consultas e os partos institucionais.
- Melhorar a capacidade do SIS para conhecer as consultas prenatais e os partos que são realizados em instituições privadas.

- Aumentar as US com COEC já que actualmente unicamente o HP da Matola brinda estes serviços.
- Aumentar a capacidade em serviços de radiologia e de ecografia já que unicamente duas US oferecem este serviço: o HG da Machava e o HP da Matola; porem, o Regulamento em vigor propõe que *“Adicionalmente, o Centro de Saúde Urbano Tipo A poderá ainda dispor do seguinte pessoal: 1 Técnico de Radiologia e 1 Agente de Radiologia.”*
- Adequar a classificação das US com os serviços que prestam, nomeadamente os de laboratório já que há um CSUB sem laboratório e dois CSUC com laboratório.
- Aumentar e melhorar as capacidades em número de técnicos e em material dos serviços de estomatologia.
- Melhorar o sistema de transporte e evacuação de doentes e o sistema de comunicação para a solicitação deste serviço: duas ambulâncias parecem pouco recurso para uma população como a da Matola. Não existe uma normativa para o ratio de habitantes por ambulancia mais por exemplo, segundo a web do Governo de Aragão na secção 061 (urgencias medicas), na comunidade de Aragão com uma população próxima a da Matola, porem, muito mais extensa, dispõe-se as 24 horas do dia de 35 ambulâncias convencionais (veículos destinados ao traslado individual sem assistência de pacientes que dispõem de equipamento técnico e material sanitário básico mas que não permitem a assistência médica en ruta). Uma ambulância especial para o traslado de pacientes psiquiátricos, 12 Unidades Medicalizadas, 8 unidades com capacidades de reanimação e vigilancia intensiva e 25 tipo Soporte Básico que são ambulâncias assistenciais tipo UVI móvil para atender emergências extrahospitales.

SISTEMA DE REFERÊNCIA

- Remodelar o sistema de referência da Matola dado que não há um HG com todas as valências para dar suporte as necessidades das US da rede. Isso poderia, por uma parte, melhorar as capacidades de referência do Distrito e por outra tirar a pressão aos Hospitais José Macamo e Provincial da Matola que servem hoje de unidades de referência.
- A construção de um novo HG ou a reconversão do HG da Machava, permitiria também dotar ao Distrito de camas para doentes de qualquer patologia das que hoje está muito carente.
- Reforçar a rede primária com serviços de atenção às 24h e transporte para doentes.
- Reforçar os mecanismos de coordenação entre as US de diferente ou mesmo nível que partilha pessoal sanitário como médicos ou técnicos estomatólogos e outros que fazem visitas periódicas para vacinação ou controle da criança sadia ou que prestam apoio para a esterilização de material.
- Reforçar o papel e as capacidades de certas US para realizar formação prática de estudantes e técnicos de saúde.

DO ESTADO DAS INFRA-ESTRUTURAS

- Muitas estruturas das US urbanas funcionam dentro residências adaptadas ao serviço de saúde num segundo momento. Essa situação foi a resposta a uma urgente necessidade de aumentar a oferta na prestação de serviço de saúde frente a uma carência de estruturas e à falta de recursos para a construção de novos edificios. Essa situação dificulta a realização correcta de certas actividades. Projecção dos novos centros segundo desenhos adequados as funcionalidades sanitária (como já está se fazendo) que permitam realizar melhor os serviços.

- Deve-se considerar uma despesa anual periódica para a manutenção de rotina de todas as unidades a fim de manter a rede num estado de funcionamento regular e evitar problemas maiores devidos ao abandono progressivo de partes dos edifícios.
- Devido à desproporção da quantidade de população respeito ao número total de US presentes no território municipal nos próximos anos será preciso projetar uma ampliação do serviço de saúde; isso quer dizer que se não for ampliada a rede de saúde municipal através da construção de novas unidades, será então preciso a previsão de ampliações dos espaços das US existentes e de intervenções de melhoria da distribuição e da funcionalidade dos ambientes de atendimento.
- Nos casos de unidades grandes e divididas em vários blocos de atendimento pode ser difícil para os pacientes se orientar ou achar a consulta procurada. Portanto seria aconselhável pensar uma sinalização mais eficiente e completa das atividades de cada área e de cada gabinete.
- Nos casos de unidades nas quais o atendimento esteja espalhado em vários blocos seria preciso a presença sistemática de uma passarela coberta para os doentes poder passar confortavelmente de um edifício ao outro.
- Em caso parte da unidade esteja construída com materiais como chapas, madeira ou paredes finas de plástico e metal, o trabalho do pessoal e o atendimento ao público não vão poder ser garantido da maneira como deveria ser. É por isso preciso começar a pensar a reestruturação ou a reconstrução dessas áreas mesmo que o serviço de saúde não presente interrupções ou falta de espaços.
- Muitas vezes os pacientes que esperam ser atendidos, estão em áreas de espera pouco confortáveis e expostas ao sol ou à chuva. É preciso projetar essas áreas de modo que sejam agradáveis e suficientemente grandes para a afluência de pacientes.
- Às vezes as condições dos serviços higiênicos das unidades apresentam escassa manutenção e limpeza. É fundamental uma boa manutenção das áreas das casas de banho e dos vestiários para que o ambiente do centro seja saudável e seguro.
- É preciso conectar pelo menos todas as US urbanas à rede de abastecimento de água municipal ao fim de garantir um serviço de saúde higiênico e não sujeito às problemáticas da cata de água nos poços.
- Seria útil que a DPS disponha do desenho das plantas arquitetônicas dos edifícios de todas as US, isso pode facilitar muito questões técnicas e de análise que se podem apresentar no futuro, além de poder simplificar qualquer acção o projecto específico sobre cada uma das unidades.
- Nos bairros mais afastados do centro da cidade, como Boquisso, Matola-Gare e Khongolote, observa-se a presença de casas de trabalhadores associadas às unidades, como se poderia esperar, porém no CS de Matola-Gare a residência se acha em estado de ruína e é inutilizável. Seria por tanto preciso proceder com a reabilitação da estrutura para poder reincorporar esse serviço para os trabalhadores

DISPONIBILIDADE DE RECURSOS HUMANOS

- Unificar, na base de dados, a diversidade na classificação dos RRHH segundo o seu nível de ocupação.
- Aumentar a quantidade de médicos e técnicos superiores e médios em relação com a expansão necessária da rede de US.
- Aumentar o número de enfermeiras parteiras especializadas e enfermeiras superiores e médias especializadas em meios auxiliares de diagnóstico e tratamento, como farmácia, laboratório, odontoestomatologia assim como fisioterapeutas com formação específica.

CAMAS

- Aumentar o número de camas de maternidade e também de medicina, pediatria e cirurgia para doentes de qualquer patologia.

EQUIPAMENTO CRÍTICO

- Velar pela diponibilidade permanente de equipamento crítico em todas as US para realizar as consultas de APS.

ESTOMATOLOGIA

- Aumentar os serviços de estomatologia.

LABORATÓRIO

- Aumentar e melhorar o serviço de laboratório.

ESTERILIZAÇÃO

- Dispor deste serviço em todas as US.

OUTROS

- Aumentar a disponibilidade de serviços de Ecografia, RX, transporte para doentes, comunicação e conexão a internet.

CONSUMOS

- Aumentar o gasto em medicamentos e garantir a disponibilidade permanente de medicamentos e consumíveis para evitar roturas de estoques.

RECURSOS FINANCEIROS

- Aumentar o gasto em saúde por habitante e reverter a tendência negativa observada no **orçamento disponibilizado que sofreu uma evolução negativa de 23% entre 2014 e 2015**.
- Analisar os passos a dar para resolver o problema da dívida;
- Avançar no processo de descentralização para estabelecer uma cultura de gestão e para aproximar os recursos aos problemas que estes devem resolver.

COBERTURAS

- Aumentar as coberturas vacinais e melhorar os registros nas campanhas e os procedentes das US privadas.
- Aumentar a quantidade de serviços de consultas e o conhecimento da parte proporcional que realiza, para este serviço, a rede privada.
- Aumentar as taxas de ocupação das camas e o conhecimento da parte proporcional que realiza, para este serviço, a rede privada.

VOLUME DE ACTIVIDADES

- Aumentar os indicadores de eficiência que mostram a possibilidade de aumentar a produtividade quase o duplo sem comprometer a qualidade do trabalho.
- Promover a demanda de serviços de saúde mediante actividades de informação e prevenção e garantindo a disponibilidade de serviços assim como a sua acessibilidade econômica e a comodidade e aceitabilidade pelos utentes.

10.1 PRESSUPOSTOS PARA A EXTENSÃO DA REDE

Os pressupostos a considerar antes de avaliar as opções de extensão da rede, incluem a projeção 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 é habitualmente uma das maiores limitações para uma análise apropriada e a elaboração de planos ajustados.

Para o cálculo das projecções da população, o INE propôs que, partindo da base do censo da população do ano 2007, fossem utilizadas, como assim se fez nesta pesquisa, percentagens variáveis de crescimento que oscilam para a Cidade da Matola entre 3,77% anual para 2015 de 3,06% anual para 2025. O resultado deste cálculo da uma estimativa de população para Matola em 2025 de 1.303.628 habitantes (Tabela 2.1).

No caso da Cidade de Maputo, as taxas de crescimento atribuídas oscilam entre 1,27% em 2015 e 1,08% em 2025 com uma população em 2025 de 1.401.484 habitantes, pouco mais que a Cidade da Matola nessa mesma data.

10.1.2 Novo perfil epidemiológico

Matola é uma cidade em expansão que, em grande proporção, cresce a partir de população procedente do âmbito rural. Isso pode fazer que ainda nos próximos anos se pudesse manter o perfil epidemiológico com alta prevalência de doenças infectocontagiosas e altas taxas de natalidade, factores importantes que determinarão a demanda e orientarão sobre a oferta de serviços de saúde. Porém, a adopção pela população de estilos de vida que constituem também importantes factores determinantes da saúde, faz prever possíveis mudanças na forma de enfermar e uma transição epidemiológica acelerada onde as doenças crônicas e degenerativas cobrem, progressivamente, uma maior importância com as consequentes repercussões nas mudanças na demanda de serviços de saúde. Estas mudanças devem-se reflectir na composição dos kits de medicamentos essenciais.

10.1.3 O efeito do VIH/SIDA

O *Programa Conjunto da ONU para o HIV/SIDA*, mais conhecido pelas suas siglas, ONUSIDA, estima que, em 2013, tenham ocorrido 2,1 milhões de novos casos da infeção a nível mundial. Desses, mais de 75 por cento ocorreram em apenas 15 países, e um deles é Moçambique que, com cerca de 1,6 milhões de pessoas a viver com HIV/SIDA, acolhe à volta do 4% dos casos que se estima existirem a nível mundial, e 6% da África subsaariana, segundo o relatório da ONU.

A República de Moçambique está entre os países com as maiores taxas de prevalência de HIV/SIDA a nível mundial com uma prevalência de 11,3% (OMS, 2011) e na Cidade da Matola de 23% entre pessoas de 15-49

anos. 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*).

Em Moçambique, metade das pessoas portadoras do HIV/SIDA vive em apenas 18 distritos, o que corresponde a 14% dos distritos do país. A densidade de casos coincide com o corredor da Beira até Mutare, que liga o país ao Malawi, Zâmbia e Zimbabué com o Corredor de Desenvolvimento de Maputo e com a área ao redor de Quelimane.

As mulheres são as mais vulneráveis e mais de oitenta mil pessoas infetadas morreram em Moçambique até 2013 e oitocentas e dez mil crianças ficaram órfãs.

Actualmente, a aposta está na prevenção e tratamento. Dados do sector da saúde indicam que mais de setecentas e sessenta e cinco mil pessoas infetadas com o vírus da SIDA beneficiam já de tratamento antirretroviral. Mais de sessenta e quatro mil delas são crianças.

Um dos desafios do Governo reside na prevenção da doença, mediante mensagens dirigidos aos grupos-alvo e principalmente a camada jovem, que assume mais riscos e que tem altos níveis de infecção.

Os parceiros de cooperação, agrupados no chamado Fundo Global, dão apoio económico a Moçambique para garantir a expansão dos serviços de prevenção do HIV/SIDA e a ampliação do tratamento antirretroviral, no quadro de um pacote que inclui ações de combate à tuberculose e à malária.

Assim, de 15.900 pacientes em tratamento antirretroviral (TARV) em 2003 o número cresceu para 218.991 em 2011. Hoje, Moçambique pretende alargar a disponibilidade de antirretrovirais às pessoas vivendo com o vírus da SIDA, de 40% em 2014 para uma meta de 53% em 2016. Por outra parte, 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%.

Efectivamente 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 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.

De se considerar os dados do Relatório Anual para 2015 do HG da Machava, o HIV/SIDA é uma das principais causas de internamento e óbito nas salas de medicina e pediatria, como mostram a tabelas a seguir:

Tabela 10.1 Causas de internamento e óbito na sala de Medicina do HG da Machava

MEDICINA	2013			2014			2015		
	Casos	Óbitos	Tax.Letal.	Casos	Óbitos	Tax.Letal.	Casos	Óbitos	Tax.Letal.
Anemia	269	44	16,4	233	39	16,7	105	8	7,6
Gastroenterite	200	25	12,5	166	33	19,9	86	23	26,7
HIV/SIDA	135	39	28,9	172	111	64,5	204	67	32,8
Malária	159	4	2,5	159	2	1,3	35	1	2,9
BPN	95	10	10,5	70	2	2,9	91	2	2,2
Pneumonia	80	7	8,8	180	4	2,2	5	5	100,0
Tuberculose	78	29	37,2	135	29	21,5	74	14	18,9
Outros	564	110	19,5	381	79	20,7	252	34	13,5
Total	1580	268	17,0	1496	299	20,0	852	154	18,1

Fonte: Medicina

Tabela 10.2 Causas de internamento e óbito na sala de Pediatria do HG da Machava

PEDIATRIA	2013			2014			2015		
	Casos	Óbitos	Tax.Letal.	Casos	Óbitos	Tax.Letal.	Casos	Óbitos	Tax.Letal.
Gastroenterite	82	3	3,7	59	2	3,4	40	1	2,5
BPN	149	1	0,7	51	0	0,0	78	0	0,0
Pneumonia	54	0	0,0	155	0	0,0	1	0	0,0
Anemia	22	0	0,0	20	0	0,0	14	1	7,1
HIV/SIDA	40	0	0,0	19	0	0,0	33	2	6,1
Malária	313	0	0,0	284	0	0,0	89	0	0,0
Malnutrição	45	2	4,4	86	2	2,3	34	0	0,0
Sarampo	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	#DIV/0!
Tuberculose	19	1	5,3	32	3	9,4	21	2	9,5
Outras	174	0	0,0	112	2	1,8	78	1	1,3
Total	898	7	0,8	818	9	1,1	388	7	1,8

Fonte: Pediatria

Segundo este mesmo relatório, os resultados das análises dos doentes testados para HIV/SIDA na Tisiologia foi como mostra a tabela a seguir:

Tabela 10.3 Resultados dos testes para HIV no serviço de Tisiologia do HG da Machava

TISIOLOGIA	2013	2014	2015
Doentes testados para VIH	248	311	375
Reactivos	184	228	187
Não Reactivos	61	69	150
Não fizeram o teste de VIH	2106	896	593

Fonte Tisiologia

A tabela a seguir mostra a a importancia quantitativa e a evolução dos doentes que iniciaram TARV nas Enfermarias do HG da Machava, discriminados por sexos.

Tabela 10.4 Doentes que iniciaram TARV, por sexo, por sectores de internamento e por ano

Iniciam TARV	2013		2014		2015	
	Masculinos	Femininos	Maculinos	Femininos	Masculinos	Feminino
Pediatria	15	19	9	39	9	15
Medicina	55	15	98	111	39	59
Enfermaria II	37	28	57	44	28	14
Enfermaria III	34	13	54	34	34	38
Enfermaria IV e V	13	5	53	36	26	17
Total	154	80	271	264	136	143

Fonte: sector de Enfermaria

Com 3.016 altas em 2015, pode-se ver que os serviços ligados ao HIV/SIDA em geral e o quase 10% de doentes que iniciaram TARV, constituem uma parte importante das actividades realizadas. Efectivamente, em 2015 foram feitos no HG da machava 7.127 testes para HIV e 24.548 CD4.

Se forem considerados os dados fornecidos no seu Relatório Anual para 2015 pelo HP da Matola, vemos que, como mostra a tabela a seguir, a SIDA constitui a principal causa de internamento e de óbito em Medicina.

Tabela 10.5 Causas de internamento e óbitos no HP da Matola, 2015

Nº	CASOS	TOTAL	%	OBITOS	TAXA DE LETALIDADES
1	SIDA	938	33,79	182	19,40
2	Malária	276	9,94	7	2,54
3	PN/BPN	177	6,38	2	1,13
4	Diarreia	131	4,72	15	11,45
5	Anemia	156	5,62	11	7,05
6	Tuberculose	83	2,99	18	21,69
7	Meningite	27	0,97	16	59,26
8	Outros	988	35,59	89	9,01
TOTAL		2776	100,00	340	12,25

FORTE: ENFERMARIA DE MEDICINA

Quanto às actividades laboratoriais, o relatório de 2015 mostra que foram realizados 65.749 testes HIV e 301 CD4; a cifra de CD4 é baixa porque se refere unicamente aos meses de Outubro e Dezembro.

Finalmente, segundo o Relatório Anual da SDSMAS para 2015, vê-se que existem na Cidade da Matola, 10 US que atendem a pacientes com HIV/SIDA; são os CS de Machava II, Ndlavela, Matola-Gare, Matola II, Matola I, Boquisso, Khongolote, Muhalaze, Tsalala e Liberdade.

Segundo o relatório foram aconselhadas e testadas para VIH 97.354 pessoas das que 13.252 (13,6%) foram HIV+. Iniciaram o TARV 8.644 adultos e 524 <de 15 anos com uma taxa de abandono do 19,4 % e uma taxa de óbitos de 11,5%.

O Programa de PTV - Consulta Pré-natal fez 26.314 primeiras consultas pré-natais e delas foram testadas para VIH 24.192 com uma taxa de positividade de 12% das quais 93% iniciaram TARV.

Quanto a Prevenção de Transmissão Vertical (PTV) – Maternidade, foram realizados 2.758 partos (20,2% do total) em mulheres seropositivas das quais 89% aceitaram passar a receber TARV.

Quanto a Prevenção de Transmissão Vertical, das 3.750 crianças expostas ao VIH, 3.272 (87%) foram testadas com testes rápidos e 84 (2,6 %) foram VIH +, passando todas elas a serem tratadas com profilaxia com ARV.

Quanto a Reacção de Cadeia em Polimerasa (PCR), das 3.750 crianças expostas ao HIV, 3.637 foram testadas com PCR, sendo 84 PCR+ e todas elas passaram a receber profilaxia com ARV.

Resumindo, as actividades e serviços ligados ao HIV/SIDA constituem uma das cargas progressivamente maiores e mais onerosas para o SNS que deve ser tida em conta para a planificação da extensão da rede de serviços na Cidade da Matola.

10.1.4 Novas e velhas emergências

Malária

Segundo o Plano Estratégico da Malária (PEM) 2012 – 2016, a malária é endêmica em todo o país. Vários factores contribuem para esta endemicidade, desde as condições climáticas e ambientais como as temperaturas favoráveis e os padrões de chuvas, bem como locais propícios para a reprodução do vector, a situação socioeconómica das populações relacionadas com a pobreza, habitações inapropriadas e acesso limitado aos meios de prevenção.

Os principais vectores da malária em Moçambique pertencem aos grupos Anófeles funestus e gâmbiae. O Plasmodium falciparum é o parasita mais frequente, sendo responsável por mais de 90% de todas as infecções maláricas. Segundo o Inquérito dos Indicadores da Malária (IIM) realizado em 2007, a parasitemia em crianças dos 6 aos 59 meses de idade foi de 38.5% (diagnosticado por microscopia óptica) e 51.5% (diagnóstico por TDR). Entre as mulheres grávidas, a prevalência parasitária foi de 16.3% através do diagnóstico microscópico e 17.9% através de TDR. Embora se registre uma diminuição da taxa de letalidade por malária verificada nos últimos anos, esta doença ainda constitui uma das principais causas de morbi-mortalidade. O peso da doença é enorme, cerca de 45 % de todas os casos observados nas consultas externas e aproximadamente 56% de internamentos nas enfermarias de pediatria são devidos à malária. Embora com tendência a diminuir, a taxa de mortalidade por malária ainda é bastante alta. A malária contribui com cerca de 26% das mortes hospitalares (<http://www.mz.one.un.org>). A estimativa de prevalência no grupo etário de 2 a 9 anos de idade varia de 40 a 80%, com 90% de crianças menores de 5 anos de idade infectadas por parasitas da malária em algumas áreas.

A malária em Matola

Segundo o Relatório anual 2015 da SDSMAS Foram notificados 53.522 casos contra 45.528 casos de igual período do ano anterior, representando um crescimento na ordem de 17.5% dos casos. Para inverter a situação foram realizadas as seguintes acções:

- Distribuição de redes mosquiteiras tratadas com insecticida de longa duração para as mulheres grávidas e crianças de 0 à 5 anos em todas as unidades sanitárias;
- Tratamento intermitente presuntivo (TIP) às mulheres grávidas nas consultas pré-natais;
- Educação para Saúde em todas as unidades sanitárias;
- Divulgação da mensagem nas comunidades através de encontros de comités de co-gestão e de saúde, Brigadas Móveis e Activistas comunitários.

Tuberculose

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 soropositivos.

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.

Tuberculose em Matola

Segundo o Relatório anual de 2015 da SDSMAS, a Tuberculose é uma das doenças endémicas que ataca quase todas as faixas etárias. Nos últimos anos verifica-se um aumento de casos, agravado pela pandemia de HIV/SIDA, que é responsável pela maior percentagem de óbitos.

Ao longo do ano 2015, os casos de Tuberculose de todas as formas conheceram um decréscimo de 28% ao regredir de 4.224 casos no ano 2014 para 3.293 casos notificados em igual período do ano 2015. Ainda no mesmo período foram notificados 871 novos casos BK+, 1520 novos casos BK- e 448 novos casos extra-pulmonares, 139 recaídas, 13 falências terapêuticas, 14 tratamentos após abandono, 19 transferências, 214 recorrentes (outros), 55 MDR e 2113 HIV+. E comparativamente ao ano passado, verificou-se uma redução de casos notificados em 24%. Em relação a casos esperados foi de 80%. %. Em relação a taxa de despiste é de 83% e a taxa global de cura foi 90.4%. A percentagem de abandono é de 2%, é baixa comparada com o padrão estabelecido (5%). Isto se deve ao apoio que os parceiros de cooperação e a comunidade têm prestado aos doentes associados com HIV/SIDA que se encontram em estado debilitado, o que impossibilita a sua ida as Unidade Sanitária. Taxa de letalidade e de 4.5, abaixo de padrões estabelecido (5%) também foram influenciados pelos casos notificados de óbitos que foi feito o levantamento no Hospital Geral da Machava.

Cólera

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%.

Segundo o Relatório anual de 2015 da SDSMAS o Distrito não notificou nenhum caso de cólera, mas algumas áreas sob seu controlo foram afectadas por casos importados, casos esses que foram notificados pelo HPM e controlados em colaboração com o nível da DPS, com as US e com a comunidade.

As actividades preventivas continuam a serem intensificados em todos os níveis acima citados, destacando-se a mobilização social em todas as US, visitas domiciliárias, encontros com os líderes comunitários com vista a intensificar o elo entre a Comunidade/Saúde e envolver os mesmos na distribuição de hipocloreto de sódio.

10.1.5 As doenças não transmissíveis

De acordo com a OMS, já no ano 2004 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, a hipertensão arterial ou a diabetes, o diagnóstico e seguimento destas doenças requerem duma abordagem de doença crônica 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, a consequência das violências e 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 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.

O Relatório anual do HP da Matola, que oferece serviços a este tipo de doenças como unidade de referência, mostra as seguintes tabelas das causas mais frequentes de atendimento as Urgências de Cirurgia:

Tabela 10.6 Causas mais frequentes de atendimento nas Urgências de Cirurgia do HP, 2015

ORD.	CAUSAS	N.º DE CASOS	% DO TOTAL
1	Limpezas das feridas	2933	35.2%
2	Suturas de feridas	2360	28.4%
3	Drenagem de abscessos	797	9.5%
4	Queimadura	405	4.9%
5	Mordedura	320	3.8%
6	Quisto	16	0.2%
7	Outros	1489	17.9
TOTAL		8320	100

Quanto às Urgências de Ortopedia, as causas mais frequentes de atendimento se mostram na seguinte tabela:

Tabela 10.7 Causas mais frequentes de atendimento nas Urgências de Ortopedia do HP, 2015

ORD	DIAGNÓSTICO	N.º DE CASOS	% DO TOTAL
1	Quedas	2795	26.3%
2	Acidente de viação	1608	15.1%
3	Agressão interpessoal	787	7.4%
4	Acidente de trabalho	178	1.7%
5	Objectos contundentes	83	0.8%
6	Violação domestica	6	0.06%
7	Outras	5163	48.6%
		10.620	100

Quanto às doenças não transmissíveis destacaram-se a hipertensão arterial com 1.111 casos que resultou em um óbito e a asma com 592, Accidentes Vasculares Cerebrais/Trombose com 397 casos que resultou em 7 óbitos e diabetes mellitus com 299 casos.

10.1.6 Novas abordagens

Nos últimos anos algumas das estratégias dos principais programas têm mudado 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 sindrômica (que não precisam laboratório) ou etiológica (com laboratório) das Infecções de Transmissão Sexual. Ao nível dos HG e CSUA deve ser feito diagnóstico sorológico e do grau da doença e adoptar gradualmente, como já está a ser feito, o diagnóstico e tratamento das Infecções Oportunistas, a Prevenção da Transmissão Vertical na Consulta Pré-natal e na Maternidade, o diagnóstico com a PCR e o TARV.

Com a adopção dos novos esquemas terapêuticos para o tratamento da malária e o aumento dos custos dos medicamentos, a utilização de testes rápidos (mais fiáveis quando bem utilizados, mas mais caros que a gota espessa) 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 suficientes 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 que devem ser oferecidos 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.

10.3 AUMENTAR O ACESSO

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

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

10.3.1 Mais unidades, maiores, mais próximas?

Se o desenho ideal for aplicado, seria necessário aumentar o número de US, assim como reforçar as suas capacidades funcionais, humanas e técnicas. A tabela 8.3 mostra a Rede Sanitária necessária aplicando o Diploma Ministerial à população actual da Matola.

Se os cálculos fossem aplicados à população projectada para 2025, aplicando os mesmos critérios do Diploma Ministerial, as necessidades seriam como mostra a tabela a seguir:

Tabela 10.8 US necessárias para a população projectada para 2025, por tipo de US

TIPO US E POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA	POPULAÇÃO ACTUAL	POPULAÇÃO 2025	UNIDADES NECESSÁRIAS PARA 2025	
			APLICANDO VALOR MÁXIMO	APLICANDO VALOR MÍNIMO
CSR II	CS Boquisso	CS Boquisso	CS Boquisso	CS Boquisso
7.500 a 20.000	37.085	52.145	3	7
	CS Matla-Gare + (PS Km 25)	CS Matla-Gare + (PS Km 25)	CS Matla-Gare + (PS Km 25)	CS Matla-Gare + (PS Km 25)
	74.170	104.290	5	14
CSUA	CS Matla II	CS Matla II	CS Matla II	CS Matla II
40.000 A 100.000	139.068	195.543	2	5
	CS Ndlavela + (PS T3)	CS Ndlavela + (PS T3)	CS Ndlavela + (PS T3)	CS Ndlavela + (PS T3)
	111.255	156.436	2	4
TIPO CSUB	CS Machava II	CS Machava II	CS Machava II	CS Machava II
18.000 a 48.000	92.712	130.362	3	7
	CS Machava-Bedene	CS Machava-Bedene	CS Machava-Bedene	CS Machava-Bedene
	55.627	78.217	2	4
TIPO CSUC	CS Khongolote	CS Khongolote	CS Khongolote	CS Khongolote
10.000 a 25.000	64.899	91.256	4	9
	CS Liberdade	CS Liberdade	CS Liberdade	CS Liberdade
	74.170	104.290	4	10
	CS Machava I	CS Machava I	CS Machava I	CS Machava I
	37.085	52.145	2	5
	CS Matla I	CS Matla I	CS Matla I	CS Matla I
	92.712	130.362	5	13
	CS Muhalaze	CS Muhalaze	CS Muhalaze	CS Muhalaze
	46.356	65.181	3	7
	CS Tsalala	CS Tsalala	CS Tsalala	CS Tsalala
	46.356	65.181	3	7
	CS Unidade A	CS Unidade A	CS Unidade A	CS Unidade A
	55.627	78.217	3	8
TOTAL	927.122	1.303.627	39	100

As US necessárias para a população projectada seria de entre 39 e 100 novas US. Entretanto, se mantém a estrutura actual na distribuição dos tipos de US, seriam 59% CSUC, 21% CSR II, 12% CSUB e 9% CSUA.

Porém, no momento de fazer a planificação, a distribuição das US deverá ser analisada em pormenor a fim de decidir o peso que cada tipo de US deveria ter no contexto geral da expansão da rede de serviços.

Pelo que diz respeito aos Hospitais Gerais, seria necessário um novo HG ou reconverter o denominado HG da Machava para poder oferecer todos os serviços que um hospital destas características deve oferecer incluindo medicina, gineco-obstetrícia, pediatria e cirurgia.

10.3.2 Completar e expandir serviços

De acordo com o Diploma Ministerial em vigor, 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 para iniciar a planificação.

Existem ainda serviços que não estão incluídos no Diploma Ministerial em vigor, 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. Cada vez mais, as US de referência com laboratório devem estar capacitadas para realizar os exames de seguimento a doentes em TARV.

Deve-se avaliar a necessidades de dispor de outros serviços especializados como o atendimento de poli-traumatizados que hoje são atendidos nos serviços especializados da vizinha Cidade de Maputo.

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” que são solicitados mensalmente pelos CS que os precisam.

Cada rede distrital deveria ter uma “atribuição virtual” de fundos para este fim, destinado a alimentar esta forma de aprovisionamento. Contudo, a experiência mostra que, apesar do potencial de ganhos em eficiência que tem um sistema único e centralizado de medicamentos, 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

Fazer que uma rede de referência fosse operativa não consiste unicamente em construir unidades sanitárias mais ou menos sofisticadas. O que transforma um grupo de US num sistema local integrado e responsável é a forma em que estas se comunicam e interagem.

Algumas áreas que deveriam ser consideradas são:

Transporte: todas as unidades de referência para partos e serviço de urgência devem contar com ambulâncias para garantir as transferências desde as US da sua zona de influência. Deveriam também dispor de viatura para as atividades logísticas (compras, aprovisionamento de medicamentos, vacinas, consumíveis, etc.).

Comunicações: deve-se investir em dispor dum sistema de comunicações que abranja pelo menos toda a rede de referência (Hospitais 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 outras US.

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. Os hospitais e os CS apresentam óbvias oportunidades para realizar 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 conhecer 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 otimizar o funcionamento ou ampliar as US, a Administração do Estado tem também a responsabilidade de conservar o património 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 os níveis provincial, distrital e municipal para discutir as opções em função dos fundos previstos (conhecidos ou históricos). Posteriormente, deveria transmitir o resultado das deliberações ao nível central para integrar as necessidades no processo da planificação e canalizar fundos adicionais do OE ou de parceiros internacionais. Finalmente, a lista definitiva das US a construir ou reabilitar, 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 como primeiro passo para o desenho dum Plano de Desenvolvimento Provincial da Saúde que é a ferramenta imprescindível para orientar o PIP.

As prioridades devem estruturar-se de várias formas. Por um lado, há que escolher se são priorizados os bairros com pior situação. Também se pode decidir se prioriza um tipo de US ou um tipo de intervenção (reabilitação ligeira, pesada ou construção de raiz).

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 SDSMAS e empresas que formam parte do concurso de adjudicação de cada intervenção.
- 2º Possibilidade de contratar o departamento de fiscalização das Infraestruturas da DPS e estabelecer contratos de fiscalização por obra ou por ano.
- 3º Possibilidade de criar um departamento de "serviços de fiscalização" na DPS e a SDSMAS (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 SDSMAS.

- 1ª Possibilidade de contratar as empresas privadas e estabelecer **contratos de manutenção** anuais:

Contratos elaborados entre SDSMAS 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 SDSMAS uma *Unidade de Procurement* com capacidade para identificar e contratar as empresas.

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

- 2ª Possibilidade: Transferir a responsabilidade para a Direcção de Serviço Municipal de Infraestruturas. As vantagens são a capacidade especializada instalada na DSMI que deveria garantir a qualidade. A SDSMAS fica "libertada" duma responsabilidade para a que não tem competência técnica. Contudo, a SDSMAS 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 SDSMAS (ou incluí-lo 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 ACRESCENTAR A EFICIÊNCIA

Além das limitações em tamanho e prestações da rede sanitária pública (Primária e Secundária) da Cidade da Matola, os serviços, recursos e rendimento de todas as US ficam aquém do nível óptimo. 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 muito próximas) 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 só da US que os recebe.

10.7 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE OS RECURSOS HUMANOS

Os recursos humanos são a maior oportunidade, mas também a maior limitação quando não existem ou não têm as competências necessárias. A seguir, são feitas algumas considerações para acções que podem melhorar o rendimento dos recursos humanos:

Em geral, na rede da Cidade da Matola há ainda muito pessoal pouco qualificado que faz que o sistema dependa fortemente de quadros médios ou básicos e que muitas decisões clínicas sejam tomadas por pessoal 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.

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. Igualmente, 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 ou 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 SDSMAS. Igualmente, o reforço da formação permanente utilizando as US mais qualificadas para a realização de estágios práticos pode e deve ser realizado no contexto do sistema local. CS e 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.

11 ANEXO I – ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE MATOLA E MAPUTO

Este anexo pretende mostrar numa forma rápida a situação de alguns indicadores do Distrito da Matola com respeito a média desses indicadores para a província de Maputo Cidade.

O conjunto de indicadores seleccionado mostram numa forma sumária a situação e o desempenho do sistema municipal de saúde. Dados e indicadores referem-se a rede sanitária pública, primária e secundária (ou de primeira referência) de prestação de serviços de saúde, isto é, excluindo a rede privada relacionada e as US dos níveis terciário e quaternário.

A tabela começa com alguns dados demográficos básicos. A comparação realiza-se em termos de tamanho e composição da rede. A seguir comparam-se 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.

A secção seguinte mostra alguns indicadores de coberturas e utilização dos serviços para conhecer 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.

A tabela se acompanha dum mapa da Cidade da Matola e da Cidade de Maputo com a localização das unidades sanitárias em 2016 e 2013 respectivamente.

Mapa 11.1 Unidades sanitárias da Matola e da Cidade de Maputo

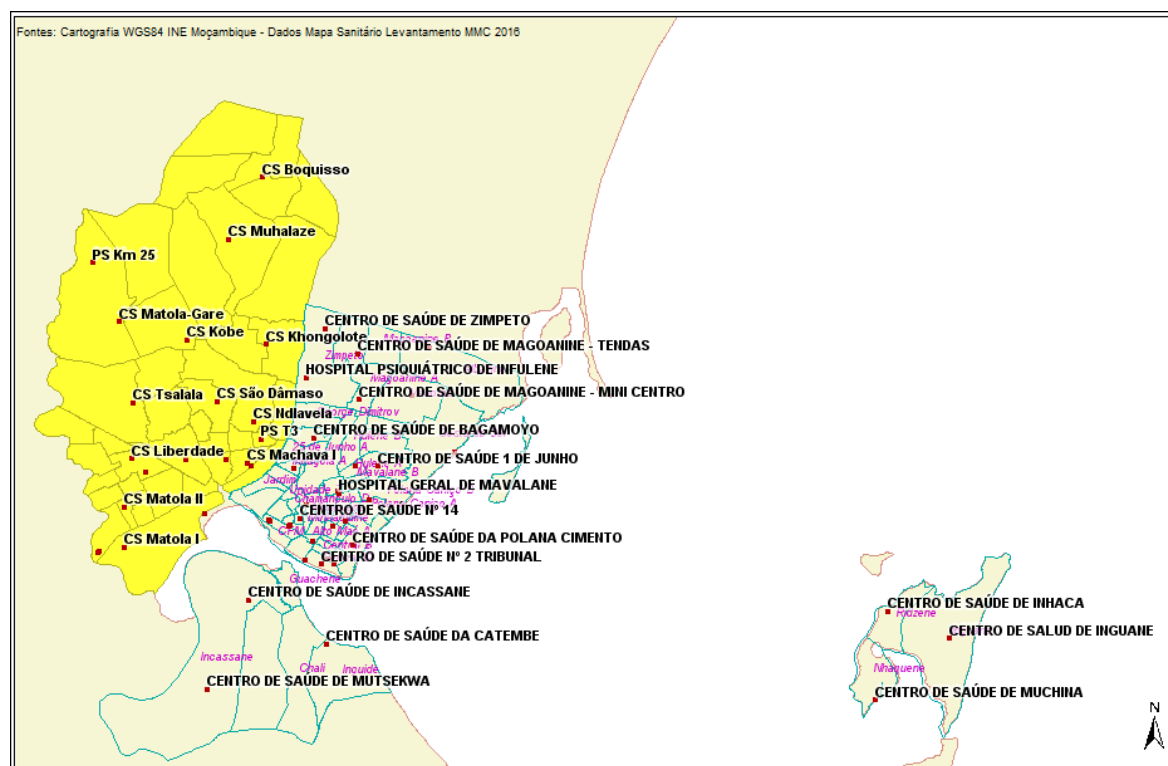


Tabela 11.1 Comparativa com a Cidade de Maputo (Primeira parte)

INDICADOR	CIDADE DA MATOLA	CIDADE DE MAPUTO	COMENTÁRIOS
DEMOGRAFIA			
Nº HABITANTES	927.123	1.214.146	23,6% menos povoada que a Cidade de Maputo
SUPERFÍCIE (Km2)	333	346	Ligeiramente inferior a Maputo
DENSIDADE POPULACIONAL (HAB/Km2)	2.785	3.509	Menor densidade
REDE SANITÁRIA PÚBLICA			
HOSPITAL ESPECIALIZADO	0	1	Hospital Psiquiátrico de Infulene
HOSPITAL GERAL	1	3	O HG da Machava não reúne as condições como tal
CENTRO DE SAÚDE URBANO A	2	15	
CENTRO DE SAÚDE URBANO B	2	6	
CENTRO DE SAÚDE URBANO C	7	3	
CENTRO DE SAÚDE RURAL 1	2	2	
CENTRO DE SAÚDE RURAL 2	0	4	
POSTOS DE SAÚDE	2	0	
DISPONIBILIDADE DE RECURSOS			
HABITANTES/US EM FUNCIONAMENTO	66.223	35.710	Quase o dobro que Maputo
HABITANTES/US COM SALA PARTOS	115.890	101.179	Ligeiramente superior (14,53%)
HABITANTES/US COM SALA OPERAÇÕES	0	607.073	Únicamente há no HP da Matola que é de nível terciário
HABITANTES/US COM LABORATÓRIO	103.014	60.707	Muito superior (69,68%)
HABITANTES/US COM COEB	115.890	101.179	Ligeiramente superior (14,53%)
HABITANTES/US COM COEC	0	607.073	Únicamente há no HP da Matola que é de nível terciário
HABITANTES/US COM ATS	61.808	41.867	Muito superior (47,62%)
HABITANTES/MÉDICO GERALISTA	48.796	11.454	4,2 vezes superior. Seis US sem médico
HABITANTES/TÉCNICO QUALIFICADO	2.568	780	3,29 vezes superior
CAMAS/1000 HABITANTES	0,78	1	Muito menor
CAMAS MATERNIDADE/1000 M EM IDADE FÉRTIL	0,46	2	Muito menor
DESPESES EM MEDICAMENTOS/HABITANTE - MZN	5,60	15	As despesas reais por habitante deverão ser muito maiores caso de se ter em conta os valores atribuíveis aos gastos em medicamentos realizados pela via clássica

Tabela 11.2 Comparativa com a Cidade de Maputo (Segunda parte)

INDICADOR	CIDADE DA MATOLA	CIDADE DE MAPUTO	COMENTÁRIOS
INFRAESTRUTURAS			
ESTADO - MÉDIA DISTRITAL	3	3	
PERCENTAGEM DE US QUE PRECISAM			
MANUTENÇÃO	17	50	Todas elas precisam
REABILITAÇÃO LIGEIRA	14	41	Todas as que estão em funcionamento o precisam.
REABILITAÇÃO PESADA		6	Talvez o HG da Machava se for adaptado a HG com todas as valências
CUSTO REABILITAÇÃO MZN	297.584.594	284.370.697	Algo maior em Matola
COBERTURAS			
CONSULTAS/HABITANTE	0,97	2	Muito menor na Matola
PARTOS (PARTOS/GRÁVIDAS ESPERADAS)	30,90	71	Incluindo os 2.817 partos atendidos no HP da Matola, a cobertura seria de 36,08%
PENTA-3 (DOSES PENTA3/NADOS VIVOS)	58,17	64	Muito baixa.
VACINA ANTISARAMPO (DOSES VAS/NADOS VIVOS)	58,17	65	Muito baixa.
ALTAS/1.000 HABITANTES	30	38	Refere-se unicamente às 127 camas da rede primária, todas elas de maternidade
EFICIÊNCIA			
PRODUCTIVIDADE: UNIDADES ATENDIMENTO/TÉC.	5.784	7.592	Incluindo a actividade laboratorial, de média, cada técnico da rede primária realiza por ano 6.958 UA o que equivale a 4,5 horas diárias de trabalho efectivo para um ano laboral de 250 dias.
% OCUPAÇÃO CAMAS	59	67	Só para as de maternidade
% COBERTURA KITS PNME	68	117	Não cobre todas as consultas

12 ANEXO II – AGENDA E CONTACTOS

DIA	MÊS	ANO	NOME	CARGO	ORGANIZAÇÃO
11	1	16	Cidália Balói	Responsável do Departamento de Informação para a Saúde	MISAU
11	1	16	Aladino Maniça	Técnico do Departamento de Cooperação Internacional	MISAU
11	1	16	Titus Mondlane	Técnico Arquitecto do Departamento de Infraestruturas	MISAU
11	1	16	Madina Sulemane	Técnico do Departamento de Gestão Hospitalar	MISAU
11	1	16	Carlos André	Técnico do Departamento de Gestão Hospitalar	MISAU
11	1	16	Domingo Fábregas	Assistente Técnico do Departamento de Gestão Hospitalar	MISAU
11	1	16	Pedro Duce	Geógrafo Técnico do Departamento de Demografia	INE
12	1	16	Chadrique Muluana	Médico Chefe Provincial	DPS de Maputo
12	1	16	Paulino Francisco	Responsável do Departamento de Cooperação	DPS de Maputo
12	1	16	Silvestre Tembe	Responsável do Departamento de Infraestruturas	DPS de Maputo
12	1	16	Rosita Mapsanganhe	Médica Chefe Distrital	DDS da Matola
12	1	16	Natália Bramo	Directora	CS de Matola I
13	1	16	Maria Amélia Eduardo Tembe	Directora da Unidade Sanitária e Responsável de Estomatologia	CS de Matola II
13	1	16	Valério Macamo	Médico da Unidade Sanitária	CS de Matola II
13	1	16	Carla Samata Cumbe	Directora Distrital de Saúde	CS de Matola II
13	1	16	João Moises Penga	Chefe dos Programas de Saúde Pública	SDSMAS da Cidade de Matola
13	1	16	Samuel Chione	Chefe da Secção de Planeamento	SDSMAS da Cidade de Matola
13	1	16	Jordino Zandamela	Responsável da Área de SIS-MA	SDSMAS da Cidade de Matola
13	1	16	Maria dos Anjos Cumbe	Chefe da Secção de Administração do Pessoal	SDSMAS da Cidade de Matola
13	1	16	Artemisa Berta Júlio Ernesto	Responsável da Área de Planificação de Recursos Humanos	SDSMAS da Cidade de Matola
13	1	16	Susana Telisse	Responsável do Departamento de Farmácia	SDSMAS da Cidade de Matola
13	1	16	Luisa Nhanala	Responsável do Núcleo de Estatística	SDSMAS da Cidade de Matola
14	1	16	Anselmo Simão Daniel	Chefe da Secção de Enfermagem	CS Unidade A
14	1	16	Deolinda Verónica Kingue	Responsável da Unidade Sanitária	CS Unidade A

Mapa sanitário da Cidade da Matola – 2016 – Versão final
 Medicusmundi Catalunya para o MISAU e a DPS da Província de Maputo

DIA	MÊS	ANO	NOME	CARGO	ORGANIZAÇÃO
14	1	16	Eduarda Djeke	Responsável da Unidade Sanitária	CS Machava I
14	1	16	Elves Saize	Chefe do Depósito Provincial de Medicamentos	DPS de Maputo
15	1	16	Flora Boaze Chivite	Responsável da Secretaria	CS da Machava II
15	1	16	Reresa Jafete Langa	Médica Directora do Centro	CS da Machava II
15	1	16	Esperança Soares	Responsável da Área de Estomatologia	CS da Machava II
15	1	16	Emelina Tamarit	Responsável da Área de Laboratório	CS da Machava II
15	1	16	Samuel Pacule	Responsável da Unidade Sanitária	CS da Machava-Bedene
15	1	16	Ana Faté Cumbane	Responsável da Unidade Sanitária	CS de Tsalala
15	1	16	Regina Estevão Mandlate	Responsável da Secretaria	CS de Tsalala
15	1	16	Cardoso Alfredo Dgive	Presidente	Comité de Co-Gestão do CS da Liberdade
15	1	16	Cláudia Cuambe	Responsável da Área de Enfermagem	CS da Liberdade
15	1	16	Laura Isabel	Responsável da Área de Administração	CS da Liberdade
18	1	16	Loria Fernando Manhisse	Responsável da Área de Administração	CS de Ndlavela
18	1	16	Elisabete Agostinho Benias	Responsável da Área de Enfermagem	CS de Ndlavela
18	1	16	Teresa Raul Nhantumbo	Responsável da Área de SMI	CS de Ndlavela
18	1	16	Glória Virgilio Mahota	Directora do Centro	CS de Khongolote
18	1	16	Adélia Jorge Amaral	Responsável da Maternidade	CS de Khongolote
18	1	16	Elisa Alberto Muianga	Directora do Centro	CS de Boquisso
18	1	16	Jorge Litungo	Chefe da Secretaria	CS de Boquisso
18	1	16	Zulmira Américo	Responsável da Área de SMI	CS de Boquisso
19	1	16	Viana Xavier Cumbi	Responsável da Unidade Sanitária	PS do Kilómetro 25
19	1	16	Carol Paulo Correia de Morais	Directora do Centro	CS da Matola Gare
19	1	16	Marina Sigauque	Directora Clínica do Centro	CS da Matola Gare
19	1	16	Dulce Mondlane	Responsável da Área Administrativa	CS da Matola Gare
19	1	16	Vicente Mafuka	Responsável da Unidade (em funções)	CS de Mualaze
19	1	16	Helena Ruth Cuco	Responsável da Maternidade	CS de Mualaze
19	1	16	Cândido Fernando Mindu	Responsável da Unidade (em funções)	Posto de Saude T3

Mapa sanitário da Cidade da Matola – 2016 – Versão final
 Medicusmundi Catalunya para o MISAU e a DPS da Província de Maputo

DIA	MÊS	ANO	NOME	CARGO	ORGANIZAÇÃO
20	1	16	Silvestre Langa	Responsável da Área de Saúde	Conselho Municipal da Matola
20	1	16	Márcia Xavier	Responsável do Programa Alargado de Vacinações (PAV)	DPS de Maputo
20	1	16	Otilia Tingote	Responsável da Área de Administração e Finanças	DPS de Maputo
20	1	16	Egídio Cossa	Técnico da Repartição Provincial de Farmácia	DPS de Maputo
20	1	16	Alfonso João Massalane	Representante de Premier Group (CS Lingame)	CS Lingame
20	1	16	Aissa Issufo	Direção Nacional de Assistência Médica	MISAU
21	1	16	Filipa Ganje Lisboa	Chefe do Departamento de Planificação e Cooperação	DPS de Maputo
21	1	16	Ruth Manjate	Técnica de Nutrição	SDSMAS da Cidade de Matola
21	1	16	Custódio Henriques	Nutricionista	SDSMAS da Cidade de Matola
21	1	16	Ananias Samuel Valoi	Responsável da Administração Interna	SDSMAS da Cidade de Matola
21	1	16	Benedicto Site	Técnico da Área de Medicina Preventiva	SDSMAS da Cidade de Matola
22	1	16	Edilson Pelembe	Fiel do Armazém	Depósito Provincial de Medicamentos
22	1	16	Celestina Maria da Conceição	Chefe da Repartição de Saúde Comunitária (em substituição) e Responsável da Área de Doenças Não Transmissíveis	DPS de Maputo
22	1	16	Mércia Diogo Dimene	Chefe da Repartição de Assistência Médica	DPS de Maputo
22	1	16	Reginalda Cumbane	Ponto Focal da MA no Departamento da Saúde	DPS de Maputo
22	1	16	Celso Mathe	Responsável do Núcleo de Estatística	Hospital Geral da Machava
22	1	16	Alda Bernardo Manhique	Técnica Profissional em Administração Pública	Hospital Geral da Machava
22	1	16	Zafira Matsinhe	Responsável da Área de Farmácia	Hospital Geral da Machava
22	1	16	Alberto João Miambo	Administrador	Hospital Geral da Machava
25	1	16	Recélia João Ucucho	Responsável do Programa de Malária	SDSMAS da Cidade de Matola
25	1	16	Nafisa Vale	Responsável do Sector de Nutrição e (em substituição) Responsável da Área de Saúde Escolar	SDSMAS da Cidade de Matola
25	1	16	Fernando Dunhe	Responsável da Secção de Planificação e Monitoria e Avaliação	SDSMAS da Cidade de Matola
25	1	16	Jaime Domingos Machele	Responsável da Secção de Enfermagem	SDSMAS da Cidade de Matola
25	1	16	Stela Domingos Matsinhe	Responsável da Secção de SMI (em substituição)	SDSMAS da Cidade de Matola
25	1	16	Benedito Site	Responsável da Secção Vigilância Epidemiológica e (em representação) Responsável do PAV	SDSMAS da Cidade de Matola
25	1	16	Humberto Sebastião Matusse	Responsável do Programa de Tuberculose	SDSMAS da Cidade de Matola
25	1	16	Maria dos Anjos Sinoia	Responsável da Repartição de Recursos Humanos (em substituição)	SDSMAS da Cidade de Matola
25	1	16	Esmeralde Manjate	Responsável da Secção de Laboratório	SDSMAS da Cidade de Matola

Mapa sanitário da Cidade da Matola – 2016 – Versão final
 Medicusmundi Catalunya para o MISAU e a DPS da Província de Maputo

DIA	MÊS	ANO	NOME	CARGO	ORGANIZAÇÃO
25	1	16	Ana Maria Mutundo	Técnica de Vigilância Epidemiológica, Envolvimento Comunitário e Saúde Ambiental	SDSMAS da Cidade de Matola
25	1	16	Hernan Abilio	Responsável da Área de Transportes	SDSMAS da Cidade de Matola
25	1	16	Florência Massingue	Responsável do Núcleo de Estatística Distrital (NED)	SDSMAS da Cidade de Matola
25	1	16	Emanuele Lini	Representante	Médicos del Mundo (Espanha)
26	1	16	Camila Magaia	Responsável da Área de Distribuição	Central de Medicamentos e Artigos Médicos
26	1	16	Lisete Paciência Matimbe Jastene	Chefe de Patrimônio e Administração Interna	Hospital Provincial da Matola
27	1	16	Paula Eduardo Jacude	Vereadora da Saúde, Mulher, Acção Social	Conselho Municipal da Cidade de Matola
27	1	16	José da Cámara	Técnico na Área de Cartografia	Vereação de Planeamento e Urbanização
27	1	16	Maria Alfeu	Técnica na Área de Demografia	Departamento de Demografia, INE
28	1	16	Manuel Nhanzimo	Director da Vereação	Vereação de Planeamento e Urbanização
28	1	16	Bachir Carlos Macuacua	Médico Chefe Distrital (em substituição) e Responsável da Área de Assistência Hospitalar	SDSMAS da Cidade de Matola
1	2	16	Amade Aly Miquidade	Secretário Municipal	Conselho Municipal da Matola
2	2	16	Diana Angélica Cândido	Directora Clínica do Centro	CS Machava II
2	2	16	Karen Varinde	Médico	CS Matola I
2	2	16	Fernando Nhalungo	Chefe do DPAF	DPS de Maputo
4	2	16	Amália Milice	Responsável da Repartição de Administração, Finanças, SIS e Monitoria e Avaliação	SDSMAS da Cidade de Matola
4	2	16	Lourdes Pinoca	Responsável da Área de Patrimônio	DPS de Maputo
4	2	16	Amise Momade	Técnico de Informática na Área do SIS	MISAU
4	2	16	António Langa	Assesor no Âmbito do Projecto Forças - Área do SIS	MISAU
5	2	16	Thais González	Responsável de Projectos	OTC - AECID Governo de Espanha
5	2	16	Fernando Regúlez	Responsavel de Programas na Área de Saúde	OTC - AECID Governo de Espanha

13 ANEXO III – BIBLIOGRAFIA

LEGISLAÇÃO

Lei Nº 33/2006, de 30 de Agosto: Quadro de transferência de funções e competências dos órgãos do Estado para as Autarquias Locais

Lei Nº 7/2013, de 22 de Fevereiro: Quadro jurídico relativo à eleição dos Órgãos das Autarquias Locais

Lei N.º 8/2003, de 19 de maio: Princípios e normas de organização, competência e funcionamento dos órgãos locais do Estado

Decreto Nº 17/2002, de 27 de Junho: Regulamento do Sistema de Administração Financeira do Estado

Lei Nº 11/2997, de 31 de Maio: Lei de finanças autárquicas

Lei Nº 2/2997, de 18 de Maio: Lei de bases das autarquias

MINISTÉRIO DE FINANÇAS

Diploma Ministerial n.º 181/2013: Manual de Administração Financeira e Procedimentos Contabilísticos, abreviadamente designado MAF, e revoga o Diploma Ministerial n.º 169/2007, de 31 de Dezembro

MINISTÉRIO DA SAÚDE (ÓRGÃO CENTRAL)

Direcção de Planificação e Cooperação (?)
Avaliação Conjunta do Plano Estratégico do Sector da Saúde de Moçambique (PESS, 2014-2019), Agosto 2015

Direcção de Planificação e Cooperação
Plano Estratégico do Sector da Saúde PESS 2014-2019, Maputo, 30 de Setembro de 2013

Inquérito Demográfico e de Saúde 2011: Instituto Nacional de Estatística Ministério da Saúde Maputo, Moçambique: MEASURE DHS/ICF International (Assistência Técnica), Março 2013

Revisão das unidades de atendimento - nível primário e secundário: Uma Avaliação da Organização dos Serviços, do Tempo Médio de Atendimento e dos Indicadores de Carga de Trabalho. Equipa de avaliação: Amélia J. Cumbi e Francisco M. I. Langa, com apoio de apoio de Medicumundi Catalunya, Maputo, Maio 2010

Gabinete do Ministro da Saúde

Diploma 127

Caracterização técnica, enunciado de funções específicas, critérios e mecanismos para a classificação das instituições do SNS, de Nível Primário [01]

Caracterização técnica, enunciado de funções específicas, critérios e mecanismos para a classificação das instituições do SNS, de Nível Secundário [02]

Caracterização técnica e enunciado de funções específicas, critérios e mecanismos para a classificação das Instituições do Sistema Nacional de Saúde-(SNS), de Nível Terciário e Quaternário [03]

DIRECÇÃO PROVINCIAL DA SAÚDE DE MAPUTO

Departamento de Planificação e Cooperação
Balanço Anual do Plano Económico e Social 2015 (Draft)
Exemplar impresso, não publicado, Matola, Janeiro 2016

Programa de Malária
Matriz de Actividades para o ano 2016 (Draft), sem data específica

Departamento de Planificação e Cooperação
Matriz do Plano Económico e Social 2016 Versão Final (sujeito a aprovação), Excel digital, Janeiro 2015

Departamento de Planificação e Cooperação
Proposta de Plano Director do Desenvolvimento da Rede Sanitária nos próximos 5 anos – Sector da Saúde: Slides de uma apresentação em Powerpoint, Boane, Agosto 2014

Regulamento Interno, Matola, de Agosto de 2012

Departamento de Planificação e Cooperação
Organograma da Direcção Provincial (Draft), sem data específica

Departamento de Planificação e Cooperação
Parceiros da DPS Maputo, sem data específica

Departamento PAV (?) da DPS
Calendário de Vacinações, sem data específica

Departamento de Infraestruturas
Maputo - Província "Situação da rede sanitaria" – Excel digital, sem data específica

Hospital Provincial da Matola
Relatório anual, 2015

HOSPITAL GERAL DA MACHAVA

Núcleo de Estatística Intra-hospitalar do Hospital Geral da Machava, Governo da Província de Maputo, Relatório Anual 2015 (Draft), sem data específica

Núcleo de Estatística Intra-hospitalar do Hospital Geral da Machava, Relatório (de Recursos Humanos) do mês de Dezembro 2015, Excel impresso, sem data específica

SERVIÇO DISTRITAL DE SAÚDE MULHER E ACÇÃO SOCIAL

Relatório/Balanço Anual 2015, Matola, Janeiro de 2016

Distribuição da População por Área de Saúde, 2015 Sem data específica

Departamento de Finanças Mapa de Controle Orçamental – Dezembro 2015: Despesas em Capital
Excel digital

Departamento de Finanças Mapa de Controle Orçamental – Dezembro 2015: Proposta – Bens e serviços Excel digital

Departamento de Finanças Mapa de Controle Orçamental – Dezembro 2015: Limites de Orçamento – Bens e serviços Excel digital

Relatório/Balanço de Nove Meses 2015 Matola, Novembro de 2015 Versão digital, sem data específica

Matriz Da Proposta do PES e Orçamento para 2015 Versão digital, sem data específica

Plano económico e social para o ano de 2015, Matola, Outubro de 2014.

Regulamento Interno, Matola, Abril de 2014

OUTROS DOCUMENTOS E FONTES DE DADOS

UNICEF Moçambique
Situação das Crianças em Moçambique 2014, Maputo 2014

Mansilla Pineda, Lola
Fortalecimiento y mejora de los servicios de salud sexual y reproductiva en planificación familiar y salud de adolescentes mejorando las capacidades de la sociedad civil en el Distrito de Matola, Mozambique – Trabajo fin de máster [em língua espanhola, sem traduzir], Outubro 2013

Município de Maputo, Conselho Municipal, Pelouro de Saúde e Acção Social
Mapa sanitário da Cidade de Maputo: Caracterização do sistema de prestação de serviços de saúde, Maio 2013

Maria Cláudia Gomes Dos Santos Rodrigues Da Conceição
Hospitais de primeira referência, Distrito de Saúde e Estratégia dos Cuidados de Saúde Primários em Moçambique, Lisboa, 2011

Conselho Municipal da Cidade da Matola
Plano de Estrutura Urbana da Cidade da Matola (PEUCM), Matola (relatório principal e anexos), Março 2010

Medicus del Mundo – Línea de base 2007 (sem data mais específica)

Inventário das unidades sanitárias dp SNS de Moçambique, MISAU (?) – 2007, Base de dados Access

Manuel G. Mendes de Araújo
Espaço urbano demograficamente multifacetado: As cidades de Maputo e da Matola (sem data específica)

Manuel G. Mendes de Araújo
Os espaços urbanos em Moçambique, GEOUSP - Espaço e Tempo, São Paulo, Nº 14, pp. 165- 182, 2003

Governo da província de Maputo
Plano Estratégico de Desenvolvimento da Província de Maputo, 2015-2024
Matola, Agosto 2015