



CONSELHO MUNICIPAL DE MAPUTO
Pelouro de Saúde e Acção Social

PLANO DIRECTOR 2015 - 2019

MUNICÍPIO DE MAPUTO

Versão Preliminar Maio 2015

FICHA TÉCNICA

Título: **Plano Director de Saúde e Acção Social do Município de Maputo**

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

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

Autoria: **Direcção dos Serviços Municipais de Saúde e Acção Social (DSMSAS) do Conselho Municipal de Maputo (CMM)**

Assistência Técnica: **Medicus Mundi**



**Ajuntament
de Barcelona**

1ª edição para aprovação : maio 2015

Para comentários e sugestões, contacte por favor:

nurbai.calu@gmail.com

Representacion.maputo@gmail.com

CONTEÚDO

TABELAS.....	3
SIGLAS E ACRÓNIMOS.....	5
PREFÁCIO.....	7
1. INTRODUÇÃO.....	8
2. METODOLOGIA.....	11
3. ANÁLISE DA SITUAÇÃO.....	12
3.1. SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA E DEMOGRÁFICA.....	12
3.2 ESTADO DE SAÚDE E BEM ESTAR SOCIAL.....	20
3.3 DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE.....	21
3.4 PROVISÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	24
3.5 SISTEMAS DE APOIO.....	36
3.6 PROVISÃO DOS SERVIÇOS DE ACÇÃO SOCIAL.....	40
3.7 ESTRUTURA DE GOVERNAÇÃO.....	53
3.8 ANÁLISE DAS FORÇAS, OPORTUNIDADES, FRAQUEZAS E AMEAÇAS.....	61
3.9 SUMÁRIO DOS PROBLEMAS E PRIORIDADES.....	62
4. CONCEPÇÕES, PRINCÍPIOS E DIRECTRIZES.....	66
5. OBJECTIVOS, RESULTADOS E ACTIVIDADES.....	67
6. CRONOGRAMA.....	91
11. ANEXOS.....	98
11.1 DOCUMENTOS CONSULTADOS.....	98

TABELAS

Tabela 1 – População por Distrito Municipal 2014.....	12
Tabela 2 - Crescimento Populacional e Relativa Importância do Município de Maputo.....	13
Tabela 3 - Composição Demográfica 2014.....	16
Tabela 4 - Evolução índice de Masculinidade.....	17
Tabela 5 - Incidência da Pobreza nos Distritos Municipais.....	18
Tabela 6 - Estado de Saúde.....	20

Tabela 7 - Causas mais Frequentes de Mortalidade Cidade Maputo e Média Nacional 2007/8	21
Tabela 8 - Mortalidade em 2007 por Distrito Municipal.....	21
Tabela 9 - Rede Sanitária no Município de Maputo 2014 Pública e Privada	24
Tabela 10 - Rede Sanitária Serviço Nacional de Saúde	25
Tabela 11 – Indicadores de Disponibilidade Rede Sanitária 2014	26
Tabela 12 - Recursos por Faixa Urbana.....	26
Tabela 13 - Proveniência dos Utentes.....	28
Tabela 14 - Níveis de Utilização.....	33
Tabela 15 - Qualidade do Atendimento na CPN	34
Tabela 17 - _	35
Tabela 16 - % de Medicamentos aviados.....	38
Tabela 18 - Rede da Infra-Estrutura Social Básica 2013.....	41
Tabela 19 - Disponibilidade de Infra-estrutura Social Básica 2013.....	42
Tabela 19 – Índice de Incapacidade por Causa	50

SIGLAS E ACRÓNIMOS

AMM	Assembleia Municipal de Maputo
ARO	Alto Risco Obstétrico
BdPES	Balanços do Plano Económico e Social
CA	Centros de Acolhimento
CEDSIF	Centro de Desenvolvimento de Sistemas de Informação de Finanças
CIES	Centro de Informação, Educação e Desenvolvimento
CM	Conselho Municipal de Maputo
COV's	Crianças Orfãs e Vulneráveis
CPN	Consulta pré-natal
CPP	Consulta pós parto
CS	Centros de Saúde
CSD	Criança em Situação Difícil
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CSUA	Centro de Saúde Urbanos A
CSUB	Centro de Saúde Urbanos B
CSUC	Centro de Saúde Urbanos C
DDS's	Direcções Distritais de Saúde
DSCM	Direcção de Saúde da Cidade de Maputo
DSMSAS	Direcção do Serviço Municipal de Saúde e Acção Social
HCM	Hospital Central de Maputo
HG	Hospital Geral
HIV/SIDA	Virus Imunodeficiencia HUmana
HMM	Hospital Militar Maputo
IAF	Inquérito aos Agregados Familiares sobre orçamento Familiar
ICOR	Instituto do Coração
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
MAE	Ministério de Administração Estatal
MAS	Mulher e Acção Social
MdE	Memorandum de Entendimento
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey (Inquérito de Indicadores Múltiplos)
MISAU	Ministério da Saúde
MMAS	Ministério da Mulher e Acção Social
NED	Núcleo de Estatística Distrital
OC	Órgãos Centrais
OCB	Organizações comunitárias de base
OE	Orçamento do Estado
OLEs	Órgãos Locais do Estado
ONGs	Organizações Não-Governamentais
PAV	Programa Alargado de Vacinações
PCI	Programa de Controlo de Infecções
PD	Plano Director
PDMSASM	Plano Director Municipal de Saúde e Acção Social de Maputo
PDRSP	Plano de Desenvolvimento da Rede Sanitária Primária
PED	Política e Estratégia de Descentralização
PERPU	Programa Estratégico de Redução da Pobreza Urbana
PESOD	Plano Económico e Social Orçamento do Estado
PESS	Plano Estratégico do Sector Saúde
PROMAPUTO	Plano de Desenvolvimento de Maputo

PQGM	Plano Quinquenal de Governação Municipal
PS's	Postos de Saúde
PSAS	Pelouro de Saúde e Acção Social
SAU	Serviço de Apoio ao Utilizador
SIS	(Sistema de Informação de Saúde)
SMI	Saúde Materno Infantil
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SRO	Sais de Rehidratação Oral
TA	Tensão Arterial
UGB's	Unidade de Gestão Básica
US's	Unidades Sanitárias

1. INTRODUÇÃO

CONTEXTO

A elaboração do plano director acontece num momento particular para o Pelouro de Saúde e Acção Social (PSAS), período em que o processo de transferência de funções e competências para o Município¹ está a ganhar ímpeto. Depois da assinatura do acordo em 2009 o processo passou por um longo período de estase devido a factores de vária ordem, alguns dos quais tratados mais adiante. Com a assinatura, em 2013, de um Memorandum de Entendimento (MdE) entre o PSAS e a Direcção de Saúde da Cidade de Maputo (DSCM), o processo ganhou um ritmo acelerado que resultou na transferência da infra-estrutura da rede primária e o pessoal de saúde entre outros. No entanto, a transferência de competências é um processo complexo e ainda há etapas por realizar e várias funções essenciais por transferir. O Plano Director representa um instrumento de apoio no processo da transferência de competências através de: i) análise do estágio do processo da transferência das competências; ii) revisão do funcionamento e da capacidade institucional da Direcção do Serviço Municipal de Saúde e Acção Social (DSMSAS) e iii) proposta de acções/ estratégias para o fortalecimento da equipa da DSMSAS.

Ambos os processos de transferência de competências e de desenvolvimento de um Plano Director Municipal têm a particular importância de serem as primeiras experiências do Município e do país.

A saúde urbana é a nível internacional um tema actual e cada vez mais de grande relevância e no país começa a ganhar uma certa importância. O Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS) 2014 – 2019 refere-se ao *“agravamento do deficiente acesso urbano”*, observado em Maputo Cidade. No entanto, a análise dos serviços de saúde do Município de Maputo tem se limitado a uma descrição da rede sanitária pública. O mapa sanitário da Cidade de Maputo realizado em 2013, trouxe alguns elementos novos de análise para a compreensão da organização dos cuidados. Contudo, a abordagem aplicada é em geral uma réplica da aplicada para todo o Serviço Nacional de Saúde (SNS), desta forma a especificidade da saúde urbana continua a ser descuidada. Assim, uma das características fundamentais deste plano director uma análise de situação baseada nas particularidades da saúde urbana.

Não é de menos sublinhar que o espaço geográfico ocupado pelo Município possui características que incluem o urbano (urbano, sub-urbano e peri-urbano) e o rural, características a considerar na planificação das actividades sócio-sanitárias. Também, é um espaço no qual, devido a vários factores, tem ocorrido mudanças importantes: alterações na sua classificação, mudança da sua geografia com a anexação (da Catembe e Inhaca), a dezanexação (da Matola) e a constante mobilidade populacional (imigração, emigração e migração interna), têm estado a alterar continuamente as características do Município. O Plano é portanto um ponto de partida, que precisará de bons instrumentos para acompanhar e entender a evolução do Município de modo a proceder aos necessários ajustes de forma atempada (antecipando os eventos), ou reagindo rapidamente aos eventos imprevistos.

¹ No documento abreviado em: “transferência de competências” ou “processo de transferência”

O PSAS está ainda na fase de “exploração” de um novo terreno, pelo que é crucial iniciar o seu percurso com uma informação sólida e abrangente. Esta vai proporcionar um melhor conhecimento e servir de base para seguir e acompanhar a evolução do sector no Município.

Objectivos do Documento

A evolução produziu mudanças no tamanho e estrutura da população e na ocupação de espaços geográficos, entretanto, as diferenças no acesso a infra-estrutura sócio-económica e serviços entre as diferentes áreas geográficas do Município continuam. Deste modo e no seguimento do princípio de desenvolvimento do capital humano, o sector vai reduzir a lacuna no acesso aos serviços sócio-sanitários de qualidade, deverá reduzir as diversas barreiras no acesso a serviços para os pobres e melhorar a eficiência e eficácia na utilização dos mesmos. Tendo sempre em consideração as especificidades e características sociais e de saúde urbana.

O objectivo geral do PDMSAS é de **contribuir na redução da indigência e vulnerabilidade e da morbimortalidade dos munícipes, através de medidas que garantam maior acesso de qualidade aos serviços sócio-sanitários, com especial atenção aos munícipes menos privilegiados**. O presente plano visa orientar os intervenientes dos sectores de saúde e da acção social no Município de Maputo sobre a abordagem a adoptar na melhoria do estado de saúde e da qualidade de vida dos munícipes.

O plano director constituirá um instrumento essencial para a planificação e realização de políticas de saúde e acção social eficazes e capazes de dar resposta aos seguintes princípios orientadores do sector da Saúde e Acção Social no Município: i) Equidade e protecção social para os grupos vulneráveis, portanto o enfoque do Plano será na correcção dos desequilíbrios no acesso aos serviços sócio-sanitários, ii) Melhoria na qualidade dos serviços, iii) Desenvolvimento de estilos de vida e comportamentos saudáveis, iv) Desenvolvimento institucional e desenvolvimento de recursos humanos, v) Encorajamento de parcerias, colaboração local e internacional, e, vi) Advocacia, dando prioridade aos objectivos e acções a realizar na base dos recursos disponíveis e na identificação de sectores possíveis de apoio pelos parceiros do sector da saúde.

Processo e Desenvolvimento do Plano Director

O Plano Director Municipal de Saúde e Acção Social de Maputo (PDMSASM) foi concebido tendo como referência os documentos nacionais e do Município tais como: Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS) 2014 – 2019, Política da Acção Social, Plano Estratégico da Mulher e da Acção Social 2011-2015, Estratégia Nacional de Segurança Social Básica 2010-2014, Plano de Desenvolvimento de Maputo (PROMAPUTO), e Plano Quinquenal de Governação Municipal 2014-2018.

O presente plano foi antecedido pela realização do mapa sanitário e do Plano de Desenvolvimento da Rede Sanitária Primária (PDRSP). O mapa sanitário faz uma descrição e caracterização pormenorizada da rede sanitária pública (primária e secundária) do Município. O PDRSP propõe a distribuição da futura rede. Também, faz a projecção das necessidades em recursos humanos, as quais foram fundamentalmente baseadas nas necessidades expressas pelo pessoal de saúde colocado nos vários níveis do sistema.

No processo da elaboração do plano director foi realizada uma análise de situação orientada para a questão da especificidade sócio-sanitário urbano. Primeiro no tocante às características demográficas e a mobilidade urbana. Segundo, foram explorados alguns aspectos específicos tais como a acessibilidade e disponibilidade dos serviços, a qualidade dos cuidados e a proveniência dos utentes. Estes aspectos, serviram de suporte para a análise da mobilidade urbana na perspectiva da procura e utilização dos serviços. Por fim o diagnóstico do funcionamento e da capacidade institucional da DSMSAS.

Estrutura do Documento

O documento do PDMSASM 2015 – 2019 é constituído por __ capítulos. Após este capítulo introdutório, que aborda os objectivos do documento e o processo do desenvolvimento do PDMSASM, o capítulo subsequente faz uma breve menção aos métodos utilizados.

Análise da situação, este extenso capítulo apresenta: i) o perfil do Município no qual se exploram as diferentes características sócio-económicas dos distritos urbanos; ii) o estado de saúde da população; iii) os determinantes de saúde; iv) a provisão de serviços de saúde no qual se faz uma descrição analítica da rede sanitária e recursos humanos, coberturas e utilização dos serviços e aspectos ligados a qualidade e eficiência; o sector privado; os sistemas de apoio (financiamento e gestão financeira, recursos humanos, medicamentos e sistema de informação de saúde) e v) a provisão dos serviços de acção social, no qual é apresentada a descrição analítica da rede da infra-estrutura social básica, os principais programas de acção social com enfoque na criança em situação difícil, criança em conflito com a Lei, pessoa idosa, pessoas com deficiência e outros grupos vulneráveis. No final do capítulo é apresentado um sumário dos problemas e prioridades que são a base da definição dos objectivos e escolha das estratégias do plano director nas áreas de saúde e acção social.

Governança (Níveis, relacionamento, estrutura, funções, mecanismos de coordenação/comunicação, etc. Inclui a Normativa Vigente no Actual Processo de Descentralização) – Município, Saúde e Acção Social

2. METODOLOGIA

O desenvolvimento do PDMSAS compreendeu várias etapas, das quais se destacam as seguintes:

- Recolha e estudo de uma vasta gama de informação documental. A revisão bibliográfica incluiu a análise de:
 - Documentos Oficiais do Governo de Moçambique, dos Sectores da Saúde e da Acção Social e do Município de Maputo: i) documentos de referência (Planos Estratégicos, Legislação), informação demográfica e outros relatórios; ii) Balanços do Plano Económico e Social (BdPES) e iii) outros documentos relevantes.
 - Estudos e pesquisas sobre o Município de Maputo
 - Literatura internacional sobre a saúde urbana, sistemas de referência, acção social, entre outros.
- Diagnóstico do funcionamento e da capacidade institucional, que consistiu na auscultação de diversos responsáveis e agentes de saúde e acção social do Município: equipa do PSAS e equipas distritais de saúde.
- Um pequeno estudo nas US's das sedes distritais de saúde para a análise de: i) mobilidade urbana e zona de influência das US's; ii) qualidade dos cuidados e iii) sistema de referência.
- Desenvolvimento de indicadores para a área de acção social que permitem medir e fazer uma análise comparativa entre os Distritos Municipais sobre a disponibilidade da infraestrutura social básica. Enquanto o sector da saúde tem vários e diferentes indicadores que permitem medir a disponibilidade e acessibilidade, as coberturas, a eficiência e eficácia dos seus programas, o mesmo já não acontece com o sector da acção social. Desta forma foi julgado útil elaborar alguns indicadores específicos para o efeito.

3. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

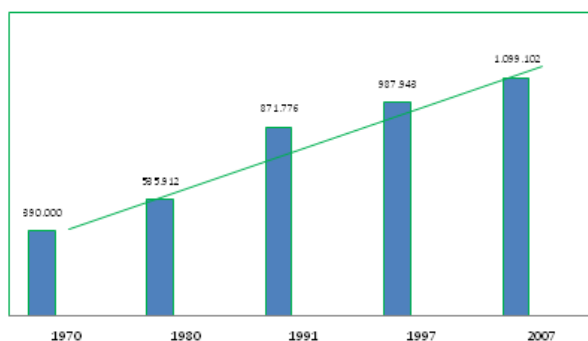
3.1. Situação sócio-económica e demográfica

O Município de Maputo é a maior cidade de Moçambique e a capital administrativa, política, económica e cultural do país. Esta localiza-se no extremo sul do país, na margem ocidental da Baía de Maputo. Limita-se a norte com o distrito de Marracuene, a sul com o distrito de Matutuíne, a oeste com o vale do rio Infulene, que o separa do Município da Matola e a leste com o oceano Índico.

A cidade constitui administrativamente um Município com um governo eleito e também tem, desde 1980, o estatuto de província. Está dividida em sete Distritos Municipais, designadamente KaMpfumo, Nihamakulu, KaMaxakeni, KaMubukwana, KaMavota, KaTembe e KaNyaka, os quais por sua vez estão subdivididos em bairros num total de 63.

Territorialmente a Cidade é muito pequena, com a menor superfície do país de 346,77 Km², em 1997 tinha 966.837 habitantes (Instituto Nacional de Estatística (INE) – censo **1997**). Segundo as projecções do Censo 2007 a população estimada para 2014 é de 1.225.868 habitantes (INE **2010 a**)², resultando numa das densidades populacionais mais altas do país, com 3.535 habitantes/Km².

População Cidade de Maputo Tendência 1970 - 2007



Fonte: Compilado por Cumbi A. dados populacionais de: 1970 e 1980 - Araújo M. G. M. SD; 1991 - Comissão Nacional do Plano 1991; 1997 e 2007 - respectivos censos; 2015 - INE 2010 a)

A distribuição populacional é bastante variada:

Metade da população do Município vive em dois Distritos Municipais, KaMubukwana e KaMavota, que são os mais populosos com 353.922 (29%) habitantes e 341.545 (28%), respectivamente. Esta distribuição é resultado de recentes mudanças

demográficas descritas mais em baixo. Os distritos de Nihamankulu e de KaMaxakeni têm as densidades populacionais mais altas do Município, próximas a 20.000 habitantes por Km². A

Tabela 1 – População por Distrito Municipal 2014

Distrito Municipal	População 2014		Superfície	Densidade
	Número	%		
KaMubukwana	353.922	29%	52,84	6.698
KaMavota	341.545	28%	108,37	3.152
KaMaxakeni	232.248	19%	12,14	19.131
Nihamankulu	159.569	13%	8,02	19.896
KaMpfumo	111.152	9%	12,3	9.037
KaTembe	21.858	2%	101	216
KaNyaka	5.574	0,5%	52,1	107
Total	1.225.868	100%	346,77	3.535

Fonte: Projecções INE 2010 a)

² INE **2010 a**), Projecções Anuais da População Total, Urbana e Rural, dos Distritos da Cidade de Maputo 2007 – 2040

alta densidade populacional nos distritos menos urbanizados³, combinada com condições habitacionais precárias, e falta de infra-estrutura básica, fazem destes distritos ou uma parte dos seus bairros dos mais vulneráveis a doenças infecciosas. De facto, estes quatro distritos albergam os dez bairros mais populosos⁴ do Município. Sendo quatro bairros com mais de 30.000 habitantes e seis com mais de 40.000 habitantes. Contudo, deve-se ter em conta que os dados demográficos são baseados nas projecções do último censo de 2007. O Município de Maputo, como o resto do país, está a registar uma grande e constante mobilidade populacional de e para o Município e interno no Município. A mobilidade intra-urbana, apesar de não ser uni-direccional, regista um maior fluxo da zona mais urbanizada de KaMpfumo para os distritos mais periféricos.

Estima-se que cerca de 40 % da população urbana de Moçambique reside neste Município. Apesar de previsões de várias fontes apontarem para um crescimento marcado⁵ da população urbana em Moçambique, os dados disponíveis provenientes dos censos do INE sugerem um crescimento mais moderado para todo o país e em particular para Maputo.

Como mostram os dados na Tabela 2, Maputo registou um crescimento pronunciado e acima da média nacional no período pós-independência até meados dos anos

Tabela 2 - Crescimento Populacional e Relativa Importância do Município de Maputo

1 - Taxa Média de Crescimento Anual (%)			2 - Peso (%) Habitantes Maputo	
Período	Nacional	Cidade Maputo	Ano	%
1970 – 1980	2,1%	3,5%	1970	4,2%
1975 – 1980	...	3,8%	1980	6,2%
1980 – 1997	1,7%	3,5%	1997	6,1%
1997 – 2007	2,5%	1,0%	2007	5,4%

Fonte: Compilado por Cumbi A. Dados de: 1970 e 1980 Araújo M.M.G. SD; 1975 - Handicap International **2010** e 1997 e 2007 – INE, Censos **1997 e 2007**;

1990's. Este crescimento foi resultado de vários factores: i) crescimento populacional natural, ii) pronunciado fluxo migratório das zonas rurais para as cidades devido à situação de insegurança causada pela guerra, iii) o fraco desenvolvimento nas zonas rurais que motiva os seus residentes a mudarem-se para as cidades a procura de melhores oportunidades. No entanto, a expansão demográfica do Município abrandou nos últimos anos, nos quais Maputo registou um crescimento menor que o do país, com um aumento populacional de cerca de 1,0% ao ano, cerca de metade da média nacional. Também o seu peso relativo tem estado a diminuir gradualmente.

Segundo o INE, este crescimento populacional lento é resultado da migração para a província de Maputo, principalmente para as zonas de expansão habitacional nos distritos de Boane, Marracuene e Cidade da Matola. Também, o censo 2007 apontou uma queda na taxa de natalidade (de 35,5 nascidos vivos por mil habitantes em 1997 para 27,6 em 2007) e na taxa de fecundidade (de 4,2 filhos por mulher em 1997 para 2,9 em 2007). É de notar que o fenómeno de urbanização em Moçambique e em particular na sua capital, aparentemente tem registado

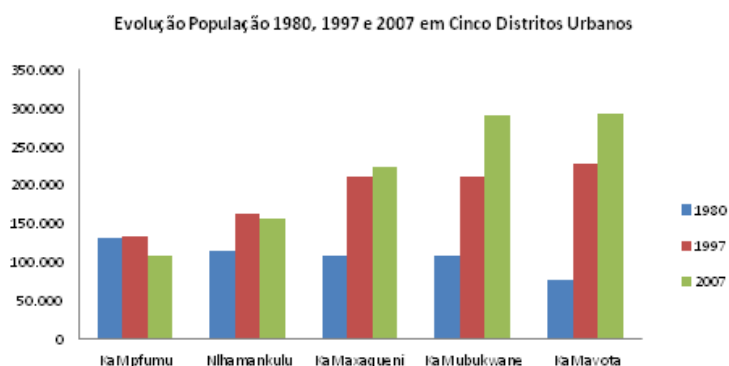
³ Onde as casas são fundamentalmente de construção horizontal.

⁴ KaMavota (Ferroviário – 49.877, Mavota – 47.508 e Hulene “B” – 45.390); KaMaxakeni (Polana Caniço “B” – 46.184, Polana Caniço “A” – 45.883 e Maxaquene “B” – 30.431); KaMubukwana (George Dimitrov – 40.972 e Luís Cabral -33.800) e Nihamankulu (Chamanculo “C” – 38.696 e Xipamanine – 30.093)

⁵ “De acordo com as Nações Unidas, Moçambique tem (em 2007) uma das mais elevadas proporções de população urbana na África Oriental, cifrada em 36% (UNFAPA 2007) e que se prevê que cresça para 60% até 2030 (UN 2006). De acordo com esta projecção, poderá haver até 17 milhões de pessoas nas áreas urbanas de Moçambique em 2030”. Anónimo, SD.

até ao momento características e padrões diferentes dos observados noutros países. A distribuição da população urbana em vários polos urbanos do Centro e Norte do país está a resultar por um lado num ritmo de crescimento mais lento pelo menos para a Cidade de Maputo e por outro, em não estabelecimento de Megalópoles como é o caso de Luanda, Nairobi, etc. Contudo, é importante entender melhor qual será o desenvolvimento/ evolução demográfica do Município para melhor acompanhar e proceder com os necessários ajustes.

Estas mudanças são acompanhadas por uma (re)distribuição da população no Município, apresentada no gráfico ao lado. O ritmo de crescimento populacional em Maputo não foi igual nos seus distritos. A comparação por distrito dos dados dos censos de 1980, 1997 e 2007 revela



Fonte: Compilado por Cumbi A., dados de: 1980 - Araújo M.G. SD e 1997 e 2007 respectivos Censos Populacionais

uma expansão demográfica bastante pronunciada para os distritos peri-urbanos mais periféricos, com um crescimento anual de 3,7% e 2,8% nos distritos de KaMubukwana e KaMavota respectivamente. Estes distritos são amplos e têm densidades populacionais médias abaixo de 10.000 hab./km². Os dois distritos sub-urbanos depois de uma grande expansão entre 1980 e 1997, nos últimos anos não registaram crescimento, Nihamankulu (-4,5%) e KaMaxakeni (0,58%). Estes são os dois distritos com a densidade mais alta do Município. Araújo M.G.M. SD⁶, já antes do censo 2007, analisando os dados do censo 1997, tinha concluído que: *“este [espaço] é, exclusivamente, para habitação e ocupa todos os espaços de forma muito densa, faltando, quase sempre, áreas para vias de circulação, lazer, jardins, etc. ... Estes dois distritos já não podem receber mais população, nem infra estruturas ...”*. Também faz notar que estes distritos têm os bairros com a mais alta densidade, como é o caso de Chamanculo “A” que já em 1997 tinha uma densidade populacional altíssima de 72.095 hab./km². O distrito mais urbanizado de KaMpfumo mostra uma retracção da sua população, conseqüentemente também da densidade populacional, apesar de ser constituído fundamentalmente por uma construção vertical. O espaço utilizado para fins habitacionais ocupa somente uma parte e continua a sua progressiva diminuição, com mais residências a serem transformados em escritórios/ serviços. É aqui onde estão concentrados os serviços de todo o tipo do Município. Portanto, aumentando ainda mais a ocupação espacial com serviços.

A expansão demográfica nos distritos periféricos, como faz notar Costa A.B. (2011)⁷, salvo poucas excepções não beneficiou de planeamento e dotação de infra-estrutura.

A concentração de serviços faz de Maputo, especialmente o centro da Cidade, uma zona com grande capacidade de captação de trabalhadores e de estudantes das áreas circunvizinhas. Em contraste, os padrões territoriais da Matola têm estado a aumentar a sua capacidade para fixar

⁶ Documento sem data, mas pelas referências pode se intuir que o trabalho foi realizado entre 2003 e 2004.

⁷ Costa A.B., (2011), Famílias de Maputo: processos de mobilidade e transformações urbanas

a população como residente. Matola é a segunda maior Cidade do país e dada a “proximidade geográfica e continuidade física dos dois espaços urbanos torna-os senão uma mesma cidade, complementares. Portanto, funcionalmente uma única grande Cidade. A mobilidade pendular⁸ (para actividades laborais, académicas e outras) aumenta sobremaneira a “população diurna” de Maputo. Esta alta mobilidade urbana diária tem várias consequências na vida do Município. Primeiro em termos ambientais, segundo na utilização dos serviços disponíveis e consequentemente no cálculo das taxas de cobertura administrativas. É portanto crucial entender melhor a pressão que pode resultar sobre os recursos de saúde disponíveis. Esta população “móvel” até que nível usufrui dos serviços de saúde prestados pelo Município de Maputo e quais são os serviços mais solicitados e em que zonas?

As suas características históricas, a recente (e em curso) expansão geográfica e a inclusão de áreas/ bairros rurais pertencentes a província de Maputo (KaMavota, KaMubukwana, KaTembe e KaNyaka), fazem deste um Município bastante heterogéneo. Vários analistas urbanísticos dividem a zona urbana do Município em três zonas denominadas de urbana, sub-urbana e peri-urbana. A zona mais urbanizada e mais antiga compreende o distrito de KaMpfumo. A zona sub-urbana inclui o distrito de Nlhamankulu localizado na primeira cintura da Cidade. A zona peri-urbana engloba os distritos mais periféricos de KaMaxakeni, KaMubukwana e KaMavota. Estas três zonas possuem características bem distintas, resultando num estado de saúde diferenciado dos seus habitantes. O nível de urbanização, a distribuição e densidade populacional, as condições sócio-económicas, o acesso a infra-estrutura e serviços é bastante diferente nestas três áreas. A sua análise e compreensão é o primeiro passo para a definição de objectivos, estratégias e acções que possam responder de forma adequada aos problemas específicos de cada zona em particular e do Município como um todo.

Dos sete distritos que compõem o Município, dois são nitidamente rurais, KaTembe e KaNyaka. Estes dois distritos têm poucos habitantes, uma densidade populacional muito baixa, entre outras características rurais. No entanto, a KaTembe está a registar uma rápida expansão demográfica. A implementação do projecto de construção da ponte sobre a Baía de Maputo (já em curso) e do Plano de Urbanização da Katembe vai acelerar ainda mais este processo. Como resultado, prevê-se um crescimento demográfico, desenvolvimento socio-económico e urbanização naquele distrito. Este processo poderá trazer consequências na distribuição populacional do Município, assim como no tamanho e tipo de serviços de saúde que será necessário prover ao distrito de KaTembe.

O estudo das tendências do tamanho e da distribuição da população de Maputo sugere que a Cidade está num processo continuado de mudanças, com uma expansão geográfica notável para os distritos mais periféricos e retracção demográfica no Centro da Cidade. Algumas reflexões gerais por distrito e suas implicações na infra-estrutura sanitária são:

⁸ “a expressão «movimentos pendulares» é habitualmente utilizada para designar os movimentos quotidianos das populações entre o local de residência e o local de trabalho ou estudo. O conceito de movimento pendular encerra, na sua forma mais simples, duas deslocações de uma pessoa entre dois pontos do espaço geográfico: uma de ida para o local de trabalho ou estudo e outra de retorno ao local de residência.”

Caixa 1 -

<p>Distrito de KaMpfumo</p> <ul style="list-style-type: none"> De 1997 a 2007 regista uma diminuição da sua população Transformação do espaço habitacional para actividades económicas, sociais, etc. Continuada saída de seus agregados familiares para KaTembe, Matola, Zimpeto, Magoanine, etc. Portanto, a tendência redução demográfica poderá continuar. Boa infra-estrutura sócio-sanitária pública e privada (tratado em detalhe mais adiante)
<p>Distrito de Nlhamankulu</p> <ul style="list-style-type: none"> De 1997 a 2007 o tamanho da sua população regista uma ligeira diminuição. Tem uma das densidades mais altas do Município Projecto de requalificação Boa acessibilidade a infraestrura sanitária
<p>Distrito de KaMaxakeni</p> <ul style="list-style-type: none"> De 1997 a 2007 o tamanho da sua população regista um ligeiro crescimento. Tem uma das densidades mais altas do Município Ocupação do seu espaço para a construção luxuosas mansões pertencentes a elite da Cidade (edifícios para actividades económicas, segundas casas ou residências de família com reduzido número de pessoas por agregado) Consequente saída dos seus residentes habituais para os bairros mais periféricos Requalificação de alguns dos seus espaços Fraca acessibilidade a rede sócio-sanitária
<p>Distrito de KaMavota</p> <ul style="list-style-type: none"> De 1997 a 2007 continua a registar expansão demográfica e espacial. Tem uma densidade populacional média, com bastante espaço para fixação de novos residentes... Expansão não acompanhada por uma dotação adequada de infra-estrutura sócio-económica Fraca acessibilidade a rede sanitária
<p>KaMubukwana</p> <ul style="list-style-type: none"> De 1997 a 2007 continua a registar expansão demográfica e espacial, com o maior crescimento populacional neste período. Tem uma densidade populacional média, com bastante espaço para fixação de novos residentes. Zona de eleição da migração intra-urbana espontânea e “dirigida” pelas autoridades em caso de necessidade (calamidades, requalificação de espaços noutros distritos) Expansão não acompanhada por uma dotação adequada de infra-estrutura sócio-económica Fraca acessibilidade a rede sanitária
<p>KaTembe</p> <ul style="list-style-type: none"> Nos últimos anos tem-se registado uma corrida para ocupar espaços no seu território. Em curso um projecto de desenvolvimento urbano de grande envergadura
<p>KaNyaka</p>

Esta informação, que precisa de ser tornada mais robusta com dados adicionais como a dimensão da imigração para a Cidade, é uma base para a planificação mais equilibrada do investimento futura na infra-estrutura sócio-sanitária.

O estudo da composição demográfica (sexo, idade, etc) é essencial para o desenho de serviços adequados às necessidades específicas em cada área geográfica.

Tabela 3 - Composição Demográfica 2014

	Cidade Maputo	Índice mais Alto	Índice mais Baixo	País
Nº médio de pessoas p/ agregado familiar	4,9			
% População masculina ¹	48,1%	48,8% (KaMaxaquene)	47,7% (KaMubukwana)	
% População feminina ¹	51,9%	52,3% (KaMubukwana)	51,2% (KaMaxaquene)	
Índice de masculinidade ^{1,2}	92,9	95,3 (KaMaxaquene)	91,3 (KaMubukwana)	
% População de 0-14 anos ¹	33,4%	36,8% (KaNyaka)	23,1% (KaMpfumo)	
% População de 15-64 anos ¹	63,9%	73,9% (KaMpfumo)	58,4% (KaTembe)	
% População com + de 65 e + anos ¹	2,7%	5,7% (KaTembe)	2,2% (KaMavota)	

Tabela 3 - Composição Demográfica 2014

Cidade Maputo	Índice mais Alto	Índice mais Baixo	País
Fonte: ¹ Calculado por Cumbi A. com base nas projecções populacionais INE 2010 a) ⁹			
Nota: ² Índice de masculinidade - homens em cada 100 mulheres			

A análise dos indicadores demográficos básicos confirma a heterogenicidade da distribuição populacional no Município. O índice de masculinidade varia de 91,3 no distrito de KaMubukwana a 95,3 no KaMaxaquene, de acordo com Mendes de Araújo M., estas diferenças são mais evidentes na análise por bairro.

Em termos de estrutura etária, no Município de Maputo, como em todo o país, há uma predominância da população jovem, a faixa etária de 0-14 anos representa cerca de 36,1% dos habitantes. Contudo, a composição etária do Município é algo diferente da nacional e mostra diferenças acentuadas entre os seus distritos. A população em idade de trabalhar (15-64 anos) representa cerca de 64% na Cidade; este grupo etário tem um peso muito alto no distrito de KaMpfumo (73,9%) e bastante baixo em kaTembe (58,4%). O peso da população idosa é bastante baixo no Município. No entanto, situações sócio-económicas tornam este grupo etário bastante vulnerável em alguns distritos, devendo portanto ocupar uma posição de destaque na planificação de serviços.

Em contraste com o ritmo do crescimento populacional, a composição da população no Município de Maputo tem estado a registar rápidas mudanças. A mudança do tipo de migração para e do Município, sobretudo devido à guerra, resultou numa diminuição importante do índice de masculinidade no global e em todos distritos os urbanos.

Tabela 4 - Evolução índice de Masculinidade

Distrito Municipal	1997	2007	2014
KaMpfumo	103,1	96,0	93,8
Nlhamankulu	96,9	96,9	94,7
KaMaxaquene	95,8	96,7	95,3
KaMavota	94,1	93,4	91,7
KaMubukwana	94,2	93,3	91,3
KaTembe	91,1	92,8	92,8
KaNyaka	82,1	89,7	92,9
Média Cidade	96,1	94,8	92,8
Fonte: 1997 - Mendes de Araújo M. SD; 2007 e 2014 - INE 2010 b) ¹⁰			

O tamanho médio dos agregados familiares do Município reduziu-se de 5,3 em 1997 (INE **2007**) para 4,9 pessoas em 20___. Os agregados familiares de maior dimensão, portanto com níveis de dependência mais elevados são tendencialmente mais pobres (MMAS BdPES **2013**). Em 1997 o distrito de KaMaxaquene apresentava a maior média (5,8) do Município e KaMpfumo a menor (4,3).

A informação de ___ indica que em 20___ apenas 24,4% dos agregados são/eram chefiados por mulheres, comparativamente a média de 28% em 1997 (INE 1997). Em geral considera-se que as famílias chefiadas por mulheres são tendencialmente menos favorecidas. O relatório do MMAS (BdPES **2013**) afirma que: *“Os agregados chefiados por mulheres, particularmente os chefiados por viúvas que se encontram nas zonas rurais, têm maior probabilidade de estarem numa situação de pobreza. Estes agregados têm menos recursos e menos opções de rendimento...”*. Também há um número crescente de famílias chefiadas por idosos ou por menores.

O Município de Maputo representa a região mais desenvolvida do país, sendo a área geográfica com os melhores indicadores socio-económicos, com uma das mais baixas taxas de

⁹ INE (2010) Projecções Anuais da População Total, Urbana e Rural, dos Distritos da Cidade de Maputo 2007 – 2040

¹⁰ INE 2010 b) Perfil Estatístico do Município de Maputo 2007 - 2008

analfabetismo, em 2009 tinha cerca 12% contra 53% da média nacional (INE, **2012a**). No entanto, há uma disparidade entre sexos: a taxa entre os homens é de 4,4% contra 14,8% para as mulheres. Ao nível do ensino primário 28,1% de crianças de 5-17 anos de idade está fora da escola dos quais, 14,3% corresponde a mulheres e 13,8% a homens (Censo, 2007). Portanto, o problema parece em vias de solução. A falta de informação não permite analisar a situação por distrito.

A Cidade possui uma rede de infra-estruturas bem desenvolvida: estradas e sistema de transporte, comunicações, unidades comerciais (lojas), electricidade, entre outros. As suas características geográficas e a disponibilidade de infra-estrutura facilitam a provisão de serviços, no entanto, como já discutido mais acima, existem lacunas e desequilíbrios importantes no acesso que importa analisar em detalhe.

Apesar desta situação privilegiada uma proporção considerável dos seus habitantes depende do sector informal para a sua sobrevivência. Segundo Paulo, Rosáio e Tvdten (**2008**), cerca de 70% dos agregados familiares não estão envolvidos em actividades económicas de rendimento sustentáveis, sendo a percentagem mais alta nos agregados familiares chefiados por mulheres (86%) do que nos chefiados por homens (62%). Da força de trabalho no sector formal, a maior percentagem está empregue no sector terciário (prestação de serviços) com 50,2 %, seguido do sector secundário (indústria transformadora com 15,8 % e finalmente o sector primário (produtivo/extractivo) com 7 %. Os habitantes dos distritos mais periféricos são ainda mais dependentes do sector informal, quer para o seu rendimento como para aceder a vários tipos de serviços e géneros para a maior parte das suas necessidades quotidianas. As actividades do sector informal são praticadas quer nos bairros/ distritos periféricos quer na zona do distrito mais urbanizado. É de notar que muita literatura faz menção a importância do sector informal na economia do país.

63% das residências possuem energia eléctrica, 55,1% água canalizada e 15% das residências não possuíam nenhum saneamento básico (Censo, 2007). Apesar destes resultados globais aparentarem uma situação razoável, os distritos sub-urbanos e peri-urbanos apresentam uma situação bastante crítica em termos de acesso a água e ao saneamento do meio. A rápida expansão demográfica e espacial, sem o devido planeamento urbano com a resultante ocupação de espaços inapropriados para a construção das habitações, sem sistemas de saneamento e/ou degradando os sistemas existentes, com um inadequado fornecimento de água potável e uma deficiente gestão do lixo, constituem enormes desafios na área de saneamento do meio nestas áreas do Município. O deficiente saneamento do meio, agravado pelo uso inadequado do existente representa um ambiente propício para a disseminação de doenças, particularmente as infecto contagiosas.

Também a situação da pobreza e vulnerabilidade na Cidade é heterogénea. Os níveis de pobreza e de vulnerabilidade variam de acordo com vários factores sócio-económicos e entre os Distritos Municipais. A composição dos agregados familiares também joga um papel importante neste aspecto. O nível médio de pobreza do Município tem estado a diminuir. A % abaixo da linha da pobreza passou de 47.8 em 1996/7 para 53.6 em 2002 e 36.2 em 2009 respectivamente, contra os níveis mais altos das médias nacionais de 69.4, 54.1

Tabela 5 - Incidência da Pobreza nos Distritos Municipais

KaMpfumo	28
Nhlamankulu	51
KaMubukwana	54
KaMavota	55
KaMaxakeni	56
KaTembe	65
KaNyaka	80
Fonte: Metier, 2007	

e 54.7 respectivamente, no mesmo intervalo de anos (IAF **1998** e **2003** & MICS **2008**). No entanto, os Distritos Municipais apresentam diferentes níveis de incidência da pobreza. Informação apresentada na **Tabela __** - revela um fosso enorme entre KaMpfumo e os restantes distritos. Os distritos de KaNyaka, KaTembe e KaMaxakeni apresentam os piores resultados.

3.2 Estado de Saúde e Bem Estar Social

Para medir o estado de saúde são analisados alguns indicadores seleccionados dos Inquéritos Demográficos de Saúde (IDS) sobre a mortalidade, morbilidade e o estado nutricional. Na **Tabela 6** os resultados de Maputo Cidade são comparados com as médias nacionais.

Tabela 6 - Estado de Saúde

	Município de Maputo			País		
	1997	2003	2011	1997	2003	2011
1 – Mortalidade						
Esperança de vida à nascença (anos) ¹	58.4	55	54.3	42.3	46.3	52.8
Taxa de mortalidade infanto-juvenil ^{2, 11}	97‰	89‰	80‰	219‰	178‰	97‰
Taxa de mortalidade infantil ^{2 12}	49‰	51‰	61‰	147‰	124‰	64‰ ²
Taxa de mortalidade neonatal ^{2 13}	27‰	22‰	33‰	57‰	48‰	30‰
2 – Morbilidade - Doenças diarreicas – Crianças <5 anos						
Prevalência da diarreia	17.4%	21.2%	9.9%	21%	14%	18% ²
3 - Estado Nutricional						
% Crianças malnutridas <5 anos	21.5%	20.6%	23%	36%	41%	43%
Taxa de baixo peso à nascença	14.6%	12.4%	10.8%	4.9%	6.0%	15.2% ³
Fonte: IDS 1997; IDS 2003 e IDS 2011						
¹ –Dados de 2002, UNDP – NHD Report 2006; Dados de 2003, UNDP 2009; Dados de 2011 país Banco Mundial e Cidade CMM 2013 ¹⁴ .						
Nota: ² Por mil nados vivos						
³ Prevalência de diarreia % de crianças menores de 5 anos que tiveram diarreia, no período de duas semanas anteriores ao inquérito						

Em geral, a Cidade de Maputo mostra resultados melhores do que as médias nacionais, representando portanto a área geográfica mais privilegiada do país. No entanto, enquanto que para a maior parte dos indicadores as médias nacionais registam uma continuada melhoria, alguns dos indicadores do Município mostram uma tendência negativa. Mesmo para os indicadores nos quais os resultados não pioraram, a evolução foi mais lenta do que as médias nacionais. O destaque de resultados preocupantes vai para os seguintes indicadores:

- A esperança média de vida à nascença reduziu-se de 58 em 1997 para 55 em 2007 e 54 em 1997. Em 2007 a média foi para os homens de 52,1 e para as mulheres de 57,9. Apesar da situação do HIV/SIDA afectar também as médias nacionais, os resultados e projecções do INE pelo menos não apontam para um declínio deste indicador a nível nacional
- As taxas de mortalidade infantil e neonatal também deterioraram-se, com um aumento das taxas entre 1997 para 2007, de 49‰ para 61‰ e de 27‰ para 33‰ respectivamente. A taxa neonatal de Maputo passou para níveis superiores à média nacional.

Os resultados do estudo das causas de morte (INE 2009), indicam que no global para a Cidade o HIV/ SIDA representou a causa mais importante de mortalidade, sendo 33,3 % de todas as mortes, seguida pela malária (13,1%) e doenças do sistema circulatório (10,6%). Enquanto no global para o país as principais três causas de mortalidade são a malária (28,8%), o HIV/SIDA

¹¹ Mortalidade infanto-juvenil: “probabilidade de morrer antes de completar cinco anos de vida (0-59 meses)” - IDS

¹² Mortalidade infantil: “probabilidade de morrer durante o primeiro ano de vida (1-11 meses)” - IDS

¹³ Mortalidade Neonatal: “probabilidade de morrer durante o primeiro mês de vida, (de 0 a 30 dias)” - IDS

¹⁴ Conselho Municipal de Maputo 2013 – Perfil Estatístico do Município de Maputo 2011

(26,9%) e causas peri-natais (6,5%). Para a Cidade, também figuram entre as principais causas da mortalidade os acidentes ou causas externas (5,2%) e os neoplasmas (4,6%).

Tabela 7 - Causas mais Frequentes de Mortalidade Cidade Maputo e Média Nacional 2007/8

	Maputo Cidade			País
	Global	Masculino	Feminino	Global
HIV/SIDA	33,3%	34,6%	31,6%	26,9%
Malária	13,1%	12,7%	13,6%	28,8%
Doenças do Sistema Circulatório	10,6%	9,4%	11,9%	3,4%
Acidentes	5,2%			3,9%
Neoplasmas Malignos	4,6%			1,2%
Causas Perinatais	4,0%			6,5%
Pneumonia	4,0%			4,3%
TB	3,5%			3,1%
Diarreias				4,4%
Outras	20,2%	18,7%	21,8%	17,5%

Fonte: INE 2009¹⁵

A informação disponível por Distrito Municipal e apresentada na **Tabela 8** confirma os desequilíbrios dentro do Município, com diferenças enormes entre os

Tabela 8 - Mortalidade em 2007 por Distrito Municipal

	Esperança de vida à nascença	Taxa de mortalidade infante-juvenil	Taxa de mortalidade infantil
KaMpfumo	68,7	49,6	44,2
KaMubukwana	56,3	86,0	76,9
KaNyaka	55,6	89,8	80,3
Nhlamankulu	54,6	92,9	83,1
KaMavota	53,0	100,7	90,1
KaMaxakeni	51,4	108,8	97,3
KaTembe	49,6	116,5	104,4

Fonte: INE 2007 (Resumo Mortalidade Distritais)

distritos. Seguindo o padrão 'habitual', o distrito de KaMpfumo regista níveis muito melhores. Os piores resultados são dos distritos de KaMaxakeni e KaTembe.

Não obstante a situação privilegiada do Município, o seu perfil epidemiológico não se afasta muito do padrão nacional, com uma predominância de doenças infecciosas (HIV/SIDA, malária, tuberculose e doenças diarreicas); a malnutrição, apesar do seu nível muito inferior a média nacional, ainda é bastante alta nas crianças menores de 5 anos.

Maputo é uma das regiões mais afectadas pela epidemia do HIV/ SIDA, com uma taxa de 16,8% em 2009 contra 13,1% da média nacional (MISAU/ INE **2010**), a 3ª mais alta do país.

3.3 Determinantes Sociais de Saúde

A saúde da população urbana é fortemente influenciada por factores ligados ao ambiente e condições de vida (residência e trabalho). Estes incluem: ambiente económico e social; ambiente físico; características individuais e comportamentais.

¹⁵ INE (2009) Mortalidade em Moçambique Inquérito Nacional Sobre Causas de Mortalidade, 2007/8 - Relatório Preliminar

Factores sócio-económicos

A situação sócio-económica é uma determinante importante da saúde. Esta inclui factores tais como as características demográficas e sua evolução, rendimento e nível sócio-económico, educação, emprego e condições de trabalho, entre outros:

- **Características demográficas:** a análise dos dados populacionais evidenciou um importante crescimento demográfico e espacial especialmente nos distritos periféricos.
- **Rendimento e nível sócio-económico:** Apesar da situação privilegiada do Município de Maputo, a análise efectuada evidencia situações críticas. A informação anteriormente apresentada revela altos índices de pobreza nalguns distritos do Município. Uma parte significativa da população dos distritos periféricos depende do mercado informal resultando em baixo rendimento e maior vulnerabilidade. Entretanto, contemporaneamente regista-se um aumento da classe média com a consequente mudança de estilo de vida (actividade física, alimentação, etc). Esta reflecte-se na mudança do padrão de doenças, com o aumento do risco de doenças não infecciosas – obesidade, diabetes e doenças cardíacas.
- **Educação:** O nível de educação afecta de diversas formas a saúde do indivíduo e da sua comunidade. O nível de educação é determinante para um bom emprego, portanto melhor rendimento e boas condições habitacionais. É também importante na percepção de mensagens de saúde, podendo portanto influenciar na utilização dos serviços e no comportamento de risco. Maputo apresenta um bom nível de alfabetização. No entanto há uma disparidade importante entre os sexos. A taxa de analfabetismo alta entre as mulheres vai influenciar negativamente na procura de cuidados de saúde da mulher e da criança.
- **Transporte:** A superlotação e o “apinhamento” no transporte público facilita o contágio/ disseminação de doenças, especialmente as respiratórias. As condições das viaturas, em especial o vulgo “My love”, o aumento “descontrolado” da frota automóvel e o desrespeito das regras de trânsito, propiciam o aumento dos acidentes de viação e dos casos do trauma.
- **Estilo de vida:** o alcoolismo, o tabagismo, etc, contribuem para aumento de doenças cardíacas.

“Factores físicos”

- **Água e saneamento do meio:** O acesso à água, o saneamento do meio jogam um papel crucial na saúde. Como já foi referido, a expansão urbana não tem sido devidamente regulamentada, esta é sobretudo “espontânea”; o acesso a água potável e a sanidade ainda são insuficientes.
- **Más condições habitacionais:** o “apinhamento”, aliado a deficientes condições higiénicas constituem um meio propício para eclosão de epidemias de doenças transmissíveis.
- **Vulnerabilidade a eventos naturais:** as cheias, ciclones, etc.

Apesar de analisados individualmente estes factores estão estreitamente ligados e influenciam-se entre si. Reconhece-se que a melhoria da saúde dos pobres é crucial para a redução da pobreza, porque doença e pobreza estão estreitamente associadas e formam um

verdadeiro círculo vicioso. As infecções se transmitem mais rapidamente em situações ambientais de risco, caracterizadas pela pobreza, pela sobrepopulação, por más condições de habitação, de ventilação, de saneamento e, sobretudo, pela má nutrição. A maior parte destes factores está fora do âmbito da actuação do sector de saúde e da acção social, no entanto devido a sua importância na saúde, assumem uma posição central e merecem uma atenção especial. No entanto, o papel do PSAS na contribuição da melhoria da saúde do município envolve mais do que acções sanitárias. A posição do PSAS integrada no Município proporciona-lhe vantagens únicas para jogar o papel de catalizador junto aos outros sectores e serviços, tais como os responsáveis pelo saneamento do meio, etc.

Caixa _ - Factores e Riscos de Saúde

Factores	Riscos de Saúde
Ambiente – fracas condições higiénicas	
Deficiente saneamento do meio	Doenças infecciosas/ transmissíveis; surtos epidémicos
Deficiente Condições de Habitação	
Ventilação inadequada	Problemas respiratórios
	Intoxicação (envenenamento) monóxido de carbono
Falta de higiene	Infecções
Condições inadequadas cozinha e conservação de alimentos	Acidentes
	Intoxicação alimentar
Iluminação inadequada	Acidentes
'Apinhamento' (sobrepopulação) (Overcrowding)	Infecções
	Stress
	Violência intra-familiar
Falta de iluminação nas vias públicas	Criminalidade; insegurança e stress
Estilo de vida (alimentação, etc)	Doenças cardíacas, diabetes, etc
Vias rodoviárias/ transporte	Acidentes de viação

3.4 Provisão de Serviços de Saúde

O sistema de saúde é composto pelos sectores público, privado, comunitário, a medicina tradicional e a alternativa. No sector público participam na provisão dos serviços de saúde várias organizações, algumas das quais são: obras públicas – programas de fornecimento de água e saneamento do meio; justiça, polícia e defesa - provisão de assistência às penitenciárias, unidades policiais e militares.

3.4.1 O Serviço Nacional de Saúde

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem um papel preponderante na provisão dos serviços de saúde. A nível nacional estima-se que mais de 95% dos cuidados de saúde são prestados pelo SNS. Esta proporção deverá ser menor no Município de Maputo, onde a rede das unidades privadas é extensa e em expansão.

O sistema de cuidados de saúde é composto por quatro níveis de prestação de cuidados. O nível primário composto por diferentes tipos de Centros de Saúde (CS) e Postos de Saúde (PS), estes prestam cuidados básicos curativos e preventivos. O nível secundário que inclui os Hospitais Rurais (HR), Hospitais Distritais (HD) e Hospitais Gerais (HG); este é o primeiro nível de referência e prestam cuidados curativos (de emergência, cirurgia ‘simples’ geral, obstétrica e relacionada com o trauma). Os níveis terciário (hospitais provinciais) e quaternário (hospitais centrais e especializados) prestam cuidados mais diferenciados.

3.4.1.1 Rede Sanitária e Recursos Humanos

(3.3 Rede Sanitária Actual e ? 3.4 Rede Sanitária nos Próximos Anos?)

De acordo com a informação de várias fontes, a rede sanitária do Município de Maputo é composta por 35 US's do SNS, complementada por uma extensa rede privada, num total de 151 US's. O número de US's privadas pode ser sub-estimada.

Tabela 9 - Rede Sanitária no Município de Maputo 2014 Pública e Privada

Distrito Municipal	Pública					Outras	Privada (Compilação para corrigir e completar)							
	SNS						HE	Clínica c/ Internamento	Clínica	Consultório	CS	PS	CS/PS Local Trabalho	Total
CS's	HG	HC	HE	Total										
KaMpfumo	6		1		7	2	4	14	71					
Nlhamankulu	4	2			6									
KaMaxaquene	2	1			3									
KaMavota	6	1			7				2	2	2			
KaMubukwana	5			1	5					3				
KaTembe	3				3					1				
KaNyaka	3				3									
Total Cidade	29	4	1	1	35	2	4	14	71	30	36		151	

Fonte: Pública – Mapa Sanitário 2013; Privada – MAE 2002 e vários endereços internet
Notas: Outras ICOR e Hospital Militar

Serviço Nacional de Saúde

No Município de Maputo a rede sanitária pública é composta por 35 US's (Mapa Sanitário 2013) e inclui três dos quatro níveis existentes no Serviço Nacional de Saúde, quaternário, secundário e primário, cada um dos níveis é gerido por uma entidade diferente. Apesar da terminologia diferenciada na classificação das US's, no geral as características das US's em termos de tamanho da infra-estrutura, do número e tipo de pessoal, ou seja a equipa que realiza as actividades e o tipo de serviços providenciados, não estão claramente diferenciados. Existem grandes diferenças entre US's no mesmo tipo de classificação, assim como semelhanças entre US's de classificação diferente, portanto de nível de atendimento diferente.

Para a rede primária, dois órgãos, o Município e a Direcção de Saúde da Cidade têm responsabilidade pelos diferentes tipos de serviços prestados neste nível. A **Tabela _** faz um resumo simplificado sobre a jurisdição e gestão da rede sanitária pública na Cidade. A gestão da rede primária, embora transferida para o Município, tem sido partilhada pois os recursos – financeiros e materiais – não foram ainda transferidos.

Tabela 10 - Rede Sanitária Serviço Nacional de Saúde

Nível e Tipo de Unidade Sanitária	
Nível IV <ul style="list-style-type: none">• 1 Hospital Central	Autónoma – Órgãos Centrais
<ul style="list-style-type: none">• 1 Hospital Especializado em Saúde Mental	Direcção de Saúde da Cidade de Maputo
Nível II <ul style="list-style-type: none">• 3 Hospitais Gerais	Direcção de Saúde da Cidade de Maputo
Nível I <ul style="list-style-type: none">• 7 Centros de Saúde Urbano C• 5 Centros de Saúde Urbano B• 15 Centros de Saúde Urbano A• 3 Centro de Saúde Rural do tipo I	Direcção do Serviço Municipal de Saúde e Acção Social e Direcção de Saúde da Cidade de Maputo
<ul style="list-style-type: none">• 3 Centros de Saúde anexos aos HG's	Direcção de Saúde da Cidade de Maputo

Funcionam também no Município de Maputo, 1 Hospital Militar (HMM) e 1 Instituto do Coração (ICOR) que estão sob jurisdição dos órgãos centrais (OC). Estas 2 US's prestam serviço público, mas com uma componente substancial de serviços privados.

Como ilustrado, no espaço geográfico do Município, a rede sanitária pública existente está sob a jurisdição de diferentes organismos: O HCM é autónomo e está sob a jurisdição dos Órgãos Centrais (OC); a rede secundária é gerida pela Direcção de Saúde da Cidade de Maputo; a rede primária recentemente transferida para o Município ainda depende substancialmente da Direcção de Saúde da Cidade. Também existem várias US's de Local de Trabalho de diferente tamanho e importância e com modalidades de provisão de cuidados ao Município de diferente forma, é o caso do Hospital Militar, do CS da LAM, etc. A rede de saúde primária pertencente ao Município é satelitar e parte integrante dos HG's, os quais representam o primeiro nível de referência. Algumas US's do Município não possuem maternidade e estes serviços são providenciados pelo HG pertencente à DSCM, que neste caso, é também responsável pela inoculação ao recém-nascido das primeiras vacinas, BCG e a Pólio 0. Os diferentes tipos de US's fornecem vários e diferentes tipos de serviços. Desta forma, nenhuma autoridade de saúde recolhe e analisa uma informação completa sobre os serviços do Município, que não podem ser reorganizados de forma racional.

Disponibilidade e acessibilidade – Serviço Nacional de Saúde

Em geral, todos os resultados sugerem uma boa cobertura dos serviços de saúde. Os indicadores sobre a rede sanitária na Tabela 11, mostram uma boa disponibilidade. Também, em termos ‘qualitativos’ o acesso no Município é de se considerar superior ao resto do país, se se considerar que a maior e

Tabela 11 – Indicadores de Disponibilidade Rede Sanitária 2014

	US/ Hab	Camas/ 1000 hab	Camas/ 1000 MIF
Município	35.025	0,96	1,63
KaNyaka	1.858	4,49	8,11
KaTembe	7.286	1,69	2,76
KaMpfumo	13.894	0,58	...
Nlhamankulu	26.595	2,77	4,85
KaMavota	48.792	1,18	0,85
KaMubukwana	58.987	0,30	1,87
KaMaxaquene	116.124	0,44	0,76

Fonte: Indicadores calculados com base na População 2014 () e Rede Sanitária (Mapa Sanitário)

melhor US do país encontra-se localizado aqui e a existência de 3 US's do nível secundário. Apesar da situação privilegiada do Município, dentro desta registam-se diferenças importantes de disponibilidade e de acesso aos cuidados de saúde. Enquanto que o valor médio habitantes por US é de 35.025, este é de 116.124 e 58.987 para os distritos de KaMaxaquene e KaMubukwana respectivamente que são os menos favorecidos. Em termos percentuais estes dois distritos têm 48% da população e somente 23 % da rede sanitária. Estas desigualdades seguem as características históricas da origem e urbanização da Cidade. De facto, a distribuição da infra-estrutura sanitária é caracterizada por uma alta concentração na zona mais urbanizada (do centro e próximo do centro da Cidade). A zona mais urbanizada (KaMpfumo) e a mais próxima a esta (Nlhamankulu) ocupam cerca de 6% do território do Município e possuem 23% da sua população estimada. Os recursos de saúde estão altamente concentrados nesta pequena área, com 40% das US's, 43% das camas hospitalares e 38% do pessoal de saúde (58% dos médicos). Dos 15 CSU A, 9 estão localizados nesta zona do Município (6 em KaMpfumo e 3 em Nlhamankulu). Igualmente, a distribuição da rede secundária de primeira referência é influenciada pelas mesmas distorções históricas que se provaram difíceis de corrigir através de investimento em infra-estrutura ou sua reclassificação.

A acessibilidade nas zonas menos privilegiadas é agravada pelo fraco acesso ao transporte público e de ambulâncias em caso de emergência (de casa a US). Algumas distorções históricas não são de fácil correcção através de investimento na infra-estrutura. Pelo que será necessário encontrar medidas (inovadoras e menos onerosas) que possam trazer, em tempo razoável, equilíbrio e melhor saúde para os Municípios menos favorecidos.

Tabela 12 - Recursos por Faixa Urbana

	% Superfície	Densidade Populacional	% US	US/ Hab	Camas/ 1000 hab
Urbana e a sub-urbana + próxima do centro ¹⁶	6%	13.323	40%	19.337	1,87
Sub-urbana + Peri-urbana ¹⁷	50%	5.352	43%	61.848	0,66
Rural ¹⁸	44%	179	17%	4.572	2,26

Fonte:

Nesta análise deve-se ter em consideração o contexto específico do Município. Primeiro a análise não inclui a vasta rede privada que mudaria grandemente o cenário, sobretudo para o distrito mais privilegiado de KaMpfumo. A análise reflecte as diferenças na disponibilidade em

¹⁶ KaMpfumo e Nlhamankulu

¹⁷ KaMaxaquene, KaMavota e KaMubukwana

¹⁸ KaTembe e KaNyaka

relação a distribuição geográfica respectiva à divisão administrativa formal. Esta não reflecte as reais diferenças na utilização dos serviços. A grande mobilidade dos munícipes implica que a utilização dos serviços nas zonas com pouca infra-estrutura é maior do que a reflectida por este tipo de análise.

O conhecimento da área de saúde 'real' é fundamental para a compreensão dos padrões de utilização dos serviços que vão guiar nos moldes de provisão equilibrada dos mesmos em termos de planificação da rede (infra-estrutura, recursos humanos, etc), a definição de objectivos e metas a alcançar, etc.

As coberturas de saúde (de rotina/ administrativas) podem parecer erroneamente altas se a área de captação real for maior do que a teórica e vice-versa.

Foi efectuado um pequeno estudo sobre a proveniência dos utentes nos CS's das sedes distritais, o qual baseou-se nas percepções dos profissionais de saúde e num levantamento "rápido" da informação sobre a residência dos utentes com base em amostras dos registos de consultas e da maternidade e entrevistas a utentes de alguns serviços (farmácia, CPP, CPN e consulta 0 – 4 anos) no dia da visita. Esta informação é útil para avaliar a mobilidade dos munícipes na procura de serviços e a área 'real' de captação das US's. No geral a utilização é influenciada por factores que incluem a capacidade e o raio de acção dos programas de saúde da US, bem como os fluxos de utilização resultantes da facilidade/ dificuldade de acesso e da percepção que os utentes têm sobre a qualidade dos serviços. Os resultados obtidos através dos registos, das entrevistas aos utentes, assim como das percepções dos profissionais de saúde sugerem que as áreas de captação 'efectiva' não coincidem com as áreas de saúde definidas de acordo com a divisão administrativa dos distritos. A informação resumida na **Tabela __**, indica que há uma 'grande mobilidade' dos utentes, resultando em áreas de captação umas maiores e outras menores em relação às áreas de saúde definidas.

Dos cinco CS's avaliados, Malhangalene e Xipamanine são os que apresentam uma maior proporção de utentes vindos de fora das suas áreas de saúde, em particular o CS de Xipamanine. Os CS's 1 de Junho e de Bagamoyo, nos dois distritos peri-urbanos (mais periféricos) são utilizados maioritariamente pelos munícipes dos bairros mais próximos da US e a maior % dos utentes é do bairro onde está localizada a US. No entanto, a excepção de 1 de Junho, em todos os CS's observa-se a presença de doentes de vários bairros fora da área de saúde administrativa. Sendo o caso extremo o de Xipamanine com uma forte presença de utentes de fora do distrito e alguns de fora do Município de Maputo. Os residentes dos bairros de KaMaxakeni são representados em várias US's situados noutros distritos urbanos e representam a maior parte dos utentes no CS Malhangalene no distrito de KaMpfumo. Este facto tem implicações nas bases e critérios utilizados para a planificar e afecta o sentido da planificação e a avaliação e monitoria dos planos e das coberturas administrativas.

Alguns dos profissionais de saúde auscultados expressaram-se da seguinte forma:

"... problemas da divisão administrativa, na saúde ficamos prejudicados. Administrativamente o distrito tem 8 bairros, as metas do Plano são definidos nesta base. Mas a área de saúde é muito menor, portanto as nossas coberturas em partos e PAV são baixas." **CS de ...**

Tabela 13 - Proveniência dos Utentes					
Distrito	Malhangalene KaMpfumo	Xipamanine Nhlamankulu	1º de Maio KaMaxakeni	Bagamoyo KaMubukwana	1 de Junho KaMavota
KaMpfumo	24%	<1%	4%	<1%	0%
Nlamankulu	±1%	66%	0%	0%	0%
KaMaxakene	73%	5%	75%	%	4%
KaMubukwana	<1%	14%	±1%	85%	0%
KaMavota	0%	±1%	9%	±1%	98%
Matola e Marracuene	<1%	14%	±1%	14%	±1%

Fonte: Cumbi A. 2015¹⁹

Os técnicos de saúde indicaram vários factores que levam os utentes a escolher a utilização de US's fora da sua área de residência e ou a definida de acordo com a divisão administrativa; estes incluem:

- **Localização da US que pode favorecer ou não a sua utilização:** O CS 1º de Maio é considerado mal localizado e portanto “pouco” utilizado, como afirmou uma técnica de saúde: *“só temos uma maternidade mal localizada. A noite as parturientes não vêm devido a criminalidade”*. A situação inversa leva a uma maior procura. *“A nossa US está situada no corredor, conseqüentemente, para além dos utentes dos bairros da nossa área de saúde, há muitas pessoas que vêm das zonas circunvizinhas e de muito longe também... Isto aumenta a pressão sobre os nossos serviços, (CS Xipamanine).”* Numa outra US (CS Malhangalene), os técnicos de saúde referiram ter pacientes que justificam a eleição da US longe da própria residência devido a proximidade com o local de trabalho. O CS de Malhangalene, sede do distrito de KaMpfumo, está localizado no extremo deste distrito e na proximidade de bairros populosos do distrito de KaMaxakeni, teoricamente da área de saúde 1º de Maio.
- **‘Hábito’:** existem utentes que mudaram de residência mas continuam a ‘voltar’ para a US a qual *“estão habituados”*, foram verificados casos destes nos dias de visita às US's em vários serviços (CPN, CPP, 0-4 anos). Este facto pode ser ligado à grande mobilidade interna dos munícipes, que mudam frequentemente de morada.
- **‘Sigilo/ privacidade’:** o padrão de utilização e do diagnóstico sugere que em alguns casos a escolha de uma US longe do bairro da própria residência é ditada pelo tipo de doença como as DTS's e o HIV/ SIDA. Informação esta confirmada pelas percepções dos profissionais de saúde.

Aliado a estes factores, são as relativas curtas distâncias que permitem aos Munícipes uma grande mobilidade e flexibilidade na escolha/ selecção da US de sua preferência. Esta mobilidade já não se aplica em caso de emergência sobretudo no período da noite. A falta de transporte e a situação de insegurança vivida nas áreas periféricas representam uma barreira importante para o acesso aos cuidados à noite.

A comparação entre as consultas realizadas e a população atribuída a estas US's mostra altíssimos índices de utilização para Malhangalene e Xipamanine e muito baixos para as outras US's. Esta informação pode estar a confirmar o desajuste entre a área de captação real e a área de saúde teórica/ administrativa. O fluxo de utilização dos serviços tem implicações importantes nos processos de planificação quer a de curto prazo (definição de objectivos e

¹⁹ Levantamento em cinco US's da Proveniência dos Doentes e da Qualidade dos Cuidados

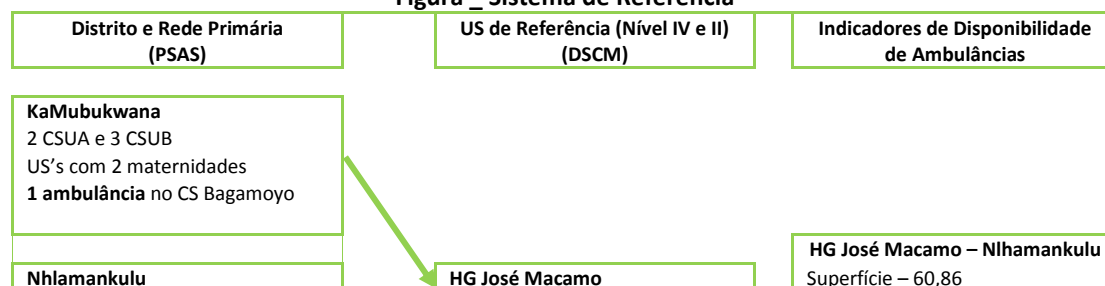
metas anuais e a sua monitoria e avaliação) quer de médio/ longo prazo (projecção e localização de novos serviços).

O Sistema de Referência

O sistema de referência do Município de Maputo é dotado de bastantes recursos e em geral as distâncias são curtas comparativamente ao que acontece no resto do país. Em termos de US's, existe uma rede teoricamente constituída por 3 HG's que são de primeira referência, mais o HCM. Devido a sua origem histórica, a localização da rede de primeira referência não obedece a critérios racionais de uma rede integrada para uma referência eficaz e eficiente. Os HG's de José Macamo e Chamanculo distam um do outro cerca de ___ Km. Ademais, os 3 HG's estão concentrados num extremo do Município mais próximo a "zona central da Cidade", deixando uma vasta área longe do sistema de referência e de serviços de emergência. A origem destes hospitais tem também influência no seu tamanho e tipo de serviços por eles providenciados. Resultando não somente na desigualdade na acessibilidade ao sistema de referência como também no tipo de serviços que os Municípes têm acesso na unidade de referência da sua área de saúde. O HG José Macamo é o mais diferenciado dos três hospitais, seguido pelo HG de Mavalane. O HG de Chamanculo é, em termos práticos um grande CS, com uma grande capacidade em termos de camas de maternidade e banco de socorros. De facto, a referência de pacientes é efectuada para os primeiros dois hospitais. O papel do HG de Chamanculo restringe-se na gestão e provisão de transporte para as transferências das US's localizadas no que foi a sua área de saúde.

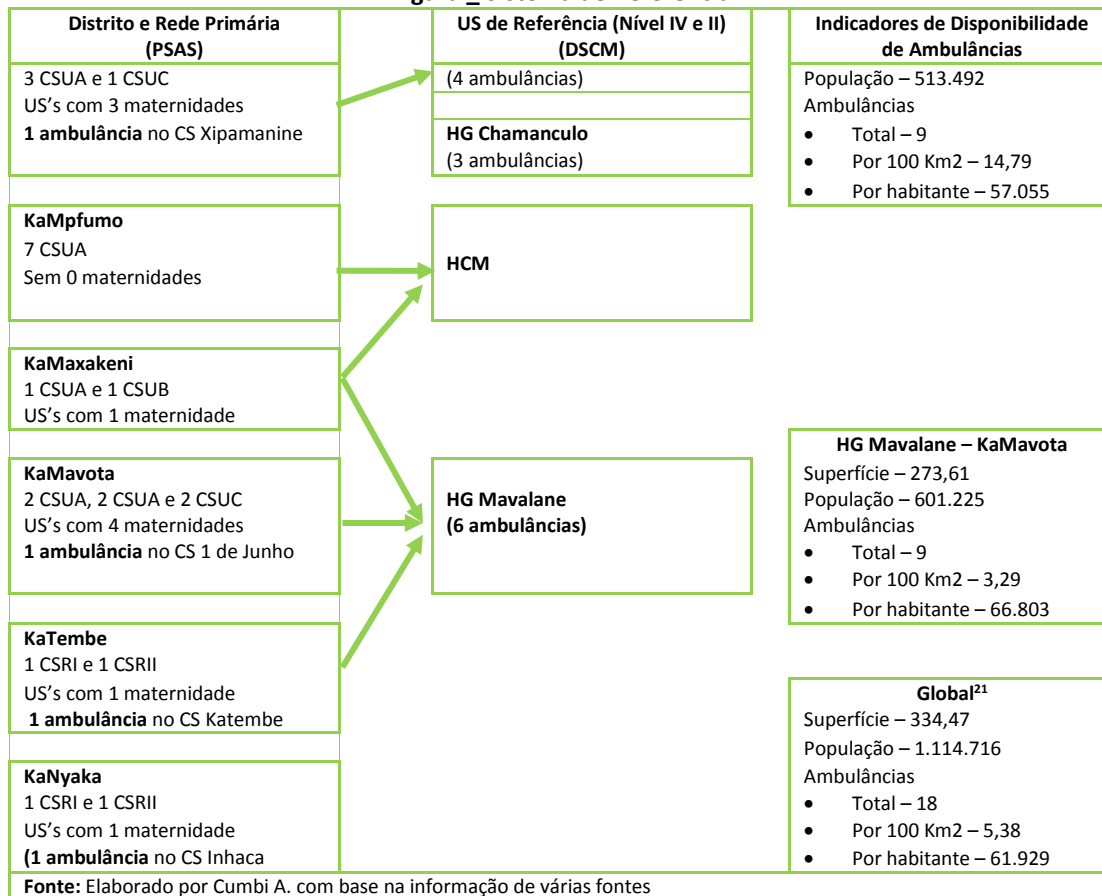
A rede secundária e primária possui cerca de 18 ambulâncias²⁰ simples, sem equipamento de suporte, maioritariamente pertencente e colocado nos HG's. Os técnicos acompanhantes na ambulância são parte da equipa presente na US no momento em que surge a emergência. O sistema de transporte da referência funciona somente dos CS's para os hospitais de referência. A organização e o funcionamento do sistema de referências são estruturados com base nas outoras áreas de saúde: i) As US's dos distritos de Nlhamankulu e de KaMubukwana referem para o HG José Macamo no distrito de Nlhamankulu; ii) no distrito de KaMpfumo para o HCM localizado no mesmo distrito; iii) nos distritos de KaMavota, KaTembe e KaNyaka para o HG Mavalane do distrito de KaMavota e iv) em KaMaxakeni, o CS 1º de Maio, dependendo da gravidade refere para o HCM ou o HG de Mavalane. O mesmo foi observado no CS de Xipamanine, onde uma boa proporção das referências constantes no livro de registo da maternidade foi transferida directamente para o HCM. As US's no distrito de KaMpfumo possivelmente não possuem um fluxo importante de referências, pois não possuem maternidade, nem serviços de urgência.

Figura _ Sistema de Referência



²⁰ Não são incluídas ambulâncias do sector privado

Figura _ Sistema de Referência



Apesar dos recursos existentes, foram mencionadas várias lacunas que afectam negativamente o funcionamento do sistema de referência. Primeiro, as normas que deveriam regular o fluxo da referência dos doentes entre as US's não são aplicadas. Os HG's assumem um papel preponderante na provisão de cuidados do primeiro nível devido a autoreferência pelos utentes. Esta situação é motivada por factores de vária ordem: i) para alguns utentes é a proximidade do HG; ii) "má" localização do CS. Por exemplo, no CS de Bagamoyo foi referido que "muitas mulheres preferem apanhar o chapa e descer a porta do HGJM, do que descer a paragem e caminhar até a maternidade do CS Bagamoyo". Para além da sua localização que se encontra distante da paragem do chapa, quando chove o acesso fica comprometido. iii) utentes com meios financeiros que procuram serviços melhores 'do tipo privado'; iv) qualidade percebida pelos utentes. v) a falta de serviços de emergência e vi) a limitante do horário de funcionamento público (8 horas por dia 5 dias da semana), sobretudo em US's sem serviço de emergência. Todos estes factores levam os pacientes a dirigirem-se directamente ao hospital de referência, o que resulta num uso ineficiente de recursos.

Segundo, para a referência dos casos de emergência do CS ao hospital, o problema fundamental referido é a deficiente comunicação e esta é em parte devida a falta de meios de comunicação. US's com ambulância referiram-se a dificuldades que têm de entrar em contacto com o motorista da ambulância por estar fora da cobertura da rede telefónica. Estas deficiências têm causado atrasos nas transferências.

²¹ Não inclui KaMpfumo

Não obstante as deficiências apontadas, aparentemente há um grande fluxo de transferências de emergências da rede primária (pelo menos dos CS's nas sedes distritais) para os HG's. Uma observação rápida dos livros de registo das maternidades dos CS's de Xipamanine e de Bagamoyo revelou um grande fluxo diário, entre 3 – 5 tranferências por dia para o HG José Macamo e HCM. Apesar de não ter sido investigado, quer parecer que o maior fluxo de transferências é das maternidades. No entanto, a pouca informação recolhida através das cadernetas de saúde da mulher sugere uma baixa detecção de ARO²². E, os poucos casos de ARO detectados referem-se somente a idade inferior a 16 anos ou superior a 35 anos. Não foi averiguado, mas possivelmente na maior parte das vezes o ARO é detectado 'tardamente' durante o trabalho de parto. Este facto aumenta a necessidade de transferência de emergência e sobrecarrega os meios existentes.

O transporte é uma componente fundamental do sistema de referência, a sua boa gestão e monitoria do seu desempenho são elementos chave para melhorar a capacidade de resposta. O tempo de resposta é de extrema importância na eficácia da referência de casos de emergência. Diminuir o tempo de resposta através de uma boa gestão pode contribuir para diminuir a mortalidade materna e peri-natal e de outras causa. Para além de incidir na mortalidade, pode também ter efeitos na "qualidade da cura"; uma resposta rápida pode contribuir na diminuição de possibilidade de lesões/ sequelas irreversíveis. Algumas referências²³ indicam que o tempo de resposta²⁴ recomendado nas emergências obstétricas é de 4mn a 6mn. Embora esta pode ser uma meta inalcançável para o contexto do país e do Município, é importante melhorar e reduzir o mais que se pode o tempo de resposta.

3.4.1.2 Cuidados Prestados

A rede apresentada anteriormente, no seu global presta todo o tipo de cuidados. Como já referido na análise da rede sanitária, várias instituições participam na prestação de cuidados no Município de Maputo. O conhecimento sobre todos os cuidados prestados é limitado. Não existe informação sobre os cuidados da rede privada. A informação sobre a actividade nos níveis mais diferenciados do sector público é limitada.

	Caixa _ -				Privado
	HCM	Direcção de Saúde Cidade		Município	
		HG's	CS's	CS's	
<i>Cuidados Curativos</i>					
• Consultas	V	V	V	V	V
• Internamento	V	V			V
• Maternidade	V	V		V	V
• Cirurgia	V	V			V
• Emergência	V	V		V	V
<i>Cuidados Preventivos</i>					
• Saúde materna infantil				V	V
• Vacinas	V	V		V	
<i>Serviços auxiliares</i>					
• Laboratório	V	V	V		V
• Farmácia	V	V	V		V

²² 6 casos de ARO detectados/ registados em 90 cadernetas de saúde (4 >35 anos, 1 <16 anos e 1 <150 cm).

²³ Mucunguzi S., Wamani H., Lochoro P. e Tylleskar T. Effects of Improved Access to Transportation on Emergency obstetric Care Outcomes in Uganda

²⁴ Tempo de resposta corresponde ao tempo que decorre entre a decisão de evacuar e a partida da ambulância.

Caixa _ -					
	HCM	Direcção de Saúde Cidade		Município	Privado
		HG's	CS's	CS's	
• Radiologia	V	V	V		V

Cuidados de Saúde Primários

De acordo com a informação do mapa sanitário, em geral as US's da rede primária cobrem todo o leque de cuidados previstos para o seu nível: cuidados curativos, cuidados obstétricos e cuidados preventivos. Quanto aos cuidados obstétricos, a rede primária possui 12 maternidades distribuídas em seis dos sete distritos, o que providencia uma boa cobertura em Cuidados Obstétricos Essenciais Básicos (COEB). KaMpfumo, o distrito mais central e mais próximo do HCM, é o que não possui maternidade.

Um constrangimento importante do atendimento externo é a sua disponibilidade limitada em termos de horário, que em geral funciona de 2ª a 6ª feira das 07.30h às 15.30h. Portanto, em princípio todos os serviços estão disponíveis durante 8 horas por dia. No entanto devido as modalidades organizacionais praticadas, o tempo em que estes serviços estão disponíveis é ainda mais reduzido. Se um utente chegar a uma US entre 12.00 horas e 15.00 horas a possibilidade de ser atendido em qualquer um dos serviços do atendimento externo é bastante limitada. Os utentes são 'encorajados a chegarem todos' cedo nas US's, desta forma os cuidados são concentrados num período do dia, caracterizado por um enorme fluxo de doentes e superlotação dos espaços durante essas horas. O "apinhamento" nas US's facilita o contágio/ disseminação de doenças.

Os serviços de emergência são ainda limitados, somente três USs possuem este serviço com atendimento 24 horas²⁵. Contudo, esforços têm sido feitos para dotar mais US's de serviços de Banco de Socorros de forma a melhorar a acessibilidade ao Município aos cuidados de emergência.

Foi seleccionado um grupo de actividades para dar uma visão global das actividades produzidas e o desempenho do sistema a este nível. É também importante analisar a contribuição, ou seja o peso da actividade da rede primária. Esta informação é útil na planificação do tipo de acções a perspectivar tendo em consideração o peso/ influência da contribuição da rede primária. Do global dos cuidados prestados pelo sector público na Cidade, a rede primária deverá ter uma contribuição entre 20% e 30% de toda a actividade sanitária produzida. Segundo o Plano de Desenvolvimento da Rede do Município, da actividade realizada nos níveis primário e secundário, o peso da rede primária é de 42% do total das Unidades de Atendimento (UA) sendo: 76% das consultas externas, 80% da estomatologia, 34% dos partos, 100% da SMI, 94% do PAV e 7% do internamento respectivamente.

A análise da prestação de cuidados por este nível é efectuada na perspectiva da qualidade e da eficiência. Para as coberturas recorre-se à informação dos Inquéritos Demográficos de Saúde (IDS), dado que estes reflectem melhor os níveis de utilização do que a informação de rotina.

Coberturas e Níveis de Utilização dos Serviços de Saúde

Segundo os resultados do Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) de 1997, 2004 e 2012, a procura de cuidados de saúde no Município é bastante alta. Na **Tabela 14** em baixo, os indicadores referentes às coberturas e aos níveis de utilização dos serviços do Município são

²⁵ CS Bagamoyo, CS 1 de Junho e CS

comparados com as médias nacionais. Em geral os índices de cobertura e utilização são aceitáveis e superiores às médias nacionais. Apesar das altas coberturas, o sector ainda enfrenta grandes desafios no Município. Contrariamente a tendência de continuado crescimento observado a nível nacional, as coberturas no Município de Maputo registaram um declínio importante no período de 2003 a 2011. Devido a falta de informação não é possível fazer uma análise por distrito e apurar se a queda verificou-se em todos os distritos e se esta tendência continua ou reverteu-se. Igualmente importante seria identificar as causas desta contracção.

Tabela 14 - Níveis de Utilização

	Município de Maputo			País		
	1997	2003	2011	1997	2003	2011
Coberturas						
Crianças vacinadas com DPTHepB3 ^a	88%	97%	90%	60%	72%	76%
Crianças completamente vacinadas	82%	91%	77%	47%	63%	64%
Cobertura por partos institucionais	87%	89%	92%	44%	48%	54%
Utilização de serviços - Doenças diarreicas						
Crianças <5 anos						
% de crianças c/ diarreia que foi levada à US	50.5%	41.7%	64.4%	35%	49%	59%
% de crianças c/ diarreia que receberam pacote de SRO ou líquido caseiro recomendado	82.5%	73.6%	69.1%	49%	71%	62%
Fonte: INE (1998), IDS 1997; (2004) IDS 2003 e (2012), IDS 2011, Versão Preliminar						

Os IDS's também apresentam resultados sobre a procura de serviços e tratamento correcto em algumas doenças em crianças (diarreia). A informação sobre o nível de utilização da US e de soro oral também sugere melhores resultados para o Município, como os exemplos abaixo atestam:

- A % de crianças com diarreia que foi levada a US é de 64% no Município contra 59% da média nacional.
- A % de crianças com diarreia que recebeu pacote de Sais de Rehidratação Oral (SRO) ou líquido caseiro recomendado é de 69% na Cidade contra somente 62% da média nacional. Contudo, aqui também o desempenho do Município sugere um declínio.

3.4.1.3 Qualidade e Eficiência dos Programas e Serviços de Saúde

Qualidade

Infra-estrutura

Condições gerais: Em geral o estado de conservação das instalações é razoável. De acordo com o mapa sanitário, a maior parte das US's (nível I e II) requer entre manutenção de rotina e ligeira reabilitação; 50% das US's necessitam somente de manutenção de rotina, 41% de reabilitação ligeira e 6% de reabilitação pesada. Uma das razões mais frequentes da reabilitação ligeira é a necessidade de substituir a cobertura em fibrocimento, material potencialmente cancerígeno.

Condições de trabalho: A ‘obrigatoriedade’ para a aplicação do horário do funcionamento público resulta, em certa medida, numa organização e utilização dos espaços limitados. Em geral os espaços (áreas de espera e gabinetes de consulta) para o atendimento externo são caracterizados pela superlotação em especial nas primeiras horas do dia e nos primeiros dias da semana. Em algumas US’s mais do que um profissional de saúde trabalham no mesmo gabinete.

Saneamento básico: Este constitui um problema que afecta várias US’s, ainda que de forma diferente. O mapa sanitário refere que “aos problemas de manutenção do sistema de água que deixa às vezes partes das US’s sem água, com infiltrações ou que não permite o fluxo das águas sujas (uns exemplos significativos são o CS 1 de Maio e o HG de Chamanculo).” No levantamento efectuado para complementar esta análise da situação, das 5 US’s visitadas, todas apontaram algum tipo de problema com as condições de higiene e limpeza nas US’s. Desde a falta de lavabos ou outro sistema para a lavagem das mãos nos gabinetes de consulta (CS Malhangalene), falta de água e problemas de esgotos na maternidade (CS’s 1º de Maio, 1 de Junho e Bagamoyo).

Tratamento do lixo: O PDRS refere que em 28 das 30 US’s foram apontados problemas relacionados com o deficiente tratamento do lixo comum e sanitário. Nas visitas as cinco US’s foram referidos problemas com o tratamento de lixo, tais como: i) avarias das incineradoras (CS Malhangalene e CS Xipamanine); ii) falta de baldes para a segregação do lixo (CS 1º de Maio). O mapa sanitário afirma que “Em geral, o tratamento de lixo não é correcto e muitas vezes só trata-se de deixá-lo num buraco aberto. Isso provoca péssimas condições higiénicas. (veja-se a situação do CS Hulene ou o CS Incassane).”

Esterilização: Esta é uma área crítica, na qual várias US visitadas referiam insuficiências de várias ordens, capacidade limitada, falta de equipamento e avarias.

Equipamento básico: Os resultados do mapa sanitário indicam que em geral as US’s possuem o equipamento básico para a prestação de cuidados ao seu nível. No entanto, refere-se a existência de muito material avariado e a insuficiência do mesmo para o número de técnicos existentes em cada US.

Cuidados de Saúde

Consultas Pré-Natais

Os resultados apresentados na Tabela _ mostram alguns aspectos qualitativos da CPN obtidos através da avaliação rápida da CPN, utilizando a caderneta de saúde das mulheres presentes na consulta pós-natal no dia da visita. O número médio de consultas por mulher grávida é bastante alto (4,7), o que significa um número suficiente de contactos para os actos de prevenção e rotinas previstas. No entanto, a mesma informação sugere um início tardio das consultas (idade média

Tabela 15 - Qualidade do Atendimento na CPN

	Média
Idade Média Gestacional (1ª consulta)	21,0
% de início da CPN no 1º trimestre	4%
Nº médio consultas CPN	4,7
% registos de TA	77%
% de TA não registada	5%
% ARO detectado	7%
Fonte: Cumbi A. 2015 ²⁶	

²⁶ Levantamento em cinco US’s da Proveniência dos Doentes e da Qualidade dos Cuidados

gestacional na 1ª consulta é 21 semanas e somente 4% das mulheres grávidas iniciou as consultas durante o 1º trimestre. Também foi observado um fraco registo das medições de tensão arterial, nalguns casos aparentemente este facto é devido a falta/ avaria de esfigmomanómetro. Também verifica-se uma fraca detenção de casos de Alto Risco Obstétrico (ARO).

Farmácia

Utilização de Medicamentos

Tabela 16 - _

	2014	2015	Aceitável
Nº médio medicamento por receita	2,64 2,87 (Malhangalene) 2,54 (1º de Maio)	2,80 (3,00) 1 de Junho 2,54 (Xipamanine)	1 - 2
% de Receitas com antibiótico	72% 59% (1º de Maio) 78% (Bagamoyo)	67% 52% (Xipamanine) 90% (1 de Junho)	<35%

Fonte: Cumbi A. 2015 – Levantamento 5 US's - Proveniência dos Doentes e Qualidade dos Cuidados

Eficiência

Os resultados do mapa sanitário sugerem uma produtividade baixa do pessoal de saúde nos CSR1 e 2 e nos CSU A e B e uma utilização muito baixa das camas hospitalares. A Taxa de Ocupação das Camas (TOC) global para o nível I e II é de 67%. A TOC da maternidade nos dois níveis é de 49%, a excepção do distrito de KaMavota, o baixo rendimento das camas de maternidade é generalizado. O distrito de KaMubukwana apresenta uma das TOC mais baixas de somente 28%. Este merece uma atenção especial, pois para o nível primário este é o segundo distrito com o maior número de camas (60).

Com base nesta informação, uma das prioridades do Município é levar a cabo acções com vista a rentabilizar melhor estes recursos. Uma das conclusões fundamentais do mapa sanitário é: *“Todos os indicadores de eficiência mostram a possibilidade de aumentar a produtividade quase o duplo sem comprometer a qualidade do trabalho”... “O mesmo se aplica à Ocupação das Camas, 67%, que poderia acrescentar-se até um 80 ou 90% sem perda da qualidade”.*

Caixa – O Caso do CS 1º de Maio

Maternidade subaproveitada, com uma TOC muito baixa, sem informação para avaliar a produtividade do pessoal. Entre as várias razões do sub-aproveitamento da maternidade figuram as condições precárias das instalações devido a falta de água e não funcionamento da drenagem/ esgotos. O pessoal da US aponta ainda a má localização e insegurança devido ao alto índice de criminalidade.

Apesar de se considerar esta maternidade mal localizada, esta tem uma potencial bacia de utentes de uma parte do próprio distrito e parte do distrito de KaMpfumo. Se forem melhoradas as condições de higiene e garantido um sistema seguro de transferência para as emergências, esta poderia tornar-se atractiva para as mulheres da área referida. Uma melhor utilização desta maternidade vai trazer ganhos de eficiência não só para esta US, mas também para o HCM ao contribuir na redução da utilização desta unidade de referência para partos normais.

3.4.2 Cuidados de Saúde Privados

Os cuidados de saúde privados incluem US's da rede sanitária de prestadores privados lucrativos e privados não lucrativos (comunitários e local de trabalho).

O Município de Maputo tem a maior rede sanitária de prestadores privados lucrativos do país. Esta registou um enorme aumento entre 1994 e 1996, após este período o crescimento foi bastante lento. Entretanto, nos últimos anos tem estado a registar uma rápida expansão e começa a ter um certo peso na Cidade. Em 1998 a rede sanitária privada contava com apenas 30 clínicas e 41 farmácias na Cidade e Província de Maputo (Yates e Zorzi, 1999). Em 2002 a Cidade de Maputo possuía 40 estabelecimentos privados (MAE 2002). Actualmente a rede sanitária privada é constituída por 151 US's sendo: 14 clínicas, 71 consultórios médicos, 30 CS's e 36 PS's. Complementada por 13 laboratórios de análises clínicas, 6 ambulâncias e 147 farmácias comerciais. Estes serviços concentram-se prevalentemente no distrito de KaMpfumo, a zona mais urbanizada do Município, também privilegiada pela rede sanitária pública.

A rede privada tem um impacto multiforme no sistema de saúde. Primeiro o acesso que certas camadas mais favorecidas podem ter. Segundo a competição pela "bacia comum" de profissionais de saúde, de forma que alguns emigram do sector público para o privado, enquanto outros se dividem entre o público e o privado. O ritmo de crescimento da rede privada, a definição de políticas relativas e a sua aplicação terão implicações multifacetadas no sistema de saúde do Município e na forma como o PSAS e outras entidades deverão projectar e captar os recursos humanos no sector público. É portanto importante ter um bom nível de compreensão deste sub-sector (número de US's, sua distribuição geográfica e serviços prestados e perspectivas da sua evolução).

Para além das US's da rede privada, as US's sob gestão pública, sobretudo as mais diferenciadas, prestam cuidados de saúde privados.

As camadas mais privilegiadas do Município com frequência recorrem aos cuidados de saúde privados da vizinha África do Sul.

3.5 Sistemas de Apoio

3.5.1 Financiamento e Gestão Financeira - Saúde

O fundos para o sector saúde no Município de Maputo provém de várias fontes que incluem o estado, os privados, a ajuda externa, entidades empregadoras e agregados familiares. Apesar da falta de informação, o financiamento privado, das entidades empregadoras e dos agregados familiares aumentou nos últimos anos na Cidade e é mais significativo do que nas províncias. No sector público, o financiamento dos CSP (estado e o externo) é efectuado através de canais e fluxos múltiplos tornando difícil a tarefa de sistematização da informação do envelope

financeiro para a provisão dos serviços a este nível. As principais fontes ou canais de financiamento do sector público são cinco e incluem:

- MiSau: investimento (infra-estrutura, viaturas e equipamento)
- Direcção de Saúde da Cidade: investimento, salários de todo o pessoal afecto na DSCM e US's, ajudas de custo e gastos correntes para actividades específicas dos programas
- Hospitais Gerais: gastos correntes (bens e serviços em espécie) necessários para o funcionamento das US's (alimentação doentes e pessoal em serviço, higiene e limpeza, manutenção, etc). Também são os hospitais que fazem a distribuição dos medicamentos e das vacinas.
- Centros de Saúde: Receita consignada

O fluxo dos fundos do Orçamento do Estado (OE) segue diversos canais dependendo da actividade. De facto, a rede primária do sector público recebe o financiamento sobretudo em bens em espécie através dos vários níveis de gestão do sector, nomeadamente, MiSau, Direcção de Saúde da Cidade, Hospitais Gerais e receitas próprias (não registado).

3.5.2 Recursos Humanos

O mapa sanitário conclui que na Cidade existe uma quantidade adequada de recursos humanos para o nível de prestação e o volume de actividade realizada.

3.5.3 Medicamentos

Distribuição: O abastecimento da rede primária pertencente ao Município é efectuado pelos HG's através dos dois sistemas, Via Clássica e Kit – Programa de Medicamentos Essenciais (PME). Os kits deveriam suprir as necessidades básicas/ essenciais da rede primária. A composição (tipo e quantidade para 1.000 doentes) é desenhada para responder a um perfil epidemiológico padrão no país como um todo. A via clássica, no caso da rede primária deveria servir para complementar as condições não essenciais, ajustando as remessas as especificidades do perfil epidemiológico de cada região do país. Os kits são atribuídos com base no número de consultas realizadas e a sua distribuição e entrega as US's é automática, sem depender portanto de pedidos. A distribuição dos medicamentos de ambos os sistemas é efectuada pelos HG's, obedecendo de certa forma a organização das 'outras' áreas de saúde: i) HG de José Macamo no distrito de Nihamankulu para todas as US's do distrito de KaMubukwana; ii) O HG de Chamanculo para todas US's do distrito de Nihamanculu (com a excepção de José Macamo) e parte das US's no distrito de KaMpfumo; iii) HG de Mavalane para todas US's no distrito de KaMavota e parte das US's no distrito de KaMpfumo.

Disponibilidade de medicamentos: Os resultados do mapa sanitário mostram uma boa cobertura das consultas com os kits – PME e afirma que *“Os kits de medicamentos essenciais distribuídos (2.300) são suficientes para as actividades curativas realizadas com uma cobertura média de 117% no conjunto do Município.”*

No entanto, nas visitas às cinco US's, algumas destas referiram problemas de abastecimento de medicamentos, durante o ano de 2014. O maior problema mencionada refere-se ao atraso

na entrega dos kits e dificuldades de distribuição dos mesmos devido a falta de transporte. Problema que se exarcebou desde que foram criados os ‘distritos sanitários’. Não obstante, em pelo menos um CS foi referido que durante este ano não houve problemas com a disponibilidade de medicamentos essenciais. Aparentemente até recebem Kits muito acima do necessário de acordo com padrão estabelecido.

A disponibilidade avaliada através do nível de ‘aviamento’ das receitas é muito variável entre as US’s. A quantidade de medicamentos distribuídos e sua utilização são os dois principais factores que afectam o nível de disponibilidade de medicamentos e as diferenças observadas. Dos medicamentos prescritos foram aviados 87% em 2014 e 81% em 2015 (dia da visita). O que se pode considerar uma disponibilidade razoável.

	2014	2015
Global	87%	81%
CS 1 de Junho	93%	73%
CS Xipamanine	90%	87%
CS Malhangalene	88%	94%
CS Bagamoyo	84%	73%
CS 1º de Maio	81%	75%

Fonte: Cumbi A. 2015²⁷

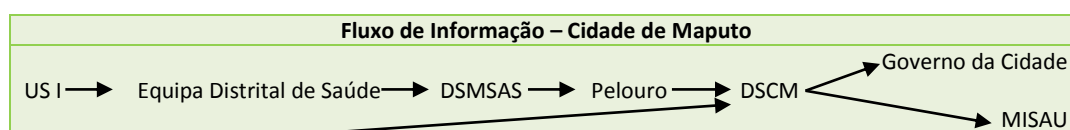
Em geral as US’s possuem uma capacidade de limitada e péssimas condições de armazenamento de medicamentos. (Estrados, frio, receitas...)

3.5.4 Sistema de Informação de Saúde

O sistema de informação de saúde (SIS) inclui várias componentes geridas por diversas entidades. Duas destas componentes constituem as fontes mais utilizadas e são: i) Censos e inquéritos populacionais, levantamentos estatísticos dos vários serviços, coordenados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE). Os inquéritos baseados na comunidade providenciam informação sobre a utilização e coberturas por alguns serviços e programas, mortalidade, etc. ii) Vários sistemas do SNS que incluem o SIS Integrado de Monitoria e Avaliação, Módulo Básico (MB), outros sistemas não integrados, como o informação da Vigilância Epidemiológica através do Boletim Epidemiológico Semanal (BES) e vários sistemas paralelos de programas verticais.

O módulo básico recolhe, agrega e reporta dados de rotina sobre actividades de saúde e alguns recursos ao nível das US’s. O sistema tem uma abrangência limitada quanto a informação recolhida no nível hospitalar e sobre os recursos disponíveis e utilizados. Limitando deste modo a capacidade do sistema de efectuar análises completas que incluam aspectos como a eficiência, etc.

No processo da transferência de competências, o Município recebeu a responsabilidade de gerir e coordenar parte do sistema do módulo básico – rede primária e o BES. Neste processo, foi também estabelecido um ‘novo’ fluxo de informação; ao incluir uma nova etapa, o Município, sem eliminar nenhuma ‘etapa antiga’ – a Direcção da Cidade, o percurso da informação tornou-se mais longo, no entanto deve continuar a obedecer os prazos existentes. Este facto afecta a gestão e qualidade da informação.



²⁷ Levantamento em cinco US’s da Proveniência dos Doentes e da Qualidade dos Cuidados

A abrangência limitada da informação disponível ao Município afecta a sua capacidade analítica. A monitoria e avaliação efectuadas com base na informação somente da rede primária será mais útil para medir o volume da actividade produzida e a eficiência destas US's. Esta informação, por ser incompleta, não é adequada para avaliar o nível de utilização (índices e coberturas). Como já referido antes no caso de partos, por exemplo, a contribuição desta rede não chega a metade do realizado na Cidade.

Outra limitante que afecta todos os níveis no SNS é falta da informação da rede sanitária privada. O Município deveria recolher e analisar uma informação mais abrangente, ao mesmo passo em que vai receber maiores responsabilidades de gestão, sendo as duas áreas intimamente ligadas.

3.6 Provisão dos Serviços de Acção Social

A provisão de serviços e apoio social integra actores do sector público, privado e comunitário. No sector público participam na provisão destes serviços várias instituições em diferentes vertentes (tipos de acção social):

- **Acção Social Directa**, sob tutela do Ministério que superintende a área da acção social
- **Acção Social de Saúde**, sob tutela do Ministério que superintende a área da saúde
- **Acção Social Escolar**, sob tutela do Ministério que superintende a área da educação
- **Acção Social Produtiva**, na qual participam os MMAS, MPD, MINAG, MITRAB, MOPH, MAE

Acção Social Directa

- **Transferências monetárias sociais regulares não condicionadas**, cujo grupo alvo são os agregados familiares com pessoas idosas, pessoas portadoras de deficiência, doentes crónicos e outros grupos como famílias com crianças órfãs e vulneráveis.
- **Transferências sociais por tempo determinado**, em forma de apoios sociais directos sob a forma de bens, géneros alimentícios, pagamento de serviços por tempo determinado, como resposta a situações transitórias de vulnerabilidade.
- **Serviços Sociais da Acção Social**, inclui uma rede de serviços sociais como Infantários, Centros de Apoio à Velhice, Centros de Trânsito, sob gestão de várias entidades públicas, privadas, instituições religiosas, etc.

Acção Social de Saúde

- **Isenção universal** no acesso aos serviços de saúde para certas categorias de beneficiários (mulheres grávidas e lactantes, crianças com menos de 5 anos de idade) e para certas categorias de doença, incluindo a tuberculose, lepra, e HIV e SIDA.
- **Programa de suplementação com micro nutrientes** para os seguintes grupos: mulheres grávidas; mulheres que amamentam; crianças de 6 a 24 meses de idade; raparigas adolescentes (13-18 anos), como forma de prevenção de problemas de desnutrição crónica e anemia.
- **'Cesto básico' alimentar** às pessoas desnutridas em tratamento anti-retroviral (TARV) e aquelas em tratamento para a Tuberculose, durante os primeiros 6 meses do período do tratamento.

Acção Social Escolar

- **Isenção universal das propinas** para o ensino primário e fornecimento gratuito de livros escolares a todos os alunos do ensino básico da 1ª à 7ª classe.
- **Programa Escolas Inclusivas**
- **Projecto de Educação de Surdos**
- **Programa de Apoio Directo à Escola (ADE)**
- **Habitação e alimentação**, constituído por internatos e lares, sob gestão do MINED, destinados a acolher estudantes que não possuem alojamento de modo a prosseguirem com os seus estudos.
- **Programa de fornecimento de lanche escolar** para crianças frequentando o ensino primário.

- **Programa de Educação à Rapariga, Programa de Saúde Escolar e Programa de Educação Inclusiva e os Serviços de Apoio e Aconselhamento Psicológico** na escola constituem programas que também se podem incluir a acção social escolar.
- **Projecto Escolas Amigas da Criança**
- **Programa de alfabetização de adultos**

Acção Social Produtiva

3.6.1 Mulher e Acção Social

3.6.1.1 Infra-estrutura Social Básica – Unidades Sociais

A infra-estrutura social básica é gerida pelos serviços públicos, sociedade civil, sector privado e comunidades. No Município existe um total de 212 unidades sociais, a maioria (96%) das quais é operada pelo sector privado. A rede do sector público é composta por somente 9 unidades sociais (1 centro de acolhimento, 3 centros infantis, 1 infantário, 2 centros de apoio a velhice e 2 escolas especiais). O sector privado possui 203 unidades sociais (32 centros de acolhimento, 84 centros infantis, 1 infantário, 87 escolinhas comunitárias e 1 centro de apoio a velhice).

Tabela 18 - Rede da Infra-Estrutura Social Básica 2013

	Centros de Acolhimento Criança em Situação Difícil		Infra-Estrutura Social Básica Idade Pré-Escolar					
	Aberto	Fechado	Escolinha Comunitária	Centro Infantil	Total	Animadores Formados	Educadores Formados	Total
KaMpfumo	4	1	1	52	53	6	186	192
Nlhamankulu	2	2	9	6	15	66	33	99
KaMaxakene	4	1	17	2	19	15	9	24
KaMavota	9	3	32	13	45	57	54	111
KaMubukwana	2	5	35	11	46	48	39	87
KaTembe	0	2	1	3	4	4	6	10
KaNyaka	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	21	14	95	87	182	196	327	523

Fonte: BdPES anual 2013 do MMA

No global, a maior parte das unidades sociais, localiza-se nos distritos de KaMpfumo, KaMavota e KaMubukwana. No entanto, é de notar que a rede social básica para a actividade pré-escolar segue outro padrão de distribuição espacial. Mais de 50% dos centros infantis estão concentrados no distrito de KaMpfumo, enquanto que os outros distritos mais periféricos são sobretudo servidos através de escolinhas comunitárias, das quais mais de metade localizam-se nos distritos de KaMavota e KaMubukwana.

A informação resumida na **Tabela 18** revela uma grande concentração dos centros de acolhimento para a criança em situação difícil nos distritos de KaMavota e de KaMubukwana, onde estão localizados 19 dos 35 existentes. De toda a rede pública de unidades sociais somente um centro de apoio a velhice está sob a tutela do PSAS, sendo esta uma instituição subordinada ao Conselho Municipal de Maputo.

Disponibilidade – Distribuição Territorial

O crescimento demográfico e a rápida expansão espacial não foi acompanhado por um crescimento suficiente e uma distribuição adequada de recursos e infra-estrutura sócio-sanitária básica. Este facto manteve as desigualdades e nalguns casos as exarcebou, resultando numa maior vulnerabilidade dos habitantes dos distritos/ bairros mais distantes do centro da Cidade. Os idosos e as pessoas portadoras de deficiência entre outros são particularmente afectados.

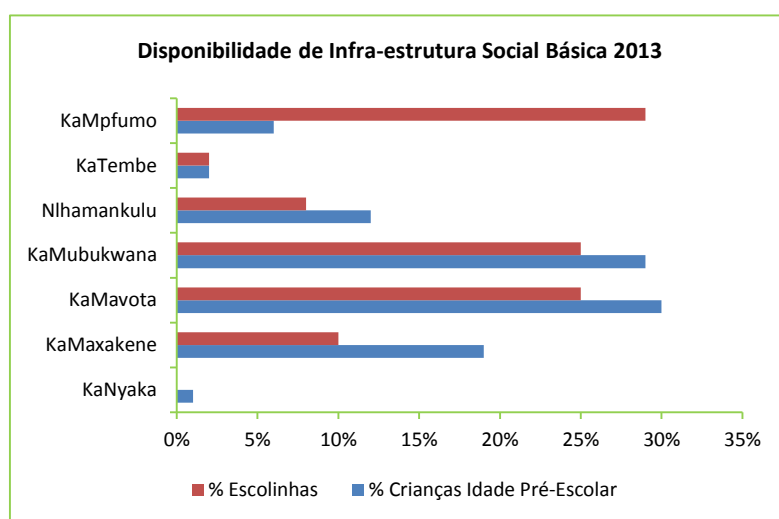
No entanto, a falta de indicadores e medidas-padrão dificulta uma avaliação objectiva sobre o nível de cobertura pela rede de infra-estrutura social básica. Nesta análise, baseando-se nos indicadores da área de saúde, foram desenvolvidos indicadores que permitem realizar uma análise comparativa entre os distritos. Esta análise é efectuada através de: i) comparação entre a distribuição percentual da rede de unidades sociais e a das crianças em idade pré-escolar, ii) número de crianças em idade pré-escolar (crianças de 1 a 4 anos) por Unidade Social e iii) número de crianças em idade pré-escolar por profissional (animadores e educadores) formado.

**Tabela 19 - Disponibilidade de Infra-estrutura Social Básica 2013
Escolinha Comunitária e Centro Infantil**

	Nº Crianças em Idade Pré-Escolar (1 a 4 anos)/ U. Sociais	Nº Crianças em Idade Pré-Escolar/ Profissional Formado
KaMpfumo	13,19	35
Nlhamankulu	115,40	136
KaTembe	153,79	215
KaMavota	171,81	291
KaMubukwana	225,72	384
KaMaxakene	322,03	872
KaNyaka
TOTAL	105,63	209

Fonte: Metodologia desenvolvida e cálculos efectuados por Cumbi A. com base em: Infra-estrutura Social Básica - BdPES anual 2013 do MMAS; Crianças 1 a 4 anos - INE 2010 a)

Nota: A metodologia para a análise comparativa, usando “indicadores de disponibilidade” (percentagens e razão crianças por profissional) foi desenvolvida para este trabalho.



Fonte: Metodologia desenvolvida e cálculos efectuados por Cumbi A. com base em: Infra-Estrutura Social Básica - BdPES anual 2013 do MMAS; Crianças 1 a 4 anos - INE 2010

Os resultados da análise efectuada com base nestes indicadores sugere que entre os distritos urbanos, o mais e o menos favorecido são os distritos de KaMpfumo e o de KaMaxakeni

respectivamente. A integração das crianças em idade pré-escolar no sistema educativo tem um papel importante na sua preparação para a formação escolar, assim como na prevenção e diminuição do risco e vulnerabilidade social. O fraco acesso a esta infra-estrutura pode resultar na falta de acompanhamento das crianças ou na renúncia de actividades económicas por parte das mães para providenciarem um acompanhamento aos filhos menores. Ambas os casos podem ser causa de aumento do risco social.

3.6.1.2 Principais Programas – Acção Social

O Plano Estratégico 2011 – 2015 do MMAS define como principais áreas de intervenção deste sector a:

- *“Promoção do estatuto da mulher*
- *Assistência social e integração das pessoas mais vulneráveis no processo de desenvolvimento do país e*
- *Coordenação de esforços que visam envolver os diversos actores que intervêm nas áreas da Mulher e da Acção Social, para uma intervenção organizada e metódica, em conformidade com os normativos”.*

As Políticas de Género e da Acção Social definem os principais grupos alvo do MMAS em conformidade com as primeiras duas áreas de intervenção, como sendo: Mulher e Pessoas em situação de vulnerabilidade (criança, idoso e pessoa com deficiência), estes grupos alvo constituem as principais áreas de programas de assistência social.

De acordo com o BdPES anual 2013 do MMAS os programas definidos para o Sector são: o Desenvolvimento da Família, o Desenvolvimento da Mulher, a Promoção da Justiça Social, a Promoção do Acesso a informação, Promoção da Equidade de Género, Apoio Social Directo, Serviços Sociais da Acção Social, Subsídio Social Básico, Acção Social Produtiva, e Apoio Institucional Administrativo. As actividades do sector levadas a cabo para os diferentes grupos alvo integram-se nestes programas. As actividades do Município têm o seu enfoque nas acções de prevenção e promoção.

Promoção da Justiça Social

Também nesta componente, a análise da situação revela uma heterogeneidade em todos os aspectos. Apesar de existir um conhecimento geral sobre os distritos de maior vulnerabilidade, há uma grande lacuna de informação sobre a dimensão do problema: Quantos são? Quem são? Onde residem? Quais são as causas?

Vários actores prestam assistência em diferentes áreas de apoio social, no entanto, a informação sobre as suas actividades é pouco consolidada. O conhecimento sólido de quem são, que tipo de actividades e localização é útil para uma visão global do nível de apoio em cada grupo-alvo. Esta informação combinada com a informação sobre a dimensão dos problemas vai permitir uma análise objectiva da capacidade de resposta existente e o défice existente em relação as necessidades.

Assistência a Criança

Caixa _ - Programas de Assistência a Criança				
	Município	MAS	Comunitário	Privado
Educação pré-escolar (Centros Infantis, Escolinhas Comunitárias)		V	V	V
Atendimento da criança desamparadas (Infantários)		V	V	V
Atendimento da criança em situação difícil/Vulnerável (Centros de Acolhimento)		V	V	
Localização e Reunificação Familiar		V	V	

A falta de informação acerca da magnitude dos problemas tanto quantitativo quanto qualitativamente nestes grupos-alvo, dificulta a avaliação das coberturas dos serviços providenciados em cada uma dessas áreas. Em geral são apresentados dados numéricos sobre as pessoas assistidas, no entanto falta completamente a informação sobre o nível de resposta.

Criança em Situação Difícil

A criança em situação difícil inclui várias categorias, crianças com diferentes níveis de vulnerabilidade e necessidades.

Atendimento à Criança em Situação Difícil

Dados do MMAS (BdPES **2013**) indicam que em 2013 foram atendidas 7,270 crianças em situação difícil - crianças órfãs e vulneráveis (entrega de bens e registo de nascimento). A excepção de KaNyaka (sem actividade) e KaTembe onde toda a actividade ocorre nos centros de acolhimento fechados, a maior parte da actividade do MMAS é realizada nos centros abertos. Cerca de 51% das crianças assistidas em 2013 é do sexo masculino. A maior % das crianças atendidas é dos distritos de KaMavota, KaMaxakeni e KaMubukwana. (Cobertura – em relação as necessidades ‘quantitativas’)

Crianças da rua e criança na rua

As crianças que (trabalham) e vivem na rua constituem um grupo importante, sobretudo devido a sua visibilidade.

“É a visibilidade destas crianças e jovens nos centros das cidades que atrai tanta atenção. Ao “invadirem” o centro da cidade, crianças de rua desafiam a ordem de segregação na cidade moderna, ocupando ilegitimamente o espaço público (Scheper-Hughes & Sargent, 1998). Não podem ser ignoradas e a sociedade é confrontada com o facto de que crianças pobres, por vezes muito jovens, vêm procurar meios de subsistência nas ruas. São crianças pobres no lugar errado”²⁸ Moreira A. (SD).

Uma particularidade destas crianças é que envolvem-se em várias actividades de geração de rendimento para o seu sustento e por vezes até para contribuir para as suas famílias. Sendo, a zona da baixa da cidade, pela confluência das diversas actividades comerciais, culturais e turísticas é a zona de maior concentração dos meninos de rua.

²⁸ Moreira A. (SD), Crianças de Rua e ONGs em Maputo, Moçambique

Segundo informação do UNICEF 2012²⁹, que cita um estudo do MMAS, em 2009 o número de crianças de rua era estimada em cerca de 2.900 em todo o país, das quais 400 em Maputo. Algumas fontes referem a uma tendência crescente (UNICEF 2012 e Escobar G.O. 2013), enquanto outras afirmam que está em diminuição. Segundo a Associação Meninos de Moçambique entre 1998 e 2013 o número destas crianças baixou de 450 para 250 no Município de Maputo. Informação do Centro de Informação, Educação e Desenvolvimento (CIES, 2014) indica que a maioria das 'crianças' que vive nas ruas do Município de Maputo tem as idades compreendidas entre 15 e 23 anos, sendo que 51% estão na faixa entre 17 e 23 anos. Apenas 14% destes são menores e têm idades iguais ou inferiores a 14 anos.

Avaliar a magnitude do fenómeno tanto quantitativa quanto qualitativamente não é fácil. Primeiro pela própria natureza do fenómeno, pois é difícil seguir as crianças devido a sua mobilidade. Segundo, a definição desde a idade (crianças muito jovens e jovens adultos, alguns pais) até as características e formas de permanência na rua que são muito variadas: i) os 'meninos' que vivem na rua de forma continuada/ permanente; ii) os que a noite regressam a casa (com frequências variadas); iii) os que dormem nos centros de acolhimento e iv) os que passam temporadas em casa, quando lhes apetece ou em caso de necessidade, como o caso citado no artigo de Moreira A. (SD) *"Ele explicou que quando lhe apetece ele vai dormir a casa de seu avô. Alguns dias antes de eu deixar Maputo Dércio desapareceu. Seus amigos explicaram que ele tinha voltado para casa para se esconder. Dércio tinha roubado um saco de roupa em segunda mão no mercado e o dono da mercadoria andava atrás dele"*. De facto, alguns analistas (Escobar G. O. (2013)³⁰ dividem estas 'crianças' em duas sub-categorias: 'crianças' da rua e 'crianças' na rua. O primeiro sub-grupo inclui crianças que vivem e trabalham na rua de forma permanente; no segundo estão as crianças que têm e mantêm ligação com a família, de forma que passam temporadas na rua e nas noites regressam a casa. A análise e compreensão de todas estas características é importante pois estas indicam que o tipo de apoio e suporte a estas crianças devem ser diferenciados. Os programas de re-integração não irão funcionar de igual forma para os diferentes sub-grupos. Uma melhor compreensão destes factores poderia por exemplo levar a diminuição dos casos de fuga dos centros de acolhimento, e do retorno à rua das crianças re-integradas nas suas famílias. A informação existente apresenta estatísticas (números) de crianças re-integradas, mas falta uma análise crítica do funcionamento dos programas, assim como da eficiência e eficácia dos mesmos. Nos programas de saúde, por exemplo, para algumas doenças crónicas existem indicadores para medir a eficiência e eficácia dos programas, como a taxa de abandono, entre outros.

Os programas de apoio à criança em situação difícil operados pelo MMAS, pelas ONG's e sociedade civil reconhecem as particularidades e as diferentes necessidades deste grupo.

Várias causas levam estas crianças a rua, Marrengula M. (2011)³¹ divide as causas em dois grupos, aos que ele designa por *"os factores de pressão e os factores de atracção"*. Factores de pressão são os ligados a situação familiar: a violência doméstica (violência física, trabalho infantil e abuso sexual), a orfandade, o abandono, calamidades naturais, a pobreza extrema no contexto familiar, etc. Enquanto considera como factores de atracção *"o espírito de aventura, a vontade de experimentar ambientes novos, a ambição da liberdade, o desejo de autonomia entre outros."* De acordo com os resultados do CIES 2014, 40% dos meninos de rua apontam a

²⁹ UNICEF (2012), O drama dos "Meninos de Rua" - Texto de Teodora Martins

³⁰ Escobar G. O. (2013), Child Protection System in Mozambique: How co-responsibility works for street children in Maputo? A Research Paper.

³¹ Marrengula M. (2011), Meninas de rua na cidade de Maputo: Uma questão negligenciada

pobreza como a principal causa de abandono da família sendo o distrito KaMaxaquene o principal local de proveniência dos meninos de rua.

As crianças de rua são vulneráveis a diferentes tipos de risco: abuso sexual, trabalho forçado, malnutrição, problemas de saúde (doenças infecciosas), toxicod dependência, gangscriminalidade, etc. A maior parte destas crianças são do sexo masculino, o CIES, 2014 refere que do total das crianças que vive na rua no Município de Maputo, 82% são rapazes e 18% raparigas. Apesar desta pequena proporção, é preciso reconhecer que as poucas meninas de rua são muito mais vulneráveis do que os meninos. Entre os vários riscos de que são objectos é que correm maior risco ao abuso sexual por serem consideradas como prostitutas, portanto com maior risco de infectarem-se com o HIV.

Crianças em Conflito com a Lei

Para alguns analistas da área, a ‘Criança em Conflito com a Lei’ não se circunscreve apenas na situação em que a criança infringe a lei, mas também no caso em que a lei não é efectiva na protecção da criança³².

Luís de Brito refere que os “condenados de Maputo” em específico, são fundamentalmente constituídos por jovens pobres. Apesar de constituir uma grande preocupação, também para a criança em conflito com a Lei não existe suficiente informação sobre a sua dimensão quantitativa. De acordo com o estudo da Save the Children Norway (2003) nas cadeias do país, os jovens dos 15 aos 19 anos representam cerca de 25% da população prisional. No entanto, a magnitude do fenómeno é muito maior se forem considerados os reclusos menores nas esquadras e nas prisões preventivas. Incluindo estes dados, a percentagem de reclusos menores de 18 anos de idade passa a situar-se entre 25% e 30%. A mesma fonte indica que em Maputo cerca de 80% do total de reclusos são jovens da faixa etária dos 16 aos 29 anos, dos quais metade tem menos de 25 anos. Esta % elevada de menores nas cadeias foi confirmada pelo Relatório da Estatística Anual 2004 Governo de Moçambique 2005. Este relatório mostra que os jovens entre 17-19 anos representam 17% do total de reclusos no país. Valores muito mais altos do que nos outros países da SADC, dentre os quais a % de adolescentes entre a populacional prisional varia de 0% no Botswana até 9,6% no Malawi (UNICEF 2006³³). Segundo várias fontes, este grupo representa uma grande proporção da população prisional e em certos períodos do ano chega a ser o maior grupo nas cadeias Moçambicanas. Também, a análise das tendências indica que o número de prisioneiros incluindo as crianças tem estado a aumentar rapidamente. A falta de informação é ainda maior para o caso de Maputo. No entanto, algumas fontes indicam que o fenómeno da criança em conflito com a Lei é fundamentalmente urbano. Os resultados dos poucos estudos que incluem Maputo revelam a gravidade do fenómeno no Município. Portanto, a informação global do país é útil para estimar o quadro geral de Maputo.

A maior parte do recluso menor é do sexo masculino, pertence a camada mais pobre da sociedade e é na essência criança em situação difícil com alto risco ou vulnerabilidade social.

“As crianças reclusas, mais concretamente, são basicamente do sexo masculino, pobres, órfãs (OVCs), são deslocadas e/ou vivem na periferia das cidades, são filhos de pais separados e/ou

³² “Criança em Conflito com a Lei” é todo o individuo com menos de 18 anos de idade que infringe a lei, que não é protegido pela lei e/ou que não é protegido por lei”. Save the Children Norway (2003), Moçambique Relatório Preliminar da Pesquisa sobre “a Criança em Conflito com a Lei”

³³ Childhood Poverty in Mozambique: A Situation and Trends Analysis UNICEF 2006

socialmente instáveis, estão fora do controle familiar, estão fora do sistema educacional, não possuem documentos de identificação, encontram-se no mercado informal, são crianças da ou na rua, apresentam fraco desenvolvimento físico e baixo estado de higiene e saúde, resultantes da própria situação de vulnerabilidade e apresentam sinais de traumatismos ou perturbações sociais e psicológicas". Save the Children Norway (2003)

Este estudo refere que as crianças de sexo feminino nas cadeias são muito poucas e no caso de Maputo, em geral o tipo de crime praticado é o aborto.

A informação deste trabalho indica que há uma alta tendência de reincidência. Este facto deve-se em grande medida a exarcebação do risco social da criança causada pela detenção. Uma vez cometida a primeira infracção e mantido o primeiro contacto com as instituições penitenciárias o risco de exclusão social aumenta, assim como aumenta a probabilidade de novas infracções e mais reclusões.

"A Detenção Como um Rito de Passagem: a "escolha da profissão" e a mudança de status social.

Grande parte das crianças que se encontra nas prisões são reincidentes. Elas não frequentavam a escola no momento da sua actual detenção, mas uma grande parte era estudante no momento da primeira detenção. ... apreende-se com clareza que após a primeira detenção normalmente acontece o desvinculamento da criança do sistema de educação e, em compensação, o seu vínculo, ou contacto frequente, com o sistema judiciário e especialmente o penitenciário. Esse momento da história da criança é de especial importância pois, o tempo que esta permanece na prisão significa uma mudança radical na sua trajectória de vida: a ocupação de estudante ou de empregado é substituída pela de delinquente porque o tempo perdido e a experiência adquirida na prisão lhe dificulta recuperar a posição anterior". Save the Children Norway (2003)

Alguns dos problemas enfrentados pela criança em conflito com a Lei incluem³⁴:

Na protecção legal

- *Existência de crianças nas prisões sem que tenham beneficiado de defesa legal apropriada e frequentemente por prática de crimes de pequena gravidade.*
- *Não existe um cumprimento rigoroso e claro dos procedimentos legais para com as crianças: a polícia, muitas vezes, decide arbitrariamente sobre a inocência ou culpabilidade do menor; os tribunais de menores não funcionam como deveriam e os direitos da criança são violados.*
- *Não existe assistência legal apropriada para as crianças, resultando em aprisionamento de crianças inocentes e a falta de informação sobre as sentenças que lhes dizem respeito.*

No respeito pelos seus direitos

- *Falta de alternativas de detenção para menores ofensores.*
- *Regista-se comumente uma violência policial e abuso de poder contra a criança. ... afirmam terem sido agredidos, principalmente com chamboco, no local da detenção, a caminho da esquadra da polícia e/ou dentro da esquadra da polícia. No primeiro dia são "baptizadas" (agredidas de diversas maneiras) por reclusos que se encontram há mais tempo na cadeia.*
- *As prisões estão superlotadas e não há separação entre as crianças e os criminosos perigosos.*
- *Há dificuldades em precisar as idades das crianças devido a falta de documentos de identificação, levando à prisão destas à margem dos seus direitos.*
- *Os prazos de prisão preventiva não são respeitados, o que se traduz em inúmeras situações de prisão ilegal, que pode ir até dois anos.*

³⁴ Save the Children Norway (2003) Relatório preliminar da pesquisa sobre "A criança em conflito com a lei"

- Os reclusos menores, na maioria dorme no chão ou nas esteiras sem cobertores.
- São elas [as crianças] que fazem as tarefas mais difíceis e de risco tais como a limpeza das casas de banho [das cadeias].

Na protecção social

- Há falta de programas específicos para crianças ou jovens nas prisões.

Vários factores são identificados como causa da delinquência juvenil, os principais são: “pobreza, agravamento do nível de vida, ‘degradação’ de valores morais, acesso fácil e indiscriminado à informação, tais como filmes, novelas, discotecas, etc., desestruturação familiar e orfandade, falta de escolaridade, desemprego, falta de ocupação, etc.. Portanto, a pobreza e o resultante risco social são as principais causas que criam a situação da criança em conflito com a Lei. Também, são os factores ligados a vulnerabilidade que concorrem de forma decisiva para a permanência da criança na cadeia. Segundo Save the Children Norway (2003), estas crianças carecem da “assistência sócio-ecónomica familiar” e da “assistência jurídica legal”. A criança em conflito com a Lei pertence a um grupo particularmente vulnerável.

Elas sofrem basicamente três tipos de violência:

Violência “Legal” – uma vez em contacto com o sistema penitenciário, a sua vulnerabilidade torna-a indefesa e vítima em todos os espaços desde a detenção até dentro das prisões: são agredidas pelos agentes policiais, são obrigadas pelos reclusos mais velhos a dar-lhes espaço, a realizar as tarefas mais pesadas (limpar os sanitários, lavar-lhes as roupas, etc..) , e até são sexualmente violadas. Save the Children Norway (2003)

É portanto importante, por um lado levar a cabo acções que diminuam a vulnerabilidade inicial que leva a criança em situação difícil à situação de criança em conflito com a Lei. Por outro, realizar acções que visem mitigar a exacerbação do risco social como resultado da reclusão.

Atendimento à criança em conflito com a Lei

Caixa _ - Atendimento à Criança em Conflito com a Lei				
	Município	MAS	Justiça	Comunitário
Acções de protecção			V	V
Respeito pelos seus direitos			V	V
Medidas sócio-educativas			V	V
Acompanhamento para reabilitação e re-socialização	V	V	V	V
Informação	V	V	V	V

Instituições do governo e sociedade civil têm envidado esforços para realizar acções em prol da criança em conflito com a Lei. A acção de maior destaque vai para o programa-piloto de medidas alternativas à detenção de menores em conflito com a Lei lançado em Março 2014, iniciativa a ser gradualmente transferida a gestão do Conselho Municipal da cidade. Este é um projecto recente, iniciado nos meados de 2013 pelo Ministério da Justiça, Tribunal de Menores e Município de Maputo e financiado pelo UNICEF. A Associação Meninos de Moçambique é um projecto que também operou neste âmbito através da “difusão de uma cultura de protecção” direccionada aos menores em conflito com a Lei e aumento de possibilidade de tutela jurídica para estes menores. No entanto, dada a magnitude do problema, estas iniciativas estão muito aquém de dar uma resposta suficiente. As iniciativas existentes cobrem poucas dezenas de crianças. Segundo o Jornal a Verdade em Março 2014 só havia 12 crianças em liberdade assistida e a prestarem serviços sociais a algumas instituições no âmbito do programa-piloto

de medidas alternativas à detenção de menores em conflito com a Lei do Ministério da Justiça. Muito ainda fica por fazer nas áreas de prevenção, protecção e aplicação de medidas sócio-educativas. Ademais, as actividades realizadas centram-se sobretudo na promoção e divulgação da informação.

A falta de recursos enfrentada pelas várias instituições com responsabilidade nesta área é uma das principais razões desta lacuna. Contudo, através de uma forte coordenação de todos os actores (justiça, saúde, acção social) e parcerias bem estruturadas com base em iniciativas inovadoras que incluam voluntários, estagiários, etc poderia-se dar uma melhor resposta ao problema.

Assistência a Pessoa Idosa

A população do Município como a todo o país é muito jovem, sendo a população idosa (65 e mais anos) está estimada em somente cerca de 2,7% (**Tabela __**), varia de 5,7% na KaTembe a 2,2% em KaMavota. No entanto, o alto risco e vulnerabilidade da pessoa idosa na maioria dos distritos do Município, torna a situação da pessoa idosa um problema de magnitude ampla. A sua vulnerabilidade está ligada a pobreza, violência no seio da família até o abandono, ao papel de chefe de agregados familiares em substituição de filhos que morreram, sobretudo devido ao HIV/SIDA. Alguns dos problemas enfrentados pela pessoa idosa incluem³⁵:

- *“Abuso e negligência, que se caracterizam pela falta de respeito, intimidação, violência física e psicológica, violação sexual das mulheres idosas e humilhação;*
- *Acusação de práticas de feitiçaria particularmente pelas mulheres idosas, o que culmina com agressões físicas, maus-tratos e expulsão do seio familiar e da comunidade, confisco e destruição dos seus bens móveis e imóveis e até assassinato;*
- *Fraco acesso aos cuidados básicos de saúde, à água potável, à alimentação adequada, ao vestuário, ao transporte e habitação condigna, à educação, ao acesso à terra; e,*
- *Desigualdade de género no acesso à herança, no caso de viúvas (GdM, 2006b, p. 5)”*

Estes factores levam nalguns casos a prática da mendicidade: no Município de Maputo está a aumentar a visibilidade de mendigos idosos.

O baixo nível de escolarização entre as mulheres que resulta na falta de emprego ou em emprego precário no sector informal e outras actividades pouco regulamentadas no que diz respeito ao seguro social, concorrem sobremaneira para a vulnerabilidade da mulher na idade idosa. A falta de esquemas sólidos de seguro social para a pensão e de programas ou iniciativas de preparação para uma ‘velhice’ condigna afectam sobretudo a população dos Distritos mais pobres no Município.

Atendimento Comunitário dos Idosos

Caixa _ - Programas de Assistência ao Idoso				
	Município	MAS	Comunitário	Privado
Acolhimento nos CAV	V	V	V	
Atendimento nos CCA		V	V	
Apoio Social Directo		V		
Assistência medica e medicamentosa	V			
Isenção de pagamento de tarifas nos transportes públicos				

³⁵ Siteo T.A. (SD) O sistema de protecção social em Moçambique: uma análise a partir da perspectiva da produção hortícolas no cinturão verde de Maputo - Centro de Estudos Sócio-económicos

A maioria parte dos idosos assistidos nos programas do MMAS são mulheres. Nos distritos de KaMavota, KaMubukwana e KaTembe é onde é realizada a maior parte da assistência. A assistência comunitária em centros abertos inclui alfabetização e actividades ocupacionais e um dos objectivos é reduzir a proliferação de idosos nas ruas e mitigar a prática da mendicidade.

Em geral o apoio social tem o seu enfoque no atendimento da pessoa idosa já em situação de situação de vulnerabilidade. Há uma falta de iniciativas viradas para os adultos no âmbito da prevenção da indigência na velhice.

Assistência à Pessoas Portadoras de Deficiência

Segundo a Handicap International (2010)³⁶, em média 5.0% da população do Grande Maputo (Maputo e Matola) tinha algum tipo de deficiência, resultando em cerca de 90,000 pessoas com deficiência em 2010. Este índice é similar ao obtido num estudo nacional citado no mesmo documento da Handicap: *“Em 2009, a primeira pesquisa de âmbito nacional, financiada pela SINTEF e realizada pelo FAMOD em parceria o INE, permitiu a obtenção de uma percentagem de pessoas com deficiência, isto é, 6,0%, ou seja, 1,2 milhões de pessoas em todo país”*.

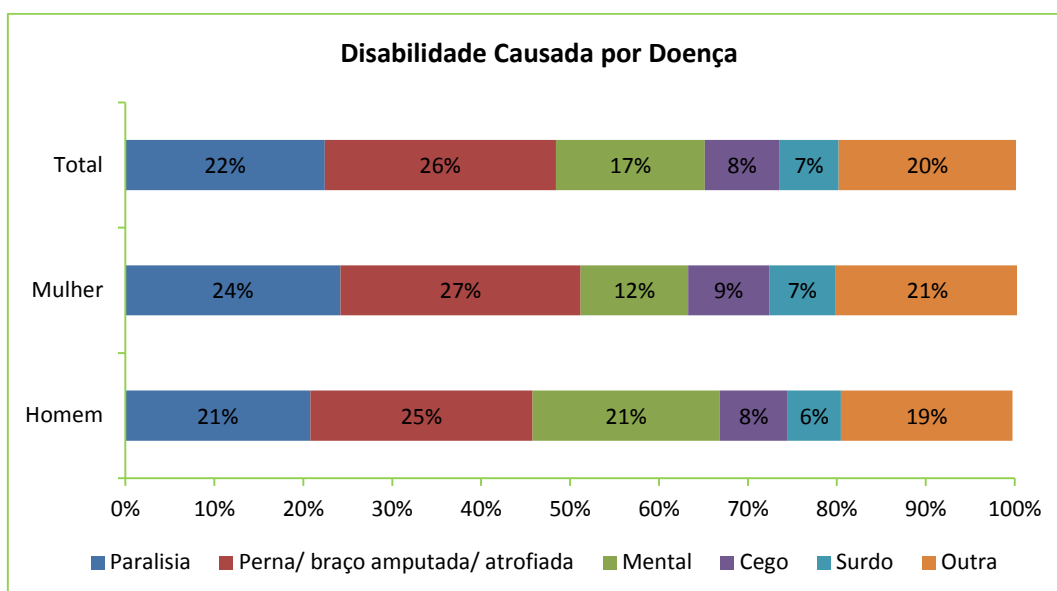
No entanto, os dados do Censo 2007 indicam a existência de 10.137 Pessoas Portadoras de Deficiência entre a população recenseada em Maputo, o que corresponde a cerca de 1%. Percentagem muito menor do que a dos dois estudos citados anteriormente. O índice de pessoas com deficiência é ligeiramente maior entre os indivíduos do sexo masculino. As diferenças são evidentes em todas as categorias, mas são muito mais salientes na de acidentes de guerra, de trabalho e de viação. Segundo esta fonte, na maior parte dos casos, trata-se de uma disabilidade é adquirida após o nascimento. Os casos de deficiência à nascença representam somente cerca de 25%. As causas ligadas a doenças (41%), acidentes de viação (9%) e acidentes de trabalho (5%) representam mais de 50% das causas. Este padrão sugere que possivelmente uma boa proporção dos casos de deficiência poderia ter sido prevenido, através de diagnóstico e tratamento adequados e atempados, medidas de segurança no trabalho e nas vias rodoviárias.

Tabela 20 – Índice de Disabilidade por Causa

	Homens	Mulheres	Total
Nascença	24%	27%	25%
Doença	37%	45%	41%
Acidente de Viação	10%	7%	9%
Acidente de Trabalho	8%	2%	5%
Serviço Militar	3%	0%	2%
Minas/ Guerra	2%	2%	2%
Outras	16%	17%	17%
Média	100%	100%	100%

Fonte: Compilação com base nos dados do Censo 2007

³⁶ Handicap International (2010) As pessoas com deficiência em Maputo e Matola - Diagnóstico Local



A pessoa com deficiência enfrenta dificuldades de vária índole: i) discriminação/ rejeição no seio da sociedade e por vezes da própria família; ii) maiores dificuldades sócio-económicas, baixo nível de alfabetização e de educação o que resulta na limitação de acesso ao emprego - “*situação profissional precária*”; iii) barreiras no acesso aos serviços sociais de saúde, da educação, da formação profissional e do emprego, dos programas sociais ou ainda do desporto e da cultura. Barreiras ligadas à fraca acessibilidade/ disponibilidade dos serviços em quantidade e qualidade, ao acesso físico aos edifícios, ao trato/ qualidade de atendimento, económicos, etc.

Atendimento as Pessoas com Deficiência

Caixa _ - Programa de Assistência à Pessoas Portadoras de Deficiência				
	Município	MAS	Comunitário	Privado
Apoio Social Directo		V		
Distribuição de meios de compensação		V	V	
Integração em programas de geração de rendimentos e de desenvolvimento comunitário		V	V	
Prevenção	V			

A maior parte das pessoas com deficiência atendidas é dos distritos de KaMaxakene e KaMavota. No global dos atendidos, não há grande diferença entre homens e mulheres, no entanto no caso do distrito de KaMaxakeni a % das mulheres é muito maior que a dos homens. A importância da prevenção da deficiência tem recebido pouca atenção. Mesmo as actividades realizadas por rotina que no entanto têm impacto na prevenção e mitigação do impacto de algumas doenças desabilitantes não têm sido reconhecido como tal. O reconhecimento e o reforço das acções preventivas é fundamental para a redução dos índices de deficiência. A saúde realiza várias actividades de prevenção da deficiência e a sua eficácia pode ser potenciado se estas acções forem realizadas adequadamente. Alguns exemplos são: a imunização contra a pólio, diagnóstico precoce e tratamento atempado e correcto da hipertensão arterial, epilepsia, etc., cuidados obstétricos de qualidade na redução do trabalho de parto prolongado para prevenir fístulas, atraso psicomotor, etc.

Caixa _ - O Caso do Distrito de KaMaxaquene

- Fraca infra-estrutura social
- Maior representatividade entre a população da rua
- Maior representatividade no atendimento da pessoa com deficiência
- Grande % de mulheres assistidas no atendimento da pessoa com deficiência

Promoção do Acesso a informação

Palestras sobre o abuso de menores e divulgação dos direitos da criança

Palestras de sensibilização sobre a Lei da família, lei 29/2009 (da violência Domestica)

Campanhas de sensibilização, contra a violação dos direitos da pessoa idosa

Campanhas de sensibilização pelo respeito dos direitos da Pessoa com Deficiência

Palestras de divulgação dos instrumentos que protegem a pessoa com Deficiência

Palestras sobre os efeitos negativos resultantes do consumo de estupefacientes

Mitigação do impacto do HIV/SIDA

Apoio em articulação com os parceiros a Crianças Orfãs e Vulneráveis (COV's). O apoio inclui material e uniforme escolar, produtos de primeira necessidade incluindo alimentares, utensílios domésticos, roupa de cama, registo de nascimento, assistência médica e medicamentosa, e outros cuidados essenciais.

Apoio com suplemento alimentar até seis meses à pessoas com HIV/SIDA

Apoio a funcionários, em aconselhamento para testagem, apoio psicossocial e moral, e encaminhamento para as US's para cuidados inerentes ao estado da saúde

3.7 Estrutura de Governação

3.7.1 Estrutura de Governação do Município

Descentralização - o Processo da Transferência de Competências

O Município de Maputo criou o pelouro de Saúde e Acção Social, que aprovado pela Assembleia Municipal através da Resolução 001/AMM/2009 e o Estatuto Orgânico dos serviços técnicos administrativos do Município de Maputo através da resolução 050/AMM/2010 de 15 de Dezembro, onde de entre vários, consta a Direcção dos Serviços Municipais de Saúde e Acção Social, cujas funções resumem-se em: desenvolver e implementar políticas de Saúde e Acção Social em consonância com as Política Nacional de Saúde e Acção Social.

Desde inícios da década 1990 que o país engajou-se no processo de descentralização. Este processo culminou com a aprovação da Lei 2/97 que cria as autarquias locais (os conselhos municipais), consideradas como as unidades básicas de gestão municipal. Na mesma Lei, estão estabelecidas as atribuições das mesmas, designadamente: (i) desenvolvimento económico e social; (ii) protecção do meio ambiente, saneamento do meio e promoção da

Caixa _ - Descentralização em Moçambique

- Lei nº 4/94, Quadro Institucional dos Distritos Municipais
- Lei 9/96, Emenda Constitucional
- Lei 2/97, Pacote autárquico com um quadro jurídico revisto
- Lei 5/2003, Quadro legal para os Órgãos Locais do Estado (OLEs)
- Decreto 33/06, Legislação municipal básica
- 2008, Reforma da legislação sobre as finanças municipais

Fonte:

qualidade de vida; (iii) Abastecimento público; (iv) Saúde; (v) Educação; (vi) Cultura, lazer e desporto; (vii) Polícia da autarquia e (viii) Urbanização, construção e habitação.

Na sequência da criação das autarquias e da definição das suas funções e competências, através do Decreto 33/2006 de 30 de Agosto, foi regulamentado o processo de devolução das competências das autarquias que já vinham sendo exercidas pelo Estado.

Saúde

O Decreto 33/06 estabelece as responsabilidades e funções a serem transferidas para às autarquias e no sector de saúde, estas incluem: prevenção da doença através da higiene individual e comunitária; gestão operacional de unidades de saúde de nível primário; programas de saneamento ambiental e fiscalização; assegurar a manutenção preventiva e a reabilitação de unidades de saúde de Nível Primário, Centros de Higiene e outras unidades similares; a gestão corrente de cemitérios, crematórios, morgues, e salas para cerimónias fúnebres; organizar sistemas de transporte de doentes; e emitir pareceres e elaborar propostas para o desenvolvimento da rede primária de saúde dentro da área geográfica do Município.

Em 2009, iniciou o exercício de transferência de Funções e Competências dos Cuidados de Saúde Primários do Governo para o Município de Maputo. Tornando-se assim na primeira experiência de 'ensaio' de transferência de competências do Estado para uma Autarquia Local. O processo foi concretizado através da assinatura a 21 de Dezembro de 2009 do "Acordo de

transferências de funções e competências do Sector da Saúde do Governo da Cidade (Direcção de Saúde da Cidade de Maputo) para a Autarquia Local de Maputo (Pelouro de Saúde e Acção Social)”, mais concretamente dos Cuidados de Saúde Primários. Vários factores que vão desde o nível de comitimento, a mudança de actores, entre outros, levaram a estagnação do processo, não se tendo registado nenhum progresso durante os três anos que se seguiram a assinatura do acordo. Este foi reactivado com a assinatura, a 15 de Fevereiro de 2013 do Memorandum de Procedimentos de Execução e Materialização do Acordo, no qual se descrevem os aspectos operacionais da transferência das competências e os recursos objecto da transferência. Desde então, o processo tem registado um ritmo mais acelerado que resultou na transferência em 2013, de 26 das 29 unidades sanitárias de nível primário (centros de saúde), 3 morgues e 13 programas de saúde pública.

Apesar deste processo ter registado nos últimos anos um maior dinamismo, não está isento de dificuldades inerentes a processos de mudança de poder. As dificuldades observadas resultam em processos complexos de coordenação da gestão de uma rede integrada de cuidados de saúde sob a jurisdição de diferentes entidades. Contudo, estas dificuldades aparentemente até ao momento não têm estado a afectar (pelo menos de forma perceptível) o nível de prestação dos cuidados de saúde.

De entre as várias funções ainda não assumidas ou realizadas pelo Município destacam-se a planificação e gestão de:

O processo pode ser caracterizado da seguinte forma

- Transferência parcial de:
 - *Recursos humanos*: Foram transferidos trabalhadores de saúde existentes nas US's na altura do processo de transferência. No entanto, o MiSau atribui o pessoal de saúde a direcção de saúde da Cidade a qual por sua vez procede com a distribuição pela rede de saúde do Município. As transferências internas (de uma US a outra) do pessoal são efectuadas pela Cidade ou pelos HG's. A autorização para a continuação dos estudos é solicitada e autorizada pela Governadora da Cidade.
 - *Unidades Sanitárias*: Foram transferidas 29 US's das 34 existentes do nível primário. O orçamento do estado para a sua manutenção é gerido pela Direcção da Cidade através dos seus HG's.
 - *Programas de Saúde Pública*: Foram transferidos 13 técnicos de saúde responsáveis por 13 programas de saúde. Estes continuam a desempenhar as actividades na Direcção da Cidade. Todos os fundos para o funcionamento destes programas, desde a formação contínua até a supervisão são geridos pela Direcção da Cidade.
 - *Sistema de informação*:
- Transferência não efectuada:
 - Todos os fundos do Orçamento do Estado para o funcionamento da rede primária (salários e bens e serviços).
 - Programas da assistência médica (consultas, HIV/SIDA, laboratório, etc).

Deste modo, as equipas distritais de saúde no Município não têm orçamento próprio, portanto não programam nem gerem os fundos do OE. De ___ até ___ a DSCM tinha 'descentralizado' os CSP para as outroras áreas de saúde com sede em três CS's: CS 1º de Maio (para a área de Mavalane), CS Bagamoyo (KaMubukwana) e CS Xipamanine (NIhamankulu). Estes CS's tinham

sido dotados de uma infra-estrutura e equipa para fazer a gestão dos fundos OE e PROSAÚDE componente gastos correntes para os CSP. Em 201_ esta função foi 'recentralizada' nos HG's. Deste modo, o funcionamento de toda a rede primária depende dos HG's que fornecem os bens necessários em espécie no momento em que surge a necessidade. Da lista de transferência de competências da Direcção da Cidade para o Município consta um mapa orçamental com fundos OE – bens e serviços distribuídos por US, no entanto, como explicitado anteriormente, toda a despesa é efectuada pelos HG's sem nenhum envolvimento dos distritos beneficiários. Estes vão solicitando ad hoc os bens que necessitam sem ter em conta (nem conhecimento?) do próprio orçamento.

De facto, o caso do Município é paradoxal. Por um lado representa o nível mais alto de descentralização, no entanto, simultaneamente toda a planificação e gestão é efectuada ao nível acima do distrito. Distritos com 300.000 habitantes, US's enormes e grande volume de actividade ficam sem autonomia de gerir os fundos dos seu distrito.

A continuação da transferência de competências está condicionada a realização de duas avaliações do processo, uma após 18 meses do início do processo e outra final.

Acção Social

Em 2014, o PSAS, ainda que de forma bastante incipiente, iniciou o processo com vista a transferência da Acção Social Básica, que se afigura irá aumentar os desafios do Município. No sector de acção social ainda não houve transferência de competências. Foram dados alguns passos exploratórios, através de uma reunião de manifestação de interesse e um ofício do Conselho Municipal ao Governo da Cidade de Maputo.

Estrutura e Funcionamento do Conselho Municipal de Maputo

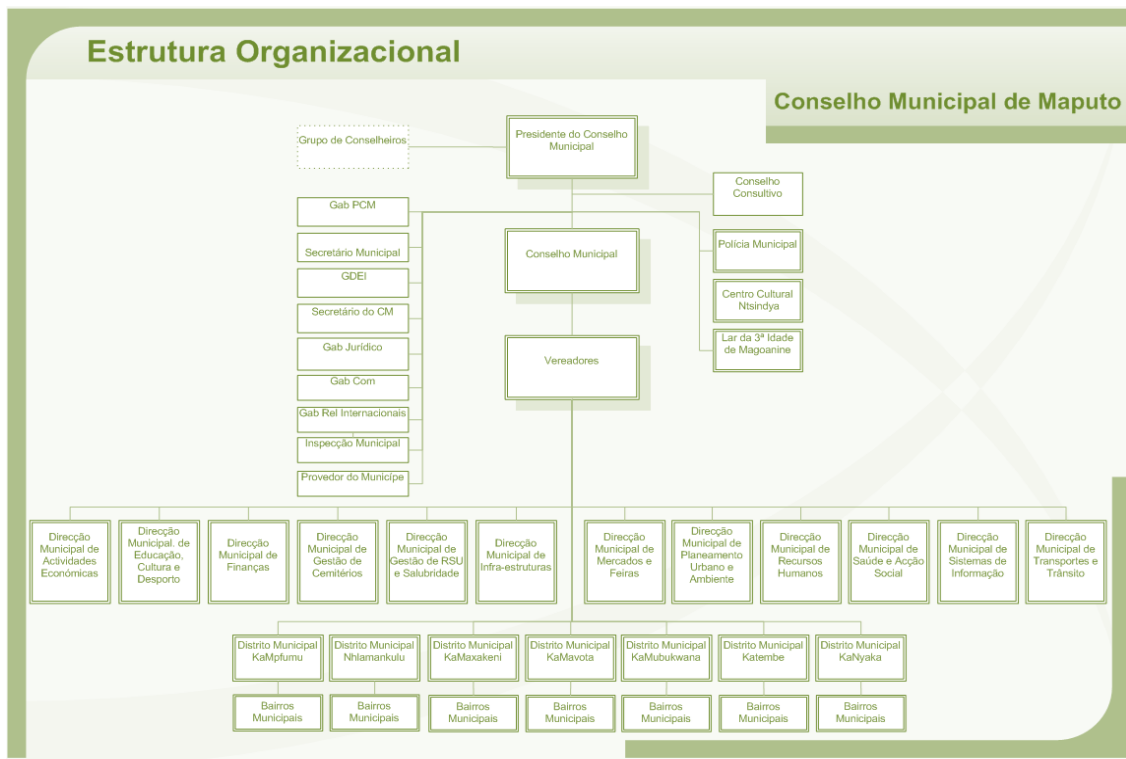
Em consonância com o Estatuto Orgânico dos Serviços Técnicos e Administrativos do Município de Maputo os serviços técnicos e administrativos compreendem Unidades Orgânicas compostas por: i) Direcções de Serviços Municipais num total de 13: 1 - Saúde e Acção Social, 2 - Educação, Cultura e Desporto, 3 – Finanças, 4 - Infra-estruturas, 5 - Planeamento Urbano e Ambiente, 6 - Recursos Humanos, 7 - Mercados e Feiras, 8 - Gestão de Resíduos Sólidos Urbanos e Salubridade, 9 - Gestão de Cemitérios, 10 - Transportes e Trânsito, 11 - Actividades Económicas, 12 - Sistemas de Informação e 13 - ; ii) Unidades de Assessoria e Apoio em número de nove: 1 - Gabinete do Presidente do Conselho Municipal, 2 - Secretário Municipal, 3 - Gabinete de Desenvolvimento Estratégico e Institucional, 4 - Secretariado do Conselho Municipal, 5 - Gabinete Jurídico, 6 - Gabinete de Comunicação, 7 - Gabinete de Relações Internacionais, 8 - Inspecção Municipal e 9 - Provedor do Município iii) os Distritos Municipais.



- Saúde e Acção Social;
- Educação, Cultura e Desporto;
- Finanças;
- Infra-estruturas;
- Planeamento Urbano e Ambiente;
- Recursos Humanos;
- Mercados e Feiras;
- Resíduos Sólidos Urbanos e Salubridade e Cemitérios;
- Transportes e Trânsito e
- Actividades Económicas

- KaMubukwana
- KaMavota
- KaMaxakeni
- Nlhamankulu KaMpfumo
- KaTembe
- KaNyaka

Existem ainda três instituições subordinadas que se regem por regulamentos próprios aprovados pela Assembleia Municipal e são: A Polícia Municipal, O Centro Cultural Ntsindya e Lar da Terceira Idade de Magoanine.



3.7.2 Saúde e Acção Social

A Direcção de Serviço Municipal de Saúde e Acção Social (DSMSAS) é uma nova direcção criada ao abrigo do Estatuto Orgânico dos serviços técnicos e administrativos do Município de Maputo (Novembro 2010). Esta é resultante da extinção da Direcção Municipal de Saúde e Salubridade, como consequência da junção da Acção Social e da transferência das funções de Gestão de Resíduos Sólidos Urbanos e de Gestão de Cemitérios para as novas Direcções Municipais. Desta forma a designação e composição da DSMSAS está alinhada/ ajustada às

novas responsabilidades resultantes da transferência de competências do Governo Central para o CMM.

A equipa da DSMSAS funciona em ‘duas sedes’: i) no Município, todo o corpo directivo (directores e chefes e departamentos); ii) na Direcção de Saúde da Cidade, os 13 programas da saúde pública que integram o departamento de saúde.

Em conformidade com o seu regulamento interno, a DSMSAS promove a definição e implementação de políticas de Saúde Pública em programas de CSP em consonância com a Política Nacional de Saúde e facilita a definição e implementação de programas de acção social junto dos munícipes. Na sua organização e funcionamento, a DSMSAS guia-se por princípios de que se regem as autarquias locais, em particular, e a função pública, em geral. A legislação municipal, o Decreto 33/06, o estatuto orgânico municipal e o regulamento interno definem as funções e responsabilidades no âmbito do sector saúde e acção social.

Segundo o regulamento interno a DSMSAS é dirigida por um director, coadjuvado por um ou mais directores-adjuntos e são ainda parte integrante do sistema de gestão da DSMSAS cinco chefes de departamento e cinco chefes de repartição, estes últimos todos do departamento de saúde.

Caixa __ - Análise Funcional: Estrutura Orgânica, Comparação entre o Regulamento e o Funcionamento

Estrutura Orgânica de Acordo com o Regulamento	Composição Actual
1 - Departamento de Planeamento e Políticas	1 - Departamento Planificação Monitoria e Avaliação
2 - Departamento de Saúde, com as repartições de:	<ul style="list-style-type: none"> Três “áreas de funcionamento” (Chefe do Departamento, Ponto Focal de Monitoria e Avaliação e o responsável pela Estatística Municipal)
<ul style="list-style-type: none"> Assistência Médica Serviços de Emergência Pré-Hospitalar Promoção e Prevenção de saúde e Prevenção de doenças Farmacêutica Veterinária 	2 - Departamento de Saúde, com a repartição de:
3 - Departamento de Acção Social	<ul style="list-style-type: none"> Promoção e Prevenção de saúde e Prevenção de doenças que integra 13 programas de saúde pública
4 - Departamento de Administração, Recursos Humanos e Finanças	3 - Departamento de Acção Social
5 - Departamento de Inspeção Municipal de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> Cinco “áreas de funcionamento” (Mulher, Criança em Situação Difícil, Idoso e Pessoa com Deficiência)
	4 - Departamento de Administração, Recursos Humanos e Finanças
	<ul style="list-style-type: none"> Administração e Finanças Recursos Humanos

No entanto, como ilustrado na **Caixa _**, a actual composição e funcionamento desta direcção estão de certa forma desajustados com a estrutura orgânica definida no regulamento interno. A direcção é constituída por apenas quatro departamentos, faltando ainda o departamento de inspecção. O departamento de saúde só possui uma repartição das cinco previstas. Também, ainda não desempenha a maior parte das funções atribuídas. Este é o resultado do atraso na transferência de competências entre outros.

O Departamento de Planeamento e Políticas

O regulamento interno prevê um Departamento de Planeamento e Políticas para o qual define funções macro no âmbito de planificação e desenvolvimento de estratégias. No entanto, o departamento é designado por Departamento de Planificação, Monitoria e Avaliação. As funções actualmente realizadas têm um âmbito bastante limitado, são ligadas à definição de metas anuais e sobretudo a gestão de informação de saúde da rede primária. Criado em 2014,

“ainda não é um departamento formal”. Tem três elementos (Chefe do Departamento, Ponto Focal de Monitoria e Avaliação e o responsável pela Estatística Municipal). A sede do departamento está no Município. O Ponto Focal de M&A tem contacto semanal com a equipa de saúde pública sediada na DSCM.

O Departamento de Saúde

O regulamento interno define para este departamento um âmbito de actuação bastante amplo. A vasta lista de funções/ tarefas integrantes do departamento torna-o num ‘super-departamento’. São incluídas funções que na estrutura do SNS são parte integrante de dois departamentos, saúde pública e assistência médica, assim como algumas tarefas do médico chefe e engloba funções de ‘supervisão’ dos outros departamentos. Contudo, também este departamento não exerce todas as funções de acordo com o definido no regulamento interno. Na prática exerce as funções de uma só repartição, a de saúde pública. Como já referido, os atrasos e ‘desvios’ observados no processo de transferência de competências constituem uma parte fundamental deste desajuste. Também a sobreposição de responsabilidades na prestação de cuidados no espaço municipal resulta num processo difícil e complexo de definição e ‘repartição’ de funções entre as várias entidades. Contudo, outros factores organizacionais são uma limitante importante no papel do departamento.

O Departamento de Administração, Recursos Humanos e Finanças

A sua denominação parece-se mais a um super-departamento, no entanto, em termos de atribuições e realização das suas funções é um dos departamentos mais limitados. É um departamento essencialmente ainda virado para o funcionamento interno da estrutura do PSAS dentro do Município, com uma influência incipiente no que diz respeito a gestão das US’s e provisão de cuidados de saúde. Uma das maiores lacunas no departamento é falta de funções de âmbito macro concernentes a planificação e desenvolvimento de estratégias.

O Departamento de Acção Social

Não possui uma estrutura formalizada. Funciona com 4 técnicos responsáveis pelas áreas de actividades ligadas a: mulher, criança em situação difícil, idoso e pessoa com deficiência.

3.7.2.1 Saúde

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é composto por três níveis: Central, Provincial e Distrital, sendo este último o responsável pela realização dos programas e prestação de cuidados de saúde. O Município de Maputo também tem estatuto de província e o seu âmbito de actuação é similar ao do nível provincial. Portanto, no Município de Maputo existem dois órgãos responsáveis pela provisão dos cuidados de saúde, a Municipal e a Direcção da Cidade. Por outro lado, os Distritos Municipais possuem um âmbito de actuação diferente dos de uma província. Até recentemente os distritos não possuíam equipas distritais de saúde, portanto este nível não estava envolvido na provisão dos cuidados de saúde dos seus munícipes.

Historicamente, a Cidade de Maputo estava organizada em quatro áreas de saúde que incluíam: José Macamo, Mavalane, Chamanculo e a Machava antes da desanexação da Matola da Cidade de Maputo. Os serviços de saúde estavam funcionalmente estruturados de acordo com este nível intermédio (áreas de saúde) que integrava um ou mais Distritos Municipais. Em

teoria, a área de saúde possuía um sistema de saúde integrado composto por Hospital Geral (HG) de primeira referência e uma rede de Centros de Saúde (CS) que prestava os cuidados de saúde primários. Era ao nível dos HG's que se situavam várias funções de gestão, coordenação e comunicação com as US's. A gestão do transporte (pelo menos para as US's que não o possuem), referências, distribuição de medicamentos, etc, situava-se a este nível. Desde ___ que está a decorrer um processo de reorganização/ re-estruturação dos serviços de saúde por Distrito Urbano. Este processo está longe de ser completo. Muitas funções de gestão ainda obedecem à organização baseada nas áreas de saúde. Este aspecto constitui mais um elemento de complexidade na organização, comunicação/ coordenação dos serviços no Município.

Embora não façam parte da estrutura orgânica do Município, as áreas de saúde tiveram um papel preponderante na provisão dos cuidados de saúde (preventivos, curativos e referências). Historicamente o distrito na Cidade não desempenhava nenhum papel na provisão de cuidados de saúde... No processo de transferência de competências do Estado para o Município, está também em curso o processo de re-estruturação organizacional dos serviços de saúde. Esta inclui a 'eliminação' das áreas de saúde e a "transferência" das responsabilidades e funções outrora pertencentes a uma nível mais descentralizado - o distrito urbano. Para acompanhar e ajustar a sua Estrutura Orgânica ao da governação municipal descentralizada para os Distritos Municipais e adequar as suas capacidades à altura das novas tarefas, o PSAS tem estado a desenhar e a estabelecer novas estruturas a este nível. Este processo inclui a redefinição da estrutura organizacional dos serviços, passando da área de saúde organizada em torno de um HG à divisão administrativa por distrito urbano. Alinhando o sector de saúde com a organização dos outros sectores no Município incluído a acção social. Sob proposta da PSAS, foi estabelecida conjuntamente com a DSCM a equipa distrital de saúde, composta por um(a) Director(a) Distrital de Saúde (DDS), um Núcleo de Estatística Distrital (NED) composto por três elementos (responsáveis distritais de SMI e do PAV ..). Alguns distritos têm também um médico chefe distrital. A equipa distrital de saúde está localizada na principal US dos CSP do distrito, representando deste modo a sede distrital de saúde. Nalguns casos, parte dos elementos da equipa está fora da sede distrital, como no distrito de KaMpfumo, onde o médico chefe distrital trabalha 'fora da sede'. A estrutura e funções desta equipa ainda não estão formalizadas, nenhum dos cargos incluído o de director do distrito tem nomeação oficial.

As equipas distritais de saúde estão integradas em diversas estruturas orgânicas às quais devem prestar contas, o que de certa forma resulta na sua múltipla subordinação horizontal e vertical.

Conselho Municipal: equipa distrital de saúde → direcção de saúde e acção social → pelouro de saúde;

Cidade: equipa distrital de saúde → direcção de saúde da cidade → MISAU/ governo da cidade.

No entanto, estas equipas aparentam estar pouco integradas na organização municipal do distrito e em alguns mesmo nas próprias US's. Numa das US's visitadas foi constatado que havia pessoal que desconhecia a existência da figura de director distrital de saúde.

O processo está longe de ser completo. As 'extintas' áreas de saúde ainda desempenham um papel central e exercem funções tais como: a distribuição de medicamentos pelas US's; a

gestão do transporte e o sistema de transferências. Sobretudo, as equipas distritais não têm nenhum papel na gestão dos fundos e recursos humanos.

O(a) DDS é um técnico de saúde indicado para o cargo pela DSCM com a aprovação do PSAS. No que diz respeito as actividades de saúde realizadas, a equipa distrital de saúde faz a sua prestação de contas nos Conselhos Coordenadores do PSAS e da DSCM. Entretanto, financeiramente as requisições em espécie e prestação de contas do financiamento OE para o funcionamento das US's é feita a nível do HG. A DSMSAS não tem informação sobre o financiamento das actividades ligadas aos CSP.

A nível da DSMSAS, a saúde e a acção social funcionam conjuntamente e são parte integrante do PSAS como uma única equipa: No entanto, devido a história da criação das equipas distritais os dois sectores ainda estão separados.

3.7.2.2 Acção Social

O Ministério da Mulher e Acção Social (MMAS) é a entidade central do Estado responsável pela execução das políticas de emancipação e desenvolvimento das mulheres e pela acção social no país. Foram conferidas competências às autarquias para investimento público nas seguintes áreas: actividades de apoio a grupos sociais vulneráveis e provisão de habitação social.

O sector da Mulher e Acção Social (MAS), como acontece nos outros, é composto por três níveis: Central, Provincial e Distrital. No Município de Maputo, o sector MAS está representado nos sete distritos municipais pelos Serviços Distritais da Mulher e Acção Social. As equipas distritais da MAS funcionam nas unidades sociais do sector, portanto não estão integrados nas equipas distritais de saúde como acontece nos distritos das províncias. São estes serviços que implementam, coordenam, monitoram e supervisionam os serviços de acção social nos bairros, incluindo as actividades implementadas pelas ONGs e unidades sociais.

3.8 Análise das Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças

<p style="text-align: center;">Forças</p> <ul style="list-style-type: none"> • Um ponto de partida melhor que em qualquer outro Município do país. As melhorias podem ser progressivas, afectando a qualidade, a eficiência, e a eficácia dos serviços sem precisar de investimentos avultados. • Boa disponibilidade da rede sanitária e outros recursos • Existência de IT com bom nível técnico e de infra-estrutura no Município • O tamanho 'reduzido' do território facilita o contacto entre a equipa de saúde a todos os níveis – Município, equipa distrital de saúde e US's • Técnicos do Município treinados no desenho e elaboração do Mapa Sanitário • O mandato político dos munícipes, que deveriam exigir resultados satisfatórios e melhorias apreciáveis. 	<p style="text-align: center;">Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • A descentralização cria oportunidades para melhor e maior coordenação, colaboração e planificação conjunta a nível multisectorial, especialmente para a prevenção das doenças transmissíveis (saneamento do meio), trauma (segurança na via pública e rodoviária) • Existência no Município de estruturas que representam grande potencialidade para formar parcerias e coordenação nas áreas de: salubridade (sanamento de meio), informação e tecnologia e INE (sistemas de informação – reforço da capacidade de recolha e analítica de informação para guiar planificação estratégica), polícia municipal (acidentes de viação – trauma), Sistema de saúde municipal em desenvolvimento com espaço para inovação. • Em princípio uma nova estrutura próxima dos munícipes deveriam encarar os problemas com energia e criatividade. • Existência do Mapa Sanitário constitui uma boa base para o Município realizar o Reconhecimento da Área de Saúde
<p style="text-align: center;">Fraquezas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desequilíbrios na distribuição da infra-estrutura sócio-sanitária • Distorções históricas na distribuição espacial da rede sócio-sanitária, fraca colaboração com outros provedores de serviços no espaço urbano • Infra-estrutura de comunicação (saúde) insuficiente • SIS com abrangência limitada, a DSMSAS só tem acesso a informação de saúde do nível primário – sector público • Falta uma boa e sólida base de informação, com a consequente falta duma compreensão apurada de muitos problemas • Finanças (OE) não descentralizadas, com as equipas distritais de saúde que não possuem/gerem o OE • Fraca complementaridade ou articulação entre os diferentes níveis de atenção de saúde • Falta de parceiros dinâmicos que dinamizem e financiem os processos 	<p style="text-align: center;">Ameaças</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contínua mobilidade da população urbana resultando em mudanças no perfil demográfico e crescimento espacial não planificado, nem acompanhado • Peso das doenças transmissíveis (HIV/ SIDA, TB, ..) • Expansão urbana sem suficiente infra-estrutura de base • Mudança no padrão das doenças, com emergência e crescimento das doenças não infecciosas (cardio-vasculares, entre outras) • O SISTAFE ainda não abrange o Município e seus distritos urbanos e a introdução deste sistema a este nível poderá levar muitos anos ainda. Esta é uma grande limitante para tornar as equipas distritais de saúde em UGB's • A aparente diminuição dos índices de cobertura • O aparente aumento das taxas de mortalidade

3.9 Sumário dos Problemas e Prioridades

3.9.1 Os Problemas

Saúde

O Município tem boa infra-estrutura, com uma boa disponibilidade da rede sanitária, de recursos humanos, materiais e medicamentos. Os níveis de cobertura no global do Município são bons, apesar da queda registada em algumas áreas de actividade. O sumário dos problemas e prioridades aborda questões críticas, que são organizadas em quatro temas: i) O espaço, demografia e equidade, ii) Os sistemas, iii) O sistema de informação e iv) A qualidade e eficiência.

1 - O espaço, demografia e equidade

Alguns aspectos de relevo evidenciados pela análise de situação são: a grande expansão geográfica com ocupação de novos espaços sem um acompanhamento adequado na provisão de infra-estrutura e serviços. Este facto mantém e em alguns casos exacerba a inequidade no acesso e utilização da infra-estrutura e dos serviços existentes. O acesso aos serviços é influenciado por vários factores, a disponibilidade no espaço geográfico, a sua proximidade ao utente, o tipo de serviços prestados, as horas de funcionamento e o custo. Sendo a disponibilidade da rede sanitária e serviços aceitável, a sua distribuição, organização e qualidade são fundamentais na acessibilidade dos cuidados providenciados.

A análise de situação efectuada sobre os vários aspectos: demográficos, distribuição geográfica da população e de recursos, permite de apurar a organização das prioridades no Município. A análise de situação evidenciou a heterogeneidade da população e o espaço que esta ocupa, resultando em diferentes níveis de estado de saúde, de necessidades e de prioridades entre os municípios. Desta forma, as prioridades do Município são organizadas da seguinte forma:

- **Zona altamente urbanizada**, com infra-estrutura adequada, bom acesso e utilização de bons serviços de saúde dos sectores público e privado e fora do país: **Distrito de KaMpfumo**
- **Zona sub-urbana**, alta densidade populacional, condições habitacionais e de salubridade precárias, sem espaço para infra-estrutura básica: o **Distrito de Nihamankulu** tem boa disponibilidade de infra-estrutura sanitária, enquanto o **Distrito de KaMaxaquene** conta com a pior infra-estrutura sanitária na cidade, que causa um alta mobilidade dos seus municípios na procura de serviços de saúde.
- **Zona peri-urbana** a de densidade populacional média, zona em grande expansão não acompanhada de infra-estrutura e serviços. Fraca rede de infra-estrutura sanitária. Alta mobilidade em todos os aspectos da vida quotidiana, assim como na procura de serviços de saúde: **Distritos de KaMubukwana e KaMavota**.

A alta mobilidade é limitada na situação de emergências devido a falta de transporte, sobretudo a noite devido à insegurança causada pela criminalidade.

É necessário estabelecer mecanismos específicos para a saúde urbana, num contexto de expansão e redefinição dos espaços contínuos.

- **Zona rural, Distritos de KaNyaka e Katembe**

Plano abrangente que trata no geral/ global os problemas do Município e as características específicas do espaço urbano e suas particularidades e da área rural.

População com grande mobilidade diurna

- Serviços de saúde: A análise revelou uma grande mobilidade dos munícipes na procura de serviços e esta é devida a vários factores, as distâncias ‘reduzidas’ permite uma grande mobilidade na procura de serviços; os munícipes têm dentro das limitações um “poder relativo” de escolha, não utilizando necessariamente os cuidados ‘próximos’ da residência. Enquanto a acessibilidade diurna possivelmente é melhor do que a disponibilidade da rede reflecte, no período da noite diminui devido a maior limitação do transporte e a situação de insegurança devido a criminalidade.
- Doenças: a grande mobilidade aumenta a possibilidade de rápida propagação de epidemias
- Centrar as acções em aspectos de qualidade e eficiência das US’s. Sobretudo acções para reduzir ou mitigar o impacto dos desequilíbrios.

“Transição sócio-económica”

- Padrão epidemiológico: um plano que deve conciliar a dualidade do Município, por um lado as doenças infecciosas e outras ligadas a pobreza, devido as condições precárias habitacionais e do ambiente e ao mesmo tempo as doenças não infecciosas ligadas ao estilo de vida da classe média emergente.

2 – Os sistemas de gestão

O Processo de Transferência

- O Município ainda está na fase de se estabelecer como equipa líder e gestora na área de saúde. O processo de transferência deve ainda ser completado. O Município não tem ainda o controle efectivo dos recursos humanos: a colocação, as transferências, o pagamento de salários, autorização para a continuação dos estudos são efectuados por outras entidades – MiSau, Direcção da Cidade e Governo da Cidade. Não tem nenhum controle (directo ou indirecto através da sua rede de US’s) sobre o orçamento do funcionamento das US’s e da receita por estas cobrada. Esta realidade constitui uma base complexa (precária) para elaborar um plano sólido e com boas perspectivas de êxito. É importante seleccionar com cuidado actividades e acções realizáveis pelo Município na situação actual, que respondam aos problemas específicos da acessibilidade no contexto do Município.
- O processo de transferência e a (re)organização (espacial/ geográfica) e tamanho do Município constituem uma oportunidade única.

Multiplicidade de prestadores de serviços e cuidados de saúde

- Na provisão de cuidados, o Município é mais um actor entre muitos no sector de saúde no Município. Portanto, os esforços e acções para melhorar a saúde do munícipe, tais como o aumento de coberturas devem ser consideradas nesta perspectiva. Tomando como exemplo os partos, estes são realizados pelo HCM, pelos HG’s e uma pequena proporção

pelo sector privado. Portanto, as realizações da rede primária do Município são uma contribuição importante, mas com uma certa limitação para mudar e influenciar os níveis de cobertura.

3 – O sistema de informação

Os dados sobre a actividade sanitária, que são actualmente geridos pelo Município representam uma pequena peça do grande mosaico que é a informação de saúde na Cidade. Para que o Município possa ter uma visão global e completa, é necessário envidar esforços para recolher e reunir a informação em falta usando todos os canais (formais e informais). A nova organização das áreas de saúde por distrito urbano não parece adequada nem funcional.

Aspectos a considerar para o sistema de informação de saúde urbana:

- Criar uma boa base de dados para a planificação, avaliação e monitoria: por distrito que inclua actividades sanitárias realizadas a todos níveis, recursos incluindo infra-estrutura, humanos, medicamentos e financeiros.
- Grande Maputo: sistema de informação sobre a utilização dos serviços
- Integração progressiva da informação de saúde das US's privadas
- A grande mobilidade entre bairros, distritos e as áreas circunvizinhas fora do espaço do Município e a informação incompleta gerida pela DSMSAS são dois factores críticos e limitantes para a: i) definição das metas anuais dos programas por distrito com base em grupos alvos populacionais, ii) avaliação das coberturas e índices de utilização de rotina/administrativas calculadas por distrito e global do Município e iii) compreensão das tendências.

4 – A qualidade e eficiência

Os resultados sugerem uma baixa utilização dos recursos, reflectida na baixa produtividade do pessoal e na 'baixa' utilização das camas. No caso das maternidades, metade dos dias camas disponíveis não são utilizados. Nalguns casos a sub-utilização das camas está ligada a fraca qualidade. Pelo que o primeiro esforço (ou em simultâneo) é melhorar a qualidade dos serviços para se conseguir a sua melhor utilização. (MS pag 101)

Acção Social

As várias acções de protecção, apoio e prestação de cuidados no âmbito social são realizados por vários actores que inclui: acção social, saúde, educação, Dado este carácter mutissectorial é essencial o estabelecimento de mecanismos sólidos que facilitem a coordenação e harmonização das actividades realizadas em favor dos diversos grupos-alvo da acção social.

Favorecer estratégias aliciantes e que promovam o envolvimento em vez de eleger acções penalizantes.

Destacar o papel de prevenção

3.9.2 Prioridades

Para responder de forma adequada aos problemas identificados, o Plano Director tem como principais áreas de actuação os seguintes:

1. Completar e consolidar o processo de transferência para o sector saúde: completar as fases em falta que incluem a avaliar o progresso, completar a transferência das funções

em falta, criar/ estabelecer mecanismos de coordenação com a direcção de saúde da cidade.

2. Criar e fortalecer os sistemas e capacidades
3. Melhorar o acesso e a qualidade através de iniciativas inovadoras que podem incluir: Reorganização dos serviços, melhor gestão dos recursos humanos e da utilização dos espaços, através de ajustes nas modalidades de atendimento (horário de funcionamento das US's – número de horas e dias de semana). Uma operação simples como uma melhor gestão dos recursos humanos e do espaço vai trazer enormes ganhos aos serviços e cuidados de saúde. Esta medida vai: i) reduzir as enchentes e concentração de doentes em certas horas e certos dias da semana, o que vai melhorar o ambiente e a qualidade de atendimento ao doente e vai diminuir o risco de transmissão de doenças, ii) 'eliminar' uma das causas da auto-referência, devido a maior disponibilidade de serviços em termos de número de horas e de dias que os cuidados são oferecidos e iii) limitar a necessidade de utilização de um gabinete de atendimento por mais de um profissional, melhorando desta forma a privacidade e a qualidade do atendimento.
4. Melhorar a eficiência e eficácia
5. Manutenção e reabilitação de infra-estrutura e pequeno investimento
6. Pesquisa orientada a aspectos específicos para tomada de decisões
7. Estabelecer parcerias com agências doadoras/ ONG's, instituições de formação (estagiários e voluntariado)
8. Iniciar o processo de transferência para o sector sector de acção social, isto após a conclusão e consolidação do processo do sector saúde.
9. Os objectivos e actividades-chave serão realizados de forma progressiva.
10. Continuar a realizar as actividades de rotina na provisão de cuidados

4. CONCEPÇÕES, PRINCÍPIOS E DIRECTRIZES

VISÃO	Por um Município provedor de serviços sociais e de saúde de qualidade, sustentáveis e próximos ao munícipe
MISSÃO	Liderar a assistência social e sanitária através da implementação coordenada, inclusiva e inovadora de acções que garantam a prestação de serviços de qualidade e próximos aos munícipes
OBJECTIVO GLOBAL	O objectivo geral do Plano Director Municipal de Saúde e Acção Social é de melhorar o estado de saúde e bem estar social dos munícipes com especial ênfase aos grupos menos privilegiados e mais vulneráveis
PRINCÍPIOS-CHAVE	Equidade no acesso; qualidade dos serviços sociais e de saúde; eficiência e eficácia; liderança; parcerias; ambiente saudável; sistemas fortalecidos

Prioridades de saúde e objectivos do Plano Director

Princípios orientadores do sector	Prioridades
<ul style="list-style-type: none"> • Equidade e protecção social para os grupos vulneráveis. • Melhoria na qualidade dos cuidados • Desenvolvimento de estilos de vida e comportamentos saudáveis • Desenvolvimento institucional e desenvolvimento de recursos humanos • Advocacia, dando prioridade aos objectivos e acções a realizar na base dos recursos disponíveis e na identificação de sectores possíveis de apoio pelos parceiros do sector da Saúde e • Encorajamento de parcerias, colaboração local e internacional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuir na redução da mortalidade materna • Contribuir na reversão da tendência crescente para a redução da mortalidade infantil e a neonatal • Contribuir na redução da transmissão das doenças endémicas, nomeadamente o HIV, Malária, TB e ... • Contribuir para Suster ou redução da tendência progressiva do trauma • Contribuir para o manuseamento eficaz das DNT's e do trauma, de forma a reduzir o seu impacto. • Contribuir na redução da vulnerabilidade

As acções previstas no PD visam sobretudo reduzir os actuais desequilíbrios, acções essas a serem implementadas a médio e longo prazos, algumas das quais transcendem o horizonte temporal deste Plano. Estas prioridades de saúde serviram de base para delinear os objectivos gerais e específicos:

Objectivo Geral:

Contribuir na redução da vulnerabilidade e da morbimortalidade dos munícipes, através de medidas que garantam maior acesso de qualidade aos serviços sócio-sanitários, com especial atenção aos munícipes menos privilegiados.

Objectivos Específicos:

1. Melhorar a prestação de cuidados de saúde eficientes e de qualidade
2. Melhorar o acesso aos apoios sociais
3. Desenvolver e reforçar os sistemas de apoio
4. Desenvolver e fortalecer a capacidade institucional do sistema de saúde e acção social municipal

5. OBJECTIVOS, RESULTADOS E ACTIVIDADES

Prestação de Cuidados de Saúde Primários

Inclui todos cuidados, curativos e preventivos com especial atenção para os distritos menos privilegiados. A acessibilidade nas zonas menos privilegiadas devido a fraca cobertura pela rede sanitária é exarcebada por: i) Horário de funcionamento do atendimento externo limitado, agravado pela limitada disponibilidade de serviços de emergência; ii) Falta de transporte no período nocturno; iii) Criminalidade, a insegurança a noite impede a utilização de algumas maternidades e iv) Qualidade – condições da infra-estrutura.

No âmbito da descentralização adoptar estratégias e desenvolver acções de âmbito multisectorial que visem a promoção e melhoria da higiene e do acesso universal a água potável, (alimentos), e do saneamento do meio.

O papel do Município é fundamental e é multifacetado: i) catalizador de outros sectores para incrementar a disponibilidade de infra-estrutura pública (água e saneamento); ii) infra-estrutura nos distritos com fraca acessibilidade; iii) melhorar as condições de saneamento, recolha e tratamento de lixo nas US's; iv) educação sanitária, parte do Plano de Promoção de saúde do município de Maputo.

Reduzir o risco de surtos epidémicos através de: i) redução da exposição à factores de risco nos munícipes mais vulneráveis e ii) estabelecimento de sistemas de alerta nas zonas com maior precariedade do saneamento do meio e alta densidade, baseados no sub-sistema de vigilância epidemiológica.

Objectivo Específico 1 – Melhorar a prestação de cuidados eficientes e de qualidade

1.1 - Melhorar o acesso e utilização dos serviços sócio-sanitários

Actividades - Chave

Na disponibilidade dos serviços

- Rever e reforçar a organização, gestão e funcionamento do sistema dos cuidados de saúde primários para melhorar a acessibilidade dos serviços sobretudo nos distritos menos privilegiados
- Reforçar e expandir o serviço de emergência com atendimento 24 horas
- Introduzir na rede primária cuidados de saúde especializados através de serviços móveis (algumas doenças crónicas)

Na redução da transmissão das doenças infecciosas

- Promover e melhorar o acesso à água potável nos Distritos Municipais periféricos, priorizando as zonas com menor acessibilidade
- Promover/ Melhorar o saneamento do meio básico com enfoque para os distritos/ bairros com os níveis de salubridade mais precários

- Promover o estabelecimento de novas e reforçar as existentes comissões multi-sectoriais para a saúde, saneamento do meio, ao nível do Município e dos distritos

Na redução do risco da eclosão de surtos epidémicos por doenças infecciosas

- Planificar e preparar (dotando com infra-estrutura mínima) áreas para acolhimento em caso de emergências (cheias e outros)
- Participar na definição de critérios-modelo que garantam um ambiente saudável para as zonas de expansão

Na contribuição para a mitigação dos factores de riscos das doenças não transmissíveis

- Reforçar as medidas para o rastreio e diagnóstico precoce das doenças cardíacas, diabetes, etc e garantir o tratamento correcto das mesmas.
- Realizar actividades que visem a promoção de estilos de vida saudáveis, ou campanhas de educação para a saúde adaptadas ao contexto urbano multifacetado de Município (no Plano de Promoção de saúde do município de Maputo)
- Estabelecer uma comissão multissetorial de determinantes de saúde
- Elaborar um Plano de Promoção de Saúde do Município (processo iniciado)
- Promover a inclusão de temas sobre a promoção de saúde no currículo escolar das Escolas Primárias
- Fortalecer o programa Escola Promotora de Saúde

1.2 - Melhorar a qualidade e eficácia dos serviços

Actividades - Chave

Na prevenção e controle de infecções

- Reforçar o programa de Prevenção e Controlo de Infecções em todas as US's
- Promover e reforçar medidas de controle de biossegurança
- Instaurar o Comité Municipal de Qualidade e Humanização
- Melhorar o acesso a água e saneamento do meio nas US's
- Estabelecer um sistema Municipal integrado de gestão de lixo sanitário constituído por uma rede de incineradoras e transporte específico para a recolha do lixo nas US's dos distritos urbanos.
- Instalar incineradoras para as sedes distritais e aterros para as US's mais periféricas – Distritos rurais

Na prestação de cuidados

- Melhorar a captação precoce da mulher grávida
- Aumentar a frequência da CPN
- Melhorar a detecção e manuseamento dos casos de ARO
- Aumentar o número de partos ARO planificados
- Aumentar a proporção de cesareanas de eleição, (reduzindo as de emergência)
- Criar uma plataforma para a discussão das transferências (entre a rede primária e as US's de referência)
- Realizar estudos de qualidade de prestação de cuidados para definir intervenções específicas as US's do Município

Sistema de Referência

No concernente ao Plano Director inclui duas acções-chave que são: i) Melhorar a eficiência e eficácia do sistema de referência de emergências através do reforço da gestão do transporte e o sistema de comunicação. O estabelecimento de um serviço de ambulância eficaz e eficiente envolve um processo oneroso e bastante complexo, que compreende várias componentes. Assim como também existem várias estratégias organizacionais e de gestão. No entanto, mesmo mantendo o actual sistema é possível obter ganhos em eficiência e eficácia através de uma (re)organização/ estruturação da componente de comunicação e gestão do transporte. O processo deverá incluir a melhoria da gestão do transporte através de um sistema de comunicação, seguimento dos movimentos e localização física das ambulâncias.

Desenvolver um sistema e instalar uma central de comunicação única ou mini-centrais. A localização das ambulâncias não deve necessariamente ser a mesma da(s) central(is), estas deveriam ser distribuídas de acordo com a densidade populacional – e a demanda potencial ou existente. Estes deveriam incluir uma comunicação antecipada da transferência, de modo a que a US de referência possa preparar atempadamente a recepção do caso de emergência. Este sistema deveria gradualmente incluir a rede privada, negociando um sistema de pagamentos.

A eficácia do sistema de referência na redução da mortalidade (materna) será tanto maior quanto o sistema de transferência reduzir o tempo de resposta as emergências - resposta rápida.

Sumário do sistema

A central de emergência – ambulância 1) recebe a chamada; 2) determina a gravidade da emergência; 3) comunica com as ambulâncias (via rádio); 4) a ambulância que esteja livre e mais próxima do local assume a transferência; 5) a ambulância comunica a central (retro-informação) na altura que transporta a pessoa; 6) a central comunica com o hospital de referência sobre a chegada de uma emergência; 7) uma vez no hospital a ambulância comunica o término da acção a central.

1.3 - Reforçar e melhorar o funcionamento do sistema de referência entre as US's

Actividades - Chave

Na eficiência e eficácia do sistema de referência de emergências

- Modernizar o sistema de comunicação através da instalação de uma rede centralizada
- Dotar as ambulâncias e as maternidades de um sistema rádio de comunicação
- Estabelecer protocolos que incluam uma contínua e permanente comunicação de todas as deslocações posição/ localização da ambulância pelos motoristas a central ou as mini-centrais.
- Introduzir protocolos de coordenação apropriada e eficiente de todo o sistema de referência (rede primária e hospitais de referência).
- Estudar e promover formas de integrar no sistema a rede privada
- Introduzir/ reforçar o uso do livro do bordo
- Estabelecer um número (cell) de serviço de emergência com a possibilidade de utilizar uma rede preferencial e que não tenha as limitações de uma rede normal.

- Estudar a possibilidade e necessidade de estabelecer um sistema de resposta ‘categorizada’ de acordo com o grau de gravidade (capacidade de avaliar a gravidade).
- Introduzir um sistema de seguimento e monitoria do tempo de resposta do sistema de transferência de casos de emergência.
- Integrar o sistema do transporte das evacuações (Ambulâncias) no novo sistema de transporte de Maputo, de modo a abilitá-las a utilizar a faixa exclusiva prevista para os autocarros.

No acesso aos serviços de emergência dos municípios menos privilegiados

- Estabelecer um sistema nocturno de serviço de ambulância para emergências obstétricas na residência Sistema a ser pilotado nas áreas com fraca acessibilidade aos serviços de maternidade. Este tipo de organização vai permitir aproximar os serviços de saúde ao município, mesmo mantendo a actual rede de infra-estrutura

Objectivo Específico 2 - Melhorar o acesso aos apoios sociais

As acções do plano reforçar e fortalecer. i) A capacidade de levar a cabo acções de prevenção em todas as áreas da acção social. ii) O papel de catalizador do pelouro através de iniciativas que promovam uma maior coordenação e colaboração: interna no PSAS; com os outros sectores do Município, as direcções de educação, cultura e desporto, da infra-estrutura, do planeamento urbano e ambiente e de transportes e trânsito; com as unidades de assessoria, o gabinete jurídico e o gabinete de comunicação social, e com os distritos urbanos. iii) Estimular e estabelecer sistemas que facilitem a utilização de serviços de estagiários e voluntários para providenciar cuidados e atendimento em áreas como o apoio psicológico, a alfabetização, etc. iv) Incentivar a participação comunitária na identificação dos problemas e soluções e estabelecimento de esquemas comunitários de ajuda aos municípios menos favorecidos e v) Estimular e monitorar a actuação de todos actores no Município com responsabilidade social nas vertentes de acção social directa, acção social de saúde, acção social escolar e acção social produtiva. De modo a:

- Aumentar a cobertura e impacto da educação, saúde e acção social básica entre os municípios mais pobres e vulneráveis
- Melhorar a qualidade, eficiência e eficácia do sistema de acção social básica
- Garantir e melhorar a coordenação e colaboração entre todos actores com responsabilidade na acção social básica
- Promover a pesquisa operacional sobre temas sociais que ajude a compreender os vários aspectos pouco claros (áreas com informação escassa ou pouco consolidada) e a definir abordagens inovadoras que reduzam a institucionalização e promovam respostas sociais

Criança

Para este grupo alvo, são documentos guia de planificação o Plano Estratégico da MAS, o Plano de Acção Social e o Plano Nacional de Acção para a Criança (PNAC). As metas definidas no PNAC incluem saúde, educação, acesso a água segura e ao saneamento melhorado. Portanto,

neste PD, os objectivos e actividades chave que integram a componente da saúde são igualmente parte essencial da componente da acção social. Nesta perspetiva, os planos dos Pelouros de educação, cultura e desporto, da infra-estrutura, do planeamento urbano e ambiente contribuem para o alcance das metas traçadas no PNAC ao nível do município. É crucial manter sempre esta visão ampla do sector.

2.1 - Promover e realizar acções de prevenção contra delinquência infantil

Actividades - Chave

- Desenvolver/ fortalecer o combate ao tráfico, a violência e a exploração sexual, especialmente de crianças e adolescentes
- Desenvolver um programa piloto de prevenção a delinquência infantil no distrito de KaMaxaquene, distrito com alta representatividade entre os meninos da rua
- Promover práticas de apoio ao indigente que limitem e reduzam a mendicidade e o fenómeno de criança da/na rua
- Promover a ‘aproximação’ dos serviços de apoio e acolhimento ao local de residência das crianças-alvo
- Promover o estabelecimento de mecanismos que visem oferecer melhores oportunidades para a reabilitação das crianças vítimas da exploração e abuso
- Promover a coordenação inter-sectorial no Município (Pelouros de saúde e acção social e de educação, cultura e desporto e gabinete jurídico)

2.2 - Promover e realizar acções de reintegração das crianças desamparadas, órfãos e vulneráveis na família e na sociedade

2.3 - Desenvolver e implementar medidas de carácter sócio-educativo, voltadas para menores que cometeram acto infracional

Actividades - Chave

- Promover à adopção de medidas sócio-educativas, apropriadas quanto à prevenção e tratamento da delinquência juvenil
- Promover a criação de espaços de diversão para crianças nos bairros mais vulneráveis
- Advogar e promover o aumento de programas de medidas alternativas à detenção de menores em conflito com a Lei
- Promover a introdução de actividades educativas e de inserção laboral nas cadeias (alfabetização e formação profissional)
- Promover e apoiar na introdução do atendimento psicológico
- Promover plataformas de apoio multidisciplinar através de estagiários, voluntários e parcerias com profissionais das áreas tais como (psicologia, saúde, judicial, etc)
- Promover a melhoria da formação do pessoal judicial e policial
- Promover a melhoria da protecção das crianças em conflito com a Lei
- Realizar acções de sensibilização e consciencialização sobre o problema
- Promover a criação de condições para a melhoria da saúde e bem estar através de medidas que visem melhorar a assistência médica e medicamentosa e alimentar, etc..
- Promover uma coordenação forte entre Município (Saúde e Acção Social, Educação, Cultura e Desportos, Gabinete Jurídico e Distritos) e outros actores, incluindo a definição e

distribuição de papéis e funções entre todos os actores envolvidos, de modo a estabelecer uma base funcional para a realização de programas articulados, que providencie uma resposta eficaz

Pessoa Idosa

2.4 - Promover e coordenar esforços para o apoio a pessoa idosa

Actividades - Chave

- Realizar acções de sensibilização sobre os direitos da pessoa idosa
- Promover e desenvolver acções de prevenção contra violência e abuso sexual da pessoa idosa
- Promover a inclusão da pessoa idosa chefe de agregado familiar nos programas de assistência social
- Promover o respeito e a dignidade da pessoa idosa nas escolas e na sociedade como parte integrante na educação da criança
- Sensibilizar as famílias e a comunidade para a reintegração da pessoa idosa desamparada na sociedade
- Promover medidas para a harmonização e coordenação dos diferentes programas e iniciativas de apoio a pessoa idosa
- Realizar campanhas informativas sobre os centros abertos
- Realizar actividades produtivas que reduzam a dependência nos centros abertos
- Incentivar/ promover a adesão à esquemas de seguro social para a reforma, em especial entre as mulheres dos distritos periféricos, com emprego precário/ pouco seguro, com o fim de prevenir a indigência na velhice

Pessoa com deficiência

2.5 - Desenvolver e promover acções que visem a plena participação, igualdade e 'empoderamento' das pessoas com deficiência

Actividades - Chave

- Prosseguir com a assistência social às pessoas com deficiência dentro das comunidades criando condições para o seu envolvimento na vida económica e social
- Promover o acesso a informação para as pessoas com deficiência
- Promover o acesso das pessoas com deficiência aos Programas de formação profissional
- Promover o desenvolvimento de mecanismos aliciantes (vantagens fiscais, diplomas de reconhecimento) a fim de favorecer a contratação de pessoas com deficiência nos sectores públicos e privados
- Identificar mecanismos alternativos de auto-emprego para as pessoas com deficiência
- Mobilizar e fortalecer as respostas assentes na comunidade com o fim de prestar apoio à famílias pobres com crianças com deficiência – material escolar, uniforme, etc.

Na educação

- Melhorar a acessibilidade física das pessoas com dificuldades de mobilidade: Instalações escolares públicas e privadas
- Promover o desporto para jovens com deficiência através do Fundo de promoção Desportiva (FPD) – em coordenação com o Pelouro da Educação
- Promover acções que visem aumentar e melhorar a participação da criança com deficiência nos programas educativos, sobretudo as provenientes dos distritos menos privilegiados

2.6 - Promover acções que visem assegurar e fortalecer o princípio de igualdade de direitos e de oportunidades para as pessoas com deficiência

Actividades - Chave

- Sensibilizar e informar sobre os direitos das pessoas com deficiência seus direitos fundamentais, sobretudo na área do acesso aos serviços, apoiando-se na Convenção das Nações Unidas para os Direitos das Pessoas com Deficiência.
- Promover acções que visem melhorar a acessibilidade física

Na saúde

- Melhorar a acessibilidade física das pessoas com dificuldades de mobilidade: Instalações de saúde públicas e privadas
- Melhorar o acesso a informação nas US's, sobretudo as mensagens de sensibilização e de prevenção.
- Promover a integração de técnicos de acção social em todas US's
- Formar profissionais da saúde no atendimento e a responsabilização das pessoas com deficiência.
- Melhorar o acesso aos medicamentos e aos cuidados de saúde para as pessoas com deficiência nas US's e nas farmácias públicas – Assistência médica medicamentosa: carácter gratuito dos medicamentos e dos cuidados
- Promover o acesso e priorização no atendimento da pessoa com deficiência nas US's, visitas domiciliárias para as pessoas com problemas de mobilidade.
- Garantir serviços de reabilitação e assistência médica e medicamentosa (mental, auditiva, visual, física) para as pessoas com deficiência com especial atenção para os municípios menos privilegiados
- Facilitar o acesso ao material de compensação e as peças sobressalentes

2.7 - Reduzir o surgimento de novos casos de deficiência e limitar o grau de deficiência

Actividades - Chave

- Promover e fortalecer as acções para a prevenção da incapacidade/ deficiência
- Promover acções para diagnóstico precoce e intervenção atempada
 - Promover e realizar cursos/ formações para a detecção precoce e tratamento atempado de incapacidades

Outros grupos vulneráveis

No uso e abuso de drogas e bebidas alcólicas

A abordagem para fazer face aos emergentes e crescentes problemas de alcoolismo e abuso de drogas, inclui: i) iniciativas educativas, aconselhamento e apoio, ii) medidas de ‘reforço’/ aplicação da lei que inclui a proibição da venda de bebidas alcólicas a menores de idade e iii) a promoção da criação/ estabelecimento de serviços preventivos e curativos e reabilitativos através do aconselhamento, etc.

2.8 - Controlar/ Mitigar os crescentes problemas emergentes de alcoolismo, uso e abuso das drogas

Actividades - Chave

- Desenvolver e promover programas educativos que visem a sensibilização dos munícipes em especial os jovens, para tomarem consciência dos efeitos negativos do abuso do álcool e da droga
- Incentivar o reforço das medidas de proibição da venda de bebidas alcólicas a menores, com especial atenção para os distritos de maior vulnerabilidade e casas comerciais e de pasto situados próximos a estabelecimentos de ensino
- Desenvolvimento de estratégias integradas inter-sectoriais (direcções de serviços municipais de saúde e acção social, educação, distritos municipais)
- Estabelecer um centro piloto de aconselhamento nos bairros de maior vulnerabilidade de abuso de álcool e de drogas
- Promover acções de reabilitação e reintegração sócio-económica dos ex-toxicodependentes na família e na comunidade

Objectivo Específico 3 – Desenvolver e Reforçar os Sistemas de Apoio

- Garantir uma boa disponibilidade de recursos e distribuídos equitativamente
- Melhorar a eficiência na utilização dos recursos existentes
- Garantir a disponibilidade de informação completa e de qualidade
- Promover a descentralização dos fundos OE às equipas distritais de saúde

Financiamento e Gestão Financeira

No financiamento e gestão financeira são objectivos e acções que fazem parte da finalização do processo da transferência de funções e competências da DSCM para o PSAS, estes são fundamentais para o funcionamento ‘autónomo’ das equipas distritais de saúde. Esta trata-se de facto da transferência da gestão dos fundos OE dos HG’s a rede primária. Para o seu bom êxito é imprescindível o estabelecimento de equipas distritais (mínimas) de gestão, bem lideradas e estáveis. Ao nível do PSAS é necessário um alto nível de engajamento para garantir um seguimento regular destas equipas através de presença contínua nos distritos.

A primeira etapa será para a planificação e gestão dos fundos na classificação económica de despesa 120000 - Bens e Serviços. Para que os distritos possam a partir de 2016 desempenhar esta função será necessário preparar todo o processo em 2015. Esta etapa deverá ser

finalizada em 2017 com a as equipas distritais de gestão em funcionamento, a gerirem os fundos OE do distrito.

3.1 – Garantir a disponibilidade de fundos às equipas distritais através da descentralização da planificação e gestão dos fundos – Orçamento do Estado

Actividades - Chave

Distritos dotados com orçamento próprio

- Promover a transferência da planificação dos fundos na classificação económica 120000
- Realizar uma (auto)avaliação da primeira etapa de descentralização da gestão dos fundos
- Promover a transferência a planificação dos fundos na classificação económica 111000 – Despesas com o pessoal (salários, ajudas de custo, etc)

Recursos Humanos

3.2 - Melhorar a produtividade, a disponibilidade e distribuição equitativa dos recursos humanos

Actividades - Chave

- Actualizar a informação sobre a distribuição dos recursos humanos por US do nível primário, tendo como base o mapa sanitário.
- Avaliar o desempenho (produtividade) do pessoal da rede sanitária
- Identificar áreas específicas com falta ou excesso de pessoal, usando critérios de colocação com base na eficiência entre outros
- Melhorar a eficiência do pessoal existente através da (re)organização de serviços (parte do **Objectivo 1.1**)

Medicamentos

3.3 – Melhorar a disponibilidade, utilização e condições de armazenagem do medicamento

Actividades - Chave

- Informatizar a gestão de medicamentos nas US's das sedes distritais
- Garantir a distribuição atempada dos medicamentos
- Promover o uso racional de medicamentos
- Melhorar as condições de armazenagem dos medicamentos nas farmácias e depósitos das US's do nível primário
- Realizar uma pesquisa sobre a venda ilegal de medicamentos no Município de Maputo

Infra-estrutura

3.4 – Garantir uma infra-estrutura para a provisão de cuidados de saúde com qualidade

Actividades - Chave

- Actualizar a informação da rede primária com base no mapa sanitário.
- Priorizar e proceder a reabilitação das US's com base nas recomendações do mapa sanitário e do plano de desenvolvimento rede sanitária
 - Substituição do tecto de várias US's que possuem uma cobertura em fibrocimento, material potencialmente cancerígeno.
 - Saneamento básico: sistema de água e de drenagem nas maternidades (algumas US são os CS's 1º de Maio, 1 de Junho e Bagamoyo)
- Garantir a manutenção regular da infra-estrutura
- Construir do depósito municipal de medicamentos (processo em curso)

Equipamento e Transporte

3.5 – Garantir a disponibilidade de equipamento adequado e apropriado para a provisão de cuidados de saúde com qualidade

Actividades - Chave

- Identificar, quantificar as necessidades específicas da rede primária
 - Levantamento e mapeamento do equipamento existente
 - Identificação e quantificação das lacunas/ faltas

3.6 – Reforçar e redesenhar a organização do sistema de transporte para a rede primária, estabelecendo um sistema de gestão centralizada diferenciado

Actividades - Chave

- Adquirir ambulâncias (no plano do Município)
- Adquirir transporte de medicamentos, equipamento, etc.
- Organizar transporte para a recolha de lixo hospitalar

Sistema de Informação

3.7 - Fortalecer o papel do PSAS/ DSMSAS na recolha, utilização e divulgação da informação de saúde

Actividades - Chave

- Criar uma base sólida de informação
- Realizar o reconhecimento da área de saúde (com base no Mapa Sanitário)

- Desenvolver e publicar semestralmente um “*Perfil Analítico de Saúde e Acção Social do Município*”, incluindo as realizações do sector privado, a medida que este for sendo integrado no sistema de informação
- Reforçar a capacidade de analítica sobre os serviços de Saúde e Acção Social de toda a rede de saúde no Município, realizando também inquéritos desenhados para tal fim.
- Explorar a possibilidade do estabelecimento de um sistema de informação de saúde do Grande Maputo.

3.8 - Garantir a disponibilidade de informação relevante, de qualidade

Actividades - Chave

- Progressiva integração de todos os níveis de atenção do Serviço Nacional de Saúde assim como de privados e outros estatais no Sistema de Informação
- Reforçar a harmonização e coordenação dos diferentes sub-sistemas
- Desenvolver e fortalecer o sistema de Informação de Saúde e Acção Social em coordenação com a Direcção de Serviços de Sistemas de Informação Municipal

3.9 - Reforçar o papel da prevenção de epidemias do sub-sistema de vigilância epidemiológica

Actividades - Chave

- Estabelecer um sistema de alerta nas zonas de alto risco de eclosão de casos de doenças potencialmente epidémicas
 - Identificar Distritos Municipais/ bairros de alta densidade (apinhamento) e com maior precariedade do saneamento do meio
 - Estabelecer postos sentinela de notificação obrigatória nesses Distritos/ bairros
- Melhorar o nível de comunicação do sistema
 - Explorar as possibilidades de estabelecimento de contratos telefónicos, para o fornecimento de ‘crédito de mensagens’ para o envio da informação semanal do Boletim Epidemiológico.

Pesquisa Operacional

3.10 – Promover a pesquisa operacional sobre temas de saúde, sociais e afins que ajude a compreender os vários aspectos pouco claros (com informação pouco consolidada) e a definir abordagens inovadoras

Actividades - Chave

- Incentivar e participar no estabelecimento de uma base de dados estatísticos mais completa e funcional, para que se possa definir a dimensão dos grupos-alvo, medir a capacidade de resposta existente e avaliar o desenvolvimento e evolução da situação no Município sobre:
 - Criança em conflito com a Lei
 - Criança da rua e criança na rua
 - Pessoa com deficiência, incluído um estudo caso para o distrito de KaMaxaquene

Objectivo Específico 4 - Desenvolver e Fortalecer a Capacidade Institucional do Sistema de Saúde e Acção Social Municipal

O desenvolvimento e fortalecimento do sistema de saúde e acção social municipal será norteado pela elaboração e utilização de mecanismos dinâmicos, inovadores e sustentáveis. Os poucos recursos existentes serão utilizados da forma mais eficiente possível, deste modo, privilegiando sempre a escolha das medidas mais eficazes e mais eficientes na prevenção e **solução de problemas**. Para este objectivo, particular atenção vai para a definição de estratégias para o fortalecimento da equipa da DSMSAS. Como o ajuste do quadro de funções, responsabilidades; e estabelecimento de linhas de comunicação/ coordenação entre as várias entidades que actuam no sector saúde a todos níveis e em particular no espaço territorial do Município. (Instrumentos de coordenação)

4.1 – Ajustar e alinhar a organização e funcionalidade da DSMSAS com os objectivos (Artigo 2 do Regulamento interno) desta Direcção

Actividades - Chave

- Rever a estrutura orgânica organizando os departamentos e repartições de acordo com os objectivos da DSMSAS e alinhando a estrutura organizacional com a do SNS e desenhar um organograma de acordo com a nova organização
 - Melhorar a eficácia através da redução de carga de trabalho, re-estruturando os departamentos que acumulam funções:
 - Saúde – criar os departamentos de assistência médica e de saúde pública
 - Finanças e recursos humanos - criar os departamentos de administração e finanças e de recursos humanos
- Rever as funções dos departamentos e atribuir funções de âmbito macro (planificação e desenvolvimento de estratégias) aos departamentos de finanças e de recursos humanos
- Reforçar as funções de âmbito macro (planificação e desenvolvimento de estratégias) do departamento de planificação
- Elaborar termos de referência para cada departamento e repartição
- Definir etapas para completar o preenchimento (da estrutura orgânica) quadro do pessoal dos departamentos e repartições

4.2 - Reforçar o poder e a capacidade de liderança dos órgãos de Direcção do sector da Saúde DSMSAS

Actividades - Chave

- Fortalecer a coordenação e gestão efectiva do Pelouro de Saúde e Acção Social, melhorando também as sinergias internas nos processos de planificação, elaboração dos balanços (relatórios), sistema de informação

4.3 - Reforçar a capacidade técnica e institucional para uma resposta mais efectiva a todos os níveis

Actividades - Chave

- Levar a cabo acções tendentes a reforçar a capacidade de organização, administração e de gestão de recursos (financeiros, materiais e equipamentos) do sector da Saúde no Município para prestar cuidados de saúde de boa qualidade.
- Fortalecer a coordenação e colaboração entre a DSMSAS e as equipas distritais de saúde
- Reforçar a integração da equipa distrital de saúde na estrutura municipal do distrito

4.4 - Reforçar as funções de supervisão, apoio e suporte aos distritos e as US's (todos departamentos)

Actividades - Chave

- Introduzir um novo modelo de supervisão, com vista a prestar maior apoio técnico (clínica e gestão) e treino inter-pessoal com recurso ao 'destacamento' de quadros do PSAS/ DSMSAS para as DDS's por períodos curtos. Este é um modelo que irá privilegiar mais tempo de trabalho no terreno, maior contacto com as recém-estabelecidas equipas distritais por toda a equipa da direcção.

4.5 - Reforçar a capacidade das equipas distritais de saúde

Actividades - Chave

- Descentralizar a planificação e gestão dos fundos – Orçamento do Estado (Parte do Objectivo 2.1)
- Integrar as equipas distritais do MAS nas equipas distritais de saúde.

O processo de transferência de funções e competências

4.6 - Completar e consolidar o processo de transferência

Actividades - Chave

Saúde

- Definir as etapas e tarefas para completar o processo de transferência de funções e competências
- Realizar, de acordo com o previsto, a avaliação do processo e completar as transferências das funções e competências em falta
- Estabelecer e fortalecer mecanismos eficazes e eficientes de colaboração e coordenação com/ entre todos actores do sector saúde no espaço urbano de Maputo
 - MISAU
 - DSCM
 - HCM
 - US's privadas
 - Agências doadoras, Sociedade Civil e ONGS (Saúde e Acção Social)

Acção Social

- Iniciar o processo de transferência da área da Acção Social, uma vez concluída o processo da área de Saúde.

Objectivos e Actividades	Indicadores	Meios de Verificação	Programa
Objectivo Global: Melhorar o estado de saúde dos munícipes com especial ênfase aos grupos menos privilegiados e mais vulneráveis	Esperança de Vida por Distrito		
	Taxa de Mortalidade Geral por Distrito		
	Taxa de Mortalidade Materna		
	Taxa de Mortalidade Infantil		
Objectivo Específico 1: Melhorar a prestação de serviços e cuidados de qualidade e eficiência			
1.1 - Melhorar o acesso e utilização dos serviços sócio-sanitários			
Actividades – Chave			
<i>Na disponibilidade dos serviços</i>			
<ul style="list-style-type: none"> Rever e reforçar a organização, gestão e funcionamento do sistema dos cuidados de saúde primários para melhorar a acessibilidade dos serviços sobretudo nos distritos menos privilegiados <ul style="list-style-type: none"> Expandir o horário/dias de funcionamento das US's sobretudo nos distritos menos privilegiados 	% de US's com horário expandido		
<ul style="list-style-type: none"> Reforçar e expandir o serviço de emergência com atendimento 24 horas 	% de US com serviço de emergência		
<ul style="list-style-type: none"> Introduzir na rede primária cuidados de saúde especializados através de serviços móveis (Algumas doenças crónicas) 	% de US's com consulta com especialistas		
<i>Na redução da transmissão das doenças infecciosas</i>			
<ul style="list-style-type: none"> Promover/ Melhorar o acesso à água potável nos Distritos Municipais periféricos, priorizando as zonas com menor acessibilidade 			
<ul style="list-style-type: none"> Promover/ Melhorar o saneamento do meio básico com enfoque para os distritos/ bairros com os níveis de salubridade mais precários 			
<ul style="list-style-type: none"> Promover o estabelecimento de novas e reforçar as existentes comissões multi-sectoriais para a saúde, saneamento do meio, ao nível do Município e dos distritos 			
<i>Na redução do risco da eclosão de surtos epidémicos por doenças infecciosas</i>			
<ul style="list-style-type: none"> Planificar e preparar (dotando com infra-estrutura mínima) áreas para acolhimento em caso de emergências (cheias e outros) 			
<ul style="list-style-type: none"> Participar na definição de critérios-modelo que garantam um ambiente saudável para as zonas de expansão 			
<i>Na contribuição para a mitigação dos factores de riscos das doenças não transmissíveis</i>			
<ul style="list-style-type: none"> Reforçar as medidas para o rastreio e diagnóstico precoce das doenças cardíacas, diabetes, etc e garantir o tratamento correcto das mesmas 			
<ul style="list-style-type: none"> Realizar actividades que visem a promoção de estilos de vida saudáveis, ou campanhas de educação para a saúde adaptadas ao contexto urbano multifacetado de Município (no Plano de Promoção de saúde do município de Maputo) 			
<ul style="list-style-type: none"> Estabelecer uma comissão multisectorial de determinantes de saúde 			
<ul style="list-style-type: none"> Elaborar um Plano de Promoção de Saúde do Município (Processo iniciado) 			
<ul style="list-style-type: none"> Promover a inclusão de temas sobre a promoção de saúde no currículo escolar das Escolas Primárias 			
<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer o programa Escola Promotora de Saúde 			
1.2 - Melhorar a qualidade e eficácia dos serviços			
Actividades – Chave			
<i>Na prevenção e controle de infecções</i>			

Objectivos e Actividades	Indicadores	Meios de Verificação	Programa
<ul style="list-style-type: none"> Reforçar o programa de Prevenção e Controlo de Infecções em todas as US's Promover e reforçar medidas de controle de biossegurança Instaurar o Comité Municipal de Qualidade e Humanização Melhorar o acesso a água e saneamento do meio nas US's Estabelecer um sistema Municipal integrado de gestão de lixo sanitário constituído por uma rede de incineradoras e transporte específico para a recolha do lixo nas US's dos distritos urbanos Instalar incineradoras para as sedes distritais e aterros para as US's mais periféricas – Distritos rurais 			
Na prestação de cuidados			
<ul style="list-style-type: none"> Melhorar a captação precoce da mulher grávida 	CS's Sedes Distritais: Passar a Idade Média Gestacional da 1ª CPN de 20 semanas para 16 semanas; ii) Outras US's: avaliar a taxa de captação	Levantamento anual através da supervisão as US's	SMI
<ul style="list-style-type: none"> Aumentar a frequência da CPN 	CS's Sedes Distritais: Nº médio CPN 5 consultas		
<ul style="list-style-type: none"> Melhorar a detecção e manuseamento dos casos de ARO, Aumentar o número de partos ARO planificados Aumentar a proporção de cesareanas de eleição (reduzindo as de emergência) Criar uma plataforma para a discussão das transferências (entre a rede primária e as US's de referência) Realizar estudos de qualidade de prestação de cuidados para definir intervenções específicas as US's do Município 			
1.3 - Reforçar e melhorar o funcionamento do sistema de referência entre as US's			
Actividades – Chave			
Na eficiência e eficácia do sistema de referência de emergências			
	Tempo de resposta às emergências		
<ul style="list-style-type: none"> Modernizar o sistema de comunicação através da instalação de uma rede centralizada Dotar as ambulâncias e as maternidades de um sistema rádio de comunicação Estabelecer protocolos que incluam uma contínua e permanente comunicação de todas as deslocações posição/ localização da ambulância pelos motoristas a central ou as mini-centrais Introduzir protocolos de coordenação apropriada e eficiente de todo o sistema de referência (rede primária e hospitais de referência) Estudar e promover formas de integrar no sistema a rede privada Introduzir/ reforçar o uso do livro do bordo Estabelecer um número (cell) de serviço de emergência com a possibilidade de utilizar uma rede preferencial e que não tenha as limitações de uma rede normal Estudar a possibilidade e necessidade de estabelecer um sistema de resposta 'categorizada' de acordo com o grau de gravidade (capacidade de avaliar a gravidade) Introduzir um sistema de seguimento e monitoria do tempo de resposta do sistema de transferência de casos de emergência 			

Objectivos e Actividades	Indicadores	Meios de Verificação	Programa
<ul style="list-style-type: none"> Integrar o sistema do transporte das evacuações (Ambulâncias) no novo sistema de transporte de Maputo, de modo a abilitá-las a utilizar a faixa exclusiva prevista para os autocarros 			
No acesso aos serviços de emergência pelos municípios menos privilegiados	Acesso ao serviço de emergência nos distritos menos privilegiados		
<ul style="list-style-type: none"> Estabelecer um sistema nocturno de serviço de ambulância para emergências obstétricas na residência (Sistema a ser pilotado nas áreas com fraca acessibilidade aos serviços de maternidade) 			
Acção Social			
Objectivo Específico 2 - Melhorar o acesso aos apoios sociais			
Criança			
2.1 - Promover e realizar acções de prevenção contra delinquência infantil	% de crianças vivendo em situação difícil (delinquência infantil) assistidas		
Actividades – Chave			
<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver/ fortalecer o combate ao tráfico, a violência e a exploração sexual, especialmente de crianças e adolescentes 	% de crianças vítimas de violência, tráfico e exploração sexual assistidas		Acção Social e G. Jurídico
<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver um programa piloto de prevenção a delinquência infantil no distrito de KaMaxaquene, distrito com alto índice de representatividade entre os meninos da rua 			
<ul style="list-style-type: none"> Promover práticas de apoio ao indigente que limitem e reduzam a mendicidade e o fenómeno de criança da/na rua 	% da evolução (redução) da população da/na rua		
<ul style="list-style-type: none"> Promover a ‘aproximação’ dos serviços de apoio e acolhimento ao local de residência das crianças-alvo 			
<ul style="list-style-type: none"> Promover o estabelecimento de mecanismos que visem oferecer melhores oportunidades para a reabilitação das crianças vítimas da exploração e abuso 			
<ul style="list-style-type: none"> Promover a coordenação inter-sectorial no Município (Pelouros de saúde e acção social e de educação, cultura e desporto e gabinete jurídico) 			
2.2 - Promover e realizar acções de reintegração das crianças desamparadas, órfãos e vulneráveis na família e na sociedade			
2.3 - Desenvolver e implementar medidas de carácter sócio-educativo, voltadas para menores que cometeram acto infracional			
Actividades – Chave			
<ul style="list-style-type: none"> Promover à adopção de medidas sócio-educativas, apropriadas quanto à prevenção e tratamento da delinquência juvenil 			
<ul style="list-style-type: none"> Promover a criação de espaços de diversão para crianças nos bairros mais vulneráveis 			
<ul style="list-style-type: none"> Advogar e promover o aumento de programas de medidas alternativas à detenção de menores em conflito com a Lei 			
<ul style="list-style-type: none"> Promover a introdução de actividades educativas e de inserção laboral nas cadeias (alfabetização e formação profissional) 			
<ul style="list-style-type: none"> Promover e apoiar na introdução do atendimento psicológico 			
<ul style="list-style-type: none"> Promover plataformas de apoio multidisciplinar através de estagiários, voluntários e parcerias com 			

Objectivos e Actividades	Indicadores	Meios de Verificação	Programa
profissionais das áreas tais como (psicologia, saúde, judicial, etc)			
<ul style="list-style-type: none"> Promover a melhoria da formação do pessoal judicial e policial Promover a melhoria da protecção das crianças em conflito com a Lei Realizar acções de sensibilização e consciencialização sobre o problema Promover a criação de condições para a melhoria da saúde e bem estar através de medidas que visem melhorar a assistência médica e medicamentosa e alimentar, etc.. Promover uma coordenação forte entre Município (Saúde e Acção Social, Educação, Cultura e Desportos, Gabinete Jurídico e Distritos) e outros actores, incluindo a definição e distribuição de papéis e funções entre todos os actores envolvidos, de modo a estabelecer uma base funcional para a realização de programas articulados, que providencie uma resposta eficaz 			
Pessoa Idosa			
2.4 - Promover e coordenar esforços para o apoio a pessoa idosa			
Actividades – Chave			
<ul style="list-style-type: none"> Realizar acções de sensibilização sobre os direitos da pessoa idosa 	% Evolução (redução) da violência e abuso da pessoa idosa		
<ul style="list-style-type: none"> Promover e desenvolver acções de prevenção contra violência e abuso sexual da pessoa idosa 	% de pessoas idosas vitimas de violência e abuso sexual assistidas		
<ul style="list-style-type: none"> Promover a inclusão da pessoa idosa chefe de agregado familiar nos programas de assistência social 	% de pessoas idosas beneficiando dos programas de assistência social básica		
<ul style="list-style-type: none"> Promover o respeito e a dignidade da pessoa idosa nas escolas e na sociedade como parte integrante na educação da criança 			
<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar as famílias e a comunidade para a reintegração da pessoa idosa desamparada na sociedade 	% de pessoas idosas desamparadas reintegradas no seio familiar		
<ul style="list-style-type: none"> Promover medidas para a harmonização e coordenação dos diferentes programas e iniciativas de apoio a pessoa idosa 	% de acções coordenadas efectivamente realizadas % Evolução (redução) do fenómeno da concentração de mendigos as sextas-feiras		
<ul style="list-style-type: none"> Realizar campanhas informativas sobre os centros abertos 	Afluência dos mendigos aos Centros Abertos		
<ul style="list-style-type: none"> Realizar actividades produtivas que reduzam a dependência do CA 			
<ul style="list-style-type: none"> Incentivar/ promover a adesão à esquemas de seguro social para a reforma, em especial entre as mulheres dos distritos periféricos, com emprego precário/ pouco seguro, com o fim de prevenir a indigência na velhice 			
Pessoa com deficiência			
2.5 - Desenvolver e promover acções que visem a plena participação, igualdade e ‘empoderamento’ das pessoas com deficiência			
Actividades – Chave			

Objectivos e Actividades	Indicadores	Meios de Verificação	Programa
<ul style="list-style-type: none"> • Prosseguir com a assistência social às pessoas com deficiência dentro das comunidades criando condições para o seu envolvimento na vida económica e social 	% de pessoas com deficiência envolvidas do desenvolvimento económico e social da comunidade		
<ul style="list-style-type: none"> • Promover o acesso a informação para as pessoas com deficiência 	% de pessoas com deficiência com acesso a informação		
<ul style="list-style-type: none"> • Promover o acesso das pessoas com deficiência aos Programas de formação profissional 			
<ul style="list-style-type: none"> • Promover o desenvolvimento de mecanismos aliciantes (vantagens fiscais, diplomas de reconhecimento) a fim de favorecer a contratação de pessoas com deficiência nos sectores públicos e privados 	% Evolução de pessoas com deficiência contratadas		
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar mecanismos alternativos de auto-emprego para as pessoas com deficiência 			
<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizar e fortalecer as respostas assentes na comunidade com o fim de prestar apoio à famílias pobres com crianças com deficiência – material escolar, uniforme, etc. 			
Na educação			
<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a acessibilidade física das pessoas com dificuldades de mobilidade : nstalações escolares públicas e privadas 	% de escolas adaptados para garantir o acesso físico da pessoa com deficiência		
<ul style="list-style-type: none"> • Promover o desporto para jovens com deficiência através do Fundo de promoção Desportiva (FPD) – em coordenação com o Pelouro da Educação 			
<ul style="list-style-type: none"> • Promover acções que visem aumentar e melhorar a participação da criança com deficiência nos programas educativos, sobretudo as provenientes dos distritos menos privilegiados 	Evolução do índice/ taxa de alfabetização e de escolarização		
2.6 - Promover acções que visem assegurar e fortalecer o princípio de igualdade de direitos e de oportunidades para as pessoas com deficiência			
Actividades – Chave			
<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar e informar sobre os direitos das pessoas com deficiência seus direitos fundamentais, sobretudo na área do acesso aos serviços, apoiando-se na Convenção das Nações Unidas para os Direitos das Pessoas com Deficiência 			
<ul style="list-style-type: none"> • Promover acções que visem melhorar a acessibilidade física 			
Na saúde			
<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a acessibilidade física das pessoas com dificuldades de mobilidade: Instalações de saúde públicas e privadas 	% de US's adaptados para garantir o acesso físico da pessoa com deficiência		
<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar o acesso a informação nas US's, sobretudo as mensagens de sensibilização e de prevenção 			
<ul style="list-style-type: none"> • Formar profissionais da saúde no atendimento e a responsabilização das pessoas com deficiência 			
<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar o acesso aos medicamentos e aos cuidados de saúde para as pessoas com deficiência nas US's e nas farmácias públicas – Assistência médica medicamentosa: carácter gratuito dos medicamentos e dos cuidados 			
<ul style="list-style-type: none"> • Promover o acesso e priorização no atendimento da pessoa com deficiência nas US's, visitas domiciliárias para as pessoas com problemas de mobilidade. 			
<ul style="list-style-type: none"> • Garantir serviços de reabilitação e assistência médica e medicamentosa (mental, auditiva, visual, física) para as pessoas com deficiência com especial atenção para os munícipes menos privilegiados 			Saúde e Acção Social

Objectivos e Actividades	Indicadores	Meios de Verificação	Programa
<ul style="list-style-type: none"> Facilitar o acesso ao material de compensação e as peças sobressalentes 			
2.7 - Reduzir o surgimento de novos casos de deficiência e limitar o grau de deficiência	% Evolução (redução) do índice de pessoas com deficiência		Saúde e Acção Social
Actividades – Chave			
<ul style="list-style-type: none"> Promover e fortalecer as acções para a prevenção da disabilidade/ deficiência 	% redução de acidentes ‘desabilitantes’		Saúde/A Social
<ul style="list-style-type: none"> Promover acções para diagnóstico precoce e intervenção atempada 	% de casos detectados e tratados precocemente		Saúde e Acção Social
Outros grupos vulneráveis			
No uso e abuso de drogas e bebidas alcólicas			
2.8 - Controlar/ Mitigar os crescentes problemas emergentes de alcoolismo, uso e abuso das drogas			
Actividades – Chave			
<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver e promover programas educativos que visem a sensibilização dos munícipes em especial os jovens, para tomarem consciência dos efeitos negativos do abuso do álcool e da droga 			
<ul style="list-style-type: none"> Incentivar o reforço das medidas de proibição da venda de bebidas alcólicas a menores, com especial atenção para os distritos de maior vulnerabilidade e casas comerciais e de pasto situados próximos a estabelecimentos de ensino 			
<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvimento de estratégias integradas inter-sectoriais (direcções de serviços municipais de saúde e acção social, educação, distritos municipais) 	% de acções realizadas		
<ul style="list-style-type: none"> Estabelecer um centro piloto de aconselhamento nos bairros de maior vulnerabilidade de abuso de álcool e de drogas 			
<ul style="list-style-type: none"> Promover acções de reabilitação e reintegração sócio-económica dos ex-toxicodependentes na família e na comunidade 	% de acções de reintegração sócio-económica dos ex-toxicodependentes no seio das suas comunidades, realizadas		
Objectivo Específico 3 – Desenvolver e Reforçar os Sistemas de Apoio			
Financiamento e Gestão Financeira			
3.1 – Garantir a disponibilidade de fundos às equipas distritais através da descentralização da planificação e gestão dos fundos – Orçamento do Estado	100% dos distritos dotados com orçamento próprio		
Actividades – Chave			
<ul style="list-style-type: none"> Promover a transferência da planificação dos fundos na classificação económica 120000 	100% das equipas distritais de saúde abilitadas a UGB's		
<ul style="list-style-type: none"> Realizar uma (auto)avaliação da primeira etapa de descentralização da gestão dos fundos 			
<ul style="list-style-type: none"> Promover a transferência a planificação dos fundos na classificação económica 111000 – Despesas com o pessoal (salários, ajudas de custo, etc) 			
Recursos Humanos			
3.2 Melhorar a produtividade, a disponibilidade e distribuição equitativa dos recursos humanos			
Actividades – Chave			
<ul style="list-style-type: none"> Actualizar a informação sobre a distribuição dos recursos humanos por US do nível primário, tendo como base o mapa sanitário 			

Objectivos e Actividades	Indicadores	Meios de Verificação	Programa
<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o desempenho (produtividade) do pessoal da rede sanitária 			
<ul style="list-style-type: none"> Identificar áreas específicas com falta ou excesso de pessoal, usando critérios de colocação com base na eficiência entre outros 			
<ul style="list-style-type: none"> Melhorar a eficiência do pessoal existente através da (re)organização de serviços (parte do Objectivo 1.1) 			
Medicamentos			
3.3 – Melhorar a disponibilidade, utilização e condições de armazenagem do medicamento			
Actividades – Chave			
<ul style="list-style-type: none"> Informatizar a gestão de medicamentos nas US's das sedes disitritais Garantir a distribuição atempada dos medicamentos Promover o uso racional de medicamentos Melhorar as condições de armazenagem dos medicamentos nas farmácias e depósitos das US's do nível primário Realizar uma pesquisa sobre a venda ilegal de medicamentos no Município de Maputo. 			
Infra-estrutura			
3.4 – Garantir uma infra-estrutura para a provisão de cuidados de saúde com qualidade			
Actividades – Chave			
<ul style="list-style-type: none"> Actualizar a informação da rede primária com base no mapa sanitário Priorizar e proceder a reabilitação das US's com base nas recomendações do mapa sanitário e do plano de desenvolvimento rede sanitária <ul style="list-style-type: none"> Substituição do tecto de várias US's que possuem uma cobertura em fibrocimento, material potencialmente cancerígeno Saneamento básico: sistema de água e de drenagem nas maternidades (algumas US são os CS's 1º de Maio, 1 de Junho e Bagamoyo) Garantir a manutenção regular da infra-estrutura Construir um depósito municipal de medicamentos (processo em curso) 			
Equipamento e Transporte			
3.5 Garantir a disponibilidade de equipamento adequado e apropriado para a provisão de cuidados de saúde com qualidade			
Actividades - Chave			
<ul style="list-style-type: none"> Identificar, quantificar as necessidades específicas da rede primária <ul style="list-style-type: none"> Levantamento e mapeamento do equipamento existente Identificação e quantificação das lacunas/ faltas, algumas prioridades são: <ul style="list-style-type: none"> Equipamento para a esterilização Esfigmomanómetros 			
3.6 – Reforçar e redesenhar a organização do sistema de transporte para a rede primária, estabelecendo um sistema de gestão centralizada diferenciado			

Objectivos e Actividades	Indicadores	Meios de Verificação	Programa
Actividades - Chave			
<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir ambulâncias (no plano do Município) • Adquirir transporte de medicamentos, equipamento, etc. • Organizar transporte para a recolha de lixo hospitalar 			
Sistema de Informação			
3.7 - Fortalecer o papel do PSAS/ DSMSAS na recolha, utilização e divulgação da informação de saúde			
Actividades - Chave			
<ul style="list-style-type: none"> • Criar uma base sólida de informação • Realizar o reconhecimento da área de saúde (com base no Mapa Sanitário • Desenvolver e publicar semestralmente um “<i>Perfil Analítico de Saúde e Acção Social do Município</i>”, incluindo as realizações do sector privado, a medida que este for sendo integrado no sistema de informação • Reforçar a capacidade de analítica sobre os serviços de Saúde e Acção Social de toda a rede de saúde no Município, realizando também inquéritos desenhados para tal fim • Explorar a possibilidade do estabelecimento de um sistema de informação de saúde do Grande Maputo 			
3.8 - Garantir a disponibilidade de informação relevante, de qualidade			
Actividades - Chave			
<ul style="list-style-type: none"> • Integrar progressivamente de todos os níveis de atenção do Serviço Nacional de Saúde assim como de privados e outros estatais no Sistema de Informação <ul style="list-style-type: none"> ○ Hospitais Gerais (2015) ○ Hospital Central de Maputo (2016) ○ Sector privado (2016 – 2019 em colaboração com o INE: Rede Sanitária (tipo e localização); recursos humanos; cuidados prestados) • Reforçar a harmonização e coordenação dos diferentes sub-sistemas • Desenvolver e fortalecer o sistema de Informação de Saúde e Acção Social em coordenação com a Direcção de Serviços de Sistemas de Informação Municipal 			
3.9 - Reforçar o papel da prevenção de epidemias do sub-sistema de vigilância epidemiológica			
Actividades - Chave			
<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer um sistema de alerta nas zonas de alto risco de eclosão de casos de doenças potencialmente epidémicas <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificar Distritos Municipais/ bairros de alta densidade (apinhamento) e com maior precariedade do saneamento do meio ○ Estabelecer postos sentinela de notificação obrigatória nesses Distritos/ bairros • Melhorar o nível de comunicação do sistema <ul style="list-style-type: none"> ○ Explorar as possibilidades de estabelecimento de contratos telefónicos, para o fornecimento de ‘crédito de mensagens’ para o envio da informação semanal do Boletim 			

Objectivos e Actividades	Indicadores	Meios de Verificação	Programa
Epidemiológico			
Pesquisa Operacional			
3.10 – Promover a pesquisa operacional sobre temas de saúde, sociais e afins que ajude a compreender os vários aspectos pouco claros (com informação pouco consolidada) e a definir abordagens inovadoras			
Actividades – Chave			
<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar e participar no estabelecimento de uma base de dados estatísticos mais completa e funcional, para que se possa definir a dimensão dos grupos-alvo, medir a capacidade de resposta existente e avaliar o desenvolvimento e evolução da situação no Município sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ Criança em conflito com a Lei ○ Criança da rua e criança na rua ○ Pessoa com deficiência, incluído um estudo caso para o distrito de KaMaxaquene 			
Objectivo Específico 4 - Desenvolver e Fortalecer a Capacidade Institucional do Sistema de Saúde e Acção Social Municipal			
4.1 Ajustar e alinhar a organização e funcionalidade da DSMSAS com os objectivos (Artigo 2 do Regulamento interno) desta Direcção			
Actividades – Chave			
<ul style="list-style-type: none"> • Rever a estrutura orgânica organizando os departamentos e repartições de acordo com os objectivos da DSMSAS e alinhando a estrutura organizacional com a do SNS e desenhar um organograma de acordo com a nova organização <ul style="list-style-type: none"> ○ Melhorar a eficácia através da redução de carga de trabalho, re-estruturando os departamentos que acumulam funções: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Saúde – criar os departamentos de assistência médica e de saúde pública ▪ Finanças e recursos humanos - criar os departamentos de administração e finanças e de recursos humanos • Rever as funções dos departamentos e atribuir funções de âmbito macro (planificação e desenvolvimento de estratégias) aos departamentos de finanças e de recursos humanos • Reforçar as funções de âmbito macro (planificação e desenvolvimento de estratégias) do departamento de planificação • Elaborar termos de referência para cada departamento e repartição • Definir etapas para completar o preenchimento (da estrutura orgânica) quadro do pessoal dos departamentos e repartições 			
4.2 - Reforçar o poder e a capacidade de liderança dos órgãos de Direcção do sector da Saúde DSMSAS			
Actividades – Chave			
<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer a coordenação e gestão efectiva do Pelouro de Saúde e Acção Social, melhorando também as sinergias internas nos processos de planificação, elaboração dos balanços (relatórios), sistema de informação 			
4.3 - Reforçar a capacidade técnica e institucional para uma resposta mais efectiva a todos os níveis			
Actividades - Chave			

Objectivos e Actividades	Indicadores	Meios de Verificação	Programa
<ul style="list-style-type: none"> Levar a cabo acções tendentes a reforçar a capacidade de organização, administração e de gestão de recursos (financeiros, materiais e equipamentos) do sector da Saúde no Município para prestar cuidados de saúde de boa qualidade 			
<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer a coordenação e colaboração entre a DSMSAS e as equipas distritais de saúde 			
<ul style="list-style-type: none"> Reforçar a integração da equipa distrital de saúde na estrutura municipal do distrito 			
4.4 - Reforçar as funções de supervisão, apoio e suporte aos distritos e as US's (todos departamentos)			
Actividades – Chave			
<ul style="list-style-type: none"> Introduzir um novo modelo de supervisão, com vista a prestar maior apoio técnico (clínica e gestão) e treino inter-pessoal com recurso ao 'destacamento' de quadros do PSAS/ DSMSAS para as DDS's por períodos curtos. Este é um modelo que irá privilegiar mais tempo de trabalho no terreno, maior contacto com as recém-estabelecidas equipas distritais por toda a equipa da direcção 			
4.5 Reforçar a capacidade das equipas distritais de saúde			
Actividades – Chave			
<ul style="list-style-type: none"> Descentralizar a planificação e gestão dos fundos – Orçamento do Estado (Parte do Objectivo 2.1) 			
<ul style="list-style-type: none"> Integrar as equipas distritais do MAS nas equipas distritais de saúde 			
O processo de transferência de funções e competências			
4.6 Completar e consolidar o processo de transferência			
Actividades – Chave			
Saúde			
<ul style="list-style-type: none"> Definir as etapas e tarefas para completar o processo de transferência de funções e competências 			
<ul style="list-style-type: none"> Realizar, de acordo com o previsto, a avaliação do processo e completar as transferências das funções e competências em falta 			
<ul style="list-style-type: none"> Tansferência do CHA da DSCM para o CMM 			
<ul style="list-style-type: none"> Estabelecer e fortalecer mecanismos eficazes e eficientes de colaboração e coordenação com/ entre todos actores do sector saúde no espaço urbano de Maputo <ul style="list-style-type: none"> MISAU DSCM HCM US's privadas Agências doadoras, Sociedade Civil e ONGS (Saúde e Acção Social) 			
Acção Social			
<ul style="list-style-type: none"> Iniciar o processo de transferência da área da Acção Social, uma vez concluída o processo da área de Saúde 			

6. CRONOGRAMA

Objectivos e Actividades	2015	2016	2017	2018	2019
Objectivo Específico 1: Melhorar a prestação de serviços e cuidados de qualidade e eficiência					
1.1 - Melhorar o acesso e utilização dos serviços sócio-sanitários					
Actividades – Chave					
<i>Na disponibilidade dos serviços</i>					
<ul style="list-style-type: none"> • Rever e reforçar a organização, gestão e funcionamento do sistema dos cuidados de saúde primários para melhorar a acessibilidade dos serviços sobretudo nos distritos menos privilegiados <ul style="list-style-type: none"> ○ Expandir o horário/dias de funcionamento das US's sobretudo nos distritos menos privilegiados <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar as necessidades e organizar o processo ▪ Implementar numa US – Piloto ▪ Avaliar a experiência piloto ▪ Alargar o sistema a mais US's 					
<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar e expandir o serviço de emergência com atendimento 24 horas 					
<ul style="list-style-type: none"> • Introduzir na rede primária cuidados de saúde especializados através de serviços móveis (Algumas doenças crónicas) <ul style="list-style-type: none"> ○ Estabelecer acordos com médicos especialistas ○ Identificar e organizar uma US (distrito menos privilegiado) ○ Implementar a experiência piloto ○ Avaliar a experiência piloto ○ Alargar o sistema para mais US's 					
<i>Na redução da transmissão das doenças infecciosas</i>					
<ul style="list-style-type: none"> • Promover/ Melhorar o acesso à água potável nos Distritos Municipais periféricos, priorizando as zonas com menor acessibilidade • Promover/ Melhorar o saneamento do meio básico com enfoque para os distritos/ bairros com os níveis de salubridade mais precários • Promover o estabelecimento de novas e reforçar as existentes comissões multi-sectoriais para a saúde, saneamento do meio, ao nível do Município e dos distritos 					
<i>Na redução do risco da eclosão de surtos epidémicos por doenças infecciosas</i>					
<ul style="list-style-type: none"> • Planificar e preparar (dotando com infra-estrutura mínima) áreas para acolhimento em caso de emergências (cheias e outros) • Participar na definição de critérios-modelo que garantam um ambiente saudável para as zonas de expansão 					
<i>Na contribuição para a mitigação dos factores de riscos das doenças não transmissíveis</i>					
<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar as medidas para o rastreio e diagnóstico precoce das doenças cardíacas, diabetes, etc e garantir o tratamento correcto das mesmas • Realizar actividades que visem a promoção de estilos de vida saudáveis, ou campanhas de educação para a saúde adaptadas ao contexto urbano multifacetado de Município (no Plano de Promoção de saúde do município de Maputo) • Estabelecer uma comissão multisectorial de determinantes de saúde 					

Objectivos e Actividades	2015	2016	2017	2018	2019
○ Preparar o processo					
○ Estabelecer a comissão e implementar acções					
• Elaborar (e implementar) um Plano de Promoção de Saúde do Município (Processo iniciado)					
• Promover a inclusão de temas sobre a promoção de saúde no currículo escolar das Escolas Primárias					
• Fortalecer o programa Escola Promotora de Saúde					
1.2 - Melhorar a qualidade e eficácia dos serviços					
Actividades – Chave					
Na prevenção e controle de infecções					
• Reforçar o programa de Prevenção e Controlo de Infecções em todas as US's					
• Promover e reforçar medidas de controle de biossegurança					
• Instaurar o Comité Municipal de Qualidade e Humanização					
• Melhorar o acesso a água e saneamento do meio nas US's					
• Estabelecer um sistema Municipal integrado de gestão de lixo sanitário constituído por uma rede de incineradoras e transporte específico para a recolha do lixo nas US's dos distritos urbanos					
• Instalar incineradoras para as sedes distritais e aterros para as US's mais periféricas – Distritos rurais					
○ Reparar as incineradoras com funcionamento deficiente ou avariadas					
○ Adquirir incineradoras para as US's que não as possuem					
Na prestação de cuidados					
• Melhorar a captação precoce da mulher grávida					
• Aumentar a frequência da CPN					
• Melhorar a detecção e manuseamento dos casos de ARO,					
• Aumentar o número de partos ARO planificados					
• Aumentar a proporção de cesareanas de eleição (reduzindo as de emergência)					
• Criar uma plataforma para a discussão das transferências (entre a rede primária e as US's de referência)					
○ Preparar e estabelecer a plataforma					
○ Pôr em funcionamento a plataforma					
• Realizar estudos de qualidade de prestação de cuidados para definir intervenções específicas as US's do Município					

Objectivos e Actividades	2015	2016	2017	2018	2019
Objectivo Específico 2 - Melhorar o acesso aos apoios sociais					
2.1 - Promover e realizar acções de prevenção contra delinquência infantil					
Actividades – Chave					
<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver/ fortalecer o combate ao tráfico, a violência e a exploração sexual, especialmente de crianças e adolescentes <ul style="list-style-type: none"> ○ Realizar actividades preventivas sobre os riscos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campanhas educativas nas escolas, nos bairros (com apoio dos secretários) e outro locais frequentados por jovens – praias, etc) ▪ Produção de material educativo ○ Promover e prestar assistência social as crianças vítimas de violência, tráfico e exploração sexual 					
<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver um programa piloto de prevenção a delinquência infantil no distrito de KaMaxaquene, distrito de alta prevalência de proveniência dos meninos da rua <ul style="list-style-type: none"> ○ Estudar/ identificar as causas principais ○ Estudar/ identificar o tipo de famílias de maior risco/ vulnerabilidade ○ Desenvolver e pilotar acções de aconselhamento e educação para reduzir o risco <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maior e melhor integração no seio familiar ▪ Apoio e incentivo na participação em actividades escolares e desportivas das crianças em famílias identificadas como de alto risco ▪ Outras medidas sócio-económicas para mitigar/ aliviar a pobreza 					
<ul style="list-style-type: none"> • Coordenação inter-sectorial no Município (Pelouros de saúde e acção social e de educação, cultura e desporto...) • Promover práticas de apoio ao indigente que limitem e reduzam a mendicidade e o fenómeno de criança da/na rua <ul style="list-style-type: none"> ○ Realizar campanhas informativas sobre os centros abertos ○ Realizar actividades produtivas que reduzem a dependência do CA 					
2.2 - Promover e realizar acções de reintegração das crianças desamparadas, órfãos e vulneráveis na família e na sociedade					
2.3 - Desenvolver e implementar medidas de carácter sócio-educativo, voltadas para menores que cometeram acto infraccional					
2.4 - Promover e coordenar esforços para o apoio a pessoa idosa					
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar acções de sensibilização sobre os direitos da pessoa idosa <ul style="list-style-type: none"> ○ Melhorar o acesso aos medicamentos e aos cuidados de saúde: carácter gratuito dos medicamentos e dos cuidados (Assistência Médica e Medicamentosa) e prioridade atendimento nas US's ○ Isenção de pagamento de tarifas nos transportes públicos; pilotar a sua extensão ao transporte privado (vulgo chapa 100) através da instauração de mecanismos aliantes aos provedores privados. • Promover e desenvolver acções de prevenção contra violência e abuso sexual da pessoa idosa • Promover a inclusão da pessoa idosa chefe de agregado familiar nos programas de assistência social • Promover o respeito e a dignidade da pessoa idosa nas escolas e na sociedade como parte integrante na educação da criança • Sensibilizar as famílias e a comunidade para a reintegração da pessoa idosa desamparada na sociedade 					

Objectivos e Actividades	2015	2016	2017	2018	2019
<ul style="list-style-type: none"> Promover medidas para a harmonização e coordenação dos diferentes programas e iniciativas de apoio a pessoa idosa <ul style="list-style-type: none"> Promover o diálogo com os comerciantes para definir mecanismos eficientes e dignificantes de canalização do seu apoio Promover o desenvolvimento de mecanismos aliciantes (diplomas de reconhecimento aos privados que aderirem ao sistema coordenado) a fim de favorecer a canalização de apoios de forma coordenada 					
Pessoa com deficiência					
2.5 - Desenvolver e promover acções que visem a plena participação, igualdade e 'empoderamento' das pessoas com deficiência					
Actividades – Chave					
<ul style="list-style-type: none"> Prosseguir com a assistência social às pessoas com deficiência dentro das comunidades criando condições para o seu envolvimento na vida económica e social Promover o acesso das pessoas com deficiência aos Programas de formação profissional Promover o desenvolvimento de mecanismos aliciantes (vantagens fiscais, diplomas de reconhecimento) a fim de favorecer a contratação de pessoas com deficiência nos sectores públicos e privados Identificar mecanismos alternativos de auto-emprego para as pessoas com deficiência <ul style="list-style-type: none"> Aumentar o número de pessoas com deficiência que são activas, auto-dependentes e membros produtivos da sociedade Melhorar a acessibilidade física das pessoas com dificuldades de mobilidade: Instalações escolares públicas e privadas Promover o desporto para jovens com deficiência através do Fundo de promoção Desportiva (FPD) – em coordenação com o Pelouro da Educação Promover acções que visem aumentar e melhorar a participação da criança com deficiência nos programas educativos, sobretudo as provenientes dos distritos menos privilegiados Sensibilizar/ promover apoio comunitário a famílias pobres com crianças com deficiência – material escolar, uniforme, etc. 					
2.6 - Promover acções que visem assegurar e fortalecer o princípio de igualdade de direitos e de oportunidades para as pessoas com deficiência					
<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar e informar sobre os direitos das pessoas com deficiência seus direitos fundamentais, sobretudo na área do acesso aos serviços, apoiando-se na Convenção das Nações Unidas para os Direitos das Pessoas com Deficiência <ul style="list-style-type: none"> Desenvolver programas/ acções para aumentar o acesso à informação, serviços pela Pessoa com Deficiência com enfoque nos distritos menos privilegiados Sensibilizar a opinião pública sobre as pessoas com deficiência – secretários dos bairros Informar as pessoas com deficiência sobre os programas de apoio existentes Informar os profissionais de saúde e acção social sobre os serviços disponíveis Sensibilizar os pais sobre a necessidade de escolarizar os filhos com deficiência, e prioritariamente no sistema inclusivo – secretários dos bairros Sensibilizar as pessoas com deficiência sobre os seus direitos em termos de saúde, apoiando-se sobretudo no Artigo 25 da Convenção e nas leis existentes ao nível nacional Promover acções que visem melhorar a acessibilidade física <ul style="list-style-type: none"> Aplicação do quadro técnico e legislativo existente sobre a acessibilidade da pessoa com deficiência para: <ul style="list-style-type: none"> Tomar em consideração o acesso físico durante a concepção de edifícios novos Melhorar a acessibilidade na infraestrutura existente: edifícios públicos, transporte público e outros espaços públicos 					

Objectivos e Actividades	2015	2016	2017	2018	2019
○ Educação e apoio técnico às famílias com pessoas necessitadas para criarem ambientes de fácil acesso nas suas casas					
○ Fiscalização da aplicação das normas de acessibilidade na nova infra-estrutura pública ou destinada a acolher o público, através dos pelouros de infra-estrutura e de planeamento urbano e ambiente					
• Melhorar a acessibilidade física das pessoas com dificuldades de mobilidade: Instalações de saúde públicas e privadas					
• Melhorar o acesso a informação nas US's, sobretudo as mensagens de sensibilização e de prevenção					
• Formar profissionais da saúde no atendimento e a responsabilização das pessoas com deficiência					
• Melhorar o acesso aos medicamentos e aos cuidados de saúde para as pessoas com deficiência nas US's e nas farmácias públicas – Assistência médica medicamentosa: carácter gratuito dos medicamentos e dos cuidados					
• Promover o acesso e priorização no atendimento da pessoa com deficiência nas US's, visitas domiciliárias para as pessoas com problemas de mobilidade...					
• Garantir serviços de reabilitação e assistência médica e medicamentosa (mental, auditiva, visual, física) para as pessoas com deficiência com especial atenção para os munícipes menos privilegiados					
• Facilitar o acesso ao material de compensação e as peças sobressalentes					
2.7 - Reduzir o surgimento de novos casos de deficiência e limitar o grau de deficiência					
Actividades – Chave					
• Promover e fortalecer as acções para a prevenção da disabilidade/ deficiência					
○ PAV: imunização das crianças contra as doenças invalidantes como a póliomielite, etc					
○ Saúde materna: melhoria dos cuidados obstétricos para diminuir os casos de trabalho de parto arrastado (potencial causa de problemas de desenvolvimento psico-motor nas crianças e fístulas nas mulheres), entre outros					
○ Doenças crónicas: diagnóstico precoce da hipertensão arterial e tratamento adequado para evitar casos de AVC e suas sequelas invalidantes; apoio/ aconselhamento as famílias com crianças com epilepsia nos cuidados e tratamento necessários para evitar queimaduras entre outros acidentes invalidantes, etc.					
○ Campanhas de educação para a prevenção de acidentes					
▪ Queimaduras em menores					
▪ Acidentes de viação – em coordenação com o Pelouro de Transportes e Trânsito, reforçar as medidas educativas e punitivas (uso de capacete pelos motociclistas e seus passageiros, excesso de velocidade, super-lotação do transporte público, etc)					
• Promover acções para diagnóstico precoce e intervenção atempada					
• Promover o acesso a informação para as pessoas com deficiência					
2.8 - Controlar/ Mitigar os crescentes problemas emergentes de alcoolismo, uso e abuso das drogas					
Actividades – Chave					
• Desenvolver e promover programas educativos que visem a sensibilização dos munícipes em especial os jovens, para tomarem consciência dos efeitos negativos do abuso do álcool e da droga					
• Incentivar o reforço das medidas de proibição da venda de bebidas alcóolicas a menores, com especial atenção para os distritos de maior vulnerabilidade e casas comerciais e de pasto situados próximos a estabelecimentos de ensino					
• Desenvolvimento de estratégias integradas inter-sectoriais (direcções de serviços municipais de saúde e acção social, educação, distritos municipais)					

Objectivos e Actividades	2015	2016	2017	2018	2019
• Estabelecer um centro piloto de aconselhamento nos bairros de maior vulnerabilidade de abuso de álcool e de drogas					
• Promover acções de reabilitação e reintegração sócio-económica dos ex-toxicodependentes na família e na comunidade					
3 – Desenvolver e Reforçar os Sistemas de Apoio					
3.1 – Garantir a disponibilidade de fundos às equipas distritais através da descentralização da planificação e gestão dos fundos – Orçamento do Estado					
Actividades – Chave					
• Promover a transferência da planificação dos fundos na classificação económica 120000					
○ Tornar as equipas distritais de saúde em UGB's, inicialmente para a planificação e gestão dos fundos OE 120000 e da receita consignada					
i. Proceder ao levantamento e quantificação das necessidades (infra-estrutura, equipamento e recursos humanos) para o funcionamento adequado das UGB's					
ii. Fazer a solicitação de cadastramento dos distritos em novas UGB's 'subordinadas' à DNCP, através do Serviço de Apoio ao Utilizador (SAU)					
iii. Instalar as unidades de gestão (infra-estrutura e recursos humanos)					
iv. Elaborar o Plano Económico e Social Orçamento do Estado (PESOD) 2017, incluindo projecção das receitas e sua inclusão nos planos e inscrição do OE					
• Realizar uma (auto)avaliação da primeira etapa de descentralização da gestão dos fundos				X	
• Promover a transferência a planificação dos fundos na classificação económica 111000 – Despesas com o pessoal (salários, ajudas de custo, etc)					
○ Estudar o processo para a transferência da planificação dos fundos (requisitos necessários)				X	
○ Reforçar a capacidade das unidades de gestão nos distritos				X	
○ Promover a transferência dos fundos - Despesas com o pessoal					X

11. ANEXOS

11.1 Documentos Consultados

Documentos do Governo de Moçambique

Boletim da República - Diploma Ministerial n.º 35/2012, Regulamento Interno do Ministério da Mulher e da Acção Social

Comissão Nacional do Plano, (1991) Enumeração da População e Agregados Familiares das Cidades e Alguns Distritos e Postos Administrativos de Moçambique.

Conselho Municipal de Maputo, (2014) Balanço do Plano de Actividades do III Trimestre de 2014

Conselho Municipal de Maputo, (2011) Programa de Desenvolvimento Municipal de Maputo II Requalificação Urbana

INE (2010 b), Perfil Estatístico do Município de Maputo 2007 – 2008

INE (2008), Perfil Estatístico do Município de Maputo, 2004-2007

INE (2010 a), Projecções Anuais da População Total, Urbana e Rural, dos Distritos da Cidade de Maputo 2007 – 2040

INE (2009), Mortalidade em Moçambique Inquérito Nacional sobre Causas de Mortalidade, 2007/8 - Relatório Preliminar

INE (2007), “III Recenseamento Geral da População”. Resultados Preliminares.

INE (2003), “Inquérito aos Agregados Familiares Sobre as Condições de Vida (IAF2002-2003)”.

INE (1997), “II Recenseamento Geral da População”

MAE (2002), Folha Informativa dos Municípios II

MMAS (2014?), Balanço do PES anual 2013

MMAS (2013), Experiência de Moçambique na Implementação da Segurança Social Básica

MMAS (2012), Plano Nacional de Acção para a Criança 2013-2019 (PNAC II)

MMAS (2012), Plano Nacional da Área da Deficiência – PNAD II 2012 – 2019

MMAS (2011), Plano Estratégico 2011-2015

MMAS (2010), Estratégia Nacional de Segurança Social Básica 2010-2014

MMAS (2006), Plano Nacional para a Pessoa Idosa (2006 – 2011)

MMAS (SD), Política da Acção Social

Estudos e pesquisas sobre o Município de Maputo

Araújo, M.G.M. (**SD**³⁷), Espaço Urbano Demograficamente Multifacetado: As cidades de Maputo e da Matola

Araújo, M.G.M. (**1999**), "Cidade de Maputo. Espaços contrastantes: do urbano ao rural". Finisterra, XXXIV, 67-68. Lisboa. pp. 175-190.

Baleira S., Francisco M.D. e Fumo J.M.C. (**2003**), Relatório Preliminar da Pesquisa sobre "A Criança em Conflito com a Lei" Consultoria com Save The Children Norway – Moçambique

Chavana A. X. (**2009**), Mobilidade residencial e dinâmica da reprodução da pobreza na Cidade de Maputo

Coelho V. (**2004**), Cooperação Descentralizada e Participativa entre Portugal e Moçambique: O Exemplo do Município da Matola. Tese de Maestrado

Costa A.B. (**2011**), Famílias de Maputo: processos de mobilidade e transformações urbanas

Escobar G.O. (**2013**), Child Protection System in Mozambique: How co-responsibility works for street children in Maputo? A Research Paper

Handicap International (**2010**), As pessoas com deficiência em Maputo e Matola - Diagnóstico Local

Jorge S. e Melo V. (**2011**), Processos e dinâmicas de (re)produção do espaço (peri)urbano: o caso de Maputo. Segundo Congresso Internacional de Jovens Investidores Urbanos SICYUrb Lisboa 2011

Maloa J. M. (**2013**), A Gênese da Urbanização Dual em Moçambique: Exploração Histórica para o Debate da sua Origem

Marrengula M. (**2011**), Meninas de rua na cidade de Maputo: Uma questão negligenciada

Moreira A. (**SD**), Crianças de Rua e ONGs em Maputo, Moçambique

Paulo M., Rosário C. e Tvedten I. (**2011**), 'Xiculungo' Revisitado - Avaliando as Implicações do PARPA II em Maputo 2007-2010

Anónimo (**SD**), Desenvolvimento Municipal em Moçambique: As Lições da Primeira Década

UNICEF (**2012**), O drama dos "Meninos de Rua" - Texto de Teodora Martins

Viana D.L. (2012) A Urbanização Extensiva [In]Formal em Maputo a Partir da Retícula Colonial

Ventura A.G., Pazero R., Hoelich S., Bennaton A., e Llop J.M. (**2013**), Perfil dos dados básicos das cidades de Moçambique

Literatura internacional

³⁷ SD – Sem data

Boateng S. e Kratzer J. **(2010)**, Ghana National Ambulance Service Compared to Different Regions of the World

Butsch C., Sakdapolrak P. e Saravanan V.S. **(2012)**, Urban Health in India - Internationales Asienforum, Vol. 43 (2012), No. 1–2, pp. 13–32

Cervantes K., Salgado R. e Choi M. **(2003)**, Henry D. Kalter Rapid Assessment of Referral Care Systems a Guide for Program Managers – BASICS II

Government of West Bengal **(2008)**, The Urban Health Strategy of West Bengal

GRNUHE³⁸ **(2010)**, Improving urban health equity through action on the social and environmental determinants of health

Harpham T. **(2008)**, Urban health in developing countries: What do we know and where do we go?

Ramdas P.D. **(2003)**, A Framework for a Referral System for Health Service Delivery in Kwazulu-Natal

Taylor P. com Boussen C.R., Akaba J.A. e Nelson J. **(2002)**, Ghana Urban Health Assessment

WHO **(2010)**, Why urban health matters

Outros

Mosse M. Cortez E. **(2006)**, A Corrupção no Sector da Saúde em Moçambique

UNICEF **(2014?)**, Situação das Crianças em Moçambique 2014

Yates R. e Zorzi N. **(1999)**, Health Expenditure Review Mozambique, Management Sciences for Health, Boston.

³⁸ Global Research Network on Urban Health Equity