



CONSELHO MUNICIPAL DE MAPUTO
Pelouro de Saúde e Acção Social

**PLANO DE PROMOÇÃO DE
SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
MAPUTO 2005-2019**

FICHA TÉCNICA

Título: **Plano de Promoção de Saúde do Município de Maputo**

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

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

Assistência Técnica: **Agencia de Saúde Pública de Barcelona**



**Ajuntament
de Barcelona**

1ª edição (Drauf): Agosto de 2014

Para comentários e sugestões, contacte por favor:

Nurbai Calú

nurbai.calu@gmail.com

Yolanda Manuel

[yfmmanuel@gmail.com](mailto:yfmanuel@gmail.com)

Helder Muando

hmuando@yahoo.com

Escritório de representação da medicusmundi em Maputo

representacion.maputo@medicusmundi.es

LISTA TABELAS:

- Tabela 1.** População cidade de Maputo por idade e sexo 2014.
- Tabela 2.** Densidade populacional por distrito, 2014
- Tabela 3.** Crescimento população 2014-2019
- Tabela 4.** Projeções da população segundo sexo 2014-2019
- Tabela 5.** Indicadores Demográficos cidade de Maputo 2007-2011
- Tabela 6.** Agregados familiares por fonte de água para beber
- Tabela 7.** Infraestruturas sanitárias de agregados familiares
- Tabela 8.** Centros de ensino, professores e alunos matriculados em 2011
- Tabela 9.** Nível de escolaridade em maiores de 6 anos segundo sexo
- Tabela 10.** Percentagem de homens e mulheres de 15-49 anos que sofreram violência conjugal
- Tabela 11.** Rendimento Informal Familiar
- Tabela 12.** Rendimento Formal Familiar
- Tabela 13.** Consumo de produtos de tabaco
- Tabela 14.** Hóspedes, por nacionalidade, no Município de Maputo, 2008-2010
- Tabela 15.** Visitantes segundo sexo, por museus, no Município de Maputo 2009-20
- Tabela 16.** Doenças Transmissíveis 2012-2013
- Tabela 17.** Distribuição de Mortes Maternas
- Tabela 18.** Coberturas Saúde Materno Infantil
- Tabela 19.** Coberturas Vacinais 2012-13
- Tabela 20.** Resultados tratamento TB 2011 e 2012
- Tabela 21.** Coberturas de suplementos nutricionais
- Tabela 22.** Crianças malnutridas internadas
- Tabela 23.** Actividades do PTV
- Tabela 24.** Doenças não transmissíveis 2012 e 2013
- Tabela: 25.** Situação de acidente de viação na cidade de Maputo
- Tabela 26.** Rede sanitária da Cidade de Maputo por tipo de US
- Tabela 27.** Serviços de CPS por distrito - US em funcionamento
- Tabela 28.** Prestação de Cuidados de saúde

LISTA GRÁFICOS:

- Gráfico 1.** Pirâmide populacional cidade de Maputo 2014
- Gráfico 2.** Distribuição da população por distritos, 2014
- Gráfico 3.** Caos criminais registados 2007-2010

ÍNDICE

Tabela 16. Distribuição de Mortes Maternas	2
Prefácio	7
Introdução	8
CAPÍTULO I. ANÁLISE DA REALIDADE	9
1. Análise Situacional do município de Maputo	9
1.1 Caracterização da População do município de Maputo	9
1.1.1 Localização geográfica.....	9
1.1.2 População por idade e sexo.....	10
1.1.3 Densidade populacional	12
1.1.4 Crescimento população	13
1.1.5 Indicadores Demográficos.....	14
1.2. Caracterização das Condições de vida da População da cidade de Maputo	15
1.2.1 Abastecimento da água.....	15
1.2.2 Saneamento do meio.....	15
1.2.3 Gestão de lixo.....	16
1.2.3 Habitação.....	16
1.2.4 Educação.....	17
1.2.5 Transporte e meios de comunicação.....	19
1.2.6 Mercados.....	19
1.2.7 Criminalidade.....	20
1.2.8 Violência doméstica.....	20
1.2.9 Nível de ocupação.....	21
1.1.10 Pobreza.....	22
1.1.11 Consumo de tabaco álcool e outras drogas.....	23
1.1.12 Migração.....	24
1.1.13 Cultura, lazer e desporto.....	24
1.1.14 Iniquidades.....	25
1.3 Estado de saúde da população.	26
1.3.1 Perfil epidemiológico da população.....	26
1.3.2 Saúde Materno Infantil.....	27
1.3.4 Malária	29
1.3.5 Tuberculose	30

1.3.6 Nutrição.....	31
1.3.7 HIV/SIDA e ITS.....	31
1.3.8 Doenças não Transmissíveis.....	33
1.3.9 Acidentes de viação.....	34
1.4 Caracterização da Rede Sanitária da cidade de Maputo.....	34
1.4.1 Rede sanitária.....	34
1.4.2 Prestação de serviços.....	35
1.4.3 Acessibilidade aos serviços de saúde.....	36
CAPÍTULO II. IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE.....	37
2.1 Alta prevalência de doenças transmissíveis.....	37
2.2 Problemas de saúde ligado aos estilos vida não saudáveis.....	38
2.3 Problemas de Saúde Materno Infantil.....	39
2.4 Problemas relacionados com a prestação de serviços de saúde.....	39
CAPITULO III. ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO PARA A SAÚDE.....	40
1. Objectivos.....	40
1.1 Objectivo Geral.....	40
1.1 Objectivos específicos.....	40
2. Resultados y metas esperados.....	40
3. Componentes da estratégia.....	44
3.1 Educação para a saúde.....	44
3.2 Comunicação para a saúde.....	46
3.3 Fortalecimento das capacidades do CMM.....	46
3.4 Envolvimento Comunitário.....	47
3.5 Advocacia em Saúde.....	48
4. Principais áreas de acção.....	48
CAPITULO IV.....	53
OPERACIONALIZAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PPS.....	53
1. Operacionalização e implementação.....	53
2. Mecanismos de coordenação.....	54
3. Monitoria e avaliação.....	55
3.1 Indicador para Monitoria e Avaliação do Plano de Promoção da Saúde:	55

LISTA DE ABREVIATURAS

- ACS-** Agentes Comunitários de Saúde
- ACV-** Acidente Vascular Cerebral
- APEs-** Agente Polivalente Elementar
- BCG-** Vacina ante Tuberculose
- CMM-** Conselho Municipal de Maputo
- COEB-** Cuidados Obstétricos Básicos
- COEC-** Cuidados Obstétricos Completo
- COVs-** Crianças Órfãos Vulneráveis
- CPN-** Consulta Pré Natal
- CPS-** Cuidados Primários de Saúde
- CS-** Centro de Saúde
- DDAs-** Doenças Diarreicas
- DMSAS-** Direcção Municipal de Saúde Acção Social
- DOTs-** Directa Observação de Tratamento
- DPT/HIB-** Vacina ante Diftérica, Perturse, Tosse Convulsa, Hepatite B e Haemophilos Influenza
- DSCM-** Direcção de Saúde da Cidade de Maputo
- ENCCS-** Estratégia Nacional de Comunicação para o Combate ao SIDA
- GAM-** Grupos Ajuda Mutua
- H-** Homem
- HC-** Hospital Central
- HIV –** Vírus de Imunodeficiência Adquirida
- HM-** Mulher e Homem
- IDS-** Inquérito Demográfico de Saúde
- IEC-** Informação de Educação Comunitária
- INE-** Instituto Nacional de Estatístico
- ITS-** Infecções de Transmissão Sexual
- M-** Mulher
- MINED-** Ministério da Educação
- MISAU-** Ministério de Saúde
- MPD-** Ministério de Plano e Desenvolvimento
- OMM-** Organização da Mulher Moçambicana

PES- Plano Estratégico de Saúde
PPS- Plano de Promoção de Saúde
PRM- Policia da Republica de Moçambique
PT- Parteiras Tradicionais
PTV- Prevenção de Transmissão Vertical
PVV- Vacina ante Pneumonia
REMTLD- Redes Mosquiteiras Tratadas de Longa Duração
SAAJ- Serviços de Adolescentes Amigos Jovens
SEA- Saúde Escolar
SESP- Secção de Educação para a Saúde Publica
SIDA- Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SIS- Sistema de Informação de Saúde
SMI- Saúde Materno Infantil
SNS- Sistema Nacional de Saúde
SRO- Soro de Hidratação Oral
SSR- Saúde Sexual Reprodutiva
TARV- Tratamento antiretroviral
TB- Tuberculose
TL- Taxa de Letalidade
TPM- Transporte Publico de Maputo
TV- Televisão
US- Unidade de Sanitária
VAS- Vacina ante Sarampo

Prefácio

DRAFT PPS

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Saúde é “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de doença ou de enfermidade*”. Em 1986, este conceito tornou-se mais amplo dando ênfase a saúde como um direito humano fundamental onde as condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, acesso e posse da terra; bem como o acesso aos serviços de saúde constitui pré-requisitos para a saúde dos indivíduos e famílias e que estes como tal devem ser reconhecidos

A Saúde é um bem precioso que é necessário promover, preservar, manter e melhorar.

O direito à saúde para os cidadãos está consagrado na Constituição da República de Moçambique no seu artigo nº 89 assim como na Carta dos Direitos Humanos das Nações Unidas que o nosso país subscreveu.

O estado de saúde da população é condicionado por uma multiplicidade de factores, que se situam nas seguintes áreas: (i) Ambiente em relação com o habitat humano; (ii) Disponibilidade dos serviços, (iii) Saneamento, higiene e condições de abastecimento de água; (iv) Nutrição (quantidade, qualidade e higiene dos alimentos), (v) Educação (geral, cívica, nutricional e para a Saúde), (vi) Ambiente sociocultural, que condiciona o comportamento, (vii) Características genéticas e dinâmica da população, (viii) Forma de organização dos Serviços de Saúde e (ix) Tecnologia médica (preventiva, curativa, reabilitativa e de atenuação do sofrimento).

Estes factores que condicionam a saúde de uma comunidade podem influenciar em determinadas circunstâncias de forma negativa o estado de saúde da população. Uma correta política de Saúde deve portanto visar promover os factores que influem positivamente sobre a saúde e eliminar ou atenuar os que influem negativamente e não se pode limitar unicamente à prestação de cuidados médicos.

Por outro lado é conveniente esclarecer também que, os elementos condicionantes da saúde de uma comunidade são basicamente os mesmos, qualquer que seja o estado de desenvolvimento socioeconómico dessa comunidade, mas podem tomar aspectos e características diferentes, de acordo com o seu estado de desenvolvimento. A promoção para a saúde é parte integrante do desenvolvimento socioeconómico e visa melhorar a qualidade de vida. A Saúde é também condição essencial para o desenvolvimento sustentável, pois o desenvolvimento exige uma população saudável e com alta capacidade produtiva. Os cidadãos doentes, desnutridos ou portadores de incapacidade ou deficiência física ou mental têm uma capacidade produtiva reduzida.

O presente Plano de Promoção da Saúde para o município de Maputo é parte integrante do Programa do Governo, baseia-se nas directivas do Governo para a área de saúde, o mesmo enquadra-se no âmbito da transferência de competências dos Cuidados Primários de Saúde do Governo para os municípios em curso. O PPS marcará uma etapa importante de um processo de busca de consensos sobre as abordagens a adoptar para a melhoria do estado de saúde da população do Município e visa essencialmente reduzir as iniquidades ligadas ao género, educação ao nível socioeconómico. O PPS é um guia para todos os intervenientes no sector do Pelouro da Saúde e Acção Social, é o quadro referencial a partir do qual os planos ao nível do Departamento e Serviços Distritais incluindo a planificação de acções intersectoriais devem ser desenvolvidos. O PPS vai facilitar o alinhamento das estratégias da

Direcção de Saúde e Acção Social, para o desenvolvimento das ações da Promoção da Saúde previamente definidas.

CAPÍTULO I. ANÁLISE DA REALIDADE

1. Análise Situacional do município de Maputo

Com esta análise da situação de saúde pretende-se fazer uma identificação, formulação, priorização e análise dos problemas de saúde da Cidade de Maputo. Por tanto, o objetivo principal desta análise da situação de Saúde de Maputo é permitir a identificação das necessidades sociais de saúde e determinar as prioridades de acção no que diz respeito à Protecção e Promoção da Saúde.

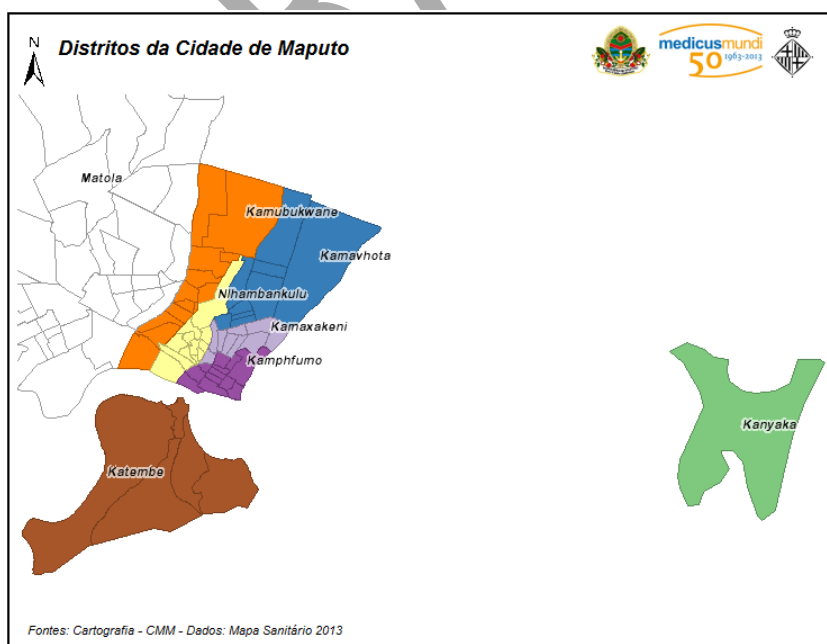
Esta análise de saúde foi dividida em duas etapas:

Na primeira etapa, foi realizado o levantamento das informações disponíveis nas várias fontes bibliográficas e informações que consta no sector saúde da cidade, com o objetivo de conhecer: (i) a caracterização da população, (ii) as suas condições de vida, (iii) o seu perfil epidemiológico e (iv) a estrutura do sistema municipal de saúde.

Na segunda etapa foram elaborados, listados e priorizados os problemas de saúde que afetam aos munícipes da município de Maputo.

1.1 Caracterização da População do município de Maputo

1.1.1 Localização geográfica



A cidade de Maputo está situada no extremo sul de Moçambique e ocupa segundo dados do Centro de Cartografia, uma superfície de 346 Km². Maputo limita no oeste com o vale do rio Infulene, que o separa do município de Matola, a leste com o oceano Índico, no sul como o distrito de Matutuine e no norte com o distrito de Marracuene

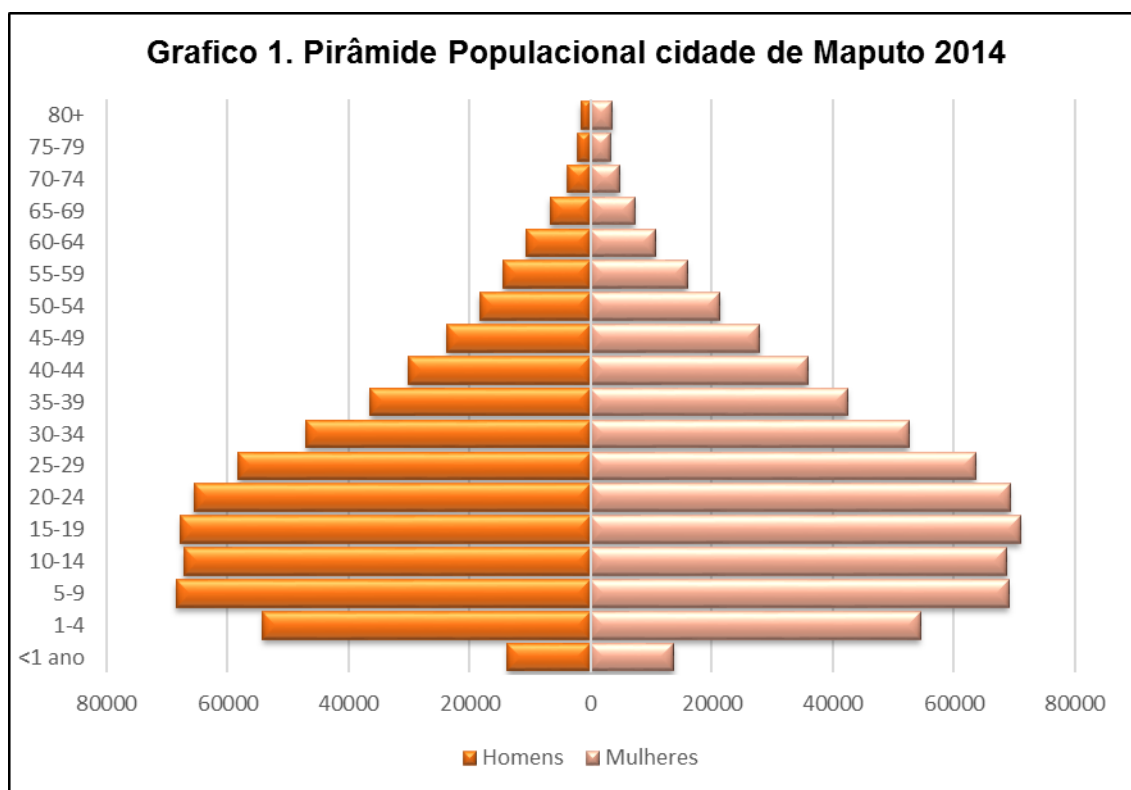
Está dividido em sete distritos, nomeadamente: (i) Kamahvota; (ii) Kamaxaqueni; (iii) Kamphfumo; (iv) Kamubukwana; (v) Kalhamankulu; (vi) Kayaca e (vii) Catembe; do quais cinco urbanos e dois rurais, com um total de 63 bairros (49 nos distritos urbanos e 14 nos distritos rurais)

O clima é tropical seco com uma estação chuvosa que vai de Novembro até Março. Com uma temperatura média anual de 23,3 °C tem o seu período mais caloroso entre os meses de Novembro até Abril e o mais frio de Maio até Outubro. Tem uma humidade relativa média de 80,1% com poucas variações ao longo do ano, de 75% os meses de Agosto e Setembro até 90% o mês de Abril.

A cidade Maputo é a capital e a maior cidade de Moçambique, também o principal centro financeiro, corporativo e mercantil do país, concentra aproximadamente o 40 % da população urbana de Moçambique e representa cerca de 20,2 % do PIB nacional. Os sectores do comércio, do transporte, das comunicações e da indústria manufatureira são os mais significativos, e contribuem, respetivamente, com o 29,6 %, 29,5 % e o 12,4% da produção global, segundo o último relatório Nacional de Desenvolvimento Humano. O sector informal representa a maior força de trabalho, com cerca de 64,4% da população ocupada, seguido do sector privado formal com o 19,7% da população ocupada total.

1.1.2 População por idade e sexo

Segundo o “Censo de População de Moçambique 2007” e “Projeções de População para o período 2007-2040”, ambos publicados pelo INE, a cidade de Maputo tem uma população de 1.225.868 habitantes sendo 590.224 (48,14%) do sexo masculino e 635.644 (51,86%) do sexo feminino. Existe, além da população considerada estável, uma população flutuante diurna de aproximadamente 700.000 habitantes.



Fonte: Elaboração própria em base Projeções Censo 2007 do INE para 2014

No que refere a distribuição da população segundo a sua idade, a cidade de Maputo tem uma população jovem onde 33,42% corresponde a população menor de 15 anos, a população produtiva entre 15 e 45 anos representa 52,20% da população total, seguido do grupo entre 45 e 65 anos com 11,66% do total e finalmente a população maior de 65 anos que representa 2,69% da população total.

A faixa etária com mais população corresponde a compreendida entre 15 até 19 anos com 11,31% da população.

Tabela 1: População cidade de Maputo por idade e sexo, 2014

Grupos	Total da População			Estrutura Percentual			
	Idade	Total	Homens	Mulheres	Ambos os sexos	Homens	Mulheres
Cidade de Maputo		1.225.868	590.224	635.644	100	100	100
<1 ano		27.453	13.747	13.706	2,2	1,1	1,12
1-4		108.708	54.207	54.501	8,9	4,4	4,45
5-9		137.623	68.512	69.111	11,2	5,6	5,64
10-14		135.986	67.219	68.767	11,1	5,5	5,61
15-19		138.749	67.720	71.029	11,3	5,5	5,79
20-24		134.867	65.563	69.304	11,0	5,3	5,65
25-29		121.913	58.290	63.623	9,9	4,8	5,19
30-34		99.556	47.030	52.526	8,1	3,8	4,28

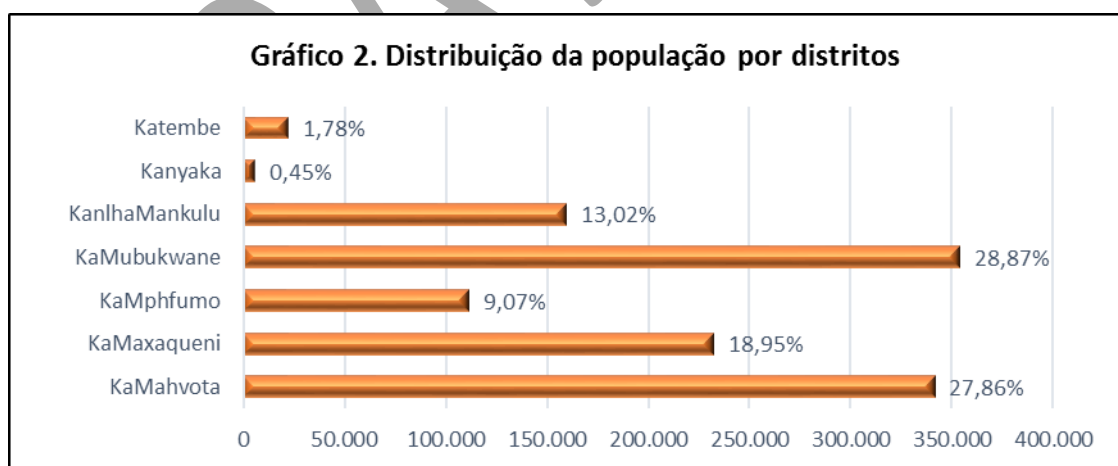
35-39	78.926	36.472	42.454	6,4	3,0	3,46
40-44	66.001	30.104	35.897	5,4	2,5	2,93
45-49	51.556	23.686	27.870	4,2	1,9	2,27
50-54	39.708	18.346	21.362	3,2	1,5	1,74
55-59	30.403	14.432	15.971	2,5	1,2	1,30
60-64	21.325	10.616	10.709	1,7	0,9	0,87
65-69	13.932	6.670	7.262	1,1	0,5	0,59
70-74	8.546	3.799	4.747	0,7	0,3	0,39
75-79	5.360	2.158	3.202	0,4	0,2	0,26
80+	5.256	1.653	3.603	0,4	0,1	0,29
País				100.0	48,1	51,85

Fonte: elaboração própria em base Projeções Censo 2007 do INE para 2014

1.1.3 Densidade populacional

A cidade de Maputo apresenta uma densidade populacional 3.592 hab/km² numa área de 346 km².

Os distritos mais populosos são Kamubukwane com 28,87% da população e Kamahvota com 27,86%. Os dois distritos são responsáveis de mais da metade da população da cidade. Como esperado, ao contrário de outras províncias, a província da Cidade de Maputo é quase exclusivamente urbana, dos sete distritos que conformam a cidade, dois são nitidamente rurais: Katembe e Kanyaka. E entre eles representam 2,23% da população da Cidade



Fonte: Elaboração própria em base Projeções Censo 2007 do INE para 2014

O distrito mais densamente povoado é Kanlhambankulu, um distrito que não corresponde ao centro histórico da cidade. A densidade de população Kanyaka é 350 vezes menor do que Nlhambankulu, o distrito mais densamente povoado.

¹ Mapa Sanitário da Cidade de Maputo, Maio 2013

Tabela 2. Densidade populacional por distrito, 2014

Distritos municipais	População 2014	% População	Área km ²	Densidade populacional
Kamahvota	341.545	27,86%	108	3.162,45
Kamaxakeni	232.248	18,95%	12	19.354,00
Kampfumu	111.152	9,07%	12	9.262,67
Kamubukwana	353.922	28,87%	53	6.677,77
Kanlhamankulu	159.569	13,02%	8	19.946,13
Kanyaka	5.574	0,45%	52	107,19
Katembe	21.858	1,78%	101	216,42
TOTAL	1.225.868	100,00%	346	3.542,97

Fonte: Elaboração própria em base as Projeções Censo 2007 do INE para 2014

1.1.4 Crescimento população

A população no município de Maputo está em crescimento acentuado, apesar de não ser muito acelerado, facto que pode-se atribuir ao fenómeno emigratório, atualmente muitos munícipes deixam a cidade para as zonas de expansão de Maputo província e Boane.

Tomados em conjunto, os dados do censo do ano 2007 e as projeções anuais do INE para o período compreendido desde 2014 até 2019, mostram que o crescimento demográfico dos distritos não é constante nem uniforme.

Os dados do INE indicam que entre o início e o final do quinquênio do Plano (2014-2019), prevê-se que a população dos distritos de Kamubukwana, Kamahvota e Katembe cresçam um 11,9%, 8,6% e 6,4% respetivamente, em notável contraste com os distritos do vértice sul da zona urbana, Kamaxakeni, Nlhambankulu e Kampfumo, onde a população apenas crescerá um 0,7%, 1,4% e 1,6% respetivamente.

Tabela 3. Crescimento população 2014-2019

DISTRITO	POPULAÇÃO 2014	POPULAÇÃO 2019	CRESCIMENTO ABSOLUTO	CRESCIMENTO PERCENTUAL
KAMAHVOTA	341.545	370.986	29.441	8,6
KAMAXAKENI	232.248	233.893	1.645	0,7
KAMPHFUMU	111.152	112.945	1.793	1,6
KAMUBUKWANA	353.922	395.928	42.006	11,9
NLHAMBANKULU	159.569	161.823	2.254	1,4
DISTRITOS URBANO	1.198.436	1.275.575	77.139	6,4
KANYAKA	5.574	5.716	142	2,5
KATEMBE	21.858	23.246	1.388	6,4
DISTRITOS RURAIS	27.432	28.962	1.530	5,6
CIDADE DE MAPUTO	1.225.868	1.304.537	78.669	6,4

Fonte: Elaboração própria em base as Projeções Censo 2007 do INE para 2019

Analisando as projeções de crescimento da população segundo o sexo, podemos apreciar que existe um predomínio demográfica da mulher, devido a existência de diferentes factores como por exemplo a maior longevidade da mulher, factores domésticos e a migração.

Tabela 4. Projeções da população segundo sexo 2014-2019

Anos	Total	Homens	Mulheres	I.M. a/
2014	1.225.868	590.224	635.644	92,9
2015	1.241.702	597.109	644.593	92,6
2016	1.257.453	603.968	653.485	92,4
2017	1.273.076	610.777	662.299	92,2
2018	1.288.721	617.625	671.096	92,0
2019	1.304.536	624.600	679.936	91,9

Fonte: Elaboração própria em base as Projeções Censo 2007 do INE para 2014-19

1.1.5 Indicadores Demográficos

A taxa de mortalidade e em especial a taxa de mortalidade infantil são considerados indicadores do progresso de uma população, directamente relacionados com as condições ambientais e socioeconómicas, da mesma maneira a esperança de vida está também directamente ligada com as condições de saúde pública da população. Por outro lado a taxa de fecundidade está relacionada com o nível de escolarização, situação socioeconómica e uso de métodos de planeamento familiar.

Analisando os indicadores demográficos da tabela 5, pode-se apreciar que a esperança de vida dos municípios em Maputo tem-se reduzido no período compreendido entre 2007 até 2011, um dado que se faz sentir quase em todo país ou mesmo em outros países da África, comparado com os países de um continente como Europa. Esta situação pode-se explicar devido a diferentes fatores: (i) as tendências de crescimento lento, na ordem do 1.3% por em baixo da taxa nacional (ii) as taxas de mortalidade embora ter diminuído especialmente a mortalidade infantil se mantêm em níveis elevados e considerando que a maior parte da população está concentrada na faixa etária dos 20 -24 anos a menor parte da população na faixa etária de 60 anos mais, agravado isto pelo perfil epidemiológico, pode explicar a diminuição da esperança de vida da população da cidade de Maputo

Tabela.5. Indicadores Demográficos cidade de Maputo 2007-2011

INDICADOR	2007	2011
Taxa de crescimento natural	1,20	1,30
Taxa bruta de natalidade (por mil)	27,60	24,60
Taxa bruta de mortalidade (por mil)	10,50	9,60
Taxa de mortalidade infantil total (por mil)	72,30	55,88
Esperança de vida (em anos)	58,70	54,30
Taxa global de fecundidade (n ^a de filhos)	2,90	2,65

Fonte: Perfil Estadístico Cidade de Maputo 2010 e 2013

1.2. Caracterização das Condições de vida da População da cidade de Maputo

Moçambique tem observado um desenvolvimento social caracterizado pela urbanização progressiva como resultado combinado do aumento natural da população, da reclassificação das áreas rurais e urbanas e dos movimentos migratórios.

Para uma estratégia de promoção da saúde centrada na equidade em saúde que possa minimizar as desigualdades nos níveis de saúde entre os diferentes grupos da população, devem ser conhecidas as condições de vida e de trabalho dos diversos grupos da população que actuam como determinantes da saúde numa população.

1.2.1 Abastecimento da água

A utilização de água potável para o consumo e a higiene pessoal é um factor determinante na redução de certas doenças, como por exemplo, a diarreia, especialmente nas crianças menores de 5 anos. Segundo o Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, realizado pelo INE (IDS), 98,9% dos agregados familiares possuem uma fonte de água segura para beber, percentagem muito por acima da média nacional.

No que se refere ao tratamento da água antes de beber, só 22,9% dos agregados familiares utilizam algum método correto para tratar a água, principalmente ferver (21%) e mistura com certeza (9,35), o resto, mesmo tendo a fonte de água segura, não tratam a água para beber.

Tabela 6. Agregados familiares por fonte de água para beber

Características seleccionadas	Agregados familiares	
	Cidade de Maputo	País
Fonte de água para beber		
Fontes melhoradas	98,9	51,0
Canalizada dentro de casa	27,3	2,7
Canalizada dentro do quintal/talhão	37,8	8,1
Torneira pública/fontenária	12,6	14,6
Poço protegido	1,3	6,5
Poço com bomba manual	0,9	11,7
Água da chuva	0,0	0,8
Água engarrafada	2,9	0,3
Canalizada do vizinho	16,2	6,3
Fontes não melhoradas	1,1	48,8
Poço não protegido	1,0	33,2
Tanques em camiões/carregada em tambores	0,0	0,1
Água da superfície	0,1	15,4
Ouros	0,0	0,2
Tratamento de água antes de beber	22,9	6,0

Fonte: Inquérito Demográfico de saúde 2011, INE

1.2.2 Saneamento do meio

Segundo o IDS de 2011, 74,2% dos agregados familiares da cidade de Maputo dispõem de casa de banho ou latrina melhorada não partilhada e 14,1 % dispõem de

casa de banho ou latrina partilhada, ambos as duas, percentagens muito acima da média nacional.

Destacar que 11,7% dos agregados familiares não dispõem de condições adequadas de saneamento.

Tabela.7 Infraestruturas sanitárias de agregados familiares

Tipo de casa de banho ou latrina	Agregados familiares	
	Cidade de Maputo	País
Casa de banho/latrina melhorada não partilhada		
Retrete com autoclismo	26,7	2,8
Retrete sem autoclismo	17,2	2,3
Latrina melhorada	19,1	6,3
Latrina melhorada tradicional	11,3	10,4
Total	74,2	21,7
Casa de banho/latrina melhorada partilhada		
Retrete com autoclismo	0,7	0,1
Retrete sem autoclismo	3,4	0,5
Latrina melhorada	6,1	1,8
Latrina melhorada tradicional	3,9	2,0
Total	14,1	4,4
Casa de banho/latrina não melhorada		
Latrina não melhorada	10,8	32,2
Sem latrina/mato	0,9	41,7
Total	11,7	73,9

Fonte: IDS 2011, INE

1.2.3 Gestão de lixo

Os serviços urbanos de saneamento do meio e recolha de lixo variam consideravelmente dentro dos distritos urbanos. 58% da população da cidade de Maputo não tem acesso ao tratamento de águas sujas, 85% vive em zonas onde não há sistema de drenagem das águas pluviais e 74% não se beneficiam da recolha regular de resíduos sólidos². Em 2010 existiam em Maputo um total de 44 empresas intervenientes no tratamento de resíduos sólidos (37 de recolha primária, 5 de reciclagem e 2 de grande tonelagem)³

A situação do saneamento do meio no município de Maputo ainda é deficiente, num contexto de bairros densamente povoados, estradas e passeios deteriorados, fraca drenagem, saneamento doméstico e destruição de lixo inadequados e erosão generalizada do habitat natural tornando parte de muitos bairros perigosos e insalubres, como indica o facto de muita gente viver em áreas em risco de deslizamento como o bairro de Polana Caniço, ou outros casos, como por exemplo o bairro de Mafalda em que epidemias como a cólera se espalham repetidamente. Grandes zonas que foram evacuadas durante as cheias do ano 2.000 voltaram a ser repovoadas.

1.2.3 Habitação

² “Xiculunco” Relações Social da Pobreza Urbana em Maputo, Mozambique, 2008.

³ Direcção Municipal de Salubridade e Cemitérios, 2011

O material de habitação é utilizado como principal indicador do bem-estar nas áreas urbanas. Segundo o IDS, 2011 a cidade de Maputo apresenta algumas melhorias significativas, onde muitos agregados familiares já possuem casas com coberturas de chapas de zinco, paredes construídas com bloco de cimento e casas com iluminação elétrica. 79,1% dos agregados familiares, dispõem de casas em que o piso é de cimento 87,9% possui energia elétrica e 43,3% dos agregados tem casas de três ou mais quartos. 47,9% tem a cozinha dentro de casa sendo o carvão vegetal o combustível mais utilizado (47,9%) seguido do gás com 27,4%.

O estudo “Xiculungo”, Relações Sociais da Pobreza Urbana em Maputo, Moçambique de 2008 revela a existência de diferenças segundo o género nos aspectos relacionados com a habitação. Naqueles agregados familiares em que o homem é o chefe existe uma maior percentagem de casas compradas ou de autoconstrução (59,2% e 22,4% respetivamente) que nos agregados familiares chefiados por mulheres (50% e 15,9% respetivamente). No caso de casas alugadas, que supõem a principal despesa na económica familiar a percentagem é maior quando o chefe do agregado familiar é mulher (13,6%) que quando é homem (3,9%)

1.2.4 Educação

O nível de escolaridade dos indivíduos constitui um factor importante numa sociedade, que pode servir para a explicação dos padrões de comportamento de saúde, pois influencia entre outros aspectos, hábitos de higiene e alimentação, a conduta reprodutiva e praticas de planeamento familiar, os cuidados de saúde das crianças e a receção de mensagens de promoção da saúde.

O sistema educativo da cidade de Maputo está formado por um total de 439 centros de ensino geral e técnico profissional, dos quais 37,58% são de gestão privada que atende um total de 316.793 alunos (276.210 alunos nas escolas públicas e 40.583 nas privadas).

Tabela 8. Centros de ensino, professores e alunos matriculados em 2011

TIPO DE CENTRO	Nº Escolas	Nº Professores	Nº Alunos matriculados 2011	Aluno/ Professor
Ensino público, geral e técnico profissional				
Ensino Primário 1º Grau (EP1)	105	2.329	134.521	58
Ensino Primário 2º Grau (EP2)	91	1.300	55.648	43
Ensino Secundário Geral 1º Ciclo (ESG 1º)	58	1.242	61.875	50
Ensino Secundário Geral 2º Ciclo (ESG 2º)	14	470	15.979	34
Ensino Técnico Profissional Básico (ETPB)	4	142	5.298	37
Ensino Técnico Profissional Médio (ETPM)	2	125	2.889	23
TOTAL	274	5.608	276.210	49
Ensino privado, geral e técnico profissional				
Ensino Primário 1º Grau (EP1)	46	574	15.743	27
Ensino Primário 2º Grau (EP2)	39	329	5.179	16
Ensino Secundário Geral 1º Ciclo (ESG 1º)	40	773	11.369	15
Ensino Secundário Geral 2º Ciclo (ESG 2º)	29	509	4.936	10
Ensino Técnico Profissional Básico (ETPB)	1	28	90	3

Ensino Técnico Profissional Médio (ETPM)	10	264	3.266	12
TOTAL	165	2477	40.583	16
Ensino Público Adultos				
Alfabetização e Educação Adultos (AEA)	79	318	7.618	24
Ensino Primário 2º Grau (EP2)	27	243	8.317	34
Ensino Secundário Geral 1º Ciclo (ESG 1º)	47	764	39.023	51
Ensino Secundário Geral 2º Ciclo (ESG 1º)	13	346	12.617	36
TOTAL	166	1671	67575	146

Fonte: Perfil Estatístico do Município de Maputo, 2013

Observa-se também um elevado raio de professor/aluno, especialmente no nível primário que diminui na medida que aumenta o nível educativo devido a menor frequência de níveis de estudos superiores, esta situação é muito mais acentuada no sector público.

A grande maioria dos agregados familiares está chefiada por pessoas com o nível primário de educação. Para a educação de adultos a cidade de Maputo conta com um total de 7 centros de Alfabetização e 79 centros de ensino primário e secundário que matricularam 67.575 pessoas em 2011.

Segundo o IDS 2011, as crianças de 10-14 que tem ambos pais vivos e vivem com pelo menos um deles, tendem a frequentar mais a escola (97%) do que as crianças órfãs (93,3%). A mesma fonte indica também que o nível de pobreza também é um factor determinante no que se refere ao nível de estudos, dado que no quintil de riqueza mais baixo 47,6% da população não completou nenhum nível de escolaridade e esta percentagem diminui até 7,9% nos quintil mais alto de riqueza.

A tabela número 9 mostra a distribuição percentual da população dos agregados familiares de 6 e mais anos, desagregados por sexo, por nível de escolaridade mais alto frequentado u completado e media de anos completados. Os resultados mostram iniquidades em quanto a género, sendo que no geral as mulheres têm uma menor media de anos completados (5,5) respeito aos homens (6,4). Da mesma maneira a percentagem de homens que completa os diferentes níveis de escolaridade (primário, secundário e superior) é sempre superior a percentagem de mulheres que os completaram.

Tabela 9. Nível de escolaridade em maiores de 6 anos segundo sexo

Nível escolaridade	Homens	Mulheres
Nenhum	2,4	6,4
Primário não completa	41	47,5
Primário completo	12,3	11,7
Secundário não completa	24,7	22,8
Secundário Completo	7,9	4,4
Secundário e mais	8,9	5,1
Não sabe/sem informação	2,8	2
Media de anos completados	6,4	5,5

Fonte: IDS, 2011

1.2.5 Transporte e médios de comunicação

A cidade de Maputo conta com o serviço do Aeroporto Internacional, o maior do país. Conta também com seu porto, o segundo da costa oriental de África que é vital para a dinamização da sua economia

A comunicação via terrestre com os países vizinhos como Swazilândia ou Sul Africa é relativamente fácil. Não entanto, as comunicações terrestres com as outras províncias do país e mais difícil, devido as grandes distâncias e ao estado das estradas, o que pode supor vários dias de viagem para chegar as províncias mais distantes.

O sistema de transporte público em Maputo é bastante deficiente. A empresa pública TPM (Transportes Públicos de Maputo) é responsável pelo transporte na região metropolitana, não obstante, limitações da sua frota e o mau estado das vias de acesso faz com que muitos bairros não possam ser atendidos. Para atender a demanda da população existem médios de transporte semicolectivos particulares, muitos dos quais estão em mau estado de conservação, circulam sobrecarregados, não cumprem com horários nem itinerários precisos e não conseguem cobrir o deficit de transporte público existente.

Os custos de transporte são extremadamente grandes para os agregados familiares⁴ de Maputo. Estas despesas necessarias para que os habitantes dos bairros da periferia possam deslocar-se a cidade a trabalhar, constituem um pesado encargo para a economia familiar e limitam a flexibilidade das pessoas na procura de emprego, na frequência das escolas e instituições de saúde mais relevantes.

No que refere ao acesso a diferentes médios de comunicação segundo o IDS de 2011 apenas 5,7% dos agregados familiares dispõem de telefone fixo, não obstante quase a totalidade (93,95%) dispõem de telefone móvel. No que refere aos meios de comunicação de massa a radio com 57,8% seguido da televisão com 57,2% continuam a ser os médios mais acessíveis para a população, evidenciando-se também iniquidades segundo o percentil de riqueza e segundo o agregado familiar seja chefiado por homens e mulheres, sendo os quintis mais pobres e os agregados familiares chefiados por mulheres os grupos mais desfavorecidos.

1.2.6 Mercados

Segundo a Direcção Municipal de Mercados e Ferias, em 2012 a cidade de Maputo contava com um total de 67 mercados municipais com capacidade para 3.204 barracas, 4.188 bancas e 205 lojas.

Segundo o estudo Relações Sociais da Pobreza Urbana em Maputo, Mozambique de 2011, 70% dos agregados familiares que estão envolvidos em actividades económicas informais, principalmente a venda de produtos tais como comestíveis e pequenas mercadorias especialmente naqueles agregados familiares chefiados por mulheres, constituindo a base da económica familiar.

A falta de condições higiénicas dos produtos alimentares oferecidos nos comércios informais assim como a falta de higiene e salubridade em alguns dos mercados

⁴ 6,7% da despesa segundo cálculos MPD-DNPO (INE 2004).

municipais constituem factores de risco consideráveis para a saúde a população da cidade de Maputo.

1.2.7 Criminalidade

A criminalidade pode estar condicionada por diferentes fatores socioeconómicos tais como: (i) a falta de ocupação/emprego, (ii) a procura da sustentabilidade em resposta ao custo de vida ou (iii) o consumo de álcool e outro tipo de drogas ou (iv) migração entre outros.

Segundo registros do Comando da PRM da cidade de Maputo os casos criminais registrados nos últimos anos têm diminuído. As principais causas de notificação são os crimes contra a propriedade seguidos de crimes contra pessoas.



Fonte: Comando da PRM da cidade de Maputo

Em 2010, os distritos de Kamphumo e Kalhamankulu concentraram 40,17% e 26,15% respetivamente dos casos registados⁵ e os dois distritos rurais apenas concentraram 1,88% dos casos. O nível de esclarecimentos dos casos registrados segundo a mesma fonte pode-se considerar aceitável, nesse mesmo ano foram esclarecidos 84% dos casos notificados.

Não obstante cabe ressaltar que noa no 2010 existiam 22.894 processos criminais pendentes de resolução em Maputo.

1.2.8 Violência doméstica

A violência doméstica é um tipo de violência baseada no género dirigida principalmente contra a mulher. Até faz pouco tempo situações de violência doméstica eram considerados fenómenos da vida privada, não obstante a sua aceitação tem

⁵ Tribunal Judicial da Cidade de Maputo, 2010

diminuído progressivamente na medida em que tem aumentado o nível de escolaridade e com o melhoramento do estado socioeconómico.

Dados extraídos no IDS de 2011 sobre a cidade de Maputo, revelam que 46,8% de mulheres 28,4% de homens de 15-49 anos de idade casados ou em união de facto já sofreram algum tipo de violência (física, sexual ou emocional) exercida pelo seu parceiro

Salientar que o inquérito indica que a nível geral (nacional) as mulheres com trabalho remunerado, níveis de estudos superiores e as que pertencem ao quintil de riqueza mais elevado tem sido vítimas de algum tipo de violência com mais frequência. No entanto no caso dos homens a maior percentagem se encontra em aqueles que não trabalham, que não tem nenhum nível de estudos e que pertencem ao quintil de riqueza mais elevado, sendo que estes factores influenciam de maneira diferente segundo o sexo da vítima.

Tabela 10. Percentagem de homens e mulheres de 15-49 anos que sofreram violência conjugal

Tipo de violência conjugal	Mulheres	Homens
Violência Emocional	34,5	19,3
Violência física	33,9	13,3
Violência sexual	5,2	8,1
Física e sexual	4,6	3
Física, sexual e emocional	4,1	2
Física, ou sexual ou emocional	46,8	28,4

Fonte: IDS, 2011

1.2.9 Nível de ocupação

Segundo o MPD (2010), estima-se que 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%. No entanto, o tipo mais comum de actividade económica é a informal, venda de produtos comestíveis em pequenas mercadorias.

O estudo sobre *Pobreza Urbana e Desigualdade na Cidade de Maputo*, 2008 revela que dos agregados familiares com rendimento informal, apenas 19.1% dos chefiados por homens e 2,6% dos chefiados por mulheres, possuem rendimento que mais ou menos pode-se considerar aceitável para custear o mínimo das despesas. Também se constata que as mulheres recebem menor rendimento pelo trabalho realizado.

Tabela11. Rendimento Informal Familiar

Rendimento (Mzm)	MCAF	HCAF
< 250	14,9	7,9
251 - 500	12,8	15,8
501 - 750	8,5	5,3
751 – 1.000	4,3	18,4
1.001 – 1.500	6,4	10,5
1.501 – 2.500	19,1	13,2

2.501 – 5.000	14,9	26,3
> 5.000	19,1	2,6

Fonte: MPD, 2008

Nos agregados familiares com rendimento regular 46% da população desenvolve a sua ocupação principal no sector dos serviços públicos, 30% no sector do comércio e serviços e 7% no setor agrícola. Ainda prevalece a falta de ocupação para muitos munícipes em Maputo, facto que associa-se a crise para cobrir as necessidades básicas de vida para muitos munícipes, agravado pelo êxodo campo cidade e a falta de oportunidade de emprego formal que garante a sustentabilidade das famílias. Dos dados apresentados pode concluir que as mulheres não só têm mais dificuldades de acesso ao emprego se não também recebem menos que os homens pelo mesmo trabalho

Tabela12. Rendimento Formal Familiar

Rendimento (Mzm)	MCAF	HCAF
251 - 500	0	5,3
501 - 750	3,4	0
751 – 1.000	8,6	10,5
1.001 – 1.500	10,3	31,6
1.501 – 2.500	19,0	21,1
2.501 – 5.000	34,5	26,3
> 5.000	24,1	5,3

Fonte: MPD 2008

A despesa familiar também é muito elevada e mais de 27% dos agregados familiares recebem ajuda externa, seja em forma de comida ou espécies.

A proporção de mulheres empregadas é muito menor que a proporção de homens. No caso de estar empregadas 79,8% tem um rendimento inferior ao seu conjugue. No que se refere a gestão dos rendimentos produzidos pela mulher apenas em 60,6 % dos agregados a mulher está a gerir dito rendimento, e 31,1 % esta gestão é feita conjuntamente e em 6,6% dos agregados familiares em que a mulher possui rendimento, este é gerido exclusivamente pelo conjugue.

1.1.10 Pobreza

O estudo sobre *Relações Sociais da Pobreza Urbana em Maputo de 2008* revela que, em termos quantitativos a pobreza e a desigualdade no município de Maputo estão a crescer. A redução da taxa de pobreza a nível do país foi maior nas áreas rurais do que nas áreas urbanas e a pobreza está a aumentar na cidade de Maputo, sendo esta mais alta do que a media nacional.

Ao meso tempo os dados revelam um aumento das iniquidades no que se refere as oportunidades de emprego, estruturas físicas, habitação, educação e saúde em que uma grande parte da população de Maputo não se encontra em posição de explorar as oportunidades para melhorar a sua situação e sustentar as duas famílias.

No entanto, de acordo com a mesma fonte, o indicador da pobreza e desigualdade na cidade de Maputo, está relacionado com a combinação dos seguintes fatores: (i) Acesso ao emprego; (ii) Rendimento, (iii) O custo de bens e serviços básicos; (iv) Habitação; (v) Transporte incluindo a alimentação.

O cabaz de consumo aos munícipes de Maputo, no qual se baseia a linha da pobreza, “despesas como comida, habitação, água, eletricidade, educação e saúde”, mesmo não incluídas as despesas “ocultas” como: serviços urbanos, transporte e consumo de álcool, até então, constitui uma despesa considerada muito alta, para muitos agregados familiares. Dai que pode-se atribuir a este aumento da contagem da pobreza, também estar relacionado com o movimento da população onde os habitantes rurais mais pobres trocam os campos pelas cidades à procura de melhor vida ou melhor condições de vida.

1.1.11 Consumo de tabaco álcool e outras drogas.

O consumo de tabaco é considerado muito prejudicial a saúde tanto para o fumador como para as pessoas que estão à sua volta. Segundo o IDS de 2011, dados divulgados sobre o uso de tabaco em ambos sexos na faixa etária dos 15-49 anos, constou que os homens fumam mais que as mulheres, 15,5 % de homens e 1,8% de mulheres fumam esta percentagem é maior nos quintis mais baixos de riqueza.

Tabela 13. Consumo de produtos de tabaco

Características seleccionadas	Sexo	
	Mulheres	Homens
Cigarros	1,0	13,3
Cachimbo	0,1	0,2
Outros Produtos de tabaco	0,7	2,0
Não usa tabaco	98,9	86,0

Fonte: IDS, 2011

Segundo o relatório de actividades da Repartição de Saúde Mental da Direcção de Saúde da Cidade de Maputo, (2012 e 2013) o número de casos diagnosticados com problemas de saúde mental no município, como consequência do consumo de substancias psicóticas, foram 809 e 510 respetivamente. E que só no primeiro semestre de 2014 foram diagnosticados um total de 845, um dado bastante critico.

Numa amostra representativa de 3.265 moçambicanos com idades entre 25-64 anos verificou-se que a prevalência geral de consumo de álcool foi de 28,9% em mulheres e 57,7% em homens⁶.

A facilidade para aquisição de bebidas alcoólicas que são vendidas na mesma rua sem as devidas medidas de fiscalização favorece o consumo, especialmente entre os grupos de população mais jovens, associado também este consumo a outros factores

⁶ Padrao P, Damasceno A, Silva-Matos C, Laszczynska O, Prista A, Gouveia L, Lunet N: **Alcohol consumption in Mozambique: regular consumption, weekly pattern and binge drinking.** *Drug Alcohol Depend* 2011,**115**(1–2):87–93.

tais como a falta de emprego, a falta de locais recreativos, relações de autoafirmação perante de amigos ou factores externos entre outros⁷.

1.1.12 Migração

Segundo CHAUQUE, (2004), estudo sobre o Análise do Crescimento Populacional da cidade de Maputo, dados reportados, indicam que pelo menos 91.376 pessoas terão entrado na cidade de Maputo no período 1975-1980, destas cerca de 90.6% foram imigrações internas de outras províncias do país e 9.4% imigrações de outros países. Tais movimentos imigratórios estavam constituídos na sua maioria por população jovem menor de 30 anos de idade. Consta também, que no período compreendido entre 1992 até 1997, verificou-se um declínio em termos de imigração interna de 34%, o que presume-se que seja influenciado com fenómeno de volta para suas zonas de origem por parte de alguns imigrantes e aumento de 2% de imigrações internacionais.

Segundo RAIMUNDO, (2011), estudo sobre migração e HIV/SIDA em Moçambique, refere que a história de doenças infecto-contagiosas tais como a tuberculose e as doenças de transmissão sexual incluindo o HIV/SIDA merecem uma especial análise, dado que o avanço e a difusão destas doenças estão relacionados com o fenómeno migratório.

A seguir veja o quadro ilustrativo de hóspedes por nacionalidades período 2008-2010.

Tabela 14. Hóspedes, por nacionalidade, no Município de Maputo, 2008-2010

Hóspedes	Período		
	2008	2009	2010
Estrangeiros	110 269	100557	118 601
Nacionais	184 429	174275	202440

Fonte: Perfil Estatístico do Município de Maputo, 2013

1.1.13 Cultura, lazer e desporto

Dados no Perfil Estatístico de 2013 sobre a cidade de Maputo, indicam que em 2010 apenas existiam seis cinemas, 42.054 pessoas tiveram a oportunidade de assistir cinema,

Um outro dado a fazer reflexão, é número de munícipes que visitam pelo menos um Museu. O Museu mais visitado é o Jardim Zoológico atualmente em fase de reabilitação. Contudo, o número de visitantes do resto de museus não pode-se considerar muito alto.

Tabela.15. Visitantes segundo sexo, por museus, no Município de Maputo 2009-20

Museus	Visitantes Nacionais					
	2008			2009		
	HM	H	M	HM	H	M

⁷ Motivações dos Jovens para o Consumo de Bebidas Alcoólicas: Uma análise a partir do Bairro Central, na Cidade de Maputo, Abril de 2007 – projecto de investigação para obtenção do grau de licenciatura em Antropologia na Universidade Eduardo Mondlane

M.Revolução M.Arte	4.527	2.878	1.649	5.920	3.236	2.684
M.Inhaca	301	121	180	630	330	292
M.Moeda	1.360	772	588	1.213	734	475
M.Natural	12.655	6.700	5.955	11.895	6.350	5.545
Jardim Zoológico	14.1796	56.528	85.268	15.5524	67.322	88.202

Fonte: Perfil estatístico 2013

1.1.14 Inequidades

Na cidade de Maputo, os dados estimam em 53,2%, o nível de pobreza e desigualdade, quer disser, indivíduos que estão na condição de difícil acesso as condições mínimas de vida, (comida, água, energia, transporte, habitação condigna, saúde).

No caso dos agregados familiares chefiados por homens, encontram-se em condições de vantagem do dito bem-estar, em relação aos agregados familiares chefiados por mulher⁸. As mulheres tem mais dificuldades de encontrarem emprego formal, do que os homens, devido a limitação dos níveis de educação extremamente baixos em relação aos homens. Os problemas de pobreza na cidade de Maputo podem ser explicados, em parte, pela instabilidade do emprego e pelo tipo de rendimento (tanto formal como informal), afectam as opções das pessoas no que respeita ao planeamento estratégico e despesa

O desemprego, a desigualdade na inserção no mercado laboral e salarial, o analfabetismo e a exclusão económica são muito maiores entre as mulheres do que entre os homens. Sendo a reprodução e outros cuidados privilegiados a mulher, subjacente ao papel social de género, diante das adversidades. Em que muita mulher que se vê a isso, pauta por sexo comercial é muitas vezes a única estratégia de sobrevivência para si e a família.

Infraestruturas básicas a ser erguidas nas zonas urbanas, munícipes vivendo nas zonas rurais, são obrigados a deixarem seus afazeres, deslocando para aceder a uma necessidade básica zona urbana.

Os papéis sociais de género, que submetem a mulher ao pátrio-poder, colocam-na também em condições de desigualdade para a tomada de decisão entre vários aspectos que aflige a mulher (dar conta da sua saúde).

São poucas as famílias que vivem de agricultura, que podia ajudar a reduzir os custos da alimentação, podendo ajudar as pessoas a usarem o dinheiro para fazer face a outras despesas, como por exemplo as despesas relacionadas com saúde e com a educação.

Rede sanitária concentrada na zona urbana do que na zona rural, ainda prevalece distritos rurais com uma fraca distribuição de água canalizada como e caso do distrito da KaTembe, KaNyaka, rede escolar concentrada na zona urbana principalmente as escolas técnicas profissionais e superiores.

Outro dado, importante e a concentração de espaços culturais particularmente no meio urbano e quase inexistente no meio rural, concretamente, (i) uma casa de cinema, (ii) teatro, (iii) recintos desportivos, ou parques para a prática de desporto.

⁸ FDC, 2009

Ainda insignificantes benefícios direccionados para seguimentos populacionais mais vulneráveis, como e o caso de: (i) centro de acolhimento para pessoas para o idoso; meninos de rua e na rua; Cidadãos psicodependentes; portadores de deficiências

1.3 Estado de saúde da população.

1.3.1 Perfil epidemiológico da população

O perfil de epidemiológico de uma população é considerado um indicador relativamente e sensível às condições de vida e ao modelo de desenvolvimento.

O perfil epidemiológico da população de Maputo está marcado por uma dobra influência: **(i)** por um lado o peso das doenças transmissíveis características dos países em vias de desenvolvimento e **(ii)** por outro lado o progressivo aumento das doenças crónicas, próprias das sociedades mais desenvolvidas e urbanizadas. Também devem ser consideradas outras causas de morbi-mortalidade como o aumento dos acidentes de viação. Esta tendência não é exclusiva da cidade de Maputo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2005 foram registados 58 milhões de óbitos, dos quais 35 milhões foram devido a doenças não transmissíveis, representando isto o dobro dos óbitos provocados pelas doenças transmissíveis incluindo HIV/SIDA, malária, mortes maternas e as secundárias a desnutrição

Associado a este fenómeno de transição epidemiológica, está-se produzir também uma transição nutricional, com um aumento no consumo de gorduras, açúcares e produtos derivados animais com uma diminuição do consumo de cereais e fibras, que acompanhado de comportamentos sedentários e outros estilos de vida constituem fatores de risco a considerar.

Tabela 16. Doenças Transmissíveis 2012-2013

Doenças	CASOS NOTIFICADOS					
	2012			2013		
	CASOS	OBTIOS	TAXA LETAT.	CASOS	OBTIOS	TAXA LETAT.
Sarampo	93	0	0.0	32	0	0
Tétano	0	0	0	0	0	0
Malária	55.719	33	0.05	42.394	86	0.20
PFA	12	0	0	11	0	0
Raiva	1.323	0	0.9	1498	1	0.0
Diarreia	47.336	22	0.05	35.847	7	0.01
Disenteria	4.303	0	0	3.396	0	0
Cólera	0	0	0	0	0	0
Meningite	248	12	4.8	200	9	4.5

Fonte: Balanço do PES 2013

A malária continua a ser a primeira causa de morbi mortalidade, e ainda a notificação de casos esteja a diminuir, a sua taxa de letalidade tem tendência a aumentar, seguida das doenças diarreicas agudas (diarreia e disenteria), afetando na sua maioritariamente a faixa etária de crianças menores de cinco anos.

Dos 32 casos suspeitos de sarampo a sua maioria (7 casos) foram notificados no distrito de Kalhamankulu.

1.3.2 Saúde Materno Infantil

A mortalidade materna é um dado que tem merecido especial atenção nos cuidados de saúde no país. Para a cidade de Maputo, estimam-se em 0.04% a taxa de letalidade de mortes maternas por complicações obstétricas indirectas e 8.3% a taxa de letalidade de mortes maternas por complicações obstétricas directas, sendo causas directas: (i) hemorragia ante-parto e pos parto, (ii) pre-eclâmpsia, (iii) eclâmpsia, (iv) retenção da placenta e (v) gravidez ectópica, e causas indirectas: (i) malária, (ii) anemia, e outras

Tabela: 17. Distribuição das Complicações Obstétricas ano de 2013

Complicações Obstétricas Directas	Total	Morte Materna	TL (%)	Complicações Obstétricas Indirectas	Total	Morte Materna	TL (%)
Hemorragia ante Parto	805	7	0.86	Malária	380	1	0.3
Hemorragia Pós Parto	393	13	3.3	Anémia	862	1	0.2
Trabalho de parto arrastado	952	0	0	HIV/SIDA	4524	0	0
Pré-eclâmpsia	4897	1	0.02	Tuberculose	40	0	0
Eclâmpsia	628	4	0.6	Intoxicação por M. tradicional	6	0	0
Ruptura uterina	119	0	0	Outras	1155	2	0
Retenção da placenta	35	1	2.8				
Sepsis	80	0	0				
Gravidez ectópica	281	3	2.0				
Total	8190	29	8.3	Total	6967	3	0.04

Fonte: DSCM, SIS módulo básico, ficha-B03 anual, 2013

Nos últimos anos têm sido feitos grandes esforços para aumentar a sobrevivência materno infantil, verificando-se já alguns resultados motivadores. Contudo, as Taxas de Mortalidade Infantil e Infanto-juvenil ainda que situadas por abaixo da média nacional permanecem ainda altas, a volta de 55.88%, CMM, (2013)

Cerca de 90% da mortalidade em menores de cinco anos é causada por malária, pneumonia, diarreia, sarampo, causas neonatais (prematuridade, asfixia e septicémia neonatal).

A malnutrição e a infeção por HIV/SIDA são causas subjacentes que contribuem com aproximadamente 20% e 15% destas mortes, respetivamente. Os níveis de mortalidade são agravados particularmente pela pobreza, educação materna inadequada, alta fertilidade, espaçamento de nascimentos inadequado e falta de abastecimento de água potável e saneamento.

Dados extraídos no Balanço de 2013, constam que, baixas coberturas, todas elas por abaixo do 80% em alguns serviços básicos considerados de extrema importância para a comunidade, dado que oferecem a possibilidade de implementar actividades promoção da saúde, concretamente: (i) consultas Pré-Natais; (ii) Consultas Pós-Parto e especialmente (iii) 1ª Consulta 1-4 anos.

Tabela 18. Coberturas Saúde Materno Infantil

Actividade	2012	2013
Consultas Pré-Natais	51.246 (86%)	46.101 (76%)
Partos Institucionais	41.949 (78%)	49.833 (92%)
Consultas Pós-parto	31.475 (59%)	30.828 (57%)
Novas Utentes de Planeamento Familiar	50.267 (21%)	52.064 (23%)
1ª Consulta 0-11 meses	34.936 (73%)	35.428 (73%)
1ª Consulta 1-4 Anos	36.011 (23%)	31.733 (20%)
% Mulheres grávidas que receberam pelo menos uma REMTLD na consulta Pré Natal	26.594 (52%)	37.110 (80%)
% Mulheres grávidas que receberam pelo menos duas doses de TIP na Consulta Pré Natal	15.063 (29%)	18.582 (29%)

Fonte: Balanço do PES 2013

A taxa de retorno da CPN é baixa, facto que explica o baixo percentagem de mulheres que receberam duas doses de TIP, outros aspectos a destacar e a baixa distribuição de redes mosquiteiras durante a CPN que não cobre a totalidade de mulheres que realizam consulta.

A fecundidade precoce constitui um dos problemas sociais graves. Segundo o CNDS, (2003), cerca de 40% das jovens com idade entre os 15 e os 24 anos engravidaram pelo menos uma vez e cerca de 15% tiveram duas ou mais gestações. 12,5% dos nascimentos vivos são de jovens de menos de 20 anos dos quais metade não desejados e 41% dos adolescentes do sexo feminino na faixa etária dos 15 aos 19 anos já tiveram relações sexuais; apenas 18% de mulheres e 13% dos homens dos 15 aos 24 anos usam anticoncepcionais nas primeiras relações sexuais.

Analisando a situação de planeamento familiar, o IDS de 2011 indica que a grande maioria de mulheres (99,6%) conhece algum método de planeamento familiar mas 28,9% de mulheres apresentam necessidades insatisfeitas em quanto a métodos de planeamento familiar.

O despiste do cancro da mulher, tem sido um dos principais desafios de saúde na mulher em Moçambique. No município de Maputo existem cinco centros de saúde onde é realizado o despiste do cancro de colo nomeadamente: C.S. Polana Caniço, C.S. do Bagamoio, C.S. do Zimpeto, C.S. José Macamo e CS 1 de Junho.

Em 2013 foram realizados 4.724 despistes do cancro do colo contra 3.277 despistes de igual período do ano transacto, das quais 638 foram positivas contra 254 de 2012, Balanço PES, DSCM, (2013)

1.3.3 Programa Alargado de Vacinação

O Programa Alargado de Vacinação têm-se focalizado tradicionalmente na prevenção das doenças imunopreveníveis por vacinação, tendo como grupos alvos crianças menores de um ano e mães grávidas.

Em relação ao grau de cumprimento das actividades, verificam-se baixas coberturas por abaixo das metas do PES em todos os antígenos, excepto a BCG. Apenas existe um 20% de crianças totalmente vacinadas em 2013 mas isto deve-se a introdução da nova vacina PCV10, facto que alterou o critério de classificação da criança completamente vacinada.

Tabela 19. Coberturas vacinais 2012-13

INDICADOR	2012	2013	META
BCG (0-11 meses)	100%	140%	100%
VAS (0-11 meses)	69%	65%	90%
DPT/HB 1ª dose (0-11 meses)	77%	75%	85%
DPT/HB 3ª dose (0-11 meses)	71%	70%	85%
Índice de Quebra Vacinal			
DPT/HB 1ª -3ª dose	7%	7%	< 10%
DPT/HB 1ª/VAS	11%	15%	<15%
Cobertura de Crianças Completamente Vacinadas			
Crianças Completamente Vacinadas	67%	20%	

Fonte: Balanço do PES , 2013

1.3.4 Malária

A malária continua a ser a primeira causa de morbi mortalidade, e ainda a notificação de casos esteja a diminuir a sua taxa de letalidade tem tendência a aumentar, seguida das doenças diarreicas agudas (diarreia e disenteria), afetando na sua maioritariamente a faixa etária de crianças menores de cinco anos.

Os desafios no combate a malária são diversos buscando maior cobertura tanto em matéria de prevenção como no que no que concerne a disseminação de informação para o controlo do vector, diagnóstico e tratamento, aspectos extensivos ao programa de saúde materno

Abaixa cobertura de tratamento preventivo na consulta pré-natal e a baixa distribuição e redes mosquiteiras são factores a ter em conta, não obstante também é preciso analisar as medidas preventivas que a população adopta.

Segundo o IDS de 2011 na cidade de Maputo apenas 38,7% dos agregados familiares tiveram acesso a uma rede com uma inestada de longa duração e só 50,9% de agregados familiares tinham recebido uma pulverização nos doze meses anteriores ao inquérito. Estas percentagens são inversamente proporcionais ao quintil de riqueza, denotando um menor uso de medidas preventivas nos quintis de população mais pobres.

O mesmo inquérito indica que nos 12 meses anteriores ao inquérito apenas 33% dos agregados familiares dormiam protegidos com uma rede, (42,2 % de crianças menores de cinco anos e 42,1% de mulheres grávidas).

1.3.5 Tuberculose

A tuberculose é uma doença altamente contagiosa e influenciada em grande medida pelas condições de habitação e salubridade da população.

Segundo dados reportados pelo Balanço de 12 meses do PES (2012), em 2013 foram diagnosticadas na cidade de Maputo um total de 7.173 casos de tuberculoses (6.191 casos novos e restante 982 casos foram de ré tratamento) situando a taxa de despiste na ordem do 116%, Balanço de 12 meses do PES-2012

Destacar também o aumento de casos de tuberculose extrapulmonar ou com BK negativo, situação que pode-se explicar dado o alto índice de coinfeção (63%) de doentes com TB e HIV, sendo que a tuberculose é a principal doença oportunista em doentes serro positivos e apresenta também elevadas percentagens de formas atípicas de TB pulmonar com BK negativo.

Tabela 20. Resultados tratamento TB 2011 e 2012

Resultado tratamento	2011	2012
Curados	86%	83%
Tratamento Completo	0% (6)	2%
Óbitos	6%	7%
Abandonos	3%	5%
Transferidos	0%	26%

Fonte: PNLCTL

A taxa de cura para os casos com baciloscopia positiva se situa acima do 80%, e com uma mortalidade na ordem de 7%. Destacar também 5% de abandonos com o potencial risco de contágio que isso supõe assim como a aparição de formas de tuberculose resistente aos tuberculostáticos de primeira linha.

1.3.6 Nutrição

Em 2013 8,2% das crianças nascidas nas Unidades Sanitárias apresentaram baixo peso ao nascer, percentagem ligeiramente superior ao registado em 2012 com 7,4% de crianças. Estas percentagens mantêm-se acima do padrão aceitável de 7%. As principais causas são devidas a cuidados pré-natais deficientes e outras situações como a má alimentação da mulher grávida, consumo de álcool durante a gravidez ou malária durante a gravidez

Em 2013 das 388.592 crianças atendidas nas consultas externas 11.592 (2,98%) registaram mau crescimento, e em 2012 foram atendidas 383.630, tendo registado mau crescimento 13.866 (3.6%), percentagem que se encontra muito abaixo da zona de alarme (16%).

Estão em curso várias actividades para melhora dos indicadores da situação nutricional como suplementos nutricionais nas consultas, desparasitação, educação nutricional nas consultas externas da criança sadia, pré-natal e na própria comunidade, triagem nutricional nas consultas externas da criança sadia e tratamento da desnutrição em crianças usando Plumpy nut, farinha de soja e atribuição de cesta básica.

Tabela 21. Coberturas de suplementos nutricionais

Descrição	2012	2013
Sal ferroso e ácido fólico CPN (6ª entrega)	52%	15%
Sal ferroso e ácido fólico CPP	25%	32%
Mebendazol CPN	85%	56%
Mebendazol em crianças 12-59 meses	46%	41%
Vitamina A crianças 6-59 meses	51%	49%
Vitamina A CPP	76%	80%

Fonte: Balanço do PES 2013

Não obstante a baixa cobertura destas actividades de suplementação é consequência das baixas coberturas nas consultas de saúde materno infantil.

Em 2013 foram internadas um total de 226 crianças com malnutrição grave. A taxa de letalidade da malnutrição continua a ser uma das mais altas embora ter diminuído

Tabela 22. Crianças malnutridas internadas

Hospitais	Casos		Óbitos		Taxa de Letalidade (%)	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
H.J. Macamo	244	96	38	19	15.5	19.8
Ped.Inful	57	18	0	0	0	0
Mavalane	88	112	21	5	23.9	0.4
Total	389	226	59	24	15.1	10.6

Fonte: Balanço PES, 2013

1.3.7 HIV/SIDA e ITS

Moçambique tem cerca de 1,4 milhões de pessoas vivendo com HIV/SIDA, é uma prevalência nacional

O INSIDA 2009⁹ mostrou uma prevalência na cidade de Maputo de 16,8% entre homens e mulheres dos 15 aos 49 anos, sendo 20,5% em mulheres e 12,3% em homens. Estas cifras se encontram acima da media nacional que é de 11,5%, com 13,1% em mulheres e 9,2% em homens.

Situação do TARV na cidade de Maputo

Em 2013 iniciaram tratamento anti-retroviral 87.089 pacientes contra 63.889 em 2012, dos quais 1.156 eram crianças contra 990 crianças de igual período do ano transato, sendo um cumulativo até ao momento 87.089 pacientes.

Tabela. 23. Actividades do PTV

Consultas PN/PTV	2012	2013
1ª Consultas Pré- Natais	38.045	34.697
Nº de CPN seguintes	101.619	83.571
Grávidas Testadas	25.333	27.943
Grávidas Diagnosticadas HIV +	5.029	4.972
Crianças de grávidas HIV+ que foram testadas	4.863	5.004
Crianças de grávidas HIV+ que foram testadas e são HIV +	433	249
% de mulheres testadas	67%	81%
% de mulheres positivas	20%	18%
Nº de mulheres grávidas HIV+ que fizeram profilaxia	6.999	4.288
Nº de mulheres grávidas HIV+ que iniciaram TARV	1.018	2.695

Fonte: Balanço PES, 2013

Um outro dado reportado pelo Balanço PES de 2013 da Direcção de Saúde da cidade de Maputo, sobre ITS, indica que foram atendidos nos serviços de ITS ao nível de Maputo, um total de 53.526 novos casos em 2013, contra 31.304 casos no igual período de 2012, os quais foram todos aconselhados, diagnosticados e tratados segundo os protocolos nacionais. Contudo, um dado constrangedor é o facto de apenas 6.078 em casos (15,1%) foram notificados os contactos USs para cumprir com o seu tratamento

Factores de risco para a contaminação do HIV/SIDA

Os conhecimentos sobre os mecanismos de prevenção do HIV são baixos, muito em particular para o sexo feminino, para além de que, são elevadas as infeções equivocadas acerca do HIV entre os habitantes, incluindo no seio das praticantes da medicina tradicional, CNCS, (2006). A juventude não está bem informada acerca dos

⁹ Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique, 2009

meios de prevenção da infeção pelo HIV, informação disponível, consta que, entre jovens (15-24 anos) somente 18% cita a abstinência como um meio de evitar o risco de infeção pelo HIV.

A idade para o início da actividade sexual para muitas raparigas e rapazes em Moçambique é relativamente precoce, quase um terço dos jovens entre os 15-19 anos já teve a sua primeira relação sexual por volta dos 15 anos, um outro dado que preocupa, é que o uso de medidas de proteção como o preservativo na primeira relação sexual entre jovens de 15-24 anos é quase inexistente, somente 8% das mulheres jovens e 7,8% dos homens jovens o utilizaram na primeira relação sexual.

Outro dado importante é que, para os indivíduos sexualmente experientes, o risco de exposição na última relação sexual é também maior. Mais de metade dos que nunca foram casados afirmam manter relações sexuais, mas menos de metade informaram ter usado preservativo na última relação sexual, CNCS, (2006)

Existem também aspectos sociais de género, que submetem a mulher a uma maior vulnerabilidade como podem ser por exemplo, (i) a desigualdade na negociação do sexo com uso de preservativo, na postergação do acto sexual e na fidelidade; (ii) o sexo inter-geracional/transaccional explorativo e violência doméstica e sexual; (iii) os movimentos migratórios e (iv) A poligamia está tradicionalmente presente em Moçambique como uma norma social.

Finalmente existem outros factores que influenciam na alta taxa de prevalência do HIV em Maputo como por exemplo a existência de grandes paragens e terminais de transporte dentro e na periferia da Cidade. Nestes locais, regista-se uma concentração populacional acima da média, ladeados de diversos serviços, desde restaurantes, barracas, até residências que propiciam um “descanso” aos passageiros.

Estas residências servem igualmente para a prática de relações sexuais transacionais, o que aumenta a vulnerabilidade da população à infeção pelo HIV. Para além disso, a Cidade de Maputo possui maior número de serviços de segurança, unidades policiais, militares e paramilitares móveis e em permanente migração transitória, constante e permanente movimento populacional de pessoas oriundas de todas as províncias do País, bem como de outras partes do Mundo¹⁰.

1.3.8 Doenças não Transmissíveis

A Hipertensão Arterial, AVC, Diabetes, Asma e Traumatismos, são apontadas como as principais doenças registadas no município, como ilustra a tabela 23.

O percurso do perfil destas doenças apresenta tendências de aumentar, principalmente para os traumas, principalmente de acidente de viação, violência, agressões e arma de fogo.

Tabela 24. Doenças não transmissíveis 2012 e 2013

Doença	No.Casos	Evol	Óbitos	Evol	Taxa de
--------	----------	------	--------	------	---------

¹⁰ CNCS, 2012.

	Notificados		(%)	notificados		(%)	Letalidade		
	2012	2013		2012	2013		2012	2013	
Hipertensão	1.752	1.359	-22	9	21	133	0.5	2.0	
AVC/trombose	539	526	-2	79	72	-9	15	14.0	
Diabetes	ID	175	111	-37	7	5	-29	4.0	5.0
	NID	271	229	-15	18	14	-22	6.6	6.1
Asma	5.819	4.830	-17	0	0	0	0	0	
Trauma	25.466	23.514	-8	0	0	0	0	0	

Fonte: SIS, modulo básico, DSCM

1.3.9 Acidentes de viação

Dados reportados no perfil estatístico de 2011 evidenciam embora o número total de acidentes tem vindo a diminuir no período compreendido desde 2006 até 2010, a sua letalidade tem aumentado passando do 9,6% em 2006 até 11,14% em 2010.

Como factores determinantes dos acidentes de viação podemos encontrar o mau estado de vias e automóveis, falta de cumprimento das normas de circulação e o consumo de álcool entre os condutores entre outros.

O cenário adverte a necessidade de medidas severas para os automobilistas de igual modo políticas que tenham em conta prioridades de uso das vias para os peões, assim como os serviços de fiscalização e inspeção como, igualmente sensibilização.

Tabela: 25. Situação de acidente de viação na cidade de Maputo

Designação	2006	2007	2008	2009	2010
Mortos	130	125	106	124	122
Feridos graves	510	487	460	406	425
Feridos ligeiros	761	808	939	739	887
Danos Materiais Avultados	644	558	668	550	485
Danos. Materiais Ligeiros	593	558	923	869	376
Total de acidentes	1341	1253	1424	1276	1095

Fonte: Perfil estatístico de 2010

1.4 Caracterização da Rede Sanitária da cidade de Maputo

1.4.1 Rede sanitária

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

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

Tabela 26. Rede sanitária da Cidade de Maputo por tipo de US

DISTRITO	HE	HG	CSUA	CSUB	CSUC	CSR1	CSR2	TOTAL
----------	----	----	------	------	------	------	------	-------

KAMAVHOTA		1	2	2	3			8
KAMAXAKENI		1	1	1				3
KAMPHFUMO			7					7
KAMUBUKWANE	1		2	3				6
KANYAKA						1	2	3
KATEMBE						1	2	3
NLHAMBANKULU		2	3		1			6
SUB TOTAIS	1	4	15	6	4	2	4	36
PERCENTAGENS	2,78	11,11	41,67	16,67	11,11	5,56	11,11	100,00

Fonte: Mapa Sanitário 2013

Os distritos de Kamahvota, Kamaxakeni e Kamalhambankulu têm um Hospital Geral (ainda quê, neste último, um de eles, o Hospital de Chamanculo, não faz cirurgia). Em cinco distritos não há nenhum hospital público.

Quase a metade, 45% das US, se encontram nos municípios de Kamahvota e Kamphfumo o que não surpreende já quê quase a metade da população (46%), se concentra nestes municípios. O resto está distribuído: 18% em Nhambankulu e, também, 18% em KaMubukwane, 9% em Kanyaka e 9% em Katembe e apenas 6% em Kamaxakeni.

1.4.2 Prestação de serviços

Segundo ilustra a tabela 26 os distritos de Kamaxakeni e Katembe têm a rede mais abrangente, com mais US a oferecer todos os serviços e o distrito de Kamphfumo não regista nenhuma US com serviço de partos e atendimento 24h.

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

A média de 101.179 habitantes por COEB ainda é menor dos 125.000 habitantes, a recomendação mínima da normativa internacional. Não acontece o mesmo com os COEC, os 607.073 habitantes per COEC estão acima da média mínima aconselhável de 500.000.

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

Mais dum terço das US no município, 35%, atendem partos. Quanto às salas de partos atualmente em funcionamento, a disponibilidade é de uma sala para cada 20.135 mulheres em idade fértil, ou para 4.407 partos esperados, o que supõe onze partos por sala de parto e dia. Todas as US que atendem partos têm internamento de maternidade.

Tabela 27. Serviços de CPS por distrito - US em funcionamento

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

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

O volume de actividades sofreu uma evolução positiva influenciada pelo aumento de DOCs e vacinações segundo se pode apreciar na tabela 27.

Tabela 28. Prestação de Cuidados de saúde

Indicador	2012	2013	Evol (%)
Unidades de Atendimento	5.224.053	7.347.408	41%
Unidades de Atendimento/Habitante	4,4	6,1	39%
Consultas Externas	1.885.055	1.883.879	0,1%
Consultas Externas/Habitante	1,7	1,6	-6%

Fonte: Balanço do PES 2013

1.4.3 Acessibilidade aos serviços de saúde

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

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

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

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

CAPÍTULO II. IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE

Os dados recolhidos assim como a análise qualitativa dos mesmos e o processo de auscultação realizado permitem determinar as seguintes situações:

1. A cidade de Maputo vive um intenso processo de urbanização não planificada que favorece a aparição de zonas com situações precárias de salubridade.
2. As doenças transmissíveis continuam a ter um importante peso no perfil epidemiológico da população.
3. As doenças crónicas estão a aumentar de forma considerável devido as mudanças de hábitos da população em relação a alimentação, consumo de álcool, tabagismo, sedentarismo e contaminação ambiental entre outros aspectos.
4. Especial atenção merece os grupos vulneráveis como mulheres, crianças, portadores de doenças crónicas ou população com baixa renda pela situação de iniquidades existentes no que se refere ao acesso aos cuidados primários de saúde.
5. Aparecem causas de mortalidade características dos países e cidades desenvolvidas como o caso dos acidentes de viação.
6. A população de Maputo, e em especial a população infantojuvenil, tem um conhecimento muito limitado das principais causas de morbi-mortalidade e de como prevenir as principais doenças.
7. Desde o SMS ainda se prioriza o enfoque curativo acima do enfoque preventivo.
8. O CMM acaba de receber as competências em matéria de saúde pública e ainda não está definida a Estratégia Municipal de Promoção de saúde e Saúde Comunitária.

Dentro de este cenário foram identificados quatro grupos principais de problemas de saúde.

2.1 Alta prevalência de doenças transmissíveis

O município de Maputo, apresenta uma elevada incidência de casos de DDA's, Malária, Tuberculose, ITS, HIV/SIDA, intoxicações alimentares assim como algumas doenças negligenciadas, concretamente: (i) Helmintíase; (ii) Tracoma; (iv) Tinha, (v) Sarna,

Este perfil epidemiológico, com elevado peso das doenças transmissíveis é causado pela existência de alguns determinantes de saúde:

O Saneamento do meio precário caracterizado por: (i) Consumo de água imprópria; (ii) Deficiente tratamento, acondicionamento e recolha de lixo, (iii) Atitudes e comportamentos dos munícipes que não favorecem condições de salubridade como por exemplo urinar no ar livre, a falta de limpeza de espaços comuns como garagens e valas de drenagem ou a criação de animais nas residências, (iv) O fraco conhecimento

e observância de medidas de prevenção individual e colectiva dos munícipes, (v) As condições precárias de habitação, derivadas do processo de urbanização acelerado e pouco planificado que a cidade está a sofrer.

Não observância de medidas de higiene no manuseio de produtos alimentares, situação que se observa: (i) Na confecção de alimentos em locais impróprios vendidos em mercados informais e na rua. (ii) Dado ao elevado número de mercados e restaurantes com oferta de refeições com duvidosas medidas de higiene na manipulação dos alimentos, (iii) Deficiente fiscalização e controlo de produtos vendidos, abates de animais em condições precárias e o mau manuseamento dos resíduos sólidos e líquidos especialmente nos mercados.

Acesso limitado aos cuidados primários de saúde: das poucas Unidades Sanitárias que o município possui, associado a insuficiência dos recursos humanos específicos e materiais (equipamento), os utentes tem clamam por permanencia de longas horas para aceder a uma triagem de consulta geral. Atribuem se também aos tabus sociais, que condicionam a recorrer ao tratamento tradicional e que em última instância procuram os cuidados de saúde.

A **taxa de abandonos** no tratamento de algumas doenças como a Tuberculose, na ordem dos 5%

Situações de **iniquidade** aliadas a pobreza, onde muitos munícipes são vistos a pautar estilos de vida que comportam riscos param a sua saúde.

Migrações, aliado ao fenómeno de pobreza urbana, sobre tudo para os jovens à procura de um aparente bem-estar, muitos deles são forçadas à prostituir ou mesmo servir de esposa; de um lado, estão as mulheres que dificilmente podem solicitar o uso do preservativo aos seus maridos que regressam infectados e, de outro, as mulheres que emigram para trabalhar como domésticas e ficam mais ainda vulneráveis a todo o tipo de exploração e abusos.

Praticas sexuais inseguras especialmente em adolescentes como o inico precoce das relações sexuais que traz consequências como elevada prevalência de HIV e ITS ou gravidezes precoces

2.2 Problema de saúde ligada aos estilos vida não saudáveis.

As doenças crónicas estão a aumentar de forma considerável devido às mudanças de hábitos da população em relação a alimentação, consumo de álcool, tabagismo, sedentarismo e contaminação ambiental entre outros aspectos. Evidencia-se também um aumento da morbi-mortalidade atribuível a causas próprias de médios urbanos desenvolvidos, como por exemplo os acidentes de viação. Outros problemas de saúde identificados são aumento de casos de acidente vascular cerebral (AVC), hipertensão arterial, diabetes e asma e também um aumento considerável de caos de violência na comunidade, especialmente os casos de violência doméstica.

Apontados como os principais factores determinantes deste aumento podemos encontrar os seguintes aspectos:

- Hábitos de vida não saudáveis como de alimentação, consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e outras drogas
- Sedentarismo.
- Falta de priorização de políticas de promoção de saúde.
- Falta de espaços de lazer para a prática de atividade física e outras actividades culturais acessíveis a jovens e aos munícipes em geral.
- Falta de controlo sobre a venda e consumo de bebidas alcoólicas e tabaco.
- Aumento progressivo do parque móvel do município, acompanhado de uma falta de cumprimento do regulamento de viação por parte dos condutores.

- Fracas condições de segurança pública em determinadas zonas do município
- Baixas taxas de despiste de doenças crónicas.
- Fraca implementação de condutas preventivas.

2.3 Problemas de Saúde Materno Infantil

Dado que o perfil demográfico do município está caracterizado por uma população jovem (33,42% corresponde a população menor de 15 anos) e a faixa etária com mais população corresponde a compreendida entre 15 até 19 anos com 11,31% da população, os indicadores de saúde materno-infantil são chaves para o bom estado de saúde geral dos munícipes. Por outro lado ao longo da análise da realidade também foram identificadas iniquidades baseadas no género, pelo que o grupo de mulheres e crianças devem ser considerados como grupos prioritários no desenho de intervenções de promoção da saúde.

Os principais problemas identificados nestes coletivos foram, entre outros: gravidez precoce, elevada percentagem de baixo peso ao nascimento, malnutrição infantil e desnutrição materna; baixas coberturas de retorno na consulta Pré – Natal, o que impede o adequado seguimento das gestantes; fraca aderência aos métodos de planeamento familiar; a mortalidade materna elevada; registo de casos de cancro na mulher (Côlo do útero e da mama) e baixas coberturas de imunização em crianças menores de um ano.

Apontados como os principais factores determinantes destes problemas encontramos:

- Início precoce das relações sexuais
- A violação sexual no seio das comunidades.
- O nível de vida dos munícipes, aliado à pobreza, o custo de vida é alto para muitos munícipes.
- Tabus sociais afectam o acesso a determinados serviços de saúde como por exemplo serviços de planeamento familiar ou imunização.
- Falta de informação sobre algumas medidas de prevenção de doenças como por exemplo educação nutricional ou vantagens da imunização entre outras.

2.4 Problemas relacionados com a prestação de serviços de saúde

O pacote de prestação de serviços oferecidos assim como a utilização do mesmo por parte dos munícipes é um elemento fundamental para a implementação de programas de promoção da saúde. Na medida em que as coberturas dos cuidados primários da saúde aumentem poderá providenciar uma maior cobertura das actividades de promoção e prevenção.

Neste sentido tem sido identificado problemas como: (i) falta de recursos humanos qualificados nas unidades sanitárias, consequentemente uma fraca qualidade de prestação serviços de saúde humanizados; (ii) mobilidade humana e insuficiência de informação por parte das populações que se tem refletido em grande medida nas baixas coberturas em alguns serviços chave antes mencionados ou fraca capacidade de tomada de decisão baseada na evidência que possibilitem intervenções mais eficazes em matéria de promoção da saúde entre outras

O processo de transferência de funções e competências do CMM se encontra numa fase incipiente e apresenta muitos desafios determinantes desta situação:

- A limitação dos recursos financeiros.
- Fraquezas na planificação e priorização de intervenções.

- Fraca capacidade de análise da realidade sanitária mediante sistemas de informação eficazes.
- Fraca coordenação dos actores do sector em todos os níveis.
- Fracas capacidades dos recursos humanos em matéria de saúde pública e promoção da saúde

CAPITULO III. ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO PARA A SAÚDE

1. Objectivos

1.1 Objectivo Geral

Melhorar o estado de saúde dos munícipes de Maputo através de acções de protecção, prevenção e promoção da sua própria saúde e adoção de estilos de vida saudáveis.

1.1 Objectivos específicos

- 1) Dotar aos munícipes de Maputo de capacidades e conhecimentos em relação aos principais problemas de saúde pública que lhes permitam promover a sua saúde individual e coletiva.
- 2) Reforçar as capacidades e conhecimentos dos profissionais de saúde e de outros sectores de conhecimentos e capacidades técnicas para a planificação, implementação e monitoria de actividades de promoção e prevenção da saúde.
- 3) Reforçar a comunidade a traves da estratégia de envolvimento comunitário para a implementação de acções de promoção e prevenção da saúde no seio da comunidade.
- 4) Incentivar demanda de Cuidados Primários de Saúde por parte da população.

2. Resultados e metas esperados

OE1. Dotar aos munícipes de Maputo de capacidades e conhecimentos em relação aos principais problemas de saúde pública que lhes permitam promover a sua saúde individual e colectiva.

Resultado 1:

Implementadas campanhas de sensibilização massiva para os cidadãos de Maputo em relação aos principais problemas de saúde pública.

Metas:

- I. Realizar 14 campanhas de sensibilização massiva por ano a ser realizadas, sendo que cada distrito deve realizar 2 (duas) campanhas ano, sobre os principais problemas de saúde pública, (Prevenção de DT, DN, Violência)
- II. Realizar 48 sessões de sensibilização por ano sobre os principais problemas de saúde pública (Sobre saúde ocupacional, DT e DNT) dirigidas aos trabalhadores nas diferentes instituições de trabalho existentes em cada distrito municipal
- III. Realizar um total 310 sessões de sensibilização por ano sobre os principais problemas de saúde pública (Prevenção de DT, DNT, PF e deveres e direitos do Utente) dirigidas aos utentes nas USs existente em cada distrito municipal

- IV. Elaborar 3 mensagens chaves por ano sobre principais problemas de saúde pública (prevenção de DT, DNT e Imunização) e disseminação nos órgãos de comunicação Social (jornal, TV, Rádio e, também, nas redes de telefonia Móvel).
- V. Realizar 3 campanhas publicitárias por ano com mensagens dos principais problemas de saúde (prevenção de DT, DNT e Imunização) através dos transportes públicos
- VI. Disseminar 3 mensagens por ano através de painéis nos prédios, nas paragens e com reclames luminosos dos principais problemas de saúde (prevenção de DT, DNT e Imunização).
- VII. Realizar 28 actividades de sensibilização por ano dirigida homens e mulheres sobre planeamento familiar nas sedes de OMM do distrito.
- VIII. Realizar 28 actividades de sensibilização por ano dirigida os Pais e Mães sobre violência doméstica.
- IX. Realizar 28 actividades de sensibilização por ano dirigidas aos homens sobre o cancro da próstata nas sedes distritais de saúde
- X. Realizar um inquérito por ano para apurar o impacto das mensagens de promoção por parte dos munícipes
- XI. Realizar uma apresentações por ano dos resultados das campanhas de sensibilização ao CMM, MISAU, MINED e outras instituições de interesse.

Resultado 2.

Implementados programas de educação/sensibilização dirigidos aos adolescentes jovens e pré-adolescentes nas escolas, para prevenir hábitos não saudáveis, para reforçar a alimentação, prática de desporto e prevenção das principais doenças de transmissão sexual

Metas:

- i. Realizar 1 feira por ano de saúde por nas escolas do primeiro e segundo ciclo para prevenir hábitos não saudáveis.
- ii. Prover 10 os serviços de SAAJ alternativos para específicos em 2015, para que implementem os programas de educação para a saúde para a prevenção de doenças transmissíveis e não transmissíveis
- iii. Elaborar duas brochura em 2015 com mensagens de promoção da saúde dirigidas aos adolescentes jovens e pré-adolescentes para serem, distribuídas nas escolas
- iv. Realizar formação dirigida aos 34 responsáveis do ZIPs em 2015 para a implementação da brochura de promoção para a saúde nas escolas
- v. Realizar 8 formações de replica em 2015 por partes dos responsáveis dos ZIPs dirigida aos directores pedagógicos das escolas de ensino primário e secundário
- vi. Criar de uma ferramenta de monitoria das réplicas destas formações em 2015
- vii. Implementar em 100% ate 2018 programas de promoção para a saúde nas escolas primárias e secundárias
- viii. Realizar estudo de impacto do programa num número determinado de escolas o primeiro e o ultimo ano do Plano

Resultado 3:

Melhoradas as condições de salubridade de mercados municipais através de acções formativas dirigidas aos pequenos comerciantes e vendedores informais.

Metas:

- i. Realizar 28 sessões de sensibilização por ano sobre o correcto uso de sanitários dirigidos aos operadores de sanitários públicos nos mercados,
- ii. Realizar 28 sessões de sensibilização por ano sobre o correcto manuseio dos resíduos sólidos, tratamento de lixo aos comerciantes nos mercados, vendedores ambulantes, incentivando limpezas regulares
- iii. Realizar 28 sessões de sensibilização por ano dirigidas aos pequenos comerciantes e vendedores ambulantes sobre o correcto manuseio e comercialização de alimentos
- iv. Realizar 28 sessões de disseminação por ano de normas sobre o abate de animais nos mercados municipais e matadouros.
- v. Promover a eleição de um Mercado Modelo por ano em colaboração com outros sectores do município (Pelouro de Mercados e feiras, Pelouro de Solubilidade)
- vi. Promover 42 a fiscalização e inspeção por ano juntos aos polícias municipais e CHA setores de direito no CM, dirigido aos comerciantes e industrias que põem em risco a saúde pública dos munícipes nos mercados1/ano

OE2. Reforçar as capacidades e conhecimentos dos profissionais de saúde e de outros sectores para a planificação, implementação e monitoria de actividades de promoção e prevenção da saúde.

Resultado 1:

Criada a Comissão Multisectorial de promoção de saúde do Município de Maputo

Metas:

- i. Elabora um TdR para a criação da comissão multisectorial, para a promoção de políticas públicas viradas ao melhoramento da saúde da comunidade
- ii. Contactar 7 setores considerados atores chaves no CMM para a promoção de políticas públicas viradas ao melhoramento da saúde da comunidade (membros a fazer parte da comissão multisectorial)

Resultado 2:

Capacitados os técnicos de saúde e outros actores em matéria de planificação, metodologias participativas, implementação e monitoria de acções de promoção/educação para a saúde nas comunidades.

Metas:

- i. Capacitar 29 Responsáveis em 2015 dos Programas, Saúde da comunidade e envolvimento comunitário da DSMSAS em matéria de planificação, implementação, metodologia e monitoria de programas de promoção da saúde da comunidade;

- ii. Elaborar um plano de formação junto aos Responsáveis dos Programas, Saúde da comunidade e envolvimento comunitário da DSMS para replica dos conhecimentos adquiridos
- iii. Capacitar 10 técnicos municipais de serviços complementares em 2015 (Salubridade, Mercados e feiras, Policias Municipal, Infraestrutura, Gabinete Educação Cívica, Acção social, Educação, e outros) em matéria de planificação, implementação, metodologia e monitoria de programas de promoção da saúde da comunidade
- iv. Criar uma de ferramentas de monitoria das réplicas destas formações em 2015

OE3. Reforçar a comunidade através da estratégia de envolvimento comunitário para a implementação de acções de promoção e prevenção da saúde no seio da comunidade.

Resultado 1:

Capacitadas estruturas comunitárias, concretamente, secretários dos bairros, comités de saúde e ACS para a identificação dos problemas de saúde participar na tomada de decisão de acções para a solução de seus próprios problemas de saúde.

Metas

- i. Capacitar em 100% os secretários dos bairros ate 2018 para a identificação dos problemas de saúde e participar na tomada de decisão de acções para a solução de seus próprios problemas de saúde,
- ii. Capacitar em 100% os comités de saúde ate 2018 para a identificação dos problemas de saúde e participar na tomada de decisão de acções para a solução de seus próprios problemas de saúde
- iii. Capacitar 70 ACS por ano para a identificação dos problemas de saúde e participar na tomada de decisão de acções para a solução de seus próprios problemas de saúde

Resultado 2:

Realizadas jornadas de limpezas nos bairros para prevenção de doenças.

Metas

- i. Realizar 28 jornadas de limpezas por ano nos bairros para a promoção da saúde
- ii. Promover a eleição de 7 bairro modelo por ano em colaboração com a vereação do distrito

OE4. Incentivar a demanda de Cuidados Primários de Saúde por parte da população.

Resultado 1:

Formados os APEs para levar a cabo acções de promoção/educação para a saúde na comunidade, que incentivam a demanda dos munícipes aos CPS.

Metas

- i. Formar 25 APEs em 2015 sendo 15 para Katembe e 10 Kanyaca em 2015 para levar a cabo acções de promoção de saúde, que incentivam a demanda dos munícipes aos CPS.

Resultado 2.

Elaborados e implementados protocolos direccionados a melhoria da qualidade do atendimento nas Unidades sanitárias.

- i. Elaborar e implementado um protocolo por ano sobre o atendimento humanizado nas USs sobre tudo para os idosos, portadores de deficiências físicas e visuais para a melhoria da qualidade de atendimento nas Uss
- ii. Elaborar e implementado um protocolo por regula a e implementados sobre atenção hospitalar ao idoso, portador de deficiência cidadãos carenciados
- iii. Elaborar implementado um protocolo por ano sobre monitoramento da qualidade do atendimento nas USs e eleição da USs modelo do distrito

3. Componentes da estratégia

Entende-se a promoção para a saúde como um processo de capacitação da comunidade para actuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.

As acções irão-se concretizar em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos, como por exemplo o hábito de fumar, a dieta, as actividades físicas, a direcção perigosa no trânsito e por outro lado em componentes de modificação do meio como a melhoria das condições de saneamento básico.

Um das características primordiais da estratégia é a diminuição das iniquidades em saúde, quer disser, dispor da capacidade para atingir o máximo potencial de saúde independentemente do grupo social ao que se pertença, evitando assim as diferenças em saúde entre os diferentes grupos sociais por serem estas necessárias, injustas e evitáveis. Desta maneira as intervenções propostas no Plano de Promoção de Saúde serão direccionadas a todos os colectivos, com especial ênfase a aqueles grupos identificados como mais vulneráveis como mulheres, crianças, jovens, idosos ou outros colectivos identificados.

Desta maneira as estratégias identificar estariam baseadas em cinco pilares:

- Educação para a saúde.
- Comunicação para a saúde.
- Fortalecimento das capacidades do CMM
- Envolvimento Comunitário
- Advocacia em Saúde.

3.1 Educação para a saúde.

Processo de capacitação das pessoas a nível individual e o colectivo com o objectivo de aumentar os seus conhecimentos sobre a saúde e melhorar a suas condições de vida dotando de capacidades para identificar e autodirigir os factores que aumentam o controlo do individuo sobre a sua saúde.

As acções desta estratégia serão principalmente acções educativas relacionadas com riscos comportamentais e susceptíveis de mudanças levadas a cabo por diversos atores como profissionais de saúde, profissionais de ensino, líderes comunitários e outros gestores da função pública previamente formados como educadores e promotores de saúde.

A divulgação da informação e as actividades de educação para a saúde devem ser realizadas nas instituições de saúde, instituições de ensino, comunidade e outros locais identificados como prioritários tais como quartéis, cadeias, mercados entre outros.

Intervenções previstas:

Acção de Desenvolvimento e fortalecimento das medidas de educação para saúde:

- (i) Intensificar acções intersectoriais com Direcção Municipal de Educação, Infra-estrutura, Solubilidade e Cemitérios, Trabalho e Mercados entre outros para a integração de programas de educação para a saúde.
- (ii) Formar profissionais de saúde das diferentes categorias do município de Maputo em educação para a saúde.
- (iii) Formar os profissionais dos serviços complementares (técnicos de saneamento, mercados, feiras, acção social entre outros) como pontos focais em matéria de promoção da saúde.
- (iv) Capacitar os Agentes Polivalentes Elementares, praticantes de medicina tradicional e outros actores chave da comunidade em matérias relacionadas com a educação para a saúde de forma a estes sejam promotores de boas práticas na comunidade.
- (v) Coordenar com a Direcção Municipal de Educação a integração de programas de educação para a saúde nos currículos escolares.
- (vi) Promoção de ambientes seguros e saudáveis, com ênfase especialmente nas escolas, e “bairros modelo” através da criação de espaços com grande potencialidade para a difusão de informações que gerem atitudes nos alunos, famílias e na comunidade.
- (vii) Integrar nos serviços de adolescentes e jovens (SAAJ’s), a componente de educação para a saúde para a prevenção e controle de consumo de tabaco e álcool.
- (viii) Produzir material IEC para as comunidades em matéria de promoção de estilos de vida saudáveis, promoção de saúde, educação nutricional, saúde materno-infantil, higiene e saneamento, prevenção de doenças transmissíveis e não transmissíveis.
- (ix) Desenvolvimento de actividades de educação para a saúde nas unidades sanitárias e no local de trabalho.
- (x) Intensificar no SAAJ/SEA, os programas de educação para a saúde para a prevenção do consumo de tabaco, álcool e outras drogas.
- (xi) Identificar dentro da comunidade indivíduos para servir de modelos dentro das comunidades para promover estilos de vida saudáveis, educação nutricional, higiene e saneamento, prevenção de doenças;

Acções de prevenção e controlo de doenças:

- (i) Aumentar as coberturas de vacinação de rotina aos grupos alvos através de brigadas móveis.
- (ii) Promover acções para o controlo de vectores e reservatórios.
- (iii) Educação nutricional na comunidade com especial ênfase no aleitamento materno exclusivo.
- (iv) Campanhas nos bairros de despiste e tratamento precoce da má nutrição infantil.
- (v) Promover a realização de campanhas de limpeza nos bairros e outros espaços públicos.
- (vi) Busca activa de abandonos de tuberculose e TARV.
- (vii) Intensificar as acções de promoção da saúde e prevenção das doenças e acidentes mortais e /ou geradores de incapacidades como AVCs, traumatismos

(incluindo acidentes de viação e violência doméstica), assim como doenças relacionadas com o consumo de tabaco, álcool, cancro, diabetes, asma e outras doenças crónicas negligenciadas.

3.2 Comunicação para a saúde.

Utilização de estratégias de comunicação para informar e influenciar as decisões dos indivíduos das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde; advogar para políticas e programas de promoção da saúde; promover mudanças positivas no ambiente; melhorar a oferta de serviços de saúde e beneficiar comportamentos sociais que beneficiem a saúde e a qualidade de vida.

De modo a aumentar o impacto da estratégia de comunicação serão utilizados diversos meios de comunicação como rádio, televisão, comunicação interpessoal (profissionais sanitários, educadores, líderes comunitários, grupos teatrais...) e outros meios de comunicação como cartazes, grandes publicidades, panfletos e rede de telefonia móvel entre outros.

Intervenções previstas:

- (i) Promover formações específicas sobre metodologias de educação para a saúde e técnicas de comunicação e aos provedores das actividades educativas de promoção e prevenção da saúde.
- (ii) Desenhar spots TV, rádio, material gráfico.
- (iii) Trabalhar com as empresas de telefonia móvel para a disseminação de mensagens de matéria de saúde para prevenção e mudança de comportamento.
- (iv) Campanhas massivas de informação e sensibilização cidadã através de meios de comunicação social.
- (v) Realizar feiras de saúde promovendo sessões de educação, despiste de doenças crónicas e realização de actividade física.
- (vi) Impulsionar a realização de teatros, projecção de vídeos, debates em grupos sociais específicos sobre promoção de saúde.
- (vii) Realizar actividades de avaliação do impacto das campanhas.
- (viii) Realizar apresentações públicas dos resultados das campanhas ao CMM, MISAU, MINED e outras instituições e meios de comunicação.

3.3 Fortalecimento das capacidades do CMM

Apesar de ter-se materializado a transferência de funções e competências do CMM ao 15 de Fevereiro de 2013, até a data não estão ainda completas, faltando a transferência da gestão administrativa e financeira, devido ao carácter incipiente do processo o qual apresenta muitos desafios: (i) A limitação dos recursos financeiros; (ii) ainda em processo de planificação e priorização de intervenções; (iii) a fraca capacidade de análise da realidade sanitária mediante sistemas de informação eficazes; (iv) a fraca coordenação dos actores do sector em todos os níveis.

Por outro lado a análise da realidade realizada, constata que a maior parte dos factores determinantes da saúde estão além do sector da saúde, facto que implica um enfoque multisectorial, estabelecendo parcerias com outras instituições e sectores, pelo que é indispensável, maximizar os escassos recursos existentes e poder assim atingir os objectivos delineados com o menor investimento.

O CMM deve ter as habilidades institucionais necessárias para impulsionar uma política de promoção da saúde clara e com impacto na comunidade com o objectivo final de melhorar o estado de saúde dos seus munícipes.

Intervenções previstas:

- (i) Realização de Planos Operativos Anuais orçamentados em base ao Plano de Promoção de saúde.
- (ii) Sensibilizar ao sector sanitário e não sanitário sobre a importância da promoção para a saúde.
- (iii) Melhoria da qualidade de prestação de serviços através da implementação de programas de humanização do atendimento sanitário que vissem ao aumento da demanda dos serviços de saúde por parte da população.
- (iv) Promover acções e parcerias intersectoriais na abordagem dos problemas e potencialidades em saúde, ampliando parcerias e compartilhando soluções na construção de políticas públicas saudáveis.
- (v) Criação de ferramentas para monitoria das actividades de educação e promoção de saúde realizadas.
- (vi) Incorporação da informação das actividades de educação para a saúde no Sistema de Informação sanitária (SIS)
- (vii) Criação da Comissão Municipal Intersectorial para a Promoção da saúde na cidade de Maputo.
- (viii) Realização de encontros de monitoria e avaliação do Plano de Promoção da saúde.

3.4 Envolvimento Comunitário

A participação comunitária é um instrumento necessário para melhorar a saúde da população e aumentar a capacidade de intervenção nos determinantes de saúde.

Torna-se necessário trabalhar com as comunidades com o objetivo de Consciencializar a participação comunitária no processo de diagnóstico dos problemas de saúde e suas soluções, reforçando a formação e a consolidação de redes sociais e protetoras.

Com especial importância se trabalhara com a comunidade na promoção da equidade, encorajando a participação activa das mulheres e outros grupos vulneráveis nas reuniões comunitárias e em iniciativas que incentivem a responsabilidade de todos os membros da comunidade nos cuidados de saúde.

Intervenções previstas:

- (i) Capacitar os profissionais sanitários e de outros sectores em técnicas de mobilização comunitária, promoção e monitoria das actividades de prevenção no seio das comunidades.
- (ii) Capacitar as comunidades na identificação, análise e tomada de decisões sobre os seus problemas de saúde.
- (iii) Estabelecer os comités de gestão nas Unidades Sanitárias.
- (iv) Criar comités de saúde ao nível dos bairros e garantir o seu correto funcionamento.
- (v) Realização de encontros regular entre os responsáveis das Unidades Sanitárias e os representantes dos bairros.
- (vi) Revitalização do programa de APEs, incluindo planos de formação continua e acompanhamento das actividades realizadas.
- (vii) Criação de mecanismos de monitoria e avaliação das actividades dos APEs, DOTs, PTs e outros agentes comunitários existentes.

- (viii) Promover a criação de Grupos de Ajuda Mutua (GAM) e outras redes de apoio social em áreas identificadas como prioritárias.

3.5 Advocacia em Saúde

Há necessidade de efectuar campanhas de advocacia levadas a cabo por indivíduos ou grupos organizados e outros atores sociais que procurem influir sobre as autoridades para reivindicar direitos na área da saúde, principalmente em benefício da parcela da população menos favorecida e acções relacionadas aos determinantes de saúde como desemprego, poluição, transporte e segurança entre outros.

Intervenções previstas:

- (i) Incorporar nas planificações estratégicas do Conselho Municipal de Maputo (CMM) e a sua Direcção Municipal de Saúde e Acção social (DMSAS) como prioridade a promoção da saúde e todas as acções encaminhadas à melhoria da saúde comunitária.
- (ii) Promover o estabelecimento de políticas públicas integradas em favor da qualidade de vida.
- (iii) Elaborar e implementar regulamentos e normativas que visem a produção da saúde, incluindo medidas de controlo de consumo de álcool e tabaco.
- (iv) Incentivar a participação social no processo de decisão e gestão das políticas públicas de saúde.
- (v) A Política de Comunicação em Saúde é uma das prioridades na medida em que serão empreendidos esforços para torná-la uma ferramenta essencial na mudança de paradigma, incorporando definitivamente as informações de saúde/doença como modificadoras da condição de vida dos munícipes.
- (vi) Intensificar acções de sensibilização e capacitação de diferentes actores para promoção da equidade em saúde, com vista a redução das iniquidades, em especial ao género, etnias, classes sociais, situação de moradia, entre outros determinantes sociais da saúde, articulando diferentes segmentos do governo e entidades da sociedade civil na criação e implementação dessas políticas.
- (vii) Influenciar o governo para a criação de áreas públicas adequadas e seguras, a organização do espaço urbano quanto às possibilidades de disponibilidade de banheiros e bebedouros, investimento em segurança pública, iluminação, entre outros aspetos.

4. Principais áreas de acção

As intervenções propostas neste plano estão dirigidas a transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os nos seios da família e outros grupos sociais da comunidade em que se encontrem.

Tradicionalmente as actividades de promoção da saúde se tem vindo a desenvolver desde o SNS através dos seus profissionais nas Unidades Sanitárias e também através de elementos chave na comunidade como ACS, activistas ou líderes comunitários que tem vindo a realizar actividades educativas de prevenção e promoção da saúde.

Este plano pretende oferecer uma nova abordagem onde, tendo em conta o enfoque integral da saúde, as actividades iram-se direccionar em diferentes áreas chave, com

acções extensivas que iniciem na comunidade, nos mercados, nas escolas, e nos locais de maior concentração da população.

As intervenções serão implementadas de forma transversal em todos os sectores identificados como sectores chave no que se refere aos principais determinantes de saúde, sendo fundamental para esta abordagem, o estabelecimento de parcerias entre as diferentes Direcções Municipais e outros actores da sociedade civil

Na comunidade:

- Aplicar metodologias participativas nas comunidades.
- Adequar os materiais IEC as necessidades específicas das comunidades e/ou grupos.
- Promover práticas sanitárias chave a nível individual, familiar e coletivo.
- Mobilizar as comunidades para a implementação de actividades de promoção e protecção da sua própria saúde.
- Estabelecer comités de saúde ao nível dos bairros.
- Capacitar APEs e outros actores comunitários.
- Incentivar campanhas sobre a promoção de hábitos saudáveis como o desporto, alimentação e outros.
- Incentivar acções de prevenção da violência doméstica.

Saneamento do meio

- Melhorar a coordenação entre o sector saúde e as instituições ligadas a provisão de água.
- Advogar para uma melhor e mais efectiva recolha de lixo.
- Incentivar a realização de campanhas de limpeza nos bairros e espaços comunitários.
- Realização de campanhas massivas sobre boas práticas em saneamento ambiental como tratamento de lixo doméstico, ou defecar e urinar na rua.
- Incentivar a criação de “bairros modelos” como bairros livres de lixo e modelos de boas práticas em saneamento ambiental.
- Campanhas de sensibilização sobre a criação de animais no espaço doméstico.

Nas escolas:

- Ampliar a cooperação com o MINED e outras instituições na inclusão mais detalhada das actividades de promoção de saúde nos currículos escolares.
- Capacitar os professores e técnicos da saúde, e outros implementadores do programa em matéria de SEA, incluindo assuntos de género, SSR, prevenção HIV/SIDA e nutrição.
- Promover a higiene individual e colectiva nas escolas.
- Promover hábitos alimentares correctos nas escolas através das hortas escolares.
- Promover a prática do exercício físico nas escolas
- Desenvolver e/ou melhorar os mecanismos de encaminhamento de alunos e a comunidade escolar em geral, aos serviços de saúde Identificação e encaminhamento de crianças com problemas de saúde.
- Envolver os Conselhos de País na planificação e desenvolvimento das intervenções em saúde escolar.
- Desenvolver materiais orientadores e de Informação Educação e Comunicação (IEC) apropriados.

Mercados e negócios

- Realizar um mapeamento dos locais e negócios que supõem risco para a saúde pública.
- Promover a fiscalização e inspecção de negócios em especial aqueles que possam supor um risco para a saúde como o caso dos mercados.
- Promover o correcto manuseio dos resíduos sólidos dos comércios e tratamento de lixo.
- Regular e emissão de produtos tóxicos por parte das indústrias e comércios.
- Actividades de capacitação sobre o correcto manuseio e comercialização de alimentos dirigida aos vendedores ambulantes e pequenos comerciantes.
- Incentivar campanhas de limpeza nos mercados.
- Estabelecimento de “mercados modelos” como exemplo de boas práticas no âmbito de saneamento ambiental e higiene.
- Intensificar as actividades de fiscalização de mercados municipais para assegurar a correcta aplicação de medidas de saneamento do meio.
- Estabelecer e aplicar normativas sobre o bate de animais nos mercados municipais e matadouros.

Nos locais de trabalho:

- Difundir medidas de saúde laboral.
- Estabelecer normativas que regulem as condições de segurança no local de trabalho.
- Incentivar acções de educação para a saúde no local de trabalho.

Forças da ordem pública:

- Realização de campanhas de seguridade vial.
- Intensificação do controlo do consumo de bebidas alcoólicas nos condutores.
- Realização de campanhas de educação cívica, com especial ênfase na problemática de violência doméstica.

4.1 Componente da promoção para a saúde nos programas de saúde pública

O SNS como principal provedor dos cuidados primários de saúde que compreendem actividades de promoção da saúde, educação sanitária, prevenção das doenças, assistência sanitária, recuperação da saúde assim como actividades de reabilitação. A componente de prevenção e promoção de saúde deverá ser visível em todos os programas de saúde pública, providenciando intervenções polivalentes e resolutivas para dar resposta aso problemas de saúde da população no seu conjunto.

Na área da saúde Sexual e Reprodutiva (SSR):

- Promover o envolvimento do homem nos assuntos de Saúde Sexual e Reprodutiva.
- Promover o planeamento familiar.
- Promover o parto institucional.
- Promover a consulta pré e pós-natal.
- Promover a prevenção da Transmissão Vertical da Mãe para o Filho.

Na área de Saúde Infantil:

- Promover o controlo de crescimento e desenvolvimento sadio da criança (cartão de peso e das vacinas e administração de micro nutrientes, caso da Vitamina A, Ferro e Iodo).
- Promover o desenvolvimento mental e social da criança e prevenção de acidentes.
- Promover a identificação de sinais de perigo numa criança com doenças comuns da infância (Diarreia, tosse, febre, malnutrição e sarampo).
- Promover cuidados básicos no domicílio contra doenças como febre, tosse e diarreias.

Na área do PAV:

- Promover actividades de mobilização social para aumentar a adesão das populações nas brigadas móveis e campanhas de vacinação.
- Promover as vantagens da imunização para o correcto desenvolvimento das crianças.

Saúde do Adolescentes e jovens:

- Promover a distribuição e uso do preservativo entre os jovens e adolescentes.
- Promover a informação sobre: sexualidade, contraceção abortos, gravidez indesejada, relações sexuais, álcool, violência baseada no género, consumo de drogas e álcool e outros factores de vulnerabilidade na adolescência.

Nutrição:

- Promoção da alimentação saudável, ao controlo da obesidade, iniciativas que se inserem no contexto da promoção da saúde.
- Promover o aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses.
- Promover boas práticas alimentares em grupos vulneráveis como crianças menores de cinco anos, mulheres grávidas, idosos e pessoas portadoras do HIV ou outras doenças crónicas.

Saúde Mental:

- Promover a prevenção do consumo de álcool, tabaco e outras drogas ilícitas.
- Promover a prevenção da violência baseada no género e a violência doméstica,
- Promover a identificação de pessoas sofrendo de epilepsia a sua referência às Unidades Sanitárias
- Ampliar a Integração sociocomunitária e apoio reabilitação psicossocial do doente mental.

Saúde Oral:

- Ampliação de acções que visam a aderência à oferta do pacote de saúde oral nas Unidades Sanitárias.
- Ampliar acções de higiene oral nas crianças em idade escolar.
- Ampliar acções para a prevenção e detecção precoce de doenças orais.

Prevenção e controlo Malária:

- Promover a pulverização intra e extra domiciliar.
- Promover o uso de rede mosquiteira impregnadas, especialmente entre os grupos vulneráveis (crianças menores de cinco anos e mulheres grávidas).
- Promover a realização de campanhas de limpeza nos bairros e espaços públicos.
- Promover o reconhecimento dos sinais de perigo da malária.

Prevenção e controle doenças diarreicas agudas:

- Promover o uso adequado de medidas de saneamento do meio (latrinas).
- Promover a lavagem de mãos.
- Promover a higiene dos alimentos.
- Promover o consumo de água tratada.
- Promover o uso de sais de reidratação oral (SRO) em casos de diarreia.
- Promover a identificação de sinais de perigo e desidratação nas crianças e adultos com diarreia

Tuberculose:

- Promover o rastreio da tuberculose na comunidade.
- Promover o encaminhamento dos casos suspeitos a Unidade Sanitária.
- Promover a testagem de HIV a todos os doentes com tuberculose.
- Promover a busca activa dos abandonos.
- Promover o DOT comunitário.
- Promover o tratamento preventivo dos contactos, especialmente em crianças menores de cinco anos.

Lepra:

- Promover a identificação de sinais e sintomas de lepras.
- Promover o encaminhamento dos casos suspeitos as Unidades sanitárias.
- Promover a importância da aderência ao tratamento.
- Promover a prevenção de deformidades nos doentes de lepra.

ITS/HIV/SIDA:

- Promover o uso do preservativo e outras medidas e prevenção das ITS.
- Promover o tratamento dos contactos de ITS.
- Incentivar a identificação dos aspectos culturais que interferem na prevenção das ITS/HIV/SIDA.
- Promover a busca activa dos abandonos de TARV.
- Promover a prestação de cuidados domiciliários a doentes com HIV/SIDA e outras doenças crónicas.
- Promover os Grupos de Ayuda Mutua e actividades de geração de rendimentos entre os doentes com HIV/Sida.
- Intensificar o apoio as Crianças Órfãs e Vulneráveis (COVs)

Doenças negligenciadas:

- Promover a elaboração de materiais IEC sobre doenças negligenciadas.

- Promover a elaboração divulgação e implementação de medidas de segurança laboral.
- Promover actividades de supervisão das condições de segurança no local do trabalho
- Promover medidas de educação para a saúde sobre os factores de riscos da Hipertensão, Diabetes e outras doenças crónicas.
- Incentivar a procura dos cuidados de saúde precocemente, para o diagnóstico e seguimento das doenças crónicas.

CAPITULO IV.

OPERACIONALIZAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PPS

1. Operacionalização e implementação.

Este Plano Promoção da Saúde do município de Maputo será operacionalizado por intermédio das Programações Anuais do Departamento de Saúde Pública, que estabelecerão o conjunto de acções necessárias ao alcance dos objetivos e metas aqui definidos, delineados pelas diretrizes estabelecidas.

1.1. Ao Nível do Pelouro de Saúde e Acção Social

A implementação desta estratégia estará sob responsabilidade direta da Vereadora do Pelouro de Saúde e Acção Social.

1.2. Ao Nível da Direcção Municipal de Saúde e Acção Social

O principal responsável do conjunto de acções tendentes a concretização dos objetivos da promoção da saúde comunitário será sob supervisão directa da Directora de Saúde Acção Social, ao Médico Chefe, as responsabilidades sobre o Responsável do Departamento de Saúde Publica Liderando a Planificação e implementação ao Responsáveis dos Programas de Saúde: SESP; Nutrição, HIV/SIDA, PAV, SMI, SEA, SSR, Tuberculose e Saúde Mental.

1.3. Ao Nível dos Serviços Distritais Municipais de Saúde e Acção Social

O principal responsável do conjunto de acções será o Médico-Chefe e os Responsáveis de Saúde da Comunidade, coordenadas pela Direcção Distrital Municipal, junto os outros parceiros a implementação das da estratégia do PPS, através do envolvimento comunitário. O responsável distrital da Saúde da Comunidade/Envolvimento Comunitário, vai articular com os representantes dos comités de gestão das US assim como comités de saúde nas comunidades.

1.4. Nível da Unidade Sanitária

O principal responsável do conjunto de acções será o director da US, garantindo a extrema ligação com a comunidade e vice-versa, coordenando a implementação das acções com os comités de saúde.

1.5. Ao nível da comunidade

Ao nível local as estruturas de base comunitária articulam com as USs através dos Trabalhadores Comunitário de Saúde e com os responsáveis dos Programas. Os APEs e outros ativistas, articulam com os Comités de Saúde e estes com o responsável da USs, os mesmos funcionarão como os agentes focais da mobilização da comunidade.

2. Mecanismos de coordenação

Para operacionalização do presente Plano de Promoção de Saúde, será regulamentada um Sistema de Planeamento dos Serviços de Saúde e Acção Social Municipais, a operacionalizado será por intermédio das Programações Anuais dos programas, assessoradas pelo Departamento de Saúde Pública e tuteladas pela Direcção Municipal de Saúde e Acção Social, que estabelecerão um conjunto de acções necessárias ao alcance dos objetivos e metas aqui definidos.

Considerando o período de vigência dos quatros anos do Plano de Promoção de Saúde, e a perspectiva é de que as acções propostas, em grande parte, respondam anualmente, pelo menos, 25% de cada uma das metas, entretanto, essa apuração deverá ocorrer até o final do primeiro trimestre de cada ano, relativa ao ano anterior, possibilitando concluir o respectivo Relatório Anual e sua aprovação na Direcção de Saúde e Acção Social, tendo em conta o prazo estabelecido. Sendo que, o Relatório Anual, imprimirá o carácter dinâmico ao Plano de Promoção de Saúde e realimenta, desta forma, o processo de planeamento para o ano seguinte, o mesmo deve indicar os eventuais ajustes que se fizerem necessários no Plano e, ao mesmo tempo, orientar a elaboração da Programação Anual subsequente que reflitam ações à todos níveis de Gestão de Saúde Municipal.

Assim sendo, cabe concluir que o processo de planeamento, ao nível da Direcção Municipal de Saúde e Acção Social, envolverá o Medico Chefe com todos Representantes dos programas, respeitando uma periodicidade mensal, trimestral, semestral e anual, igualmente reportados os respetivos relatórios. Ao nível de Gestão dos Serviços de Saúde Municipais distritais, o processo de Planeamento será liderado pela Direcção dos Cuidados Primários, incumbidas ao Médico chefe distrital, a planificação conjunta com o responsável distrital de saúde da comunidade, podendo se estabelecer juntos aos responsáveis dos sectores, vínculo de planificação com as entidades comunitárias para tomada de decisão. Também salientar que a periodicidade das planificações e reporte dos relatórios deve respeitar os critérios acima referidos. Assim sendo, todas as acções, serão implementados tendo em conta a estreita articulação desses instrumentos básicos, influenciando a definição de políticas e de recursos para a efetivação das actividades proposta. Reiterar que cada nível de gestão dos serviços de saúde municipais, o planeamento das ações, deverá refletir as prioridades concretas da sua realidade, que garantam resultados preconizados no Plano.

O acompanhamento periódico do plano operativo da Promoção Saúde deve ser realizado pelo Responsáveis dos programas, reportando ao Medico Chefe Municipal com a finalidade de redirecionar suas acções na Programação Anual de Saúde.

Para desenvolver as metas estabelecidas no Plano, a entidade máxima que é o Pelouro de Saúde e Acção Social, deverá analisar a viabilidade das acções propostas e elaborar a previsão orçamental. Contudo, implica a identificação da disponibilidade de determinados recursos, viabilidade técnica operacional e viabilidade financeira para a materialização do Plano a todos níveis de Gestão dos Serviços de Saúde Municipal e ser submetida e provada pela Assembleia Municipal.

Igualmente será criada a Comissão Multisectorial de promoção de saúde do Município de Maputo, liderada pelo Pelouro de Saúde e Acção Social, por intermédio de acordos serão integrados membros, de diferentes sectores de actividades, desde do CMM, empresas públicas, privadas e ONGs nacionais e internacionais, comprometidos numa agenda para a implementação de políticas públicas para a promoção de saúde, reflectidas para o município, serão privilegiadas sessões de trabalhas periódicos trimestrais, onde serão discutidas e deliberadas propostas de

acções para a saúde pública, compromissos por meio de posturas consensuais a serem submetidas e aprovadas na Assembleia Municipal pelo Presidente do Conselho Municipal. Para tal, será incumbida a Gestão de Saúde e Acção Social do município em coordenação com os diferentes membros nomeados, advogar, fazer seguimento na implementação das acções deliberadas e o relato de actividades a ser apresentada a comissão.

3. Monitoria e avaliação

Para o monitoramento e avaliação do PPS serão utilizados indicadores com o objetivo de: (i) Monitorar o grau de implementação do PPS; (ii) Acompanhar e ajustar as características operacionais do Pelouro de Saúde e Acção Social do Município de Maputo em termos de capacidade para implementar PPS; (iii) Avaliar o desempenho do Departamento de Saúde de Pública em termos de cobertura, qualidade e eficiência na gestão das actividades preconizadas na componente PPS e (iv) Medir o impacto das acções no que refere as mudanças de comportamento da população.

3.1 Indicador para Monitoria e Avaliação do Plano de Promoção da Saúde:

OE1. Dotar aos munícipes de Maputo de capacidades e conhecimentos em relação aos principais problemas de saúde pública que lhes permitam promover a sua saúde individual e colectiva.

Resultado 1:

Implementadas campanhas de sensibilização massiva para os cidadãos de Maputo em relação aos principais problemas de saúde pública.

Metas:

- i. Números de campanhas de sensibilização massiva nas Sede dos bairros, sobre os principais problemas de saúde pública, onde cada distrito municipal deve realizar 1/Semestre.
- ii. Números de campanhas por trimestre de sensibilização sobre os principais problemas de saúde pública dirigidas aos trabalhadores nas diferentes instituições de trabalho existentes em cada distrito municipal.
- iii. Número de Spots com mensagem sobre os principais problemas de saúde divulgada na rádio, TV, Telemóvel
- iv. Número de material IEC com mensagem dos principais problemas de saúde divulgada nos transportes públicos
- v. Número de mensagem elaborados sobre os principais problemas de saúde divulgada na imprensa
- vi. Número de painéis publicitários com mensagem dos principais problemas de saúde divulgadas nos prédios, nas paragens, através de reclames luminosos.
- vii. Números de campanhas semestrais de sensibilização dirigida as mães chefes de famílias sobre planeamento familiar e violência doméstica na sede da OMM de cada distrito
- viii. Números de campanhas semestrais em cada distrito dirigidas aos Pais Chefes de Famílias sobre violência domésticas e cancro da próstata nas sedes distritais.
- ix. Número de inquérito, para apurar o nível de perceção das mensagens de promoção por parte dos munícipes

Resultado 2.

Implementados programas de educação/sensibilização dirigidos aos adolescentes jovens e pré-adolescentes nas escolas, para prevenir hábitos não saudáveis, para reforçar a alimentação, prática de desporto e prevenção das principais doenças de transmissão sexual

Metas:

- I. Número de feiras de saúde realizadas nas escolas dirigidas aos adolescentes e jovens para prevenir hábitos não saudáveis, do segundo ciclo e nos centros de educação primária, onde cada distrito de realizar 1/Semestre.
- II. Número de serviços de SAAJ, com programas de educação para a saúde para a prevenção de doenças transmissíveis e não Transmissíveis e despiste de cancro da mulher; sendo 1/ano por distrito.
- III. Número de olimpíadas sobre promoção de saúde realizadas nas escolas, em cada distrito
- IV. Número de brochuras com mensagens de promoção da saúde dirigidas aos adolescentes jovens e pré-adolescentes nas escolas, a ser distribuídas nos distritos municipais
- V. Número de acordos com as empresas gráficas para produzir cadernos com capas patentes mensagens de promoção da saúde
- VI. Número de inquérito dirigido aos alunos nas escolas para apurar o nível de perceção das matérias de promoção da saúde em cada distrito municipal

Resultado 3:

Melhoradas as condições de salubridade de mercados municipais através de acções formativas dirigidas aos pequenos comerciantes e vendedores informais.

Indicadores de Monitoria:

- i. Número de sessões de sensibilização sobre promoção da saúde dirigido aos operadores sanitários públicos dos mercados;
- ii. Número de sessões de aconselhamento/palestras de promoção da saúde aos comerciantes
- iii. Número de sessões de aconselhamento/palestras de promoção da saúde dirigido aos vendedores ambulantes
- iv. Número de jornadas de limpezas nos mercados no município de Maputo;
- v. Número de sessões de sensibilização sobre melhorias de condições de salubridade dirigidas aos pequenos comerciantes
- vi. Número de sessões de sensibilização sobre melhorias de condições de salubridade dirigidas aos vendedores ambulantes;

OE2. Reforçar as capacidades e conhecimentos dos profissionais de saúde e de outros sectores para a planificação, implementação e monitoria de actividades de promoção e prevenção da saúde.

Resultado 1:

Criada a Comissão Multisectorial de promoção de saúde do Município de Maputo

Metas:

- i. Número de parcerias intersectorial, interinstitucional e outras entidades não-governamentais e da sociedade civil, integrados anualmente na Comissão Multisectorial, para a promoção de políticas públicas viradas ao melhoramento da qualidade de vida das comunidades em detrimento da saúde da comunidade

Resultado 2:

Capacitados os técnicos de saúde e outros actores em matéria de planificação, metodologias participativas, implementação e monitoria de acções de promoção/educação para a saúde nas comunidades.

Indicadores de Monitoria:

- i. Números de professores responsáveis pela saúde escolar capacitados em matéria de planificação, metodologias participativas, implementação e monitoria de acções de promoção/educação para a saúde nas escolas,
- ii. Número de Técnicos de saúde capacitados em matéria de planificação, implementação, metodologia e monitoria para programas de promoção da saúde nos hospitais e na comunidade;
- iii. Numero de plano anual de formação de accoes de promoção da saúde junto aos técnicos das USS para se fazer réplica aos (ACS, Secretario e outros lideres do distrito)
- iv. Número de responsáveis do ZIPs formados em programas de promoção da saúde escolar nos distritos municipais
- v. Elaborar uma base de dados para monitorar as actividades de sensibilização realizadas nas escolas, hospitais e comunidade.

OE3. Reforçar a comunidade através da estratégia de envolvimento comunitário para a implementação de acções de promoção e prevenção da saúde no seio da comunidade.

Resultado 1:

Capacitadas estruturas comunitárias, concretamente, secretários dos bairros, comités de saúde e ACS para a identificação dos problemas de saúde participar na tomada de decisão de acções para a solução de seus próprios problemas de saúde.

Indicadores de Monitoria

- i. Números de secretários dos bairros a ser capacitados 2018 para a identificação dos problemas de saúde e participar na tomada de decisão de acções para a solução de seus próprios problemas de saúde,
- ii. Números de comités a ser capacitados ate 2018 para a identificação dos problemas de saúde e participar na tomada de decisão de acções para a solução de seus próprios problemas de saúde

- iii. Numero de ACS a ser capacitar por ano para a identificação dos problemas de saúde e participar na tomada de decisão de acções para a solução de seus próprios problemas de saúde

Resultado 2:

Realizadas jornadas de limpezas nos bairros para prevenção de doenças.

Indicadores de Monitoria

- i. Numero de Jornadas de limpezas a ser realizadas por ano nos bairros para a promoção da saúde
- ii. Numero de bairros modelos a ser eleitos por ano em colaboração com a vereação do distrito

OE4. Incentivar a demanda de Cuidados Primários de Saúde por parte da população.

Resultado 1:

Formados os APEs para levar a cabo acções de promoção/educação para a saúde na comunidade, que incentivam a demanda dos munícipes aos CPS.

Indicadores de Monitoria

- i. Números de APEs em 2015 para Katembe Kanyaca para levar a cabo acções de promoção de saúde, que incentivam a demanda dos munícipes aos CPS.

Resultado 2.

Elaborados e implementados protocolos direccionados a melhoria da qualidade do atendimento nas Unidades sanitárias.

Indicadores de Monitoria

- i. Números de protocolo e laborar e implementado por ano sobre o atendimento humanizado nas USs sobre tudo para os idosos, portadores de deficiências físicas e visuais para a melhoria da qualidade de atendimento nas Uss
- ii. Numero de protocolo elaborado e implementado para regular atenção hospitalar ao idoso, portador de deficiência cidadãos carenciados
- iii. Número de protocolo elaborado e implementado por ano sobre monitoramento da qualidade do atendimento nas USs e eleição da USs modelo do distrito

DRAFT PPS

MATRIZ ACTIVIDADES

O.G: Melhorar o estado de saúde dos munícipes de Maputo através de acções de protecção, prevenção e promoção da sua própria saúde e adoção de estilos de vida saudáveis

O.E.1: Dotar aos munícipes de Maputo de capacidades e conhecimentos em relação aos principais problemas de saúde pública que lhes permitam promover a sua saúde individual e colectiva

R. 1: Implementadas campanhas de sensibilização massiva para os cidadãos de Maputo em relação aos principais problemas de saúde pública.

Actividade	Metas	Recursos Financeiro	Metas Anuais								
			2015		2016		2017		2018		
			1ºS	2ºS	1ºS	2ºS	1ºS	2ºS	1ºS	2ºS	
Realizar campanhas de sensibilização massiva nas sede dos bairros, sobre os principais problemas de saúde pública, (Prevenção de DT, DN, Violência)	14 (catorze) Campanhas / ano		7	7	7	7	7	7	7	7	7
Realizar sessões de sensibilização sobre os principais problemas de saúde pública (Sobre saúde ocupacional, DT e DNT) dirigidas aos trabalhadores nas diferentes instituições de trabalho existentes em cada distrito municipal	12 (doze) Sessões/Distrito/Ano		42	42	42	42	42	42	42	42	42
Realizar sessões de sensibilização sobre os principais problemas de saúde pública (Prevenção de DT, DNT, PF e deveres e direitos do Utente) dirigidas aos utentes	10 (dez) Sessões/US/Ano		310		310		310		310		

nas USs existente em cada distrito municipal									
Elaborar mensagens chave sobre principais problemas de saúde pública (prevenção de DT, DNT e Imunização) e disseminação nos órgãos de comunicação Social (jornal, TV, Rádio e, também, nas redes de telefonia Móvel).	3 (três) Mensagens/ano		3		3		3		3
Campanhas publicitárias com mensagens dos principais problemas de saúde (prevenção de DT, DNT e Imunização) através dos transportes públicos	3 (três) Campanhas/ ano		3		3		3		3
Disseminar mensagens através de painéis nos prédios, nas paragens e com reclames luminosos dos principais problemas de saúde (prevenção de DT, DNT e Imunização).	3 (três) Mensagens / ano		3		3		3		3
Realizar actividades de sensibilização dirigida homens e mulheres sobre planeamento familiar nas sedes de OMM do distrito.	4 (quatro) Actividades sensibilização/ distrito/ ano		14	14	14	14	14	14	14
Realizar actividades de sensibilização dirigida aos pais e as mães sobre violência doméstica.	4 (quatro) Actividades sensibilização/ distrito/ ano		14	14	14	14	14	14	14
Realizar actividades de sensibilização dirigidas aos homens sobre o cancro da próstata nas sedes distritais de saúde	4 (quatro) Actividades sensibilização/ distrito/ ano		14	14	14	14	14	14	14
Realizar um inquérito para apurar o impacto das mensagens de promoção	1 (um) Inquérito/ ano		1		1		1		1

por parte dos munícipes						
Realizar apresentações dos resultados das campanhas de sensibilização ao CMM, MISAU, MINED e outras instituições de interesse.	1 (uma) Apresentação / ano		1	1	1	1
R. 2: Implementados programas de educação/sensibilização dirigidos aos adolescentes jovens e pré-adolescentes nas escolas, para prevenir hábitos não saudáveis, para reforçar a alimentação, prática de desporto e prevenção das principais doenças de transmissão sexual						
Realizar feiras de saúde nas escolas do primeiro e segundo ciclo para prevenir hábitos não saudáveis.	70% das Escolas realizam 1 feira de saúde anual		192	192	192	192
Prover os serviços de SAAJ alternativos para específicos para que implementem os programas de educação para a saúde para a prevenção de doenças transmissíveis e não transmissíveis	100% dos servisses SAAJ providos para SAAJ específico em 2015		10			
Elaborar brochura com mensagens de promoção da saúde dirigidas aos adolescentes jovens e pré-adolescentes para serem, distribuídas nas escolas	2 (duas) Brochura elaborada em 2015		2			
Realizar formação dirigida aos responsáveis do ZIP para a implementação da brochura de promoção para a saúde nas escolas	100% dos responsáveis dos ZIPS formados em 2015		34			
Réplica da formação por partes dos responsáveis dos ZIPS dirigida aos directores pedagógicos das escolas de ensino primário e secundário	2 (duas) Formações a ser realizada pela ZIPs do distrito municipal kamubuKuana e 1 (uma) Formação para os ZIPs dos restantes distritos municipais em 2015		8			

dirigidas aos comerciantes,	salubridade dirigidas aos comerciantes,										
Realizar sessões de promoção da saúde aos vendedores ambulantes.											
Realizar sessões de disseminação de normas sobre o abate de animais nos mercados municipais e matadouros.	4 (quatro) Sessões / ano /distrito	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
Promover a eleição do Mercado Modelo em colaboração com outros sectores do município (Pelouro de Mercados e feiras, Pelouro de Solubilidade)	1 (um) Mercado Modelo/ano/ distrito	1		1		1		1		1	
Promover a fiscalização e inspeção juntos aos polícias municipais e CHA setores de direito no CM, dirigido aos comerciantes e industrias que põem em risco a saúde pública dos munícipes nos mercados	6 (seis) Fiscalização e inspeção por ano por distrito	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
OE.2. Reforçar as capacidades e conhecimentos dos profissionais de saúde e de outros sectores para a planificação, implementação e monitoria de actividades de promoção e prevenção da saúde.											
R.1:Criada a Comissão Multisectorial de promoção de saúde do Município de Maputo											
Elabora TdR para a criação da comissão multisectorial, para a promoção de políticas públicas viradas ao melhoramento da saúde da comunidade	Elaborado o TdR em 2015		1								

<p>Contactar setores considerados atores-chaves no CMM para a promoção de políticas públicas viradas ao melhoramento da saúde da comunidade (membros a fazer parte da comissão multisectorial)</p>	<p>7 o número de setores no CMM a ser integradas membros da Comissão multisectorial no CMM em 2015</p>	<p>7</p>				
<p>R.2. Capacitados os técnicos de saúde e outros actores em matéria de planificação, metodologias participativas, implementação e monitoria de acções de promoção/educação para a saúde nas comunidades</p>						
<p>Capacitar os Responsáveis dos Programas, Saúde da comunidade e envolvimento comunitário da DSMSAS em matéria de planificação, implementação, metodologia e monitoria de programas de promoção da saúde da comunidade;</p>	<p>100% de Técnicos da DSMSAS, capacitados em 2015</p>	<p>29</p>				
<p>Elaborar um plano de formação junto aos Responsáveis dos Programas, Saúde da comunidade e envolvimento comunitário da DSMS para replica dos conhecimentos adquiridos</p>	<p>1 (um) Plano elaborado em 2015 por distrito</p>	<p>1</p>				
<p>Capacitar técnicos municipais de serviços complementares (Salubridade, Mercados e feiras, Policias Municipal, Infraestrutura, Gabinete Educação Cívica, Acção social, Educação, e outros) em matéria de planificação, implementação, metodologia e monitoria de programas de promoção da saúde da comunidade</p>	<p>70% Técnicos municipais de serviços actores complementares em 2015</p>	<p>10</p>				

Criar de ferramentas de monitoria das réplicas destas formações	Ferramentas criadas em 2015		1							
O.E.3: Reforçar a comunidade a traves da estratégia de envolvimento comunitário para a implementação de acções de promoção e prevenção da saúde no seio da comunidade										
R.1: Capacitadas estruturas comunitárias, concretamente, secretários dos bairros, comités de saúde e ACS para a identificação dos problemas de saúde participar na tomada de decisão de acções para a solução de seus próprios problemas de saúde										
Capacitar os secretários dos bairros para a identificação dos problemas de saúde e participar na tomada de decisão de acções para a solução de seus próprios problemas de saúde,	100% Secretários dos bairros capacitados ate 2018		25%		25%		25%		25%	
Capacitar comités de saúde para a identificação dos problemas de saúde e participar na tomada de decisão de acções para a solução de seus próprios problemas de saúde	100% de Comités nos distrito capacitados ate 2018		8		8		8		8	
Capacitar ACS para a identificação dos problemas de saúde e participar na tomada de decisão de acções para a solução de seus próprios problemas de saúde	100% ACS capacitados ate 2018		35	35	35	35	36	36	36	36
R.2. Realizadas jornadas de limpezas nos bairros para prevenção de doenças										
Realizar jornadas de limpezas nos bairros para a promoção da saúde	4 (quatro) Jornadas de Limpeza/ ano /bairro		14	14	14	14	14	14	14	14
Promover a eleição de bairro modelo nos distrito em colaboração com a vereação do distrito	1 (um) Bairro Modelo/ano/ distrito		7		7		7		7	
O.E.4. Incentivar a demanda de Cuidados Primários de Saúde por parte da população										

R.1: Formados os APEs para levar a cabo acções de promoção/educação para a saúde na comunidade, que incentivam a demanda dos municípios aos CPS.

Formar APEs para os distritos municipais de (Katembe e kanyaka) para levar a cabo acções de promoção de saúde, que incentivam a demanda dos municípios aos CPS.	25 APEs Formados em 2015 para (Katembe, kanyaka)	25							
---	---	----	--	--	--	--	--	--	--

R.2: Elaborados e implementados protocolos direccionados a melhoria da qualidade do atendimento nas Unidades sanitárias

Elaborar e implementado protocolo sobre o atendimento humanizado nas USs sobre tudo para os idosos, portadores de deficiências físicas e visuais para a melhoria da qualidade de atendimento nas Uss	1 (um) Protocolo elaborado em 2015	1							
Elaborar e implementado protocolo que regula a atenção hospitalar ao idoso, portador de deficiência cidadãos carenciados	1 (um) Protocolo elaborado em 2015	1							
Elaborar protocolo e implementado sobre monitoramento da qualidade do atendimento nas USs e eleição da USs modelo do distrito	1 (um) Protocolo elaborado em 2015	1							

4. Bibliografia

- CMCM, (2011), Perfil Estatístico da Cidade de Maputo
- CMM, (2013), Mapa Sanitário
- CMM, (2013), Plano de Desenvolvimento da Rede Sanitária de nível Primário do Município de Maputo
- CNCS, (2012), Plano Operacional De Comunicação e HIV e SIDA / 2012
- DSCM, (2013), Balanço anual PES
- FDC, (2009), Opções de Intervenção no Contexto da Pobreza Urbana em Moçambique
- IESE, (2010), Pobreza, Desigualdade e Vulnerabilidade em Moçambique
- INE (2011), Inquérito Demográfico de Saúde
- MISAU, (2008), Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controle das Doenças Não Transmissíveis-2008-2014
- MISAU, (2010) Estratégia Nacional de Promoção da Saúde
- MPD (2012), Estudo da Pobreza e Desigualdade Sociais,
- PAULO; ROSARIO et TVDTEN, (2011), Xiculungo” Relações Sociais da Pobreza Urbana Em Maputo, Mozambique
- PEPFAR, (2011), Mozambique www.Maputo.USEmbassy.gov/PEPFA
- RAIMUNDO (2013), Migração e HIV/SIDA em Moçambique