

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Queran Prabudás Narandás Esmael

**ACESSIBILIDADE GEOGRÁFICA AOS
SERVIÇOS DE SAÚDE NA PROVÍNCIA DE
SOFALA – MOÇAMBIQUE**

**Tese no âmbito do Doutoramento em Geografia, Geografia Humana,
orientada pelo Professor Doutor Jorge Miguel Nunes Padeiro e pela
Professora Doutora Ana Paula Santana Rodrigues, apresentada ao
Departamento de Geografia da Faculdade de Letras da Universidade de
Coimbra**

Setembro de 2022

Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra

ACESSIBILIDADE GEOGRÁFICA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA PROVÍNCIA DE SOFALA – MOÇAMBIQUE

Queran Prabudás Narandás Esmael

Tese no âmbito do Doutoramento em Geografia, Geografia Humana, orientada pelo Professor Doutor Jorge Miguel Nunes Padeiro e pela Professora Doutora Ana Paula Santana Rodrigues, apresentada ao Departamento de Geografia da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.

Setembro de 2022



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Aos meus filhos

Agradecimentos

O longo percurso que me leva a escrever essa nota foi marcado por muito trabalho, e também emoções inexplicáveis. Foram muitas pessoas e instituições a quem direciono meus agradecimentos. Fazer um doutoramento em Portugal foi mais do que um sonho, fora de fato um ato de coragem, pois essa decisão me fez deixar para trás diversos projetos pessoais e profissionais, muitos desses ainda a espera de serem retomados.

O meu percurso, assim como de tantos outros estudantes e pesquisadores, foi marcado por vários contratempos, desde a adaptação a um novo país, as privações da presença dos meus familiares, as constantes falhas e recomeços, e até mesmo a fragilidade da saúde, que às vezes é um sinal dessas mesmas privações. No entanto, minha fé em Deus, e meu esforço e persistência me encaminharam à conclusão deste doutoramento.

Junto a isso duas pessoas muito especiais a quem quero endereçar o meu muito obrigada, pelos ensinamento, tolerância e paciência. Eles permitiram sobretudo que o meu trabalho não caísse no esquecimento. Quando me sentia cansada, perdida, uma mensagem deles por email terá sido como um alimento para continuar a luta, pois percebia que não estava sozinha. Sempre lutaram para que este trabalho fosse levado a bom porto. Essas pessoas são os meus orientadores: o Professor Doutor Jorge Miguel Nunes Padeiro e a Professora Catedrática Ana Paula Santana Rodrigues.

À Dr.^a Cláudia Costa, membro do grupo de geografia de saúde da Universidade de Coimbra, quero agradecer pela disponibilidade, pelas valiosas contribuições, auxílio e partilhas de conhecimentos transmitidos desde a elaboração do projeto da tese.

Para o Professor Rui Figueiredo e todos os membros do grupo de Geografia de Saúde da Universidade de Coimbra, pelo apoio dado e disponibilidade de partilhar conhecimentos e ideias.

Ao reitor e vice-reitora da Universidade Licungo – Moçambique, Professor Dr. Boaventura José Aleixo e a Prof. Dr^a Brígida Singo, por terem autorizado a continuação dos meus estudos. Meu muito obrigada.

Ao Professor Dr. Mário Uacane, director de pós-graduação na Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Licungo- Moçambique, pela amizade, pelas palavras de incentivo e apoio moral ao longo do curso.

Agradeço aos meus filhos Sheizel, Ícaro, e Edwin, pela compreensão e paciência; para o Amide Esmael, pelo constante apoio, encorajamento para que eu levasse este objetivo até ao final.

Os meus irmãos Tina, Aurélio e Ingrid, agradeço pelo apoio dado nos momentos em que me sentia sem forças para continuar.

Os meus amigos Alexandro, Osvaldo e Romário que cruzaram no meu caminho ao longo dessa jornada, agradeço imenso. Pelas suas palavras de coragem, por nunca terem desistido de me incentivar, além de escutarem as minhas lamentações e inseguranças; quantas vezes não me ouviram dizer “já não consigo mais, “vou desistir,” ou “tenho bloqueio, não consigo avançar”, “desta vez estou a trabalhar bem e vou acabar”, “estou a terminar a tese vou entregar”. Mesmo diante disso não desistiram de mim.

Aos profissionais da Universidade de Coimbra, especialmente do Departamento de Geografia da Faculdade de Letras, agradeço pelo apoio.

À Direção Provincial da Saúde de Sofala e em especial ao Dr. Pio, Chefe do departamento de planificação, pela disponibilidade pelos dados cedidos.

A todos o meu muito obrigada.

Resumo

A acessibilidade de todos aos serviços de saúde é um imperativo e um passo fundamental para a redução das iniquidades em saúde. Numerosos estudos têm vindo a demonstrar que o desigual acesso aos serviços causa a persistência de discrepâncias em termos de resultados em saúde. Esta questão ganha contornos ainda mais prementes no caso dos países em desenvolvimento, caracterizados por elevados graus de pobreza, de desigualdades sociais e até de isolamento geográfico.

Esta tese teve por objetivo analisar a acessibilidade aos serviços de saúde na Província de Sofala, Moçambique (Distrito da Beira, Dondo e Búzi) nos últimos 20 anos (1997-2017). Foram analisadas as condições que influenciam positiva e negativamente a acessibilidade e a utilização dos serviços de saúde, tendo em conta as variações espaciais e demográficas, as dimensões dos serviços, as características da oferta, a distribuição territorial das unidades, a qualidade dos serviços prestados.

Este trabalho de investigação combinou métodos de natureza qualitativa e quantitativa. Os procedimentos metodológicos qualitativos envolveram a realização de entrevistas semi-estruturadas com dois grupos: o primeiro composto por representantes da saúde e representantes de ONGs, o segundo composto por médicos e enfermeiros. Quanto aos procedimentos quantitativos, foram aplicados questionários à população residente nos três distritos mencionados. Foram mobilizadas técnicas de sistema de informação geográfica (SIG) para modelação e análise espacial da dinâmica e localização geográfica das unidades de saúde. Os dados recolhidos foram cruzados com a evolução da população a partir de dados dos Censos, de modo a avaliar a cobertura real das unidades de saúde.

Os resultados desta investigação apontam para as seguintes conclusões:

(i) A evolução da distribuição geográfica dos serviços de saúde não reflete o crescimento da população, principalmente nas áreas rurais. Nos três distritos, observa-se que as unidades de saúde estão mais concentradas nas áreas urbanas e nas vilas, demonstrando claramente maior proximidade face às áreas mais desfavorecidas.

(ii) Apesar da melhoria no acesso geográfico da população às unidades de saúde, ainda subsistem territórios onde o obstáculo constituído pela relação distância-tempo é significativo. Observa-se, dessa forma, que em muitas localidades a população ainda

precisa de percorrer em média quase 20 km de distância para alcançar a unidade de saúde mais próxima.

(iii) Tendo em conta os domínios de acessibilidade, embora o serviço primário tenha uma relativa cobertura espacial, existem muitas áreas com diversas vulnerabilidades (vias de acesso degradadas, baixa densidade). Se tivermos em conta as condições económicas da população residente, esta situação pode traduzir-se em desistências e maior risco de mortalidade entre os utentes menos acessíveis.

(iv) Quanto a alocação de serviços, observa-se que há serviços que, embora próximos dos centros populacionais, não são requeridos ou têm baixa procura, enquanto outras unidades sofrem maior pressão e procura, mesmo estando mais distantes.

Palavras-chave: Acessibilidade, Serviços de Saúde, Unidade Sanitária, Moçambique
Província de Sofala.

Abstract

Accessibility for all to health services is an imperative and a fundamental step towards reducing health inequities. Numerous studies have shown that unequal access to services causes persistent discrepancies in terms of health outcomes. This issue becomes even more pressing in the case of developing countries, characterised by high levels of poverty, social inequalities and even geographic isolation.

This thesis aimed to analyse the accessibility to health services in Sofala Province, Mozambique (Beira, Dondo and Búzi District) in the last 20 years (1997-2017). The conditions that positively and negatively influence the accessibility and use of health services were analysed, taking into account the spatial and demographic variations, the dimensions of the services, the characteristics of the offer, the territorial distribution of the units, the quality of the services provided.

This research combined qualitative and quantitative methods. The qualitative methodological procedures involved conducting semi-structured interviews with two groups: the first composed of health representatives and representatives of NGOs, the second composed of doctors and nurses. As for the quantitative procedures, questionnaires were applied to the population residing in the three mentioned districts. Geographic information system (GIS) techniques were used for modeling and spatial analysis of the dynamics and geographic location of health facilities. The collected data were crossed with the evolution of the population from Census data, in order to assess the real coverage of the health units.

The results of this investigation point to the following conclusions:

(i) The evolution of the geographic distribution of health services does not reflect the growth of the population, mainly in rural areas. In the three districts, it is observed that the health units are more concentrated in urban areas and in towns, clearly demonstrating greater proximity to the most disadvantaged areas.

(ii) Despite the improvement in the population's geographic access to health facilities, there are still territories where the obstacle constituted by the distance-time relationship is significant. Thus, it is observed that in many locations the population still needs to travel, on average, almost 20 km to reach the nearest health unit.

(iii) Taking into account the accessibility domains, although the primary service has a relative spatial coverage, there are many areas with different vulnerabilities (degraded access roads, low density). If we take into account the economic conditions of the resident population, this situation can translate into dropouts and a greater risk of mortality among less accessible users.

(iv) Regarding the allocation of services, it is observed that there are services that, although close to population centers, are not required or have low demand, while other units suffer greater pressure and demand, even though they are further away.

Keywords: Accessibility, Health Services, Health Unit, Mozambique, Sofala Province.

Índice

Índice de tabelas.....	xv
Índice de figuras.....	xvii
Índice de gráficos.....	xix
Introdução.....	xx
Relevância e justificação da pesquisa.....	xxiv
Objetivos da pesquisa.....	xxvii
Estrutura da tese.....	xxviii
CAPÍTULO 1. ESTADO DA ARTE.....	3
1.1. Dimensões da acessibilidade aos serviços de saúde.....	3
1.1.1. Determinantes socio-económicos e geográficos no acesso aos serviços de saúde.....	7
1.1.2. Equidade em saúde.....	13
1.2. Acessibilidade geográfica aos serviços de saúde.....	16
1.3. Uso de sistemas de informação geográfica (SIG) na análise da acessibilidade geográfica.....	19
1.3.1. Modelo de <i>Location-Allocation</i> em ambiente SIG.....	20
1.4. Sistema nacional de saúde em Moçambique: visão geral.....	22
1.5. Principais instrumentos de planificação em Moçambique.....	28
1.5.1. Estrutura política, administrativa e financiamento dos serviços de saúde.....	30
1.5.2. Políticas e critérios de alocação dos serviços de saúde.....	34
CAPÍTULO 2. METODOLOGIA E FONTES.....	37
2.1. Metodologias usadas na pesquisa.....	37
2.1.1. Recolha dos dados secundários.....	37
2.1.2. Recolha de dados primários.....	38
2.1.3. Modelação da acessibilidade geográfica e da alocação dos serviços de saúde.....	45
CAPÍTULO 3. ENQUADRAMENTO E CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO	51

3.1. Aspectos socioeconómicos da população da província de Sofala.....	52
3.1.1. Dinâmica populacional, entre os anos 1997 e 2017	52
3.1.2. Indicadores sociais (saúde, educação, água e saneamento)	56
3.1.3. Atividades económicas	58
3.1.4. Rede viária.....	58
3.2. Evolução da rede sanitária na província de Sofala.....	59
CAPÍTULO 4. O ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE.....	65
4.1. Acessibilidade geográfica do ponto de vista da população.....	65
4.1.1. Quem utiliza?.....	65
4.1.2. O que utiliza perante uma alteração do estado de saúde?.....	69
4.1.3. Grau de satisfação em relação às condições de atendimento.....	71
4.1.4. Perfil dos utilizadores tendo em conta a área de residência.....	72
4.1.5. Perfil socioeconómico dos utilizadores	76
4.1.6. Grau de satisfação com os serviços de saúde, por área de residência (distrito)	80
4.2. A acessibilidade geográfica do ponto de vista dos prestadores.....	86
4.2.1. Dimensão geográfica da acessibilidade	88
4.2.2. Dimensão económica dos serviços de saúde.....	92
4.2.3. Dimensão sócio organizacional	96
4.3. Modelos de acessibilidade geográfica em ambiente SIG	104
4.3.1. Acessibilidade geográfica baseada no transporte motorizado.....	106
4.3.2. Acessibilidade geográfica baseada na mobilidade pedonal	110
4.3.3. Modelo de Localização-Alocação	113
CAPÍTULO 5. LIMITAÇÕES E CONCLUSÕES DO ESTUDO.....	121
Conclusão	123
Bibliografia	133
ANEXOS.....	145

Índice de tabelas

Tabela 1: Síntese das dimensões de acessibilidade	4
Tabela 2: Desigualdade de acesso à saúde	9
Tabela 3: Composição dos entrevistados.....	44
Tabela 4: Velocidade média de circulação na rede viária	47
Tabela 5: Evolução da população e densidade populacional (habitantes/km ²), em Sofala (1997-2017).....	53
Tabela 6: Indicadores de saúde	57
Tabela 7: Descrição do pacote de serviços prestados nos distritos da Beira, Dondo e Búzi (2020).	63
Tabela 8: Caracterização sociodemográfica da amostra (N = 402)	66
Tabela 9: Número de pessoas a quem se pode pedir apoio em caso de necessidade (de primeiros socorros ou para deslocação)	69
Tabela 10: Serviços de saúde utilizados	69
Tabela 11: Meio de transporte usado para chegar às unidades de saúde.....	70
Tabela 12: Valor pago para se deslocar a para unidade de saúde	71
Tabela 13: Nível de satisfação em relação às condições de atendimento dos serviços de saúde	71
Tabela 14: Tempo de espera no dia da consulta por distrito	72
Tabela 15: Tempo de espera para marcação da consulta médica (agendada), por distrito.....	73
Tabela 16: Acesso a medicamentos gratuitos (AMG) por Distrito.....	73
Tabela 17: Facilidade para deslocar à unidade sanitária por Distrito.....	74
Tabela 18: Forma de deslocação aos serviços de saúde, por distrito	75
Tabela 19: Pagamento para uso de transporte público, viagens de ida e volta, nas deslocações aos serviços de saúde, por distrito	75
Tabela 20: Tempo de espera no dia da consulta segundo o rendimento da família.....	76
Tabela 21: Tempo de espera de consulta agendada segundo o rendimento da família.....	77
Tabela 22: Acesso a medicamentos gratuitos segundo os rendimentos das famílias.....	77

Tabela 23: Facilidade de deslocação aos serviços de saúde segundo os rendimentos da família	78
Tabela 24: Rendimento da família s versus meio de transporte para se deslocar à unidade sanitária.	79
Tabela 25: Pagamento de transporte público nas deslocações (ida e volta) aos serviços de saúde mais próximos segundo os rendimentos das famílias	79
Tabela 26: Satisfação quanto ao atendimento no dia da consulta.....	80
Tabela 27: Satisfação quanto ao tempo de espera para obter consulta agendada.....	81
Tabela 28: Satisfação quanto ao tempo de espera para fazer exames médicos	81
Tabela 29: Satisfação quanto ao tempo de espera para receber resultados dos exames	82
Tabela 30: Satisfação tempo de espera para obter medicamentos gratuitos.....	82
Tabela 31: Satisfação quanto ao atendimento pelo agente de saúde ao chegar à unidade.	83
Tabela 32: Satisfação quanto à disponibilidade dos enfermeiros	84
Tabela 33: Satisfação quanto à disponibilidade de médicos.....	84
Tabela 34: Satisfação quanto ao tempo para se deslocar à unidade de saúde.	85
Tabela 35: Satisfação com o meio de transporte utilizado.	85
Tabela 36: Satisfação quanto às condições das instalações da unidade de saúde.....	86
Tabela 37: Agrupamento das categorias/subcategorias temáticas segundo as dimensões de acessibilidade	87
Tabela 38: Posto administrativo com presença de centroides da população não atendida.....	117

Índice de figuras

Figura 1: Determinantes sociais da saúde.....	9
Figura 2: Estrutura hierárquica e administrativa do sector da saúde.....	31
Figura 3: Estrutura do SNS em termo de autonomia financeira	33
Figura 4: Mapa de Sofala.....	39
Figura 5: Segmentos isolados observadas na rede viária localizada na Província de Sofala.....	46
Figura 6: Enquadramento Geográfico da Área de Estudo	51
Figura 7: Mapa da rede viária da província de Sofala.....	59
Figura 8: Acessibilidade geográfica utilizando modos motorizados	107
Figura 9: Acessibilidade pedonal: percentagem de residentes por classe de distância-Km entre a residência e as unidades de saúde, segundo os postos administrativos	111
Figura 10: Localização-alocação – minimize Impedância	116
Figura 11: Localização-alocação nos Distritos da Beira, Dondo e Búzi	120

Índice de gráficos

Gráfico 1: Variação da população da Província de Sofala 1997-2017.....	54
Gráfico 2: Estrutura etária da população da Província de Sofala, 2017	55
Gráfico 3: Condições da habitação.....	68
Gráfico 4: Acessibilidade em modo motorizado: percentagem de residentes por classe de tempo	108
Gráfico 5: Acessibilidade pedonal: percentagem de residentes por classe de distância-Km entre a residência e as unidades de saúde, segundo os postos administrativos	112

Introdução

O crescimento demográfico nas cidades, principalmente nos países em desenvolvimento no início do século XXI, foi uma das causas para a mudança nos perfis demográficos e sanitários, essencialmente associados às doenças crónicas. Aliado a esses fatores, o final do século XX é marcado pela emergência da noção do ambiente, da qualidade de vida, o crescimento exponencial dos custos de investimentos no setor da saúde e pela necessidade de redução das disparidades espaciais e desigualdades sociais, com impactos na saúde. Em poucas décadas, a área da saúde tornou-se tão ampla que extrapolou o âmbito da ação e do poder da medicina. O seu campo de pesquisa passou a ter um caráter de interdisciplinaridade, envolvendo disciplinas do contexto das ciências sociais (Guimarães, 2015; Santana, 2014). A partir dos anos 1980, a investigação desenvolveu-se em torno da problemática da localização e uso dos serviços de saúde. Posteriormente, a partir da segunda metade dos anos 1990, são conhecidos vários estudos relativos às iniquidades em saúde e doença, especificamente os que revelam a multiplicidade causal dos padrões de doença e mortes evitáveis (Costa, 2010). Atualmente, as condições de equidade no acesso aos cuidados de saúde constituem um dos temas mais debatidos, principalmente nos países mais desenvolvidos, mas não só.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1948), a saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. Ao referir que a saúde vai para além da ausência de doença, este conceito integra, entre outros aspetos, os que estão relacionados com o acesso aos serviços de prevenção da doença e da promoção da saúde. A saúde constitui-se, assim, como um direito humano, sendo necessário que as pessoas tenham acesso aos serviços de saúde de qualidade, relativamente ao tratamento médico, à prevenção e ao controle de doenças, em quantidade adequada às necessidades específicas da população (Silva, 2020; Massarongo-Jona, 2016). Os governos têm a responsabilidade de garantir não só o acesso aos cuidados de saúde (Ministério de Saúde, 2013; OMS, 1948) mas todo o conjunto de condições necessárias que garantam a equidade em saúde. É consensual que a habitação, o emprego e a educação, por exemplo, influenciam, positiva ou negativamente, a saúde das populações (Declaração de ALMA-ATA, 1978). Desta forma, a saúde deve ser entendida numa dimensão holística, sociocultural e ambiental, atribuindo cada vez mais relevância aos determinantes sociais da saúde, condições que influenciam a vida (saúde e doença) de cada um, desde o seu nascimento até a sua morte (Santana, 2014).

A saúde pode, deste modo, também ser entendida como uma construção sociocultural (Nogueira 2006), que se conquista e se promove, tendo o espaço (físico e imaterial) um papel crucial. Face à relevância das questões espaciais, como a distribuição heterogénea dos serviços e a influência do ambiente residencial, a geografia é uma das áreas que podem contribuir para a identificação de padrões de distribuição espacial da saúde e das doenças (Mendonça et al., 2014; Peiter, 2005) no planeamento das infra-estruturas, na avaliação das desigualdades no acesso aos cuidados de saúde e, genericamente, na identificação dos fatores condicionantes da saúde e/ou determinantes sociais (Guimarães, 2015; Santana, 2005).

O Congresso da União Geográfica Internacional (UGI) que ocorreu em Lisboa, em 1949, é um marco importante na investigação da Geografia Médica, tendo sido consagrado na edição do Congresso de 1968, em Nova Déli, com a constituição de um grupo de trabalho no seio da UGI. Mais tarde (1976), em Moscovo, o grupo mudou de nome, passando a chamar-se “Geografia da Saúde”. Santana, (2014) refere que a Geografia da Saúde é uma área do saber de compreensão global, preocupada com os problemas atuais, em diferentes escalas. Destaca a importância desta subárea da Geografia na explicação dos padrões de saúde e doença, pela posição que ocupa na convergência dos saberes relativos aos fenómenos naturais, sociais, culturais e comportamentais. As pesquisas dentro deste domínio permitem a compreensão das relações que se estabelecem entre as condicionantes de saúde, os resultados efetivos das políticas para a organização dos serviços na saúde e as consequências desses processos no desenvolvimento das comunidades e seus territórios. Nos últimos anos tem-se dado enfoque na compreensão das relações espaciais do processo saúde-doença das populações, bem como na produção de resultados sobre valores práticos das investigações epidemiológicas na administração da saúde e na racionalidade das ações de melhoramento do bem-estar da população (Santana, 2014). São variados os estudos sobre temáticas relativas ao acesso, à utilização dos cuidados, à planificação e à otimização dos equipamentos de saúde (Silva & Padeiro, 2020; Silva, 2020 ; Amendra, 2018; Guimarães, 2015; Costa et al., 2010; Costa, 2010; Peiter, 2005).

A geografia de saúde encontra-se dividida em dois campos de interesse. O primeiro, a nosogeografia é considerada a abordagem mais tradicional, que é relativa à identificação e análise de padrões de distribuição espacial das questões de saúde e doença, como um todo, nas relações temporais e espaciais, tratando diretamente dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença das populações. O segundo diz respeito à abordagem dos serviços ou de atenção médica: é a mais recente e tem como objetivo

analisar a distribuição e o planeamento das infra-estruturas e, ainda, a avaliar as desigualdades no acesso à saúde e aos recursos (humanos e físicos), bem como dar contributos para a (re-)orientação (i) do acesso aos serviços de saúde, (ii) do desenho e implementação de políticas públicas, (iii) da implementação dos sistemas de saúde (Mendonça et al., 2014, p.46).

Esta subárea da Geografia procura compreender, interpretar e explicar a dinâmica dos serviços de saúde, referindo-se à distribuição dos equipamentos, às taxas de utilização dos cuidados de saúde e aos indicadores que influenciam a acessibilidade geográfica das populações. É nesta linha de investigação que se insere a presente pesquisa, procurando analisar as condições que influenciam, positiva e negativamente, a acessibilidade e a utilização dos serviços de saúde, tendo em conta as variações espaciais dos fenómenos geográficos, incluindo os demográficos, na província de Sofala, em Moçambique. As desigualdades no acesso e na utilização serão analisadas tendo por base as infra-estruturas de transporte. O que se pretende evidenciar é que a distribuição da população por territórios mal servidos de transportes públicos poderão justificar (ou não) a heterogeneidade na utilização dos serviços de saúde e o seu grau de (in)satisfação com as condições de resposta desses serviços.

O relatório “Sistemas de Saúde em África” (Organização Mundial de Saúde, 2012) identificou que os utentes de comunidades rurais necessitam de caminhar, em média, mais de 20 quilómetros para aceder aos serviços de saúde mais próximos. Apesar da distância percorrida para a obtenção de cuidados básicos de saúde, correm o risco de não encontrar nenhum agente de saúde e nem medicamentos (Organização Mundial de Saúde, 2012). A questão que se colocou no início deste trabalho foi a de saber se o problema do acesso geográfico aos cuidados de saúde afeta, essencialmente, a população residente nas comunidades rurais de Moçambique, e qual a proporção da população afetada.

Considerou-se crucial desenvolver um trabalho de investigação sobre a acessibilidade aos cuidados de saúde (Silva, 2020; Mendonça et al., 2014; Peiter, 2005) tendo presente que as condições que influenciam a saúde (e a doença) e o acesso aos cuidados de saúde são mais amplas do que apenas a oferta desses serviços. Devem ser analisadas outras dimensões, que correspondem às condições do contexto da área de residência nomeadamente os determinantes sociais da saúde (Guimarães, 2015).

A análise da adequação dos serviços de saúde às necessidades reais da população tem implícita a análise da acessibilidade aos serviços, nas várias dimensões: geográfica, económica, cultural e socio-organizacional. Este conhecimento poderá contribuir para que

possam ser desenhadas e implementadas intervenções que tenham como objetivo promover a equidade no acesso aos serviços de saúde (Silva, 2020). A acessibilidade revela a facilidade que a população tem (ou não) de alcançar um bem, um recurso, ou uma oportunidade (Padeiro, 2018; Egresi et al., 2013; Ribeiro, 2012; Padeiro, 2008) Hansen, 1959; Joseph & Philips 1984). A acessibilidade aos cuidados de saúde é um atributo importante na melhoria do bem-estar e da saúde da população. O seu reconhecimento encontra-se inscrito em leis e planos estratégicos de desenvolvimento, em vários países do mundo. Por exemplo, em Portugal, a Lei nº95/2019 de 4 de setembro (Lei de Bases da Saúde) tem como princípios “[garantir] a prestação de cuidados de saúde a todas as pessoas sem discriminações, em condições de dignidade e de igualdade, assegurando os cuidados necessários para a promoção da saúde, prevenção da doença e o tratamento e reabilitação dos doentes, gratuidade dos cuidados, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos.” Pode-se ainda ler que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) deve também garantir a “Equidade, promovendo a correção dos efeitos das desigualdades no acesso aos cuidados, dando particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis, bem como a proximidade, garantindo que todo o país dispõe de uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde”.

No contexto de Moçambique, Massarongo-Jona (2016) refere que a acessibilidade aos serviços de saúde se fundamenta na Constituição da República e se alinha com os princípios e as normas do Comité dos Direitos Económicos e Sociais da ONU, da qual Moçambique é membro. A ONU fixou um entendimento baseado nos direitos humanos e recomendou à OMS e às Agências da ONU, que trabalham na área da saúde, o desenvolvimento de ferramentas que constituam a base do direito à saúde, tendo em conta os critérios de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade (Massarongo, 2016). No entanto, há ainda em Moçambique um longo caminho a percorrer para que o direito à saúde seja uma realidade para a maioria da população, sendo esta uma das limitações a situação económica do país. Num relatório do PNUD (2015), que procurou avaliar 188 países, Moçambique ocupava uma das últimas posições no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), com índice de 0,577. A economia, à semelhança de outros países africanos, apresenta diversos problemas, nomeadamente baixa produtividade, insuficiência de infra-estruturas, incapacidade de gerar emprego – e como consequência, existência de desigualdades no acesso aos diferentes serviços de saúde (PNUD, 2015).

Embora as análises apontem para uma trajetória de desenvolvimento positiva, com a redução da taxa de pobreza de 59% para 48% da população entre 2008 e 2014, importa

referir que os níveis da desigualdade económica apresentam grandes disparidades entre os que se encontram em melhores condições financeiras e as camadas mais desfavorecidas (PNUD, 2015). Observa-se assim, ainda, uma baixa taxa de crescimento da produtividade da economia, um reduzido investimento na formação de capital humano e a quase inexistência de um fortalecimento competitivo das empresas, em termo de produção e exportação. Estas indicações são corroboradas pelos dados apresentados no relatório IndexMundi (2018), que indicam que 46,1% da população moçambicana vive abaixo do nível da pobreza. Estes aspetos condicionam a provisão de serviços sociais básicos, tais como o acesso, e a equidade, aos serviços de saúde.

Está-se, portanto, perante uma conjunção de fatores que influenciam os desequilíbrios ao nível da distribuição geográfica dos serviços de saúde, tendo em conta as necessidades potenciais da população (Luís & Cabral, 2016; Massarongo-Jona, 2016; Ministério de Saúde, 2013; Martins, et al., 2013). A distribuição geográfica dos serviços de saúde influencia a sua utilização. A distância entre a procura e a oferta impõe dificuldades adicionais na utilização desses serviços, na obtenção de medicamentos e na alocação de trabalhadores de saúde – médicos e enfermeiros qualificados – sobretudo nas regiões rurais, onde a maioria da população vive em condições de pobreza extrema.

Esta situação está na base da seguinte questão: *Como é que a distribuição desigual dos serviços de saúde, das condições das vias de acesso aos serviços, das dinâmicas do território, das características socioeconómicas da população influencia a acessibilidade aos serviços de saúde?*

Diante da questão acima, levantam-se as seguintes **hipóteses de investigação**:

- a) As condicionantes geográficas, sociodemográficas e económicas influenciam a acessibilidade da população aos serviços de saúde;
- b) A oferta de serviços de saúde não tem respondido, nos últimos 20 anos, às necessidades potenciais da população residente em Sofala, promovendo desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

Relevância e justificação da pesquisa

Os cuidados de saúde constituem um dos serviços públicos indispensáveis na resposta às necessidades básicas das populações, assegurando a prevenção da doença e a promoção da Saúde. Em Moçambique, para que possam ser desenvolvidas medidas e ações relativas ao planeamento de bens públicos, o conhecimento sobre as desigualdades na acessibilidade

aos serviços de saúde é crucial (Ribeiro, et al., 2015). O conhecimento sobre as desigualdades no acesso à saúde, poderá responder a um dos objetivos vertidos no programa de Alívio e Redução da Pobreza Absoluta (PARPA), que consiste na expansão e melhoria da cobertura dos cuidados de saúde (Governo de Moçambique, 2005), com vista a aumentar a oferta bem como a adequar às necessidades da população, permitindo, desta forma, corrigir desequilíbrios no acesso e na utilização dos cuidados, com potenciais reflexos positivos na saúde e no bem-estar da população moçambicana.

Nesta perspetiva, o Governo moçambicano tem vindo a investir em políticas públicas, de que são exemplo a construção de novas unidades de saúde, a reabilitação/requalificação das existentes e, ainda, a abolição da taxa de consulta. O objetivo do Governo tem sido oferecer serviços de saúde de acordo com os critérios de eficiência, equidade e melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados. Porém, apesar do esforço evidenciado pelo Governo em conjunto com parceiros internacionais que atuam da área da saúde, a capacidade de resposta do Sistema Nacional de Saúde ainda não é suficiente.

Sabendo que a procura dos cuidados de saúde tem vindo a aumentar nos últimos anos, principalmente, por parte de mulheres, crianças e idosos, as principais causas da falta de resposta parecem estar estão associadas: (i) à escassez de recursos físicos, (ii) às condições precárias das vias de acesso aos serviços de saúde, (iii) ao planeamento ineficiente dos serviços de saúde, (iv) à carência de profissionais qualificados (pessoal médico, de enfermagem e técnicos de saúde). Observa-se esse cenário, principalmente, nas zonas urbanas, com especial ênfase nas periferias das cidades, devido, entre outras razões, ao êxodo rural e ao carácter explosivo do crescimento urbano (Massarongo, 2016; Martins et al., 2013).

A literatura evidencia que a distribuição geográfica dos serviços de saúde influencia a sua utilização (Joseph & Philips 1984; Santana, 1993). A distância a percorrer entre o local de residência e o local de prestação dos cuidados de saúde impõe dificuldades adicionais à utilização desses serviços, em áreas geográficas marcadas por vulnerabilidades sociais, económicas e políticas, relativas aos indivíduos ou aos contextos que reforçam a precariedade individual (Santana, 1993). Nas áreas rurais, a falta de acesso é ainda mais acentuada, devido às distâncias consideráveis entre os serviços de saúde e os aglomerados populacionais, ao reduzido acesso à informação, ao baixo nível de escolaridade e às influências religiosas e culturais.

Embora o Governo de Moçambique, nos seus planos estratégicos, procure desenvolver ações que minimizem as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, ainda são insuficientes os estudos que permitem avaliar os padrões de acessibilidade aos serviços de saúde com uma visão dinâmica e integradora – que incluam as características dos potenciais utilizadores, as características da oferta e as infra-estruturas de transporte, principalmente na província de Sofala (Luís & Cabral, 2016).

Esta investigação permitirá analisar as condições que influenciam, positiva e negativamente, a acessibilidade e a utilização dos serviços de saúde, tendo por base a distribuição espacial dos cuidados de saúde e as condições geográficas (e.g., orografia, demografia) na província de Sofala, em Moçambique. As desigualdades no acesso e na utilização serão analisadas considerando, ainda, as infra-estruturas de transporte. As metodologias e os resultados apresentados poderão servir como modelo para posteriores estudos a serem replicados noutras partes do país.

A escolha da província de Sofala para a realização desta pesquisa deve-se, principalmente, a dois motivos. Em primeiro lugar, a província de Sofala apresenta a maior taxa de mortalidade do país, além de baixos índices de desenvolvimento (Dávila, J. et al., 2008) e acentuado crescimento da população. Por outro lado, as vias de acesso rodoviário aos serviços de saúde são inadequadas e é notória a fraca alocação de infra-estruturas básicas e de serviços de saúde. Em segundo lugar, esta província foi uma das que mais impactos, de larga escala, sofreu no conflito armado, que durou 16 anos, opondo o Governo de Moçambique, liderado pela FRELIMO, e a RENAMO. Este conflito terminou com a assinatura do Acordo Geral de Paz, em Roma, no dia 04 de outubro de 1992. O conflito levou a um elevado número de pessoas deslocadas das zonas assoladas pela violência armada, tendo fugido para os países vizinhos cerca de 1,7 milhão de Moçambicanos (ASFC; MULEIDE; CEEI/ISRI, n.d.).

O conflito armado ressurgiu entre 2012 e 2014, concentrado nas zonas do centro-norte do país, onde a RENAMO tinha influência histórica. As suas bases militares e demais estratégias não se estenderam para além de faixas localizadas no centro do país (Sofala), mas intensificaram-se em algumas áreas específicas, como por exemplo no posto administrativo de Muxungué¹, Distrito de Chibabava na região de Satunjira, e Casa Banana,

¹ Segundo artigo 7 da constituição da República de Moçambique, territorialmente encontra-se organizado em províncias, distritos, posto administrativo, localidades e povoados. As zonas urbanas estruturam-se em cidade e vilas. Acesso em <https://www.portaldogoverno.gov.mz/por/Media/Files>, 24/8/22.

em Gorongosa. Naquele período, o conflito teve menor impacto (em comparação com o conflito armado dos 16 anos), e culminou com a assinatura do Acordo de Cessação de Hostilidades, no dia 5 de Setembro de 2014 em Maputo (Forquilha, 2020; (ASFC;MULEIDE;CEEI/ISRI, n.d.). Entretanto, as hostilidades levaram à destruição de infra-estruturas, a uma maior insegurança e medo e ao agravamento das dificuldades no acesso aos principais corredores de transporte, devido ao medo de ataques surpresa nesta parcela do país. Esta situação, por exemplo no distrito de Gorongosa (província de Sofala), levou a cerca de sete mil deslocados internos até o ano de 2014 (Sebastião, 2022).

Em síntese, este estudo é relevante porque pode contribuir para o aperfeiçoamento de políticas públicas no contexto moçambicano, adicionando conhecimento relevante relativo à acessibilidade geográfica aos serviços de saúde primária (centros e postos de saúde) e secundária (hospitais gerais, distritais e rurais) na província de Sofala.

Objetivos da pesquisa

A presente tese tem como **objetivo geral** analisar a acessibilidade aos serviços de saúde na Província de Sofala - Distrito da Beira, Dondo e Búzi-, nos últimos 20 anos (1997-2017), de modo a contribuir para a orientação de estratégias e de programas que promovem a equidade no acesso aos cuidados de saúde. Para dar resposta ao objetivo, delinearam-se os seguintes **objetivos específicos**:

- a) Avaliar a evolução da distribuição geográfica dos serviços de saúde e da população nos últimos 20 anos;

Conforme a Lei Órgãos Locais Estado, a Província é a maior unidade territorial da organização política, económica e social da Administração Local do Estado. É composta por distritos, posto administrativo e localidades.

-Distrito é a unidade territorial principal da organização e funcionamento da Administração do Local do Estado e a base da planificação do desenvolvimento económico social e cultural da República de Moçambique.

-Posto administrativo é a unidade territorial imediatamente inferior ao distrito, tendo em vista garantir aproximação efetiva dos serviços da Administração Local do Estado às populações e assegurar maior participação dos cidadãos na realização dos interesses locais. O posto administrativo é constituído por localidades.

-Localidade é a unidade territorial base da organização da Administração Local do Estado e constitui a circunscção territorial de contacto permanente dos órgãos locais do estado com as comunidades. A localidade compreende aldeias e outros aglomerados populacionais inseridos no seu território.

- Na Província, Distrito e Posto administrativos também abrange as áreas das autarquias locais compreendidas no seu respetivo território. Acesso em <https://www.gaza.gov.mz>, em 24/8/22

- b) Analisar as dimensões da acessibilidade geográfica aos serviços de saúde na província de Sofala, identificando desigualdades no acesso aos serviços;
- c) Identificar a localização otimizada dos serviços de saúde, com vista a promover uma acessibilidade geográfica mais equitativa da população residente.

Estrutura da tese

Para alcançar os objetivos e responder às questões da pesquisa, esta tese apresenta-se estruturada em seis capítulos, agrupados em duas partes:

- ◆ Parte I – Enquadramento teórico, composta por dois capítulos, distribuídos da seguinte forma:
 - Capítulo 1: apresenta o estado da arte e os conceitos relevantes para o estudo, como acessibilidade, dimensões de acessibilidade e sistemas de saúde.
 - Capítulo 2: é relativo à metodologia da pesquisa desenvolvida no estudo, com destaque para a recolha de dados, a preparação das entrevistas semiestruturadas e os questionários e todos os procedimentos analíticos.
- ◆ Parte II – Estudo de caso, composto por três capítulos, distribuídos da seguinte forma:
 - Capítulo 3: retrata o enquadramento geográfico da área de estudo, a caracterização físico-geográfico, demográfico, socioeconómico e a evolução dos serviços (infra-estruturas) de saúde;
 - Capítulo 4: ocupa-se da apresentação, da análise e da discussão dos dados relativos à (i) procura e utilização dos serviços de saúde pela população e ao grau de satisfação com os serviços e às (ii) barreiras no acesso e na utilização identificadas pelos profissionais de saúde e instituições prestadoras de cuidados de saúde Província de Sofala (Distritos da Beira, Dondo e Búzi); modelação da acessibilidade geográfica em ambiente SIG para dois perfis de mobilidade (motorizado e pedonal) e baseado no método de *localização-alocação*,
 - Capítulo 5: apresentam-se as limitações associadas a este ao desenvolvimento do trabalho, as principais conclusões retiradas do estudo, seguida de algumas recomendações referentes à melhoria de acessibilidade aos serviços de saúde na Província.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. ESTADO DA ARTE

Na revisão do estado da arte foram feitas pesquisas bibliográficas centradas, fundamentalmente, em conceitos relevantes para o estudo, como a acessibilidade (dimensões, desigualdade, determinantes, medidas, equidade), o sistema nacional de saúde (análise comparativa entre Moçambique e alguns países de África Subsaariana: África do Sul e Tanzânia), o contexto organizacional dos financiamentos dos serviços de saúde e das políticas de alocação dos serviços de saúde em países em desenvolvimento.

1.1. Dimensões da acessibilidade aos serviços de saúde

O conceito de acessibilidade tem sido estudado e debatido por profissionais de diversas áreas de conhecimento. A acessibilidade pode ser definida como a característica de um serviço, sendo medido pela capacidade ter acesso. Para (Donabedian, 1973) a acessibilidade refere-se às características da oferta de serviços com capacidade de prestar cuidados de saúde e de responder às necessidades de saúde de uma população específica. Segundo (Morgado, 2010,p.37)

“ (...) a acessibilidade consiste na possibilidade de se poder aceder a um local, ou conjunto de locais, e está fortemente dependente da conectividade, sendo que a acessibilidade é função da cobertura do território por infra-estruturas de transporte, e é tanto maior quanto maior a permeabilidade do território à rede de infra-estruturas, e é, tal como a conectividade, um indicador forte da estruturação do espaço, na ponderação acerca da localização das atividades e também ou, consequentemente, na valorização do espaço.”

Para Marques da Costa (2007), a acessibilidade constitui uma característica que qualifica uma localização realçando a facilidade de se alcançarem determinados pontos num território, e à medida que o movimento se torna mais fácil, mais barato ou menos demorado, a acessibilidade aumenta, e com ela a propensão à deslocação, aumentando, desta forma, a capacidade potencial de interação entre lugares.

1.1. Dimensões da acessibilidade aos serviços de saúde

O conceito de acessibilidade remete, por um lado, para a noção de proximidade e, por outro, à facilidade na interação espacial (Gutiérrez, et al., 2010). Considerando essas duas noções, numa perspectiva económica e social, verifica-se, no primeiro caso, que a distribuição dos equipamentos num determinado território interfere no custo de deslocação para aceder aos cuidados de saúde, condicionando o acesso dos indivíduos, principalmente dos mais vulneráveis (Gulliford & Morgan, 2013). Quanto à perspectiva social, o aumento dos níveis de acessibilidade pode promover a equidade social e diminuir, tanto o número de indivíduos que não conseguem aceder aos cuidados de saúde como os óbitos que podiam ter sido evitados (Costa et al., 2020; Silva & Padeiro, 2020; Padeiro, 2018) Costa et al., 2011).

Tendo em conta as várias perspetivas das definições acima, importa apontar que todas têm em comum a referência do tempo e custo, associados à distância entre o utilizador (quem procura) e o prestador do serviço (quem oferece), como fatores essenciais.

Portanto, para melhor entendimento do conceito de acessibilidade, é importante ter em conta as dimensões que se descrevem na Tabela 1 e que têm sido tratadas por diferentes autores (Donabedian, 1973; Penchansky & Thomas, 1981; Phillips e Learmonth, 1982; Santana, 1993; Levesque, et al., 2013;) tendo em vista as características da oferta e da procura.

Tabela 1: Síntese das dimensões de acessibilidade

Autor	Dimensões
Donabedian (1973)	<ol style="list-style-type: none">1. Acessibilidade socio-organizacional (caraterísticas da oferta de serviços)2. Acessibilidade geográfica (fricção do espaço que pode ser medido pela distância, tempo de viagem, custo da viagem, e outras barreiras)
Phillips e Learmonth (1982)	<ol style="list-style-type: none">1. Económica (custos da deslocação e da consulta)2. Sociodemográfica (indicadores como o sexo, a idade, o grau de escolarização e o socioeconómico)3. Geográfica (localização dos recursos, a influência das distâncias e o tempo a percorrer para aceder aos cuidados de saúde)4. Sociopsicológica (conhecimento da saúde e da doença e a perceção da qualidade dos serviços)5. Sociocultural (problemas de comportamentos e discriminações étnicas e diferentes práticas de satisfação das necessidades de saúde, nomeadamente, nas práticas de medicina tradicional)
Santana (1993)	<ol style="list-style-type: none">1. Acessibilidade geográfica (distância entre a residência e os cuidados de saúde; o tempo e o custo para a vencer)2. Características da procura dos serviços de saúde (idade, género, rendimento, seguro de saúde, atitudes e conhecimentos dos utentes sobre os cuidados de saúde)

1.1. Dimensões da acessibilidade aos serviços de saúde

	3. Acessibilidade socio-organizacional (referenciação entre níveis prestadores de cuidados de saúde, continuidade, qualidade e tipo de serviço)
Levesque et al., (2013) e Penchansky & Thomas (1981)	<ol style="list-style-type: none">1. Geográfica (distância física ou do tempo de viagem entre o utilizador e o prestador do serviço de saúde)2. Financeira ou económica (disposição e capacidade dos utentes pagarem pelos serviços de saúde utilizados)3. Aceitabilidade (resposta dos prestadores de serviço de saúde às expectativas individuais e sociais das comunidades)4. Disponibilidade (adequação do serviço de saúde às necessidades reais da população)

Fonte: Elaboração própria adaptada de Phillips e Learmonth (1982), Levesque et al., (2013), Penchansky & Thomas (1981), Santana (2014) e Donabedian (1973).

Tendo por base os autores anteriores, conclui-se que as principais dimensões de acessibilidade são: (i) geográfica, relativa às características físicas dos territórios – e.g. infra-estruturas viárias -, e à oferta de transporte público e à distribuição de equipamentos e serviços; (ii) económica, relativa às características da procura e (iii) sócio organizacional, relativa aos sistemas de saúde e à política do governo.

A acessibilidade geográfica pode ser entendida como a facilidade de a população alcançar as oportunidades que estão disponíveis para seu usufruto, usando um determinado meio de transporte (Padeiro, 2017), ou a pé (Ribeiro, Remoaldo, Gutiérrez, 2015; Delamate & Messina, 2012; Hansen, 1959), tendo em conta os custos relacionados com a deslocação, o tempo de viagem e as barreiras físico-geográficas (Lanford et al., 2016; Levesque, 2013; Santana, 1993; Donabedian, 1973; Penchansky e Thomas, 1981). No entanto, na deslocação das populações, deve-se analisar, para além dos meios de transporte, as condições físicas (mobilidade dos utilizadores), sociais e económicas da população (capacidade para pagar os custos da deslocação). Deste modo, pode-se afirmar que o conceito de acessibilidade geográfica tem em conta a facilidade de conexão e ligação de transporte, os seus custos e a predisposição dos indivíduos para chegarem a um determinado local (Geurs & Wee, 2004). Por isso, a dimensão geográfica (essencialmente associada às características do território) não depende somente da localização dos serviços e da população potencial utilizadora. Essa dimensão inclui outras condições (que se podem constituir como barreiras), nomeadamente a existência (ou não) de transportes públicos adequados, de baixo custo e frequentes (Santana, 1993). É uma dimensão que se refere especificamente à relação geográfica entre os serviços de saúde e os seus utilizadores colocando em destaque, segundo alguns autores, que as disparidades geográficas no acesso

aos cuidados de saúde são praticamente inevitáveis (Delamate & Messina, 2012). A acessibilidade geográfica é uma condição básica para a utilização dos serviços de saúde, mas não é, por si só, uma garantia de equidade na utilização dos serviços de saúde (Santana, 2014). É uma dimensão que deve estar presente no processo de planeamento dos serviços de saúde, pois permite aos planificadores identificar áreas com iniquidades na oferta e avaliar o impacto da abertura, encerramento ou realocação de serviços de saúde (Delamate & Messina, 2012; Conceição, 2011). A acessibilidade geográfica aos serviços de saúde tem sido alvo de maior atenção nos últimos anos, por se considerar que existem barreiras espaciais (e.g., dificuldade de conexão de transporte entre prestadores e população potencialmente utilizadora) que, potencialmente, podem contribuir para diminuir a utilização dos cuidados de saúde de carácter preventivo, contribuindo para aumentar nas mortes que poderiam ter sido evitadas por um acesso adequado (em tempo) aos cuidados de saúde (Kotavaara et al., 2021; Langford et al., 2016). Trata-se de responder, com justiça territorial, às necessidades sentidas pela população (Silva, 2020; Costa, 2010).

A acessibilidade económica é relativa à capacidade de os serviços de saúde da rede pública oferecerem cuidados de saúde gratuitos ou com custos (taxas moderadoras) muito reduzidos, permitindo que a população tenha acesso às consultas, aos exames médicos, aos medicamentos e outros bens e serviços (Levesque, 2013; Remoaldo, 2008; Penchansky e Thomas, 1981). Esta dimensão procura mostrar que as características da oferta de serviços (custos) intervêm na relação entre características dos utentes e o uso de serviços de saúde, facilitando ou dificultando o acesso (Donabedian, 1973). Nesta dimensão estão ainda incluídas as características da população potencialmente utilizadora, nomeadamente a capacidade financeira para pagar os cuidados de saúde e a existência de seguros de saúde ou subsistemas (Santana, 1993).

A acessibilidade sócio-organizacional está associada às características da oferta de serviços (Donabedian, 1973). Procura responder aos aspetos de articulação entre os serviços (cuidados de saúde primários e hospitais), por exemplo, na marcação de consultas, exames e outros aspetos relativos ao funcionamento de serviços (horários de atendimento, se estão estruturados tendo em conta a vida profissional dos cidadãos e dos transportes, tempo para a obtenção de uma consulta) (Remoaldo, 2008).

Assim, e diante das dimensões acima referenciadas, entende-se de forma geral que, a acessibilidade aos serviços de saúde, integra as seguintes variáveis: (i) a oferta, relativa ao sistema de saúde do país, à distribuição territorial dos serviços de saúde e à qualidade

dos mesmos (e.g., adequação, aceitabilidade, articulação); (ii) a procura, tendo em conta todos os atributos da população potencialmente utilizadora (e.g., sexo, idade, condição socioeconómica. A acessibilidade geográfica mede (tempo e custo) a ligação entre a oferta e a procura, sendo uma condição básica de acesso e utilização dos serviços (Langford et al., 2016).

1.1.1. Determinantes socio-económicos e geográficos no acesso aos serviços de saúde

As condições de acesso aos serviços de saúde são influenciadas por desigualdades relativas (i) às características imutáveis (idade, género, aspetos genéticos), (ii) às questões culturais, (iii) à localização da área de residência e, ainda, (iv) às condições sociais e económicas dos indivíduos potencialmente utilizadores (Johar et al., 2018; Williams & Sternthal, 2010; Santana, 2005).

O padrão das desigualdades nas condições de saúde tem sido associado, por um lado, à posição hierárquica que cada indivíduo ocupa na estrutura socioeconómica - estatuto ocupacional, nível de instrução, rendimento ou classe social, e, por outro lado, às características geográficas dos lugares - ambiente físico, social, económico, cultural e histórico (Remoaldo & Nogueira, 2018). A má qualidade residencial e a concentração da pobreza em determinados territórios potenciam a exposição desses residentes a níveis elevados de instabilidade psicológica, financeira e social (Remoaldo & Nogueira, 2018; Williams & Sternthal, 2010).

Segundo Freitas et al., (2010,p. 23), nos países em desenvolvimento observam-se grandes desafios, sobretudo “aqueles relacionados com maior atracção da população às cidades, alteração demográfica das áreas de saída e de chegada, aumento das iniquidades, escassez de recursos económicos e humanos, crescente aumento das expectativas, etc.” Nesses países, os sistemas de saúde nem sempre tem capacidade para oferecer serviços continuados, especializados ou de carácter de prevenção da doença e de promoção da saúde, quer pela baixa qualidade e quantidade dos recursos humanos quer pela degradação dos serviços públicos (instalações e equipamentos), influenciados, na sua maioria, por instabilidades políticas, económicas e sociais. Outro aspeto que deve ser destacado é a fraca capacidade de desenvolver políticas de atuação sobre os determinantes contextuais da

saúde, ultrapassando a mera prestação de cuidados de saúde (Wang, 2015; Freitas et al., 2010).

As desigualdades no acesso aos serviços de saúde e à saúde devem ser assumidas como uma preocupação subjacente às práticas e políticas de planeamento. A redução dessas desigualdades deve ser um dos focos das políticas públicas (Ribeiro et al., 2015). Nesse sentido, segundo alguns autores (Freitas, et al., 2010,p.23) “é necessário promover o diálogo entre os vários sectores que afetam direta ou indiretamente a saúde das populações, utilizando a evidência científica que revela as fortes associações entre os determinantes do meio ambiente [...] e a saúde”. Determinantes sociais, económicos, geográficos e culturais, devem ser considerados em pesquisas que procuram entender os condicionantes que influenciam a saúde das populações. Neste sentido, é fundamental o desenvolvimento de políticas que tornem o acesso aos serviços de saúde mais equitativo. No que se refere ao determinante geográfico, por exemplo, uma integração planeada entre a distribuição dos serviços de saúde e dos transportes pode contribuir para diminuir os efeitos da distância, colmatando desigualdades e promovendo a equidade no acesso aos serviços de saúde (Ribeiro et al., 2015; Padeiro, 2017). Por isso seria importante que as unidades de prestação de serviços de saúde pudessem ser redistribuídas, de forma a oferecer o que chamam de “horizonte de proximidade”. Entende-se que a rede dos transportes públicos, ao ser otimizada, diminuiria o tempo necessário da deslocação às unidades, aspeto fundamental ainda dentro das condicionantes geográficas de acesso aos serviços de saúde (Ribeiro, et al., 2015).

As desigualdades em saúde são explicadas através das teorias de base individual e estrutural (Barreto, 2017). A teoria individualista evidencia-se em três dimensões: material (distribuição de riqueza na sociedade); cultural-comportamental (estilos de vida); e psicossocial. As explicações estruturais apontam que os determinantes sociais, que condicionam as desigualdades no acesso à saúde, são moldados pela “superestrutura da sociedade”, como ideologias políticas e a organização produtiva. Este esboço teórico, evidenciado na Tabela 2, resulta de circunstâncias que são influenciadas pelos aspetos de ordem económica, política e social. As condições de vida da população são determinadas, também, pelo lugar que cada indivíduo ocupa na hierarquia social.

1.1. Dimensões da acessibilidade aos serviços de saúde

Tabela 2: Desigualdade de acesso à saúde

Teoria	Dimensões	Modelo	Determinantes sociais de acesso à saúde
Base Individual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Material 2. Culturais – comportamentais 3. Psicossociais 	Dahlgren e Whitehead (1991)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comportamento e estilo de vida; 2. Rede social comunitária; 3. Condições de trabalho e vida; 4. Macroestruturais (condições económicas, sociais e ambientais).
Base Estrutural	Superestrutura da sociedade (ideologia política e organização produtiva)	Solar e Irwin (2010)	Posição socioeconómica

Fonte: Elaboração própria adaptado de Dahlgren & Whitehead (1991) e Solar & Irwin (2010).

Partindo de diversas realidades sociais, modelo Dahlgren e Whitehead, (1991) foi amplamente usado no mundo. O modelo é baseado nos determinantes sociais da saúde, considerando-os como “as circunstâncias em que as populações crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como os sistemas implementados para lidar com a doença.” Esse modelo influenciaram em 2005, a criação da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), assim como políticas associadas (Dalbello-Araujo, et al., 2017,p.66). A Figura 1 resume os determinantes acima referenciados.



Figura 1: Determinantes sociais da saúde

Fonte: Santana, 2014, p.78. Adaptado de Dahlgren e Whitehead, 1991, p. 11

Este modelo, de Dahlgren e Whitehead (1991), propõe que os determinantes sociais da saúde tenham no centro as pessoas, com as características imutáveis (que não podem ser alteradas pelo contexto (idade, sexo e fatores genéticos). Na camada seguinte encontra-se a representação dos comportamentos e estilos de vida individuais. Partindo deste princípio, segundo (Dalbello-Araujo, et al., 2017) os comportamentos e estilos de vida individuais, encontram-se no limiar entre os fatores individuais e os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), já que os comportamentos, além de serem dependentes de opções individuais, são também dependentes dos DSS, como o acesso a informação, aos alimentos saudáveis, ao lazer, dentre outros. A camada seguinte representa as redes de solidariedade que expressam, também, níveis de coesão social. A última camada, ilustrada no esquema, representa os chamados “Determinantes Macroestruturais”, que estão relacionados com as condições económicas, sociais e com o ambiente em que a sociedade se insere. Esse conjunto demonstra as conexões globais, os determinantes fora dos espaços e dos territórios nacionais, assim como os fenómenos relacionados com a globalização (Remoaldo & Nogueira, 2018; Johar et al., 2018; Santana, 2014; Dalbello-Araujo et al., 2017).

Ainda de acordo com Dalbello-Araujo et al., (2017, p. 67), em 2010, a OMS estabeleceu um novo marco conceitual sobre os DSS, sintetizado a partir do modelo proposto por Solar & Irwin (2010) Nesse modelo, os chamados determinantes intermediários são a base da atuação dos determinantes estruturais e são elementos inseridos no seio das circunstâncias materiais dos indivíduos que, por sua vez, possuem consequências que estão diretamente ligadas ao acesso à saúde.

A “estrutura” expressa o modo como os mecanismos sociais, económicos e políticos dão origem a um conjunto de posições socioeconómicas, em que a população é estratificada de acordo com o rendimento, a educação, a ocupação, e outros fatores individuais, como o género e a etnia. Essas posições socioeconómicas, por sua vez, determinam vulnerabilidades e exposições diferenciadas nas condições de saúde (determinantes intermediários) e refletem o lugar das pessoas dentro das hierarquias sociais. As chamadas “circunstâncias materiais” podem ser descritas como condições de qualidade de vida, incluindo atributos como melhores condições da habitação, características das áreas de residência, como a qualidade ambiental (e.g., espaços verdes, tratamento de resíduos, qualidade do ar) e proximidade a bens e serviços. Ao mesmo tempo, é necessário dar destaque às características relacionadas com os comportamentos sociais e os padrões psicossociais (Dalbello-Araujo, et al., 2017).

Dentro das interpretações propostas no item anterior, a literatura agrupa os determinantes em tipologias. Desse modo, a CDSS (2010), apoiando-se no modelo conceptual de Dahlgren e Whitehead, refere que para a compreensão do problema da desigualdade é necessário conhecer os determinantes mutáveis, tais como o ambiente físico, económico, social, cuidados de saúde e estilos de vida. Nesse sentido, alguns autores (Viegas, et al., 2015) procuram dar importância às dimensões relacionadas com a organização dos serviços da saúde, em todos os níveis de atuação, bem como à compreensão do processo saúde-doença e dos elementos culturais envolvidos, principalmente na utilização dos serviços de saúde.

Os determinantes fixos ou imutáveis devem ser compreendidos pelas características inatas dos sujeitos, ou seja, determinantes naturais que devem ser levados em consideração em levantamentos estatísticos como idade, sexo e características genéticas e que não podem ser modificados por políticas públicas. Quanto aos fatores mutáveis, devem ser analisadas as características do ambiente (físico, social e cultural), tais como as características da área de residência, disponibilidade de alimentos, água de qualidade, oferta de trabalho, ambiente de trabalho (Dalbello-Araujo et al., 2017; Freitas et al., 2010). As condições económicas e sociais de determinada comunidade são aspetos-chave, verificando-se que a literatura revela serem os níveis de pobreza, o acesso a trabalho/emprego, a qualidade das habitação, o preço dos alojamentos, a existência de etnias, a proximidade da residência a bens e serviços e os níveis de educação os elementos que influenciam a inclusão (ou exclusão) social (Remoaldo & Nogueira, 2018; Dalbello-Araujo, et.al., 2017; Barreto, 2017; Williams & Sternthal, 2010)

A hierarquia e os impactos desses determinantes na saúde variam em função do desenvolvimento de um país (Johar et al., 2018; Viegas, 2015; Freitas et al., 2010; Williams & Sternthal, 2010), sendo muito expressivo nas regiões economicamente mais débeis, em que a maior parte da população é pobre, reside em habitações de má qualidade, está sujeita à falta de proteção civil, é afetada por problemas de saneamento básico, pela elevada criminalidade e, potencialmente, tem maior probabilidade de vir a ter comportamentos desviantes. Todas estas condições influenciam, negativamente, os resultados em saúde e promovem desigualdade na saúde e no acesso aos cuidados de saúde. Em síntese, podem referir-se três razões que estão na origem das desigualdades em países menos desenvolvidos: a primeira é relativa à maior prevalência de doenças, não só infeto-contagiosas mas também doenças crónicas; a segunda é relativa às características da população, que possuindo, maioritariamente, rendimentos baixos não contribui

positivamente, através dos seus impostos, para o financiamento do sistema de saúde, o que poderá prejudicar uma efetiva cobertura da população pelos diferentes níveis de serviços de saúde; a terceira é relativa aos aspetos que contribuem para a baixa qualidade dos serviços de saúde, com destaque as variáveis relacionadas com o preço do atendimento (e.g., consulta ou urgência), o tempo de viagem entre o local de residência e os serviços, a qualidade do atendimento, a falta de pessoal especializado, o tempo de espera para marcação de consultas, as dificuldades no registo dos utilizadores (Freitas et al., 2010; Dalbello-Araujo, et.al.,2017; Barreto, 2017; Williams & Sternthal, 2010).

Políticas que possam fomentar o crescimento económico local e aumentar os rendimentos das famílias, bem como políticas que tenham como objetivo a reafecção de equipamentos e pessoal de saúde especializado, podem contribuir para a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, principalmente para os que residem em áreas rurais, mais afastadas da oferta deste tipo de serviços. As desigualdades em saúde e no acesso aos cuidados de saúde também são motivadas por outros fatores, com destaque para a falta de informação e conhecimento em matéria de saúde e a distribuição desigual das infra-estruturas sanitárias (Johar et al., 2018), principalmente em países africanos de economia frágil (Freitas et al., 2010).

No caso dos países economicamente estáveis e/ou desenvolvidos, a variação geográfica das determinantes sociais também tem impactos, positivos ou negativos, na saúde, conforme refere (Santana, 2005). Segundo a autora, em Portugal, a população pobre, sobretudo a que reside em áreas periféricas e/ou suburbanas, é muito afetada pelas más condições de acesso aos serviços de saúde, resultando no aumento das desigualdades em saúde. Para isso contribuem as condições individuais (e.g., desemprego, concentração de imigrantes sendo alguns não legalizados, população pouco escolarizada, baixos rendimentos) e as condições contextuais (e.g., distância entre a residência e o local de oferta cuidados de saúde especializados, transportes públicos pouco frequentes). Deve ser, ainda, referida a dimensão cultural, que pode, também, determinar o acesso aos cuidados de saúde, na medida em que as pessoas com determinadas crenças religiosas/religiosidades e tradições culturais não costumam aceitar ou tolerar o mínimo contacto físico casual entre homens e mulheres, ou proíbem que as mulheres tenham acesso aos cuidados de saúde se os prestadores forem do sexo masculino (Levesque, 2013).

Por tudo o que foi referido anteriormente, e em jeito de conclusão, para se promover a saúde de toda a população, devem ser tidos em conta a relevância dos determinantes sociais, culturais e económicos, incluindo a oferta dos serviços de saúde,

garantindo que todos os possam utilizar no momento em que deles necessitem e com o menor custo possível (Viegas et al., 2015)

Como foi apresentado anteriormente, a saúde é resultado de um conjunto diverso de condições que estão presentes ao longo da vida dos indivíduos (desde que nasce até que morre): os determinantes sociais da saúde. Este entendimento holístico da saúde obriga à formulação de políticas públicas de saúde colaborativas, que sejam intersectoriais, relacionando, por exemplo, as políticas do sector da saúde com as da educação, dos transportes, da habitação e de proteção social, como forma assegurar a proteção da população mais carenciada e a melhoria das condições de vida das populações como um todo (Viegas et al., 2015).

1.1.2. Equidade em saúde

Para a *International Society for Equity in Health* (ISEQH, 2018) a equidade em saúde pode ser entendida como a ausência de diferenças que possam ser evitáveis num ou mais aspetos de saúde, no seio das características sociais, económicas, demográficas e da localização geográfica de um determinado grupo da sociedade. Na mesma direção, para a OMS, a equidade em saúde baseia-se na igualdade de acesso aos cuidados disponíveis, baseado na utilização igualitária, tendo em vista as mesmas necessidades e uma mesma qualidade dos cuidados de saúde (Solar & Irwin, 2010). Para Silva, (2020, p.130) para que haja equidade considera

“o fator distância-tempo é uma componente fundamental para o uso do espaço pelos serviços de saúde garantidor de equidade. Contudo, num quadro de recursos limitados no qual não se consegue garantir baixo tempo de viagem a toda a população, considerar a dimensão distância-tempo associada apenas à população geral, sem qualquer “estratificação”, poderá conduzir ao reforço de espaços de injustiças, na medida em que os territórios/pessoas têm necessidades diferenciadas”

A equidade é um conceito relacionado com a justiça na distribuição igualitária do cuidado sanitário, e a possibilidade de obtê-la de acordo com as necessidades dos utentes, nas diversidades e especificidades de cada indivíduo ou grupo social, bem como a justa repartição e distribuição dos serviços de saúde no território (Granja et al., 2013). Defendendo que a ninguém deve ser negada a possibilidade de ser saudável por pertencer a um grupo que, historicamente, tem sido económica/socialmente desfavorecido

(Braveman, 2014), a equidade é muitas vezes considerada um princípio material de justiça que permite (ou exige) um tratamento especial e desigual de acordo com as circunstâncias particulares ou reclamações especiais (Smith, 2015,p.144). Segundo Silva (2020), na sua abordagem considera que a distribuição equitativa de um serviço não significa necessariamente que haja justiça espacial. Isto porque em caso de uma equidade igualitária e também dos recursos limitados, haverá sempre aqueles para os quais o acesso é pior.

Portanto, os estudos em equidade são importantes para se analisar a qualidade dos cuidados de saúde em termos da disponibilidade justa de acesso, eficiência e eficácia destes cuidados. Essa abordagem é reforçada por Granja, et al. (2013) que ao analisarem o conceito de equidade de forma bidimensional definem: (i) na primeira dimensão, a equidade tem tratamento igual e universal de acesso para todos, pautando-se sempre por respeito e dignidade, independentemente da classe social; (ii) na segunda, a equidade é espelhada pelas condições socioeconómicas da população de um território, procurando dar os recursos adequados, de forma justa, ao grupo social mais necessitado e, potencialmente, com alta vulnerabilidade ou risco (e.g., mulheres, crianças, idosos, e outros grupos sociais específicos) que vivem em situação de exclusão/segregação social ou em condições de isolamento territorial.

Garantir a equidade no acesso a cuidados de saúde constitui um dos objetivos políticos anunciados nos programas de governo da maioria dos países ocidentais. No caso de Portugal, a Constituição da República Portuguesa, define no seu artigo Artigo 64.º, sobre a Saúde que “1. Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover.” Nesse mesmo documento no Artigo 13.º, do Princípio da igualdade, a carta magna define que:

“2. Ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual.”

A Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90), previa na Base I Princípio 1 que “o Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde” e que o Serviço Nacional de Saúde deve “garantir a equidade no acesso, de modo a atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados” (Ministério da Saúde, 2013). A Lei 95/2019 aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei

no 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei no 185/2002, de 20 de agosto. No texto da Base 1 pode ler-se:

“1– O direito à proteção da saúde é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer. 2 – O direito à proteção da saúde constitui uma responsabilidade conjunta das pessoas, da sociedade e do Estado e compreende o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos. 3 – A sociedade tem o dever de contribuir para a proteção da saúde em todas as políticas e setores de atividade. 4 – O Estado promove e garante o direito à proteção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dos Serviços Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e local”

Para o Estado Moçambicano, a Constituição de República (2012) também garante o acesso aos cuidados de saúde, no seu artigo 89 (Direito à saúde): “Todos os cidadãos têm o direito à assistência médica e sanitária, nos termos da lei, bem como o dever de promover e defender a saúde pública.” No seu artigo 116, o mesmo documento desenvolve esse direito, e coloca o Estado como um dos principais agentes na promoção e extensão da rede de cuidados, embora os serviços privados sejam reconhecidos, desde que regulados. A definição como direito junto de outros itens (habitação, educação, greve) é característica comum das constituições dos países da CPLP (Comunidade dos Países de Língua Portuguesa). Junto da definição de direito, as constituições são enfáticas em definirem a importância da equidade, ficando clara a importância dos provedores dos serviços de saúde, que devem procurar recursos financeiros para implementar políticas públicas equilibradas, que possam apoiar nos aspetos formativo, informativo, nos incentivos e nas estratégias (Silva, 2020; Freitas, 2018).

É de fundamental importância que os governantes e legisladores, nas suas abordagens, façam referências aos aspetos da equidade, também ela como direito, incluindo a qualidade dos cuidados, bem como a disponibilidade de serviços nas comunidades, pois esses podem desempenhar um papel importante para alcançar a equidade sanitária (McCollum et al., 2019). Entende-se que é necessário capacitar os sistemas de informação

e monitorização da saúde, para que seja possível promover, não só a saúde e acesso cuidados de saúde, mas, fundamentalmente a equidade em saúde através da adequação da resposta das instituições às necessidades especiais de grupos vulneráveis. Ao mesmo tempo é imperativo investir na comunicação entre prestadores, dentro e entre instituições, flexibilizar e agilizar respostas, bem como estimular a educação para a saúde, promover a confiança do cidadão (Ministério de Saúde, 2013a). É igualmente relevante que os prestadores de cuidados de saúde sejam capazes de maximizar os recursos, prestando cuidados de acordo com as reais necessidades e/ou vulnerabilidades da população, podendo contribuir para atenuar as desigualdades, injustas e evitáveis, que resultam da desigual distribuição geográfica da população e dos equipamentos de saúde (Silva, 2020; Freitas, 2018).

McCollum et al.,(2019), analisaram os aspetos da equidade no acesso aos serviços de saúde nos países em desenvolvimento e concluem que os cenários são pouco animadores, pois por um lado, observa-se deficit de financiamento para suprir as despesas com as infra-estruturas, os equipamentos, a formação e a alocação adequada de recursos humanos nos serviços de saúde e, por outro lado, os aspetos socioeconómico e culturais da população, potencialmente utilizadora, têm influência na procura e utilização dos serviços (McCollum et al., 2019). Em Moçambique, a equidade continua a ser um desafio. Nas zonas rurais persistem obstáculos no acesso aos cuidados de saúde, consubstanciando-se em desigualdades, injustas, por serem as áreas com menor oferta, embora tenha havido uma tendência de alteração desta realidade, há cerca de 10 anos (Ministerio da Saude, 2012).

1.2. Acessibilidade geográfica aos serviços de saúde

As desigualdades no acesso geográfico aos cuidados de saúde resultam da conjugação das configurações/localização das instalações, da distribuição da população no espaço e da infra-estruturas de transporte (Delamate, et al.,2012). As medidas que avaliam o acesso geográfico aos equipamentos de saúde são fundamentais para a prossecução das políticas de prestação de cuidados de serviços e, ao mesmo tempo, permitem monitorizar o cumprimento de diretrizes nacionais/regionais em matéria de equidade, contribuindo para garantir a cobertura integral da prestação dos serviços e a gestão operacional, além de contribuir para a consolidação de políticas de planeamento futuras (Marín et al., 2016).

As medidas de acessibilidade são parâmetros importantes, tanto para o planeamento de políticas públicas como para a definição dos orçamentos governamentais,

no que diz respeito à cobertura de serviços de saúde. Os métodos mais comuns nos cálculos da acessibilidade geográfica baseiam-se na distância tempo (relativa ao tempo da viagem) ou na distância em quilómetros entre áreas de procura de serviços e os locais especializados que oferecem esses serviços (Guagliardo, 2004). A acessibilidade geográfica pode ser representada de diversas formas, nomeadamente através: (i) da distância, ou tempo de percurso, até ao fornecedor mais próximo, (ii) da distância média ou tempo de percurso até um conjunto de prestadores, ou (iii) do número de prestadores situados a uma certa distância (Guagliardo, 2004)

O processo de cálculo de medida de acessibilidade é geralmente usado tendo em conta uma distância euclidiana (linha recta) ou topológica (em função da rede existente), a partir de um determinado ponto e com o percurso mais curto em distância (Delamate et al., 2012). No entanto, esse modelo não tem em conta as barreiras físicas nem as rotas de transporte (Boscoe, 2013; Ahmad, 2012) A opção pelo trajeto mais curto tem o objetivo de avaliar o caminho feito a pé entre dois pontos próximo (Apparicio et al., 2008; Apparicio et al., 2007).

Por outro lado, estas medidas de acessibilidade não consideram, quer a capacidade de oferta desses serviços, como o número de camas, de médicos e especializados e de equipamentos, quer a avaliação das características da população potencialmente utilizadora, como a idade ou atributos socio-económicos.

No estudo de acessibilidade geográfica, existem modelos, que, segundo alguns autores se classificam em modelo gravitacional e modelo de disponibilidade regional, (Delamate et al., 2012), o modelo de densidade de Kernel (Schuurman et al., 2010; Guagliardo, 2004) ou os modelos de área de influência (Luo & Wang, 2003).

De entre esses modelos, destacam-se os gravitacionais, usados em estudos recentes sobre acessibilidade geográfica, que utilizam os dados da rede de transporte para calcular o tempo de viagem e elaborar estimativas (Schuurman et al., 2010). Este tipo de modelo tem várias características que o tornam eleito nestes tipos de estudos. Primeiro, é o mais fiável, podendo fornecer as medidas mais válidas, seja no cenário urbano ou no rural. Segundo, procura representar o potencial de interação entre qualquer ponto que represente a população e todos os pontos de serviço, dentro de uma distância considerada adequada para salvar vidas (por exemplo no caso dos serviços de urgência/emergência) (Guagliardo, 2004). Terceiro, combina a capacidade dos prestadores de serviço com as características população (população que residem na área de influência do serviço) e a distância (Serdar et al., 2017; Ahmad, 2012; Schuurman et al., 2010). Quarto, baseia-se no número de

serviços (e.g., hospitais e centros de saúde) dentro da área de viagens e na impedância (Ahmad, 2012). Por exemplo, a interação entre o local da oferta e da procura é assumida como uma função dos atributos de cada local e a distância entre ambos (Serdar et al., 2017). Neste plano, pressupõe-se que a acessibilidade geográfica do serviço diminui à medida que a distância de viagem entre o potencial utilizador e o prestador aumenta (Serdar et al., 2017; Infante, 2013).

Na medição da acessibilidade geográfica aos serviços de saúde não existe um intervalo de tempo universalmente aceite. Alguns autores consideram que o intervalo de 30 minutos, entre a residência e o local prestador de um serviço, é aceitável (Rooväli & Kiivet, 2006). Outros afirmam que uma hora é adequada – o que concorda com a opinião dos condutores de ambulâncias – (Kara & Egresi, 2013). A OMS também sugere o uso do tempo de viagem, em vez da distância, para avaliar a acessibilidade geográfica aos serviços de saúde, porque essa distância reflete as condições das estradas e dos meios de transporte (Munoz & Källestål, 2012). Nesse perspectiva, por exemplo de estudos de (Silva & Padeiro, 2020 ; Padeiro, 2018; Luís & Cabral, 2016) nas suas análise sobre acesso aos serviços de saúde usaram o tempo de viagem em minutos.

Tendo em vista a distribuição dos serviços de saúde e as características do desenvolvimento socioeconómico da província de Sofala em geral, neste trabalho de investigação será utilizada a distância-tempo aos serviços de saúde (conferir metodologia), tendo como objetivo identificar as disparidades geográficas no acesso, quer sejam em áreas urbanas ou rurais.

Para o cálculo médio de tempo de viagem, dependendo das características do sistema de transporte do país, pode ser selecionada a forma de deslocação entre a residência e o local de prestação dos cuidados de saúde. Por exemplo, nos países mais desenvolvidos, alguns estudos usam o tempo de viagem em transporte próprio e/ou transporte público. Nos países em vias de desenvolvimento é utilizado, genericamente, o tempo de caminhada e/ou de transportes públicos, como medida de acessibilidade aos serviços de saúde (Luo & Wang, 2003).

1.3. Uso de sistemas de informação geográfica (SIG) na análise da acessibilidade geográfica

Baseando-se nas definições de outros autores (Ferreira & Raffo, 2012; Henriques, 2008), pode concluir-se que os Sistemas de informação geográfico (SIG) são ferramentas poderosas de apoio, que permitem de forma integrada ou conjunta, o processamento, o tratamento, o cruzamento e a análise de dados, sejam geográficos ou alfanuméricos. Os SIG contribuem para a tomada de decisão, pois a sua utilização permite compreender, quantificar, validar e prever as relações entre a localização das entidades representadas e o seu comportamento. São fundamentais para o desenvolvimento de análises socio ambientais, por permitirem uma visão integradora do território como um todo (Costa, 2010). Os SIG podem ser usados para identificar matrizes de origem e destino, e relacioná-los com indicadores socioeconómicos. As funções de visualização espacial podem ser utilizadas para facilitar a apresentação e interpretação dos resultados da análise da acessibilidade (Liu & Zhu, 2004). Os SIG desempenham um papel fundamental no planeamento dos cuidados de saúde, nomeadamente através do apoio à decisão sobre a localização ótima de infra-estruturas por exemplo (Ribeiro et al., 2015).

O uso de um SIG na saúde permite a compreensão e tratamento de problemas de saúde em diferentes áreas geográficas. Por exemplo, na saúde pública os SIG têm sido utilizados para mapeamento de indicadores de saúde, modelação do acesso aos cuidados de saúde e planeamento dos equipamentos. Vários investigadores utilizaram os SIG para cálculo de medidas de acesso aos serviços de saúde (Silva & Padeiro, 2020; Padeiro, 2018; Luís & Cabral, 2016; Islam & Aktar, 2011; Costa, 2010; Padeiro, 2008). Os SIG são cada vez mais utilizados para medir os impactos da acessibilidade geográfica. As capacidades das redes em SIG têm favorecido a implementação da análise geográfica, permitindo incorporar outros elementos relevantes, tais como o cálculo dos tempos de viagem em rotas com caminhos mais curtos para alcançar os serviços de saúde (Santana, et al., 2010).

Silva & Padeiro (2020) para análise sobre o acesso geográfico aos serviços de emergência médica (EMS) e unidades de emergência hospitalar na área metropolitana de Lisboa. O acesso foi baseado na rede rodoviária tempo (em minutos). Nesse estudo apontam que acima de 80% da população da área metropolitana de Lisboa está localizada menos de 10 minutos de carro de um serviço de emergência médica sem transporte e um serviço de emergência médica com transporte para o hospital é potencialmente inferior a 20 minutos

para 95,2% da população e 63,1% da população vivem para além de um limiar de 30 minutos (tempo total desde chamada de emergência para o hospital, concluindo desse modo, que as zonas mais carenciadas apresentam pior situação geográfica de acesso aos serviços de emergência médica (EMS) e unidades de emergência hospitalar.

Costa (2010), desenvolveu estudo sobre localização ótima do futuro hospital de Sintra. O estudo apresenta uma metodologia de apoio à decisão na avaliação de localizações potenciais para instalação do Futuro Hospital de Sintra (FHS), em conjugação com o atual Hospital Fernando da Fonseca (HFF). Com base em metodologias de Sistemas de Informação Geográfica, e modelos de *Location-Allocation*, modelou 22 cenários distintos, tomando em conta a conjugação de critérios de localização. A análise dos 22 cenários resultou em 10 soluções ótimas para a construção do FHS. Entre as diversas soluções, identificou a solução E, localizada na freguesia de Agualva, como sendo a que melhor respondia às necessidades dos potenciais utilizadores.

Em África, Luís & Cabral (2016), no seu estudo sobre acessibilidade geográfica aos centros de saúde em Moçambique, consideraram dois cenários: o tempo de condução e o tempo de caminhada. O tempo máximo de viagem, para ser considerado uma área servida, foi ajustado para 60 minutos assumindo, assim, que as áreas geográficas que estão a mais de 60 minutos do centro de saúde são consideradas mal servidas para ambos os cenários. Como conclusão considerou-se que, na acessibilidade geográfica, o percurso feito a pé é o cenário mais problemático e preocupante, pois a maioria da população precisa de caminhar mais de 60 minutos para chegar a um centro de saúde.

1.3.1. Modelo de *Location-Allocation* em ambiente SIG

Uma localização adequada dos equipamentos de saúde possibilita elevar os níveis de acessibilidade da população, com consequências positivas para os potenciais utilizadores, quer nos custos económicos quer nos sociais (Santana, et al., 2010; Rahman & Smith, 2000).

A utilização dos modelos de *Location-Allocation* na investigação dos cuidados de saúde surgiu nas décadas de 50 e 60 do século passado, com o objetivo de procurar soluções que otimizassem a localização de infra-estruturas, minimizando a distância-tempo e/ou distância-custo na ótica do utilizador. Na área da saúde, este modelo já foi usado, por exemplo, por Rahman & Smith, 2000 ; Ribeiro, et al., 2015 ; Infante, 2013; Costa, 2010.

1.3. Uso de sistemas de informação geográfica (SIG) na análise da acessibilidade geográfica

O modelo de locação-alocação (*Location-Allocation*) tem sido utilizado no planeamento de serviços públicos e privados, identificando problemas relativos ao acesso aos serviços, localização mais adequada das instalações em áreas novas (serviços de saúde, escolas, lojas, etc.), eficiência da localização dos serviços anteriormente planificados e criação de alternativas de realocação dos serviços existentes (Rahman & Smith, 2000; Ribeiro, et al., 2015 ; Infante, 2013 ; Costa, 2010).

É um modelo que permite, num conjunto de locais candidatos, selecionar qual o melhor local e, simultaneamente, localiza o equipamento e aloca a procura, procurando contribuir para uma melhor tomada de decisão (Costa, 2010).

O Software ArcGis10 disponibiliza seis modelos de *Location-Allocation* que procuram encontrar as localizações adequadas segundo diferentes tipos de problemas de localização: “*Minimize impedance (p-mediana)*”; “*Maximize coverage*”; “*Minimize facilities*”; “*Maximize attendance*”; “*Maximize Market Share*”; “*Target Market Share*”

a) “*Minimize Impedance (P-Mediana)*” procura localizar as ofertas de forma a minimizar a soma total dos custos-tempo, custos-distâncias entre os pontos de procura e os pontos de oferta mais próxima (Infante, 2013; Costa, 2010). Nesta opção, são escolhidos os pontos de oferta, com base na soma de todos os impedimentos da deslocação e a redução da distância que o potencial utilizador (procura) tem de percorrer até ao ponto do candidato escolhido. Pode ser usado para a localização dos postos de abastecimento ou em equipamentos públicos (Ribeiro, et al., 2015; Costa, 2010).

b) “*Maximize Coverage*” consiste em maximizar a cobertura da população que pode ser atendida dentro de um limite definido. Este modelo seleciona as localizações adequadas, de um determinado número de infra-estruturas num limite de tempo de deslocação definidos pelo utilizador, garantindo que o máximo da procura (população) é alocado às soluções encontradas no conjunto de potenciais pontos, os que possuem maior peso (por exemplo número de indivíduos). Assim sendo, esse modelo procura selecionar as ofertas mais próximas das áreas de maior densidade populacional (Rahman & Smith, 2000; Ribeiro, et al., 2015; Infante, 2013; Costa, 2010).

c) “*Minimize Facilities*” procura as soluções que permitem alocar o maior número de pontos de procura aos potenciais pontos de oferta, num determinado valor que limita a área de influência (impedância). Esta solução também procura minimizar o número de equipamentos necessários para cobrir o máximo de pontos de procura. Neste modelo, o número de equipamentos necessários é determinado automaticamente e não estipulado pelo

utilizador como nos restantes modelos. É frequentemente utilizado quando os dados de concorrência são desconhecidos (Costa, 2010; Rahman & Smith, 2000).

d) “*Maximize Attendance*” consiste em determinar a localização das oportunidades de forma a maximizar ponto de procura, num determinado valor que limita a área de influência definida pelo utilizador. Este modelo assume que a interação entre a localização dos equipamentos e a procura diminui à medida que a distância aumenta, ou seja, à medida que aumenta a distância ao ponto potencial de oferta, diminui a probabilidade de este ser usado, o que se reflete no modo como o peso da procura alocada a um serviço diminui com a distância. A localização adequada dos equipamentos neste modelo estará na proximidade da maior densidade de pontos de procura (Costa, 2010; Rahman & Smith, 2000).

e) “*Maximize Market Share*” *Maximizer* a partilha de mercado: é um modelo que consiste em procurar um número de infra-estruturas por forma que a procura alocada possa ser maximizada perante a concorrência. Na sua análise escolhe pontos candidatos de modo a ter maior quantidade de procura na sua área de influência (Costa, 2010).

d) “*Target Market Share*” é um modelo que tendo em conta a concorrência definida à priori, escolhe o menor número de infra-estruturas necessárias para obter uma percentagem específica do mercado. É um modelo que necessita de mais informação em relação aos anteriores, como por exemplo de conhecer o peso de cada ponto da procura que se desloca ao seu equipamento, de saber o peso de cada ponto de procura que vai à concorrência (Costa, 2010).

1.4. Sistema nacional de saúde em Moçambique: visão geral

O atual sector da saúde em Moçambique é muito semelhante ao da maioria dos países da África Subsaariana.

Em Moçambique o Sistema Nacional de Saúde (SNS), teve início em 1975, o governo posicionou a Saúde como sendo um sector prioritário. Em 1976 foi aprovada a Política Nacional de Saúde que assenta na provisão de serviços de saúde gratuitos, em que as mulheres e crianças era a prioridade por se considerar o grupo de população mais vulneráveis. Em 1990 é aprovada uma nova Política Nacional de Saúde em que se introduz a necessidade dos doentes pagarem taxas de serviços, entretanto, para o caso da malária, o seu tratamento era gratuito, por ser considerado o principal problema de saúde pública (Sitoe, 2017).

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) compreende os seguintes sectores: (i) sector público, da responsabilidade do Estado, é designado Serviço Nacional de Saúde (sendo o principal prestador de serviços de saúde no país); (ii) sector privado, que está dividido em sector privado com fins lucrativos e o sector privado sem fins lucrativos, que integra organizações religiosas e organizações não governamentais (ONGs) (Garrido, 2020; Siteo, 2017; Ministério da Saúde, 2015). Ainda Siteo (2017, p.91), na mesma abordagem aponta que os provedores de saúde do sector privado, conforme o Decreto 24/2009 no seu Artigo 3² que os estabelecimentos sanitários do sector privado complementam a ação do sector público, com ele colaborando, dentro dos princípios e condições previstas na presente lei.

O sector privado com fins lucrativos dedica-se, quase exclusivamente, a actividades curativas e tem maior presença na cidade do Maputo, capital do país, e outras, consideradas, grandes cidades. O sector privado sem fins lucrativos é assegurado por organizações religiosas e/ou ONGs estrangeiras, e algumas com protocolo com o Ministério da Saúde de Moçambique. Integra na sua maioria colaboradores estrangeiros e são financiadas diretamente pelos chamados parceiros de cooperação (doadores). Integra ainda postos de saúde em algumas grandes empresas públicas e privadas e em estabelecimentos educacionais, como a Universidade Eduardo Mondlane ou a Universidade Católica de Moçambique (Garrido, 2020; Siteo, 2017; Ministério da Saúde, 2015).

O sector comunitário (Agentes Polivalentes Elementares – APE) presta assistência básica no nível das comunidades rurais, na sua maioria desprovidas de unidades de saúde. Paralelamente ao SNS, existem os praticantes da medicina tradicional – PMT - ao nível das comunidades (também designado Médicos Tradicionais), sendo representados por associação de médicos tradicionais de Moçambique, (AMETRAMO), reconhecida pelo Sistema de Saúde. Os médicos tradicionais são os que curam através de plantas, ou de práticas de espiritualismo, e aqueles envolvidos em ambas as práticas (Garrido, 2020). Junta-se a esse grupo segundo Siteo (2017,p.92), os provedores de cuidados de saúde informais (enfermeiros do SNS que prestam serviços em suas áreas de residência de forma clandestina), com forte aceitação nas comunidades, porem não são reconhecidos pelo SNS.

No Entender de Siteo (2017,p.92), assim como se promove e fazem acompanhamento do trabalho dos APE no diagnóstico clínico de doenças endémicas, os

² Decreto 24/2009 no seu Artigo 3, pode ser apreciado no trabalho de tese da (Siteo, 2017).

provedor de cuidados de saúde informais deveriam ser reconhecidos pelo desempenho como:

(...) medida de melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde por parte da população pois estes, complementam o público desde o momento que essas atividades fossem fiscalizadas evitando que as pessoas que procuram estes serviços exponham sua saúde em risco. Este reconhecimento teria uma contribuição significativa por exemplo, na redução dos roubos de medicamento do SNS, tendo em conta, que os doentes atendidos pelos profissionais do SNS em seus domicílios são uns dos beneficiários destes medicamentos desviados (...)

Sitoe (2017,p.91) na sua abordagem considera que a adopção da economia neoliberal, influencia nas diferentes formas de acesso aos serviços de saúde em Moçambique. Nesta perspetiva, a autora cita Weimer (2012) que apontam seguintes prestadores de serviços de saúde:

- (i) Hospitais privados, pelos preços altos praticados, prestam serviços à doentes da elite, moçambicana, doentes com rendimentos altos;
- (ii) Secções privadas dos hospitais centrais (clínicas especiais);
- (iii) Serviços disponibilizados pelo sistema público, o SNS;
- (iv) “Médicos privados” e “prestadores de serviços informais” fora do SNS que prestam serviços nas áreas urbanas como nas rurais (por exemplo, médicos e enfermeiros com experiência de trabalho no exército ou no SNS, curandeiros);
- (v) Praticantes e fornecedores de "medicina e medicamentos tradicionais chineses",
- (vi) Unidades de serviços médicos da vizinha África do Sul, em Nelspruit, capital da província fronteiriça de Mpumalanga, que cuidam e dependem, muitos doentes da elite moçambicana e estrangeiros residentes Maputo.

De acordo com o Ministério da Saúde, em Moçambique cerca de 70% da população recorre à medicina tradicional para tratar doenças físicas, bem como mentais e sociais. A cobertura das suas atividades é abrangente, indicando um rácio de 1 praticante de medicina tradicional/200 habitantes. Este facto deve-se, por um lado, à, ainda, fraca cobertura geográfica do SNS e, por outro lado, à ligação intrínseca existente entre a

medicina tradicional e os aspetos identitários e culturais dos seus utilizadores (Garrido, 2020; Siteo, 2017; Ministério da Saúde, 2015).

O Serviço Nacional de Saúde, como mencionado, é o principal responsável por garantir os serviços de saúde em Moçambique, sendo norteado pelo Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS), de 2014-2019. Esse documento possui sete objetivos estratégicos (Garrido, 2020; UNICEF, 2018):

- (i) Aumentar o acesso e a utilização aos serviços de saúde;
- (ii) Melhorar a qualidade dos serviços de saúde;
- (iii) Reduzir as desigualdades nas diferentes zonas geográficas e entre os diferentes grupos no acesso e utilização dos serviços de saúde;
- (iv) Melhorar a eficiência dos serviços de saúde prestados;
- (v) Fortalecer as parcerias no sector;
- (vi) Aumentar a transparência e a responsabilização na gestão dos recursos públicos;
- (vii) Fortalecer o Sistema de Saúde de Moçambique.

O Plano Estratégico do Sector da Saúde de Moçambique (2014-2019) coloca em evidência que existem desigualdades territoriais no estado de saúde dos grupos populacionais e na distribuição das infra-estruturas. Doenças como a malária, as doenças diarreicas, o HIV/SIDA, as doenças cardiovasculares e a tuberculose recaem maioritariamente sobre a população rural. Essa população é a mais carenciada e vulnerável, principalmente as crianças e as mulheres (Ministério de Saúde, 2012).

O Serviço Nacional de Saúde (SNS), foi criado pela Lei 25/91 e foi definido como o conjunto das unidades de saúde dependentes do Ministério da Saúde. Emprega mais de 90% dos trabalhadores de saúde de Moçambique. Para efeitos de assistência sanitária, segundo alguns autores (Garrido, 2020; Gironés, 2018; UNICEF, 2018) existem 1.639 unidades de saúde organizadas para efeitos de assistência sanitária, em quatro níveis de atenção:

- Nível primário, que compreende 1 573 centros de saúde e postos de saúde;
- Nível secundário, composto total de 51 hospitais distritais, gerais e rurais;
- Nível terciário, com 11 hospitais provinciais;
- Nível quaternário, compreende quatro 4 Hospitais centrais e 2 especializados (psiquiátricos).

A saúde do nível primário, considerada o primeiro contacto da população para os outros níveis de atenção, tem a função de prestar cuidados básicos de saúde à comunidade, tais como: diagnóstico clínico, saúde materna infantil, primeiros socorros, planeamento familiar, programa de vacinação, programa de saneamento e meio ambiente. Cerca de 70% a 80% dos problemas que impulsionam a procura de cuidados de saúde podem ser resolvidos neste nível. Porém, devido ao limitado número de profissionais qualificados, à fraca capacidade de diagnóstico e ao ineficiente sistema de referência, uma proporção considerável acede ao Serviço Nacional de Saúde através dos restantes níveis de prestação de cuidados (Siteo, 2017; Ministério de Saúde, 2013b; Martins et al., 2013).

Dependendo da localização, os centros de saúde são classificados em centro de saúde rural e urbanos. De acordo com a zona de influência direta³ os centros de saúde rurais devem possuir um raio de influência direta de 8 km, no entanto encontra-se na sua maioria em média acima de 10 km, ao passo que o centro de saúde urbano possui um raio de influência de 1-4 km (Ministério de Saúde, 2002).

Dado o grau de complexidade dos serviços prestados e infra-estrutura, os centros de saúde rural são denominados de centros de saúde do tipo I, sendo o centro de maior dimensão e o mais diversificado. Os centros têm a capacidade para assistir entre 16 e 35 mil habitantes, com capacidade até 50 camas. Os centros do tipo II, são de menor dimensões, estando preparados para assistir entre 7 500 e 20 mil habitantes com capacidade até 25 camas (Ministério de Saúde, 2002; Ministério da Saúde, 1997).

A nível de posto de saúde observa-se posto de saúde básico com capacidade de prestar atendimentos externo e posto de saúde da aldeia, também faz o atendimento externo. Os cuidados de são assegurados pelos Agentes Polivalentes de Saúde (Ministério da Saúde, 1997)

Os centros de saúde urbano são classificados em: (i) centros de saúde urbano A (encontram-se no raio de influência entre 1 a 4 quilómetros), com capacidade de assistência entre 40 e 100 mil habitantes; (ii) os centros de saúde urbanos B, têm um raio de influência entre 2 a 4 quilómetros, com capacidade de assistência entre 18 e 48 mil habitantes e (iii) os centro de saúde C, com uma área de influência de 4 quilómetros e com capacidade de

³ Zona geográfica que um dado centro de saúde tem, sendo designada como a área de influência a partir da qual recebe casos graves; atividades de saúde da unidade mãe e ainda a partir desse centro, pode-se supervisionar outros centros de saúde.

assistência entre 10 e 25 mil habitantes (Ministério de Saúde, 2013; Ministério de Saúde, 2002).

O nível primário (prestado pelos Cuidados de Saúde Primários) tem, genericamente, grandes fragilidades: pessoal de saúde pouco qualificado, falta de requisitos básicos como água canalizada, falta de um confiável fornecimento de energia, de medicamentos, de oxigénio, de transporte ou equipamento de diagnóstico e terapêutica (Garrido, 2020; Siteo, 2017).

O nível secundário constitui a primeira referência (porta de entrada) para os que não encontram resposta nos níveis primários. Neste nível de serviço de saúde são prestados os cuidados de saúde em situações mais complexas de saúde, remetendo para os outros níveis de prestação de cuidados. O hospital distrital tem a capacidade para assistir 50 mil e 250 mil habitantes e geralmente localiza-se na sede do distrito. Um hospital rural tem a capacidade para 1 500 a 900 mil habitantes. Este dispõe de quatro especialidades: serviços pediátricos, serviço de medicina interna, serviços cirúrgicos e de obstetrícia (Governo de Moçambique, 2009)

O nível terciário é de carácter provincial; tem a função de atender todos os casos médicos e cirúrgicos que não encontram resposta nos níveis primário e secundário, pois nesses estão asseguradas todas as especialidades de medicina geral (obstetrícia, pediatria, ortopedia, e no âmbito curativo, internamento e prevenção) (Governo de Moçambique., 2009).

O nível quaternário tem um carácter regional e nacional, uma vez que a prestação de cuidados de saúde está a cargo dos três hospitais centrais existentes nas cidades de Maputo (responsável pelas províncias do Sul), Beira (responsável pelas províncias do Centro) e Nampula (responsável pelas províncias do Norte) e os hospitais especializados como o psiquiátrico (Martins et al., 2013; OMS, 2008; WHO, n.d.).

Em relação aos recursos humanos, o Serviço Nacional de Saúde, genericamente, em todas as suas unidades apresenta insuficiência de recursos humanos, desde médicos até serventes, passando por enfermeiros, farmacêuticos, laboratoristas, técnicos de imagiologia, especialistas em gestão, especialistas em manutenção, administradores hospitalares, e demais áreas. Os rácios por habitante são muito baixos, quer no caso de médico por habitante (1/15 000) quer no dos enfermeiros (1/2 000), o que se traduz na incapacidade de oferecer cuidados de saúde com um mínimo de disponibilidade/qualidade. Além disso, importa sublinhar a desmotivação desses funcionários, devido aos baixos salários, falta de condições de trabalho básicos (como equipamento, medicamentos,

alimentação, fardamento, entre outros) aliados ao elevado número de utentes (Garrido, 2020).

1.5. Principais instrumentos de planificação em Moçambique

Segundo (Gironés, 2018) o sector da saúde em Moçambique tem produzido vários documentos de planeamento, cujo alinhamento está a melhorar lentamente ao longo dos anos. Os principais planos, atuais, podem ser divididos em:

- 1) Planos multissetoriais, que são o Plano Quinquenal do Governo (PQG), o Cenário Fiscal de Médio Prazo (CFMP) e o Plano Económico e Social (PES);
- 2) O Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS).

O Plano Quinquenal do Governo (PQG) é um plano a médio prazo, vinculado ao ciclo eleitoral e inclui uma série de objetivos estratégicos, alguns dos quais relacionados com a saúde, a serem alcançados durante os cinco anos subsequentes. No plano anterior, de 2015 a 2019, apresentava as seguintes proposições: promoção da igualdade de acesso aos serviços de saúde, redução do impacto de doenças, promoção da saúde e prevenção de doenças, melhoria da rede de saneamento, melhoria da gestão de recursos humanos e garantia da sustentabilidade e gestão financeira (Banco Mundial, 2015).

No âmbito da proposta do atual Plano Quinquenal do Governo (PQG) 2020-2024 para saúde, este procura expandir o acesso e melhorar a qualidade dos serviços com base nas seguintes ações:

Incentivar a utilização dos serviços de saúde materna para aumentar os partos institucionais;

Reduzir as taxas da mortalidade materna intra-hospitalar por 100.000 NV, através da provisão de meios auxiliares básicos de diagnósticos e tratamentos;

Aumentar o número de crianças e adulto VIH mais elegíveis, que recebam terapia antirretroviral;

Expandir os serviços de prevenção, diagnósticos, tratamentos e combate à malária em todo o país;

Reduzir a prevalência e mortalidade das doenças preveníveis através de vacinas;

Aumentar o rastreio de cancro de colo do útero nas mulheres dos 25-54 anos na consulta de saúde reprodutiva /planeamento familiar;

Equipar os serviços dos cuidados intensivos dos hospitais centrais e dos hospitais provinciais;

Assegurar a disponibilidade de medicamentos de saúde materna e reprodutiva nas unidades de saúde;

Introduzir serviços de ressonância magnética nos hospitais Centrais (Nampula e Beira);

Formar praticantes de medicina tradicionais e alternativa em cuidados de saúde primários com abordagem sociocultural;

Melhorar o rácio profissional de regime especial de saúde /habitantes através de provisão de mais profissionais de regime especial;

Formar médicos especialistas em diferentes especialidades de saúde;

Afetar técnicos de saúde qualificados nas unidades de saúde militares;

Garantir o aprovisionamento de medicamentos e sua distribuição pelas unidades de saúde militares.

O Cenário Fiscal de Médio Prazo (CFMP) é a estimativa de médio prazo das receitas e despesas. Os recursos são orçamentados através do CFMP, que é negociado com o Conselho de Ministros e o Ministério da Economia e Finanças, e posteriormente aprovado pelo Parlamento. O CFMP contém uma descrição geral das despesas previstas no sector da saúde e aponta três ações para reduzir a mortalidade materna e neonatal: aumento dos partos institucionais, reforço do tratamento preventivo intermitente em mulheres grávidas em risco de malária e a distribuição de redes mosquiteiras (Ministério da Saúde, 2015).

O Plano Económico e Social (PES) é produzido anualmente para fornecer um plano operacional para as atividades a serem realizadas em cada programa no PQG. No entanto, enquanto o PES e o orçamento da saúde são ambos produzidos anualmente, é um desafio avaliar como o orçamento está vinculado aos objetivos da política nacional/local (Ministério de Saúde, 2015).

O Plano Estratégico do Sector de Saúde (PESS), instrumento estratégico produzido pelo Ministério da Saúde (MISAU) como medida de fortalecer cada vez mais os serviços prestados (Siteo, 2017). o Plano Estratégico do Sector de Saúde (PESS) para 2014-2019, que é o quadro político estratégico do sistema de saúde, e estabelece dois pilares centrais: o primeiro, preconiza ter mais e melhores serviços de saúde com base em princípios gerais de acesso, utilização, qualidade, equidade e eficiência; o segundo pilar é relativo à construção de uma agenda de reformas em saúde que têm como premissas

melhorar os serviços de saúde, as infra-estrutura de saúde, a liderança e governação, o financiamento da saúde, os recursos humanos, a logística e a tecnologia e, finalmente, a informação em saúde, monitorização e avaliação (Ministério de Saúde, 2013b).

1.5.1. Estrutura política, administrativa e financiamento dos serviços de saúde

No que refere a estrutura política administrativa, o sector da saúde (Figura 2) compreende três níveis hierárquicos de gestão que se relacionam da seguinte forma: (i) o nível central, tutelado pelo Ministério de Saúde (MISAU), constitui órgão orientador do sector, no qual são desenhadas as políticas, os regulamentos, as estratégias e a gestão financeira; (ii) o nível provincial, dirigido pela direção provincial da saúde (DPS), que é responsável pela planificação provincial do setor (coordenar, planificar e monitorar a sua implementação), de acordo com as orientações do nível central ; (iii) o nível distrital, dirigido pelo serviço distrital de saúde da mulher e ação social (SDSMAS), tem como responsabilidade implementar os planos ao nível distrital, de acordo com as prioridades definidas pelo setor e a gestão dos recursos (UNICEF, 2018; Ministerio de Saúde, 2016).

No âmbito da estrutura hierárquica resultante do processo de descentralização, a atribuição dos orçamentos é importante, embora as unidades de gestão beneficiária tenham autonomia de gestão do orçamento atribuído, a decisão sobre os tetos dependem da instituição à qual estão subordinadas em termos hierárquicos administrativos (Ministério da Saúde, 2012).

No âmbito de financiamento, o sector da saúde é regulado pelo Plano Estratégico do Setor da Saúde (PESS) 2014-2019, tendo os seguintes objetivos estratégicos: (i) aumentar o acesso e a utilização dos serviços de saúde, (ii) melhorar a qualidade dos serviços de saúde, (iii) reduzir as desigualdades nas diferentes zonas geográficas e entre os diferentes grupos no acesso e utilização dos serviços de saúde, (iv) melhorar a eficiência dos serviços de saúde prestados, (v) fortalecer as parcerias no sector, (vi) aumentar a transparência e a responsabilização na gestão dos recursos públicos e (vii) fortalecer o sistema de saúde de Moçambique (Ministério de Saúde, 2013b)

A cobertura universal da saúde é entendida como o acesso a serviços de saúde de qualidade por parte de todos os utentes. Em Moçambique, o governo tem a preocupação de promover a equidade no acesso aos cuidados da saúde – sobretudo a à população em

1.5. Principais instrumentos de planificação em Moçambique

condição de maior vulnerabilidade –, expansão da rede de serviços de saúde, prevenção da doença, melhoria dos recursos humanos, e atendimento humanizado (Garrido, 2020; Ministério da Saúde, 2012).

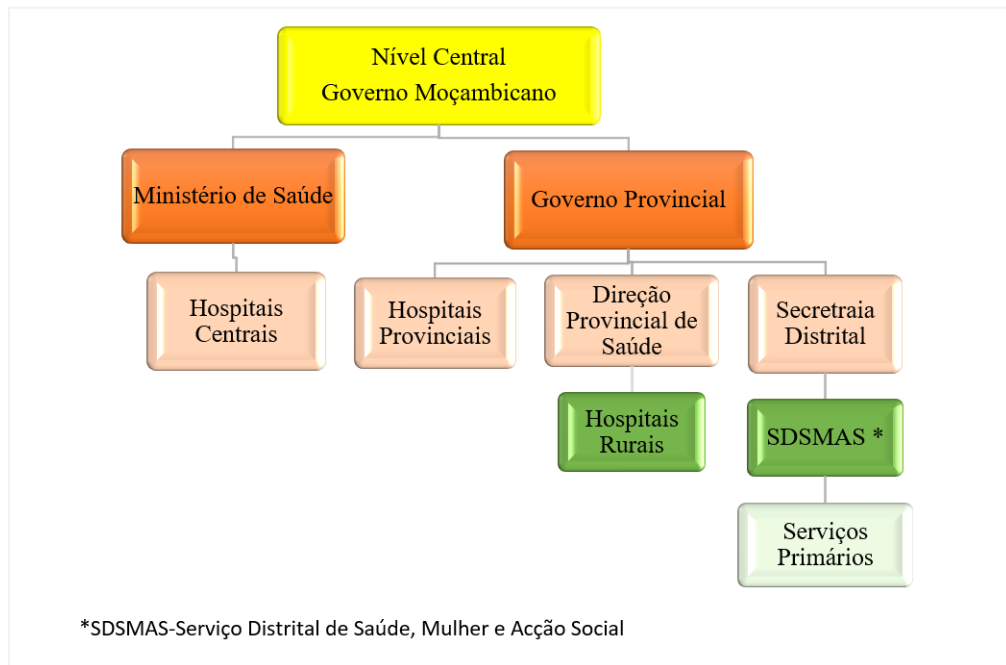


Figura 2: Estrutura hierárquica e administrativa do sector da saúde.

Para assegurar os objetivos acima referenciados, ao nível sectorial, o Sistema de Saúde Moçambicano sustenta-se a partir de fundos de financiamento canalizados a partir de intervenção de três fontes principais: (i) Orçamento do Estado, que integra recursos que provêm das receitas do Estado e das contribuições dos parceiros de apoio direto ao Orçamento do Estado; (ii) Fundos Externos, como o PróSaúde, provenientes de parceiros de cooperação internacional, como por exemplo, o Banco Mundial, a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), o *Center for Disease Control and Prevention* – CDC, e (iii) fundos denominados recursos verticais, que comportam o financiamento direcionado a uma ou um grupo de doenças, os quais têm normalmente sistemas de planificação e execução diferentes dos do Estado, por exemplo no combate à malária, ao HIV/SIDA, à tuberculose, dentre outros (Gironés, 2018; (Ministerio da Saude, 2012). Cerca de 79% do orçamento do sector da saúde provém de recursos domésticos, enquanto 21% são oriundos de recursos estrangeiros (UNICEF, 2018).

As percentagens dos Gastos Gerais (GGE) que o Governo de Moçambique com a saúde é de 9,8% (UNICEF, 2018). Esse valor está longe de atingir a meta de 15% da Declaração de Abuja. Além disso, a despesa total com saúde per capita é de 42 milhões de dólares americanos, o que é escasso em comparação com a recomendação da OMS de 60 milhões de dólares americanos, e depende consideravelmente da assistência externa (Banco Mundial, 2018).

Conforme relatório da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde, o sector da saúde de qualquer país deve investir, no mínimo, entre 30 e 40 dólares americanos por habitante, por ano. Na realidade, desde a independência de Moçambique (1974), o montante alocado ao SNS nunca atingiu 25 dólares americanos por habitante, por ano (UNICEF, 2018). Esses dados revelam a dimensão do problema de subfinanciamento do sector de saúde, o que obviamente compromete o direito dos Moçambicanos à saúde, previsto na Constituição do País.

Os recursos são providos ao nível do Governo central, com vista ao financiamento de investimentos públicos (infra-estruturas, medicamentos e equipamentos) (Ministério de Saúde, 2012). Porém, devido às restrições impostas ao gasto público através das medidas de austeridade (Gironés, 2018) e à ineficiência dos gestores, os escassos recursos financeiros são geridos de forma deficiente; o que frequentemente se observa é a não utilização completa do recursos disponíveis para um determinado período. O exemplo mais claro é o do Fundo Global para o Combate à SIDA, à Malária e à Tuberculose (Garrido, 2020). Ao nível provincial são distribuídas as despesas de investimento e despesas operacionais, e ao nível distrital são alocados os custos operacionais da rede de serviços de saúde primária e secundária, conforme indicado no Plano Estratégico 2014-19 (Ministério de Saúde, 2013b).

A estrutura do SNS, em termos de autofinanciamento resultante da descentralização, está representada no primeiro nível (ver organograma na Figura 3), em ligação direta com o Ministério das Finanças, onde se observa as Unidades gestoras beneficiárias. Estas possuem orçamento próprio e autonomia para poder executá-lo. No segundo nível, estão as instituições com orçamento identificado, as quais dependem, no entanto, da sua gestão para executarem as despesas (e.g., Hospitais). Por fim, no último nível, estão representadas as restantes unidades prestadoras de cuidados (e.g., Hospitais rurais e Rede Primária), que não possuem orçamento próprio (Ministério da Saúde, 2012).

1.5. Principais instrumentos de planificação em Moçambique

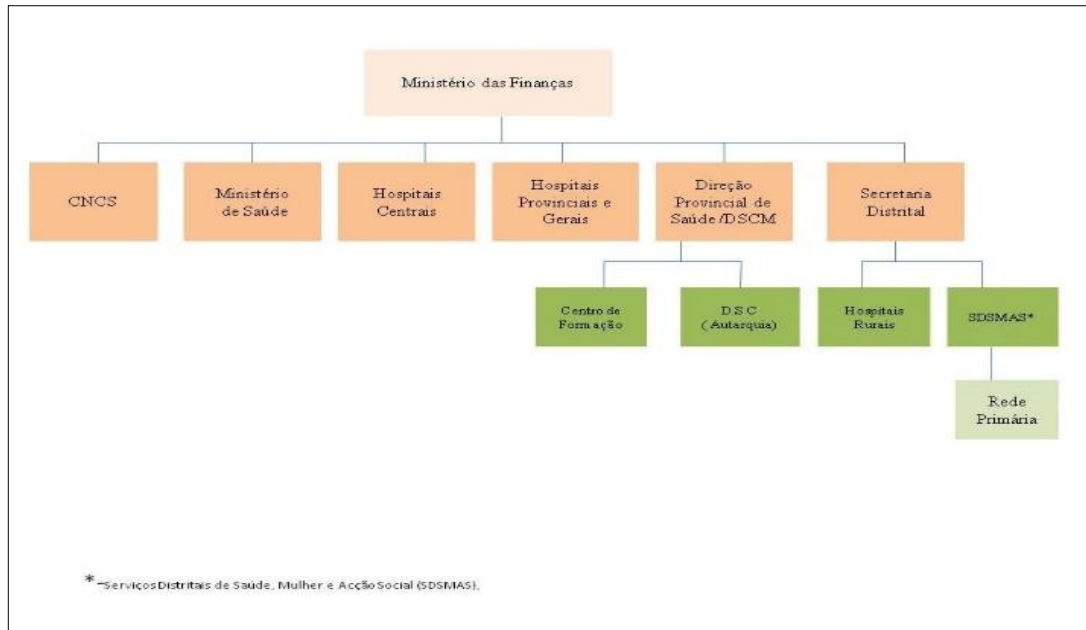


Figura 3: Estrutura do SNS em termo de autonomia financeira

Fonte: Elaboração Própria, dados adaptados (Ministério da Saúde, 2012,p.64)

A estratégia de financiamento do setor da saúde deverá ter em conta o objetivo de cobertura universal da saúde, bem como formalizar as quatro componentes básicas de um sistema de financiamento da saúde: (i) as fontes (mobilização) dos recursos; (ii) a agregação dos recursos; (iii) a alocação dos recursos e (iv) os mecanismos de pagamento dos serviços de saúde (Ministério de Saúde, 2013b).

O sector da saúde em Moçambique mobiliza recursos de fontes públicas, privadas e de doadores (como foi referido anteriormente), sendo esta última preponderante na provisão de recursos na área da saúde. O governo financia, atualmente, o sector da saúde através de transferências internas (alocações a partir do orçamento do governo central para o MISAU e subsídios para as direções provinciais). Em 2016, o Ministério da Saúde recebeu 45,2% dos fundos da saúde do governo, seguido por 14,9% recebidos por SDSMAS e da DPS foram 13,5% (UNICEF, 2018). A atribuição de fundos do Estado obedece às diretrizes dos cenários fiscais e despesa de médio prazo para um plano de três anos, por forma a garantir a estabilidade do financiamento dos programas prioritários (Ministerio da Saude, 2012). Entretanto, não existem critérios de afetação de recursos tendo em conta as situações ou características territoriais. Assim, por exemplo, “distritos de pouco mais de 7 mil habitantes recebem o mesmo para investimento distrital que os distritos com mais de 200 mil habitantes” (Ministério de Saúde, 2012,p.65).

O critério para afetação de financiamento é baseado numa comissão *ad hoc*, ou seja, comissões que nem sempre possuem conhecimento das necessidades locais, mas que, no entanto, possuem poder delegado para definirem os destinos e montantes atribuídos pelo governo da província. Esse modelo gera, por isso, disparidades. Esse processo de distribuição desigual, não raramente, situa-se fora das regras estabelecidas pelos códigos ou tetos e planos de gestão, o que parece ser explicado pela interferência política de agentes públicos (*lobby* a favor de um distrito em detrimento de outro).

1.5.2. Políticas e critérios de alocação dos serviços de saúde

Teoricamente, as políticas de alocação de recursos são tomadas tendo em conta variados indicadores socioeconómicos como as taxas de alfabetização, a taxa de desemprego, a cobertura de saneamento básico, o nível de rendimento ou de educação, o estado de saúde de uma população, a taxa nacional de utilização dos serviços, a idade e o sexo. A avaliação das necessidades deve estar na base da definição das necessidades regionais e locais (Santana, 1993).

Estes critérios têm sido a base de orientação de projetos em diversos países desenvolvidos, porém, embora haja sempre referência ao uso desses critérios acima citadas, cada país procura adequar as suas políticas tendo como variável as necessidades da população, com o objetivo de proteger, promover e restaurar o bem-estar físico e mental sem discriminação. Políticas adotadas no Canadá, por exemplo, procuram facilitar o acesso aos serviços de saúde sem barreiras financeiras ou de outra natureza. Para tal, o governo central garante a locação dos recursos financeiros às províncias e ao mesmo tempo, condiciona os padrões nacionais de oferta de serviços; em 2019 naquele país cerca de 70% do total de gastos com saúde provém de financiamento público (CIHI, 2009).

No Brasil, na Constituição da República Federativa do Brasil, 1988, no seu capítulo da Seguridade Social, secção II, estabelece como princípio a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A política de alocação é efetuada, de forma geral, mediante recursos públicos e com uma orientação programática, conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos. Os critérios de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS - e a distribuição de recursos, devem ser feitos a partir da combinação entre vários critérios, tais como o perfil demográfico da região, o perfil

epidemiológico da população a ser coberta, números e caraterísticos da rede de saúde na área e, ainda, o desempenho técnico e económico das unidades de saúde.

No continente africano, por exemplo na África do Sul, o grande desafio é o desenvolvimento de mecanismos de alocação que garantem a eficiência e a equidade no financiamento das políticas e ações de saúde, tendo em conta a combinação de critérios referentes aos aspetos demográficos, sociais e económicos (Lecticia & Pelegrini, 2005)

Em Moçambique, esses critérios, potencialmente, têm vindo a ser implementados e estão expressos tanto no Plano Estratégico de Saúde como no Plano de Ação para a Redução da Pobreza (PARPA), que têm como objetivo, o diálogo intersectorial para a promoção da saúde, bem como o desenvolvimento de mecanismos destinados a garantir a transversalidade da política de saúde nas outras políticas internas de cariz local ou nacional, através da Avaliação de Impactos na Saúde e nos Sistemas de Saúde (Ministério de Saúde, 2013b).

Em termos de políticas e critérios de alocação de serviços de saúde, é fundamental oferecer serviços de saúde de qualidade aceitável, gratuitos ou a um preço suportável para que possam ser usufruídos por toda a população, garantindo equidade na distribuição de serviços, independentemente do seu estrato social, idade, sexo e localização geográfica (Ministério de Saúde, 2013^a). Relativamente à localização dos serviços de saúde, a legislação (Diploma Ministerial n.º 127/2002) regista no seu artigo 19º que:

(...) não se localizam só em função da importância dos aglomerados populacionais, mas também, em função das vias de comunicação e dos fluxos de transporte; para a sua localização, prioridade será dada a aglomerados populacionais próximos de entroncamentos rodoviários e/ou ferroviários (...)

De acordo com o Ministério de Saúde (2013b) a planificação para a localização de infra-estruturas de saúde tem em conta a importância do aglomerado populacional, a existência das vias de comunicação e dos fluxos de transporte a distância entre as unidades de saúde e as comunidades que, em média, devem oscilar entre 5 e os 10 km de raio teórico, principalmente nas zonas rurais. Estabelece, ainda, que na localização dos serviços será dada prioridade a aglomerados populacionais próximos de entroncamentos rodoviários e/ou ferroviários (Diploma Ministerial n.º 127/2002). Porém, a realidade é distinta, fundamentalmente em regiões rurais onde se verifica condições adversas: baixa densidade

populacional, rede de estradas deficitária, pouca capacidade económica e a inexistência de rede de transportes públicos.

Segundo a OMS (2018) de modo a garantir o acesso aos serviços, o governo deverá estabelecer prioridades e estratégias para o fortalecimento do sistema de saúde, aumentando o acesso equitativo, juntamente com a criação da capacidade de gestão e expansão do setor de saúde pública.

CAPÍTULO 2. METODOLOGIA E FONTES

2.1. Metodologias usadas na pesquisa

O estudo enquadra-se num modelo misto de análise, na medida em que combina características de uma abordagem quantitativa (desenho, recolha de informação e tratamento estatístico de inquéritos/questionários; modelação de cenários de utilização dos serviços de saúde, utilizando os sistemas de informação geográfica) e qualitativa (desenho e análise de entrevistas semiestruturadas). As metodologias utilizadas foram desenhadas e implementadas tendo como objetivo analisar, compreender e avaliar a acessibilidade aos serviços de saúde, tanto no que tange à caracterização da procura (quem utiliza) quanto à caracterização da oferta (distribuição e acesso aos equipamentos de saúde), identificando as áreas desfavorecidas em termo de cobertura de serviços. O procedimento metodológico compreendeu várias etapas, sistematizadas nos pontos que se seguem.

2.1.1. Recolha dos dados secundários

Relativamente aos dados secundários, foi recolhida informação, através da revisão da literatura e de base de dados geoespaciais. No âmbito destes processos, numa primeira fase, fez-se a consulta bibliográfica relativa à acessibilidade aos serviços de saúde (modelos, políticas, leis) em Moçambique e, especificamente, em Sofala. Foram, ainda, recolhidos dados em fontes nacionais e internacionais, como os indicadores sociodemográficos, o perfil de saúde, a distribuição da população por subsecção estatística de Censos de 2007 e 2017, a expansão da rede pública de saúde, e outras informações relevantes, que permitem caracterizar a área em estudo.

Na elaboração deste trabalho, foram consultados diversos sites como Repositórios Universitários, Google Académico, *ScienceDirect*, Instituto Nacional de Estatística (INE) de Moçambique, Organização Mundial da Saúde (OMS), Governo moçambicano, Ministério da Saúde, Nações Unidas, Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Em seguida, foram obtidos dados geoespaciais de Moçambique (formato de *shapefile*, próprio para ArcGIS) relativos à distribuição espacial dos equipamentos de saúde, divisão administrativa, rede viária, uso e ocupação do solo, modelo digital de elevação, entre outros, em diferentes fontes:

- i. Centro Nacional de Cartografia e Teledeteção (CENACARTA) e Universidade Católica de Moçambique (UCM);
- ii. Direção Provincial de Saúde de Sofala (DPSS) e a Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID), onde se obteve a rede de distribuição dos serviços de saúde;
- iii. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a CENACARTA, onde se consultaram dados dos grupos populacionais e/ou comunidades;
- iv. Administração Nacional de Estradas (ANE), instituição pública autónoma moçambicana, responsável pela gestão da rede de estradas do país, onde se obtiveram dados em *shapefile* da rede de estrada classificada e as suas respetivas características;
- v. *Global Roads Open Access Data Set* _(GROADS), que possibilitou obter a rede de estrada em diferentes escalas (o nível mais desagregado: bairros e povoados);
- vi. *Geofabrik*, servidor no qual foram recolhidos dados referentes a diferentes infra-estruturas.

2.1.2. Recolha de dados primários

Para a aquisição de dados primários desenhou-se e administrou-se: (i) um questionário e (ii) uma entrevista semiestruturada. Para a recolha das amostras, foram selecionados três distritos: Beira, Dondo e Búzi, tendo em conta a extensão da área de estudo, as dificuldades de acesso impostas pelos fenómenos naturais e sociopolíticos, identificados no ponto relativo às limitações do estudo, e as características territoriais. Na seleção dos distritos foram considerados indicadores relativos, por exemplo, à densidade populacional, ao número de infra-estruturas de saúde e à distribuição geográfica dos equipamentos de saúde.

A título de exemplo, refira-se que o distrito da Beira apresenta uma elevada densidade populacional, o distrito de Dondo apresenta uma densidade média e o distrito de Búzi apresenta uma densidade baixa. Um melhor enquadramento dos pode ser observado na Figura 4.

2.1. Metodologias usadas na pesquisa

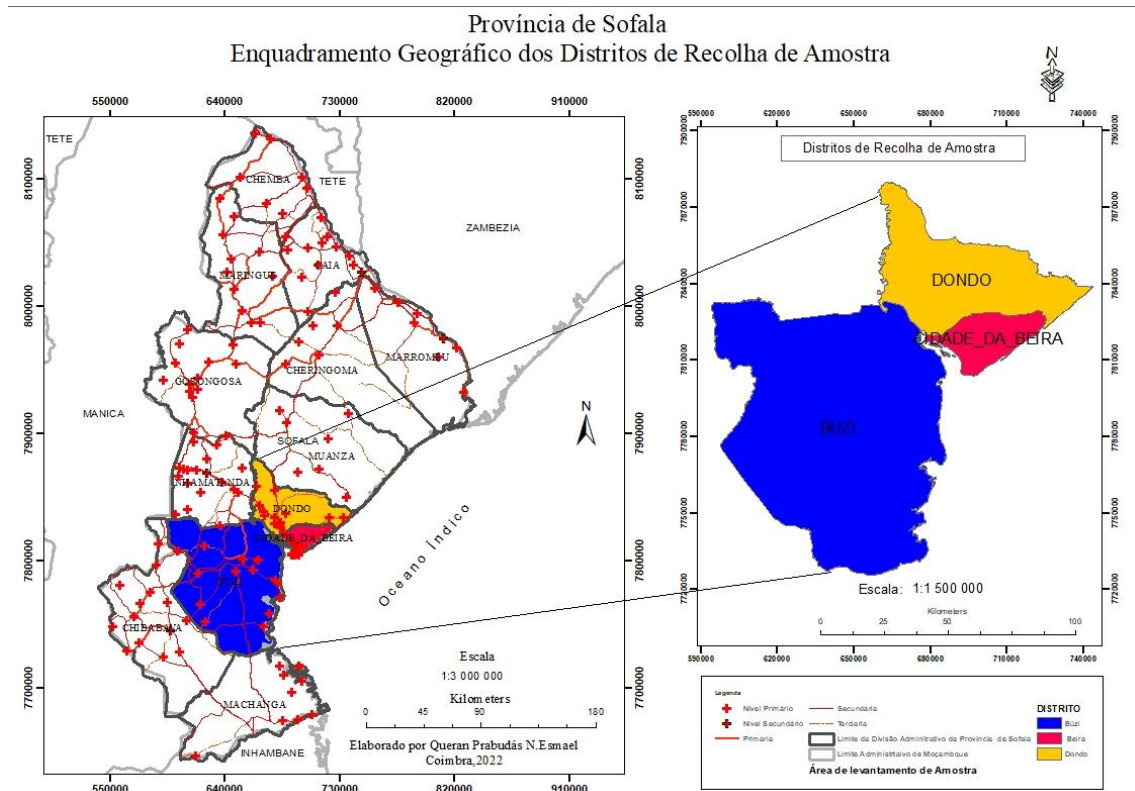


Figura 4: Mapa de Sofala

Fonte: Elaboração própria, adaptado dados da CENSCARTA, MISAU e ANE.

Questionário: aplicação e técnica de análise de dados

Em relação a este ponto, aplicaram-se inquéritos, maioritariamente, utilizando a plataforma do Google, por ser a ferramenta mais prática e dinâmica para aquisição de informação, com maior possibilidade de acesso ao informante, facilidade no armazenamento, transporte e tratamento de dados, baixos custos e a diminuição do tempo em deslocações no trabalho de campo. Todavia, verificou-se ser necessário administrar inquéritos de forma presencial, sempre que se verificou necessário para completar os critérios da amostra.

Aplicaram-se inquéritos por questionário de tipologia variada (escolha múltipla, respostas únicas) à população residente nos distritos da Beira, Dondo e Búzi e capaz de se expressar na língua portuguesa, e que tenha procurado os serviços de saúde pelo menos uma vez nos últimos cinco anos. Estabeleceu-se uma amostra adequada de 402 indivíduos, considerando os seguintes parâmetros: universo composto por 564 438 pessoas (soma total da população com idade igual ou superior a 15 anos, dos distritos da Beira, Dondo e Búzi), grau de confiança de 95%, margem de erro de 5%, realizada a partir da calculadora on-line

do *Survey Monkey*.⁴ O questionário permitiu a recolha de dados quantitativos referentes seguintes aspetos:

- i. Características sociodemográficas dos utilizadores dos serviços de saúde, com objetivo de caraterizar os grupos populacionais respondentes;
- ii. Acessibilidade geográfica, procurando conhecer a facilidade (ou as barreiras) dos utentes na utilização dos cuidados de saúde, através dos da informação relativa aos meios de transporte e ao tempo no percurso.
- iii. Características socio-organizacionais, com o objetivo de avaliar a disponibilidade de serviços, a disponibilidade dos recursos humanos, a satisfação com os serviços prestados, as condições das infra-estruturas e o modo da receção/atendimento no momento de procura dos cuidados.

Na fase inicial, face ao surgimento da pandemia de COVID-19, aplicou-se um inquérito online via Google Formulário, divulgado através de e-mail e redes sociais (*Whatsapp*). Volvido um período de 30 dias, na avaliação dos resultados preliminares, notaram-se alguns constrangimentos no que se refere às respostas do questionário, por ser respondido, maioritariamente, por residentes em zonas urbanas, com melhor situação social. Em sentido oposto, as respostas da população localizada nas áreas rurais em número reduzido, por a maioria não possuir condições de acesso aos serviços de internet, aos equipamentos telefónicos apropriados. Por esse facto, considerou-se necessário aplicar os questionários presencialmente nas áreas rurais.

A técnica usada na análise quantitativa de dados centrou-se na análise estatística e tratamento de dados através do software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 27 para Windows. A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivo desvio-padrão) e estatística inferencial. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $(\alpha) \leq .05$. Utilizou-se o teste *t* de *Student* para amostras independentes, quando se comparou a média de satisfação com o ponto médio da escala de avaliação, e o teste do qui-quadrado de independência. O pressuposto do qui-quadrado, de que não deve haver mais do que 20% das células com frequências esperadas inferiores a 5, foi conferido. Nas situações em que esse pressuposto não se fazia satisfatório, usou-se o teste do qui-quadrado por simulação

⁴ Ferramenta consultada em: <https://pt.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator>. Acesso em 10/01/2022.

de Monte Carlo e as diferenças foram analisadas com o apoio dos resíduos ajustados e estandardizados.

Entrevista semi-estruturada: aplicação e técnica de análise de dados

Foram aplicadas entrevistas semiestruturadas,⁵ junto de dois grupos. O primeiro grupo, que passará a ser tratado como grupo 1, é composto por gestores de saúde (DPS-Direcção Provincial de Saúde) e os representantes de algumas organizações não-governamentais. O segundo grupo (grupo 2) é composto por médicos/enfermeiros, que atuam na área da saúde nos distritos da Beira, Búzi e Dondo, Província de Sofala.

As entrevistas semiestruturadas estão agrupadas em três grandes domínios relativos às unidades de saúde, concretamente: (i) aos recursos humanos, (ii) ao financiamento e (iii) à avaliação de satisfação. O objetivo é aferir o grau de disponibilidade efetiva dos serviços de saúde e o acesso por parte dos utentes, a esses serviços. O conhecimento desta informação permitirá contribuir para a melhoria das alocações dos futuros serviços de saúde, quer aos cuidados de saúde nos níveis primários, uma vez que esses serviços são tomados como ponto de entrada e de primeiro contacto com a cadeia de cuidados, quer os secundários, que são tidos como serviços de referência para encaminhamento dos utentes que não conseguem encontrar resposta para a satisfação das suas necessidades nos níveis primários.

Estas entrevistas centraram-se em três questões: como são avaliadas a alocação de infra-estruturas e de recursos humanos, as políticas de financiamento e a satisfação em relação ao acesso aos cuidados de saúde na província de Sofala?

Inicialmente foram aplicadas quatro entrevistas piloto, realizadas no dia 11 de fevereiro de 2019, na cidade da Beira, que permitiram fazer o mapeamento de outros potenciais entrevistados. Ao mesmo tempo, aquele primeiro contacto auxiliou-nos na reorganização das questões-chave apresentadas, tendo como base as informações recolhidas nos relatórios oficiais e, por outro lado, identificando lacunas no tratamento do tema e para a qual não existiam dados.

Devido à situação pandémica, optámos por usar dois modelos de orientação de entrevistas, em dois distritos (Búzi e Dondo) da província de Sofala, entre 8 de dezembro

⁵ A entrevista semiestruturada é uma técnica de entrevista em que o pesquisador organiza um conjunto de questões sobre o tema a ser estudado, mostrando ter capacidade de incentivar o entrevistado a falar livremente de assuntos que forem surgindo, bem como a manutenção dos pontos de vista dos mesmos.

de 2020 a 12 de março de 2021. O primeiro modelo aplicou-se ao grupo dos gestores. Era uma entrevista semiestruturada em profundidade, efetuada presencialmente. Esta tipologia de entrevista presencial permitiu-nos, ao mesmo tempo (todas as entrevistas foram gravadas), que os entrevistados comunicassem livremente e manifestassem os seus pontos de vista. O segundo modelo foi realizado por e-mail e redes sociais (via *whatsapp*) ao grupo de médicos e enfermeiros.

É pertinente referir que nem todos os gestores inicialmente selecionados se mostraram disponíveis em conceder entrevista presencial e/ou respostas por e-mail, alegando que (i) fatores políticos das empresas vedavam a concessão da entrevista, (ii) não era possível responder à entrevista sem uma autorização antecipada dos seus representantes máximos e que esses não se faziam presentes no país pela situação pandémica da COVID-19. Apesar desse obstáculo, foram realizadas 14 entrevistas, com 6 mulheres e 8 homens. É importante referir que com esse número de entrevistados, a saturação dos dados foi alcançada.

Por se tratar de um grupo variado em esferas de ocupação profissional, foram realizadas duas variantes de protocolo da entrevista, conforme desenho apresentadas em Anexo I, sendo relativas a diversas áreas de atuação no sector da saúde, por forma a colher diversas sensibilidades, posicionamentos e opiniões sobre acessibilidade aos serviços de saúde a partir de questões agrupadas em três domínios das unidades de saúde: recursos humanos, financiamento dos serviços e avaliação da satisfação.

Para análise de conteúdo das entrevistas, foi escolhido o quadro técnico de Bardin (L. Bardin, [1977] 2001). A análise do conteúdo, de acordo com Bardin (2001) é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantidades ou não) que permitem a inferência dos conhecimentos relativos às condições de produção (variáveis inferidas) dessas mensagens. O procedimento foi realizado respeitando as seguintes etapas (L. Bardin, [1977] 2001; Saldanã, 2013). A primeira foi a etapa da transcrição. Nesta fase, em primeiro lugar, efetuou-se a organização do material, de todas as respostas dos entrevistados, que consistiu na escuta dos áudios das entrevistas do primeiro grupo e seguiu-se a transcrição manual usando um método de uma transcrição não naturalista ou seletiva, usualmente conduzida por meio de normas gramaticais da língua escrita e pontuações especiais, sem que o conteúdo sofresse alterações (Azevedo, et al, 2017). Seguiu-se uma leitura flutuante com o objetivo de familiarizar-se com o vocabulário e, para ordenar, descrever e interpretar conteúdos a partir de notas apontadas; os áudios das

entrevistas foram avaliados várias vezes e foram comparados com as transcrições, com o objetivo de aferir a redação das respostas narradas pelos entrevistados e, posteriormente, foram feitas as correções pontuais. Para as entrevistas do segundo grupo, as respostas foram digitadas literalmente. No Anexo I estão apresentadas as transcrições (sistematizadas) de todas as entrevistas. As transcrições passaram, então, a serem analisadas, com uma segunda etapa de codificação. Nesta segunda fase, iniciamos o processo de codificação (unidade de registo), que se baseou na releitura das entrevistas transcritas e na seleção de trechos textuais que possuem uma maior suscetibilidade de esclarecer aspetos em torno da problemática central e dos objetivos da pesquisa. Este processo permitiu-nos uma melhor classificação dos conteúdos. Nas descrições e interpretações das transcrições foram selecionados os conteúdos com base nas semelhanças, diferenças, frequências e correspondências ao longo das transcrições. A codificação, frequentemente, procura padrões repetitivos ou de consistência podendo, desta forma, agrupar estes aspetos com base naqueles padrões (Resource et al., 2013; Bardin, 1977).

Por fim, a terceira etapa, de categorização, consistiu na análise e agrupamento dos códigos em categorias, de acordo com os padrões de semelhança de opiniões emitidas pelos entrevistados. Formaram-se, então oito (8) categorias principais nas duas variantes de entrevistas. A partir de algumas categorias, foram identificadas as subcategorias, conforme apresentamos nas tabelas que congregam as duas variantes no (Anexo I) sendo que alguns desses códigos foram subdivididos em subcategorias.

Foi usado um esquema linear para garantir o anonimato e a confidencialidade dos entrevistados, atribuindo-se um código a cada entrevistado dos dois grupos. Desta forma, para preservar a identidade dos entrevistados, nas entradas das suas respostas, foram usadas siglas, tanto para uma melhor compreensão da dinâmica pergunta-resposta como para facilitar a identificação dos discursos nas análises, onde usou-se um esquema linear.

Para o grupo 1, a cada entrevistado foi atribuído uma sigla apresentada em letras “P”, seguido de um número e de duas letras maiúsculas (P1_DP, P2_ ... P6_ AM). Aos entrevistados do grupo 2, indicou-se a letra “P”, seguida por números consecutivos de acordo com a ordem cronológica em que foram realizadas (P1, P2, P3, ...P8). No quadro a seguir apresenta-se a composição dos entrevistados de acordo com acrónimos atribuídos, função, local de residência e data da entrevista.

2.1. Metodologias usadas na pesquisa

Tabela 3: Composição dos entrevistados

Grupo 1 (Grupo dos gestores)			
Acrónimos/do Entrevistado	Função	Local	Data
P1_DP	Gestor Público	Beira	16-12-2020
P2_SD1	Gestor Público	Dondo	18-12-2020
P3_SD2	Gestor Público	Dondo	18-12-2020
P4_CM	Gestor Público	Beira	06-01-2021
P5_CV	Gestor ONG	Beira	18-12-2020
P6_AM	Gestor ONG	Beira	21-12-2020
Grupo 2 (Grupo dos médicos/enfermeiros)			
Acrónimos/do Entrevistado	Função	Local	Data
P1	Provedor	Dondo	12-03-2021
P2	Provedor	Búzi	15-03-2021
P3	Provedor	Beira	08-03-2021
P4	Provedor	Dondo	10-03-2021
P5	Provedor	Beira	12-03-2021
P6	Provedor	Beira	20-03-2021
P7	Provedor	Beira	20-03-2021

Fonte: Elaboração própria, adaptado a partir dos dados facultados pelos entrevistados em condição de anonimato.

2.1.3. Modelação da acessibilidade geográfica e da alocação dos serviços de saúde

Ao levar-se em consideração a compreensão da acessibilidade geográfica, com o objetivo de aferir o tempo que a população fica sujeita para alcançar uma unidade de saúde mais próxima, tendo atenção às características sociais e económicas observadas ao longo do trabalho de campo, procurou-se nas informações recolhidas ao longo dos inquéritos e das entrevistas, identificar o tempo que a população despense nas deslocações entre a residência e a unidade de saúde. Nesse sentido modelámos dois perfis de acessibilidade, sendo o primeiro usando o transporte motorizado e o segundo usando mobilidade pedonal (a pé).

Por outro lado, foi efetuado o cálculo das áreas de serviço (áreas servidas). Este procedimento metodológico já foi usado em vários estudos para a determinação de zonas de serviço com recurso à rede viária, por base a teoria de grafos, calculando-se o tempo de deslocação em rede viária a todos os equipamentos e identificação o mais próximo, à semelhança do procedimento usada no estudo de Martins, (2015) e Costa et al., (2010).

Por fim, no que diz respeito ao perfil de distância-tempo, foi considerada a distância entre o equipamento de saúde e os povoados, definida através da rede viária existente e os resultados, que foram agrupados em função do modo de deslocação e do tempo de percurso entre a residência e a unidade de saúde mais próxima.

Dados e métodos utilizados na modelação de acessibilidade geográfica dos serviços de saúde

A informação utilizada inclui a base de dados em *shapefile* das instalações sanitárias fornecidos pela USAID. Foi atualizada pela base de dados fornecida pelos serviços provinciais de saúde existentes em Sofala, em 2019. Foram selecionadas as unidades de saúde do nível primário e secundário localizadas nos distritos de estudo, tendo sido utilizada a base cartográfica das divisões administrativa da Província de Sofala, foram extraídas as divisões administrativa da área de estudo; usaram-se dados da população apresentados por distritos, posto administrativos e localidade, recolhidos no censo de 2017, e a rede das estradas, com a cobertura até ao nível dos povoados (estradas, ruas e caminhos) fornecidos pelo CENACARTA, ANE.

2.1. Metodologias usadas na pesquisa

Foram também utilizados os relatórios publicados sobre características socioeconómicas da população, fornecida pelo Instituto Nacional de Estatística (INE). Devido à limitação de cobertura da rede viária até ao nível de bairros e povoados, foi necessário combinar outra fonte de rede viária, obtida da plataforma de *Global Roads Open Access Data Set* (GROADS). A partir de ArcGIS 10.8, foram efetuadas correções, como a remoção de pequenos segmentos irrelevantes e por vezes isolados, ou sem conectividade a nenhuma via da rede principal, como mostra na figura 5.

Importa referir que a remoção dos pequenos segmentos de vias foi antecedida de uma observação através de uma imagem *basemap* da Província de Sofala. Do mesmo modo, foram sobrepostas as redes viárias da ANE e da CENACARTA e comparados os eixos das vias primárias, secundária, terciárias e, ainda, a não classificada, por forma a evitar a remoção das vias relevantes e garantir uma rede viária consistente.

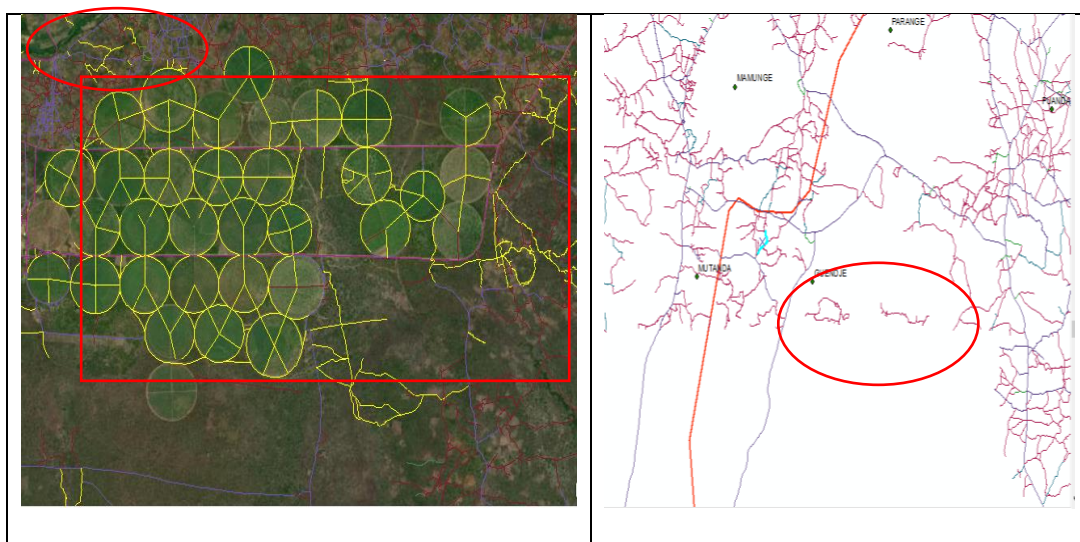


Figura 5: Segmentos isolados observadas na rede viária localizada na Província de Sofala

Fonte de dados: Global Roads Open Access Data Set (GROADS)

Para a mobilidade por transporte motorizado, a partir de ArcGis10.8, a rede viária foi reclassificada em cinco categorias, tendo sido atribuída a velocidade de acordo com as características da estrada, identificada pelo Instituto Nacional dos transportes terrestres (INATTER).

Para a mobilidade pedonal, devido à escassez de transportes públicos, principalmente nas zonas rurais, aliado ao facto de a maior parte da população não possuir meios de transporte próprios, optou-se por assumir, para a mobilidade da população em todas as estradas, a velocidade média de 5 km/h, conforme ilustra a tabela 4.

2.1. Metodologias usadas na pesquisa

Tomando em conta o tempo de locomoção da população dentro de um limite da rede viária, a velocidade/tempo em média varia, segundo alguns estudos, entre 4 e 5 km/hora (Freitas, 2018; Anjos & Cabral, 2016; Santana et al., 2010). Seguindo esses estudos, assumiu-se que a velocidade em terrenos planos é de 5 km/hora. Nesse sentido o tempo máximo de viagem foi ajustado, de acordo com Anjos & Cabral (2016), a 60 minutos, para a deslocação a pé.

Tabela 4: Velocidade média de circulação na rede viária

Tipo de linha viária	Velocidade/Mobilidade por Transporte Motorizado	Velocidade/ Mobilidade Pedonal
Primária	80km/h	5km/h
Secundária	50km/h	
Terciária	20km/h	
Outras estradas (Não classificada/residencial vicinais)	10km/h	

Fonte: Elaboração própria adaptada do INATTER, 2017

O tempo de percurso foi calculado a partir da fórmula que segue abaixo, tendo por bases, às velocidades definidas anteriormente. Finalmente, com todos malha de Estrada preparada, foi criado o *dataset*.

$$T = \frac{D(m) * 60min}{V(km/h) * 1000'}$$

Onde D corresponde a distância em metros; V é a velocidade média de circulação.

1km=1000 metros

1 hora = 60 minutos.

Posteriormente foram criados os modelos de acessibilidade. Para tal, foi usada a extensão *Network Analyst*, opção Área de Serviço, encontrado no software ArcGIS10.8, permitindo construir a acessibilidade da população às unidades de saúde sobre a malha viária (estradas, ruas e caminhos). A partir desta função, e com base nas localizações das instalações das unidades de saúde e a população, foram construídas as matrizes de custo origem-destino e áreas servidas por cada unidade de saúde, usando (i) transporte

motorizado e (ii) a deslocação a pé, gerando assim os intervalos das áreas de serviços por tempo de deslocação.

Dados e métodos utilizados na construção dos modelos de location/allocation (localização-alocação)

O modelo (*location/allocation*) tem como objetivo definir a localização das oportunidades, com vista a dar foco aos pontos de procura, definindo assim uma relação entre a localização dos equipamentos de saúde e a procura (população potencialmente utilizadora), que diminui à medida que a distância aumenta (Ribeiro et al.,2015 p.8)

Para a realização deste modelo, foram necessários dados provenientes de diferentes fontes, nomeadamente: (i) referentes às localizações das unidades de saúde, (ii) relativos à distribuição da população (foram usados dados demográficos do Censo 2017) e (iii) a rede viária existente, que permite a ligação das localidades onde reside a população e locais de prestadores de cuidados de saúde.

Para a modelação, foi usado a ferramenta ArcGIS 10.8, extensão, *Network Analyst*, que possibilitou fazer a leitura da oferta (47 serviço de saúde), e selecionar o tipo de oferta (requerida). Seguidamente a partir opção localização-alocação, sobrepõem-se os dados pontos de procura (vilas/aldeias com o respetivo número de população). O corte da impedância usado na modelação foi de 120 minutos, tempo de viagem ajustado de acordo com o perfil de acessibilidade pedonal.

Iniciou-se com a seleção do modelo para minimize impedância (minimize impedância) com vista a minimizar a distância total entre procura (vilas/aldeias) e os locais mais próximos com oferta de cuidados de saúde. Seguidamente, foram modelados máxima cobertura, máximo atendimento e minimize facilidade, procurando observar o modelo que maximiza a cobertura do serviço e ao mesmo tempo, minimização da distância, ponderada pela procura (população potencialmente utilizadora).

PARTE II
ESTUDO DE CASO

CAPÍTULO 3. ENQUADRAMENTO E CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

A província de Sofala constituiu uma das onze províncias de Moçambique, localizada na região central (Figura 6). Essa província faz fronteira a norte com as províncias da Zambézia e Tete; a oeste com a província de Manica; a sul com a província de Inhambane e a Este com o Oceano Índico (ANEME, 2017; INE, 2017).

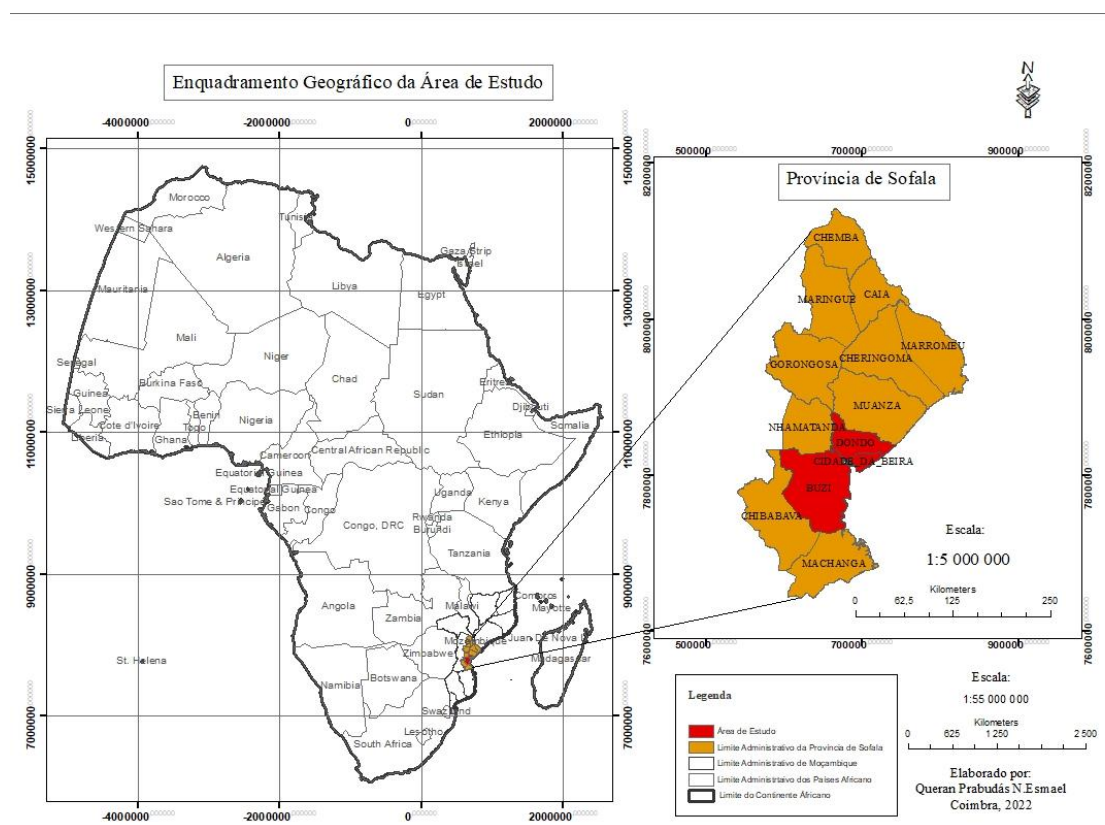


Figura 6: Enquadramento Geográfico da Área de Estudo

Fonte: Elaboração própria, adaptados dos dados da DINAGECA e ESRI.

Administrativamente a província de Sofala possui 13 distritos e 30 postos administrativos, subdivididas em localidades, e estes em povoados, compreendendo uma área de 68.018 km². A cidade da Beira é a capital da província, e a nível nacional é a segunda maior cidade, com importantes centros comerciais e industriais (ANEME, 2017).

Ao nível do Governo da Província, existe a figura do Governador da Província, eleito por meio de voto e a figura do Secretário do Estado nomeado por confiança do Presidente da República. Os distritos são representados pelos Administradores que são indicados pelo Governador da Província. Os Postos Administrativos são representados pelos chefes de posto.

3.1. Aspectos socioeconómicos da população da província de Sofala

Neste item são apresentadas as infra-estruturas do desenvolvimento económico, a dinâmica populacional entre os anos de 1997 e 2017, os indicadores sociais (saúde, educação, habitação saneamento) e a evolução da rede de serviços de saúde de saúde primária e secundários e na Província de Sofala.

3.1.1. Dinâmica populacional, entre os anos 1997 e 2017

A província de Sofala possui atualmente 2 221 803 habitantes, sendo 1 071 830 homens e 1 149 973 mulheres, em que 64,3% da população que vive na zona urbana e 35,7% na zona rural (INE, 2017; (Muanamoha & Arnaldo, 2014; INE, 2007).

O crescimento da população tem evoluído últimos anos: em 1997 a população era de 1 289 390 habitantes, passando a aumentar em 2007 para 1 685 663 habitantes, correspondente a 31%, e em 2017 passou para 2 221 803 habitantes, equivalente a uma variação de mais de 32% e representando uma densidade que varia entre 24 habitantes/km² em 2007 para 33 habitantes /km² em 2017 (INE, 2017; (Muanamoha & Arnaldo, 2014; INE, 2007)

A estagnação da economia rural em Moçambique, força muitos residentes rurais a migrar para as áreas urbanas (Arnaldo, 2017). Esse cenário, de contínuo crescimento e rápida urbanização, remete para impactos sobre o desenvolvimento socioeconómico, e suas consequências, no cumprimento da estratégia e de programas de políticas públicas de expansão de serviços básicos, nos sectores da saúde, da educação, da agricultura, da economia e da urbanização (Arnaldo, 2017; PNUD, 2015).

Nos distritos da província de Sofala esses impactos também têm vindo a ser observados, principalmente nas desigualdades no crescimento, na densidade e de distribuição populacional, influenciadas por uma conjuntura de fatores físicos naturais, históricos, políticos e socioeconómicos. A existência de políticas de expansão de serviços

3.1. Aspetos socioeconómicos da população da província de Sofala

de saúde e educação resultam em diferenças nas taxas de natalidade e mortalidade. Por outro lado, a existência de alto ou baixo desenvolvimento industrial, meios de transporte, facilidade de mobilidade, influenciam na migração interna, favorecendo a concentração da população nas cidades, vilas e postos administrativos e, fundamentalmente, junto à costa. Deve ainda ser considerada a disponibilidade de terras férteis para a prática da agricultura e comércio, o que atrai a população para locais junto aos vales dos rios (Pacheco, 2014).

Observando a densidade populacional ao nível dos distritos, até ao ano de 2017, os que apresentam valor mais elevado eram o da Beira (843 habitantes/km²), seguido do distrito de Nhamatanda (80 habitantes/km²) e o distrito de Dondo (76 habitantes/km²). A densidade nestes distritos deve-se à prática da agricultura e ao desenvolvimento da pecuária, propiciados pelo clima, relevo e solo, como também pela existência de desenvolvimento socioeconómico em consequência do crescimento das atividades industriais, da oferta de serviços, do acesso a serviços de educação, saúde e transporte. (INE 2017; Pacheco, 2014).

Os distritos de Marromeu, Búzi e Gorongosa apresentam uma densidade intermédia, que varia entre 24 e 27 habitantes/km². Esse fenómeno é explicado pela atividade agroindustrial e pelas condições que proporcionam a prática da agricultura e da pesca. Os restantes distritos apresentam densidade demográfica considerada baixa (entre 7 a 20 habitantes/km²), facto explicado pela existência de extensas áreas florestais e solos arenosos impróprios para prática agrícola (Pacheco, 2014). A tabela e o gráfico abaixo mostram a evolução da variação percentual da população por distrito de 1997, 2007 e 2017, na província de Sofala.

Tabela 5: Evolução da população e densidade populacional (habitantes/km²), em Sofala (1997-2017)

Distrito	1997 (População)	2007 (População)	Densidade (2007)	2017 (População)	Densidade (2017)
Cidade da Beira	397 360	443369	682	533 825	843
Búzi	143 152	163714	22	177 348	24
Caia	86 001	118597	33	191 950	55
Chemba	49 634	65660	15	87 925	20

3.1. Aspetos socioeconómicos da população da província de Sofala

Cheringoma	20 975	34872	4	58 542	7
Chibabava	72 273	104620	13	134 293	17
Dondo	117 719	144694	58	184 458	76
Gorongosa	77 877	120063	15	182 226	24
Machanga	44 784	53291	11	55 861	12
Maringue	56 654	77097	14	98 828	19
Marromeu	69 895	120645	20	156 720	27
Muanza	15 308	25840	4	42 289	7
Nhamatanda	13 793	213200	52	317 538	80
Total Provincial	1 289 390	1685665	24	2 221 803	33

Fonte: Elaboração própria, adaptado; Anuário INE, 2017

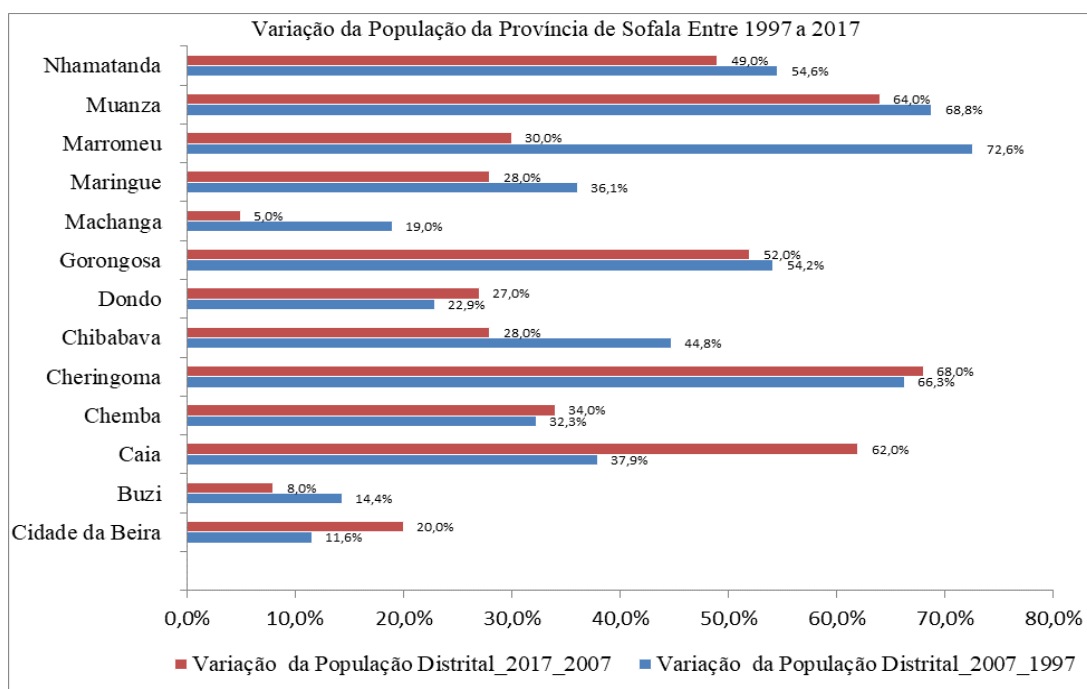


Gráfico 1: Variação da população da Província de Sofala 1997-2017

Fonte: Elaboração própria, adaptado INE,2007; Anuário INE, 2017

Relativamente à estrutura etária e sexo da população de Sofala, corresponde a uma estrutura populacional típica de um país em desenvolvimento, como a de outros países da África Subsaariana, apresentando maior número de jovens e menor número de idosos. Esses países são caracterizados por exibir uma base muito larga e um afunilamento

3.1. Aspectos socioeconómicos da população da província de Sofala

acentuado no topo: predominância de jovens, sendo que 40,8% da população tem idade inferior a 16 anos, e reduzida população com idade superior a 64 anos (2,8%) (INE, 2018; INE 2017).

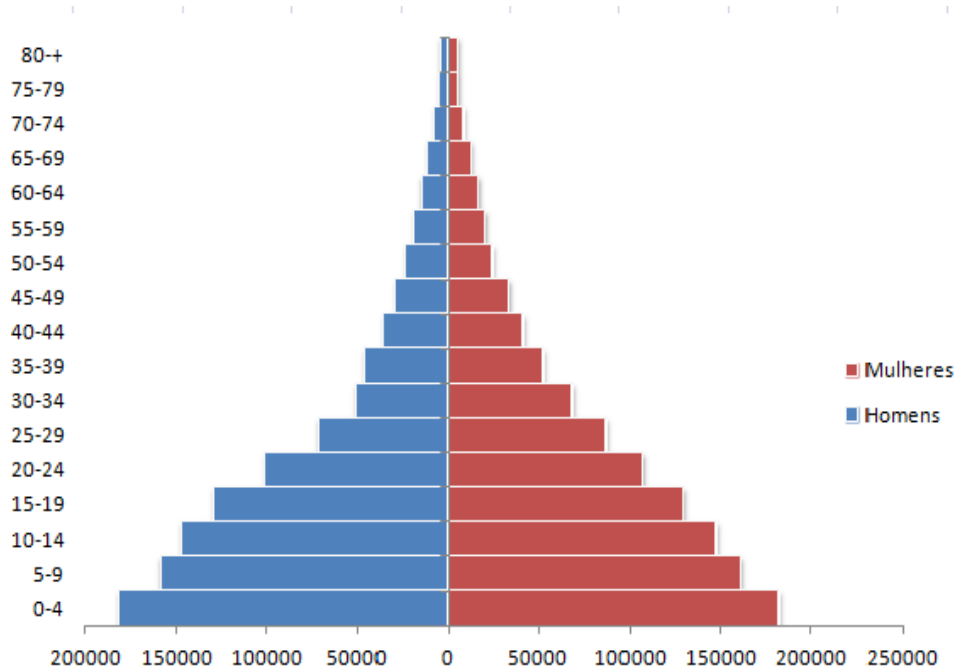


Gráfico 2: Estrutura etária da população da Província de Sofala, 2017

Fonte: Elaboração própria, adaptada do INE, 2017

No caso da estrutura etária e sexo da população da província de Sofala, verifica-se que a população jovem era de 41,6% no ano de 2007 e, em 2017, passou para 45,5%. Esse aumento é influenciado, de forma geral, pelo elevado número de mulheres em idade reprodutiva (INE, 2017a) facto que acarreta implicações sociais e económicas, pois essa população é mais propensa ao consumo do que a produção, devido à elevada percentagem de dependentes, resultantes do elevado índice de desemprego e da existência de uma população que na sua maioria é menor de idade (PNUD, 2015; Muanamoha & Arnaldo, 2014)

Quanto ao índice de dependência total, indicando a relação entre a população (0 a 14 anos e 65 e mais) e a população em idade ativa (15 a 64 anos), A relação entre a população dependente e ativa 2007 é de 99,8% , em Moçambique (INE, 2017 ; Tsandzana, 2010), e para 2017 o índice de dependência total é de 95,9. A percentagem da população de mais de 64 anos é de 3%, e a percentagem da população com menos de 15 anos é de 45,9%, conforme os cálculos efetuados com base nos dados do censo de 2017 (INE, 2017).

Isso significa que a taxa de dependência é elevada durante o período em análise, na província de Sofala, embora se observe uma ligeira descida. Porém, é importante destacar que os dados acima, referentes à taxa de dependência total, podem não refletir a realidade, pois, observa-se em todo o país elevada taxa de jovens menores de 14 anos a exercerem alguma atividade, seja de caráter informal - em vendas ambulatórias nos centros urbanos - , por conta de outrem, nos campos agrícolas, e/ou nas casas privadas como empregados/as domésticos/as, como complemento de renda.

A Província de Sofala, em 2007, apresentava uma população maioritariamente jovem, sendo que metade dela tinha, idade inferior a 20 anos. No ano de 2017, uma das características da população é relativa a uma maior percentagem potencialmente ativa. Observa-se igualmente a redução da proporção de homens, a partir dos 20 anos de idade. A redução dessa população pode ser explicada pelo facto de a população ter sido atraída às cidades, em busca de educação e emprego.

3.1.2. Indicadores sociais (saúde, educação, água e saneamento)

Os Indicadores de resultados em saúde (taxa bruta de natalidade, taxa bruta de mortalidade, taxa de mortalidade infantil e esperança de vida) revelam que, entre 2007 e 2017, embora tenham vindo a melhorar, continuam influenciados pelo padrão de doenças respiratórias (tuberculose) e doenças sexualmente transmissíveis (HIV/SIDA). Junta-se a essas, as diarreias e a malária, que são importantes contribuidoras para a taxa de mortalidade infantil (Sequeira, 2017; Rodrigues, 2009). Embora o governo de Moçambique procure minimizá-las através de políticas ainda limitadas, que tendem a influenciar o comportamento dos indicadores acima referenciados (por exemplo, melhorando a cobertura de serviços básicos de saúde, promovendo campanhas de vacinação, introduzindo programas de educação e nutrição e reforçando outros tipos de serviços prestados) (Governo de Moçambique, 2017), é necessário rever essas políticas, principalmente na gestão descentralizada, por forma a ampliar essas intervenções em zonas rurais, até agora menos assistidas.

Relativamente aos níveis de educação, 43.4% da população na província de Sofala, no ano de 2007, era analfabeta. As taxas mais altas foram observadas nos distritos de Maringué (73.3%), Chemba (69.9%), Chibabava (67.2%) e Gorongosa (61.7%). As taxas de analfabetismo são mais elevadas nas mulheres, quando comparadas com as observadas nos homens (INE, 2007). O número de estabelecimento de ensino aumentou nos últimos anos, contando-se 1 794 em 2017 dos quais 1 728 são do Ensino Primário (EP), 58 são do

3.1. Aspetos socioeconómicos da população da província de Sofala

Ensino Secundário Geral (ESG), 5 são do Escolas Técnico Profissional (ETP) e 3 de Formação de Professores (FP). Este aumento traduziu-se na melhoria das taxas de analfabetismo, em 2017 passou para de 36,8%, (UNICEF, 2022).

Tabela 6: Indicadores de saúde

Indicadores	2007	2017
Taxa bruta de natalidade (por mil)	41.7	39.2
Taxa bruta de mortalidade (por mil)	16.4	13.7
Taxa de mortalidade infantil (por mil nados vivos)	96.5	83.3
Taxa global de fecundidade (nº de filhos)	5.9	5.3
Esperança de vida (Anos)	47.0	50.2

Fonte: Elaboração própria adaptada do INE, 2017

Relativamente à qualidade da água e à cobertura no abastecimento de água, no meio urbano verifica-se uma tendência de melhoria, através (i) da contínua reabilitação das fontes e sistemas existentes (poços, furos e nascentes), (ii) do aumento do número de ligações domiciliárias de água, (iii) da promoção e construção de sistemas de retenção e conservação de água, entre outros. No meio rural a cobertura de abastecimento de água é baixa, sendo maioritariamente feito através de sistemas de abastecimento de água por fontenários, furos, poços e rios.

Ao nível do saneamento, no meio urbano, há tendência de expansão das infra-estruturas a partir de novas construções de sistema de rede de drenagem, esgotos, estação de tratamento de águas residuais e de aterros sanitários, incentivando a construção de rede de saneamento nos condomínios e melhorando o saneamento nos assentamentos informais. No meio rural, de forma geral, verifica-se um elevado valor percentual da população sem acesso a latrina, havendo prática de fecalismo a céu aberto.

Verifica-se o desenvolvimento de esforços por parte do governo na implementação de ações de promoção de higiene na comunidade, bem como de educação comunitária, tendo como objetivo o aumento da utilização das infra-estruturas de água e saneamento (Governo de Moçambique, 2015).

3.1.3. Atividades económicas

A província de Sofala possui uma estrutura de produção global, distribuído por sector. Em 2017, a indústria transformadora teve um contributo de 35%, seguido do setor da agricultura, produção animal, caça e floresta, com 30%, transporte e armazenagem, com 24,7% e a pesca, com 4,8%. Na área urbana há predomínio de atividades comerciais, turísticas e industriais, o que a destaca como o maior parque industrial do país (INE, 2018; ANEME, 2017).

A cidade da Beira possui infra-estruturas estratégicas, tais como o porto da Beira, porta de entrada e saída de carga diversa para dentro do país e para alguns países vizinhos. A carga sai usando dois corredores de transporte rodoviário e ferroviário.

A agricultura é praticada com fins de subsistência para a maioria das famílias nas áreas rurais. As principais culturas com maior percentagem de produção, são a mandioca (48%), milho (27%) e a Mapira com 12% (Governo de Mocimboa do Vale, 2017; ANEME, 2017).

A Atividade pesqueira é praticada ao longo do “Banco” de Sofala, onde se encontra a maior proporção dos recursos marinhos do país. Os distritos da Beira, Búzi, Cheringoma, Dondo, Macanga, Marromeu e Muanza são banhados pelo Oceano Índico e fazem parte do “Banco” de Sofala (ANEME, 2017).

3.1.4. Rede viária

No que se refere à rede viária, a província possui a 2 342 km de estradas, dos quais 584 km são de estradas primárias (asfaltadas), 553 km de estradas secundárias, 848 km de estradas terciárias e 357 km de estradas vicinais, para além de uma vasta rede de estradas não classificadas (ANEME, 2017).

As estradas principais fazem a ligação à cidade da Beira, as estradas secundárias ligam a outras capitais provinciais e/ou países vizinhos, as estradas terciárias fazem a ligação dos postos administrativos e as localidades e as estradas vicinais fazem a interligação entre povoados. O estado das estradas, como em quase todos territórios, apresentam deficiências de manutenção principalmente as estradas secundárias, terciárias e vicinais, dificultando assim a transitabilidade e mobilidade de pessoas e bens, principalmente na época chuvosa no meio rural e em algumas estradas no meio urbano (DRH, 2017; ANEME, 2017).

3.2. Evolução da rede sanitária na província de Sofala.

Importa referir que algumas estradas apresentadas nos distritos em análise, conforme apresentado na Figura abaixo, não se encontram contabilizadas conforme os dados apresentados anteriormente, pois a base de dados da ANE e da CENACARTA não as dispõem, razão pela qual, houve necessidade de considerar estradas registadas em plataformas de acesso aberto.

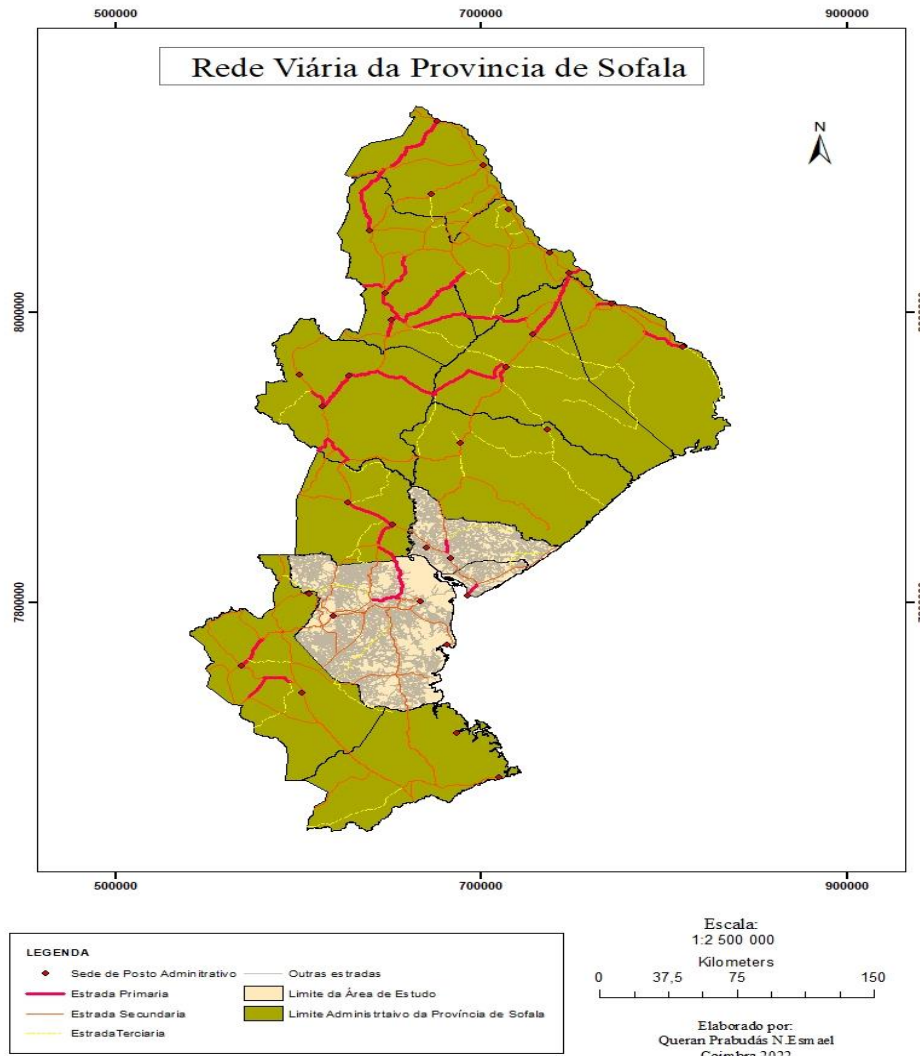


Figura 7: Mapa da rede viária da província de Sofala

Fonte: Elaboração própria, adaptada de dados de CENACARTA, ANE.

3.2. Evolução da rede sanitária na província de Sofala.

Para uma melhor análise do índice de disponibilidade de oferta de serviços de saúde no corte de tempo proposto, são observadas três dimensões (infra-estruturas, recursos humanos, recursos financeiros). Para a descrição da infra-estrutura, foram consideradas

3.2. Evolução da rede sanitária na província de Sofala.

seguintes indicadores por população nomeadamente: rácio de unidades de saúde, Raio teórico, camas para internamento e maternidade, recursos humanos.

A Província de Sofala enquadra-se no nível de gestão provincial, possuindo atualmente (2020) um total de 174 unidades sanitárias, destes 168 são de nível primário, dos quais 14 são centros urbanos (A, B, C) 125 são centros rurais (tipo I, II) e 29 postos de saúde. Para o nível secundário, observam-se um total de 5 e para os níveis terciários e quaternário são 1 para cada. (Ministério de Saúde, 2020 ; Perfil de Sofala, 2022). Em 2017, passou a contar com um total de 152 unidades de serviços de saúde primário e 4 de serviços de saúde secundário, uma unidade dos serviços terciário e uma do nível quaternário perfazendo um total de 161 unidades. Em relação aos níveis dos serviços terciário e quaternário, existe uma unidade para cada nível, respetivamente, (Ministério de Saúde, 2018; INE, 2017.; Ministério de Saúde, 2013).

No que concerne a distribuição das infra-estruturas de saúde em 2007, na província registava-se um total de 134 unidades de saúde, sendo 128 unidades de nível primária e 4 unidades de serviços secundária. (INE, 2018; Perfil de Sofala, 2017). No que tange à variação da rede de serviços de saúde, entre o ano de 2007 e o de 2017, registou-se um aumento de 24 unidades de saúde de nível primário. Essa evolução positiva também se observou entre 2017 e 2020, tendo-se verificado um aumento de 16 unidades na província. Embora se observe um aumento na oferta, face ao rápido crescimento populacional, parece ainda haver necessidade de aumentar a cobertura.

A evolução do rácio de unidades de saúde/população revela que a oferta não aumenta na mesma proporção da procura, em 2007 uma unidade servia 12 127 habitantes, em 2017, esse valor passou a ser de 15 266 habitantes e em 2020 de 14 125, considerando a população do censo de 2017. Tendo em conta às políticas relativas aos rácios unidade de saúde/habitantes recomendado internacionalmente, que é de 10 000 habitantes/unidade de saúde (Ministerio de Saúde, 2020), apesar do aumento da oferta, os rácios continuam insatisfatórios. Essa situação poderá ser explicada, quer pelo rápido crescimento da população quer pelo fraco investimento no aumento da rede de serviços de saúde.

Quanto à distância da população potencialmente utilizadora dos serviços de saúde (ao raio teórico de ação) em 2007, em média, a população necessitava caminhar 15,66 km para alcançar uma unidade, em 2017, passou a ter necessidade de caminhar 14,75 km (Ministério de saúde, 2018^a; Ministério da Saúde, 2020). Em 2020 a distância continuou a diminuir, tendo passado 11,71 km. Também a distância média que os habitantes que

residem mais longe têm de percorrer para aceder a uma Unidade de saúde reduziu-se ligeiramente, passando de 12,3, em 2019, para 12,1, em 2020.

Conforme dados recolhidos no ato de entrevista em 2020, dados dão indicação que o Distrito da Beira o raio de ação teórico, em média, é de 3,9 km. Quanto ao acesso e equidade da rede de serviços de saúde, para o caso do Distrito de Dondo, o raio de ação teórico, em 2020, em média é aproximadamente 7,6 km.

Conforme o estudo de (Nova, 2017) na província Sofala, entre os anos de 2008 a 2015, aproximadamente 66% da população despendia até 30 minutos para alcançar uma unidade de saúde e, no mesmo período, entre 8% e aproximadamente 21% da população precisava de caminhar mais de 60 minutos.

Quanto ao pessoal médico (clínica geral), técnico (medicina geral, laboratório, farmácia) e enfermeiro (serviço materno Infantil, medicina geral), em 2017, a província de Sofala possuía 1 810 funcionários, dos quais 219 médicos e 968 enfermeiros e 623 enfermeiro de serviço materno infantil (Ministério de Saúde, 2018). Atualmente (2020), o número de pessoal médico e enfermeiros é de 1 862 sendo 288 médicos e 935 enfermeiros e 639 enfermeiros de serviço materno infantil. Nestes três anos o número de médicos registou um aumento de 69 e uma diminuição dos enfermeiros (menos 33), tendo-se verificado um aumento de 16 enfermeiros de serviços materno infantil. Este número de funcionários é reduzido, visto que o rácio médico/habitante na província é de 11,7 médicos para 100 mil habitantes e 38 enfermeiros para 100 mil habitantes e enfermeiro de serviços materno infantil é de 64,6 100 mil habitantes (Ministério de Saúde, 2020). Estes rácios não satisfazem os objetivos do Milénio da OMS, que consideram um rácio de 25 profissionais de saúde para 1 000 habitantes (Muanamoha & Arnaldo, 2014).

Para o caso dos distritos em análise, os dados mais atuais (2020) indicam que o distrito da Beira possui 241 colaboradores médicos, sendo 64 médicos clínico geral; 143 enfermeiros de serviço materno infantil e 155 enfermeiros de medicina geral. O distrito de Dondo possui 16 médicos clínico geral, 54 enfermeiros de serviço materno infantil e 65 de medicina geral. Relativamente ao Distrito de Búzi contabilizam-se 9 médicos e 48 enfermeiros.

Embora se venha a observar um certo crescimento no número de unidades de saúde, são evidentes as desigualdades na distribuição das infra-estruturas. Essa falta de equidade, como demonstram os dados acima, dá-se tanto ao nível dos recursos humanos, como nas características do desenvolvimento territoriais (regiões urbanas e rurais) e no crescimento da população residentes.

3.2. Evolução da rede sanitária na província de Sofala.

Quanto ao número de camas nos cuidados de saúde, na província, também eram insuficientes, pois em 2017 existiam 1 903 sendo 1 070 camas para internamento geral e 833 camas para maternidade (INE, 2017). Em 2020, regista-se um número de camas que identifica uma ligeira melhoria: dados apontam para 2 102 camas, sendo 1 187 para internamento geral e 833 para a maternidade (Ministério de Saúde, 2020).

Tendo em conta a situação acima descrita, na província de Sofala não existe equidade no acesso aos serviços de saúde, comprometendo a saúde da população mais vulnerável, principalmente a que reside em áreas rurais. Tem sido reportada a inclusão de mais serviços nessas unidades e, potencialmente, o aumento da capacidade para atendimentos de número de pessoas por unidade de saúde (Ministério de Saúde, 2002; Ministério de Saúde, 2020). Embora alguns dados apontem para uma lenta melhoria nos rácios médicos/utente e enfermeiro/utente, os estudos mais recentes continuam a indicar que a acessibilidade aos serviços de saúde em Moçambique é, ainda, considerada insatisfatória nas zonas urbanas, principalmente na periferia das cidades, devido, entre outras razões, ao êxodo rural e ao carácter explosivo do crescimento urbano. Nas áreas rurais são referidos constrangimentos no acesso devido à distribuição desigual dos serviços de saúde (maiores distâncias entre os serviços de saúde e os aglomerados populacionais), falta de recursos humanos, incertezas de encontrar atendimento, pouco acesso à informação, baixo nível de escolaridade (principalmente das mulheres) e influências religiosas e culturais (Anjos & Cabral, 2016; Massarongo, 2016; Ministério de Saúde, 2013).

No contexto de evolução do acesso aos serviços de saúde, tendo em conta a situação acima descrita, no geral na província de Sofala, pode-se minimizar as desigualdades injustas e evitáveis, através da distribuição dos recursos de acordo com as necessidades em saúde e no acesso e utilização dos serviços de saúde. O desenvolvimento socioeconómico, que se reflete de forma significativa na dificuldade da expansão de rede de serviços de saúde, na redução das distâncias entre os serviços, na alocação de recursos face à densidade populacional, não se tem traduzido numa melhoria expressiva na equidade e acessibilidade (Ministério da Saúde, 2008).

Relativamente aos serviços prestados nas unidades de saúde nível primário e secundários, observa-se que a disponibilidade se refere a tipologia de USs existentes em cada distrito. Desse modo, organiza-se na tabela 7 esses serviços por distrito.

3.2. Evolução da rede sanitária na província de Sofala.

Tabela 7: Descrição do pacote de serviços prestados nos distritos da Beira, Dondo e Búzi (2020).

Distritos	Serviços prestados ao nível do Distrito
Beira	Consultas externas, saúde reprodutiva materna e infantil, serviços amigáveis do homem, serviços de adolescente, amigos e jovem, nutrição, VIH, programa nacional de combate a tuberculose, saúde oral, saúde ocular, VGB, programa alargado de vacinação, saúde mental, serviço de internamento, laboratório e farmácia.
Búzi	Consultas externas, saúde reprodutiva materna e infantil, serviços amigáveis do homem, serviços de adolescente, amigos e jovem, nutrição, VIH, programa nacional de combate a tuberculose, saúde oral, saúde ocular, VGB, programa alargado de vacinação, saúde mental, serviço de internamento, laboratório, farmácia, fisioterapia bloco operatório.
Dondo	Consultas externas, saúde reprodutiva materna e infantil, serviços amigáveis do homem, serviços de adolescente, amigos e jovem, nutrição, VIH, programa nacional de combate a tuberculose, saúde oral, saúde ocular, VGB, programa alargado de vacinação, saúde mental, serviço de internamento, laboratório e farmácia.

Fonte: Elaboração própria adaptados a dados colhidos em relatórios internos da DPS-Sofala;

Sendo um sistema de saúde caracterizado por unidades de nível primário com uma infra-estrutura frágil (falta de pessoal qualificado, de medicamentos, de equipamento de diagnósticos) bem como e energia, água canalizada, fracos serviços de especialização, existe a necessidade de oferecer serviços especializados, concentrados no hospital central da Beira. Esta unidade de saúde responde, ainda, a outros distritos num vasto conjunto de serviços (Centro ortopédico, Banco de sangue, Hemodialise, Reanimação, Medicina legal, serviços neonatologia, pediatria, urologia, maternidade, Ortopedia e traumatologia, anatomia patológica).

CAPÍTULO 4. O ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

O presente capítulo tem por objetivo descrever e analisar os dados quantitativos e qualitativos que foram produzidos no âmbito deste trabalho e permitem aprofundar o conhecimento sobre o acesso aos cuidados de saúde (acessibilidade geográfica, económica e socio-organizacional) e contribuir para a (re)formulação das políticas públicas promotoras da equidade em saúde e no acesso aos cuidados de saúde em Sofala. A análise quantitativa é relativa (i) ao tratamento estatístico dos dados dos inquiridos e (ii) à construção dos modelos de acessibilidade geográfica, utilizando os sistemas de informação geográfica. Numa segunda parte serão apresentados os resultados da análise de conteúdo das entrevistas realizadas.

4.1. Acessibilidade geográfica do ponto de vista da população

4.1.1. Quem utiliza?

A amostra de inquiridos corresponde a um total de 402 pessoas ($n = 402$), residente nos Distritos da Beira, Búzi e Dondo. Os dados revelam que a média das idades é de 34 anos, variando entre um mínimo de 19 e um máximo de 66 anos, o que dialoga diretamente com a pirâmide etária de Moçambique. Constata-se que a maior percentagem dos inquiridos é do género masculino (57,2%), contra 42,8% do género feminino (Tabela 8).

No que se refere as habilitações literárias, pode-se observar que a maioria dos participantes, na área de amostra, (54,9%) completou o ensino secundário, seguindo-se de 23,3 % com ensino superior completo e, finalmente, 14,7% possuíam apenas o ensino primário. Esses dados complementam-se com uma taxa de 7,1% dos inquiridos que afirmaram não saber ler nem escrever, o que representa uma taxa de analfabetismo elevada, não correspondendo, todavia, ao padrão da população geral da província e os respetivos distritos em análise. A distribuição da amostra pelo território concentrou-se no distrito da Beira, onde 53,5% dos respondentes disseram residir, o que já era esperado devido ao método de aplicação dos questionários.

4.1. Acessibilidade geográfica do ponto de vista da população

No que tange ao agregado familiar, 46,5% da população inquirida disse que fazia parte de famílias constituídas por mais de 5 pessoas. Na maioria dessas unidades constatou-se que apenas uma pessoa trabalhava (46%) e, destes, 35,8% trabalhavam por conta de outrem.

Quanto aos rendimentos, a maioria dos agregados familiares (45,4%) possuía um rendimento mensal de menos de 3 mil meticais (cerca de 48,5 dólares americanos ou 42,5 euros). Cerca de 28% tinham rendimentos situados nos intervalos de 3 mil a 8 999 meticais (entre 48,5 e 145,7 dólares respetivamente ou entre 42,5 e 127,6 euros) e, por fim, 21,9 % dos questionados recebiam acima de 15 mil meticais (242,8 dólares ou 212,7 euros).⁶ Esses dados podem ser relacionados com os vários relatórios produzidos por organismos internacionais e mesmo nacionais, como o relatório da OIT para Moçambique de 2019, que demonstra a ampla desigualdade de renda, sendo uma das mais altas do mundo Ocidental, tendo o índice de GINI — que mede a desigualdade de uma sociedade — aumentado entre 2008 (45, 6) e 2014 (54) (OIT, p.63-4).

Tabela 8: Caracterização sociodemográfica da amostra (N = 402)

	N	%
Idade	34,0	11,0
Género		
Feminino	172	42,8
Masculino	230	57,2
Habilitações académicas		
Sem nível primário	28	7,1
Nível primário	58	14,7
Secundário	217	54,9
Superior	92	23,3
Distrito		
Beira	215	53,5
Búzi	49	12,2

⁶A taxa de câmbio entre o metical e dólares norte-americanos corresponde a 1 Metical para 0,016 dólares (taxa constante no dia 14-02-2022 com base de referencia de banco de portugal).

4.1. Acessibilidade geográfica do ponto de vista da população

Dondo	138	34,3
Agregado familiar		
1 pessoa	21	5,2
2 pessoas	23	5,7
3 pessoas	41	10,2
4 pessoas	61	15,2
5 pessoas	69	17,2
> de 5 pessoas	187	46,5
Familiares que trabalham		
0 pessoa	27	6,7
1 pessoa	185	46,0
2 pessoas	149	37,1
3 pessoas	18	4,5
4 pessoas	6	1,5
5 pessoas	17	4,2
Situação profissional		
Desempregado	71	17,7
Empregado formal (trabalha para outra pessoa)	144	35,8
Empregado por conta própria	36	9,0
Outro	62	15,4
Trabalhador informal	89	22,1
Rendimento mensal		
Até 3000.mil meticais	183	45,5
3000 - 8999	114	28,4
9000 - 14999	17	4,2
> 15000	88	21,9

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito realizado nos Distritos da Beira, Búzi e Dondo, 2020

4.1. Acessibilidade geográfica do ponto de vista da população

Em relação às condições da habitação, (n=402), 308 pessoas reportaram ter acesso à energia elétrica; 153 beneficiam de água canalizada, 102 de instalação sanitária não convencional; 181 possuem instalação sanitária convencional e 196 não têm água canalizada, como mostra o gráfico 3.

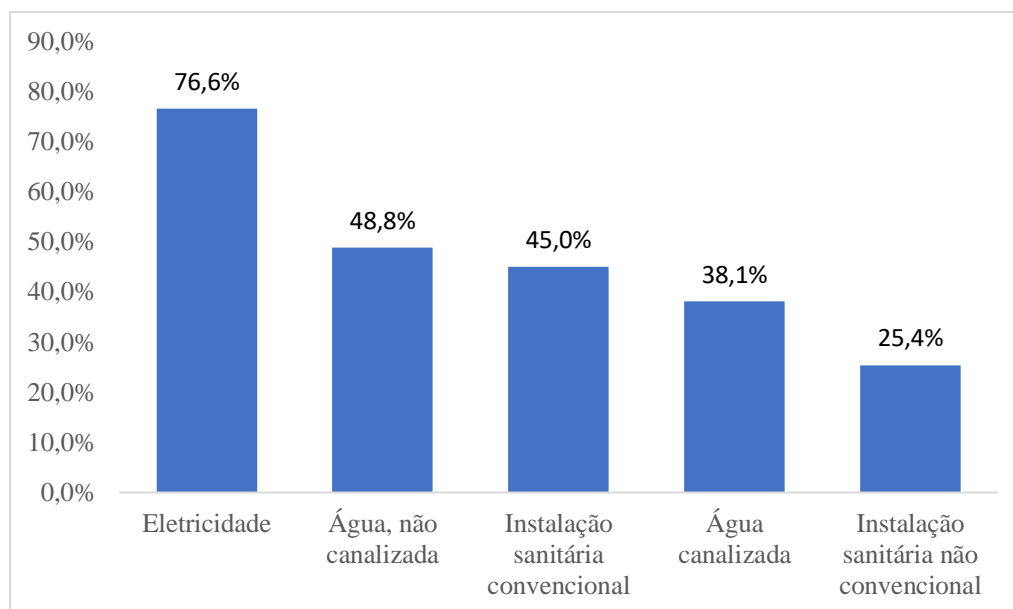


Gráfico 3: Condições da habitação

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito realizado nos Distritos da Beira, Búzi e Dondo, 2020

Quanto ao tipo de material usado nas habitações dos inquiridos, os dados mostram que 70,9 % de pessoas residem em casas construídas com materiais convencionais, isto é, habitações que geralmente possuem paredes de bloco de cimento, revestidos ou maticadas com argila, tijolos e com a cobertura de chapas de zinco e telha. Somente 21,7% dos que responderam a essa questão vivem em casas feitas com materiais não convencionais, como é exemplo daquelas casas com paredes feitas de paus maticados, caniço e cobertura de capim ou palha.

No que concerne a existência de pessoas próximas a quem se pode pedir apoio em caso de necessidade (de primeiros socorros ou para deslocação), mais de metade da população, correspondente a 51,3%, conta com mais de quatro pessoas para obter auxílio. Esse sistema de apoio interpessoal, seja familiar ou extrafamiliar, mostra-se extremamente importante nos casos onde existe necessidade de se deslocar, principalmente em regiões menos servidas por linhas de transportes. Cerca de 31,6 % do grupo esperam obter ajuda

4.1. Acessibilidade geográfica do ponto de vista da população

de 2 a 3 pessoas, e 15,1% contam obter ajuda de 0 a 1 pessoa, conforme ilustra a tabela abaixo.

Tabela 9: Número de pessoas a quem se pode pedir apoio em caso de necessidade (de primeiros socorros ou para deslocação)

	Nº	%
0 – 1 pessoas	62	15,1
2 - 3 pessoas	127	31,6
≥ 4 pessoas	213	51,3
Total	402	100,0

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito realizado nos Distritos da Beira, Búzi e Dondo, 2020

4.1.2. O que utiliza perante uma alteração do estado de saúde?

Da população inquirida, 63,4 % consideram o seu estado de saúde bom. Em caso de se sentirem doentes, 84,8% dos participantes dizem procurar uma unidade de saúde, contra 15,2% que não procuram nenhuma unidade de saúde.

Na questão que versa sobre o local onde geralmente procuram atendimento médico, a maioria das pessoas do grupo assinalam utilizar as unidades de saúde para tal fim. A procura dos hospitais é efetuada por cerca de 40% (39,8%).

Tabela 10: Serviços de saúde utilizados

Unidade saúde	Nº	%
Centro de Saúde	152	37,8
Hospital	160	39,8
Outro	5	1,2
Posto de Saúde	85	21,1
Total	402	100,0

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito realizado nos Distritos da Beira, Búzi e Dondo, 2020

4.1. Acessibilidade geográfica do ponto de vista da população

O tempo de espera no dia da consulta médica é de 1 a 3 horas para 62,2% dos respondentes. Cerca de 30,8 % atestam esperar mais de 4 horas para obter a consulta, o que é considerado uma demora elevada. No mesmo sentido, para terem uma consulta médica agendada, 47,7% dos respondentes afirmam esperar até 7 dias, enquanto 25,4% indicam que ficam entre 8 e 30 dias a aguardar pela data da consulta. Os que dizem aguardar mais do que 30 dias pelo mesmo serviço representam 26,9% do grupo inquirido.

Observa-se uma ligeira diferença entre os que dizem ter acesso a medicamentos gratuitos e os que não os possuem. Os primeiros são 50,5 % (com acesso a medicamento gratuito) e a seguir 49,5% não os possuem. O mesmo se aplica relativamente à facilidade de deslocação até uma unidade de saúde: 220 indivíduos (54,8 %) consideram difícil chegar até ao posto ou ao hospital mais próximo, enquanto 182 respondentes (45,3%) consideram esse acesso fácil.

No que diz respeito à forma como se deslocam até à unidade de saúde, a deslocação a pé corresponde a 60,7% dos que necessitam de atendimento, seguidos de 20,7% que se deslocam usando transporte motorizado.⁷ Somente 18,7% desse grupo indicou usar o transporte público para chegar a uma unidade de saúde próxima, como mostra a tabela 11.

Tabela 11: Meio de transporte usado para chegar às unidades de saúde

Meio de Transporte	Nº	%
Transporte não motorizado	244	60,7
Transporte motorizado	83	20,7
Transporte público	75	18,7
Total	402	100,0

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito realizado nos Distritos da Beira, Búzi e Dondo, 2020

Entre os que responderam sobre o meio de transporte, a maioria da população inquirida não paga para deslocar-se até à unidade de saúde. Esses dois dados reforçam a

⁷ Refere-se a população que se desloca a pé e de bicicleta. Essa junção deve-se ao facto de haver um número residual da população inquirida que se desloca de bicicleta. Este grupo justifica o uso desse meio devido as Más condições das estradas (que tendem a estar em pior estado em períodos chuvosos), o que acaba por fazer esse meio de transporte mais útil e ágil no caso de transporte de doentes.

4.1. Acessibilidade geográfica do ponto de vista da população

hipótese de que a população, na sua maioria, usa meios pedonais para alcançar uma unidade de saúde, segundo os dados da tabela abaixo.

Tabela 12: Valor pago para se deslocar a para unidade de saúde

Valores	N	%
Sem encargos	168	41,8
Menos de 20 Meticais	67	16,6
20-39 Meticais	107	26,7
40 Meticais ou mais	60	14,9
Total	402	100,0

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito realizado nos Distritos da Beira, Búzi e Dondo, 2020

4.1.3. Grau de satisfação em relação às condições de atendimento

O grupo de questões relacionadas com os níveis de satisfação da população com os serviços utilizados demonstram uma insatisfação geral da população em função das condições de atendimento. Todas as questões registam essa tendência, sendo que 83,2% da população avalia que a indisponibilidade de médicos tem um impacto negativo; logo a seguir o desagrado com tempo de espera para fazer exames médicos é manifestado por 79,6% dos respondentes. No entanto, um número relativamente elevado (41,2%) da população diz sentir-se satisfeita sobre o tempo de deslocação entre a residência e a unidade de saúde, como pode ser avaliado na tabela abaixo.

Tabela 13: Nível de satisfação em relação às condições de atendimento dos serviços de saúde

Tempo	Insatisfeito	Satisfeito
Tempo de espera para obter consulta no mesmo dia	68,3%	31,7%
Tempo de espera para obter consulta agendada	76,6%	23,4%
Tempo de espera para fazer exames médicos	79,6%	20,4%
Tempo de espera para receber resultados dos exames	77,1%	22,9%
Tempo de espera para obter medicamentos gratuitos	71,5%	28,5%
Atendimento pelo agente de saúde ao chegar à unidade	71,1%	28,9%

4.1. Acessibilidade geográfica do ponto de vista da população

Disponibilidade de enfermeiros	69,5%	30,5%
Disponibilidade de médicos	83,2%	16,8%
O tempo usado para se deslocar à unidade de saúde	58,8%	41,2%
Com meio de transporte utilizado	67,7%	32,3%
Condições das instalações da unidade de saúde	62,3%	37,7%

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito realizado nos Distritos da Beira, Búzi e Dondo, 2020

4.1.4. Perfil dos utilizadores tendo em conta a área de residência

Tempo de espera para marcação de consulta (no mesmo dia) por distrito de residência

Em relação ao tempo que os utentes esperam no dia da consulta médica, verificou-se que há uma proporção significativamente mais elevada de utentes no distrito da Beira que indicam esperar menos de 1 hora, enquanto no distrito Dondo os utentes aguardam de 1 a 3 horas pelo atendimento, $\chi^2(4) = 15.743$, $p = .003$, conforme mostra a tabela.

Tabela 14: Tempo de espera no dia da consulta por distrito

Tempo		Distrito			Total
		Beira	Búzi	Dondo	
Menos de 1 hora	Freq.	24	2	2	28
	% Distrito	11,2%	4,1%	1,4%	7,0%
1-3 horas	Freq.	121	31	98	250
	% Distrito	56,3%	63,3%	71,0%	62,2%
4 ou mais horas	Freq.	70	16	38	124
	% Distrito	32,6%	32,7%	27,5%	30,8%
Total	Freq.	215	49	138	402
	% Distrito	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito realizado nos Distritos da Beira, Búzi e Dondo, 2020

Tempo de espera para marcação de consulta (agendada) por distrito de residência

Os dados mostram que há uma proporção significativamente mais elevada de utentes no distrito Dondo (61,6%) que esperam até 7 dias para obterem uma consulta agendada, sendo que 40,8% dos utentes residentes no distrito Búzi aguardam entre 8 a 30 dias e 38,6% de utentes da Beira, indicam que, esperam mais de 30 dias, $\chi^2 (4) = 44.458, p = .001$.

Tabela 15: Tempo de espera para marcação da consulta médica (agendada), por distrito

Dias		Distrito			Total
		Beira	Búzi	Dondo	
Até 7 dias	Freq.	79	28	85	192
	% Distrito	36,7%	57,1%	61,6%	47,8%
8 a 30 dias	Freq.	53	20	29	102
	% Distrito	24,7%	40,8%	21,0%	25,4%
> 30 dias	Freq.	83	1	24	108
	% Distrito	38,6%	2,0%	17,4%	26,9%
Total	Freq.	215	49	138	402
	% Distrito	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito realizado nos Distritos da Beira, Búzi e Dondo, 2020

Acesso a medicamentos gratuitos (AMG) por distrito de residência

Observamos que à gratuitidade no acesso aos medicamentos, a proporção mais elevada de utentes que indicam ter acesso aos medicamentos encontra-se no distrito Búzi, conforme se pode ver na tabela.

Tabela 16: Acesso a medicamentos gratuitos (AMG) por Distrito

Resposta		Distrito			Total
		Beira	Búzi	Dondo	
Não	Freq.	96	9	92	197
	% Distrito	44,7%	18,4%	66,7%	49,0%
Sim	Freq.	119	40	46	205

4.1. Acessibilidade geográfica do ponto de vista da população

	% Distrito	55,3%	81,6%	33,3%	51,0%
Total	Freq.	215	49	138	402
	% Distrito	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito realizado nos Distritos da Beira, Búzi e Dondo, 2020

Facilidade para deslocar-se à unidade sanitária por distrito de residência

A apreciação da facilidade de deslocação à unidade sanitária não varia em função do distrito, $\chi^2 (2) = 1.857, p = .395$, como pode ser observado na tabela 17.

Tabela 17: Facilidade para deslocar à unidade sanitária por Distrito

Condição		Distrito			Total
		Beira	Búzi	Dondo	
Difícil	Freq.	113	31	76	220
	% Distrito	52,6%	63,3%	55,1%	54,7%
Fácil	Freq.	102	18	62	182
	% Distrito	47,4%	36,7%	44,9%	45,3%
Total	Freq.	215	49	138	402
	% Distrito	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito realizado nos Distritos da Beira, Búzi e Dondo, 2020

Meio de deslocação entre a residência e os serviços de saúde, por distrito de residência

Os dados estatísticos mostram que há uma proporção significativamente mais elevada de utentes nos distritos de Búzi e Dondo que se deslocam em transporte não motorizado. Por sua vez, no distrito da Beira há uma proporção significativamente mais elevada e de utentes do que se deslocam em transportes motorizados e transporte público.

4.1. Acessibilidade geográfica do ponto de vista da população

Tabela 18: Forma de deslocação aos serviços de saúde, por distrito

Meio de deslocação		Distrito			Total
		Beira	Búzi	Dondo	
Transporte não motorizado	Freq.	94	48	102	244
	% Distrito	43,7%	98,0%	73,9%	60,7%
Transporte motorizado	Freq.	65	1	17	83
	% Distrito	30,2%	2,0%	12,3%	20,6%
Transporte público	Freq.	56	0	19	75
	% Distrito	26,0%	0,0%	13,8%	18,7%
Total	Freq.	215	49	138	402
	% Distrito	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito realizado nos Distritos da Beira, Búzi e Dondo, 2020

Pagamento para o uso de transporte público nas deslocações aos serviços de saúde, por distrito de residência

Os dados analisados evidenciam uma proporção significativamente mais elevada de utentes nos distritos de Búzi (79, 6%) e Dondo (52, 9%) que não pagam nada pelo para se deslocar aos serviços de saúde, enquanto 32, 1% de utentes no distrito da Beira pagam entre 20 e 39 meticais. Entretanto, para os valores gastos acima de 40 meticais, não se regista uma variação significativa, conforme apresentado na tabela

Tabela 19: Pagamento para uso de transporte público, viagens de ida e volta, nas deslocações aos serviços de saúde, por distrito

Valor pago		Distrito			Total
		Beira	Búzi	Dondo	
Sem custos	Freq.	56	39	73	168
	% Distrito	26,0%	79,6%	52,9%	41,8%
Menos de 20 Meticais	Freq.	51	2	14	67
	% Distrito	23,7%	4,1%	10,1%	16,7%
20-39 Meticais	Freq.	69	2	36	107
	% Distrito	32,1%	4,1%	26,1%	26,6%
Mais de 40	Freq.	39	6	15	60
	% Distrito	18,1%	12,2%	10,9%	14,9%
Total	Freq.	215	49	138	402
	% Distrito	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito realizado nos Distritos da Beira, Búzi e Dondo, 2020

4.1.5. Perfil socioeconómico dos utilizadores

Tempo de espera no dia da consulta

Nos dados analisados, verifica-se a existência de uma proporção significativamente mais elevada de utentes com rendimentos superiores a 15 mil meticais, que esperam menos de 1 hora e de utentes com rendimentos até 3mil meticais que esperam de 1 a 3 horas, $\chi^2 (6) = 37.113, p = .001$.

Tabela 20: Tempo de espera no dia da consulta segundo o rendimento da família

Tempo		Rendimentos				Total
		Até 3000	3000 - 8999	9000 - 14999	> 15000	
Menos de 1 hora	Freq	1	7	3	17	28
	% Rendimentos	0,5%	6,1%	17,6%	19,3%	7,0%
1-3 horas	Freq	126	72	9	43	250
	% Rendimentos	68,9%	63,2%	52,9%	48,9%	62,2%
4 ou mais horas	Freq	56	35	5	28	124
	% Rendimentos	30,6%	30,7%	29,4%	31,8%	30,8%
Total	Freq	183	114	17	88	402
	% Rendimentos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito realizado nos Distritos da Beira, Búzi e Dondo, 2020

Tempo de espera para ter uma consulta médica (agendada)

Não existe diferença significativa entre os utentes que auferem um rendimento de até 3.000 e os utentes que ganham mais que 15.000. A relação entre os rendimentos e o tempo que o utente leva para ter uma consulta médica agendada não é estatisticamente significativa.

4.1. Acessibilidade geográfica do ponto de vista da população

Tabela 21: Tempo de espera de consulta agendada segundo o rendimento da família

Tempo		Rendimentos				Total
		Até 3000	3000 - 8999	9000 - 14999	> 15000	
Até 7 dias	Freq	92	59	7	34	192
	% Rendimentos	50,3%	51,8%	41,2%	38,6%	47,8%
8 a 30 dias	Freq	47	23	4	28	102
	% Rendimentos	25,7%	20,2%	23,5%	31,8%	25,4%
> 30 dias	Freq	44	32	6	26	108
	% Rendimentos	24,0%	28,1%	35,3%	29,5%	26,9%
Total	Freq	183	114	17	88	402
	% Rendimentos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito realizado nos Distritos da Beira, Búzi e Dondo, 2020

Acesso a medicamentos gratuitos

Não existe diferença significativa entre os utentes que auferem um rendimento de até 3.000 e os utentes que ganham mais que 15.000 no que se refere ao acesso a medicamentos gratuitos. Essa relação não é estatisticamente significativa, conforme a tabela.

Tabela 22: Acesso a medicamentos gratuitos segundo os rendimentos das famílias

Acesso		Rendimentos				Total
		Até 3000	3000 - 8999	9000 - 14999	> 15000	
Não	Freq	96	53	5	43	197
	% Rendimentos	52,5%	46,5%	29,4%	48,9%	49,0%
Sim	Freq	87	61	12	45	205
	% Rendimentos	47,5%	53,5%	70,6%	51,1%	51,0%
Total	Freq	183	114	17	88	402
	% Rendimentos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito realizado nos Distritos da Beira, Búzi e Dondo, 2020

Autoavaliação da facilidade na deslocação aos serviços de saúde

Identifica-se uma proporção mais elevada de utentes com rendimentos até 3 mil meticais que consideraram difícil a sua deslocação à unidade sanitária e de utentes com rendimentos > 15 mil meticais que consideraram fácil, $\chi^2(3) = 27.697, p = .001$.

Tabela 23: Facilidade de deslocação aos serviços de saúde segundo os rendimentos da família

Facilidade		Rendimentos				Total
		Até 3000	3000 - 8999	9000 - 14999	> 15000	
Difícil	Freq	121	63	7	29	220
	% Rendimentos	66,1%	55,3%	41,2%	33,0%	54,7%
Fácil	Freq	62	51	10	59	182
	% Rendimentos	33,9%	44,7%	58,8%	67,0%	45,3%
Total	Freq	183	114	17	88	402
	% Rendimentos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito realizado nos Distritos da Beira, Búzi e Dondo, 2020

Modo de deslocação à unidade de saúde

No grupo de utentes com rendimentos até 3.000 meticais há uma proporção mais elevada que identifica o uso de transporte não motorizado para deslocamento. No grupo com rendimentos > 15.000 meticais percebe-se o uso de transporte motorizado, seguido de utentes com rendimentos entre 3mil e 8.999 meticais que se deslocam em transporte público, $\chi^2(6) = 153.817, p = .001$.

4.1. Acessibilidade geográfica do ponto de vista da população

Tabela 24: Rendimento da família s versus meio de transporte para se deslocar à unidade sanitária.

Meio de Transporte		Rendimentos				Total
		Até 3000	3000 - 8999	9000 - 14999	> 15000	
Transporte não motorizado	Freq	146	74	8	16	244
	% Rendimentos	79,8%	64,9%	47,1%	18,2%	60,7%
Transporte motorizado	Freq	15	7	5	56	83
	% Rendimentos	8,2%	6,1%	29,4%	63,6%	20,6%
Transporte público	Freq	22	33	4	16	75
	% Rendimentos	12,0%	28,9%	23,5%	18,2%	18,7%
Total	Freq	183	114	17	88	402
	% Rendimentos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito realizado nos Distritos da Beira, Búzi e Dondo, 2020

Pagamento para o uso de transporte público nas deslocações (ida e volta) ao serviço de saúde mais próximos da residência

A relação entre os rendimentos e a quantia paga, usando transporte público, para ir e voltar do serviço de saúde mais próximo da residência não é estatisticamente significativa, $\chi^2 (9) = 14.719$, $p = .099$, sendo os valores mais altos reportados pela população com maior rendimento.

Tabela 25: Pagamento de transporte público nas deslocações (ida e volta) aos serviços de saúde mais próximos segundo os rendimentos das famílias

Intervalo		Rendimentos				Total
		Até 3000	3000 - 8999	9000 - 14999	> 15000	
Nada	Freq	89	44	6	29	168
	% Rendimentos	48,6%	38,6%	35,3%	33,0%	41,8%
Menos de 20 Meticais	Freq	23	18	2	24	67
	% Rendimentos	12,6%	15,8%	11,8%	27,3%	16,7%
20-39 Meticais	Freq	44	32	6	25	107
	% Rendimentos	24,0%	28,1%	35,3%	28,4%	26,6%

4.1. Acessibilidade geográfica do ponto de vista da população

Mais de 40	Freq	27	20	3	10	60
	% Rendimentos	14,8%	17,5%	17,6%	11,4%	14,9%
Total	Freq	183	114	17	88	402
	% Rendimentos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito realizado nos Distritos da Beira, Búzi e Dondo, 2020

4.1.6. Grau de satisfação com os serviços de saúde, por área de residência (distrito)

Satisfação quanto ao atendimento para consulta no mesmo dia

Relativamente ao grau de satisfação da população quanto ao tempo de espera no dia da consulta, tendo em vista os distritos em análise, verificamos que as respostas não variam significativamente nos três distritos considerados $\chi^2 (2) = 2.020, p = .364$. Mais da metade da população manifesta-se insatisfeita, sendo que esse valor é mais elevado no distrito de Búzi, de acordo com a tabela 26.

Tabela 26: Satisfação quanto ao atendimento no dia da consulta.

Condição		Distrito			Total
		Beira	Búzi	Dondo	
Insatisfeito	Freq.	149	36	89	274
	% Distrito	69,3%	75,0%	64,5%	68,3%
Satisfeito	Freq.	66	12	49	127
	% Distrito	30,7%	25,0%	35,5%	31,7%
Total	Freq.	215	48	138	401
	% Distrito	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito realizado nos Distritos da Beira, Búzi e Dondo, 2020

Satisfação quanto ao tempo de espera para obter consulta agendada, por distrito

Considerando o tempo de espera para obter consulta agendada verificamos que há uma proporção significativamente mais elevada de utentes insatisfeitos com o tempo de espera para obter consulta agendada no distrito de Dondo, $\chi^2 (2) = 7.943, p = .019$.

Tabela 27: Satisfação quanto ao tempo de espera para obter consulta agendada.

Condição		Distrito			Total
		Beira	Búzi	Dondo	
Insatisfeito	Freq.	171	42	95	308
	% Distrito	79,5%	85,7%	68,8%	76,6%
Satisfeito	Freq.	44	7	43	94
	% Distrito	20,5%	14,3%	31,2%	23,4%
Total	Freq.	215	49	138	402
	% Distrito	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito realizado nos Distritos da Beira, Búzi e Dondo, 2020

Satisfação quanto ao tempo de espera para fazer exames médicos

Relativamente ao tempo de espera para fazer exames médicos, observamos que há uma proporção significativamente mais elevada de utentes insatisfeitos com o tempo de espera nos distritos da Beira e de Búzi; os utentes satisfeitos concentram-se no distrito do Dondo, $\chi^2 (2) = 16.606, p = .001$.

Tabela 28: Satisfação quanto ao tempo de espera para fazer exames médicos

Grau de satisfação		Distrito			Total
		Beira	Búzi	Dondo	
Insatisfeito	Freq.	180	45	95	320
	% Distrito	83,7%	91,8%	68,8%	79,6%
Satisfeito	Freq.	35	4	43	82
	% Distrito	16,3%	8,2%	31,2%	20,4%
Total	Freq.	215	49	138	402

4.1. Acessibilidade geográfica do ponto de vista da população

	% Distrito	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
--	------------	--------	--------	--------	--------

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito realizado nos Distritos da Beira, Búzi e Dondo, 20

Satisfação quanto ao tempo de espera para receber resultados dos exames, por distrito

O tempo de espera para receber resultados dos exames, conforme apresentado na tabela, não varia significativamente de acordo com o distrito, $\chi^2 (2) = 5.352$, $p = .069$, sendo os valores mais altos observados em Búzi.

Tabela 29: Satisfação quanto ao tempo de espera para receber resultados dos exames

Grau de satisfação		Distrito			Total
		Beira	Búzi	Dondo	
Insatisfeito	Freq.	164	44	102	310
	% Distrito	76,3%	89,8%	73,9%	77,1%
Satisfeito	Freq.	51	5	36	92
	% Distrito	23,7%	10,2%	26,1%	22,9%
Total	Freq.	215	49	138	402
	% Distrito	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito realizado nos Distritos da Beira, Búzi e Dondo, 2020

Satisfação quanto ao tempo de espera para obter medicamentos gratuitos, por distrito

O grau de satisfação e o tempo de espera para obter medicamentos gratuitos não varia significativamente de acordo com o distrito, $\chi^2 (2) = 0.137$, $p = .934$, sendo que a população inquirida respondeu, com valores elevados, estar insatisfeita nas três áreas de estudo.

Tabela 30: Satisfação tempo de espera para obter medicamentos gratuitos

Grau de satisfação		Distrito			Total
		Beira	Búzi	Dondo	
Insatisfeito	Freq.	152	34	98	284
	% Distrito	72,0%	69,4%	71,5%	71,5%

4.1. Acessibilidade geográfica do ponto de vista da população

Satisfeito	Freq.	59	15	39	113
	% Distrito	28,0%	30,6%	28,5%	28,5%
Total	Freq.	211	49	137	397
	% Distrito	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito realizado nos Distritos da Beira, Búzi e Dondo, 2020

Satisfação quanto ao atendimento pelo agente de saúde ao chegar aos serviços de saúde, por distrito

Verificamos que a maior parte dos participantes estava, genericamente, insatisfeito com o atendimento do agente de saúde no dia da realização do ato que o levou à unidade de saúde, como está descrito na tabela 31, e que não há variações significativa de acordo com os distritos analisados, $\chi^2(2) = 4.780$, $p = .092$, embora os respondentes de Búzi revelem maior insatisfação.

Tabela 31: Satisfação quanto ao atendimento pelo agente de saúde ao chegar à unidade.

Grau de satisfação		Distrito			Total
		Beira	Búzi	Dondo	
Insatisfeito	Freq.	159	38	89	286
	% Distrito	74,0%	77,6%	64,5%	71,1%
Satisfeito	Freq.	56	11	49	116
	% Distrito	26,0%	22,4%	35,5%	28,9%
Total	Freq.	215	49	138	402
	% Distrito	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito realizado nos Distritos da Beira, Búzi e Dondo, 2020

Satisfação quanto à disponibilidade de enfermeiros, por distrito

O grau de satisfação com a disponibilidade de enfermeiros é maioritariamente negativo, a maioria dos inqueridos está insatisfeito e não há variação significativa de acordo com o distrito nas respostas $\chi^2(2) = 1.731$, $p = .421$, sendo mais elevado em Búzi.

4.1. Acessibilidade geográfica do ponto de vista da população

Tabela 32: Satisfação quanto à disponibilidade dos enfermeiros

Grau de satisfação		Distrito			Total
		Beira	Búzi	Dondo	
Insatisfeito	Freq.	145	38	95	278
	% Distrito	68,1%	77,6%	68,8%	69,5%
Satisfeito	Freq.	68	11	43	122
	% Distrito	31,9%	22,4%	31,2%	30,5%
Total	Freq.	213	49	138	400
	% Distrito	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito realizado nos Distritos da Beira, Búzi e Dondo, 2020

Satisfação quanto à disponibilidade de médicos, por distrito

O grau de satisfação com a disponibilidade dos médicos é, também na apreciação do médico, negativo; observa-se que os participantes, de forma geral, estão insatisfeitos. Apesar de não haver variações significativas entre os respondentes dos três distritos ($\chi^2(2) = 4.825$, $p = .090$), Búzi, permanece com os valores de insatisfação mais elevados, no Cômputo das áreas em estudo.

Tabela 33: Satisfação quanto à disponibilidade de médicos

Grau de satisfação		Distrito			Total
		Beira	Búzi	Dondo	
Insatisfeito	Freq.	174	46	111	331
	% Distrito	82,5%	93,9%	80,4%	83,2%
Satisfeito	Freq.	37	3	27	67
	% Distrito	17,5%	6,1%	19,6%	16,8%
Total	Freq.	211	49	138	398
	% Distrito	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito realizado nos Distritos da Beira, Búzi e Dondo, 2020

Satisfação quanto ao tempo usado para se deslocar aos serviços de saúde, por distrito

Não se evidenciaram variações significativas de acordo com o distrito quanto ao grau de satisfação no deslocar à unidade de saúde, $\chi^2 (2) = 2.386$, $p = .303$. Entre as unidades territoriais analisadas o distrito de Dondo apresenta maior percentagem de insatisfação, conforme detalhado na tabela.

Tabela 34: Satisfação quanto ao tempo para se deslocar à unidade de saúde.

Grau de satisfação		Distrito			Total
		Beira	Búzi	Dondo	
Insatisfeito	Freq	117	29	88	234
	% Distrito	55,5%	59,2%	63,8%	58,8%
Satisfeito	Freq	94	20	50	164
	% Distrito	44,5%	40,8%	36,2%	41,2%
Total	Freq	211	49	138	398
	% Distrito	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito realizado nos Distritos da Beira, Búzi e Dondo, 2020

Satisfação quanto ao meio de transporte utilizado, por distrito

Em relação à satisfação com o meio de transporte utilizado observa-se que há uma proporção mais elevada de utentes insatisfeitos com o meio de transporte no distrito de Búzi, e satisfeitos no distrito da Beira, $\chi^2 (2) = 9.684$, $p = .008$.

Tabela 35: Satisfação com o meio de transporte utilizado.

Grau de satisfação		Distrito			Total
		Beira	Búzi	Dondo	
Insatisfeito	Freq.	132	40	100	272
	% Distrito	61,4%	81,6%	72,5%	67,7%
Satisfeito	Freq.	83	9	38	130
	% Distrito	38,6%	18,4%	27,5%	32,3%
Total	Freq.	215	49	138	402
	% Distrito	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito realizado nos Distritos da Beira, Búzi e Dondo, 2020

Satisfação quanto às condições das instalações dos serviços de saúde, por distrito

No que diz respeito ao grau de satisfação em relação às condições das instalações da unidade de saúde, verificou-se que há uma proporção significativamente elevada de utentes insatisfeitos no distrito da Beira, e de utentes satisfeitos no distrito de Búzi, $\chi^2 (2) = 9.750$, $p = .008$

Tabela 36: Satisfação quanto às condições das instalações da unidade de saúde

Grau de satisfação		Distrito			Total
		Beira	Búzi	Dondo	
Insatisfeito	Freq.	147	23	80	250
	% Distrito	68,7%	46,9%	58,0%	62,3%
Satisfeito	Freq.	67	26	58	151
	% Distrito	31,3%	53,1%	42,0%	37,7%
Total	Freq.	214	49	138	401
	% Distrito	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito realizado nos Distritos da Beira, Búzi e Dondo, 2020

4.2. A acessibilidade geográfica do ponto de vista dos prestadores

Nesta secção, procedeu-se à análise de conteúdo dos dados recolhidos através das entrevistas efetuadas nos distritos da Beira, Dondo e Búzi, territórios da província de Sofala, tomados como base empírica para a aferição sobre o acesso aos serviços de saúde.

No que se refere a análise/interpretação conteúdo, optamos pelo uso de modelo comportamental de utilização dos serviços, proposto por (Anderson, 1973). A sua conceptualização de acesso a serviços de saúde foca-se no indivíduo como unidade de análise, sendo que a utilização dos serviços pela população dá-se em função de três fatores essenciais: predisposição, necessidade e utilização (Emílio Carrillo et al., 2011). Embora ao longo dos anos, esse modelo tenha vindo a ser revisto, sofrendo evoluções, estes critérios continuam a ser consensuais (Santana, 2014). Trata-se de um modelo que abrange um

amplo leque de determinantes mutáveis e imutáveis, adequados para estudos de acesso aos serviços de saúde (Emilio Carrillo et al., 2011).

Portanto, é um modelo que se alinha com os objetivos das entrevistas semiestruturadas, que visam compreender as barreiras do acesso aos serviços de saúde, tendo em conta as dimensões de acessibilidade geográfica e da acessibilidade socio organizacionais, contribuindo para aprofundar o conhecimento sobre os fatores impedem ou facilitam o acesso aos cuidados de saúde, na área de estudo.

O modelo de Andersen foi basilar nos trabalhos de investigação sobre acessibilidade, conhecendo-se outros autores que seguiram aquele modelo, como (Koce et al., 2019) que, na sua pesquisa qualitativa sobre a Nigéria, procuraram compreender a autoavaliação da saúde naquele país a partir da perspetiva dos utilizadores dos serviços.

Para uma avaliação objetiva e exaustiva do acesso, com vista à sua otimização e promover a equidade, é necessário levar em consideração tanto as categorias de análise quanto os fatores contextuais (condições do ambiente), sociais, organizacionais e financeiros (que influenciam no acesso e na distribuição dos serviços de saúde). Neste sentido, são apresentadas a seguir as categorias temáticas resultantes da análise de conteúdo, tendo sido agrupadas em três dimensões, relativas aos determinantes de acessibilidade, como está indicado na tabela que se segue.

Tabela 37: Agrupamento das categorias/subcategorias temáticas segundo as dimensões de acessibilidade

Categorias Temáticas/ subcategorias		Dimensões de acessibilidade
Questionário variante 1	1. Distância → <i>Distância população à unidade sanitária no meio urbano/Rural</i>	Geográfica
	2. Infra-estruturas/equipamento → <i>Distribuição de infra-estruturas</i>	
	3. Financiamento/Fundo → Orçamento do Estado → Parceiros	Económica

4.2. A acessibilidade geográfica do ponto de vista dos prestadores

Questionário variante 2	4. Sociodemográfico → <i>Densidade Populacional</i>	Sócio organizacional
	5. Recursos humanos → <i>Profissionais de saúde na unidade de atendimento</i> → <i>Rácio: profissionais de saúde por habitante</i>	
	6. Políticas e estratégias de trabalho	
	7. Avaliação e satisfação do acesso	
	8. Qualidade e prestação de serviços	
	1. Distância aos serviços de saúde	Geográfica
	2. Infra-estrutura e Equipamento	
	3. Financiamento (Orçamento do Estado/fundo) → <i>Orçamento para contratação</i>	Económica
	4. Recursos humanos → <i>Rácio: profissionais de saúde por habitante</i>	Sócio-organizacional
	5. Atendimento e logística	
	6. Nível de informação disponível	
	7. Qualidade na prestação de serviços	
	8. Políticas / Estratégias de trabalho	

Fonte: Elaboração própria a partir da análise da literatura Anderson, 1973; Emilio Carrillo et al., 2011; Santana, 2014; Koce et al., 2019).

4.2.1. Dimensão geográfica da acessibilidade

Na dimensão geográfica, a partir dos códigos gerados do material analisado, a maior parte dos participantes, tanto no grupo dos gestores (grupo 1) como no grupo dos profissionais de saúde (médicos/enfermeiros) (grupo 2), convergem no que diz respeito à necessidade de haver melhoria do acesso aos serviços de saúde, em função das futuras localizações de unidades de saúde, em áreas urbanas e rurais, conforme é apresentado na tabela de resposta

em anexo. Percebeu-se um destaque constante sobre a problemática de localização das unidades de saúde, assim como menções em relação a comunidades específicas e ao aumento da cobertura da rede de serviços de saúde.

Quando a questão teve a ver com a distância, a maioria dos entrevistados do grupo 1 (P1_DP; P5_CV) descreveu o problema a partir da dificuldade que a população tem em alcançar os serviços de saúde ou unidades de saúde, constituindo-se como a primeira barreira no acesso, tendo sido referido como um forte impeditivo da utilização dos serviços de saúde em toda província, sobretudo nos distritos rurais e que ficam no interior da região. É nestas áreas que se verifica, sendo os entrevistados uma das mais baixas taxas de cobertura de serviços de saúde, o que obriga a população a percorrer longas distâncias, usualmente em estradas com problemas de transitabilidade, gerando assim, problema para chegar aos serviços, conforme se percebe nestas afirmações:

“Nas zonas urbanas a área do município do Dondo é praticamente 3.9 km, Mafambisse é de 7 km, Savana é de 11 km, essas são as distâncias médias percorridas pelas comunidades até encontrar[em] uma unidade de saúde.”

P2_ SD1.

“Já testemunhei em algumas ocasiões em que as pessoas se deslocam por volta de 20 km.” P5_CV.

Os participantes têm a percepção da consequência de critérios políticos para alocação dos serviços de saúde em Moçambique — que estipula um raio teórico até 5 km no meio urbano e de até 10 km no meio rural para a alocação de uma unidade de saúde. Nesse sentido, há entendimento de que nas zonas urbanas o raio teórico é considerado melhor, pois nessas áreas e nas vilas das sedes dos distritos observa-se uma distância entre 3 km a 5 km (em média). Entretanto, no meio rural estas mesmas médias aumentam (entre 7 km a 10 km), o que provoca caminhadas longas (P1_DP; P6_AM). Três dos participantes consideram a necessidade de rever esses critérios e, como consequência, diminuir o raio teórico: entre o local onde se pretende construir a nova infra-estrutura, ou de uma unidade de saúde em relação a outra mais próxima nas zonas rurais; nesse cenário haverá uma deslocação de ida e volta para a unidade de saúde mais próxima, totalizando, em média, 20 km ou mais, dependendo do distrito, o que foi considerado desadequado.

4.2. A acessibilidade geográfica do ponto de vista dos prestadores

“[deveríamos] Rever a meta da definição que dizem de 10 km, eu penso que podemos diminuir nas zonas rurais, porque a população percorre longas distância mesmo.” P1_DP.

Nos distritos em que não há unidades de saúde de nível secundário, a questão da distância é ainda mais preocupante: a população é direcionada para outra área de influência para obter serviços de cirurgias e/ou tratamentos para patologias mais graves. Essa situação faz com que essa população tenha de percorrer grandes distâncias, o que aliada à não existência de meios de transportes públicos e ambulâncias em unidade de saúde primário, levam a casos de óbitos de utentes que poderiam ser evitados.

“[é preciso] Reduzir as distâncias que a população percorre para ter cuidados de saúde; [nos] distritos onde não temos hospital, quando há referências cirúrgicas a população é referida em outros sítios e fica distante e mais gastos adicionais.” P1_DP.

Em relação às infra-estruturas e aos equipamentos hospitalares, quando foi colocada o tema relativo às infra-estruturas e equipamentos, verificou-se existir consenso quanto aos pontos de vista dos entrevistados sobre a menor quantidade de unidades de saúde na província de Sofala, quando comparado com o necessário. A distribuição desigual dos serviços de saúde, em geral e principalmente dos serviços de nível secundário, constitui-se como uma das principais barreiras no acesso aos serviços e na prestação de cuidados de saúde de qualidade, não respondendo adequadamente às necessidades da população. Alguns referem que há maior concentração de serviços de saúde nas áreas municipais, sedes dos postos administrativos — onde se concentram outros serviços, como os de educação, ou equipamentos (de diagnóstico) e infra-estruturas como as de distribuição da água e as estradas principais. Ou seja, nas unidades de saúde localizadas nas áreas mais distantes raramente existem serviços básicas (e.g. água, luz, latrinas), equipamentos para diagnósticos e viaturas (ambulâncias), sendo áreas mal servidas por redes de estradas, simultaneamente.

“[a] Cobertura é péssima em distritos rurais em relação aos distritos urbanos, há falta de tudo até água, energia, etc.” P5_CV.

“Na cidade do Dondo há 9 unidades de saúde, Mafambisse 4, Savane 4 unidades de saúde.” P2_SD1.

4.2. A acessibilidade geográfica do ponto de vista dos prestadores

A ênfase dada à expansão aos serviços de saúde não se limitou às instalações necessárias, outros aspetos são constantemente mencionados, como a melhoria da estrutura do edificado, principalmente nos cuidados do nível primário, com o objetivo de criar espaços para acomodar os utentes com um pouco de conforto e também para proporcionar o funcionamento de um pequeno laboratório.

“Em Sofala as unidades de saúde são pequenas e a procura é tanta. Há necessidade de espaço e serviços.” P6_ AM.

A falta de meios de transporte (ambulâncias) é um forte obstáculo no acesso rápida em caso de urgência/emergência, tendo sido referido por vários entrevistados, que consideraram que a quantidade da oferta não responde às necessidades de assistências emergenciais, porque a procura é muito elevada. Essa barreira é observada sobretudo em unidades de saúde localizadas em áreas remotas, onde a taxa de cobertura é muito baixa. Quando se verifica a necessidade do transporte dos utentes (da sua residência até ao centro de saúde ou hospital), a única alternativa é apelar pelo apoio que, eventualmente, possa ser dado pelas organizações não governamentais que atuam em algumas das áreas em questão. Essas prestam apoio, quer seja no transporte de funcionários quer seja nas transferências de utentes com necessidades específicas.

“Exemplo, pode-se ter conhecimento que há surto de doença numa dada localidade, porém não se faz nada pois há falta de transporte para alocar os funcionários de saúde para realizar suas intervenções. Somente dependem das ajudas dos parceiros como UNICEF, CV, [e] CUAM.” P5_ CV.

“Temos um projeto de transferência de paciente, sobretudo mulheres grávidas e crianças do Centro de Saúde para o Hospital na cidade da Beira, porque o sistema de transporte é muito deficiente, [ou] não há ambulâncias ou não estão sempre disponíveis; então estamos a apoiar as transferências, este focalizado na cidade da Beira.” P6_ AM.

Outros aspetos identificados pelos entrevistados, relativamente à dificuldade de acesso à saúde (através da prestação de atos médicos) é a falta de equipamentos de diagnóstico (e.g., análises clínicas: material para a recolha e armazenamento de sangue), camas de observação, biombos (para garantir a privacidade e isolamento dos doentes),

outros equipamento de proteção individual (e.g., luvas, máscaras), assim como outros elementos básicos que estão associados à qualidade da prestação dos serviços de saúde.

No grupo dos médicos e enfermeiros (Grupo 2), alguns participantes (P1; P2), consideram a acessibilidade geográfica (distância-tempo-custo) como um dos aspetos que determinam o acesso aos serviços de saúde, considerando que a dificuldade para vencer a distância (dificuldades associadas a aspetos económicas ou de existência de vias e transporte) contribui, grandemente, para perdas de vidas humanas, bem como para a desistência ou fraca adesão ao tratamento e aos controlos de doenças crónicas.

“Muita gente morre antes de chegar no meio hospitalar.” P1.

“[há uma] Fraca adesão da população que vive a mais de 10 km da unidade de saúde.” P2.

Adicionalmente, outros participantes (P6; P7) referem que a baixa cobertura dos serviços, a falta de equipamentos hospitalares e de cuidados de saúde primários e de médicos, influenciam o acesso e a prestação dos serviços aos utentes

4.2.2. Dimensão económica dos serviços de saúde

A falta de fundos é um dos fatores apontados por todos os entrevistados, em ambos os grupos, constituindo-se como o ponto de partida para outros obstáculos que atrapalham o bom funcionamento de um sistema de saúde. Na província de Sofala, como em todo o país, o financiamento é feito através de um modelo misto (Orçamento do Estado, ProSaúde e ajudas externas). Os fundos são descentralizados do Ministério para as províncias e, em cascata, do governo da província para o governo do distrito, que tem a responsabilidade de alocar o orçamento aos diversos serviços que estão na sua área de administração (P1_DP; P2_SD1; P3_DS2).

Alguns participantes são da opinião que o orçamento do Estado é escasso, e essa limitação tem dificultado o processo de planificação e execução das várias iniciativas programáticas (rubricas), inviabilizando o cumprimento de metas definidas pela OMS, no que respeita às taxas de cobertura, recursos humanos, dentre outros.

“Melhorar orçamento para alocar mais funcionários, por exemplo, há muitos quadros formados, porém não há fundos para contratar ou [para o] pagamento dos salários.” P4_VM.

Sobre o modelo usado na atribuição dos fundos, os participantes do Grupo 1 entendem que o modelo de atribuição e distribuição do orçamento central para o governo do distrito deveria ser descentralizado. Segundo alguns respondentes (P1_Dp; P2_SD1; P3_SD2), o atual modelo não facilita a diminuição das desigualdades regionais: a alocação do orçamento não tem em conta as especificidades de cada localidade. Este aspeto condiciona os encargos dos serviços distritais ou de uma unidade prestadora de cuidados de saúde, o que dificulta a efetivação de rubricas necessária para um bom funcionamento e prestação dos serviços, de acordo com as necessidades sentidas pela população ou identificadas pelos profissionais de saúde, conforme se pode ler:

“Penso [que] deveria se rever a questão de como é atribuído o orçamento do Estado! Quando atribuem o orçamento não olham para o hospital [que também é] instituição de formação e para o número de unidades de saúde que está lá, então há vezes em que, numa rubrica, o orçamento de [distrito] Nhamatanda que é atribuído ao serviço distrital de Saúde da Mulher e Ação Social é igual a um outro, como por exemplo ao dos serviços distritais de infra-estrutura, que não tem mais que o serviço distrital de Saúde da Mulher e Ação Social; [na] minha opinião, [n]a alocação do orçamento do Estado tinha que haver alguns critérios básicos ao nível dos distritos, porque há distrito que passam todo ano sem ter [recursos].” P1_DP.

Outros participantes enfatizam a dificuldade em diminuir as desigualdades regionais, pois o governo não direciona recursos conforme as complexidades e necessidades vivenciadas em cada região, ocasionando variações e benefícios concentrados em alguns locais.

“Por exemplo, [os] distritos de Machanga e Maringue são como se fossem distritos esquecidos. Ultimamente há mais atenção para distritos da Beira, Dondo, Búzi, Nhamatanda, devidos ao ciclone IDAI, pois a maioria dos apoios são canalizados para esses distritos em detrimento de outros; portanto, há intervenção de acordo com eventos pontuais.” P5_CV.

Dois entrevistados consideram que, para alterar as condições que estão na base das desigualdades regionais no acesso aos serviços de saúde, deveria haver um esforço conjugado entre o financiamento com origem no Orçamento do Estado e o proveniente dos

fundos de apoio dos parceiros. Sobre essa disponibilização de ajuda (ProSaúde e ajudas externas) os participantes do Grupo 1, exaltam a existência desses fundos para contornar o deficit do orçamento. É a partir dessa base financeira que o governo consegue prover os serviços, a expansão de rede de serviços de saúde, a manutenção de equipamentos e a formação/capacitação de pessoal.

“As rubricas de formação e capacitação são da responsabilidade dos parceiros, o orçamento do Estado não cobre.” (P1_DP).

Em relação às infra-estruturas e equipamentos, há consenso entre os entrevistados sobre a carência de meios circulantes (ambulâncias). Este problema está concentrado nos distritos rurais, onde fortes carências – há somente uma ambulância para fazer face as necessidades dos distritos; é agravado na transferência de mulheres grávidas, e outros utentes com patologias que necessitem de transferência para unidades hospitalares de referência. Os entrevistados descrevem ajudas efetuadas pelos parceiros:

“Exemplo, pode-se ter conhecimento que há surto de doença numa dada localidade, porém não se faz nada pois há falta de transporte para alocar os funcionários de saúde para realizar suas intervenções. Somente dependem das ajudas dos parceiros como UNICEF, CV [e] CUAM.” P5_CV.

Outros apoios pontuais são garantidos por algumas ONGs dentro das suas áreas de atuação:

“Para as infra-estruturas, apoiamos na área pequenas reabilitações e manutenção de redes mosquiteiras; se falta a iluminação, [ou se] para rastreio de colo uterino não tem seu material, [ou] privacidade de transferência de utentes.” P6_AM.

É nítida a sensibilidade sobre as limitações do orçamento, que acaba por impor a não contratação de recursos humanos (médicos, enfermeiros e outros), de acordo com o número de utentes e as necessidades dessa população. Como resultado, foram identificados deficit nos rácios de médicos, enfermeiros e técnicos por utente. A forma então existente para minimizar esta realidade é através do apoio dos parceiros, no âmbito dos programas de cooperação (com metas estabelecidas), que incluem, por exemplo, efetuar o recrutamento de funcionários. Nesse sentido, tem havido apoio à contratação de pessoal,

conforme a política da parceria com a Pró-saúde 3 — recrutamento de médicos cirurgiões, não licenciados em cirurgia ou anestesia — com um contrato de 1 ano (P1_PD); outros técnicos são contratados por outros parceiros, para um período entre 1 e 2 anos, até que estejam reunidas as condições para que possam ser contratados pelo Estado (P3_SD2).

As fragilidades orçamentais do governo são entendidas amplamente pelos respondentes, referindo que alguns parceiros selecionam áreas prioritárias, principalmente aquelas em que o governo não consegue dar resposta. Para que as respostas dos parceiros possam responder de forma adequada às necessidades da população, apoiando as áreas onde o governo tem fragilidades, foi indicado pelos entrevistados ser necessário melhorar a apresentação dos planos, tornando-os mais claros no que diz respeito às atividades dos doadores, como se pode ler na citação:

“Tem acontecido a falta de planos claro das atividades, aconteceu por exemplo para as doenças não transitáveis, o plano nunca foi aprovado; não ouve no caso de HIV, o plano é mais claro, porque temos [uma] prevalência [que] é alta, e então o governo aceitou tudo o que os parceiros dão.” P6_AM.

No Grupo 2, quando questionado sobre esse aspeto, alguns dos entrevistados expressam opinião de que os recursos financeiros devem ser alocados diretamente aos serviços de saúde, com o objetivo de que as decisões possam ser tomadas localmente, quer seja no que diz respeito à distribuição de mais recursos humanos através de mobilização ou abertura de concursos quer seja na aquisição de equipamentos hospitalares e de proteção individual. A gestão descentralizada dos fundos poderia alavancar a expansão dos serviços e melhorar o acesso aos cuidados de saúde, a interação setorial, sobretudo nas regiões mais desfavorecidas, potenciando o desenvolvimento económico, as vias de acesso, as infra-estruturas de saúde e os meios de transporte.

Finalmente, para alguns dos entrevistados (P6; P7) a falta de investimento na melhoria das infra-estruturas e equipamentos médicos influencia as condições de trabalho do pessoal, e aumenta as desigualdades na prestação de serviços às populações, sendo um elemento-chave que deve ser levado em consideração quando se discute acesso aos serviços de saúde.

4.2.3. Dimensão sócio organizacional

Em diálogo com as questões já apontadas, os fatores sociodemográficos são referenciados por muitos participantes. A densidade populacional, por exemplo, é apontada por entrevistados do Grupo 1 como um critério que merece uma revisão, quando tomada como base para a alocação dos serviços de saúde. Segundo a sua opinião, este facto influencia a acessibilidade aos cuidados de saúde. Entendem que, principalmente, é fora das áreas rurais e nas zonas próximas da sede dos distritos (localizadas ao longo das estradas nacionais que fazem ligação com as outras províncias), que está concentrada a maior parte da população e, conseqüentemente, a falta de capacidade de atendimento. Entretanto, as unidades existentes nessas regiões necessitam de mais espaço físico, maiores e melhores infra-estruturas para o normal funcionamento de serviços, possibilitando, dessa forma, ampliar o pacote dos serviços e recursos humanos.

“Há zonas que há maior densidade populacional, o centro de saúde tem maior procura, esses precisam mais de apoio em termo de recursos humanos (pessoal médico enfermeiros e outros técnicos) e outros equipamentos para prestar bons atendimentos de serviços de qualidade, criar melhor ambiente de conforto e atendimento dos utentes.” P5_CV.

Entretanto, um dos entrevistados (P1_DP) foi mais cauteloso, ao enfatizar a necessidade de ser dada atenção no uso da densidade populacional como critério para alocação; segundo ele, o mal-uso desse critério poderia resultar na identificação da necessidade de existência de serviços em regiões onde a população tem a tendência de migrar/imigrar para outras zonas, como aquela motivada pela procura de solos férteis para prática de agricultura, por exemplo.

“Podemos instalar uma unidade de saúde num local menos povoado, [mas] a infra-estrutura não será utilizada.” P1_DP.

Essa evidência também é clara no Grupo 2, onde alguns entrevistados enfatizam a necessidade de visão conjunta entre o fator da densidade e da dispersão populacional, aliada à fragilidade das políticas de identificação de necessidades de infra-estruturas de saúde. O que referem é que deve ser considerado o número crescente da procura por parte da população mal servida por serviços de proximidade. Esse aspeto tem impactos nas taxas de

desistência na procura de assistência nos serviços de saúde, com consequências no uso de tratamentos tradicionais baseados nas culturas locais:

“Preferência de uso de [tratamentos] médicos tradicionais pela distância ao centro de saúde.” P2.

Seguindo este mesmo pensamento, outro entrevistado (P1_DP) propõe que o orçamento descentralizado seja vocacionado para beneficiar algumas unidades de saúde do Nível 1, que estão nas sedes distritais, pois elas têm capacidade administrativa. Porém para as unidades do tipo 2, que estão no interior, sem pessoal administrativo com capacidade de gestão, o investimento deveria ser dirigido a estratégias de incentivos, baseados em desempenho dos funcionários, segundo narrativa de uma experiência vivenciada:

“Houve uma experiência com alguns parceiros que davam incentivos baseados em desempenho: os profissionais trabalhavam, melhoravam e recebiam dinheiro, desse dinheiro uma parte ia para benefícios dos funcionários daquela unidade de saúde, outra parte servia para eles suprirem deficit da unidade de saúde.” P1_DP.

Há uma opinião consensual sobre a falta de pessoal nos serviços de saúde, em todos os níveis, embora haja instituições para a formação e treino em várias áreas. Essa situação, de acordo com a opinião dos entrevistados dos dois grupos, deve-se principalmente à escassez orçamental, necessária para à contratação de médicos, enfermeiros e outros profissionais, necessária para dar resposta à grande procura. Mais uma vez o orçamento é colocado no centro do debate.

Novamente, quando os recursos humanos estão a serem discutidos, os entrevistados são unânimes sobre a estratégia do aumento da contratação de médicos e técnicos para os centros de saúde nas áreas urbanas e, principalmente, nas áreas rurais. Os funcionários que estão nessas áreas estão sobrecarregados com atividades que usualmente não são contabilizadas no volume de trabalho destinado a esses funcionários, como é referido:

“Rever o volume de atividade, o profissional acaba estando muito ocupado nessas outras atividades que se desenvolvem nos serviços de saúde e não entram na contabilização do volume do trabalho alocado a esse funcionário.” P1_DP.

Como já foi observado, os rácios estão muito longe do que é recomendado pela OMS, como é constantemente lembrado:

“Por exemplo, distrito de Dondo tem 10 médicos para 19.000 utentes, para cada médico, e 4 técnicos, e cada técnico para 13.831. Portanto não conseguimos atingir as recomendações da OMS.” P2_SD1

“O problema é pessoal, precisam de pessoal, dependendo das unidades de saúde.”. P6_AM.

Entretanto, alguns dos intervenientes do Grupo 1, acrescentam que é a gestão dos recursos humanos e o desconhecimento das condições existentes nos serviços de saúde que realmente influencia a desigualdade na afetação dos recursos humanos. Ou seja, não havendo um levantamento dos serviços que são prestados e dos equipamentos e dos recursos humanos afetos, bem como da população potencialmente utilizadora, estarão criadas as condições para se perpetuarem as iniquidades no acesso aos serviços de saúde: serviços de saúde sem recursos humanos e o oposto (serviços com médicos especialistas, mas sem equipamento ou outras condições para a afetiva prestação de cuidados médicos)

“A gestão de recursos humanos, principalmente por parte administrativa, não faz uma análise crítica, que começa a partir do distrito. Há necessidade de descentralização, por falta de capacidade; [por] exemplo, já aconteceram casos em que colocaram pessoal de radiologias em unidades de saúde que não tinham equipamento, isso parte da gestão da província.” P6_AM.

Em relação ao Grupo 2, alguns entrevistados são de opinião semelhante ao Grupo 1, identificando a problemática da falta de recursos humanos e, conseqüentemente, o valor baixo do rácio de médicos/utentes na província.

Dentro da dimensão das estratégias para melhorar as condições do local de trabalho, os entrevistados do Grupo 1, convergem em vários pontos. A questão central é relativa à necessidade de desenhar políticas, ações e medidas que, após a sua implementação, possam vir a reverter a desigualdade de acesso e prestação de serviços.

Por exemplo, no âmbito da taxa de cobertura dos serviços na província de Sofala, muitas unidades prestadoras oferecem serviços básicos curativos. O que foi considerado como estratégico por três entrevistados do Grupo 1 é a capacidade de requalificação das infra-estruturas. Identificam, ainda, o incremento nas taxas de cobertura dos serviços, tendo

por base a população potencialmente utilizadora (considerando o défice da prestação de serviços, e a falta médicos/enfermeiros nas regiões mal assistidas), com o objetivo de diminuir as distâncias entre os serviços e a população.

“Dado a população, nós temos que passar [mudar] aquela unidade de saúde de um centro de saúde do tipo 2, sem internamento, para uma um centro de saúde do tipo 1, com internamento, [e] plano; e temos posto de saúde que não tem maternidade e nós temos que passar para centro de saúde tipo 2, com uma maternidade.” P1_DP.

Entretanto, justificam que devido à falta de financiamento a estratégia acima identificada não tem sido cumprida na sua totalidade. Conforme um dos entrevistados revela, os apoios prestados pelos parceiros podem também falhar, sendo que as unidades podem ficar privadas desses auxílios; a causa principal é a ausência da apresentação de estudos e planos de intervenção, que sejam claros quanto aos seus objetivos e respetivas metas, bem como quanto às atividades a serem desenvolvidas para atingir, principalmente as doenças não transmissíveis.

“Tem acontecido a falta de planos claros das atividades; aconteceu, por exemplo, para as doenças não transmissíveis, o plano nunca foi aprovado, então todo aquele apoio que era bem-vindo, não ouve.” P6_AM.

Os participantes nas entrevistas afirmaram, comumente, a importância da retenção de recursos humanos em áreas de difícil acesso ou distantes das principais cidades, apoiada em incentivos, como as condições do edificado e das infra-estruturas, do equipamento de diagnósticos e residências para os funcionários. Um dos entrevistados considerou útil a conjugação de políticas de alocação de recursos humanos e a planificação dos edifícios onde serão oferecidos os cuidados de saúde; o tamanho dos espaços é central para uma contínua expansão das infra-estruturas. Essa maior capacidade física é uma condição essencial para a acomodação de mais serviços (no futuro) que possam responder, com dignidade e conforto, os utilizadores.

“Centros de saúde cresceram no leque de atividades, [e também] a população nessas áreas onde há esses serviços, mas não se tomou em conta capacidade do centro de saúde, por exemplo, o centro de saúde de Tica [cidade a 80 km da cidade da Beira] é uma ‘coisinha’.” P6_AM.

4.2. A acessibilidade geográfica do ponto de vista dos prestadores

Ainda sobre os recursos humanos os entrevistados reiteram a necessidade de rever e melhorar as políticas de retenção de mais pessoal, através de melhoria de condições de trabalho, do incremento nos salários, na melhoria das condições de habitação e do equipamento de proteção individual. Entre entrevistados é consensual que, se não for desenhada e seguida uma política de retenção de recursos humanos, não será possível promover a equidade no acesso aos serviços de saúde, pois os rácios de médicos/utente e enfermeiro/utente, estão longe daquilo que são as orientações da OMS.

“Um técnico que atenda 100 pacientes num dia, então a qualidade dos serviços deixa a desejar.” P3_DS2.

Todos indivíduos do Grupo 1, propõem cada vez mais adaptação e maximização da estratégia de trabalho através do uso de brigadas móveis e APEs (P1_DP... P6_AM). O objetivo é claro: garantir a assistência na prestação dos primeiros socorros, no planeamento familiar, nas atividades de promoção de saúde e na educação para a saúde das populações (literacia em saúde), principalmente dirigida aos que residem em áreas de difícil acesso, com maior crescimento populacional e com taxa de cobertura de serviços de saúde reduzida ou nula, atendendo ao estipulado pelo raio teórico. Os entrevistados, apontam ainda, a necessidade de políticas intersectoriais com vista à manutenção periódica dos edifícios, dos equipamentos e das vias de acesso, bem como à massificação da formação de elementos comunitários (para maximizar no uso de APEs).

“[há] Fraca intervenção das brigadas móveis em locais mais recônditos devido as más condições de estradas, principalmente em tempos chuvosos.” P2_SD1.

Ao mesmo tempo os respondentes insistiram no imperativo de uma revisão do volume de atividade, ou das chamadas unidade de atendimento, assim como o sistema de transferência dos doentes, que é considerado não funcional, principalmente das áreas rurais.

“O sistema de transferência funciona muito mal.” P6_AM.

Alguns discursos também colocam ênfase na qualidade de serviços prestados pelos funcionários, que muitas vezes é comprometida pela ausência de condições básicas dentro das unidades de saúde.

4.2. A acessibilidade geográfica do ponto de vista dos prestadores

“[Não há] Disponibilidade de água e energia; [ou de] distribuição de comida para os doentes.” P3_SD2.

Quanto à política para reverter o quadro relativo à falta de recursos humanos, todos entrevistados insistem no redireccionamento de mais recursos financeiros para a contratação de mais colaboradores: a questão do orçamento é uma constante nas propostas descritas pelos participantes nas entrevistas.

A prestação de serviços de qualidade pressupõe a satisfação dos indivíduos que compõem os três domínios, já acima descritos. Os entrevistados olham para essa situação como uma das que deve merecer atenção dos órgãos decisórios de políticas públicas, tendo em vista a disponibilização de serviços e infra-estruturas adequados à população.

Quando se coloca a questão do cumprimento de metas de taxa de cobertura e de qualidade de serviços na Província de Sofala, levando em conta as recomendações das OMS, os entrevistados são unânimes nas respostas: indicam que as metas que têm sido cumpridas são as que se referem aos serviços de vacinação, pois há envolvimento de mais técnicos certificados pelos provedores contratados pelo governo e parceiros. Entretanto, para os restantes dos serviços e especialidades, essas metas não são cumpridas. Embora refiram que as atividades desenvolvidas nos serviços de saúde tentam responder (em quantidade) à procura, a qualidade inerente a esses serviços está ausente ou não adequada, agravada nas áreas rurais e periféricas, conforme o entrevistado:

“Não é possível cumprir metas com qualidade de serviços desejados; temos umas enfermeiras a fazer consultas de pré-natal, [a] mais de 50 mulheres num dia aqui na cidade do Dondo (Hospital Rural de Dondo); mas lá na periferia, somente essa única enfermeira atende para além das 50 consultas pré-natal, a mesma atende em consultas de serviços infantis, atendimentos clínicos gerais, [e] partos.” P3_SD2.

Ainda no que se refere as infra-estruturas básicas, como energia, água, quites de proteção individual, e falta privacidade do utente, a opinião geral é de que este cenário compromete a qualidade da prestação, pois:

“Se os parceiros não prestam esse apoio [então] não se pode prestar serviços com qualidade mínima, [pois] não há privacidade, [nós] alocamos biombos que deveriam ser [disponibilizados pelo] governo.” P6_AM.

4.2. A acessibilidade geográfica do ponto de vista dos prestadores

Embora tenham sido indicadas pelos entrevistados melhorias na prestação de serviços de qualidade e na expansão de rede de serviços de saúde nos últimos anos, com consequências na diminuição das desigualdades, na realidade ainda há grande necessidade de melhorar. De modo geral, identificam, como alavancas para a continuação do processo de melhoria da qualidade, a descentralização dos fundos, a redistribuição de recursos e a melhoria de gestão dos financiamentos (P4_VM; P5_CV).

Ao mesmo tempo, muitos participantes nas entrevistas entendem que a melhoria da qualidade da prestação dos serviços se fica a dever às contribuições dadas por parceiros. São eles que auxiliam na efetivação de serviços nas diferentes unidades de saúde, desde a contratação de recursos humanos, efetivação de funcionamento de serviços, erradicação de doenças e projetos de vacinação, bem como apoios na requalificação das unidades de saúde (P2_SD1; P3_SD2; P4_VM; P6_AM).

“Sim, as ONGs contribuem através de programas de erradicação das doenças, tais como HIV, malária, tuberculose, cólera, bem como a prestação de serviços materno infantil, programas de sensibilização, de vacinação, [e] reabilitação de infra-estruturas.” P4_VM.

“[ONGs auxiliam nas] Reabilitações e manutenção de redes mosquiteiras, se falta a iluminação, [no] rastreio de colo uterino [quando] não tem seu material, na privacidade.” P6_AM.

Em áreas de difícil acesso ou com baixa cobertura, a qualidade dos serviços é agravada devido às características físicas do terreno (e.g., morfologia, hidrografia), o que dificulta a intervenção das brigadas móveis, principalmente em tempos de chuvoso, em que as vias ficam em muito mau estado, dificultando a circulação e o respetivo acesso aos serviços de saúde. Porém, alguns apontam outros aspetos, como (i) a falta de comunicação entre o profissional de saúde e o utente, o que compromete o uso correto do tratamento, (ii) deficit na divulgação da informação sobre direitos e deveres no que respeita ao acesso (iii) as barreiras da língua.

“Mau tratamento no primeiro contacto, barreira de línguas.” P5_CV.

Para algumas intervenções do grupo 2 a falta de infra-estruturas e equipamentos de saúde nos níveis primário e secundário estão na base das desigualdades no atendimento, alertando para baixa qualidade dos serviços e a maior taxa de mortalidade. Foi dada ênfase

à necessidade de recursos humanos, como já tinham destacados em outros momentos da entrevista. Por outro lado, indicam ser importante implementar políticas de valorização dos recursos humanos, e encorajar os futuros médicos e técnicos a trabalharem nas zonas rurais, tanto pelos incentivos financeiros (oferta de melhores salários), como pelas condições de trabalho mais atrativas, reconhecimento e valorização. Essas políticas permitiriam uma melhor redistribuição dos profissionais, principalmente proporcionando oferta em áreas mais afastadas dos centros urbanos e com maiores necessidades de serviços. No mesmo sentido, foram identificadas outras: de infra-estruturas, de hospitais, de equipamentos e de medicamentos (P3; P6).

“[É necessário] Auxílio no pagamento de salários para pessoal de saúde”
(P2)

A cobertura dos serviços de saúde foi um dos aspetos que quase todos participantes do Grupo 1 consideraram. Tendo em conta as condições do contexto socioeconómico do país, consideram que a taxa de cobertura é razoável, embora haja menos orçamento do estado que o necessário e, por isso, todos os apoios vindos dos parceiros são positivos. Contudo, um dos entrevistados considerou que há boa e má cobertura, em função da localização geográfica:

“Boa ou má, dependendo das áreas, dependendo da localização geográfica, [dependendo das] vias de acesso, [dependendo dos] tipos de serviços prestado pode ser mau.” P6_ AM.

Quanto ao desempenho dos serviços de saúde, no Grupo 1 dois dos participantes consideram um bom desempenho, três deles consideram razoável e um considera que o desempenho é mau:

“Mau, pessoas que preferem uma unidade de saúde em relação a outra, devido ao tratamento que são prestados pelos funcionários.” P5_ CV.

Em relação a distribuição de pessoal (médicos, enfermeiros, técnicos) os participantes do Grupo 1 a considera razoável, entretanto dois desses consideram haver má alocação dos recursos humanos. No que diz respeito a alocação de unidades de saúde (distância e meios de transporte), todos os participantes avaliaram negativamente. Para o Grupo 2, na que respeita à questão de atendimento e outros aspetos logísticos, mais de

metade dos entrevistados considerou razoável; dois tem opiniões contrárias, sendo que um considera bom e outro mau. Quanto ao nível de informação prestado aos utilizadores, três dos participantes consideram que o nível de informação disponível nas unidades de saúde é bom, enquanto outros três consideram razoável e somente um consideram mau.

4.3. Modelos de acessibilidade geográfica em ambiente SIG

Em Moçambique a expansão e a prestação de serviços básicos de saúde do sector público são limitados. Como já sublinhámos anteriormente, as crescentes preocupações relativas às desigualdades geográficas e sociais no acesso ao sistema de saúde (Garrido, 2020) têm colocado na agenda política a necessidade de melhorar a expansão da rede de serviços de saúde e a qualidade da prestação de serviços. De facto, estudos apontam que cerca de 30% da população não tem possibilidade de aceder a qualquer tipo de serviços, pois, os serviços de saúde existentes não conseguem dar resposta às necessidades da população, devido aos número limitado de hospitais e unidades de saúde, à falta de pessoal (médicos, enfermeiros e outros técnicos) e de laboratórios, ao seu funcionamento deficiente e à falta de camas, de equipamentos médicos e cirúrgicos e de medicamentos (Ministério de Saúde, 2012).

Para o caso da área de estudo (Distritos da Beira, Búzi e Dondo), existe pelo menos uma ou duas unidades em cada localidade ao nível da província. Persistem, no entanto, áreas de baixa coberturas de unidades de saúde face ao crescimento da população. Nas zonas rurais ou em áreas menos desenvolvidas, grande parte da população enfrenta uma dificuldade de acesso geográfico aos serviços. É obrigada a percorrer longas distâncias para aceder aos cuidados de saúde, particularmente para chegar aos serviços especializados que estão disponíveis apenas em cidades (Kumar, 2004; Xia et al., 2019). Do mesmo modo, pode ler-se no relatório do Mecanismo de Revisão Periódica Universal da ONU, que o acesso da população aos serviços de saúde é insuficiente: 36% da população para ter (Kumar, 2004) acesso necessita de caminhar a pé cerca de 45 minutos. Para efeitos de comparação, em Portugal a Direção Geral do Ordenamento do Território e Desenvolvimento Urbano DGOTDU estipula que uma viagem a pé não deve demorar mais de 15 minutos, enquanto uma viagem feita com transportes públicos não deve ser superior a 20 minutos, para chegar às unidades de cuidados de saúde primários, e não deve ser superior a 45 minutos para atingir um hospital com serviço de urgência (Costa et al., 2014).

O objetivo, há já mais de uma década, era o de alcançar a cobertura universal, aumentando progressivamente a proporção de população com acesso a serviços de saúde

(OMS, 2008,p. 26). A erradicação da pobreza (determinante da saúde da população) e a diminuição das iniquidades em saúde exigem mais investimentos públicos e privados na área de saúde. Posta a dependência externa, que se traduz na escassez de orçamento para fazer face às necessidades relativas à disponibilidade de infra-estruturas de transporte e às condições das estradas - sobretudo nas áreas rurais (Josa & Magrinyà, 2018). os esforços feitos pelo governo para melhorar a cobertura dos serviços, e a sua qualidade, são mais visíveis nas áreas urbanas ou em áreas relativamente desenvolvidas e de melhor localização geográfica (sedes de posto administrativo e / ou vilas). Nesses territórios, existem melhores ligações de transporte e maior acesso a serviços de saúde e de educação (Santana, 1993). Embora se observe um rápido crescimento da população e um ligeiro aumento das infra-estruturas de saúde em Sofala, que se traduz numa melhoria de cobertura, os serviços prestados não têm sido satisfatórios e de qualidade, principalmente nas zonas rurais, como pode ser reportado pela população que respondeu ao inquérito (amostra representativa dos residentes nos Distritos da Beira, Búzi e Dondo) e pelos catorze entrevistados.

Pelo acima exposto, conclui-se que há uma necessidade de melhoria de políticas de planeamento e alocação com vista à melhoria de cobertura e, conseqüentemente, diminuição das iniquidades no acesso; a distribuição justa dos equipamentos e pessoal ao serviço nas unidades de saúde é um passo fundamental para garantir equidade nas políticas de (re)alocação e manutenção dos equipamentos, tendo como objetivo oferecer serviço de qualidade, tendo em conta as características da população e a satisfação das suas necessidades (Costa et al., 2014).

Esta parte dedicada aos resultados dos modelos de acessibilidade geográfica divide-se em duas secções. A primeira consiste em desenvolver o modelo de acessibilidade geográfica com base na rede viária e determinar as áreas de serviço, com vista a observar e analisar o tempo de viagem e / ou a distância a ser percorrida pelo potencial utilizador, usando transporte motorizado e pedonal para alcançar a unidade de saúde mais próxima, em três distritos da província de Sofala. Esta análise constitui um trabalho que visa complementar as análises feitas através dos inquéritos e das entrevistas realizados em 2019 e 2020. Para além destes instrumentos de recolha de dados, outro trabalho de campo efetuado permitiu observar aspetos tais como (i) a distribuição de infra-estruturas, (ii) o tipo de rede rodoviária e a disponibilidade de transporte e, ainda, a dimensão da população e sua distribuição geográfica. A segunda secção consiste na produção e análise dos modelos de *Location-Allocation*, com vista à observação do comportamento da procura em relação as unidades de saúde, tendo em conta a facilidade para aceder às unidades de saúde, a sua

cobertura e o tipo de atendimento. Com base nos resultados propõe-se um modelo (ótimo), que possa ser ajustado tendo em vista a melhoria da cobertura e otimização da localização, com menor custo para a população.

4.3.1. Acessibilidade geográfica baseada no transporte motorizado

Para determinar as áreas de acessibilidade geográfica, usando transporte motorizado, foram consideradas (i) as localizações de 47 unidades de saúde nos Distritos da Beira, Búzi e Dondo e (ii) e tempo de deslocação entre as áreas de residência e as unidades de saúde, utilizando quatro intervalos de tempo (0-5 minutos, 5-10 minutos, 10-20 minutos e 20-30 minutos), conforme apresentado na figura abaixo.⁸

Recorreu-se a dados relativos a subsecção estatística da população. Porém, uma vez que os dados recolhidos dos Censos de 2017 não permitiram encontrar população por intervalo de análise, foi desenvolvido um método para avaliar a relação entre a oferta e os residentes. A distribuição da população (alojamento) foi assumida como homogénea dentro da subsecção, o que constitui uma hipótese com algumas limitações, mas comumente usada e razoável, à falta de dados mais finos. Foi assim possível chegar a um número aproximado de indivíduos e residências existentes nas áreas de acessibilidade, conforme usado no estudo de Santana et al., (2010.p.9).

A partir da ferramenta *Spatial Analyst* disponível em ArcGIS, foi obtido o número de edifícios por cada posto administrativo dentro da área de estudo. Seguidamente, foi feito o recorte das áreas de serviços por cada intervalo de análise, obtendo assim uma estimativa dos edifícios para cada intervalo. Assim, para a estimativa do número da população por área de serviço, procedeu-se à contagem do número de edifícios existentes em cada área (posto administrativo). Seguidamente foi dividido o número da população de cada posto administrativo pelo número de edifícios, resultando assim numa estimativa de pessoas residentes em cada edifício. Por sua vez, o resultado foi multiplicado pelo número de edifícios observados em cada área de serviço, resultando assim na estimativa final da população.

⁸ Para facilitar a relação com os resultados no texto, em anexo, a lista das unidades sanitárias numeradas no mapa e o mapa com uma melhor visualização do distrito da Beira.

4.3. Modelos de acessibilidade geográfica em ambiente SIG

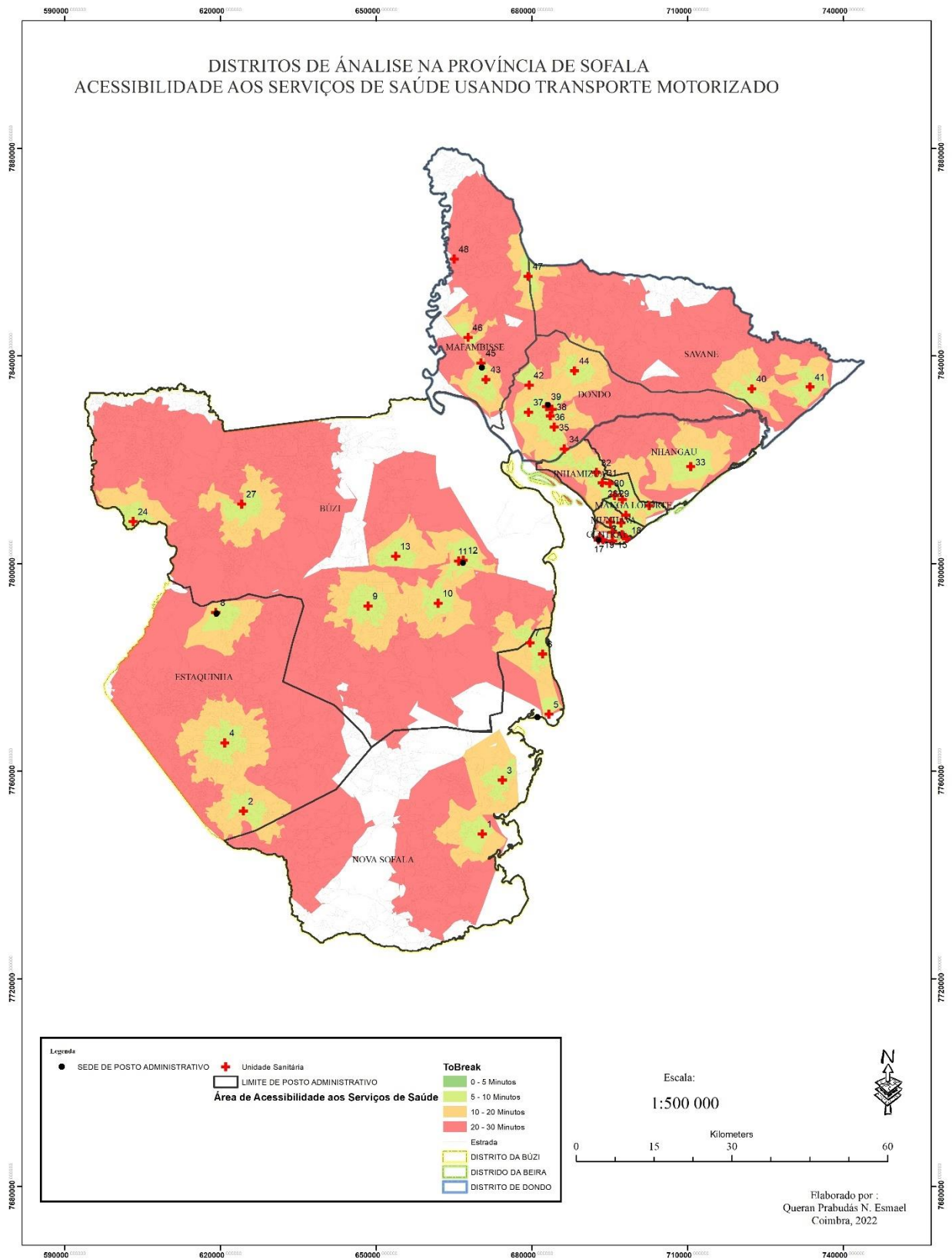


Figura 8: Acessibilidade geográfica utilizando modos motorizados

Fonte: Elaboração própria

4.3. Modelos de acessibilidade geográfica em ambiente SIG

Considerando a distribuição espacial das infra-estruturas de saúde, e tendo em conta os intervalos da área de influência (em termos de tempo necessário usando transporte motorizado) são apresentados no gráfico os valores percentuais das populações distribuídos ao nível dos postos administrativos conforme se mostra no gráfico.

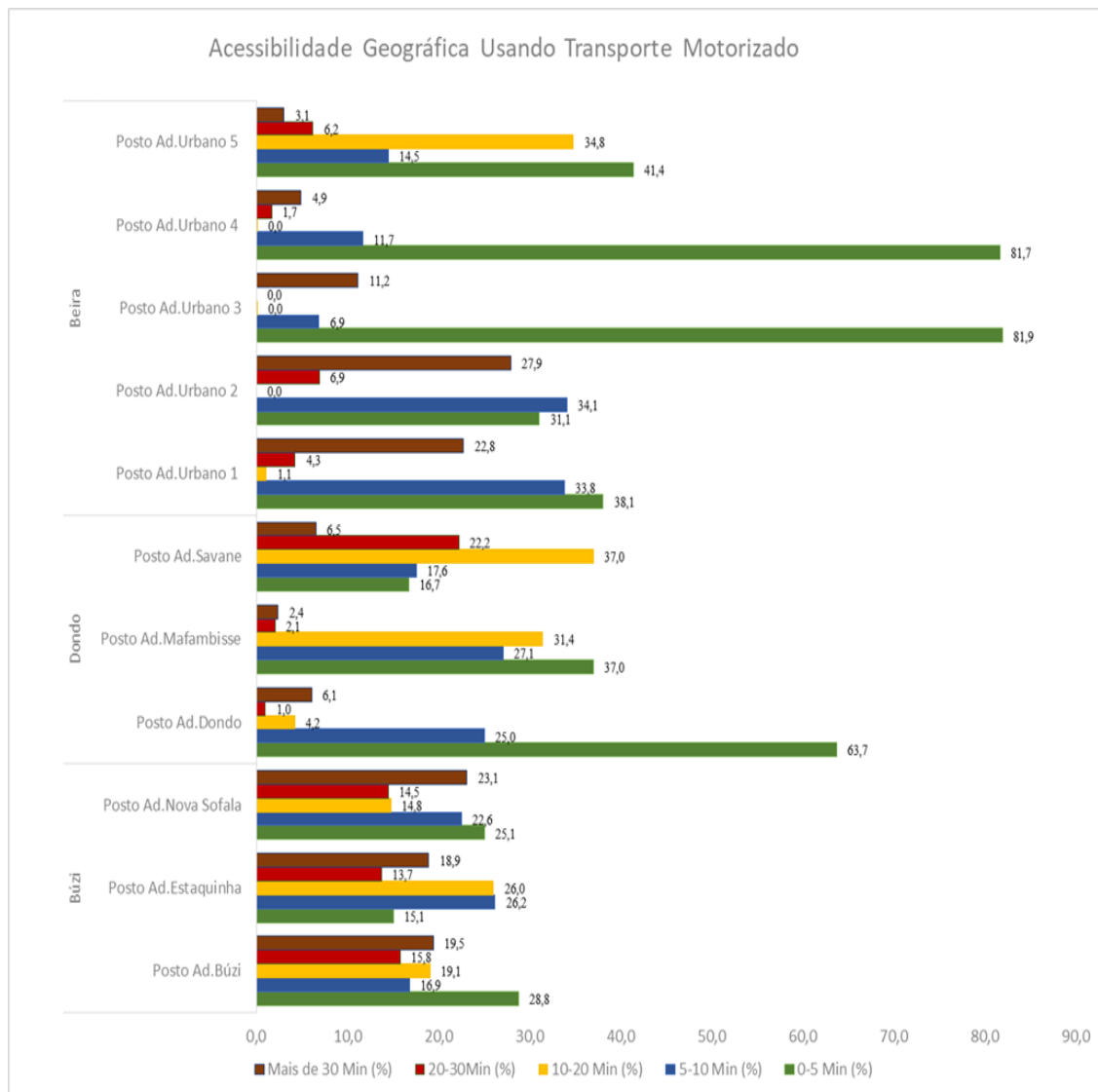


Gráfico 4: Acessibilidade em modo motorizado: percentagem de residentes por classe de tempo

Fonte de dados: elaboração própria adaptados a dados Geofabik; INE, 2017

No geral, os resultados mostram que a maior percentagem da população residente na área urbana está mais próxima dos serviços, revelando ter melhor acessibilidade geográfica.

No Distrito da Beira, em virtude das características das vias de acesso, da disponibilidade dos meios de transporte, do maior número de unidades de saúde e do nível de desenvolvimento, verifica-se que existe maior percentagem da população que consegue

alcançar uma unidade de saúde em menos tempo. Os melhores resultados verificam-se nos postos administrativos urbano nº 3 e 4, onde quase 82% da população residente precisa de menos de 5 minutos para chegar ao centro de saúde mais próximo.

O intervalo 5-10 minutos corresponde a 38,1% e 34,1% da população dos postos Administrativos urbanos nº 1 e 2, respetivamente. Porém nesse posto existe maior percentagem da população, com cerca de 22,5%, que tem de percorrer mais de 30 minutos para chegar a uma unidade de saúde. Esse fator deve-se à existência de áreas pantanosas nessa área geográfica, nas quais eram anteriormente desenvolvidas agricultura, correspondendo a áreas de população de condição social mais desfavorecida. Estas áreas conhecidas por “cinturão verde da cidade” foram requalificadas para atender a grande necessidade de expansão de áreas para construção de infra-estruturas habitacionais, no contexto do elevado crescimento da população. Todavia, nestas novas áreas, o desenvolvimento de infra-estruturas (rede de estrada e rede de transporte público) ainda é considerado precário. Portanto, embora espacialmente se note uma proximidade em relação à unidade de saúde, a capacidade de atingir as unidades de saúde mais próximas é dificultada no uso de vias que, sazonalmente, são alagadas por águas do mar ou das chuvas, devido ao seu baixo nível de cotas em relação ao nível do mar. Por outro lado, a baixa cobertura e fraca conexão de transporte público nessas áreas influenciam este resultado.

No posto n.º 5 cerca de 35% da população precisa de caminhar entre 10 e 20 minutos; 6,2 % e 3,7 % da população necessita de 20 a 30 minutos e de mais 30 minutos, respetivamente, para alcançar uma unidade de saúde mais próxima. Neste posto administrativo, os rios, a precariedade das vias de acesso de certa forma, influencia a mobilidade, levando dessa forma mais tempo para chegar às unidades mais próximas.

Para o caso Distrito de Dondo, os resultados mostram que no posto administrativo de Dondo, 65,5% da população está localizada até 5 minutos, porém 6,1% da população necessita de mais de 30 minutos. No Posto administrativo de Mafambisse, 37,1% da população residente necessitam até 5 minutos para chegar a uma unidade de saúde próxima, e 31,4% da população precisa entre 10 e 20 minutos. No Posto administrativo de Savana, somente 16,7, % da população esta a 5 minutos de uma unidade de saúde; 17,6 estão entre 5 e 10 minutos, 37% da população precisa de 10 a 20 minutos. O cenário em que a população precisa de mais até 30 minutos corresponde a 6,5% da população.

No distrito de Búzi, 28,8% da população residente no posto administrativo de Búzi precisa de até 5 minutos para chegar a uma unidade de saúde. Cerca de 19% necessitam de 10 a 20 minutos, 15,8 % precisa de 20 a 30 minutos e 19,5% precisam de deslocar-se até

30 minutos para uma unidade de saúde. Para o posto administrativo de Estaquinha, os dados mostram que somente 15,5% estão a 5 minutos de unidade de saúde, 26% da população precisa de 10 a 20 minutos. Entretanto, o Distrito apresenta 18,9% da população que necessita de mais de 30 minutos e cerca de 13,7% da população está entre 20-30 minutos. No caso do posto administrativo de Sofala (nova Sofala), o resultado indica que 25,1% da população está a menos de 5 minutos de uma unidade de saúde. Para a deslocação entre 10 até 30 minutos, não há variações significativa da acessibilidade. Em média, 14,6% da população necessita de 5 a 10 minutos para chegar a unidade próxima, porém o intervalo mais de 30 minutos corresponde a mais de 23% da população.

4.3.2. Acessibilidade geográfica baseada na mobilidade pedonal

Tendo em conta a literatura, a velocidade praticada (nas deslocações a pé) dentro de um limite da rede viária, normalmente entre 4 e 5 km/h (Freitas, 2018; Luís & Cabral, 2016; Santana, et al., 2010). Nesse sentido, as áreas de serviço ou de influência foram determinadas usando a distância. Foram criados níveis, considerando o centro das 47 unidades de saúde da área de estudo (nível primário e secundário) incluídas anteriormente, com os seguintes intervalos de análise: 0-5 km, 5-10 km, 10-15 km e 15-20 km, conforme apresentado na figura abaixo. Nesse sentido, para a presente análise, as distâncias estão expressas em quilómetros, com a devida correspondência em minutos, com vista a garantir melhor compreensão.

O modelo de acessibilidade e o respetivo gráfico abaixo, identificam a percentagem da população incluída em cada intervalo de classes de distância, para todos os postos administrativos.

Para o distrito da Beira (Município da Beira) os melhores resultados de acessibilidade verificam-se nos postos administrativos n.º 3, como cerca de 96,1 % da população residente; 86% da população residente no posto administrativo urbano n.º 4 precisa de caminhar até 0-5 km (cerca de 60 minutos) para chegarem ao centro de saúde mais próximo a pé. Para esse intervalo de tempo, o posto urbano n.º 2 revela percentagens mais baixas, mas, ainda, muito elevadas cerca de 60,9%. Os valores vão diminuindo, sendo de 47,9% no posto urbano n.º 1, e 33,1% no posto urbano n.º 5. À semelhança da distância no intervalo de tempo anterior, considerando a distância entre os 5-10 km (60 a 120 minutos) a maior percentagem é registada, no posto urbano n.º 1 com cerca de 38,6%, seguido do posto urbano n.º 2 com cerca de 29,7% e finalmente no posto urbano n.º 5 com

4.3. Modelos de acessibilidade geográfica em ambiente SIG

25,5%. Entretanto verifica-se que o posto urbano nº 5 está a cerca de 10-15 km (cerca de 120-180 minutos) para cerca de 24%, sendo que 11 % da população e 5,9% se localiza, respetivamente e 15-20 km (cerca de 180-240 minutos) e 20 km (cerca de mais de 240 minutos) da unidade de saúde mais próxima da residência.⁹

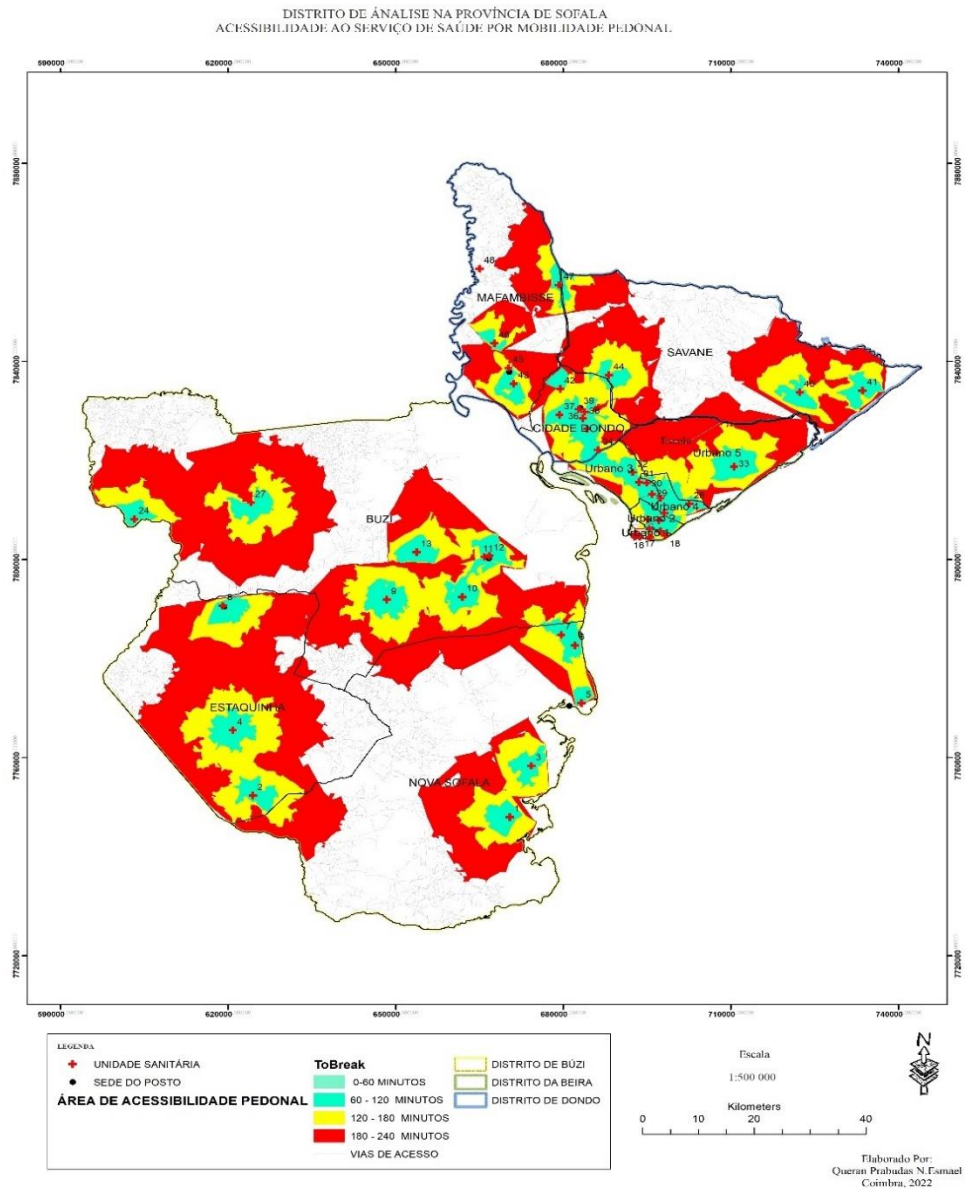


Figura 9: Acessibilidade pedonal: percentagem de residentes por classe de distância-Km entre a residência e as unidades de saúde, segundo os postos administrativos

Fonte: Elaboração própria.

⁹ Em anexo, o mapa com uma melhor visualização do distrito da Beira.

4.3. Modelos de acessibilidade geográfica em ambiente SIG

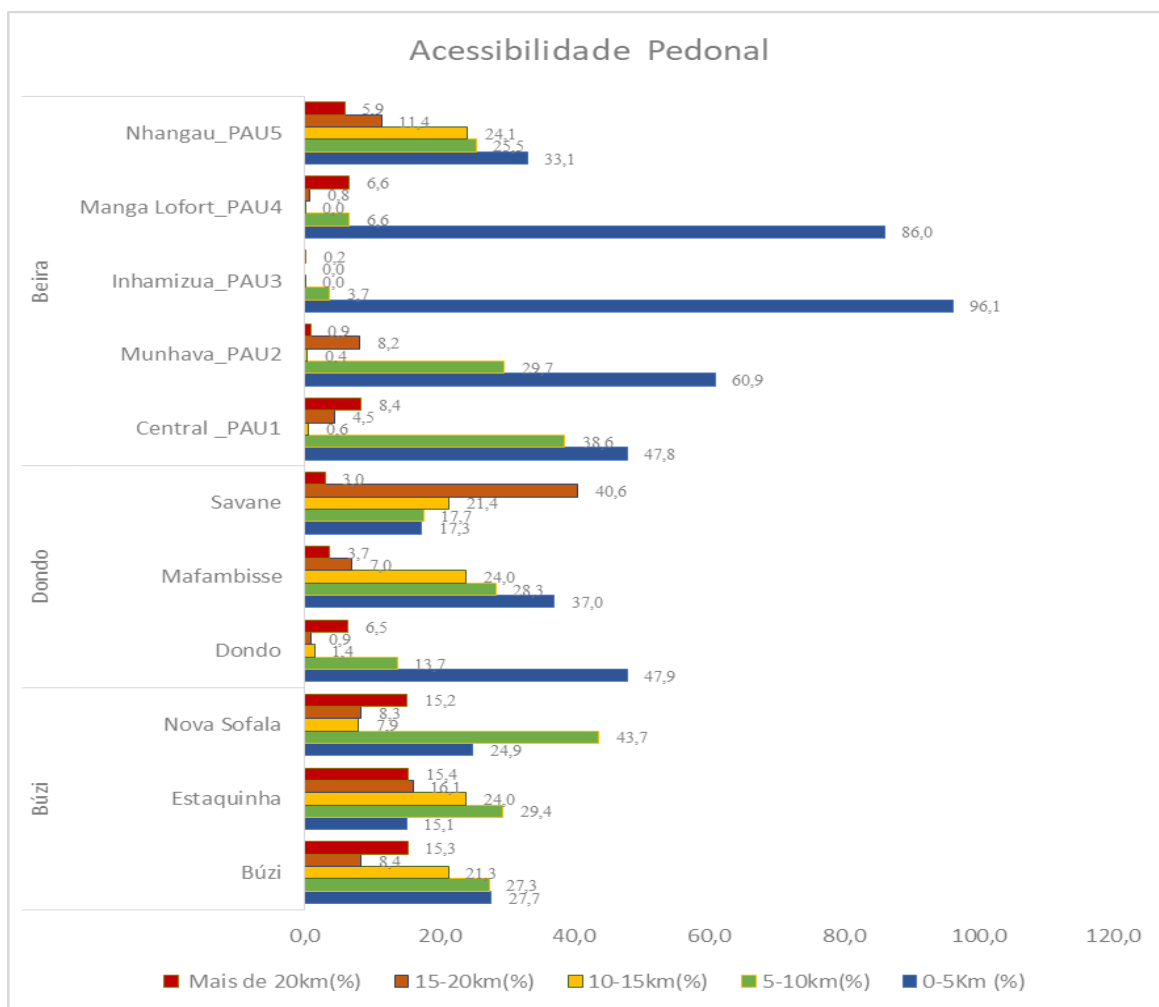


Gráfico 5: Acessibilidade pedonal: percentagem de residentes por classe de distância-Km entre a residência e as unidades de saúde, segundo os postos administrativos

Fonte de dados: elaboração própria.

Relativamente ao distrito de Dondo, os resultados mostram que no posto administrativo do mesmo nome, cerca de 48% da população residente tem de percorrer uma distância que nunca é superior a 5 km (cerca 60 minutos) para chegar a uma unidade de saúde. Todavia, quase 7% da população reside a mais de 20 km, tendo de despender mais de 240 minutos para chegar uma unidade de saúde. Nos outros postos deste distrito as distâncias a percorrer a pé são, genericamente mais elevadas, com destaque para a muito má acessibilidade da população que é servida pelo posto de Savane, como pode verificado em seguida. No posto administrativo de Mafambisse, 37% da população residente necessita caminhar até 5 km (cerca de 60 minutos) para chegar a uma unidade de saúde; 24% da população está localizada entre 10 e 15 km (de 120 a 180 minutos) e 7% estão entre 15 e 20 km (180-240 minutos). No posto administrativo de Savane, somente 17% da população residente está localizada a menos de 5 km (60 minutos) de uma unidade de saúde, 21,4%

da população esta entre 10 e 15 km (120-180 minutos). Este posto é o que apresenta os piores resultados, pois 40,6% da população residente necessita de caminhar entre 15-20 km (180-240 minutos).

No distrito de Búzi, a deslocação até 10 km não apresenta variações entre os postos administrativos que mereçam ser destacadas, observando-se que cerca de 27% da população deste distrito depende entre 120 e 180 minutos para chegar a uma unidade de saúde próxima à sua residência. Cerca de 21% está a 10-15 km e 15% reside a mais de 20 km (mais de 240 minutos). Nesse posto somente 8,4 estão entre 15 e 20 km (180-240 minutos) de uma unidade de saúde. O posto administrativo de Estaquinha revela má acessibilidade: apenas 15,1% da população está localizada a menos de 5 km da unidade de saúde e cerca 29% encontra-se entre 5 e 10 km. Há uma elevada percentagem da população que está muito afastada das unidades de saúde. Os intervalos de 15 a 20 km e de mais de 20 km dizem respeito a cerca de 15% da população residente. Para o posto Administrativo de Sofala (nova Sofala) os resultados mostram que 43,7% da população residente necessita caminhar até 5 km (60 minutos) para chegar a uma unidade de saúde. Para os intervalos de 10 a 20 km, (120-180 minutos) a percentagem é de 8% da população. Todavia, 15,1% da população necessita caminhar mais de 20 km (mais de 240 minutos) para chegar a unidade de saúde mais próxima, o que revela um forte constrangimento no acesso a estes serviços.

4.3.3. Modelo de Localização-Alocação

Um problema inerente à otimização dos recursos, e que é alvo de uma metodologia identificada de localização-alocação em ambiente de SIG, consiste em conseguir localizar um conjunto de novas instalações de modo que o custo de transporte das instalações para os clientes seja minimizado, sem perder de vista o número otimizado de instalações, numa área de interesse, para satisfazer a procura dos clientes ou utentes (Apóstolo, 2022). Trata-se de um modelo que permite analisar a disponibilidade e distribuição das unidades de saúde bem como ajudar na tomada de decisões através de simulação de cenário, observando assim as localizações que possibilitem garantir o melhor acesso, bem como identificar quais as instalações existentes que possam ser encerradas/requalificados. Pelas potencialidades desta ferramenta, o modelo (localização-alocação) possibilita a escolha dos locais para localizar os serviços, minimizando a distância média e/ou maximizando a cobertura populacional (Apóstolo, 2022; Verma & Dash, 2020; Ribeiro, 2015). Essas necessidades

têm sido observadas, principalmente, nos países em desenvolvimento, onde a utilização de serviços de saúde varia fortemente com a distância.

O benefício de (re)localização de serviços de saúde em território urbano em detrimento ao território rural é comum ser observado em Moçambique, bem como em outros países em desenvolvimento, devido à escassez de orçamento, face ao crescimento da população. Essa observação é igualmente apontada por (Rahman & Smith, 2000), pois as intervenções políticas e económicas viabilizam a distribuição de serviços de saúde a favor das áreas urbanas e desenvolvidos. Para que esse cenário seja invertido, torna-se importante que medidas objetivas de políticas públicas (planificação de alocações de novos serviços) sejam suportadas em modelos de localização.

Na província de Sofala, embora haja disponibilidade de unidades de saúde em todas as localidades, é importante notar que são, ainda, poucas tendo em conta o tamanho da população e escassez de recursos (unidades de saúde, equipamentos hospitalares e recursos humanos qualificados). As fragilidades identificadas nas unidades existentes (quer nas entrevistas aos stakeholders quer nos inquéritos realizados aos utilizadores) têm como origem a fraca diversidade de serviços na área em estudo, por exemplo os serviços de internamento, os blocos operatórios, os laboratórios, entre outros.

Por outro lado, a procura de atendimento por parte da população, implica que enfrente com frequência, dificuldades de acesso motivadas pela degradação das vias de acesso, falta de meios de transporte (essencialmente públicos) entre outros fatores socio económicos observados no seio da população, principalmente a que vive no meio rural, levando a casos de mortes e ou atraso das consultas ou a não utilização dos cuidados médicos, como já foi referido nas secções das entrevistas apresentados nesse estudo. Nesse sentido, torna-se necessário identificar áreas com má acessibilidade geográfica aos serviços de saúde, determinando opções que tenham em vista otimizar a distribuição e disponibilidade de maior cobertura de serviço de saúde: identificar as unidades de saúde mais procuradas e as menos procuradas, por forma a influenciar na alocação de mais recursos humanos, melhoria de capacidade de física das infra-estruturas entre outras necessidades.

Aqui são apresentados os modelo de Localização-Alocação, usando as seguintes questões (Problemas) disponíveis em ambiente ArcGIS: “*Minimize impedance (p-mediana)*”; “*Maximize coverage*”; “*Minimize facilities*”; “*Maximize attendance*”. Tendo em conta o cenário da atual distribuição das unidades de saúde, e distribuição da comunidade/aldeias/ vilas, o objetivo foi encontrar a questão que fornecesse a melhor

solução para uma localização-alocação dos serviços de saúde, minimizando os custos e/ou maximizando a cobertura.

Para a modelação foram consideradas os mesmos 47 centroides das unidades de saúde anteriormente referidos. Os pontos de procura (população) correspondem a cada setor, relativo ao nível de localidade nas áreas rurais. Desagregou-se a procura ao nível de comunidades (aldeias/vilas). No caso das áreas urbanas incluiu-se a procura potencial de cada Bairro. Foi utilizada a população ao nível da subsecção estatística, segundo o censo de 2017 e a base de dados da USAID.

Considerando que a maioria da população anda a pé, definiu-se um corte de impedância de 120 minutos (raio de cobertura), relativo a distância máxima de deslocação até a unidade de saúde. Para a modelação, foi usado *Network Analyst* presente no ambiente ArcGIS 10.8, com opção localização-alocação, que possibilitou conhecer o movimento potencial da população para as unidades de saúde mais próximas.

Em alinhamento com os objetivos e com vista à uma distribuição equilibrada das infra-estruturas das unidades de saúde, foi analisado o acesso da população com mínimo custo. Neste modelo, os centroides da procura são atraídos em relação à unidade de saúde, conforme as soluções em que há facilidade e menor custo (os somatórios dos custos são ponderados entre os pontos de procura e as instalações).

Numa análise espacial relativa aos *modelos minimize impedance, maximize coverage, minimize facilities, maximize attendance*, observa-se que nos três distritos, o comportamento destes modelos é idêntico, pois as 47 unidades de saúde existentes atualmente são alcançadas pelos mesmos pontos de localização populacional. Por este motivo, optou-se por analisar o modelo *minimize impedance* (conforme figura abaixo), pois a distância dos serviços de saúde é inversamente relacionada com as suas taxas de utilização e a minimização de custos (Costa, 2010; Kumar, 2004).

4.3. Modelos de acessibilidade geográfica em ambiente SIG

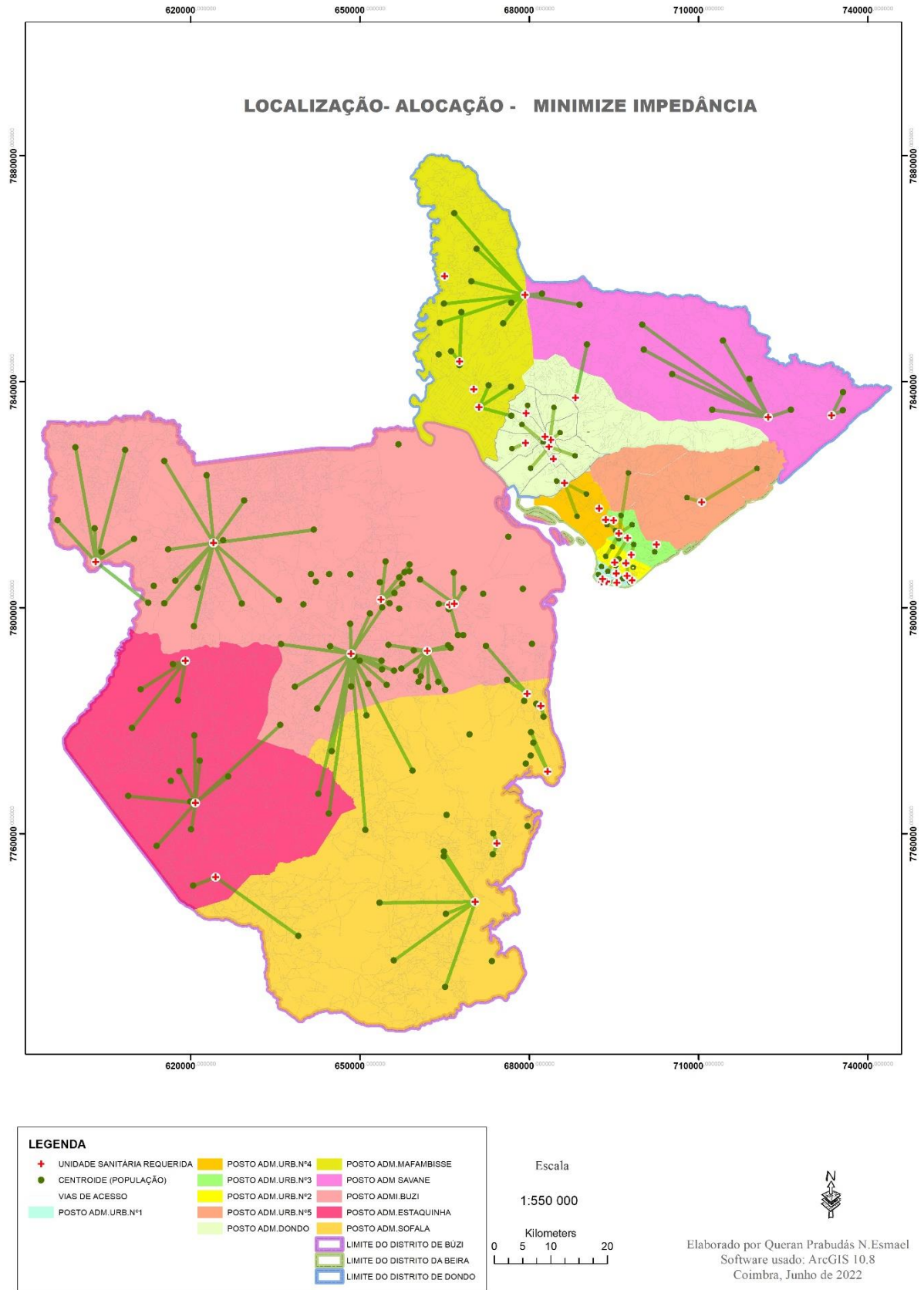


Figura 10: Localização-alocação – minimize Impedância

Fonte: Elaboração própria,

Quanto ao número da população sem possibilidade de atendimento dentro do limiar de 120 minutos tendo em conta as 47 unidades, e considerando a alocação dos setores censitários às atuais unidades de saúde, observou-se que no distrito da Beira (Município da Beira) não há registo população que não é atendida por uma unidade de saúde, o que quer dizer conforme a distribuição geográfica das unidades de saúde, há minimização de custo para que toda a população (100%) seja atraída para uma unidade de saúde, dentro da área de residência, ou atraída para unidade localizada em outros postos administrativo urbano. Entretanto, para o distrito de Dondo, ao nível dos postos administrativos de Dondo (área municipal) observa-se que 100% da população encontrada dentro do intervalo de 120 minutos pode aceder à pelo menos uma unidade de saúde. No posto administrativo de Mafambisse, observa-se que 1,2% da população não pode ser alocada a uma unidade de saúde dentro de 120 minutos. Para o Distrito de Búzi, observa-se que quase toda a população reside a 120 minutos (10 km), restando 7,5% que não podem ser atendidos por nenhuma unidade de saúde. No posto administrativo de Estaquinha, 3,5% da população não é atendida por nenhuma unidade. No posto administrativo de Sofala, 28,2% de população não se liga a nenhuma unidade de saúde.

Tabela 38: Posto administrativo com presença de centroides da população não atendida

Posto administrativo	Nº de unidade sanitária	População por centroide	População não atendida	(%) População não atendida
Búzi	7	74766	5421	7,3%
Estaquinha	4	19511	675	3,5%
Nova Sofala	3	31593	8920	28,2%
Mafambisse	4	44847	558	1,2%

Fonte de dados: Elaboração própria

Quanto ao número de unidades não escolhidas existem unidades de saúde que nunca são escolhidas pelo modelo, embora estejam próximas da população, o que pode tornar essas unidades redundantes e gastadoras de recursos. Para o distrito da Beira, usando a disposição dos centroides da população por Bairro, o modelo dá indicação das unidades de saúde - centro de saúde urbano São Loucas, o Posto de saúde militar base naval – localizados no Posto Ad. Urbano 1. Outra unidade que não é preferência, é o Posto de saúde de Matadouro, localizado no Posto Ad. Urbano 4, sendo a população direcionada para o centro de saúde de Canahadula, que se localiza no posto administrativo de Dondo.

Em relação ao Distrito de Dondo, observa-se que o centro de saúde Chibuabuabua nunca é requerido; a população desloca-se para o centro de saúde de Savana. Esta conclusão poderá indicar a potencial realocação dessa unidade, próxima do centro de saúde de Savana. No caso do Distrito de Búzi, não se observa nenhuma unidade que não esteja requerida.

Quanto aos centróides que se ligam a unidades de saúde que não pertencem à mesma área administrativa, observa-se que o centro de saúde Nhaconjo (no distrito da Beira: centro de saúde urbano tipo A) localizado no Posto Ad.Urbano 4 é o mais requerido, embora na mesma área administrativa se observe uma unidade de saúde da mesma categoria (no caso centro de saúde de Chingussra), essa unidade recebe mais ligações de população vindo de três de 3 áreas administrativas nomeadamente, Posto Ad.Urbano 2, Posto Ad.Urbano 3, totalizando 108 121 potenciais utentes. Trata-se de um centro de saúde urbano A, que segundo a sua classificação pode prestar serviço a uma população entre 40 000 e 100 000 habitantes. Sendo assim, para esse serviço conforme os dados, há um acréscimo de 8 121 habitantes.

Para o caso do distrito de Dondo, o Posto de saúde Lusalite recebe população vinda de 6 centróides pertencentes ao posto administrativo de Dondo, totalizando 68 283 habitantes. O centro de saúde de Canhadula é requerido pela população vinda do Posto Ad. Urbano 4, nos centróides de Matadouro e de Inhamizua, totalizando 53 984 habitantes. Trata-se de um centro de saúde urbano do tipo C, que por regra deve servir entre 10.000 e 25 000 habitantes, ficando com um acréscimo de 28 948 habitantes além do recomendado.

Em relação ao posto administrativo de Savane, o centro de saúde do mesmo nome serve 7 298 habitantes, e o fluxo correspondente a 44,7% é proveniente dos centróides de posto administrativo de Mafambisse (localidade de Mútua).

No distrito de Búzi, de forma geral, há maior número da população dos centróides que, no intervalo de 120 minutos, encontram atendimento. Entretanto, os resultados mostram que o posto administrativo Sofala e o Centros de Bândua servem um total de 31 654, habitantes, 81,3% localizados no posto administrativo de Búzi e 18, 6% direcionados a partir de outro no posto administrativo, nomeadamente Estaquinha (localidade de Chissiguana).

Vale a pena notar que o distrito de Búzi é o único que possui unidade secundária, nesse caso o hospital rural de Búzi. Entretanto, o modelo dá indicações de que a população é direcionada para o posto de saúde Rio Búzi, demonstrando assim, que o hospital Rural não é o potencialmente escolhido.

Relativamente às unidades que não são selecionadas, conforme a localização dos centroides, são o posto de saúde de base naval e o centro de saúde São Lucas, situados no posto administrativo urbano nº1, e o posto de saúde de Matadouro localizado no posto administrativo nº 4, residentes nesses bairros são direcionados para o centro de saúde de Canhândula, localizado no posto administrativo central. Igualmente o centro de saúde não é mostrado como preferência para a população, conforme sugere o modelo.

Para o caso do distrito de Búzi, não se observa a não escolha de uma unidade de saúde. Entretanto, existem centros que são preferidos em relação a outros.

Portanto, sendo assim, significa que existe uma necessidade de aumentar capacidade nos centros de saúde e diversificar os serviços para melhor acesso e resposta conforme às necessidades da população. A melhoria do acesso aos serviços, passa necessariamente em ter atenção na localização, bem como o espaço físico das infra-estruturas, para oferecer conforto aos prestadores de cuidados e utentes ainda, diversificar serviços (centro cirúrgico, farmácia, e laboratórios de análise clínicas) recursos humanos, médicos, enfermeiros e técnicos) e equipamento hospitalar, uma vez que, das sete unidades de saúde, seis são unidades de saúde rural do tipo II e posto de saúde, que pela sua natureza presta serviços muito limitados.¹⁰. Esta análise vem reforçar as preocupações relatadas ao longo das entrevistas dos provedores de saúde, face ao aumento da procura em alguns centros.

Ainda no âmbito da localização-alocação, com o modelo minimizar facilidades, foram selecionadas as unidades sanitária conforme mostra o resultado.

Para o caso de distrito da Beira, foram selecionados dois centros de saúde urbanos do tipo A, um centro de saúde do tipo C e um posto de saúde.

Por outro lado, no caso dos distritos de Dondo e Búzi, foram selecionadas seis unidades de saúde primárias (três para cada distrito). Todas as unidades selecionadas são centros de saúde rurais do tipo II.

A partir dos resultados apresentados pelo modelo, mostram que esses locais são os melhores para que haja uma melhor cobertura para a população, pelo facto de cobrirem

¹⁰ Por exemplo o centro de saúde rural tipo II- é uma unidade de saúde pequena, composta por uma sala para consulta de medicina geral, para atendimento externo, uma sala para tratamento, pequeno depósito de medicamentos, zona de espera e maternidade (sala de partos e pequena enfermaria de puérperas, com 3 camas, com respetivas instalações sanitária. Tem uma como zona de influência direta, raio de 8km, na zona rural e 11-4 km na área urbana. Em caso de necessidade pode receber casos de utentes grave, além da sua zona de influência direta, ou através de brigadas móveis prestar assistência a distância até 40km ou mais. (Ministério de saúde, 1997)

4.3. Modelos de acessibilidade geográfica em ambiente SIG

mais utentes e com custos relativamente menores. Neste sentido, essa informação sugere que as unidades seleccionadas possam ser requalificadas para categorias mais elevadas. Por exemplo, para centro de saúde do tipo I e ou hospitais, uma vez que o serviço secundário apenas existe no distrito de Búzi.

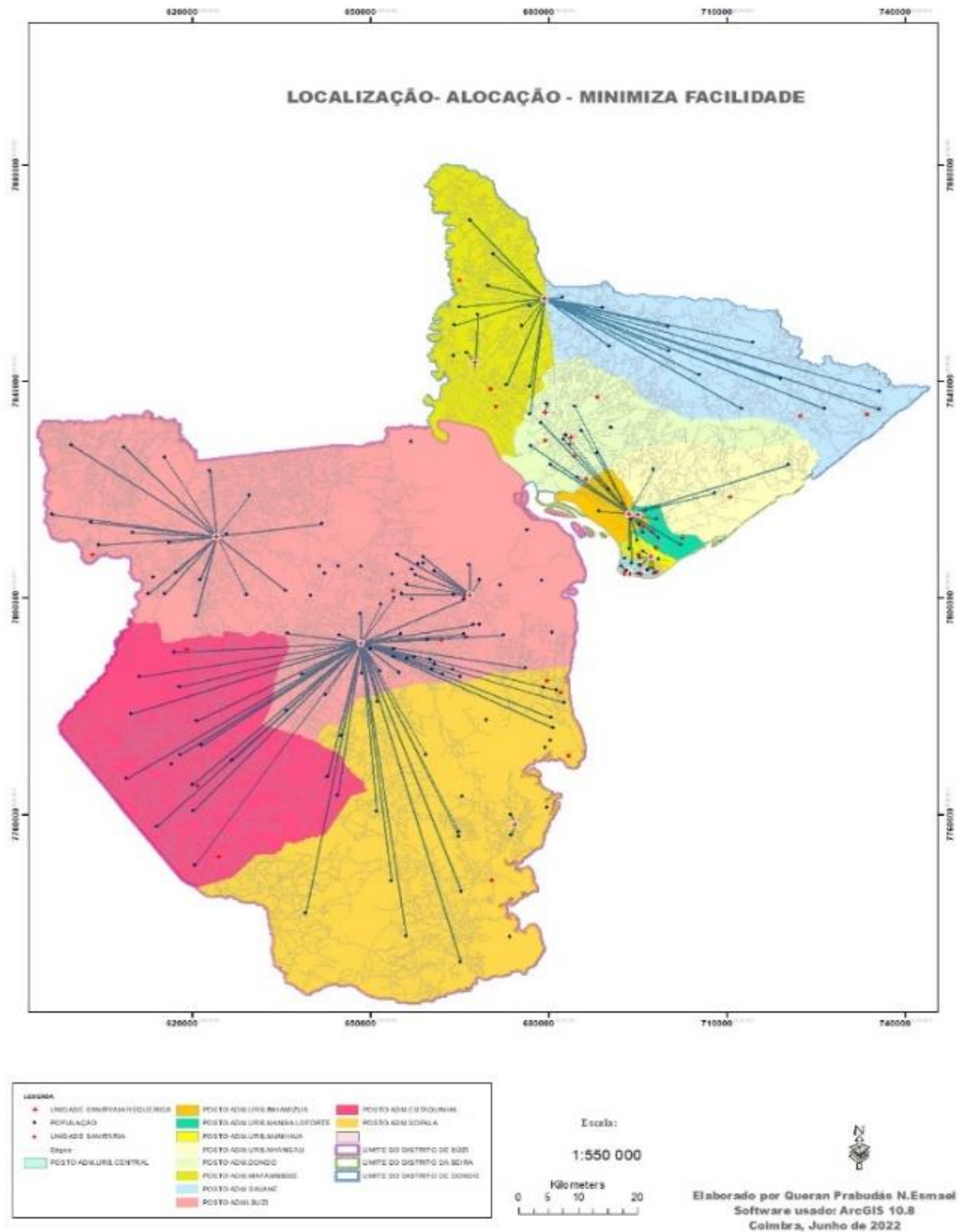


Figura 11: Localização-alocação nos Distritos da Beira, Dondo e Búzi

Fonte: Elaboração própria,

CAPÍTULO 5. LIMITAÇÕES E CONCLUSÕES DO ESTUDO

Ao longo da elaboração deste estudo, verificaram-se constrangimentos e limitações na investigação.

O primeiro procede de questões financeiras e de logística face à grande extensão dos distritos da Província de Sofala.

O segundo foi relativo à dificuldade de acesso às comunidades rurais, por várias razões:

- (i) estarem afastadas das sedes dos distritos;
- (ii) serem, ciclicamente, afetadas por inundações;
- (iii) serem servidas por uma rede viária deficitária, agravada pelas consequências do ciclone Tropical IDAI, no dia 14 de março de 2019¹¹;
- (iv) terem sido destruídas, na sequência do ciclone, várias infra-estruturas, tais como estradas, pontes, habitações, escolas, unidades de saúde, mercados, sistemas de abastecimento de energia, água, o que limitou a aplicação de um maior número de inquéritos em povoados rurais mais afastados da sede do distrito (principalmente no distrito de Búzi).

O terceiro aspeto foi relativo à efetiva colaboração de algumas organizações não-governamentais, pela elevada formalidade e burocracia envolvida nos processos de acesso à informação e à realização das entrevistas, tendo dificultado a interação com alguns responsáveis.

O quarto foi relativo à Covid-19, que limitou a maior interação com todos os grupos-alvos, principalmente com os prestadores de cuidados de saúde. Em Moçambique, a Covid-19 causou impactos negativo tanto nos serviços de saúde como nas empresas, assim como na vida socioeconómica dos agregados familiares, visto que cerca de 94% das empresas ficaram diretamente afetadas.

Várias empresas suspenderam os contratos com os seus trabalhadores, afetando assim os rendimentos da população. O impacto foi mais forte nos setores de mineração, comércio e de alojamento. O desemprego aumentou, devido ao encerramento de empresas, por falta de clientes, outras anunciaram a suspensão de atividades dando férias coletivas,

¹¹ Este Ciclone atingiu 170 km/h, devastou as províncias de Sofala, Manica, Tete, Zambézia e uma parte da província de Inhambane, causando 602 mortes, 1 641 feridos e afetando mais de 1,5 milhão de cidadãos (A. Ricardo, 2019, 18 de maio).

com a indicação de que os salários dos trabalhadores seriam pagos nos termos do artigo 123 da Lei do Trabalho

A população rural viu a sua produção reduzida, quando comparada com o mesmo período nos anos anteriores ao surgimento da COVID-19.

Conclusão

Esta investigação foi realizada tendo como objetivo avaliar as condições do acesso aos serviços de saúde (acessibilidade geográfica, económica e socio organizacional) em áreas geográficas urbanas e rurais da província de Sofala, tendo como finalidade contribuir para a redução das desigualdades injustas e evitáveis, quer na saúde quer no acesso aos cuidados de saúde. Partindo dos objetivos traçados, procuramos nas linhas que se seguem sistematizar e discutir os principais resultados encontrados ao longo do decorrer da pesquisa, e validar as duas hipóteses colocadas.

Hipótese 1: As condicionantes geográficas, sociodemográficas e económicas influenciam a acessibilidade da população aos serviços de saúde.

A evolução da distribuição geográfica dos serviços de saúde e da população no horizonte temporal proposto na pesquisa implica que se considerem todos os níveis e domínios de análise. Deste ponto de vista, é possível concluir que em função da localização do distrito houve um aumento relativo de unidades de saúde (USs) do nível primário, em relação às unidades secundárias. O planeamento da expansão da rede de serviços de saúde pública, ao procurar responder às pressões demográficas, tem contribuído para uma relativa minimização das desigualdades de acesso.

O governo e as suas unidades de operação acabam por se apoiar na estratégia de planeamento público de saúde. Esta estratégia consiste em construir as Uss onde existe população, conforme um determinado “teto” (o raio teórico de cobertura ou rácio de unidade por habitante indicado nos resultados das entrevistas); de uma forma geral, esse mecanismo tem resultado na diminuição das distâncias e dos tempos de viagem, sobretudo para os distritos urbanos e rurais (centros urbanos, áreas municipais), embora os valores estejam longe do ideal. A distância média situa-se atualmente entre 3,9 km a 4,5 km nos bairros centrais do município da Beira e Dondo. Entretanto, nos bairros não centrais (distantes da cidade da Beira e do Dondo) ainda prevalecem médias elevadas, seja entre as USs ou entre essas e a população residente em território geográfico distante: em média 7 km para o distrito da Beira, entre 7 km e 11,9 Km para o distrito do Dondo. Para o distrito

de Búzi a situação é mais grave: chega-se a caminhar em média 20 km para alcançar uma unidade de saúde.

Este cenário cria desequilíbrios regionais na facilidade de acesso aos serviços de saúde entre a população que vive em localidades mais remotas. Levando em consideração o nível de desenvolvimento territorial, é expectável que exista uma maior atração populacional, observando-se uma maior concentração de USs na mesma sede de distrito, e a respetiva proximidade destas em relação a população, devido a alta densidade populacional. Nessas áreas, fica clara a opção de o utente procurar cuidados de saúde em unidades de saúde tendo em conta a expectativa de minimização do tempo de caminhada. No entanto, quando se compara com as áreas rurais mais afastadas, identificam-se discrepâncias espaciais: as áreas onde a população enfrenta maiores distâncias para aceder uma unidade de saúde acabam por apresentar piores resultados no acesso geográfico aos cuidados de saúde. Consequentemente, estas populações, que já são socialmente mais empobrecidas e vulneráveis, acabam diante de privações de acesso à saúde.

Quando se lança um olhar comparativo tendo em vista a perspetiva evolutiva da distribuição das unidades de saúde, nota-se que face ao crescimento da população a distribuição das unidades de saúde do nível primário é desigual, o que evidencia um maior fosso de cobertura entre o território nos distritos rurais. Para o cenário das unidades do nível secundário, a baixa cobertura é ainda mais acentuada: por exemplo, dos 13 distritos existentes na província, somente 6 possuem uma unidade de saúde de nível secundário.

Este quadro desigual leva-nos a concluir que as políticas de alocação de unidades de saúde, quer de nível primário ou nível secundário, tendo em conta o número da população a ser coberta, deve ser revista. A implementação dessa política e os seus resultados, desde 1997 até 2017, demonstra que essa estratégia não tem respondido à procura nem produzido os efeitos desejados.

Atualmente, na província de Sofala, em particular nos distritos de estudo, a acessibilidade às unidades de saúde, seja de nível primário ou secundário, é mais facilitada nas áreas urbanas. Como demonstrado, a explicação poderá residir num conjunto de quatro fatores: (i) maior densidade demográfica, e em consequência maior proximidade de outros serviços (farmácias, centros de análises, tratamentos); (ii) características socio-económicas da sua população; (iii) disponibilização de transporte coletivo ou individual, que acaba por auxiliar na superação da barreira da distância, e finalmente (iv) aspetos relacionados com a organização política da província, e mais recentemente a existência de fenómenos naturais de alto impacto.

O cenário acima descrito não se verifica para alguns territórios rurais que apresentam aglomerados populacionais dispersos em que é notório o fosso da distância, que se expressa na insatisfação dos inquiridos em relação à facilidade para alcançar uma unidade de saúde. Por exemplo, são apontados casos de aglomerados habitacionais se localizarem fora de um raio de 10 km, que possuem uma população de cerca de 9 mil habitantes. Nesses casos, os territórios não podem beneficiar de uma nova unidade, uma vez que o critério para tal é a existência de um aglomerado com um mínimo de 10 mil habitantes. Existe assim uma forte necessidade de se repensar as políticas de alocação, o que poderia ser operado pelo redesenho do critério espacial/populacional, como pela diminuição para 5 mil habitantes do tamanho populacional para as áreas rurais, como sugerido nas entrevistas; o objetivo seria, então, minimizar as assimetrias na cobertura.

Embora existam estratégias implementadas pelo governo em requalificar as unidades de saúde em zonas remotas para melhorar a cobertura e o acesso equitativo com a prestação de mais serviços, as desigualdades são visíveis. Não levam em consideração a cobertura tendo em vista o crescimento da população no meio rural, que ainda é um dos principais fatores que influencia a acessibilidade (pequenos centros de saúde com grande procura e poucos serviços e recursos humanos disponíveis). Trata-se de regiões de baixo desenvolvimento económico (inexistência de transporte público, péssimas condições das estradas), altas taxas de desemprego, emprego informal e rendimento baixos.

Este estudo mostra assim que as condicionantes geográficas, sócio-demográficas e económica influenciam a acessibilidade. Em concordância com os objetivos, ficou claro que a localização geográfica, a organização do território e a qualidade do espaço e da sua envolvente são fatores que proporcionam concentração populacional; esses elementos estabelecem espacialmente a concentração e a proximidade das unidades de saúde, e definem a acessibilidade de serviços de saúde à população. Destaca-se a cidade do Dondo, onde se procura garantir equidade com vista à redução das desigualdades sociais em saúde em termos de acesso. Entretanto, há territórios em que as distâncias permanecem elevadas.

Nesta conjuntura, exige-se uma reflexão sobre a necessidade de revisão dos paradigmas em matéria de políticas e critérios de alocação das unidades de saúde, da organização dos recursos humanos (médicos e enfermeiros) e da disponibilidade e gestão do orçamento para uma resposta a um melhor acesso aos cuidados de saúde à população. Na província de Sofala, em particular para os distritos de estudo, aponta-se a necessidade de um aumento do orçamento, gestão descentralizada para uma melhor tomada de decisão conforme as prioridades de cada distrito, a capacitação contínua de pessoal, e finalmente o

desenho de políticas públicas para manter e atrair pessoal altamente qualificado para as áreas rurais e centros de saúde de nível primário nas áreas urbana, para que haja equidade no acesso aos cuidados de saúde.

Hipótese 2: A oferta de serviços de saúde não tem respondido, nos últimos 20 anos, às necessidades potenciais da população residente em Sofala, promovendo desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

Os três domínios de acessibilidade do acesso aos serviços de saúde analisados estão associados a uma variação de fatores que resultam em desigualdade no acesso e prestação de serviços de saúde. Entretanto, há domínios que se expressam com maior impacto no território conforme as condições socio económica da população.

Em relação às *condicionantes geográficas* (a baixa cobertura dos serviços de saúde, a localização geográfica das unidades de saúde em relação à área de residência de população, o tamanho da população), percebe-se uma influência notória da distância que a população percorre para ter acesso à unidade de nível primária mais próxima. Essa barreira influencia negativamente, como demonstrado nos resultados: a elevada distância a percorrer determina a utilização dos serviços de saúde, tanto para obter consulta, desistência dos tratamentos de doenças crónicas. Os longos percursos, sobretudo para as comunidades que vivem em áreas mais remotas, são maiores quando se pretende obter outros serviços em unidades de nível secundário, em caso de referenciação médica. As características da população (altas taxas de pobreza que vivem abaixo de um dólar/euros por dia correspondente a 0,90 euros e 71,31 meticais respetivamente), associadas à falta de ambulâncias ou transportes gratuitos, fazem com que cada deslocação tenha um elevado impacto económico para os utentes que, na sua maioria, não têm rendimentos e não podem pagar um transporte para aceder à unidade menos distante.

Embora os governos, no âmbito das suas estratégias com vista a minimizar a baixa cobertura dos serviços de saúde, principalmente do nível primário, façam constante uso de agentes polivalentes de saúde (APS), residentes nas comunidades, a situação de precariedade prevalece. Quando há necessidade de referenciar o utente para uma unidade de saúde que presta outros serviços que não são prestados ao nível do/da APS, os utentes necessitam de caminhar longas distâncias para chegar à outra localidade com recursos que

muitas vezes não possuem, como já destacamos, ou por ajuda no seio familiar.¹² Nesses casos, mesmo ao obter ajuda de transporte de bicicleta, por exemplo, essa será somente para transportar o utente, enquanto o ciclista usualmente deve caminhar a pé empurrando-a, devido as péssimas condições das vias.

Esse último fator, das características das vias de acesso que na sua maioria em épocas chuvosas possuem transitabilidade reduzida, alia-se ao da incerteza de não conseguir obter atendimento ao chegar ao local. Deve-se tanto à maior procura em relação à oferta (maior número de utente em relação número de pessoal, ausência do enfermeiro/a no local do trabalho por doença, ou por atraso, porque trabalham em turnos duplos), quanto à falta de capacidade de pagamentos informais para obter atendimentos. Em muitos casos, essas barreiras resultam na desistência na procura dos serviços, segundo indicado por algumas entrevistas.

No meio urbano, além de maior oferta de serviços e onde os problemas das transitabilidades das vias são menores, a população com rendimentos e capacidade de pagar opta por procurar atendimentos em USs de nível primário, com serviços de pronto-socorro, e de internamento e centros secundário (hospitais urbanos). Neste grupo, há o entendimento de que essas unidades possuem maior oferta de serviços, bem como há certeza de existência de médicos de várias especialidades, além de enfermeiros de que não são encontradas em unidades de saúde primarias sem serviços de pronto-socorro e de internamento.

No que ao domínio sócio-organizacional diz respeito, um dos aspetos que influenciam a desigualdade no acesso aos serviços de saúde é relativo ao paradigma de políticas de alocação as unidades de saúde, e aos órgãos decisores para expansão da rede de serviços de saúde. Na série de entrevistas realizadas entendeu-se que os critérios determinados no âmbito das políticas de saúde pública, não criam espaço para flexibilidade em alocar uma unidade de saúde num aglomerado populacional que não possua 10 000 habitantes, o que resulta na procura cuidados de saúde em unidades localizadas em outras áreas de influência. Como consequência, há desigualdade na proximidade das USs dentro do mesmo distrito, tendo assim comunidades com facilidade para aceder e outra que têm que caminhar longas distâncias; por outro lado, observa-se uma sobrecarga na unidade de receção em termo da capacidade de flexibilidade no atendimento, capacidade espacial da

¹² Conforme é demonstrado no estudo, independentemente do estrato social da população, quando se encontra um doente percebe-se um comportamento coletivo de interajuda e solidariedade, para procurar os cuidados de saúde.

infra-estrutura para acomodar principalmente aos utentes, o que impede a incrementação de outros serviços necessários, como pequenos laboratórios para análises clínicas, menor rácios de funcionário de saúde por habitante, além de baixa qualidade de prestação de serviços prestados, insuficiências de meios diagnósticos e equipamento de proteção ao pessoal.

Quanto à *satisfação*, no que se refere ao acesso aos serviços de saúde, de forma geral os resultados apontam por uma forte insatisfação da população participante, prevalecendo uma imagem negativa dos serviços da sua gestão. É importante referir que a população se mostra insatisfeita em relação tanto ao *tempo para obtenção de uma variedade de prestação de serviços* (consultas, levantar exames médicos, medicamentos, atendimento ao chegar na US), quanto às *condições das unidades de saúde* (qualidade e manutenção das infra-estruturas e equipamentos). Quando se comparara a população que trabalha para outrem e detém condições económica (ordenados) acima de salário mínimo, demonstra-se *satisfeita* quanto ao tempo para obter a consulta no mesmo dia, pois espera menos de uma hora; em contrapartida, os que tem rendimentos baixos esperam em média de 1 a 3 horas, estando geralmente *insatisfeitos*. Essa situação é explicada pelo facto que os utentes do grupo populacional com maiores rendimentos, associado às funções que exerce e as redes de influência de amizades, procuram solicitar de forma mais rápida o atendimento (muitas vezes que é solicitado antes mesmo de chegar à Uss de eleição); outro fator deve-se pelo facto que este grupo pode recorrer a consulta em unidades de cuidados particulares.

É central destacar o conjunto das barreiras que se observa a partir dos resultados e a sua relação com a satisfação dos utentes: os rácios elevados entre profissionais de saúde por habitante, a insuficiência de equipamentos de diagnósticos, equipamento de trabalho de proteção individual, falta de manutenção, baixa qualidade de prestação de serviços, falta de medicamentos nas farmácias das USs, e a fraca logística para transferência de utentes. Essas, entre outras, são algumas barreiras observadas ao longo do estudo como aquelas que influenciam decisivamente na desigualdade de acesso aos serviços de saúde entre nas áreas urbanas e rurais.

Uma das barreiras mais notadas é o acesso a medicamento gratuito. A ineficiência da gestão e logística na distribuição de medicamentos, imprime dificuldade no abastecimento das farmácias que estão articuladas às USs. Consequentemente a população, na sua maioria empobrecida, não consegue obter tratamentos medicamentosos, sendo pequeno o número dos que podem adquiri-los em farmácias privadas. As propostas para melhorar esse quadro sempre esbarram na insuficiência de verbas ou orçamento e na sua

gestão descentralizada, que constitui um imbróglio para a viabilização da expansão da rede de serviços de saúde. Seriam necessárias várias medidas, como a contratação de mais pessoal (levando em consideração o elevado rácio de funcionário), um melhor atendimento conforme a procura nas USs primárias, principalmente aquelas que são localizadas nas áreas mais desfavorecidas em termo de cobertura.

O estudo evidencia algumas outras particularidades. Embora a população de áreas urbanas, da cidade da Beira e Dondo, evidencie maior procura de unidades de saúde, por vezes prefere procurar postos de saúde de gestão particular em parceria com o governo. Essas prestam cuidados de saúde a população sob convénio de responsabilidade social. Nestas unidades sanitárias, a população encontra um atendimento mais rápido e melhores condições das infra-estruturas para acomodar, quando comparados as unidades de saúde de gestão pública, onde há falta de pessoal, como já foi destacado, além do tempo de atendimento mais demorado e as condições de conforto.

Os contrastes identificados são por vezes extremos. Em algumas unidades de saúde no distrito de Dondo e Beira, por exemplo, o uso de casas de banhos é proibido. Acaba-se por verificar situações frequentes em que os utentes, e principalmente casos de gestantes em puerpério (que são proibidas de fazer higiene pessoal após o parto) têm que esperar o regresso à casa. Essa situação acaba por gerar um circuito não oficial: familiares dos utentes ou os próprios têm de contactar em carácter particular com os funcionários serventuários, responsáveis pelas chaves, que liberam o acesso reservado em troca de contrapartidas. Para outros, entretanto, o sistema permanece o mesmo.

A ausência de autonomia dos serviços distritais e os serviços de nível secundário no que tange a gestão descentralizada do orçamento, são apontadas como importantes entraves ao pleno funcionamento do sistema nacional de saúde e à garantia da acessibilidade e equidade dos cuidados de saúde. Gera também uma competição entre prestadores de cuidados públicos e privados em termos de qualidade de prestação dos serviços.

Nos últimos 20 anos, a oferta dos serviços não tem respondido a procura da província de Sofala (Beira, Dindo e Búzi). Como já foi sublinhado, a planificação e expansão dos serviços de saúde vem tomando como critério a densidade populacional e o raio teórico entre as unidades e o aglomerado. Evidenciamos que houve uma fraca expansão de rede de serviços de saúde conforme documentos oficiais e dados produzidos por este estudo, onde se descreve a falta de equipamento de diagnósticos nas USs. Os rácios médico/utente e enfermeiros elevados, a falta de capacidade de atendimento, espaço físico das

unidades, equipamentos de proteção individual e ambulâncias para transferência, são algumas das barreiras que dificultam uma diminuição da desigualdade na prestação de serviços de saúde para áreas com maior procura.

O modelo atual de atribuição do orçamento não influencia para a diminuição na desigualdade de acesso, traduzindo-se dessa forma a não resposta das necessidades dos serviços. Nesse sentido, entende-se que o orçamento seja atribuído aos serviços distritais de saúde, para a alocação e gestão, conforme as complexidades e prioridades observadas em cada região. A falta de apresentação de planos mais claros de atividades por parte dos órgãos governamentais também é um problema estrutural a ser resolvido.

A investigação demonstrou que a maior parte da população que em pouco tempo consegue chegar a uma unidade de saúde localiza-se nas áreas urbanas. No meio rural, as pessoas que levam menos tempo são aquelas que vivem nas proximidades das vilas. A execução do modelo de localização-alocação dos centros requeridos mostrou que existe um potencial de aumento substancial da percentagem da população coberta nestes distritos dentro de 120 minutos (10 km).

Quanto a direção da procura, mostrou-se que nos três distritos algumas unidades apresentam mais ligações em detrimento das outras que nunca são solicitadas dentro do limiar de 120 minutos. Essa situação remete para uma reflexão relativa à uma replanificação com vista à realocação de unidades de saúde para as áreas territoriais onde se observam unidades de saúde com mais procura, como forma de aliviar essas unidades em termos de pressão sobre as infra-estruturas, sobre os rácios funcionários de saúde /habitante, prestação dos serviços de qualidade, tempo de espera para atendimento. Por outro lado, havendo essa maior procura, é importante haver uma avaliação em termo de atribuição de mais recursos financeiros, para frente as crescentes necessidades observadas.

Tendo em conta ao modelo da localização-alocação, os modelos de minimize impedância e máxima cobertura mostraram que em termos de facilidade de deslocação até à unidade de saúde por via pedonal, a maior percentagem da população da área da amostra pode ter acesso dentro de intervalo até 120 minutos correspondente a 10 km. Há, todavia, comunidades que não conseguem ter acesso a uma unidade de saúde. Essa situação de não abrangência verifica-se com particular intensidade no distrito de Búzi.

Relativamente à capacidade de cada unidade de saúde, tendo em conta a sua categoria, os resultados indicam que os três distritos diferem no nível de cobertura. Sugerem que a cobertura dos serviços secundários pode ser melhorada significativamente através da requalificação das unidades de saúde mais solicitadas, embora a remoção de um

Conclusão

serviço existente numa aldeia possa gerar uma forte oposição e pressão política. Além disso, o custo da realocação de um serviço pode não ser significativamente mais alto do que a construção de um novo serviço (Rahman & Smith,2000).

Bibliografia

- Ahmad, S. (2012). *A Gis Based Investigation of Spatial Accessibility To Health*.
- Amendra, R. J. M. (2018). A Vulnerabilidade ao Frio em Portugal: custos sociais e Económicos do Excesso de Mortalidade e de Morbilidade Durante o Inverno. In *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*.
- Anderson, J. G. (1973). Health services utilization: framework and review. *Health Services Research*, 8(3), 184–199.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4593850>
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1071757>
- ANEME – Associação Nacional das Empresas Metalúrgicas e Electromecânicas. (2017). *Estudos de Moçambique: Província de Sofala*.
- Apóstolo, J. P. R. (2022). Modelo Combinado Teoria dos Grafos e Localização-Alocação: Para uma Análise Espaciotemporal da Rede de Transportes Públicos da Cidade de Lisboa. In *Universidade de Lisboa Instituto de Geografia e Ordenamento do Território* (Issue 8.5.2017).
- Apparicio, P., Abdelmajid, M., Riva, M., & Shearmur, R. (2008). Comparing alternative approaches to measuring the geographical accessibility of urban health services: Distance types and aggregation-error issues. *International Journal of Health Geographics*, 7, 1–14. <https://doi.org/10.1039/c5dt00434a>
- Apparicio, P., Cloutier, M., & Shearmur, R. (2007). *The case of Montréal ’ s missing food deserts : Evaluation of accessibility to food supermarkets*. 13, 1–13.
<https://doi.org/10.1186/1476-072X-6-4>
- Arnaldo, C. (2017). *Dinâmicas da População e Saúde em Moçambique* (Issue July 2013).
- ASFC;MULEIDE;CEEI/ISRI. (n.d.). Impacto dos Conflitos Armados na Vida das Mulheres e Raparigas em Moçambique. In *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952.
- Banco Mundial. (2018). *Actualidade economica de Moçambique: Redução na pobreza*,

- mais aumento da desigualdade.*
<https://www.worldbank.org/pt/cauntry/Mozambique/publication>
- Bardin, L. (1977). Análise de Conteúdo retirar. In *Revista Educação* (Vol. 22, Issue 37).
http://books.google.com/books?id=AFpxPgAACAAJ%5Cnhttp://cliente.argo.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html#_ftn1
- Bardin, L. (2001). *10 - Bardin, Laurence - Análise de Conteúdo.pdf* (p. 118).
- Barreto, M. L. (2017). *Health inequalities : a global perspective*. 2097–2108.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>
- Boscoe FP, editor. (2013). *Geographic health data: fundamental techniques for analysis*.
- Braveman, P. (2014). What are health disparities and health equity? we need to be clear.
Public Health Reports, 129(SUPPL. 2), 5–8.
<https://doi.org/10.1177/00333549141291s203>
- CIHI, C. I. F. H. I. (2009). National Health Expenditure Trends 1975-2009. In *Health (San Francisco)* (Issue October).
- Conceição, M. C. G. dos S. R. da. (2011). *Hospitais de primeira referência, distrito de saúde e estratégia dos cuidados de saúde primários em moçambique*. 357.
- Costa, C. (2010). *Localização Óptima do Futuro Hospital de Sintra: Aplicação de modelos de location-allocation no planeamento de cuidados de saúde*.
- Costa, C., Santana, P., Freitas, P., Almendra, R., & Loureiro, A. (2011). The Construction of a Geographical Information System to Support Health Care Decisions: Measuring Access to Health Care in São Tomé e Príncipe. *Revista Digital Del Grupo de Estudios Sobre Geografía y Análisis Espacial Con Sistemas de Información Geográfica (GESIG)*, 3(3), 1–21.
- Costa, C., Santana, P., Santos, R., & Loureiro, A. (2010). Pre-school facilities and catchment area profiling: A planning support method. *Lecture Notes in Geoinformation and Cartography*, July, 97–117. https://doi.org/10.1007/978-3-642-12326-9_6
- Costa, C., Santana, P., Santos, R., & Loureiro, A. (2014). *Pre-School Facilities and Catchment Area Profiling : a Planning Support PRE-SCHOOL FACILITIES AND CATCHMENT AREA PROFILING : A PLANNING SUPPORT. July 2010*.

- <https://doi.org/10.1007/978-3-642-12326-9>
- Costa, C., Tenedório, J. A., & Santana, P. (2020). Disparities in geographical access to hospitals in Portugal. *ISPRS International Journal of Geo-Information*, 9(10).
<https://doi.org/10.3390/ijgi9100567>
- Dalbello-Araujo, Maristela; Garbois, J. A., & Sodré, F. (2017). Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde Em Debate*, 41(112), 63–76.
<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206>
- Dávila, J; Kyrou, E; Nuñez, T; Sumich, J. (2008). Urbanisation and Municipal Development in Mozambique: Urban Poverty and Rural-Urban Linkages. In *University College London* (Issue June).
http://siteresources.worldbank.org/INTDEBTDEPT/Resources/468980-1218567884549/5289593-1224797529767/Mozambique200808_01.pdf
- Declaração de ALMA-ATA, 1978. (1978). *Cuidados Primários de Saúde: Relatório da Conferencia Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata.*
- Delamate, Paul ; Messina, J. ; A. M. S. and S. C. G. (2012). Measuring geographic access to health care: raster and network-based methods. *International Journal Of Health Geographic*, 2–18. <https://doi.org/10.1186/1476-072X-11-15>
- Donabedian, A. (1973). Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. In *Harvard University*.
- DRH. (2017). Relatório Anual 2017. In *Relatório Anual*.
<https://doi.org/10.1029/2012JC008124>
- Egresi, I., Kara, F., & Egresi, I. O. (2013). Accessibility of Health Care Institutions: A Case Study by Using GIS International Journal of Scientific Knowledge Computing and Information Technology ACCESSIBILITY OF HEALTH CARE INSTITUTIONS: A CASE STUDY BY USING GIS. *Article in International Journal of Scientific Research*, 3(4).
<https://www.researchgate.net/publication/301287294>
- Emilio Carrillo, J., Carrillo, V. A., Perez, H. R., Salas-Lopez, D., Natale-Pereira, A., Byron, A. T. (2011). Defining and targeting health care access barriers. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 22(2), 562–575.
<https://doi.org/10.1353/hpu.2011.0037>

- Ferreira, R., & Raffo, J.. (2012). O uso dos Sistemas de Informação Geográfica (SIG) no estudo da acessibilidade física aos serviços de saúde pela população rural: Revisão de literatura. *HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e Da Saúde* -, 8(15), 177–189.
- Forquilha, S. (2020). *Desafios para Moçambique: Introdução 1*. 17–28.
- Freitas, P. et al. (2010). *Saúde para Todos: Mudando o paradigma de prestação dos cuidados de saúde em São Tomé e Príncipe* (Issue March 2015).
- Freitas, C. (2018). *Acessibilidade aos serviços de cuidados primários - Diagnóstico de Situação no Baixo Alentejo*. 75383.
- Garrido, P. I. (2020). *WIDER Working Paper 2020 / 131 Saúde , desenvolvimento e factores institucionais O caso de Moçambique*. 5.
- Geurs, K. T., & van Wee, B. (2004). Accessibility evaluation of land-use and transport strategies: Review and research directions. *Journal of Transport Geography*, 12(2), 127–140. <https://doi.org/10.1016/j.jtrangeo.2003.10.005>
- Gironés, A. L. (2018). *Desigualdades em Saúde em acesso , barreiras e qualidade de*. 60.
- Governo de Moçambique. (2009). *Perfil de Habitação*.
- Governo de Moçambique. (2005). *Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta, 2001-2005*.
- Governo de Moçambique. (2015). Programa Quinquenal do Governo 2015 - 2019. *Boletim Da República*. <http://www.biofund.org.mz/wp-content/uploads/2017/03/PQG--2015-2019-Aprovado-pela-AR.-BR-29-I-S--RIE-2.--SUPLEMENTO-2015.pdf>
- Governo de Mocambque. (2017). *Plano estratégico-Sofala 2010-2020* (pp. 6–8).
- Granja, G. F., Zoboli, E. L. C. P., & Fracolli, L. A. (2013). O discurso dos gestores sobre a equidade: Um desafio para o SUS. *Ciencia e Saude Coletiva*, 18(12), 3759–3764. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001200032>
- Guagliardo, M. F. (2004). *Spatial accessibility of primary care : concepts , methods and challenges*. 13, 1–13.
- Guimarães, R. B. (2015). *1 - Geografia e saúde* (UNESP (ed.)).

- Gulliford, M. e Morgan, M. (2013). (2013). Access to Health Care. *Oxford Textbook of Global Public Health*.
- Gutiérrez, J.; Condeço-Melhorado, A. e Martin, J. C. (2010). Using accessibility indicators and GIS to assess spatial spillovers of transport infrastructure investment. *Journal of Transport Geography*, Vol. 18, N, 141–152.
- Hansen, W. (1959). “How accessibility shapes land use”. In *Journal of the American Planning Association*.
- Henriques, C. D. (2008). *Maputo, cinco décadas de Mudança Territorial: o uso do solo observado por tecnologias de informação geográfica* (Instituto). Universidade Técnica de Lisboa.
- Munoz, H. U., & Källestål, C. (2012). Geographical accessibility and spatial coverage modeling of the primary health care network in the Western Province of Rwanda. *International Journal of Health Geographics*, 11, 1–11.
<https://doi.org/10.1186/1476-072X-11-40>
- IndexMundi. (2018). *Mozambique - Country Profile - 2018*.
<https://www.indexmundi.com/mozambique>
- INE. (2007). III recenseamento geral da população e habitação, 2007. *Instituto Nacional de Estatística*, .
- INE. (2017a). Censo 2017: IV Recensamento Geral da População e Habitação. In *Instituto Nacional de Estatística* (Vol. 11, Issue 5).
- INE. (2018). Anuário Estatístico 2017. In *Instituto Nacional de Estatística* (Vol. 91).
- INE, I. N. de E. (2017b). Anuário Estatístico. In *Syria Studies* (Vol. 7, Issue 1).
https://www.researchgate.net/publication/269107473_What_is_governance/link/548173090cf22525dcb61443/download%0Ahttp://www.econ.upf.edu/~reynal/Civil_wars_12December2010.pdf%0Ahttps://think-asia.org/handle/11540/8282%0Ahttps://www.jstor.org/stable/41857625
- Infante, G. P. P. (2013). *Modelo de acessibilidade para o planeamento espacial de ações em saúde pública: o caso dos programas de vacinação contra raiva e de esterilização para cães e gatos de Bogotá, Colômbia*. 79.
- Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Anuário Estatístico 2017*. 132.

- Islam, M., & Aktar, S. (2011). Measuring Physical Accessibility to Health Facilities – A Case Study on Khulna City. *World Health & Population*, 12(3).
<https://doi.org/10.12927/whp.2011.22195>
- Johar, M., Soewondo, P., Pujisubekti, R., Satrio, H. K., & Adji, A. (2018). Inequality in access to health care, health insurance and the role of supply factors. *Social Science and Medicine*, 213(July), 134–145. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.044>
- Joseph, Alun E. & Philips, D. R. (1984). *Accessibility and utilization: geographical perspectives on health care delivery*. (1st ed.).
- Pacheco, J. A. A. (2014). *Análise Geoecológica Direcionada Ao Planejamento e Gestão Ambiental da Província de Sofala-Moçambique*. Universidade Federal do Ceará, Brasil.
- Kara, F., & Egresi, I. O. (2013). Accessibility of Health Care Institutions: A Case Study By Using GIS. *International Journal of Scientific Knowledge*, 3(4), 16–27.
- Koce, F., Randhawa, G., & Ochieng, B. (2019). Understanding healthcare self-referral in Nigeria from the service users' perspective: A qualitative study of Niger state. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4046-9>
- Kotavaara, O., Nivala, A., Lankila, T., Huotari, T., Delmelle, E., & Antikainen, H. (2021). Geographical accessibility to primary health care in Finland – Grid-based multimodal assessment. *Applied Geography*, 136(October), 102583.
<https://doi.org/10.1016/j.apgeog.2021.102583>
- Kumar, N. (2004). Changing geographic access to and locational efficiency of health services in two Indian districts between 1981 and 1996. *Social Science and Medicine*, 58(10), 2045–2067. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.08.019>
- Langford, M., Higgs, G., Fry, R. (2016). Multi-modal two-step floating catchment area analysis of primary health care accessibility. *Health and Place*, 38, 70–81.
<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2015.11.007>
- Lectícia, M. & Pelegrini, M. De. (2005). *Eqüidade na alocação de recursos para a saúde : a experiência do Estado do Rio Grande do Sul , Brasil Equity in health resources allocation : the experience of Rio Grande do Sul , Brazil*. 275–286.
- Levesque, J.-F. et al. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Berichte Der Deutschen*

- Chemischen Gesellschaft*, 28(3), 3262–3265.
<https://doi.org/10.1002/cber.189502803178>
- Liu, S. & Zhu, X. (2004). Accessibility Analyst: An integrated GIS tool for accessibility analysis in urban transportation planning. *Environment and Planning B: Planning and Design*, 31(1), 105–124. <https://doi.org/10.1068/b305>
- Luís, A. dos A., & Cabral, P. (2016). Geographic accessibility to primary healthcare centers in Mozambique. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0455-0>
- Luo, W., & Wang, F. (2003). Measures of spatial accessibility to health care in a GIS environment: Synthesis and a case study in the Chicago region. *Environment and Planning B: Planning and Design*, 30(6), 865–884. <https://doi.org/10.1068/b29120>
- Marín, G., Sarría, A., Serrato, B., Muñoz, M., & Eds, D. (2016). *Acessibilidade espacial aos serviços de saúde em Portugal Continental*. November.
- Marinho,, A. A., & Rodrigues, N. F. R. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 28(2), 127–131. [https://doi.org/10.1016/S0870-9025\(10\)70003-1](https://doi.org/10.1016/S0870-9025(10)70003-1)
- Martins, A., Freitas, R.P. Ribeiro, S. (2013). *Atlas de Oportunidades* (H. PORTUGA (ed.)). <https://doi.org/10.1081/E-EWS>
- Marques da Costa, N.M.S (2007) Mobilidade e transporte em áreas urbanas. Caso de estudo de área metropolitana de Lisboa, tese de doutoramento. Universidade de Lisboa
- Massarongo-Jona, O. (2016). O Direito à Saúde como um direito humano em Moçambique. *Cadernos Ibero-Americanos*, 5, 152–164.
- McCollum, R., Taegtmeier, M., Otiso, L., Mireku, M., Muturi, N., Martineau, T., & Theobald, S. (2019). Healthcare equity analysis: Applying the Tanahashi model of health service coverage to community health systems following devolution in Kenya. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0967-5>
- Mendonça, F., Araújo, W., Fogaça, T. (2014). A geografia da saúde no Brasil: Estado da arte e alguns desafios. *INvertigação Geográfica*, 48, 41–52.

- Ministerio da Saude. (2012). *Relatório da revisão do sector de saúde*. 161.
- Ministério da Saúde. (1997). *Guião para Supervisão de Centros de Saúde: Manual de Utilização*.
- Ministério da Saúde. (2015). *Contas Nacionais De Saúde De Moçambique - 2012: Vol.*.
<https://www.misau.gov.mz/index.php/contas-nacionais-de-saude#>
- Ministerio de Saúde. (2012). *Relatório da revisão do sector de saúde*. 161.
- Ministério de Saúde. (2002). *Diploma Ministerial*.
<https://gazettes.africa/archive/mz/2002/mz-government-gazette-series-i-dated-2002-07-31-no-31.pdf>
- Ministério de Saúde. (2012). *Ministerio da Saude :Plano Estrategico do Sector da Saúde 2007 -2012*.
- Ministério de Saúde. (2013a). *Inquerito Demográfico de Saúde Moçambique 2011*.
- Ministério de Saúde. (2013b). Plano Estratégico do Sector da Saúde PESS 2014-2019. In *Symposium JS.4 at the Joint Convention of the International Association of Hydrological Sciences, IAHS and the International Association of Hydrogeologists, IAH* (Vol. 331). <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-78751675234&partnerID=40&md5=8be76e71af0962a1da5020b045bacebd>
- Ministério de Saúde. (2015). *Contas Nacionais de Saúde de Moçambique-2012*.
- Ministério de Saúde. (2018). *Inventario Nacional de Infra-estruturas, Equipamentos, Recursos Humanos e Serviços de Saúde SARA 2018*.
- Ministério de Saúde. (2020). *Anuário Estatístico de Saúde 2019*. 1–59.
<http://www.misau.gov.mz/index.php/anuarios-estatistico>
- Ministerio de Saude, M. (2016). *Mapa Sanitário Distrito-Município*.
- Morgado, P. (2010). *Efeito Estruturante das Redes de Transporte no Território. para obtenção do grau de Doutor em Geografia Humana. Instituto de Geografia e Ordenamento do Território da Universidade de Lisboa*
- Muanamoha, R., & Arnaldo, C. (2014). *Dinâmica Demográfica e suas Implicações em Moçambique*. 1–57.
- Mundial, B. (2015). *Índice Moçambique Avaliação da Pobreza: Crescimento Forte, Mais*

Não Partilhado.

Nogueira, H. G. (2006). *os Lugares e a Saúde: Uma abordagem da Geografia as variações em saúde na Área Metropolitana de Lisboa* [Universidade de Coimbra]. Tese de Doutoramento

Nova, Y. P. (2017). *Sofala: desenvolvimento e desigualdade territoriais.*

Josa, O. & Magrinyà, F. (2018). Patchwork in an interconnected world: the challenges of transport networks in Sub-Saharan Africa*. *Transport Reviews*, 38(6), 710–736.
<https://doi.org/10.1080/01441647.2017.1414899>

OMS. (1948). Constituição da Organização Mundial da Saúde. *Biblioteca Virtual de Direitos Humanos Da USP :Disponível*
Em:Http://Www.Direitoshumanos.Usp.Br/Index.Php/Oms-Organizal.

OMS. (2008). *Cuidados de Saúde Primário-Agora Mais Que Nunca.*

OMS. (2018). *Avaliação Sumativa da Iniciativa de Expansão do Acesso Rápido da OMS Resumo dos Países (Moçambique). 3.*

Organização Mundial de Saúde. (2012). *Sistemas de Saúde em África.* 97.

Padeiro, M. (2008). *De l ' accessibilité aux dynamiques centralitaires en banlieue parisienne.* 6–7.

Padeiro, M. (2017). Research in Social and Administrative Pharmacy Geographical accessibility to community pharmacies by the elderly in metropolitan Lisbon. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 1–10.
<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.07.014>

Padeiro, M. (2018). Geographical accessibility to community pharmacies by the elderly in metropolitan Lisbon. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 14(7), 653–662. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.07.014>

Peiter, P. C. (2005). a Geografia Da Malária Na Faixa De Fronteira Brasileira. In *Universidade Federal do Rio de Janeiro, IGEO/PPGG.* Tese de Doutoramento

Penchansky, D. B. A.; Thomas, J. W. (1981). The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*, v. 19, 127–140.

PNUD. (2015). *Relatório do Desenvolvimento Humano 2015.*

- Rahman, S. U., & Smith, D. K. (2000). Use of location-allocation models in health service development planning in developing nations. *European Journal of Operational Research*, 123(3), 437–452. [https://doi.org/10.1016/S0377-2217\(99\)00289-1](https://doi.org/10.1016/S0377-2217(99)00289-1)
- Remoaldo, P. C. A. (2008). Acessibilidade física, funcional e económica aos cuidados de saúde. *IV Congresso Da Geografia Portuguesa-Geografia: Territórios de Inovação*, 1–15.
- Remoaldo, P. & Nogueira, H. (2018). *Desigualdades socioterritoriais e comportamentos em saúde. December 2012.*
- Resource, I. R. C., P., Witt, N. H., Reserved, A. R. (2013). *Imp IRC Resource Paper No. 1 2013. 1*, 1–22.
- Ribeiro, V.; Remoaldo, P.; Gutiérrez, J. J. C. (2015). Acessibilidade e sig no planeamento em saúde: Uma abordagem baseada em modelos de alocação-localização. *Revista Portuguesa de Estudos Regionais*, 38(1), 3–18.
- Ribeiro, V. P. R. (2012). Mobilidade e Acessibilidade da População aos Serviços de Saúde: o caso do município de Brag. *Universidade Do Minho, Tese de Doutoramento em Geografia.*
- Ribeiro, V. R. ; P. R. ; J. G. ; J. C. (2015). Acessibilidade e SIG no Planeamento em Saúde: Uma Abordagem Baseada em Modelos de Alocação-Localização. In *Minerva Chirurgica* (Vol. 56, Issue 2, pp. 1–16).
- Santana, P., Santos, R. Costa, C., Loureiro, A. (2010). *Reorganização De Unidades De Saúde Tendo Em Conta Critérios De Procura E Acessibilidade Sustentável. O Caso De Coimbra.*
- Santana, P. (1993). *Acessibilidade e utilização dos serviços de saúde: Ensaio metodológico em geografia de saúde.* Universidade De Coimbra.
- Santana, P. (2005). *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento.* Almedina.
- Santana, P. (2014). Introdução à Geografia da Saúde: Território, Saúde e Bem-Estar. In *Universidade de Coimbra.*
- Saúde, M. D. A. (2020). *Anuário Estatístico de Saúde.*
- Schuurman, N., Bérubé, M., & Crooks, V. A. (2010). Measuring potential spatial access

- to primary health care physicians using a modified gravity model. *Canadian Geographer*, 54(1), 29–45. <https://doi.org/10.1111/j.1541-0064.2009.00301.x>
- Sebastião, A. (2022). Conflito político-militar no centro de Moçambique fez centenas de órfãos. *DW*. <https://p.dw.com/p/498cP>
- Sequeira, A. R. (2017). *A Malária em Moçambique: Políticas, Provedores de Cuidados, Saberes e Práticas de Gestão da Doença*.
- Serdar, M., Bennett, A., Heier, J. L. (2017). Measuring potential spatial accessibility of home healthcare services Mehmet. *Socio-Economic Planning Sciences*, 59, 13–25. <https://doi.org/10.1016/j.seps.2016.09.007>
- Silva, K. S. D. N., & Padeiro, M. (2020). Assessing inequalities in geographical access to emergency medical services in metropolitan Lisbon: A cross-sectional and ecological study. *BMJ Open*, 10(11), 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033777>
- Silva, K. S. N. (2020). Saúde e Justiça Espacial: A Geografia dos Serviços de Urgência na Área Metropolitana de Lisboa. In *SELL Journal*. Universidade de Lisboa.
- Sitoe, G. A. A. (2017). *Risco e Vulnerabilidades Socioambientais à Malária em Quelimane-Zambézia, Moçambique* (Issue 1). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Smith, M. J. (2015). Health equity in public health: Clarifying our commitment. *Public Health Ethics*, 8(2), 173–184. <https://doi.org/10.1093/phe/phu042>
- Solar, O. & Irwin, A. (2010). CSDH framework action. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, 3.
- Tsandzana, A. F. (2010). *Atlas socio-demografico de Mocambique (1997-2007) - uma abordagem SIG*. 158.
- UNICEF. (2018). *Informe Orçamental Saúde 2018*. 1–11. <https://www.unicef.org/mozambique/sites/unicef.org.mozambique/files/2019-04/2018-Informe-Orcamental-Saude.pdf>
- UNICEF. (2022). *Principais Indicadores sociodemografico da Província de Sofala. 8.5.2017*, 2003–2005.
- Verma, V. R., & Dash, U. (2020). Geographical accessibility and spatial coverage

- modelling of public health care network in rural and remote India. *PLoS ONE*, 15(10 October), 1–23. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239326>
- Viegas, A. P. B. F. C. M. P. L. (2015). *Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência 1* *Factors associated to the access to health services from the point of view of professionals and users of basic reference unit*. 100–112. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100008>
- Wang, F. (2015). More health expenditure, better economic performance? Empirical evidence from OECD countries. *Inquiry (United States)*, 52(December 2015), 1–5. <https://doi.org/10.1177/0046958015602666>
- WHO. (n.d.). African Health Observatory. *African Health Observatory*. http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/index.php/Mozambique:Index/pt
- Wicks, D. (2017). The Coding Manual for Qualitative Researchers (3rd edition). In *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal* (Vol. 12, Issue 2). <https://doi.org/10.1108/qrom-08-2016-1408>
- Williams, D. R. & Sternthal, M. (2010). Understanding Racial-ethnic Disparities in Health: Sociological Contributions. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1_suppl), S15–S27. <https://doi.org/10.1177/0022146510383838>
- Xia, T., Song, X., Zhang, H., Song, X., Kanasugi, H., & Shibasaki, R. (2019). Measuring spatio-temporal accessibility to emergency medical services through big GPS data. *Health and Place*, 56(December 2018), 53–62. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2019.01.012>

ANEXOS

Documentação Acessória

Apresentação

Neste documento são apresentadas as transcrições de entrevistas semiestruturadas realizadas no âmbito da pesquisa de campo, assim como os protocolos e modelos, metodologias aplicadas, sistematização, codificação de dados, e material gráfico estatístico e analítico.

Foram realizadas entrevistas com duas variantes: a primeira dirigida aos representantes dos governos e organizações não-governamentais (**grupo 1**); e a segunda orientada para um grupo de funcionários de saúde (médicos e enfermeiros, **grupo 2**), com o objetivo de colher as suas opiniões relativas as dimensões de equipamentos de saúde, recursos humanos, financiamento e satisfação do entrevistado em relação às condições de acesso e atendimento prestado na província de Sofala. As questões orientadoras foram grupadas em três grandes domínios: Unidades de saúde, Recursos humanos e financiamento e avaliação de satisfação dos grupos. Os inquéritos foram aplicados via formulário on-line.

As entrevistas/inquéritos foram realizadas em três áreas, distribuídas em três distritos da província de Sofala, nomeadamente: Beira, Dondo e Búzi. Pela situação da pandemia da doença por coronavírus (COVID-19), optamos por dois modelos de orientação das entrevistas; sendo a primeira variante orientada presencialmente, e a segunda variante realizada por e-mail e redes sociais pela pesquisadora. Logo a seguir apresentamos o método de elaboração das entrevistas/inquéritos e anexamos os respetivos modelos usados.

Transcrições: entrevistas do grupo 1 Representantes do Governo /Organizações não governamentais

Entrevistado: P1_DP

Local da entrevista: Beira [e-mail]

Data da Entrevista/ recebimento das respostas: 16-12-2020

Acrónimos: E – Entrevistadora/pergunta; P1_DP: Entrevistado

[Início da transcrição]

a) Domínio das unidades saúde

E: 1. Bom dia, Doutor [P1_DP], como disse nessa abordagem eu quero fazer esta entrevista com o objetivo de melhorar e entender algumas questões que ficaram por esclarecer e actualizar — o que já tinha sido feito no primeiro contacto. Meu nome é Queran, já nos tínhamos apresentado. Então, já podemos começar a entrevista. Então doutor [P1_DP], sendo o [cargo/função] a nível da Província de Sofala, nós temos umas questões que queremos entender. Uma das primeiras é: tendo em conta os critérios que conhece e que são utilizados para alocação de infra-estruturas e pessoal nos serviços de saúde (ao nível primário e secundário) na sua opinião: quais critérios deveriam ser melhorados ou acrescentados para futuras instalações no meio urbano e rural?

P1_DP: Segundo aquilo que é definido como critérios para alocação de infra-estruturas, normalmente usa-se dois critérios: 1º é rever a distância entre o local onde se pretende construir a nova infra-estrutura ou a unidade sanitária em relação a unidade sanitária mais próxima. Então, normalmente nas zonas urbanas tem sido o normal àquilo que é ideal abaixo de 5 km enquanto na zona rural seja abaixo de 10km. Mas há outra questão que é adicional que é densidade populacional. Conjuga-se esses dois factores: a distância e densidade populacional para alocação de infra-estruturas, então é nesse contexto que eu penso, são esses dois factores. A única coisa que nós podemos melhorar é em relação àquilo é a média usada para definição em termo de distância para definição, porque sabemos que há muita população naquela nestas áreas que estão a menos de 10 km. Então, nós podemos rever a meta da definição que dizem de 10 km, eu penso que

podemos diminuir nas zonas rurais, porque a população percorre longas distância mesmo! É verdade que o factor de densidade populacional, naquele local, porque àquela infra-estrutura estando naquele local nós temos de tirar proveito, vemos se essa infra-estrutura será usada, coberta ou essa população poderá cobrir? Então, por vezes podemos instalar uma unidade sanitária num local menos povoado, então a infra-estrutura não será utilizada para tal. Então ficamos como uma infra-estrutura instalada num sítio e com pouca população para nela receber cuidados de saúde. Eu penso que a questão principal que gostaria que se revesse é a questão da distância média por vez! Em relação aos recursos humanos, o que temos usado para alocação dos recursos humanos é revermos a carga, o volume de atividade. Nós chamamos por unidade de atendimento, e... Esse padrão de unidade de atendimento já vem um pouco mais ultrapassado em função dos novos de serviços que entraram. Quando nós usávamos número de internamento, a vacinação, partos institucionais, os contactos de saúde materno infantil, as consultas externas, as consultas de estomatologia. Então o peso de quanto tempo que uma criança leva para ser vacinada, quanto tempo que uma mulher leva para dar à luz, o profissional leva a atender, então era avaliada na base deste tempo! Só que olhando para hoje em dia, há muitas outras atividades que se desenvolvem na unidade sanitárias, temos a componente do HIV, muitas outras atividades que o profissional acaba estando muito ocupado nessas outras atividades, e que essas atividades não entram na contabilização do volume do trabalho alocado a esse funcionário. Há uma atividade que o Ministério da Saúde está a levar a cabo: a revisão daquilo que é o volume de atividade, quais serão os serviços que entram para o cálculo do volume de cada um dos profissionais. Então esse deve ser revisto, porque há muitas atividades que ocupam o profissional, mas que não entram, e também temos aquilo que são os rácios, que é médico por habitante, enfermeiro por habitante, assim sucessivamente, profissional por habitante. Então, esses rácios... Também nós olhamos naquilo que são os padrões, tentamos saber de antemão que estamos muito longe daquilo que são os padrões definidos pela OMS, então o que nós fazemos é tentar ajustar mais sempre olhando para reduzir esses rácios.

- E:
2. Em relação a segunda pergunta, a questão é para alocação de novas unidades sanitárias, deve-se ter em conta a importância do aglomerado populacional, a existência de vias de acesso, a distância entre as unidades de saúde existentes e as comunidades. Em média esta distância é de até 10 km, embora na prática o raio esteja muito acima da média (Ministério de Saúde, 2013). Na sua avaliação: a) as estratégias usadas para projetar uma nova unidade na província, ou mudança de categoria nas já existentes, tem

contribuído para uma melhor distribuição dos equipamentos e facilitar o acesso dos utentes?

P1_DP: Sim. As estratégias que nós levamos a cabo para a reclassificação das unidades sanitárias, mesmo para a construção de novas unidades sanitárias, nós olhamos por questões, primeiro é reduzir as distâncias que a população percorre para ter cuidados de saúde, mas mesmo assim, por não estarmos a cobrir toda a população, nós temos adotado outros serviços que é a questão de brigada móveis de assistência. Temos estado a fazer brigadas móveis para tentar cobrir aquela população que não é coberta pelas unidades sanitárias dentro do raio teórico. Então quando reclassificamos uma unidade sanitária é olhando pela população e olhando para os serviços que nós queremos que seja próxima à população, então temos feito de brigadas móveis. Mas fora das brigadas móveis reclassificamos algumas unidades sanitárias. Agora estamos a tentar, porque na província retirando a cidade da Beira, temos 12 distritos e nesses 12 distritos, nós já temos cerca de 5 hospitais nas sedes distritais, e o que nós queremos é criar nos outros distritos que não tem um hospital distrital essa capacidade melhorada dos cuidados de saúde reclassificando algumas unidades sanitárias para hospitais distritais.

E: Então, essa reclassificação tem a ver com a situação, que o Doutor diz, com a meta da população a que assistem e assim começam a sentir a necessidade de não serem um centro, mas um hospital para poder melhorar os serviços?

P1_DP: Sim, porque o que acontece é que nos distritos onde não temos hospital, quando há referências cirúrgicas, e a população é referida em outros sítios e fica distante e com mais gastos adicionais.

E: Em relação aos critérios para alocação de serviços e RH em regiões remotas, menos servidas de estradas (principais/secundárias): que proposta teria para melhorar o cenário actual de prestação de serviços, e a falta médicos/enfermeiros? Há muitas dessas situações em zonas mais recônditas?

P1_DP: Em zonas mais recônditas nós..., é aquilo que estava a dizer, nós temos um plano de desenvolvimento de infra-estrutura e esse plano de infra-estrutura por vezes é acompanhado de um plano de desenvolvimento de recursos humanos, e... Nós aqui temos um plano de desenvolvimento de infra-estrutura, onde já sabemos onde construir um hospital, onde é que temos, e se há um posto administrativo onde nós já analisamos e vimos, dada a população nós temos de passar àquela unidade sanitária, um centro de

saúde do tipo 2 sem internamento para uma um centro de saúde do tipo 1 com internamento. Então, nós já temos isso num plano, e temos posto de saúde que não tem maternidade, e nós temos de passar para centro de saúde tipo 2 com uma maternidade. Então nós já temos um plano já feito em coordenação com as autoridades locais de saúde. Essas autoridades já fizeram esse trabalho junto as comunidades locais, uma auscultação a população para saber onde é necessário construir uma nova unidade sanitária e onde é necessário reabilitar uma unidade sanitária, então isso já temos. E temos esse plano de recursos humanos, é verdade que não conseguimos. Com algumas universidades privadas temos muitos médicos, temos também muitos outros profissionais de saúde formados que ainda não estão a trabalhar porque não há orçamento. Então o grande problema aqui, para injetar mais recurso humanos, é a questão mesmo de orçamento. Quando houver disponibilidade orçamental, nós poderemos absorver mais recursos humanos.

E: Então já dá para dizer que a província já produz profissionais de saúde para assegurar [a demanda], infelizmente o governo não está a conseguir alocar dinheiro para poder colocar?

P1_DP: Não conseguimos absorver, as vagas são limitadas... As cotadas..., temos tido cotas limitadas em função das nossas necessidades.

E: Vocês não têm tido apoios para colocar essas pessoas?

P1_DP: Temos tido apoio de alguns parceiros! Ok, no caso de ProSaúde, há uma abertura no ProSaúde para recrutar alguns médicos, cirurgiões, nem licenciados em cirurgia, anestesia. Sim, são esses e são recrutados só nessa abertura. Num passado, nem que lá vai o ProSaúde tinha uma grande abertura, que nós podíamos contratar todos os funcionários específicos da área de saúde, mas como a ProSaúde 3, houve essa limitação; só temos de contratar profissionais daquelas categorias muito necessárias que são médicos, cirurgiões, anestesistas e instrumentistas. Então, são esse que nós contratamos e assegurados por ProSaúde, até que que possam passar para o Estado. Mas também temos tido apoio de alguns parceiros aqueles que fazem contratações com duração de 1 ano de alguns profissionais, dependendo da área de actuação daquele parceiro, se é saúde materna por 1 ano. E depois nós tentamos ver dentro daquilo que são as nossas cotas, como podemos absorver esses profissionais.

E: Sei que esses esforços têm sido feitos, então tendo em conta esse esforço, o que tem sido feito para melhorar as metas segundo as recomendações da OMS? O Doutor está aqui a dizer que estão a tentar, mas com essa falta de orçamento?

P1_DP: Com a falta de orçamento, estamos limitados a cumprir com as metas orientadas definidas pela OMS. Mas estamos a reduzir gradualmente os rácios lentamente... dificilmente... podemos levar muito tempo para cumprir com as metas.

E: 3. Na sua opinião, como deveria se desenhar um plano estratégico provincial para escolha de sítio, porque o Doutor já disse que já existe esse plano, mas o Doutor está satisfeito com esse plano desenhado como um plano estratégico para podermos encontrar melhor sítio para projeto, para as instalações e financiar as novas unidades? Vai de acordo?

P1_DP: Vai de acordo com as necessidades locais, porque o plano é feito, quer dizer, nós é que globalizamos o plano, mas toda a informações, a localização, a população, a distância para unidade sanitária mais próxima, a distância para a unidade sanitária de referência que é o distrito, etc., toda essa informação é local. São as autoridades sanitárias ao nível local, ao nível do Distrito! Eles que definem quais são os melhores, os locais junto as autoridades do distrito e depois essa informação é trabalhada ao nível da província.

E: a) Então, quem deveria participar na elaboração desse plano?

P1_DP: São as autoridades locais que participam, nós temos comitês de saúde, e temos vários grupos ao nível local que já deliberam as questões sobre a saúde. Temos os comitês de cogestão, comitês de saúde — esses são quem deliberam a situação de saúde numa determinada rede de saúde, e temos os líderes comunitários.

b) Domínio de Recursos humanos e financiamento

E: 4. Na quarta pergunta: a relação do número de profissionais de saúde (219 médicos, 1591 enfermeiros) por número de habitantes na Província de Sofala é de 1810 /2221803 habitantes; segundo os dados do relatório Sara (2018) na província o rácio é de 3.7 médicos para 10.000 habitantes e de enfermeiros é de 20/10.000 habitantes. A OMS recomenda 25 profissionais de saúde para 10000 habitantes (Muanamoha & Arnaldo, 2014). A alocação de novos quadros ou redistribuição de quadros existentes leva em conta esses organismos ou existem mecanismos internos para essa distribuição?

P1_DP: É aquilo que estava a dizer que quando nós temos estado a fazer alocações dos profissionais, nós fazemos na base das necessidades expressas ao nível local, ao nível do distrito. O distrito faz o seu levantamento e expressa as necessidades, mas nós também como temos alguns indicadores chave que nos orientam na alocação dos recursos, que são os rácios médicos/ enfermeiro/habitante, profissional de saúde, por exemplo por 100 mil habitantes, etc. porque a tendência é reduzir os rácios, isso é o que nos preocupa, reduzirmos os rácios, então esta é a base principalmente! Nós vemos em que distrito, por exemplo, o rácio médico/ habitante é muito elevado então nós, temos que baixar esse rácio, se há locação de prioridade médica então é definir principalmente primeiro para esse distrito, assim sucessivamente, mesmo olhando para os escasso recursos que nós temos, fazemos isso tanto para os médicos para os enfermeiro mas também olhamos para carga de volume de atividades, embora haja muita outra atividade que não entra no cálculo de volume de atividades, mais os rácios ajudam-nos muito a decidir na alocação dos recursos.

E: a) De acordo com a sua experiência, qual deveria ser a proporção ideal de médicos e profissionais por número de habitantes?

P1_DP: Daquilo que é, bem..., a OMS diz que 1 médico/1000 habitantes, nós estamos longe disso aí! Como província estamos acima disso, então estamos a lutar para cairmos baixo disso.

E: Tendo em conta a nossa realidade em Moçambique, nós sabemos que temos falta de recursos financeiros e dependemos de algumas ajudas de parceiros externos; dentro das nossas limitações qual seria o ideal, o Doutor estaria a concordar que no momento que estamos, temos de melhorar um pouco mais?

P1_DP: Tem-se de melhorar um pouco mais, porque nós trabalhamos com essas metas gradualmente, a ideia é de reduzirmos. Para nós o ideal seria se fosse um 1/10.000.

E: Nós estamos como 3.7/10.000, então o Doutor estaria a propor 1 médico para quantos mil habitantes?

P1_DP: Mais ou menos 10. 000 habitantes, estaríamos satisfeitos. Mas nesse SARA, se estão a calcular assim, incluíram os médicos do Hospital Central, que é um hospital de referência, então é por isso que no SARA vem 3.7! Mas, quando nós calculamos na realidade retirando os médicos do hospital, nós estamos com 1 médicos para 20. 000

habitantes, acima de 20.000 habitantes. Aqui, os cálculos que feito no SARA, incluíram os médicos de hospital central da Beira, mas na realidade quando fazemos os cálculos, olhando para aqueles por distrito — sem incluir os médicos do hospital central — porque é um hospital de referência, na província e na região centro.

E: Então estaríamos com 1 médico para 20.000?

P1_DP: Acho que estamos com 1 médico por 23.000, aproximadamente 23.000 habitantes. É o que nós temos!

E: Então, dentro disso, naquela primeira abordagem, que diz que poderíamos ter 1 médico para 10.000 habitantes, teriam tido em conta os médicos dos hospitais, mas se formos para o distrito qual seria o seu ideal?

P1_DP: Por isso é que eu disse 10.000, quando eu disse 1/10.000, porque estava a tentar, na realidade, reduzir esse rácio de 1 médico para 23.000! Quando disse 10.000 era olhando sem ver os indicadores do SARA. Olhando para os indicadores do SARA, em que eles globalizam incluindo os médicos do hospital central, parece que nós estamos muito bem. Mas, na realidade, quando fazemos o cálculo retirando os médicos, que é um hospital especializado, etc., que vela pela região centro do país, e olhando para àqueles que estão nos distritos, nós estamos muito além da realidade.

E: Quem olha para aquele relatório, diz que Moçambique está bem porque 10.000 é pouco, é o que a gente percebe. Mas, quando vamos na realidade vemos que não é isso!

P1_DP: Sim. Há quase uns 3 anos conseguimos colocar em quase todos os distritos 2 médicos. Todos os distritos têm 2 ou mais médicos, isso conseguimos fazer — excepto Muanza.

E: Esses médicos são generalistas?

P1_DP: São generalistas, menos em Nhamatanda, que tem também um cirurgião estrangeiro.

E: Então quanto a situações em torno dos distritos mais próximos, o cirurgião é que tem de responder para aqueles todos?

P1_DP: Bem, é por isso que disse que, por exemplo temos em Muxungué uma médica licenciada, no Búzi não temos. Mas temos uma enfermeira licenciada em saúde materno infantil, tem essa componente cesariana; em Marromeu temos uma licenciada em

cirurgia; em Caia temos uma licenciada em cirurgia, e em Nhamatanda temos um médico cirurgião coreano. Então, quando falo das estratégias de criarmos condições — porque é assim que nós tentamos reduzir a mortalidade materna, neonatal infantil — é criarmos essas condições de capacidades cirúrgicas em todos os distritos, para caso de qualquer complicação pelo menos haja uma cesariana ai próximo.

E: b) Então, vamos fechar essa quarta pergunta: é possível cumprir as metas da OMS com os recursos disponíveis?

P1_DP: Não, há metas que podemos cumprir, por exemplo metas de vacinação, nós conseguimos cumprir! Mas aquilo que são metas já definidas, quando se trata dos rácios, nós não conseguimos cumprir; tem que existir recursos, porque são limitados! Então nós não temos essa capacidade de absorver mais recursos humanos para reduzirmos os rácios. Os recursos humanos existem, mas os recursos financeiros é que não temos..., quer dizer, o orçamento atribuído ao ministério de saúde é muito baixo, porque normalmente dizem que tinha que ser..., acho que se fala de 15%.

E: 5. O atual modelo de financiamento misto (Orçamento do Estado, ProSaúde e ajudas externas) facilita a diminuição das desigualdades regionais?

P1_DP: Bem, como é atribuído o orçamento do Estado não facilita [a diminuir] as desigualdades regionais. Penso que deveria se rever a questão de como é atribuído o orçamento do Estado! há descentralização do orçamento ao nível dos distritos. A direção provincial e o hospital recebem diretamente! são unidades gestoras, os distritos são vistos como unidades gestoras, mas o que acontece é que temos por exemplo um distrito como Nhamatanda — que tem um hospital rural é o segundo distrito mais populoso da província — e temos lá uma instituição de formação, e outras tantas unidades sanitárias; mas quando atribuem o orçamento, já não olham para o hospital que está lá, que tem uma instituição de formação, mas para o número de unidades sanitárias que estão lá. Então há vezes em que numa rubrica o orçamento de Nhamatanda, que é atribuído ao serviço distrital de Saúde Mulher e ação social, é igual a um outro, como por exemplo ao dos serviços distrital de infra-estrutura, que não tem mais que o serviço distrital de Saúde Mulher e ação social. Então, nessa alocação de recursos, eu penso, na minha opinião, que a alocação do orçamento do Estado tinha que ter alguns critérios básicos ao nível dos distritos, porque há distrito que passam todo ano sem ter. Agora nas outras, com o apoio dos parceiros, nós temos estado a usar alguns critérios, por exemplo falo do HIA, mesmo de ProSaúde como é feito a alocação, temos usado alguns critérios: a

densidade, as distâncias em relação as comunidades, que é para ver a questão de cálculo dos combustíveis, porque temos alguns distritos como no caso de Muanza para operacionalizar as suas atividades; o distrito de Muanza tem poucas unidades sanitárias e um território extensivo, então tem que fazer muitas brigadas móveis, etc. Então isso também se toma em conta nessa questão.

E. 6. De acordo com os dados que existem, na sua opinião, quais os principais fatores que produzem as desigualdades regionais na distribuição de unidades de saúde e de recursos na província de Sofala?

P1_DP: Posso dizer o seguinte: para desigualdade em termos de infra-estruturas, não é que nós não temos condições para construir infra-estruturas, temos condições de reduzir e temos equipas, mas o que falta é dinheiro! A atribuição de orçamento para investimentos no orçamento do Estado é exígua. Por exemplo, estou a falar agora, estamos em 2020, nós estamos desde 2016 a construir algumas unidades sanitárias que ainda não concluímos por falta de recursos, então vamos arrastando. Aqui o meio desde 2016 a 2017 entramos nos problemas de dívidas ocultas e não temos tido recursos de investimento para concluir as infra-estruturas, então vamos adiando ano por ano, isso vai fazer como que atrasemos a reduzir.

E: Mas Doutor, a província não tem autonomia de buscar recursos por ela mesma, além de esperar?

P1_DP: Do momento não, só talvez agora com essa descentralização é que poderia existir essa abertura, do governador ir procurar alguns recursos e parceiros para poder desenvolver a província, mas na conjuntura anterior não havia essa abertura, era tudo centralizado, tem um limite orçamental; podes apresentar aquilo que são as suas necessidades, mas quando vem a comunicação do limite, que olha tens que fazer seu plano olhando para esse limite. Eu tenho necessidades maiores, mas tenho de ajustar-me para aquele limite. Faço meu plano na base daquele limite e submeto, é aprovado na Assembleia da República e depois quando já fazem a comunicação final, já baixou o orçamento. Então tenho que me reajustar daquele meu plano que vinha, com déficit em função do orçamento aprovado! Então sempre há lacunas.

E: 7. Na sua opinião como é feita a redistribuição do orçamento para o funcionamento das unidades sanitárias nos níveis primário e secundário?

P1_DP: O seguinte, é como disse: o que estamos a lutar é que as unidades sanitárias secundárias sejam unidades gestoras e independentes, e que possa receber o financiamento directo das finanças, e que eles justifiquem diretamente às finanças. Mas, até ao momento, a única unidade sanitária que tem um financiamento descentralizado é Hospital Central da Beira; os outros 5 hospitais, as instituições de formação, e as unidades sanitárias primárias (Posto de saúde, centro de saúde t1 e t2) não tem um financiamento directo, o financiamento é dado aos serviços distritais; então, os serviços distritais tem que suprir. É o exemplo que falava de Nhamantanda, que o orçamento que recebe como serviço distrital, esse orçamento tem que repartir para hospital, repartir para instituição de formação e outras unidades sanitárias. É isso que está a acontecer na redistribuição, não têm em conta ao peso que os serviços têm; então são dívidas, porque não pode ficar com doente sem ter alimentação, então são dívidas por trás de dívidas, que transitam anos após anos com dívidas, é dívidas com a EDM, com fornecedor de água. Então, são situações em que o orçamento de Estado não ajuda, está além da realidade.

E: 8. Em relação a pergunta oito: qual é a contribuição das ONGs nacionais e/ou internacionais no suprimento das necessidades para alocação/requalificação das Unidades Sanitárias e na capacitação de pessoal dessas unidades?

P1_DP: As ONGs contribuem grandemente naquilo que é o déficite do orçamento. Eles é que tem estado a nos apoiar. Por exemplo, no ano 2020 muito pouco tivemos de orçamento do Estado, e fomos andando graças aquilo que são apoios, que é o caso dos fundos da PróSaúde, a caso do apoio direto de algumas organizações não governamentais nacionais e estrangeiras. Elas têm nos apoiado muito, tanto em algumas reabilitações de infra-estruturas, na formação profissional, digo capacitações profissionais, porque todas as formações, capacitações, reciclagem do pessoal é feita com apoio desses parceiros, porque o Estado não provê, não cobre.

c) Domínio de avaliação de satisfação

E: 9. Como avalia o acesso aos serviços de saúde na Província:

Estímulo:

Muito Mau	Mau	Razoável	Bom	Muito Bom	Não Sei
-----------	-----	----------	-----	-----------	---------

P1_DP: O acesso aos cuidados de saúde, eu posso dizer que: bom não é, andamos numa cobertura de 60%; então é razoável. Isso digo porque segundo os inquéritos que são

feitos no censo demográfico de saúde-IDS — que as vezes entrevistam pessoas para saberem do acesso — dizem que se percorrem acho que abaixo de 30 minutos para ter acesso a uma unidade sanitária; e andamos por ai 60%, então eu penso que isso é razoável.

E: Então se o Doutor diz que estamos a 60%, então podemos dizer que estamos bem?

P1_DP: Bom..., é que isso é uma média; mas, há população que percorre mais de 30 [minutos] para ter acesso a uma unidade sanitária.

E: a) Sobre a cobertura dos serviços de saúde: achas que a distância das unidades de saúde e as dificuldades para se deslocar influenciam na avaliação negativa dada aos serviços?

P1_DP: O que acontece é o seguinte: em relação a distância que se percorre em média, acho que é de 11, 60km; [a distância que] a população percorre para ter acesso a uma unidade sanitária é razoável, a cobertura também é razoável.

E: b) Sobre desempenho das unidades sanitárias, os critérios de desempenho, quais são?

P1_DP: Este é bom, apesar de termos poucos recursos humanos, os trabalhadores estão motivados com o trabalho que fazem, o desempenho é bom.

E: Alocação de pessoal (médicos, enfermeiros, técnicos)?

P1_DP: Este é Razoável

E. Alocação de unidades de saúde (distância e meios de transporte)?

P1_DP: A maior da população quando vai, vai a pé, ou porque tem bicicleta. São poucos, por isso entendo que é a deslocação das pessoas para as unidades sanitárias; se for nesse sentido, aí é preciso vincar que a população usa meios próprios! A maioria das unidades sanitárias não estão nas zonas rurais, e essa população é desprovida de alguns recursos. É verdade que alguns têm motorizadas e bicicletas, mas a maioria vai a unidades a pé, então é mau.

E: 10. Na sua opinião, quais são as principais dificuldades que a população enfrenta para ter acesso às diferentes unidades sanitárias? Seriam as distâncias?

P1_DP : As distâncias, primeira coisa é a distância; quer dizer, nós que temos de levar as unidades sanitárias mais próxima à população, mas o que fazemos se muitas das vezes não conseguimos levar as unidades sanitárias mais próximas? As vezes fazemos através das brigadas móveis! Aqui é preciso vincar que esta questão é a distância. Mas tem sido suprida através de brigadas móveis.

E: Como são feitas essas brigadas móveis?

P1_DP: Há um plano que cada distrito tem de deslocamentos; já se conhece quais são, área de saúde que tem que ser feito, brigadas móveis, algumas partem da sede do distrito para aquelas áreas em que as unidades sanitárias não conseguem chegar, mas tem outras que partem das unidades sanitária, das suas áreas de saúde. As unidades sanitárias foram alocadas numa motorizada, é na base daquela motorizada que eles podem deslocar para dar assistência. Agora para áreas que não conseguem, tem que sair uma equipa da sede para dar assistência. Muitas das vezes essa equipa que sai da sede é uma equipa que tem alguém que vai fazer a vacinação, tem uma enfermeira de serviços materno Infantil-SMI que vai zelar por esses cuidados e um clínico geral.

E: Neste caso a população é avisada?

P1_DP: É avisada com antecedência. Comunica-se ao líder comunitário da área que vem uma equipa, então a população é informada.

E: Nessa situação fica mais difícil imagina que se alguém esta doente de repente como se arranja, é evacuada?

P1_DP: É evacuada através das comunidades, é verdade que o ministério tentou alocar motas ambulância, mais não havia sustentabilidade! Porque a gestão era das comunidades: compra de combustível, pagamento deste taxista.

E: Mas não há um plano de alocar um técnico de saúde para esses sítios, ao invés de ter essas brigadas móveis? Pois as vezes precisam de ter alguém ali na comunidade, como um técnico?

P1_DP: O que temos feito agora nessas áreas que não conseguimos suprir, o ministério definiu uma estratégia através de agentes polivalentes elementar (APE). Esses APE são

àqueles que dão numa primeira fase os primeiros socorros. Mas eles estão lá para promoção de saúde, fazem o básico, um pouco de planeamento familiar, palestra, educação e prestam primeiros socorros. Eles têm um kit com testes de malária, medicamentos para diarreias, para os primeiros socorros e depois ele refere à unidade. São geridos naquela unidade sanitária da área de saúde.

E: Não se pensou numa estratégia de formar elementos locais?

P1_DP: Esse APE é daquela comunidade local, eles identificam alguém da comunidade, essa pessoa é formada e vive naquela comunidade.

E: 11. Que mudanças gostaria de propor para a melhoria do funcionamento das Unidades Sanitárias?

P1_DP: Melhorias das unidades sanitárias..., mudanças. O que se tem para melhorar é preciso recursos, havendo recursos, eu penso que a gestão dos recursos financeiros tinha que ser descentralizada para as unidades sanitárias. Então, havendo essas descentralizações para unidades sanitárias, elas iam saber o que tem de déficit. Houve uma experiência com alguns parceiros [que] davam incentivos baseados em desempenho: os profissionais trabalhavam, melhoravam e recebiam dinheiro, desse dinheiro uma parte ia para benefícios dos funcionários daquela unidade sanitária, outra parte servia para eles suprirem déficit da unidade sanitária; se não tivesse uma fechadura, se estivesse a faltar uma lâmpada; então, com aquele dinheiro eles poderiam comprar. Algumas unidades sanitárias do nível 1 que estão nas sedes distritais tem capacidade administrativa, tem técnicos que possam gerir, mas aquelas unidades sanitárias do tipo 2, que estão no interior, não tem pessoal administrativo para gestão. Portanto, na minha opinião, [são necessários] incentivos baseados em desempenho, os profissionais trabalhavam, melhoravam e recebiam dinheiro, desse dinheiro uma parte ia para benefícios dos funcionários na aquela unidade sanitária, outra parte servia para eles suprir déficit da unidade sanitária, se não tivesse uma fechadura, se estivesse a faltar uma lâmpada, então com aquele dinheiro eles poderiam comprar. Deveria existir a descentralização administrativa para as unidades sanitárias.

E: Muito obrigada pela disponibilidade.

[Fim da transcrição]

Entrevistado: P2_SD1; P3_SD2

Local da entrevista: Dondo [e-mail]

Data da Entrevista/ recebimento das respostas: 18-12-2020

Acrónimos: E – Entrevistadora/pergunta; P2_SD1; P3_SD2 Entrevistado

[Início da transcrição]

a) Domínio das unidades sanitárias

E: Meu nome é Queran Esmael, doutoranda na Universidade de Coimbra, nesse momento estou a fazer uma pesquisa relacionada com acessibilidade aos serviços de saúde na província de Sofala; na província escolhi áreas de recolha de amostra que são os distritos de Dondo, Búzi e Beira, tenho um questionário para obter opiniões dos senhores (as) em relação algumas situações que encontramos aqui na cidade ou distrito do Dondo. Estamos aqui com o Dr. [identificação] e Dra. [identificação], do Departamento de Planificação dos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Ação Social.

P2_SD1 Falando de Dondo é um distrito que dista a 30 km da cidade da Beira; tem uma população prevista 193.663 habitante e uma extensão de 12.255 km; faz limite com o Oceano Índico, com a cidade da Beira, distrito de Muanza e distrito de Búzi e Nhamatanda. O distrito de Dondo tem como unidade sanitária: 1 centro de saúde urbano A, 1 centro de saúde rural B, 11 centros de saúde tipo 2 e 4 postos de saúde. As coberturas por área de saúde, áreas do município que Dondo sede tem 9 unidades sanitárias, tem uma cobertura de 52% e 12.556 habitantes; o posto administrativo de Mafambisse tem 4 unidades sanitárias, uma cobertura de 23,5%, uma população de 19.100, e posto administrativo de Savane tem 4 unidades sanitárias de saúde, também semelhante com Mafambisse, tem uma cobertura de cerca de 23.5% e população de 6.865 habitantes. De forma geral a cobertura do distrito de Dondo é baixa nas áreas de Mafambisse e de Savana. Uma das razões é que a maioria das unidades sanitárias estão mais concertadas na cidade do Dondo se compráramos com os postos administrativos. A distância média percorrida pela população até hoje é de 7 km para se chegar a unidade sanitária mais próxima.

- E: Aqui no distrito de Dondo é uma média?
- P2_SD1 É uma média dos postos, mas esse é para Mafambisse e Savana, área do município do Dondo é praticamente 3.9 km, Mafambisse é de 7 km, Savana é de 11. São as distâncias médias percorridas pelas comunidades das mais distantes até encontrar uma unidade sanitária.
- E: Sim..., Sim. voltando para essas coberturas, essa introdução foi muito útil para o meu estudo, pois temos informações que estão nos relatórios que muitas vezes não estão atualizadas, com essas informações nós temos atualizações. Por exemplo, aqui já diz que há 9 unidades sanitárias, e a cobertura é de 52.9%, o rácio unidade por habitante são 1/12.156, aqui na cidade do Dondo.
- P2_SD1 O distrito de Mafambisse tem 4 unidades sanitárias uma cobertura de 23.5% e uma unidade esta para 19.100 habitantes; posto administrativo de Savane também tem 4 unidades sanitárias, a cobertura é de 23.5; habitantes por unidade sanitária está para 6.289.
- E: 1. Essa informação vai ser útil, porque vou ter ideia de facto como atualmente as coisas estão! Então dentre dessa introdução que o Doutor fez, nós temos aqui como a primeira pergunta que diz: Tendo em conta os critérios que conhece que são utilizados para alocação de infra-estruturas e pessoal nos serviços de saúde (ao nível primário e secundário) na sua opinião ou na vossa opinião quais critérios deveriam ser melhorados ou acrescentados para futuras instalações no meio urbano e rural?
- P2_SD2 Bem esses desníveis são conhecidos, os números já falam por si mesmo! O importante aqui é que a rede sanitária aqui esta muito além para responder as necessidades. Já foi planificado a 3 ou 4 anos se a memória não me trai, a construção de mais unidades sanitárias, principalmente nas áreas mais distantes, isto é, Savane e Mafambisse. Está proposta já está no PES, de se construir mais unidade sanitária, porque havendo mais unidade sanitária haverá mais técnicos e automaticamente vai se reduzir a distância do utente para ir a unidade sanitária, essa é a primeira coisa alarga a rede sanitária
- P3_SD2: Só para acrescentar: se alargamos a rede sanitária também vai haver aumento de profissionais e não só, [irá] melhorar a qualidade dos serviços, também vai porque um técnico que atende 100 paciente num dia, então a qualidade dos serviços é a desejar!
- E: 2. A segunda pergunta: para alocação de novas unidades sanitárias, deve-se ter em conta a importância do aglomerado populacional, a existência de vias de acesso, a

distância entre as unidades de saúde existentes e as comunidades. Em média esta distância é de até 10 km, embora na prática o raio esteja muito acima da média (Ministério de Saúde, 2013). Na sua avaliação, as estratégias usadas para projetar uma nova unidade na província, ou mudança de categoria nas já existentes, tem contribuído para uma melhor distribuição dos equipamentos e facilitado o acesso dos utentes?

P2_SD1: É isso que falamos a pouco que as estratégias usadas não estão a ajudar por causa destas distâncias, há quem está em vantagens por exemplo área municipal onde um cidadão percorre em média 3.9 km está em vantagem ele leva pouco tempo, mais se formos para Savane onde tem uma distância em média 11 km, isso é uma média, porque pode ser acima; para se deslocar à uma unidade sanitária mais próxima são 11 km, ir e vir são 22km. Nós e o governo há anos atrás, fizemos auscultações comunitária, perguntamos o que queriam, a comunidade pedia por unidades sanitária! Vimos que há falta de unidade sanitária, entre outros pedidos que população faz, não esqueceram de pedir unidades sanitárias. Mais as áreas já são identificadas como Nhampebere, Macuacau, já temos, mas para isso falta de fundos!

P3_SD2: Outra coisa não só fundos, para acrescentar é sobre os critérios usados pelo ministério de saúde! O número da população que o ministério considera para construção de um centro de saúde é maior! Eles querem 10 mil habitante para um centro de saúde. Se nós olharmos 10 mil habitantes para um único centro de saúde e dividirmos por número de técnicos que temos num centro de saúde, quantas consultas esse técnico vai fazer por dia por exemplo? Acaba sendo muito. Temos aqui sítios que têm 8 mil habitantes e não tem um centro de saúde porque não chegou a 10 mil.

E: Então na vossa opinião deveriam diminuir para pelo menos quanto?

P3_SD2: Deveriam diminuir para pelo menos 5 mil para alocar um centro de saúde.

P2_SD1: Esse é um aspecto, outro aspecto seria os lugares que foram identificados deviam ser forma estratégica, saber que vai beneficiar a população X, mas também a população Y, aí vamos ter uma população aceitável de forma estratégica, nenhuma zona não vai cobrir, mais se eu colocar por exemplo em Nhapembre a quem vou beneficiar? Vou beneficiar Nhampebere, vou beneficiar Nhamprpire e vou beneficiar parte de Muanza.

E: Então na vossa opinião um centro de saúde deve estar num sítio estratégico para conseguir servir várias comunidades circunvizinhas, com o objetivo de diminuir essas distâncias?

- P2_SD2: Tem que se beneficiar, eu falo a zona de Namemberer, esta numa zona tampão, seria beneficiada uma parte de Gorongosa, Dondo e Muanza. O que poderá diminuir custos e distância, mas há falta de fundos.
- .
- E: Em relação aos critérios para alocação de serviços e RH em regiões remotas, menos servidas de estradas (principais/secundárias): que proposta teria para melhorar o cenário actual de prestação de serviços, e a falta médicos/enfermeiros?
- P3_SD2: Parto do princípio de que se nós não temos essas condições, essas avalanches de recrutamento de enfermeiros, construções de hospitais é por falta de fundos ou orçamento. Por exemplo, temos ouvido nas redes sociais, nas televisões, em documentos de que a formação de técnico já existe em grandes quantidades, então o governo não está a conseguir consumir esses técnicos por falta de orçamentos, agora não sabemos como..., qual é a proposta de...
- E: Não há uma maneira de chegarem junto ao governo e apresentar vossas propostas, vocês têm parceiros e que não ajudam?
- P3_SD2: Temos parceiros que ajudam, por exemplo: o fundo comum contrata e paga de acordo com suas disponibilidades de orçamento. Os técnicos entram com um determinado tempo a ser o pago 1 a 2 anos pelo fundo comum e depois o estado tem que assumir. ai que esta o problema, quando chega a vez do Estado assumir, fica um problema, exemplo: a partir do fundo são 10 e quando chega a vez do Estado assumir só absorve 5 e outros ficam. Temos esses quem entram por via fundo comum e temos outros que não entram porque o Estado não está a conseguir. Aqui o problema principal é o orçamento! Este é o que o principal problema, não há dinheiro. Enquanto não houver dinheiro, a melhoria dos serviços, seja qual, não há como materializar os projetos. Nesses últimos anos as instituições, por exemplo nós da saúde, vivemos à custa das organizações, eles praticamente financiam todos os projectos, por exemplo as brigadas móveis, os pagamentos dos APS¹³.
- E: Esses financiamentos são só direccionados para o Dondo ou vem da província?
- P3_SD2: Vem da província para nós, algumas ONGs, estão aqui connosco, eles pagam directamente aqui. Temos por exemplo as paterfaunder, HIA, etc.

¹³ APS- agentes polivalentes de saúde

- P2_SD1: Mas já estão direcionadas essa ajuda deles, um diz eu vou ajudar nisso e acabou. Uns ajudam no planeamento familiar, eles estão divididos em relação as atividades que fazem. Quem nos suportam são eles!
- P2_SD1: Quando começou a fazer introdução esse assunto muito, eu disse, essas perguntas não são para nosso nível, são para níveis mais maiores quando envolve dinheiro, muitas das vezes nós planificamos como distrito, desenhamos, nós conhecemos o que a instituição precisa, nós colocamos, mas nos limitam, até meia-volta dizem que não estão a planificar, mas nós conhecemos as nossas realidades, nossas necessidades.
- P3_SD2: Só para uma questão entre nós: serventes nós não temos, nas enfermarias só temos três e esses três a vezes fazem turnos em enfermarias grandes, tem que atender a copa, alimentação, fazer a limpeza, mas faz tudo sozinha, não é possível! Então como vamos fazer? Mas nós todos os anos temos um plano colocamos as necessidades que precisamos de tantos... tantos... mais até ao final de ano não teremos! Há falta de tudo, médicos, enfermeiros e outros funcionários.
- P2_SD1: Mais com muitos técnicos e médicos formados.
- E: Mesmo havendo essa falta de médicos e outros funcionários, em termos de equipamento como vocês estão?
- P3_SD2: Também quase a mesma coisa.
- P2_SD1 Temos computadores graças..., tudo isso aqui é doado por tudo que esta aqui é doado por ONG, pessoal do fundo Global, estava aqui a dias para ver o que é deles!
- E: Então aqui o governo está mesmo aflito?
- P3_SD2: Por exemplo há uma construção de infra-estrutura que esta aí, aquela infra-estrutura é para melhorar alguns serviços, vão ser transferidos para ali, mas como esses serviços vão melhorar se não temos pessoal? Então estão lá as nossas organizações que nos apoiam, eles é que vão nos assegurar e agora, o dia que forem se embora como será?
- E: Mais esses equipamentos ficam aqui ou são retirados?
- P3_SD2: Ficam aqui eles não tiram.
- P2_SD1: Eles vêm monitorar se pôs no UNEP continua lá ou tiraram, a preocupação deles é essa, porque eles focalizam o apoio, eles mantem ou se as autoridades mudaram, porque muitas vezes as autoridades é que começam a mudar!

- E: Tendo em conta a essas dificuldades, então que esforços têm sido feitos para melhorar as metas segundo as recomendações da OMS?
- P2_SD1: No algum momento como indicadores estratégicos cumprimos com a melhoria das metas, mais quem nos ajuda a melhoraras metas são as ONGs nos ajudam a cumprir as metas, para cumprir as metas em que esta aí um técnico para atender 100 doentes, uma enfermeira para fazer 60 CPN por dia!
- P3_SD2: Só uma enfermeira a fazer mais de 50 consultas pré-natais num dia. exemplo aqui na sede temos uma enfermeira só para fazer consultas pré-natais, uma enfermeira para fazer consulta de planeamento, mais lá na periferia só temos uma única enfermeira para fazer consultas pré-natais (CPN) a mesma a fazer consultas gerais, a mesma a fazer partos etc. essa enfermeira esta subcarregada, a qualidade não existe, mas ela deve cumprir as metas, então o que ela faz? Faz pequena coisa e regista, aí ela cumpre meta. Nós estamos aqui no Dondo que é uma cidade, agora imagina lá para Chemba.
- P2_ SD1: A pergunta que se coloca é meta ou número? Ela só tem que obedecer. Pode ser que ela assiste um parto a noite até não sei que horas e logo as 7 horas tem que estar no serviço para fazer CPN, a mesma pressão. Essa é a nossa realidade do distrito.
- E: 3. Na sua opinião, como deveria se desenhar um plano estratégico provincial para escolha de sítio, projeto de instalação e financiamento de novas unidades?
- P3_SD2: Em princípio todos os distritos têm os sítios identificados, o que está a acontecer é de que há descentralização de poderes e ou de orçamento para cada governo distrital. Cada governo distrital é quem faz a proposta de que vai construir, mais na sua planificação ou no momento que vai deliberar os orçamentos para os serviços distritais de mulher acção social, não olha para saúde que tem um plano que deve ser construído um centro de saúde próximo ano, por exemplo? Isso vai passar não vai ser construído. O governo distrital tem que ter em conta na planificação. Se calhar isso não acontece porque a alocação do orçamento que é exíguo, agora enquanto isso não acontece, isso para todos os distritos, na minha opinião a direcção provincial, chamaria todos directores distritais cada um com seu plano. Por exemplo, Dondo apresentar quantas unidades sanitárias quer e onde? Qual é a mais prioritária e ele identifica, assim quando

vier o orçamento, na província eles vão fazendo essa fila, bicha de acordo as prioridades de cada distrito.

E: Nesta ordem de ideias quando se faz o desenho do plano os directores não são chamados para dizer alguma coisa?

P3_SD2: Não, se o director distrital vai para lá, é verdade que ele deve apresentar o seu plano, mais só apresenta, não lhe dão a possibilidade de dizer o que ele quer como prioridade! O plano é tanta coisa. São papeis, material hospitalar, técnicos, construção de hospital, etc. Eles deveriam perguntar ao diretor, por exemplo, na área de construção qual é a sua prioridade? ele vai dizer que quer um hospital naquele sítio, assim fazia-se para todos directores distritais. Então o governo provincial fazia levantamento e na altura dos orçamentos alocar valor para construção. O que esta acontecer é que todas construções que temos ultimamente não são financiadas pelas do governo provincial e nem do governo distrital, são das ONG, mais devido as suas políticas as ONGs não dão muita prioridade para construções porque já vem e apresentaram ao ministério as suas áreas de actuação definidas.

P2_ SD1: Sobre o financiamento deveria haver descentralização ao nível do governo; olhar pelas reais necessidades e prioritárias do distrito. anualmente fazemos planificações com valores e tudo. Nós como distrito usamos 7 milhões/ano para assistência: atendimento, formação, alimentação, combustível, manutenções de viatura e imóveis. É planeamento para 2021, já foi agregado ao governo distrital, o que vai acontecer? Quando formos atribuídos o orçamento para Dondo, por exemplo, será 1 milhão de meticais! Nós precisamos 7 milhões /ano, é um exemplo, o governo vai fazer ginástica para dividir esse 1 milhão. Mas esse plano já está na província, eles sabem o que o Dondo quer, o que Nhamatanda quer, em termos de custos das necessidades existentes, mas vem orçamento abaixo desse! O que acontece é somos chamados para retirar certas ações ou atividades, para comprar coisa mais baratas. A gente planifica tudo que é necessidade do serviço existente, não de aumentar outros mais os que temos!

E: a) Quem deveria participar na elaboração deste plano?

P2_ SD1: Deveriam participar directores distritais, a própria comunidade, a partir de auscultação e do conselho consultivo, porque eles que conhecem a as reais necessidades, nós analisamos dentre desse ao nível do posto administrativo onde há necessidades e encaminhamos ao distrito.

P3_SD2: Deveriam estar presentes a comunidade, directores distritais, representantes dos parceiros.

b) Domínio de Recursos humanos e financiamento

E: 4. A relação do número de profissionais de saúde (219 médicos, 1591 Enfermeiros) por número de habitantes na Província de Sofala é de 1810 /2221803 habitantes; segundo os dados do relatório Sara (2018) na província o rácio é de 3.7 médicos para 10.000 habitantes e de enfermeiros é de 2.0/10.000 habitantes. A OMS recomenda 2.5 profissionais de saúde para 10000 habitantes (Muanamoha & Arnaldo, 2014). A alocação de novos quadros ou redistribuição de quadros existentes leva em conta esses organismos ou existem mecanismos internos para essa distribuição?

P3_SD2: Eu penso que não se tem em conta, por causa da dificuldade de falta de pessoal técnico, porque se levarmos em conta as diretrizes da OMS, então teríamos que cortar a população ao meio, não um quarto da população podemos atender, o resto não vamos atender!

E: Então nesse caso há um mecanismo interno para fazer essa redistribuição?

P3_SD2: O mecanismo interno é, por exemplo, temos várias tipos de unidades sanitárias, então numa unidade sanitária como esta da cidade do Dondo, a situação tende a melhorar porque é uma US do tipo 1, está lá todo pessoal, há melhores condições de atendimento, mais nas outras unidades sanitárias fazemos é usar agentes polivalentes elementares (APE) formados pelo Ministério para ajudar as unidades sanitárias, estão em cada comunidade e vão ajudando no tratamento dos doentes ao nível local. Portanto, é só dessa maneira, porque se não se fizer isso todos doentes vão cair dentro das unidades sanitária. Então eles vão fazendo os primeiros socorros, pequenos tratamentos, tratamentos básicos das doenças como diarreia.

E: Será que são os mesmo que se deslocam em clínicas ou brigadas móveis?

P3_SD2: Não, os de brigadas moveis saem daqui da sede, são os nossos técnicos, saem daqui e vão fazer o trabalho e voltam.

P2_SD1: Não se aplica as diretrizes da OMS, se fosse para satisfazer as diretrizes da OMS, o que seria o Dondo? Dondo tem 10 médicos, 19.000 utentes para cada médico, para

estarmos nos padrões da OMS, todos médicos que estão em Mafambisse tinha que vir para o Dondo sede. Nós temos 14 técnicos e cada técnico para 13.831, portanto, não conseguimos atingir as recomendações da OMS.

P3_SD2: Uma observação: não somente médicos de Mafambisse, tinha que vir para o Dondo todos os médicos que temos no distrito.

E: a) De acordo com a sua experiência, qual deveria ser a proporção ideal de médicos e profissionais por número de habitantes?

P2_SD1: A distribuição dos médicos não estão a seguir os padrões recomendados pela OMS. Aqui no Dondo temos 10 médicos para mais de 19 mil utentes (1/19.000). A proporção ideal de médico/utente se necessário, pelo menos 2 médicos/19.000 habitantes.

P3_SD2: A proporção ideal de médico /utente seria 1 médico para 10.000 habitantes

E: b) É possível cumprir as metas da OMS com os recursos disponíveis?

P2_SD1: Não é possível cumprir com as metas, mas aqueles que são indicativos estratégicos estamos a cumprir, com dificuldades, mais tentamos cumprir as metas propostas pela OMS, com ajuda das ONGs. Há enfermeiras que fazem mais de 60 consultas pré-natais por dia aqui, a qualidade de prestação dos serviços é baixa! Imagina, a enfermeira pode assistir um parto a noite e logo as 7 de manhã devem estar no trabalho para fazer as CPNs. Tudo isso é por causa de falta fundos para contratar pessoal, embora haja muitos quadros formados.

P3_SD2: Já disse antes, não é possível cumprir metas com qualidade de serviços desejados, porque por exemplo, temos uma enfermeiras a fazer consultas de pré-natal mais de 50 mulheres num dia aqui na cidade do Dondo (hospital rural de Dondo) , mais lá na periferia somente essa única enfermeira atende para além das 50 consultas pré-natal, a mesma atende em consultas de serviços infantis, atendimentos clínicos gerais, partos, etc. Há sobrecarga para essa enfermeira e baixa qualidade de serviço prestado, portanto, deve-se cumprir as metas a enfermeira faz pequena coisa regista, só para fazer o número, ela deve obedecer mais a qualidade de prestação de serviços é má. estamos na cidade do Dondo com essas dificuldades, agora imagina em Chemba?

E: Quais são as metas do governo?

- P2_SD1: Baixar o rácio de médico/utente; enfermeiro/utente; alargar mais a cobertura das unidades sanitária. como por exemplo ter cada distrito um hospital rural.
- P3_SD2: Alargar a rede sanitária, aumentar o orçamento e ajuda para contratação e melhorar nas infra-estruturas.
- E: 5. O atual modelo de financiamento misto (Orçamento do Estado, PróSaúde e ajudas Externas) facilita a diminuição das desigualdades regionais?
- P2_SD1: Ajudam! a desigualdade esta mais na rede sanitária
- P3_SD2: Penso que sim, porque há uma redistribuição, as ONG apoiam na melhoria das desigualdades.
- E: 6. De acordo com os dados que existem, na sua opinião, quais os principais fatores que produzem as desigualdades regionais na distribuição de unidades de saúde e de recursos na Província de Sofala?
- P3_SD2: Podemos olhar para os factores que estão relacionados com a maior ou menor concentração população, maior número de população em alguns desse sítios onde temos as unidades sanitária a população é dispersa, tipo de área se é urbana ou rural também não há descentralização do orçamento que vem do governo distrital. Por exemplo, a população de Consito está muito dispersa e isso influencia na distância para ter acesso as unidades sanitárias.
- P2_SD1: Os factores tem haver se é zona industrial, a população esta mais concentrada aqui do que na periferia estão relacionados com dispersão da população; descentralização da distribuição dos orçamentos ao nível dos distritos. Como disse antes, há necessidade de descentralização da distribuição dos orçamentos para os serviços de saúde ao nível dos distritos. Por exemplo, o orçamento está alocado para o governo do distrito e o governo por sua vez, quando vai redistribuir aos diferentes serviços, não tem a necessidade e da grandeza de despesas de um sector de saúde tem.
- E: 7. Na sua opinião como é feita a redistribuição do orçamento para o funcionamento das unidades sanitárias nos níveis primário e secundário?

P2_SD1: O orçamento vem do governo do distrito, respondendo as necessidades de cada unidade sanitária, devia haver descentralização.

P3_SD2: Nos níveis primário e secundário, o orçamento vem do governo distrital.

E: 8. Qual é a contribuição das ONGs nacionais e/ou internacionais no suprimento das necessidades para alocação/requalificação das Unidades Sanitárias e na capacitação de pessoal dessas unidades?

P2_SD1: Sim, as ONG contribuem grandemente para suprir o défice do orçamento. no ano 2020 ouve pouco orçamento do estado. “os parceiros como a Paterfander, UNICEF, PróSaúde etc., fazem apoio na reabilitação de infra-estruturas, capacitação dos profissionais, equipamento informático, asseguram o funcionamento de vários serviços e cumprimento de projectos de vacinação, sensibilização e tratamento de HIV, Tuberculoso, Malária etc”

P3_SD2: Sim, ajudam. As ajudas feitas por ONG, alguma são direcionadas para a província e por sua vez é enviada para o Distrito. Outras Ongs como a paterfaunder, HIA estão aqui financiam directamente aqui distrito em várias intervenções como projectos de vacinação, sensibilização e tratamento de HIV, Tuberculoso, Malária etc. a contratação de pessoal, capacitação dos profissionais.

c) Domínio de avaliação de satisfação

E: 9. Como avalia o acesso aos serviços de saúde na Província em relação:

Estímulo:	Muito Mau	Mau	Razoável	Bom	Muito Bom	Não Sei
-----------	-----------	-----	----------	-----	-----------	---------

E: a.) Cobertura dos serviços de saúde: acha que a distância das unidades de saúde e as dificuldades de se deslocar influenciam na avaliação negativa dada aos serviços?

P2_SD1: É Razoável. Porque ainda há pessoas que percorrem maior distância em médias 11 km, é a média que população percorre na realidade são médias há pessoas que percorre mais!

P3_SD2: É Razoável.

- E: b) Sobre desempenho das unidades sanitárias (critérios de desempenho) quais são?
- P2_SD1: Razoável.
- P3_SD2: Atendendo as condições do país, é razoável.
- E: c) Alocação de pessoal (médicos, enfermeiros, técnicos)?
- P2_SD1: Razoável
- P3_SD2: Mau.
- E: Alocação de unidades de saúde (distância e meios de transporte)?
- P2_SD1: Mau.
- P3_SD2: As pessoas percorrem longas distâncias, não há transporte nos centros de saúde para transferência de doente! Para mim é mau.
- E: 10. Na sua opinião, quais são as principais dificuldades que a população enfrenta para ter acesso às diferentes unidades sanitárias.?
- P2_SD1: Problemas de acesso as unidades sanitárias por parte da população devido a grandes distâncias que esta percorre para chegar alguma unidade sanitária, falta de meio de transporte para transferências de doentes de entre centros/para hospital de referências; falta de divulgação de informação nas comunidades; fraca intervenção das brigadas móveis em locais mais recônditos devido as más condições de estradas, principalmente em tempos chuvosos.
- E: 11. Que mudanças gostaria de propor para a melhoria do funcionamento das Unidades Sanitárias?
- P2_SD1: Alargar mais a cobertura sanitária, contratação dos funcionários, não vou pôr uma unidade sanitária sem ter pessoal, é necessário ter uma equipa completa, com um técnico de medicina, uma enfermeira de SMI, agente de serviços, descentralização dos fundos para os serviços de
- P3_SD2: Incentivar mais as capacitação.es permanentes dos técnicos para melhor atendimento
- E: Muito obrigada pela disponibilidade.

[Fim da transcrição]

Entrevistado: P4_CM

Local da entrevista: Beira [e-mail]

Data da Entrevista/ recebimento das respostas: 06-01-2021

Acrónimos: E – Entrevistadora/Pergunta; P4_CM: Entrevistado

[Início da transcrição]

a) Domínio das unidades sanitárias

E: 1. Tendo em conta os critérios que conhece que são utilizados para alocação de infra-estruturas e pessoal nos serviços de saúde (ao nível primário e secundário) na sua opinião, quais critérios deveriam ser melhorados ou acrescentados para futuras instalações no meio urbano e rural?

P4_CM: Os critérios a serem melhorados: densidade populacional, pois olhando a realidade atual, há mais habitantes que serviços, criando como consequência distância elevadas entre esses.

E: 2. Para alocação de novas unidades sanitárias, deve-se ter em conta a importância do aglomerado populacional, a existência de vias de acesso, a distância entre as unidades de saúde existentes e as comunidades. Em média está distância é de até 10 km, embora na prática o raio esteja muito acima da média (Ministério de Saúde, 2013). Na sua avaliação:

a) As estratégias usadas para projetar uma nova unidade na província, ou mudança de categoria nas já existentes, tem contribuído para uma melhor distribuição dos equipamentos e facilitado o acesso dos utentes?

P4_CM: Raio teórico, há necessidade de reavaliar o critério de número de habitantes por cada unidade sanitária por exemplo áreas com uma população de cerca de 9 000 habitantes, não são beneficiados por uma unidade sanitária. essa situação leva a sobrecarga das que existem. A população dessas áreas percorra longas distâncias para ter acesso a uma unidade sanitária. estamos a falar por exemplo dos postos administrativo Nhangau, Nhangoma, consideradas como áreas suburbanas da cidade da Beira, não há unidade sanitária para responder a demanda. portanto em média em áreas suburbanas a população fica a entre 6 a 7 km de distância de uma unidade sanitária, e no meio urbano está entre 1 a 4 km de distância. para dizer que na realidade essas distâncias nas zonas suburbanas são muito mais elevadas.

E. b) Em relação aos critérios para alocação de serviços e RH em regiões remotas, menos servidas de estradas (principais/secundárias): que proposta teria para melhorar o cenário actual de prestação de serviços, e a falta médicos/enfermeiros?

P4_CM: Melhorar orçamento para alocar mais funcionários por exemplo há, muitos quadros formados, porém não há fundos para contratar ou pagamento dos salários.

E: c) Que esforços têm sido feitos para melhorar as metas segundo as recomendações da OMS?

P4_CM: Nós temos que procurar mais apoios internos (intersectoriais) e externos para alocar mais quadros e infra-estruturas para garantir assistências as populações

E: 3. Na sua opinião, como deveria se desenhar um plano estratégico provincial para escolha de sítio, projeto de instalação e financiamento de novas unidades?

P4_CM: Em conjunto os representantes do governo municipal, gestores de DPS, comunidade local, para identificação de áreas com mais necessidades que possa beneficiar mais população procurando diminuir as distâncias entre a comunidade e os serviços, verificar os maiores aglomerados populacionais e as vias de acesso.

E: Quem deveria participar na elaboração deste plano?

P4_CM: Deveriam participar na reunião de planificação uma equipa formada pelos: representantes do governo nível da província, município, directores distritais dos serviços de saúde, comunidade local pois são este vivencia e que conhecem as reais necessidades em cada local geográfico.

b) Domínio de Recursos humanos e financiamento

E: 4. A relação do número de profissionais de saúde (219 médicos, 1591 Enfermeiros) por número de habitantes na Província de Sofala é de 1810 /2221803 habitantes; segundo os dados do relatório Sara (2018) na província o rácio é de 3.7 médicos para 10.000 habitantes e de enfermeiros é de 20/10.000 habitantes. A OMS recomenda 25 profissionais de saúde para 10000 habitantes (Muanamoha & Arnaldo, 2014). A alocação de novos quadros ou redistribuição de quadros existentes leva em conta esses organismos ou existem mecanismos internos para essa distribuição?

P4_CM: Há mecanismos internos, mais não conseguimos levar em conta as diretrizes da OMS, pois há muita falta de fundos para suportar despesas para contratar pessoal, alargamento da rede sanitária.

- E: a) De acordo com a sua experiência, qual deveria ser a proporção ideal de médicos e profissionais por número de habitantes?
- P4_CM: A proporção ideal de médico/utente deveria ser pelo menos 1 médicos/6.000 habitantes.
- E: b) É possível cumprir as metas da OMS com os recursos disponíveis?
- P6. Não é possível cumprir com as metas embora haja esforços.
- E: c) Quais são as metas do governo?
- P4_CM: Baixar o rácio de médico/utente; enfermeiro/utente; alargar mais a cobertura das unidades sanitária. Ter um hospital em todos os distritos e nas áreas suburbanas alocar mais unidades sanitárias, mas referir que essas metas estão longe de alcançar, pois há falta de fundos para contratar pessoal aumentar mais infra-estruturas, e outros equipamentos.
- E: 5. O atual modelo de financiamento misto (Orçamento do Estado, ProSaúde e ajudas Externas) facilita a diminuição das desigualdades regionais?
- P4_CM: Teoricamente observa-se uma diminuição das desigualdades, mas na realidade há necessidade de melhorar a gestão e descentralização dos fundos por forma a melhorar as desigualdades no âmbito dos serviços prestados, e rede de unidades existentes. o modelo de financiamento. não melhora a diminuição da desigualdade regionais na prestação dos serviços e expansão da rede.
- E: 6. De acordo com os dados que existem, na sua opinião, quais os principais fatores que produzem as desigualdades regionais na distribuição de unidades de saúde e de recursos na Província de Sofala?
- P4_CM: Falta de fundos para alocar mais infra-estruturas, medicamentos principalmente nas áreas rurais; descentralização da distribuição do orçamento ao nível dos Distrito; transparência na gestão dos fundos, equipamentos e medicamentos
- E: 7. Na sua opinião como é feita a redistribuição do orçamento para o funcionamento das unidades sanitárias nos níveis primário e secundário?
- P4_CM: Redistribuição do orçamento é feita a partir do ministério de saúde que aloca para a províncias e estes por sua vez disponibilizam para os serviços distritais. Penso que este certo, mas devia se descentralizar para casos de hospitais urbanos

E: 8. Qual é a contribuição das ONGs nacionais e/ou internacionais no suprimento das necessidades para alocação/requalificação das Unidades Sanitárias e na capacitação de pessoal dessas unidades?

P4_CM: Sim as ONG contribuem através de programas de irradiação das doenças tais como HIV, malária, tuberculose, cólera, bem como a prestação de serviços materno infantil, programas de sensibilização, de vacinação, reabilitação de infra-estruturas.

c) Domínio de avaliação de satisfação

E.9. Como avalia o acesso aos serviços de saúde na Província em relação:

Estímulo:	Muito Mau	Mau	Razoável	Bom	Muito Bom	Não Sei
-----------	-----------	-----	----------	-----	-----------	---------

E: Cobertura dos serviços de saúde (achas que a distância das unidades de saúde e as dificuldades de se deslocar influenciam na avaliação negativa dada aos serviços?)

P4_CM: a) Bom nas zonas urbanas, porem em áreas pré-urbanas é mau a razoável.

E: b) Sobre desempenho das unidades sanitárias (critérios de desempenho, quais são?)

P4_CM: Bom dependendo da do tipo e localização dos serviços, pessoal e equipamentos. Se for nas unidades secundarias onde há mais equipamento e serviços e localização urbana.

E: c) Alocação de pessoal (médicos, enfermeiros, técnicos)

P4_CM: Razoável

E: Alocação de unidades de saúde (distância e meios de transporte)

P4_CM: Não há transporte próprio, dependendo da localização geográfica, condições financeiras, a pessoa faz a unidade as unidades a pé, de mota ou chapa, logo para mim é mau.

E: 10. Sua opinião, quais são as principais dificuldades que a população enfrenta para ter acesso às diferentes unidades sanitárias.

P4_CM: Grande distância entre as unidades sanitárias e a população dificulta o acesso, condição financeira, para compra de medicação, e exames de diagnósticos principalmente em zonas pre-urbanas e rurais, falta de meio de transporte para transferências de doentes de entre centros/para hospital de referências; falta divulgação de informação, falta de

peçoal médico, enfermeiro, auxiliar faz com que se leva muito tempo para atendimento.

E: 11. Que mudanças gostaria de propor para a melhoria do funcionamento das Unidades Sanitárias?

P4_CM: Aumentar mais funcionários, melhorar a verbas para potenciar equipamento diagnóstico, transporte, alargar mais a rede sanitárias principalmente para zona mais afastadas do centro da cidade.

E. Obrigada pela sua disponibilidade

[Fim da transcrição]

Entrevistado: P5_CV

Local da entrevista: Beira [e-mail]

Data da Entrevista/ recebimento das respostas: 18-12-2020

Acrónimos: E – Entrevistadora/pergunta; P5_CV: Entrevistado

[Início da transcrição]

a) Domínio das unidades sanitárias

E: 1. Tendo em conta os critérios que conhece que são utilizados para alocação de infra-estruturas e pessoal nos serviços de saúde (ao nível primário e secundário) na sua opinião, quais critérios deveriam ser melhorados ou acrescentados para futuras instalações no meio urbano e rural?

P5_CV: No meio rural, os gestores do ministério de saúde devem dar maior atenção a problemática de acesso a saúde às pessoas que estão em áreas remotas, devido às chuvas, mas condições de estrada. portanto deviam encontrar meio termo para essas

zonas tendo em consideração aos serviços já existente, por forma a minimizar as longas distancias que as pessoas se deslocam para obter acesso; As estratégias que deve ser usada ser a maximização da focalização em assistências ambulatorio , através de brigada moveis para melhor assistência a população nesta zonas de difícil acesso; criares -se condições de orçamento para alocar mais recursos humanos bem como garantir incentivos para o pessoal manter-se ou aceitar trabalhos nos distritos mais desfavorecidos; Por exemplo, no caso cidades (meio urbano) há zonas que há maior densidade populacional, os centros de saúde tem maior demanda, esses precisam mais de apoio em termo de recursos humanos (pessoal médico enfermeiros e outros técnicos) e outros equipamentos para prestar bom atendimentos de serviços de qualidade, Criar melhor ambiente de conforto e atendimento dos utentes.

E: 2. Para alocação de novas unidades sanitárias, deve se ter em conta a importância do aglomerado populacional, a existência de vias de acesso, a distância entre as unidades de saúde existentes e as comunidades. Em média está distância é de até 10 km, embora na prática o raio esteja muito acima da média (Ministério de Saúde, 2013). Na sua avaliação:

E: a) As estratégias usadas para projetar uma nova unidade na província, ou mudança de categoria nas já existentes, tem contribuído para uma melhor distribuição dos equipamentos e facilitado o acesso dos utentes?

P5_CV: Não, na realidade não reflete a verdade, pois, as distâncias que separam entre as comunidades, e serviços é superior a 10km, já testemunhou em algumas ocasiões em que as pessoas se deslocam por volta de 20 km.

E: b) Em relação aos critérios para alocação de serviços e RH em regiões remotas, menos servidas de estradas (principais/secundárias): que proposta teria para melhorar o cenário actual de prestação de serviços, e a falta médicos/enfermeiros?

P5_CV: Há três opiniões: o governo deve melhorar a gestão de recursos humanos, pois há situações em que uma unidade sanitária apresenta mais profissionais de saúde em detrimento de outros. Exemplo: dar mais incentivo aos funcionários para aceitar trabalhar mais em áreas mais distantes; o governo [deveria] procurar juntos aos parceiros para aumentar as clínicas móveis (brigadas móveis), por exemplo, no distrito do Búzi há somente um hospital rural e é de lá onde sai uma brigado móvel, para ir assistir as pessoas em várias localidades, isso é insuficiente; há falta de viaturas para poder prontamente dar resposta em casos de emergências. Exemplo, pode-se ter conhecimento que há surto de doença numa dada localidade, porém não se faz nada, pois há falta de transporte para alocar os funcionários de saúde para realizar suas

intervenções. Somente dependem das ajudas dos parceiros como UNICEF, CV, CUAM, etc. é necessário melhorar a gestão dos recursos humanos, os incentivos para atrair, maximizar uso de moveis

E: a) Que esforços têm sido feitos para melhorar as metas segundo as recomendações da OMS?

P5_CV: Há tentativa de seguir as recomendações da OMS, porém há dificuldade relacionada com os meios de transporte, recursos financeiros, pessoal e desempenho, etc.

E: 3. Na sua opinião, como deveria se desenhar um plano estratégico provincial para escolha de sítio, projeto de instalação e financiamento de novas unidades?

P5_CV: Tem que ser feita em conjunto representantes do governo, com a comunidades locais, para ouvir as suas opiniões para identificar os locais mais problemáticos para poder fazer intervenção, pois somente a comunidade tem conhecimento onde há maiores problemas de acesso à saúde.

E: a) Quem deveria participar na elaboração deste plano?

P5_CV: Gestores de saúde ao nível do distrito, comunidade local e parceiros

b) Domínio de Recursos humanos e financiamento

E: 4. A relação do número de profissionais de saúde (219 médicos, 1591 Enfermeiros) por número de habitantes na Província de Sofala é de 1810 /2221803 habitantes; segundo os dados do relatório Sara (2018) na província o rácio é de 3.7 médicos para 10.000 habitantes e de enfermeiros é de 20/10.000 habitantes. A OMS recomenda 25 profissionais de saúde para 10000 habitantes (Muanamoha & Arnaldo, 2014). A alocação de novos quadros ou redistribuição de quadros existentes leva em conta esses organismos ou existem mecanismos internos para essa distribuição?

P5_CV: Penso que não leva em conta, pois nota-se algumas unidades sanitárias com mais funcionários do que se necessita em relação a outros em áreas rurais, isso deve-se por não haver incentivos para que os funcionários aceitem ir a alguns serviços, também por causa de falta de equipamentos e serviços em alguns centros. Procurar fundos junto aos parceiros para contratar mais pessoal; realizar gestão financeira dos recursos de forma transparentes fornecidos pelos parceiros para ganhar mais confiança para obter mais financiamento futuros. nenhum parecer pode dar fundos à um governo que pode fazer desvios de recursos, criando condições de não chegar a beneficiar de facto para

as áreas das quais foram alocados esses fundos, para isso deveria ser feito um trabalho de acompanhamento e gestão dos recursos em conjunto entre o governo e parceiros.

E: a) De acordo com a sua experiência, qual deveria ser a proporção ideal de médicos e profissionais por número de habitantes?

P5_CV: Há baixa rácio entre funcionários de saúde em relação a população; formar e recrutar mais funcionários para potenciar as áreas com menos funcionários de saúde.

E: b) É possível cumprir as metas da OMS com os recursos disponíveis?

P5_CV: Não é possível cumprir com as metas! Exemplo no tratamento de HIV as metas de OMS são 90/90, não é possível por falta de recursos e sensibilização. Portanto, há falta de recursos para levar a cabo a vários serviços às populações devido a realidade do país. exemplo más condições de estrada e que dificultam o acesso dos serviços pela população em áreas mais distantes, falta de fundos financeiros, taxas de analfabetismo, falta de sensibilização, falta de pessoal. As metas segundo OMS, é possível cumprir com as metas “Exemplo no tratamento de HIV as metas de OMS são 90/90, não é possível por falta de recursos e sensibilização” p5_cv

há falta de recursos para levar a cabo a vários serviços às populações devido a realidade do país. exemplo más condições de estrada e que dificultam o acesso dos serviços pela população em áreas mais distantes, falta de fundos financeiros, taxas de analfabetismo, falta de sensibilização

E: c) Quais são as metas do governo?

P5_CV: Melhorar o fornecimento de serviços, mais infra-estruturas, mais recursos humanos.

E: 5. O atual modelo de financiamento misto (Orçamento do Estado, ProSaúde e ajudas Externas) facilita a diminuição das desigualdades regionais?

P5_CV: É difícil a existência de igualdade de distribuição dos recursos financeiros. Por exemplo, distrito de Machanga, Maringue são como se fossem distritos esquecidos. ultimamente há mais atenção para distritos da Beira, Dondo, Búzi, Nhamatanda, devidos ao ciclone IDAI, pois a maioria dos apoios são canalizados para esses distritos em detrimento outros; portanto, há intervenção de acordo com eventos pontuais. Há falta de igualdade de distribuição de serviços, visto que a cobertura é péssima em distritos rurais em relação aos distritos urbanos. Em alguns locais, para chegar ao uma unidade de sanitária a pessoa tem que deslocar-se grandes distâncias. Nesses distritos há falta de tudo, até água, energia, etc. O modelo de financiamento não é fácil diminuição da desigualdade regionais, há distritos que são menos beneficiados em

relação aos outros, isso deve-se pelo facto de ocorrência de eventos naturais cíclicas e pontuais que ocorrem na província. dependendo do interesse do impacto, os apoios são mais canalizados a esses distritos.

exemplo “distrito de Machanga, Maringue são como se fossem distritos esquecidos, mais atenção para distritos da Beira, Dondo, Búzi, Nhamatanda, devidos ao ciclone IDAI,” P5_cv

E: 6. De acordo com os dados que existem, na sua opinião, quais os principais fatores que produzem as desigualdades regionais na distribuição de unidades de saúde e de recursos na Província de Sofala?

P5_CV: Acessibilidade; gestão de recursos financeiros e recursos humanos do ministério de saúde, muita corrupção ao nível dos ministérios que contribui grandemente na desigualdade de distribuições de medicamento e equipamento. Exemplo, há casos de desvio de medicamentos, há processo demorado burocraticamente para ajuda pessoas amigas!

E: 7. Na sua opinião como é feita a redistribuição do orçamento para o funcionamento das unidades sanitárias nos níveis primário e secundário?

P5_CV: No âmbito de redistribuição do orçamento, só os que trabalha na MISAU podem saber. Mas no âmbito de políticas para redistribuição de orçamento das ONGs, existe uma definição para onde direcionar os esforços das intervenções. Às quartas-feiras, os parceiros juntam-se com governo, para cada um definir onde vai trabalhar, que orçamento existe, isso para evitar duplicação de esforços em áreas de e intervenção dentro do distrito, Bairros etc. e direcionar os esforços de intervenção e financeiros.

E: 8. Qual é a contribuição das ONGs nacionais e/ou internacionais no suprimento das necessidades para alocação/requalificação das Unidades Sanitárias e na capacitação de pessoal dessas unidades?

P5_CV: Há contribuições da ONG, na alocação /requalificação, podem influenciar na sua opinião, mas quem decide é o governo onde alocar.

c) Domínio de avaliação de satisfação

E: 9. Como avalia o acesso aos serviços de saúde na Província em relação:

Estímulo:	Muito Mau	Mau	Razoável	Bom	Muito Bom	Não Sei
-----------	-----------	-----	----------	-----	-----------	---------

E: a) Cobertura dos serviços de saúde (achas que a distância das unidades de saúde e as dificuldades de se deslocar influenciam na avaliação negativa dada aos serviços?)

P5_CV: Razoável, porém dizer que as unidades estão distantes, por exemplo por causa da distância que separa a comunidade e as unidades sanitária, tem se observado casos de partos ao longo do caminho.

E. b): Sobre desempenho das unidades sanitárias (critérios de desempenho), quais são?

P5_CV: Mau. Pode se notar que as pessoas que preferem uma unidade sanitária em relação a outro, devido ao tratamento que são prestados pelos funcionários. portanto, dizer que depende do tratamento ou relação técnicos contribui para mau ou bom desempenho. por exemplo em sua maioria as unidades públicas são conhecidas como lugares onde o tratamento /prestação de serviço não é bom. por “exemplo já vivenciei numa ocasião em que levei um doente a uma unidade sanitária, e carreguei até 4º andar os funcionários (enfermeiro) negou fazer seu trabalho” “observa-se funcionário de saúde/utente (médicos /enfermeiros) a falar mal com os pacientes, enfermeiros arrogantes, tratamento discriminatórios, má receção dos doentes”, portanto, há necessidade de por parte dos gestores fazer um trabalho de desencorajamento dessas práticas nas unidades onde são gestores.

E: c) Alocação de pessoal (médicos, enfermeiros, técnicos)

P5_CV: Tendo em conta a realidade do país é razoável.

E: Alocação de unidades de saúde (distância e meios de transporte)

P5_CV: Mau.

E: 10. Na sua opinião, quais são as principais dificuldades que a população enfrenta para ter acesso às diferentes unidades sanitárias.?

P5_CV: Problemas de acessibilidade devido a longas distâncias, estigmas especificamente à um grupo (chave) mau tratamento no primeiro contacto, barreira de línguas, muitos profissionais não conhecem língua local a população, pois mau tratamento no primeiro contacto, barreira de línguas. exemplo no tratamento de HIV e outras doenças, há pessoas muitas vezes não compreendem as orientações sobre a importância de uso de algumas recomendações para evitar mais contágios, ou a necessidade de continuar ou aderir os tratamentos oferecidos.

E: 11. Que mudanças gostaria de propor para a melhoria do funcionamento das Unidades Sanitárias?

P5_CV: Os gestores devem trabalhar bem com seu staff de trabalhar com vista a melhor o desempenho, aumentar mais unidade sanitárias porque as que temos são poucas uma vez que há crescimento de populacional etc., procurar juntos aos parecerias mais apoio financeiros para atender situações de contratação de mais recursos humanos, esboçar uma estratégia de melhoria de prestação de serviços ao nível das unidades sanitária.

E: Agradeço a sua colaboração.

[Fim da transcrição]

Entrevistado: P6_ AM

Local da entrevista: Beira [e-mail]

Data da Entrevista/ recebimento das respostas: 21-12-2020

Acrónimos: E – Entrevistadora/pergunta; P6_ AM: Entrevistado

[Início da transcrição]

E: Chamo-me Queran, venho da parte do Doutor [referência], vim pedir essa entrevista que constitui uma das etapas da realização da minha tese de doutoramento na Universidade de Coimbra. Dentro dessa entrevista temos as questões de carácter de opinião — sendo vocês parceiros do governo— para colher vossa sensibilização e opinião sobre a acessibilidade aos serviços de saúde na província, as políticas a serem melhoradas para acesso tendo em conta as diretrizes da OMS. Sabemos que que somos um país com poucos recursos, o que tem que ser feito para otimizar os poucos recursos para fazer face a demanda de mais pessoas a buscar assistência de saúde. Tenho aqui 11 questões para responder.

E: Doutora, vocês são parceiros intervenções de saúde ao nível da Província. Essas intervenções são mais para que área de especialização?

P6_AM: Então aqui temos um projecto de transferência de paciente sobretudo mulheres grávidas e crianças do centro de saúde para hospital na cidade da Beira, porque o sistema de transporte é muito deficiente, não há ambulâncias ou não estão sempre disponíveis, então estamos a apoiar as transferências, este esta focalizado na cidade da Beira. outro é no âmbito cuidado primário de saúde, estamos em poucas unidades sanitárias no âmbito de diabete, tensão arterial e apoiar no diagnóstico de risco de desnutrição através de dois projectos actualmente em centros de saúde de Lamego, hospital rural de Nhamatanda; centro de saúde de Mutua, e qui na Beira nos centros de saúde de Macurrungo e Nhaconjo, e outro projecto estamos no Distrito de Búzi –Búzi; Nhamatanda em Mutichira; em Dondo na cidade de Dondo; na cidade da beira no hospital de Munhava. Apoiamos a cidade da beira no âmbito de serviços amigos de adolescentes e jovens âmbito de HIV.

a) Domínio das unidades sanitárias

E: 1. Tendo em conta os critérios que conhece que são utilizados para alocação de infra-estruturas e pessoal nos serviços de saúde (ao nível primário e secundário) na sua opinião, quais critérios deveriam ser melhorados ou acrescentados para futuras instalações no meio urbano e rural?

P6_ AM: Sim na verdade os centros de saúde ficaram pequenos. Com a demanda dos serviços ficaram pequenos, em mútua tivemos que ampliar e deveria crescer mais, a população aumentou e demanda pelos serviços aumentou. No caso do hospital rural o problema é pessoal, precisam de pessoal, dependendo das unidades sanitárias, por exemplo Dondo teria mais pessoal, funciona com um hospital distrital e ter mais recurso que o hospital rural de Nhamatanda. Os centros de saúde precisam de mais apoio, sobretudo as unidades sanitárias que estão ao logo do corredor cresceram também a população muito nessas áreas e os centros de saúde ficaram pequeno.

E: 2. Para alocação de novas unidades sanitárias, deve-se ter em conta a importância do aglomerado populacional, a existência de vias de acesso, a distância entre as unidades de saúde existentes e as comunidades. Em média está distância é de até 10 km, embora na prática o raio esteja muito acima da média (Ministério de Saúde, 2013). Na sua avaliação como parceiro.

E: a) As estratégias usadas para projetar uma nova unidade na província, ou mudança de categoria nas já existentes, tem contribuído para uma melhor distribuição dos equipamentos e facilitado o acesso dos utentes?

P6_ AM: Não, aqui o diploma de 97/12 que falava de tipo de pessoal estão muito desorganizados e não são modernos. Nos cuidados primários o leque de atividades são tantas, precisam de pessoal de área de farmácia, laboratório, medicina preventiva, e medicina de saúde materna infantil. Centros de saúde cresceram muito, tendo no leque de atividade, a população nessas áreas onde há esses serviços, mais não se tomou em conta capacidade do centro de saúde. Por exemplo o centro de saúde de tica é uma “coisinha”. há necessidade de haver mais pacote de serviço. O hospital rural deveria ter mais serviços básicos. o hospital rural de Inhamatanda não tem bons serviços, agora estão a reabilitar, precisa de mais pessoal, tem mais muitos problemas com fornecimento água, energia quer dizer isso deveria ser melhorado para acolher a referência que tem de áreas de Gorongosa, Chemba, todos canalizam para Inhamatanda, enquanto não deveria ser assim. Os cuidados primários nesse país incluem centros de saúde. Os centros de saúde deveriam ser melhorados nas infra-estruturas porque não foram criar capacidade para um pequeno laboratório e nem farmácia. “o enfermeiro ou técnico de medicina, tem tudo na sua mesa. por falta de pessoal esse mesmo técnico que faz tudo, porque não existe pessoal, quando necessita de fazer um teste, tem que fazer teste rápido se não pode os exames.” há necessidade de potenciar os serviços saúde para dar resposta e atendimento de qualidade, serem mais polivalente. O sistema de transferência funciona muito mal, começamos a fazer transferência no IDAI, essas iniciativas de apoio a transferências porque existe o sistema. O sistema de referência e transferência no âmbito de HIV não funciona por falta de recursos.

E: b) Em relação aos critérios para alocação de serviços e RH em regiões remotas, menos servidas de estradas (principais/secundárias): que proposta teria para melhorar o cenário actual de prestação de serviços, e a falta médicos/enfermeiros?

P6_ AM: Deveria haver mais orçamento para incentivos e contratar mais pessoal; o setor privado está a formar muitos profissionais, deveria haver uma combinação entre o governo e setor privado para formar pessoal necessário com qualidade e que o governo pudesse contratar. Aumentar o tamanho das unidades sanitárias para ter mais funcionário para atender a demanda.

E: 3. Na sua opinião, como deveria se desenhar um plano estratégico provincial para escolha de sítio, projeto de instalação e financiamento de novas unidades?

P6_ AM: Nos parâmetros internacional diz tomar em conta a necessidade da densidade populacional, os crescimentos de infra-estruturas não seguem um padrão..., digamos que dependem dos apoios, não há um investimento do próprio Governo, então deveria o governo porque conhecem as reais necessidades e apresentar planos claros aos doadores das suas necessidades

E: Quem deveria participar na elaboração deste plano?

P6_ AM: Nesta ideia, seria boa uma decisão conjunta entre governo, comunidade local e parceiros na escolha de local de áreas de prioritárias de intervenção do Governo, comunidade local e parceiros

b) Domínio de Recursos humanos e financiamento

E:4. A relação do número de profissionais de saúde (219 médicos, 1591 Enfermeiros) por número de habitantes na Província de Sofala é de 1810 /2221803 habitantes; segundo os dados do relatório Sara (2018) na província o rácio é de 3.7 médicos para 10.000 habitantes e de enfermeiros é de 20/10.000 habitantes. A OMS recomenda 25 profissionais de saúde para 10000 habitantes (Muanamoha & Arnaldo, 2014). A alocação de novos quadros ou redistribuição de quadros existentes leva em conta esses organismos ou existem mecanismos internos para essa distribuição? Na sua experiência qual seria a proporção ideal tendo em conta a situação de Moçambique?

P5_ AM: Deveria se melhorar, aumentar, não o número de profissionais de forma geral por habitante; e outro aspecto de referir é número de unidade sanitária que existem com a população é aqui que onde estamos mal. Por exemplo na província da Zambézia por mais pessoal que coloquem, não tem onde ir porque as unidades sanitárias são poucas, não é o caso de Sofala, em Sofala as unidades sanitárias são pequenas a demanda é tanta. há necessidade de espaço e serviços. Há falta de pessoal para atender a demanda, capacidade de o governo consumir mais recursos humanos, por falta de recursos financeiros.

E: a) Então Dra, com suas respostas é possível cumprir com as metas da OMS com os recursos disponíveis?

P6_AM: Não, o que fazemos é apoiarmos na área de pequenas reabilitações e manutenção de redes mosqueiras, se falta iluminação, se os parceiros não prestam esse apoio não se pode prestar serviços com qualidade mínima, não há privacidade, alocamos biombos que deveria ser o governo. Para rastreio de colo uterino não tem seu material, a privacidade. Como pode fazer exame de não tem uma mesa de exames.

P6_AM: Embora tenha falta de recursos financeiro, quer aumentar mais profissionais de saúde e colocar mais serviços saúde e próximo da população.

E: 5. O atual modelo de financiamento misto (Orçamento do Estado, ProSaúde e ajudas Externas) facilita a diminuição das desigualdades regionais?

P6_AM: Não

E: 6. De acordo com os dados que existem, na sua opinião, quais os principais fatores que produzem as desigualdades regionais na distribuição de unidades de saúde e de recursos na Província de Sofala?

P6_AM: O cabimento orçamental que existe aqui na província não é suficiente para contratar. As instituições de formação de pessoal são tantas, mais não há capacidade de recrutar-lhos e ampliar o tamanho da infra-estrutura, viaturas e outros equipamentos. Exemplo, já aconteci casos em que colocaram pessoal de radiologias em unidades sanitárias que não tinham equipamento, isso parte da gestão da província. A gestão de recursos humano principalmente por parte administrativa não fazem uma análise crítica que começa a partir do distrito. há necessidade de descentralização por falta de capacidade.

E: 7. Na sua opinião como é feita a redistribuição do orçamento para o funcionamento das unidades sanitárias nos níveis primário e secundário?

P6_AM: A redistribuição, é centralizada, o que dificulta dar resposta as necessidades reais no âmbito das intervenções de aumento de infra-estruturas de equipamentos, prestação de serviços de qualidade.

E: 8. Qual é a contribuição das ONGs nacionais e/ou internacionais no suprimento das necessidades para alocação/requalificação das Unidades Sanitárias e na capacitação de pessoal dessas unidades?

P6_ AM: As contribuições no passado era pelo 60%, agora não sei a contribuição ao orçamento de estado no âmbito de infra-estruturas, recurso de pessoal local. A necessidade que faz falta é a boa motivação, porque quem conhece a sua realidade é o próprio governo. Tem acontecido a falta de planos claro das atividades, aconteceu por exemplo para as doenças não transitáveis, o plano nunca foi aprovado, então todo àquele apoio que era bem-vindo, não ouve. no caso de HIV o plano é mais claro, porque temos prevalência é alta e então o governo aceitou tudo o que os parceiros dão. é verdade que como parceiro temos algumas áreas prioritária mais fazemos o que o governo indica. portanto é uma mistura de ambas as partes que deveria ser combinada por uma boa (governança)

c) Domínio de avaliação de satisfação

E. 9. Como avalia o acesso aos serviços de saúde na Província em relação:

Estímulo:	Muito Mau	Mau	Razoável	Bom	Muito Bom	Não Sei
-----------	-----------	-----	----------	-----	-----------	---------

E: a) Cobertura dos serviços de saúde (achas que a distância das unidades de saúde e as dificuldades de se deslocar influenciam na avaliação negativa dada aos serviços)?

P6_ AM: Boa, dependendo das áreas dependendo da localização geográfica, vias de acesso, tipos de serviços prestado pode ser mau.

E: b) Sobre desempenho das unidades sanitárias (critérios de desempenho, quais são?)

P6_ AM: Razoável.

E: Alocação de pessoal (médicos, enfermeiros, técnicos).

P6_ AM: Mau.

E: Alocação de unidades de saúde (distância e meios de transporte)

P6_AM: Mau, pois não transporte e os serviços estão distantes. exemplo caso de Chemba que tem dificuldades de acesso pois há poucas unidades sanitárias, péssimas vias de acesso, grandes distâncias e falta de transporte.

E: 10. Na sua opinião, quais são as principais dificuldades que a população enfrenta para ter acesso às diferentes unidades sanitárias?

P6: AM: Distância, forma de atendimento, falta de pessoal, medicamentos e equipamento diagnóstico.

E: 11. Que mudanças gostaria de propor para a melhoria do funcionamento das Unidades Sanitárias?

P6_AM: Disponibilizar mais serviços nos centros de saúde, contratar mais pessoal, aumentar o tamanho do número e tamanho das infra-estruturas.

E: Agradeço a colaboração.

[Fim da transcrição]

Entrevistado: P1

Local da entrevista: Dondo [e-mail]

Data da Entrevista/ recebimento das respostas: 12-03-2021

Acrónimos: E – Entrevistadora/pergunta; P1 – Entrevistado

[Início da transcrição]

E: 1. A situação dos serviços de saúde na província de Sofala aponta para a falta de mais infra-estruturas e equipamentos de saúde nos níveis primário e secundário. Na sua opinião, que impacto considera ter as atuais condições de trabalho na desigualdade de prestação de serviços às populações?

P1: Efeito negativo; muita gente morre antes de chegar no meio hospitalar.

E: 2. Para além das infra-estruturas e dos equipamentos de saúde, que outros indicadores achas que devem ser considerados para uma melhor prestação de serviços à população?

P1: Número de médicos ou enfermeiros por habitantes.

E: 3. Sabe-se que um dos indicadores de acesso e ou de prestação de serviços de saúde de qualidade são o rácio médico/utente e ou enfermeiro/utente. Porém, estes rácios são elevados principalmente no meio rural. Na sua opinião, que políticas ou esforços conjuntos (Governo-parceiros) podem contribuir para alocação de mais recursos humanos nos serviços primário e secundário?

P1: Aumentar de maneira considerável o orçamento do sector de saúde que permitirá os distritos de forma independente a realizar concursos de ingresso no sector público e empregar mais médicos e enfermeiros.

E: 4. Em relação aos recursos financeiros, que proposta seria favorável para uma melhor redistribuição destes recursos por forma a responder as necessidades reais dos serviços de saúde em áreas urbanas e rurais?

P1: Igualdade de fundos tomando em conta a densidade populacional.

E: 5. Condições de atendimento e questões logísticas?

P1: Razoável.

E: a) Níveis de informação disponível?

P1: Bom.

E: b) Relação clínicos/utentes/serviços?

P1: Razoável.

[Fim da transcrição]

Entrevistado: P2

Local da entrevista: Búzi [e-mail]

Data da Entrevista/ recebimento das respostas: 15-03-2021

Acrónimos: E – Entrevistadora/pergunta; P2 – Entrevistado

[Início da transcrição]

E: 1. A situação dos serviços de saúde na província de Sofala aponta por falta de mais infra-estruturas e equipamentos de saúde nos níveis primário e secundário. Na sua opinião, que impacto considera ter as atuais condições de trabalho na desigualdade de prestação de serviços às populações?

P2: Fraca adesão por parte da população que vive mais de 10 km das unidades sanitárias; Preferência de uso de médicos tradicionais pela distância ao centro de saúde; Pacientes crónicos (Diabetes, hipertensão, HIV/SIDA) adesão fraca ou limitado ao tratamento/controlo e muita desistência devido a distância com relação a unidade sanitária próxima.

E: 2. Para além das infra-estruturas e dos equipamentos de saúde, que outros indicadores acham que devem ser considerados para uma melhor prestação de serviços à população?

- P2: Indicador para melhor prestação dos serviços a população: número de pessoal qualificado em relação a cada unidade sanitária; Disponibilidade de água e energia; Distribuição de comida para os doentes.
- E: 3. Sabe-se que um dos indicadores de acesso e ou de prestação de serviços de saúde de qualidade são o rácio médico/utente e ou enfermeiro/utente. Porém, estes rácios são elevados principalmente no meio rural. Na sua opinião, que políticas ou esforços conjuntos (Governo-parceiros) podem contribuir para alocação de mais recursos humanos nos serviços primário e secundário?
- P2: Políticas para alocação mais de recursos humanos: incentivo para formação regional/escola de recursos humanos (bolsas de estudos, introdução de centros de formação; auxílio no pagamento de salários para pessoal de saúde e auxiliares; formação de agentes comunitários.
- E: 4. Em relação aos recursos financeiros, que proposta seria favorável para uma melhor redistribuição destes recursos por forma a responder as necessidades reais dos serviços de saúde em áreas urbanas e rurais?
- P2: Incentivar o pessoal de saúde a trabalhar em áreas rurais com melhores salários e condições.
- E: 5. Condições de atendimento e questões logísticas?
- P2: Razoável.
- E: a) Níveis de informação disponível?
- P2: Razoável.
- E: b) Relação clínicos/utentes/serviços?
- P2: Mau.

[Fim da transcrição]

Entrevistado: P3

Local da entrevista: Beira [e-mail]

Data da Entrevista/recebimento das respostas: 08-03-2021

Acrónimos: E – Entrevistadora/pergunta; P3 – Entrevistado

[Início da transcrição]

E: 1. A situação dos serviços de saúde na província de Sofala aponta por falta de mais infra-estruturas e equipamentos de saúde nos níveis primário e secundário. Na sua opinião, que impacto considera ter as atuais condições de trabalho na desigualdade de prestação de serviços às populações?

P3: Maior índice de mortalidade, falta de assistência rápida e adequada com pouca precisão.

E: 2. Para além das infra-estruturas e dos equipamentos de saúde, que outros indicadores acham que devem ser considerados para uma melhor prestação de serviços à população?

P3: Rácio médico/utente e ou enfermeiro/utente.

E: 3. Sabe-se que um dos indicadores de acesso e ou de prestação de serviços de saúde de qualidade são o rácio médico/utente e ou enfermeiro/utente. Porém, estes rácios são elevados principalmente no meio rural. Na sua opinião, que políticas ou esforços conjuntos (Governo-parceiros) podem contribuir para alocação de mais recursos humanos nos serviços primário e secundário?

P3: Formação de mais pessoal técnico de saúde e maior absorção destes pelo sistema nacional de saúde.

E: 4. Em relação aos recursos financeiros, que proposta seria favorável para uma melhor redistribuição destes recursos por forma a responder as necessidades reais dos serviços de saúde em áreas urbanas e rurais?

P3: Melhorar a proposta financeira, mais infra-estrutura, aparelhos e equipamentos hospitalares.

E: 5. Condições de atendimento e questões logísticas?

P3: Bom

E: a) Níveis de informação disponível?

P3: Bom.

E: b) Relação clínico/utentes/serviços?

P3: Razoável.

[Fim da transcrição]

Entrevistado: P4

Local da entrevista: Beira [e-mail]

Data da Entrevista/ recebimento das respostas: 10-03-2021

Acrónimos: E – Entrevistadora/pergunta; P4 – Entrevistado

[Início da transcrição]

E: 1. A situação dos serviços de saúde na província de Sofala aponta por falta de mais infra-estruturas e equipamentos de saúde nos níveis primário e secundário. Na sua opinião, que impacto considera ter as atuais condições de trabalho na desigualdade de prestação de serviços às populações?

P4: Fraca prestação de atendimento por causa de desigualdade no atendimento o que propícia o fraco.

E: 2. Para além das infra-estruturas e dos equipamentos de saúde, que outros indicadores acham que devem ser considerados para uma melhor prestação de serviços à população?

P4: Transporte (ambulância) e mais profissionais de saúde.

- E: 3. Sabe-se que um dos indicadores de acesso e ou de prestação de serviços de saúde de qualidade são o rácio médico/utente e ou enfermeiro/utente. Porém, estes rácios são elevados principalmente no meio rural. Na sua opinião, que políticas ou esforços conjuntos (Governo-parceiros) podem contribuir para alocação de mais recursos humanos nos serviços primário e secundário?
- P4: Mobilização dos recursos e abertura de concursos para contratação.
- E: 4. Em relação aos recursos financeiros, que proposta seria favorável para uma melhor redistribuição destes recursos por forma a responder as necessidades reais dos serviços de saúde em áreas urbanas e rurais?
- P4: Políticas específicas de remuneração consoante as atividades realizadas por profissional.
- E: 5. Condições de atendimento e questões logísticas
- P4: Mau.
- E: a) Níveis de informação disponível?
- P4: Mau.
- E: b) Relação clínico/utentes/serviços?
- P4: Razoável.

[Fim da transcrição]

Entrevistado: P5

Local da entrevista: Beira [e-mail]

Data da Entrevista/ recebimento das respostas: 12-03-2021

Acrónimos: E – Entrevistadora/pergunta; P5 – Entrevistado

[Início da transcrição]

- E: 1. A situação dos serviços de saúde na província de Sofala aponta por falta de mais infra-estruturas e equipamentos de saúde nos níveis primário e secundário.

Na sua opinião, que impacto considera ter as atuais condições de trabalho na desigualdade de prestação de serviços às populações?

P5: Negativo.

E: 2. Para além das infra-estruturas e dos equipamentos de saúde, que outros indicadores acham que devem ser considerados para uma melhor prestação de serviços à população?

P5: Transporte.

E: 3. Sabe-se que um dos indicadores de acesso e ou de prestação de serviços de saúde de qualidade são o rácio médico/utente e ou enfermeiro/utente. Porém, estes rácios são elevados principalmente no meio rural. Na sua opinião, que políticas ou esforços conjuntos (Governo-parceiros) podem contribuir para alocação de mais recursos humanos nos serviços primário e secundário?

P5: Colaboração mútua em termos de material a ser alocado.

E: 4. Em relação aos recursos financeiros, que proposta seria favorável para uma melhor redistribuição destes recursos por forma a responder as necessidades reais dos serviços de saúde em áreas urbanas e rurais?

P5: Diretamente alocado para áreas de necessidade dos serviços.

E: 5. Condições de atendimento e questões logísticas?

P6: Razoável.

E: a) Níveis de informação disponível?

P5: Razoável.

E: b) Relação clínico/utentes/serviços?

P5: Razoável.

[Fim da transcrição]

Entrevistado: P6

Local da entrevista: Beira [e-mail]

Data da Entrevista/ recebimento das respostas: 20-03-2021

Acrónimos: E – Entrevistadora/pergunta; P6 – Entrevistado

[Início da transcrição]

E: 1. A situação dos serviços de saúde na província de Sofala aponta por falta de mais infra-estruturas e equipamentos de saúde nos níveis primário e secundário. Na sua opinião, que impacto considera ter as atuais condições de trabalho na desigualdade de prestação de serviços às populações?

P6: As condições de trabalho são razoáveis, mas devem melhorar nos equipamentos e infra-estruturas.

E: 2. Para além das infra-estruturas e dos equipamentos de saúde, que outros indicadores acham que devem ser considerados para uma melhor prestação de serviços à população?

P6: Meios e equipamento de trabalho para o pessoal melhor intervir.

E: 3. Sabe-se que um dos indicadores de acesso e ou de prestação de serviços de saúde de qualidade são o rácio médico/utente e ou enfermeiro/utente. Porém, estes rácios são elevados principalmente no meio rural. Na sua opinião, que políticas ou esforços conjuntos (Governo-parceiros) podem contribuir para alocação de mais recursos humanos nos serviços primário e secundário?

P6: Atração de mais médicos, técnicos, enfermeiros e pessoal de apoio.

E: 4. Em relação aos recursos financeiros, que proposta seria favorável para uma melhor redistribuição destes recursos por forma a responder as necessidades reais dos serviços de saúde em áreas urbanas e rurais?

P6: Construção de mais infra-estruturas hospitalares, fornecimento de equipamentos de raio x e aparelhos de medição de temperatura.

E: 5. Condições de atendimento e questões logísticas

P6: Razoável.

E: a) Níveis de informação disponível?

P6: Bom.

E: b) Relação clínico/utentes/serviços?

P6: Bom.

[Fim da transcrição]

Entrevistado: P7

Local da entrevista: Beira [e-mail]

Data da Entrevista/ recebimento das respostas: 20-03-2021

Acrónimos: E – Entrevistadora/pergunta; P7 – Entrevistado

[Início da transcrição]

E: 1. A situação dos serviços de saúde na província de Sofala aponta por falta de mais infra-estruturas e equipamentos de saúde nos níveis primário e secundário. Na sua opinião, que impacto considera ter as atuais condições de trabalho na desigualdade de prestação de serviços às populações?

P7: Tanto a falta de infra-estruturas e equipamentos médicos dificulta o próprio atendimento aos utentes, a qualidade dos serviços é baixa.

E: 2. Para além das infra-estruturas e dos equipamentos de saúde, que outros indicadores acham que devem ser considerados para uma melhor prestação de serviços à população?

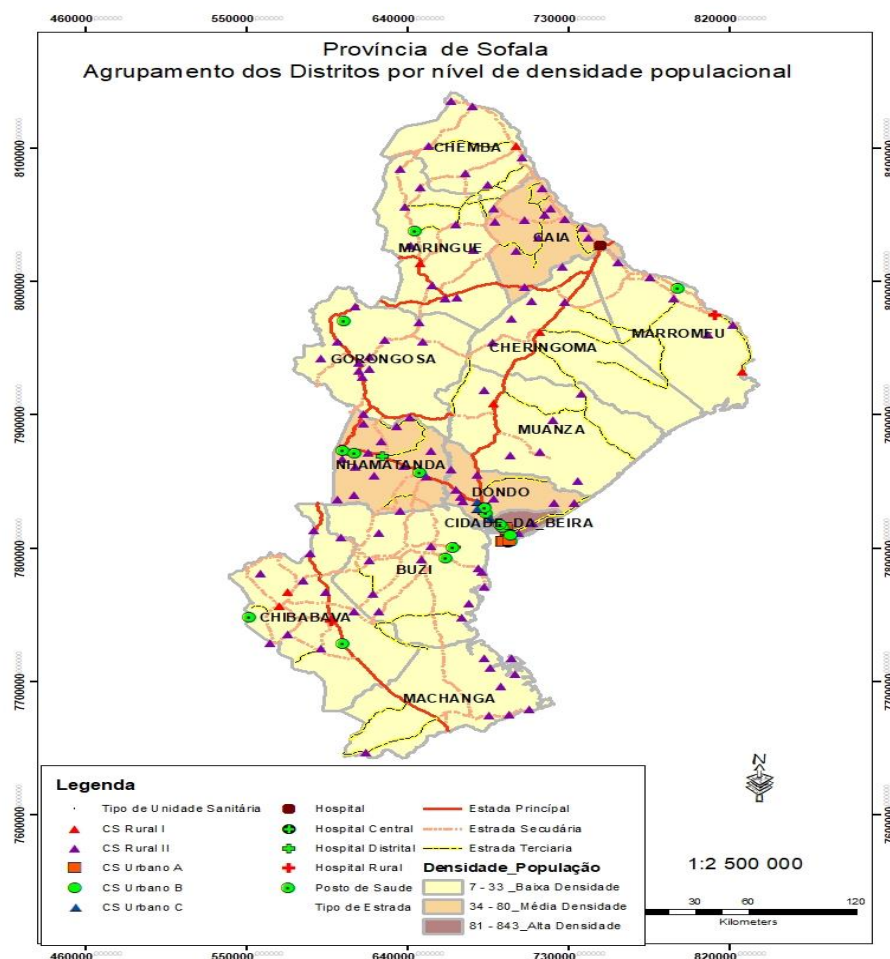
- P7: Material médico-cirúrgico; equipamento de proteção individual adequado.
- E: 3. Sabe-se que um dos indicadores de acesso e ou de prestação de serviços de saúde de qualidade são o rácio médico/utente e ou enfermeiro/utente. Porém, estes rácios são elevados principalmente no meio rural. Na sua opinião, que políticas ou esforços conjuntos (Governo-parceiros) podem contribuir para alocação de mais recursos humanos nos serviços primário e secundário?
- P7: Contracto de recursos humanos através de concursos públicos.
- E: 4. Em relação aos recursos financeiros, que proposta seria favorável para uma melhor redistribuição destes recursos por forma a responder as necessidades reais dos serviços de saúde em áreas urbanas e rurais?
- P7: Os recursos financeiros não devem ter muitas diferenças entre os funcionários de agente de serviços até ao médico
- E: 5. Condições de atendimento e questões logísticas
- P8: Razoável
- E: a) Níveis de informação disponível?
- P7: Razoável.
- E: b) Relação clínico/utentes/serviços?
- P7: Razoável.

[Fim da transcrição]

Metodologia de elaboração da entrevista: justificativa e modelos

Para o levantamento de dados primários na pesquisa de campo, o seguinte guia de entrevista terá como **grupo-alvo: provedores de saúde** (DPS – Direcção Provincial de Saúde) e representantes de organizações não-governamentais, prestadores de serviços (Médicos/ Enfermeiros) que atuam na área de saúde dos distritos da **Beira, Buzi e Dondo**, na província de Sofala (PS).

A seleção dos distritos, para a recolha de amostras da pesquisa, esteve sujeita aos seguintes critérios: densidade populacional, números de infra-estruturas de saúde, e proximidade de geográfica, dando lugar a classificação de distritos com alta densidade, média densidade e baixa densidade, como se evidencia no mapa abaixo. Dos 13 distritos, foram seleccionados três (3) Distritos.



Fonte: Elaboração própria, adaptados com dados do CENACARTA/INE

A técnica usada foi a entrevista semiestruturada em profundidade, face-to-face, tendo em vista a previsível resistência de participação em entrevistas via telefone ou por e-mail (Bolderston, 2012, 70)¹⁴. Esta tipologia permite, por um lado, que os entrevistados se comuniquem livremente e, por outro lado, a manutenção dos pontos de vista dos mesmos. A entrevista piloto, realizada em 11 de fevereiro de 2019 na cidade da Beira, permitiu-nos fazer o mapeamento de outros potenciais entrevistados, via indicação “bola de neve”, snowball sampling, essencial para organização de amostra não-probabilística (Galloway 2004, 862). Ao mesmo tempo, aquele primeiro contacto permitiu-nos reorganizar as 12 questões-chave aqui apresentadas, sendo consideradas as informações que já possuíamos por meio de relatórios oficiais e os dados em falta a serem complementados.

¹⁴ Considera-se também a problemática das dificuldades de deslocamento do entrevistador, além do baixo índice de acesso a rede estável de internet em regiões rurais da PS; por essa razão as entrevistas serão realizadas diretamente.

Grupo 1: Protocolo de Entrevista com Representantes da Direcção Provincial de Saúde da
Província de Sofala

Entrevista nº

0	1
---	---

 Distrito:

Beira	Dondo	Búzi
--------------	--------------	-------------

Órgão/Instituição [sigla]:

Data: ____/ outubro /2020

Esta entrevista é parte de uma pesquisa sobre acessibilidade aos serviços de saúde na província de Sofala, realizado por Queran P. Naranás Esmael, estudante de doutoramento da Universidade de Coimbra, na especialidade de Geografia Humana, sob orientação do Professor Doutor Miguel Padeiro e da Professora Doutora Paula Santana

Sobre o andamento da entrevista:

- Esta entrevista é de natureza completamente confidencial e anónima, e não será publicada. Seus dados serão utilizados para fins exclusivamente científicos. Pretende-se apenas coletar a sua opinião pessoal e sincera.

- O tempo de duração da entrevista é de 30 minutos a 1 hora.

a) Esta entrevista visa coletar dados primários por meio de um conjunto de perguntas relativas as dimensões referentes **nível do equipamento de saúde e equipa dos recursos; nível e caracterização das unidades sanitárias, recursos humanos e financeiros, e satisfação do entrevistado em relação às condições de acesso e atendimento prestado** de modo a aferir o grau da disponibilidade efetiva dos serviços de saúde e o acesso por parte dos utentes a esses serviços. Esta entrevista é efetuada de uma forma global, e irá contribuir para a melhoria das alocações dos futuros serviços de saúde numa perspetiva de melhorar a cobertura.

b) Está dividido em três partes: *a) Domínio das unidades sanitárias*, onde se perguntará questões-chave que estimulem repostas relacionadas as unidades sanitárias existentes e aos critérios de alocação e distribuição de recursos; *b) Domínio de Recursos humanos e financiamento*, onde se estimulará diálogo sobre formas e políticas de formação, distribuição e modelação de recursos, e finalmente *c) Domínio de avaliação de satisfação*, onde se perscrutará a sua avaliação sobre estruturas e serviços.

c) É de toda a conveniência que responda com o máximo de rigor e honestidade, pois só assim é possível utilizar os dados para a melhoria contínua dos serviços de saúde de acordo com a característica e necessidade da população.

a) Domínio das unidades saúde

1. Tendo em conta os critérios que conhece que são utilizados para alocação de infra-estruturas e pessoal nos serviços de saúde (ao nível primário e secundário) na sua opinião, quais critérios deveriam ser melhorados ou acrescentados para futuras instalações no meio urbano e rural?

2. Para alocação de novas unidades sanitárias, deve-se ter em conta a importância do aglomerado populacional, a existência de vias de acesso, a distância entre as unidades de saúde existentes e as comunidades. Em média esta distância é de até 10 km, embora na prática o raio esteja muito acima da média (Ministério de Saúde, 2013). Na sua avaliação:

→ As estratégias usadas para projetar uma nova unidade na província, ou mudança de categoria nas já existentes, tem contribuído para uma melhor distribuição dos equipamentos e facilitado o acesso dos utentes?

→ Em relação aos critérios para alocação de serviços e RH em regiões remotas, menos servidas de estradas (principais/secundárias): que proposta teria para melhorar o cenário actual de prestação de serviços, e a falta médicos/enfermeiros?

→ Que esforços têm sido feitos para melhorar as metas segundo as recomendações da OMS?

3. Na sua opinião, como deveria se desenhar um plano estratégico provincial para escolha de sítio, projeto de instalação e financiamento de novas unidades?

→ Quem deveria participar na elaboração deste plano?

b) Domínio de Recursos humanos e financiamento

4. A relação do número de profissionais de saúde (219 médicos, 1591 Enfermeiros) por número de habitantes na Província de Sofala é de 1810 /2221803 habitantes; segundo os dados do relatório Sara (2018) na província o rácio é de 3.7 médicos para 10.000 habitantes e de enfermeiros é de 20/10.000 habitantes. A OMS recomenda 25 profissionais de saúde para 10000 habitantes (Muanamoha & Arnaldo, 2014). A alocação de novos quadros ou redistribuição de quadros existentes leva em conta esses organismos ou existem mecanismos internos para essa distribuição?

→ De acordo com a sua experiência, qual deveria ser a proporção ideal de médicos e profissionais por número de habitantes?

→ É possível cumprir as metas da OMS com os recursos disponíveis?

→ Quais são as metas do governo?

5. O atual modelo de financiamento misto (Orçamento do Estado, ProSaúde e ajudas Externas) facilita a diminuição das desigualdades regionais?

6. De acordo com os dados que existem, na sua opinião, quais os principais fatores que produzem as desigualdades regionais na distribuição de unidades de saúde e de recursos na Província de Sofala?

7. Na sua opinião como é feita a redistribuição do orçamento para o funcionamento das unidades sanitárias nos níveis primário e secundário?

8. Qual é a contribuição das ONGs nacionais e/ou internacionais no suprimento das necessidades para alocação/requalificação das Unidades Sanitárias e na capacitação de pessoal dessas unidades?

c) Domínio de avaliação de satisfação

9. Como avalia o acesso aos serviços de saúde na Província em relação:

Estímulo:	Muito Mau	Mau	Razoável	Bom	Muito Bom	Não Sei
-----------	-----------	-----	----------	-----	-----------	---------

- ➔ Cobertura dos serviços de saúde (achas que a distância das unidades de saúde e as dificuldades de se deslocar influenciam na avaliação negativa dada aos serviços?).
- ➔ Sobre desempenho das unidades sanitárias (critérios de desempenho, quais são?)
- ➔ Alocação de pessoal (médicos, enfermeiros, técnicos)
- ➔ Alocação de unidades de saúde (distância e meios de transporte)

10. Na sua opinião, quais são as principais dificuldades que a população enfrenta para ter acesso às diferentes unidades sanitárias.?

11. Que mudanças gostaria de propor para a melhoria do funcionamento das Unidades Sanitárias?

Agradecemos a sua colaboração.

Grupo 2: Protocolo de Entrevista com Médicos e Enfermeiros da Província de Sofala

Entrevista n.º

--	--

Distritos:

Beira	Dondo	Búzi
--------------	--------------	-------------

Órgão/Instituição (sigla):

Data: ____ / fevereiro /2021

Esta entrevista é parte de uma pesquisa sobre acessibilidade aos serviços de saúde na província de Sofala, que está a ser desenvolvida por Queran P. Narandás Esmael, estudante de doutoramento da Universidade de Coimbra, na especialidade de Geografia Humana, sob orientação da Professora Doutora Paula Santana e Professor Doutor Miguel Padeiro.

Sobre o andamento da entrevista:

– Esta entrevista é de natureza completamente confidencial e anónima, e não será publicada. Seus dados serão utilizados para fins exclusivamente científicos. Pretende-se apenas coletar a sua opinião pessoal e sincera.

– O tempo de duração da entrevista é de: 10 a 30 minutos.

a) Esta entrevista visa coletar dados primários por meio de um conjunto de perguntas relativas as dimensões referentes **nível do equipamento de saúde e equipa dos recursos; nível e caracterização das unidades sanitárias, recursos humanos e financeiros, e satisfação do entrevistado em relação às condições de acesso e atendimento prestado** de modo a aferir o grau da disponibilidade efetiva dos serviços de saúde e o acesso por parte dos utentes a esses serviços. Esta entrevista é efetuada de uma forma global, e irá contribuir para a melhoria das alocações dos futuros serviços de saúde numa perspetiva de melhorar a cobertura.

a) Esta entrevista visa coletar dados primários por meio de um conjunto de perguntas relativas as dimensões referentes **nível do equipamento de saúde e equipa dos recursos; nível e caracterização das unidades de saúde, recursos humanos e financeiros, e satisfação do entrevistado em relação às condições de acesso e atendimento prestado** de modo a aferir o grau da disponibilidade efetiva dos serviços de saúde e o acesso por parte dos utentes a esses serviços. Esta entrevista é efetuada de uma forma global, e irá contribuir para a melhoria das alocações dos futuros serviços de saúde numa perspetiva de melhorar a cobertura.

c) É de toda a conveniência que responda com o máximo de rigor e honestidade, pois só assim é possível utilizar os dados para a melhoria contínua dos serviços de saúde de acordo com a característica e necessidade da população.

a) Domínio das Unidades de saúde

1. A situação dos serviços de saúde na província de Sofala aponta por falta de mais infra-estruturas e equipamentos de saúde nos níveis primário e secundário. Na sua opinião, que impacto considera ter as atuais condições de trabalho na desigualdade de prestação de serviços às populações?
2. Para além das infra-estruturas e dos equipamentos de saúde, que outros indicadores acha que devem ser considerados para uma melhor prestação de serviços à população?

b) Domínio de Recursos Humanos e Financiamento

3. Sabe-se que um dos indicadores de acesso e ou de prestação de serviços de saúde de qualidade são o rácio médico/utente e ou enfermeiro/utente. Porém, estes rácios são elevados principalmente no meio rural. Na sua opinião, que políticas ou esforços conjuntos (Governo-parceiros) podem contribuir para alocação de mais recursos humanos nos serviços primário e secundário?
4. Em relação aos recursos financeiros, que proposta seria favorável para uma melhor redistribuição destes recursos por forma a responder as necessidades reais dos serviços de saúde em áreas urbanas e rurais?

c) Domínio de Avaliação da Satisfação

5. Que apreciação faz dos serviços saúde em relação a:

Estímulo:

Muito bom	Bom	Razoável	Mau	Muito mau	Não sei
-----------	-----	----------	-----	-----------	---------

- ➔ Condições de atendimento e questões logísticas?
- ➔ Níveis de informação disponível?
- ➔ Relação técnicos/utentes/serviços?

Agradecemos a sua colaboração.

Análise de Conteúdo: Método e Codificação

Para o processo da análise do conteúdo das entrevistas foram seguidas três etapas sugeridas por Bardin (2010 [1977]): na primeira fase, efetuamos a organização do material, que consistiu em transcrever as entrevistas do primeiro grupo, a partir da escuta dos áudios das entrevistas gravadas e notas apontadas; tínhamos como objetivo aferir a redação do material, relativamente as questões colocadas pelo entrevistador ao entrevistado, bem como permitir a edição, as correções, identificação de opiniões comuns ou chaves. Para isso foram digitadas literalmente as respostas das entrevistas do segundo grupo.

Na transcrição dos áudios, optou-se pela transcrição não naturalista ou seletiva, conduzida por meio de normas gramaticais correntes. Os intervenientes (entrevistador e os entrevistados) são identificados por sigla apresentada em letras maiúsculas (deu-se a omissão de informações que possam identificar os sujeitos).

Na segunda fase, efetuamos a codificação (Unidade de Registo), que consistiu na leitura das entrevistas transcritas e na seleção de trechos textuais que possuem uma maior suscetibilidade para esclarecer questões acerca da problemática central, assim como os objetivos da pesquisa, permitindo assim uma melhor classificação dos conteúdos.

Na terceira e última fase, fizemos uma categorização que consistiu em agrupar as unidades de registo em 8 categorias, tendo com ponto de referência os objetivos da pesquisa em primeiro plano, e partir desse ponto foram identificadas as subcategorias que constituem as determinantes. A seguir apresentamos duas tabelas que congregam as duas variantes.

Amostra de Entrevista: Variante 1	
Pesquisador: E	Entrevistados: P1_DP; P2_SD1; P3_SD2; P4_VM; P5_CV; P6_AM.
Questões	Categorias temáticas
<p>1. Tendo em conta os critérios que conhece e que são utilizados para alocação de infra-estruturas e pessoal nos serviços de saúde (ao nível primário e secundário), na sua opinião quais critérios deveriam ser melhorados ou acrescentados para futuras instalações no meio urbano e rural?</p>	<p><i>Distância</i></p> <p>P1_DP: “Rever a distância entre o local onde pretende-se construir a nova infra-estrutura ou a unidade sanitária em relação a unidade sanitária mais próxima; a única coisa que nós podemos melhorar é rever a média da definição que dizem de 10 km; penso que podemos diminuir nas zonas rurais porque a população percorre longas distância.”</p> <p>P2_SD1: “A distância média percorrida pela população até hoje é de 7 km para se chegar a unidade sanitária mais próxima.”</p> <p><i>Distância população à unidade sanitária no meio urbano</i></p> <p>P1_DP: “Tem sido o normal aquilo que é ideal abaixo de 5 km.”</p> <p>P2_SD1: “Nas zonas urbanas a área do município do Dondo é praticamente 3.9 km.”</p> <p>P5_C V: “Longas distâncias que as pessoas se deslocam para obter acesso.”</p>

Distância população à unidade sanitária no meio rural

P1_DP: “Melhorar é em relação àquilo que é a média usada para definição em termo de distância para definição, muita população naquela nestas áreas que está a menos de 10 km.”

P2_SD1: “Mafambise é de 7 km, Savana é de 11, essas são as distâncias médias percorridas pelas comunidades, das mais distantes, até encontrar uma unidade sanitária.”

Sociodemográfico

Densidade Populacional

P1_DP: “O factor de densidade populacional, naquele local, se aquela infra-estrutura estando naquele local temos que tirar proveito, vermos se essa infra-estrutura será usada, ou essa população poderá cobrir? Podemos instalar uma unidade sanitária num local menos povoado, infra-estrutura não será utilizada para tal.”

P4_VM: “Densidade populacional, pois olhando a realidade atual, há mais habitantes que serviços, criando como consequência distância elevadas entre esses.”

P5_C V: “Caso cidades há zonas que há maior densidade populacional, o centro de saúde tem maior demanda, esses precisam mais de apoio em termo de recursos humanos (pessoal médico enfermeiros e outros técnicos) e outros equipamentos para prestar bom atendimentos de serviços de qualidade, Criar melhor ambiente de conforto e atendimento dos utentes.”

Recursos humanos

. Unidade de atendimento

PI_DP: “É revermos a carga, o volume de atividade; há muitas outras atividades que se desenvolvem na unidade sanitárias, e o profissional acaba estando muito ocupado nessas outras atividades e essas atividades não entram na contabilização do volume do trabalho alocado a esse funcionário; deve ser revista, porque há muitas atividades que ocupam o profissional, mais que não entram.”

. Rácio

PI_DP: “Médico por habitante, enfermeiro por habitante, profissional por habitante, também olhamos aquilo que são os padrões, estamos muito longe daquilo que são os padrões definidos pela OMS, então o que nós fazemos é tentarmos ajustar mais sempre olhando para reduzir esses rácios.”

P6_AM: “O problema é pessoal, precisam de pessoal.”

Infra-estruturas/equipamento

Distribuição de infra-estrutura

P2_SD1: “O distrito de Dondo tem 1 centro de saúde urbano A, 1 centro de saúde rural B, 1 centros de saúde tipo 2 e 4 posto de saúde; as coberturas por área de saúde, município que Dondo sede tem 9 unidades, cobertura de 52.9%, uma unidade

	<p>por 12.156/habitante, Distrito de Mafambisse tem 4 unidades sanitárias uma cobertura de 23.5% e uma unidade para 19100 habitantes; Posto Administrativo de Savane tem 4 unidades sanitárias, cobertura é de 23.5%; uma unidade sanitária para 6.289. habitantes.”</p> <p>“A rede sanitária aqui esta muito além para responder as necessidades; mais unidades sanitárias, haverá mais técnicos e vai-se reduzir a distância do utente para ir à unidade sanitária.”</p> <p>P3_SD2: “Alargamos a rede sanitária, também vai haver aumento de profissionais a melhorar da qualidade dos serviços”</p> <p>P6_AM: “Centros de saúde ficaram pequenos. Com a demanda dos serviços ficaram pequenos, em mútua tivemos que ampliar e deveria crescer mais”</p> <p><i>Prestação e qualidade de serviços</i></p> <p>P3_SD2: “Um técnico atende 100 pacientes num dia, então a qualidade dos serviços é a desejar.”</p> <p><i>Políticas e estratégias de trabalho</i></p> <p>P1_DP: “Ministério de saúde está a levar a cabo, a revisão daquilo que é o volume de atividade, quais serão os serviços que entram para o cálculo do volume de cada um dos profissionais.”</p> <p>P5_C V: “Estratégias que deve ser usada ser a maximização da focalização em assistências ambulatorio, através de brigada móveis para melhor assistência à população nestas zonas de difícil.”</p>
--	---

	<p>P6_ AM: “Os centros de saúde precisam de mais apoio, sobretudo as unidades sanitárias que estão ao longo do corredor cresceram.”</p> <p>P5_C V: “Condições de orçamento para alocar mais recursos humanos bem como garantir incentivos para o pessoal manter-se ou aceitar trabalhos nos distritos mais desfavorecidos.”</p>
<p>2. Para alocação de novas unidades sanitárias, deve-se ter em conta a importância do aglomerado populacional, a existência de vias de acesso, a distância entre as unidades de saúde existentes e as comunidades. Em média está distância é de até 10 km, embora na prática o raio esteja muito acima da média (Ministério de Saúde, 2013). Na sua avaliação:</p> <p>a) As estratégias usadas para projetar uma nova unidade na província, ou</p>	<p><i>Distância</i></p> <p>P1_DP: “Primeiro é reduzir as distâncias que a população percorre para ter cuidados de saúde; olhando pela população e para os serviços que nós queremos que se próxima a população distritos onde não temos hospital, quando há referências cirúrgicas a população é referida em outros sítios e fica distante e mais gastos adicionais.”</p> <p>P2_ SD: “As estratégias usadas não estão a ajudar por causa das distâncias, exemplo área municipal onde um cidadão percorre em média 3.9 km está em vantagem ele leva pouco tempo, Savane onde tem uma distância em média 11 km (...) para se deslocar à uma unidade sanitária mais próxima são 11 km, ir e vir são 22km.”</p> <p>P4_VM: “Raio teórico, há necessidade de reavaliar o critério para áreas rurais, as populações dessas áreas percorrem longas distâncias para ter acesso a uma unidade sanitária, em média em áreas suburbanas a população fica a entre 6 a 7 km de distância de uma unidade sanitária, e no meio urbano está entre 1 a 4 km de distância. para dizer que na realidade essas distâncias nas zonas suburbanas são muito mais.”</p> <p>P5_CV “as distâncias que separam entre as comunidades, e serviços é superior a 10km, já testemunhou em algumas ocasiões em que as pessoas se deslocam por volta de 20 km.”</p>

<p>mudança de categoria nas já existentes, tem contribuído para uma melhor distribuição dos equipamentos e facilitado o acesso dos utentes?</p>	<p><i>Políticas e estratégias de trabalho</i></p> <p>P1_DP: “Por não estarmos a cobrir toda a população, temos adotado brigada móveis de assistência, para tentar cobrir aquela população que não é coberta pelas unidades sanitárias dentro do raio teórico; reclassificamos algumas unidades sanitárias, nos outros distritos que não tem um hospital distrital, é criar essa capacidade melhorada dos cuidados de saúde reclassificando algumas unidades sanitárias para hospitais distritais.”</p> <p>P6_AM: “O sistema de transferência funciona muito mal.”</p> <p><i>Sociodemográfico</i></p> <p>P4_VM: “A densidade populacional, por exemplo, áreas com uma população de cerca de 9 000 habitantes, não são beneficiados por uma unidade sanitária. Essa situação leva a sobrecarga dos serviços já existentes.”</p> <p>P6_AM: “Centros de saúde cresceram no leque de atividade, a população nessas áreas onde há esses serviços, mas não se tomou em conta capacidade do centro de saúde. Por exemplo o centro de saúde de Tica é uma coisinha.”</p> <p>P6_AM: “Centros de saúde deveriam ser melhorados nas infra-estruturas porque não foram criar capacidade para um pequeno laboratório e nem farmácia.”</p> <p>P6_AM: “Precisam de pessoal de área de farmácia, laboratório, medicina preventiva, e medicina de saúde materna infantil; precisa de mais pessoal.”</p>
---	---

	<p>P6_AM: “Há necessidade de haver mais pacote de serviço. O hospital rural deveria ter mais serviços básicos. o hospital rural de Inhamatanda não tem bons serviços, há necessidade de potenciar os serviços saúde para dar resposta e atendimento de qualidade, serem mais polivalente.”</p>
<p>b) Em relação aos critérios para alocação de serviços e RH em regiões remotas, menos servidas de estradas (principais/secundárias): que proposta teria para melhorar o cenário actual de prestação de serviços, e a falta médicos/enfermeiros?</p>	<p><i>Infra-estrutura/equipamento</i></p> <p><i>Distribuição de infra-estrutura</i></p> <p>P1_DP: “Temos um plano de desenvolvimento de infra-estrutura, analisamos e vimos dada a população nós temos que passar àquela unidade sanitária de um centro de saúde do tipo2 sem internamento para uma um centro de saúde do tipo 1 com internamento, plano, e temos posto de saúde que não tem maternidade e nós temos que passar para centro de saúde tipo 2 com uma maternidade.”</p> <p>P2_SD1: “Aumentar mais unidades sanitárias, entre outros pedidos que população faz, não esquecem de pedir unidades sanitária.”</p> <p><i>Recursos Humanos</i></p> <p>P1_DP: “Recursos humanos, temos muitos médicos, também muitos outros profissionais de saúde formados que ainda não estão a trabalhar porque não há orçamento. O grande problema aqui para injectar mais recurso humanos é a questão mesmo de orçamento; não conseguimos absorver, as vagas são limitadas, temos tido cotas limitadas em função das nossas necessidades.”</p>

7.Financiamento/Fundo

Orçamento para contratação

P1_DP: “O grande problema para injetar mais recurso humanos é a questão mesmo de orçamento quando houver disponibilidade orçamental, nós poderemos absorver mais recursos humanos; temos apoio de alguns parceiros, caso de ProSaúde, há uma abertura no ProSaúde para recrutar alguns médicos, cirurgiões nem licenciados em cirurgia, anestesia, ProSaúde 3 só temos contratar profissionais daquelas categorias muito necessária que são médicos, cirurgiões, anestesistas, e instrumentistas, temos tido apoio de alguns parceiros que fazem contratações com duração de 1 ano de alguns profissionais dependendo da área de actuação daquele parceiro, nós tentamos ver dentro daquilo que são as nossas as cotas como podemos absorver esses profissionais.”

P3_SD2: “Nós não temos essas condições, essas avalanches de recrutamento de enfermeiros, construções de hospitais é por falta de fundos ou orçamento a formação de técnico já existe em grandes quantidades, então o governo não esta conseguir consumir esses técnicos por falta de orçamentos fundo comum contrata e paga de acordo com suas disponibilidades orçamento. os técnicos entram com um determinado tempo a ser o pago 1 a 2 anos pelo fundo comum e depois o estado tem que assumir. aí que esta o problema, quando chega a vez do estado assumir; aqui o problema principal é o orçamento! este é o que o principal problema.”

P4_VM: “Melhorar orçamento para alocar mais funcionários por exemplo há, muitos quadros formados, porém não há fundos para contratar ou pagamento dos salários.”

P6_AM: “Orçamento para incentivos e contratar mais pessoal.”

	<p>P5_CV: “O governo deve melhorar a gestão de recursos humanos. pois há situações em que uma unidade sanitária apresenta mais profissionais de saúde em detrimento de outros, O governo procurar juntos aos parceiros para aumentar as clínicas móveis. (brigadas móveis) por exemplo no distrito do Búzi, há somente um hospital rural e é de lá onde sai um brigado móvel, para ir assistir as pessoas em várias localidades, isso é insuficiente.”</p> <p>P6_ AM: “Deveria haver uma combinação entre o governo e setor privado para formar pessoal necessário com qualidade e que o governo pudesse contratar.”</p> <p>P5_CV: “Há falta de viaturas para poder prontamente dar resposta em casos de emergências. “exemplo, pode-se ter conhecimento que há surto de doença numa dada localidade, porém não se faz nada pois há falta de transporte para alocar os funcionários de saúde para realizar suas intervenções. somente dependem das ajudas dos parceiros como UNICEF, CV, CUAM.”</p> <p>P6_ AM: “Aumentar o tamanho das unidades sanitárias.”</p>
<p>c) Que esforços têm sido feitos para melhorar as metas segundo as recomendações da OMS?</p>	<p><i>Financiamento/Fundo</i></p> <p><i>Orçamento para contratação RH</i></p> <p>P1_DP: “Com a falta de orçamento, estamos limitados em cumprir com as metas orientadas definidas pela OMS.”</p> <p>P4_VM: “Procurar mais apoios internos (intersectoriais) e externos para alocar mais quadros e infra-estruturas para garantir assistências as populações.”</p> <p>P5_CV: “Há tentativa de seguir as recomendações da OMS, porém há dificuldade relacionada com os recursos financeiros.”</p>

Políticas e estratégias de trabalho

P1_DP; P2_SD1; P3_SD2: “Uso de brigadas moveis”; “Agentes polivalentes elementar (APE) para promoção de saúde, fazem o básico, um pouco de planeamento familiar, palestra, educação e prestam os primeiros socorros.”

Recursos humanos

Rácios

P1_DP: “Estamos a reduzir gradualmente os rácios lentamente, dificilmente, podemos levar muito tempo para cumprir com as metas.”

P2_SD1: “Uso de brigadas moveis e PAS.”

P3_SD2: “Há falta de tudo, Médicos, enfermeiros e outros funcionários.”

P5_CV: “Há tentativa de seguir as recomendações da OMS, porém há dificuldade relacionada com pessoal.”

	<p>P5_CV: “Há tentativa de seguir as recomendações da OMS, porém há dificuldade relacionada com os meios com os meios de transporte.”</p> <p>P5_CV: “Há tentativa de seguir as recomendações da OMS, porém há dificuldade relacionada com desempenho.”</p> <p>P6_AM: “Falta de meios equipamento e recursos humanos qualificados. Há dificuldade porque há muita demanda e não se consegue dar resposta.”</p>
<p>3. Na sua opinião, como deveria se desenhar um plano estratégico provincial para escolha de sítio, projeto de instalação e financiamento de novas unidades?</p>	<p><i>Políticas e estratégias de trabalho</i></p> <p><i>Distribuição de infra-estrutura</i></p> <p>P1_DP: “De acordos com as necessidades locais globalizamos o plano, mais toda a informações, a localização, a população, a distância para unidade sanitária mais próxima, a distância para a unidade sanitária de referência que é o distrito, etc., essa toda informação é local. São as autoridades sanitárias ao nível local, ao nível do Distrito!</p> <p>P3_SD2: “Cada governo distrital é quem faz a proposta de que vai construir, mais na sua planificação ou no momento que vai deliberar os orçamentos para os serviços distritais de mulher acção social, não olha para saúde que tem um plano que deve ser construído um centro de saúde próximo ano por; minha opinião a direcção provincial, chamaria todos diretores distritais cada um com seu plano e apresenta e quando viesse o orçamento, na província eles iam dar de acordo as prioridades de cada distrito.”</p>

	<p>P4_VM: “Os representante do governo municipal, gestores de DPS, comunidade local, para identificação de áreas com mais necessidades que possa beneficiar mais.”</p> <p>P5_CV: “Representantes do governo, com a comunidades locais para ouvir as suas opiniões para identificar os locais mais problemáticos para poder fazer intervenção.”</p> <p>P6_AM: “Então deveria o governo porque conhecem as reais necessidades e apresentar planos claros aos doadores das suas necessidades.”</p>
<p>a) Quem deveria participar na elaboração deste plano?</p>	<p><i>Políticas e estratégias de trabalho</i></p> <p><i>Distribuição de infra-estrutura</i></p> <p>P1_DP: “Comitês de cogestão; comitês de saúde, líderes comunitários, esses são quem deliberam a situação de saúde numa determinada rede de saúde.”</p> <p>P2_SD1: “Directores distritais a própria comunidade, na partir de auscultação e do conselho consultivo, porque eles que conhecem a as reais necessidades, nós analisamos dentre desse ao nível do posto administrativo onde há necessidades e encaminhamos ao distrito.”</p> <p>P3_SD2: “Os representante do governo municipal, gestores de DPS, comunidade local, para identificação de áreas com mais necessidades que possa beneficiar mais população.”</p> <p>P4_VM: “Representantes do governo nível da província, município, directores distritais dos serviços de saúde, comunidade.”</p>

	<p>P5_CV: “Gestores de saúde ao nível do distrito, comunidade local, e parceiros.”</p> <p>P6_ AM: “Seria boa uma decisão conjunta entre governo, comunidade local e parceiro.”</p>
<p>4. A relação do número de profissionais de saúde (219 médicos, 1591 enfermeiros) por número de habitantes na Província de Sofala é de 1810/2221803 habitantes; segundo os dados do relatório Sara (2018) na província o rácio é de 3.7 médicos para 10.000 habitantes e de enfermeiros é de 2.0/10.000 habitantes. A OMS recomenda 2.5 profissionais de saúde para 10000 habitantes</p>	<p><i>Recursos Humanos</i></p> <p><i>Rácio</i></p> <p>P1_DP: “Alocações dos profissionais, nós fazemos na base das necessidades expressas ao nível local, ao nível do distrito; usamos indicador chave que são os rácios médicos/ enfermeiro/habitante, profissional de saúde; eles podem expressar as necessidades e nós depois vemos onde há necessidades extrema de facto. Por exemplo o rácio médico/ habitante é muito elevado então nós, temos que baixar esse rácio, se há locação de prioridade médica então é definir principalmente primeiro para esse distrito.”</p> <p>P2_ SD1: “Não se aplica as diretrizes da OMS, se fosse para satisfazer as diretrizes da OMS, o que seria Dondo? Dondo tem 10 médicos, 19000 utentes para cada médico, para estarmos nos padrões da OMS, todos médicos que estão em Mafambisse tinha que vir para o Dondo sede nós temos 14 técnicos e cada técnico para 13831. Portanto, não conseguimos atingir as recomendações da OMS.”</p> <p>P3_ SD2: “Não se tem em conta, por causa da dificuldade de falta de pessoal técnico, porque se levarmos em conta as diretrizes da OMS, então teríamos que cortar a população ao meio, não um quarto da população podemos atende, o resto não atende.”</p>

<p>(Muanamoha & Arnaldo, 2014). A alocação de novos quadros ou redistribuição de quadros existentes leva em conta esses organismos ou existem mecanismos internos para essa distribuição?</p>	<p>P4_VM: “Há mecanismos internos, mais não conseguimos levar em conta as diretrizes da OMS, pois há muita falta de fundos para suportar despesas para contratar pessoal, alargamento da rede sanitária.”</p> <p><i>Políticas e estratégias de trabalho</i></p> <p>P3_SD2: “Nas unidades sanitárias o que fazemos é usar agentes polivalentes elementares (APE) formados pelo Ministério para ajudar as unidades sanitárias, estão em cada comunidade e vão ajudando no tratamento dos doentes ao nível.”</p> <p>P5_CV: “não leva em conta, há algumas unidades sanitárias com mais funcionários do que se necessita em relação a outros em áreas rurais.”</p> <p>P6_AM: “Não o número de profissionais de forma geral por habitante; há falta de pessoal para atender a demanda.”</p> <p>P5_CV: “falta de equipamentos e serviços em alguns centros.”</p> <p>P6_AM: “Em Sofala as unidades sanitárias são pequenas a demanda é tanta. há necessidade de espaço e serviços.”</p> <p>P5_AM: “Número de unidade sanitária que existem com a população é aqui que onde estamos mal.”</p>
---	---

	<p>P5_CV: “Não haver incentivos para que os funcionários aceitem ir a alguns serviços.”</p> <p>P6_ AM: “Capacidade do governo consumir mais recursos humanos, por falta de recursos financeiros.”</p>
<p>a) De acordo com a sua experiência, qual deveria ser a proporção ideal de médicos e profissionais por número de habitantes?</p>	<p><i>Rácio</i></p> <p>P1_DP: “Na realidade quando fazemos os cálculos, olhando por distrito sem incluir os médicos do hospital central, na província e na região centro, estamos com 1 médico por 23000, aproximadamente 23000 habitantes! o ideal seria se fosse um 1/10.000, mais ou menos 10.000 habitantes estaríamos satisfeitos. Há uns três anos atrás, todos os distritos conseguimos ter 2 ou mais médicos, excepto Muanza.”</p> <p>P2_ SD1: “Proporção ideal de médico/utente de necessário pelo menos 2 médicos/19000 habitantes.”</p> <p>P3_ SD2: “Seria 1 médico para 10000 habitantes.”</p> <p>P4_VM: “Deveria ser pelo menos 1 médicos/6.000 habitantes.”</p> <p>P5_CV: “Há baixa rácio entre funcionários de saúde em relação a população; formar e recrutar mais funcionários para potenciar as áreas com menos funcionários de saúde.”</p> <p>P6_ AM: “O número de profissionais de forma geral por habitante.”</p>

<p>b) É possível cumprir as metas da OMS com os recursos disponíveis?</p>	<p><i>Rácio</i></p> <p>P1_DP: “Quando se trata dos rácios nós não conseguimos cumprir, tem que existir recursos, porque são limitados; não temos essa capacidade de absorver mais recursos humanos para reduzirmos os rácios, recursos financeiros é que não temos, o orçamento atribuído ao ministério de saúde é muito baixo, porque normalmente diz m que tinha que ser acho que se fala de 15%.”</p> <p>P5_CV: “Falta de pessoal.”</p> <p><i>Prestação e qualidade de serviços</i></p> <p>P1_DP: “Não! Há metas que podemos cumprir, por exemplo metas de vacinação, nós conseguimos cumprir.”</p> <p>P2_SD1: “Não é possível cumprir com as metas, mas aqueles que são indicativos estratégico estamos a cumprir, com dificuldades, mais tentamos cumprir as metas propostas pela OMS, com ajuda das ONG; há enfermeiras que fazem mais de 60 consultas pré-natais por dia aqui, a qualidade de prestação dos serviços é baixa! Imagina, a enfermeira pode assistir um parto a noite e logo às 7 de manhã deve estar no trabalho para fazer as CPN.”</p> <p>P3_SD2: “Não é possível cumprir metas com qualidade de serviços desejados porque por exemplo, temos umas enfermeiras a fazer consultas de pré-natal mais de 50 mulheres num dia aqui na cidade do Dondo (Hospital Rural de Dondo), mas lá na periferia, somente essa única enfermeira atende para além das 50 consultas pré-natal, a mesma atende em consultas de serviços infantis, atendimentos clínicos gerais, partos.”</p>
---	--

	<p>P4_VM: “Não é possível cumprir com as metas embora haja esforços.”</p> <p>P5_CV: “Falta de sensibilização.”</p> <p>P5_CV: “Não é possível cumprir com as metas por falta de recursos (Fundos) para levar a cabo a vários serviços às populações.”</p> <p>P5_CV: “Taxas de analfabetismo.”</p> <p>P6_CV “Não.”</p> <p>P5_CV: “Más condições de estrada e que dificultam o acesso dos serviços pela população em áreas mais distantes.”</p>
<p>5. O actual modelo de financiamento misto (Orçamento do Estado, ProSaúde e ajudas externas) facilita a diminuição das desigualdades regionais?</p>	<p><i>Financiamento/ fundo</i></p> <p><i>Orçamento do Estado</i></p> <p>P1_DP: “Como é atribuído o orçamento do estado não facilita a desigualdade regionais, penso deveria se rever a questão de como é atribuído o orçamento do estado! quando atribuem o orçamento não olham para o hospital instituição de formação e para o número de unidades sanitária que está lá, então há vezes em que numa rubrica, o orçamento de Nhamatanda que é atribuído ao serviço distrital de saúde mulher e acção social é igual a um outro com por exemplo ao dos serviços distrital de infra-estrutura, que não tem mais que o serviço distrital de saúde mulher e acção social; minha opinião a alocação do orçamento do estado tinha que haver alguns critérios básicos ao nível dos distritos, porque há distrito que passam todo ano sem ter.”</p>

Orçamento de Parceiros

P1_DP: “Como é feito a alocação, temos usado alguns critérios: a densidade, as distâncias em relação as comunidades, que é para ver a questão de cálculo dos combustíveis para operacionalizar as suas atividades. Por exemplo, o distrito de Muanza tem poucas unidades sanitárias e um território extensivo então tem que fazer muitas brigadas moveis etc. Então isso também se toma em conta nessa questão.”

P2_SD2: “Ajudam! A desigualdade está mais na rede sanitária; temos computadores graças..., tudo isso aqui é doado.”

P3_SD2: “Há uma redistribuição, as ONG apoiam na melhoria das desigualdades últimos anos as instituições por exemplo nós da saúde, vivemos à custa das organizações, eles praticamente financiam todos os projetos, por exemplo as brigadas móveis, os pagamentos dos APE.”

Prestação e qualidade de serviços

P4_VM: “Teoricamente observa-se uma diminuição das desigualdades, mas na realidade há necessidade de melhorar a gestão e descentralização dos fundos por forma a melhorar as desigualdades no âmbito dos serviços prestados, e rede de unidades existentes.”

P5_CV: “há falta de igualdade de distribuição de serviços, visto que a cobertura é péssima em distritos rurais em relação aos distritos urbanos. há falta de tudo até água, energia etc.”

	<p>P6_ AM: “Se os parceiros não prestam esse apoio não se pode prestar serviços com qualidade mínima, não há privacidade, alocamos biombos que deveria ser o governo.”</p> <p>P5_ CV: “É difícil a existência de igualdade de distribuição dos recursos financeiros.”</p> <p>P5_ CV: “Em alguns locais, para chegar a uma unidade de sanitária a pessoa tem que deslocar-se grandes distâncias.”</p> <p>P6_ AM: “Não, apoiarmos na área de pequenas reabilitações e manutenção de redes mosquiteiras, se falta a iluminação, para rastreio de colo uterino não tem seu material, a privacidade. Como pode fazer exame de não tem uma mesa de exames.”</p>
<p>6. De acordo com os dados que existem, na sua opinião, quais os principais fatores que produzem as desigualdades regionais na distribuição de unidades de saúde e de recursos na Província de Sofala?</p>	<p><i>Financiamento/Orçamento</i></p> <p>P1_ DP “em termos de infra-estruturas, falta de dinheiro, orçamento para investimentos no orçamento do estado é exíguo, exemplo, desde 2016 estamos a construir algumas unidades sanitárias que ainda não concluímos por falta de recurso!</p> <p>P2_ SD1: “Descentralização da distribuição dos orçamentos ao nível dos distritos.”</p> <p>P3_ SD2: “Não há descentralização do orçamento que vem do governo distrital.”</p> <p>P4_ VM: “Falta de fundos para alocar mais infra-estruturas, medicamentos principalmente nas áreas rurais” e medicamentos.”</p> <p>P5_ CV: “Gestão de recursos financeiros.”</p> <p>P6_ AM: “O cabimento orçamental que existe aqui na província não é suficiente para contratar. As instituições de formação de pessoal são tantas, mas não há capacidade de recrutá-los.”</p>

	<p><i>Sociodemográfico</i></p> <p>P2_SD1: “Dispersão da população.”</p> <p>P3_SD21: “Maior número de população em alguns desses sítios onde temos as unidades sanitária a é dispersa.”</p> <p>P5_CV: “Recursos humanos.”</p> <p><i>Políticas e estratégias de trabalho</i></p> <p>P4_VM: “Descentralização da distribuição do orçamento ao nível dos Distrito; transparência na gestão dos fundos.”</p> <p>P5_CV: “Desigualdade de distribuições de medicamento.”</p> <p>P6_AM: “A gestão de recursos humano principalmente por parte administrativa não fazem uma análise crítica que começa a partir do distrito. há necessidade de descentralização por falta de capacidade exemplo, já aconteceram casos em que colocaram pessoal de radiologias em unidades sanitárias que não tinham equipamento, isso parte da gestão da província.”</p> <p>P5_CV: “Equipamento.”</p> <p>P6_AM: “Ampliar o tamanho das infra-estruturas; viaturas e outros equipamentos.”</p>

<p>7. Na sua opinião como é feita a redistribuição do orçamento para o funcionamento das unidades sanitárias nos níveis primários e secundários?</p>	<p>P1_DP: “Unidades sanitárias secundárias sejam unidades gestoras e independentes e que possa receber o financiamento directo das finanças e que eles justifiquem directamente as finanças; os outros 5 hospitais, as instituições de formação, e as unidades sanitárias primárias (Posto de saúde, centro de saúde t1e t2) não tem um financiamento directo; o financiamento é dado aos serviços distritais e este tem que suprir, é exemplo de Nhamantanda, que o orçamento que recebe como serviço distrital, tem que repartir para hospital, repartir para instituição de formação e outras unidades sanitárias, a redistribuição não tem é conta ao peso que os serviços têm, exemplo que falava de Nhamantanda, que o orçamento que recebe como serviço distrital, esse orçamento tem que repartir para hospital, repartir para instituição de formação e outras unidades sanitárias...é isso que esta acontecer a redistribuição não tem é conta ao peso que os serviços têm que haver descentralização do orçamento para os serviços secundários.”</p> <p>P5_CV: “De redistribuição do orçamento, só os que trabalha na MISAU podem saber. mais no âmbito de políticas para redistribuição de orçamento das ONGs, existe uma definição para onde direccionar os esforços das intervenções.”</p> <p>P6_AM: “Redistribuição, é centralizada, o que dificulta dar resposta as necessidades reais no âmbito das intervenções de aumento de infra-estruturas de equipamentos, prestação de serviços de qualidade.”</p> <p><i>Financiamento/ orçamento</i></p> <p>P2_SD1: “O orçamento vem do governo do distrito, respondendo as necessidades de cada unidade sanitaria, devia haver descentralização.”</p> <p>P3_SD2: “Nos níveis primário e secundário, o orçamento vem do governo distrital.”</p>
--	---

	<p>P4_VM: “Redistribuição do orçamento é feita a partir do ministério de saúde que aloca para a províncias e este por sua vez disponibilizam para os serviços distritais. Penso que este certo, mas devia se descentralizar para casos de hospitais urbanos.”</p>
<p>8. Qual é a contribuição das ONGs nacionais e/ou internacionais no suprimento das necessidades para alocação/requalificação das Unidades Sanitárias e na capacitação de pessoal dessas unidades?</p>	<p><i>Infra-estrutura/equipamento</i></p> <p>P1_DP: “As ONGs contribuem grandemente naquilo que é o déficit do orçamento eles é que tem estado a nos apoiar.”</p> <p><i>Infra-estrutura /equipamento</i></p> <p>P1_DP: “Tem nos apoiado muito, tanto em algumas reabilitações de infra-estruturas.”</p> <p>P3_SD2: “ONG contribuem grandemente para suprir o défice do orçamento. no ano 2020 ouve pouco orçamento do estado os parceiros como a Paterfander, UNICEF, PróSaúde etc., fazem apoio na reabilitação de infra-estrutura” equipamento informático.”</p> <p><i>Recursos Humanos</i></p> <p>P1_DP: “Formação profissional, digo capacitações profissionais, porque todas as formações, capacitações, reciclagem do pessoal é feita com apoio desses parceiros, porque o estado não prevê, não cobre.”</p> <p>P2_SD1: “Capacitação dos profissionais.”</p>

	<p>P3_SD2: “Financiam directamente aqui distrito em várias intervenções como as contratações de pessoal, capacitação dos profissionais.”</p> <p><i>Prestação e qualidade de serviços</i></p> <p>P2_SD1: “Asseguram o funcionamento de vários, serviços e cumprimento de projetos de vacinação, sensibilização e tratamento de HIV, Tuberculoso, Malária, etc.”</p> <p>P3_SD2: “Ajudam como projectos de vacinação, sensibilização e tratamento de HIV, Tuberculoso, Malária etc.”</p> <p>P4_VM: “Sim as ONG contribuem através de programas de irradicação das doenças tais como HIV, malária, tuberculose, cólera, bem como a prestação de serviços materno infantil, programas de sensibilização, de vacinação, reabilitação de infra-estruturas.”</p> <p>P6_AM: “Contribuições no passado era pelo 60%, agora não sei a contribuição ao orçamento de estado no âmbito de infra-estruturas, recurso de pessoal local.”</p> <p>P5_CV: “Há contribuições da ONG, na alocação /requalificação pedem influenciar na sua opinião, mas quem decide é o governo onde alocar.”</p> <p>P6_AM: “Tem acontecido a falta de planos claro das atividades, aconteceu por exemplo para as doenças não transitáveis, o plano nunca foi aprovado, então todo àquele apoio que era bem-vindo, não ouve. No caso de HIV, a prevalência é alta, o plano é mais claro então o governo aceitou tudo que os parceiros dão é verdade que como parceiro temos algumas áreas</p>
--	--

	<p>prioritária mais fazemos o que o governo indica. portanto é uma mistura de ambas as partes que deveria ser combinada por uma boa (governança).”</p>
<p>9. Como avalia o acesso aos serviços de saúde na Província de Sofala em relação:</p> <p>a) à cobertura dos serviços de saúde</p>	<p>P1_DP: “Razoável.”</p> <p>P2_SD1: “É Razoável. Porque ainda há pessoas que percorrem maior distância em médias 11 km.”</p> <p>P3_SD2: “É Razoável.”</p> <p>P4_VM: “É Razoável.”</p> <p>P5_CV: “Razoável.”</p> <p>P6_AM: “Boa ou Mau, dependendo das áreas dependendo da localização geográfica, vias de acesso, tipos de serviços prestado pode ser mau.”</p>
<p>b) Sobre desempenho das unidades sanitárias</p>	<p>P1_DP: “Bom.”</p> <p>P4_VM: “Bom.”</p>

	<p>P2_SD1: “Razoável.”</p> <p>P3_SD2: “Razoável.”</p> <p>P6_AM: “Razoável.”</p> <p>P5_CV: “Mau, pessoas que preferem uma unidade sanitária em relação a outro, devido ao tratamento que são prestados pelos funcionários.”</p>
<p>c) Alocação de pessoal (médicos, enfermeiros, técnicos)</p>	<p>P1_DP: “Razoável.”</p> <p>P2_SD1: “Razoável.”</p> <p>P4_VM: “Razoável.”</p> <p>P3_SD2: “Mau.”</p> <p>P5_CV: “Razoável.”</p> <p>P6_AM: “Mau.”</p>

<p>d) Alocação de unidades de saúde (distância e meios de transporte)</p>	<p>P1_DP “Mau.” P2_SD1 “Mau.” P3_SD2: “Mau.” P4_VM “Mau” P5_CV: “Mau.” P6_AM: “Mau.”</p>
<p>10. Na sua opinião, quais são as principais dificuldades que a população enfrenta para ter acesso às diferentes unidades sanitárias.?</p>	<p><i>Distâncias</i></p> <p>: “As distâncias, primeira coisa é a distância, quer dizer que nós temos de levar as unidades sanitárias mais próxima á população.”</p> <p>1: “Problemas de acesso as unidades sanitárias por parte da população devido a grandes distâncias que esta percorre para chegar alguma unidade.”</p> <p>P4_VM: “Distância entre as unidades sanitárias e a população dificulta o acesso.”</p> <p>P5_CV: “Acessibilidade devido a longas distâncias.”</p> <p>P6_AM: “Distância.”</p> <p><i>Infra -estruturas e equipamento</i></p>

P2_ SD1: “Falta de meio de transporte para transferências de doentes de entre centros/para hospital de referências

P4_ VM: “Falta de meio de transporte para transferências de doentes de entre centros/para hospital de referências”

P6_ AM: “Equipamento diagnóstico.”

Prestação e qualidade de serviços

P2_ SD: “Fracas intervenção das brigadas móveis em locais mais recônditos devido as más condições de estradas, principalmente em tempos chuvosos.”

P5_ CV: “Mau tratamento no primeiro contacto, barreira de línguas.”

Forma de atendimento, medicamentos;

“Falta de divulgação de informação nas comunidades.”

Financiamento/orçamento

P4_ VM: “Condição financeira, para compra de medicação, e exames de diagnósticos principalmente em zonas pre-urbanas e rurais.”

P6_ AM: “Falta de pessoal.”

<p>11. Que mudança gostaria de propor para a melhoria do funcionamento das Unidades Sanitárias?</p>	<p><i>Financiamento/orçamento</i></p> <p>1_DP: “Gestão dos recursos financeiros tinha que ser descentralizados para as unidades sanitárias.”</p> <p>P3_SD2: “Descentralização dos fundos para os serviços de saúde.”</p> <p>P5_CV: “Mais apoio financeiros para atender situações de contratação de mais recursos humanos.”</p> <p><i>Recursos Humanos</i></p> <p>P1_DP: “Incentivos baseados em desempenho dos profissionais. trabalhavam, deveria existir a descentralização administrativa para as unidades sanitária.”</p> <p>I: “Contratação dos funcionários, não vou pôr uma unidade sanitária sem ter pessoal, é necessário ter uma equipa completa, com um técnico de medicina, uma enfermeira de SMI, agente de serviços;</p> <p>P3_SD2: “Incentivar mais as capacitações permanentes dos técnicos.”</p> <p>P4_VM: “Falta de pessoal médico, enfermeiro, auxiliar faz com que se leva muito tempo para atendimento.”</p> <p>P6_AM: “Contratar mais pessoal.”</p>
---	--

	<p><i>Infra-estruturas e equipamento</i></p> <p>D1: “Alargar mais a cobertura sanitária.”</p> <p>7: “Aumentar mais unidade sanitárias porque as que temos são poucas uma vez que há crescimento de populacional.”</p> <p>M: “Aumentar o tamanha o número e tamanha das infra-estruturas.”</p> <p>: “Os gestores devem trabalhar bem com seu staff de trabalhar com vista a melhor o desempenho prestação e qualidade de serviços.”</p> <p>P6_ AM: “Disponibilizar mais serviços nos centros de saúde.”</p>
--	---

Amostra de Entrevista: Variante 2

<p>Amostra de Entrevista: Variante 2</p>	<p>Participantes: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7.</p>
--	--

Questões	Categoria Temática
<p>1. A situação dos serviços de saúde na província de Sofala aponta por falta de mais infra-estruturas e equipamentos de saúde nos níveis primário e secundário. Na sua opinião, que impacto considera ter as actuais condições de trabalho na desigualdade de prestação de serviços às populações?</p>	<p><i>Distância</i></p> <p>P1: “Muita gente morre antes de chegar no meio hospitalar.”</p> <p>P2: “Fracas adesão da população que vive há mais de 10 km da unidade sanitária; preferência de uso de médicos tradicionais pela distância ao centro de saúde.”</p> <p>“Pacientes crónicos (Diabetes, hipertensão, HIV/SIDA) adesão fraca ao tratamento/ controlo e muita desistência devido a distância com relação a unidade sanitária próxima.”</p> <p><i>Qualidade de serviços prestados</i></p> <p>P3: “Maior índice de mortalidade por falta de assistência rápida e adequada”.</p> <p>P4: “Fracas prestação de atendimento por causa de desigualdade no atendimento nas redes sanitária.”</p> <p>P5: “Negativo.”</p> <p>P7: “Qualidade dos serviços é baixa.”</p> <p><i>Infra-estrutura e Equipamento</i></p> <p>P6: “Melhorar nos equipamentos; infra-estruturas.”</p>

	<p>P7: “Falta de infra-estruturas.”</p> <p>P7: “Equipamentos médicos dificultam atendimento aos utentes.”</p>
<p>2. Para além das infra-estruturas e dos equipamentos de saúde, que outros indicadores acham que devem ser considerados para uma melhor prestação de serviços à população?</p>	<p><i>Recursos humanos</i></p> <p><i>Rácio</i></p> <p>P1: “Número de médicos ou enfermeiros por habitantes.”</p> <p>3: “Rácio médico/utente e ou enfermeiro/utente.”</p> <p><i>Qualificação do pessoal</i></p> <p>P2: “Pessoal qualificado a cada unidade sanitária.”</p> <p>P4: “Mais profissionais de saúde.”</p> <p>P6: “Mais médicos, técnicos, enfermeiros e pessoal de apoio.”</p> <p><i>Infra-estrutura e Equipamento</i></p> <p>P2: “Disponibilidade de água e energia; distribuição de comida para os doentes.”</p> <p>P4: “Transporte (ambulância).”</p>

	<p>P5: “Transporte.”</p> <p>P6: “Meios e equipamento de trabalho para o pessoal.”</p> <p>P7: “Material médico-cirúrgico; equipamento de proteção individual adequado.”</p>
<p>3. Sabe-se que um dos indicadores de acesso e ou de prestação de serviços de saúde de qualidade são o rácio médico/utente e ou enfermeiro/utente. Porém, estes rácios são elevados principalmente no meio rural. Na sua opinião, que políticas ou esforços conjuntos (Governo-parceiros) podem contribuir para alocação de mais recursos humanos</p>	<p><i>Financiamento (orçamento/fundo)</i></p> <p>Orçamento o para contratação</p> <p>P1: “Orçamento do sector de saúde que os distritos realizarem concursos de ingresso e empregar mais médicos e enfermeiros.”</p> <p>P2: “Auxílio no pagamento de salários para pessoal de saúde.”</p> <p>P4: “Mobilização dos recursos e abertura de concursos para contratação.”</p> <p>P7: “Contracto de recursos humanos.”</p> <p><i>Orçamento o para formação</i></p> <p>P2: “Formação de recursos humanos.”</p> <p><i>Políticas / Estratégias de trabalho</i></p>

<p>nos serviços primário e secundário</p>	<p>P5: “Colaboração mútua de material a ser alocado.”</p>
<p>4. Em relação aos recursos financeiros, que proposta seria favorável para uma melhor redistribuição destes recursos por forma a responder as necessidades reais dos serviços de saúde em áreas urbanas e rurais?</p>	<p>Financiamento (orçamento/fundo)</p> <p><i>Recursos humanos (Salários e Condições)</i></p> <p>P2: “Incentivar o pessoal de saúde a trabalhar em áreas rurais com melhores salários e condições.”</p> <p>P4: “Remuneração consoante as atividades realizadas por profissional.”</p> <p><i>Infra-estrutura e Equipamento</i></p> <p>P3: “Mais infra-estrutura.”</p> <p>P6: “Mais infra-estruturas hospitalares.”</p> <p>P3: “Aparelhos e equipamentos hospitalares.”</p> <p>P6: “Fornecimento de equipamentos.”</p> <p><i>Estratégias/políticas de trabalho</i></p>

	<p>P5: “Diretamente alocado para áreas de necessidades dos serviços.”</p> <p>P7: “Os recursos financeiros não devem ter muitas diferenças entre os funcionários de agente de serviços até ao médico.”</p>
<p>5. Condições de atendimento e questões logísticas?</p>	<p><i>Atendimento e logísticas</i></p> <p>P3: “Bom.”</p> <p>P1; P2; P5; P6; P7: “Razoável.”</p> <p>P4: “Mau.”</p>
<p>Níveis de informação disponível?</p>	<p><i>Nível de informação disponível</i></p> <p>P1; P3; P6: “Bom.”</p> <p>P2; P5; P7: “Razoável.”</p> <p>P4: “Mau.”</p>

Metodologia de elaboração do inquérito (questionário aos usuários)

Sobre as questões. O questionário levantou dados primários das áreas urbanas e rurais da província de **Sofala**, aplicado especificamente nos distritos da **Beira, Dondo, Búzi**, para recolha de amostra. São abordadas cinco dimensões: perfil sociodemográfico; acessibilidade/deslocação; satisfação e avaliação geral (disponibilidade/qualidade de serviços, recursos humanos, estrutura de receção e estadia, tratamento/medicamentos). Essas dimensões estão distribuídas em **27 perguntas**, de tipologia variada (múltiplas escolhas, respostas únicas e em escalas) e organizadas de acordo com a familiaridade das questões (e não em blocos separados).

As questões do bloco **perfil sociodemográfico** têm por objetivo a caracterização do grupo de forma geral, levando em consideração ausência de dados demográficos oficiais completos que possam descrever a amostra. Ao mesmo tempo, diversas pesquisas levantam tais informações pela vinculação entre acesso e satisfação com serviços de saúde e o perfil sociodemográfico dos usuários (Ali, Nikoloski & Reka, 2015; Duarte, Mendes, et al, 2012). As questões que procuram medir a **satisfação**, estão adaptadas a partir da escala de Likert, em 5 níveis (muito satisfeito, satisfeito, não sei, insatisfeito e muito insatisfeito). As questões que buscam medir os comportamentos em torno da **acessibilidade**, focam-se nos meios empregues e no tempo necessário para alcançar unidade de saúde.

Sobre o grupo: O critério de elegibilidade aplicou-se somente a **usuários** que procuram serviços de atendimento de saúde básica ao menos uma vez nos últimos cinco anos (Neely & Ponshunmugam 2019, 215). Tendo em vista a diversidade linguística encontrada na província em questão, a língua do questionário e das orientações para sua finalização foi apenas a **língua portuguesa**, variante local (terminologias específicas estão adaptadas com vocábulos familiares).

Questionário sobre Acessibilidade e Satisfação: Usuários dos Serviços de Saúde na Província de Sofala –Beira, Dondo e Búzi

Este questionário é parte de uma pesquisa sobre acessibilidade aos serviços de saúde na província de Sofala, realizado por Queran P. Narandás Esmael, estudante de doutoramento da Universidade de Coimbra, na especialidade de Geografia Humana, sob orientação da Professora Doutora Paula Santana e Professor Doutor Miguel Padeiro.

Instruções de resposta ao questionário:

- Este questionário é de natureza confidencial e anónima, e seus dados serão utilizados para fins exclusivamente científicos;

- O tempo de duração de seu preenchimento é de aproximadamente 10 minutos;

a) Este questionário visa responder um conjunto de perguntas relativas as dimensões referentes à condição socioeconómica do utente; situação da saúde do utente e características do atendimento; nível do equipamento de saúde e equipa dos recursos; satisfação do utente em relação às condições de acesso e atendimento prestado de modo a aferir o grau da disponibilidade efetiva dos serviços de saúde e o acesso por parte dos utentes a esses serviços;

b) Está dividido em três partes: i) Perfil sociodemográfico, onde serão perguntadas algumas questões pessoais e familiares; ii) Acesso e deslocamento, onde se pergunta informação mais detalhada sobre seu comportamento quando necessita de atendimento médico/hospitalar e iii) Avaliação da sua Satisfação em relação as condições de atendimento, onde perguntamos se esta satisfeito ou não com determinados serviços e estruturas;

c) É de toda a conveniência que responda com o máximo de rigor e honestidade, pois só assim é possível utilizar os dados para a melhoria contínua dos serviços de saúde de acordo com a característica e necessidade da população;

d) Não há respostas certas ou erradas relativamente a qualquer dos itens, pretendendo-se apenas a sua opinião pessoal e sincera;

e) Marque com um X no espaço correspondente.

I. Perfil Sociodemográfico

1. Distrito onde mora:

Beira Dondo Búzi

2. Localidade _____

3. Bairro _____

4. Unidade _____

5. Sexo

- Masculino Feminino

6. Idade: _____

7. Escolaridade

- Não alfabetizado
- Alfabetizado
- Ensino primário
- Ensino secundário Básico (até o 10º ano)
- Ensino secundário completo (até o 12º ano)
- Ensino superior completo
- Mestrado/a
- Doutorado/a

8. Quantos membros da sua família moram com você? _____

9. Selecione o tipo de material usado na casa onde mora:

- Casa de alvenaria / Bloco
- Casa de madeira e zinco
- Casa de adobe
- Casa de paus maticados

Casa de caniço

Outro: _____.

10. Marque os itens disponíveis na sua casa

Eletricidade Água canalizada Sistema de esgoto Instalação sanitária

Poço protegido Poço não Protegido Furo

Outro: _____.

11. Quantos membros da sua família trabalham? _____.

12. Qual é a sua situação ativa (empregabilidade)?

Desempregado Trabalhador informal Empregado formal Empregado por conta própria

Outro: _____.

13. Qual seu rendimento mensal?

Menos de 3.000 (mil) Meticais

3.000 a 5.999 (mil) Meticais

6.000 a 8.999 (mil) Meticais

9.000 a 11.999 (mil) Meticais

12.000 a 14.999 (mil) Meticais

15.000 (mil) Meticais ou mais

14. Quantas pessoas que conhece, pode pedir apoio em caso de precisar de ajuda?

0 () 1 () 2 () 3 () 4 () +4 ()

15. Se por algum motivo precisar de ajuda, quantas pessoas que conhece pode pedir apoio?

- Pais Os filhos/as Irmãos/as Outros familiares (Avós, tios, sobrinhos, primos)
 Vizinhos Ninguém

II. Perfil de acesso à saúde e meios de mobilidade

16. Procura a unidade sanitária sempre que fica doente?

- Sim Não

17. Onde busca atendimento/tratamento?

- Posto de saúde Centro de saúde Hospital

Outro: _____.

18. De forma geral, como considera o seu estado de saúde?

- Muito bom Bom razoável Mau Muito Mau

19. Em geral, quanto tempo leva para ter uma consulta médica no mesmo dia?

- 1-2 horas 2-3 horas 3-4 horas + de 4

20. Em geral, quanto tempo leva para ter uma consulta médica agendada?

- até 7 dias 8 a 15 dias 16 a 30 dias Mais de 30 dias

21. Teve acesso a medicamentos gratuitos?

- Sim Não

22. Sobre a facilidade para deslocar à unidade sanitária, achas:

Muito fácil Fácil Nem fácil e nem difícil Difícil Muito difícil

23. Como se desloca à unidade sanitária (posto de saúde, centro de saúde/hospital)?

À pé De bicicleta Carro próprio

Transporte público Ambulância Boleia (transporte com passageiro)

24. Quanto tempo leva para ir à unidade sanitária mais próxima? (marque um X na opção escolhida)

	Menos de 15 minutos	15-29 minutos	30-44 minutos	45-60 minutos	60 minutos ou mais	Não sei
A pé						
De bicicleta						
Carro Próprio						
Transporte Público						
Ambulância						
Boleia (Carro com passageiro)						

25. Quanto paga usando transporte público para ir e voltar das unidades sanitárias mais próximas?

Nada Menos de 10 Meticais 10-19 Meticais 20-29 Meticais 30-39 Meticais 40 Meticais ou mais

iii) Avaliação da sua satisfação em relação as condições de atendimento

26. Qual seu nível de satisfação quanto....

(marque um X na opção escolhida)

	Muito satisfeito	Satisfeito	Nem Satisfeito nem Insatisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito	Não sei
Tempo de espera para obter consulta no mesmo dia						
Tempo de espera para obter consulta agendada						
Tempo de espera para fazer exames médicos						
Tempo de espera para receber resultados dos exames						
Tempo de espera obter medicamentos gratuitos						
Atendimento pelo agente de saúde ao chegar à unidade						
Disponibilidade de enfermeiros						
Disponibilidade de médicos						
O tempo usado para se deslocar à unidade de saúde						

Com o meio de transporte utilizado						
Condições das instalações da unidade de saúde (limpeza, organização, conforto)						

27. Já lhe aconteceu alguma vez não ir aos serviços de saúde por causa de:

- Distância
- Custos da viagem
- Falta de meios de transporte
- Aspectos culturais/religioso
- Má receção ao chegar à unidade
- Demora no atendimento
- Condições de higiene
- Falta de pessoal médico
- Falta de equipamentos e serviços
- Não ter certeza que vai ter atendimento
- Outro

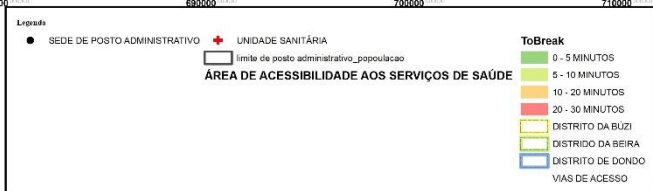
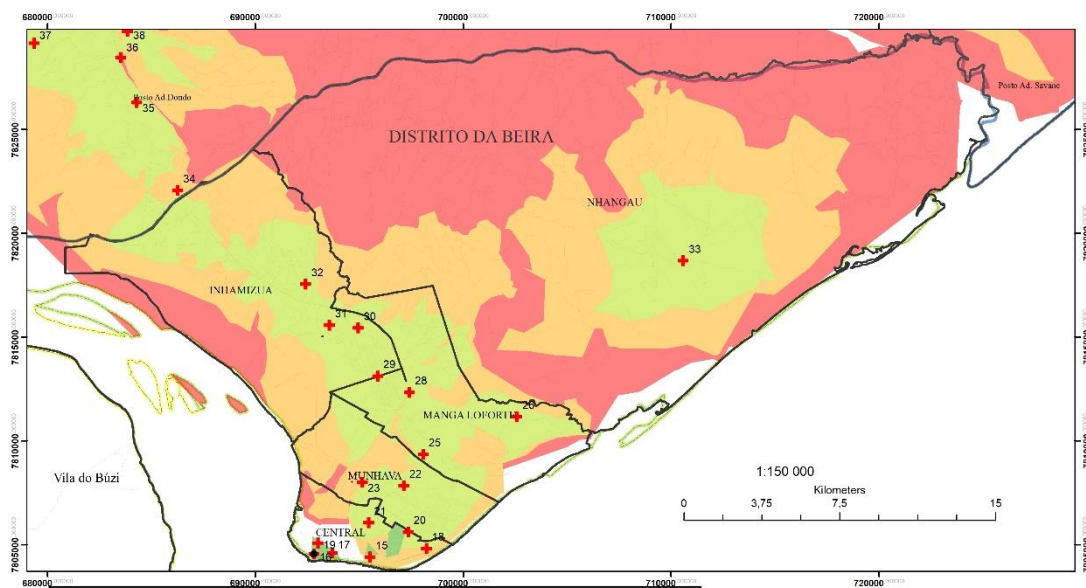
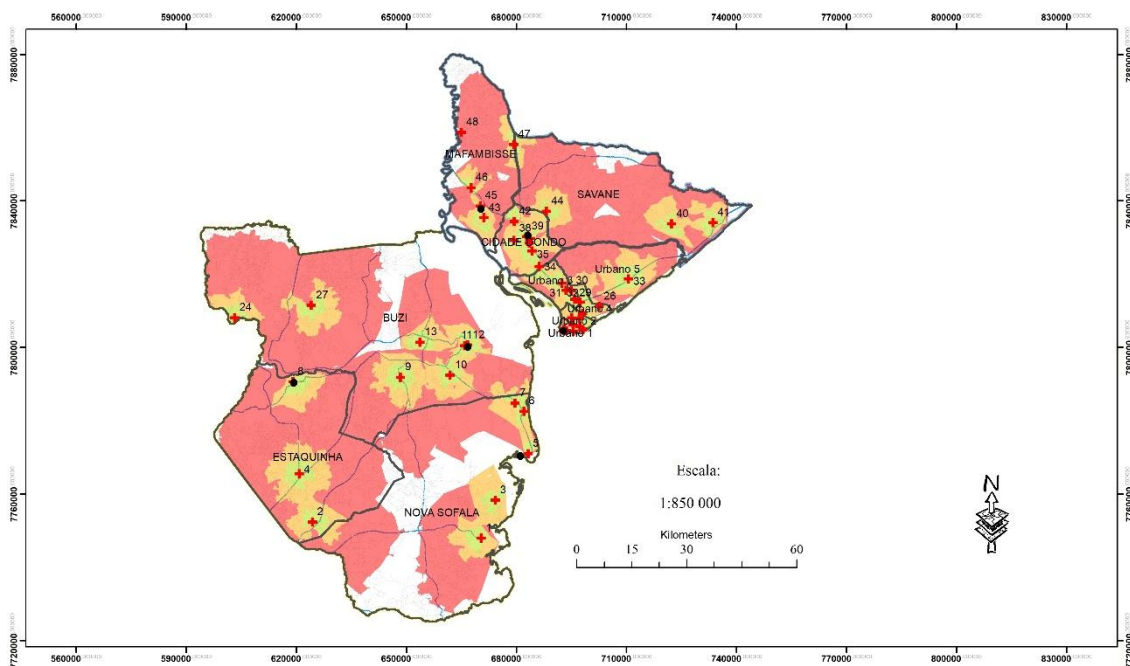
Lista das Unidades Sanitárias

Nº das US	Nome da US	Distrito	Província
1	CS Ampara	Búzi	Sofala
2	CS Marombe	Búzi	Sofala
3	CS Inhavininga	Búzi	Sofala
4	CS Chissinguana	Búzi	Sofala
5	CS Danga	Búzi	Sofala
6	CS Barada	Búzi	Sofala
7	CS Bura	Búzi	Sofala
8	CS Estaquinha	Búzi	Sofala
9	CS Bandua	Búzi	Sofala
10	PS Inharongue	Búzi	Sofala
11	PS Rio Buzi	Búzi	Sofala
12	HR Buzi	Búzi	Sofala
13	CS Guara_Guara	Búzi	Sofala
15	cs sao lucas	Beira	Sofala
16	CS Ceramica	Beira	Sofala
17	CS da PRM BO	Beira	Sofala
18	Posto Medico militar Baze Naval	Beira	Sofala
19	CS Ponta Gea	Beira	Sofala
20	CS Macurrungo	Beira	Sofala
21	posto de saude militar	Beira	Sofala
22	CS Chota	Beira	Sofala
23	CS Munhava	Beira	Sofala
24	CS Grudja	Búzi	Sofala
25	CS M. Mascarenha	Beira	Sofala
26	CS Marrocanhe	Beira	Sofala
27	CS Inhamichindo	Búzi	Sofala
28	CS Manga_Loforte	Beira	Sofala
29	CS Nhaconjo	Beira	Sofala
30	CS Chingussura	Beira	Sofala
31	PS Chamba	Beira	Sofala
32	PS Matadouro	Beira	Sofala
33	CS Nhangau	Beira	Sofala
34	CS Canhandula	Dondo	Sofala
35	PS Nhamainga	Dondo	Sofala
36	PS Lusalite	Dondo	Sofala
37	CS Macharote	Dondo	Sofala
38	PS Igreja Baptista	Dondo	Sofala
39	CS Dondo	Dondo	Sofala
40	CS Chinamacondo	Dondo	Sofala
41	CS Sengo	Dondo	Sofala

42	CS Samora Machel	Dondo	Sofala
43	CS Bloco Nove	Dondo	Sofala
44	CS Thundane	Dondo	Sofala
45	CS Mafambisse	Dondo	Sofala
46	CS Mutua	Dondo	Sofala
47	CS Savane	Dondo	Sofala
48	CS Chibuabuabua	Dondo	Sofala

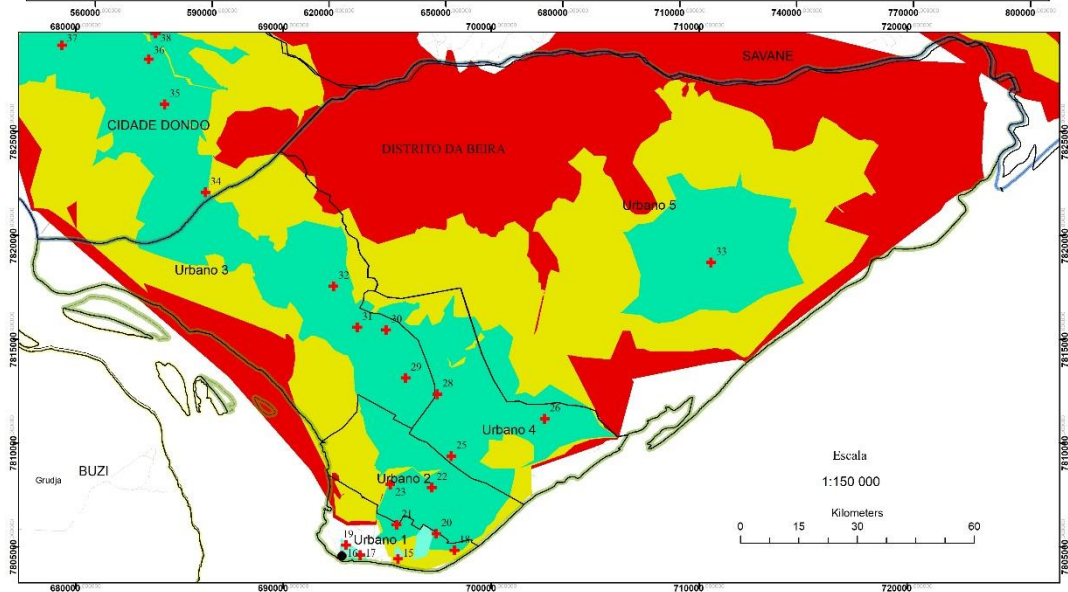
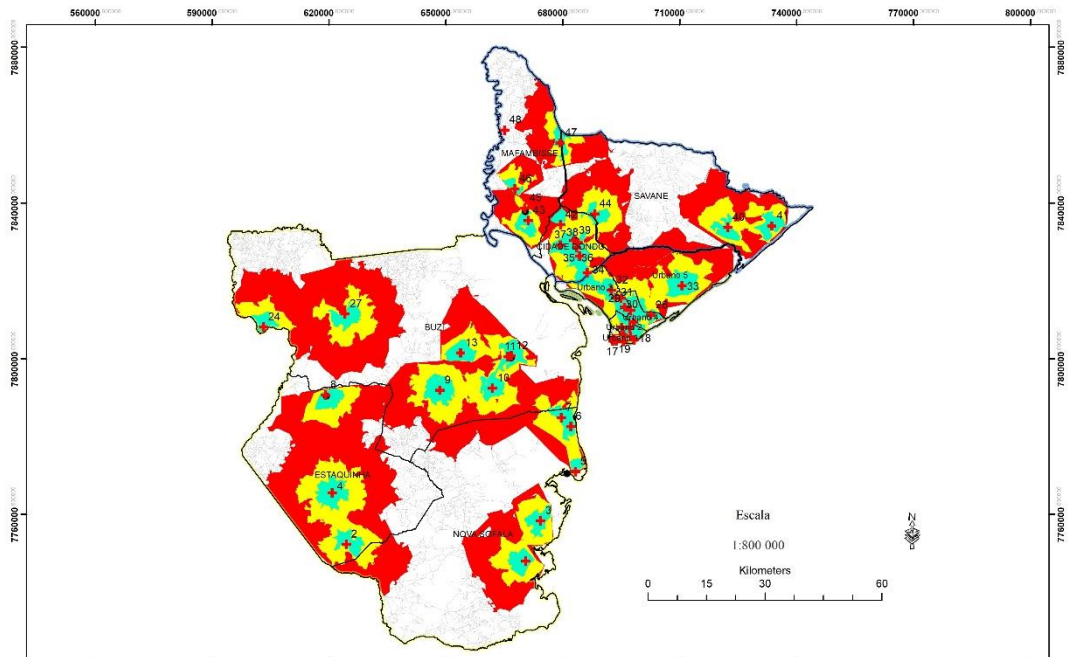
Mapas da Área de Estudo

DISTRITOS DE ANÁLISE NA PROVÍNCIA DE SOFALA ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE USANDO TRANSPORTE MOTORIZADO



Elaborado por :
Queran Prabudas N. Esmal
Coimbra, 2022

DISTRITO DE ANÁLISE NA PROVÍNCIA DE SOFALA
 ACESSIBILIDADE AO SERVIÇO DE SAÚDE POR MOBILIDADE PEDONAL



Elaborado Por:
 Queran Prabudas N Esmael
 Coimbra, 2022

