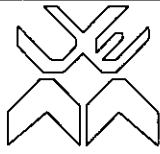


GT-102



UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA

**DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA REDE SANITÁRIA NO DISTRITO
DE NICOADALA**

Dissertação apresentada em cumprimento parcial dos requisitos exigidos
para a obtenção do grau de Licenciatura em Geografia, da Universidade
Eduardo Mondlane

José João Marques Sumindila

Maputo, Novembro de 2004



**DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA REDE SANITÁRIA NO DISTRITÔ DE
NICOADALA**

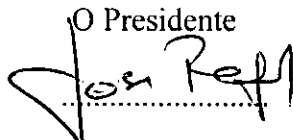
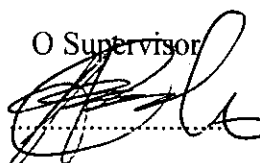
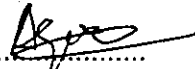
Dissertação apresentada em cumprimento parcial dos requisitos exigidos
para a obtenção do grau de Licenciatura em Geografia, da Universidade
Eduardo Mondlane

José João Marques Sumindila

DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA
FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS
UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE

Supervisor: **Doutor Carlos Arnaldo**

Maputo, Novembro de 2004

O Júri			
O Presidente	O Supervisor	O Oponente	Data
			16/12/04

U.F.M. - F.L.C.S.	
R. E.	30.304
DATA	16.12.04
AQUISIÇÃO	Oferta
COTA	ST-102

DECLARAÇÃO

Declaro que esta dissertação nunca foi apresentada para a obtenção de qualquer grau, e que ela constitui o resultado da minha investigação pessoal.

(José João Marques Sumindila)

DEDICATÓRIA

À memória da minha mãe Maria Marques,

Ao meu pai Baptista Sumindíla e, a minha irmã Rita Baptista

AGRADECIMENTOS

Este trabalho cujo projecto teve o seu início em Agosto de 2003, foi financeiramente apoiado pelo Centro de Estudo da População (CEP) através do projecto MOZ/02/P23-G1, a quem expresso o meu agradecimento.

Congratulo-me pelo meu Supervisor, Doutor Carlos Arnaldo, que dedicou muito do seu tempo e saber, com paciência e compreensão, em me orientar desde a concepção do Projecto até a redacção final.

Ao Doutor Vicente Veloso que sempre me deu apoio tanto material como pelo encorajamento ao longo dos meus estudos nesta instituição.

Uma referência especial é dirigida ao Ministério da Saúde (MISAU) na pessoa da Dr^a. Cristina Horta e, ao Instituto Nacional de Estatística (INE) na pessoa do dr. Duce e o senhor Gustavo, por terem facilitado a obtenção de dados fundamentais para o desenvolvimento deste tema.

Os meus agradecimentos são também extensivos aos meus colegas do grupo de estudo nomeadamente, António Brito, Cardoso Roda, Castro Rassúle, Daniel Eugénio, Fidélio, João Jone, Joaquim Miguel, Chicotela; aos colegas do quarto pelo apoio moral que me deram nos momentos difíceis e de stress, nomeadamente, Armando Artur, Arnaldo Mbeve e Jeremias Sacuse e, todos docentes e amigos que directa ou indirectamente contribuíram para este trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACNUR – Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados

AMG – Agente de Medicina Geral

CS – Centro de Saúde

DDS – Direcção Distrital da Saúde

DPS – Direcção Provincial da Saúde

DTA – Direcção de Terra e Água

EP – Ensino Primário

ESMI – Especialista em Saúde Materno Infantil

FAO – Food and Agriculture Organization of the United Nations

FNUAP – Fundo das Nações Unidas para a População.

GIS – Geographical Information System

INE – Instituto Nacional de Estatística

INIA – Instituto Nacional de Investigação Agronómica

UNFPA – United Nation For Population Action

MINED – Ministério da Educação

MISAU – Ministério da Saúde

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PS – Posto de Saúde

Ps – Posto de socorro

TMG – Técnico de Medicina Geral

TMP – Técnico de Medicina Preventiva

TSMI – Técnico de Saúde Materno Infantil

UEM – Universidade Eduardo Mondlane

RESUMO

O presente trabalho, faz uma análise da distribuição da rede sanitária no distrito de Nicosadala. Encontra-se referida a rede sanitária como locais para a prestação de serviços de saúde à população. É neste contexto que aparecem referenciados os tipos de serviços prestados nessas unidades sanitárias de acordo com as respectivas categorias, serviços estes que por seu turno ditam o nível de afluência populacional.

O trabalho baseou-se em entrevistas semi-estruturadas e observação directa na área de estudo; comparação de indicadores da área da área de estudo com os do nível provincial e nacional; elaboração de mapas usando ArcView GIS3.2 assim como, outros mapas adquiridos na Direcção Nacional de Geografia e Cadastro (DINAGECA) e no Instituto Nacional de Investigação Agronómica (INIA).

Na base dos resultados obtidos, conclui-se que a distribuição espacial da rede sanitária no distrito de Nicosadala está em função da distribuição espacial da população e, são os serviços por estas providenciados que ditam o nível de afluência populacional às unidades sanitárias.

A estrutura do trabalho compreende para além do capítulo introdutório, mais 3 capítulos em que, no 2º faz-se uma caracterização tanto física assim como económica da área de estudo; no 3º capítulo faz-se a análise da rede sanitária com enfoque para a sua distribuição, acessibilidade, demanda populacional e, indicadores de saúde do distrito,

comparando-os com os provinciais assim como do nível nacional e, no contexto Rural/Urbano. No 4º capítulo, consta a conclusão.

ÍNDICE	PÁGINA
DECLARAÇÃO	i
DEDICATÓRIA	ii
AGRADECIMENTOS.....	iii
LISTA DE ABREVIATURAS	iv
RESUMO	v
CAPÍTULO I — INTRODUÇÃO.....	1
1.2 OBJECTIVOS.....	3
1.3 PRESSUPOSTOS:.....	4
1.4 METODOLOGIA	5
1.5 ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	9
CAPÍTULO II – CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO.....	15
2.1 Localização Geográfica.....	15
2.2 Antecedentes Históricos e Divisão Administrativa	15
2.3 CARACTERIZAÇÃO FÍSICA.....	19
2.3.1 Pedologia.....	19
2.3.2 Relevo e Hidrografia.....	21
2.3.3 Clima.....	21
2.4 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA.....	22
2.4.1 Uso da Terra.....	22
2.4.2 Educação	23
2.4.3 Água	23
2.4.4 Comércio e Indústria	24
2.4.5 Transportes e Comunicação	24
2.4.6 População	25

CAPÍTULO III – ANÁLISE DA REDE SANITÁRIA.....	27
3.1 Contexto Histórico	27
3.2 Distribuição da Rede Sanitárias na Área de Estudo.....	29
3.3 Acessibilidade	31
3.3.2 Serviços Providenciados	35
3.3.3 Demanda Populacional às Unidades Sanitárias	38
3.4 Pessoal da Saúde	40
3.5 Indicadores	42
3.5.1 Habitantes por Unidade Sanitária.....	43
3.5.2 População por pessoal da saúde	43
3.5.3 Camas por 1000 habitantes	44
3.5.4 Camas por 1000 mulheres em idade fértil.....	44
3.5.5 Partos Institucionais	45
3.5.6 Taxa de Mortalidade Infantil.....	45
 CAPITULO IV — CONCLUSÕES.....	 47
 BIBLIOGRAFICA.....	 50
 ÍNDICE DE TABELAS	 ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	ix
ÍNDICE DE MAPAS.....	ix

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Divisão administrativa.....	19
Tabela 2: Os principais troços rodoviários.....	24
Tabela 3: Unidades Sanitárias (US) do Serviço Nacional de Saúde.....	28
Tabela 4: População e unidade sanitária por localidade.....	31
Tabela 5: População por raio de distância à Unidade Sanitária.....	33
Tabela 6: População por raio de distância à estrada.....	34
Tabela 7. Pessoal da Saúde do distrito de Nicoadala por unidade sanitária.....	41
Tabela 8: Indicadores.....	42

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: População por raio de distância ao Centro ou Posto de Saúde.....	32
Gráfico 2: População por raio de distância à via de acesso (km)	34
Gráfico 3: Demanda populacional às Unidades Sanitárias.....	39

INDICE DE MAPAS

Mapa 1: Enquadramento regional de distrito de Nicoadala.....	17
Mapa 2: Divisão administrativa do distrito de Nicoadala.....	18
Mapa 3: Carta de solos.....	20
Mapa 4: Densidade populacional.....	26
Mapa 5: Distribuição espacial da população e da rede sanitária.....	30
Mapa 6: Distância do povoado à Unidade Sanitária.....	32
Mapa 7: Distância do povoado à estrada.....	34

ANEXO

Fotografias

Lista de entrevistas

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUÇÃO

Quando as pessoas adoecem, o recurso efectivo ao sistema de saúde desempenha um papel importante no seu restabelecimento. Mas, é igualmente verdade que o restabelecimento – e em muitos casos, a possibilidade das pessoas obterem cuidados preventivos – depende da existência dos serviços de saúde à funcionarem de modo eficiente e que, o acesso seja equitativo independentemente do meio onde o indivíduo se encontra (Banco Mundial, 1994: 57).

O presente trabalho, procura analisar a distribuição da rede sanitária no distrito de Nicosadala, como forma de avaliar a oferta de serviços de saúde e a acessibilidade aos mesmos pela população da área de estudo.

A escolha do tema deveu-se à sua relevância, já que, a falta de saúde dificulta o crescimento económico e, o seu acesso é um direito consagrado pelo artigo 94 da constituição moçambicana e, pelo artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) (United Nation, 2000: 52).

Uma vez que não se pode falar do direito à saúde sem observar a oferta destes serviços, surge a relevância de abordar o presente tema. Permite avaliar o grau de cobertura dos serviços de saúde.

Um melhor estado de saúde incluindo a saúde reprodutiva, contribuem para o crescimento económico. As melhorias do estado de saúde e a redução da mortalidade beneficiam sobretudo os mais pobres porque, são os que correm maiores riscos (UNFPA, 2002).

Face à relevância do presente tema para o país, seria ideal fazer um estudo de nível nacional mas, nas condições do presente trabalho, tornou-se viável fazer num distrito e não em todo país ou toda província porque acarretaria elevados custos e disponibilidade de tempo.

Sendo Nicoadala um dos distritos com grandes dificuldades económicas (Instituto Nacional de Planeamento Físico – INPF, 1986), torna-se relevante fazer o estudo neste distrito.

1.2 OBJECTIVOS

1.2.1 Geral

Tomando em consideração que os cuidados de saúde são fundamentais e indispensáveis para a sociedade, com o presente trabalho, pretende-se fazer uma análise da distribuição espacial da rede sanitária, como forma de avaliar a oferta dos serviços de saúde à população do distrito de Nicoadala.

1.2.2 Específicos

O presente trabalho tem como objectivos específicos os seguintes:

- Analisar o padrão actual da distribuição da rede sanitária incluindo as respectivas categorias;
- Avaliar a distância que as pessoas percorrem da casa à Unidade Sanitária mais próxima, assim como, o número de pessoas em cada raio de distância à mesma;
- Identificar os diversos serviços neles prestados e os níveis de procura;
- Analisar determinados indicadores de saúde do distrito, nomeadamente, habitantes por Unidade Sanitária, nº de camas por 1000 habitantes, pessoal da saúde, partos institucionais e taxa de mortalidade infantil.

1.3 PRESSUPOSTOS:

A instalação de uma unidade sanitária não é feita ao acaso mas sim, segundo uma certa lógica, ou seja, em função da densidade populacional, vias de comunicação e dos fluxos de transporte (Ministério da Saúde – MISAU, 2002).

Para o presente trabalho, pressupõe-se que:

- i) A cobertura da rede sanitária aliada a densidade populacional, influencia o acesso da população às unidades sanitárias;
- ii) O nível de serviços prestados nas unidades sanitária, é o principal factor que dita o nível de afluência populacional;
- iii) A existência de infra-estruturas sanitárias e de pessoal qualificado do sector da saúde, influenciam o acesso da população aos cuidados de saúde;
- iv) O estado das vias de acesso e a existência de meios de transporte, desempenham um papel fundamental no acesso da população aos serviços de saúde.

1.4 METODOLOGIA

Todo o trabalho de investigação em Geografia se baseia na informação, uma vez publicada por instituições especializadas e, outras recolhidas pelo próprio investigador.

Em Geografia, como no conjunto das Ciências Sociais e Naturais, são muitas as maneiras de obter a informação necessária (Abreu, 1998).

Como forma de atingir os objectivos definidos para o presente trabalho, recorreu-se à revisão bibliográfica, observação exterior¹, entrevistas semi-estruturadas, método cartográfico e o método comparativo.

A revisão bibliográfica consistiu na recolha e leitura de obras de diversos autores incluindo publicações e fontes documentais que numa forma directa ou indirecta abordam as componentes do tema, por serem um modelo de recolha fundamental em Geografia, dada a facilidade de obtenção e o baixo custo de aquisição (Abreu, 1998).

Uma vez que as instituições de recolha, tratamento e divulgação da informação recolhem muito mais do que a publicam, foi necessário recorrer à dados não publicados, obtidos no Instituto Nacional de Estatística (INE), no Ministério da Saúde (MISAU), na Direcção Provincial da Saúde (DPS), Direcção Distrital da Saúde (DDS) assim como nas respectivas unidades sanitárias. Esta, foi feita antes, durante assim como depois do trabalho de campo.

¹ Na observação exterior, o investigador não interfere com os acontecimentos ou processos que observa (Abreu, 1998).

A observação "in loco" da área de estudo, permitiu a compreensão da interacção dos fenómenos que estão ocorrendo no campo tais como, o estado das unidades sanitárias, das vias de acesso, assim como, o nível de procura aos serviços de saúde (fotos 1, 5 e 7).

As entrevistas semi-estruturadas foram dirigidas aos informadores-chave ou seja, agentes que detêm posições particulares na área de estudo e, tinha o propósito de obter informação aprofundada junto destes sobre o tema em estudo. Este processo decorreu entre os dias 2 e 16 de Fevereiro, o qual abrangeu um total de 22 entrevistados nomeadamente, o administrador do distrito, 1 chefe do posto administrativo, 6 presidentes das localidades, 8 chefes das unidades sanitárias e, 6 autoridades comunitárias.

As entrevistas tiveram como base um conjunto de perguntas escritas, as quais foram colocadas aos entrevistados e, cujas respostas foram registadas pelo próprio autor do trabalho. Para tal, foram elaboradas perguntas semi-estruturadas numa sequência pré-determinada e, em determinados casos, foram feitas perguntas informais ou livres como forma de aprofundar a compreensão de determinadas respostas.

A escolha dos entrevistados foi de acordo com a posição que ocupam ao nível territorial (administrador, chefe do posto e presidentes das localidades), posição no sector (chefes das Unidades Sanitárias). As autoridades comunitárias, foram indicadas pelos presidentes das localidades.

Inicialmente previsto para ter lugar em 8 das 9 localidades (Nicoadala-sede, Munhonha, Namacata, Nhafuba, Maquival-sede, Madal, Nangoela e Ionge), o mesmo decorreu em 7 (excepto Nhafuba), face a intransitabilidade da via de acesso devido a chuva que se registava na área de estudo. Este facto iria influenciar nos resultados por ser esta a única localidade que não possui unidade sanitária, o que permitiria captar a percepção destes sobre o tema, porém, a informação referente a esta localidade foi possível obter junto do Administrador do distrito, do chefe da Unidade Sanitária de Licuari (por esta ser a mais próxima) e na Direcção Distrital da Saúde, o que permitiu obter informação desta localidade não afectando significativamente nos resultados.

A informação captada, foi tanto qualitativa assim como quantitativa e, serviu de base para complementar a informação obtida através da revisão bibliográfica e pela observação.

O método cartográfico, envolveu o uso do GIS (Geographical Information System) concretamente o ArcView3.2 (distribuição da rede sanitária, da população, e vias de acesso), assim como outros mapas tais como da localização da área de estudo e de solos.

O método comparativo, tem um papel fundamental para a Geografia. Consiste basicamente na identificação das semelhanças e diferenças ao nível espacial e temporal de um dado fenómeno (Fernando, 2001). Para o presente trabalho, este método permitiu avaliar a eficiência dos serviços prestados ao nível do distrito. Procurou-se, na medida do possível, comparar determinados indicadores de saúde do distrito (mencionados nos

objectivos), com os de outras abordagens territoriais ou seja, provincial, assim como de nível nacional e, uma comparação no contexto Rural/Urbano.

1.5 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS

De acordo com Gulube (2003: 23), a saúde é um dos bens mais preciosos a que o Homem permanentemente aspira e, desde os tempos mais recuados da humanidade foi alvo de preocupações, as quais variam em função de diversos factores, sendo o da dinâmica de desenvolvimento histórico de cada povo, aquele que ocupa um dos lugares de maior destaque.

Sendo assim, na procura ou tentativa incessante do Homem para evitar a morte, verificou que era importante conhecer o que estava acontecendo quanto as causas da ocorrência de óbitos em diferentes populações, comparando-as entre si uma vez que, se em determinado agrupamento humano não ocorriam ou ocorriam poucos óbitos por causas específicas, é porque havia alguma coisa que a prevenia ou impedia o aparecimento da mesma. Em fim, o Homem passou à compara-las (Comissão da População e Desenvolvimento, 1986: 404).

De acordo com a Organization Mondiale de la Santé (1996), rede sanitária é um conjunto de estabelecimentos que asseguram serviços de saúde ao nível de um determinado território, ou seja, um sistema integrado de unidades sanitárias nas suas diversas categorias.

As unidades sanitárias constituem parte importante de qualquer sistema de saúde uma vez que, providenciam uma variedade de serviços, dependendo porém da sua capacidade (OMS, 1994: 1).

Dentro de um sistema de saúde eficaz, existe uma rede de unidades de saúde base como os centros curativos, implantados se possível próximo do *sito* de modo a permitir uma melhor cobertura.

Por outro lado, segundo Cocensa (2000: 4), as distribuições mais homogéneas não correspondem uma maior utilização dos serviços do único sistema de saúde (por exemplo, o público), considerando-se que a distribuição geográfica dos serviços deve estar consoante com as necessidades individuais e colectivas, respeitando as diferenças demográficas, epidemiológicas e sócio-económicas existentes dentro do país.

De acordo com o Banco Mundial (1998: 121), a proximidade física de um estabelecimento de saúde, é o principal passo para uma cobertura sanitária efectiva porém, não terá grande utilidade se não for dotado de equipamento básico. Sendo assim, cada entidade do sistema de saúde poderá definir o nível de serviços a providenciar para uma população específica, podendo encontrar um nível credível da demanda de acordo com os recursos disponíveis, em sincronia com os serviços providenciados por outras entidades tanto sanitárias assim como não sanitárias (Organização Mundial da Saúde – OMS, 1994: 1).

Ainda em relação à falta de equipamento básico, em muitos países africanos este problema surgiu em parte porque os planos de construção de novos estabelecimentos foram elaborados sem prévia avaliação dos recursos disponíveis para o seu devido funcionamento. Sendo assim, Banco Mundial defende que a resolução de algumas destas

dificuldades passe pela cobrança de taxas e melhoramento da qualidade dos serviços prestados nos níveis inferiores (Banco Mundial, 1998: 121).

De acordo com o MISAU (2001), a prestação de cuidados de saúde é essencial para:

- Prevenir as doenças, a incapacidade permanente ou temporária e a morte prematura;
- Mitigar o sofrimento e a incapacidade;
- Restaurar as funções fisiológicas normais através da reabilitação.

Essas três intervenções-chave com a finalidade de melhorar o estado de saúde da população, potenciam-se mutuamente umas às outras e, a selecção específica de actividades deverá observar critérios de custo-eficácia e os princípios orientadores da acção do sector.

Um melhor estado de saúde incluindo a saúde reprodutiva e melhor educação, contribuem para o crescimento económico visto que, o fornecimento destes serviços entre outros, oferece benefícios evidentes e directos para a melhoria das condições de vida e a redução da pobreza (United Nations Population Fund – UNFPA, 2002: 42-59).

O Banco Mundial (1994), fundamenta a relação entre a saúde e o desenvolvimento referindo-se que, a falta de saúde tem um efeito poderoso no progresso económico uma vez que, nalguns países podia aumentar até 15% caso a doença e a deficiência fossem combatidas mais activamente.

Um melhor controlo da doença permitiria a expansão da agricultura para áreas anteriormente inabitáveis; os investimentos na educação teriam um maior retorno porque a esperança de vida seria mais longa (Banco Mundial, 1994).

Uma boa saúde requer a conjugação de 3 acções que se reforçam mutuamente nomeadamente:

- i) O uso generalizado de “pacotes” de serviços concebidos para resolver os problemas de saúde mais comuns com o objectivo de assegurar um melhor estado de saúde a baixo custo, donde se inclui os cuidados de saúde materno-infantil, a assistência ambulatoria e o acompanhamento de algumas doenças crónicas;
- ii) Descentralização da prestação de cuidados de saúde especificamente, através da expansão dos sistemas de cuidados de saúde a nível do distrito, compostos por Centros de Saúde e Hospitais de referência;
- iii) O melhoramento da gestão dos factores essenciais para os cuidados de saúde nomeadamente, os fármacos, os recursos humanos as infra-estruturas e equipamentos no sector da saúde (Banco Mundial, 1994).

No processo de caracterização técnica, enunciado de funções específicas e mecanismos para a classificação das instituições do Sistema Nacional de Saúde do nível primário, são definidos os seguintes conceitos:

- **Área de saúde:** unidade territorial com uma população com o máximo de 100.000 habitantes, servida por um CS, o qual nessa área, tem a responsabilidade pela saúde da população e do meio ambiente;
- **Centro de Saúde:** unidades sanitárias de nível primário, que têm como função dispensar Cuidados de Saúde Primários (CSP) à população da sua área de saúde, incluído intervenções sobre o meio ambiente.
- **Hospital:** é um local de prestação de cuidados clínicos, em regime de internamento e de atendimento em ambulatório a doentes que não encontram solução para os seus problemas de saúde a níveis inferiores. O hospital oferece sempre a possibilidade de diagnóstico clínico com apoio laboratorial e de outros exames complementares e, constituem sempre um nível de referência. Oferece sempre a possibilidade de urgência aos traumatismos e outras afecções (MISAU, 2002).

Na Declaração de Alma-Ata (1978), os Cuidados de Saúde Primários são definidos como cuidados de saúde essenciais, baseados em métodos e técnicas práticas cientificamente válidas e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a todos os indivíduos, a todas famílias e a comunidade, com a sua plena participação e a um custo que a comunidade possa assumir em qualquer etapa do seu desenvolvimento. São o primeiro nível de contacto dos indivíduos com o Sistema Nacional de Saúde, aproximando na medida do possível os cuidados de saúde dos locais onde a população vive e trabalha. Constituem o primeiro elemento dum processo ininterrupto de protecção sanitária (MISAU, 2002).

No âmbito da cobertura sanitária, distinguem-se duas zonas:

- i) **Zona de influência directa de um Centro de Saúde** (ou raio de acção de um Centro de Saúde): é a zona geográfica em cuja área o Centro de Saúde representa o primeiro contacto da população com os Serviços de Saúde e que, tendo o *centro* no Centro de Saúde, terá no meio rural um raio de 8 km e, no meio urbano um raio compreendido entre 1 e 4 km (MISAU, 2002).
- ii) **Zona de influência indirecta de um Centro de Saúde**: é a zona geográfica para além da Zona de influência directa, a partir da qual um Centro de Saúde ainda recebe casos (geralmente graves) e no qual exercem actividades de Saúde por brigadas móveis a partir desse Centro de Saúde. Em geral, é uma zona com um raio que pode chegar à 40 ou 50 km ou mesmo mais. O CS poderá ainda ter de supervisionar e apoiar outras Unidades Sanitárias de nível inferior situadas nesta zona (MISAU, 2002).
- iii) **Zona de influência de um Hospital**: é a zona geográfica compreendendo várias Áreas de Saúde, donde pacientes que não encontram solução para os seus problemas de saúde são referidos para esse Hospital (MISAU, 2002).

CARÍTULO II

CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

2.1 Localização Geográfica

O distrito de Nicoadala, localiza-se à Sudeste da província da Zambézia, entre os paralelos de 17° 10' e 18° 2' de latitude Sul e, entre 36° 21' e 37° 46' de longitude Este. Faz fronteira com os distritos de Namacura e Mocuba à Norte, Inhassunge e Mopeia à Sul, Oceano Índico à Este e, os distritos de Morrumbala e Mopeia à Oeste (Mapa 1 e 2).

Na faixa Sul da delimitação entre o posto administrativo de Nicoadala e de Maquival, localiza-se a cidade de Quelimane que é a capital da província (Direcção Nacional de Geografia e Cadastro –DINAGECA, 2001).

2.2 Antecedentes Históricos e Divisão Administrativa

Até 1986, o posto administrativo de Nicoadala pertencia ao distrito de Namacura.

A povoação (Nicoadala-sede), foi criada pela portaria nº 1663, de 2 de Outubro de 1920.

Sobre a origem do nome, refere-se o seguinte:

- Nicoadala, significa “morrer de fome” na língua Chuabo, (“*Nicoa*” significa “morrer” e “*Dala*” significa “fome”). No tempo da construção de linha férrea (não mencionado na fonte), a alimentação era insuficiente e, os trabalhadores morriam de fome ou passavam fome. Esta linha dirigia-se inicialmente à serra de Morrumbala e, as terraplanagens foram depois aproveitadas para a estrada de Mopeia e, posteriormente a construção tomou rumo de Mocuba. Neste período

terá havido interrupções nos trabalhos e, conseqüentemente, falta de alimentação para os trabalhadores (Cabral, 1975: 123).

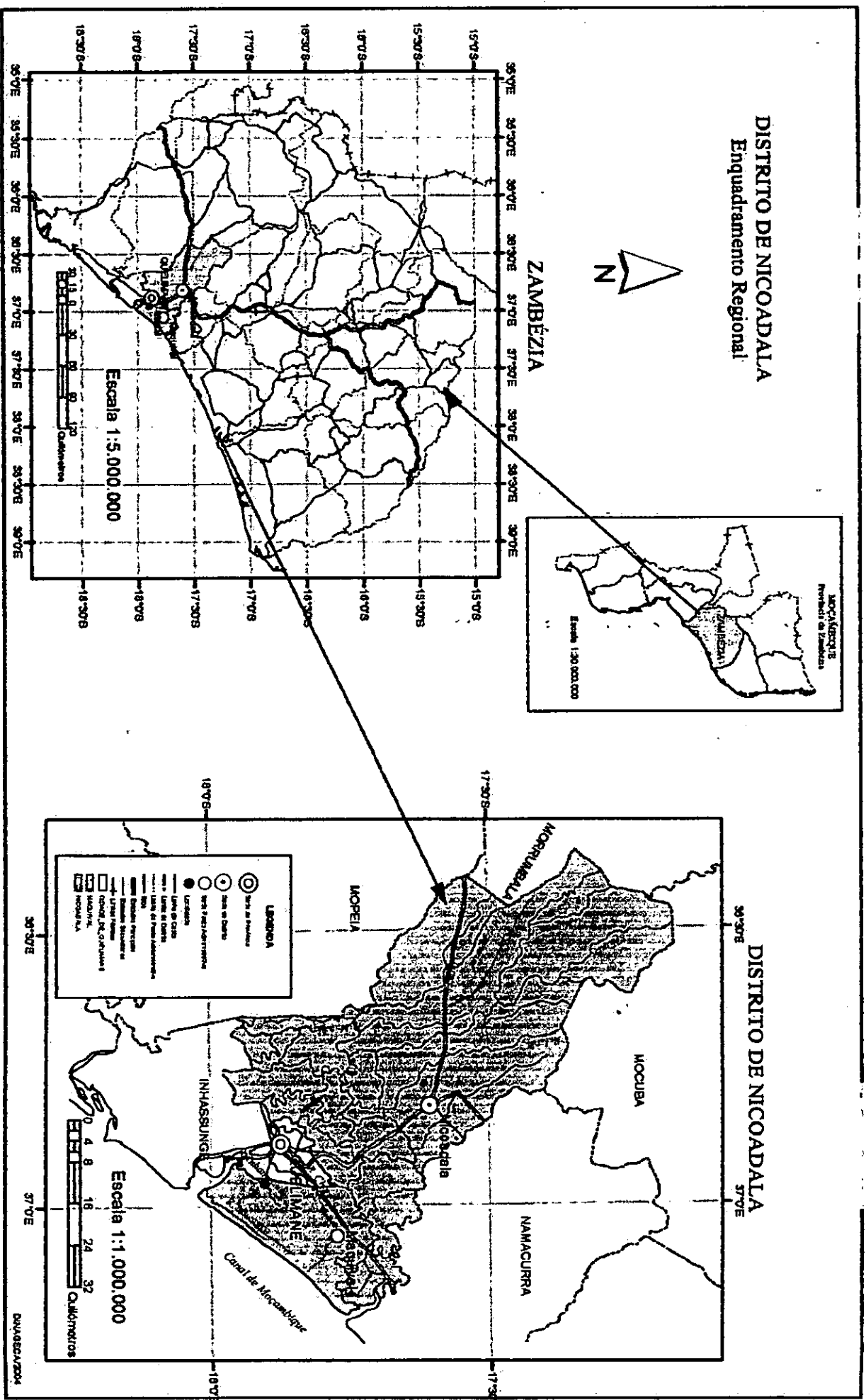
O distrito de Nicoadala é relativamente recente uma vez que, data da reclassificação de 1986, na base da resolução nº 6/86 de 25 de Junho, artigo 1 que cria novos distritos.

Antes desta resolução, as localidades de Nhafuba, Nicoadala e Munhonha, pertenciam ao distrito de Namacurra ao passo que, as localidades de Ionge, Madal, Maquival, Nangoela, Marrongane e Namacata, pertenciam ao então distrito de Quelimane.

A resolução nº 7/86, artigo 1, (alíneas "a" e "c") determinou a transferência destas localidades para a criação do distrito de Nicoadala (INPF, 1986).

O distrito está dividido em 2 postos administrativos nomeadamente, Nicoadala e Maquival (Mapa 2). O posto administrativo de Nicoadala está dividido em 4 localidades (Nicoadala-sede, Munhonha, Namacata e Nhafuba) e, o posto administrativo de Maquival está dividido em 5 localidades (Maquival-sede, Ionge, Madal, Marrongane e Nhangoela) (Direcção Provincial de Apoio e Controlo da Zambézia, 2002).

Os limites geográficos actualmente reconhecidos, estendem-se até ao nível dos postos administrativos, não sendo deste modo possível obter o mapa da divisão administrativa até ao nível das localidades.



Mapa 2

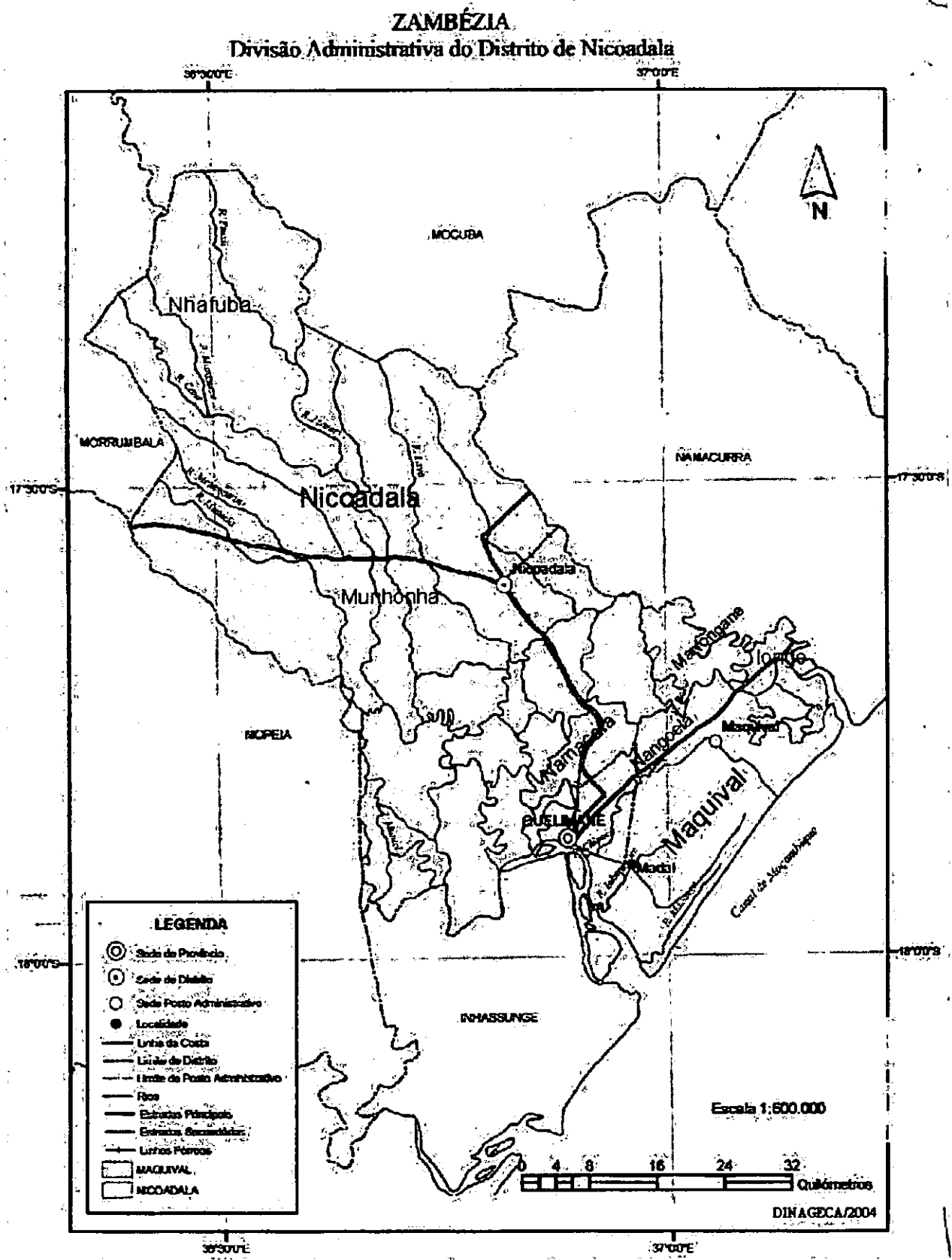


Tabela 1: Divisão administrativa

Distrito	Postos Administrativos	Localidades
NICOADALA	Nicoadala	Nicoadala-Sede
		Munhonha
		Namacata
		Nhafuba
	Maquival	Maquival-Sede
		longe
		Madal
		Marrongane
		Nangoela

Fonte: Elaborada pelo autor, com base da informação obtida na Direcção Provincial de Apoio e Controlo.

2.3 CARACTERIZAÇÃO FÍSICA

A actual estrutura físico-geográfica de Moçambique, resulta de um longo processo de desenvolvimento histórico da terra, que teve início no Precâmbrico e se prolonga até hoje. Este processo foi caracterizado por uma série de fases sucessivas e alternadas de orogenias, erosão e, de alterações climáticas e pedobiogenéticas (Muchangos, 1999: 19).

A sua estrutura resultou da conjugação de fenómenos e processos exógenos e endógenos em que se registou uma série de fases de deformação, destruição e consolidação da crosta (Muchangos, 1999: 19).

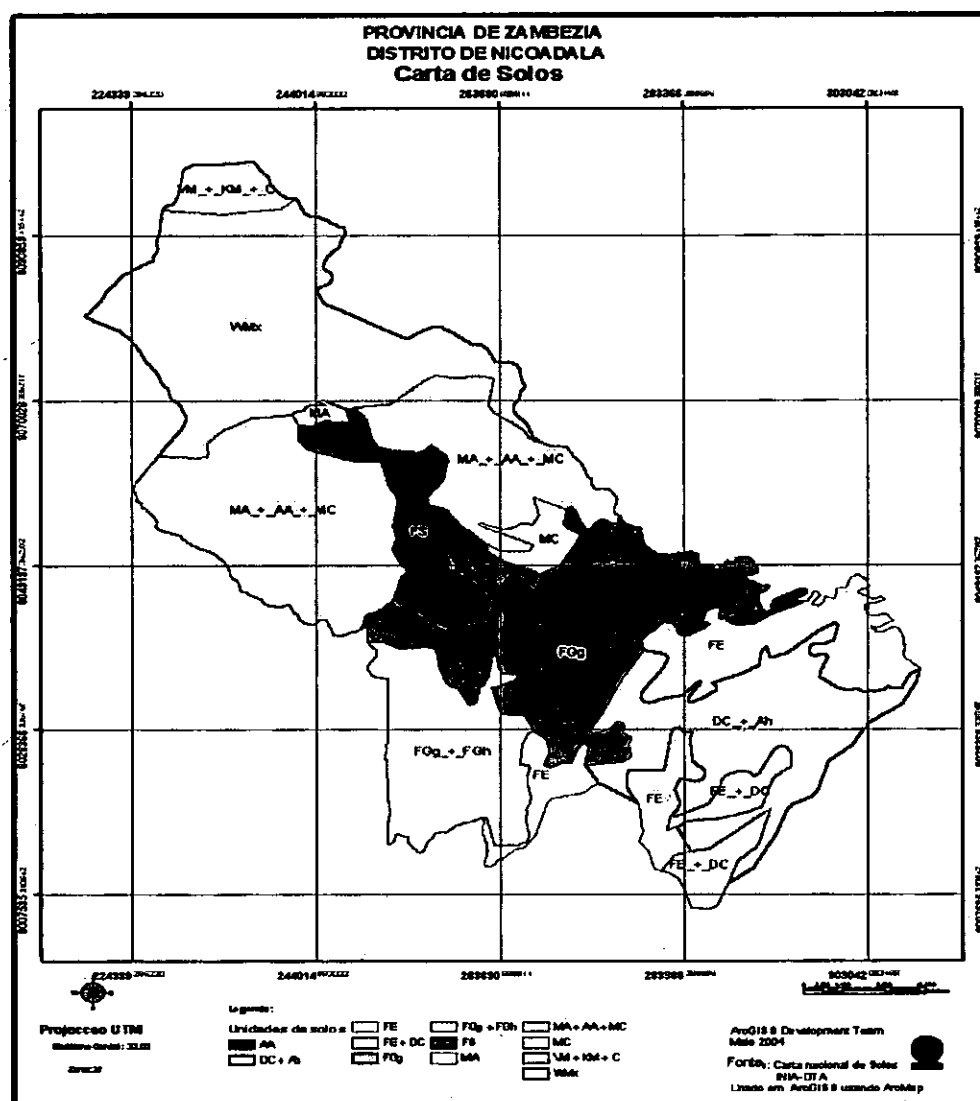
2.3.1 Pedologia

O distrito de Nicoadala, apresenta uma variedade de solos, os quais se distribuem em função da continentalidade e da altitude.

Enquanto que ao longo da costa predominam solos de sedimentos marinhos (FE), de dunas costeiras (DC) e arenosos hidromórficos (AH), no Centro há predominância de

solos de mananga (MA) que se intercalam com solos arenosos amarelos (AA) e solos de caluviões argilosos (MC). A Noroeste predominam solos vermelhos de textura média (VM) e uma pequena faixa onde esses se intercalam com solos castanhos de textura média (KM) e solos de caluviões não específicos (C) (Instituto Nacional de Investigação Agronómica /Direcção de Terra e Água - INIA/DTA-, 1994) (Mapa 3).

Mapa 3



2.3.2 Relevo e Hidrografia

O distrito de Nicoadala localiza-se numa planície (MINED, 1986; Muchangos, 1999), sendo predominante altitudes inferiores a 100 metros e, uma pequena porção no interior com altitude que varia de 100 à 200 metros.

Hidrograficamente, o distrito enquadra-se na área da bacia do rio Zambeze e, é atravessado pelo rio Licuari, rio este que serve de fonte para o abastecimento de água potável à cidade de Quelimane (Muchangos, 1999).

2.3.3 Clima

Pela sua localização geográfica, o tipo de clima é determinado pela localização da zona de baixas pressões equatoriais e das células anticiclónicas tropicais. Além destes factores, exercem grande influência a continentalidade e a altitude (Muchangos, 1999: 35).

Possui um ritmo climático com duas estações distintas:

- estação quente e chuvosa (entre Outubro e Março); e
- estação fresca e seca (entre Abril e Setembro).

A temperatura média anual varia entre 23 e 26°C e, a média da precipitação total anual entre 1.000 e 1.400 mm. Segundo a classificação de Köppen, trata-se de um clima tropical húmido (Muchangos, 1999).

2.4 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA

O distrito, é a unidade territorial base de planificação uma vez que, é a partir deste que se planifica a economia (INPF, 1986).

As condições materiais, a extensão longitudinal do país, sua situação geográfica e a política da colonização foram factores que contribuíram para gerar diferenças marcantes no desenvolvimento sócio-económico e cultural dos distritos. Neste contexto, os distritos são agrupados em três classes (1^a, 2^a e 3^a), sendo o de Nicoadala incorporado na 3^a classe. Segundo esta classificação, os distritos da 3^a classe são distritos com grandes dificuldades sócio-económicas, incluindo os afectados por condições naturais e climatéricas, com menor densidade populacional do país, com grande carência de infra-estruturas económicas e sociais. O seu desenvolvimento é a longo prazo e, exige uma forte contribuição nacional (INPF, 1986: 60).

2.4.1 Uso da Terra

Segundo dados do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR 1997), a densidade populacional relativamente elevada e a pressão sobre os recursos que daí resulta, determinam a ocorrência de alguns conflitos de terra. Segundo a mesma fonte, a administração do distrito indica que têm existido disputas pela posse de terra nas localidades Munhonha, Maquival, e Namacata bem como pelas áreas de pastagens nas áreas de Impurruni e Namacata (ACNUR 1997).

A área cultivada pelo sector familiar é de 28.515 hectares, correspondendo à aproximadamente 7,9% da área total e, a agricultura é a principal actividade da população (ACNUR 1997).

A companhia Madal tem uma forte presença no distrito, possuindo vastas extensões de terra. Apenas para a produção de copra, esta empresa ocupa 4.097 hectares (ACNUR, 1997: 4).

De acordo com os números da Food and Agriculture Organization (FAO, 1997), as principais culturas de alimentos básicos são a mandioca e o arroz, que representam mais de 99% da produção de alimentos essenciais pelo sector familiar. Para além destas, cultiva-se o milho, a batata-doce e o feijão.

2.4.2 Educação

Dados do Ministério da Educação (2003), indicam que o distrito possui um total de 113 estabelecimentos de ensino, sendo 103 do Ensino Primário do 1º grau, 9 do EP2 e, 1 do Ensino Secundário do 1º ciclo. O corpo docente é composto por 872 professores, sendo 755 para turmas do Ensino Primário do 1º Grau (EP1), 99 para o EP2 e, 18 para o Ensino Secundário.

Em todo distrito não existe nenhum centro de internamento para estudantes.

2.4.3 Água

O abastecimento, está dependente do aproveitamento de furos, uns tradicionais, outros construídos ou reabilitados, alguns dos quais dotados de bombas manuais. O acesso da população à fontes de água é deficiente. Devido a má distribuição dos furos, há

comunidades cuja população tem de percorrer entre 5 a 20 km para alcançar a fonte mais próxima (ACNUR/PNUD, 1997: 9).

2.4.4 Comércio e Indústria

O distrito de Nicoadala, está integrado nas redes provinciais de mercados, sendo frequente a população deste distrito comprar produtos nos distritos vizinhos e, nas cidades de Mocuba e Quelimane. Além disso, verifica-se a presença de comerciantes doutros distritos, e mesmo vindos da cidade de Maputo e da Beira para compra de produtos locais. As transacções comerciais ocorrem principalmente no mercado da sede, onde são canalizados os produtos agro-pecuários.

Em 1997, o distrito contava com duas padarias, uma estação de serviços, duas oficinas, duas serrações e, 6 moagens em funcionamento (ACNUR/PNUD, 1997: 9).

2.4.5 Transportes e Comunicação

A rede rodoviária do distrito compreende 5 troços principais de estradas (três classificadas como estrada nacional e duas estradas terciárias), com extensões variando entre os 20 e 45 km (tabela 2), todos transitáveis, embora apenas as estradas terciárias tenham beneficiado de trabalhos de manutenção periódica (ACNUR/PNUD, 1997).

Tabela 2: Os principais troços rodoviários

Localização	Dimensão (km)	Classificação	Transitável
Quelimane - Nicoadala	35	Estrada nacional	Sim
Nicoadala - Rio Momade	35	Estrada nacional	Sim
Nicoadala - Namacura	35	Estrada nacional	Sim
Cerâmica - Marrongane	20	Estrada regional	Sim
Nicoadala - Nhafuba*	45	Estrada regional	Sim

Fonte: ACNUR/PNUD (1997) e Direcção Provincial de Obras Públicas e Habitação (2004).

* Esta via é apenas transitável no período seco uma vez que, no período chuvoso a mesma é intransitável.

A reabilitação de estradas terciárias é muito importante por facilitar tanto a assistência sanitária assim como, educação, abastecimento de água às populações e a comercialização da produção agro-pecuária (ACNUR/PNUD, 1997: 9).

Localizado entre Quelimane e Mocuba, o distrito é atravessado pela linha ferroviária (Esta linha férrea está inoperacional face a avaria da locomotiva que por sinal, funcionava à carvão) que liga essas duas cidades. Ao nível das telecomunicações, conta com ligações telefónicas e via rádio.

2.4.6 População

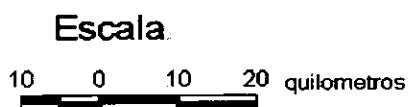
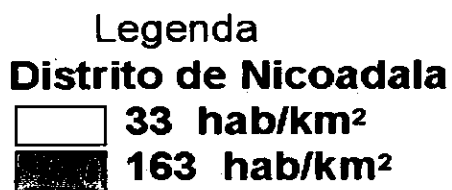
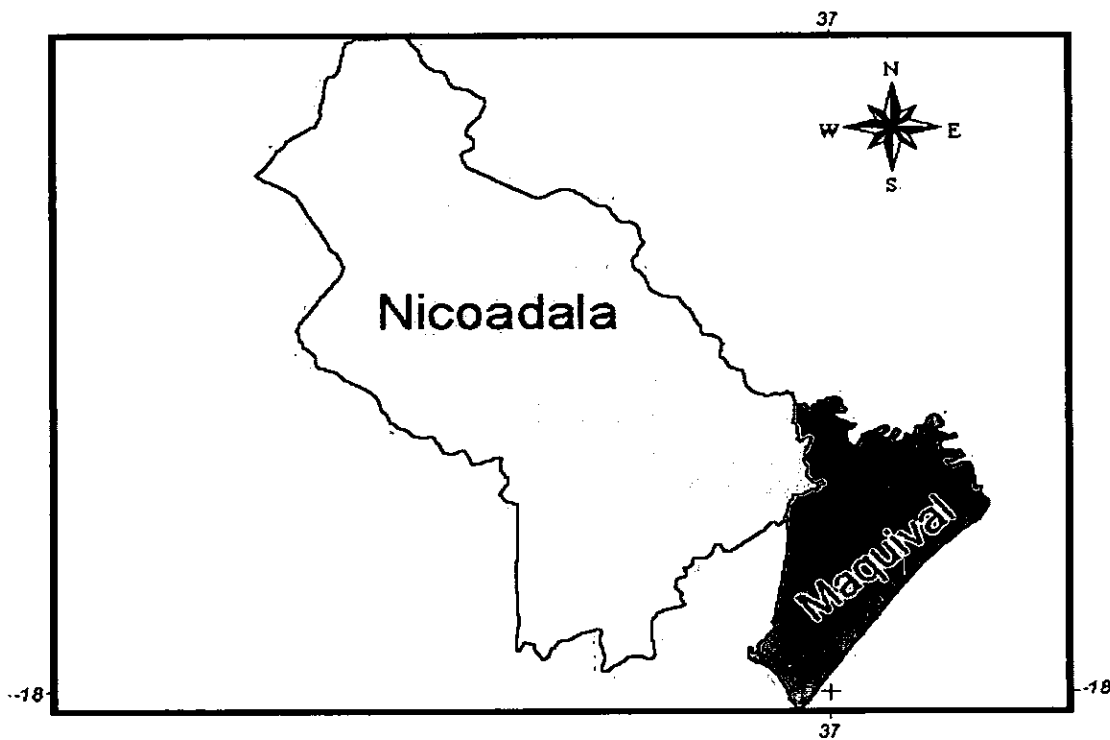
Resultados do Censo de 1997, indicam que o distrito de Nicoadala possui um total de 198.451 habitantes dos quais, 97.823 do sexo masculino e 100.628 do sexo feminino (Instituto Nacional de Estatística –INE-, 1999: 24).

Com uma superfície de 3.582 km², resulta numa densidade populacional de 55,4 habitantes por km². Porém, a mesma encontra-se irregularmente distribuída, sendo o posto administrativo de Maquival com 107.793 habitantes possui uma densidade populacional de 163 hab./km² ao passo que os restantes 90.658 no posto administrativo de Nicoadala correspondendo à 33 hab./km² (Mapa 4).

É uma população jovem uma vez que, 55,7% desta possui uma idade igual ou inferior à 19 anos, contra apenas 6,1% com idade igual ou superior a 55 anos (INE, 1999).

Mapa 4

**Distrito de Nicoadala
Densidade populacional por Postos Administrativos**



Fonte: Elaborado pelo Autor, com base no mapa da DINAGECA e, dados do INE (1999). GIS3.2/UEM-Maputo.

CAPÍTULO III

ANÁLISE DA REDE SANITÁRIA

É frequente definir a equidade no sector da saúde pela igualdade de acesso aos serviços em função das necessidades (UNFPA, 2002: 40).

Neste capítulo, faz-se a análise da rede sanitária com enfoque para a sua distribuição, acesso, serviços providenciados e principais indicadores de saúde do distrito, comparando-os com os provinciais assim como do nível nacional e, no contexto Rural/Urbano.

3.1 Contexto Histórico

Por volta de 1504, entre os primeiros portugueses desembarcados em Moçambique, havia médicos, missionários, os quais à princípio limitavam a sua acção às feitorias e arredores (Soares, 1965: 609).

Os serviços de saúde propriamente ditos e organizados, datam do século XIX. Em 1868, foi criado o lugar de chefe dos serviços de saúde, cuja acção foi-se estendendo paulatinamente à todo território. Em 1961, o país dispunha de 3 Hospitais Centrais (Maputo, Beira e Nampula), 12 Hospitais Regionais (Xai-Xai, Chibuto, Inhambane, Chimoio, Chinde, Quelimane, Mocuba, Tete, Angoche, Ilha de Moçambique, Pemba e Lichinga), 241 postos sanitários, 80 delegacias² e 177 maternidades (Soares, 1965).

² Delegacias eram as primeiras células de assistência médica, uma espécie de nós da malha sanitária, constituindo um centro de saúde, juntamente com as enfermarias regionais, maternidades e postos sanitários anexos.

Quando o país se tornou independente em 1975, um grande número de colonos qualificados deixaram o país numa altura em que, devido à política de discriminação colonial, poucos moçambicanos tinham sido treinados para os substituir. Os serviços de saúde estavam fragmentados e eram fundamentalmente curativos e urbanos; menos de 10% da população tinha acesso efectivo aos cuidados de saúde (Noormahomed e Segall, 1992: 1).

No tocante às unidades sanitárias do nível primário, o país contava com 120 Centros de Saúde 326 Postos de Saúde (Noormahomed e Segall, 1992).

Actualmente, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) está organizado em quatro níveis de unidades sanitárias:

Nível I: Postos e Centros de Saúde (PS e CS)

Nível II: Hospitais Gerais e Rurais (HG e HR)

Nível III: Hospitais Provinciais (HP)

Nível VI: Hospitais Centrais e Especializados (HC e HE).

Tabela 3: Unidades Sanitárias (US) do Serviço Nacional de Saúde

Nível de Atenção	Número de Unidades Sanitárias
Nível I	506 Postos de Saúde e 683 Centros de Saúde
Nível II	27 Hospitais Rurais e Hospitais Gerais
Nível III	7 Hospitais Provinciais
Nível IV	3 Hospitais Centrais e 2 Hospitais Especializados

* Hospital psiquiátrico de Maputo (Infulene) e de Nampula.

Fonte: Ministério da Saúde (1996; 2003)

Os Centros e Postos de Saúde, que constituem a rede primária, oferecem cuidados curativos e preventivos. Os Hospitais Rurais e Gerais constituem o primeiro nível de referência, possuindo capacidade de atendimento cirúrgico e de urgência.

As capitais provinciais são servidas por hospitais maiores de nível III e IV, proporcionando cuidados de especialidade e servindo como segundo nível de referência.

O Hospital Central de Maputo é a Unidade Sanitária de referência nacional.

Na realidade, esta estrutura de referência funciona com certas limitações uma vez que, os hospitais de referência servem também como Unidade Sanitária de primeiro contacto para a população urbana. Entretanto, a população mais distante raramente chega a se beneficiar dos cuidados mais sofisticados dos grandes hospitais (MISAU, 1996).

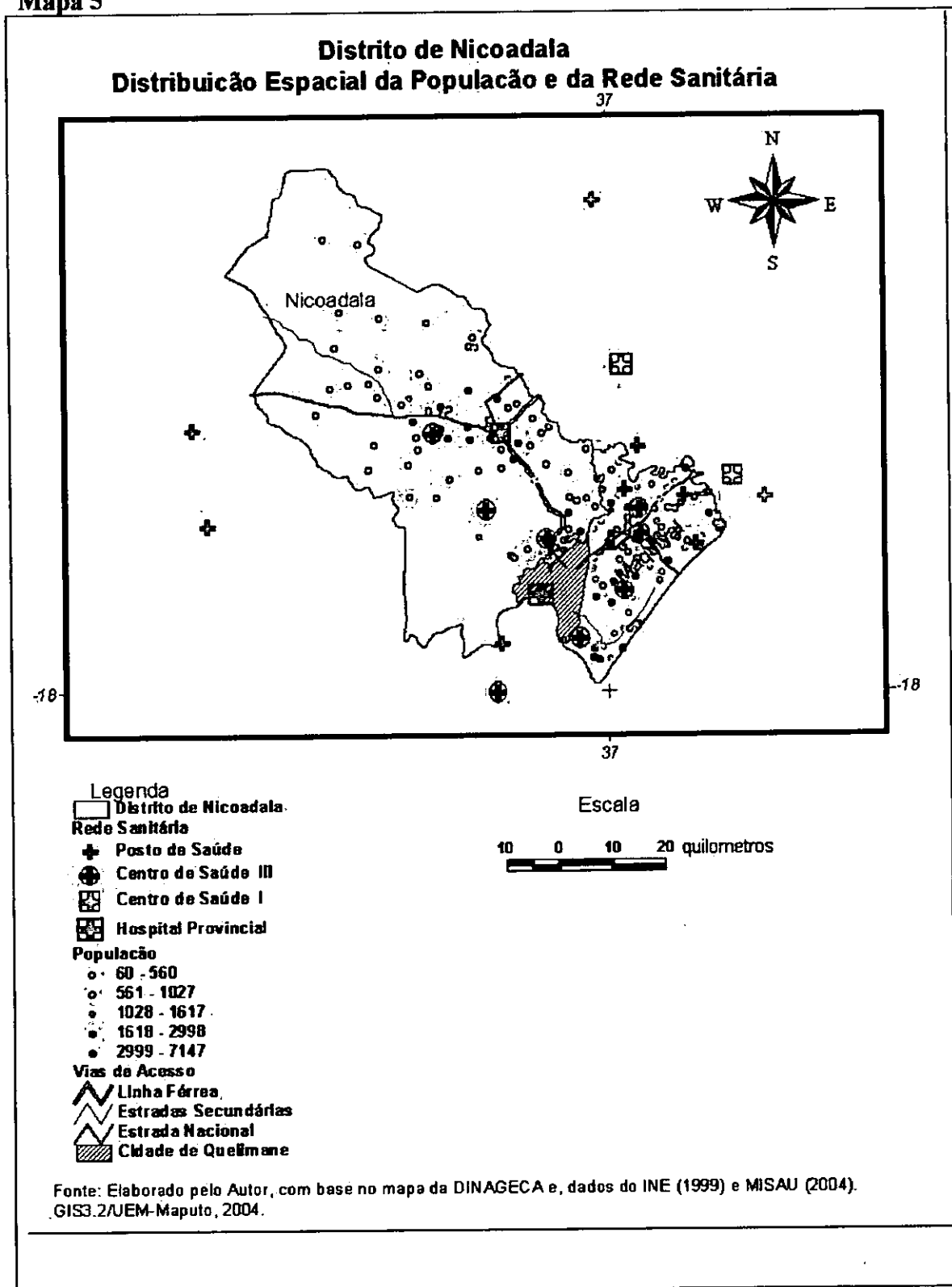
3.2 Distribuição da Rede Sanitárias na Área de Estudo

A rede sanitária do distrito de Nicoadala é composta por 11 unidades sanitárias das quais, 1 CS do tipo I, 7 CS do tipo III, 3 Postos de Saúde (mapa 5).

Uma das unidades sanitárias localiza-se no povoado de Zalala (Posto de Saúde Turístico de Zalala), povoado este que pertence à cidade de Quelimane por onde esta unidade responde. Porém, não só atende a população deste povoado mas também, de outros povoados da Localidade.

Para além destas unidades sanitárias, o distrito conta com 3 postos de socorro ou postos de aldeias (Nangoela, Maquival-Sede e Nicoadala-Sede), onde agentes polivalentes elementares prestam serviços de primeiros socorros.

Mapa 5



Na base do mapa 5, verifica-se a existência de um maior número de unidades sanitárias no Posto Administrativo de Maquival, onde existe o maior número populacional assim como uma maior densidade, comparativamente ao Posto Administrativo de Nicosadala.

Este facto resulta que, no Posto Administrativo de Maquival uma unidade sanitária (3 PS e 4 CS) esteja para servir em média 15.399 habitantes ao passo que no Posto Administrativo de Nicosadala (com 4 CS) esteja para servir 22.665 habitantes.

Tabela 4: População e unidade sanitária por localidade

Distrito	Posto Administrativo	Localidade	População	Unidades Sanitárias
NICOADALA	Nicosadala	Nicosadala-Sede	34.898	1 CS I e 1 P. de socorro
		Munhonha	24.766	1 CS III
		Namacata	28.082	2 CS III
		Nhafuba	2.912	—
	Maquival	Maquival-Sede	33.030	1 CS III e 1 P. de socorro
		longe	10.764	1 PS
		Madal	39.186	2 CS III
		Marrongane	9.350	1 PS
		Nangoela	13.463	1 CS. III e 1 P. socorro

Fonte: Elaborada pelo autor, com base nos dados do INE (1999) e da Direcção Distrital da Saúde (2004).

3.3 Acessibilidade

A proximidade física de um estabelecimento de saúde é o principal passo para uma cobertura sanitária efectiva (Banco Mundial, 1998: 609).

Mapa 6

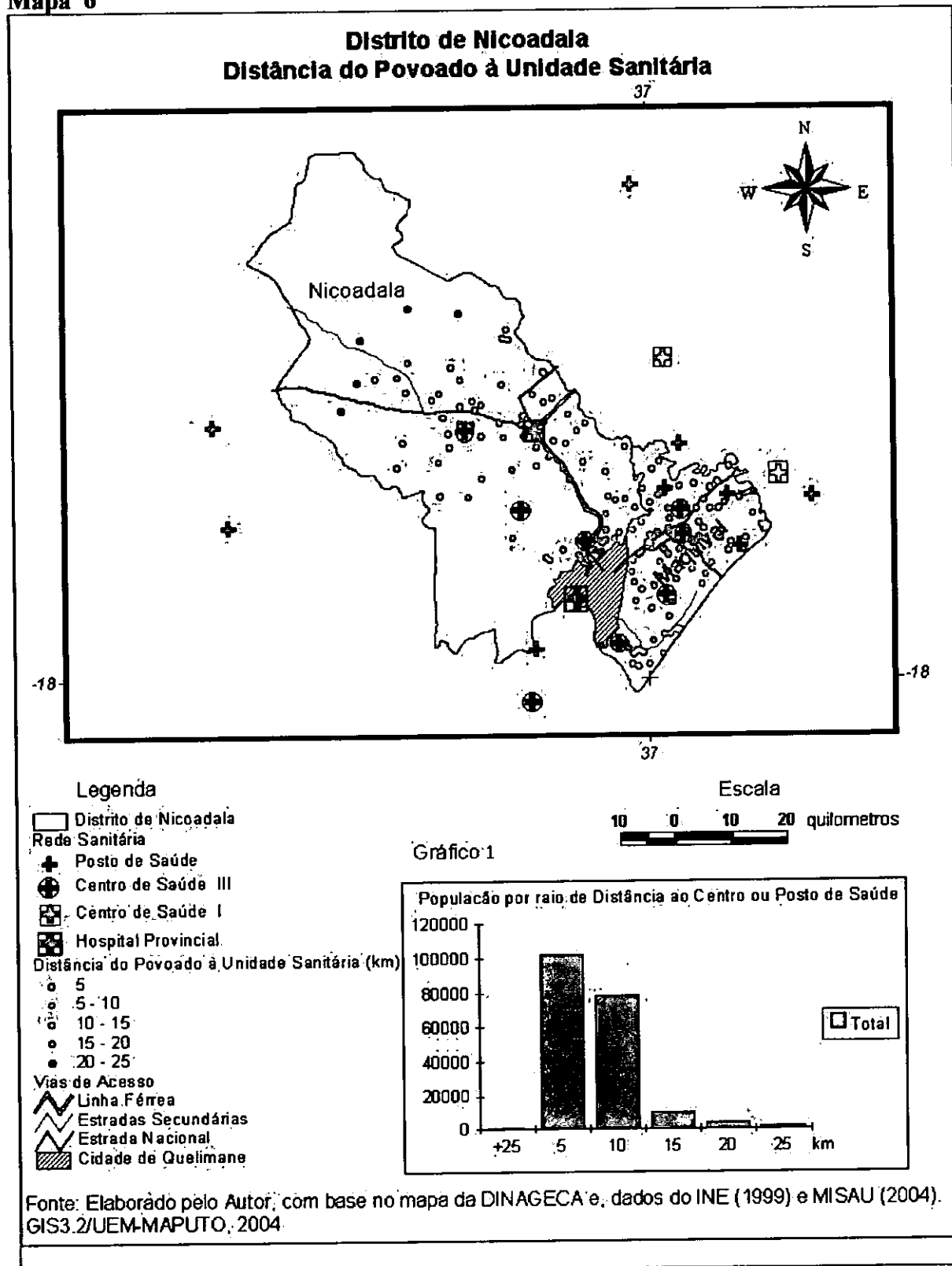


Tabela 5: População por raio de distância à Unidade Sanitária.

Distância a Unidade Sanitária (km)	Nº de Povoados	Total da População por distância	%
5	89	101.838	51,3
10	60	78.990	39,8
15	10	9.435	4,8
20	6	4.461	2,2
25	5	2.461	1,3
+25	3	1.160	0,6

Fonte: Elaborada pelo autor, com base do mapa 6.

Numa análise comparativa da tabela 5, verifica-se que, uma maior percentagem da população do distrito (51,3%), localiza-se num raio de distância igual ou inferior a 5 km da Unidade Sanitária mais próxima, seguida daquela que se localiza a uma distância entre 5 e 10 km, o que revela uma proximidade da População às unidades sanitárias.

Na base do mapa 6, verifica-se a existência de uma maior cobertura da Rede Sanitária no posto administrativo de Maquival (onde 100% da população desta percorre em média até 10 km à unidade sanitária mais próxima), comparativamente ao posto administrativo de Nicoadala onde esta chega a percorrer uma distância superior a 25 km (tabela 5).

Tratando-se de um raio teórico, a distância à unidade sanitária terá que ser conjugada com a distância do povoado à estrada. No mapa 7 e na tabela 6 estão representadas as distâncias e o número de população por raio de distância à estrada.

Mapa 7

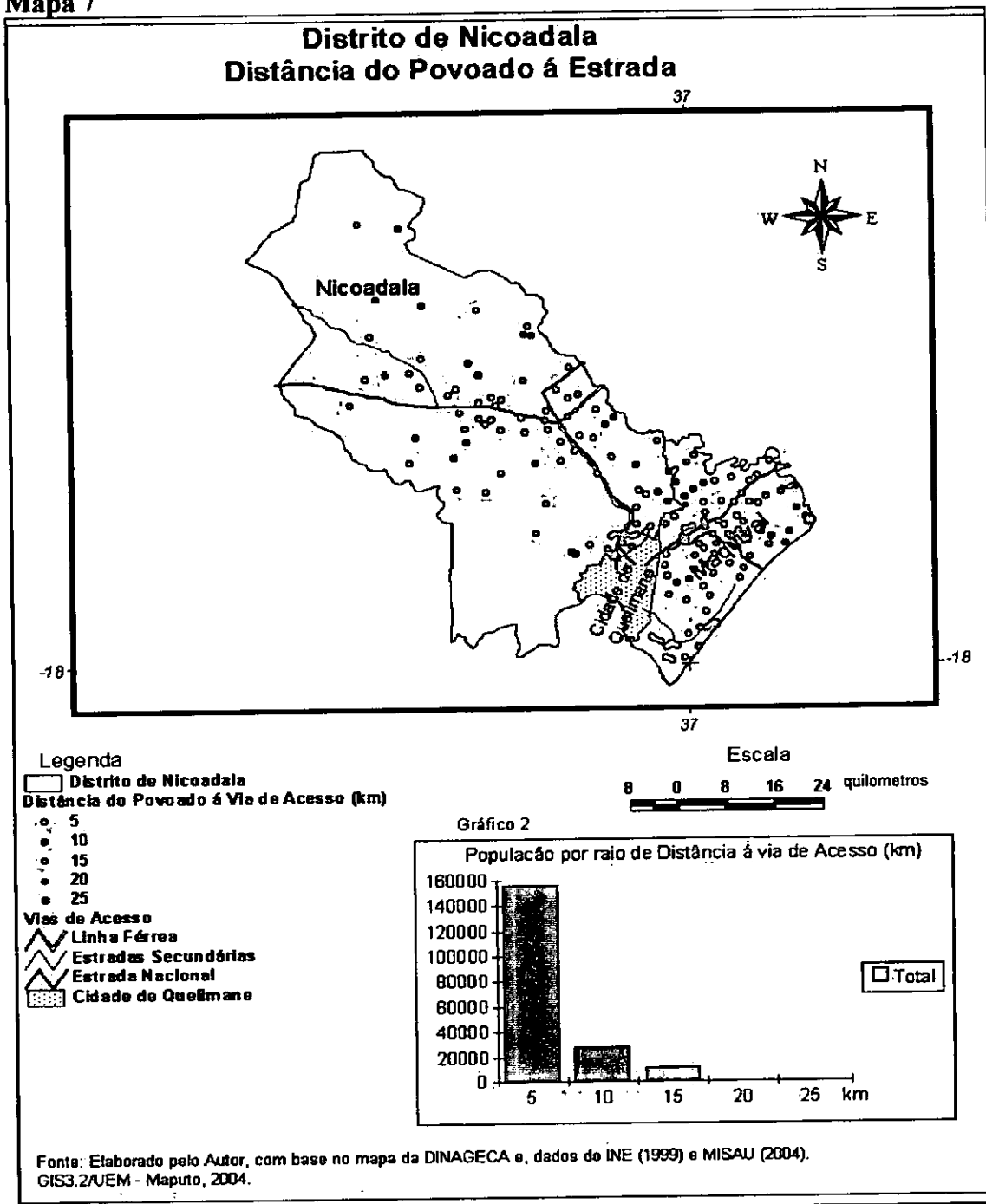


Tabela 6: População por raio de distância à estrada

Distância (km)	Nº de Povoados	Total da População	Percentagem
5	128	156.691	78,96
10	30	28261	14,24
15	13	12726	6,41
20	1	363	0,18
25	1	410	0,21

A proximidade do povoado à vias de acesso constitui um dos mecanismos para que a população possa ter acesso aos serviços de saúde uma vez que é por meio destas que lá puderam aceder.

Na base da tabela 6, pode-se verificar uma maior concentração populacional ao longo das vias de acesso, numa distância igual ou inferior a 5 quilómetros representando deste modo uma facilidade de acesso à mesma e, destas às Unidades Sanitárias. Porém, este facto terá que ser conjugado com o estado das vias e dos meios de transporte existentes.

Neste distrito, as estradas secundárias dificultam a circulação, face ao estado das vias, como se pode observar nas fotos 7, 8 e 9, para além de, a via de acesso à localidade de Nhafuba, tornar-se intransitável na época chuvosa. Para a população desta localidade ter acesso às unidades sanitárias tem que contar com os seus próprios meios ou transportadores de madeira. Desta feita, com a via intransitável torna-se cada vez mais difícil para esta população ter acesso aos cuidados de saúde.

3.3.2 Serviços Providenciados

A diferença de categorias entre as unidades sanitárias, reflecte-se no tipo de serviços providenciados assim como no nível de atendimento e deste modo, na demanda populacional a estas unidades sanitárias, numa estrutura hierárquica desde o Posto de socorro, passando pelo Posto de Saúde, C.S III até o C.S I.

Ao nível dos Postos de socorro (os quais são servidos por agentes polivalentes elementares), apenas efectuam triagem, serviços curativos e de farmácia, exercidos por

único agente neste destacado. Nestas Unidades, o processo de vacinação é efectuado por meio de brigadas moveis, sob orientação da Direcção Distrital da Saúde (DDS).

Ao nível dos Postos de Saúde, acrescentam-se os serviços do Programa Alargado de Vacinação (PAV) exercidas ao nível local, ou seja, sem depender de brigadas móveis. Determinados Postos de Saúde, exercem serviços de maternidade, asseguradas por serventes (como é o caso do Posto de Saúde de Inonge), face a sua localização geográfica uma vez que, desta localidade para o CS III mais próximo, existe um ponto de travessia, para além de ser distante. Estas unidades sanitárias são servidas por 2 profissionais da saúde, sendo 1 enfermeiro e 1 servente.

Nestas unidades sanitárias tem sido levadas à cabo palestras de educação para a saúde incluindo o planeamento familiar.

Os CS III, são pouco mais diversificados, dotados de maternidade com a capacidade que varia de 4 à 10 camas. No CS III de Licuari, no período da tarde atendem casos de urgência.

O número do pessoal da saúde destacados nestas unidades sanitárias varia de 3 à 5 entre básicos, elementares e serventes. Os CS III de Licuari e de Namacata, são únicos dos 7 CS III onde estão afectos agentes do nível médio, ambos Técnicos de Medicina Preventiva (TMP).

Na rede sanitária deste distrito, o CS I (o único, localizado na localidade sede do distrito) é o mais diversificado comparativamente a outras unidades sanitárias.

O processo de triagem, difere entre de adultos e de pediatria, está dotado de laboratório (que permite análises complementares de diagnóstico aos pacientes), internamento geral com a capacidade de 16 camas, maternidade com a capacidade de 10 camas, serviços de farmácia dotada de agente da especialidade do nível básico (tabela 7).

Este CS torna-se deste modo numa referência ao nível do distrito porém, beneficia na sua essência à população do Posto Administrativo de Nicoadala como ponto de primeiros contactos na procura de cuidados sanitários (para a população da localidade sede) ou como primeira referência para a população das restantes 3 localidades.

Face a sua localização entre a cidade de Quelimane e Nicoadala-Sede, verifica-se que a população da localidade de Namacata tem como 1ª alternativa tanto o CS I assim como unidades sanitárias da Cidade de Quelimane, dependendo do local de residência e tipo de intervenção necessária, uma vez que, tratando-se de uma enfermidade que necessite observação por um técnico básico ou médio, é transferido para o CS I e, se for um caso urgente é transferido para o HP (Quelimane).

Pela facilidade de acesso e proximidade, todas localidades do Posto Administrativo de Maquival, tem como alternativa unidades sanitárias da cidade de Quelimane, uma vez a cidade localizar-se na faixa Sul da delimitação entre os dois Postos Administrativos (Mapa 5).

É de referir que, das 9 localidades em que o distrito está dividido administrativamente, uma delas, a de Nhafuba, não possui nenhuma unidade sanitária. Sendo assim, a

população desta localidade, tem de percorrer aproximadamente 30 km a fim de alcançar a unidade sanitária mais próxima (CS III de Licuari) ou, 45 km para o CS I (Nicosadala-Sede), deslocamentos essas dependentes de meios pessoais ou transportadores de madeira.

No período chuvoso, a via de acesso (Nhafuba – Licuari) torna-se intransitável, agravando deste modo, o acesso aos cuidados de saúde à população desta localidade.

Para além dos pacientes internados na única enfermaria localizada no C.S I e, mulheres em espera de parto, face a distância que a população percorre à unidade sanitária mais próxima, há pacientes que dormem nas unidades sanitárias como é o caso de doentes padecendo de malária, de diarreia (mesmo que não necessitem de estar internados) e, em trânsito para Quelimane.

3.3.3 Demanda Populacional às Unidades Sanitárias

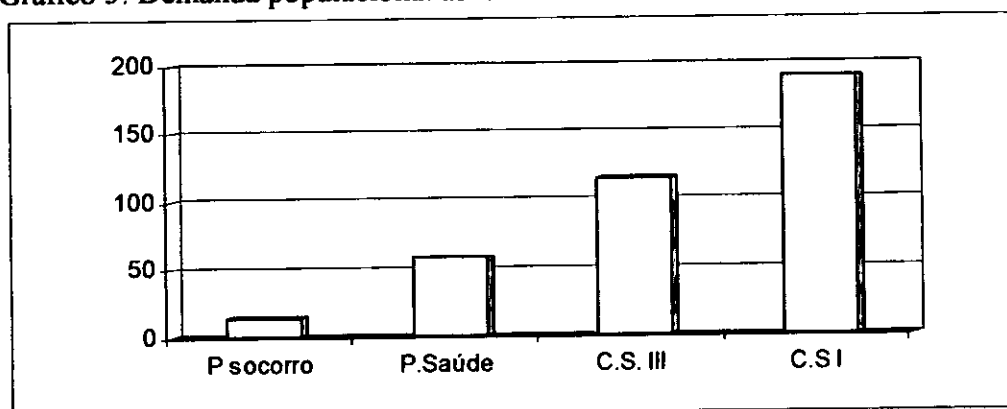
Apesar de a proximidade física de um estabelecimento de saúde ser o principal passo para uma cobertura sanitária efectiva, esta não terá grande utilidade se não for dotada de equipamento básico para o seu funcionamento (Banco Mundial, 1998).

A demanda populacional às unidades sanitárias está em função do nível de serviços por estas providenciados (Gráfico 3). Face aos poucos serviços prestados ao nível dos Postos de socorro, estes têm registado uma fraca afluência, a população prefere recorrer aos Centros de Saúde donde esperam encontrar um nível significativo de serviços, mesmo estando distante das suas áreas de residência.

É o que se verifica na localidade de Nangoela (onde existe um posto de socorro) em que a população desta prefere recorrer ao CS III de Maquival-Rio, CS III de Maquival-Sede e à unidade sanitária do 5º Bairro (Cidade de Quelimane), mesmo estas estando distantes.

O CS I é o que regista o maior número de pacientes atendidos diariamente por oferecer o maior número de serviços. Alia-se a este facto, as constantes roturas de *stock* de fármacos ao nível do distrito, obrigando deste modo a população de outras localidades (Munhonha e Nhafuba) a ter que recorrer a esta unidade sanitária na perspectiva de ser atendida e deste, obter os fármacos.

Gráfico 3: Demanda populacional às Unidades Sanitárias



Uma vez que aos sábados e domingos as unidades sanitárias interrompem as actividades, nas segundas-feiras tem-se registado uma maior procura comparativamente aos restantes dias da semana.

A malária é a principal doença que afecta o distrito, seguindo-se das DTS's, doenças diarreicas, infecções respiratórias e doenças da pele.

3.4 Pessoal da Saúde

A província da Zambézia possui um efectivo de 1.149 profissionais da saúde sendo, 3,1% do nível superior, 23,7% do nível médio, 48,9% do nível básico e, 23,4% do nível elementar (MISAU, 2004).

Com uma população de 198.451 habitantes, o distrito de Nicoadala conta com um efectivo de 46 profissionais (ou seja, 4% em relação à província), dos quais 15,2% (7) do nível médio, 47,8% (22) do nível básico e, 40% (17) do nível elementar. Além destes, o distrito conta com 25 serventes totalizando deste modo um efectivo de 71, distribuídos como consta na tabela 7.

Deste total, não são inclusos os do Posto de Saúde de Zalala, pelo facto de esta ser integrada na rede sanitária da Cidade de Quelimane.

A Direcção Distrital da Saúde conta com 2 contabilistas, 2 motoristas ambos afectos no CS I (cuja secretaria é a mesma a da Direcção Distrital da Saúde).

Tabela 7. Pessoal da Saúde do distrito de Nicoadala por unidade sanitária

Unidade Sanitária	Médios			Básicos							Elementares			Serve ntes	Total
	TMG	TSMI	TMP	Enf.	E.S.M.I	A.M.G	Ag.F	A.MP	A.La.	Enf.	Parte.	Aux.F.			
CS I Nicoadala	1	2	2	6	5	2	1	1	1	2	3	1	10	37	
CS III Licuari			1	1							1		2	5	
CS III Namacata			1	1							1		2	5	
CS III Ilalane										1	1		1	3	
CS III Maquival - Sede				1	1						1		2	5	
CS III Maquival -Rio										1	1		1	3	
CS III Varela										1	1		1	3	
CS III Inhangule				1							1		2	4	
PS Marrongane										1			1	2	
PS Longe				1									1	2	
P s. Muiamo													1	1	
P s. Miguirine													1	1	
Sub total	1	2	4	11	6	2	1	1	1	6	10	1	25	71	
TOTAL	7			22						17			25	71	

Fonte: Direcção Distrital da Saúde (Janeiro de 2004).

3.5 Indicadores

Indicadores são instrumentos ou referências que nos ajudam a medir o efeito ou desempenho de um programa ou política concebida (Ribeiro, 2003). Permite avaliar o impacto de determinadas acções sectoriais neste caso concreto, da saúde.

Tabela 8: População

	População	População rural (%)	População Feminina (12 – 50 anos)
Moçambique	15.278.333	70,84	4.400.761
Zambézia	2.891.809	86,51	831.812
Nicoadala	198.451	100	56.310

Fonte: Elaborada pelo autor, com base dos dados do INE (1999).

Tabela 8.1: Indicadores

	Habitantes/ Unidade sanitária	População/pessoal da saúde				Camas/1000 habitantes	TOC* (%)
		Superior	Médio	Básico	Elementar		
Moçambique	12.401	26.028	6.643	3.324	7.093	0,75	
Zambézia	17.213	80.328	10.632	5.056	10.750	0,39	67
Nicoadala	18.041	—	28.350	13.230	11.674	0,08	155,3

*Taxa de Ocupação de Camas.

Fonte: Elaborada pelo autor, com base dos dados do INE (1999) e do MISAU (2003).

Tabela 8.2: Indicadores

	Camas por 1000 MIF*	T O C na maternidade (%)	Partos institucionais (%)	TMI (‰)
Moçambique	1,15		43,7	145,7
Zambézia	0,61	47,65	34,5	183,2
Nicoadala	0,25	145,95	41	186

*Mulheres em Idade Fértil.

Fonte: Elaborada pelo autor, com base de dados do INE (1999), do MISAU (2003) e da DPS da Zambézia (2004).

3.5.1 Habitantes por Unidade Sanitária

As unidades sanitárias do distrito de Nicoadala, apresentam uma elevada sobrecarga, quanto a população por servir, quando comparada com a média da província assim como nacional (Tabela 8.1). Enquanto que, do total de unidades sanitárias existentes no país, uma está para 12.401, na província da Zambézia incluindo o Hospital provincial, está para 17.213, no distrito de Nicoadala está para 18.041 habitantes. Essa situação faz com que a população para além de percorrer longas distâncias, tenha que permanecer bastante tempo de espera a fim de ser atendida, registando-se deste modo grandes enchentes nas unidades sanitárias, principalmente nas segundas-feiras.

3.5.2 População por Pessoal da Saúde

Na base do indicador habitantes por pessoal da saúde, pode verificar-se a existência de três tipos de zonas: Cidade de Maputo, outras cidades e, o resto do país (meio rural), em que o problema da distribuição de médicos está bem patente. Em 1988, existia 1 médico por 5.500 habitantes na Cidade de Maputo, 1 médico por 18.300 habitantes noutras cidades e, apenas 1 médico por 501.700 no resto do país (Noormahomed e Segal, 1992).

Se ao nível nacional 1 técnico superior da saúde está para 26.028 habitantes, na província da Zambézia está para 80.328 habitantes. O distrito de Nicoadala, com 198.451 habitantes não possui nenhum técnico deste nível. Deste modo, caso haja necessidade de intervenção por agente deste nível, o paciente é transferido para o Hospital provincial.

Nas categorias existentes no distrito (médio, básico e elementar), verifica-se uma sobrecarga do mesmo quando comparado com o nível provincial assim como nacional, sobrecarga essa que conduz a redução da duração das consultas.

3.5.3 Camas por 1000 habitantes

No distrito de Nicoadala, uma cama existente na enfermaria está para 12.403 habitantes. Uma vez que o CS I (onde está a única enfermaria) beneficia na sua essência a população do posto administrativo de Nicoadala, pode-se dizer que uma cama está para 5.666 habitantes. Enquanto isso, na província da Zambézia está para 2.564 habitantes e, ao nível nacional, uma cama está para 1.333 (INE, 1999 e MISAU, 2004).

Nicoadala é o distrito com a taxa de ocupação de camas mais elevada da província, com 155,3% contra 67% que é a média provincial. A taxa de ocupação de camas ideal está à volta de 80-85% (MISAU, 1997).

3.5.4 Camas por 1000 mulheres em idade fértil

Na província da Zambézia, a taxa de ocupação de camas na maternidade é baixa, tendo em 2003 se registado a taxa de 49,8%. Em contrapartida, o distrito de Nicoadala registou a taxa mais elevada comparativamente aos restantes distritos, tendo registado a taxa de 159,2% (MISAU, 2004).

O distrito de Nicoadala possui poucas camas (16) e, é onde a razão de camas por habitantes é elevada com 4.000 habitantes/cama, contra 1.639 habitantes/cama ao nível da província (INE 1999 e DPS 2004).

3.5.5 Partos Institucionais

De acordo com o MISAU (2001), citando dados do Inquérito Demográfico e de Saúde, existe uma forte associação entre a residência (Rural ou Urbana) e o local de parto assim como, no padrão de utilização de serviços para a infância. Com efeito, é no meio rural onde as oportunidades de acesso à unidade sanitária são menores comparativamente ao meio Urbano.

Na base das tabelas 8.1 e 8.2, pode-se verificar essa relação uma vez que, o país com 71% da sua população vivendo no meio rural, em cada 1.000 partos 437 tiveram lugar nas unidades sanitárias, supera o número registado na província da Zambézia onde em cada 1000 partos apenas 235 é que tem lugar nas unidades sanitárias, província esta que possui 87% da sua população vivendo no meio rural. Enquanto isso, em 2003 no distrito de Nicoadala registaram-se 41% de partos institucionais (DPS da Zambézia, 2003).

3.5.6 Taxa de Mortalidade Infantil

Os níveis de mortalidade infantil constituem os indicadores mais específicos da situação do bem-estar da criança. São apontadas como causas, a morte por falta de vacinação, doenças respiratórias, o fraco acesso aos cuidados de saúde e a baixa qualidade destes aliados a mal-nutrição e a condições sanitárias e habitacionais de higiene pessoal deficientes. Contribuem também, o atraso no recurso aos serviços de saúde de nível superior, a fraca cobertura sanitária e os cuidados de saúde inadequados prestados à criança doente nas unidades sanitárias (Centro de Referência dos Direitos da Criança, s/d).

O distrito de Nicosadala apresenta o pior indicador quanto comparado com o do nível nacional assim como provincial uma vez que, se ao nível nacional morrem 146 crianças em cada 1000 nados vivos e na província da Zambézia morrem 183 crianças, no distrito de Nicosadala morrem cerca de 186 crianças em cada 1000 nados vivos (INE, 1999).

CAPITULO IV

CONCLUSÕES

O presente trabalho, teve como objectivo analisar a distribuição espacial da rede sanitária no distrito de Nicosadala. Os resultados mostram que, a distribuição da rede sanitária está em função da distribuição espacial da população porém, o acesso a estes serviços apresenta desníveis entre os dois postos administrativos, sendo mais fácil aceder no posto administrativo de Maquival do que no posto administrativo de Nicosadala.

A fraca densidade populacional no posto administrativo de Nicosadala constitui um dos factores que dificulta o acesso da população aos serviços de saúde uma vez esta ser um dos requisitos para a instalação de uma unidade sanitária num determinado local na observância do princípio custos-eficácia.

O valor de referência para um CS é de 40.000 habitantes numa área de baixa densidade populacional e 70.000 habitantes numa área de elevada densidade populacional. Para um posto de saúde, o valor de referência é de 10.000 para zonas de baixa densidade populacional e, 15.000 habitantes nas de alta densidade populacional (MISAU, 1997: 38).

Para o efeito, torna-se necessário o reforço das actividades das brigadas moveis uma vez que, apesar de estas existirem, tem-se deparado com dificuldades por falta de meios para o exercício das suas actividades.

Para além da simples proximidade física à uma unidade sanitária, são os serviços por estas providenciados que ditam o nível de afluência populacional, registando-se deste

modo uma maior afluência populacional no CS I comparativamente aos CS III, Postos de Saúde e, destes em relação aos postos de saúde.

A procura pelos serviços de saúde no distrito de Nicoadala, supera o nível de oferta destes. A dificuldade com que as unidades sanitárias se deparam são as constantes roturas de *stock* de fármacos, tornando deste modo necessário o reforço dos *kits* que mensalmente são alocados ao distrito. Esta, é uma forma de fazer prevalecer o princípio da equidade horizontal ou seja, que populações com iguais necessidades tenham acesso aos mesmos serviços independentemente do local onde se encontram.

As unidades sanitárias do distrito de Nicoadala apresentam uma sobrecarga quanto ao número de habitantes para qual se destinam quando comparadas com o nível provincial e nacional. Esta sobrecarga verifica-se também em relação ao próprio pessoal da saúde tanto médio, básico assim como elementar, (uma vez que neste distrito não existe nenhum técnico do nível superior).

Uma vez que o distrito de Nicoadala não conta com nenhum técnico do nível superior, caso haja pacientes que necessitem de intervenção que devem ser por estes realizadas, são transferidos para o Hospital Provincial por este estar dotado de melhores meios, condições e equipamentos para a realização de exames complementares de diagnóstico assim como médicos especializados, estar mais próximo uma vez que, neste caso seriam transferidos para um Hospital Geral (que não existe nesta província) ou Hospital Rural.

O estado das vias de acesso aliada a existência de meios de transporte, constituem uns dos factores que influenciam o acesso da população às unidades sanitárias. A intransitabilidade de algumas vias na época chuvosa dificulta o acesso da população às unidades sanitárias, tornando deste modo necessária a manutenção periódica das estradas secundárias como forma de permitir transitabilidade das mesmas em qualquer período do ano. Este facto, não só permitiria o acesso da população às unidades sanitárias mas também, o exercício das suas actividades as quais, juntamente com os serviços de saúde conduzam para o melhoramento da saúde da população.

Resultados do Censo de 1997 indicam que, maior percentagem da população moçambicana vive e trabalha no meio rural porém, o acesso aos cuidados de saúde nesse meio é deficitário, limitando deste modo a participação desta nas diversas actividades conducentes ao processo de desenvolvimento. Desta feita, dificilmente será ultrapassado o ciclo vicioso “população pobre é uma população doente e, população doente é uma população pobre” (FNUAP, 2000).

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Abreu, Diogo (1998), *Recolha e Tratamento de Informação*. Manuais de apoio do 3º curso de técnicos superiores de planeamento na administração regional, Luanda. p. 6-37.

Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (1997), *Perfis de Desenvolvimento Distrital*. Distrito de Nicoadala, Província da Zambézia.

Araújo, Manuel G. (1997), *Geografia dos Povoamentos*. Assentamentos humanos rurais e urbanos. Livraria Universitária, UEM, Maputo.

Banco Mundial (1994), *Para uma Saúde Melhor em África*. O desenvolvimento em curso/na prática. As lições da experiência. Washington, D.C.

Banco Mundial (1998), *Para uma Saúde Melhor em África*. As lições da experiência. Washington, D.C.

Cabral, António (1975), *Dicionário de Nomes Geográficos de Moçambique – sua origem* —. Lourenço Marques.

Campos, José Maria (1993), *Estratégias do Sector da Saúde para o Pós-Gerra*. Ministério da Saúde, Maputo.

Centro de Referência dos Direitos da Criança (s/d), *Dados e Factos*. Maputo.

Comissão de População e Desenvolvimento e Núcleo de Estudos de População (1986), *População e Saúde*. Anais do seminário latino-americano. Editora da UNICAMP, Brasil.

Direcção Provincial de Apoio e Controlo da Zambézia (2002), *Memorando do Distrito de Nicoadala*. Governo provincial, Quelimane.

- Direcção Provincial de Saúde da Zambézia** (2004), *Relatório Anual 2003*. Quelimane.
- Fundo das Nações Unidas para a População** (2000), *Vidas em comum, Mundos separados*. A situação da população mundial. New York, USA.
- Gulube**, Lucas Langue (2003), *Organização da Rede Sanitária Colonial no Sul do Save Entre 1960 e 1974*. Centro impressora e editorial de Maputo, colecção Identidades. Maputo.
- Instituto Nacional de Estatística** (1999), *II Recenseamento Geral da População e Habitação*. Resultados definitivos, Província da Zambézia.
- Instituto Nacional de Investigação Agronómica** (1995), *Legenda da Carta Nacional de Solos*. Departamento de terra e água. Maputo.
- Instituto Nacional de Investigação Agronómica/Direcção de Terra e Água** (1994), *Província da Zambézia, carta de solos*. Escala: 1: 1.000.000. Maputo.
- Instituto Nacional de Planeamento Físico** (1986), *Moçambique, Divisão territorial e Toponímia*. Maputo.
- Ministério da Saúde e Ministério do Plano e Finanças** (1998), *Perfil Distrital de Segurança Alimentar e nutrição*. Nicoadala — Zambézia.
- Ministério da Saúde** (1996), *O Serviço Nacional de Saúde*. Situação, problemas e perspectivas. Doc. n° CD/9/96. Maputo.
- Ministério da Saúde e UNICEF** (1997), *Guia para a Supervisão de Centros de Saúde*. Manual de utilização. Direcção de recursos humanos – departamento de formação.
- Ministério da Saúde** (2002), *Caracterização Técnica, Enunciado de Funções Específicas, Critérios e Mecanismos Para a Classificação das Instituições do SNS*. Diploma ministerial n° 127/2002. Imprensa Nacional de Moçambique.

Muchangos, Aniceto dos (1999), Moçambique, *Paisagens e Regiões Naturais*. Maputo.

Noormahomed, Abdul Razak e Segal, Malcolm (1992), *O Sector Público de Saúde em Moçambique: Uma Estratégia Pós-Guerra de Reabilitação e Desenvolvimento Sustentável*. Projecto de revisão de alguns aspectos da política nacional de saúde. MISAU, Maputo.

Organization Mondiale de la Santé (1996), *Integration de la Prestation des Soins de Santé*. Série de rapports techniques 861. Génova.

Ribeiro, Pinho J. (2003), *Monitoria e Avaliação*. Manual de formação. Grupo Moçambicano da Divida, Maputo.

Soares, Tertuliano (1965), *Resultados da política de saúde Pública em Moçambique*. In Moçambique, curso de extensão universitária, ano lectivo de 1964/1965. Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa (604-633).

United Nations Population Fund (2002), *População, Pobreza e Oportunidades*. A situação da população mundial. New York, USA.

United Nations (2000), *Common Country Assessment*. EloGráfico, Maputo — Mozambique.

World Health Organization (1994), *A Review of Determinants of Hospital performance*. District Health Systems. Genova.

ANEXOS



Foto 1: Posto de socorro de Nangoela.
José Sumindila (11 de Fevereiro de 2004)

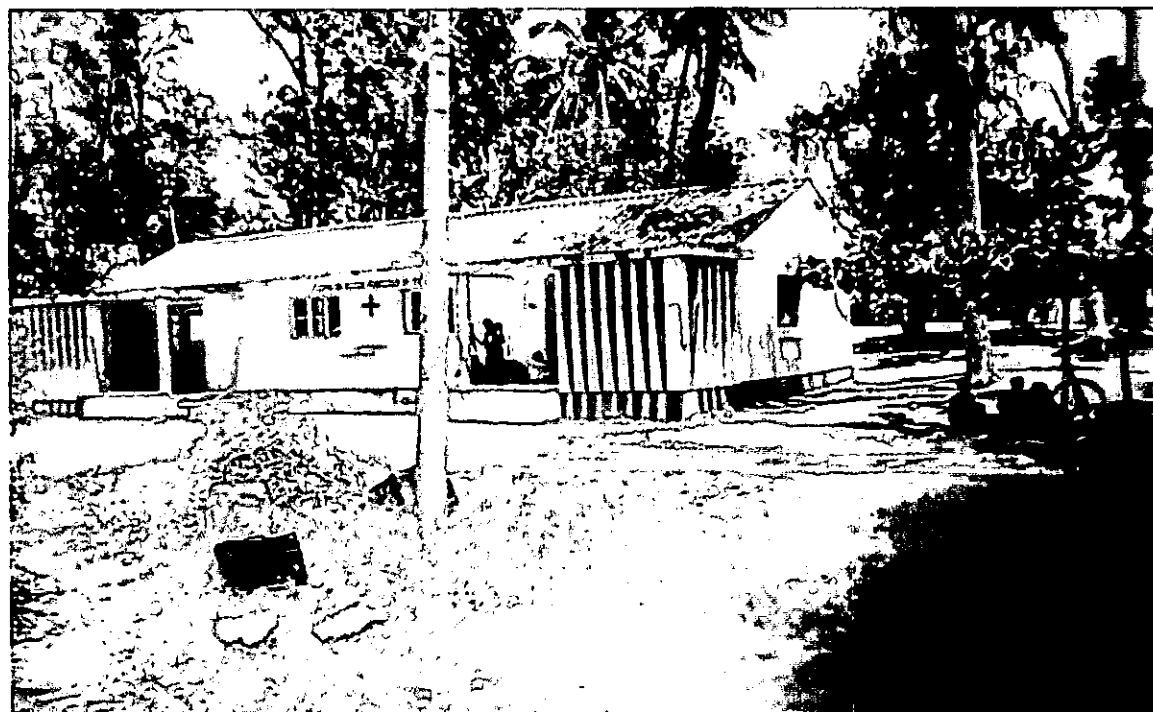


Foto 2: Posto de Saúde turístico de Zalala.
José Sumindila (10 de Fevereiro de 2004)

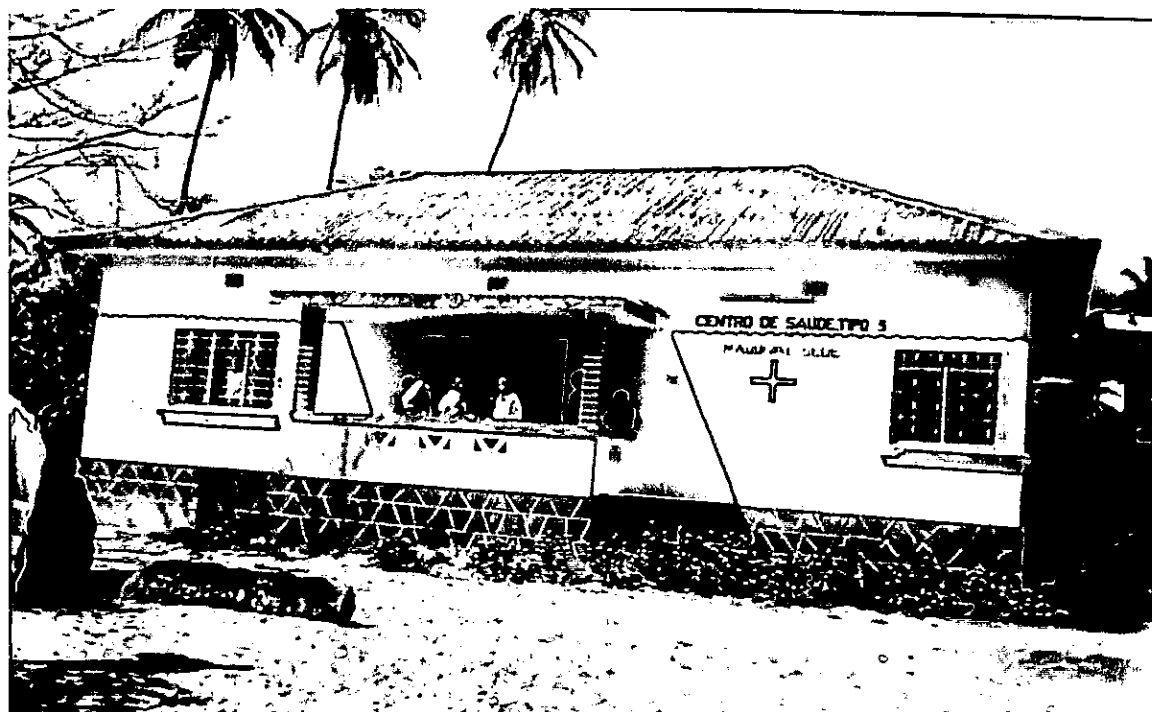


Foto 3: Centro de Saúde do tipo III de Maquival-Sede.
José Sumindila (10 de Fevereiro de 2004)

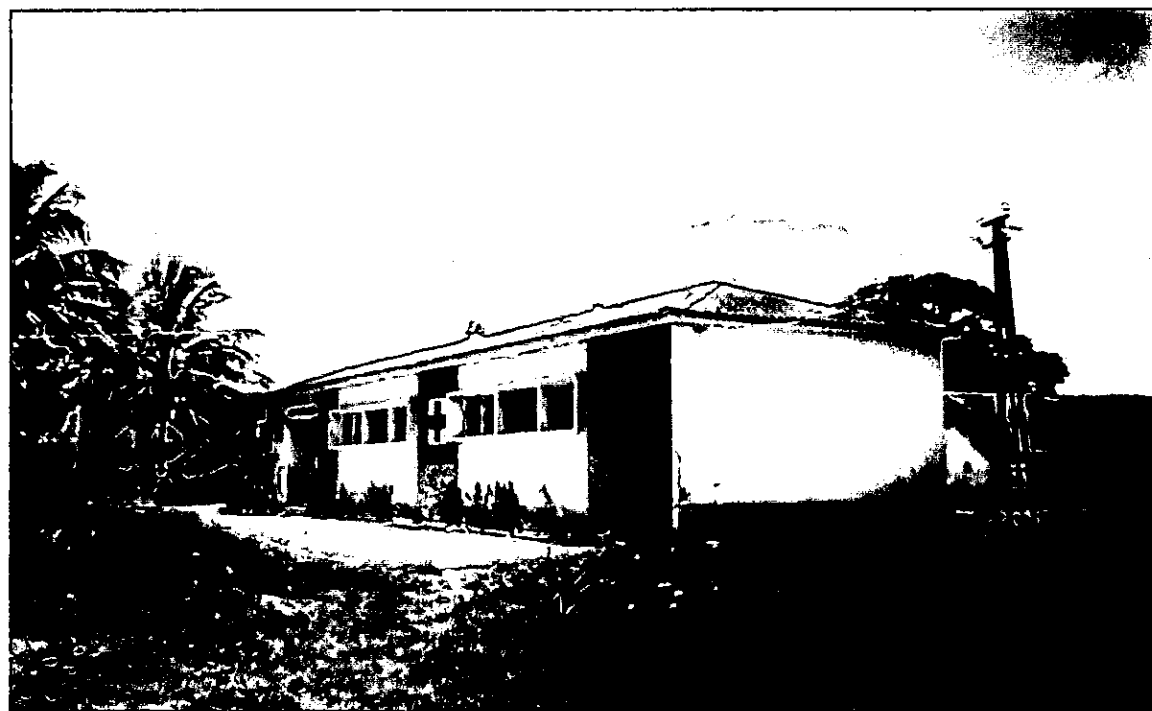


Foto 4: Centro de Saúde do tipo III de Nhangulue (Madal), que funciona nas instalações da companhia Madal, estando deste modo distante da população.
José Sumindila (13 de Fevereiro de 2004)

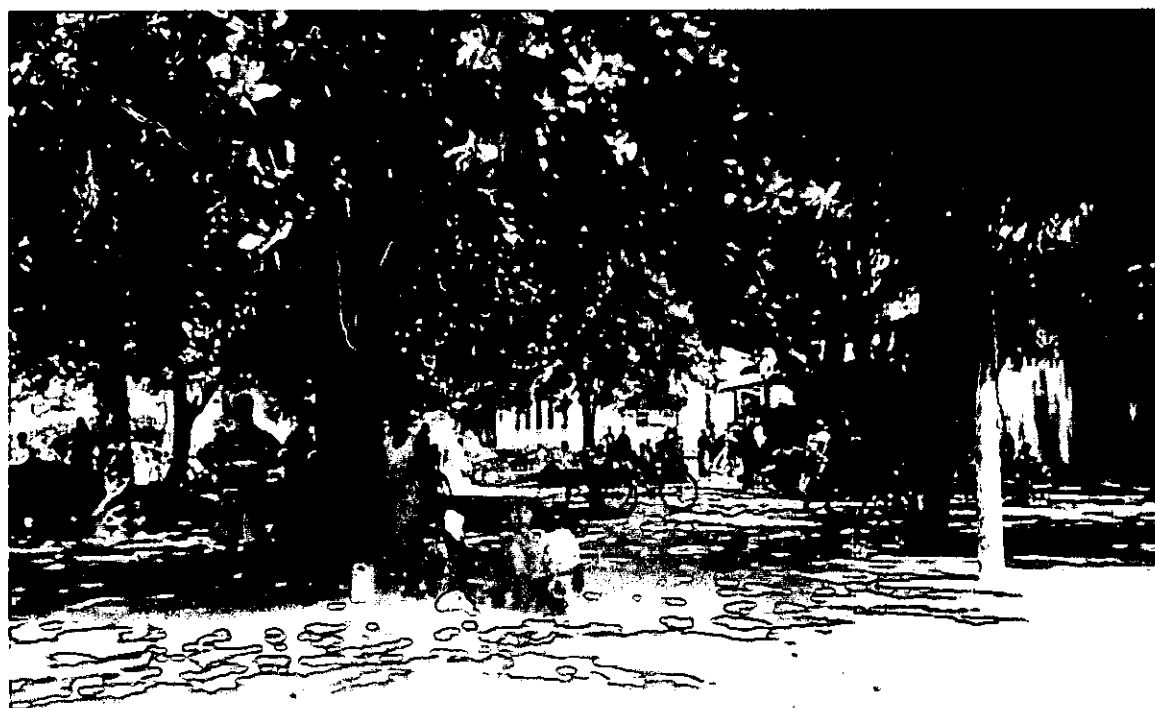


Foto 5: Centro de Saúde do tipo I. Pacientes e acompanhantes em espera de consultas.
José Sumindila (2 de Fevereiro de 2004)

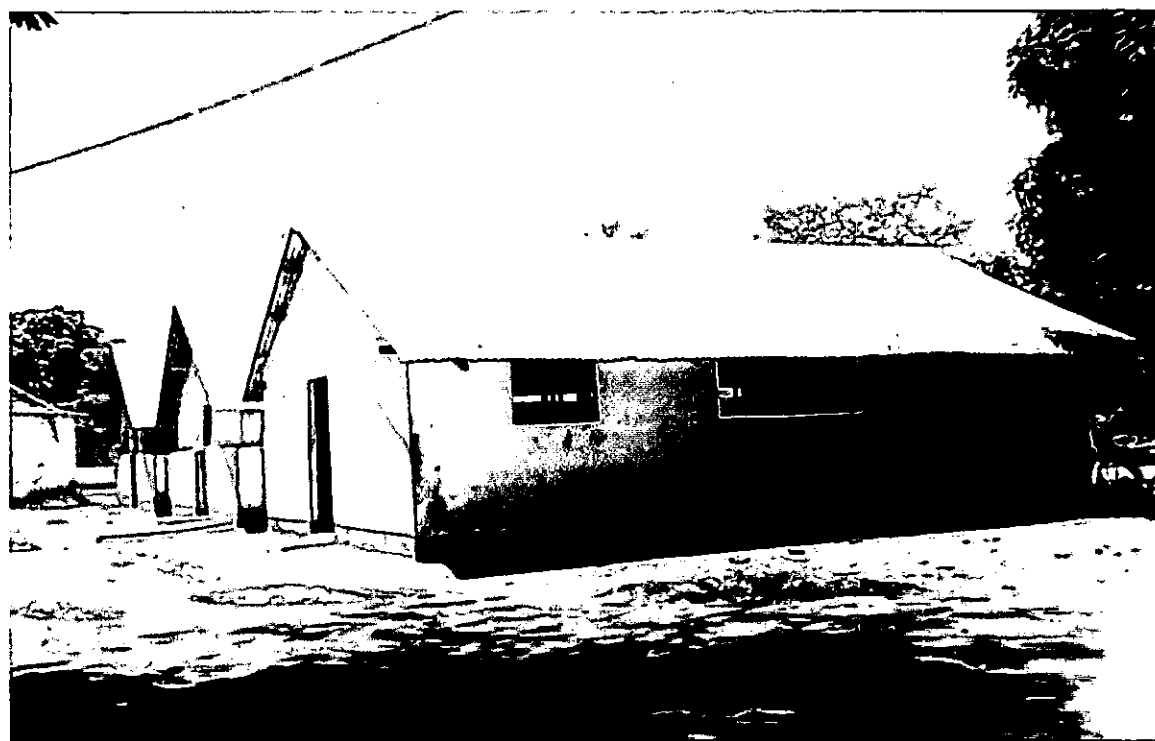


Foto 6: Enfermaria do Centro de Saúde I (Nicoadala) por sinal, a única do distrito.
José Sumindila (2 de Fevereiro de 2004).



Foto 7: Principal via rodoviária da localidade da Madal e que liga esta à cidade de Quelimane.

José Sumindila (13 de Fevereiro de 2004)



Foto 8: A via rodoviária de acesso ao rio Namacurra, cuja outra margem do rio localiza-se a localidade de Ionge.

José Sumindila (12 de Fevereiro de 2004)



Foto 9: Rio Namacurra que delimita a localidade de Maquival e de Ionge (doutro lado do rio), onde se localiza um dos Postos de Saúde. A travessia é efectuada por meio de pequenas embarcações á remo.

José Sumindila (12 de Fevereiro de 2004)

Tabela 7: Lista nominal dos entrevistados

Nome do entrevistado	Local da entrevista	Data
Abasse Elias Sura	Longe	12 de Fevereiro de 2004
Abel Culuze	Maquival-Sede	10 de Fevereiro de 2004
Abílio Tamaleia	Longe	12 de Fevereiro de 2004
Agostinho Monteiro Santo	Madal	13 de Fevereiro de 2004
Alexandre Valiz Wafinda	Nangoela	11 de Fevereiro de 2004
Alberto Faria	Munhonha	5 de Fevereiro de 2004
Aníbal Madeira	Nicoadala	2 de Fevereiro de 2004
António Armando Chinai	Nangoela	11 de Fevereiro de 2004
Baptista Ambistine Jussare	Namacata	6 de Fevereiro de 2004
Dunia Daudó	Zalala	10 de Fevereiro de 2004
Elísio Calixto Viera	Licuari	5 de Fevereiro de 2004
Eusébio Tamani	Madal	13 de Fevereiro de 2004
Germana Américo Ajudante	Namacata	4 de Fevereiro de 2004
Gulamo Américo Setimane	Namacata	6 de Fevereiro de 2004
Hilário Cândido Supanela	Longe	12 de Fevereiro de 2004
Honório André Vinho	Maquival-Sede	10 de Fevereiro de 2004
João Sumila	Nangoela	11 de Fevereiro de 2004
José Amilai	Namacata	6 de Fevereiro de 2004
Rodrigues Alfredo de Incarnação	Nicoadala-Sede	2 de Fevereiro de 2004
Roque Júlio	Munhonha	5 de Fevereiro de 2004
Rosário Ricardo Inácio	Nicoadala-Sede	2 de Fevereiro de 2004