

HOSPITAIS DE PRIMEIRA REFERÊNCIA, DISTRITO DE SAÚDE E ESTRATÉGIA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM MOÇAMBIQUE

MARIA CLÁUDIA GOMES DOS SANTOS RODRIGUES DA CONCEIÇÃO

2011



INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA



HOSPITAIS DE PRIMEIRA REFERÊNCIA, DISTRITO DE SAÚDE E ESTRATÉGIA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM MOÇAMBIQUE

Dissertação de candidatura ao grau de Doutor no Ramo de Saúde Internacional na especialidade Políticas de Saúde e Desenvolvimento, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa.

ORIENTAÇÃO

Professor Doutor Paulo de Lyz Girou Martins Ferrinho, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa

COMISSÃO TUTORIAL

Professor Doutor Jorge Cabral, Unidade de Ensino e Investigação Saúde e Desenvolvimento, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa
Professor Doutor Wim Van Lerberghe, Director do Departamento para a Governação dos Sistemas de Saúde e Prestação de Cuidados, Organização Mundial de Saúde, Genebra
Professor Doutor Baltazar Chilundo, Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina, Universidade Eduardo Mondlane

"A health system based on primary care cannot, and I repeat, cannot be realised, cannot be developed, cannot function, and simply cannot exist without a network of hospitals."

(Halfdan Mahler, In: Aga Khan Foundation, World Health Organisation, [1982])

"Apenas 50% da população tem acesso a um nível aceitável de cuidados de saúde e somente 36% têm acesso a cuidados de saúde num raio de 30 minutos das suas casas. No entanto, é de referir que cerca de 30% da população não tem possibilidade de aceder a qualquer tipo de serviços de saúde."

(In: Plano Estratégico do Sector da Saúde 2007-2012)

"Os assunto tratados foram oportunos pois foram abordadas questões que minam o bom funcionamento da instituição e que uma vez resolvidas melhorará a qualidade dos serviços prestados."

(Hospital 6)

"Espero que deste inquérito se possa encontrar maneiras para minimizar a grande falta de equipamentos e serviços básicos ao nível de nosso, senão de todos os hospitais rurais. Com este cenário que vivemos sentimos que a produtividade do pessoal de saúde é muito baixa, que deveria corresponder às suas qualificações profissionais."

(Hospital 10)

"O que é prioritário para este estudo? Relevância deste estudo para o hospital? É necessário que o estudo se converta em acções concretas"

(Hospital 31)

RESUMO

Esta tese é sobre os hospitais de primeira referência sem os quais não é possível haver “Saúde para todos”.

A estratégia dos cuidados de saúde primários é conceptualizada em alguns princípios básicos que incluem cuidados para todos (valores de justiça social), sustentáveis, com participação comunitária (as pessoas não são somente receptores de cuidados mas actores no processo de promoção da sua saúde e da dos outros) e acção intersectorial para a saúde. Durante os anos 80 os centros de saúde emergiram como operacionalização da estratégia dos cuidados de saúde primários, mas foi-se tornando evidente que necessitavam de apoio hospitalar. A evolução do pensamento sobre o papel dos centros de saúde e dos hospitais levou a retomar o conceito de distrito de saúde. O distrito de saúde é o nível administrativo mais periférico do Sistema Nacional de Saúde, com área geográfica e população bem definidas, com centros de saúde e um primeiro nível de referência (hospital distrital), com todos os recursos da comunidade e outros prestadores de cuidados de saúde e com uma direcção que coordena todas as actividades de promoção, prevenção, curativas e de reabilitação da saúde.

No contexto de um distrito sanitário, os hospitais de primeira referência deveriam assegurar os cuidados e apoio tecnológico que por alguma razão (técnica, económica, operacional) não devam ser descentralizadas para um nível inferior. A referenciação a estes hospitais deveria fazer-se para a realização de exames auxiliares de diagnóstico, opinião de especialista, intervenção técnica ou hospitalização, entre outros.

Desde o fim da década de oitenta que não é fácil localizar evidência empírica sobre o que estão a fazer este tipo de hospitais e se alguma vez fizeram o que normativamente está designado como o que seria o seu papel e função.

Finalidade e objectivos

Esta tese tem como finalidade melhorar a compreensão do contributo dos hospitais de primeira referência para o desenvolvimento do sistema de saúde moçambicano e para a fundamentação da organização do sistema de saúde com base no distrito de saúde/sistema local de saúde.

A tese foi desenhada para atingir os seguintes objectivos: 1. Descrever empiricamente o perfil do hospital de primeira referência Moçambicano e sua evolução desde a independência; 2. Descrever empiricamente o perfil do distrito de saúde Moçambicano; 3. Descrever o papel e a função esperada do hospital de primeira referência na estratégia de saúde de Moçambique e sua evolução desde a independência; 4. Identificar a diferença entre a função planeada e a função observada nos hospitais em estudo, nomeadamente no que concerne ao seu papel no distrito de

saúde moçambicano; 5. Caracterizar a evolução dos hospitais de primeira referência na África subsaariana.

Métodos

Para alcançar a finalidade e objectivo enunciados desenhou-se um estudo explicativo sequencial em que há quatro sub-estudos:

- Hospitais de primeira referência na África subsaariana: revisão sistemática de literatura;
- O hospital de primeira referência no sistema de saúde moçambicano: revisão de literatura;
- Hospitais de primeira referência em Moçambique: estudo descritivo transversal;
- A evolução dos hospitais de primeira referência em Moçambique desde a independência: entrevistas a políticos responsáveis.

Resultados

O distrito de saúde em Moçambique caracterizou-se, em 2001, por escassez de oferta de cuidados hospitalares, heterogeneidade de modelos organizacionais, de referenciação de doentes, de formas de organizar o financiamento, do quadro de recursos humanos e da distribuição de medicamentos.

Em 2001, os 31 hospitais de primeira referencia (HPR), em Moçambique, serviam, 250.000 habitantes, tinham cerca de uma centena de camas, um médico, um técnico de cirurgia, bloco operatório, enfermarias de medicina, pediatria, cirurgia e obstetrícia/ginecologia, e escassa capacidade de realização de exames de imagem e de laboratório. Realizavam a sua missão num contexto de escassez de recursos. A comparação dos dados de Moçambique com os disponíveis a nível africano revela, para Moçambique, menos recursos e mais população sob responsabilidade. O papel e funções definidoras do HPR, no distrito de saúde em Moçambique são: i) a prestação de cuidados de saúde (Cirurgia de urgência; Valências de medicina, cirurgia, pediatria e obstetrícia-ginecologia; exames complementares de diagnóstico e serviços de apoio: exames de imagem, laboratório, transfusão de sangue; actividades preventivas, não sendo esta função consensual); ii) Supervisão; iii) Formação e iv) Referência.

Os HPR são o nível mais negligenciado dos cuidados de saúde em Moçambique. Apesar da contínua presença de objectivos de desenvolvimento dos HPR nos documentos de planeamento, os HPR, basicamente, reabilitados, são praticamente os mesmos desde a independência. Já em relação à sua actividade, ao número de profissionais e à sua qualificação (número de médicos e técnicos de cirurgia), parece ter havido uma evolução favorável.

Em termos internacionais, embora pareça haver concordância normativa em termos do que deve ser o hospital de distrito desde a década de 80, pouco se tem feito para monitorizar a implementação e desenvolvimento das suas funções.

Conclusões

Uma das formas das universidades contribuírem para as reformas é pela criação e organização de conhecimento. Este conhecimento é necessário a alguns níveis que a seguir se apresentam:

1. Conhecimento sobre financiamento, custos e despesas dos HPR e dos distritos de saúde.

Para fazer convergir os mecanismos de financiamento com as reformas dos CSP, necessárias para reorientar os sistemas de saúde, para a "Saúde para todos", é necessário ter conhecimento de como é feito actualmente o financiamento dos distritos (que critérios, que quantias, que processos, que dificuldades) e, dentro dos distritos, dos HPR.

2. Adequação dos meios técnicos aos problemas de saúde e resultados da intervenção dos HPR. É necessário conhecer e monitorizar os problemas de saúde dos distritos, os recursos disponíveis, os obstáculos ao acesso aos cuidados e ao cumprimento da missão dos HPR, documentando a efectividade da intervenção dos HPR.

3. Papel social e político do hospital.

O HPR tem uma função técnica, mas há outros papéis que estão menos documentados como os papéis social, económico e político.

4. Arranjos organizacionais no distrito e complementaridade de funções.

Persiste a necessidade de melhor documentar papéis, funções, objectivos e procedimentos entre as diferentes unidades de saúde do distrito ao nível distrital. Talvez seja desejável ter soluções distritais de complementaridade entre unidades sanitárias diferentes, atendendo ao contexto, mas isso deve ser descrito e avaliado.

5. Processos políticos de implementação dos distritos de saúde / sistemas locais de saúde.

Há necessidade de identificar as dificuldades de implementação dos HPR e do distrito de saúde, de analisar e clarificar o conhecimento sobre posições e actuações dos diferentes actores e interesses.

Em Moçambique, todas as reformas necessárias a melhorar o acesso, nomeadamente a cuidados de saúde hospitalares, a um nível próximo das populações e para um conjunto de serviços essenciais, vão exigir aumento de investimentos externos, reorientações de investimentos internos e fortalecimento interno nas capacidades de coordenação, negociação e regulação do Ministério da Saúde Moçambicano.

SUMMARY

This thesis is about first referral hospitals (FRH) in a district health system based on primary health care principles. Its focus is on Mozambique.

A district health system based on primary health care is a self-contained segment of the national health system. It comprises a well-defined population. It includes all institutions and individuals providing health care in the district. A district health system therefore consists of a large variety of interrelated elements that contribute to health in homes, schools, work places, and communities, through the health and other related sectors. It includes self-care and all health care workers and facilities, up to and including the hospital at the first referral level and the appropriate laboratory, other diagnostic, and logistic support services. Its component elements need to be well coordinated by an officer assigned to this function in order to draw together all these elements and institutions into a fully comprehensive range of promotive, preventive, curative, and rehabilitative health activities.

The empirical evidence is scarce, since the end of the eighties, on what first referral hospitals are doing and if their reality is close to what has been written and decided about their functions in the district.

Objectives

This thesis aims to improve understanding of the contribution of first referral hospitals to the development of the Mozambican health system and to contribute to the development of the District Health System.

The thesis was designed to achieve the following objectives: 1. to describe FRH in Mozambique and their evolution since Mozambique's independence; 2. to describe the profile of the health district of Mozambique; 3. to describe the expected roles and functions of FRH in Mozambique since independence; 4. to identify the difference between the planned and observed roles and functions of FRH; 5. to contribute to understanding the current status of FRH in Sub-Saharan Africa

Methods

To achieve the objectives, a sequential explanatory design was used and four sub-studies were performed:

- First referral hospitals in Sub-Saharan Africa: a systematic review of the literature;
- First referral hospitals in Mozambican health system: a literature review;

- First referral hospitals in Mozambican: cross-sectional study;
- The development of first referral hospitals in Mozambique since independence: interviews with policymakers.

Results and discussion

The health district in Mozambique was characterized, in 2001, by a shortage of supply of hospital care, heterogeneity of organizational models, referral systems, and ways of organising their finances, human resources and distribution of medicines.

In 2001, the 31 FRH in Mozambique served 250.000 inhabitants, had about a hundred beds, a physician, one assistant medical officer for surgery, one operating room, wards of medicine, pediatrics, surgery and obstetrics/gynecology, and little ability to perform imaging and laboratory tests. The comparison of the data available from other Sub-Saharan hospitals and Mozambique showed, for Mozambique, fewer resources and more population under FRH responsibility.

The role and functions that define the HPR in the health district in Mozambique are: i) the provision of health care (Emergency surgery; Care in areas of medicine, surgery, pediatrics and obstetrics-gynecology; diagnostic exams and support services: imaging, laboratory, blood transfusion; prevention activities is not a consensual function), ii) supervision, iii) training and iv) reference.

The FRH is the neglected level of health care in Mozambique. Despite the continued presence of development objectives for FRH in Mozambican strategic plans, FRH with some minor improvements, are virtually the same since independence. In relation to its activity, the number of professionals and their professional qualifications (number of physicians and assistant medical officers for surgery) FRH underwent a favourable evolution since independence.

It seems that internationally, an agreement exists since the 80's about what FRH should be and do but little has been done to monitor the implementation and development of their functions

Conclusions

One of the ways universities contribute to health care reforms is by the creation and organization of knowledge. For FRH this knowledge is necessary at some levels that are listed below:

1. Knowledge on funding, costs and expenses of the FRH and health districts.

To converge funding mechanisms with Primary Health Care reforms, necessary to reorient health systems for the "Health for all" objective, knowledge is needed on current mechanisms and paths of funding of health districts and within districts of FRH (what criteria, what amounts, which processes, difficulties).

2. Adequacy of technical resources to health problems and outcomes of FRH intervention.

It is necessary to know and monitor health problems of districts, available resources, barriers to access care and barriers to the fulfilment of FRH mission, documenting the effectiveness of the intervention of FRH.

3. Hospital social and political role.

The FRH has a technical role, but there are other roles that are less well documented as the social roles (e.g. employer) and political (nation building, State presence).

4. Organizational arrangements in the district: no gaps, no overlapping.

There remains a need to better document the roles, functions, objectives and procedures among the different health units at district level. Even if flexible arrangements are desirable, where different districts distribute functions between the different health units in different ways, this should be described and evaluated.

5. Implementing District Health Systems – health policy analysis

There is need to identify barriers to implementation of the District Health Systems and FRH, to describe the processes of implementation and to know the positions and actions of different actors.

In Mozambique, all necessary reforms to improve access, including access to hospital care, to a level close to the populations and to a defined package of services will require increased foreign investment, shifts in domestic investment and strengthening of Ministry's of Health of Mozambique coordination, negotiation and regulation capacities.

AGRADECIMENTOS

Às direcções dos 31 hospitais de primeira referência de Moçambique que responderam ao questionário e aos entrevistados;

Ao Professor Doutor Paulo Ferrinho por catorze anos de investigação, oportunidades de desenvolvimento profissional, aprendizagem e amizade, por aceitar orientar esta aventura;

Ao Professor Doutor Wim Van Lerberghe, os anos de aprendizagem, oportunidades de desenvolvimento profissional, contributos para esta área de conhecimento e para este trabalho;

Ao Professor Doutor Jorge Cabral a disponibilidade e contributos para este trabalho;

Ao Professor Doutor Baltazar Chilundo por ter feito parte da comissão tutorial;

A Carolina Omar, Isabel Andrade, Osvaldo Santos, Isabel Craveiro, Marta Amaral, Marta Cerqueira, André Biscaia, Mohsin Sidat, Ana Rita Antunes, Pierre Blaise, Céu Mateus, Margarida Bugalho, João Schwalbach, Cristina Conceição, Pedro Aguiar, Rosa Grilo por diversos contributos em diferentes etapas deste processo;

À minha família e aos amigos de aquém e de além-mar, o meu reconhecimento público porque não seria possível ter terminado este trabalho sem este tesouro de cumplicidades e presenças.

ÍNDICE GERAL

RESUMO	ix
SUMMARY	xii
AGRADECIMENTOS	xv
ÍNDICE GERAL	xvii
ÍNDICE DE TABELAS.....	xxi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xxiii
ÍNDICE DE CAIXAS DE TEXTO	xxiv
ÍNDICE DE ANEXOS EM CD	xxv
ACRÓNIMOS E SIGLAS.....	xxvii
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. <i>Saúde para todos e os hospitais de primeira referência</i>	1
1.2. <i>Breve contexto geográfico, histórico, político, demográfico, social e de saúde de Moçambique</i>	8
1.3. <i>O sistema de saúde de Moçambique</i>	13
1.3.1. O Serviço Nacional de Saúde	13
1.3.2. Organização administrativa do sistema de saúde.....	13
1.3.3. Profissões de saúde.....	17
1.3.4. Unidades sanitárias do Serviço Nacional de Saúde desde a independência.....	17
1.3.5. Fluxo de recursos no Serviço Nacional de Saúde.....	18
1.3.6. Enquadramento legal dos hospitais de primeira referência em Moçambique	20
1.4. <i>Finalidade e objectivos gerais da tese</i>	23
1.4.1. Finalidade.....	23
1.4.2. Objectivos gerais.....	23
1.5. <i>Desenho da tese</i>	24
2. HOSPITAIS DE PRIMEIRA REFERÊNCIA NA ÁFRICA SUBSAARIANA: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA.....	29
2.1. <i>Introdução</i>	31
2.2. <i>Material e métodos</i>	31
2.2.1. Estratégia de procura e selecção de documentos	31
2.2.2. Estratégia de análise.....	44
2.3. <i>Resultados</i>	46
2.3.1. Selecção.....	46
2.3.2. Análise.....	60
2.3.2.1. Resultados relativos aos estudos empíricos	61
2.3.2.2. Resultados relativos aos outros estudos (não predominantemente empíricos)	65
2.3.2.3. Definição de distrito de saúde (District health system)	67

2.3.2.4. Gestão do distrito de saúde.....	72
2.3.2.5. Sistema de referência.....	73
2.3.2.6. Definições e distribuição de tarefas.....	74
2.3.2.7. Prestação de cuidados de saúde pelo hospital de primeira referência	75
2.3.2.8. Recursos humanos.....	76
2.3.2.9. Supervisão.....	77
2.3.2.10. Financiamento, custos e despesas	77
2.3.2.11. Análise política do processo de implementação do distrito de saúde.....	78
2.4. Conclusões	79
3. O HOSPITAL DE PRIMEIRA REFERÊNCIA NO SISTEMA DE SAÚDE MOÇAMBICANO: REVISÃO DE LITERATURA.....	83
3.1. Introdução.....	85
3.2. Material e métodos.....	85
3.2.1. Estratégia de procura e selecção de documentos	86
3.2.2. Estratégia de análise.....	89
3.3. Resultados.....	90
3.3.1. Documentos seleccionados para análise.....	90
3.3.1.1. Instrumentos de planeamento	91
3.3.1.2. Legislação definidora de funções e papel dos hospitais distritais, rurais e gerais.....	96
3.3.1.3. Normas definidoras de pacote de serviços prestados, equipamento médico e quadro de pessoal dos hospitais de primeira referência	96
3.3.1.4. Avaliações, estudos preparatórios de estratégias, documentos de trabalho do ministério	96
3.3.2. Conteúdo dos documentos analisados	98
3.3.2.1. Funções do hospital de primeira referência: as normas e a realidade	98
3.3.2.2. Expansão da rede secundária.....	105
3.3.2.3. Critérios de localização de unidades sanitárias de nível II, os HPR.....	106
3.3.2.4. Fortalecimento do sistema de referência.....	107
3.3.2.5. Comparação dos investimentos feitos nos diferentes níveis de cuidados.....	108
3.4. Conclusões.....	109
4. HOSPITAIS DE PRIMEIRA REFERÊNCIA EM MOÇAMBIQUE: ESTUDO DESCRITIVO TRANSVERSAL.....	113
4.1. Introdução.....	115
4.2. Material e métodos.....	117
4.3. Resultados e discussão	120
4.3.1. A infra-estrutura distrital de saúde em Moçambique	120
4.3.1.1. População servida	121
4.3.1.2. Relação da Direcção Distrital de Saúde com o hospital	121
4.3.1.3. Participação do hospital na supervisão das outras unidades do distrito	122

4.3.1.4. Unidades sanitárias do distrito.....	123
4.3.1.5. Sistema de referência: distâncias, meios de comunicação e de organização.....	123
4.3.2. O hospital de primeira referência em Moçambique.....	125
4.3.2.1. Gestão e recursos hospitalares.....	126
4.3.2.2. Produção hospitalar.....	134
4.3.2.2.1. Actividades preventivas.....	134
4.3.3. Prioridades para melhoria de cumprimento da missão do hospital.....	141
4.3.4. Os HPR em Moçambique – perfil empírico no contexto africano.....	142
4.3.5. O perfil evolutivo do HPR em Moçambique: 1992, 2001 e 2007.....	143
4.4. Conclusões.....	149
5. A EVOLUÇÃO DOS HOSPITAIS DE PRIMEIRA REFERÊNCIA EM MOÇAMBIQUE DESDE A INDEPENDÊNCIA: ENTREVISTAS A POLÍTICOS RESPONSÁVEIS.....	153
5.1. Introdução.....	155
5.2. Participantes e métodos.....	156
5.2.1. Participantes.....	156
5.2.2. Recolha de dados.....	157
5.2.3. Análise de dados.....	158
5.2.3.1. Objectivos da análise de conteúdo.....	158
5.2.3.2. Constituição do corpus da análise.....	158
5.2.3.3. Definição de categorias.....	158
5.2.3.4. Definição de unidades de análise (unidade de registo e unidade de contexto).....	160
5.2.3.5. Validade.....	160
5.2.4. Considerações éticas e legais.....	160
5.3. Resultados.....	160
5.3.1. Políticas de saúde que contextualizam a evolução dos Hospitais de Primeira Referência em Moçambique.....	161
5.3.1.1. Período pós-independência.....	163
5.3.1.2. Período da guerra civil.....	166
5.3.1.3. Período pós-acordos de paz.....	167
5.3.1.4. Evolução dos diferentes tipos de hospitais em Moçambique.....	169
5.3.2. Dificuldades e estrangulamentos no desenvolvimento dos hospitais de primeira referência, segundo os entrevistados.....	171
5.3.3. Função esperada do hospital de primeira referência em Moçambique, na óptica dos entrevistados.....	174
5.3.3.1. O caso particular dos hospitais gerais.....	176
5.3.3.2. O caso particular dos hospitais distritais.....	177
5.3.3.3. Hospital de primeira referência somente como unidade de referência, ou com funções de centro de saúde para a população local?.....	177
5.4. Conclusões.....	178

6. DISCUSSÃO	181
6.1. <i>Saúde para todos e a escassez de hospitais de primeira referência em Moçambique.....</i>	181
6.1.1. Os HPR são o nível negligenciado dos cuidados de saúde em Moçambique.	184
6.2. <i>O enquadramento político dos HPR em Moçambique desde a independência</i>	190
6.2.1. Aposta nos cuidados preventivos.....	190
6.2.1.1 A herança colonial e da guerra de libertação	190
6.2.1.2. O período pós independência (1975-1992)	192
6.2.2. Crescente investimento hospitalar	195
6.2.2.1. A guerra civil (1982-1992)	195
6.2.2.2. Reconstrução nacional (1992-novo milénio)	196
6.2.2.3. Consolidação da liderança do MISAU no planeamento do sector saúde.....	197
6.3. <i>Papel e funções do HPR no distrito de saúde em Moçambique</i>	200
6.3.1. Prestação de cuidados de saúde	201
6.3.1.1. Capacidade cirúrgica.....	201
6.3.1.2. Serviços de medicina, cirurgia, pediatria e obstetrícia-ginecologia	203
6.3.1.3. Exames complementares de diagnóstico e serviços de apoio: exames de imagem, laboratório, transfusão de sangue	203
6.3.1.4. Actividades preventivas	204
6.3.2. Supervisão	205
6.3.3. Formação	206
6.3.4. Divisão de tarefas e complementaridade no distrito.....	206
6.3.5. Sistema de referência	208
6.4. <i>Profissionais de saúde para o distrito</i>	209
6.5. <i>O futuro dos Hospitais de Primeira Referência em Moçambique.....</i>	210
7. CONCLUSÕES.....	217
8. APÊNDICES.....	223
<i>Apêndice A. Descrição das bases de dados utilizadas na Revisão Bibliográfica</i>	225
<i>Apêndice B. Sumários dos estudos empíricos da revisão sistemática HPR na África subsaariana</i>	229
<i>Apêndice C. Referências bibliográficas dos documentos que abordam cada uma das áreas problemáticas no Distrito de Saúde (Tabela 2.18).....</i>	241
<i>Apêndice D. Referências bibliográficas dos documentos que abordam o papel e funções que o HPR tem ou deveria ter (Tabela 2.19).....</i>	243
<i>Apêndice E. Lista dos hospitais estudados (sub-estudo 3).....</i>	245
<i>Apêndice F. Questionário com respostas</i>	247
<i>Apêndice G. Guião das entrevistas.....</i>	311
9. BIBLIOGRAFIA.....	313

Tabela 1.1	Alguns indicadores sociais, demográficos e de serviços de saúde, em Moçambique.....	9
Tabela 1.2	Indicadores demográficos, de saúde, de serviços de saúde e económicos em Moçambique, 2003 e 2008, Portugal e Região Africana da OMS, 2008.....	10
Tabela 1.3	Causas de morte em Moçambique, 2002.....	11
Tabela 1.4	Alguns indicadores demográficos e de serviços de saúde, por províncias, em 2007...	16
Tabela 1.5	Número de médicos, técnicos de cirurgia, enfermeiros, enfermeiros SMI de 1975 a 2008.....	17
Tabela 1.6	Unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde em Moçambique.....	18
Tabela 1.7	Enquadramento legal dos hospitais de primeira referência em Moçambique.....	20
Tabela 1.8	Marcos legislativos da saúde em Moçambique.....	21
Tabela 1.9	Objectivos gerais da tese e respectivos sub-estudos.....	26
Tabela 1.10	População, material e métodos dos quatro sub-estudos.....	26
Tabela 2.1	Fontes de informação, estratégia de procura e estratégia de selecção de documentos.....	33
Tabela 2.2	Número de documentos recuperados e seleccionados para análise da PubMed.....	46
Tabela 2.3	Número de documentos recuperados e seleccionados para análise da Proquest health.....	47
Tabela 2.4	Número de documentos recuperados e seleccionados para análise da EMERALD....	47
Tabela 2.5	Número de documentos recuperados e seleccionados para análise da B – on, Biblioteca de Conhecimento online.....	48
Tabela 2.6	Número de documentos recuperados e seleccionados para análise da WHOLIS.....	48
Tabela 2.7	Número de documentos seleccionados para análise do sítio na internet da Organização Mundial de Saúde.....	48
Tabela 2.8	Número de documentos seleccionados para análise da colecção “Technical Reports Series” da Organização Mundial de Saúde.....	49
Tabela 2.9	Relatórios Mundiais da Saúde seleccionados para análise.....	49
Tabela 2.10	Número de documentos seleccionados para análise do sítio na internet do Banco Mundial.....	50
Tabela 2.11	Número de documentos seleccionados para análise de outras fontes.....	50
Tabela 2.12	Número de documentos seleccionados para análise dos sítios na internet dos Ministérios da Saúde.....	50
Tabela 2.13	Lista final de documentos analisados.....	53
Tabela 2.14	Número de documentos analisados por categoria.....	60
Tabela 2.15	Número de estudos empíricos sobre, pelo menos, um hospital dos países listados....	61
Tabela 2.16	Distribuição dos estudos empíricos de acordo com os temas em investigação.....	62
Tabela 2.17	Algumas variáveis estudadas nos hospitais de primeira referência e respectivos valores, por estudo.....	64
Tabela 2.18	Áreas problemáticas no Distrito de Saúde.....	65
Tabela 2.19	Papel e funções que o Hospital de primeira referência tem ou devia ter.....	66

(continua)

Tabela 3.1	Fontes de informação (Bases de dados) e estratégia de procura de documentos.....	87
Tabela 3.2	Fontes de informação (metafontes de informação) e estratégia de procura de documentos.....	88
Tabela 3.3	Número de documentos recuperados e seleccionados para análise por base de dados.....	90
Tabela 3.4	Número de documentos seleccionados para análise de outras fontes.....	91
Tabela 3.5	Definição dos instrumentos de planeamento do sector da saúde utilizados em Moçambique.....	92
Tabela 3.6	Instrumentos de planeamento analisados pelos anos a que se aplicam.....	93
Tabela 3.7	Documentos sobre avaliações: objecto da avaliação e referências bibliográficas.....	97
Tabela 3.8	Pessoal previsto para os hospitais de primeira referência.....	101
Tabela 3.9	Abastecimento de água, fornecimento de energia eléctrica e serviços sanitários das unidades sanitárias do Sistema Nacional de Saúde de Moçambique, 2007.....	105
Tabela 4.1	Relações entre a Direcção Distrital de Saúde e o Hospital.....	122
Tabela 4.2	Características do hospital de primeira referência em Moçambique, medianas nacionais, 2001.....	125
Tabela 4.3	Número de médicos e técnicos de cirurgia de cada hospital, em 2001.....	128
Tabela 4.4	Alguns indicadores de produção hospitalar em 2001, medianas nacionais.....	136
Tabela 4.5	Número e tipo de cirurgias realizadas no ano de 2001.....	139
Tabela 4.6	Opinião sobre prioridades para que o hospital possa cumprir a sua missão.....	141
Tabela 4.7	Indicadores dos hospitais de primeira referência de Moçambique e de hospitais de primeira referência de outros países Africanos.....	142
Tabela 4.8	Alguns indicadores de produção dos HPR em 1992 e 2001.....	144
Tabela 4.9	Características do HPR em 1992, 2001 e 2007.....	145
Tabela 4.10	Percentagem de hospitais com exames complementares de diagnóstico em 1992, 2001 e 2007.....	146
Tabela 4.11	Percentagem de hospitais que realizam os exames laboratoriais listados em 2001 e 2007.....	147
Tabela 4.12	Número de médicos e técnicos de cirurgia nos HPR em 2001 e 2007 por sexo e nacionalidade.....	148
Tabela 4.13	Número de médicos especialistas e generalistas nos HPR, em 2007.....	148
Tabela 5.1	Período durante o qual os entrevistados trabalharam nos serviços centrais do Ministério da Saúde em Moçambique.....	157
Tabela 5.2	Políticas de saúde que contextualizam a evolução dos hospitais de primeira referência em Moçambique, segundo os entrevistados.....	162
Tabela 5.3	Dificuldades e estrangulamentos no desenvolvimento dos hospitais de primeira referência, segundo os entrevistados.....	171
Tabela 5.4	Hospital de primeira referência: papel e funções que o definem em Moçambique, segundo os entrevistados.....	174

(continua)

ÍNDICE DE TABELAS (continuação)

Pág.

Tabela 6.1	Aspectos da análise política do período da aposta nos cuidados preventivos.....	199
Tabela 6.2	Aspectos da análise política do período de crescente investimento hospitalar.....	199
Tabela 6.3	Aspectos da análise política do futuro dos HPR.....	215
Tabela Apêndice A	Palavras-chave do MeSH utilizadas e respectiva definição.....	225
Tabela Apêndice B	Hospitais de primeira referência em África – Sumários dos estudos empíricos.....	229
Tabela Apêndice C	Referências bibliográficas dos documentos que abordam cada uma das áreas problemáticas no Distrito de Saúde (Tabela 2.18).....	241
Tabela Apêndice D	Referências bibliográficas dos documentos que abordam o papel e funções que o HPR tem ou deveria ter (Tabela 2.19).....	243
Tabela Apêndice E	Lista de hospitais estudados.....	245
Tabela Apêndice G	Guião das entrevistas com notas para o entrevistador.....	311

ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

Figura 1.1	Número de habitantes por médico, por província em Moçambique, situação a 30 de Junho de 2007.....	15
Figura 1.2	Fluxo de recursos no sector da saúde.....	19
Figura 1.3	Desenho da tese, Estudo sequencial explicativo.....	25
Figura 2.1	Número de documentos analisados, por categoria e ano de publicação, 1980-2009.....	60
Figura 2.2	Representações esquemáticas do Distrito de Saúde.....	69
Figura 4.1	Parque hospitalar do Serviço Nacional de Saúde, em Moçambique, 2001.....	119
Figura 4.2	O hospital de primeira referência no distrito de saúde em Moçambique, 2001, medianas.....	120
Figura 4.3	Relação entre a Direcção Distrital de Saúde e o hospital.....	121
Figura 6.1	Reformas dos CSP necessárias para reorientar os sistemas de saúde para a saúde para todos.....	213

Caixa 1.1	Excerto da Declaração de Alma Ata.....	3
Caixa 1.2	Definição de Cuidados de Saúde Primários.....	4
Caixa 1.3	Serviço Nacional de Saúde em Moçambique.....	13
<hr/>		
Caixa 2.1	Tópicos da ficha realizada por cada documento analisado.....	44
Caixa 2.2	Definição de distrito de saúde.....	67
<hr/>		
Caixa 3.1	Grelha orientadora da análise documental.....	89
Caixa 3.2	Instrumentos de planeamento seleccionados.....	92
Caixa 3.3	Legislação definidora de funções e papel dos hospitais distritais, rurais e gerais.....	96
Caixa 3.4	Normas definidoras de pacote de serviços prestados, equipamento médico e quadro de pessoal dos hospitais de primeira referência.....	96
Caixa 3.5	Estudos preparatórios de estratégias.....	98
Caixa 3.6	Outros documentos.....	98
Caixa 3.7	Papel e funções dos HPR: enquadramento legal e normativo.....	100
Caixa 3.8	Estudo de custos de cirurgia, 2001.....	103
Caixa 3.9	Avaliação do sistema dos hospitais de referência do SNS, 2002.....	104
<hr/>		
Caixa 5.1	Definição das categorias de análise.....	159
<hr/>		
Caixa 6.1	Ilustração da actividade num hospital distrital, Uganda, 1966.....	189

ÍNDICE DE ANEXOS EM CD

	Nome da pasta /ficheiro
Bases de dados do Sub-estudo 3 (Capítulo 4)	Pasta "base dados_mapa operacionalização"> Pasta "base de dados2001" > Q1a39.xls; Q40a50.xls; Q51a65.xls; Q66a83.xls; Q84a95.xls; Q96a115.xls
Mapa de operacionalização de variáveis do Sub-estudo 3 (definição de variáveis, notação utilizada na base de dados e domínio da variável)	Pasta: "base dados_mapa operacionalização"> operacionalizacao_variaveis.pdf
Documentos recuperados nas revisões sistemáticas de literatura	Pasta: "bases de dados bibliograficas"> <ul style="list-style-type: none">• Pasta: B_on> Bon_health_district.doc Bon_hospitals_africa.doc Bon_hospitals_district.doc Bon_mozambique.doc Bon_system_district.doc• Pasta: "Emerald" Emerald_ass_planning.doc Emerald_hosp_ass.doc Emerald_hosp_ass_administratio.doc Emerald_hosp_ass_district.doc Emerald_hosp_ass_eco.doc Emerald_hosp_ass equip.doc Emerald_hosp_ass_supplies.doc Emerald_mozambique.doc• Pasta: "PubMed" PubMed_catchmentarea_ASS.txt PubMed_commhealthplaning_ASS.txt PubMed_district_health_system.txt PubMed_economicsh_ASS.txt PubMed_equipmentth_ASS.txt PubMed_hadministration_ASS.txt PubMed_hospital_ASS.txt PubMed_hospitals_district_africa.txt PubMed_PHC_hospitals.txt PubMed_result_mozambique.txt• Pasta: "WHO": Who_technical report series.doc WHOLIS.doc• MISAU.doc• PROQUEST HEALTH.doc

ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACA	Avaliação Conjunta Anual	HPR	Hospital de Primeira Referência
AFRO-NETS	African Networks for health research and development	INE	Instituto Nacional de Estatística
APE	Agentes Polivalentes Elementares	MISAU	Ministério da Saúde
ARO	Alto Risco Obstétrico	OMS	Organização Mundial da Saúde
BM	Banco Mundial	ONG	Organizações Não Governamentais
BR	Boletim da República	ORL	Otorrinolaringologia
CDFMP	Cenário de Despesas e Financiamento de Médio Prazo	PARPA	Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta
CEE	Comunidade Económica Europeia	PDI	Plano de Desenvolvimento Institucional
CFMP	Cenário Fiscal de Médio Prazo	PDRH	Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos
CS	Centro de Saúde	PES	Plano Económico e Social
CSP	Cuidados de Saúde Primários	PESS	Plano Estratégico do Sector da Saúde
DDS	Direcção Distrital de Saúde	PIS	Plano de Investimento da Saúde
DNAM	Direcção Nacional de Assistência Médica	PNDRHS	Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde
DNS	Direcção Nacional de Saúde	POA	Plano Operacional Anual
DPC	Direcção de Planificação e Cooperação	PPP	<i>Purchasing power parity</i> , paridade de poder de compra
DPPF	Direcção Provincial Plano e Finanças	PRSS	Programa de recuperação do sector da saúde
DPS	Direcção Provincial de Saúde	PTIP	Programa Trienal de Investimento Público
DRH	Direcção de Recursos Humanos	RENAMO	Resistência Nacional Moçambicana
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis	RHS	Recursos Humanos da Saúde
DTP	Vacina contra a Difteria, Tétano e Tosse convulsa	SDSMAS	Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social
ECG	Electrocardiograma	SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ELAT	Estratégia de Luta Anti-Tuberculose	SIP	Sistema de Informação do Pessoal
ELAL	Estratégia de luta anti-lepra	SIS	Sistema de Informação da Saúde
EU	<i>European Union</i> , União Europeia	SMI	Saúde Materno-Infantil
FC	Fundo Comum	SNS	Serviço Nacional de Saúde
FCP	Fundo Comum Provincial	SWAp	Sector Wide Approach
FMI	Fundo Monetário Internacional	TOC	Taxa de Ocupação de Camas
FRELIMO	Frente de Libertação de Moçambique	US	Unidade Sanitária
GACOPI	Gabinete de Coordenação de Projectos de Investimento	VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
GTZ	Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, Agência governamental alemã de apoio ao desenvolvimento		

1. INTRODUÇÃO

Esta tese é sobre os hospitais de primeira referência sem os quais não é possível haver saúde para todos. O sonho da “Saúde para todos” não tem soluções fáceis e não se faz por investimentos irregulares em segmentos do sistema de saúde.

A experiência da autora como médica em hospitais centrais em Portugal e numa unidade de prestação de cuidados curativos, designada de Hospital, num local isolado da Guiné Bissau, está ligada a este esforço de compreender e dar visibilidade à escassez de cuidados a que inaceitáveis proporções de seres humanos estão sujeitos e às condições em que sistemas de saúde de alguns países têm que encontrar caminhos de desenvolvimento.

1.1. Saúde para todos e os hospitais de primeira referência

Desde sempre que os seres humanos fazem esforços conjuntos para controlar doenças e promover a saúde.

Em termos de organização dos cuidados de saúde e seu financiamento, o fim do século XIX vê a introdução da obrigatoriedade dos seguros sociais com Bismarck. Mais tarde, durante a segunda guerra mundial, Beveridge produz um relatório que conduzirá à criação do Serviço Nacional de Saúde Britânico (financiado por impostos), no contexto da recriação do sistema de segurança social do mesmo país (Sakellarides, 2005). Estes marcos assinalam a assumpção, por parte do Estado, da responsabilidade de garantir universalmente, no país, um patamar de protecção social.

No período pós-guerra, em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) é formalmente estabelecida (resultando já de instituições previamente existentes) e, inicialmente, organiza-se orientando-se para uma abordagem por doença, em programas verticais. O sucesso do programa contra a varíola pareceu indicar que esta poderia ser uma forma de controlar ou mesmo erradicar as doenças. No entanto, este sucesso não se repetiu da mesma forma com as outras doenças que foram alvo privilegiado de acção, como a malária e a tuberculose.

No seio da OMS foi-se então desenvolvendo pensamento sobre a forma de melhorar a saúde de formas diferentes ou complementares dos programas cujo fracasso e filosofia subjacente se discutia (Cueto, 2004).

Entretanto, o relatório Lalonde, no Canadá, em 1974, é um marco no estabelecimento de que o sistema de saúde é um de vários determinantes de saúde (sendo outros os biológicos, os ambientais e de estilo de vida).

A segunda metade do século XX assiste à emergência de novas nações africanas, descolonizadas.

Na África subsaariana a herança colonial foi feita essencialmente de serviços verticais destinados ao combate às grandes endemias, hospitais nas cidades mais importantes e uma rede de dispensários ou pequenos hospitais de responsabilidade governamental, religiosa ou de outros grupos filantrópicos (Van Lerberghe, De Bouwere, 2000). No período pós independência emergiram novas elites urbanas que conjuntamente com os médicos nacionais formados na Europa e os técnicos expatriados reforçaram a componente dos hospitais nas cidades (Van Lerberghe, De Béthune, De Brouwere, 1997; Van Lerberghe, De Bouwere, 2000). Os custos da evolução tecnológica dos cuidados curativos de saúde e da sua maior utilização colocavam a questão de como organizar os cuidados e os sistemas de saúde de forma a alcançar ou manter acesso universal e de forma sustentada no tempo.

Entretanto, a China entra na Organização das Nações Unidas em 1971 e a sua experiência da expansão da medicina no meio rural e dos “médicos de pés descalços” adquire visibilidade.

É neste contexto, e com a liderança do então Director Geral da OMS, Halfdan Mahler, que foi proposto, à Assembleia Mundial da Saúde de 1977, que todos os governos e a OMS se deveriam empenhar de forma a atingir, para todos os indivíduos, pelo ano 2000, um nível de saúde que lhes permitissem viver uma vida social e economicamente produtiva. Este objectivo é conhecido como “Saúde para todos no ano 2000”. A Conferência Internacional de Alma-Ata (na parte asiática da então União Soviética, hoje no Cazaquistão), realizada em Setembro de 1978, formalizou um consenso entre os ministros da saúde do mundo sobre a estratégia chave para atingir esse objectivo, que foi designada “Estratégia dos Cuidados de Saúde Primários” (World Health Organization, 1981). A Caixa 1.1 apresenta um excerto da mesma declaração.

Caixa 1.1 Excerto da Declaração de Alma Ata

I - A Conferência reitera firmemente que a saúde, estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de afecções e doenças, é um direito humano fundamental e que a fruição do grau mais alto possível de saúde é um objectivo social importantíssimo em todo o mundo, cuja realização necessita da intervenção de muitos outros sectores sociais e económicos, além da saúde.

II - A grave desigualdade existente no que se refere ao estado de saúde da população, especialmente entre os países em desenvolvimento e os desenvolvidos, assim como no seio de cada país, é, política, social e economicamente inaceitável e, por conseguinte, motivo de preocupação comum para todos os países.

V - Os governos têm a obrigação de cuidar da saúde dos seus povos, obrigação que só se pode cumprir mediante a adopção de medidas sanitárias e sociais adequadas. Um dos principais objectivos sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial nos próximos decénios deve ser o de que todos os povos do mundo atinjam até ao ano 2000, um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados de saúde primários constituem a chave para atingir esta meta como parte de desenvolvimento em conformidade com o espírito da justiça social.

Fonte: World Health Organization, 1978.

Nota: Utilizada tradução portuguesa (Ministério da Saúde e Assistência, 1978)

Este excerto foi escolhido para ilustrar e sublinhar dois aspectos desta Declaração:

- o papel do Estado: a responsabilidade do Estado na garantia da saúde expresso como “os governos têm a obrigação de cuidar da saúde dos seus povos”;
- e o valor da justiça, sendo a saúde afirmada como um direito humano fundamental e sendo a desigualdade considerada inaceitável, e por isso, alvo de acção para a sua correcção.

A definição que a Declaração apresenta de Cuidados de Saúde Primários é apresentada na Caixa 1.2.

Caixa 1.2 Definição de Cuidados de Saúde Primários

VI - Os cuidados primários de saúde consistem na prestação da assistência de saúde essencial, baseada em métodos e técnicas práticas, apropriadas sob o ponto de vista científico e aceitáveis socialmente, posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias das comunidades, com a sua inteira participação, e que possa ser financeiramente mantida pelo país e pela comunidade, em todas as fases do seu desenvolvimento, num espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação. Os cuidados primários, ao mesmo tempo que desempenham a função principal e são a base do sistema nacional de saúde, constituem parte integrante do sistema de desenvolvimento económico e social da comunidade. Proporcionam o primeiro nível de contacto do indivíduo, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, permitindo a aproximação da assistência de saúde o mais possível dos locais onde a população vive e trabalha, e constituem o primeiro elemento de um processo permanente de assistência de saúde.

VII - Os cuidados primários de saúde:

1. são, ao mesmo tempo, um reflexo e uma emanção das condições económicas e das características sócio-culturais do país e das suas comunidades, e baseiam-se na aplicação dos resultados apropriados das investigações sociais, biomédicas e sobre serviços de saúde e na experiência acumulada em matéria de saúde pública;
2. orientam-se para os principais problemas de saúde da comunidade e prestam os correspondentes serviços preventivos, curativos, de reabilitação e de fomento da saúde;
3. englobam, pelo menos, as seguintes actividades: a educação sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e de luta respectivos; a promoção de uma nutrição apropriada, um abastecimento suficiente de água potável e saneamento básico do meio ambiente; assistência materno-infantil, incluindo o planeamento familiar; a imunização contra as principais doenças infecciosas; a prevenção e a luta contra as doenças endémicas locais; o diagnóstico e tratamento apropriado das doenças e traumatismos comuns; e o fornecimento de medicamentos essenciais;
4. implicam, além do sector da saúde a participação de todos os sectores e aspectos conexos do desenvolvimento nacional e comunitário, em particular a agricultura, a zootecnia, a alimentação, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas e as comunicações e requerem os esforços coordenados de todos estes sectores;
5. exigem e fomentam (ao máximo) a auto-responsabilidade e a participação da comunidade e do indivíduo no planeamento, organização, funcionamento e controlo dos cuidados primários de saúde, tirando o maior partido possível dos recursos locais e nacionais e de outros recursos disponíveis; e com esse fim, desenvolverem, mediante educação idónea, a capacidade participativa das comunidades;
6. devem basear-se em sistemas de referência integrados, funcionais e de apoio mútuo, que conduzem ao melhoramento progressivo do sistema de cuidados de saúde completos para todos, dando prioridade aos mais necessitados;
7. baseiam-se, tanto a nível local como no de referência e consulta de casos, em pessoal de saúde, incluindo, conforme as circunstâncias, médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e trabalhadores na comunidade, assim como, na medida em que sejam necessárias, pessoas que praticam a medicina tradicional, devidamente adestradas no sector social e técnico, para trabalhar como uma equipa de saúde e atender às necessidades de saúde conhecidas da comunidade."

Fonte: World Health Organization, 1978.

Nota: Utilizada tradução portuguesa (Ministério da Saúde e Assistência, 1978)

A estratégia dos cuidados de saúde primários é pois conceptualizada em alguns princípios básicos: cuidados para todos (valores de justiça social), sustentáveis, com participação comunitária (as pessoas não são somente receptores de cuidados mas actores no processo de promoção da sua saúde e da dos outros), acção intersectorial para a saúde.

Apesar de o número VII-3 dizer que os Cuidados de Saúde Primários (CSP) englobam, “pelo menos” um grupo de oito actividades, é muito frequente os CSP serem definidos como o grupo destas actividades. Elas são: i) educação em relação a problemas prevalentes de saúde e a métodos para sua prevenção e controlo; ii) promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada; iii) provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico; iv) cuidados de saúde materna e infantil, incluindo o planeamento familiar; v) imunização contra as principais doenças infecciosas; vi) prevenção e controlo de doenças endémicas; vii) tratamento adequado de doenças e lesões comuns; viii) e fornecimento de medicamentos essenciais.

O apoio dado à Visão e valores que a Declaração de Alma-Ata representa nem sempre encontrou e encontra caminhos de aplicação e transformação dos sistemas de saúde.

Um dos aspectos argumentados para a dificuldade de implementação nos países mais pobres foi o contexto de escassez de recursos e condições económicas não favoráveis (a falta de recursos humanos preparados, a dependência da ajuda externa, os planos de reestruturação económica) (World Health Organisation, 2005).

A simplificação da mensagem de Alma-Ata que levou a segmentar o foco do movimento dos Cuidados de Saúde Primários foi um fenómeno que se aplicou a todos os países (World Health Organisation, 2008: xiv e xv).

Segundo Lindstrand (Lindstrand *et al.*, 2006) só em 2001, com a publicação “Macroeconomics and health” a OMS apresenta estimativas de custos de cuidados de saúde básicos. De facto, a questão de “quanto custa, quanto é preciso, para implementar os Cuidados de Saúde Primários?” foi uma questão que foi colocada pelos doadores e para a qual não havia resposta imediata.

Cerca de um ano após a Conferência formaliza-se uma das interpretações mais importantes da Estratégia dos Cuidados de Saúde Primários: o conceito de Cuidados de Saúde Primários selectivos. Numa publicação de Walsh e Warren (Walsh, Warren, 1979; Van Lerberghe, De Bouwere, 2000) os objectivos de Alma-Ata foram considerados inatingíveis por causa dos custos e da falta de pessoal e foi proposto um plano de acção temporário com o que foi considerado ser um melhor rácio de custo-efectividade. Baseando-se neste trabalho, nesse mesmo ano, a Fundação Rockefeller patrocinou uma Conferência em Bellagio, “Health and Population in Development” onde o termo de Cuidados de Saúde Primários selectivos passou a designar um pacote de intervenções técnicas para enfrentar um grupo de problemas específicos dos países pobres (Cueto, 2004). Nos anos seguintes o tipo de intervenções foi-se definindo e, em 1982, a UNICEF lançou a estratégia GOBI-FFF (Growth monitoring; Oral rehydratation techniques,

Breast feeding; Immunization; Food supplementation, Female literacy; Family planning) (Lindstrand *et al.*, 2006). Assim se entendeu que objectivos gerais da “Saúde para todos” e a Estratégia dos CSP se traduziam em objectivos que é possível medir, monitorizar e alcançar. Outras interpretações sobre os Cuidados de Saúde Primários e a sua implementação levaram ao reforço da aposta na formação de agentes comunitários (designados APE, agentes polivalentes elementares, em Moçambique) em poucas semanas ou meses. Esta opção muito descentralizada e muito desmedicalizada levantou problemas de definição de tarefas, de selecção, de formação, de articulação e apoio com o sistema de saúde (Van Lerberghe, De Bouwere, 2000).

Um predomínio de interpretação dos cuidados de saúde primários como formação de agentes comunitários de base e os programas verticais financiados por doadores (nomeadamente os CSP selectivos) levaram a um alargamento de acesso a pontos de contacto com o sistema de saúde mas, muitas vezes, a um desinvestimento nos hospitais de pequena dimensão (desinvestidos de recursos e de interesse político), mantendo-se, no entanto, a tendência, herdada dos tempos coloniais, de concentração de tecnologia nos maiores centros urbanos (World Health Organisation, 1987a; Van Lerberghe, De Béthune, De Brouwere, 1997; Van Lerberghe, De Brouwere, 2000).

Durante os anos 80 os centros de saúde emergiram como operacionalização da estratégia dos cuidados de saúde primários, mas foi-se tornando, também, evidente que necessitavam de apoio hospitalar (Van Lerberghe, De Bouwere, 2000; World Health Organisation, 1987b). Em 1981 a Fundação Aga Kan e a OMS organizam uma conferência sobre o papel dos hospitais nos CSP. Nesta conferência, Mahler afirma: “A health system based on primary care cannot, and I repeat, cannot be realised, cannot be developed, cannot function, and simply cannot exist without a network of hospitals” (Aga Khan Foundation, World Health Organisation, [1982]).

A evolução do pensamento sobre o papel dos centros de saúde e dos hospitais levou a retomar o conceito de distrito de saúde (Van Lerberghe, De Bouwere, 2000; World Health Organisation, 1987b).

A conferência de Harare (Fortalecimento dos sistemas de saúde distritais baseados nos cuidados de saúde primários¹) (World Health Organization, 1987a) que se realizou-se em 1987,

¹ Tradução de “Strengthening district health systems based on primary health care”

redefiniu o conceito de distrito de saúde como o nível administrativo mais periférico do Sistema Nacional de Saúde, com área geográfica e população bem definidas, com centros de saúde e um primeiro nível de referência (hospital distrital), com todos os recursos da comunidade e outros prestadores de cuidados de saúde e com uma direcção que coordena todas as actividades de promoção, prevenção, curativas e de reabilitação da saúde. Esta conferência sublinhou o papel do hospital distrital sem o qual não é possível falar de cuidados de saúde primários.

No contexto de um distrito sanitário, os hospitais de primeira referência deveriam assegurar os cuidados e apoio tecnológico que por alguma razão (técnica, económica, operacional) não devam ser descentralizadas para um nível inferior. A referenciação a estes hospitais deveria fazer-se para a realização de exames auxiliares de diagnóstico, opinião de especialista, intervenção técnica ou hospitalização, entre outros (Van Lerberghe, Lafort, 1990).

As características fundamentais dos hospitais de distrito foram emergindo a partir de um número limitado de estudos descritivos (Van Lerberghe, De Béthune, De Brouwere, 1997; Van Lerberghe, Van Balen, Kegels, 1992; Hamel, Janssen, 1988): uma centena e meia de camas, um a quatro médicos, geralmente generalistas, prestando cuidados obstétricos, cirúrgicos básicos, médicos (enfermarias de medicina e pediatria) e consulta externa para doentes referenciados.

O conceito de que são imprescindíveis para o equilíbrio na prestação de cuidados de saúde foi integrado no pensamento das agências internacionais (World Bank, 1993; World Bank, 1994).

No entanto, desde o fim da década de oitenta que não é fácil localizar evidência empírica sobre o que estão a fazer este tipo de hospitais e se alguma vez fizeram o que normativamente está designado como o que seria o seu papel e função.

1.2. Breve contexto geográfico, histórico, político, demográfico, social e de saúde de Moçambique

Moçambique é um país da costa oriental da África Austral, limitado a norte pela Zâmbia, Malawi e Tanzânia, a leste pelo Canal de Moçambique e pelo Oceano Índico, a sul e oeste pela África do Sul e a oeste pela Suazilândia e pelo Zimbabwe.

Tem 11 províncias: Cabo Delgado, Niassa, Nampula, Tete, Zambézia, Manica, Sofala, Inhambane, Gaza, Maputo Província e Maputo Cidade (capital e com estatuto de província).

Esta antiga colónia de Portugal tornou-se independente a 25 de Junho de 1975, após cerca de 10 anos de conflito armado entre o governo português e a FRELIMO (Frente de Libertação de Moçambique).

À independência e à decisão política de nacionalizar todas as unidades de saúde em 1975, seguiu-se um abandono do país por grande parte do pessoal da saúde. Apesar disso, foram notáveis os esforços de alargar os cuidados de saúde, fazendo apelo a anos de aprendizagem nas chamadas zonas libertadas (Walt, Wield, 1983; Walt, Melamed, 1983; Segall, 1977; Noormohamed, 2000; Martins, 2001; República de Moçambique. Ministério do Plano e Finanças. Ministério da Saúde, 2003).

Estes esforços foram, no entanto, seriamente ameaçados com a eclosão de um conflito armado interno com a RENAMO (Resistência Nacional Moçambicana), que apesar de presente desde 1976, se agravou em 1982. Este conflito armado interno encontra as suas razões no contexto político de herança colonial, no processo de descolonização e de guerra-fria desse período histórico. As consequências da guerra foram devastadoras, acumuladas com períodos de seca e cheias (Pavignani, Durão, 1999; Garenne, Coninx, Dupuy, 1997; Cliff, Noormahomed, 1988; Cliff, Noormahomed, 1993; Ascherio *et al.*, 1995).

Durante o período de conflito armado deu-se o abandono político progressivo de uma economia (e de um sistema de saúde) de planificação central para a adesão às instituições de Bretton Woods e às políticas económicas associadas. A dependência económica e as condições para



obter ajuda ao desenvolvimento determinaram fortemente as orientações políticas em Moçambique (Pavignani; Durão, 1999; Walt *et al.*, 1999; Walt *et al.*, 1999). A autorização legal para o exercício da medicina por entidades privadas deu-se em 1991 (Lei nº 26/91). Os acordos de paz foram assinados em 1992 e iniciou-se um processo lento de reconstrução nacional (Pavignani, Durão, 1999). As primeiras eleições tiveram lugar em 1994 mantendo-se a Frelimo no poder desde a independência. A Renamo é o segundo maior partido em Moçambique.

As Tabelas 1.1 e 1.2 apresentam uma série de indicadores sociais, demográficos e de serviços de saúde de Moçambique. A Tabela 1.2 apresenta indicadores de Moçambique em comparação com Portugal e a Região Africana da OMS. Nesta tabela o ano de 2003 é escolhido pela proximidade com o ano em que se realizou o sub-estudo 3 que vai ser apresentado nesta tese (capítulo 4).

Tabela 1.1 Alguns indicadores sociais, demográficos e de serviços de saúde, em Moçambique

	1977 ³	2000	2007 ¹
População	11 000 000	17 240 100 ⁶	20 226 296
População abaixo dos 15 anos (%)	46	44,7 ⁶	46,9
População com 65 ou mais anos (%)		2,7 ⁶	3,1
Taxa bruta de natalidade (número de nascimento em cada 1.000 habitantes)	45	42,9 ⁶	42,2
Taxa bruta de mortalidade (nº óbitos em 1.000 habitantes)	19	19,1 ⁶	16
Taxa de analfabetismo %	71,1 ⁷ (1980)	60,5 ⁷ (1997) (44,6 homens; 74,1 mulheres)	50,4 (34,6 homens; 64,2 mulheres)
Percentagem de população urbana		29 ⁷ (1997)	29,8%
Percentagem de população rural	90	71 ⁷ (1997)	70,2
Densidade populacional (hab /Km ²)	14	21,6 ⁶	26 ²
População com menos de 2 dólares por dia (%)		59,2 ⁴ (2002/3)	
Cobertura de consultas pré-natais (% Primeiras consultas)			110 ² (2008)
Cobertura de partos (% partos institucionais)			55 ² (2008)
Camas existentes no Serviço Nacional de Saúde	14 970 ⁵	15 008 ⁵	17 699 ⁵
Taxa de ocupação de camas			67 ² (2008)
Tempo médio de permanência em dias			6,0 ² (2008)

Fonte: 1 - INE, Censo 2007, resultados definitivos, consultado em Julho 2010 em <http://www.ine.gov.mz/censo2007>; 2 - Instituto Nacional de Estatística, 2009a; 3- Ministério da Saúde, 1980; 4 - Instituto Nacional de Estatística, 2004; 5 - Instituto Nacional de Estatística, 2009b; 6 - Instituto Nacional de Estatística, 2009c; 7 - Instituto Nacional de Estatística, 1997.

Nota: Taxa de ocupação de camas: número de dias de camas ocupadas /nº de camas x 365 dias

Tabela 1.2 Indicadores demográficos, de saúde, de serviços de saúde e económicos em Moçambique, 2003 e 2008, Portugal e Região Africana da OMS, 2008

	Moçambique 2003	Moçambique 2008	Portugal 2008	Região Africana da OMS 2008
Esperança de vida à nascença (anos)	44,3 ⁴	49,4 ¹	79	53
Taxa de mortalidade infantil (<1 ano) (por 1 000 nados vivos)	130,4 ⁴	90	3	85
Taxa de mortalidade abaixo dos 5 anos (por 1 000 nados vivos)	158	130	4	142
Taxa de mortalidade materna (por 100 000 nados vivos)	1 000 (2000)	520 (2005)	11 (2005)	900 (2005)
Nº de médicos (por 10 000 habitantes)	0,2 (2000)	< 0,5	34	2
Nº de camas hospitalares (por 1 000 habitantes)	0,9 (2000)	8 (2000-2009)	35 (2000-2009)	9 (2000-2009)
Produto Nacional Bruto <i>per capita</i> , em PPP (dólar internacional)	210 ²	440 ³ (2009)	20 940 ³ (2009)	1 096 ³ (2009, África Subsaariana)
Despesa total com saúde (% PIB)	5,8 (2002)	4,9 (2007)	10,0 (2007)	6,2 (2007)
Despesa total com saúde <i>per capita</i> em PPP (dólar internacional)	50 (2002)	39 (2007)	2 284 (2007)	137 (2007)

Fonte: Dados de 2008: World Health Organization, 2010; Dados de 2003: World Health Organization, 2005; 1 – Instituto nacional de estatística, Censo 2007, resultados definitivos, consultado em Julho 2010 em <http://www.ine.gov.mz/censo2007>; 2 - World Bank. World Development Indicators database, 2005; 3 - World Bank. World Development Indicators database, 2010; 4 - Instituto Nacional de Estatística, 2009c.

A população Moçambicana quase duplicou desde a independência (Tabela 1.1). É uma população jovem (mantém-se quase metade da população abaixo do 15 anos). A taxa de natalidade diminuiu ligeiramente em 30 anos assim como a da mortalidade.

A esperança de vida à nascença (Tabela 1.2) tem vindo a aumentar em Moçambique e é, actualmente, de 49 anos (ligeiramente menor que na região africana da OMS e com trinta anos de diferença em relação a Portugal).

A taxa de mortalidade infantil (Tabela 1.2) é muitas vezes utilizada como um indicador social pela sua associação à pobreza, à illiteracia dos cuidadores, às condições de habitação e salubridade do meio ambiente. Assim, a taxa de mortalidade infantil continua alta, assim com a taxa de mortalidade abaixo de cinco anos e também a mortalidade materna. Esta última, reflexo muito directo de falta de cuidados hospitalares.

A taxa de analfabetismo (Tabela 1.1), embora venha a diminuir, mantém-se alta (50,4 %, sendo 34,6% para os homens e 64% entre as mulheres).

A população Moçambicana vive maioritariamente em meio rural (Tabela 1.1) e o último inquérito aos agregados familiares sobre orçamento familiar 2002/3 revelou que 59% da população vivia com menos de 2 US Dólares por dia (Instituto Nacional de Estatística, 2004).

Em termos de habitação, o último censo (Instituto Nacional de Estatística, 2009f) mostrou que 54% das casas não possuem qualquer tipo de saneamento básico, só 10% dos agregados familiares têm energia eléctrica (54% usam petróleo ou parafina como principal fonte para a iluminação das suas casas e 30% lenha) e só 1,9% da população tem água canalizada dentro de casa.

A Tabela 1.3 apresenta as principais causas de morte em Moçambique, em 2002.

Tabela 1.3 Causas de morte em Moçambique, 2002

Causas de morte	Mortes	
	Número	%
VIH/SIDA	108 000	28
Malária	34 000	9
Diarreia	30 000	8
Infecções respiratórias	28 000	7
Doenças perinatais	20 000	5
Sarampo	13 000	3
Tuberculose	11 000	3
Doença Cerebrovascular	8 000	2
Doença Isquémica cardíaca	7 000	2
Malnutrição	3 000	1
Todas as causas	385 000	100

Fonte: Country Health System Fact Sheet 2006: Mozambique. Acedido em Novembro de 2010 em <http://www.afro.who.int/en/mozambique/country-health-profile.html>

As doenças infecciosas são as causas predominantes de morbilidade e mortalidade (malária, SIDA, diarreia, infecções respiratórias, sarampo, tuberculose, parasitoses intestinais) e que encontram favorecimento na subnutrição (associada à pobreza e insegurança alimentar), na illiteracia e na falta de acesso a água de boa qualidade e saneamento básico. No entanto, também doenças crónicas como hipertensão arterial, acidentes vasculares cerebrais, doença cardíaca isquémica e insuficiência respiratória crónica começam a ter expressão e a necessitar de ajustamentos no sistema de saúde. Os traumas (agressões interpessoais, acidentes de viação, quedas acidentais, envenenamentos, queimaduras, intoxicações, minas, acidentes de trabalho) também são um problema importante que ainda não tem uma resposta adequada do sistema de saúde (República de Moçambique. Ministério da Saúde, 2007).

Em termos de recursos (Tabela 1.2: nº de médicos, nº de camas, hospitalares, PIB *per capita*) e em termos de despesas (Tabela 1.2, despesas totais com saúde em percentagem do PIB e *per capita* PPP), Moçambique está abaixo da região africana da OMS e muito abaixo de Portugal.

A cobertura de primeiras consultas pré-natais em 2008 (Tabela 1.1) foi superior a 100% o que indica que se fizeram mais consultas pré-natais que a estimativa de consultas a partir das

projeções de crescimento da população. No entanto, a percentagem de partos institucionais para o mesmo ano foi de 55%. Atendendo a que as consultas pré-natais são realizadas a nível de postos e centros de saúde isto pode ser interpretado como uma cobertura a nível de proximidade que depois não encontra estruturas de referência adequadas.

O número de camas do Serviço Nacional de Saúde (de 14.970 em 1977 para 17.699 em 2007, Tabela 1.1) tem vindo a aumentar ligeiramente, o que, em comparação com o aumento importante de número de camas hospitalares (0.9 para 8 por 1.000 habitantes, Tabela 1.2) pode indicar que este último aumento se deveu a reclassificação de unidades sanitárias (de centros de saúde a hospitais). Por outro lado, a taxa de ocupação de camas é baixa (Tabela 1.1). Apesar de, em comparação com Portugal, Moçambique ter poucas camas hospitalares (Tabela 1.2) estas não são ocupadas. A presente tese encontra algumas razões para este fenómeno.

1.3. O sistema de saúde de Moçambique

O sistema de saúde, em Moçambique, inclui o sector público, sector privado com fins lucrativos e o sector privado com fins não lucrativos (República de Moçambique. Ministério da Saúde, 2007).

1.3.1. O Serviço Nacional de Saúde

O sector público, que é o Serviço Nacional de Saúde (SNS), constitui o principal prestador de serviços de saúde à escala nacional (República de Moçambique. Ministério da Saúde, 2007: 8). A Caixa 1.3 descreve os níveis de atenção do Serviço Nacional de Saúde.

Caixa 1.3 Serviço Nacional de Saúde em Moçambique

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) está organizado em quatro níveis de atenção. **O nível primário (I)** corresponde aos Centros de Saúde e têm como função executar a estratégia de Cuidados de Saúde Primários (CSP). Estas Unidades Sanitárias (US) constituem o primeiro contacto da população com os Serviços de Saúde. O Centro de Saúde, tendo sob a sua responsabilidade a saúde da população e do ambiente, deve assegurar a cobertura sanitária de uma população dentro de uma zona geográfica bem definida pela Área de Saúde. **O nível secundário (II)** é composto pelos Hospitais Distritais, Rurais e Gerais e têm como função prestar Cuidados de Saúde Secundários e constitui o primeiro nível de referência para os doentes que não encontram resposta nos Centros de Saúde. **O nível terciário (III)** é composto pelos Hospitais Provinciais e constituem a referência para os doentes que não encontram soluções ao nível dos Hospitais Distritais, Rurais e Gerais bem como dos doentes provenientes de Hospitais Distritais e Centros de Saúde que se situam nas imediações do Hospital Provincial e que não tem Hospital Rural nem Geral para onde possam ser transferidos. **O nível quaternário (IV)** é composto pelos Hospitais Centrais, e constitui a referência para os doentes que não encontram soluções ao nível dos Hospitais Provinciais, Distritais, Rurais e Gerais bem como dos doentes provenientes de Hospitais Distritais e Centros de Saúde que se situam nas imediações (...). Neste nível situam-se também os Hospitais Especializados que prestam cuidados muito diferenciados de uma só especialidade.

Fonte: República de Moçambique. Ministério da Saúde, 2007: 9.

1.3.2. Organização administrativa do sistema de saúde

O sector da saúde em Moçambique obedece à estrutura político-administrativa do país e é composto por três níveis: Central, Provincial e Distrital.

O Nível Central, realiza funções de definição de políticas, estratégias, normas e regulamentos. No nível central encontra-se centralizada a gestão financeira de bens de capital, como os grandes investimentos na rede hospitalar, aprovisionamento de transporte, equipamento, bem como as despesas com medicamentos (República de Moçambique. Ministério da Saúde, 2007).

O Nível Provincial realiza funções de planificação provincial tendo em linha de conta as orientações estratégicas definidas centralmente, mas adequando-as à situação real de cada província. A este nível são coordenadas as actividades de saúde dos distritos, através de planos anuais com metas estabelecidas para os vários programas prioritários. Este nível garante a

armazenagem e distribuição de materiais e medicamentos para toda a rede sanitária da província e garante que as normas e regulamentos definidos pelo nível central são cumpridos (República de Moçambique. Ministério da Saúde, 2007).

Segundo o Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS), “o distrito, através da sua rede sanitária, permite a prestação de cuidados de saúde primários às comunidades mais recôndidas, fornecendo igualmente uma atenção diferenciada nas sedes distritais” (República de Moçambique. Ministério da Saúde, 2007). Há um discurso político e legislativo que favorece a descentralização do sistema de saúde para o nível distrital. Já em 1978 o distrito foi declarado como unidade base de planificação e implementação mas, atendendo às circunstâncias e especificidades do sector, aspectos como aprovisionamento de medicamentos e outros materiais tem-se mantido centralizado (República de Moçambique. Ministério da Saúde, 2007).

Uma revisão constitucional feita em 1996 introduziu a possibilidade de as cidades, vilas e povoações se tornarem autoridades locais autónomas, chamadas municípios. A seguir às eleições municipais de 1998, 33 cidades tornaram-se municípios. O quadro legal regulador dos municípios prevê a transferência de uma serie de competências - incluindo cuidados de saúde primários - para os municípios. O processo de transferência da responsabilidade pela gestão dos centros e postos de saúde (e dos necessários recursos financeiros) está ainda numa fase inicial (República de Moçambique. Ministério do Plano e Finanças. Ministério da Saúde, 2003).

Em 1997/98, um grande passo em frente é dado em matéria de descentralização, com duas medidas fundamentais: i) descentralização total para as Províncias da gestão de todo o pessoal de saúde dos níveis médio, básico e elementar, ficando o Nível Central, unicamente, com a responsabilidade de gestão dos recursos humanos da saúde em serviço no próprio Nível Central e os técnicos de nível superior em todo o país; ii) criação de Orçamentos Provinciais de responsabilidade totalmente provincial, incluindo a sua distribuição por sectores, pelo que o nível central não tem competência para decidir se, em determinada Província, a maior parte dos fundos é atribuída à Saúde ou a outro sector. Esta componente da descentralização foi, em 2006, estendida aos Distritos que passaram a ter os Fundos de Desenvolvimento Distrital, para gerirem de forma autónoma (Ferrinho *et al.*, 2008).

A Tabela 1.4 mostra as divisões administrativas do país, a população de cada província, a respectiva densidade populacional e o número de unidades sanitárias, por província, em 2007. A densidade populacional é um problema delicado quando se procura conciliar as necessidades com a eficiência de investimentos escassos. A última coluna mostra o número de pessoas em cada província, por unidade sanitária de nível II (as que são objecto de estudo nesta tese). Esta

tabela procura ilustrar as desigualdades existentes entre províncias. A Figura 1.1 ilustra uma outra assimetria: a da distribuição de população por médicos em cada província.

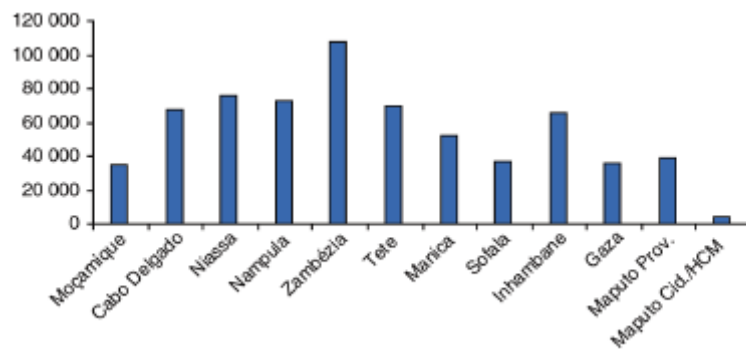


Figura 1.1 Número de habitantes por médico, por província em Moçambique, situação a 30 de Junho de 2007.

Fonte: Figura 2 In Ministério da Saúde. Direcção Nacional de Recursos Humanos, 2008: 3

Tabela 1.4 Alguns indicadores demográficos e de serviços de saúde, por províncias, em 2007

Regiões	Províncias	Nº de distritos ¹	População ¹		Densidade populacional ² Habitantes/km ²	Hospital central ³	Hospital provincial ³	Hospital geral ³	Hospital rural ³	Hospital distrital ³	Centro de saúde ³	Posto de saúde ³	População por US do nível secundário ³ Milhares
			Número	%									
Norte	Niassa	16	1 169 837	5,8	8	1	1	1	1	1	37	98	1 178
	Cabo Delgado	17	1 605 649	7,9	21	1	1	3	3	1	83	12	408
	Nampula	21	3 985 285	19,0	49	1	2	4	4	2	109	74	510
Centro	Zambézia	17	3 848 274	19,0	38	1	1	4	4	2	119	53	649
	Tete	14	1 783 967	8,8	16	1	1	3	3	3	80	18	611
	Manica	10	1 412 029	7,0	23	1	1	1	1	3	74	4	355
	Sofala	13	1 642 636	8,1	26	1	1	4	4	4	100	33	414
	Inhambane	14	1 252 479	6,2	22	1	1	2	2	2	89	12	634
Sul	Gaza	12	1 226 272	6,1	18	1	1	4	4	4	78	45	305
	Maputo-província	8	1 205 553	6,0	43	1	1	1	1	1	70	8	630
	Maputo-cidade	7	1 094 315	5,4	4 329	1	3	3	3	3	20	7	366
	Total	11	149	20 226	100	26	3	6	27	8	859	364	501
													296

Fonte: 1 - INE, Censo 2007, resultados definitivos, consultado em Julho 2010 em http://www.ine.gov.mz/o_pais/painel_o_pais; 2 - Instituto Nacional de Estatística, 2009a; 3 - Republica de Moçambique, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Saúde, 2008

Nota: US - unidade sanitária

1.3.3. Profissões de saúde

As profissões de saúde em Moçambique têm sofrido evoluções desde a independência num esforço enorme para responder às condições particulares do país. Existe um vasto corpo de “clínicos não médicos” (Mullan, Frehywot, 2007) de entre os quais se destacam os técnicos de cirurgia. A formação do pessoal de saúde é, maioritariamente, da responsabilidade do Ministério da Saúde. O Ministério da Educação faz a formação de médicos e mais alguns profissionais de nível superior. Os funcionários públicos da saúde são classificados de acordo com a sua carreira (por exemplo: médica, técnica de medicina, medicina preventiva e saúde pública, enfermagem, laboratório, farmácia) e o nível académico (superior, médio com especialização, médio, básico e elementar) (República de Moçambique. Ministério do Plano e Finanças. Ministério da Saúde, 2003: 99; Ferrinho, Omar, 2006: 28). A Tabela 1.5 mostra a evolução numérica de quatro grandes grupos de profissionais desde a independência.

Tabela 1.5 Número de médicos, técnicos de cirurgia, enfermeiros, enfermeiros SMI de 1975 a 2008

	1977 ¹	1987 ²	1990 ⁴	2000 ⁵	2006 ⁶
Médicos	285	327	154 ¹⁰ /387 ²	424	606
Enfermeiros	1 960	2 871	3 541	3 664	4 249
Enfermeiros SMI	430 ⁸	*	778 ¹¹	1 414	2 829
Técnicos de cirurgia	*	10 ^{3,9}	*	40 ⁷	50 ^{3,12}

Fonte: 1 - République Populaire du Mozambique. Ministère de Santé, 1980; 2 - Instituto Nacional de Estatística, 2009d; 3 - Vaz, 2007; 4 - República de Moçambique. Ministério da Saúde, 1991; 5 - SIP, 31 de Dezembro 2000, citado no PDRHS 2001; 6 - SIP, 31 Dezembro 2006 In Ferrinho *et al.*, 2008; 7 - Torres, Beceril, 2001;

Notas: SMI - Saúde Materno-Infantil; 8 - “Pessoal de obstetrícia”, ainda não tinha sido criada a categoria de Enfermeiras de Saúde Materno Infantil; 9 - primeiros 10 graduados; 10 - Não inclui médicos expatriados/Assistência Técnica; 11 - Não inclui parteiras elementares (361); 12 - 61 graduados até 2007, tendo falecido 11; 73% estão em hospitais rurais; * - sem informação

De notar que a independência e a nacionalização dos serviços de saúde levaram ao êxodo de médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde portugueses. Dos cerca de 550 médicos portugueses, não ficaram mais do que 85 após a independência (Segall, 1977; Barker, 1983; Cabral, Noormohamed, 1994). O número total de médicos apresentado na Tabela 1.5 inclui sempre os médicos expatriados.

Ao longo dos 30 anos o salto quantitativo mais importante é dado ao nível das profissões cuja formação é da responsabilidade do Ministério da Saúde (os níveis básicos e médios dos enfermeiros e técnicos de saúde).

1.3.4. Unidades sanitárias do Serviço Nacional de Saúde desde a independência

A evolução do número de Unidades Sanitárias do Serviço Nacional de Saúde, em Moçambique, está representada na Tabela 1.6. A mudança de 1975 para 1977 deve-se, essencialmente, à

reclassificação das unidades de saúde (Feio, 1953). A partir daí pode ver-se o aumento da rede de postos e centros de saúde, e a evolução, decidida por lei (Resolução nº 4/95), que levará à extinção dos postos de saúde que serão reabilitados e reclassificados em centros de saúde. Basicamente, o número de hospitais mantém-se o mesmo desde a independência. A alteração no número de hospitais de primeira referência pode dever-se a alterações de classificação de estruturas que eram centros de saúde com internamento, em sedes distritais.

Tabela 1.6 Unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde em Moçambique

Anos	1975 ¹	1977 ¹	1986 ¹	1999 ²	2003	2007 ³
Hospital central	3	3	3	3	3 ⁴	3
Hospital provincial	7	7	7	7	7 ⁴	7
Hospital geral				5	5 ⁴	6
Hospital rural	100	25	27	25	26 ⁴	27
Hospital distrital	*	*	*	*	**	8
Centro de saúde	120	253	211	277	683 ⁵	859
Posto de saúde	341	455	1115	734	506 ⁵	364
Hospital psiquiátrico	3	4	2	2	**	2

Fontes: 1 - Cabral, Noormahomed, 1994; 2 - Torres, Becerril, 2001; 3 - República de Moçambique. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde, 2008; 4 - SIS, Sistema de informação da saúde, 2003 citado em Ferrinho, Omar, 2006; 5 - Instituto Nacional de Estatística, 2009a.

Notas: * designação não existente nesse ano; ** sem informação

1.3.5. Fluxo de recursos no Serviço Nacional de Saúde

A Figura 1.2 ilustra a forma como o financiamento (especialmente salários), os medicamentos, aprovisionamento médico-cirúrgico e outros bens fluem no SNS. Segundo o trabalho referenciado na Figura 1.2 (República de Moçambique. Ministério do Plano e Finanças. Ministério da Saúde, 2003), os níveis I e II não possuem orçamento próprio, mas alguns hospitais de nível II podem gerir o seu próprio orçamento. Para o nível I, segundo o mesmo estudo, "os recursos aprovisionados centralmente são distribuídos por cinco canais distintos: (i) o Programa de Medicamentos essenciais (*kits* de medicamentos); (ii) a via clássica (requisições de medicamentos); (iii) o programa de imunização (vacinas); (iv) o abastecimento de material médico-cirúrgico; e (v) o sistema de abastecimento de outros consumíveis e equipamento (aprovisionamento) (República de Moçambique. Ministério do Plano e Finanças. Ministério da Saúde, 2003).

Alguns recursos fluem na direcção inversa, designadamente receitas provenientes das cobranças por consultas, internamentos e medicamentos (República de Moçambique. Ministério do Plano e Finanças. Ministério da Saúde, 2003).

1.3.6. Enquadramento legal dos hospitais de primeira referência em Moçambique

A Tabela 1.7 apresenta o enquadramento legal dos hospitais de primeira referência em Moçambique e a Tabela 1.8 alguns dos os marcos legislativos da saúde.

Tabela 1.7 Enquadramento legal dos hospitais de primeira referência em Moçambique

Serviço Nacional de Saúde ¹	O Serviço Nacional de Saúde é o conjunto das unidades sanitárias de formação e outras, dependentes do Ministério da Saúde, incluindo as que foram nacionalizadas em conformidade com o Decreto-Lei nº 5/75, de 10 de Agosto, que concorrem para a prestação de cuidados de saúde à população.
Níveis de atenção de saúde ¹	Para efeitos de assistência sanitária à população e de categorização hierárquica das instituições, o SNS organiza-se pelos seguintes níveis de atenção: a) nível primário - constituído por centros e postos de saúde, cada um deles compreendendo a respectiva área de saúde; b) nível secundário - constituído por hospitais distritais, gerais e rurais ; c) nível terciário - constituído por hospitais provinciais; d) nível quaternário - constituído por hospitais centrais e especializados.
Hospital ²	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 em níveis inferiores. O Hospital oferece sempre a possibilidades de diagnóstico clínico, com apoio laboratorial e de outros exames complementares e constituem sempre um nível de referência. O Hospital oferece sempre também a possibilidade de cuidados de urgência aos traumatismos e outras afecções. O hospital tem sempre médico.
Hospitais distritais, gerais e rurais ²	A principal característica de um hospital rural que o distingue dos hospitais distritais é possuir condições para a realização de intervenções cirúrgicas e de dispor de internamento com serviços individualizados para quatro especialidades básicas: Medicina Interna, Pediatria, Cirurgia e Obstetrícia e Ginecologia. Os Hospitais Gerais são muito idênticos aos Hospitais Rurais, mas distinguem-se por se situarem sempre em zona urbana
Área de saúde ¹	Entende-se por área de saúde a unidade territorial com uma população variando entre 200 000 e 100 000 habitantes, aproximadamente, servidos por um centro ou posto de saúde.
Zona de influência de um hospital ²	Zona de influência de um hospital: (por vezes também chamada por "zona de captação"): é a zona geográfica compreendendo várias Áreas de Saúde com os respectivos Centros de Saúde, donde doentes que não encontram solução para os seus problemas de saúde são referidos para esse Hospital.
Dependência hierárquica dos hospitais ³	Os hospitais distritais e rurais ou gerais dependem das Direcções Distritais da Saúde ou das Direcções de Saúde de Cidades; Os Hospitais Provinciais dependem das Direcções Provinciais de Saúde; Os hospitais centrais e especializados dependem dos Órgãos Centrais do Ministério da Saúde, mantendo uma articulação funcional e técnica com as Direcções Provinciais e de Cidades, das províncias onde se situam.
Distrito ⁴	O distrito é a unidade territorial principal da organização e funcionamento da administração local do Estado e a base da planificação do desenvolvimento económico, social e cultural da República de Moçambique. O distrito é composto por postos administrativos e localidades.
Conselho Hospitalar ⁵	É um órgão colectivo do MISAU, dirigido pelo ministro da saúde, que tem como função coordenar, planificar e controlar a actividade médica assistencial nos Hospitais. Reúne uma vez por ano e tem a seguinte composição: Ministro da saúde, Vice-ministro da Saúde, Secretário-geral; Directores nacionais, Chefe de departamento de assistência médica, Directores provinciais de saúde, Médicos-chefes provinciais, directores dos hospitais centrais e provinciais, outros quadros que o Ministro da saúde considere por bem convidar.

Fonte: 1 - Lei n.º 25/91, de 31 de Dezembro, que cria o Serviço Nacional de Saúde; 2- Diploma Ministerial nº 127/2002. Caracterização técnica, enunciado de funções específicas, critérios e mecanismos para a classificação das instituições do SNS; 3 - Diploma Ministerial nº 40/2004, de 28 de Fevereiro, Regulamento Geral dos Hospitais; 4 - Decreto nº 11/ 2005 de 10 de Junho, Legislação sobre os órgãos locais do Estado Lei nº 8/2003; 5 - Diploma ministerial nº 94/97, de 22 de Outubro, Estatuto do MISAU

Notas: A tabela apresenta transcrições dos textos legislativos. Os directores dos hospitais de primeira referência não são incluídos no Conselho Hospitalar.

Tabela 1.8 Marcos legislativos da saúde em Moçambique

Ano	Legislação
	Constituição Moçambicana de 1975
1975	Estabelece a obrigação de a República Popular de Moçambique organizar um sistema de saúde que beneficie toda a população (1).
	Decreto-Lei n. 5/75, de 17 de Agosto, Nacionalização das unidades de saúde privadas
1975	Este decreto-lei coloca todos os estabelecimentos de saúde, incluindo equipamento e material, sob o controlo do MISAU. O pessoal destes estabelecimentos será integrado no Serviço Nacional de Saúde (SNS) de acordo com as condições do MISAU. Finalmente, a lei estabelece multas para a prática privada de cuidados de saúde ou para o apoio e a facilitação dessa prática privada (1).
	Lei n. ° 2/77, de 27 de Setembro, Socialização da medicina
1977	Este diploma legal cria um sistema de tarifas nas unidades de saúde do SNS (tarifas de pacientes internos e externos) e procura harmonizar o critério de cobranças entre as diferentes unidades do SNS. A lei estabelece que todos os cuidados preventivos são gratuitos (o significado exacto de «cuidados preventivos» é definido em legislação subsequente). (1) Legislações subsequentes vão alterando os valores dos pagamentos a efectuar.
	Constituição Moçambicana de 1990
1990	De acordo com a Constituição, o Estado é responsável pela organização do SNS a fim de garantir os direitos dos cidadãos. Esta responsabilidade é assumida pelo Estado através do MISAU. A Constituição sublinha que o Estado deve promover a participação dos cidadãos no melhoramento da saúde da comunidade. (1)
	Lei n.º 25/91, de 31 de Dezembro, Cria o Serviço Nacional de Saúde
1991	Atendendo ao direito constitucional aos cuidados de saúde, a lei estabelece quatro níveis de unidades para o SNS. O SNS inclui também centros de higiene e sanidade, instituições de formação, laboratórios especializados e outras instituições que podem ser criadas no futuro (1).
	Lei n.º 26/91, de 31 de Dezembro, Legaliza o provimento de cuidados de saúde privados e estabelece as regras de iniciação e funcionamento (1).
2002	Diploma Ministerial nº 127/2002, Caracterização técnica, enunciado de funções específicas, critérios e mecanismos para a classificação das instituições do SNS

Fonte: 1 - República de Moçambique, Ministério do Plano e Finanças e Ministério da Saúde, 2003

A partir daqui, neste trabalho, as seguintes expressões serão usadas como sinónimos:

- *Hospitais de nível secundário*
- *Unidades Sanitárias de nível II*
- *Hospitais gerais, rurais e distritais*
- *Hospitais de primeira referência (em Moçambique)*

Apesar de todo o progresso alcançado nas condições difíceis que se descreveram muito brevemente, o sistema de saúde Moçambicano está longe de conseguir alcançar cobertura e acesso universais. O Plano Estratégico do Sector da Saúde afirma que “apenas 50% da população tem acesso a um nível aceitável de cuidados de saúde e somente 36% têm acesso a cuidados de saúde num raio de 30 minutos das suas casas. No entanto, é de referir que cerca de 30% da população não tem possibilidade de aceder a qualquer tipo de serviços de saúde” (República de Moçambique. Ministério da Saúde, 2007).

1.4. Finalidade e objectivos gerais da tese

1.4.1. Finalidade

Esta tese tem como finalidade melhorar a compreensão do contributo dos hospitais de primeira referência para o desenvolvimento do sistema de saúde moçambicano e para a fundamentação da organização do sistema de saúde com base no distrito de saúde/sistema local de saúde.

1.4.2. Objectivos gerais

A tese foi desenhada para atingir os seguintes objectivos gerais:

1. Descrever empiricamente o perfil do hospital de primeira referência Moçambicano e sua evolução desde a independência;
2. Descrever empiricamente o perfil do distrito de saúde Moçambicano;
3. Descrever o papel e a função esperada do hospital de primeira referência na estratégia de saúde de Moçambique e sua evolução desde a independência;
4. Identificar a diferença entre a função planeada e a função observada nos hospitais em estudo, nomeadamente no que concerne ao seu papel no distrito de saúde moçambicano;
5. Caracterizar a evolução dos hospitais de primeira referência na África subsaariana.

Os objectivos específicos assim como a descrição detalhada dos métodos de cada sub-estudo são apresentados nos capítulos correspondentes, assim como as respectivas considerações éticas.

A tese pretende, portanto, descrever as características dos hospitais de primeira referência em Moçambique, o seu papel e funções no distrito de saúde e compreender a sua evolução no contexto Moçambicano e Africano, contribuindo assim para melhorar o conhecimento sobre a relação entre o que é idealizado e as suas concretizações.

1.5. Desenho da tese

Os estudos podem ser realizados em duas grandes abordagens (quantitativa e qualitativa). A abordagem multimétodos ou mista, utilizada nesta tese, utiliza técnicas de ambas as abordagens para a colheita e análise de dados (Creswell, 2009: 3; Borkan, 2004; Creswell, Fetters, Ivankova, 2004).

Para alcançar a finalidade e objectivo enunciados desenhou-se um estudo em que há quatro sub-estudos que se ligam (e que irão ser designados de Sub-estudos 1,2,3 e 4, Figura 1.3). A razão desta escolha não foi imediata. Ao trabalho de descrição empírica da realidade dos hospitais classificados nessa altura, pelo Ministério da Saúde em Moçambique, como HPR (Sub-estudo 3), faltava a compreensão do contexto e a explicação para a situação encontrada (Sub-estudos 1,2,4). A revisão bibliográfica (realizada desde o início da tese até à sua conclusão, Figura 1.3), apontava para a escassez de estudos semelhantes que permitissem dizer o que são este tipo de hospitais na mesma área geográfica (África Subsaariana) ou em Moçambique mas em termos de evolução no tempo. Por se ter encontrado incredulidade de vários interlocutores em relação a este achado resolveu-se estruturar a pesquisa bibliográfica, explicitar todos os passos, fornecer os documentos recuperados (CD anexo) de forma a poder demonstrar essa escassez e poder fazer uma síntese do conteúdo temático (Sub-estudos 1 e 2). A dificuldade em documentar e explicar a situação dos HPR em Moçambique levou a desenhar um estudo que recorreu a entrevistas com informadores chave (Sub-estudo 4).

Todo o trabalho de investigação implica o levantamento de dados de variadas fontes de forma a contribuir para o processo reflexivo que leva às respostas procuradas. Neste trabalho utilizaram-se processos de documentação directa (questionários, entrevistas) e indirecta (pesquisa bibliográfica) (Marconi, Lakatos, 2001: 43). Foram colhidos e analisados dados quantitativos e qualitativos porque se pretendia não só descrever uma realidade como também concorrer para a sua compreensão.

Creswell define tipologias de estudos de abordagem multimétodos ou mista (Creswell, 2009), utilizando alguns critérios de classificação, nomeadamente: o tempo (*timing*, estudos que decorrem ao mesmo tempo ou estudos sequenciais); peso (*weighting*, estudo com componente quantitativo ou qualitativo principal); mistura (*mixing*, que quer dizer o momento e a forma em que os diferentes tipos de dados se encontram).

Esta tese enquadra-se no tipo de estudo “Desenho explicativo sequencial” (Sequential explanatory design, Figura 1.3). Este tipo de estudo é caracterizado pela recolha e análise de dados quantitativos numa primeira fase, que influencia e informa uma segunda fase, de colheita

e análise de dados qualitativos, sendo por isso um estudo sequencial (1ª e 2ª fases na Figura 1.3). O peso maior é dado ao estudo quantitativo inicial e a mistura dos dados é feita essencialmente no fim (na discussão, assinalado como “Interpretação da análise total” na Figura 1.3). É um desenho utilizado normalmente para explicar e interpretar os resultados quantitativos inicialmente obtidos, representando a segunda fase da investigação uma fase de suporte à primeira fase.

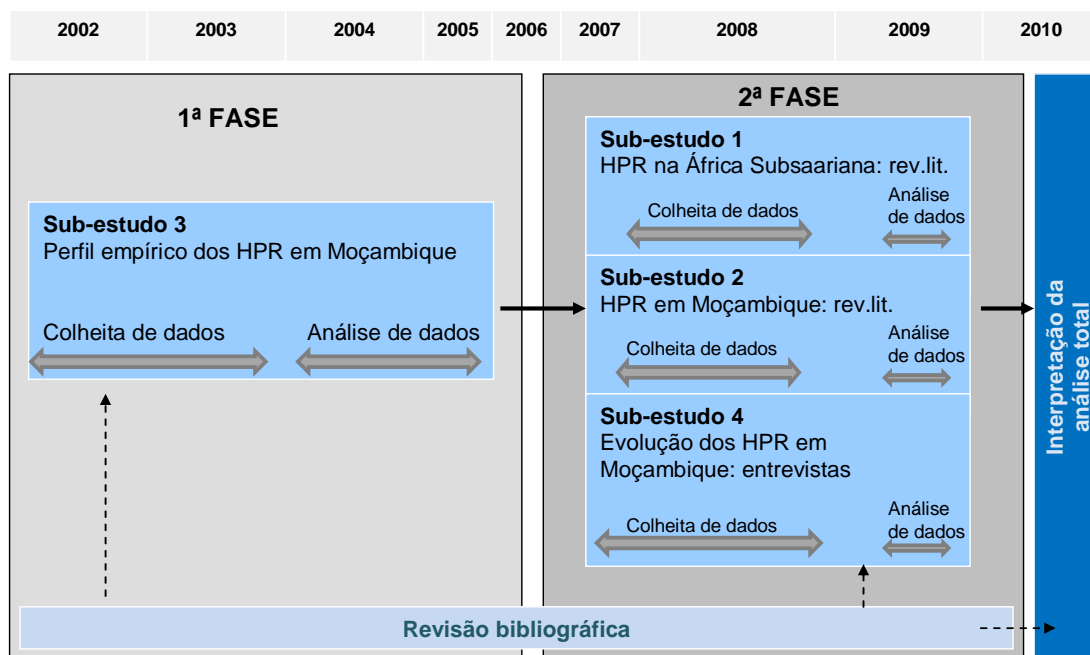


Figura 1.3 Desenho da tese, Estudo sequencial explicativo.

Fonte: Adaptado de Creswell, 2009: 209 e 210, Sequential explanatory design. HPR – Hospital de primeira referência; ver.lit – revisão de literatura

A Tabela 1.9 apresenta novamente os objectivos deste trabalho com a indicação de que sub-estudos concorreram para os realizar.

Tabela 1.9 Objectivos gerais da tese e respectivos sub-estudos

Objectivos gerais:	Sub-estudos que concorrem para atingir os objectivos
1. Descrever empiricamente o perfil do hospital de primeira referência Moçambicano e sua evolução desde a independência;	Sub-estudo 3, Perfil empírico dos HPR em Moçambique Sub-estudo 2, HPR em Moçambique, análise documental
2. Descrever empiricamente o perfil do distrito de saúde Moçambicano;	Sub-estudo 3, Perfil empírico dos HPR em Moçambique Sub-estudo 2, HPR em Moçambique, análise documental
3. Descrever papel e função esperada do hospital de primeira referência na estratégia de saúde de Moçambique e sua evolução desde a independência;	Sub-estudo 2, HPR em Moçambique, análise documental Sub-estudo 4, Entrevistas
4. Identificar a diferença entre a função planeada e a função observada nos hospitais em estudo, nomeadamente no que concerne o seu papel no distrito de saúde moçambicano;	Sub-estudo 3, Perfil empírico dos HPR em Moçambique Sub-estudo 2, HPR em Moçambique, análise documental Sub-estudo 4, Entrevistas
5. Caracterizar a evolução dos hospitais de primeira referência na África subsaariana.	Sub-estudo 1, HPR na África Subsaariana, revisão sistemática de literatura

A Tabela 1.10 apresenta, uma síntese da “População, material e métodos” da cada sub-estudo.

Tabela 1.10 População, material e métodos dos quatro sub-estudos

Sub-estudo	Sub-estudo 1	Sub-estudo 2	Sub-estudo 3	Sub-estudo 4
Título	HPR na África Subsaariana (Capítulo 2)	HPR no sistema de saúde moçambicano (Capítulo 3)	HPR em Moçambique (Capítulo 4)	A evolução dos HPR em Moçambique (Capítulo 5)
Técnicas de investigação	Análise documental e análise de conteúdo	Análise documental e análise de conteúdo	Questionário e Estatística descritiva	Entrevista e Análise de conteúdo
População /material	106 documentos	56 documentos	31 hospitais (universo dos HPR)	11 Informadores chave
Data a que se referem os dados	1971-2006	1977-2008	2001	1975-2008
Data de colheita dos dados	2008/2009	2008/2010	2002-2003	2008

Nos capítulos seguintes são apresentados os sub-estudos, não pela ordem em que foram realizados mas pela ordem que pareceu favorecer a compreensão da tese. Assim, é inicialmente

apresentada a revisão sistemática de literatura relativa aos HPR na África Subsaariana (Sub-estudo 1), seguida da revisão de literatura relativa a Moçambique (Sub-estudo 2). Depois, o estudo empírico de caracterização dos HPR em Moçambique (Sub-estudo 3), seguido das entrevistas a políticos envolvidos nas reformas da saúde dos últimos trinta anos em Moçambique sobre a evolução daqueles hospitais (Sub-estudo 4).

Finalmente a interpretação das diversas análises realizadas é apresentada no capítulo da discussão.

Como dito atrás, neste desenho de estudo, a 1ª fase informou a recolha de dados dos sub-estudos subsequentes. A junção dos diferentes tipos de dados é feita numa pequena parte na apresentação do Sub-estudo 3 (capítulo 4, Perfil empírico dos HPR em Moçambique) e a interpretação das análises dos quatro estudos é apresentada no capítulo da discussão (Creswell, 2009).

2. HOSPITAIS DE PRIMEIRA REFERÊNCIA NA ÁFRICA SUBSAARIANA: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

2.1. Introdução

O ponto de partida desta revisão foi a dificuldade em encontrar estudos empíricos que ajudassem a compreender a evolução e a situação actual deste tipo de hospitais dentro dos sistemas de saúde do distrito/sistemas locais de saúde em contraste com um número significativo de documentos normativos, destinados a apoiar a disseminação e implementação do “distrito de saúde baseado nos cuidados de saúde primários”.

Os objectivos deste trabalho foram:

- Caracterizar a situação actual e evolução dos hospitais de primeira referência na África Subsaariana;
- Descrever a evolução do conceito de distrito de saúde e do papel do hospital de distrito, a nível internacional.

2.2. Material e métodos

A revisão é a tentativa de sintetizar resultados e conclusões de uma ou mais publicações. Neste trabalho é designada de sistemática, fazendo apelo ao trabalho desenvolvido pela Cochrane Collaboration mas adaptando-o à natureza diferente dos objectivos de partida. A revisão é então designada de sistemática no sentido em que utiliza processos organizados e explícitos de identificação, selecção e de avaliação (análise) dos estudos incluídos (Jackson, Cochrane Health Promotion and Public Health Field, Victorian Health Promotion Foundation, [2004]; The Cochrane Collaboration 2005). Permite, por isso, a sua replicação e ponderação das conclusões à luz do percurso metodológico.

2.2.1. Estratégia de procura e selecção de documentos

Os documentos foram obtidos através de

- consulta de base de dados bibliográficas e de metafontes² de informação, nomeadamente, sítios na internet dos Ministérios da saúde dos países da África Subsaariana;

² Metafontes de informação - colecções de recursos; sítios organizados da internet que listam outros sítios [Metaresources of information - collections of resources; organized websites that list other sites] (Baezayates, Ribeiro-neto, 1999).

- pesquisa nas referências bibliográficas dos documentos obtidos.

A estratégia de procura e de selecção de documentos, para cada base de dados e metafonte de informação utilizada, estão apresentadas na Tabela 2.1. Nem todas as estratégias de procura tinham uma orientação geográfica (África Subsaariana). Em termos de selecção, a área geográfica foi apenas critério de selecção para os estudos empíricos.

As bases de dados bibliográficas utilizadas foram a PubMed, Proquest, Emerald, B-on e WHOLIS. As metafones de informação utilizadas foram os sítios na internet da Organização Mundial de Saúde, Banco Mundial, *Medicus Mundi* International, GTZ, AFRO-NETS African Networks for health research and development, Nuffield Centre for International Health and Development, Leeds Institute of health sciences, Karolinska Institutet e dos Ministérios da saúde dos países da África subsaariana. Finalmente, o motor de busca "Google" também foi utilizado.

Nas bases de dados bibliográficas, as palavras-chave foram escolhidas na PubMed por ser a única que apresenta um thesaurus (lista estruturada de conceitos estabelecendo também relações entre eles) e foram posteriormente adaptadas às diferentes características das restantes bases de dados. Por exemplo, a base de dados "B-on" não permite usar mais que uma palavra em cada campo como palavra-chave. A BioMedCentral, que dá acesso a texto integral em open access não foi pesquisada porque a forma de pesquisa não permitiria encontrar nada que não tivesse sido recuperado pela pesquisa na PubMed. No Apêndice A explica-se com mais pormenor as características de cada base de dados.

Tabela 2.1 Fontes de informação, estratégia de procura e estratégia de selecção de documentos

Fontes de informação		Estratégia de procura	Estratégia de selecção
BASES DE DADOS	PubMed	<p>Mesh terms: "Hospitals" AND "Africa South of the Sahara"; "Economics, Hospital" AND "Africa South of the Sahara"; "Equipment and Supplies, Hospital" AND "Africa South of the Sahara"; "Hospital Administration" AND "Africa South of the Sahara"; "Catchment Area (Health)" AND "Africa South of the Sahara"; "Community Health Planning" AND "Africa South of the Sahara".</p> <p>Sem outras limitações de pesquisa. Realizada a 5 de Setembro de 2008.</p> <p>Mesh Terms: "Primary health care" AND "Hospitals"</p> <p>Palavras-chave: "Hospitals" AND "District" AND "Africa"; "District" AND "Health" AND "System".</p> <p>Sem outras limitações de pesquisa. Realizada a 3 de Fevereiro de 2009.</p>	<p>A partir dos títulos e resumo [abstract] e, quando necessário, consulta do documento integral:</p> <p>Critérios de inclusão: - estudos empíricos que caracterizem estrutura, recursos ou produção de hospitais de primeira referência na África Subsaariana; - artigos que discutam ou caracterizem o papel do hospital no distrito de saúde ou nos programas de saúde; - artigos de reflexão/conceptuais/opinião sobre hospital de primeira referência, distrito de saúde ou hospital de primeira referência e cuidados de saúde primários.</p> <p>Critérios de exclusão para PubMed e Proquest: - Documentos sem resumo [abstract] e cujo título não incluía as palavras-chave hospital, distrito de saúde ou sistema de saúde.</p>
	Proquest	<p>Palavras-chave: "Hospitals" AND "Africa South of the Sahara"; "Hospitals" AND "economic" AND "Africa South of the Sahara"; "Equipment" AND "Hospitals" AND "Africa South of the Sahara"; "Supplies" AND "Hospitals" AND "Africa South of the Sahara"; "Hospital" AND "Administration" AND "Africa South of the Sahara"; "Catchment Area" AND "Africa South of the Sahara"; "Community Health Planning" AND "Africa South of the Sahara"; "District" AND "Africa South of the Sahara".</p> <p>Sem outras limitações de pesquisa. Realizada a 17 de Setembro de 2008.</p>	<p>Critérios de exclusão para PubMed: - documentos classificados como "news"; - documentos sem resumo [abstract] em línguas diferentes de inglês, francês, português ou espanhol.</p>

(continua)

Tabela 2.1 Fontes de informação, estratégia de procura e estratégia de selecção de documentos
(continuação)

Fontes de informação		Estratégia de procura	Estratégia de selecção
BASES DE DADOS	Emerald	<p>Palavras-chave: "Hospitals" AND "Africa South of the Sahara"; "Hospitals" AND "economic" AND "Africa South of the Sahara"; "Equipment" AND "Hospitals" AND "Africa South of the Sahara"; "Supplies" AND "Hospitals" AND "Africa South of the Sahara"; "Hospital" AND "Administration" AND "Africa South of the Sahara"; "Catchment Area health" AND "Africa South of the Sahara"; "Community Health Planning" AND "Africa South of the Sahara"; "District" AND "Africa South of the Sahara".</p> <p>Sem outras limitações de pesquisa. Realizada a 19 de Setembro de 2008.</p>	<p>A partir dos títulos e resumo [abstract] e, quando necessário, consulta do documento integral:</p> <p>Critérios de inclusão: - estudos empíricos que caracterizem estrutura, recursos ou produção de hospitais de primeira referência na África Subsaariana; - artigos que discutam ou caracterizem o papel do hospital no distrito de saúde ou nos programas de saúde; - artigos de reflexão/conceptuais/opinião sobre hospital de primeira referência, distrito de saúde ou hospital de primeira referência e cuidados de saúde primários.</p>
	B-on	<p>Palavras chave: "Hospitals" E "Africa"; "Health" E "District"; "Hospitals" E "District"; "System" E "District".</p> <p>Limites de pesquisa: "Health Sciences". Realizada a 21 de Janeiro de 2009.</p>	<p>Critérios de exclusão: - Documentos sem resumo [abstract] e cujo título não incluía as palavras-chave hospital, distrito de saúde ou sistema de saúde.</p>
	WHOLIS	<p>Palavras-chave: "Hospitals" AND "Africa South of the Sahara"; "Hospitals" AND "economic" AND "Africa South of the Sahara"; "Equipment" AND "Hospitals" AND "Africa South of the Sahara"; "Supplies" AND "Hospitals" AND "Africa South of the Sahara"; "Hospital" AND "Administration" AND "Africa South of the Sahara"; "Catchment Area health" AND "Africa South of the Sahara"; "Catchment Area " AND "Africa South of the Sahara" AND "health"; "Community Health Planning" AND "Africa South of the Sahara"; "District" AND "Africa South of the Sahara"; "Hospital" AND "Africa"; "Hospital" AND "District" AND "Africa South of the Sahara"; "Hospital" AND "District"; "District" AND "Health" AND "System".</p> <p>Sem outras limitações de pesquisa. Realizada a 19 de Setembro de 2008.</p>	

(continua)

Tabela 2.1 Fontes de informação, estratégia de procura e estratégia de selecção de documentos
(continuação)

Fontes de informação	Estratégia de procura	Estratégia de selecção
METAFONTES DE INFORMAÇÃO Sítio na internet da Organização Mundial da saúde www.who.int/en/	Palavras-chave: "District Health Systems"; District Hospital". Realizada a 18 de Fevereiro de 2009.	A partir dos títulos e resumo [abstract] e, quando necessário, consulta do documento integral: Critérios de inclusão: - estudos empíricos que caracterizem estrutura, recursos ou produção de hospitais de primeira referência na África Subsaariana; - artigos que discutam ou caracterizem o papel do hospital no distrito de saúde ou nos programas de saúde; - documentos de reflexão/conceptuais/opinião sobre hospital de primeira referência, distrito de saúde ou hospital de primeira referência e cuidados de saúde primários.
	Revisão exaustiva de todos os títulos publicados pela OMS na colecção "Technical Reports Series". http://whqlibdoc.who.int/trs Realizada a 3 de Março de 2009.	A partir dos títulos que incluíam as palavras "hospital", "district" ou "primary health care", do índice e de algumas partes do documento, inclusão de : - documentos de reflexão/conceptuais/opinião sobre hospital de primeira referência, distrito de saúde ou hospital de primeira referência e cuidados de saúde primários.
	Revisão dos Relatórios Mundiais da Saúde de 1995 a 2008. www.who.int/whr/ Realizada a 5 de Março de 2009.	A partir da pesquisa, no texto integral, das palavras "district hospital", selecção dos relatórios com referências ao papel, funções ou características do hospital de distrito no contexto do tema do relatório.

(continua)

Tabela 2.1 Fontes de informação, estratégia de procura e estratégia de selecção de documentos
(continuação)

Fontes de informação	Estratégia de procura	Estratégia de selecção
METAFONTES DE INFORMAÇÃO Sítio na internet do Banco Mundial www.worldbank.org	Palavras chave: "District Health Systems"; District Hospital". Realizada a 18 de Fevereiro de 2009.	A partir dos títulos e resumo [abstract] e, quando necessário, consulta do documento integral: Critérios de inclusão: - estudos empíricos que caracterizem estrutura, recursos ou produção de hospitais de primeira referência na África subsaariana; - artigos que discutam ou caracterizem o papel do hospital no distrito de saúde ou nos programas de saúde; - artigos de reflexão/conceptuais/opinião sobre hospital de primeira referência, distrito de saúde ou hospital de primeira referência e cuidados de saúde primários.
Sítio na internet dos "Medicus Mundi" www.medicusmundi.org	Palavras chave: "hospitals". Pesquisa na lista de publicações. Realizada a 27 de Fevereiro de 2009.	Critérios de exclusão: - documentos em línguas diferentes de inglês, francês, ou português.
Sítio na internet do GTZ www.gtz.de	Palavras chave: "hospitals" "district system". Realizada a 27 de Fevereiro de 2009.	
Sítio na internet da AFRO-NETS African Networks for health research and development http://www.afronets.org	Pesquisa nas listagens existentes de publicações ("Document" e "Other documents"). Realizada a 27 de Fevereiro de 2009.	
Sítio na internet do Nuffield Centre for International Health and Development; Leeds Institute of Health Sciences. http://www.leeds.ac.uk/lihs/nuffield/index.htm	Pesquisa na listagem "Publications". Realizada a 27 de Fevereiro de 2009.	
Sítio na internet do Karolinska Institutet http://ki.se http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=1610&l=en&fromtransit=167	Pesquisa na página "Global Health Course at International Health" e na lista de publicações. Pesquisa na base de dados de dissertações com as palavras chave "district" AND "hospital". Realizada a 27 de Fevereiro de 2009.	

(continua)

Tabela 2.1 Fontes de informação, estratégia de procura e estratégia de selecção de documentos (continuação)

Fontes de informação	Estratégia de procura	Estratégia de selecção
Motor de busca "Google"	<p>www.google.pt</p> <p>Palavras chave: "district hospital", "district health system", "Inpatient care", "Missionary hospitals".</p> <p>Realizada a 27 de Fevereiro de 2009.</p>	<p>A partir dos títulos, índices, sumários e, quando necessário, consulta do documento integral:</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - estudos empíricos que caracterizem estrutura, recursos ou produção de hospitais de primeira referência na África Subsaariana; - artigos que discutam ou caracterizem o papel do hospital no distrito de saúde ou nos programas de saúde; - documentos de reflexão/conceptuais/opinião sobre hospital de primeira referência, distrito de saúde ou hospital de primeira referência e cuidados de saúde primários; <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - documentos em línguas diferentes de inglês, francês, ou português.
METAFONTES DE INFORMAÇÃO	<p>Sítio na internet do Ministério da Saúde de Angola http://www.minsa.gov.ao/</p> <p>Utilização da ferramenta "Busca avançada" com as palavras "hospital"; "hospital distrito"; "distrito saúde". Pesquisa na página das publicações.</p> <p>Realizada a 31 de Julho de 2009.</p>	<p>A partir dos títulos, índices, sumários e, quando necessário, consulta do documento integral:</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - estudos empíricos que caracterizem estrutura, recursos ou produção de hospitais de primeira referência na África Subsaariana; - artigos que discutam ou caracterizem o papel do hospital no distrito de saúde ou nos programas de saúde. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - documentos em línguas diferentes de inglês, francês, ou português.
	<p>Sítio na internet do Ministério da Saúde do Benim http://www.minis-teresantebenin.com</p> <p>Utilização da ferramenta "Rechercher" que resultou no aparecimento do aviso "page en cours de construction" [página em construção].</p> <p>Pesquisa na página "Programme National de Réhabilitation et de Construction des Centres Hospitaliers (PNRCCH)" [Programa nacional de reabilitação e construção hospitalares]. Pesquisa na página "Tous les programmes" [Lista de projectos e programas do Ministério da Saúde].</p> <p>Realizada a 31 de Julho de 2009.</p>	<p>A partir dos títulos, índices, sumários e, quando necessário, consulta do documento integral:</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - estudos empíricos que caracterizem estrutura, recursos ou produção de hospitais de primeira referência na África Subsaariana; - artigos que discutam ou caracterizem o papel do hospital no distrito de saúde ou nos programas de saúde. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - documentos em línguas diferentes de inglês, francês, ou português.

(continua)

Tabela 2.1 Fontes de informação, estratégia de procura e estratégia de selecção de documentos
(continuação)

Fontes de informação	Estratégia de procura	Estratégia de selecção
METAFONTES DE INFORMAÇÃO		
Sítio na internet do Ministério da Saúde do Botsuana http://www.moh.gov.bw/	Utilização da ferramenta "Search" com as palavras "hospital; "district hospital"; "health district". Pesquisa na página "Publications": "Policies and application forms"; "Reports". Realizada a 1 de Agosto de 2009.	A partir dos títulos, índices, sumários e, quando necessário, consulta do documento integral: Critérios de inclusão: - estudos empíricos que caracterizem estrutura, recursos ou produção de hospitais de primeira referência na África subsaariana; - artigos que discutam ou caracterizem o papel do hospital no distrito de saúde ou nos programas de saúde. Critérios de exclusão: - documentos em línguas diferentes de inglês, francês, ou português.
Sítio na internet do Ministério da Saúde do Burkina Faso http://www.sante.gov.bf/	Pesquisa na página "Documents en ligne" [Documentos on line] and "Statistiques sanitaires" [Estatísticas de saúde]. Realizada a 1 de Agosto de 2009.	
Sítio na internet do Ministério da Saúde do Burundi	Não encontrada a 1 de Agosto de 2009.	
Sítio na internet do Ministério da Saúde dos Camarões http://www.minsante.cm	Pesquisa na página de publicações. Realizada a 1 de Agosto de 2009.	
Sítio na internet do Ministério da Saúde da Republica Centro Africana	Não encontrada a 1 de Agosto de 2009.	
Sítio na internet do Ministério da Saúde do Chade	Não encontrada a 1 de Agosto de 2009.	
Sítio na internet do Ministério da Saúde do Congo	Não encontrada a 1 de Agosto de 2009.	

(continua)

Tabela 2.1 Fontes de informação, estratégia de procura e estratégia de selecção de documentos
(continuação)

Fontes de informação	Estratégia de procura	Estratégia de selecção
METAFONTES DE INFORMAÇÃO	Sítio na internet do Ministério da Saúde da Costa do Marfim	Não encontrada a 1 de Agosto de 2009.
	Sítio na internet do Ministério da Saúde da República Democrática do Congo http://www.minis-anterd.c.d/	Pesquisa na página "Dernier documents" [Ultimos documentos] e "Politique sanitaire" [politica de saúde]. Realizada a 1 de Agosto de 2009.
	Sítio na internet do Ministério da Saúde do Djibouti http://www.ministere-sante.dj/	"Site Web en construction..." [Web site em construção]. Não encontrada a 1 de Agosto de 2009.
	Sítio na internet do Ministério da Saúde da Guiné Equatorial	Não encontrada a 1 de Agosto de 2009.
	Sítio na internet do Ministério da Saúde da Eritreia	Não encontrada a 1 de Agosto de 2009.
	Sítio na internet do Ministério da Saúde da Etiópia http://www.moh.gov.et/	Utilização da ferramenta "Search" com as palavras "hospital; "district hospital"; "health district". Pesquisa nas páginas "Publications"; "Reports", "Documents", "Manual", "Policies". Realizada a 1 de Agosto de 2009.
	Sítio na internet do Ministério da Saúde do Gabão	Não encontrada a 1 de Agosto de 2009.

A partir dos títulos, índices, sumários e, quando necessário, consulta do documento integral:

Critérios de inclusão:

- estudos empíricos que caracterizem estrutura, recursos ou produção de hospitais de primeira referência na África Subsaariana;
- artigos que discutam ou caracterizem o papel do hospital no distrito de saúde ou nos programas de saúde.

Critérios de exclusão:

- documentos em línguas diferentes de inglês, francês, ou português.

(continua)

Tabela 2.1 Fontes de informação, estratégia de procura e estratégia de selecção de documentos
(continuação)

Fontes de informação	Estratégia de procura	Estratégia de selecção
METAFONTES DE INFORMAÇÃO		
Sítio na internet do Ministério da Saúde da Gâmbia http://www.dosh.gm	Pesquisa na página "Health programmes". Realizada a 1 de Agosto de 2009.	A partir dos títulos, índices, sumários e, quando necessário, consulta do documento integral: Critérios de inclusão: - estudos empíricos que caracterizem estrutura, recursos ou produção de hospitais de primeira referência na África Subsaariana; - artigos que discutam ou caracterizem o papel do hospital no distrito de saúde ou nos programas de saúde.
Sítio na internet do Ministério da Saúde do Ghana http://www.moh-ghana.org	Pesquisa na página "Policies and Programs" and page "Reports and publications". Realizada a 1 de Agosto de 2009.	
Sítio na internet do Ministério da Saúde da Guiné-Conakri	Não encontrada a 1 de Agosto de 2009.	Critérios de exclusão: - documentos em línguas diferentes de inglês, francês, ou português.
Sítio na internet do Ministério da Saúde da Guiné-Bissau	Não encontrada a 1 de Agosto de 2009.	
Sítio na internet do Ministério da Saúde do Quênia http://www.health.go.ke	Não encontrada a 1 de Agosto de 2009.	
Sítio na internet do Ministério da Saúde do Lesoto	Não encontrada a 1 de Agosto de 2009.	
Sítio na internet do Ministério da Saúde da Libéria http://liberiamohsw.org	Pesquisa na página "Reports and publications". Realizada a 1 de Agosto de 2009.	
Sítio na internet do Ministério da Saúde do Malawi http://www.malawi.gov.mw/Health/Home%20Health.htm	Pesquisa na página "Publications". Realizada a 1 de Agosto de 2009.	

(continua)

Tabela 2.1 Fontes de informação, estratégia de procura e estratégia de selecção de documentos
(continuação)

Fontes de informação	Estratégia de procura	Estratégia de selecção
METAFONTES DE INFORMAÇÃO Sítio na internet do Ministério da Saúde do Mali http://www.sante.gov.ml/	Pesquisa na página "Documents politiques": "Web santé", "Politiques ministère Santé", "Politiques gouvernement" [Documentos políticos: web saúde, Política do ministério da saúde, Política governamental] e "Politique sanitaire" [Política de saúde]. Realizada a 2 de Agosto de 2009.	A partir dos títulos, índices, sumários e, quando necessário, consulta do documento integral: Critérios de inclusão: - estudos empíricos que caracterizem estrutura, recursos ou produção de hospitais de primeira referência na África Subsaariana; - artigos que discutam ou caracterizem o papel do hospital no distrito de saúde ou nos programas de saúde.
Sítio na internet do Ministério da Saúde da Mauritânia http://www.sante.gov.mr/	Pesquisa na página "Politique specific du secteur" [Política específica do sector] e "Le suivi et l'évaluation": "Revues", "Rapports" [Monitorização e avaliação: estudos e relatórios]. Realizada a 2 de Agosto de 2009.	Critérios de exclusão: - documentos em línguas diferentes de inglês, francês, ou português.
Sítio na internet do Ministério da Saúde de Moçambique http://www.misau.gov.mz/	Utilização da ferramenta "Procurar" com as palavras "hospital"; "hospital distrito"; "distrito saúde". Pesquisa na página "Publicações", "Pesquisa/Investigação", Programas, "Instituto Nacional de Saúde: Revista Médica". Realizada a 2 de Agosto de 2009.	
Sítio na internet do Ministério da Saúde de Namíbia http://www.healthnet.org.na/	Pesquisa na página "Documents": "Reports". Realizada a 2 de Agosto de 2009.	
Sítio na internet do Ministério da Saúde do Níger	Não encontrada a 1 de Agosto de 2009.	
Sítio na internet do Ministério da Saúde da Nigéria http://www.akwaibomstategov.com/mn_health.html	Pesquisa na página "Ministry's main page". Realizada a 2 de Agosto de 2009.	
Sítio na internet do Ministério da Saúde do Ruanda http://www.moh.gov.rw/	Pesquisa na página "Publications". Realizada a 2 de Agosto de 2009.	

(continua)

Tabela 2.1 Fontes de informação, estratégia de procura e estratégia de selecção de documentos
(continuação)

Fontes de informação	Estratégia de procura	Estratégia de selecção
METAFONTES DE INFORMAÇÃO Sítio na internet do Ministério da Saúde do Senegal http://www.sante.gouv.sn	Utilização da ferramenta "Rechercher" [Pesquisa] com as palavras "hôpital", "hôpital districtal", "district sanitaire". Pesquisa na página "Publications". Pesquisa na página "Politiques de santé : Reference et contre reference" [Políticas de saúde: referência e contra referência]. Realizada a 2 de Agosto de 2009.	A partir dos títulos, índices, sumários e, quando necessário, consulta do documento integral: Critérios de inclusão: - estudos empíricos que caracterizem estrutura, recursos ou produção de hospitais de primeira referência na África Subsaariana; - artigos que discutam ou caracterizem o papel do hospital no distrito de saúde ou nos programas de saúde.
Sítio na internet do Ministério da Saúde da Serra Leoa http://www.health.sl	Utilização da ferramenta "Search" com as palavras "hospital" "district hospital" e "health district". Pesquisa na página "Policies/Publications": "Reports". Realizada a 2 de Agosto de 2009.	Critérios de exclusão: - documentos em línguas diferentes de inglês, francês, ou português.
Sítio na internet do Ministério da Saúde da Somália	Não encontrada a 2 de Agosto de 2009.	
Sítio na internet do Ministério da Saúde da África do Sul http://www.doh.gov.za/	Utilização da ferramenta "Search" com as palavras "district hospital". Pesquisa na página "Documents": "Reports", "Policy". Realizada a 2 de Agosto de 2009.	
Sítio na internet do Ministério da Saúde do Sudão http://fmoh.gov.sd/	Pesquisa nas páginas "Strategic plans", "health policy" e "Statistics and reports". Realizada a 2 de Agosto de 2009.	
Sítio na internet do Ministério da Saúde da Suazilândia http://www.gov.sz/home.asp?pid=61	Pesquisa na página "Publications": "Policy documents"; "Statistical publications". Realizada a 2 de Agosto de 2009.	

(continua)

Tabela 2.1 Fontes de informação, estratégia de procura e estratégia de selecção de documentos (continuação)

Fontes de informação	Estratégia de procura	Estratégia de selecção
METAFONTES DE INFORMAÇÃO	Sítio na internet do Ministério da Saúde da Tanzânia http://www.moh.go.tz/	Pesquisa nas páginas "Documents": "Policies", "Strategic plans and programmes", "Surveys", "Reports". Realizada a 2 de Agosto de 2009
		A partir dos títulos, índice sumários e, quando necessário, consulta do documento integral: Critérios de inclusão: - estudos empíricos que caracterizem estrutura, recursos ou produção de hospitais de primeira referência na África Subsaariana; - artigos que discutam ou caracterizem o papel do hospital no distrito de saúde ou nos programas de saúde. Critérios de exclusão: - documentos em línguas diferentes de inglês, francês, ou português.
	Sítio na internet do Ministério da Saúde do Togo	Não encontrada a 2 de Agosto de 2009.
	Sítio na internet do Ministério da Saúde do Uganda http://www.health.go.ug/	Pesquisa nas páginas "Publications" e "Programmes". Realizada a 2 de Agosto de 2009
	Sítio na internet do Ministério da Saúde da Zâmbia http://www.moh.gov.zm/	Pesquisa na página "Publications". Realizada a 2 de Agosto de 2009
	Sítio na internet do Ministério da Saúde do Zimbabwe http://www.mohcw.gov.zw/	Pesquisa na página "health reports". Realizada a 2 de Agosto de 2009

(continua)

2.2.2. Estratégia de análise

Os documentos seleccionados foram lidos utilizando as seguintes questões orientadoras da análise documental:

- Quais são as opiniões ou dados empíricos relativos ao papel e funções do hospital de primeira referência (HPR) / hospital de distrito?
- Quais são as características normativas esperadas ou encontradas (empíricas) dos HPR (ex. propriedade, tipo de gestão, dimensões, infra-estruturas, serviços prestados, produção, recursos financeiros, equipamento técnico, comunicações, sistemas de informação, logística de transporte de doentes e de trabalhadores de saúde para o desenvolvimento das actividades de saúde)?
- Quais são as definições e características do distrito de saúde / sistema local de saúde onde funcionam os hospitais (District Health Systems / Health Districts / local health systems / health care networks)?

Para cada documento seleccionado foi feita uma ficha com extractos de texto relevantes para as diferentes dimensões de análise: "Papel e funções do hospital de primeira referência", "Características dos hospitais de primeira referência", "Definição e características do distrito de saúde" (Caixa 2.1).

Caixa 2.1 Tópicos da ficha realizada por cada documento analisado

- Título
- Autor(es)
- Data
- Tipo de documento:
 - Artigo de revista científica, relatório técnico, manual, outro;
 - Opinião; opinião e empírico; empírico.
- Sumário de objectivos, métodos e conclusões (se estudo empírico)
- Papel e funções do hospital de primeira referência / hospital de distrito
- Características dos hospitais de primeira referência (propriedade, tipo de gestão, dimensões, infra-estruturas, serviços prestados, produção, recursos - financeiros, equipamento técnico, comunicações, sistemas de informação, logística de transporte de doentes e de trabalhadores de saúde para o desenvolvimento das actividades de saúde)
- Definição e características do distrito de saúde / sistema local de saúde / District Health System / Health care networks onde se integram os HPR

A análise dos documentos classificados como predominantemente empíricos e os restantes (opinião; opinião e empírico como descrito na ficha de análise) foi feita de forma diferente. Para os estudos empíricos foi realizada uma síntese de objectivos, data de realização do estudo e data a que diziam respeito os dados, métodos e conclusões. Foi também organizada uma

listagem da totalidade das variáveis estudadas. Foi ainda elaborada uma tabela com algumas variáveis estudadas e seus valores. Uma revisão sistemática não contém necessariamente uma síntese estatística dos resultados (Jackson, Cochrane Health Promotion and Public Health Field, Victorian Health Promotion Foundation, [2004]; The Cochrane Collaboration 2005; Mays, Pope, Popay, 2005) e isso não foi possível neste caso devido à amplitude dos objectivos da revisão. Não serão portanto apresentados resumos estatísticos de caracterização de distritos de saúde e de HPR. Para os estudos de "Opinião" e "Opinião e empírico" foi efectuada análise de conteúdo sobre os segmentos de texto seleccionados na análise documental (os segmentos de texto atribuídos às categorias: "Papel e funções do hospital de primeira referência", "Definição e características do distrito de saúde" constituíram o *corpus* de análise). A análise de conteúdo, neste caso, tem a vantagem de ser realizada sobre material que não foi produzido para efeitos de investigação.

Após várias leituras do material e tentativas de organização sub-temáticas em cada grande tema, das grandes categorias emergiram subcategorias, sendo as categorias finais as seguintes:

- Conceito de distrito de saúde
- Áreas problemáticas nos distritos de saúde
 - Sistema de referência
 - Gestão do distrito de saúde
 - Definição e distribuição de funções entre diferentes unidades de saúde no distrito
- Processo político de implementação do Distrito de saúde
- Papel e funções do hospital de primeira referência
 - Função do hospital: prestação de cuidados de saúde
 - Função do hospital: supervisão
 - Função do hospital: formação
 - Função do hospital: investigação
 - Função do hospital: gestão e apoio logístico
- Custos e despesas dos hospitais de primeira referência

2.3. Resultados

2.3.1. Selecção

Com a estratégia de selecção utilizada (Tabela 2.1) foram recuperados 20.482 documentos. Destes foram seleccionados 106 para análise.

As Tabelas 2.2 a 2.12 apresentam, para cada estratégia específica de procura, o número de documentos recuperados e o número de documentos seleccionados para análise. Alguns documentos foram recuperados em mais do que uma base de dados. Nas tabelas seguintes estes artigos só são contabilizados uma vez e são apresentados na linha correspondente à estratégia de procura onde foram recuperados pela primeira vez.

A Tabela 2.13 contém as referências dos 106 documentos seleccionados.

Tabela 2.2 Número de documentos recuperados e seleccionados para análise da PubMed

Palavras-chave	Número de documentos recuperados	Nome do ficheiro (CD)	Número de documentos seleccionados para análise
"Hospitals"[Mesh] AND "Africa South of the Sahara"[Mesh]	4.061	PubMed_hospital_ASS.txt	17
"Economics, Hospital"[Mesh] AND "Africa South of the Sahara"[Mesh]	95	PubMed_economicsh_ASS.txt	2
"Equipment and Supplies, Hospital"[Mesh] AND "Africa South of the Sahara"[Mesh]	447	PubMed_equipmentsh_ASS.txt	1
"Hospital Administration"[Mesh] AND "Africa South of the Sahara"[Mesh]	1.227	PubMed_hadministration_ASS.txt	1
"Catchment Area (Health)"[Mesh] AND "Africa South of the Sahara"[Mesh]	143	PubMed_catchmentarea_ASS.txt	1
"Community Health Planning"[Mesh] AND "Africa South of the Sahara"[Mesh]	89	PubMed_commhealthplanning_ASS.txt	1
"Primary health care"[Mesh] AND "Hospitals"[Mesh]	3.437	PubMed_PHC_hospitals.txt	16
"Hospitals" AND "District" AND "Africa"	639	PubMed_hospitals_district_africa.txt	4
"District" AND "Health" AND "System"	2.428	PubMed_district_health_system.txt	8

Tabela 2.3 Número de documentos recuperados e seleccionados para análise da Proquest health

Palavras-chave	Número de documentos recuperados	Nome do ficheiro (CD)	Número de documentos seleccionados para análise
"Hospitals" AND "Africa South of the Sahara"	9		0
"Hospitals" AND "economic" AND "Africa South of the Sahara"	0		0
"Equipment" AND "Hospitals" AND "Africa South of the Sahara"	0		0
"Supplies" AND "Hospitals" AND "Africa South of the Sahara"	0		0
"Hospital" AND "Administration" AND "Africa South of the Sahara"	1	PROQUEST HEALTH.doc	0
"Catchment Area" AND "Africa South of the Sahara"	0		0
"Community Health Planning" AND "Africa South of the Sahara"	3		0
"Hospital" AND "District" AND "Africa South of the Sahara"	2		0

Tabela 2.4 Número de documentos recuperados e seleccionados para análise da EMERALD

Palavras-chave	Número de documentos recuperados	Nome do ficheiro (CD)	Número de documentos seleccionados para análise
"Hospitals" AND "Africa South of the Sahara"	Articles: 21 Abstracts & reviews: 0	Emerald_hosp_ass	0
"Hospitals" AND "economic" AND "Africa South of the Sahara"	Articles: 17 Abstracts & reviews: 0	Emerald_hosp_ass_eco	0
"Equipment" AND "Hospitals" AND "Africa South of the Sahara"	Articles: 11 Abstracts & reviews: 0	Emerald_hosp_ass equip	0
"Supplies" AND "Hospitals" AND "Africa South of the Sahara"	Articles: 104 Abstracts & reviews: 0	Emerald_hosp_ass_supplies	0
"Hospital" AND "Administration" AND "Africa South of the Sahara"	Articles: 319 Abstracts & reviews: 0	Emerald_hosp_ass_administration	0
"Catchment Area health" AND "Africa South of the Sahara"	Articles: 1 Abstracts & reviews: 0	Emerald_ass_planning	0
"Community Health Planning" AND "Africa South of the Sahara"	Articles: 28 Abstracts & reviews: 0	Emerald_ass_planning	0
"Hospital" AND "District" AND "Africa South of the Sahara"	Articles: 3 Abstracts & reviews : 0	Emerald_hosp_ass_district	0

Tabela 2.5 Número de documentos recuperados e seleccionados para análise da B – on, Biblioteca de Conhecimento online

Palavras-chave	Número de documentos recuperados	Nome do ficheiro (CD)	Número de documentos seleccionados para análise
"Hospitals" AND "Africa"	177	Bon_hospitals_africa.doc	0
"Health" AND "District"	150	Bon_health_district.doc	1
"Hospitals" AND "District"	136	Bon_hospitals_district.doc	0
"System" AND "District"	158	Bon_system_district.doc	0

Tabela 2.6 Número de documentos recuperados e seleccionados para análise da WHOLIS

Palavras-chave	Número de documentos recuperados	Nome do ficheiro (CD)	Número de documentos seleccionados para análise
"Hospitals" AND "Africa South of the Sahara"	2		1
"Hospitals" AND "economic" AND "Africa South of the Sahara"	0		0
"Equipment" AND "Hospitals" AND "Africa South of the Sahara"	0		0
"Supplies" AND "Hospitals" AND "Africa South of the Sahara"	0		0
"Hospital" AND "Administration" AND "Africa South of the Sahara"	2	WHOLIS.doc	0
"Catchment Area health" AND "Africa South of the Sahara"	0	(Nota: os resumos não estão disponíveis neste ficheiro mas estavam disponíveis <i>on - line</i> através do botão "Catalog – record")	0
"Catchment Area " AND "Africa South of the Sahara" AND "health"	0		0
"Community Health Planning" AND "Africa South of the Sahara"	3		0
"District" AND "Africa South of the Sahara";	4		0
"Hospital" AND "Africa"	24		2
"Hospital" AND "District" AND "Africa South of the Sahara"	2		0
"Hospital" AND "District"	47		8
"District" AND "Health" AND "System"	19		3

Tabela 2.7 Número de documentos seleccionados para análise do sítio na internet da Organização Mundial de Saúde

Palavras-chave	Número de documentos analisados	Número de documentos seleccionados
"District Health Systems"	300	2
"District Hospital"	220	0
"Mozambique"	140	0

Tabela 2.8 Número de documentos seleccionados para análise da colecção “Technical Reports Series” da Organização Mundial de Saúde

Número de documentos recuperados	Nome do ficheiro (CD)	Número de documentos seleccionados
3.223	Who_technical report series.doc	6

Tabela 2.9 Relatórios Mundiais da Saúde seleccionados para análise

Titulos	Número de vezes que o termo “district hospital” aparece no corpo do texto (não inclui legendas, títulos de tabelas ou figuras nem referências bibliográficas)	Inclusão na análise
The World Health Report 2008 - Primary Health Care – Now More Than Ever	5	sim
The world health report 2007 - A safer future: global public health security in the 21st century	1	não
The world health report 2006 - working together for health	3	sim
The World Health Report 2005 – Make Every Mother and Child Count	10	sim
The world health report 2004 - changing history	3	não
The world health report 2003 - shaping the future	0	não
The world health report 2002 - reducing risks, promoting healthy life	0	não
The world health report 2001 - mental health: new understanding, new hope	2	não
The world health report 2000 - health systems: improving performance	3	não
The world health report 1999 - making a difference	0	não
The world health report 1998 - life in the 21st century: a vision for all	1	não
The world health report 1997 - conquering suffering, enriching humanity	0	não
The world health report 1996 - fighting disease, fostering development	0	não
The world health report 1995 - bridging the gaps	0	não

Tabela 2.10 Número de documentos seleccionados para análise do sítio na internet do Banco Mundial

Palavras-chave	Número de documentos analisados	Número de documentos seleccionados
"District Health Systems"	250	0
"District Hospital"	300	0
"Mozambique"	150	0

Tabela 2.11 Número de documentos seleccionados para análise de outras fontes

	Número de documentos seleccionados
Sítio na internet dos "Medicus Mundi"	0
Sítio na internet do GTZ	1
Sítio na internet da AFRO-NETS	0
Sítio na internet do Nuffield Centre for International Health and Development	0
Sítio na internet Karolinska Institutet	0
15 documentos recuperados na base de dados de Dissertações Google	1
Por cada palavra-chave usada foram analisados os 30 primeiros resultados	18
Referências bibliográficas dos documentos obtidos e de outras fontes	18

Tabela 2.12 Número de documentos seleccionados para análise dos sítios na internet dos Ministérios da Saúde

País	Estratégia de procura	Número de documentos recuperados	Número de documentos seleccionados para análise
Angola	Utilização da ferramenta "advanced search" com as palavras "hospital"; "hospital districto"; distrito saude"	1+0+0	0
	Pesquisa na página "Publications"	4	0
Benim	Pesquisa na página "Hospital' rehabilitation national program"	1	0
	Pesquisa na página "List of projects and programs from the Ministry of health"	21	0
Botswana	Utilização da ferramenta "Search" com as palavras "hospital"; "district hospital"; "health district"	9	0
	Pesquisa na página "Publications": "Policies and application forms"; "Reports"	15	0
Burquina Faso	Pesquisa na página " Documents on line"	42	0
	Pesquisa na página " Health statistics"	7	0
Camarões	Pesquisa na página "Publications"	5	0

(continua)

Tabela 2.12 Número de documentos seleccionados para análise dos sítios na internet dos Ministérios da Saúde (continuação)

Pais	Estratégia de procura	Número de documentos recuperados	Número de documentos seleccionados para análise
República Democrática do Congo	Pesquisa na página "Last documents"	10	0
	Pesquisa na página "Health policy"	10	0
Etiópia	Utilização da ferramenta "Search" com as palavras "hospital"; "district hospital"; "health district"	28+29+188	0
	Pesquisa na página "Publications": "Reports", "Documents", "Manual", "Policies"	1+14+1+2	0
Gâmbia	Pesquisa na página "Health programmes"	1	0
Gana	Pesquisa na página "Policies and Programs"	34	0
	Pesquisa na página "Reports and publications"	39	0
Libéria	Pesquisa na página "Reports and publications"	32	0
Malawi	Pesquisa na página "Publications"	6	0
Mali	Pesquisa na página Political documents: Health web, Ministry of health policy, Government policy	1+9+1	0
	Pesquisa na página Health policy	4	0
Mauritânia	Pesquisa na página "Sector specific policy"	15	0
	Pesquisa na página "Monitoring and evaluation: Reviews, Reports"	16+9	2
Moçambique	Utilização da ferramenta "Procurar" com as palavras "hospital"; "hospital distrito"; "distrito saúde"	75+9+25	0
	Pesquisa na página "Publicações"	15	0
	Pesquisa na página "Pesquisa/Investigação"	9	0
	Pesquisa na página "Programas"	10	0
	Pesquisa na página "Instituto Nacional de Saúde: Revista Médica"	1	1
Nigéria	Pesquisa na página "Ministry's main page"	0	0
Ruanda	Pesquisa na página "Publications"	90	1
Senegal	Utilização da ferramenta "Rechercher" [Pesquisa] com as palavras "hôpital", "hôpital districtal", "district sanitaire"	0+1+2	0
	Pesquisa na página "Publications"	48	0
	Pesquisa na página "Politiques de santé : Reference et contre reference" [Políticas de saúde: referência e contra referência]	1	0

(continua)

Tabela 2.12 Número de documentos seleccionados para análise dos sítios na internet dos Ministérios da Saúde (continuação)

Pais	Estratégia de procura	Número de documentos recuperados	Número de documentos seleccionados para análise
Serra Leoa	Utilização da ferramenta "Search" com as palavras "hospital" "district hospital" e "health district"	201	0
	Pesquisa na página "Policies/Publications" : "Reports"	4	0
África do Sul	Utilização da ferramenta "Search" com as palavras "district hospital"	815	1
	Pesquisa na página "Documents": "Reports", "Policy"	68+30	0
Sudão	Pesquisa na página "Strategic plans"	10	0
	Pesquisa na página "health policy"	6	0
	Pesquisa na página "Statistics and reports"	4	0
Suazilândia	Pesquisa na página "Publications": "Policy documents"	2	0
	Pesquisa na página "Statistical publications"	3	0
Tanzânia	Pesquisa na página "Documents": "Policies", "Strategic plans and programmes", "Surveys", "Reports"	3+6+2+66	0
Uganda	Pesquisa na página "Publications"	6	0
	Pesquisa na página "Programmes"	3	0
Zâmbia	Pesquisa na página "Publications"	5	0
Zimbabwe	Pesquisa na página "Health reports"	1	0

Tabela 2.13 Lista final de documentos analisados

Fonte	Palavras-chave	Número de documentos selecionados para análise	Referências
PUBMED	"Hospitals"[Mesh] AND "Africa South of the Sahara"[Mesh]	17	<ul style="list-style-type: none"> + Bossyns P, Abache R, Abdoulaye MS, Miyé H, Depoorter AM, Van Lerberghe W. Monitoring the referral system through benchmarking in rural Niger: an evaluation of the functional relation. BMC Health Serv Res. 2006 Apr 12; 6:51. + Bossyns P, Abache R, Abdoulaye MS, Lerberghe W. Unaffordable or cost-effective? : introducing an emergency referral system in rural Niger. Trop Med Int Health. 2005 Sep;10 (9):879-87. - Cooper-Poole J. Hospitals and primary health care: some problems. World Hosp. 1985 Feb; 21 (1):19-20. + Couper ID, Hugo JF. Management of district hospitals - exploring success. Rural Remote Health. 2005 Oct-Dec; 5 (4):433. + English M, Esamai F, Wasunna A, Were F, Ogutu B, Wamae A, Snow RW, Peshu N. Assessment of inpatient paediatric care in first referral level hospitals in 13 districts in Kenya. Lancet 2004; 12;363(9425):1948-53. - Grodos D, Tonglet R. Maitriser un espace sanitaire cohérent et performant dans les villes d'Afrique subsaharienne: le district de santé à l'épreuve. Tropical Medicine & International Health 2002; 7 (11): 977 – 992 + Hamel JL, Janssen PW. On an average: the rural hospital in sub-Saharan Africa. Trop Doct. 1988; 18 (3):139-42. - Jacobson ML. The role of hospitals in primary health care. World Hosp. 1985 ;21 (1):15-6. - Jorgensen TA. The rural hospital in East Africa. World Hosp. 1975 ;11 (2-3):192-3. - Mills A, Hongoro C, Broomberg J. Improving the efficiency of district hospitals: is contracting an option? Trop Med Int Health. 1997 Feb; 2 (2):116-26. + Mills AJ, Kapalamula J, Chisimbi S. The cost of the district hospital: a case study in Malawi. Bull World Health Organ. 1993; 71 (3-4):329-39. - Nguire MW. The role of hospitals in primary health care. World Hosp. 1985 ; 21 (1):17-9. + Okello D, Guwatudde D, Sebina A, Lubanga R. Low bed occupancy rates in Uganda's peripheral health units: is it a policy problem? East Afr Med J. 1994; 71 (9):601-3. - Pearson CA. The role of district hospitals and the action in international medicine network. Infect Dis Clin North Am. 1995 Jun;9 (2):391-405. + Shonubi AM, Odusan O, Oloruntoba DO, Agbahowe SA, Siddique MA. "Health for all" in a least-developed country. J Natl Med Assoc. 2005; 97 (7):1020-6. + Van Lerberghe W, Pangu K. Comprehensive can be effective: the influence of coverage with a health centre network on the hospitalisation patterns in the rural area of Kasongo, Zaire. Soc Sci Med. 1988; 26(9):949-55. - Van Lerberghe W, De Béthune X, De Brouwere V. Hospitals in Africa: why we need more of what does not work as it should. Tropical Medicine and International Health 1997; 2: 799-808

Nota: +estudos empíricos; - outros, conferir na secção de análise, abaixo.

(continua)

Tabela 2.13 Lista final de documentos analisados (continuação)

Fonte	Palavras-chave	Número de documentos seleccionados para análise	Referências
	"Economics, Hospital"[Mesh] AND "Africa South of the Sahara"[Mesh] "Equipment and Supplies, Hospital"[Mesh] AND "Africa South of the Sahara"[Mesh] "Hospital Administration"[Mesh] AND "Africa South of the Sahara"[Mesh] "Catchment Area (Health)"[Mesh] AND "Africa South of the Sahara"[Mesh] "Community Health Planning"[Mesh] AND "Africa South of the Sahara"[Mesh]	2	+ Blas E, Limbambala M. The challenge of hospitals in health sector reform: the case of Zambia. Health Policy Plan. 2001;16 Suppl 2:29-43. + Olukoga A. Unit costs of inpatient days in district hospitals in South Africa. Singapore Med J. 2007;48(2):143-7.
		1	+ Flessa S. The costs of hospital services: a case study of Evangelical Lutheran Church hospitals in Tanzania. Health Policy Plan. 1998;13 (4):397-407.
PUBMED		1	+ Beyer B. The politics of the health district reform in the Republic of Benin. Int J Health Plann Manage. 1998;13(3):230-43.
		1	- Abdel Rahim IM, Elkaki BA, Ali MM, Elsayd AH, Nalder S, Gorosh M. Smaller health areas for a better service. World Health Forum. 1992;13(1):31-7.
		1	- Musowe C. Hospitals and primary health care. World Hosp Health Serv. 1996;32(3):16-9.

Nota: +estudos empíricos; - outros, conferir na secção de análise, abaixo.

(continua)

Tabela 2.13 Lista final de documentos analisados (continuação)

Fonte	Palavras-chave	Número de documentos seleccionados para análise	Referências
			<ul style="list-style-type: none"> - Carreon GG. The role of the hospital in promoting and providing primary health care. World Hosp. 1981 Feb;17 (1):9-12. - Carreon G. Hospitals should get involved in primary health care. Aust Hosp. 1980 Aug; (44):6-7. - Diallo M, Ninterreise B. Evaluation of primary health care activities at the Albert Schweitzer hospital in Lambarene, Gabon Med Trop (Mars). 2007 Jun; 67 (3):235-8. - Ebrahim G.J. The role of hospitals in primary health care. J Trop Pediatr. 1989 Apr; 35 (2):50-1. + Folmer H. Hospitals and PHC in tropical Africa. World Hosp. 1986 Sep; 22 (3):7-11. - Hardie M. The role of hospitals in primary health care. Public Health Rev. 1984; 12 (3-4):357-60. - Hardie M. Hospitals and primary health care. Int Nurs Rev. 1984 Mar-Apr; 31 (2):43-6. - Kuitanon S. An overview of hospitals and PHC. World Hosp. 1985 May; 21 (2):22-4. - Macagba RL. International Conference on Hospital and Primary Health Care. Report on a worldwide study. World Hosp. 1985 May; 21 (2):24-6. - Mahler H. Hospitals and health for all by the year 2000. Can J Public Health. 1980 Sep-Oct; 71(5):347-9. + Mills A. Hospitals and primary health care. World Hosp. 1980 May; 16 (2):24-9. - Montoya-Aguilar C. Hospitals and primary health care. World Hosp. 1981 Aug; 17 (3):22-5. - Segall M. District health systems in a neoliberal world: a review of five key policy areas. Int J Health Plann Manage. 2003 Oct-Dec; 18 Suppl 1:S5-26. - Stefanini A. District hospitals and strengthening referral systems in developing countries. World Hosp Health Serv. 1994;30 (2):14-9. - Turner J. International Conference on Hospital and Primary Health Care. General report. World Hosp. 1985 May; 21 (2):15-7. + Walraven G. Willingness to pay for district hospital services in rural Tanzania. Health Policy Plan. 1996 Dec; 11 (4):428-37.
			<ul style="list-style-type: none"> + English M, Esamai F, Wasunna A, Were F, Ogutu B, Wamae A, Snow RW, Peshu N. Delivery of paediatric care at the first-referral level in Kenya. Lancet. 2004 Oct 30-Nov 5; 364 (9445):1622-9. + Kirigia JM, Fox-Rushby J, Mills A. A cost analysis of Kilifi and Malindi public hospitals in Kenya. Afr J Health Sci. 1998; 5 (1-2):79-84. + Snow RW, Mung'ala VO, Foster D, Marsh K. The role of the district hospital in child survival at the Kenyan Coast. Afr J Health Sci. 1994 May; 1 (2):71-75. + Van Lerberghe W, Van Balen H, Kegels G. Typologie et performances des hôpitaux de premier recours en Afrique subsaharienne. Ann Soc Belg Med Trop. 1992; 72 (Suppl 2) :1-51.
PUBMED	"Primary health care"[Mesh] AND "Hospitals"[Mesh]	16	
	"Hospitals" AND "District" AND "Africa"	4	

Nota: +estudos empíricos; - outros, conferir na secção de análise, abaixo.

(continua)

Tabela 2.13 Lista final de documentos analisados (continuação)

Fonte	Palavras-chave	Número de documentos seleccionados para análise	Referências
PUBMED	"District" AND "Health" AND "System"	8	- Monekosso GL. A health district as the operational unit for primary health care . Trop Doct. 1993 Jan; 23 (1):7-8. - Newell K. The way ahead for district health systems . World Health Forum. 1989;10(1):80-7. - Okello DO, Lubanga R, Guwatudde D, Sebina-Zziwa A. The challenge to restoring basic health care in Uganda . Soc Sci Med. 1998 Jan; 46 (1):13-21. + Porignon, Denis; Soron'Gane, Eienne Mugjsho; Lokombe, Tarcisse Elongo; Isu, Déogratias Katulanya; Hennart, Philippe; Van Lerberghe, Wim. How robust are district health systems? Coping with crisis and disasters in Rutshuru, Democratic Republic of Congo . Tropical Medicine & International Health 1998; 3 (7) : 559-565. - Shaikh BT, Rabbani F. The district health system: a challenge that remains . East Mediterr Health J. 2004 Jan-Mar;10(1-2):208-14. - Sinha RP, Kumar A. District health and hospitals: a system and concept to achieve health for all . World Hosp. 1989;25(3):6-16. + Zere E, Mbeeli T, Shangula K, Mandhate C, Mutirua K, Tjivambi B, Kapenambili W. Technical efficiency of district hospitals: evidence from Namibia using data envelopment analysis . Cost Eff Resour Alloc. 2006 Mar 27; 4:5. - Zwarenstein M, Barron P, Tollman S, Crisp N, Frankish J, Toms I, Harrison D, Solaresh G. Primary health care depends on the district health system . S Afr Med J. 1993 Aug;83(8):558.
			- Tarimo E. Safe motherhood and district health systems . European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 1996; 69 (1) 5-10 + Rypkema SM, Santing RCA. The District health system : cooperation between NGO's and health authorities at district level, a Medicus Mundi mail survey . Brussels: Medicus Mundi International, December 1994
B - on	"Health" AND "District"	1	
WHOIS	"Hospitals" AND "Africa South of the Sahara"	1	
			"Hospital" AND "Africa"

Nota: +estudos empíricos; - outros, conferir na secção de análise, abaixo.

(continua)

Tabela 2.13 Lista final de documentos analisados (continuação)

Fonte	Palavras-chave	Número de documentos selecionados para análise	Referências
			<ul style="list-style-type: none"> + Mills AJ. The cost of the district hospital: a case study in Malawi. Population, Health, and Nutrition Division, Population and Human Resources Department, World Bank, 1991 - Pearson, C. Andrew. Medical administration for front-line doctors: a practical guide to the management of district-level hospitals in the public service or in the private sector. 2nd ed.. Cambridge: FSG Communications Ltd, publishers of Africa Health Journal, 1995 - Van Lerberghe W, Lafor Y. The role of the hospital in the district: delivering or supporting primary health care? Current concerns. WHO SHS paper n2, 1990 (WHO/SHS,1-36) - Hospitals and health for all. Report of a WHO Expert Committee on the role of hospitals at the first referral level. WHO Technical Report Series 744. WHO, 1987. - The hospital in rural and urban districts: report of a WHO Study Group on the Functions of Hospitals at the First Referral Level. WHO Technical Reports Series, 819. WHO, 1992 - WHO. WPRO. District hospitals: guidelines for development. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific, 1992 - WHO. WPRO. District hospitals: guidelines for development 2nd ed WHO Regional publications, Western Pacific Series n° 4. WHO, 1996 - WHO. WPRO. District Health Facilities. Guidelines for Development and Operations. WHO Regional Publications, Western Pacific Series n° 22, 1998
WHOIS	"Hospital" AND "District"	8	
	"District" AND "Health" AND "System"	3	<ul style="list-style-type: none"> - Tarimo, E. Towards a healthy district: organizing and managing district health systems based on primary health care. Geneva: World health Organization, 1991 + WHO. Ethiopia: strengthening the district health system to meet the challenge of primary health care. Geneva: WHO, 1987 - WHO. SEARO. District health system/primary health care: updated strategies and approaches: report of an introductory consultation, Vellore, Tamil Nadu (India), 23-26 March 1999. WHO: New Delhi, 1999

Nota: +estudos empíricos; - outros, conferir na secção de análise, abaixo.

(continua)

Tabela 2.13 Lista final de documentos analisados (continuação)

Fonte	Número de documentos selecionados para análise	Referências
Sítio na internet da OMS	2	<ul style="list-style-type: none"> - Chatora R, Tumusiime P. Module 1 District Health Management Team Training Modules: Health Sector Reform and District Health Systems AFR/DHS/03.01. Brazzaville: World Health Organization, Regional Office for Africa, 2004 - Sambo LG, Chatora RR, Goosen ESM. Tools for assessing the operationality of District Health Systems. Brazzaville: WHO, Regional Office for Africa, 2003.
WHO "Technical Reports Series"	6	<ul style="list-style-type: none"> - Role of hospitals in programmes of community health protection. First report of the Expert Committee on Organization of medical care. Technical Report Series 122. WHO, 1957. - Role of hospitals in ambulatory and domiciliary medical care. Second report of the Expert Committee on Organization of medical care. Technical Report Series 176. WHO, 1959. - Systems of continuing education: priority to district health personnel. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series 803. WHO, 1990. - The role of Health Centres in the development of urban health systems: Report of a WHO Study group on Primary Health Care in Urban Areas. Technical Report Series 827. WHO, 1992. - Information support for new public health action at district level. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series 845. WHO, 1994. - Improving the performance of health centres in district health systems. Report of a WHO Study Group. Technical Report Series 869. WHO, 1997.
WHO WH Reports	3	<ul style="list-style-type: none"> - The World Health Report 2005 - Make every mother and child count. Geneva: WHO, 2005 - The World Health Report 2006 - Working together for health. Geneva: WHO, 2006 - The World Health Report 2008 - Primary Health Care – now more than ever. Geneva: WHO, 2008
Sítio na internet da GTZ	2	<p>Nota: dois capítulos de um mesmo livro</p> <ul style="list-style-type: none"> - Görgen H, Schmidt-Ehry B. The concept of the District Health System (DHS). In: Görgen H, Thomas Kirsch-Wolk, Schmidt-Ehry B, editors. The District Health System : Experiences and Prospects in Africa : Manual for Public Health Practitioners. 2nd edition Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, 2004. - Marx M, Schmidt-Ehry G. The District Hospital. In: Görgen H, Kirsch-Wolk T, Schmidt-Ehry B, editors. The District Health System : Experiences and Prospects in Africa : Manual for Public Health Practitioners. 2nd edition. Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, 2004. <p>Nota: a referência encontrada no Google foi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disease Control Priorities Project. The Critical Role of District Hospitals: Providing Poor Communities with Timely, Cost-Effective Care. April 2007 http://www.dcp2.org/file/78/DC-PP-DistrictHospitals.pdf.
Google	2	<p>Este documento levou à seleção dos documentos seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - English, M, Lanata CF, Ngugi J, Smith P. The District Hospital. In : Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, Jha P, Mills A, Musgrove P, eds. Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd ed., 1211-28. New York: Oxford University Press, 2006. - Debas HT, Gosselin R, McCord C, Thind A.. Surgery. In : Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, Jha P, Mills A, Musgrove P, eds. Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd ed., 1245-60. New York: Oxford University Press, 2006.

Nota: +estudos empíricos; - outros, conferir na secção de análise, abaixo. (continua)

Tabela 2.13 Lista final de documentos analisados (continuação)

Fonte	Número de documentos seleccionados para análise	Referências
Sítios na internet dos Ministérios da Saúde	5	<ul style="list-style-type: none"> - Boubacar K. Rapport nº II d'étude sur les hôpitaux régionaux. Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, Juin 1997 + Conceição C, Ferrinho P, Omar C, Blaise P, Van Lerberghe W. Hospitais de primeira referência em Moçambique: poucos e desiguais. Revista Médica de Moçambique 2008; 9 (2): 26-38 + Khalef AOE. Rapport sur la situation des hôpitaux régionaux en Mauritanie. Décembre 1996 - République du Rwanda. Ministère de la Santé. Normes relatives au district de Santé: Activités, Infrastructures, Equipements + Wamukuo J, Ntulela P. coordinators. Estimating the cost of District Hospital Services. October 2002. + Bossyns P, Van Lerberghe W. The weakest link: competence and prestige as constraints to referral by isolated nurses in rural Niger. Human Resources for Health, 2004, 2:1 - Department of Health. A District Hospital Service Package for South Africa a set of norms and standards. Pretoria: Department of Health, 2002. + Font F, Quinto L, Masanja H, Nathan R, Ascaso C, Menendez C, Tanner M, Schellenberg JA, Alonso P. Paediatric referrals in rural Tanzania: the Kilombero District Study – a case series. BMC International Health and Human Rights 2002, 2:4 - Hanson K, Gilson L. Cost, resource use and financing methodology for district health services: a practical manual. Second edition. UNICEF - Bamako Initiative Technical Reports Number 34, 1996 - Inwent Internationale Weiterbildung und Entwicklung gGmbH - Capacity building International. Germany. Facilitator's Manual / Training Course. District Health Management Tools - Janovsky, Kaija. The challenge of implementation: district health systems for primary health care. Geneva: World Health Organization, 1988. - Kloss-Quiroga B.Ed. District Health Management. Tools: Facilitator's Manual. Berlin 2004 Inwent Internationale Weiterbildung und Entwicklung gGmbH Capacity building International, Germany. + Mills, A. The economics of hospitals in developing countries: Part I. Expenditure patterns. Health policy and planning, 5, 107-117, 1990 + Mills, A. The economics of hospitals in developing countries: Part II. Costs and sources of income. Health policy and planning, 5, 203-218, 1990 - Montoya-Aguilar C. Measuring the performance of hospitals and health centres. Geneva: WHO-District Health Systems-Division of Strengthening of health Services, 1994. - Report of the interregional meeting on strengthening district health systems based on primary health care. Harare, Zimbabwe, 3 to 7 August 1987. Geneva: WHO, 1987 + Nordberg E, Holmberg S, Kiugu S. Exploring the interface between first and second level of care: referrals in rural Africa. Tropical Medicine and International Health 1996; 1 (1): 107-111 - Aga Khan Foundation, World Health Organisation. The role of hospitals in primary care. Report of a conference sponsored by the Aga Khan Foundation and the World Health Organisation, 22-26 November 1981. Karachi, Pakistan. Co-sponsored by the Canadian International Development Agency (CIDA) and the Aga Khan Foundation Canada. Geneva: Aga Khan Foundation, World Health Organisation, 1982 - Taylor CE. Health services: how hospitals can help PHC. World Health Forum 1982; 3 (4): 395-402. + Van Lemmen F, Amelsvoort V V. How do African voluntary agency hospitals spend their money? Tropical Doctor 1988, 18: 43-44 - Van Lerberghe W, Van Damme W, Kegels G, Ancona C, Criel B. District hospital reports: the MMI – WHO guidelines visited. A report to WHO. Antwerp: Institute of Tropical Medicine, 1994 - World Bank. Investing in Health. World Development Report 1993. New York: Oxford University Press, 1993. - World Bank. Better Health in Africa. Washington, D.C.: World Bank, 1994
Referências bibliográficas dos documentos obtidos e de outras fontes	18	

Nota: +estudos empíricos; - outros, conferir na secção de análise, abaixo.

2.3.2. Análise

Foram analisados 106 documentos (Tabela 2.13 e 2.14). Destes, somente 39 documentos relatam estudos empíricos. Os outros documentos incluem relatórios técnicos, normas, manuais, capítulos de livros, actas de reuniões e artigos de revistas científicas que são produzidos com base em estudos e dados já existentes. A referência completa destes estudos pode ser encontrada na Tabela 2.13 onde os estudos empíricos estão identificados com um sinal + e os outros com um sinal - .

Tabela 2.14 Número de documentos analisados por categoria

Categoria do documento	Número
Estudos empíricos / dados originais	39
Outros	67
Total	106

A Figura 2.1 mostra o número de documentos analisados que foram publicados entre 1980-2009, de acordo com o tipo de documento (empírico ou outro). Os 39 documentos relatando 35 estudos empíricos foram publicados ao longo de 29 anos (1980-2009) com dados que se referem aos anos de 1971 a 2006.

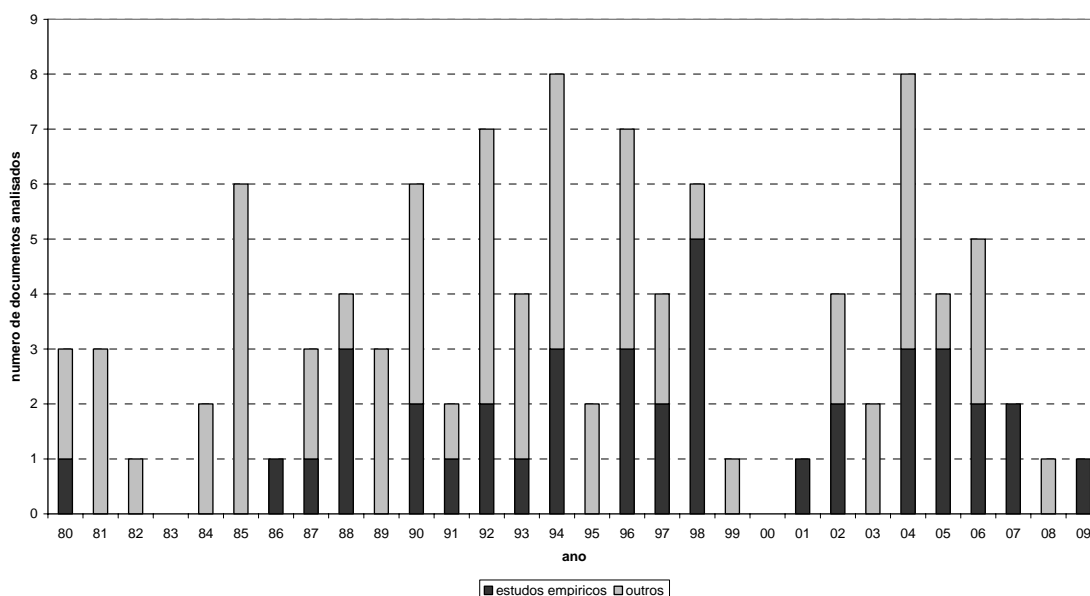


Figura 2.1 Número de documentos analisados, por categoria e ano de publicação, 1980-2009.

Os resultados são apresentados, inicialmente, em relação a especificidades dos achados para os estudos predominantemente empíricos e do outro grupo (pontos 2.4.2.1 e 2.4.2.2). Posteriormente são apresentados em relação a temas, resumindo a informação de todo o tipo de estudos: Definição de distrito de saúde (*District health system*); Gestão do distrito de saúde;

Sistema de referência; Definições e distribuição de tarefas; Prestação de cuidados de saúde pelo hospital de primeira referência; Recursos humanos; Supervisão; Financiamento, Custos e despesas dos hospitais de primeira referência; Análise política do processo de implementação do distrito de saúde.

2.3.2.1. Resultados relativos aos estudos empíricos

Os hospitais estudados são de diferentes países. A Tabela 2.15 mostra o número de estudos em que, pelo menos, é estudado um hospital do país da coluna "países". Os hospitais situados em países de expressão oficial inglesa parecem ter mais probabilidades de ser estudados ou de ser encontrados pela estratégia de procura utilizada.

Tabela 2.15 Número de estudos empíricos sobre, pelo menos, um hospital dos países listados

Número de estudos	Países
11	Quênia
9	Tanzânia
7	Lesoto
6	Gana; Uganda; Zâmbia; Zimbabwe
5	Malawi
4	Benim; Camarões; Níger; Nigéria; Ruanda; África do Sul
3	Botswana; República Democrática do Congo
2	Angola; Burundi; Chade; Etiópia; Gabão; Guiné-Bissau; Libéria; Moçambique; Namíbia; Serra Leoa; Suazilândia
1	Costa do Marfim; Guine Conakry; Mali; Mauritânia; Senegal; Togo

Não foram encontrados estudos empíricos de hospitais dos seguintes países: Burquina Faso, República Centro Africana, Congo, Djibuti, Guiné Equatorial, Eritreia, Gâmbia, Somália e Sudão. A Tabela 2.16 apresenta o número de estudos empíricos segundo quatro grandes áreas temáticas investigadas: o hospital de primeira referência (HPR); o hospital no distrito; o sistema de referência; custos e despesas dos HPR. O grupo de estudos cujo foco foi a descrição do hospital (oito estudos sobre actividades, recursos, carga de trabalho, relação com outras unidades sanitárias e com a equipa de gestão do distrito) inclui também um estudo sobre disponibilidade para pagar (willingness to pay) e dois que avaliam a qualidade da prestação de cuidados.

O grupo "o hospital no distrito" (onze estudos) inclui estudos que têm como foco principal o distrito, a sua organização, processo político de implementação do distrito de saúde e actividades hospitalares de suporte aos cuidados de saúde primários. Neste grupo foram, também, incluídos um estudo sobre influência na hospitalização da existência de cobertura pelos centros de saúde e outro sobre o impacto da oferta de cuidados de saúde pelo hospital de primeira referência na mortalidade abaixo dos cinco anos.

Um grupo de seis estudos dedica-se especificamente a diferentes aspectos relacionados com o sistema de referência.

Dez estudos são sobre custos e despesa dos hospitais de primeira referência.

Tabela 2.16 Distribuição dos estudos empíricos de acordo com os temas em investigação

Temas principais	Número de estudos e referências
Hospital de primeira referência:	8 estudos
Actividades, carga de trabalho, desempenho; Disponibilidade para pagamento de serviços; Qualidade	(Hamel, 1988; Van Leberghe, 1992; Khalef, 1996; Walraven, 1996; English, 2004a; English, 2004b; Couper, 2005; Conceição, 2009)
O hospital no distrito:	11 estudos
Papel do hospital no fortalecimento dos cuidados de saúde primários; Relações entre o hospital, as outras unidades de saúde no distrito e as autoridades; Processo político de implementação do distrito de saúde; Influência da cobertura por centros de saúde nos padrões de internamento; Impacto da oferta de cuidados hospitalares	(Milles, 1980; Folmer, 1986; WHO, 1987; Van Leberghe, 1988; Rypkema, 1994; Snow, 1994; Beyer, 1998; Porignon, 1998; Blas, 2001; Shonubi, 2005; Diallo, 2007)
Sistema de referência (Centros de saúde - hospitais de primeira referência)	6 estudos
	(Lamine, 1992; Nordberg, 1996; Font, 2002; Bossyns, 2004; Bossyns, 2005; Bossyns, 2006)
Custos e despesas dos hospitais de primeira referência	10 estudos
	(Van Lemmen, 1988; Mills, 1990; Mills, 1993; Mills, 1997; Flessa, 1998; Kirigia, 1998; Okello, 1998; Wamukuo, 2002; Zere, 2006; Olukoga, 2007)

O Apêndice B apresenta os sumários dos estudos empíricos encontrados, organizados segundo objectivos, métodos e resultados principais.

A Tabela 2.17 ilustra a realidade encontrada em alguns estudos de HPR e seus distritos e apresenta alguns dados sobre carga de trabalho nestes hospitais. Os dados mostram heterogeneidade (grandes diferenças entre valores máximos e mínimos), escassez de recursos humanos e cargas de trabalho pesadas. A taxa de ocupação de camas, apresentando embora grandes variações, encontra-se frequentemente abaixo dos 80-85% que são valores de eficiência geralmente mais aceites (Zere, 2006).

Nenhum estudo empírico teve como objecto as razões para esta questão.

Não se encontrou nenhum estudo que reavaliasse a mesma situação num diferente momento no tempo (são estudos transversais, não repetidos noutra momento no tempo). O estudo dos hospitais ligados aos *Medicus Mundi* International (Van Lerberghe, Van Balen, Kegels, 1992; Rypkema, Santing, 1994) pode ser considerado a única excepção a esta situação. No início da década de 90 um estudo a 73 hospitais (Rypkema, Santing, 1994; maioria pertencentes a ONG, 18 países, dados referentes a 1992/93) afirma que a situação dos hospitais africanos não mudou muito em relação aos primeiros estudos na década de 70 (comparando os resultados com Van Lerberghe, Van Balen, Kegels, 1992: 88 hospitais, na sua maioria pertença de ONG, 25 países, dados referentes a 1988 e Hammel, Janssen, 1988: 40 hospitais, maioria pertencentes a ONG, 5 países, dados referentes a 1978-1984).

O estudo sobre Moçambique apresentado neste trabalho (Conceição *et al.*, 2009: 31 hospitais, governamentais, dados referentes a 2001), em comparação com os estudos acima referidos de Van Lerberghe e Hammel expõem uma realidade de menos recursos para uma maior população nas respectivas áreas de responsabilidade.

As outras variáveis estudadas, mas não incluídas na Tabela 2.17 compreendem: densidade populacional no distrito; superfície do distrito (km²); número de unidades periféricas no distrito; número de habitantes por médico; proporção de despesa hospitalar na despesa do distrito de saúde; despesa corrente do Ministério da Saúde por tipo de hospital; proveniência dos doentes que são tratados no hospital; envolvimento do hospital na supervisão do distrito; envolvimento do hospital em actividades preventivas; responsabilidade do hospital no fornecimento de medicamentos no distrito; número de clínicos gerais por especialista no hospital; total de pessoal por hospital; número de habitantes por cama hospitalar; número de camas por enfermaria; número de enfermarias; número de camas por médico por propriedade do hospital; dias de internamento; cirurgias major; doenças mais comumente tratadas; partos por cesariana; percentagem de partos por cesarianas; exames laboratoriais; taxa de mortalidade hospitalar; custos unitários por tipo de hospital; custos unitários por hospital distrital; distribuição de despesas correntes por serviço de hospital distrital; custo de fornecimento de comida por hospital distrital; distribuição de custos hospitalares.

Tabela 2.17 Algumas variáveis estudadas nos hospitais de primeira referência e respectivos valores, por estudo

Variáveis	Hammel, 1988	Van Lerberghe, 1992	Khalef, 1996	Rypkema, 1994	Khalef, 1996	Mills, 1997	Okello, 1998	Wamukuo, 2002	Zere, 2006	Olukoga, 2007	Conceição, 2009
População no distrito/área de influência	Mediana 110.000 N= 40	Mediana 160.000 Q3 300.000 Q1 70.000 N= 81	ND	ND	ND	[165.000; 118.543] N= 4	ND	ND	ND	ND	Mediana 248.866 [968.844; 18.727] N= 31
Número de camas	Mediana 138 N= 40	Mediana 141 Q3 200 Q1 92 N=88	ND	Mediana 150 Q3 200 Q1 97 N= 73	Mediana 84,3 [500; 21] N= 12	[200; 140] N= 4	Mediana 148 N= 20	Mediana 191 N= 5	Mediana 130 N= 26	Mediana 194 [318; 81] N= 5	Mediana 83 [283; 39] N= 29
Médicos, total	Mediana 4 N= 40	Mediana 3 Q3 5 Q1 2 N= 87	Mediana 10 [82; 2] N= 12	Mediana 2 Q3 3,0 Q1 1,6 N= 72	Mediana 8,6 [71; 1] N= 12	[4; 2] N= 4	ND	Mediana 10 N= 5	ND	ND	Mediana 1 [25; 1] N= 28
Enfermeiros, total	Mediana 35 N= 40	Mediana 36 Q3 70 Q1 18 N=70	ND	ND	ND	[67; 43] N= 4	ND	Mediana 182 N= 5	Mediana 68 N= 26	ND	Mediana 20 [102; 8] N= 25
Número de camas por médico	ND	Mediana 46 Q3 69 Q1 28 N= 78	ND	Mediana 60 Q3 82,9 Q1 40,0 N= 70	ND	ND	ND	ND	ND	ND	Mediana 60 [232; 11] N= 27
Número de admissões/ano	Mediana 4.997 N= 40	Mediana 3.955 Q3 6.001 Q1 2.385 N= 82	ND	Mediana 5.085 Q3 6.914 Q1 2.803 N= 67	Mediana 2.678 [13.247; 488] N= 12	[6.056; 4.364] N= 4	ND	Mediana 8.763 N= 5	ND	Mediana 8.763 [12.058; 3.757] N= 5	Mediana 3.152 [35.307; 619] N= 27
Taxa de ocupação de camas %	Mediana 86 N= 40	ND	[81; 30] N= 10	ND	Mediana 55 [80,6; 30] N= 10	[68; 80] N= 4	Mediana 153 N= 20	Mediana 62 N= 5	Mediana 67 N= 26	Mediana 57 [106; 22] N= 29	Mediana 57 [106; 22] N= 29
Duração de internamento (dias)	Mediana 8,7 N= 21	ND	[9; 3] N= 12	ND	Mediana 4,8 [6,3; 3] N= 11	[10,5; 8] N= 4	Mediana 18 N= 20	Mediana 4,6 N= 5	Mediana 7 N= 26	Mediana 4,6 [8,8; 3] N= 5	Mediana 4,9 [12,5; 1,7] N= 23
Partos/ano	Mediana 922 N= 40	Mediana 951 Q3 1.500 Q1 478 N= 83	ND	ND	ND	ND	ND	Mediana 1.797 N= 5	ND	ND	Mediana 1.391 [12.126; 270] N= 28
Atendimento ambulatorio (número de atendimentos)	Mediana 60.848 N= 40	ND	ND	Mediana 30.490 Q3 58.275 Q1 14.893 N= 70	Mediana 21.648 [66.000; 3.000] N= 10	[66.020; 32.187] N= 4	ND	Mediana 62.081 N= 5	Mediana 30.780 N= 26	ND	Mediana 27.873 [511.356; 892] N= 30

Nota: N = número de hospitais estudados; Q3 - quartil superior; Q1 - quartil inferior; [Máximo; mínimo]; ND - Não disponível

2.3.2.2. Resultados relativos aos outros estudos (não predominantemente empíricos)

A Tabela 2.18 e 2.19 (e Apêndices C e D) apresentam as áreas problemáticas no distrito de saúde e o papel e funções do hospital de primeira referência que são abordadas nos 67 estudos não classificados como predominantemente empíricos (Tabela 2.14), e indicam o número de documentos em que cada aspecto é abordado explicitamente.

Tabela 2.18 Áreas problemáticas no Distrito de Saúde

Áreas	Número de documentos
Sistema de referência	18
Gestão:	12
Recursos Humanos (recrutamento, retenção, descrição de tarefas/"job descriptions", formação, competência de gestão);	5
Dificuldades na integração com programas verticais;	4
Colaboração e comunicação entre unidades de saúde, programas, comunidade;	
Transportes;	4
Necessidade de suporte dos níveis regional e central;	2
Desenvolvimento de sistemas de informação.	1
Definição e distribuição de tarefas (sobreposição/lacunas; centros de saúde/hospitais)	10
Dimensão espacial e cultural (definição de áreas, áreas de responsabilidade, estruturas no distrito)	3
Conflitos em processos de descentralização e autonomia	2
Expansão de serviços de saúde/implementação de distrito de saúde em condições desfavoráveis	1

Tabela 2.19 Papel e funções que o Hospital de primeira referência tem ou devia ter

Papel / Funções do hospital de primeira referência no distrito de saúde	Número de documentos	
Prestação de cuidados de saúde / serviços clínicos:		29
Cuidados de saúde (curativos, preventivos e de reabilitação);	29	
Normas e padrões (serviços a oferecer, perfil dos profissionais);	18	
Estratégia avançada / unidades móveis.	5	
Gestão / suporte à gestão:		25
Fornecimento de bens e apoio logístico ao distrito de saúde;	12	
(Inclui fornecimento de medicamentos, manutenção de equipamento, transportes);		
Planeamento / suporte ao planeamento dos cuidados de saúde primários no distrito;	6	
Financiamento, custos e despesas;	4	
Desenvolvimento de sistemas de informação / vigilância / monitorização / suporte à informação no distrito;	4	
Envolvimento da comunidade;	4	
Formação em gestão e administração aos trabalhadores dos CSP / partilha de competência em gestão e administração / melhoria de competência em gestão e liderança;	3	
Recursos humanos (retenção);	3	
Colaboração intersectorial.	3	
Formação:		24
Desenvolvimento profissional contínuo / apoio à formação dos profissionais de saúde do distrito;	21	
Formação pré-graduada de profissionais de saúde;	10	
Reorientação de programas de formação para os CSP;	7	
Educação para a saúde / informação para o público.	6	
Investigação (biomédica, em serviços de saúde, avaliação de estado da saúde)		10
Supervisão		9

2.3.2.3. Definição de distrito de saúde (District health system)

Em Maio de 1986, a trigésima nona Assembleia Mundial de Saúde adoptou uma resolução apelando aos países para colocarem mais ênfase no fortalecimento do distrito de saúde baseado nos Cuidados de Saúde Primários e à Organização Mundial de Saúde para que providenciasse o apoio técnico necessário (World Health Organization, 1987a).

Após a Assembleia, o *WHO Global Programme Committee* adoptava a seguinte definição (Caixa 2.2):

Caixa 2.2 Definição de distrito de saúde

A **district health system based on primary health care** is a more or less self-contained segment of the national health system. It comprises first and foremost a well-defined population, living within a clearly delineated administrative and geographical area, whether urban or rural. It includes all institutions and individuals providing health care in the district, whether governmental, social security, nongovernmental, private or traditional. A district health system therefore consists of a large variety of interrelated elements that contribute to health and other related sectors. It includes self-care and all health care workers and facilities, up to and including the hospital at the first referral level, and the appropriate laboratory and other diagnostic and logistic support services. Its component elements need to be well coordinated by an officer assigned to this function in order to draw together all these elements and institutions into a fully comprehensive range of promotive, preventive, curative and rehabilitative health activities.

Fonte: World Health Organization, 1987a

Em 1987 aconteceu o encontro inter-regional da OMS sobre o fortalecimento do distrito de saúde com base nos cuidados de saúde primários (Strengthening district health systems based on primary health care) e foi publicado o Relatório técnico "Hospitals and health for all" (World Health Organization, 1987b). Estas iniciativas decorriam na sequência das dificuldades em alcançar o objectivo da "Saúde para todos". Algumas dessas dificuldades prendiam-se com a fraca capacidade de gestão e de organização, especialmente ao nível local (World Health Organization, 1987a).

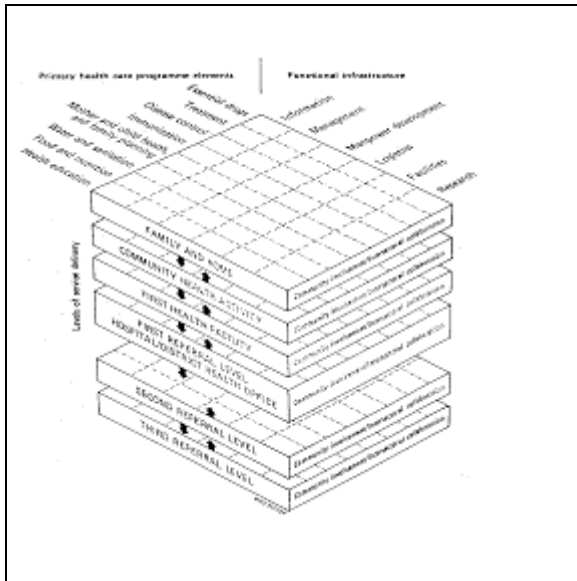
Nos documentos analisados nesta revisão, a definição adoptada pelo "WHO Global Programme Committee" (World Health Organization, 1987a) ou a utilizada no relatório técnico "Hospitals and health for all" (World Health Organization, 1987b) nunca foram contrariadas mas algumas pequenas diferenças podem ser observadas:

- a) Em 1957 o "Technical report on role of hospitals in programmes of community health protection" (World Health Organization, 1957), apela à integração, coordenação e abolição do fosso entre serviços preventivos e curativos. A palavra integração (*integration*) reaparece na definição de distrito de saúde nos documentos do fim da década de 90. Nas edições de 1992 e 1996 da OMS/Pacífico "District hospitals: guidelines for development" (World Health Organization. Regional Office for the Western

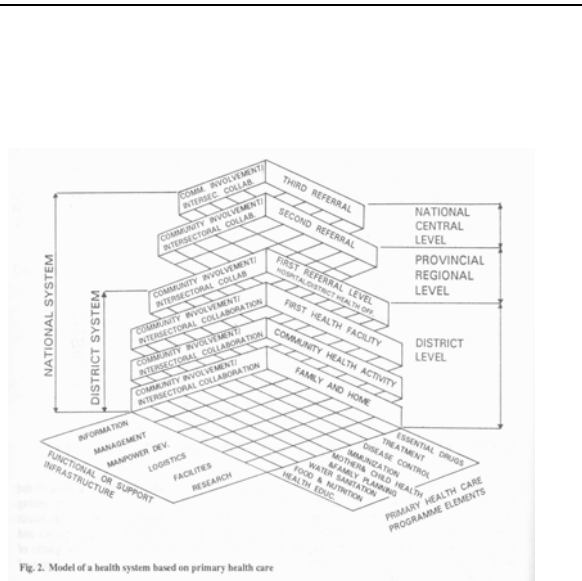
Pacific, 1992; World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific, 1996) a palavra não aparece mas a edição de 1998 "District Health Facilities: Guidelines for Development and Operations" (World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific, 1998) utiliza a expressão "serviços de saúde integrados" como parte da definição de Distrito de Saúde. As conclusões de uma consulta inter países realizada pela OMS /Ásia sobre "District health system/primary health care: update strategies and approaches" (World Health Organization. Regional Office for South-East Asia, 1999) foram dominadas pela problemática da integração de programas. Em 2004, o manual "District Health management tools" (Kloss-Quiroga, 2004) afirma que *"o desenvolvimento do distrito de saúde deve ser baseado nos mesmo princípios dos cuidados de saúde primários"*, nomeadamente, *"a integração de programas"*. A definição apresentada neste manual tem mais uma particularidade: associa o conceito de distrito de saúde à organização do sistema de saúde dos países de baixo rendimento, um tipo de assumpção não encontrada em nenhum documento técnico da OMS (*"the district health concept is one of the essential aspects of nearly every health care system in low-income countries"*).

b) Também a figura de *"single full time manager"* do distrito de saúde do relatório técnico "Hospitals and health for all" (World Health Organization, 1987b) evolui para *"District Health Management Team"* (Chatora, Tumisiime, 2004; Kloss-Quiroga, 2004; Görden *et al.*, 2004), e finalmente, para *"primary care team"* (World Health Organization, 2008).

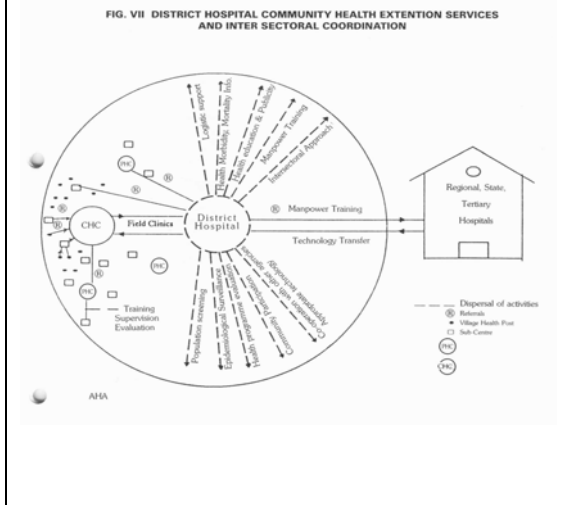
c) A Figura 2.2 apresenta um conjunto de representações esquemáticas do distrito de saúde. Uma simplificação levou à representação muito frequentemente encontrada de uma pirâmide hierárquica de unidades de saúde (World Bank, 1993). Outros esquemas apresentam o hospital e a autoridade de saúde no distrito complementando-se, no centro da representação do distrito (Van Lerberghe, Van Balen, Kegels, 1992). A evolução para representações gráficas em rede pode ser observada em representações de 2004. Quando as representações têm um centro ou um vértice, o hospital, em geral, está lá, com a excepção da representação do Relatório Mundial da Saúde de 2008 (World Health Organization, 2008). Esta última apresenta o distrito de saúde com um papel central atribuído à equipa de cuidados de saúde primários que deve mediar e coordenar cuidados entre diferentes componentes da rede, incluído o HPR.



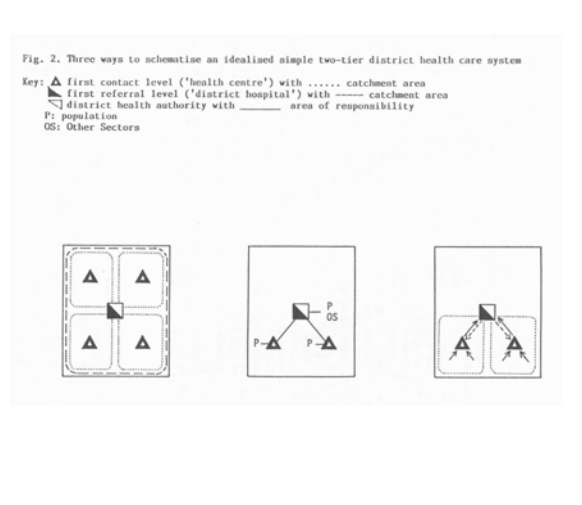
Fonte: Figure 4 – A conceptual model of a comprehensive health system based on the principles of primary health care. In World Health Organization. Hospitals and health for all. WHO TRS 744. Geneva: WHO, 1987.



Fonte: Figure 2 – Model of health system based on primary health care. In WHO-WPRO. District hospitals: guidelines for development.,1992, 1996; WHO-WPRO. District Health Facilities. Guidelines for Development and Operations, 1998.



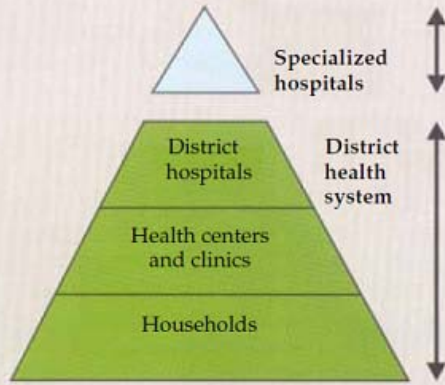
Fonte: District hospital community health extension services and inter sectoral coordination. In Sinha RP, Kumar A. District health and hospitals: a system and concept to achieve health for all. World Hosp. 1989;25(3):6-16.



Fonte: Figure 2 – Three ways of schematise an idealized simple two-tier district health care system. In Van Lerberghe W, Van Balen H, Kegels G. Typology and performance of first-referral hospitals in sub-saharan Africa. Ann Soc Belg Med Trop. 1992;72 Suppl 2:1-51.

Figura 2.2 Representações esquemáticas do Distrito de Saúde (continua).

Figure 6.1 The health system pyramid: where care is provided



Fonte: Figure 6.1 – The health system pyramid: where care is provided. In World Bank. Investing in Health. World Development Report 1993. New York: Oxford University Press, 1993.

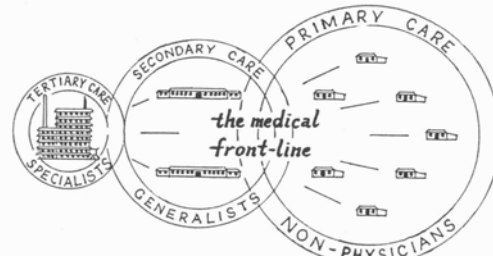
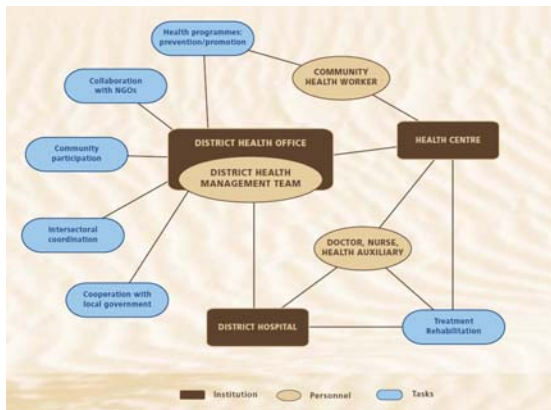


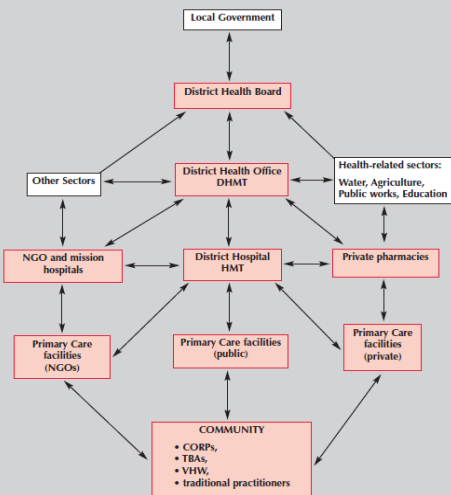
Figure 3. Health care structure in the developing world. (From the cover of the book *Medical Administration for Front-Line Doctors*. Reproduced Courtesy of FSG Communications Ltd, United Kingdom.)

Fonte: Figure 3. Health care structure in the developing world. In Pearson CA. The role of district hospitals and the action in international medicine network. *Infect Dis Clin North Am.* 1995 Jun; 9(2):391-405.



Fonte: Inwent Internationale Weiterbildung und Entwicklung gGmbH - Capacity building International, Germany. Facilitator's Manual / Training Course. District Health Management Tools, flyer, 2004

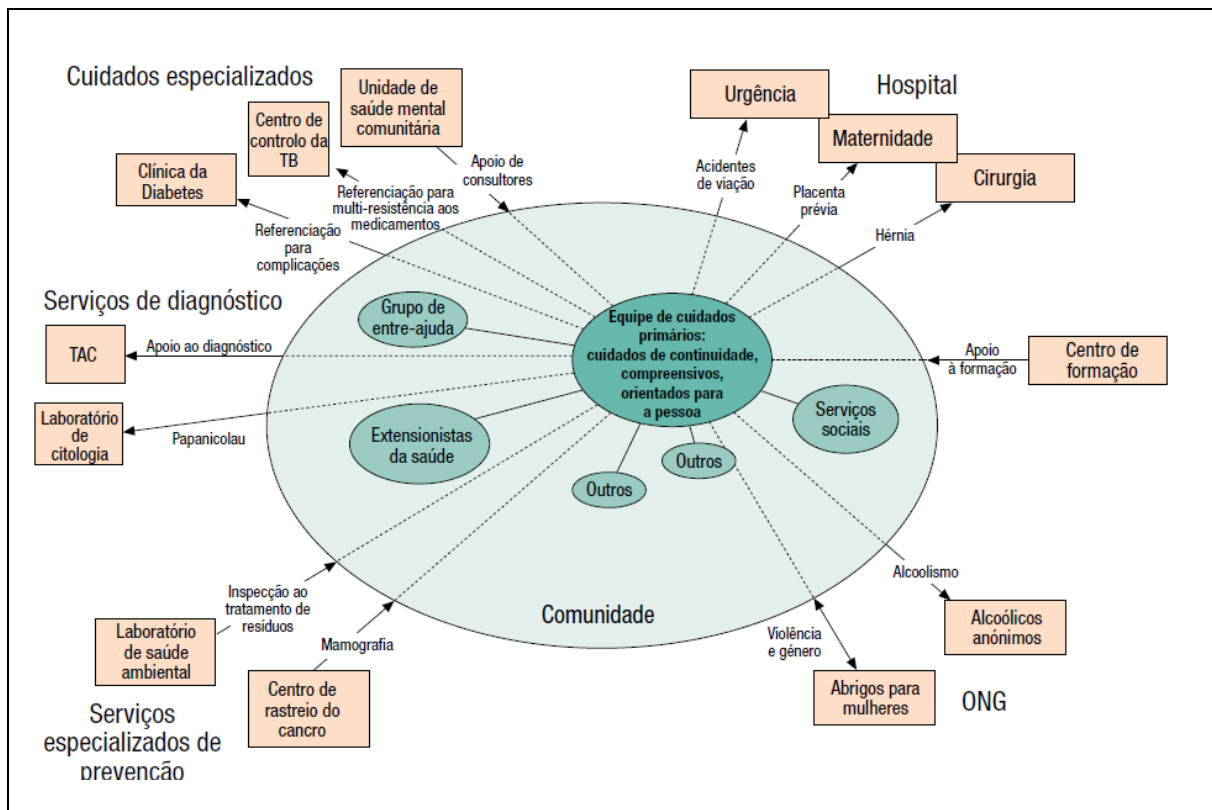
FIGURE 4: DISTRICT HEALTH SYSTEM AND ITS LINKAGE TO OTHER DISTRICT STRUCTURES (HYPOTHETICAL MODEL)



Note: The shaded boxes represent the structures of the District Health System.

Fonte: Figure 4: District health system and its linkage to other district structures (hypothetical model) In Chatora R, Tumusiime P. Module 1 District Health Management Team Training Modules: Health Sector Reform and District Health Systems. Brazzaville: WHO-AFRO, 2004

Figura 2.2 Representações esquemáticas do Distrito de Saúde (continuação).



Fonte: Figura 3.5 Os cuidados primários como um núcleo de coordenação: redes na comunidade. In Relatório Mundial de Saúde 2008 - Cuidados de Saúde Primários – Agora mais que nunca. Tradução de Figure 3.5. Primary care as a hub of coordination. In World Health Organization. The World Health Report 2008 - Primary Health Care – now more than ever. Geneva: World Health Organization, 2008.

Figura 2.2 Representações esquemáticas do Distrito de Saúde (continuação).

2.3.2.4. Gestão do distrito de saúde

Um dos aspectos que tem uma tradução gráfica (Figura 2.2, o hospital no centro ou como um dos componentes da rede) é a relação entre o hospital e o distrito onde se integra. *“Hospitals may be responsible for resource allocation and control throughout the district, depending on the way their health services are organized in the country, for example, whether or not there is a separate health office to deal with administration”* (Tarimo, 1991).

A função dos hospitais no apoio ao fornecimento, manutenção e uso eficiente de medicamentos e outros bens, máquinas e aparelhos, transportes, no distrito, é amplamente defendido (Aga Khan, World Health Organization, 1982; Taylor, 1982; Jacobson, 1985; Kutranon, 1985; Turner, 1985; World Health Organization, 1987b; World Health Organization, 1992; Organisation Mondiale de la Santé. Institut de Medicine Tropicale Prince Leopold. GTZ Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, 1992; Abdel Rahim, 1992; Musowe, 1996; Department of Health, 2002). Os transportes são considerados como constrangimentos major ao desenvolvimento dos distritos (Janovsky, 1988; Tarimo, 1996; Turner, 1985): *“Even assuming that vehicles are available we all know how difficult it is to keep vehicles on the road regularly. How do we find good drivers at government rates of pay? Can we arrange that a vehicle is driven by one driver only so that he feels responsible for it? How do you stop theft of parts when a driver may be able to sell the battery for the equivalent of three months’ pay? How do you prevent misuse of vehicles where no one has a car of their own and public transport may amount to one overcrowded bus a week?”* (Cooper-Poole, 1985). Este constrangimento compromete o sistema de referência, as estratégias avançadas/equipas móveis, a supervisão, o fornecimento de medicamentos e outros bens e, de uma forma geral, a gestão do distrito.

A preocupação com a necessidade de melhorar o suporte aos hospitais de primeira referência (pelas autoridades e hospitais regionais) é manifestada (Newell, 1989; Coche, 1990) e as *“Difficulties with integrating vertical programmes into a comprehensive district implementation plan persist”* (Janovsky, 1988; Tarimo, 1996; World Health Organization. Regional Office for South-East Asia, 1999).

A par da defesa de uma função hospitalar de apoio à gestão no distrito apareceu também a preocupação de que *“many hospitals aggravate the logistic and management problems of health centres rather than solve them. For instance, it is common for hospital pharmacies to siphon off a significant proportion of the drugs and supplies that are supposed to be distributed to the periphery. Hospital personnel assume that their needs are more urgent because their patients tend to have serious and complicated clinical conditions”* (Taylor, 1982).

O desenvolvimento do distrito de saúde e a cooperação entre hospitais, centros de saúde e autoridades do distrito, assim como a função de supervisão dos hospitais, está documentada nos estudos mais antigos, sobre hospitais e o seu apoio ao desenvolvimento da estratégia dos Cuidados de Saúde Primários (Mills, 1980; Folmer, 1986).

Rypkema (Rypkema, Santing, 1994) afirma que, em comparação com um estudo prévio (Van Lerberghe, Van Balen, Kegels, 1992) dos *Medicus Mundi*, a cooperação com o Ministério da Saúde, ao nível do distrito, melhorou: em cerca de 65% dos distritos onde se inserem os hospitais estudados existe uma equipa de gestão do distrito; quase todos os hospitais desenvolvem actividade na área de CSP mas a variedade e intensidade destas actividades diferem bastante entre hospitais, assim como difere o grau de concordância atingido com a autoridade do distrito sobre a cooperação do hospital nas actividades de CSP.

Nos cinco hospitais que o estudo de Couper (Couper, Hugo, 2005) considerou a funcionar bem, a equipa de administração do hospital incluía líderes locais, representantes de ONG e outras organizações locais (*CBO, community based organizations*).

Um estudo que analisou uma reforma nacional de saúde (Blas, Limbambala, 2001) mostrou que só 43% dos distritos controlavam os seus próprios HPR, encontrando-se os restantes num sistema contratual complicado.

2.3.2.5. Sistema de referência

"Referral is what links the various levels of the system providing patient care services. The term 'referral' is commonly used to mean both a permanent, temporary or partial transfer of responsibility for care of the patient and 'consultations', where responsibility remains with the referring health worker, but advice or special investigations are desired" (Stefanini, 1994). A referência para o hospital de primeira referência pode ser feita para: consulta técnica (opinião); intervenção técnica; realização de exame de diagnóstico; internamento (Van Lerberghe, Lafort, 1990; World Health Organization, 1992).

Embora alguns argumentem que a logística necessária a um sistema de referência (transportes e comunicações), em contextos de escassez e eventual uso inadequado dos recursos, o torne praticamente proibitivo (Görge, Schmidt-Ehry, 2004), persiste a reafirmação da necessidade de o melhorar ou mesmo, criar (Turner, 1985; World Health Organization, 1992; World Health Organization. Regional Office for South-East Asia, 1999).

O único estudo empírico encontrado sobre a efectividade do investimento na logística do sistema de referência, mostrou um preço baixo e ganhos que ultrapassavam largamente a melhoria de cuidados, com melhoria em áreas de gestão e de recursos humanos (Bossyns *et al.*, 2005).

Os estudos empíricos mostram que os hospitais não funcionam como unidades de referência atendendo à alta percentagem de doentes que aí são atendidos e que residem na sua proximidade geográfica (80% Blas, Limbambala, 2001; 70% World Health Organization, 1987c; 85% Lamine, 1992; 80% Nordberg, Holberg, Kiugu, 1996; 85% Okello *et al.*, 1998; 91 % Font *et al.*, 2002). Por outro lado, por vezes, na mesma área geográfica onde o hospital está localizado, não há outra unidade de saúde (Beyer, 1998) e, por isso, não há outro ponto de contacto com o sistema de saúde. Alguns consideram que o sistema de referência não funciona, encontrando-se os hospitais de nível superior (secundários e terciários) a prestar cuidados de nível secundário e terciário à população que reside na área geográfica imediata, não se encontrando estes cuidados disponíveis para toda a população (Taylor, 1982; Blas, Limbambala, 2001).

Só 1,97% (Lamine, 1992) ou 0.3 a 1.8% (Nordberg, Holberg, Kiugu, 1996) dos doentes que se apresentam às unidades de saúde periféricas são referidos. Um estudo estabeleceu um padrão (*benchmark*) de proporção de doentes a ser referido (2,5%, Bossyns *et al.*, 2006) e depois aplicou-o a uma amostra de distritos para encontrar uma referência de menos de metade do valor, documentando assim a sub-referência.

Um outro estudo mostra que, dos doentes referidos pelos centros de saúde, só cerca de metade chegarão a apresentar-se no hospital (Lamine, 1992). As razões incluem difícil acesso a transportes, taxas e outras despesas (Nordberg, Holberg, Kiugu, 1996) e necessidade de melhorar cuidados nos hospitais de primeira referência para que as referências valham a pena, aos olhos dos profissionais e dos doentes (Bossyns, Van Lerberghe, 2004). Por vezes, é sabido que o hospital de primeira referência não tem cirurgia ou medicamentos (Okello, 1998; Bossyns, Van Lerberghe, 2004).

Chegando ao hospital, normalmente não há sistema de triagem (English *et al.*, 2004b) e os doentes referidos e os não referidos podem não ter abordagens distintas, nomeadamente ao nível de pagamento de taxas (Van Lerberghe, Van Balen, Kegels, 1992; Conceição *et al.*, 2009). A referência verbal é comum (Nordberg, Holberg, Kiugu, 1996).

2.3.2.6. Definições e distribuição de tarefas

Os problemas de referência também estão ligados à definição e distribuição de tarefas no distrito. Os argumentos a favor da divisão de tarefas e complementaridade entre as diferentes unidades de saúde do distrito são muito comuns. No entanto, persiste a necessidade de melhorar a clarificação dos papéis, objectivos e procedimentos ao nível distrital (Janovsky, 1988; Vaz, 1990; Van Lerberghe, Lafort, 1990; World Bank, 1994).

Há, no entanto, quem defenda que o hospital de primeira referência deve prestar cuidados primários, semelhantes aos prestados no centro de saúde, à população que vive na área contígua (Debas et al., 2006) e há quem aconselhe flexibilidade: *“a precise demarcation in practice is not always possible and not necessarily for the best; it depends on how it is done, there should be flexibility”* (Pearson, 1995a).

2.3.2.7. Prestação de cuidados de saúde pelo hospital de primeira referência

A prestação de cuidados curativos e de reabilitação parece ser uma função inquestionável do hospital. São sugeridas outras funções, como por exemplo na área da saúde ocupacional, médico-legal e de escola de saúde (Montoya-Aguilar, 1981). O grau de envolvimento do hospital em cuidados de promoção da saúde e preventivos deu origem a uma série de publicações, predominando as de opinião (Carreon, 1981; Montoya-Aguilar, 1981; Cooper-Poole, 1985; Jacobson, 1985; Kutranon, 1985; Ngure, 1985; Turner, 1985; Ebrahim, 1989; Mills, 1980).

Uma discussão detalhada sobre a necessidade dos hospitais terem um departamento de saúde na comunidade (*community department*) e das respectivas funções no apoio ao desenvolvimento dos CSP pode ser encontrada no início da década de 80 (Aga Khan, World Health Organization, 1982; Hardie, 1984a).

Os estudos empíricos reflectem a prestação de cuidados preventivos, nos hospitais de primeira referência, como vacinação, cuidados pré natais e monitorização de crescimento das crianças (Folmer, 1986; Van Lerberghe, Van Balen, Kegels, 1992; Conceição *et al.*, 2009).

“A number of non-governmental organizations have introduced highly effective community outreach programmes supported and supervised by hospitals” (Janovsky, 1988). No entanto, a par deste sucesso discutem-se as dificuldades no apoio logístico e de recursos humanos a esta actividade (Cooper-Poole, 1985; Janovsky, 1988).

Os serviços cirúrgicos nem sempre estão presentes. Khalef (Khalef, 1996) afirma que em 1992, no país, não havia cirurgia na maioria dos hospitais de primeira referência. Bossyns (Bossyns, Van Lerberghe, 2004) refere que só 3 hospitais de primeira referência, num total de 33, noutro país, tinham médico que fizesse cirurgia. Para além de não terem cirurgia, os hospitais também têm ruptura de stocks de medicamentos, como documentado nalguns estudos (Folmer, 1986; Van Lerberghe, Van Balen, Kegels, 1992; Khalef, 1996; Walraven, 1996; Conceição *et al.*, 2009). Num estudo sobre a prestação de cuidados de saúde custo efectivos em 14 hospitais de primeira referência num país, o uso de sulfato de magnésio na eclampsia foi usado como indicador, atendendo a que é um tratamento que é baseado em evidência obtida para países em desenvolvimento, numa revisão da Cochrane collaboration e por normas de orientação clínica

internacionais. Só um hospital declarou alguma vez ter tido fornecimento de sulfato de magnésio e nenhum tinha normas de orientação clínica para o seu uso na eclampsia (English *et al.*, 2004a). A especificação do pacote básico de serviços que um hospital de primeira referência deveria estar preparado para prestar pode ser encontrado em vários documentos³. Esta revisão não incluiu os manuais técnicos que se foram produzindo nos últimos 20 anos, sobre anestesia, cirurgia, obstetrícia, de suporte ao hospital de primeira referência (Cook, 1988; Cook, Sankaran, Wasunna, 1991; Dobson, 1988; Dobson, 2000; World Health Organization, 2003).

Embora existam documentos normativos, foi encontrada pouca informação sobre a conformidade da realidade com as normas: *"The tragedy is that within the government service at present, such a level of equiptage"* (indicada nos documentos oficiais) *"is just a dream"* (Pearson, 1995a; Conceição *et al.*, 2009).

2.3.2.8. Recursos humanos

A função do hospital de primeira referência na formação, pré e pós graduada, contínua, dos profissionais de saúde é frequentemente apontada.

Aparece também a preocupação com os *curricula* das escolas médicas e outras instituições de formação de profissionais de saúde sendo apontada a necessidade da sua adaptação de forma a serem orientados para as necessidades das comunidade e *"they have to introduce early and continuous contact with primary health care practice; they have to ensure doctors and health care personnel are more community oriented; they have to participate regularly in primary health care research, teaching and service not ignoring management and administration"* (Aga Khan, World Health Organization, 1982; Hardie, 1984a; World Health Organization, 1987b).

A OMS dedicou um relatório técnico à educação contínua com prioridade para o pessoal do distrito (Systems of continuing education: priority to district health personnel, World Health Organization, 1990).

Alguns dos aspectos abordados nos documentos relacionados com recursos humanos compreendem: a necessidade de participação do distrito no planeamento dos recursos humanos (Organisation Mondiale de la Sante. Institut de Medicine Tropicale Prince Leopold. GTZ Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, 1992); a necessidade de melhorar competências em gestão e liderança (Sinha, Kumar, 1989; Vaz, 1990); o desenvolvimento de

³ World Health Organization, 1957; Jorgensen, 1975; Montoya-Aguilar, 1981; Van Lerberghe, Lafort, 1990; World Health Organization, 1992; World Bank, 1994; Montoya Aguilar, 1994; Pearson, 1995b; World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific, 1992; World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific, 1996; World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific, 1998; Department of Health, 2002; Chatora, Tumusiime, 2004; Gørgen, 2004; Marx, Schmidt-Ehry, 2004; Debas *et al.*, 2006; English *et al.*, 2006

descrições de funções (*job descriptions*) para o pessoal do distrito; função do hospital na formação de pessoal do distrito, na área específica de planeamento e gestão de forma a melhorar a gestão nas unidades de saúde periféricas (Aga Khan, World Health Organization, 1982; Jacobson, 1985; Sinha, Kumar, 1989).

Os hospitais exercem maior atracção sobre os profissionais que os centros de saúde (Vaz, 1990) e é difícil manter os médicos nos hospitais de primeira referência: *"the duration of rural hospital assignments fell to only six months on average"* (Abdel Rahim, 1992); *"the problem (...) is one that affects most developing countries: they all train their own doctors, but to get them to make a career at the district hospital level has proved to be very difficult"* (Pearson, 1995a).

2.3.2.9. Supervisão

A supervisão tem aspectos de sobreposição com a formação e é um dos meios concebidos para a contribuição dos hospitais na implementação dos CSP.

"Most primary care workers have a tremendous sense of professional isolation. Nothing improves their sense of worth and morale as much as contact with colleagues. What needs to be tested is whether hospitals can take responsibility for a sizable geographical area and maintain regular contact with the primary care workers" (Taylor, 1982).

Os estudos empíricos mostram a realização de trabalho de supervisão pelo hospital (Rypkema, Santing, 1994; Van Lerberghe, Van Balen, Kegels, 1992, Conceição *et al.*, 2009).

2.3.2.10. Financiamento, custos e despesas

As limitações aos estudos económicos dos hospitais de primeira referência são sumariadas por English (English *et al.*, 2006): *"Because a number of accepted ways of calculating costs exist, particularly at the level of individual interventions, different methods are likely to lead to different estimates. The particular design used to estimate costs should be considered when interpreting any results"*, *"Calculated costs usually reflect the care offered; it may not be the same as the care that is necessary, of an acceptable quality, or most effective"*. Os estudos empíricos discutem também as limitações da ausência de registos com informação relevante (Mills, 1990; Mills, Kapalamula, Chisimbi, 1993; Rypkema, Santing, 1994; Flessa, 1998; Zere *et al.*, 2006; Conceição *et al.*, 2009).

Com a estratégia de procura e selecção utilizadas não se encontraram documentos sobre mecanismos e critérios de financiamento do distrito e entre distritos à excepção de dois documentos que relatam reformas da saúde de dois países, onde *"The district will get its budget share according to population size, socioeconomic development, health infrastructure, health*

needs and problems, and indicator-based performance evaluation" (Shaikh, Rabbani, 2004) e *"Intention: District allocation based on a percapita formula"* (Blas, Limbambala, 2001). Esta última reforma é relatada como tendo falhado a sua implementação.

2.3.2.11. Análise política do processo de implementação do distrito de saúde

Alguns documentos seleccionados analisavam a implementação do distrito de saúde. Um trabalho empírico descreveu e analisou o processo de adopção do novo conceito de distrito de saúde (Beyer, 1998) e outro analisou o sector hospitalar na reforma nacional de saúde (Blas, Limbambala, 2001).

Em 1992, Taylor argumentou que *"Before the focus is shifted to primary health care, a difficult political problem must be recognized. Even the most exclusive tertiary care hospitals are used as a source of primary care by the wealthy and politically powerful. Because the hospital depends on this elite group for financial and political support, the attention of the most highly trained specialists is concentrated on caring for those people's minor health problems"* (Taylor, 1992). Mais de uma década depois, Van Lerberghe (Van Lerberghe, De Béthune, De Brouwere, 1997) insiste que *"Financing the investments needed for district hospitals will be a major challenge. Finding the money to operate those hospital beds will not be possible without a major shift in present allocations. So many years after the Alma-Atas, the Harares and the Bamakos, we are likely to see brand-new high tech hospitals rise on the skylines of Africa's major cities, inaccessible to the populations of the poor rural or peri-urban areas. One of the primary conditions for guaranteeing access is to shift resources from tertiary care institutions to first referral level hospitals. If district hospitals are to play a role as elements and leaders of integrated health systems, they must be given top priority on the agendas of policy makers and donors"*.

Blas (Blas, Limbambala, 2001) relata que a reforma nacional que previa *"shift resources from higher to lower levels of care"*, afinal, resultou na diminuição de orçamento de todos os hospitais *"changing the concept of redistribution to a matter of distribution of cut-backs"*. Esta falha na implementação é relacionada pelo autor com os seguintes processos políticos: *"Ruling government coalition comprises business and religious political fractions mainly based in the larger urban centres (...); the power – base of the opposition is not significantly different from that of the government; there are no advocates for the under-served populations at the national political scene; (...) press and opposition focus on the big hospitals and unacceptable conditions prevailing, making these symbols of general government failure; the president intervenes directly and forces ministry of health to deliver visible hospital improvements"*.

A análise do processo político da adopção do novo conceito de “sanitary zones” mostrou *“that the reasons for the specific policy choice do not emerge clearly. The main problems identified are: the role of the hospital, the incongruous administration, resistance against the reform and the question whether the government actually has the political will to change. The majority of the interviewees considered the introduction of ‘sanitary zones’ as an imposition of the donor agencies since no national discussions were held at the time”* (Beyer, 1998).

A par de um estudo em que os médicos dos hospitais de primeira referência estudados consideram o conceito de distrito de saúde útil para melhorar a saúde e apontam como principais limitações à implementação dos distritos de saúde a falta de competências em gestão e falta de recursos financeiros (Rypkema, Santing, 1994), um outro mostra que só dois, num total de 46 enfermeiros (4%) em unidades periféricas, compreendiam a razão para a organização do sistema em dois níveis (embora percebessem um gradiente técnico entre os centros de saúde e o hospital, não viam diferenças reais nas competências clínicas).

Alguns dos actores sociais entrevistados sobre o conteúdo e processo de implementação da reforma das “sanitary zones” pensavam que as zonas sanitárias constituíam um quarto nível do sistema (Beyer, 1998).

O Relatório Mundial da Saúde de 2005 (World Health Organization, 2005) argumenta que a actual implementação dos distritos de saúde, em muitos países, se deve mais ao contexto de condições desfavoráveis de implementação.

2.4. Conclusões

Os resultados apresentados ilustram que há muitos aspectos em torno dos quais não existem ideias claras, havendo necessidade de saber o que de facto se está a passar e que lições se aprenderam, vinte anos após a declaração de Harare.

A situação é caracterizada por escassez de conhecimento empírico para avaliar o estado actual dos hospitais de primeira referência na África subsaariana. De um total de 20.482 documentos recuperados, aplicando os critérios de selecção descritos, foram seleccionados 106 documentos para análise dos quais apenas 39 eram dados originais. Estes estudos foram publicados num período de 29 anos (1980-2009) e os dados apresentados referiam-se aos anos entre 1971 e 2006.

Os dados mostram heterogeneidade nos hospitais de primeira referência. São documentadas grandes cargas de trabalho nalguns estudos e baixas taxas de ocupação noutras.

Os dados limitados de que se dispõe apontam para que a situação dos hospitais de primeira referência na África subsaariana não tenha mudado muito desde os primeiros estudos empíricos nos anos 70.

Existe uma notória ausência de estudos empíricos sobre a implementação do distrito de saúde no contexto da estratégia dos CSP. Nos documentos analisados, a definição patente na declaração de Harare (World Health Organization, 1987a) ou a usada no relatório técnico "Hospitals and health for all" (World Health Organization, 1987b) é sempre a referência. Em vinte anos, a produção de documentos, de discussão, sobre o que devem ser os hospitais e o distrito e técnicos, de apoio à implementação do Distrito de Saúde, quase duplica o número de trabalhos empíricos. É de salientar a ausência de trabalho empírico, revisto por pares, publicado e acessível, sobre o impacto dos esforços de pensamento conceptual e da criação de suportes técnicos à implementação do Distrito de Saúde.

O sistema de referência, quando funciona, parece abaixo das expectativas. Quando se estabeleceu um padrão de referência dos centros de saúde para os hospitais, descobriu-se que a referência é feita abaixo de metade do padrão. Dos doentes referidos, só metade se apresenta nos hospitais. Os hospitais não funcionam como unidades de referência, a avaliar pela alta percentagem de doentes aí tratados que vivem nas imediações (superior a 70% nos estudos empíricos desta revisão).

Os transportes e as comunicações são considerados factores major de limitação ao desenvolvimento das funções do hospital de primeira referência, no sentido em que comprometem o sistema de referência, a estratégia avançada, a supervisão, o fornecimento de material médico e cirúrgico, entre outros.

A divisão de tarefas entre o hospital e as outras unidades no distrito não é clara. A concordância é grande no que toca à necessidade de divisão de tarefas e complementaridade entre as diferentes unidades. No entanto, persiste a necessidade de melhorar a clarificação dos papéis, objectivos e procedimentos de acordo com o contexto local.

Há uma falta de conformidade dos hospitais de primeira referência com o pacote de serviços atribuídos. Embora existam documentos normativos, sobre os pacotes de serviços a ser prestados, pouca informação foi encontrada sobre a conformidade com esses padrões. Quando essa informação existe, mostra que a realidade está bastante abaixo do padrão estabelecido. Há falhas nas cadeias de distribuição de medicamentos e outros materiais, com resultantes rupturas de stocks. A cirurgia pode não se fazer.

Parece ser difícil atrair e manter os médicos nos distritos e nos hospitais de primeira referência. Para os outros profissionais no distrito, os hospitais exercem maior atracção que os centros de saúde. Nenhum dos estudos desta revisão se dedicou especificamente a este assunto.

O conhecimento sobre os critérios de distribuição de recursos para os distritos e sobre os custos dos Hospitais de primeira referência são limitados. Foi encontrada pouca informação sobre os mecanismos e critérios de financiamento para e entre distritos e, no distrito, para o hospital de primeira referência.

3. O HOSPITAL DE PRIMEIRA REFERÊNCIA NO SISTEMA DE SAÚDE MOÇAMBICANO: REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Introdução

Para atingir os objectivos gerais da investigação de descrever a evolução do hospital de primeira referência (HPR) e do distrito de saúde Moçambicano, impunha-se uma cuidada revisão de literatura.

No entanto, documentar as reformas de saúde moçambicanas, relativas aos HPR, nas suas intenções, assim como nas suas realizações, não foi tarefa fácil. Especialmente difícil foi a obtenção de documentação das realizações. Mesmo tendo a autora acesso a muita informação sobre o sistema de saúde Moçambicano durante o período de 2007 e 2008, anos em que fez parte da equipa de consultores que desenvolveu com o Ministério da Saúde (MISAU) o Plano Nacional dos Recursos Humanos da Saúde 2008-2015, aquela não era a necessária à caracterização presente ou passada que se pretendia. Em 2007 decorreu o Inventário Nacional de Infra-estruturas de Saúde, Serviços e Recursos mas os seus dados só foram parcialmente publicados (República de Moçambique. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde, 2007). Os objectivos específicos desta revisão bibliográfica foram:

- Descrever a evolução do conceito, do papel, das funções e características do hospital de primeira referência, em Moçambique, desde a independência;
- Caracterizar as intenções políticas e reformas do sector da saúde subjacentes.

3.2. Material e métodos

A revisão é a tentativa de sintetizar resultados e conclusões de uma ou mais publicações.

Para esta revisão eram de particular relevância os documentos produzidos pelo MISAU. Apesar de haver um Centro de Documentação do MISAU, não foi possível apurar critérios de organização dos dados e o material obtido estava muito aquém do que a autora sabia existir.

Assim, é difícil poder afirmar que o processo de procura foi completo, pois não há forma, acessível à autora, de saber ou obter o que foi produzido pelo MISAU nos últimos 30 anos.

Assim, decidiu-se não qualificar esta revisão de sistemática pelo seu carácter menos organizado, que no capítulo anterior, especialmente na parte de recuperação de documentos.

No fundo, percorreu-se toda a documentação que foi possível obter procurando referência aos HPR. Os pormenores das estratégias de procura e selecção utilizados são descritos a seguir.

3.2.1. Estratégia de procura e selecção de documentos

Assim, os documentos foram obtidos através

- da consulta de base de dados bibliográficas e de metafontes de informação⁴, nomeadamente
 - base de dados do Centro de documentação do Ministério da Saúde em Moçambique (MISAU) e
 - da consulta da página da internet do MISAU;
- no IHMT por documentação obtida no MISAU na realização de estudos anteriores;
- dos informadores chave entrevistados;
- da pesquisa nas referências bibliográficas dos documentos anteriormente mencionados.

As estratégias de procura utilizada para cada base de dados e metafonte de informação utilizada estão apresentadas nas Tabelas 3.1 e 3.2. No Apêndice A são apresentadas as características de cada base de dados. Os limites temporais da pesquisa são os mesmos das bases de dados utilizadas.

⁴ Metafontes de informação - colecções de recursos; páginas de internet que listam outros sítios da internet [Metaresources of information - collections of resources; organized websites that list other sites] (Baeza-yates, Ribeiro-neto, 1999).

Tabela 3.1 Fontes de informação (Bases de dados) e estratégia de procura de documentos

Bases de dados	Estratégia de procura
Pubmed	Termos Mesh: "Mozambique". Sem outras limitações de pesquisa. Realizada a 5 de Setembro 2008.
Proquest	Palavras-chave: "Mozambique". Sem outras limitações de pesquisa. Realizada a 17 de Setembro 2008.
Emerald	Palavras-chave: "Mozambique". Sem outras limitações de pesquisa. Realizada a 19 de Setembro 2008.
B-on	Palavras chave: "Mozambique". Limitações de pesquisa: selecção "Assunto" (outras alternativas: Todos os campos, Título, Autor, ISSN, ISBN, Ano). "Ciências da Saúde" (outras alternativas: Artes e Humanidades, Ciências Sociais, Ciências, Eng./Tecnologia); "MetaPesquisa" e "Combinar". Realizada a 21 de Janeiro de 2009.
WHOLIS	Palavras chave: "Mozambique". Sem outras limitações de pesquisa. Realizada a 19 de Setembro 2008.
Centro de documentação do MISAU	Palavras chave: "Hospitais rurais", "Hospitais gerais" e "Hospitais distritais".

Tabela 3.2 Fontes de informação (metafontes de informação⁵) e estratégia de procura de documentos

Metafontes de informação	Estratégia de procura
Página da Organização Mundial da Saúde www.who.int/en/	Palavras-chave: "Mozambique". Realizada a 18 de Fevereiro de 2009.
Páginas do Banco Mundial www.worldbank.org	Palavras-chave: "Mozambique". Realizada a 18 de Fevereiro de 2009.
Página do MISAU	Exploração exaustiva de todo o menu. Exploração de toda a legislação disponível no sítio (datada desde 1967 até 2001 mas não completa). Exploração de todos os programas e dados de informação estatística disponíveis. Realizada a 28 de Fevereiro de 2009.
Página dos "Medicus Mundi" www.medicusmundi.org	Palavras-chave: "hospitals" e percorrendo a lista de publicações. Realizada a 27 de Fevereiro de 2009.
Página da GTZ www.gtz.de	Palavras-chave: "hospitals" "district system". Realizada a 27 de Fevereiro de 2009.
Página da AFRO-NETS African Networks for health research and development http://www.afronets.org/	Percorrendo a lista de "Publicações e outros documentos". Realizada a 27 de Fevereiro de 2009.
Nuffield Centre for International Health and Development; Leeds Institute of health sciences. http://www.leeds.ac.uk/lihs/nuffield/index.htm	Percorrendo a lista de "Publicações". Realizada a 27 de Fevereiro de 2009.
Karolinska Institutet http://ki.se http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=1610&l=en&fromtransit=167	Exploração da página do "Global Health Course at International Health" e suas publicações. Pesquisa na base de dados de dissertações com palavra "district" AND "hospital". Realizada a 27 de Fevereiro de 2009.

A estratégia de selecção de documentos baseou-se na análise do título, resumo, índices e sumários (conforme a natureza do documento). Foram procurados:

- Estudos que caracterizassem a estrutura, os recursos ou a produção dos hospitais de primeira referência em Moçambique;
- Artigos que discutissem ou caracterizassem o papel e funções do hospital nos programas de saúde e no distrito de saúde em Moçambique;
- Estudos que incluíssem dados sobre hospitais e distritos de saúde em Moçambique (propriedade, tipo de gestão, dimensões, infra-estruturas, serviços prestados, produção,

⁵ Metafontes de informação - colecções de recursos; páginas de internet que listam outros sítios da internet [Metaresources of information - collections of resources; organized websites that list other sites] (Baezayates, Ribeiro-neto, 1999).

recursos - financeiros, equipamento técnico, comunicações, sistemas de informação, logística de transporte de doentes e de trabalhadores de saúde para o desenvolvimento das actividades de saúde);

- Artigos de reflexão/conceptuais sobre hospital de distrito/primeira referência, distrito de saúde ou hospital de primeira referência e cuidados de saúde primários em Moçambique.

Todos os documentos de declaração política, planos e programas de saúde, legislação de Moçambique que foi possível obter, foram lidos na totalidade antes de serem seleccionados (os que referiam explicitamente os hospitais rurais, gerais e distritais) ou excluídos.

3.2.2. Estratégia de análise

Para cada documento seleccionado foi feita uma ficha com os aspectos referentes aos hospitais rurais, gerais e distritais segundo a grelha apresentada na Caixa 3.1.

Caixa 3.1 Grelha orientadora da análise documental

- Título;
- Autor(es);
- Data;
- Tipo de documento: Legislação, Planos e programas de saúde, Relatórios/estudos, Artigo de revista científica;
- Excertos de texto relativos aos hospitais rurais, gerais e distritais;
- Excertos de texto relativos às políticas que enquadram a evolução dos hospitais rurais, gerais e distritais.

Após leitura das fichas, iniciou-se a divisão de excertos de texto nos seguintes grupos temáticos:

- definição de hospital de primeira referência (referências a papéis e funções dos hospitais distritais, rurais e gerais, assim com a diferenças entre eles);
- sistema de referência (referências ao que se deseja ou ao que existe em termos do sistema de referência e seu funcionamento);
- apetrechamento e manutenção (referências a problemas e mecanismos de fornecimento e manutenção de bens aos HPR);
- expansão da rede sanitária (planos de reabilitação ou reconstrução ou construção de novo e avaliações do que foi alcançado);
- critérios de localização dos HPR (referências a critérios de reclassificação/reabilitação de unidades sanitárias em HPR ou construção de novo desde a independência).

Para cada conteúdo temático anterior foi criada a divisão “Objectivos” e “Realidade observada”. Os excertos de texto foram colocados por ordem cronológica de publicação.

3.3. Resultados

Os resultados são apresentados em duas partes. A primeira apresenta o número e tipo de documentos recuperados e seleccionados. A seguinte apresenta os conteúdos temáticos.

3.3.1. Documentos seleccionados para análise

O número de documentos que foram recuperados de cada base de dados e os que foram analisados são apresentados na Tabela 3.3. A Tabela 3.4 indica o número de documentos que foram obtidos das outras fontes de informação.

Tabela 3.3 Número de documentos recuperados e seleccionados para análise por base de dados

Base de dados ou metafonte de informação	Nº de referências encontradas	Nome do ficheiro (CD)	Nº de referências seleccionadas para análise
PUBMED	848	PubMed_result_mozambique.txt	0
PROQUEST HEALTH	394	PROQUEST HEALTH.doc	0
EMERALD	Articles: 213 Abstracts & reviews: 34	Emerald_mozambique.doc	0
B – on, Biblioteca de conhecimento online	202	Bon_mozambique.doc	0
WHOLIS	174	WHOLIS.doc (Nota: os resumos não estão disponíveis neste ficheiro mas estavam disponíveis <i>on – line</i> através do botão “Catalog–record”)	4
Centro de documentação do MISAU	4	MISAU.doc	2

Tabela 3.4 Número de documentos seleccionados para análise de outras fontes

	Número de documentos seleccionados
Página da Organização Mundial da Saúde 140 documentos recuperados	0
Página electrónica dos "Medicus Mundi"	0
Página electrónica do GTZ	0
Página electrónica da AFRO-NETS	0
Página electrónica do Nuffield Centre for International Health and Development	0
Página electrónica Karolinska Institutet 15 documentos recuperados na base de dados de Dissertações	0
Páginas do Banco Mundial 150 documentos recuperados	0
Página do Ministério da Saúde Moçambicano	50
IHMT por documentação obtida no MISAU na realização de estudos anteriores	(de um total não contabilizado, análise de
Informadores chave entrevistados	50 documentos com
Pesquisa nas referências bibliográficas dos documentos	referência explícita aos HPR)

As caixas e tabelas seguintes apresentam os documentos incluídos na análise, classificados em:

- Instrumentos de planeamento (Tabela 3.5, Caixa 3.2);
- Legislação definidora de funções e papel dos hospitais distritais, rurais, ou gerais (Caixa 3.3);
- Normas definidoras de pacote de serviços prestados, equipamento médico e quadro de pessoal dos hospitais de primeira referência (Caixa 3.4);
- Avaliações, estudos preparatórios de estratégias, documentos de trabalho do MISAU (Tabela 3.7 e Caixas 3.5 e 3.6).

3.3.1.1. Instrumentos de planeamento

A Tabela 3.5 apresenta a definição dos principais instrumentos de planeamento em saúde utilizados em Moçambique, a Caixa 3.2. indica os documentos de planeamento que foram seleccionados para esta análises e a Tabela 3.6 apresenta mais documentos de planeamento encontrados (alguns excluídos da análise) mas com indicação dos anos a que se aplicaram ou aplicam.

Tabela 3.5 Definição dos instrumentos de planeamento do sector da saúde utilizados em Moçambique

PESS	O Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) estabelece as prioridades do Sector da Saúde para cinco anos. É o instrumento que orienta as relações de colaboração entre o MISAU e seus parceiros internos e externos, no contexto da abordagem sectorial ampla (SWAP), tal como preconiza o Código de Conduta subscrito pelo MISAU e seus parceiros (República de Moçambique. Conselho de ministros, 2001).
PIS e PTIP	Plano de Investimento da Saúde (PIS); Plano Trienal de Investimento Público (PTIP) Um passo importante realizado em 2003 foi a elaboração, pelo MISAU, do seu Plano de Investimento da Saúde (PIS), cobrindo os quinquênios 2004-2008 e 2008-2013. O PIS oferece uma visão geral da área dos investimentos, que permite definir, a médio e longo prazo, a política do MISAU em relação ao desenvolvimento da rede sanitária e dos respectivos sistemas de apoio. O Plano Trienal de Investimento Público (PTIP) é a expressão orçamental anual do PIS, o qual tem, como objectivo final, atingir uma prestação equitativa de serviços de qualidade, de uma forma eficiente (República de Moçambique, Ministério da Saúde, Direcção de Planificação e Cooperação, 2003).
POA e PES sector saúde	Para operacionalizar o plano estratégico (PESS), o MISAU elabora um Plano Operacional Anual (POA) para apresentar as suas prioridades e alocações de recursos, incluindo a alocação do Orçamento Geral do Estado, o Fundo de apoio SAUDE e todos os outros recursos de saúde disponíveis (quer geridos pelo MISAU, quer não) para as prioridades declaradas. O Plano Anual e o Orçamento também servem como Plano Económico e Social (PES) para o sector da saúde e actuam como base para negociações com o Ministério do Plano e Finanças sobre as alocações do orçamento, especialmente em relação ao CDFMP (República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação, 2003).

Caixa 3.2 Instrumentos de planeamento seleccionados

- Cuidados de saúde primários em Moçambique: outros níveis de atenção de saúde. Maputo, Ministério da Saúde. República Popular de Moçambique, 1980.
- PARPA - Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta (2001-05; 2006-09).
- Plano Quinquenal do Governo (1995-99; 2005-09).
- PESS - Plano Estratégico do Sector da Saúde (2001-05; 2007-12).
- Política Nacional de Saúde 2007.
- PDI - Plano de Desenvolvimento Institucional (2001-03).
- PNDRHS - Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde (1992-02; 2001-10; 2008-15).
- PIS - Plano de Investimento da Saúde (2004-08).
- PES - Plano Económico e Social (1998; 2006; 2007; 2008).
- CDFMP - Cenário de Despesas e Financiamento de Médio Prazo (2008-10).
- POA - Plano Operacional do Sector da Saúde (2004; 2006).
- PTIP - Proposta de Plano Trienal de Investimento Público (2001-03; 2004-06; 2005-07; 2006-08; 2007-09; 2008-10).

Tabela 3.6 Instrumentos de planeamento encontrados pelos anos a que se aplicam

Instrumentos de planeamento	Anos a que se aplicam																								
	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	
Plano Nacional																									
PARPA (01-05; 06-09)																									
Plano Quinquenal do Governo (95-99; 05-09)																									
CDFMP (01-05; 07-09; 08-10; 09-11; 10-12)																									
Sector da Saúde																									
Termos de referência SWAp																									
PES (01-05; 07-12)																									
PDI (01-03)																									
PIS (04-08)																									
PNDRHS (92-02; 01-10; 08-15)																									
PES (98; 06; 07; 08)																									
POA (04; 05; 06)																									
PTIP (01-03; 02-04; 03-05; 04-06; 05-07; 06-08; 07-09; 08-10)																									

Fonte: Adaptado de: Dgedge et al., 2003.

Notas: PARPA - Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta; CDFMP - Cenário de Despesas e Financiamento de Médio Prazo; SWAP - Sector Wide Approach to Policy Making; PES - Plano Estratégico do Sector da Saúde; PDI - Plano de Desenvolvimento Institucional; PIS - Plano de Investimento da Saúde; PNDRHS - Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde; POA - Plano Operacional Anual; PES - Plano Económico e Social; PTIP Plano Trienal de Investimento Público

Alguns destes instrumentos de planeamento foram criados no contexto da adesão de Moçambique às instituições de Bretton Woods e à iniciativa relativa à dívida dos países pobres fortemente endividados (*HIPC – Heavily Indebted Poor Countries Debt Initiative*), como o Plano de Acção de Redução da Pobreza Absoluta (PARPA) (World Bank Operations Evaluation Department, IMF Independent Evaluation Office, 2005).

Todos os instrumentos são estruturantes da colaboração entre Moçambique e os seus múltiplos parceiros de apoio ao desenvolvimento.

Em Moçambique foi-se desenvolvendo (pelo menos desde 1992), um acordo entre os parceiros de cooperação e o MISAU, sobre a necessidade de estruturar e gerir a participação nacional e internacional no apoio ao desenvolvimento da saúde em Moçambique (Pavignani, Durão, 1999; Walt *et al.* 1999a; Walt *et al.* 1999b; Brown, 2000). Esta forma de trabalhar, que privilegia o financiamento externo programático (também designado apoio orçamental, em detrimento de financiamento de projectos com fins específicos da escolha do financiador) e a definição conjunta de políticas é conhecida como *SWAp – sector wide approach* (Walt *et al.* 1999a; Walt *et al.* 1999b).

Assim, desenvolveu-se e assinou-se um código de conduta (“O compromisso de Kaya Kwanga”) que define os princípios e mecanismos para orientar e regular as relações entre o MISAU e os parceiros de cooperação envolvidos no desenvolvimento da saúde (República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação, 2007; 2005; 2003; 2001; 2000). Este “compromisso para a abordagem sectorial ampla para a saúde” implica que seja estabelecida, “uma visão comum para a reforma da saúde e o seu desenvolvimento”, sejam estabelecidas prioridades e se melhore a distribuição de recursos, assim como a “eficiência e a prestação de contas em relação ao uso dos recursos” e a “coordenação da entrega de serviços de saúde em Moçambique assegurando que os papéis e as responsabilidades dos diferentes parceiros (o MISAU, outros ministérios chave e os seus Parceiros de Cooperação - Bilaterais, Multilaterais, iniciativas globais, organizações da sociedade civil, ONGs nacionais e internacionais, sector privado, associações médicas e instituições académicas) sejam claros” (República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação, 2003; 2007). Implica também o acordo em “gradualmente prosseguir em direcção a providenciar, tanto quanto possível, apoio ao orçamento” e em partilhar toda a informação para que os instrumentos de planeamento contenham a informação de todo o financiamento disponibilizado, assim como em harmonizar o ciclo de planeamento e realizar avaliações conjuntas (República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação, 2003).

A reunião de Kaya Kwanga teve lugar em Junho de 1999 (República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação, 2000), o Código de Conduta revisto é de 2003 (República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação, 2003) e o último "Termos de Referência da Abordagem Sectorial Ampla" a que tivemos acesso é de 2007 (República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação, 2007).

Nesta abordagem há criação e utilização de instrumentos de planeamento plurianual de que faz parte o Programa Quinquenal do Governo e o Cenário Fiscal de Médio Prazo (CFMP). Este é um instrumento de planificação através do qual o Governo organiza e apresenta as opções estratégicas direccionadas a materializar as grandes linhas constantes no seu Plano Quinquenal e Plano de Acção de Redução da Pobreza Absoluta (PARPA) (Ministério da Planificação e Desenvolvimento; Ministério das Finanças, 2007).

O Plano Económico e Social (PES) operacionaliza, para cada ano, as metas e acções em consistência com as proposições constantes dos instrumentos de médio prazo.

O Orçamento do Estado face à restrição específica de recursos de cada ano, determina o nível de actividade financiada, conseqüentemente a realizar (Resolução nº 16/2005).

De salientar que o número de instrumentos tenderá a diminuir já que os Termos de Referência do SWAp apontam nesse sentido (República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação, 2007).

Como seria de esperar nenhum dos documentos do SWAp menciona explicitamente os HPR e por isso não foram incluídos na análise. Pareceu, no entanto, oportuno fazer uma breve contextualização sobre o número de diferentes documentos utilizados no planeamento da Saúde em Moçambique, a dependência externa e as suas implicações na definição de políticas.

3.3.1.2. Legislação definidora de funções e papel dos hospitais distritais, rurais e gerais

A Caixa 3.3 enuncia os documentos seleccionados para análise e que dizem respeito à legislação que define as funções e papel dos hospitais rurais e gerais.

Caixa 3.3 Legislação definidora de funções e papel dos hospitais distritais, rurais e gerais

- Lei n.º 25/91, de 31 de Dezembro, que cria o Serviço Nacional de Saúde;
- Diploma Ministerial nº 127/2002, Caracterização técnica, enunciado de funções específicas, critérios e mecanismos para a classificação das instituições do SNS;
- Diploma Ministerial nº 40/2004, de 28 de Fevereiro, Regulamento Geral dos Hospitais.

3.3.1.3. Normas definidoras de pacote de serviços prestados, equipamento médico e quadro de pessoal dos hospitais de primeira referência

A Caixa 3.4 lista os documentos seleccionados que se referem às normas definidoras de pacote de serviços prestados, equipamento médico e quadro de pessoal dos HPR.

Caixa 3.4 Normas definidoras de pacote de serviços prestados, equipamento médico e quadro de pessoal dos hospitais de primeira referência

- República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção Nacional de Assistência Médica. Carga tipo Hospital rural e geral. Pacote de serviços prestados e equipamento médico necessário. Setembro de 2007.
- República de Moçambique. Ministério da Saúde. DNAM - DRH. Proposta do quadro de pessoal 2007-2010 Hospitais rurais.

3.3.1.4. Avaliações, estudos preparatórios de estratégias, documentos de trabalho do ministério

A Tabela 3.7 lista documentos que apresentam avaliações, organizados segundo o foco dessas avaliações: avaliação do Sistema Nacional de Saúde, da função cirúrgica e de radiologia no país, dos custos de cirurgia, do sector hospitalar, do Programa de recuperação do sector da saúde (PRSS), do Plano Estratégico da Saúde e do SWAp, do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos (1992-2002) e do Programa do Governo (1995-1999).

A Caixa 3.5 e a Caixa 3.6 listam estudos que prepararam políticas (preparatórios de estratégias e um de auscultação aos utilizadores do sistema de saúde, respectivamente).

Tabela 3.7 Documentos sobre avaliações: objecto da avaliação e referências bibliográficas

Objecto de avaliação	Documento
Sistema nacional de saúde: infra-estruturas de saúde, serviços e recursos	RM. MISAU. INE. - Inventário nacional de infra-estruturas de saúde, serviços e recursos. Moçambique 2007.
Função cirúrgica e de radiologia no país	RM. MISAU - Direcção de Planificação e Cooperação. Elaboração do plano de investimento da saúde - Fase II: "Avaliação do sistema dos hospitais de referência do Serviço Nacional de Saúde". Documento de trabalho para o Conselho Nacional Coordenador da Saúde de Pemba. 29 de Abril, 4 de Maio 2002.
Custos de cirurgia	Torres L; Becerril G - Estudo de custos de cirurgia. Maputo, 2001.
Sector hospitalar	RM. MISAU. DNS. DNAM. Comunicado final da IV reunião do Conselho Hospitalar. Fevereiro de 2007. RM. MISAU. DNAM. Comunicado final do V Conselho Hospitalar. 25 de Julho de 2008.
PRSS – Programa de recuperação do sector da saúde	Martins H. - Monitorização, Avaliação e reformulação do PRSS Componente A (prestação de cuidados de saúde) A1: Desenvolvimento da rede de unidades sanitárias de nível secundário – Hospitais rurais Comentário do GTP – Resposta do DNS/GACOPI. Maputo, 1998.
PESS e SWAP	RM. MISAU - Desempenho do Sector da saúde: Sexta Avaliação Conjunta ACA VI. Maputo, Março 2007. RM. MISAU - Desempenho do Sector da saúde: Sétima Avaliação Conjunta ACA VII. Maputo, Março 2008.
Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos (PDRH 1992-2002)	Dal Poz, M.; Machatine, G. - Relatório de consultadoria. Avaliação do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos (PDRH 1992-2002).
Programa do Governo 1995-1999	RM. MISAU - Balanço da implementação do Programa do Governo 1995-1999 Componente "Saúde", 1998. RM. MISAU - Balanço da implementação do Programa do Governo Sector Saúde 1995-1999, 1999.
Política de saúde	Noormahomed, A.R. - A reforma do sistema de saúde de Moçambique. In: As reformas dos sistemas de saúde: Actas do IV Encontro Nacional da APES. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 1996. Noormahomed, A. R.; Segall, M. - Projecto de revisão de alguns aspectos da Política Nacional de Saúde (PRAAPNS). Gastos, Financiamento e afectação de recursos no sector da saúde em Moçambique: evolução histórica e perspectivas futuras. Um documento de trabalho. Segunda versão. Novembro de 1990. Cabral, J.; Noormahomed A. R. - Mozambique: Primary health care in the worst conditions. In: Tarimo, E.; Creese, A. - Achieving health for all by the year 2000 : midway reports of country experiences. Geneva: WHO, 1990. Walt G., Melamed Â, ed. lit. - Mozambique: towards a people's health service. London: Zed Books, 1983.
Financiamento da saúde	RM. MPF. MS. O Nível Primário do Sector da saúde em Moçambique - resultados de um inquérito sobre financiamento, gestão e prestação de serviços. RM. MPF. MS. A Despesa Pública com a Saúde em Moçambique. Beattie, A.; Kraushaar, D. - Health expenditure in Mozambique: an analysis of major policy issues volume 1: a summary of policy recommendations for health sector reform. [1999]. Beattie, A.; Kraushaar, D. - Health expenditure in Mozambique: an analysis of major policy issues volume 2. Barbosa, S.; Junior, D. D; Sousa, A. - A legal, regulatory and policy analysis of the health sector in Mozambique. Volume 4 [1999].
Sector da saúde	Machatine et. al - Diagnóstico de situação do sector saúde em Moçambique em 1998.

Caixa 3.5 Estudos preparatórios de estratégias

- Escola Nacional de Saúde Pública Lisboa Portugal e Austral Consultoria e Projectos, Lda Maputo Moçambique - Projecto de operacionalização de hospitais rurais. Relatório Final. 1993
Tomo I. Actividade Desenvolvida.
Tomo II. Plano Director
Tomo III. Edificações e infra-estruturas técnicas.
Tomo IV. Relatórios de especialidade.
Tomo V. Utilização do financiamento da C.E.E.
- Ron, A. - Planning and implementing health insurance in developing countries : guidelines and case studies. 1993.
- Noormahomed, A. R.; Segall, M.M. - The public health sector in Mozambique: a post-war strategy for rehabilitation and sustained development. Mozambique country paper, 1994.

Caixa 3.6 Outros documentos

- AMREF (African Medical and Research Foundation) - Plano estratégico de Saúde 2001-2005. Relatório da auscultação da sociedade civil na província de Inhambane, 2000.

3.3.2. Conteúdo dos documentos analisados

O conteúdo dos documentos analisados, adiante apresentado, é organizado nos seguintes tópicos:

- Funções do hospital de primeira referência: as normas e a realidade;
- Expansão da rede secundária;
- Critérios de localização de Unidades Sanitárias de nível II, os HPR;
- Fortalecimento do sistema de referência;
- Comparação dos investimentos feitos nos diferentes níveis de cuidados.

3.3.2.1. Funções do hospital de primeira referência: as normas e a realidade

As funções do HPR são apresentadas segundo as funções previstas e a realidade descrita.

3.3.2.1.1. Funções previstas ou defendidas

A Tabela 1.6, apresentada no Capítulo 1 e a Caixa 3.7 são o resultado da análise da legislação Moçambicana e das normas produzidas pela Direcção Nacional de Assistência Médica (DNAM). Estas são as normas actuais e da pesquisa efectuada não parece haver legislação anterior sobre as funções dos hospitais.

De realçar que a primeira legislação data de 1991, 16 anos após a independência, tendo sido preciso esperar mais de uma década para que esta mesma legislação fosse regulamentada.

O Plano Económico e Social 2008 (República de Moçambique. Ministério da Saúde, 2007: 43) anuncia a actualização do Diploma Ministerial 127/2002 mas esta pesquisa não encontrou nova legislação.

As normas da DNAM incluem a descrição dos serviços clínicos que devem ser prestados e respectivo material mínimo a existir em cada HPR. Estes documentos também especificam o pessoal necessário a este tipo de hospitais. A Tabela 3.8 apresenta o quadro de pessoal mínimo legislado dos hospitais rurais, gerais e distritais e a uma proposta mais recente da DNAM.

Outros documentos analisados apontam funções dos HPR.

A capacidade cirúrgica (para lá de electiva também de urgência) é definidora de hospital de primeira referência (República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação, 2002; Torres, Becerril, 2001; Machatine *et al.*, 1999; Noormahomed, Segall, 1994; Escola Nacional de Saúde Pública, Austral Consultadoria e Projectos, 1993).

O PES 2008 prevê a continuação da adequação do quadro de pessoal dos HPR de forma a garantir as quatro especialidades básicas: medicina interna, obstetrícia, pediatria, cirurgia (República de Moçambique. Ministério da Saúde, 2007).

Um documento aponta a função de prestação de cuidados móveis pelo hospital (Noormahomed, Segall, 1994) e outro a realização de radiologia (República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação, 2002).

A função de supervisão é apontada em dois documentos (Noormahomed, Segall, 1994; Escola Nacional de Saúde Pública, Austral Consultadoria e projectos, 1993).

Apesar de a legislação dizer que os hospitais são níveis de referência, dois documentos definem que os “hospitais de referência servem também como unidade sanitária de primeiro contacto para a população urbana” (Machatine *et al.*, 1999; Noormahomed, Segall, 1994).

Caixa 3.7 Papel e funções dos HPR: enquadramento legal e normativo

Citação do texto legal 2002
Diploma Ministerial nº 127/2002: Caracterização técnica, enunciado de funções específicas, critérios e mecanismos para a classificação das instituições do SNS
Todos os Hospitais de Nível Secundário terão as seguintes funções: 5.1. Acolhimento e admissão de doentes enviados dos diversos Centros de Saúde da sua zona de captação; 5.2. Prevenção, tratamento e controle das principais doenças endémicas, com respeito pelas respectivas estratégias de luta; 5.3. Diagnóstico clínico, com apoio laboratorial, de radiologia e de outros exames complementares simples; 5.4. Prestação de cuidados de urgência aos traumatismos e outras afecções; 5.5. Prestação de cuidados clínicos em regime de internamento aos doentes que deles precisem; 5.6. Tratamento das principais afecções prevalentes na zona; 5.7. Distribuição sob receita médica ou de outro profissional da carreira de medicina, de uma gama alargada de medicamentos em instalações próprias – Farmácia do hospital; 5.8. Recolha e tratamento de dados estatísticos, epidemiológicos, clínicos, de actividade, de qualidade de serviços prestados, de recursos e de custos. Compete ainda aos Hospitais de Nível Secundário: 5.9. Supervisão e apoio logístico e técnico às acções de saúde realizadas nos níveis mais periféricos (Centros de saúde); 5.10. Referência para níveis superiores, dos problemas de saúde que não possam ser resolvidos ao seu nível; 5.10. Gestão dos recursos que lhe forem atribuídos; 5.11. Elaboração de relatórios periódicos. 22.2. A principal característica de um hospital rural que o distingue dos hospitais distritais é possuir condições para a realização de intervenções cirúrgicas e de dispor de internamento com serviços individualizados das 4 especialidades básicas: Medicina Interna, Pediatria, Cirurgia e Obstetrícia e Ginecologia. 23.1. Os Hospitais Gerais são muito idênticos aos Hospitais Rurais, mas distinguem-se por se situarem sempre em zona urbana.
Citação do texto normativo 2007
República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção Nacional de Assistência Médica. Carga tipo Hospital rural e geral. Pacote de serviços prestados e equipamento médico necessário. Setembro de 2007.
Pacote de serviços prestados nos hospitais rurais
Serviços prestados: <ul style="list-style-type: none">• Promoção de saúde;• Prevenção e controle das principais doenças endémicas; Saneamento do meio;• Aconselhamento para a saúde;• Serviços de Saúde Materno-infantil;• Consultas de Tuberculose e Lepra, diagnóstico e tratamento;• Consultas de Medicina Geral: diagnóstico clínico e tratamento das afecções correntes;• Cuidados de urgência em regime de 24 horas por dia;• Intervenções cirúrgicas de grande cirurgia;• Serviço de Internamento de Medicina Interna, Pediatria, Cirurgia/Traumatologia e Obstetrícia/ Ginecologia;• Cuidados de saúde de primeiro nível de referência de Traumatologia e Ortopedia, Psiquiatria, Oftalmologia e ORL; Consulta de Psiquiatria;• Consulta e tratamento de Medicina Física e Reabilitação;• Consulta de Odontostomatologia;• Serviço de Laboratório: Hematologia, Bioquímica, Bacteriologia, Parasitologia. Eventualmente Biologia Molecular;• Serviço de Imagiologia: Radiologia simples e Ecografia; Electrocardiografia;• Transfusões sanguíneas;• Farmácia e distribuição de medicamentos essenciais;• Recolha, tratamento de dados estatísticos e elaboração de relatórios;• Referência para níveis superiores dos problemas que não possam ser resolvidos ao seu nível;• Supervisão e apoio logístico e técnico às US de nível inferior;• Servir de local de estágio para os profissionais de Saúde.

Tabela 3.8 Pessoal previsto para os hospitais de primeira referência

	Hospital Distrital 1	Hospital Rural e Geral 1	Hospital Rural 2
Médicos	1 ou 2	3 a 5	9
Médicos Pediatras			1
Médicos Obstetras e Ginecologistas			1
Médico Cirurgião Geral			1
Médicos Saúde Familiar de Comunidade			2
Médico Clínica geral			4
Técnico Espec. Cirurgia		1 ou 2	2
Técnico Anestesia		1 ou 2	5
Técnico Instrumentação		1 ou 2	5
Enfermeiros gerais + Enf. básicos	6 a 10	15 a 25	60
Técnico de Medicina	1	2 ou 3	6
Agente de medicina	2		
Enfermeira de SMI de nível médio ou básico	5	5 a 8	12
Enfermeira de SMI de nível médio			8
Enfermeira de SMI de nível básico	5		4
Enfermeiro Geral Espec. Admn. Enfermagem			1
Técnico de Odontostomatologia	1	2 ou 3	3
Agente de Odontostomatologia	1 a 2		
Técnico de Prótese dentária			1
Técnico de Oftalmologia			1
Técnico de Nutrição			1
Psicólogo clínico			1
Técnico de Psiquiatria			2
Técnico de Medicina Preventiva			2
Agentes de Medicina Preventiva			1
Técnico Fisioterapia		1	2
Agentes de Fisioterapia			2
Biólogo			1
Técnico de Laboratório	1	1 ou 2	8
Agente de Laboratório	1 ou 2	1 ou 2	6
Técnico de Farmácia	1	1 ou 2	3
Agente de Farmácia	1	1 ou 3	6
Técnico de Radiologia	1	1 ou 2	1
Agente de Radiologia	1	1 a 3	3
Técnico de Acção Social			2
Agentes de Acção Social			2
Técnico Superior de Administração Hospitalar			1
Técnico de Administração Hospitalar			2
Agentes da Administração Hospitalar			2
Técnico de Administração de Unidades Sanitárias	0	2 a 4	
Agente de Administração de Unidades Sanitárias	1	0	
Escriturário/Dactilógrafo	1 ou 2	2 a 4	
Servente	8 a 10	20 a 30	
Outro pessoal administrativo			35
Operários e pessoal de apoio			112
Total	32 a 42	61 a 102	304

Fonte: 1 – Equipa mínima definida no Diploma Ministerial 127/2002; 2 - República de Moçambique. Ministério da Saúde. DNAM - DRH. Proposta do quadro de pessoal 2007-2010 Hospitais rurais.

Notas: Enf. – enfermeiros; SMI – Saúde Materno-Infantil.

3.3.2.1.2. A realidade descrita

Abundam as constatações de que “apesar de o número de unidades sanitárias estarem a aumentar de ano para ano, uma parte significativa das mesmas está a funcionar muito abaixo dos critérios e requisitos mínimos estabelecidos sobretudo no que concerne ao quadro de pessoal e infra-estruturas básicas” (República de Moçambique. Ministério da Saúde, 2007; República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação, 2003; República de Moçambique. Conselho de Ministros, 2001; Dal Poz, Machatine, 1999; República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação, 2002; Torres; Becerril, 2001; Ron, 1993; Republic of Mozambique. Ministry of Health, 1991).

A não realização de cirurgia como previsto (República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação, 2003; República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação, 2002; Torres; Becerril, 2001; Republic of Mozambique. Ministry of Health, 1991) e os problemas com laboratório e radiologia (República de Moçambique. Ministério da Saúde, 2001; Martins, 1998) são os problemas mais apontados.

Dois documentos apontam também que a percepção, por parte dos utilizadores, da baixa qualidade de cuidados nos centros de saúde e hospitais rurais “em resultado de uma falta de insumos, infra-estruturas e capital humano” leva as pessoas a recorrerem directamente aos hospitais provinciais e centrais, se estes existirem na zona (República de Moçambique. Ministério da Saúde, 2007; República de Moçambique. Ministério do Plano e Finanças. Ministério da Saúde, 2004).

O problema de ruptura frequente de consumíveis, a degradação dos imóveis, equipamentos e aparelhos, por falta de manutenção, ou a falta de recursos básicos como luz e água são outros problemas nos hospitais rurais assinalados nalguns documentos (República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção Nacional de Assistência Médica, 2008; Torres; Becerril, 2001; República de Moçambique. Ministério da Saúde, 2007).

Pela sua importância para este trabalho destacam-se três estudos.

O primeiro destes estudos (Caixa 3.8) aponta para oportunidades de melhoria de eficiência dos serviços de cirurgia nos HPR em 2001, na hipótese do aprovisionamento de medicamentos, material médico e cirúrgico, assim como a manutenção, serem melhorados.

O segundo (Caixa 3.9), de 2002, refere que só 27% dos hospitais de primeira referência possuem os serviços complementares mínimos para desempenhar cirurgia.

O terceiro trabalho (Tabela 3.9) mostra que há dificuldades ao nível de abastecimento de água, electricidade e saneamento, com todas as implicações ao funcionamento de um hospital, em 2007.

Caixa 3.8 Estudo de custos de cirurgia, 2001

Objectivos:

“(a) Conhecer os custos médios totais e unitários das actividades cirúrgicas realizadas nos hospitais rurais e provinciais e

(b) Comparar estes custos com os custos teóricos que deveriam ter estas actividades se fossem prestadas com uma qualidade mínima e eficiência para a realidade do País.”

Métodos: durante três meses (Agosto a Outubro 2000) estudaram-se cinco unidades sanitárias (três hospitais rurais e dois provinciais) em termos de actividades e custos de recursos consumidos.

“Os principais resultados do estudo quanto as actividades realizadas, custos totais e unitários são as seguintes:

i) O pessoal operador (cirurgiões e técnicos de cirurgia) faz apenas uma operação por dia, incluindo urgentes e electivas. As taxas de ocupação (TOC) nos hospitais rurais e nas enfermarias de ortopedia são baixas (60% nos dois casos) e os internamentos muito prolongados (mais de 10 dias nos dois níveis).

ii) Os custos duma consulta e duma hora de operação são 2,5 vezes maiores num Hospital Provincial (HP) do que num Hospital Rural (HR). O factor chave desta diferença é o pessoal envolvido na produção destes serviços (os cirurgiões dos HP ganham 23 vezes mais que os técnicos dos HR). O custo de um dia de internamento nos dois níveis é parecido devido a menor rentabilidade das enfermarias dos HR. A análise comparativa dos custos reais com os teóricos, indica que os últimos são mais elevados que os reais devido a que nas US não existem os recursos mínimos para realizar um serviço qualitativamente aceitável. Mas, aumentando as actividades em 50%, mesmo garantido os recursos mínimos, os custos unitários tornar-se-iam mais baixos do que os reais devido a rentabilização dos recursos fixos (pessoal, equipamento e infra-estruturas), actualmente extremamente subaproveitados.

iii) O tratamento da mesma patologia (amostra que incluiu hérnias, hidrocelos e sequestrectomias), incluindo consultas, internamentos, operação e diagnóstico custa 25% mais num HP que num HR. Esta pequena margem, embora as diferenças do custo do pessoal sejam tão grandes, explica-se por três motivos, nomeadamente, porque nos HR as taxas médias de permanência são mais elevadas, a duração da operação é maior e porque tem um menor volume de actividades. Os custos teóricos mostram que apenas com um aumento das actividades e reduzindo os tempos de operação e os dias de internamento, poder-se-ia garantir a qualidade a um custo inferior ao actual.

A análise global dos resultados pode simplificar-se em duas afirmações: primeira, a produtividade é muito baixa devido ao fraco desempenho do pessoal e as contínuas rupturas de stocks de materiais; segunda, melhorando a gestão, sem necessidade de aumentar os recursos disponibilizados (apenas rentabilizando-os), poder-se-ia aumentar a cobertura/actividades, reduzir os custos unitários e aumentar a qualidade.”

“O sistema de gestão de material médico e medicamentos não tem coerência com as necessidades das US. De facto, ao nível dos utilizadores, não existe uma definição das necessidades destes materiais, e consequentemente graves rupturas de stocks de artigos básicos paralisam a actividade cirúrgica por meses.”

“Os bens de capital, devido à fraca manutenção, estão numa situação de degradação extrema. Os equipamentos e aparelhagem cirúrgica estão ultrapassados e em alguns casos há mais de 10 anos que deveriam ter sido trocados.”

Fonte: Torres; Becerril, 2001

Nota: Este resumo não apresenta a metodologia de cálculo dos custos teóricos nem as recomendações.

Caixa 3.9 Avaliação do sistema dos hospitais de referência do SNS, 2002

Objectivo: Contribuir para a elaboração do Plano de Investimento para o Sector da Saúde: Avaliar a rede dos hospitais do SNS com base em critérios de saúde pública e da viabilidade dos investimentos.

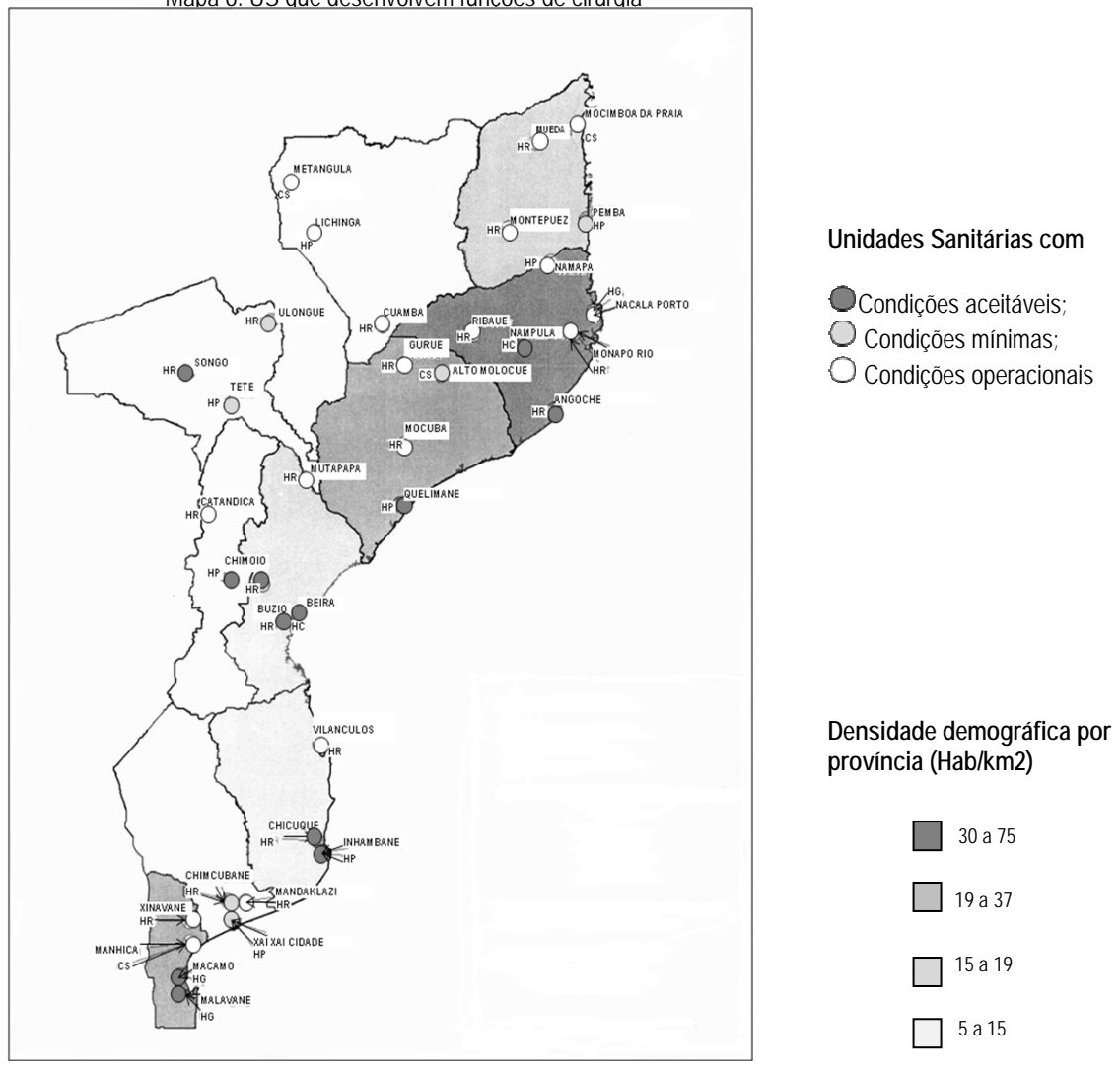
Métodos: Utilização de informação disponível no MISAU no âmbito de informação existente para a elaboração do livro branco da cirurgia. Foi feita uma análise funcional. Fez-se um levantamento de Unidades sanitárias onde se realizavam funções críticas do nível II de atenção de saúde: cirurgia e radiologia (Mapa 6).

Resultados:

Apenas 37 unidades sanitárias no país realizam cirurgia (e que inclui três centros de saúde: Metangula, Niassa; Alto Molócue, Zambézia; e Manhica, Maputo Província). Em relação às unidades sanitárias classificadas como de estruturas de nível II (HPR) 23% das mesmas não estão a fazer cirurgia.

“Se olharmos para o critério de quantas unidades sanitárias possuem os serviços complementares mínimos para desempenhar cirurgia – definidos em radiologia simples, hemoglobina, bioquímica básica, hematologia completa e banco de sangue – vemos que só 41% dos hospitais está dotado destes serviços básicos. Neste número restrito encontram-se todos os hospitais centrais, seis dos hospitais provinciais e só 27% dos hospitais de nível secundário.”

Mapa 6: US que desenvolvem funções de cirurgia



Fonte: República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação, 2002.

Nota: Este resumo não apresenta as recomendações do estudo nem os seus pressupostos de critérios para localização de HPR.

Tabela 3.9 Abastecimento de água, fornecimento de energia eléctrica e serviços sanitários das unidades sanitárias do Sistema Nacional de Saúde de Moçambique, 2007

Tipo de unidade sanitária	Posse de água %	Posse de água 24h /dia %	Fonte de água				Energia eléctrica 24 h /dia %	Instalações sanitárias *		
			Rede pública	Cisterna	Furo com bomba	Poço		Casas de banho	Retretes	Latrinas
H.centrais	100	100	100				100	100		
H.provinciais	100	100	100				100	100		
H.distritais, rurais e gerais	90.2 (n= 41)	64.9 (n=37)	60.6	6.1	27.3	6.1	85.4	78	53.7	56.1
CS	51.4 (n= 1221)	78.5 (n= 627)	25.1	11.5	50.2	13.3	63.2	42.0	23.0	69.5

Fonte: República de Moçambique. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde, 2008.

Nota: * admite respostas múltiplas; H. – Hospitais; CS Centros de saúde

3.3.2.2. Expansão da rede secundária

Outro tema em que se organizou a análise dos documentos seleccionados foi o da expansão da rede secundária, a dos hospitais distritais, rurais e gerais. Novamente se apresenta a análise dividida em dois subcapítulos, dos objectivos de planeamento e do que foi a realidade observada.

3.3.2.2.1. O planeamento

O objectivo de expansão da rede sanitária está presente em qualquer documento estratégico desde a independência, devido à situação herdada de grande carência de estruturas (Walt, 1983; Feio, 1953). Especificamente, em relação aos HPR, a necessidade de investimento na sua estrutura aparece, nos documentos analisados, em 1990 (Noormahomed, Segall, 1990). Mais 27 documentos (23 dos quais classificados como instrumentos de planeamento⁶) referem a programação de reabilitação de HPR.

O último plano estratégico de recursos humanos da saúde utiliza, para cálculo de necessidades de recursos humanos, uma rede sanitária com um hospital em cada distrito com capacidade

⁶ República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção Nacional de Assistência Médica, 2008; Ministério da Saúde. Direcção Nacional de Recursos Humanos, 2008; República de Moçambique. Ministério da Saúde, 2007; República de Moçambique. Ministério da Saúde, 2007b; República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação, 2007; República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação, 2006; República de Moçambique, 2006; República de Moçambique. Ministério da Saúde, 2006b; República de Moçambique. Ministério da Saúde, 2006a; República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação, 2005 Resolução nº 4/1995; Resolução nº 16/2005; República de Moçambique. Ministério da Saúde; República de Moçambique. Ministério da Saúde, 2004; República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação, 2003a; República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação, 2003b; República de Moçambique, 2001; República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação, 2001; República de Moçambique. Ministério da Saúde, 2001; Martins, 1998; República de Moçambique. Ministério da Saúde, 1997; Noormahomed, 1996; Noormahomed, Segall, 1994; Republic of Mozambique. Ministry of Health, 1991

cirúrgica (Ministério da Saúde. Direcção Nacional de Recursos Humanos, 2008). O comunicado final do V Conselho Hospitalar (República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção Nacional de Assistência Médica, 2008) anuncia a intenção de que cada capital provincial deva ter mais um hospital geral.

Um dos documentos analisados é um extenso trabalho de descrição, avaliação e proposta de utilização de financiamento, com base em critérios explícitos e enunciados neste, para a “operacionalização dos hospitais rurais” (Escola Nacional de Saúde Pública, Austral Consultadoria e Projectos, 1993). Esta análise documental não permite saber de que forma este trabalho orientou as planificações subsequentes embora um breve comentário noutro documento aponte para a possibilidade daquele não ter sido utilizado (Martins, 1998).

3.3.2.2. A realidade descrita

Há documentos que apontam “proteladas obras de recuperação de hospitais rurais” (República de Moçambique. Ministério da Saúde, 1998) ou ainda que “os hospitais aumentaram pela transformação de alguns centros de saúde em hospitais rurais” (República de Moçambique. Ministério da Saúde, 2006).

A Sétima Avaliação Conjunta (ACA VII, República de Moçambique. Ministério da Saúde, 2008) refere que a meta estabelecida de construir ou promover seis unidades sanitárias da rede secundária em 2007 foi ultrapassada.

A Tabela 1.6. ilustra que, basicamente, o número de HPR em Moçambique é o mesmo desde há 35 anos.

3.3.2.3. Critérios de localização de unidades sanitárias de nível II, os HPR

Os critérios de localização de Unidades Sanitárias de nível II, os HPR, constituíram outro tema em que se organizou a análise dos documentos seleccionados. Novamente se apresenta a análise dividida em dois subcapítulos, um para os objectivos de planeamento e outro para o que foi a realidade observada.

3.3.2.3.1. O planeamento

Dois documentos abordam os critérios de localização de Unidades Sanitárias de nível II (República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação, 2002; Diploma Ministerial nº 127/2002) e um define critérios para a reabilitação de todo o sector no pós-guerra (Noormahomed, Segall, 1994), salvaguardando, já que se estava dependente dos critérios dos doadores, a recomendação de que se deve dar “prioridade aos CSP (nível I) mas a incluir hospitais (nível II)”.

A legislação (Diploma Ministerial nº 127/2002) diz, 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 (...)".

O outro documento que aborda os critérios de localização das Unidades de nível II é um documento de trabalho preparatório do Plano de Investimento da Saúde (PIS) 2004-2008 (República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação, 2002) que propõe dois grupos de critérios: de saúde pública (identificação geográfica das zonas desprovidas de US de referência; presença de um nó de comunicação; avaliação dos tempos de referência) e de viabilidade (investimento/estrutura existente; presença de uma área de saúde importante; serviços sociais e culturais disponíveis).

O próprio Plano de Investimento da Saúde (PIS) 2004-2008, posterior a qualquer um dos outros documentos referidos, propõe: "quatro critérios para a definição do investimento e a sua priorização. Os dois primeiros são o da equidade de acesso geográfico aos cuidados de Saúde e a eficiência do investimento, nas vertentes de rentabilidade da intervenção e de racionalização da planificação da rede nas áreas urbanas e em coordenação com o sector privado. O terceiro critério aplicado é o da qualidade, nas suas componentes de reabilitação das estruturas existentes e da melhoria dos serviços de apoio. O quarto critério do PIS é a sustentabilidade do investimento proposto, conforme a disponibilidade de recursos correntes, humanos e financeiros".

3.3.2.3.2. A realidade descrita

A documentação analisada não permite saber se os critérios foram aplicados nem a exacta evolução da rede sanitária.

3.3.2.4. Fortalecimento do sistema de referência

Outro tema em que se organizou a análise dos documentos seleccionados foi o do fortalecimento de sistema de referência. Novamente se apresenta a análise dividida em dois subcapítulos, o primeiro relativo aos objectivos de planeamento e o seguinte relativo ao que foi a realidade observada.

3.3.2.4.1. O planeamento

O fortalecimento do sistema de referência, em geral, ou fortalecimento pela programação de aquisição de ambulâncias, aparece explicitado em quatro documentos de planeamento (República de Moçambique, 2006; República de Moçambique. Ministério da Saúde 2006; Resolução nº 16/2005; República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação, 2003).

3.3.2.4.2. A realidade descrita

Os documentos apresentam algumas razões para o não funcionamento do sistema de referência por “deficiente comunicação entre as unidades sanitárias periféricas e as de referência” (República de Moçambique. Ministério da Saúde, 2007; República de Moçambique. Conselho de Ministros, 2001), “precárias condições das vias de acesso, especialmente na época chuvosa” (República de Moçambique. Ministério da Saúde, 2007; República de Moçambique. Ministério do Plano e Finanças. Ministério da Saúde, 2004; República de Moçambique. Conselho de Ministros, 2001; African Medical and Research Foundation, 2000), “ausência de transportes regulares entre os distritos e localidades” (República de Moçambique. Conselho de Ministros, 2001; African Medical and Research Foundation, 2000) e distâncias.

Assim, “as distâncias da referência entre uma unidade sanitária de nível primário e uma de grau superior registam também variações significativas ao longo do país, existindo ainda zonas completamente desprovidas de cuidados secundários de saúde” (República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação, 2003; República de Moçambique. Conselho de Ministros, 2001).

3.3.2.5. Comparação dos investimentos feitos nos diferentes níveis de cuidados

A comparação dos investimentos feitos nos diferentes níveis de cuidados foi outro tema de análise dos documentos seleccionados. Para este tema não se encontraram referências a objectivos mas somente análise da realidade.

3.3.2.5.1. A realidade descrita

Dois estudos sugerem que o nível secundário é “entrincheirado” e prejudicado pelo facto de a aposta do financiamento dos doadores se ter destinado sobretudo ao nível I, dos postos e centros de saúde, e o do orçamento do Estado ser gasto maioritariamente nos níveis III e IV (Hospitais Provinciais e Centrais).

Um estudo (Noormahomed, Segall, 1994, tabela 20, página 42 e 43) apresenta a distribuição percentual da despesa da saúde (incluiu a despesa feita com ajuda internacional e com os programas verticais mas excluiu a despesa com o pessoal das sedes do MISAU nacional, provinciais e distritais e com as instituições de formação) por nível de cuidados, em 1991. A despesa é dividida em gastos correntes, salários e medicamentos. Conclui-se que “em geral, o nível primário absorve cerca de um quinto a um terço da despesa, o nível secundário cerca de um oitavo e os níveis terciário e quaternário, em conjunto, cerca de um meio a dois terços”. “A concentração dos recursos nos dois níveis III e IV foi mais marcada no caso da despesa com salários: 67% dos custos com salários foram absorvidos por estes níveis.” Concluem que “a

parcela do nível secundário foi particularmente baixa e reflecte a fraqueza histórica da rede dos hospitais rurais em Moçambique”.

Um outro trabalho (Beattie, Kraushaar, 1999a e 1999b) afirma que “o actual financiamento estatal resulta de práticas já históricas de aumentos orçamentais, de políticas e prioridades da ajuda internacional e ainda de como o Estado conseguiu reorientar os seus recursos à medida que fundos da assistência internacional foram substituindo os financiamentos estatais em programas-chave. O governo moçambicano parece ter mudado as prioridades para programas de saúde de III e IV níveis (i.e., hospitais para onde os doentes são encaminhados) uma vez que os doadores já assumiram a responsabilidade de financiar os serviços primários de saúde e a compra de medicamentos para o sistema. Por exemplo, em 1997, o governo moçambicano financiou 56% das actividades de III e IV nível, e somente 44% das actividades de nível I e II”. Acresce que destes 56% de financiamento a actividades desenvolvidas por três hospitais centrais e sete provinciais, 44% foram para os três hospitais centrais (Maputo, Beira e Nampula) e 28% para o Hospital Central de Maputo.

3.4. Conclusões

Os objectivos desta revisão bibliográfica com análise documental foram descrever a evolução do conceito, do papel, das funções e características do hospital de primeira referência, em Moçambique, desde a independência e caracterizar as intenções políticas e reformas do sector da saúde subjacentes.

A descrição detalhada de todos os passos dados na procura e selecção dos documentos procurou demonstrar a exaustividade da procura de documentação sobre um nível específico de cuidados em Moçambique e a escassez de documentação obtida.

Os resultados da pesquisa foram pobres em estudos sobre este nível de cuidados mas permitiram obter bibliografia que concorre para a discussão de outras partes do trabalho. Concretamente, alguns dados sobre características dos hospitais não são apresentados nesta secção mas na seguinte.

Por outro lado, cumpre destacar que, infelizmente, a bibliografia mais importante não foi obtida por consulta de bases de dados mas de forma informal. Isto faz admitir que muito trabalho de

organização de dados, informação e conhecimento não contribui para trabalhos seguintes por desconhecimento de passos já dados.

Não ficou documentado o esforço feito pelo contacto, via correio electrónico e pessoal, com muitas pessoas que poderiam ter material com interesse para o presente estudo (Sub-estudo 2). Por exemplo, foi extremamente difícil (na maior parte das vezes impossível), obter documentos referenciados na documentação que se obteve de forma informal.

Pela documentação analisada não parece ter havido evolução das principais funções e papel esperados dos hospitais. Por outro lado, a estrutura hospitalar parece manter-se basicamente a mesma desde a independência (Tabela 1.5).

Os múltiplos instrumentos de planeamento que estruturam a colaboração entre Moçambique e os seus múltiplos parceiros de apoio ao desenvolvimento tenderão a diminuir (República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação, 2007). Por eles, vemos reiterados princípios a que obedecem as políticas e programas de expansão de acesso a cuidados de saúde de qualidade. Muitos documentos dão conta de programação de obras de reabilitação dos HPR. A par disso há discussão da localização e dos critérios de reabilitação de estruturas de nível II. A documentação analisada não permite saber se os critérios foram aplicados nem a exacta evolução da rede sanitária.

Talvez a pequena expansão da rede de hospitais de primeira referência seja essencialmente devida à reabilitação e reclassificação de centros de saúde para HPR.

Em termos de normas e legislação definidora de funções e papel dos hospitais distritais, rurais, ou gerais a pesquisa documental aponta para um acordo que só foi formalizado em 2002 e cuja revisão se anuncia em documentos recentes (República de Moçambique. Ministério da Saúde, 2007).

As normas da DNAM (Caixa 3.7) denotam uma evolução para o estabelecimento de objectivos mais ambiciosos em termos de recursos humanos e equipamento nestes hospitais.

Os estudos mostram que o que é classificado como hospital funciona abaixo do estabelecido. Na lei (Diploma Ministerial nº 127/2002) a possibilidade de fazer cirurgia não é definidora de hospital já que os hospitais distritais podem não a realizar. No entanto, os estudos dedicados a este nível de cuidados parecem nem discutir que essa seria uma função definidora do nível II.

Nesta revisão destacamos três trabalhos (Caixas 3.8, 3.9 e Tabela 3.9) que mostram persistentes dificuldades em requisitos mínimos como água, luz e instalações sanitárias. Mostram também oportunidades de melhoria de eficiência dos serviços de cirurgia se o aprovisionamento de medicamentos, material médico e cirúrgico e a manutenção forem melhorados e que, em 2002, só 27% dos HPR possuíam os serviços complementares mínimos para desempenhar cirurgia.

A legislação define o sistema de saúde como uma hierarquia, com uma porta de acesso através dos centros de saúde e dois níveis posteriores de referência (do nível I para o II e deste para os outros dois níveis). No entanto, isto pressupõe a existência de uma rede de referência realista atendendo a distâncias, vias de comunicação e meios de transporte. São várias as referências às dificuldades no funcionamento da rede de referência, o que leva a que zonas do país, na prática, não tenham acesso a qualquer tipo de cuidado hospitalar.

Por outro lado, não parece ser uma questão resolvida o facto da legislação descrever o sistema de saúde de forma hierárquica mas a realidade mostrar que os hospitais são o primeiro contacto com o sistema, para a população residente na proximidade.

Dois estudos sugerem que o nível secundário é “entrincheirado” e prejudicado pelo facto de a aposta do financiamento dos doadores se ter destinado sobretudo ao nível I, dos postos e centros de saúde, e o do orçamento do Estado ser gasto maioritariamente nos níveis III e IV, dos hospitais provinciais e centrais.

4. HOSPITAIS DE PRIMEIRA REFERÊNCIA EM MOÇAMBIQUE: ESTUDO DESCRITIVO TRANSVERSAL

4.1. Introdução

Em Moçambique, a caracterização dos hospitais de primeira referência não foi possível a partir da informação que estava centralizada no Ministério da Saúde (MISAU), que se encontrava agregada por província e por vezes por distrito. Não teria sido possível, por exemplo, conhecer o número de camas, tipo de trabalhadores, actividades desenvolvidas, meios de diagnóstico e terapêutica disponíveis por cada hospital. Prova desta dificuldade foi o recente esforço do MISAU em caracterizar todas as unidades sanitárias do Serviço Nacional de Saúde, através de um inquérito, no ano de 2007 (República de Moçambique. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde, 2008).

O estudo que se apresenta (Sub-estudo 3) teve como objectivo geral obter um perfil documentado do hospital de primeira referência no distrito de saúde em Moçambique.

Os objectivos específicos foram caracterizar o hospital em sete dimensões:

Dimensão 1: descrição do hospital

- Determinar número de camas hospitalares, tipo de enfermarias e respectivo número de camas, número de camas hospitalares por profissional de saúde (nomeadamente médico e enfermeiro), número de habitantes por médico hospitalar (total, generalistas e especialistas), número de paramédicos por médico e número de administrativos por médico.
- Caracterizar o hospital em termos de existência de urgência, serviço nocturno, laboratório, radiologia e transfusões sanguíneas; tipos de cirurgias realizadas, exames laboratoriais disponíveis e exames radiológicos realizados.

Dimensão 2: responsabilidade em relação à comunidade e ao distrito de saúde

- Determinar as áreas geográficas de referência (número de habitantes e percentagem residente na proximidade imediata do hospital) dos hospitais e a relação que existe entre a área de responsabilidade e a de influência (área que compreende os utilizadores do hospital independentemente da área de referência decidida administrativamente).
- Determinar as relações existentes com outras unidades de saúde e posição na rede de unidades do sistema de cuidados de saúde nacional.

Dimensão 3: gestão

- Caracterizar as relações existentes com a administração distrital de saúde assim como autoridades de saúde regionais e nacionais, em termos de integração de logística e gestão entre as estruturas de primeira linha (centros de saúde) e os hospitais (estruturas de segunda linha).
- Identificação de tipos de gestão de distrito de saúde.

Dimensão 4: recursos humanos

- Caracterizar categorias profissionais de saúde em termos de tipo de formação (formação pré e pós graduada, em universidade, escola superior ou técnica, no país ou no estrangeiro, em exercício) e possibilidades de formação contínua existente.
- Elaborar quadro de referência em termos de recursos humanos na saúde: tipos profissionais, competências, número existente e número previsto. Averiguar tempo dispendido em diferentes actividades, nomeadamente, actividades assistenciais, de ensino ou formação e preventivas.

Dimensão 5: actividades e produção

- Conhecer o padrão de distribuição de tarefas entre o hospital e as estruturas periféricas (primeira linha de cuidados), assim como os mecanismos e critérios de referência e de reenvio. Averiguar a existência de consultas de triagem e referência. Caracterizar as actividades de âmbito da medicina preventiva realizadas nos hospitais. Caracterizar a forma de organização do fornecimento de medicamentos no distrito de saúde.
- Determinar índices de utilização e volume de trabalho (número de partos por ano, número de nascimentos por 1000 habitantes por ano, número de hospitalizações por ano, número de hospitalizações por 1000 habitantes por ano, total de hospitalizações e partos por 1000 habitantes por ano, número de internamentos por cama por ano, número de hospitalizações por consulta de referência e por consulta de triagem, número de consultas (de triagem e referência por semana).
- Relacionar recursos humanos com os resultados, pelo menos os relacionados com: 1. consulta externa; 2. maternidade; 3. internamento.
- Determinar o número de consultas de triagem e de referência por profissional de saúde, número de partos por parteira por ano, número de partos por cama de maternidade por ano, número de hospitalizações por consulta de referência por ano, número de

hospitalizações por médico por ano, número de hospitalizações por profissional de saúde por ano, número de hospitalizações por cama por ano.

Dimensão 6: financiamento

- Caracterizar as fontes de financiamento, assim como as despesas hospitalares nas rubricas pessoal e medicamentos.
- Determinar o preço de cama hospitalar por habitante, preço médio de hospitalização, preço de consulta externa.

Dimensão 7: Inquérito de morbilidade

- Averiguar o perfil mórbido das patologias responsáveis pelos internamentos hospitalares, no ano civil que precede o ano de realização do inquérito.

4.2. Material e métodos

Foram considerados hospitais de primeira referência um hospital distrital, 25 hospitais rurais e cinco hospitais gerais (classificação à data da planificação do Sub-estudo 3 em 2001, Apêndice E). Os hospitais estudados e os restantes hospitais provinciais e centrais existentes, em 2001, em Moçambique, estão assinalados no mapa da Figura 4.1.

Neste sub-estudo, descritivo e transversal (Abramson, Abramson, 2008), o instrumento de colheita de dados utilizado foi um questionário estruturado, composto essencialmente de perguntas fechadas, com 115 perguntas dirigidas aos objectivos específicos atrás referidos (o Apêndice F contém o questionário com os resultados de cada pergunta).

O questionário foi aplicado directamente pela equipa de investigação a elementos das direcções dos 31 hospitais. As visitas aos hospitais dependeram da autorização prévia das autoridades de saúde da província e distritais. A apresentação formal do estudo aos Directores Provinciais de Saúde ou seus substitutos foi feita no sentido de obter esse consentimento mas também para obtenção de apoio no planeamento logístico das deslocações. Foram obtidas autorizações para todos os hospitais e, apesar da participação ser voluntária, todas as direcções hospitalares aceitaram participar.

Os três primeiros hospitais em que se recolheu informação serviram também para melhor adaptar o questionário à informação disponível e ao sistema de informação em utilização

naquela altura. Assim, por exemplo, atendendo às dificuldades de obtenção de informação desistiu-se do objectivo de determinar a proveniência geográfica dos utilizadores do hospital.

A informação recolhida diz respeito a 2001 e as visitas aos hospitais realizaram-se entre Outubro de 2002 e Maio de 2003.

Os respondentes foram os directores dos hospitais (22 hospitais) ou os seus representantes.

Para apresentar e sumariar a informação recolhida, foram usados métodos de estatística descritiva. O programa informático utilizado foi o Microsoft Office Excel 2003.

A base de dados do sub-estudo 3, assim como o mapa de operacionalização de variáveis (definição de variáveis, notação utilizada na base de dados e domínio da variável) são fornecidas no CD anexo.

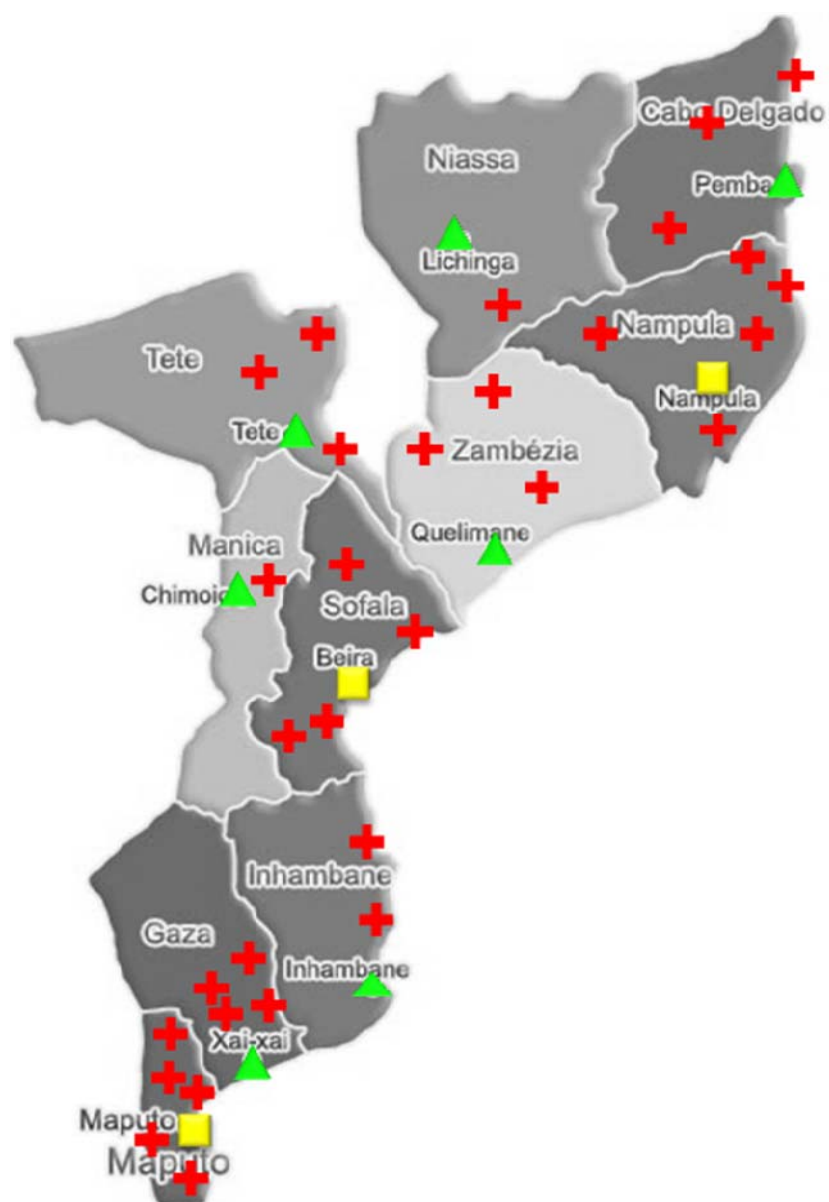





Figura 4.1 Parque hospitalar do Serviço Nacional de Saúde, em Moçambique, 2001

Notas:

-  Hospitais Provinciais
-  Hospitais Centrais
-  Hospitais estudados (nível II, hospitais rurais, gerais e distritais)

4.3. Resultados e discussão

A síntese da caracterização dos hospitais nos distritos de saúde é apresentada na Figura 4.2.

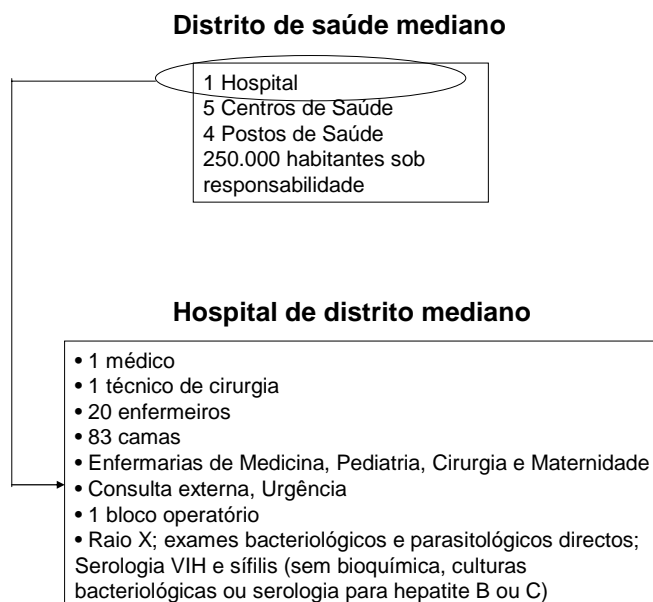


Figura 4.2 O hospital de primeira referência no distrito de saúde em Moçambique, 2001, medianas.

Todos os hospitais estudados são pertença do Estado. O perfil tipo do hospital de primeira referência em Moçambique é uma estrutura com um só médico, cerca de 83 camas e 250.000 habitantes sob a sua responsabilidade, tem enfermarias de medicina, cirurgia, maternidade e pediatria, tem consulta externa e banco de socorros.

4.3.1. A infra-estrutura distrital de saúde em Moçambique

O distrito de saúde foi estudado na perspectiva de populações servidas, áreas geográficas de responsabilidade do hospital e da Direcção Distrital de Saúde (DDS), relação entre a DDS e a equipa de gestão do hospital, autoridade e supervisão técnica sobre as unidades sanitárias do distrito, tipo de cuidados de saúde existentes no distrito, acesso ao hospital e sistema de referência de doentes.

4.3.1.1. População servida

A população funcionalmente sob responsabilidade do hospital é geralmente superior à residente no distrito onde se situa o hospital, o que se compreende, à luz de que nem todos os distritos sanitários têm um hospital. Os valores estimados das populações administrativa e funcionalmente sob responsabilidade do hospital são coincidentes para 12 hospitais. Em 15 casos o número de habitantes sob responsabilidade é superior ao residente no distrito onde se situa o hospital.

Se considerarmos a população sob responsabilidade dos hospitais estudados (9,5 milhões de habitantes), cerca de metade dos moçambicanos não estão incluídos nesta população.

4.3.1.2. Relação da Direcção Distrital de Saúde com o hospital

A Figura 4.3 e a Tabela 4.1 põem em destaque algumas características da relação entre a Direcção Distrital de Saúde e o hospital.

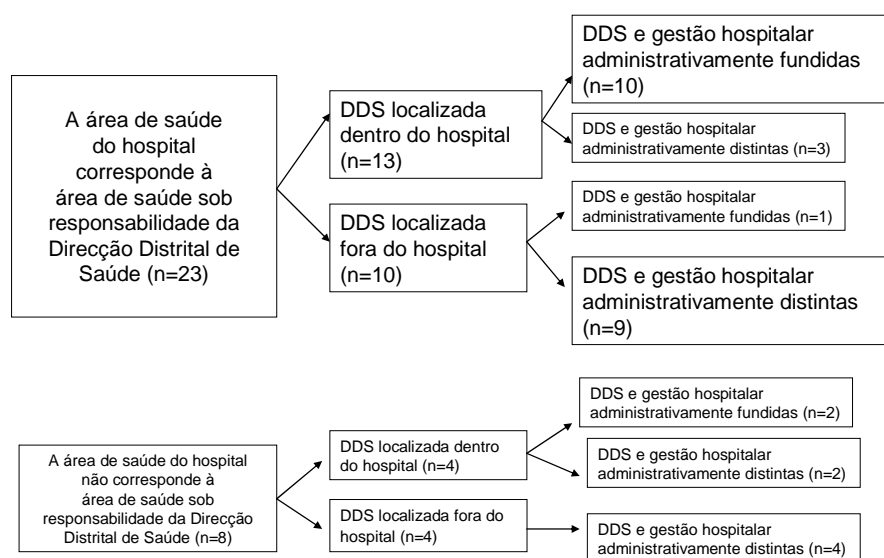


Figura 4.3 Relação entre a Direcção Distrital de Saúde e o hospital.

Nota: n - número de hospitais

Tabela 4.1 – Relações entre a Direcção Distrital de Saúde e o Hospital

Hospital	Área hospital igual a área DDS ¹	Localização DDS (Dentro/ fora do hospital) ²	DDS e hospital ³		Orçamento comum com DDS	Rubricas assinaladas como “centralizado”	Quadro de pessoal único no distrito de saúde
			Fundidos	Distintos			
1	Sim	Fora		X		I	
2	Sim	Dentro	X				X
3	Sim	Dentro	X			Pessoal	X
4	Sim	Dentro	X				X
5	Não	Dentro		X		Pessoal	
6	Não	Fora		X			
7	Sim	Fora		X		Pessoal	
8	Não	Fora		X			
9	Sim	Dentro		X		Pessoal	X
10	Sim	Fora	X		X	Pessoal + AMC +I	
11	Sim	Dentro		X			
12	Sim	Fora		X		Pessoal + AMC +I	
13	Sim	Dentro		X	X	Pessoal	
14	Sim	Dentro	X				X
15	Sim	Fora		X		Pessoal	
16	Não	Dentro	X			Pessoal	
17	Sim	Dentro	X			Pessoal	X
18	Não	Dentro	X			Pessoal + AMC +I	
19	Sim	Dentro	X			Pessoal + AMC +I	
20	Sim	Fora		X		Pessoal	
21	Não	Dentro		X		Pessoal + AMC +I	
22	Não	Fora		X			
23	Sim	Dentro	X				
24	Sim	Dentro	X				X
25	Sim	Dentro	X			AMC	
26	Sim	Fora		X			
27	Não	Fora		X			
28	Sim	Dentro	X				
29	Sim	Fora		X		AMC + I	
30	Sim	Fora		X			X
31	Sim	Fora		X			

Notas: 1 A área de saúde do hospital corresponde à área de saúde sob responsabilidade da Direcção Distrital de Saúde (DDS)? 2 Onde está localizada a DDS? (Dentro do hospital/Fora do hospital); 3 Qual é a relação de gestão do hospital com a DDS? (Administrativamente estão fundidos/Administrativamente são distintos); AMC - aprovisionamento médico – cirúrgico; I - investimento

Não parecem emergir tipologias de organização dessas relações, parecendo, no entanto, ser mais frequente a coincidência de áreas geográficas de responsabilidade directa do hospital e da DDS, com localização da DDS dentro do hospital e fusão das funções de gestão do hospital e DDS.

4.3.1.3. Participação do hospital na supervisão das outras unidades do distrito

Segundo a informação fornecida pelos hospitais, a autoridade sobre as unidades sanitárias do distrito pertence à DDS em 30 dos distritos, sendo em cinco distritos uma autoridade partilhada com os hospitais e num distrito exclusiva do hospital.

Vinte e sete dos hospitais dão apoio de supervisão técnica às unidades de saúde do distrito, participando nesta supervisão, nos 29 hospitais respondentes, médicos (em 26 dos hospitais), enfermeiros (em 26) e outros profissionais (administrativo um, técnico de farmácia um, agente de farmácia um, recursos humanos um, outros técnicos dois). Esta supervisão é integrada em 27

hospitais e é realizada por programas ou serviços em três hospitais. Os dados disponíveis não nos permitem compreender até que ponto os modelos de supervisão vigente contribuíram, ou não, para uma maior ou menor articulação entre os centros de saúde e os hospitais.

4.3.1.4. Unidades sanitárias do distrito

O Distrito de Saúde a que pertenciam os hospitais tinha (mediana) cinco centros de saúde e quatro postos de saúde do sector público (Figura 4.2). A utilização, pelos respondentes, de diferentes classificações, dificultou a caracterização do distrito de saúde, em termos de tipo e número de unidades sanitárias presentes. Nos distritos caracterizados pelos respectivos hospitais, praticamente não existiam instituições do sector privado, sendo as farmácias as estruturas privadas mais frequentes.

Num estudo realizado em 2002 a uma amostra de 35 distritos (urbanos e rurais nas 11 províncias) a média de unidades sanitárias foi de 4 centros de saúde, 5 postos de saúde e 7 postos de saúde comunitários. Estes postos de saúde comunitários praticamente não existiam nos distritos urbanos. Por outro lado, as unidades privadas (lucrativas, ONG, clínicas no local de trabalho) foram raras, sobretudo fora das áreas urbanas. Cerca de um terço dos distritos tinham um hospital (rural, geral ou provincial ou central). Este estudo obteve informações por entrevistas e análises de registos nas Direcções Distritais de Saúde (República de Moçambique. Ministério do Plano e Finanças. Ministério da Saúde, 2003).

4.3.1.5. Sistema de referência: distâncias, meios de comunicação e de organização

Todos os hospitais recebiam pacientes da área de saúde sob responsabilidade do hospital e trinta, de fora da área de saúde respectiva. A mediana da estimativa de distância média entre hospital e as outras unidades sanitárias, para os 28 hospitais que forneceram esta informação, foi de 38,5 km (máximo 101 km e mínimo 3 km). A mediana da distância do hospital à unidade sanitária mais distante do hospital foi, para os 27 hospitais que forneceram esta informação, 70 km (máximo 186 km e mínimo 5 km). A mediana da distância entre o hospital e o seu nível de referência seguinte, para os 30 hospitais respondentes, foi de 144 km (máxima 460 km e mínima 3 km). Este nível de referência era um hospital provincial em 14 casos, um hospital central em 14 casos, outro hospital rural num caso ou no estrangeiro (Malawi) em dois casos.

Esta informação tem que ser interpretada à luz da disponibilidade de um serviço de ambulâncias (gratuito e pertença do hospital em todos os hospitais, gratuito e pertença de outra instituição pública em dois hospitais, gratuito e pertença de entidade privada para outros seis hospitais e

pago e pertença de privado em dois hospitais) e da existência de meios de comunicação entre a periferia e o hospital (só 23 hospitais tinham telefone).

Existiam diferentes políticas de pagamento das consultas entre os hospitais estudados de acordo com os pacientes serem referidos ou apresentarem-se à consulta por sua iniciativa. Para os 28 hospitais respondentes ambas as categorias pagavam uma taxa idêntica em 22 hospitais, pagavam taxas diferentes em quatro hospitais, ninguém pagava em dois. Cinco hospitais reconheceram a adoção de outras estratégias com o fim de desencorajar as pessoas a recorrer ao hospital sem transferência. As estratégias compreendiam a necessidade de apresentação de guia de transferência para a realização de consulta, pagamento de atendimento em serviço de urgência, informação afixada referindo que deviam dirigir-se ao centro de saúde e mesmo a recusa de atendimento para casos não referidos.

Depois de uma consulta, as informações médicas (guias) acerca da consulta do paciente no atendimento ambulatorio podiam, ou não, ser enviadas à unidade sanitária periférica responsável pelo paciente. Para 30 hospitais respondentes as guias eram enviadas normalmente sempre em 12 hospitais, apenas quando o paciente tivesse sido referido em 12 hospitais, apenas quando o paciente tivesse sido internado no hospital em oito hospitais, caso o paciente necessitasse ainda de tratamentos em 15 hospitais, apenas em doentes operados ou para fazer controlo em dois hospitais, praticamente nunca, em três hospitais.

O distrito de saúde em Moçambique caracterizou-se por escassez de oferta de cuidados hospitalares, heterogeneidade de modelos organizacionais e de referenciação de doentes.

4.3.2. O hospital de primeira referência em Moçambique

O hospital de primeira referência, em 2001, em Moçambique, é apresentado segundo a estrutura de gestão e recursos (humanos, medicamentosos, financeiros, equipamentos) e produção hospitalar.

O hospital de primeira referência mediano pode-se caracterizar como tendo as características mencionadas na Tabela 4.2.

Tabela 4.2 Características do hospital de primeira referência em Moçambique, medianas nacionais, 2001

Indicador	Mediana nacional
População do distrito	170 624 [18 727; 968 844] (n=31)
População sob responsabilidade do hospital	248 866 [18 727; 968 844] (n=31)
Número de camas	83 [39; 308] (n=29)
Camas de pediatria	16 [5; 91] (n=28)
Camas de medicina	23 [16; 83] (n=29)
Camas de cirurgia	16 [4; 44] (n=27)
Camas de maternidade	20 [7; 100] (n=28)
Médicos por hospital	1 [1; 25] (n=28)
Enfermeiros (incluindo parteiras e enf. de SMI) por hospital	20 [8; 102] (n=25)
Administrativos por hospital	2 [1; 21] (n=16)
Enfermeiro por médico	13,5 [2; 40] (n=22)
Administrativo por médico	1,3 [1; 3] (n=14)
Camas por médico	60 [11; 232] (n=27)
Camas por enfermeiro	4 [1; 22] (n=23)
Habitantes por médico	159 592 [10 725; 790 951] (n=28)
Habitantes por enfermeiro	10 542 [421; 69 203] (n=25)
Habitantes por cama	3 146 [390; 17 577] (n=29)

Notas: n - número de hospitais respondentes; a seguir ao valor da mediana encontra-se, entre parêntesis recto, o valor mínimo e máximo; os índices com habitantes foram estimados utilizando a população sob responsabilidade do hospital; SMI – Saúde Materno-Infantil.

A comparação entre os valores medianos nacionais (incluindo Maputo cidade) e sem a província de Maputo cidade parece reflectir a concentração de recursos para esta província. De facto, o número de habitantes por médico, por enfermeiro e por cama é superior quando retirada à análise a província de Maputo cidade. A diferença em indicadores que podem traduzir a carga de trabalho não é muito diferente com a inclusão, ou não, desta província (por exemplo altas por médico, altas por 10.000 habitantes, altas por cama), o que pode indicar, para a situação em estudo, que a oferta é um determinante mais importante da cobertura sanitária e produtividade que a procura.

4.3.2.1. Gestão e recursos hospitalares

A estrutura de gestão e recursos engloba a constituição da equipa de gestão hospitalar, as actividades de supervisão realizadas ao hospital, o sistema de qualidade, os recursos humanos (constituição do quadro de pessoal, caracterização sócio-demográfica dos médicos, salários em atraso, exercício de prática privada e formação), o aprovisionamento de medicamentos (organização do abastecimento, doações de medicamentos; ruptura de medicamentos essenciais), recursos financeiros e equipamentos (exames complementares de diagnóstico, laboratório, transfusões, apoio de hotelaria e recursos informáticos)

4.3.2.1.1. Equipa de gestão hospitalar

Os hospitais estudados tinham a sua administração nomeada pela Direcção Provincial de Saúde (DPS) em 28 casos e pela DDS em dois. Os membros da equipa de gestão do hospital são seleccionados por indicação da DDS, DPS ou Ministério da Saúde (MISAU) em 31 hospitais mas também por confiança política para dois respondentes.

A constituição da equipa de gestão do hospital incluía enfermeiros em 29 hospitais, pessoal administrativo em 28, médicos em 27, técnicos em 19, enfermeiras de saúde materno-infantil (SMI) e/ou parteiras em nove, e outros em quatro.

4.3.2.1.2. Supervisão ao hospital

No ano de 2001, 27 hospitais receberam visitas de supervisão. Dos 26 hospitais respondentes, 25 tiveram supervisões realizadas pela DPS, 18 pelo MISAU, quatro pela DDS e três pela Direcção Provincial do Plano e Finanças (DPPF). As actividades supervisionadas foram diversas para os 18 hospitais respondentes, havendo sete hospitais que referem que a supervisão se realizou a "todas as actividades".

4.3.2.1.3. Sistema de qualidade

Em termos de sistemas de garantia de qualidade a situação era muito incipiente.

É de realçar a referência a normas técnicas do MISAU como elemento harmonizador da prática profissional nas seguintes áreas: doenças de transmissão sexual em 30 hospitais, cuidados pré-natais, pós-natais, parto, planeamento familiar em 30 hospitais, consultas de criança sadia, Programa Alargado de Vacinação, consulta de atenção especial (mal nutrição) em 30, malária em 30, diarreias em 30, tuberculose e lepra em 29, e outras para 13 (inclui saúde oral, fisioterapia; surtos de cólera, sarampo, administração de iodo; paralisia flácida aguda).

Existia também um núcleo de garantia de qualidade em 11 dos 29 hospitais que responderam. Os trabalhadores de saúde neste núcleo incluíam: enfermeiros em 10 núcleos, técnicos em nove núcleos, médicos em oito núcleos, outro tipo de pessoal em dois núcleos. Três hospitais referiram a utilização dos seguintes indicadores: mortalidade intra-hospitalar (três hospitais),

tempo médio de internamento (um hospital), taxa de ocupação de camas (um hospital), taxa de utilização dos serviços de saúde (um hospital), óbitos maternos (um hospital) e ainda infecções intra-hospitalares (um hospital).

4.3.2.1.4. Recursos humanos

Os recursos humanos são abordados segundo os aspectos da organização e constituição do quadro de pessoal, caracterização sócio-demográfica dos médicos, existência de salários em atraso, da prática privada dos funcionários do hospital, formação realizada no hospital e exterior e apoios recebidos para a sua realização.

4.3.2.1.4.1. Organização e constituição do quadro de pessoal

A nível do Distrito de Saúde o quadro de recursos humanos está organizado como um quadro para o hospital e um outro para os centros e postos de saúde em 16, como quadro único para o hospital e outras instituições do SNS no distrito em oito, com cada ponto de prestação com o seu quadro próprio em três, e três sem quadro definido (Tabela 4.1).

Quatro hospitais não nos disponibilizaram a composição do quadro de pessoal e um só forneceu o número de médicos. A falta de padronização na forma como foi fornecida a informação sobre as categorias dos profissionais levou ao seu agrupamento (Apêndice F, pergunta 85) para fins de análise e descrição.

4.3.2.1.4.2. Caracterização sócio-demográfica dos médicos

Da conjugação das perguntas sobre quadro de pessoal (pergunta 85 do questionário) e sobre características dos funcionários hospitalares com formação superior e média (pergunta 86) é possível apresentar a Tabela 4.3 com o número de médicos e técnicos de cirurgia de cada hospital. No total de 85 médicos referidos, 42% estão numa mesma província.

A mediana do número de médicos por hospital foi de um (média 3,0), a de enfermeiros (todas as categorias incluindo SMI e parteiras) 20 (média 29) e a de administrativos dois (média 5,1). A mediana do número de enfermeiros por médicos foi de 13,5 (média 7) e a de administrativos de 1, 3 (média 1,2) (Tabela 4.2).

Tabela 4.3 Número de médicos e técnicos de cirurgia de cada hospital, em 2001

Hospital	N.º médicos	N.º técnicos cirurgia
1	5	*
2	1	1
3	1	1
4	2	1
5	1	*
6	1	1
7	2	2
8	1	1
9	*	1
10	1	*
11	2	1
12	1	1
13	2	1
14	2	*
15	1	1
16	2	1
17	*	*
18	1	*
19	1	1
20	1	1
21	1	2
22	6	1
23	1	*
24	1	1
25	1	1
26	2	1
27	1	1
28	*	*
29	8	*
30	25	*
31	11	*

Notas: foram estes os valores utilizados para cálculo de índices apresentados ao longo deste relatório; (*) informação não fornecida

Os 75 médicos caracterizados por 25 hospitais eram geralmente moçambicanos (47), jovens (mediana de 34 anos), maioritariamente do sexo masculino e, em mais de 50% dos casos, no hospital há menos de um ano. Dos 14 médicos estrangeiros caracterizados cinco eram generalistas (35%, em contraste com os 91% Moçambicanos) e os restantes tinham uma especialidade médica hospitalar, metade estava no hospital há menos de um ano e era do sexo masculino. Metade dos médicos estrangeiros caracterizados estava num hospital na Província de Maputo-cidade.

A realidade encontrada de diferentes formas de organizar a quase sempre escassa informação sobre os recursos humanos hospitalares poderá indiciar diferentes posições no processo de descentralização da gestão de alguns grupos profissionais. Também tem sido reconhecida a

falta de qualificação de pessoal para a adequada colheita e utilização da informação relacionada com os recursos humanos (Saide, Stewart, 2001). Outro estudo mostra que as DDS têm um razoável conhecimento do pessoal que têm ao serviço (e que pode ser nomeado⁷, estar a aguardar nomeação ou, ainda, não ser nomeado, onde estão os trabalhadores comunitários de saúde) e que podem estar a ser pagos por fundos e fluxos financeiros distintos. Este estudo observou discrepância entre a informação que a DDS tem e a informação ao nível provincial que tende a ser incompleta (República de Moçambique. Ministério do Plano e Finanças. Ministério da Saúde, 2003).

4.3.2.1.4.3. Salários em atraso

Questionados sobre o número de profissionais que tiveram salários em atraso, por qualquer período, em 2001, responderam 23 hospitais, 15 dos quais referem não ter esse problema. Os restantes reconhecem esse problema sendo, quando sabem especificar o número de trabalhadores afectados (três hospitais), o total de trabalhadores nessa situação inferior a 10.

4.3.2.1.4.4. Exercício de prática privada

Sete hospitais ignoravam o exercício de prática privada dentro ou fora do hospital. Dezassete hospitais afirmaram que os médicos e 19 que os enfermeiros e técnicos não tinham actividade privada. Dois hospitais indicaram a existência dessa prática, fora do hospital, para os médicos, outro indicou essa prática dentro e fora do hospital para os médicos. Estes hospitais caracterizaram a população servida como população predominantemente rural.

Um hospital que caracterizou a população servida e a sob sua responsabilidade como predominantemente sub-urbana indicou que a prática de actividade privada fora do hospital é comum a médicos, técnicos e enfermeiros.

4.3.2.1.4.5. Formação

Dezanove hospitais informaram ter enviado para formação 44 trabalhadores durante 2001, dos quais oito eram técnicos, 23 enfermeiros (parteiras e enfermeiros de SMI) e 13 pertenciam a outras categorias. Trinta e seis foram fazer cursos de nível médio, seis de nível elementar e dois de nível básico. Dos quatro hospitais que haviam referido ter um centro de formação no distrito, em 2001, dois enviaram trabalhadores para formação e dois não.

O apoio financeiro para a formação realizada no centro de formação em 2001 não foi recebido por seis dos 24 hospitais respondentes. O apoio financeiro consistiu em manter o ordenado do hospital enquanto o trabalhador se ausentou para formação em 17 dos hospitais, em bolsas de

⁷ Nomeação é a expressão utilizada no Serviço Nacional de Saúde Moçambicano para o processo de integração na Função Pública. O processo leva algum tempo e os profissionais podem começar a trabalhar no SNS enquanto aguardam a regularização da sua situação (aguardam "Nomeação").

estudo, mencionadas por três dos hospitais e outro tipo de apoio (alojamento, alimentação) que foi mencionado por dois hospitais. Para 18 hospitais respondentes este apoio foi obtido do MISAU ou DPS ou DDS em 12 hospitais, organizações internacionais num hospital, programas específicos noutra caso e nos restantes casos desconheciam a origem dos apoios.

Para além da formação acima mencionada, 26 hospitais mencionaram oferecer *in loco* um programa de formação contínua aos seus funcionários. O tipo de formação contínua prestada, pelo hospital, ao pessoal de saúde ao nível do distrito foi, para 24 hospitais respondentes, nas áreas de: biossegurança (três hospitais), infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) (três hospitais), cuidados de enfermagem (três hospitais), saúde comunitária (um hospital), principais patologias (dois hospitais), decretos e regulamentos (um hospital), programas preventivos (três hospitais), sessões clínicas (sete hospitais).

Para esta formação contínua 11 hospitais respondentes receberam subsídios do MISAU ou DPS ou DDS, de organizações internacionais ou de outras organizações nacionais.

4.3.2.1.5. Aprovisionamento de medicamentos

A área dos medicamentos é apresentada nos aspectos de organização do abastecimento, existência de doações, utilização de medicamentos essenciais e ruptura dos mesmos.

4.3.2.1.5.1. Organização do abastecimento

O abastecimento de medicamentos era, em quatro dos Distritos, feito directamente por cada unidade sanitária (incluindo o hospital) que enviava a sua requisição directamente ao depósito provincial de medicamentos.

Em 18 Distritos uma encomenda colectiva era feita pela DDS para todas ou a maioria das unidades sanitárias do distrito, incluindo o hospital. Em cinco distritos foram feitas duas encomendas separadas pela DDS: uma para o hospital e outra colectiva para as unidades sanitárias periféricas.

A distribuição dos medicamentos no Distrito, nas situações em que os mecanismos de encomenda de medicamentos são comuns a mais que uma instituição, era, em 15 distritos, executada pelo hospital e as unidades sanitárias periféricas abasteciam-se no hospital. Em 14 Distritos esta distribuição não era da responsabilidade do hospital mas sim de uma outra organização, autónoma do hospital: o hospital distrital e as unidades periféricas abasteciam-se a partir dessa organização.

4.3.2.1.5.2. Doações de medicamentos

Onze de 29 hospitais respondentes mencionaram a recepção de doações de medicamentos em 2001. Para nove hospitais, a mediana da percentagem estimada de medicamentos doados, no total dos medicamentos fornecidos, em 2001, foi de 2% (mínimo de 0,1%, máximo de 10%).

4.3.2.1.5.3. Ruptura de medicamentos essenciais

A melhor estimativa de percentagem de medicamentos essenciais utilizados nos hospitais em 2001 foi “mais de 80%” para 12 hospitais (em 29 respondentes), “entre 50 e 80%” para outros onze, “entre 30 e 50%” para três e “entre 10 e 30%” para dois.

Vinte e quatro de 31 hospitais declararam ter tido ruptura de medicamentos essenciais no hospital em 2001.

O circuito de distribuição nos diferentes distritos é heterogéneo e na maioria dos hospitais é reconhecida a ruptura de medicamentos essenciais. Há também conhecimento de que a má gestão da distribuição pode levar a que nuns locais haja excesso de alguns tipos de fármacos e noutros a ruptura impeça os serviços de funcionar (Cabral, Durão, 1993).

4.3.2.1.6. Recursos financeiros

A situação orçamental foi mal definida pelos respondentes. Vinte e quatro hospitais indicaram um orçamento para o ano 2001. Dois, assinalaram ter um orçamento em comum com a DDS pelo que não responderam. Quando se pergunta quanto foi gasto em recursos humanos, 14 responderam que esta rubrica está centralizada (Tabela 4.1). Alguns respondentes acrescentaram notas dizendo ser esta rubrica da responsabilidade da DDS ou DPS, ou, ainda, dizendo que o valor assinalado inclui todos os funcionários do Distrito. Entretanto, como nota em resposta a outras perguntas, 7 hospitais referem que o “investimento” e o “aprovisionamento médico-cirúrgico” são rubricas “centralizadas” assinalando uns a DPS e um o MISAU como responsáveis por tal aprovisionamento (Tabela 4.1).

Não fica claro para que hospitais se verificam as seguintes condições: orçamento hospitalar inclui despesas com o pessoal afecto ao hospital; orçamento hospitalar paga todo o pessoal do distrito de saúde; orçamento hospitalar não inclui despesas com recursos humanos, sendo estes pagos pelo orçamento da DDS ou DPS; orçamento hospitalar inclui investimentos e aprovisionamento médico-cirúrgico. Tendo em conta estas limitações, a mediana, em meticais,

do orçamento total de 2001 foi de 1.048.503.500 meticais (mínimo 138.580.000; máximo 14.588.330.000)⁸.

Os 24 hospitais que forneceram o orçamento para 2001, referiram que as fontes de financiamento de 2001 foram, para todos, o Orçamento Geral do Estado e para 19 também o Fundo Comum das agências internacionais. Outras fontes de financiamento foram assinaladas por 13 hospitais e incluem, por exemplo, agências de cooperação bilateral, organizações não governamentais estrangeiras, União Europeia, mas também receitas próprias do hospital. Presume-se que estas devem incluir as taxas aplicadas nas consultas ou banco de socorros referidas nas respostas mas, eventualmente, outras fontes. Um trabalho de investigação sobre financiamento das transfusões sanguíneas em três países da região africana ao sul do Saara diz que em Moçambique, em 1998, a transfusão sanguínea era cobrada ao paciente (Hensher, Jefferys, 2000).

Dos 29 hospitais respondentes sobre a existência de dificuldades de financiamento para algumas rubricas especificadas, dois disseram ter orçamento centralizado e seis não ter rubricas problemáticas. As rubricas de despesas assinaladas como problemáticas por 21 hospitais são “bens e serviços” para 19 hospitais, “pessoal” para 10 hospitais, e na rubrica “outros” destaca-se o “investimento” referido por seis hospitais.

4.3.2.1.7. Equipamentos

Esta é uma área caracterizada pela escassez e abrange exames complementares de diagnóstico (especialmente radiologia e laboratório), banco de sangue, apoio de hotelaria aos doentes e recursos informáticos.

4.3.2.1.7.1. Exames complementares de diagnóstico

Só 22 hospitais tinham radiografia, nove tinham ecografia, cinco tinham electrocardiograma, dois tinham possibilidades de realizar cardiocografia e nenhum tinha endoscopia. Os exames não realizados mas sentidos como necessários, nos 29 hospitais respondentes, eram radiológicos para 21 hospitais, ecografia para 18, electrocardiograma para 12 e endoscopia para dois. Para que estes exames complementares pudessem ser realizados foi indicado, em 28 hospitais, que seria necessário mais equipamento e, em 25, novas competências do pessoal técnico existente.

⁸ 51 010, 6 USD (mínimo 6 742,0 USD; máximo 709 735,5 USD) de acordo com as taxas de cambio diárias em 2001 (Taxas de Câmbio Históricas | OANDA, <http://www.oanda.com/>) em que a média do comportamento dos câmbios diários USD-MZM foi de 1 USD – 20 554,6 MZM.

4.3.2.1.7.2. Laboratório

Em termos de exames laboratoriais, quase todos os hospitais podiam realizar exames de hematologia (esfregaço, gota espessa, hemoglobina ou contagem de glóbulos vermelhos e brancos), exames bacteriológicos directos de vários produtos biológicos e serologia VIH e sífilis. A bioquímica e os exames bacteriológicos com cultura e teste de sensibilidade aos antibióticos eram áreas praticamente ausentes. Cerca de metade dos hospitais tinha tiras teste que permitiam detecção de glicose, albumina e outros produtos na urina. Só dois hospitais podiam fazer bioquímica mais completa (transaminases, creatinina, ureia, proteínas totais, etc.). Nenhum dos hospitais respondentes fazia serologia para hepatite B ou C.

Os exames não realizados no laboratório mas sentidos como necessários, nos 28 hospitais respondentes, eram da área da bioquímica para 25 hospitais, bacteriologia para 17, serologia (hepatite B e C, VIH) para 10 e hematologia para oito hospitais. Para que estes exames laboratoriais pudessem ser realizados foi indicado, em 27 hospitais, que seria necessário mais equipamento e, em 15, novas competências.

4.3.2.1.7.3. Transfusões

Vinte e oito de 29 hospitais referiram ter capacidade para fazerem transfusões de sangue apesar de só 21 mencionarem a existência de um banco de sangue permanente. Vinte e dois mencionaram a existência de uma lista actualizada de doadores de sangue. Dois responderam que não realizavam testes de compatibilidade antes de administrar o sangue. A mediana do número de sacos utilizados em 2001, por hospital, foi de 329,5 (média 506, máximo 2.594 e mínimo 59). Este sangue foi obtido de familiares em 28 hospitais, campanhas em 16 hospitais, amigos em 15 hospitais. Os exames realizados antes do uso de sangue doado incluíam sempre VIH em 30 hospitais, e nos mesmos 30 nunca se testava para hepatites B e C.

Sabe-se que em África subsaariana os principais recipientes de transfusões são crianças (anemia e/ou malária) ou mulheres (complicações de parto). Em relação ao serviço de transfusões, estes hospitais parecem ter sistemas locais e baseados em "doadores de substituição" que assim restituem o sangue dado a familiares ou amigos (Hensher M, Jefferys E, 2000; Field, Allain, 2007). Um estudo epidemiológico que decorreu em 2004, no Hospital Central de Maputo, a 1 578 "doadores de substituição", estimou uma prevalência de Antígeno HBs (ajustada à idade dos 15 aos 49 anos) de 10,6% para os homens e 4,5% para as mulheres e 1,2 e 1,0% respectivamente para o Anticorpo VHC, sendo estas estimativas inferiores às estimativas obtidas para o VIH (12,3 e 15,4 %) (Cunha *et al.*, 2007).

4.3.2.1.7.4. Apoio de hotelaria

Trinta hospitais providenciavam roupa de cama e todos providenciavam alimentação aos pacientes internados no hospital. Seis de 31 respondentes mencionaram a existência de uma infra-estrutura para acomodar familiares acompanhantes (casa de espera). A varanda de casa de espera, uma sala improvisada e ficar na enfermaria do doente internado foram outras formas possíveis de acomodação de familiares apontadas pelos respondentes.

4.3.2.1.7.5. Recursos informáticos

Vinte e três hospitais tinham computador, 18 impressoras e 12 fax. Nenhum referiu acesso à Internet. Nos hospitais com material informático, a sua utilização era, maioritariamente, para fins administrativos – processamento de texto e análise de dados.

4.3.2.2. Produção hospitalar

A produção hospitalar é apresentada nos aspectos de actividades preventivas desenvolvidas no hospital, actividades de consulta externa (ambulatório), internamento e no Bloco operatório.

4.3.2.2.1. Actividades preventivas

A maioria dos hospitais estava envolvida em actividades de saúde materno-infantil: consultas pré-natais (27), consulta de alto risco obstétrico (20), consultas de pós-parto (27), consultas de planeamento familiar (27), consulta dos 0-4 anos (26). Apesar da elevada prevalência estimada de SIDA, em Moçambique, em 2001, só três hospitais faziam prevenção da transmissão vertical, localizando-se um deles na província de Maputo cidade.

No hospital realizavam-se, para quem necessitasse, as seguintes vacinações: vacina anti-tuberculose, BCG (20 hospitais), vacina anti-poliomielite (11 hospitais), vacina tríplice (difteria, tétano e tosse convulsa) juntamente com administração de vacina anti-hepatite B (14), vacina anti-sarampo (15) e vacina anti-tétano nas grávidas (15).

4.3.2.2.2. Ambulatório

Os hospitais mencionaram os seguintes tipos de atendimento em ambulatório: consulta de medicina em 31 hospitais, banco de socorros/consulta de triagem em 30 hospitais; consulta de pediatria em 30 hospitais; consulta obstetrícia/ginecologia em 30 hospitais; consulta de cirurgia em 28 hospitais; consulta de estomatologia/saúde oral em 18 hospitais; consulta de fisioterapia em 14 hospitais; consulta de oftalmologia em 14 hospitais; consulta de psiquiatria em 13 hospitais; consulta de doenças transmitidas sexualmente, infecção VIH e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) em quatro hospitais; consulta de alto risco obstétrico em três

hospitais; consulta de ortopedia em dois hospitais; consulta de acidente de trabalho num hospital; consulta de traumatologia num hospital; consulta de estratégia de luta anti-lepra/estratégia de luta antituberculosa num hospital; consulta de tuberculose num hospital; consulta de otorrinolaringologia num hospital; consulta de dermatologia num hospital; consulta de urologia num hospital; consulta de gabinete de atendimento e testagem voluntária para o VIH/SIDA num hospital. Um hospital referiu que as consultas de oftalmologia e psiquiatria são realizadas por equipa móvel do hospital provincial.

A mediana do número de consultas externas por hospital, para os 30 hospitais que responderam, foi de 43.800 (média 72.767). Na maioria dos hospitais não há registo discriminado do número de consultas realizadas por especialidade.

4.3.2.2.3. Internamento

A mediana do número de camas por hospital era, para os 29 hospitais que forneceram a informação, de 83 (mínimo de 39, máximo de 308, média 109). Em 2001, a capacidade instalada para internamento nos hospitais estudados e o movimento de doentes internados está representada nas Tabelas 4.2 e 4.4.

Tabela 4.4 Alguns indicadores de produção hospitalar em 2001, medianas nacionais

Indicador	Mediana
Altas	3 152 [763; 60 317] (n=27)
Altas por 10 000 habitantes	141 [24; 2 285] (n=27)
Altas por médico	2 402 [267; 17 392] (n=24)
Altas por cama	40 [8; 213] (n=26)
Altas em enfermaria de pediatria	1 067,5 [377; 15 265] (n=26)
Altas em enfermaria de medicina	679 [339; 4 486] (n=27)
Altas em enfermaria de cirurgia	317 [33; 936] (n=24)
Altas em enfermaria de maternidade	1 754 [255; 18 506] (n=21)
Dias de internamento em enfermaria de pediatria	6 205 [1 502; 45 426] (n=28)
Dias de internamento em enfermaria de medicina	5 491 [1 861; 19 700] (n=29)
Dias de internamento em enfermaria de cirurgia	2 570 [35; 9 670] (n=29)
Dias de internamento em enfermaria de maternidade	3 027 [568; 43 888] (n=26)
Taxa de ocupação na enfermaria de pediatria (%)	93 [26; 237] (n=28)
Taxa de ocupação na enfermaria de medicina (%)	67 [25; 179] (n=29)
Taxa de ocupação na enfermaria de cirurgia (%)	50 [11; 125] (n=26)
Taxa de ocupação na enfermaria de maternidade (%)	48 [13; 148] (n=26)
Consultas externas	43 800 [1 870; 511 356] (n=30)
Partos por cama de maternidade	74 [23; 179] (n=27)
Partos por 10 000 habitantes	68 [7; 480] (n=28)
Mortalidade durante o parto hospitalar por 100 partos	0,5 [0; 2] (n=21)
Cesarianas em cada 100 partos hospitalares	5 [1; 36] (n=24)

Nota: n - número de hospitais respondentes; a seguir ao valor da mediana encontra-se, entre parêntesis recto, o valor mínimo e máximo. Os índices com habitantes foram estimados utilizando a população sob responsabilidade do hospital.

A mediana do número de altas, no ano de 2001, é de 3.152 (mínimo de 763, máximo de 60.317, média de 6.521), 141 por cada 10 000 habitantes, 63 por cada cama de pediatria (com uma mediana de demora média de cinco dias), 27 por cada cama de medicina (com uma mediana de demora média de oito dias), 20 por cada cama cirúrgica (com uma mediana de demora média de nove dias) e 76 por cada cama da maternidade (com uma mediana de demora média de dois dias).

As medianas das taxas de ocupação (Tabela 4.4) são, em geral, baixas (57% no total; 93% pediatria, 67% medicina, 50% cirurgia, 48% maternidade). Apesar do elevado rácio de habitantes por hospital, muitas vezes acima do que está regulamentado (50.000 a 250.000 habitantes) (Diploma ministerial nº 127/02), o acesso limitado ao hospital, que geralmente se fazia a pé, pode ter contribuído para as baixas taxas de ocupação. Estas podem também reflectir falta de confiança na capacidade de resposta do hospital, pelo que os doentes poderão não ser referidos ou não o procurar, mesmo em caso de necessidade.

O número de cesarianas por 100 partos hospitalares foi de 5 (Tabela 4.4). Esta percentagem refere-se a partos que ocorreram em 2001 nos hospitais rurais e gerais e não a partos totais na

população nem a necessidades obstétricas satisfeitas. A estimativa de partos por cesariana no total de nascimentos, para Moçambique, usando o Inquérito Demográfico e de Saúde 1997 (Instituto Nacional de Estatística, 1998) como fonte de informação, foi de 2,7, para a região de África 3,5% e Europa 19 % (Betrán *et al.*, 2007). Outro estudo realizado em Moçambique estima que em 2001 a percentagem de partos por cesariana no total de nascimentos de nados vivos na cidade de Maputo foi de 12,6 % e na Província de Maputo foi 0,45 % (Jamisse *et al.*, 2004). Outro, ainda, estima que a percentagem de partos por cesariana no total de nascimentos na província de Sofala em 2000 e 2002 foi de 1,1 e 1.3 % respectivamente (Santos *et al.*, 2006). Um estudo realizado em 2000 mostra que a proporção de cesarianas por todos os partos previstos foi de 0,8% na província de Tete, e 1,6% em Gaza (Derveeuw, Jamisse, 2002). A percentagem de 5% de cesarianas nos partos hospitalares encontrada aqui poderá, eventualmente, estar ligada ao facto de no hospital de primeira referência, para além de se realizarem partos normais, também se realizarem partos referenciados por unidades sanitárias periféricas e ainda, partos domiciliários que, complicando-se, levam as pessoas a procurar o hospital. A percentagem de cesarianas provavelmente reflecte situações mais graves que necessitaram de referenciação e apoio cirúrgico. Não significa que as necessidades obstétricas estejam satisfeitas.

A mortalidade materna foi de 0,5 mortes por 100 partos. Um estudo conduzido pelo MISAU, de análise de 90 mortes maternas ocorridas em 7 províncias entre 1 Janeiro de 1997 e 30 de Junho de 1998, mostrou que alguns dos hospitais gerais e rurais estudados não prestaram, de facto, serviços obstétricos completos durante 24 horas por dia por falta de pessoal, medicamentos, sangue ou condições cirúrgicas. Este mesmo trabalho mostrou que metade das mulheres, que foram referidas, levou entre um a mais de cinco dias para chegarem à unidade seguinte (Jamisse, Schwalbach, 2002). Um outro trabalho refere a dificuldade de ter um número fiável sobre a mortalidade materna. Os autores repararam que de 1996 para 1997, em todas as estatísticas provinciais, houve uma redução de 50% nas mortes maternas. Os autores relacionam isto com indicações políticas claras no sentido de reduzir a mortalidade materna no país e provável omissão de registo das mortes institucionais (Derveeuw, Jamisse, 2002).

Para 30 hospitais respondentes, das 10 principais causas de internamento nas enfermarias de pediatria no hospital durante o ano de 2001 realça-se a malária, as infecções respiratórias agudas baixas e a malnutrição. Para os mesmos hospitais, das dez principais causas de internamento das enfermarias de medicina no hospital durante o ano de 2001 realça-se a malária, as pneumonias, a tuberculose e a SIDA. Bassat (Bassat *et al.*, 2008) que estudou a

malária nas crianças admitidas num dos hospitais estudados, de 2003 a 2005, confirma que a malária é a principal causa de admissão. O perfil epidemiológico era dominado por doenças associadas à pobreza, nomeadamente a subnutrição e as doenças infecciosas.

4.3.2.2.4. Bloco operatório

Trinta hospitais tinham bloco operatório. O que declarou não ter era um hospital classificado como rural. Vinte e um hospitais tinham uma sala operatória, oito tinham duas salas e um hospital três salas. Cada sala tinha uma mesa operatória.

As técnicas de anestesia utilizadas na sala de operações eram, para 29 hospitais respondentes: anestesia local em 29 hospitais; anestesia geral endovenosa em 29 hospitais; anestesia regional em 25 hospitais; anestesia geral por inalação em 22 hospitais; anestesia epidural em 16 hospitais. Este sub-estudo explorou muito sumariamente a questão da anestesia, mas alguns estudos têm descrito com pormenor as características/dificuldades que fazem com que este tipo de hospitais tenha um risco de mortalidade anestésica evitável muitíssimo elevada (Towey, Kimaro, 1998; Kimaro, Towey, 2001; Hodges *et al.*, 2007; Walker, Wilson 2008).

Dos 25 hospitais respondentes, em 24 hospitais as cirurgias eram realizadas por técnicos de cirurgia, em seis por cirurgiões e em cinco por médicos generalistas. Dito de outra forma, em 15 hospitais as cirurgias eram realizadas exclusivamente por técnicos, em 4 por técnicos e cirurgião, noutros quatro por técnico e médico de clínica geral, num pelos três tipos de profissionais e noutro exclusivamente por cirurgião.

As cirurgias realizadas durante 2001 estão identificadas na Tabela 4.5.

Tabela 4.5 Número e tipo de cirurgias realizadas no ano de 2001

Tipo de cirurgia	Número total
Cirurgia obstétrica e ginecológica Inclui: Histerectomia / laqueação de trompas / gravidez ectópica / curetagem / condilectomia / miomectomia / salpingectomia / ooforectomia / correcção cirúrgica de prolapso do útero / ciclorrafias / interrupção da gravidez / biopsia do endométrio	Mediana 108,5 Min 15 Máx 599 Média 158,1 (n=28)
Cesariana	Mediana 69 Min 12 Máx 343 Média 96,6 (n=27)
Cirurgia geral e pequena cirurgia Inclui: laparotomia / herniorrafia / apendicectomia / amputações / esplenectomia / hemorroidectomia / fistulectomia / enxertos de pele / drenagem de abscessos / limpeza cirúrgica / ressecção intestinal / lipomectomia / excisão de quistos e tumores cutâneos / orquidectomia / hidrocelectomia/ circuncisão / suturas de feridas / biópsias	Mediana 131 Min 11 Máx 1 083 Média 221,5 (n=27)
Herniorrafia	Mediana 29 Min 1 Máx 478 Média 72,6 (n=23)
Laparotomia	Mediana 21 Min 1 Máx 106 Média 30,9 (n=25)
Apendicectomia	Min 1 Máx 5 (n=5)
Traumatologia Inclui: imobilização e redução de fracturas / fracturas expostas / reduções / luxações/ fixação externa fractura exposta	Mediana 56 Min 6 Máx 781 Média 193,3 (n=9)
Outras intervenções Inclui: outras intervenções /cirurgia de olhos/cirurgia ORL	Mediana 53 Min 1 Máx 589 Média 96,3 (n=16)

Nota: n - número de hospitais respondentes; Máx – máximo; Min - mínimo

Se considerarmos todas as cirurgias referidas pelos hospitais respondentes (28) há uma mediana de 137 cirurgias por 100.000 habitantes da população sob responsabilidade. Se retirarmos ao número de cirurgias as que foram, por alguns hospitais, especificadas como “pequena cirurgia”, temos uma mediana de 100 cirurgias major por 100.000 habitantes.

Qualquer um dos números é inferior a números por 100.000 habitantes de área de responsabilidade relatados por outros autores, em hospitais distritais/rurais, em África: 207 num

hospital de primeira referência no Quênia em 1989 (Nordberg, Hofman, 1994), 166 em 1996 e 155 em 1997 num hospital distrital do Uganda (Nabembezi, Nordberg, 2001), 206 em 2003 para os 21 hospitais distritais do Malawi (Lavy *et al.*, 2007). De notar que o défice de registo de procedimentos, notado nos questionários, onde, por vezes, aparecia o nome do procedimento cirúrgico sem número, é um problema igualmente apontado nos artigos citados para comparação. Ainda, como no presente estudo, os estudos de Nordberg e Hofman (Nordberg, Hofman, 1994) não incluíram as cirurgias da população sob responsabilidade do HPR mas realizadas em hospitais de nível diferente (provinciais, regionais ou centrais).

As diferentes classificações usadas pelos diferentes estudos e pelos diferentes hospitais limitam a análise comparativa. Apesar disso, as cirurgias mais frequentes parecem ser as cesarianas e outra cirurgia obstétrica e ginecológica e a reparação cirúrgica de hérnias, seguindo um padrão descrito noutros hospitais (Nordberg, Hofman, 1994; Lavy *et al.*, 2007).

No estudo de Lavy (Lavy *et al.*, 2007; Steinlechner *et al.*; 2006) adianta-se que, nas visitas realizadas aos 21 hospitais distritais, se procurou compreender o pequeno número de laparotomias realizadas. Nas conversas tidas com os clínicos não médicos que realizavam cirurgias, estes declararam sentir-se confortáveis com a realização de cesarianas, por sentirem competência técnica para tal e pela urgência das circunstâncias em que normalmente se realizam, mas receavam a abertura de um abdómen agudo por poderem encontrar algum problema que ultrapassasse os seus níveis de competência. Assim, estes casos, sempre que possível, eram referidos.

Apesar de o número de cirurgias realizadas depender de muitos factores, nomeadamente, variações nos padrões de doenças, diferenças culturais ligadas à procura dos cuidados hospitalares, nível sócio económico (por exemplo nível de educação e rendimento) e percepções sobre a capacidade em encontrar soluções e recursos nos hospitais (Nabembezi, Nordberg, 2001), as comparações apresentadas e o perfil de mortalidade e morbilidade do país parecem apontar para necessidades cirúrgicas não satisfeitas.

4.3.3. Prioridades para melhoria de cumprimento da missão do hospital

Os hospitais foram questionados em relação a áreas prioritárias para melhorar a realização da sua missão. A Tabela 4.6 apresenta a síntese dos temas que foram apontados pelos respondentes das direcções dos hospitais como as prioridades para que os hospitais possam cumprir com maior qualidade e efectividade a sua missão junto da população que servem.

Tabela 4.6 Opinião sobre prioridades para que o hospital possa cumprir a sua missão

Prioridades para cumprimento de missão mais efectivo e com mais qualidade		Nº de hospitais	
Área	Descrição		
	Aumentar em número e qualidade os recursos humanos	3	
Recursos humanos	Mais recursos humanos: médicos, enfermeiros, enfermeiros de SMI, agentes de serviço, pessoal de segurança, técnicos médios, serventes	16	21
	Formação recursos humanos	2	
	Equipamento hospitalar, reagentes para laboratório, apetrechamento em material médico-cirúrgico, oxigénio, garantir equipamento de urgência/aparelho de aerossol, mesa operatória, material informático, bibliografia actualizada, acesso à internet, fotocopiadora, lavandaria equipada, cozinha, rádio		18
Transportes	Transporte, ambulância, motorizada, mini-bus para transporte do pessoal		13
Melhorar meios compl. diagnóstico,	Raio X; ecografia, equipamento do laboratório para hemograma, bioquímica e culturas, ecografo, eletrocardiograma		13
Infra-estruturas	Construção de enfermaria de pediatria e cirurgia, construção de berçário, expansão das infra-estruturas do hospital, reparação geral do hospital, construção de residência para trabalhadores, bloco operatório, serviço de odontoestomatologia		12
	Melhoria abastecimento de medicamentos		5
	Aumento de financiamento		7
	Garantir ou melhorar fornecimento de água		3
	Garantir fornecimento de energia eléctrica		1
Outros	Apoio à investigação; bolsas de estudo para funcionários; descentralização do hospital da direcção distrital de saúde e centro de saúde (administrativamente); melhoria da articulação entre hospital e centro de saúde nos programas; melhoria de vias de acesso		5

Nota: SMI – Saúde Materno-Infantil.

As repostas situaram-se na sua totalidade na área de necessidade de recursos, destacando-se o sector dos recursos humanos (o mais frequentemente mencionado), seguido de equipamentos e consumíveis diversos e de transportes e melhoramento das infra-estruturas.

4.3.4. Os HPR em Moçambique – perfil empírico no contexto africano

A Tabela 4.7 apresenta dados de estudos empíricos sobre hospitais de primeira referência em diversos países africanos subsaarianos.

Tabela 4.7 Indicadores dos hospitais de primeira referência de Moçambique e de hospitais de primeira referência de outros países africanos

Indicador (Medianas)	Hammel, Janssen, 1988 ¹	Van Lerberghe, Van Balen, Kegels, 1992 ²	Moçambique 2001
População sob responsabilidade do hospital	110 000 (n=40)	160 000 (n=81)	248 866 (n=31)
Número de camas	138 (n=40)	141 (n=88)	83 (n=29)
Número de médicos	4 (n=40)	3 (n=87)	1 (n=28)
Número de camas por 1.000 habitantes	*	0,9 (n=80)	0,3 (n=29)
Camas por medico	*	46 (n=78)	60 (n=27)
Habitantes por médico	*	41 250 (n=75)	159 592 (n=28)
Altas por 100.000 habitantes ano	4 384 (n=40)	2 900 (n=76)	1 410 (n=27)
Cesarianas por 100 partos hospitalares	3,8 (n=40)	*	5 (n=24)
Partos por cama de maternidade	*	40 (n=71)	74 (n=27)

Fonte: Hammel, Janssen, 1988; Van Lerberghe, Van Balen, Kegels, 1992

Notas: 1 - dados baseados em relatórios anuais de 1979 a 1984 (foi calculado um valor único para este período por média aritmética de 3 anos para cada hospital) de 40 hospitais relacionados com organizações não governamentais holandesas em 5 países: Gana (5 hospitais), Quênia (8), Tanzânia (12), Uganda (5) e Zâmbia (9); 2 - dados de um estudo realizado em 1988 a hospitais relacionados com a organização *Medicus Mundi International*. Oitenta e oito hospitais responderam a um questionário enviado pelo correio para vários países: Angola (1 hospital), Benim (3), Burkina-Faso (1), Burundi (1), Camarões (7), Etiópia (1), Gabão (1), Gana (14), Quênia (5), Lesoto (7), Malawi (6), Nigéria (3), Uganda (3), Tanzânia (19), Ruanda (2), Serra Leoa (3), Chade (1), Zaire (1), Zâmbia (7), Zimbabué (2); *dados não disponíveis

Apesar de os outros dois estudos dizerem respeito a dados de épocas muito diferentes (início e fim da década de oitenta) e a hospitais ligados a Organizações Não Governamentais, a comparação mostra, para Moçambique, maior população sob responsabilidade do hospital, menos médicos por hospital, e número superior de habitantes por médico: menos recursos, mais população sob responsabilidade. No entanto, a actividade ou carga de trabalho, reflectida pelo indicador de altas por 100.000 habitantes parece inferior. A actividade que é reflectida pelo número de cesarianas por 100 partos hospitalares e partos por cama de maternidade revela maior carga de trabalho no hospital moçambicano. A informação que foi possível utilizar para comparação é pouca, insuficiente e com grandes diferenças de contexto e tempo. No entanto, a diferença de altas poderá reflectir, menor procura e menor acesso em Moçambique e, então, necessidades não satisfeitas.

4.3.5. O perfil evolutivo do HPR em Moçambique: 1992, 2001 e 2007

O relatório "Projecto de operacionalização de hospitais rurais: relatório final" (Escola Nacional de Saúde Pública Lisboa Portugal, Austral Consultoria e Projectos, Lda. Maputo Moçambique, 1993) que recolheu dados referentes ao ano de 1992 e os dados provisórios do "Inventário Nacional de Infra-estruturas de Saúde, Serviços e Recursos" conduzido pelo MISAU em 2007, são as fontes de dados para as comparações a seguir apresentadas. Este recenseamento das unidades sanitárias (US) do Serviço Nacional de Saúde utilizou um questionário estruturado para colheita dos dados.

Os dados têm que ser interpretados tendo em conta que em 1992 o conflito armado estava a terminar e havia unidades destruídas (sem actividade em 1992 portanto) e que os hospitais gerais da província de Maputo cidade não foram incluídos neste trabalho. Os dados provisórios de 2007 foram considerados na altura, pelo MISAU, a necessitar de algumas verificações, não tendo ainda ocorrido a divulgação dos resultados.

A Tabela 4.8 apresenta alguns indicadores de produção dos HPR em 1992 e 2001.

Tabela 4.8 Alguns indicadores de produção dos HPR em 1992 e 2001

Indicador	Mediana	
	1992 ¹ (n=23)	2001 ² (n=29)
Altas	1 931 [555; 5 708] (n=19)	3.044 [763; 17.392] (n=26)
Altas por médico	1 455 [449; 3 405] (n=15)	2.392 [267; 17.392] (n=23)
Altas por cama	24 [9; 47] (n=19)	40 [8; 187] (n=25)
Altas em enfermaria de pediatria	462 [173; 1 276] (n=12)	1.041 [377; 6.222] (n=25)
Altas em enfermaria de medicina	586 [253; 917] (n=11)	641 [339; 1.458] (n=26)
Altas em enfermaria de cirurgia	266 [72; 1 215] (n=9)	281 [33; 704] (n=23)
Altas em enfermaria de maternidade	1 342 [403; 2 854] (n=16)	1.452 [255; 4.377] (n=20)
Dias de internamento em enfermaria de pediatria	3 380 [914; 6 945] (n=11)	6.003 [1.502; 27.801] (n=28)
Dias de internamento em enfermaria de medicina	6 038 [1 522; 12 322] (n=9)	5.340 [1.861; 19.700] (n=29)
Dias de internamento em enfermaria de cirurgia	2 884 [831; 9 620] (n=7)	2.570 [35; 9.670] (n=27)
Dias de internamento em enfermaria de maternidade	2 653 [29; 6 891] (n=11)	2.573 [568; 6.736] (n=25)
Taxa de ocupação na enfermaria de pediatria (%)	63 [3; 95] (n=10)	92 [26; 237] (n=27)
Demora média pediatria (dias)	7 [5; 13] (n=11)	5 [1; 18] (n=25)
Taxa de ocupação na enfermaria de medicina (%)	43 [17; 91] (n=9)	66 [25; 179] (n=28)
Demora média medicina (dias)	11 [6; 21] (n=10)	8 [5; 15] (n=26)
Taxa de ocupação na enfermaria de cirurgia	49 [41; 60] (n=3)	50 [11; 125] (n=26)
Demora média cirurgia (dias)	11 [4; 22] (n=8)	9 [2; 22] (n=22)
Taxa de ocupação na enfermaria de maternidade	43 [21; 74] (n=11)	45 [13; 92] (n=24)
Demora média maternidade (dias)	2 [1; 5] (n=11)	2 [1; 3] (n=20)
Taxa de ocupação total %	30 [8; 65] (n=16)	57 [6; 106] (n=28)
Consultas externas	14.463 [1 227; 36 602] (n=19)	27.873 [892; 79.238] (n=28)
Nº partos / ano	1 387 [396; 2 606] (n=17)	1.391 [270; 3.492] (n=27)
Nº Cesarianas / ano	29,5 [4; 192] (n=16)	83 [11; 343] (n=23)
Cesarianas em cada 100 partos hospitalares	4 [1; 12] (n=12)	5 [1; 36] (n=23)

Fonte: 1 – Escola Nacional de Saúde Pública Lisboa Portugal e Austral Consultoria e Projectos, Lda. Maputo Moçambique, 1993.

Nota: n - número de hospitais; 2 – Foram retirados, para esta comparação, os dois hospitais gerais da Província Maputo-cidade.

Em geral verificaram-se diferenças nos dados para estes dois anos. Em 2001, os hospitais encontravam-se mais movimentados: mais altas, mais dias de internamento, aumento da taxa de ocupação de todas as enfermarias, mais consultas externas, e conseqüente aumento da carga de trabalho (mais altas por médico, maior taxa de ocupação total). Parece haver melhoria de eficiência se lida pelo aumento da taxa de ocupação e diminuição da demora média. Esta diferença pode reflectir também um aumento de procura no período de pós guerra (em 1992 o país estava a negociar a paz).

A Tabela 4.9 apresenta indicadores dos HPR em 1992, 2001 e 2007.

Tabela 4.9 Características do HPR em 1992, 2001 e 2007

Indicador	Mediana		
	1992 ¹ n= 23	2001 n= 31	2007 ² n= 41
Número de camas	75 [51; 224] (n=23)	83 [39; 308] (n=29)	67 [24; 154] (n=34)
Camas de pediatria	20 [6; 91] (n=21)	16 [5; 91] (n=28)	20 [1; 45] (n=32)
Camas de medicina	43 [13; 114] (n=22)	23 [16; 83] (n=29)	30 [11; 85] (n=34)
Camas de cirurgia	24 [6; 44] (n=9)	16 [4; 44] (n=27)	22 [10; 44] (n=18)
Camas de maternidade	20 [10; 40] (n=23)	20 [7; 100] (n=28)	18 [4; 52] (n=23)
Médicos por hospital	1 [0 ;3] (n=23)	1 [1;25] (n=28)	2 [1; 21] (n=41)
Enfermeiros (incluindo parteiras e enf. de SMI) por hospital	23 [5;49] (n=23)	20 [8; 102] (n=25)	20 [3; 110] (n=41)
Camas por médico	63 [19; 197] (n=17)	60 [11; 232] (n=27)	48 [6; 141] (n=34)
Camas por enfermeiro	5 [2; 11] (n=23)	4 [1; 22] (n=23)	3 [1; 33] (n=34)

Fonte: 1 – Escola Nacional de Saúde Pública Lisboa Portugal e Austral Consultoria e Projectos, Lda. Maputo Moçambique, 1993; 2 – MISAU, Inventário Nacional de Infra-estruturas de Saúde, Serviços e Recursos, Moçambique, 2007, dados provisórios.

Notas: n - número de hospitais; SMI – Saúde Materno-Infantil

O aumento do número de médicos pode apontar para um aumento efectivo de recursos. Por outro lado, a confirmarem-se os dados de 2007, há uma diminuição do número total de camas nos HPR. A evolução destes indicadores sugere uma aparente diminuição de carga de trabalho (as medianas de número de camas por médico e enfermeiro diminuem).

A Tabela 4.10 apresenta dados sobre a percentagem de hospitais com capacidade para realizar Rx, Ecografia e Electrocardiograma em 1992, 2001 e 2007.

Tabela 4.10 Percentagem de hospitais com exames complementares de diagnóstico em 1992, 2001 e 2007

Exames complementares de diagnóstico	1992 ¹	2001	2007 ²
Rx	70% (16 em 23 hospitais)	81% (22 em 27 hospitais)	56% (23 em 41 hospitais)
Ecografia	0 (em 12 hospitais visitados)	35% (7 em 20 hospitais)	39% (16 em 41 hospitais)
Electrocardiograma	0 (em 12 hospitais visitados)	26% (5 em 19 hospitais)	22% (9 em 41 hospitais)

Fonte: 1 – Escola Nacional de Saúde Pública Lisboa Portugal e Austral Consultoria e Projectos, Lda. Maputo Moçambique, 1993; 2 – MISAU, Inventário Nacional de Infra-estruturas de Saúde, Serviços e Recursos, Moçambique, 2007, dados provisórios.

Esta área continua a ser muito deficitária, observando-se diminuição da disponibilidade de Raio X e electrocardiograma e aumento de disponibilidade de ecografia.

De facto, a Organização Mundial de Saúde (OMS), recomendou a disseminação da ultrassonografia aos países em desenvolvimento (World Health Organization, 1998, citado por Cabral, 2010) após avaliar as técnicas de diagnóstico imagiológico disponíveis. A ultrasonografia é uma tecnologia sustentável devido ao seu baixo custo de manutenção e a sua durabilidade em comparação com outros métodos imagiológicos (Goldberg, 2003 citado por Cabral, 2010). A utilização deste meio complementar de diagnóstico está documentado para alguns HPR em África mostrando acessibilidade e exequibilidade da introdução deste serviço com melhoria na gestão dos casos (Bussmann *et al.*, 2001; Ali *et al.*, 1999) e facilidade de ser aprendida por clínicos não médicos (Stein, Katunda, Butoto, 2008).

A Tabela 4.11 mostra os dados que foi possível comparar em relação à disponibilidade de alguns exames laboratoriais. Provavelmente por a disponibilidade de testagem VIH estar muito difundida nem sequer é perguntada no inquérito do MISAU de 2007. No entanto, é questionado às unidades se estão preparadas para fazer a contagem de CD4.

Tabela 4.11 Percentagem de hospitais que realizam os exames laboratoriais listados, em 2001 e 2007

Exames laboratoriais	2001	2007 ¹
Gota espessa	97% (29 em 30 hospitais)	93% (38 em 41 hospitais)
Exame parasitológico de fezes	97% (28 em 29 hospitais)	90% (37 em 41 hospitais)
Teste de compatibilidade	93% (27 em 29 hospitais) Realização de testes de compatibilidade antes das transfusões	78% (32 em 41 hospitais) Serviço de transfusão de sangue, teste de compatibilidade
Sífilis	97% (29 em 30 hospitais)	63% (26 em 41 hospitais)
HIV	100% (29 em 29 hospitais)	não é perguntado
CD4 ²	0% ³	24% (10 em 41 hospitais)

Fonte: 1 - MISAU, Inventário Nacional de Infra-estruturas de Saúde, Serviços e Recursos, Moçambique, 2007, dados provisórios.

Nota: 2 - CD4 - cluster of differentiation 4, molécula que se expressa nas membranas de algumas células em circulação no sangue e cujo doseamento é importante para decisão e orientação do tratamento na infecção VIH; 3 - Na pergunta 70 do questionário havia a possibilidade de apontar outros exames laboratoriais e este não foi apontado por nenhum dos hospitais respondentes

A confirmarem-se os dados de 2007 é preocupante a informação referente aos testes de compatibilidade e à diminuição de capacidade de diagnóstico de sífilis, pela facilidade de tratamento desta e imenso benefício de evitar a sua transmissão, nomeadamente aos recém-nascidos. Em contrapartida aparece a possibilidade de contagem de CD4. Estes dados podem estar ligados ao financiamento externo dos programas de HIV e diminuição da capacidade financeira interna.

A Tabela 4.12 mostra o número de médicos e técnicos de cirurgia a trabalhar nos HPR em 2001 e 2007.

Tabela 4.12 Número de médicos e técnicos de cirurgia nos HPR em 2001 e 2007 por sexo e nacionalidade

	Categoria profissional	Sexo	Nacionalidade
2001	Médicos (n=75)	F - 30 M - 44 (n=74)	Moçambicana 47 (76%) Outra 15 (24%) (n=62)
2007 ¹	Médicos (n=93)	F - 40 M - 53 (n=93)	Moçambicana 59 (63%) Outra 34 (37%) (n=93)
2001	Técnico de cirurgia (n=20)	F - 1 M - 18 (n=19)	Moçambicana 19 Outra 1 (n=20)
2007 ¹	Técnico de cirurgia (n=31)	F - 4 M - 27 (n=31)	Moçambicana 31 Outra 0 (n=31)

Fonte: 1 - MISAU, Inventário Nacional de Infra-estruturas de Saúde, Serviços e Recursos, Moçambique, 2007, dados provisórios.

Notas: n - número de médicos ou técnicos de cirurgia

Assiste-se a um aumento de médicos e técnicos de cirurgia nos HPR em Moçambique comparando 2001 com 2007. A percentagem de médicos estrangeiros também aumenta (de 24 em 2001 para 37 em 2007). Os técnicos de cirurgia são técnicos nacionais e continuam a ser predominantemente homens. Isto reflecte o esforço que o MISAU tem colocado na formação. Os dados de 2001, porque nas designações das profissões por vezes era só escrito “médico” não permitiram saber quantos especialistas estavam ao serviço dos HPR. O Inventário de 2007 tinha colunas para preencher com o número de médico especialistas. Assim, é possível mostrar a Tabela 4.13 com o número de médicos especialistas e generalistas, por nacionalidade, em 2007.

Tabela 4.13 Número de médicos especialistas e generalistas nos HPR, em 2007

Especialidade	Nacionalidade
Especialistas n=35	Moçambicanos 12 (34%) (10 na província de Maputo cidade)
	Estrangeiros 23 (66%) (9 na província de Maputo cidade)
Generalistas n=58	Moçambicanos 47 (81%)
	Estrangeiros 11 (19%)

Fonte: MISAU, Inventário Nacional de Infra-estruturas de Saúde, Serviços e Recursos, Moçambique, 2007, dados provisórios.

Dos 93 médicos identificados no levantamento, a maioria é generalista (58) que por sua vez são maioritariamente Moçambicanos (81%). Os especialistas são 35, sendo 66% estrangeiros. Dos 35 especialistas, 19 (54%) encontram-se na província Maputo cidade (20 nas províncias Maputo cidade e Maputo província) e 17 encontram-se num único hospital de Maputo cidade.

Os dados disponíveis para poder apreciar uma real evolução deste tipo de hospitais apresentam muitas limitações e são muito escassos.

Estes hospitais parecem ter evoluído para mais recursos humanos (mais médicos e técnicos de cirurgia) com concentração dos médicos especialistas e estrangeiros em Maputo-cidade. A área dos exames complementares de diagnóstico continua a ser muito deficitária e com uma evolução pouco favorável.

4.4 Conclusões

O sub-estudo que se apresenta teve como objectivo geral obter um perfil empiricamente documentado do hospital de primeira referência no distrito de saúde em Moçambique.

Foram inquiridos todos os HPR: um hospital distrital, 25 hospitais rurais e cinco hospitais gerais.

A utilização, pelos respondentes, de diferentes terminologias, dificultou a caracterização do distrito de saúde, em termos de tipo e número de unidades sanitárias presentes. Outra área de terminologias não concordantes utilizadas pelos respondentes foi a dos recursos humanos. Foram diversas as classificações de categorias profissionais apresentadas. Também a área de financiamento, como apresentado nos resultados, revela diferentes formas de registar e tratar a informação.

Muitas perguntas às direcções dos hospitais foram sobre características do distrito de saúde, no pressuposto, provavelmente nem sempre verificado, de que conheceriam o distrito onde estão integrados, no que concerne à sua composição e circuitos financeiros e administrativos. Num trabalho futuro um levantamento deste tipo deveria ser acompanhado de entrevista às direcções distritais de saúde (DDS) no sentido de validação de dados e de melhorar a caracterização do distrito.

Em geral

O quadro geral descrito dos HPR é caracterizado pela escassez: de hospitais e de recursos dentro dos hospitais. Escassez de hospitais que declaram servir cerca de 9,5 milhões de habitantes, cerca de metade dos habitantes do país em 2001, altura da realização do sub-estudo (Instituto Nacional de Estatística, 2003). Dentro dos hospitais salienta-se a escassez de recursos humanos, de apoio diagnóstico, de apoio medicamentoso mas houve hospitais a declararem problemas de fornecimento de água ou energia.

O distrito de saúde em Moçambique em 2001

O distrito de saúde em Moçambique caracterizou-se por escassez de oferta de cuidados hospitalares, heterogeneidade de modelos organizacionais, de referenciação de doentes, de formas de organizar o financiamento, o quadro de recursos humanos e a distribuição dos medicamentos.

O distrito de saúde a que pertenciam os hospitais tinha uma mediana de cinco centros de saúde e quatro postos de saúde do sector público. Praticamente não existiam instituições do sector privado, sendo as farmácias as estruturas privadas mais frequentes.

Não parecem emergir tipologias de organização das relações do hospital com o seu distrito, parecendo, no entanto, ser mais frequente a coincidência de áreas geográficas de responsabilidade comum (do hospital e da DDS), com localização da DDS dentro do hospital e fusão das funções de gestão do hospital e DDS.

A mediana da estimativa de distância média entre hospital e as outras unidades sanitárias foi de 38,5 km (máxima 101 km e mínima 3 km). A mediana da estimativa da distância entre o hospital e o seu nível de referência seguinte foi de 144 km (máxima 460 km e mínima 3 km).

O hospital de primeira referência em Moçambique em 2001

O perfil tipo do hospital de primeira referência em Moçambique é uma estrutura com um só médico, um técnico de cirurgia, 20 enfermeiros e dois administrativos, cerca de 83 camas e 250.000 habitantes sob a sua responsabilidade. Tem enfermarias de medicina, cirurgia, maternidade e pediatria, consulta externa e banco de socorros.

A comparação entre os valores medianos nacionais com e sem a província de Maputo cidade parece reflectir a concentração de recursos para esta província. No total de 85 médicos referidos, 42% estão nessa mesma província. Os 85 médicos eram geralmente moçambicanos, jovens, do sexo masculino e, em mais de 50% dos casos, no hospital há menos de um ano.

Metade dos médicos estrangeiros caracterizados estava num hospital na Província de Maputo cidade.

A mediana da população sob responsabilidade do hospital foi de 248 866 habitantes (mínimo de 18 727, máximo de 968 844).

A mediana do número de camas por hospital foi de 83 (mínimo de 39, máximo de 308): 16 de pediatria, 23 de medicina, 16 de cirurgia, 20 de maternidade. A mediana de cama por médicos foi de 60 e por enfermeiro foi de quatro.

A maioria dos hospitais declarou ter tido ruptura de medicamentos essenciais no hospital em 2001, ano de referência deste sub-estudo.

Só 22 hospitais tinham capacidade de fazer radiografias.

Em termos de exames laboratoriais, a bioquímica e os exames bacteriológicos com cultura e teste de sensibilidade aos antibióticos eram áreas praticamente ausentes.

A maioria dos hospitais referiu capacidade para fazer transfusões de sangue. Os exames realizados antes do uso de sangue doado incluíam sempre VIH em 30 hospitais, e nos mesmos 30 nunca se testava para hepatites B e C.

A maioria dos hospitais estava envolvida em actividades de saúde materno-infantil e vacinações. O perfil epidemiológico das patologias responsáveis pelos internamentos hospitalares era dominado por doenças associadas à pobreza, nomeadamente a subnutrição e as doenças infecciosas.

As medianas das taxas de ocupação, à excepção da pediatria, foram baixas (93% pediatria, 67% medicina, 50% cirurgia, 48% maternidade).

Trinta hospitais tinham bloco operatório. Apesar de o número de cirurgias realizadas depender de muitos factores, as comparações apresentadas e o perfil de mortalidade e morbilidade do país parecem apontar para necessidades cirúrgicas não satisfeitas.

O número de cesarianas por 100 partos hospitalares foi de 5%. Esta percentagem refere-se a partos que ocorreram em 2001 nos hospitais rurais e gerais e não a partos totais na população. As comparações apresentadas e outros estudos em Moçambique apontam para necessidades obstétricas não satisfeitas.

Os hospitais foram questionados em relação a áreas prioritárias para melhorar a realização da sua missão. As respostas situaram-se na sua quase totalidade na área de necessidade de recursos, destacando-se o sector dos recursos humanos, seguido de equipamentos e consumíveis diversos, transportes e melhoramento das infra-estruturas.

Os HPR no contexto africano

A comparação do perfil dos HPR Moçambicanos com perfis obtidos com hospitais de outros países africanos aponta, para Moçambique, menos recursos, mais população sob responsabilidade e menor actividade.

A evolução dos HPR

Os dados disponíveis para apreciar a evolução dos HPR em Moçambique são muito escassos. Os que existem apontam para aumento de recursos humanos e manutenção de défice de recursos na área de meios complementares de diagnóstico.

5. A EVOLUÇÃO DOS HOSPITAIS DE PRIMEIRA REFERÊNCIA EM MOÇAMBIQUE DESDE
A INDEPENDÊNCIA: ENTREVISTAS A POLÍTICOS RESPONSÁVEIS

5.1. Introdução

O recurso a entrevistas semi-estruturadas a informadores chave pareceu a técnica de recolha de dados adequada para atingir parte dos objectivos da investigação.

A justificação da adequação destas técnicas aos objectivos do sub-estudo 4 é discutida mais abaixo, quando os instrumentos e processos são descritos.

Assim, esta parte da investigação teve como objectivos:

- Descrever a percepção da evolução e as medidas tomadas em relação aos hospitais de primeira referência (HPR) em Moçambique desde a independência, nomeadamente em termos de:
 - Número de hospitais; valências: medicina, cirurgia, pediatria, obstetrícia/ginecologia, laboratório, radiologia, farmácia; recursos humanos para os hospitais: distribuição, capacidade para cirurgia; apoio a laboratório e farmácia; relação do hospital com as outras unidades de saúde/rede: relação com a direcção distrital de serviços de saúde; mobilidade de pessoal entre unidades sanitárias no distrito, responsabilidade na supervisão das outras unidades sanitárias; acesso das populações aos hospitais; qualidade das infra-estruturas físicas e do trabalho realizado.
- Descrever percepções sobre a função esperada do HPR em Moçambique desde a independência;
- Identificar as dificuldades e principais estrangulamentos à concretização das medidas tomadas em relação aos HPR desde a independência;
- Descrever as dificuldades de desenvolvimento dos HPR em relação aos outros tipos de hospitais em Moçambique (provinciais e centrais).

5.2. Participantes e métodos

5.2.1. Participantes

Da população de responsáveis pelas políticas de saúde e pela evolução dos HPR em Moçambique, foram considerados como informadores-chave, para este sub-estudo, os seis ex-ministros de saúde de Moçambique. Pelas suas funções passadas como ministros da saúde foi admitido que lhes seria possível fornecer informações e opiniões alicerçadas num profundo conhecimento da realidade do seu país, assim como dos processos políticos que contribuíram para a evolução dos HPR em Moçambique.

O número de entrevistas a realizar não estava totalmente definido à partida. Nunca esteve em causa uma representatividade, no sentido estatístico, dos envolvidos no desenvolvimento do sistema de saúde Moçambicano e especificamente do desenvolvimento dos hospitais de primeira referência. As pessoas foram escolhidas atendendo ao seu carácter exemplar, pelo exercício anterior de funções de ministro da saúde em Moçambique (Albarello *et al.*, 1995). Os ex-ministros da saúde entrevistados sugeriram espontaneamente, ou a pedido da autora, outras pessoas que deviam ser ouvidas. Assim, o número de pessoas a entrevistar foi sendo definido ao longo do trabalho (amostragem em “bola de neve”) e parou-se quando as novas informações começaram a confirmar as anteriores de forma consistente.

Foram feitos contactos telefónicos, e por correio electrónico, solicitando entrevista aos elementos atrás referidos.

Dos seis ex-ministros da saúde só não foi possível entrevistar um por dificuldades logísticas na coordenação do país onde realizar a entrevista e data da mesma.

Das pessoas sugeridas pelos entrevistados, não foram incluídas pessoas com funções no MISAU à altura da realização deste sub-estudo por isso implicar um processo moroso de autorizações formais.

No total, foram entrevistadas onze pessoas.

Todos desempenharam funções ao nível central do Ministério da Saúde. A Tabela 5.1 mostra o número de anos em que os entrevistados trabalharam nos serviços centrais do Ministério da Saúde, por vezes cumprindo diferentes funções sendo, para alguns, uma dessas funções, a de ministro. Para efeitos desta tabela não foram contemplados os anos em que trabalharam em direcções provinciais, distritais ou em unidades sanitárias. São todos homens e oito são médicos. Foi garantida, aos entrevistados, a divulgação de resultados de forma a não revelar a identidade dos mesmos.

3. O que conseguiu realizar em relação aos hospitais distritais, rurais e gerais durante o tempo que foi Ministro da Saúde?

As entrevistas foram gravadas, após consentimento (que se verificou para todos os entrevistados) e foram realizadas por um único entrevistador (a autora), entre Junho e Dezembro de 2008, em Maputo, Lisboa e Genebra.

5.2.3. Análise de dados

As entrevistas foram transcritas (mas não pela autora). O texto transcrito foi validado por reescuta das gravações pela autora.

Os dados recolhidos foram sujeitos a análise de conteúdo (Vala, 1986; Bardin, 1977; Ghiglione, Matalon, 1992).

5.2.3.1. Objectivos da análise de conteúdo

A finalidade da análise de conteúdo (Vala, 1986: 103 e 104, citando Bardin, 1977) é passar da descrição do conteúdo das mensagens para a sua interpretação com referência a material que foi organizado. A análise realizada foi categorial que consiste na “operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamentos segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos” (Bardin, 1977: 117). A análise foi feita segundo o princípio da horizontalidade, no sentido que “trata cada um dos temas, salientando as diferentes formas sob as quais ele aparece nas pessoas inquiridas” (Ghiglione, Matalon, 1992: 225).

Não serão apresentados dados relativos à frequência das diferentes categorias porque se pretende, em consonância com o processo de amostragem descrito acima, sobretudo, ilustrar todos os aspectos apontados pelos entrevistados que concorrem para a compreensão da situação dos HPR em Moçambique ao longo dos anos, desde a independência.

5.2.3.2. Constituição do corpus da análise

O *corpus* da análise foi constituído pelas partes transcritas da entrevista que correspondiam às respostas às questões colocadas no guião. Não fazem parte do *corpus* as partes que foram pedidas pelos entrevistados para não serem utilizadas.

5.2.3.3. Definição de categorias

Tratando-se de uma entrevista semi-estruturada, algumas categorias encontravam-se definidas *a priori*. Estas baseavam-se no conhecimento prévio sobre o conceito de HPR e distrito de saúde.

As categorias definidas *a priori* foram: situação herdada em relação aos hospitais: situação dos hospitais em geral e especialmente dos hospitais distritais, rurais e gerais, em Moçambique, na altura em que o entrevistado iniciou funções no Ministério da Saúde; o que foi feito em relação aos hospitais: medidas tomadas pelo entrevistado em relação aos hospitais distritais, rurais e gerais durante o tempo que trabalhou no Ministério da Saúde; função esperada do hospital: funções esperadas dos hospitais distritais, rurais e gerais durante o tempo em que o entrevistado trabalhou no Ministério da Saúde.

Após desestruturação do texto nestas categorias, estas foram, ainda, subdivididas por períodos temporais que foram muito claramente enunciados por todos os entrevistados: herança colonial; pós-independência; guerra civil; pós acordos de paz.

A totalidade dos entrevistados expressou dificuldade em fornecer, com exactidão, dados sobre número de hospitais existentes, construídos de novo, o seu equipamento, possuindo uma ideia geral sobre o assunto.

Por outro pareceu mais sintetizador da descrição da situação encontrada, do que foi feito e da sua evolução, fazê-lo sob a perspectiva das políticas criadas ao longo do período em observação (da independência à actualidade) e do seu contexto. Assim, após algumas tentativas, foram abandonadas parte das categorias definidas à partida sendo as categorias finais definidas a seguir, na Caixa 5.1.

Caixa 5.1 Definição das categorias de análise

Categorias definidas *a priori*

- Função esperada: funções esperadas dos hospitais distritais, rurais e gerais desde a independência.

Categorias definidas *a posteriori*

- Políticas: declarações formais ou procedimentos dentro do Ministério da Saúde e outras instituições que definem ou revelam as prioridades e as linhas de acção para a saúde e que contextualizam a evolução dos hospitais de primeira referência em Moçambique.

Subcategorias de políticas

- pós – independência;
 - guerra civil;
 - pós acordos de paz.
- Obstáculos às realizações: factores que impediram que as políticas, ou outras iniciativas do conhecimento do entrevistado, e respeitantes ao desenvolvimento dos hospitais de primeira referência e do sistema de saúde Moçambicano, alcançassem os objectivos pretendidos.

Subcategorias de obstáculos às realizações

- pós – independência;
- guerra civil;
- pós acordos de paz;
- obstáculos presentes em todos os períodos anteriores.

5.2.3.4. Definição de unidades de análise (unidade de registo e unidade de contexto)

Vala (1989: 114) define unidade de registo como o segmento determinado de conteúdo que se caracteriza, colocando-o numa dada categoria. Nesta análise, a unidade de registo é a frase. A unidade de contexto, definida pelo mesmo autor como o segmento mais largo de conteúdo que o analista examina quando caracteriza uma unidade de registo (Vala, 1989: 114) foi o parágrafo, ou parágrafos, em que a unidade de registo se inseria.

5.2.3.5. Validade

A validade interna das categorias de análise foi avaliada pela verificação de exclusividade de afectação de unidades de registo às diferentes categorias e pela releitura das entrevistas, depois de finalizado o trabalho de estabelecimento de categorias e afectação de unidades de registo e contexto a cada uma, num esforço de reinterpretação com base na leitura iterativa entre o todo e as partes.

5.2.4. Considerações éticas e legais

As pessoas convidadas a participar no estudo foram informadas dos seus objectivos e linhas gerais. Conforme explicado acima, foi garantida, aos entrevistados, a divulgação de resultados de forma a não revelar a identidade dos mesmos. Atendendo a este facto e dado que grande parte dos entrevistados permanecem figuras públicas, a transcrição das entrevistas (o *corpus* da análise) não foi anexada a este trabalho.

5.3. Resultados

Os resultados são apresentados segundo i) as políticas de saúde que contextualizam a evolução dos HPR em Moçambique; ii) as dificuldades e estrangulamentos no desenvolvimento dos HPR; iii) as funções esperadas do HPR em Moçambique, na óptica dos entrevistados.

5.3.1. Políticas de saúde que contextualizam a evolução dos Hospitais de Primeira Referência em Moçambique

As principais políticas de saúde desenvolvidas pelos entrevistados e o contexto internacional em que se deram estão sumariadas na Tabela 5.2.

Salienta-se que três dos entrevistados (em cinco), que foram ministros, foram espontaneamente reafirmando a continuidade de políticas de saúde: “Pode ser que tenha sido publicado a seguir a mim (...) mas tanto faz. A gente fazia a sequência uns dos outros”, “Era um programa que não começou comigo, começou com os meus antecessores”, “Mas isto, é preciso ver como um contínuo. Há coisas que já tinham começado...”.

Os entrevistados enquadraram as políticas de saúde que foram desenvolvidas em três grandes períodos da história de Moçambique: 1º - 1975 até aproximadamente 1982, pós independência; 2º - conflito armado iniciado pouco após a independência mas intensificado a partir de 1982 até 1992; 3º - pós acordos de paz de 1992 até 2008, ano em que se realizaram as entrevistas.

Tabela 5.2 Políticas de saúde que contextualizam a evolução dos hospitais de primeira referência em Moçambique, segundo os entrevistados

Moçambique	Contexto internacional
Pós independência (1975-1982)	
<p>1. Conceptualização do sistema de saúde:</p> <p>1.1. Organização dos serviços de saúde em níveis: primário; secundário, terciário e o quaternário;</p> <p>1.2. Nacionalização das unidades de saúde privadas;</p> <p>1.3. Caracterização técnica das unidades sanitárias: tipo de actividades realizadas, equipas, material (do posto de saúde ao hospital rural) e reclassificação de unidades sanitárias;</p> <p>1.4. Expansão da rede sanitária.</p> <p>2. Prioridade aos cuidados preventivos.</p> <p>3. Políticas de recursos humanos:</p> <p>3.1. Criação de novas categorias profissionais;</p> <p>3.2. Investimento em formação;</p> <p>3.3. Contratação de pessoal estrangeiro: Médicos, Técnicos de cirurgia da Guiné Conackri.</p>	<p>Objectivo "saúde para todos no ano 2000" da OMS.</p> <p>Estratégia dos Cuidados de Saúde Primários.</p>
Guerra civil (1982-1992)	
<p>1. Redução do orçamento para a saúde.</p> <p>2. Redução da despesa de saúde.</p> <p>3. Recuperação de custos.</p> <p>4. Início de trabalho com agências internacionais para obter ajuda orçamental ao sector saúde (meio da década de 80).</p> <p>5. Políticas de recursos humanos:</p> <p>5.1. Criação /reconfiguração de categorias profissionais (continuação); técnicos de cirurgia;</p> <p>5.2. Investimento em formação (continuação).</p> <p>6. Autorização da prática de actividade privada.</p> <p>7. Política mais aberta para os hospitais.</p>	<p>Adesão ao Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional.</p> <p>Apoio internacional a actividades hospitalares (inicia-se no fim da década de 80).</p>
Pós acordos de paz (1992-2008)	
<p>1. Redimensionamento e reconstrução da rede sanitária: Plano de Reabilitação e Reconstrução do Sector Saúde (1990-1992); Plano de desenvolvimento da rede sanitária.</p> <p>2. Políticas de recursos humanos:</p> <p>2.1. Criação /reconfiguração de categorias profissionais (continuação);</p> <p>2.2. Investimento em formação (continuação);</p> <p>2.3. Reabilitação e construção de centros de formação;</p> <p>2.4. Planos de desenvolvimento de recursos humanos;</p> <p>2.5. Acordos para novas faculdades de medicina.</p> <p>3. Memorandum de entendimento entre os vários parceiros da área da saúde (Código de conduta, SWAP).</p> <p>4. Plano Estratégico do Sector da Saúde.</p> <p>5. Diploma legal 127/2002 sobre caracterização técnica das unidades sanitárias.</p>	<p>Banco Mundial como parceiro importante na reabilitação da rede sanitária.</p>

5.3.1.1. Período pós-independência

O período pós-independência foi marcado pela conceptualização do sistema de saúde: reconfiguração, expansão e prioridade a cuidados preventivos.

A situação herdada foi sintetizada, por um dos entrevistados, da seguinte forma: *“Moçambique viveu um período colonial. Esse primeiro período colonial era uma medicina sobretudo de nível curativo com algumas medidas preventivas pontuais para o combate da malária, da cólera e outras doenças endémicas, mas a actividade fundamental era a dos hospitais para garantir a força do trabalho colonial. E hospitais centrais muito apetrechados, muito bons com grande capacidade curativa para garantir a presença dos colonos nas províncias ultramarinas.”*

Estes hospitais localizavam-se nas capitais provinciais (na altura a província actual era designada distrito).

O mesmo entrevistado *continuou*: *“No tempo colonial construíram-se hospitais nos distritos onde havia grandes produções: produção de sisal, produção de açúcar. Sempre estiveram associados aos grandes centros produtivos.”* Outro entrevistado esclareceu: *“E não havia mais hospitais, havia as chamadas delegacias de saúde. (...) Portanto, havia uma delegacia de saúde onde houvesse um aglomerado de colonos. Bastava haver um administrador, com toda a sua equipa de administração, um indivíduo da veterinária, dos correios, três ou quatro comerciantes ou agricultores europeus, alguma coisa do caminho de ferro ou assim, e logo ali se criava uma delegacia de saúde, com médico, enfermeiro, em geral dois enfermeiros, para servir os colonos.”*

Ainda no tempo colonial, na preparação do 4º Plano de Fomento terá sido realizado um recenseamento da população e uma carta geográfica em que a cada mil pessoas era atribuído um ponto num mapa: *“Ora, o que é que esta carta permitiu mostrar? Logo uma primeira coisa (...) é que a população moçambicana estava toda muito concentrada em certas áreas. (...) Aqui, na cidade de Maputo e arredores, (...) ao longo da costa (...) e (...) nos vales dos rios. (...) E o que é que se verificou com isso? Verificou-se o seguinte: que se colocassem hospitais rurais em vinte e sete lugares do país, 80 % da população moçambicana ficava coberta com o hospital rural, a menos de 200 km de distância.”*

A *“primeira classificação de unidades sanitárias pós independência é sintetizada no primeiro Conselho Coordenador de Saúde, que se realiza em Fevereiro de 1977”*.

No período pós-independência foi criada uma categoria de hospitais que foram designados de rurais (e não distritais) porque serviam mais que um distrito administrativo. Os hospitais distritais do tempo colonial foram reclassificados em provinciais por alteração de designação de divisões administrativas, as delegacias de saúde evoluem (são adaptadas e reclassificadas) para

hospitais rurais ou centros de saúde e alguns *“hospitais especializados da área de Maputo (tuberculose, lepra) são transformados em “hospitais gerais” no sentido que não serem especializados e passam a ter serviços de medicina, de cirurgia, de pediatria e de obstetrícia”*.

Dá-se também a nacionalização de unidades sanitárias privadas (religiosas e de empresas).

O sistema de saúde é pois reorganizado em *“níveis: o nível primário, que englobava os postos e centros de saúde; o nível secundário, que eram os hospitais rurais e gerais; e o nível terciário, que era o nível dos hospitais provinciais, sete, e o nível quaternário, os hospitais centrais, três”*.

Um trabalho concomitante ao da reclassificação de unidades é a definição do seu papel e funções no sistema: *“Evidentemente que depois, nós começámos, (...) a normatizar, como estava a dizer, tudo o que era necessário para o posto de saúde e para o hospital rural (...). O centro de saúde de zona rural tem de ter tantas camas, tem de ter o seguinte equipamento: tal, tal todo o equipamento especificado, raio-x tudo aquilo que estava marcado, laboratório. Tem de ter o seguinte pessoal tal, tal, tal. Foi tudo normatizado até ao hospital rural. (...)”*.

A preocupação predominante foi a da extensão dos serviços de saúde e os cuidados preventivos: *“O partido Frelimo definiu como actividade principal para o Ministério da Saúde dar prioridade aos cuidados preventivos. Sem descuidar os cuidados curativos (...) Portanto toda a nossa acção devia ser virada para os cuidados preventivos. (...) Todos os recursos humanos, materiais foram canalizados para os cuidados, para o centro de saúde, para o posto de saúde e para as medidas de carácter de urgência”*.

No entanto, o período pós-independência também é lido por alguns como um período em que *“foram abandonados os hospitais”*. Na opinião de um informador-chave não ministro: *“Penso que na altura o que se entendeu para chegar mais depressa ao povo era só os serviços preventivos, penso que sim, (...) ou talvez também não houvesse as oportunidades que se colocaram depois, porque o investimento na rede sanitária é muito pesado. Era muito grande. Mas eu penso que era orientação política, penso que basicamente era orientação política, diria o mesmo em relação à educação (...) a prioridade foi ensino primário, alfabetização, pôr as pessoas a ler, etc., etc. e as escolas secundárias até há pouco tempo eram as mesmas que existiam à data da independência, praticamente”*.

Em consequência *“havia as unidades sanitárias a trabalhar como hospital rural, mas que na realidade a maioria eram centros de saúde, não tinham a cirurgia, não tinham os serviços específicos que caracterizariam minimamente a definição de hospital rural. (...) porque a maior concentração após a independência foi no desenvolvimento da rede primária de cuidados de saúde”*.

Esta aposta nos cuidados preventivos não é alheia ao contexto internacional em que o objectivo *“saúde para todos até ao ano 2000”* da OMS a ser concretizado através da estratégia dos cuidados de saúde primários foi interpretado pela ajuda internacional como apoio ao desenvolvimento dos centros de saúde e suas actividades, não havendo ajuda ao sistema como um todo. Como exemplo desta situação um entrevistado refere que *“nós tínhamos coberturas de 60 a 70% de consultas pré-natais (primeiras consultas, portanto, eram grávidas, não eram só consultas repetidas) e os partos eram 25-30% - penso que está, agora, à volta de 40 %, partos institucionais”*.

O perigo de perda de credibilidade de um sistema que se desenvolve de forma não harmoniosa foi apontada: *“se esses hospitais não estão lá, a credibilidade da rede primária cai porque hoje tenho um problema, não tenho solução, de que é que me vale isto?” “se vocês [doadores] não apoiarem os outros níveis a credibilidade desaparece”*.

A nova concepção do sistema de saúde moçambicano incluía a criação e formação de recursos humanos para implementar as novas políticas de saúde e enfrentar a escassez de médicos, nomeadamente devido à saída dos médicos com a independência e às alterações políticas subsequentes: *“Evidentemente não basta criar infra-estruturas é preciso por lá gente a funcionar. Então, criamos todos os quadros profissionais de saúde para pôr o hospital distrital em funcionamento”*; *“E, portanto, em Moçambique, quando a gente chega à independência, para um país daquele tamanho, tem 70 médicos, é óbvio que não se podia apostar na formação de médicos, tinha que se fazer alguma outra coisa. O óbvio foi os técnicos de medicina e os agentes de medicina”*. A contratação de pessoal estrangeiro foi inevitável para fazer face à situação e foram contratados médicos e técnicos de cirurgia (estes oriundos da Guiné Conackri). Apesar de este período ter sido considerado por alguns dos entrevistados como um período de abandono dos hospitais, na perspectiva de outro entrevistado, este foi um período em que os HPR estiveram razoavelmente activos: *“Houve um período, no imediato pós-independência, em que muitos médicos jovens cooperantes, quando foram parar a Moçambique, iam parar aonde? Aos hospitais rurais. Eles não queriam ficar nas cidades. (...) Portanto, naqueles anos, cinco/seis anos imediatamente após a independência, aqueles 15 ou 20 ou vinte e tal hospitais rurais estiveram razoavelmente servidos com médicos muito interessados. (...) Mas era, digamos uma coisa não... não é que houvesse uma política específica de ir para os hospitais, era porque aconteceu, naquele momento, uma série de gente querer ir trabalhar para os hospitais rurais e, portanto, eles se manterem com um nível de performance, de trabalho, que dependia muito desses indivíduos que chegavam e que, obviamente, motivavam o resto do pessoal, criavam-se, ali, unidades com muito prestígio em todos os distritos e à volta. (...) Mas houve essa primeira*

parte. Claro que depois, a partir do momento em que a guerra civil começa a alastrar e começa a romper as comunicações, as condições de vida, etc., tudo isso, em quatro ou cinco anos, caiu completamente”.

5.3.1.2. Período da guerra civil

A guerra civil em Moçambique é um período em que a formação de recursos humanos foi a política relacionada com os hospitais mais destacada pelos entrevistados. Para além da manutenção da rede de prestação de cuidados de saúde em condições muito difíceis, este período é marcado pela crescente dependência externa de financiamento e correspondente influência externa nas políticas adoptadas.

As unidades sanitárias, incluindo hospitais de primeira referência tornaram-se alvos bélicos, foram destruídos ou bastante danificados. Circular no país, em condições de segurança, era muito difícil. O programa de formação dos técnicos de cirurgia iniciou-se neste período e continuou a evolução do plano de formação de diversas categorias profissionais como por exemplo, a enfermagem de saúde materno-infantil, os técnicos de anestesia e instrumentação.

Iniciou-se igualmente o programa de especializações médicas (pós-graduações).

A guerra civil foi assim apresentada por um dos entrevistados: *“Depois houve o boicote internacional. Nós adoptámos o marxismo-leninismo como política de governo, socialismo e, de facto, não agradava a ninguém, nunca agradou a ninguém, sobretudo ao mundo ocidental, que um sistema comunista pudesse ser instalado naquela zona da África Austral. Foi definida como zona isenta dessas políticas e é por isso que Moçambique é o palco da guerra-fria. (...) Moçambique sofreu a confrontação entre leste e oeste. (...) Costuma-se dizer que quando dois búfalos lutam quem fica prejudicado é a relva. É um provérbio que explica bem como Moçambique ficou destruído. Com dois grandes colossos a lutarem entre eles com todas as armas possíveis. Foi uma tragédia. Aquilo foi uma data de anos em que houve um sofrimento terrível. Um retrocesso muito grande. Até que fomos forçados a duas coisas, primeiro a aderir ao Banco Mundial e ao Fundo Monetário Internacional e a implementar no país a economia de mercado e criação de partidos políticos, etc., etc., aquela coisa toda. Segundo, a abrir a medicina privada”.*

Outro entrevistado completou: *“Com a entrada do país para o Banco Mundial, os orçamentos, o orçamento do Ministério ficou muito encurtado”.* E outro ainda: *“Então, começámos com os programas de recuperação de custos e redução de despesas na área da saúde, nessa perspectiva de que parte dessas despesas têm que ser pagas pelo utente (...)”.*

Aquilo que foi considerado *“uma política mais aberta para os hospitais”* levou a que no fim da década de 80 houvesse financiamentos do Banco Mundial tendo-se iniciado *“investimentos, portanto, nos centros de saúde, muitos, nos hospitais rurais, basicamente”* que incluíam *“uma componente para os hospitais centrais, para os três hospitais centrais: Maputo, Beira e Nampula que também era significativo. Esses investimentos depois foram complementados”*.

A meio da década de 80 deu-se início ao trabalho com agências internacionais com o fim de obter ajuda orçamental para o sector saúde, isto é, discussão de condições para que *“parte do apoio possa ser em ajuda orçamental não condicionada e não ligada a um projecto específico”*. Este esforço vai dar origem, no período seguinte, aos termos de referência da abordagem sectorial da saúde, também conhecido por SWAP (*Sector Wide Approach*).

5.3.1.3. Período pós-acordos de paz

Este período que se iniciou no princípio da década de 90, até ao presente, foi marcado pela reconstrução e redimensionamento/expansão do sistema de saúde, assim como por um grande esforço de planeamento estratégico (da rede sanitária, de recursos humanos, programático) em coordenação com uma vasta rede de doadores, que segue até ao presente.

A reconstrução e reconfiguração (transformação, por exemplo, de centros de saúde em hospitais) foram descritas em períodos, por um dos entrevistados: *“há o pós-guerra imediato que constituiu, portanto, a formação dos centros de saúde. Há o pós-guerra tardio que levou a um grande desenvolvimento dos hospitais distritais e rurais. E, depois, de há 10 anos para cá, há fundamentalmente o refuncionamento de alguns centros de saúde. Alguns desses centros de saúde, que nós fizemos na altura, agora são hospitais rurais. Portanto houve também esta refuncionalização, houve depois um apoio muito grande aos hospitais provinciais”*. *“Criámos um programa, que era de desenvolvimento da rede sanitária, entre os anos 1992 a 2002, que, mais tarde, foi ajustado pelos meus sucessores, mas que constituiu a base do desenvolvimento da rede sanitária nacional e que incluía a transformação de alguns centros de saúde em hospitais distritais. O número que havia era de vinte e quatro e, depois da intervenção, subia para trinta e poucos”*.

Os critérios de construção ou reconstrução de hospitais de primeira referência foram identificados por alguns como *“a primeira prioridade são os corredores. Havia projectos dirigidos. Havia um projecto (...) dirigido ao corredor da Beira. Portanto, construção ou reconstrução ou aproveitamento das infra-estruturas e a transformação delas em hospitais, distritais os rurais, já estavam identificados mais ou menos [quando a guerra terminou]”*. A localização (*“pontos estratégicos que tinham sido identificados”*) também foi referida como critério: a *“sua localização*

5.3.1.1. Período pós-independência

O período pós-independência foi marcado pela conceptualização do sistema de saúde: reconfiguração, expansão e prioridade a cuidados preventivos.

A situação herdada foi sintetizada, por um dos entrevistados, da seguinte forma: *“Moçambique viveu um período colonial. Esse primeiro período colonial era uma medicina sobretudo de nível curativo com algumas medidas preventivas pontuais para o combate da malária, da cólera e outras doenças endémicas, mas a actividade fundamental era a dos hospitais para garantir a força do trabalho colonial. E hospitais centrais muito apetrechados, muito bons com grande capacidade curativa para garantir a presença dos colonos nas províncias ultramarinas.”*

Estes hospitais localizavam-se nas capitais provinciais (na altura a província actual era designada distrito).

O mesmo entrevistado *continuou*: *“No tempo colonial construíram-se hospitais nos distritos onde havia grandes produções: produção de sisal, produção de açúcar. Sempre estiveram associados aos grandes centros produtivos.”* Outro entrevistado esclareceu: *“E não havia mais hospitais, havia as chamadas delegacias de saúde. (...) Portanto, havia uma delegacia de saúde onde houvesse um aglomerado de colonos. Bastava haver um administrador, com toda a sua equipa de administração, um indivíduo da veterinária, dos correios, três ou quatro comerciantes ou agricultores europeus, alguma coisa do caminho de ferro ou assim, e logo ali se criava uma delegacia de saúde, com médico, enfermeiro, em geral dois enfermeiros, para servir os colonos.”*

Ainda no tempo colonial, na preparação do 4º Plano de Fomento terá sido realizado um recenseamento da população e uma carta geográfica em que a cada mil pessoas era atribuído um ponto num mapa: *“Ora, o que é que esta carta permitiu mostrar? Logo uma primeira coisa (...) é que a população moçambicana estava toda muito concentrada em certas áreas. (...) Aqui, na cidade de Maputo e arredores, (...) ao longo da costa (...) e (...) nos vales dos rios. (...) E o que é que se verificou com isso? Verificou-se o seguinte: que se colocassem hospitais rurais em vinte e sete lugares do país, 80 % da população moçambicana ficava coberta com o hospital rural, a menos de 200 km de distância.”*

A *“primeira classificação de unidades sanitárias pós independência é sintetizada no primeiro Conselho Coordenador de Saúde, que se realiza em Fevereiro de 1977”*.

No período pós-independência foi criada uma categoria de hospitais que foram designados de rurais (e não distritais) porque serviam mais que um distrito administrativo. Os hospitais distritais do tempo colonial foram reclassificados em provinciais por alteração de designação de divisões administrativas, as delegacias de saúde evoluem (são adaptadas e reclassificadas) para

Para finalizar, foi em 2002 que foi publicado o diploma legal que é referência para o papel e funções dos HPR em Moçambique.

5.3.1.4. Evolução dos diferentes tipos de hospitais em Moçambique

Foi pedido, aos entrevistados, que se pronunciassem sobre as diferenças (se existissem) de evolução dos hospitais provinciais e centrais, especialmente o central e gerais de Maputo, em comparação com os hospitais rurais.

A percepção de grande diferença para os hospitais localizados em Maputo foi colocada em contraste com o que se quer para os diferentes tipos de hospitais por um entrevistado e lembrado o papel de formação de médicos que alguns hospitais desempenham: *“É uma realidade que pode ser interpretada de diversas maneiras. Eu penso que aquilo que é importante é: qual é a visão que temos? Queremos evoluir na capacitação das diversas unidades e colocar no básico o mínimo de condições para que essas unidades dêem resposta aos problemas que surgem. Mas, ao mesmo tempo, temos que nos lembrar de que temos que formar equipas e, ao formar as equipas, as equipas têm que estar à altura e actualizadas de acordo com aquilo que é a evolução da investigação na área da saúde. Portanto, se estamos a formar médicos que se estão a formar, neste momento, nas capitais, no hospital central nos hospitais provinciais, há que dar o mínimo de condições nessa formação. Se não, começamos a cair na mediocridade na formação dos médicos. Até num país pobre como Moçambique, isto [as diferenças] pode ser interpretado como falta de atenção à área primária. Se temos um hospital central que tem capacidade para fazer a tomografia axial computadorizada, um laboratório com alguma sofisticação, mas eu tenho o hospital do Cuamba, que só tem um aparelho de raio-X e que funciona quando funciona. Portanto, pode ser interpretado dessa forma, mas o que é importante é dizer que não podemos deixar de tratar estas unidades onde se formam os médicos, por exemplo porque estamos a pegar no dinheiro para reforçar a rede sanitária”.*

Outro entrevistado, não ex-ministro, explica que a rede de hospitais centrais e provinciais foi negligenciada pelos doadores e que só quando Moçambique pôde ter intervenção sobre o destino a dar aos empréstimos, os hospitais provinciais e centrais puderam sofrer melhoramentos. Relembra também o papel de formação do hospital central de Maputo: *“Não, de facto quer dizer, isto é assim, como deve saber, em princípio, após a independência até para cá, que 80% do investimento, portanto, do Orçamento de Estado é financiamento externo, não é?! Portanto a prioridade dos doadores nunca era para os hospitais a nível urbano (...). Portanto durante certos anos houve uma grande degradação dessas unidades, hospitais gerais, hospitais provinciais e hospitais centrais porque a apetência dos doadores era mais para os cuidados primários ou para*

qualquer coisa que fosse na zona rural, portanto a direcção de muitos investimentos foi para as zonas rurais, para a expansão das redes sanitárias, tanta coisa, e pouco investimento a nível de hospitais gerais e provinciais e centrais. Só a partir de 89, quando entrámos para o Banco Mundial é que o país começou a contrair créditos que direccionou para este tipo (...) de hospitais porque esse já não é um tipo de doador que quer ver o dinheiro que dá investido naquela área, portanto com o Banco Mundial ou com o OPEP, países exportadores de petróleo, ou com o Banco Africano, com esses a gente tem projectos que podemos discutir, negociar até que podemos combinar um acordo de empréstimo, então foi na altura que nós conseguimos ter algum dinheiro que podíamos olhar para essas redes que eram negligenciadas pela vontade dos doadores, pelas prioridades que os doadores nos davam. Um outro aspecto do Hospital Central é a valência de um hospital académico (...) Por esse papel seus equipamentos foram melhorados, suas condições são melhoradas, etc., etc., portanto tem um papel também académico”.

Ainda outro entrevistado, não ex-ministro, fez considerações sobre a intencionalidade da desigualdade de evolução: *“As diferenças de disponibilidade de recursos mais presentes nos hospitais maiores e especialmente... eu estava a pensar, estou a explorar a hipótese de que, como houve um certo propósito em começar por investir numa rede periférica, que tivesse havido também um propósito de, a seguir, investir nos hospitais mais pequenos. Mas parece-me que não houve uma... não foi de propósito que se investiu num lado em vez de outro, foi sendo... (...) Mas quando começámos os projectos [no final da década de 80, ver acima] havia muita guerra, mesmo que se definisse a prioridade por exemplo Manica, como é que se chegava a Manica, quer dizer, o investimento era inviável, o próprio financiador dizia: “Ok, Manica era importante, têm muita população, etc., mas nenhuma empresa de construção vai deslocar material para Manica”, ou (...) então também não ia investir porque sabia que não íamos acabar a tempo”.*

Dois entrevistados apontaram o caso do Hospital Central como específico, de entre todos os hospitais no país: *“Porque a história do central de Maputo é outra... completamente diferente (...) o central de Maputo já, beneficiamo-lo, talvez por a sua localização. Pela pressão que é exercida, porque este é o hospital dos dirigentes não é? Aqui nada pode andar mal. Se não há chapa de raio-x em todo o país, mas se algum dirigente vai a consulta, não há Rx, vai aparecer a chapa do raio-x. Portanto este é um hospital de pressão, não tem nada a ver com a evolução normal do país, aqui é pressionado para se fazer. No meu tempo, já nós tínhamos comprado uma TAC, Tomografia Axial Computorizada. Isso seria impensável. Nem havia dinheiro sequer para por a funcionar os outros hospitais provinciais. Como é que este hospital tinha uma...”, “As questões*

políticas para o desenvolvimento do hospital central são muito grandes, parece que estamos sempre em vésperas de eleições”.

Um destes entrevistados explica, no entanto, que o hospital central de Maputo também tinha outras facilidades de financiamento e gestão: *“O atendimento especial dava um input muito grande à instituição. Portanto nós podíamos comprar aquilo que nós entendíamos fazer. Já não se pode fazer agora, que tiraram esses atendimentos especiais, com o Orçamento Geral do Estado. O Orçamento Geral do Estado tem rubricas próprias e o director, coitado, está manietado por aquelas rubricas, nem mais para cima nem mais para baixo”.*

Um outro entrevistado lembra que há uma desadequada classificação dos hospitais que leva a que não se possam comparar *“Na minha óptica, acho que devia ser classificado de uma maneira diferente, porque está para além daquilo que são, foram os objectivos gerais de um hospital rural. (...) Portanto, há que se fazer uma reflexão e, se calhar, pensar em reclassificar”.*

5.3.2. Dificuldades e estrangulamentos no desenvolvimento dos hospitais de primeira referência, segundo os entrevistados

A Tabela 5.3 sintetiza as principais dificuldades e estrangulamentos ao desenvolvimento dos hospitais de primeira referência identificadas pelos entrevistados.

Tabela 5.3 Dificuldades e estrangulamentos no desenvolvimento dos hospitais de primeira referência, segundo os entrevistados

Períodos de tempo	Dificuldades e estrangulamentos no desenvolvimento dos HPR
Da independência ao tempo presente	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de capacidade financeira. • Distâncias e transportes/dificuldades de referência. • Dependência da cooperação internacional: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de apoio internacional ao desenvolvimento do sistema (apoio parcial a diferentes níveis ou programas); ▪ Tempo de negociação para financiamentos internacionais.
Pós independência (1975-1981)	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de capacidade construtiva (falência de empresas de construção no pós independência imediato).
Guerra civil (1982-1992)	<ul style="list-style-type: none"> • Destruição de unidades sanitárias, hospitais rurais incluídos. • Dificuldades logisticas na distribuição de material pelos hospitais.
Pós acordos de paz (1992-2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Equilíbrio entre ritmo de formação de pessoal da saúde não médico e capacidade de absorção pelo sector público. • Dificuldade em coordenar o desenvolvimento das estruturas sanitárias, o seu apetrechamento, o desenvolvimento dos recursos humanos e o financiamento. • Falta de manutenção das estruturas construídas e do equipamento adquirido ou oferecido.

A falta de capacidade financeira foi, a par da dependência internacional, das limitações mais vezes citadas espontaneamente pelos entrevistados. As distâncias, dificuldades de transporte e de referência foram outra limitação apontada: *“Os estrangulamentos do sistema são: primeiro, a distância. Segundo, os transportes. Terceiro, poder económico para pagar essas coisas”; “a nível de acessos, Moçambique é um país enorme, então uma referência para cima de 600 quilómetros não é referência, não sei se está a entender? Uma referência para 400 quilómetros não é referência (...) O doente morre no caminho, se é uma emergência o homem já foi”; “o grande problema de Moçambique é a referência. As estradas são más, porque não há transportes, porque o próprio distrito não tem, muitas vezes, não tem sequer uma ambulância. Às vezes tem. Agora já tem mais, não é?”; “Nós dependemos muito da cooperação internacional e, como eu disse, a cooperação internacional tem modas. Na altura, para além da tuberculose começou a saúde materno-infantil, que mudou. Era protecção materno-infantil, depois saúde materno-infantil, agora parece que é maternidade segura, estão sempre a mudar de nome mas o conteúdo parece que é sempre o mesmo. (...) A cooperação é muito de modas. Durante uma certa altura vai a projectos, depois vai a apoio integrado a uma província, depois dá apoio orçamental. Então, tem essas coisas... É importante referir isso, porque há certas províncias que tiveram um desenvolvimento maior do que outras, por causa dessas cooperações”; “Agora, o sistema de saúde em Moçambique – e não só em Moçambique, em África – enfrentou sempre um grande problema: há pouca vontade política, das organizações internacionais em apoiar o desenvolvimento do sistema nas suas diversas componentes e níveis. Ou apoia um nível, cuidados de saúde primários, e toda a gente faz cuidados de saúde primários, tudo isso, deixa os outros níveis como se não tivessem relevância nenhuma. Mas o sistema só se torna sistema quando os quatro níveis que o constituem funcionam de uma forma harmónica. Portanto, deixar outros níveis de fora, não faz bem ao próprio sistema”; “As principais dificuldades foi a limitação de recursos para implementar um plano que já tínhamos. Era preciso estar à espera e as negociações para ter recursos não são fáceis. (...). Eu penso que essa é uma das grandes frustrações”.*

No período pós-independência, a dificuldade específica que foi enunciada por um participante foi a dificuldade construtiva: *“Bem, a consciência que havia é que nos não tínhamos capacidade, nem financeira. Naquela altura o problema principal não era a capacidade financeira, o problema principal era a capacidade construtiva. Quer dizer, o Ministério de Obras Públicas, as empresas de construção civil, não tinham capacidade de construir novos hospitais. E tudo o que fosse fora*

das grandes cidades ainda pior. Nós, nos orçamentos, fizemos planos de investimento, com dinheiro lá para fazer isso. Que nunca se chegou a cumprir, nenhum daqueles planos de investimento, não por falta de dinheiro, por falta de capacidade construtiva. Porque também as empresas de construção passaram a ser, essencialmente, estatais, essencialmente por falência das empresas privadas. Nunca houve nacionalização das empresas de construção, elas é que faliram porque os seus donos foram-se embora, etc. E houve, então, um processo de intervenção do Estado que foi ainda regulado no governo de transição. E, mais tarde, constituíram-se empresas estatais, por falta de iniciativa privada ...”

Naturalmente, a dificuldade específica do período da guerra civil incluiu a destruição de hospitais rurais, centros de saúde e postos de saúde. Incluiu também as dificuldades em fornecer os hospitais: *“porque não havia nenhuma outra logística que garantisse isso, a não ser a logística que o próprio Ministério da Saúde montou de propósito para garantir a distribuição de materiais, de equipamentos, de bens. De Maputo saíram lençóis, saíram luvas.... saía tudo. Não havia nenhum outro sítio onde se comprassem essas coisas”.*

As principais dificuldades identificadas, no período mais recente (período pós-acordos de paz), prendem-se com a dificuldade em coordenar formação de pessoas, construção de estruturas, seu equipamento, manutenção e orçamentos.

“Hoje não há falta de lugar para treinar enfermeiros, técnicos de medicina. Não há. E temos várias unidades de formação. Mas o ritmo de formação nem sempre era correspondido pela absorção de pessoal. Então era preciso balançar...”. Por outro lado, “isso foi feito [formação], mas com essas dificuldades, porque nem sempre o ritmo das infra-estruturas acompanhava o ritmo de formação e, mesmo que isso acontecesse, muitas vezes, também havia dificuldades, houve situações em que já tínhamos unidades sanitárias preparadas, eventualmente já tínhamos pessoas, mas não tínhamos material e equipamento – ou vice-versa: tínhamos unidade, material, equipamento mas não tínhamos pessoas para colocar lá. Então, esse sistema nem sempre funcionava bem, porque havia vários factores que intervinham na planificação”.

Para um dos entrevistados, a maior contrariedade residia na dificuldade em obter resposta ou diálogo dentro do próprio Ministério da Saúde que permitisse definir as características técnicas das unidades que estavam em construção, com contratos e prazos para serem cumpridos.

A falta de manutenção das estruturas construídas, do equipamento adquirido ou oferecido e a falta de capacidade técnica e financeira para o fazer localmente, foram assim referidas por dois dos entrevistados: *“porque a manutenção foi negligenciada absolutamente. (...) O que acontece*

é que os investimentos estão feitos e os equipamentos que estão já vão fazer os primeiros dez anos. Os primeiros hospitais rurais terminaram há cinco anos e portanto é muito tempo. A manutenção tem que ser diária, semanal, mensal e anual. Então é bem provável que daqui a dez anos eles vão ter que investir na rede já construída”; “O Ministério institui-se socialista, na época socialista, tudo centralizado. Os reagentes eram centralizados, mas de um momento para o outro decidiu-se que havia descentralização, então os orçamentos foram descentralizados, cada unidade sanitária tem um orçamento. Além desse orçamento ser insignificante para toda a unidade sanitária, põe-se outro problema: não é qualquer pessoa que compra, não é? Portanto se de um lado se descentralizou a parte administrativa e financeira, não foi com recursos”, “Os cuidados que temos que ter na cooperação em relação à manutenção, à manutenção e provisionamento também. Dão-nos presentes envenenados”.

5.3.3. Função esperada do hospital de primeira referência em Moçambique, na óptica dos entrevistados

A Tabela 5.4 sintetiza as percepções dos entrevistados sobre o papel e funções dos HPR desde a independência.

Tabela 5.4 Hospital de primeira referência: papel e funções que o definem em Moçambique, segundo os entrevistados

Hospital de primeira referência em geral	<ul style="list-style-type: none"> ● Prestação de cuidados de saúde: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cirurgia de urgência; ▪ Serviços de medicina, cirurgia, pediatria e ginecologia-obstetrícia; ▪ Exames complementares de diagnóstico, requisitos básicos: Raios X, laboratório. ● Referência (para os centros de saúde de vários distritos de saúde). ● Supervisão e controlo.
O caso particular dos hospitais gerais	<ul style="list-style-type: none"> ● Servir de protecção ao hospital provincial ou central. ● Formação de médicos: evolução actual diferencia os hospitais gerais de Maputo que constituem já pontos de estágio para estudantes de medicina.
O caso particular dos hospitais distritais	<ul style="list-style-type: none"> ● Requalificação de centros de saúde com internamento e em sede distrital que podem passar ao estatuto de hospital distrital. ● Com médico. ● Evolução muito recente no sentido de dotar estes pequenos hospitais de bloco operatório.

Parece emergir das entrevistas que a capacidade cirúrgica é uma função definidora deste nível de prestação de cuidados (hospital de primeira referência): *“o hospital que é o de primeira referência, para onde os centros de saúde encontram a primeira solução dos seus problemas.*

Penso que vamos usar este conceito. E, em princípio, para ter essa designação de hospital rural, tinha que ter capacidade para fazer cirurgia, de urgência”.

No contexto Moçambicano, parece unânime que a presença de capacidade cirúrgica é definidora e que, na sua ausência *“deveriam ser desclassificados, mas isso nunca se fez”.*

No entanto, em termos teóricos admite-se que os centros de saúde também podiam ter *“cirurgia mas, quer dizer, a ideia é garantir a urgência. Porque a urgência carece de ter pessoal, por exemplo, pessoal de anestesia 24 horas por dia. (...) O centro de saúde com cirurgia tem cirurgia marcada ao passo que o hospital rural tem cirurgia de urgência também, tem cirurgia marcada e cirurgia de urgência, está a ver?”*

Este traço definidor e a organização em quatro valências estão presentes desde a independência: *“Tem que ter cirurgia, sim, e depois, ter as quatro categorias de especialidades básicas – medicina interna, pediatria, ginecologia-obstetrícia e cirurgia. (...) Já em 77 quando apresentámos o nosso conceito de cuidados de saúde primários na Conferência de Alma-Ata, já falámos disso”.*

A presença de serviços mínimos de apoio ao diagnóstico e ao tratamento (laboratório, radiologia, farmácia e banco de sangue, essencialmente) é outra característica definidora: *“Essencialmente, o que distingue uma unidade de referência, é a capacidade de oferecer serviços de complexidade ou mais diferenciados, nomeadamente na área gineco-obstétrica, cirurgia geral e a capacidade, também, de realizar exames complementares de diagnóstico, para, naturalmente, auxiliar o processo de diagnóstico”.* *“Porque já vou para além de dizer se tem banco de sangue, se tem serviço de radiologia, porque nem todos têm, mas fazem cirurgia. E, de facto, aquilo que capta a ideia é que tenha capacidade para fazer cirurgia. Porque pegando na definição mais compreensiva, é que tem que ter um banco de sangue, tem que ter, pelo menos, um equipamento para raio-X, são requisitos básicos. E tem que ter um laboratório um pouco mais diferenciado, que não faz apenas a parte de hematologia, mas que faça uma bioquímica básica”.*

Um hospital de primeira referência é a unidade preparada para prestar cuidados que exigem formação e equipamentos de prestação de cuidados de complexidade diferente em relação aos existentes nos centros de saúde, em que a capacidade de realizar cirurgia é o elemento mais distinto. Isto pressupõe capacidade de comunicação entre unidades dentro e entre áreas de saúde/distrito de saúde. A capacidade de referir, no entanto, tem dificuldades, nomeadamente de transporte, que já atrás foram referidas: *“Havia uma série de documentos em que se fazia uma análise da questão dos hospitais de referência e a premissa de base era de que Moçambique fez grandes investimentos na rede de infra-estruturas de cuidados de saúde primários – ou seja, de*

primeiro nível – postos de saúde, centros de saúde. E houve uma grande expansão. Mas houve menos atenção em relação aos cuidados de referência. Toda a cadeia de referência ficou de certa maneira fragilizada, seja por falta de manutenção adequada, seja pelos efeitos da guerra”.

Foi concretamente perguntado o que se passou em relação à função de supervisão sobre os centros de saúde destes hospitais e ficou a impressão de que, apesar de na teoria se concordar e poder fazer sentido, na prática houve muitas dificuldades e não há um conhecimento, entre os entrevistados, sobre se essa função é exercida e com que resultados: *“Nós sempre adoptamos a estratégia dos cuidados de saúde primários. O objectivo político era atingir saúde para todos até o ano 2000. A estratégia era a estratégia dos cuidados de saúde primários. Essa estratégia prevê níveis de atenção de saúde. O primeiro nível são os centros e os postos de saúde, o segundo nível os hospitais rurais (...). Cada nível de atenção de saúde tem por obrigação controlar os níveis de saúde que estão por baixo, de modo a poder receber deles todas as referências”; “Portanto um hospital rural tem o sector de saúde que é a sua área de influência, não é? Portanto é a área da qual ele recebe, os distritos dos quais ele recebe, doentes. Portanto, esse hospital rural pode apoiar, do ponto de vista técnico, esses distritos e as unidades sanitárias que lá existem”; “Não se desenvolveu muito. Essa supervisão estava acometida à Direcção Distrital. (...) Do ponto de vista técnico, havia a ideia de que os hospitais podiam fazer a supervisão técnica, mas nunca funcionou”.*

5.3.3.1. O caso particular dos hospitais gerais

Os hospitais gerais são, na definição cristalizada no diploma 127/2002, definidos exactamente como os rurais à excepção da localização que deve ser em meio urbano. Como referido acima, no período da pós-independência os *“hospitais especializados da área de Maputo (tuberculose, lepra) são transformados em “hospitais gerais” no sentido que não serem especializados e passam a ter serviços de medicina, de cirurgia, de pediatria e de obstetrícia”.*

Alguns pensamentos expressos por dois entrevistados apontam para a possibilidade de haver opiniões diferentes em relação à função destes hospitais, em relação aos rurais, e que são a atribuição de funções de protecção dos hospitais provinciais e centrais (de casos que não sejam referenciados) e de ensino médico: *“É que o hospital geral, por definição, deve estar numa área urbana e grande. Não é uma área urbana que é capital de um distrito que seja pequeno. Tem que ser uma área urbana e grande. Estou a ver as grandes cidades (...) Portanto, é daí que vem a designação do hospital geral, para servir de protecção ao hospital provincial ou hospital central, consoante os casos”; “necessários, nas cidades, para travar o afluxo directo aos hospitais*

provinciais"; *"Mas, ultimamente, os hospitais gerais sofreram uma evolução tal, que deixaram de ser simplesmente hospitais filtro, que é para proteger o hospital central. Mas, para ser hospitais que têm provimento de serviços que são necessários a uma comunidade. (...) Não, se é preciso pôr os serviços lá, põem-se. E um dado que confirma isso, é que para alguns hospitais gerais – pelo menos em Maputo aponto dois deles, José Macamo e Mavalane - já são pontos de rotação de estudantes de medicina, para fazerem o seu treino"*.

5.3.3.2. O caso particular dos hospitais distritais

A legislação e a prática da classificação de unidades sanitárias também consagram o termo "hospital distrital". O *" termo aparece pela primeira vez na Lei 25/91" "mas, na realidade, só começa a haver hospitais distritais aí em 99, para aí"*. Tratava-se de *"uma requalificação de centros de saúde, tipo um, que podiam passar ao estatuto de hospital distrital"*; *"e não se falava nessa altura em hospitais distritais, isso é uma intenção mais posterior. O que havia era centros de saúde que tinham internamento, não é? (...) E, geralmente, esses hospitais estão na sede do distrito. Portanto eram os hospitais da sede do distrito, ou melhor, eram os centros de saúde da sede do distrito. Não eram hospitais, ainda não lhes chamávamos hospitais, embora a gente considere hospital uma unidade sanitária que tenha internamento. Foi por isso que, mais tarde, a gente começou a chamá-los hospitais distritais, porquê? Porque todos eles estavam em sedes distritais"*; *"Aquilo que se faz num hospital distrital é o que se faz num centro de saúde, não é? É praticamente isso. A única coisa que poderia eventualmente acontecer, é que o hospital distrital tinha médico. Nalguns distritos"*.

Um dos entrevistados refere que a situação evoluiu *"no sentido de que também seria bom que nesse hospital distrital no mínimo houvesse um bloco operatório, mesmo que seja com uma sala. Porque aquilo que nós temos, a nível de cirurgia, nós temos também uma formação de pessoal médio"*.

5.3.3.3. Hospital de primeira referência somente como unidade de referência, ou com funções de centro de saúde para a população local?

Pareceu ser uma questão controversa entre estes entrevistados, com relação às funções esperadas do HPR, se estas devem ser as de prestação de cuidados a doentes referidos dos centros de saúde ou se esta função deve ser somente para as populações distantes, desempenhando funções de centro de saúde para a população mais próxima.

As citações seguintes, de três entrevistados, cumprem a ordem cronológica em que estes desempenharam funções: *"Fizeram-se aí disparates que acontecem em que o centro de saúde*

está misturado com o hospital rural. Embora eu tenha sempre feito força para que se separasse. Quer dizer, ao fazer o upgrade do centro de saúde para o hospital rural, se construísse um centro de saúde”; “Foi evoluindo, porque nós, no início, pensávamos (...) que o hospital rural podia cumprir todas as tarefas, incluindo a tarefa de cuidados de saúde primários. Mas, depois decidimos que isso não dava, que era preciso separar os cuidados de saúde primários do nível de referência. Então criámos – e havia infra-estruturas nalguns locais – centros de saúde para poderem fazer cuidados de saúde primários naquela localidade e, ao mesmo tempo, ter o hospital rural de referência, não só para aquela cidade ou vila, mas para todo o distrito. Esse pensamento evoluiu”; “Porque o hospital rural tinha que ser entendido como não só uma unidade de referência mas que também serve de unidade de primeiro atendimento das pessoas que vivem à volta. Porque há comunidades a viver à volta e, portanto, o hospital rural faz as duas funções: de unidade primária mas também de unidade de nível secundário de primeira referência. Portanto, é preciso termos espaço para acomodar os doentes que não são doentes de referência mas que são doentes que vivem lá, que para eles aquele é o centro de saúde”.

5.4. Conclusões

Os objectivos deste trabalho foram descrever a situação, função esperada, medidas tomadas, dificuldades e principais estrangulamentos ao desenvolvimento dos HPR, em Moçambique, desde a independência.

A técnica de recolha de dados foi a entrevista semi-estruturada. Foram entrevistadas 11 pessoas, consideradas como informadores-chave, sendo seis delas ex-ministros de saúde de Moçambique e as restantes pessoas que foram sendo indicadas pelos entrevistados. Todos os entrevistados desempenharam funções ao nível central do Ministério da Saúde.

Os resultados têm que ser interpretados à luz dos factores não controlados, isto é, sobre os quais não se tem noção das implicações para a investigação, como a interacção com a entrevistadora, a isenção de erros ou omissões decorrentes de lapsos de memória, a consciência de que os entrevistados têm de que estão a ser observados, assim como a sua acção governativa e eventual vontade de quererem preservar imagem de boa governação do seu país e do seu ministério.

As políticas de saúde que foram desenvolvidas pelos entrevistados foram enquadradas por três grandes períodos da história de Moçambique: Pós independência (1975-1981); Guerra civil (1982-1992) e Pós acordos de paz (1992-2008). O contexto internacional condicionou a história de Moçambique, o seu contexto político e também as opções de políticas de saúde, de que se destaca o objectivo "saúde para todos no ano 2000" da OMS e a estratégia dos Cuidados de Saúde Primários e a adesão ao Banco Mundial e ao Fundo Monetário Internacional.

No período imediato à independência deu-se a conceptualização do sistema de saúde com a sua organização em três níveis e reclassificação de unidades sanitárias herdadas do tempo colonial. Deu-se prioridade aos cuidados preventivos e à expansão da rede de saúde (centros e postos de saúde). A escassez extrema de recursos humanos da saúde levou a um precoce desenvolvimento de uma estratégia de desenvolvimento de recursos humanos da saúde que persiste até hoje com as seguintes medidas: criação/reconfiguração de categorias profissionais, investimento em formação, reabilitação e construção de centros de formação, incluindo mais faculdades de medicina e contratação de pessoal estrangeiro.

Durante o conflito armado houve aposta na formação (iniciou-se a formação dos técnicos de cirurgia) e fizeram-se planos de reconstrução para o sector da saúde para quando acabasse a guerra. Na sequência da adesão às Instituições de Bretton Woods houve permissão legal para o exercício privado da medicina e aumento da presença das agências internacionais no financiamento (e definição de políticas) da saúde.

Após assinatura dos acordos de paz, iniciou-se um intenso trabalho de reconstrução e, num contexto de aumento de financiadores e actores na saúde, iniciou-se o trabalho que viria a resultar na assinatura do primeiro memorando de entendimento (código de conduta) entre Moçambique e parceiros, no fim da década de noventa, e na formalização do primeiro plano estratégico da saúde. A aprovação de um diploma legal em 2002 cristalizou o pensamento existente no Ministério sobre caracterização técnica dos HPR.

Na percepção dos entrevistados, de uma forma geral o número de HPR é o mesmo desde a independência.

As principais dificuldades ao desenvolvimento de medidas adoptadas, do sistema de saúde e dos HPR foram, para todo o período desde a independência ao tempo presente: i) a falta de

capacidade financeira; ii) as distâncias e as dificuldades de transporte comprometendo o sistema de referência; iii) a dependência da cooperação internacional; iv) a falta de apoio internacional ao desenvolvimento do sistema de uma forma global (há apoio parcial a diferentes níveis ou programas); v) e o tempo de negociação para financiamentos internacionais.

O papel e funções dos HPR parecem ter estado definidos muito precocemente no período pós-independência: prestação de cuidados de saúde onde a característica distintiva, na hierarquia de níveis do sistema de saúde, seria a de ser o primeiro nível com capacidade de realizar cirurgia em condições de urgência.

As percepções dos entrevistados parecem traduzir a persistência de controvérsia em relação ao HPR assumir, ou não, as funções de centro de saúde para a população local.

6. DISCUSSÃO

Esta tese tem como finalidade contribuir para que o planeamento do sistema de saúde moçambicano, e do seu hospital de distrito, se faça com um melhor conhecimento e compreensão da realidade.

Descreveram-se as características dos hospitais de primeira referência (HPR) em Moçambique, o seu papel e funções no distrito de saúde, contextualizou-se a sua evolução no contexto Moçambicano e Africano.

Nos capítulos anteriores apresentaram-se os dados obtidos e a análise em cada sub-estudo. Os dados empíricos que foram obtidos de alguns documentos dos sub-estudos 1 e 2 foram apresentados também no capítulo 4 (no sub-estudo 3 sobre o perfil empírico dos HPR em Moçambique). Neste capítulo são discutidos os resultados e apresentada a interpretação das diferentes análises realizadas.

6.1. Saúde para todos e a escassez de hospitais de primeira referência em Moçambique

Como disse King (King, 1966) os cuidados de saúde nos países tropicais são distintos dos cuidados de saúde nos países desenvolvidos, não devido ao clima mas essencialmente à pobreza.

Como referido na introdução, em Moçambique, as doenças infecciosas são as causas predominantes de morbilidade e mortalidade, contextualizadas na subnutrição, na iliteracia e em falta de acesso a água potável e saneamento básico.

No entanto, como para outros países da região a transição em saúde parece estar a acontecer em Moçambique. A transição em saúde é um conceito que descreve alterações nos padrões de doenças que ocorrem durante o desenvolvimento socioeconómico. A transição em saúde é composta por dois elementos interligados: a transição demográfica e a transição da doença (também chamada transição epidemiológica). A transição em saúde começa num padrão de doença caracterizado por malnutrição e doenças infecciosas, numa sociedade com alta fertilidade onde metade da população tem menos de 15 anos. Progride gradualmente para uma sociedade com baixos níveis de fertilidade onde mais de um quarto da população tem mais de 65 anos e onde prevalecem as doenças crónicas (Lindstrand *et al.*, 2006).

A transição demográfica está a acontecer em Moçambique: decréscimo da taxa de mortalidade por avanços médicos e intervenção de programas de saúde mas manutenção de taxas altas de

fertilidade associadas à pobreza⁹ (Tabelas 1.1 e 1.2). A transição demográfica antecipa uma alteração de padrão de doenças: apesar do domínio das doenças infecciosas, da malnutrição e mortalidade materna, as doenças crónicas vão assumindo um peso crescente.

As projecções realizadas por Mathers e Loncar (Mathers, Loncar, 2006) apontam como principais causas de morte nos países de baixo rendimento, em 2030, doenças crónicas, sendo as dez primeiras: doença isquémica cardíaca, infecção VIH/SIDA, doença cerebrovascular, doença pulmonar obstrutiva crónica, infecções respiratórias, doenças perinatais¹⁰, acidentes de viação, doenças diarreicas, diabetes mellitus e malária. As mesmas projecções, em termos de carga de doença¹¹, indicam como os dez mais importantes problemas de saúde: infecção VIH/SIDA, doenças perinatais, depressão unipolar, acidentes de viação, doença isquémica cardíaca, infecções respiratórias, doenças diarreicas, doença cerebrovascular, cataratas e malária.

Os HPR do futuro vão ter que responder aos desafios actuais e aos futuros, como adiante se retomará, no ponto 6.5 (O futuro dos HPR).

Sem HPR não há saúde para todos. Citando Mahler,

“A health system based on primary care cannot, and I repeat, cannot be realised, cannot be developed, cannot function, and simply cannot exist without a network of hospitals”
(Halfdan Mahler, In: Aga Khan Foundation, World Health Organisation, [1982]) .

O Distrito de saúde ou sistema local de saúde é a unidade administrativa do sistema de saúde nacional onde se considera ter atingido o limite da capacidade de gestão descentralizada. O distrito tem uma área geográfica e população definidas. Compreende: uma rede de centros de saúde e outros serviços de saúde de primeiro contacto, com os seus profissionais e outros recursos; um Hospital com cirurgia; todos os outros recursos envolvidos na prestação de serviços de saúde no distrito incluindo medicina tradicional e ONG; todos os outros recursos intersectoriais com impacto mais ou menos directo na saúde da população; indivíduos, famílias, associações, bairros e comunidades; uma direcção que promova a coordenação e cooperação entre os diferentes intervenientes de forma a promover cuidados de promoção, prevenção, curativos e de

⁹ Transição demográfica, modelo retardatário – crescimento de população e avanços médicos. Tradução de “The delayed model – population growth and medical advances” (Lindstrand *et al.*, 2006).

¹⁰ Tradução de Perinatal conditions

¹¹ Tradução de Burden of disease

reabilitação. Esta definição acentua a organização do sistema local de saúde em rede baseada em cooperação, coordenação e negociação.

O HPR é um dos elementos do distrito de saúde. É a unidade preparada para prestar cuidados que exigem formação e equipamentos de prestação de cuidados de complexidade diferente em relação aos existentes nos centros de saúde, de que a capacidade de realizar cirurgia é o elemento mais distintivo.

Esta tese mostra escassez de cuidados hospitalares de nível II para Moçambique. No entanto, o desenvolvimento de um distrito de saúde deve fazer-se de uma forma harmoniosa, num esforço constante de coerência de actuações. Isto foi ilustrado por uma responsável médica provincial do norte do país, entrevistada para a preparação do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos de Moçambique (Mohsin *et al.*, 2010; Conceição *et al.*, 2010). A entrevistada utilizou o problema da saúde materna em Moçambique, em 2007, como exemplo da necessidade de trabalhar conjuntamente aquilo que designou de duas áreas: a comunidade e o hospital:

“Nós precisamos, para a redução da morbi-mortalidade materna,... eu acho que nós temos que trabalhar nos dois extremos. Tanto na criação e apetrechamento de mais hospitais rurais como na comunidade. Porque os dois têm um papel importantíssimo.

É assim, na comunidade nós temos aquilo que chamamos de primeira demora. Primeiro há vários factores na comunidade. Um dos factores são os casamentos prematuros. As meninas casam com 11, 12 anos, ainda crianças.

Não faz planeamento familiar, casou, logo engravida. Ainda não está preparada nem biologicamente nem financeiramente para formar uma família, engravida.

Se tiver a sorte tem assistência pré-natal durante a gravidez.

Mas quando chega a hora do parto quem toma a decisão para esta mulher ir ter o parto na maternidade? Esta mulher não tem autoridade para tomar a decisão por si só para ir ter o bebé na maternidade. Ou é a sogra ou é a cunhada ou é o marido mas não é ela quem toma a decisão de ir à unidade sanitária para ter o bebé. Se a sogra entender que não pode ter o bebé na maternidade esta mulher não vai à maternidade, se a cunhada entender que não pode ter o bebé na maternidade esta mulher não vai à maternidade.

E o que é que eu quero dizer com isso? Por mais que nós tenhamos os hospitais rurais, se a comunidade continuar ao nível em que se encontra nada fazemos com os hospitais. Por outro lado trabalhamos na comunidade, alfabetizamos as pessoas, sensibilizamos, tudo isto, e conseguimos resultados brilhantes na comunidade, ... e depois não têm assistência [hospitalar].

Então, temos que trabalhar as duas áreas.”

6.1.1. Os HPR são o nível negligenciado dos cuidados de saúde em Moçambique.

Dois estudos sugerem que o nível secundário, dos HPR, é “entrincheirado” e prejudicado pelo facto de a aposta do financiamento dos doadores se ter destinado sobretudo ao nível I, dos postos e centros de saúde, e o do Orçamento do Estado ser gasto maioritariamente nos níveis III e IV (Hospitais Provinciais e Centrais) (Noormahomed, Segall, 1994; Beattie, Kraushaar, 1999a e 1999b).

“em geral, o nível primário absorve cerca de um quinto a um terço da despesa, o nível secundário cerca de um oitavo e os níveis terciário e quaternário, em conjunto, cerca de um meio a dois terços (...) “a parcela do nível secundário foi particularmente baixa e reflecte a fraqueza histórica da rede dos hospitais rurais em Moçambique” (Noormahomed, Segall, 1994).

“O governo tem políticas claras que dão prioridade aos cuidados de saúde primários, mas, mesmo assim, a maioria dos seus próprios fundos para custos correntes destina-se a 10 grandes hospitais. Esta situação reflecte, por um lado, a pressão real que um hospital pode exercer sobre o processo de decisão de atribuição de recursos, e por outro, simplesmente os elevados custos de administração de grandes instituições” (Beattie, Kraushaar, [1999]b).

Um dos entrevistados explica assim este fenómeno:

“(...) após a independência até para cá, 80% do investimento, portanto, do Orçamento de Estado é financiamento externo, não é?! Portanto a prioridade dos doadores nunca era para os hospitais a nível urbano (...). Portanto durante certos anos houve uma grande degradação dessas unidades, hospitais gerais, hospitais provinciais e hospitais centrais porque a apetência dos doadores era mais para os cuidados primários ou para qualquer coisa que fosse na zona rural, portanto a direcção de muitos investimentos foi para as zonas rurais, para a expansão das redes sanitárias, tanta coisa, e pouco investimento a nível de hospitais gerais e provinciais e centrais.

Só a partir de 89, quando entramos para o Banco Mundial é que o país começou a contrair créditos que direccionou para este tipo (...) de hospitais.”

O Hospital Central de Maputo é considerado uma excepção em relação a todos os outros hospitais por ser também um local de formação de médicos e por ser o hospital dos “dirigentes”. Na voz dos entrevistados:

“Um outro aspecto do Hospital Central é a valência de um hospital académico (...) Por esse papel seus equipamentos foram melhorados, suas condições são melhoradas, etc., etc., portanto tem um papel também académico”.

“Porque a história do central de Maputo é outra... completamente diferente (...) o central de Maputo já, beneficiamo-lo, talvez por a sua localização. Pela pressão que é exercida, porque este é o hospital dos dirigentes não é? Aqui nada pode andar mal. Se não há chapa de raio-x em todo o país, mas se algum dirigente vai a consulta, não há Rx, vai aparecer a chapa do raio-x. Portanto este é um hospital de pressão, não tem nada a ver com a evolução normal do país, aqui é pressionado para se fazer”.

Na revisão bibliográfica foram identificados esforços para investir ao nível II, dos HPR. No “Projecto de revisão de alguns aspectos da Política Nacional de Saúde”, publicado em 1990, em que se caracteriza a situação económica do sector saúde e se apresentam propostas para o padrão futuro dos gastos e do financiamento do mesmo, lê-se:

“O segundo componente tratado é do nível II 'rural' que significa os hospitais rurais. Para este nível os nossos critérios são os seguintes:

i) dada a extrema fraqueza actualmente deste nível e a sua importância como nível de referência para os CSP rurais, atingir até 1995 um hospital rural por cada distrito considerado prioritário pelo Governo, isto é, atingir um total de 40 hospitais rurais (implica o reapetrechamento dos 20 hospitais já existentes e a criação de 20 novos hospitais)” (Noormahomed, Segall, 1990).

A evolução deste trabalho, que resultou numa publicação da OMS (Segall, 1994) identifica os hospitais prioritários a reabilitar e estima o pessoal necessário para garantir a realização de funções de cirurgia.

“Policies for the rehabilitation of the Public Health Sector in the Medium Term (...)”

6. In the rehabilitation process, therefore, first priorities will be afforded to rural primary level facilities and rural hospitals and, where appropriate, to primary level units in periurban areas. This means that, given the scarcity of resources, it will be necessary to limit the allocation of additional resources to the urban health services, specially to the larger hospitals" (Noormahomed, Segall, 1994: 52).

Um outro trabalho (Projecto de operacionalização de hospitais rurais: relatório final, Escola Nacional de Saúde Pública, Austral Consultoria e Projectos, 1993) fez um levantamento extenso dos HPR em Moçambique com os objectivos de "Fornecer ao MISAU elementos que comprovassem a recente opção estratégica (para a rede sanitária rural) de dar maior prioridade aos Hospitais Rurais (nível II de atenção de saúde) em relação proporcional aos restantes níveis; Elaborar um "plano director da operacionalização dos Hospitais Rurais (o conjunto das unidades sanitárias de nível II); Elaborar uma proposta para a utilização do financiamento disponibilizado pela CEE para o início da execução deste "Plano Director". De uma acta de reunião com o MISAU contida neste relatório, pode ler-se:

"Foi confirmado ser a posição assumida pelo MISAU a necessidade de priorizar a operacionalização da rede de nível II e, nomeadamente, dos Hospitais rurais. Estas unidades deverão ter um papel chave na rede sanitária rural assumindo um papel "salvador de vidas" sobretudo devido á sua valência cirúrgica (incluindo cirurgia obstétrica)" (Escola Nacional de Saúde Publica, Austral Consultadoria e Projectos, 1993).

À excepção da informação dada por um dos entrevistados de que este último trabalho terá fornecido dados para as estimativas de necessidades de pessoal para o Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde 1992-02 (Republic of Mozambique. Ministry of Health, 1991), não encontramos qualquer evidência documental das consequências destes trabalhos, parecendo não terem sido aquilo que se destinavam a ser: instrumentos de planeamento, documentos que concorrem para a concretização de decisões e realizações colectivas. Uma nota neste sentido é encontrada noutro documento onde se lê:

"17. Na resposta apresentada pelo GACOPI/DNS lamenta-se de que não exista um "compromisso" (chamaríamos de preferência engajamento) na implementação das conclusões do estudo sobre a operacionalização dos hospitais rurais, que foi realizado

pela Escola Nacional de Saúde Pública de Lisboa e pela Austral Consultores, com financiamento da EU.

Concordamos que se trata de um estudo de qualidade com conclusões sólidas que deve servir de base a todo o processo de planificação, sem com isto querer significar que se tenham que aceitar todas as suas conclusões e recomendações ou que se não possam fazer ajustamentos e actualizações. Contudo é errado culpar disso a DNS pois que, segundo o Estatuto orgânico do MISAU, recentemente publicado no BR, as tarefas de fazer o Plano de Investimentos e o plano de desenvolvimento de infra-estruturas de saúde pertencem à DPC e não à DNS" (Martins, 1998).

Este último excerto traduz igualmente dificuldades de coordenação dentro do MISAU.

O Conselho Hospitalar, órgão colectivo do MISAU (Diploma Ministerial nº 94/97), que reúne anualmente, é constituído pelo Ministro da saúde, Vice-ministro da saúde, Secretário-geral, Directores nacionais, Chefe de departamento de assistência médica, Directores provinciais de saúde, Médicos-chefes provinciais, Directores dos hospitais centrais e provinciais e outros quadros que o Ministro da saúde considere por bem convidar. Portanto, participam os directores dos hospitais centrais e provinciais não estando prevista a participação dos directores dos HPR. Na revisão realizada no Sub-estudo 2 (Capítulo 3) tivemos acesso a duas actas de duas reuniões do Conselho Hospitalar (República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção Nacional de Assistência Médica, 2008; República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção Nacional de Saúde. Departamento de Assistência Médica, 2007). Na reunião de 2007 participaram os directores dos hospitais gerais de Maputo e em 2008 está referida a participação dos directores dos hospitais gerais (não se especificando se só os de Maputo pois existem hospitais gerais em outras províncias). Os assuntos das reuniões disseram respeito a todos os hospitais e não só aos centrais e provinciais.

Se considerarmos, numa atitude pragmática, que na segunda reunião há um lapso de acta e trata-se somente de directores de hospitais gerais de Maputo, este facto pode ser explicado apenas por uma facilidade logística atendendo a que a reunião se realiza na cidade de Maputo. No entanto, não foi encontrada qualquer evidência documental para explicar esta diferença de tratamento.

Em termos do tratamento e apresentação de informação sanitária, em Moçambique, é rara a informação organizada sobre o nível II, dos HPR. Assim a informação respeitante aos seus

equipamentos, financiamento ou produtividade é aglutinada à do distrito. Os relatórios provinciais consultados para este trabalho, que foram encontrados no sítio da internet do MISAU agregam a informação de toda a província só sendo produzidos relatórios separados para os hospitais centrais e provinciais (República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção da Planificação e Cooperação, 2004a, 2004b, 2004c, 2004d, 2004e, 2004f, 2004g, 2004h, 2004i, 2004j, 2004l). Um trabalho publicado em 2004 de análise de despesa pública com a saúde em Moçambique agrega os hospitais rurais aos centros de saúde apresentando a análise em distritos (República de Moçambique, Ministério do Plano e Finanças, Ministério da Saúde, 2004).

Esta diferença de tratamento quer nas reuniões do Conselho hospitalar, quer na forma de tratar a informação pode sugerir a percepção duma menor importância dos HPR dentro do sistema hospitalar e, dentro dos HPR, a desigualdade de importância atribuída aos hospitais gerais em relação aos rurais e distritais.

O quotidiano dos médicos que trabalham num HPR parece não ter sofrido alterações substanciais na África Subsaariana. Em 1966, King (King, 1966), dirigindo-se a leitores dos países desenvolvidos, ilustrou com o testemunho de um jovem médico ugandês, o trabalho de um médico num hospital distrital (Caixa 6.1).

Caixa 6.1 Ilustração da actividade num hospital distrital, Uganda, 1966

“O hospital tinha uma centena de camas, e, embora houvesse outro médico, ele ocupava-se principalmente do distrito e da administração. Eu diria que os meus problemas foram principalmente estes: excesso de trabalho, falta de equipamentos, falta de pessoal, falta de medicamentos, a falta de alguém a quem consultar, a escassez de camas e a falta de meios de diagnóstico.

Eu tinha que cuidar das enfermarias de medicina, maternidade, cirurgia e das crianças. Eu costumava fazer a consulta externa. Eu tinha um dia de bloco por semana. Eu tinha que recolher sangue para transfusões, fazer muitas perícias post-mortem e, muitas vezes comparecer em Tribunal. Por outras palavras, eu era necessário em vários lugares ao mesmo tempo, e isso tornava a vida um pouco difícil...

O hospital tinha poucos enfermeiros e assistentes qualificados. Somente um técnico não médico ou uma enfermeira certificada estava de serviço por noite para todo o hospital, com uma auxiliar em cada enfermaria. Eles não sabiam cuidar das perfusões de soros e, assim, eu ia passar visita às enfermarias durante a noite para fazer isso eu mesmo... Nós não tínhamos bases para elevação dos membros e eu pedi a um carpinteiro para fazer um, ele fez dois, mas não tínhamos qualquer sistema de tracção com roldanas (ou sistema de tracção esquelética). Então eu pedi-os ao cirurgião ortopédico do hospital nacional mas ele não pôde dispensar nenhum. Eu não conseguia obter cateteres endovenosos adequados para o couro cabeludo nem suficientemente grandes para tirar sangue. Havia um foco cirúrgico no bloco, que atraía artrópodes voadores. Estes, frequentemente atingiam a lâmpada e caíam na ferida cirúrgica... Havia um técnico de laboratório, mas ele não podia fazer a análise de ureia ou açúcar no sangue nem o teste de urobilinogênio na urina ou contagem de reticulócitos. Ele também estava muito ocupado e não conseguia responder a todos os pedidos de exames directos de fezes que eu lhe pedia... Tínhamos muita falta de camas, havia doentes no chão e muitas vezes duas crianças na mesma cama... Os prematuros tinham de ser cuidados na enfermaria geral... Não havia fisioterapeuta ou assistente social, o que tornava difícil cuidar de paraplégicos e impossível dar alta aos que não tinham casa. O hospital não tinha vedação e assim os visitantes chegavam a qualquer momento¹²”

Fonte: King, 1966: 1:3.

A diferença para o que pode ser o dia-a-dia dos hospitais de Moçambique estudados nesta tese não é muita. Nalguns hospitais estudados as condições podem ainda ser piores.

De seguida, apresenta-se uma interpretação das várias análises já realizadas, em relação à evolução do enquadramento político dos HPR e uma síntese em relação ao papel e funções dos HPR em Moçambique.

¹² Tradução de “The hospital had a hundred beds, and, although there was one other doctor, he mostly looked after the district and the administration. I would say that my problems were mainly these: overwork, lack of equipment, lack of staff, shortage of drugs, the absence of anyone to consult with, shortage of beds and the lack of diagnostic facilities. I had to look after the medical, surgical, maternity and children's wards. I used to see the outpatients. I had one major operating day each week. I had to collect blood for transfusions, do many police post-mortems and often attend court. In other words I was needed in several places at the same time, and this used to make life a little bit difficult... Very few trained nurses and medical assistants were employed at the hospital. Only one medical assistant or certificated nurse was on duty each night for the whole hospital, with one ward maid or dresser in each ward. They did not know how to look after drips, so I used to visit the wards at night to do this myself... We did not have any Balkan beams but I asked a carpenter to make one, he made two, but we did not have any pulleys so I asked the orthopedic surgeon at the national hospital for some, but he could not spare any. I could not obtain any scalp vein needles, nor enough of the big ones for taking blood. There was a pressure lamp in the theatre which attracted flying arthropods; these frequently hit the lamp and fell into the operation wound... There was one laboratory assistant but he could not do a blood urea, a blood sugar, test for urobilinogen in the urine or count reticulocytes. He was also very busy and could not cope up with all the stools I wanted him to look at... We were very short of beds; there were lots of floor cases, and often two children in the same cot... The premature babies had to be nursed in the general ward... There was no physiotherapist or social worker so it was difficult to look after paraplegics and impossible to discharge the homeless. There was no fence round the hospital and visitors came in at any time

6.2. O enquadramento político dos HPR em Moçambique desde a independência

Das análises realizadas nos sub-estudos e da bibliografia complementar consultada interpreta-se que, em termos de políticas de saúde, houve uma primeira fase de aposta ou prioridade dada aos cuidados preventivos e ao nível primário da rede, seguida de crescente investimento hospitalar, especialmente nos grandes hospitais: centrais, provinciais e gerais de Maputo.

O Quadro 5.2, sobre as políticas que contextualizam a evolução dos hospitais de primeira referência em Moçambique, desde a independência, é corroborado pela revisão bibliográfica, quer a apresentada no Capítulo 3 (Sub-estudo 2), quer a realizada ao longo de toda a tese.

6.2.1. Aposta nos cuidados preventivos

A primeira fase, de aposta nos cuidados preventivos, encontra as suas raízes e contexto na herança colonial e da guerra de libertação e decorre no período pós independência imediato (1975-1992) antes do agravamento do conflito armado interno.

6.2.1.1 A herança colonial e da guerra de libertação

Os entrevistados descreveram a herança colonial como uma medicina sobretudo curativa, com hospitais bem apetrechados em algumas capitais provinciais, alguns programas verticais, hospitais pequenos nos actuais distritos, associados a centros de actividade económica.

“Moçambique viveu um período colonial. Esse primeiro período colonial era uma medicina sobretudo de nível curativo com algumas medidas preventivas pontuais para o combate da malária, da cólera e outras doenças endémicas, mas a actividade fundamental era a dos hospitais para garantir a força do trabalho colonial. E hospitais centrais muito apetrechados, muito bons com grande capacidade curativa para garantir a presença dos colonos nas províncias ultramarinas.”

“No tempo colonial construíram-se hospitais nos distritos onde havia grandes produções: produção de sisal, produção de açúcar. Sempre estiveram associados aos grandes centros produtivos.”

Feio (Feio, 1953) descreve a divisão sanitária e organização dos serviços de saúde em Moçambique, de acordo com legislação de 1945 (Decreto 34.417, de 21 de Fevereiro) num

distrito (Lourenço Marques, actual Maputo) e 4 círculos. Estes círculos, por sua vez dividiam-se em delegacias de saúde. A rede sanitária era composta de hospitais, enfermarias, postos sanitários e maternidades.

Walt (Walt, Wield, 1983) descreve a situação herdada como a de não existência de um sistema de saúde mas de uma série de serviços médicos fragmentados que prestavam cuidados discriminatórios a três níveis: geográfico, racial e financeiro. Geográfico pela concentração de serviços nas cidades, racial pela existência de enfermarias diferentes para a população branca e negra e pela real dificuldade de acesso da população negra aos cuidados de saúde. Esta dificuldade está ligada ao terceiro nível de discriminação que era o financeiro. A medicina privada era cara e os serviços governamentais eram insuficientes para chegar a todos e não prestavam todos os cuidados (o sistema não era compreensivo nem universal).

Segall (Segall, 1977) descreve a herança colonial com serviços hospitalares relativamente sofisticados nas grandes cidades. Ilustra esta situação com a informação de que o actual Hospital Central de Maputo, com 1.600 camas, no ano anterior ao da independência absorvia um terço do orçamento nacional da saúde e cerca de metade do orçamento dos medicamentos.

A luta de libertação nacional iniciada em 1964 e a necessidade de assistência médica aos combatentes e às populações das áreas libertadas, levou à organização embrionária de um serviço de saúde que serviu de inspiração para as políticas que foram adoptadas no pós independência (Martins, 2001; Walt, Wield, 1983; République Populaire du Mozambique. Ministère de Santé, 1980).

“Para manter os Hospitais e Centros de Saúde e para alimentar os doentes internados, os trabalhadores de Saúde e os soldados que constituíam a guarnição tinham de produzir. Próximo de cada unidade sanitária havia sempre uma machamba para a produção agro-pecuária. Para além dos soldados e dos trabalhadores de Saúde aí produziam também as populações. Assim, a ligação entre as unidades sanitárias e as populações se reforçava com o tempo, materializando-se o princípio de que, as unidades sanitárias serviam o Povo e o Povo sustentava as unidades sanitárias. Daqui nasceu o princípio da Medicina Promotiva, depois tão largamente utilizado nos primeiros anos da independência” (Martins, 2001: 278).

Igualmente importante para as políticas de formação de quadros pelo Ministério da Saúde foi a aprendizagem feita no Instituto Moçambicano em Dar-es-Salam, na Tanzânia, onde se formaram

enfermeiros para servir nas áreas libertadas (Segall, 1977; République Populaire du Mozambique. Ministère de Santé, 1980; Walt, Wield, 1983; Martins, 2001).

Moçambique herda uma estrutura física feita de alguns grandes hospitais, uma rede de pequenos hospitais e dispensários cuja distribuição geográfica (sobretudo a dos hospitais) contribuem para perpetuar as desigualdades Norte-Sul e meio urbano-meio rural. Herda igualmente um pensamento político forjado na guerra de libertação que configurará o sistema de saúde Moçambicano após a independência.

6.2.1.2. O período pós independência (1975-1992)

Como referido, as experiências e as lições aprendidas pela FRELIMO na organização dos cuidados de saúde nas zonas libertadas explicam as opções tomadas após a independência: reconfiguração e expansão do sistema e prioridade aos cuidados preventivos (Sheppard, 1981; Cliff, Noormahomed, 1988). Hélder Martins, médico envolvido no planeamento da assistência médica nas zonas libertadas e do partido FRELIMO, Primeiro-Ministro da saúde de Moçambique independente, é uma figura de referência na saúde deste período.

“Our model is the experience of the liberation area – what we learned during the armed struggle. At that time we did not have the personnel, we did not have materials. We were obliged to discover collectively new solutions to our problems. Now we are adapting these lessons to this new situation” (Martins, 1976: 22, citado por Sheppard, 1981).

“A organização de um sistema de saúde que beneficie todo o povo moçambicano é uma tarefa essencial do partido (...). O Partido aplica o seguinte plano de acção:

a) Estender a todos os pontos do país estruturas e benefícios do Serviço Nacional de Saúde.

b) Dar prioridade à prática da Medicina Preventiva. Neste sector da Medicina Preventiva, será dada uma atenção particular à criação de condições que favoreçam o desenvolvimento da educação sanitária e nutricional das massas, o saneamento do meio, a protecção materno-infantil, a luta contra as doenças evitáveis e organização de serviços de saúde escolar e medicina do trabalho.

c) Organizar e dirigir um serviço de medicina curativa, nas zonas rurais assim como nas zonas urbanas, e apoiar prioritariamente o estabelecimento de postos e centros de saúde nas zonas rurais.

d) Definir e dirigir uma política nacional de luta contra as grandes endemias que afligem o nosso povo" (citação do programa da FRELIMO, République Populaire du Mozambique. Ministère de Santé, 1980: 45 e 46).

A reconfiguração do sistema passou pela adopção de novas definições de unidades sanitárias (durante o I Conselho Coordenador de Saúde, em Fevereiro de 1977) e sua reclassificação (République Populaire du Mozambique. Ministère de Santé, 1980). Houve uma rápida expansão da rede de postos e centros de saúde (República de Moçambique. Ministério do Plano e Finanças e Ministério da Saúde, 2003: 36).

A tremenda escassez de recursos humanos da saúde, agravada pela partida dos portugueses, foi colmatada pela expansão da formação de clínicos não médicos e de agentes comunitários (agentes polivalentes elementares, APE) e pela contratação de um conjunto de médicos cooperantes (Sheppard, 1981; Noormohamed, 2000).

Foi um período de rápidas mudanças e interesse internacional no desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários em Moçambique (Sheppard, 1981; Segall, 1977; Madeley, Jelly, O' Keefe, 1984; Walt, Cliff, 1986).

Nas entrevistas, foi sugerida a ideia de que este período foi um período de abandono dos hospitais. De facto, atendendo á situação descrita anteriormente de que o Hospital de Maputo absorvia, no ano anterior ao da independência, um terço do orçamento nacional da saúde e cerca de metade do orçamento dos medicamentos (Segall, 1977), o contraste com uma política pós independência de alargamento de acesso, numa situação de tremenda falta de recursos, pode contribuir para esta ideia de abandono. Estes aspectos são reflectidos desta forma na bibliografia e pelos entrevistados:

"O recurso a medidas de carácter preventivo já tinha aparecido [em 1968] não como uma opção livresca mais ou menos científica, mas como uma solução pragmática para resolver os problemas essenciais" (République Populaire du Mozambique. Ministère de Santé, 1980: 42).

"havia as unidades sanitárias a trabalhar como hospital rural, mas que na realidade a maioria eram centros de saúde, não tinham a cirurgia, não tinham os serviços específicos que caracterizariam minimamente a definição de hospital rural. (...) porque a maior concentração após a independência foi no desenvolvimento da rede primária de cuidados de saúde".

“Penso que na altura o que se entendeu para chegar mais depressa ao povo era só os serviços preventivos, penso que sim, (...) ou talvez também não houvesse as oportunidades que se colocaram depois, porque o investimento na rede sanitária é muito pesado. Era muito grande. Mas eu penso que era orientação política, penso que basicamente era orientação política, diria o mesmo em relação à educação (...) a prioridade foi ensino primário, alfabetização, pôr as pessoas a ler, etc., etc. e as escolas secundárias até há pouco tempo eram as mesmas que existiam à data da independência, praticamente”.

“Houve um período, no imediato pós-independência, em que muitos médicos jovens cooperantes, quando foram parar a Moçambique, iam parar aonde? Aos hospitais rurais. Eles não queriam ficar nas cidades. (...) Portanto, naqueles anos, cinco/seis anos imediatamente após a independência, aqueles 15 ou 20 ou vinte e tal hospitais rurais estiveram razoavelmente servidos com médicos muito interessados. (...) Mas era, digamos uma coisa não... não é que houvesse uma política específica de ir para os hospitais, era porque aconteceu, naquele momento, uma série de gente querer ir trabalhar para os hospitais rurais e, portanto, eles se manterem com um nível de performance, de trabalho, que dependia muito desses indivíduos que chegavam e que, obviamente, motivavam o resto do pessoal, criavam-se, ali, unidades com muito prestígio em todos os distritos e à volta. (...) Mas houve essa primeira parte. Claro que depois, a partir do momento em que a guerra civil começa a alastrar e começa a romper as comunicações, as condições de vida, etc., tudo isso, em quatro ou cinco anos, caiu completamente”.

Houve uma opção pelo alargamento urgente de acesso a cuidados de saúde a todos os Moçambicanos, fortemente condicionado pela herança do passado e pela falta de recursos. A opção pelos cuidados preventivos descritos atrás na citação do programa da FRELIMO foi também considerada uma opção pragmática face à dimensão dos problemas e recursos para os resolver.

Foi um período em que os HPR se mantiveram razoavelmente activos através da dinamização conferida pelos médicos cooperantes.

Neste período a política de saúde mudou tendo-se declarado que “A saúde tornou-se um direito real do cidadão e um dever do Estado” (République Populaire du Mozambique. Ministère de Santé, 1980).

Esta fase foi interrompida pela escalada do conflito armado interno.

6.2.2. Crescente investimento hospitalar

A recrudescência da guerra civil marcou o início de uma reorientação política em Moçambique.

A partir de 1980, os ministros que assumem o sector da saúde são médicos que trabalhavam em meio hospitalar. Dos sete ministros da saúde de Moçambique independente (até 2010), dois deles são cirurgiões (Fernando Vaz 1987-1988 e Ivo Garrido 2005-2010) e outros dois obstetras, o que inclui uma componente cirúrgica (Pascoal Mocumbi 1980-1987 e Francisco Songane 2000-2005). Provavelmente a formação destes médicos terá influenciado as preocupações com o sector hospitalar, especialmente num contexto de conflito armado até 1992.

6.2.2.1. A guerra civil (1982-1992)

O conflito armado interno que se intensificou em 1982 foi assim descrito por um dos entrevistados:

“Depois houve o boicote internacional. Nós adoptámos o marxismo-leninismo como política de governo, socialismo e, de facto, não agradava a ninguém, nunca agradou a ninguém, sobretudo ao mundo ocidental, que um sistema comunista pudesse ser instalado naquela zona da África Austral. Foi definida como zona isenta dessas políticas e é por isso que Moçambique é o palco da guerra-fria. (...) Moçambique sofreu a confrontação entre leste e oeste. (...) Costuma-se dizer que quando dois búfalos lutam quem fica prejudicado é a relva. É um provérbio que explica bem como Moçambique ficou destruído. Com dois grandes colossos a lutarem entre eles com todas as armas possíveis. Foi uma tragédia. Aquilo foi uma data de anos em que houve um sofrimento terrível. Um retrocesso muito grande”.

As unidades sanitárias tornaram-se alvos bélicos com destruição de unidades, ataques a ambulâncias e hospitais e assassinato de pessoal de saúde (Cabral, Noormahomed, 1990). Em termos de infra-estrutura de saúde, entre 1982 e 1990 a RENAMO destruiu 301 postos ou centros de saúde ou saqueou ou forçou o fecho de mais 812 unidades (o que representou 43% do total destas unidades) (Cliff, Noormahomed, 1993).

O país aderiu ao Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional e iniciou a implementação do programa de ajustamento económico em 1987 (Machatine, Omar, Pascoal, 1998; Logie, 1998; Logie, Bergstrom, Cliff, 1999). Ao mesmo tempo que o Orçamento de Estado diminuía, os financiamentos externos proporcionavam possibilidade de investimentos na infra-estrutura de saúde.

A falta de segurança nas deslocações, provocada pela guerra, concorreu para aumentar os investimentos nas áreas urbanas e hospitalares (República de Moçambique. Ministério do Plano e Finanças e Ministério da Saúde, 2003: 36).

Em termos de recursos humanos, continuou a forte aposta na formação e o curso de técnicos de cirurgia foi iniciado em 1984 (Vaz, 1991; Vaz, Bergström, 1992).

6.2.2.2. Reconstrução nacional (1992-novo milénio)

“Em 1992, Moçambique era conhecido como “o país mais pobre do mundo”. Esta situação indesejável resultou numa herança histórica complexa que inclui uma colonização com fraca ênfase no capital humano, uma experiência socialista falhada (em termos económicos), e uma guerra civil viciosa que durou mais uma década. A esta combinação nefasta acrescentou-se a seca de 1991-92 que foi uma das mais severas do século XX” (República de Moçambique, 2006: 62).

Este período, após os acordos de paz, é de grande investimento na reconstrução de infra-estruturas, de progressiva unificação do país sob a mesma administração e de realização das primeiras eleições em 1994 (Pavignani, Durão, 1999).

O Plano de Recuperação do Sector da Saúde, que não foi possível obter para incluir na análise documental mas apenas a sua avaliação (Martins, 1998), foi preparado durante o período de guerra e contou com o financiamento de múltiplos doadores.

Neste período continuam-se os esforços de coordenação de acção dos múltiplos doadores mas com a formalização significativa que constituiu a assinatura do primeiro código de conduta (República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação, 2000).

Os esforços de liderança do MISAU, de coordenação com os doadores, e os esforços de planeamento, levaram à produção de múltiplos instrumentos de trabalho e planeamento (planos estratégicos da saúde, de investimento, de recursos humanos, Tabela 3.6). Em quase todos estes documentos se prevê a reconstrução ou reabilitação de alguns HPR.

Apesar de haver referência a documentos de trabalho internos do MISAU, com a definição de funções das Unidades Sanitárias desde 1977, nenhum destes documentos se conseguiu obter. A legislação que torna esta informação mais acessível só foi publicada em 2002 (Diploma Ministerial 127/02). Este é o diploma legal de referência para o papel e funções dos HPR em Moçambique.

6.2.2.3. Consolidação da liderança do MISAU no planeamento do sector saúde

“O primeiro Código de Conduta foi assinado entre o MISAU e os Parceiros de Cooperação em Maio de 2000. O Código de Conduta foi posteriormente revisto e assinado em 2003. O Código de Conduta é um compromisso institucional que se deseja que todos os Parceiros assinem e tomem em consideração em futuros acordos Bilaterais e Multilaterais. O Código de Conduta estabelece os princípios e as directivas de colaboração entre as partes e preconiza o fortalecimento do papel de liderança do Governo no sector saúde, através de uma utilização cada vez maior dos mecanismos de gestão nacionais, respeitando as estruturas, ciclos e prioridades de planificação do MISAU” (República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação, 2007).

Como referido no Capítulo 3, uma diversidade enorme de actores (Pfeiffer, 2003) está envolvida no planeamento da saúde em Moçambique. Os esforços de liderança nacional desse processo e a coordenação de todos os actores têm vindo a consolidar-se.

Acrescendo aos diversos actores externos envolvidos no planeamento da saúde em Moçambique, há a diversidade de actores internos e de aspectos a planear com necessidade de interligação.

Alguns entrevistados e alguns documentos do MISAU exprimem a dificuldade de harmonizar diversas partes de planeamento e que dependem de diversas estruturas do MISAU: a formação de RHS, a construção de Unidades Sanitárias, o seu equipamento, o seu abastecimento regular, a sua manutenção e a existência de recursos orçamentados.

“(...) sem medicamentos, os recursos humanos ficam parados; sem manutenção contínua da rede, não vale a pena continuar a investir no SNS; sem unidades sanitárias em boa condição, não podemos providenciar o combate às grandes endemias”

(República de Moçambique. Ministério da saúde. Direcção de Planificação e Cooperação, 2003b).

“O ritmo de reconstrução e expansão da rede sanitária continua não harmonizado com o desenvolvimento de recursos humanos” (República de Moçambique. Ministério da saúde, 1998b)

“Na reunião de concertação entre a DNS e a DPC/GACOPI constituiu consenso a constatação de que, infelizmente, há muitas intervenções na rede secundária da saúde sem conhecimento dos órgãos centrais do ministério ou com um conhecimento muito limitado. Para algumas das reabilitações referidas acima, nenhuma estrutura dos órgãos centrais do MISAU, sabe exactamente em que consiste e o que foi feito. (...) Para ela contribui o facto de alguns doadores e alguns Directores Provinciais de saúde interpretarem mal os limites do processo de descentralização” (Martins, 1998).

“(...) houve situações em que já tínhamos unidades sanitárias preparadas, eventualmente já tínhamos pessoas, mas não tínhamos material e equipamento – ou vice-versa: tínhamos unidade, material, equipamento mas não tínhamos pessoas para colocar lá. Então, esse sistema nem sempre funcionava bem, porque havia vários factores que intervinham na planificação” (entrevistado, Capítulo 5).

Walt e Gilson (Walt, Gilson, 1994) propõem que a análise política da saúde não se faça somente sobre o conteúdo de uma reforma mas também sobre os actores envolvidos, os processos e o contexto em que a mesma se desenvolve.

Como sumário e conclusão desta análise apresentam-se as Tabelas 6.1 e 6.2.

Tabela 6.1 Aspectos da análise política do período da aposta nos cuidados preventivos (1975-1982)

<p>Contexto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herança colonial: estrutura física feita de alguns grandes hospitais, uma rede de pequenos hospitais e dispensários • Herança da guerra de libertação: sistema de saúde nas zonas libertadas com recursos humanos e materiais escassos • Ideologia marxista / socialismo • Guerra-fria • Falta de meios financeiros e de empresas de construção para investimento em unidades mais complexas como os hospitais 	<p>Conteúdo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectivo de “Saúde para todos” • Estratégia dos CSP • Prioridade aos cuidados preventivos
<p>Actores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hélder Martins • Técnicos formados no seio da luta de libertação • MISAU • FRELIMO 	<p>Processo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificação central, ao nível do MISAU, em Maputo • Processo normativo

Tabela 6.2 Aspectos da análise política do período de crescente investimento hospitalar (1982-2008)

<p>Contexto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guerra-fria e conflito armado até 1992 • Adesão ao FMI e BM: Ideologia liberal 	<p>Conteúdo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Combate à pobreza • Reabilitação e expansão da rede sanitária • Reabilitação de hospitais
<p>Actores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ministros da saúde • Classe médica com cultura hospitalar • FMI e BM • Múltiplos doadores: agências governamentais e ONG 	<p>Processo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Influência externa na definição de políticas: código de conduta e SWAp • Liberalização: <ul style="list-style-type: none"> ○ abertura ao sector privado e aos mecanismos de mercado na saúde ○ diminuição do orçamento e da influência do Estado na prestação de cuidados de saúde

6.3. Papel e funções do HPR no distrito de saúde em Moçambique

O Distrito de saúde é a unidade administrativa do sistema de saúde onde se considera estar atingido o limite da capacidade de gestão descentralizada. Esta gestão deveria ser capaz de suportar e garantir toda a logística que um hospital implica.

Como referido no Capítulo 1, de Introdução, a organização administrativa do sistema de saúde Moçambicano é feita em três níveis: Central, Provincial e Distrital. A definição legal de distrito é apresentada na Tabela 1.7. A mesma Tabela apresenta as definições de área de saúde e área de influência de um hospital.

Estão a decorrer esforços de descentralização e de reforma da Função Pública em Moçambique que estão a trazer alterações a este nível. A Direcção Distrital de Saúde (DDS), recentemente designada de Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social é responsável pela saúde naquele território.

O distrito de saúde em Moçambique caracterizou-se, em 2001, por escassez de oferta de cuidados hospitalares, heterogeneidade de modelos organizacionais, de referenciação de doentes, de formas de organizar o financiamento, do quadro de recursos humanos e da distribuição de medicamentos.

Não pareceram emergir tipologias de organização das relações entre a DDS e a direcção do hospital, parecendo, no entanto, ser mais frequente a coincidência de áreas geográficas de responsabilidade directa do hospital e da DDS, com localização da DDS dentro do hospital e fusão das funções de gestão do hospital e DDS.

A diversidade de arranjos organizacionais no distrito deveria ser melhor documentada para compreender as razões para os diferentes modelos e os níveis de eficiência associados a cada modelo.

Um hospital de primeira referência é a unidade preparada para prestar cuidados que exigem formação e equipamentos de prestação de cuidados de complexidade diferente em relação aos existentes nos centros de saúde, de que a capacidade de realizar cirurgia é o elemento mais distintivo.

Em 2001, os 31 HPR serviam 250.000 habitantes, tinham cerca de uma centena de camas, um médico, um técnico de cirurgia, bloco operatório, enfermarias de medicina, pediatria, cirurgia e obstetria/ginecologia, e escassa capacidade de realização de exames de imagem e de

laboratório. A comparação dos dados de Moçambique com os disponíveis a nível africano revela, para Moçambique menos recursos e mais população sob responsabilidade (capítulo 4).

Aborda-se, de seguida, as seguintes funções: prestação de cuidados de saúde (capacidade cirúrgica; serviços de medicina, cirurgia/traumatologia, pediatria e ginecologia-obstetrícia; exames complementares de diagnóstico e serviços de apoio: exames de imagem, laboratório, transfusão de sangue; actividades preventivas); supervisão e formação. Será igualmente abordada a problemática da divisão de tarefas e complementaridade no distrito e o sistema de referência

6.3.1. Prestação de cuidados de saúde

A prestação de cuidados curativos e de reabilitação parece ser uma função inquestionável do hospital. Já o conjunto de outras possíveis funções que o HPR possa ter, nomeadamente a prestação de cuidados preventivos, é alvo de opiniões mais diversificadas.

Dentro da prestação de cuidados de saúde curativos há divergências de planeamento e realidade observada.

6.3.1.1. Capacidade cirúrgica

Para lá do que é consagrado em lei (Diploma Ministerial 127/2002) e nas normas da DNAM sobre o pacote de serviços prestados nos Hospitais Rurais (República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção Nacional de Assistência Médica, 2007), diversos documentos moçambicanos apontam a capacidade cirúrgica (para lá de electiva também de urgência) como definidora de HPR (República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação, 2002; Torres, Becerril, 2001; Machatine *et al.*, 1999; Noormahomed, Segall, 1994; Escola Nacional de Saúde Pública, Austral Consultadoria e Projectos, 1993).

Igualmente, emerge das entrevistas que a capacidade cirúrgica é uma função definidora dos HPR:

“E, em princípio, para ter essa designação de hospital rural, tinha que ter capacidade para fazer cirurgia, de urgência”.

O Sub-estudo 3 (Capítulo 4) mostrou que dos 31 hospitais estudados, trinta hospitais tinham bloco operatório. O hospital que declarou não ter Bloco era um hospital classificado como rural. A mediana das taxas de ocupação das enfermarias de cirurgia foi de 50% (Tabela 4.4). Como discutido no capítulo 4 e no ponto 6.3.5. (Sistema de referência) apesar do elevado rácio de habitantes por hospital, muitas vezes acima do que está regulamentado, o acesso limitado ao

hospital, que geralmente se fazia a pé, pode ter contribuído para as baixas taxas de ocupação encontradas. Estas podem também reflectir falta de confiança na capacidade de resposta do hospital, pelo que os doentes poderão não ser referidos ou não o procurar, mesmo em caso de necessidade. No caso da cirurgia há ainda factores de gestão e manutenção de materiais.

A mediana do número de cirurgias realizadas em 2001 foi de 100 cirurgias major por 100.000 habitantes, um valor inferior a outros encontrados por outros autores, em hospitais distritais/rurais, em África.

O estudo apresentado na Caixa 3.8, sobre custos de cirurgia, cujos dados são do mesmo ano (2001), apontam para uma baixa eficiência nos hospitais estudados (três hospitais rurais e dois hospitais provinciais). Assim, o pessoal operador (cirurgiões e técnicos de cirurgia) fazia apenas uma operação por dia, incluindo urgentes e electivas.

Para esta pouca eficiência contribuiu

“o sistema de gestão de material médico e medicamentos [que] não têm coerência, com as necessidades das unidades sanitárias. De facto, a nível dos utilizadores, não existe uma definição das necessidades destes materiais, e conseqüentemente graves rupturas de stocks de artigos básicos paralisam a actividade cirúrgica por meses” (Torres; Becerril, 2001).

Outra nota muito importante que corrobora opiniões fornecidas nas entrevistas prende-se com a manutenção dos materiais:

“Os bens de capital, devido á fraca manutenção, estão numa situação de degradação extrema. Os equipamentos e aparelhagem cirúrgica estão ultrapassados e em alguns casos há mais de 10 anos que deveriam ter sido trocados” (Torres, Berrecil, 2001).

O estudo da Caixa 3.9, de 2002 (República de Moçambique. Ministério da Saúde, Direcção de Planificação e Cooperação, 2002), que fez um levantamento de Unidades Sanitárias onde se realizavam funções críticas do nível II (cirurgia e radiologia) concluiu que só 27% dos HPR possuíam os serviços complementares mínimos para desempenhar cirurgia (radiologia simples, hemoglobina, bioquímica básica, hematologia completa e banco de sangue).

A função cirúrgica que parece a função que melhor distingue a função do HPR do seu nível anterior, nem sempre está presente nos HPR da região da África Subsaariana.

Khalef (Khalef, 1996) afirma que em 1992, no país, não havia cirurgia na maioria dos hospitais de primeira referência. Bossyns (Bossyns, Van Lerberghe, 2004) refere que só 3 hospitais de primeira referência, num total de 33, noutro país, tinham médico que fizesse cirurgia.

Os HPR em Moçambique, tal como em outros países da região, realizam cirurgia em quantidade que se encontra abaixo dos níveis necessários e estipulados. Para esta situação concorre, em Moçambique, a falta de gestão de manutenção e fornecimento de materiais.

6.3.1.2. Serviços de medicina, cirurgia, pediatria e obstetria-ginecologia

A existência das quatro especialidades básicas de medicina interna, pediatria, cirurgia, e obstetria e ginecologia está prevista na lei (artigo 22.1, Diploma Ministerial 127/2002) e é reiterada pelas Normas da DNAM (República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção Nacional de Assistência Médica, 2007).

As entrevistas confirmam este aspecto e a sua manutenção desde a independência:

“Tem que ter cirurgia, sim, e depois, ter as quatro categorias de especialidades básicas – medicina interna, pediatria, ginecologia-obstetria e cirurgia. (...) Já em 77 quando apresentámos o nosso conceito de cuidados de saúde primários na Conferência de Alma-Ata, já falámos disso”.

O PES (Plano Económico e Social) 2008 prevê a continuação de adequação do quadro de pessoal dos HPR de forma a garantir as quatro especialidades básicas: medicina interna, obstetria, pediatria, cirurgia (República de Moçambique. Ministério da Saúde, 2007).

6.3.1.3. Exames complementares de diagnóstico e serviços de apoio: exames de imagem, laboratório, transfusão de sangue

A presença de serviços mínimos de apoio ao diagnóstico e ao tratamento (laboratório, radiologia, farmácia e banco de sangue, essencialmente) é outra característica definidora destes hospitais. A legislação prevê que esses serviços existam.

Como disse um entrevistado:

“Essencialmente, o que distingue uma unidade de referência, é a capacidade de oferecer serviços de complexidade ou mais diferenciados, nomeadamente na área gineco-obstétrica, cirurgia geral e a capacidade, também, de realizar exames complementares de diagnóstico, para, naturalmente, auxiliar o processo de diagnóstico”

O Sub-estudo 3, dos 31 HPR mostrou que só 22 hospitais tinham radiografia, nove tinham ecografia, cinco tinham electrocardiograma, dois tinham possibilidades de realizar cardiocografia e nenhum tinha endoscopia. Em termos de exames laboratoriais, quase todos os hospitais podiam realizar exames de hematologia (esfregaço, gota espessa, hemoglobina ou contagem de glóbulos vermelhos e brancos), exames bacteriológicos directos de vários produtos biológicos e serologia VIH e sífilis. A bioquímica e os exames bacteriológicos com cultura assim como a serologia de hepatites B e C estavam ausentes. A maioria realizava também transfusões de sangue testando previamente esse sangue para VIH mas não para hepatites B e C.

Os poucos dados disponíveis sobre a situação nos mesmos hospitais em 2007 mostra que esta área continua a ser muito deficitária e com uma evolução pouco favorável.

Juntamente com a cirurgia, os exames complementares de diagnóstico de imagem e laboratoriais assim como a transfusão de sangue são a face mais distintiva dos HPR no distrito e as áreas de maior desafio à gestão em termos de manutenção, aprovisionamento e garantia de qualidade.

A Figura 1.2 (Capítulo 1) apresenta o fluxo de salários, medicamentos e aprovisionamento médico-cirúrgico no SNS Moçambicano. Este sistema, que nesta tese (capítulo 4) se mostrou mais diversificado a nível distrital, parece não estar a ser capaz de garantir sempre o cumprimento dos seus objectivos.

6.3.1.4. Actividades preventivas

A “prevenção, tratamento e controle das principais doenças endémicas, com respeito pelas respectivas estratégias de luta” (artigo 5.2, Diploma Ministerial 127/2002) e a prestação de serviços de “Promoção de saúde; Prevenção e controle das principais doenças endémicas; Saneamento do meio; Aconselhamento para a saúde” (República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção Nacional de Assistência Médica, 2007) estão previstas nos instrumentos normativos.

O Sub-estudo 3, dos 31 hospitais, mostrou que a maioria estava envolvida em actividades de vacinação e de saúde materno-infantil: consultas pré-natais, consultas de pós-parto, consultas de planeamento familiar, consulta dos 0-4 anos.

Outros estudos empíricos reflectem a prestação de cuidados preventivos, nos HPR, como vacinação, cuidados pré natais e monitorização de crescimento das crianças (Folmer, 1986; Van Lerberghe, Van Balen, Kegels, 1992).

O grau de envolvimento que o hospital deve ter em cuidados de promoção da saúde e preventivos deu origem a uma série de publicações internacionais, predominando as de opinião (Carreon, 1981; Montoya-Aguilar, 1981; Cooper-Poole, 1985; Jacobson, 1985; Kutranon, 1985; Ngire, 1985; Turner, 1985; Ebrahim, 1989; Mills, 1980).

6.3.2. Supervisão

Compete ainda aos Hospitais de Nível Secundário a “Supervisão e apoio logístico e técnico às acções de saúde realizadas nos níveis mais periféricos (Centros de saúde)” (artigo 5.9, Diploma Ministerial 127/2002) ou “Supervisão e apoio logístico e técnico as US de nível inferior” (República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção Nacional de Assistência Médica, 2007).

O estudo empírico mostrou que a maioria dos hospitais estava envolvido em apoio de supervisão técnica às unidades de saúde do distrito integrada em 27 hospitais e por programas ou serviços em três hospitais.

As entrevistas não lançaram muita luz sobre a compreensão desta função e não houve um conhecimento, entre os entrevistados, sobre se essa função é exercida e com que resultados: *“Não se desenvolveu muito. Essa supervisão estava acometida à Direcção Distrital. (...) Do ponto de vista técnico, havia a ideia de que os hospitais podiam fazer a supervisão técnica, mas nunca funcionou”*.

Numa consultadoria já referida nos capítulos 3 e 4 (Escola Nacional de Saúde Publica, Austral Consultadoria e Projectos, 1993), os autores chamam a atenção para factores potencialmente geradores de conflito no desenvolvimento da actividade de supervisão. Um deles prende-se com o conflito de autoridade atendendo que a DDS/SDSMAS (Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social) tem o nível hierárquico mais elevado mas o HPR tem, muitas vezes, técnicos mais qualificados. Acrescendo à maior qualificação técnica, os HPR podem ainda captar mais prestígio, mais equipamento, mais pessoal, mais apoio externo.

A supervisão tem aspectos de sobreposição com a formação e é um dos meios concebidos para a contribuição dos hospitais na implementação dos CSP (Taylor, 1982). No entanto, esta tese não apura as dificuldades envolvidas, se havia percepção de benefício nesta actividade ou se contribuiu para melhoria de articulação entre as diferentes unidades de saúde no Distrito.

6.3.3. Formação

A função do HPR na formação, pré e pós graduada, contínua, dos profissionais de saúde é frequentemente apontada na bibliografia internacional.

As normas da DNAM (República de Moçambique, Ministério da Saúde, Direcção Nacional de Assistência Médica, 2007) referem como serviços prestados nos HPR “Servir de local de estágio para os profissionais de Saúde”. Um dos entrevistados referiu essa função desempenhada pelos hospitais gerais de Maputo em relação aos médicos.

O Sub-estudo 3 revela que dezanove hospitais enviaram para cursos formais do MISAU funcionários seus (para fazer cursos de nível elementar, básico e médio) e 26 mencionaram actividades de formação contínua.

6.3.4. Divisão de tarefas e complementaridade no distrito

Os argumentos a favor da divisão de tarefas e complementaridade entre as diferentes unidades de saúde do distrito são muito comuns. No entanto, persiste a necessidade de melhorar a clarificação dos papéis, objectivos e procedimentos ao nível distrital (Janovsky, 1988; Vaz, 1990; Van Lerberghe, Lafort, 1990; World Bank, 1994).

Um exemplo de uma área de trabalho que se pode interceptar com a área de trabalho do Centro de Saúde é a prestação de cuidados preventivos, referida acima, em que a maior parte dos hospitais está envolvida.

Uma questão que não parece resolvida é a de saber se devem os HPR ser nível de referência para todos os utilizadores ou apenas para populações distantes, cumprindo o HPR funções de Centro de Saúde para as populações próximas.

Dois entrevistados contam que houve uma evolução no sentido de definir e separar as funções de HPR e de Centro de Saúde:

“Fizeram-se aí disparates que acontecem em que o centro de saúde está misturado com o hospital rural. Embora eu tenha sempre feito força para que se separasse. Quer dizer, ao fazer o upgrade do centro de saúde para o hospital rural, se construísse um centro de saúde”;

“Foi evoluindo, porque nós, no início, pensávamos (...) que o hospital rural podia cumprir todas as tarefas, incluindo a tarefa de cuidados de saúde primários. Mas, depois

decidimos que isso não dava, que era preciso separar os cuidados de saúde primários do nível de referência. Então criámos – e havia infra-estruturas nalguns locais – centros de saúde para poderem fazer cuidados de saúde primários naquela localidade e, ao mesmo tempo, ter o hospital rural de referência, não só para aquela cidade ou vila, mas para todo o distrito. Esse pensamento evoluiu”.

No entanto, um entrevistado que esteve posteriormente aos dois anteriores no nível Central do MISAU afirma:

“Porque o hospital rural tinha que ser entendido como não só uma unidade de referência mas que também serve de unidade de primeiro atendimento das pessoas que vivem à volta. Porque há comunidades a viver à volta e, portanto, o hospital rural faz as duas funções: de unidade primária mas também de unidade de nível secundário de primeira referência. Portanto, é preciso termos espaço para acomodar os doentes que não são doentes de referência mas que são doentes que vivem lá, que para eles aquele é o centro de saúde”.

Dois documentos definem que os “hospitais de referência servem também como unidade sanitária de primeiro contacto para a população urbana” (Machatine *et al.*, 1999; Noormahomed, Segall, 1994).

Talvez fosse possível ter soluções distritais de complementaridade entre unidades sanitárias diferentes, atendendo ao contexto, mas isso deveria ser descrito e clarificado. De forma a permitir aprender e a fazer melhor. No planeamento isso tem implicações práticas: onde não há unidades sanitárias e vão ser construídas de raiz, deve construir-se o centro de saúde junto ao hospital?

“a precise demarcation in practice is not always possible and not necessarily for the best; it depends on how it is done, there should be flexibility” (Pearson, 1995a).

6.3.5. Sistema de referência

A existência de unidades sanitárias a prestar diferentes tipos de cuidados, organizados de forma a otimizar recursos, pressupõe capacidade de comunicação intra e inter distritos de saúde.

A referência para o HPR pode ser feita para: consulta técnica (opinião); intervenção técnica; realização de exame de diagnóstico; internamento (Van Lerberghe, Lafort, 1990; World Health Organization, 1992).

O Sub-estudo 3 mostrou que a mediana da estimativa de distância média entre hospital e as outras unidades sanitárias foi de 39 km e oscilou entre 100 e 3 km. A forma de as pessoas lá chegarem é maioritariamente a pé. Para a maioria dos hospitais estudados não havia diferença no atendimento das pessoas referidas ou das que se dirigiam espontaneamente ao hospital.

Outros estudos empíricos mostram que os hospitais não funcionam como unidades de referência atendendo à alta percentagem de doentes que aí são atendidos e que residem na sua proximidade geográfica (80% Blas, Limbambala, 2001; 70% World Health Organization, 1987c; 85% Lamine, 1992; 80% Nordberg, Holberg, Kiugu, 1996; 85% Okello *et al.*, 1998; 91 % Font *et al.*, 2002).

A documentação revista aponta algumas razões para o não funcionamento do sistema de referência em Moçambique por “deficiente comunicação entre as unidades sanitárias periféricas e as de referência” (República de Moçambique. Ministério da Saúde, 2007; República de Moçambique. Conselho de Ministros, 2001), “precárias condições das vias de acesso, especialmente na época chuvosa” (República de Moçambique. Ministério da Saúde, 2007; República de Moçambique. Ministério do Plano e Finanças. Ministério da Saúde, 2004; República de Moçambique. Conselho de Ministros, 2001; African Medical and Research Foundation, 2000), “ausência de transportes regulares entre os distritos e localidades” (República de Moçambique. Conselho de Ministros, 2001; African Medical and Research Foundation, 2000) e distâncias.

As distâncias, dificuldades de transporte e de referência foram obstáculos ao desenvolvimento do sistema de saúde e HPR apontados pelos entrevistados (Tabela 5.3)

O sistema de saúde Moçambicano, e outros, descrevem-se como níveis que se complementam e que referem entre si as pessoas que necessitam de diferentes cuidados. Por outro lado, a evidência que se acaba de descrever mostra a persistência, ao longo de décadas, de um quadro bem diferente. A capacidade de referência é muito reduzida. Provavelmente, para a maioria das pessoas, a solução dos problemas de saúde ou é encontrada localmente ou não existe.

Em resumo, o papel e funções definidoras do HPR no distrito de saúde em Moçambique são:

- Prestação de cuidados de saúde
 - Cirurgia de urgência
 - Valências de medicina, cirurgia, pediatria e obstetrícia-ginecologia
 - Exames complementares de diagnóstico e serviços de apoio: exames de imagem, laboratório, transfusão de sangue
 - Actividades preventivas (não sendo esta função consensual)
- Supervisão
- Formação
- Referência

6.4. Profissionais de saúde para o distrito

A escassez de recursos humanos levou Moçambique a procurar soluções inovadoras.

Uma dessas soluções foi a criação de categorias de profissionais clínicos não médicos. Os clínicos não médicos asseguram funções clínicas, de diagnóstico e tratamento mas têm um custo e duração de formação muito inferior a um médico e mostram também uma maior permanência em meio rural. Uma revisão recente mostrou que 25 em 47 países da região de África Subsaariana têm categorias profissionais de clínicos não médicos (Mullan, Frehywat, 2007).

Um dos grupos de particular importância para os HPR é o dos Técnicos de cirurgia. Nos hospitais estudados, em 2001, dos 31, em 24 havia técnicos de cirurgia e em 15 eles eram os únicos a assegurar a realização das cirurgias.

O programa de formação dos técnicos de cirurgia iniciou-se no período da guerra civil, em 1984, quando a falta de segurança para viajar e transferir fez mais premente a necessidade de garantir cirurgia em mais pontos do país (Vaz, Bergström, 1992; Garrido, 1997). Em termos de formação de recursos humanos da saúde, continuou a evolução da formação de diversas categorias igualmente necessárias á cirurgia como os técnicos de anestesia e instrumentação.

Em 2002, 92% das cirurgias obstétricas nos HPR foram realizadas por este grupo de técnicos que, num seguimento ao longo de 7 anos, permaneciam no mesmo posto de trabalho em 88% dos casos. No mesmo período nenhum dos médicos estava no mesmo posto (Pereira *et al.*, 2007). São um grupo muito apreciado pelos outros profissionais de saúde (Cumbi *et al.*, 2007). A comparação de resultados de cesarianas realizadas por estes técnicos ou médicos obstetras,

mostrou não haver diferenças significativas nas indicações para cesariana e nas complicações cirúrgicas (Pereira *et al.*, 1996). A baixa taxa de complicações nas cirurgias realizadas por um grupo de técnicos de cirurgia também foi descrita (Vaz *et al.*, 1999). Também já foi realizado um estudo de avaliação económica para comparar custos de formação e do trabalho desenvolvido por cirurgiões ou obstetras e dos técnicos de cirurgia na cirurgia obstétrica, em Moçambique. Este estudo documentou o imenso benefício de continuar a formar estes técnicos, no contexto da severa escassez de médicos (Kruk, *et al.*, 2007).

Estes dados fortalecem a necessidade de continuar a investir na formação destes técnicos que estão a assegurar as cirurgias na maior parte dos hospitais que foram estudados.

O Plano de Desenvolvimento dos Recursos Humanos mais recentemente aprovado, para o período 2008-2015 (Ministério da Saúde. Direcção Nacional de Recursos Humanos, 2008), considera que a boa articulação entre a rede de formação do MISAU e o Serviço Nacional de Saúde é um aspecto exemplar do sistema de Recursos Humanos da Saúde (RHS) de Moçambique. Considera, no entanto, que as Instituições e Centros de formação estão no seu limite de capacidade de produção de recursos humanos para o SNS e propõe por isso uma qualificação destes Centros, sobretudo através da avaliação e monitorização da qualidade do ensino e capacidade técnica e qualificação do seu quadro docente. O Plano contém uma forte aposta, continuada, no grupo dos clínicos não médicos.

6.5. O futuro dos Hospitais de Primeira Referência em Moçambique

Em termos de evolução provável dos HPR, o último plano estratégico de recursos humanos da saúde utiliza, para cálculo de necessidades de recursos humanos, uma rede sanitária com um hospital em cada distrito com capacidade cirúrgica (Ministério da Saúde. Direcção Nacional de Recursos Humanos, 2008).

Esta foi uma informação que foi prestada directamente pelo Ministro da Saúde, Ivo Garrido, em entrevista realizada no decurso dos trabalhos preparatórios deste Plano. No entanto, não há outros documentos estratégicos que planeiem ou orçamentem esta evolução.

O comunicado final do V Conselho Hospitalar (República de Moçambique. Ministério da Saúde. Direcção Nacional de Assistência Médica, 2008) anuncia a intenção de que cada capital provincial deva ter mais um hospital geral na mesma área.

O Plano Económico e Social 2008 (República de Moçambique. Ministério da Saúde, 2007: 43) anuncia a actualização do Diploma Ministerial 127/2002.

Apesar da contínua presença de objectivos de desenvolvimento dos HPR nos documentos de planeamento, os HPR, basicamente, reabilitados, são praticamente os mesmos desde a

independência, segundo os achados documentais e opinião dos entrevistados (Tabela 1.6). Já em relação à actividade, ao número de profissionais e à sua qualificação (número de médicos e técnicos de cirurgia), parece ter havido uma evolução favorável.

Uma responsável médica de uma província do norte de Moçambique, entrevistada em 2007 (Sidat *et al.*, 2010; Conceição *et al.*, 2010), no âmbito da preparação do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos referido acima, explica assim a importância destes hospitais:

“(...) o ideal seria, no mínimo,... deveríamos ter um hospital rural na sede de cada distrito. Que o Ministro agora diz não, não se deveria chamar hospital rural deveria ser hospital distrital que é o hospital mais grande que o distrito tem e está na sede do distrito. Bom o nome a mim não me interessa muito mas a realidade é, que é um hospital importante a nível do distrito, que faz muita falta e se nós olharmos para aquilo que são os serviços que o hospital presta principalmente a área cirúrgica é importantíssimo porque de outra maneira tudo o que é cirurgia vai para o hospital central”.

Interrogada sobre a possibilidade real de isso acontecer respondeu “Não sei daqui a quantas gerações”. E instada a explicar melhor se havia outras prioridades, explica:

“Sim, há muitas outras prioridades que se levantam antes dessa porque nós estamos a falar de hospitais distritais que são hospitais que precisam de médico, precisam dum técnico de cirurgia, precisam de um cirurgião, de uma sala de operações com equipamento, precisam de um laboratório, capacidade para transfusão de sangue e todas essas coisas. Entretanto enquanto nós falamos desta necessidade nós temos populações que para encontrar a primeira unidade sanitária que tem um só enfermeiro elementar tem que percorrer mais de 50 a 70 kilometros então não vai ser para já”.

A transição em saúde em Moçambique faz antecipar mais exigências para o sistema de saúde. Um estudo sobre acesso a cuidados de saúde em doentes diabéticos em Moçambique (Beran, Yudkin, Courten, 2005) anuncia preocupantes lacunas: a estimativa da prevalência de doentes que necessitavam de insulina diferiu em mais que dez vezes entre o meio urbano e rural; foram detectados problemas de fornecimento regular de insulina nas unidades de saúde assim como de disponibilidade de seringas e equipamento laboratorial para medir glicose. Assim os HPR

terão que, a par de continuar a melhoria de resposta aos desafios de hoje, especialmente na resposta cirúrgica às emergências obstétricas e traumatológicas, melhorar de forma substancial a capacidade diagnóstica de imagem, laboratorial e de tratamento, para poder responder às doenças crónicas como a doença isquémica cardíaca aguda ou a diabetes.

Em Moçambique, o conceito de CSP é mais frequentemente entendido como um nível de prestação de cuidados, a realizar pelos Centros de Saúde (“O nível primário (I) corresponde aos Centros de Saúde e têm como função executar a estratégia de Cuidados de Saúde Primários”, Caixa 1.3). Essas actividades são as referidas na Caixa 1.2, VII-3 e “englobam, pelo menos, as seguintes actividades: a educação sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e de luta respectivos; a promoção de uma nutrição apropriada, um abastecimento suficiente de água potável e saneamento básico de meio ambiente; assistência materno-infantil, incluindo o planeamento familiar; a imunização contra as principais doenças infecciosas; a prevenção e a luta contra as doenças endémicas locais; o diagnóstico e tratamento apropriado das doenças e traumatismos comuns; e o fornecimento de medicamentos essenciais”.

A esta visão restritiva de um pacote de cuidados a ser prestado por um tipo de unidades sanitárias, acresce o isolamento real a que estão votados inúmeros trabalhadores na comunidade, nos postos de saúde e em centros de saúde. O Relatório Mundial da Saúde de 2008 (World Health Organization, 2008) propõe quatro grupos de reformas que fazem convergir o que é necessário fazer no contexto nacional e os valores da equidade, solidariedade e justiça social do movimento dos CSP (Figura 6.1):

- *“reformas da cobertura universal - reformas que garantam que os sistemas de saúde contribuem para a equidade em saúde, justiça social e para o fim da exclusão, primordialmente através do progresso do acesso universal e da protecção social da saúde;*
- *reformas da prestação de cuidados de saúde - reformas que reorganizem os serviços de saúde como cuidados primários, isto é, em torno das necessidades e expectativas das pessoas, de forma a torná-los socialmente mais relevantes e que respondam melhor ao mundo em mudança, enquanto produzem melhores resultados;*
- *reformas de política pública - reformas que garantam comunidades mais saudáveis, integrando acções de saúde pública nos cuidados de saúde primários e pugnando por políticas públicas saudáveis nos vários sectores;*

- *reformas da liderança - reformas que substituam o comando-e-controlo autoritário e o laissez-faire descomprometido do Estado, por uma liderança com base na negociação, participativa e inclusiva exigida pela complexidade dos sistemas de saúde contemporâneos” (Adaptado de Organização Mundial da Saúde, 2008).*



Figura 6.1 Reformas dos CSP necessárias para reorientar os sistemas de saúde para a saúde para todos.

Fonte: In Figura 1, Organização Mundial da Saúde, 2008, tradução de Figure 1, The PHC reforms necessary to refocus health systems towards health for all. In WHO, 2008: xvi.

Estes grupos de reformas são representados de forma conjunta significando que não se pode procurar o alinhamento com os valores do movimento dos CSP sem mobilizar nos mesmos objectivos todo o sistema de saúde, nomeadamente: recursos humanos, políticas de financiamento ou prestação de cuidados de saúde, reforma do funcionalismo público, acordos com doadores.

Esta tese contribui essencialmente para informar o primeiro e segundo grupo de políticas, apesar de, como dito acima, não poder haver reformas isoladas. Assim, esta tese mostrou a escassez de cuidados hospitalares de primeira referência que estão disponíveis e deu alguns dados sobre as restrições em que esses cuidados são prestados no distrito de saúde / sistema local de saúde.

Segundo o Relatório Mundial da Saúde 2008 (World Health Organization, 2008: 26) alcançar a cobertura universal inclui a expansão de cobertura em três dimensões: proporção da população

que tem protecção social de saúde (população com acesso a serviços de saúde); proporção de benefícios incluídos (pacote de serviços a que se tem acesso); proporção de custos totais da saúde que são cobertos pelo sistema de protecção na saúde.

Em relação à primeira dimensão (acesso) há estratos da população Moçambicana sem acesso real a qualquer tipo de cuidados de saúde, como identificado no Plano Estratégico Sector Saúde 2007-2012: “cerca de 30% da população não tem possibilidade de aceder a qualquer tipo de serviços de saúde.” A população sob responsabilidade dos HPR estudados na tese correspondeu a cerca de metade da população moçambicana.

Em relação ao pacote de serviços, o primeiro Plano Estratégico Sector Saúde (República de Moçambique. Conselho de Ministros, 2001) afirma que o MISAU ainda não estabeleceu um pacote básico de cuidados “que deverá ser gradualmente dispensado a todos os cidadãos em todo o país”.

A Figura 2.2, inclui uma figura do Relatório Mundial da Saúde (Figure 3.5. Primary care as a hub of coordination) em que no distrito de saúde/sistema local de saúde existe um papel central atribuído à equipa de cuidados de saúde primários que deve mediar e coordenar cuidados entre diferentes componentes da rede, incluído o HPR. Há uma evolução da representação hierárquica para uma representação em rede, de hierarquia e sistema de referência para a cooperação e coordenação que exige acrescidos esforços de negociação e diálogo.

Atendendo à realidade moçambicana não é de prever, para breve, que uma equipa de CSP possa ter a capacidade técnica, recursos ou poder para ser ponto de referência numa rede complexa de actores envolvidos (na comunidade ou exteriores) concorrendo para que os indivíduos e as suas especificidades, necessidades e preferências, estejam no centro dos cuidados.

Aquilo que se observa é que antes que todos tenham acesso a um pacote básico se faz o desenvolvimento de áreas onde já algum tipo de cuidados existe. Já King em 1966 (King, 1966: 1:13) argumentava que *“Some forms of medical care should be supplied to all the people all the time. This is based on the value judgement that is more desirable for moral, political and other reasons to provide some form of medical care to many people rather than to provide a complete service to only a few.”* Morley, (Morley, 1973), defendia que se a ênfase é colocada nas pessoas e encarando o sistema de saúde como uma pirâmide, deveria começar-se a construir o sistema pela base. De qualquer forma as reformas dirigem-se a realidades complexas, com desequilíbrios, e não a sistemas para criar de novo. Assim, as reformas têm que se pensar para

o sistema no seu conjunto embora com ênfase naquilo que for considerado prioritário (Figura 6.1).

Em Moçambique, todas as reformas necessárias a melhorar o acesso, nomeadamente a cuidados de saúde hospitalares, a um nível próximo das populações e para um conjunto de serviços essenciais, vão exigir aumento de investimentos externos e reorientações de investimentos internos.

A Tabela 6.3 organiza alguns aspectos da análise política do futuro dos HPR no distrito de saúde/sistema local de saúde.

Tabela 6.3 Aspectos da análise política do futuro dos HPR

Contexto	Conteúdo
<ul style="list-style-type: none"> • Infraestrutura dos HPR herdada do tempo colonial (perpétua desigualdade sul-norte; urbano-rural). • Défice de cuidados de saúde básicos / Acesso a cuidados só para metade da população. • Transição em saúde vai exigir alterações na organização dos cuidados de saúde e na formação do pessoal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alcançar cobertura universal. • Aumento da rede de HPR e acesso a cirurgia. • Definição de pacote básico de cuidados de saúde.
Actores	Processo
<ul style="list-style-type: none"> • Ministros da saúde. • Classe médica com cultura hospitalar. • FMI e BM. • Múltiplos doadores: agências governamentais e ONG. • Elite urbana da capital. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da contribuição regular dos doadores para o Orçamento de Estado. • Aumento da despesa no sector público da saúde. • Reorientação de investimentos. • Melhoria de coordenação entre as diferentes áreas do MISAU e seus planos de investimentos: recursos humanos, infra-estruturas, aprovisionamento, orçamento. • Melhoria dos mecanismos de regulação. • Negociação constante com os múltiplos actores.

7. CONCLUSÕES

Moçambique herdou uma estrutura física de saúde feita de alguns grandes hospitais, uma rede de pequenos hospitais cuja distribuição geográfica contribuem para perpetuar as desigualdades Norte-Sul (Maputo) e meio urbano-meio rural.

Em termos de políticas de saúde em Moçambique, desde a independência, houve uma primeira fase de prioridade dada aos cuidados preventivos e ao nível primário da rede, seguida de crescente investimento hospitalar. As políticas de recursos humanos mereceram sempre atenção, levando à criação de novas categorias profissionais e a um forte investimento em formação.

O distrito de saúde em Moçambique caracterizou-se, em 2001, por escassez de oferta de cuidados hospitalares, heterogeneidade de modelos organizacionais, de referenciação de doentes, de formas de organizar o financiamento, do quadro de recursos humanos e da distribuição de medicamentos.

O hospital de primeira referência (HPR) é a unidade, dentro do distrito, preparada para prestar cuidados que exigem formação e equipamentos de prestação de cuidados de complexidade diferente em relação aos existentes nos centros de saúde, de que a capacidade de realizar cirurgia é o elemento mais distintivo.

Em 2001, os 31 HPR serviam, em mediana, 250.000 habitantes, tinham cerca de uma centena de camas, um médico, um técnico de cirurgia, bloco operatório, enfermarias de medicina, pediatria, cirurgia e obstetrícia/ginecologia, e escassa capacidade de realização de exames de imagem e de laboratório. Realizavam a sua missão num contexto de escassez de recursos. A comparação dos dados de Moçambique com os disponíveis a nível africano revela, para Moçambique, menos recursos e mais população sob a responsabilidade de cada hospital. O papel e funções definidoras do HPR no distrito de saúde em Moçambique são: i) a prestação de cuidados de saúde (Cirurgia; Valências de medicina, cirurgia, pediatria e obstetrícia-ginecologia; Exames complementares de diagnóstico e serviços de apoio: exames de imagem, laboratório, transfusão de sangue; Actividades preventivas, não sendo esta função consensual); ii) Supervisão; iii) Formação e iv) Referência.

O sistema de saúde Moçambicano, e outros, descrevem-se como níveis que se complementam e que referem entre si as pessoas que necessitam de diferentes cuidados. Por outro lado, a evidência que se descreve nesta tese mostra a persistência, ao longo de décadas, de um quadro

bem diferente. A capacidade de referência é muito reduzida. Provavelmente, para a maioria das pessoas, a solução dos problemas de saúde ou é encontrada localmente ou não existe.

Em relação á complementaridade entre unidades sanitárias e divisão de funções, uma questão que não parece resolvida em Moçambique, nem na África Subsaariana, é a de saber se devem os HPR ser nível de referência para todos os utilizadores ou apenas para populações distantes, cumprindo o HPR funções de Centro de Saúde para as populações próximas. Talvez fosse possível ter soluções distritais de complementaridade entre unidades sanitárias diferentes, atendendo ao contexto, mas isso deveria ser descrito e clarificado, de forma a permitir aprender e a fazer melhor. No planeamento isso tem implicações práticas: onde não há unidades sanitárias e vão ser construídas de raiz, deve construir-se o centro de saúde junto ao hospital?

A supervisão é teoricamente muito defendida. Falta evidência sobre a sua exequibilidade e de que formas (com que características) pode contribuir para a formação, melhoria de coordenação e qualidade de cuidados.

Os HPR são o nível mais negligenciado dos cuidados de saúde em Moçambique. Esta tese mostra escassez de cuidados hospitalares de nível II. Apesar da contínua presença de objectivos de desenvolvimento dos HPR nos documentos de planeamento, os HPR, basicamente, reabilitados, são praticamente os mesmos desde a independência. Já em relação à sua actividade, ao número de profissionais e à sua qualificação (número de médicos e técnicos de cirurgia), parece ter havido uma evolução favorável.

Dois estudos sugerem que o nível secundário, dos HPR, é “entrincheirado” e prejudicado pelo facto de a aposta do financiamento dos doadores se ter destinado sobretudo ao nível I, dos postos e centros de saúde, e o do Orçamento do Estado ser gasto maioritariamente nos níveis III e IV (Hospitais Provinciais e Centrais) (Noormahomed, Segall, 1994; Beattie, Kraushaar, 1999a e 1999b).

Em termos do tratamento e apresentação de informação sanitária, a informação respeitante aos HPR, seus equipamentos, financiamento ou produtividade, é aglutinada à do distrito ou à da Província, só sendo produzidos relatórios separados para os hospitais centrais e provinciais.

Em termos internacionais, embora pareça haver concordância normativa em termos do que deve ser o hospital de distrito desde a década de 80, pouco se tem feito para monitorizar a implementação e desenvolvimento das suas funções.

Um roteiro de investigação para o futuro

Uma das formas das universidades contribuírem para as reformas é pela criação e organização de conhecimento. Esta organização de conhecimento contribui para a boa governação da saúde (Sakellarides, 2003) pela clarificação, explicitação, transparência que os acontecimentos adquirem permitindo melhorar a participação dos cidadãos na discussão e na condução das mudanças sociais.

Por razões anteriormente abordadas, na África Subsaariana, os hospitais pequenos, que tornam acessíveis intervenções básicas em saúde, têm sido preteridos no seu desenvolvimento, em relação a hospitais mais diferenciados, muitas vezes hospitais universitários, em meios urbanos (Van Lerberghe, 1997; Blas, Limbambala, 2001).

Esta tese mostrou a escassez de conhecimento sobre este tipo de hospitais. É pois necessário conhecer melhor o seu contributo actual e potencial para uma “Saúde para todos”.

Este conhecimento é necessário a alguns níveis que a seguir se apresentam.

1. Conhecimento sobre financiamento, custos e despesas dos HPR e dos distritos de saúde.

As revisões de literatura realizadas (Capítulos 2 e 3) mostraram que o conhecimento sobre os fluxos e quantias de financiamento e sobre os custos dos HPR são escassos. Não se encontrou conhecimento sobre os critérios de distribuição de recursos para os distritos. Os estudos de custos e financiamento dos HPR em Moçambique são dificultados pela existência de múltiplos doadores e de diferentes tipos de doação (por exemplo medicamentos, pagamento de pessoal expatriado) e de diferentes formas de organização do financiamento (sendo que só alguns HPR têm orçamento separado da DDS ou da DPS. Por exemplo, o pessoal do HPR pode ser pago directamente pela DPS não estando no orçamento do distrito).

Outro aspecto a ter presente é que os estudos de custos reflectem geralmente os cuidados que são oferecidos e é igualmente necessário calcular os custos dos cuidados necessários.

Para fazer convergir os mecanismos de financiamento com as reformas dos CSP necessárias para reorientar os sistemas de saúde para a “Saúde para todos” (Figura 6.1) é necessário ter conhecimento de como é feito, actualmente, o financiamento dos distritos (que critérios, que quantias, que processos, que dificuldades) e, dentro dos distritos, dos HPR.

2. Adequação dos meios técnicos aos problemas de saúde e resultados da intervenção dos HPR.

A escassez de recursos dentro dos HPR foi demonstrada nesta tese. Há necessidade de um imenso investimento em equipamento, nomeadamente, de diagnóstico de imagem e laboratorial.

No entanto, o equipamento progressivo dos HPR precisa ser orientado pelos problemas de saúde das comunidades que servem.

É pois necessário conhecer e monitorizar os problemas de saúde, os recursos disponíveis, os obstáculos ao acesso aos cuidados e ao cumprimento da missão dos HPR, documentando a efectividade da intervenção dos HPR. É necessária informação sobre o que são e o que fazem os HPR nos distritos correspondentes.

3. Papel social e político do hospital.

O HPR tem uma função técnica mas há outros papéis que estão menos documentados.

Decorrente da sua função de prestação de cuidados de saúde, há um papel estabilizador para a população e actividade económica local. O HPR é um importante empregador na região, desempenhando assim um outro papel social e económico.

O HPR pode ainda desempenhar um papel político de reforço de identidade nacional e de presença do Estado.

4. Arranjos organizacionais no distrito e complementaridade de funções.

Persiste a necessidade de melhor documentar papéis, funções, objectivos e procedimentos entre as diferentes unidades de saúde do distrito ao nível distrital.

Deve o HPR ser nível de referência para todos os utilizadores ou apenas para populações distantes, cumprindo o HPR funções de Centro de Saúde para as populações próximas? Devem os HPR desenvolver algumas funções em comum com os centros de saúde?

Como equilibrar a dificuldade de referência com a disponibilização de cuidados? Como diminuir o isolamento dos trabalhadores da saúde em zonas remotas?

Falta ainda evidência sobre a exequibilidade da função de supervisão e de que formas (com que características) pode contribuir para a formação, melhoria de coordenação e qualidade de cuidados.

Talvez seja desejável ter soluções distritais de complementaridade entre unidades sanitárias diferentes, atendendo ao contexto, mas isso deveria ser descrito e avaliado.

De uma forma geral, a diversidade de arranjos organizacionais no distrito deveria ser melhor documentada para compreender as razões para os diferentes modelos e os níveis de eficiência associados a cada modelo.

5. Processos políticos de implementação dos distritos de saúde / sistemas locais de saúde.

Apesar do esforço normativo, a evidência que existe aponta para dificuldades de implementação dos distritos de saúde. Como demonstrado no capítulo da revisão sistemática de literatura a análise política dos processos de implementação do distrito de saúde e suas dificuldades encontra-se muito pouco estudado. O que existe aponta no sentido da necessidade de identificar as dificuldades de implementação dos HPR e do distrito de saúde, de analisar e clarificar o conhecimento sobre posições e actuações dos diferentes actores e interesses.

O Relatório Mundial da Saúde de 2008 (World Health Organization, 2008) propõe quatro grupos de reformas que fazem convergir o que é necessário fazer no contexto nacional e os valores da equidade, solidariedade e justiça social do movimento dos Cuidados de Saúde Primários: reformas da cobertura universal; reformas da prestação de cuidados de saúde; reformas de política pública; reformas da liderança.

Estes grupos de reformas são representados de forma conjunta significando que não se pode procurar o alinhamento com os valores do movimento dos CSP sem mobilizar nos mesmos objectivos todo o sistema de saúde, nomeadamente: recursos humanos, políticas de financiamento ou prestação de cuidados de saúde, reforma do funcionalismo público, acordos com doadores.

Esta tese contribui essencialmente para informar o primeiro e segundo grupo de políticas (reformas da cobertura universal; reformas da prestação de cuidados de saúde), apesar de, como dito acima, não poder haver reformas isoladas.

Em Moçambique, todas as reformas necessárias a melhorar o acesso, nomeadamente a cuidados de saúde hospitalares, a um nível próximo das populações e para um conjunto de serviços essenciais, vão exigir aumento de investimentos externos, reorientações de investimentos internos e fortalecimento interno nas capacidades de coordenação, negociação e regulação do Ministério da Saúde Moçambicano.

8. APÊNDICES

Apêndice A. Descrição das bases de dados utilizadas na Revisão Bibliográfica

PUBMED

(<http://pubmed.gov>)

A PubMed é um serviço da National Library of Medicine dos Estados Unidos da América e que dá acesso a citações da MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online). A Medline é uma base de dados de citações e resumos de artigos de jornais de ciências da vida com uma ênfase nos jornais biomédicos. As referências dos artigos são indexadas com base num *thesaurus*, o Medical Subject Headings (MeSH).

Os termos do MeSH utilizados para a pesquisa realizada neste trabalho e que foram referência para a escolha de palavras-chave, para as outras bases de dados utilizadas, estão apresentadas de seguida, assim como a sua definição. A posição na hierarquia MeSH, que não é apresentada aqui para cada termo escolhido por ser muito extensa, é indicada pela indentação dos termos. Quando se pesquisa um termo, todos os que lhe estão hierarquicamente abaixo são pesquisados. Esta hierarquização permite fazer pesquisas mais específicas e dirigidas.

Como não foram feitas limitações temporais à pesquisa, o seu horizonte corresponde ao da base de dados (anos 50 aos artigos introduzidas até ao dia da realização da pesquisa).

Tabela Apêndice A.1 Palavras-chave do MeSH utilizadas e respectiva definição

Termo	Definição
Hospitals	Institutions with an organized medical staff which provide medical care to patients.
Hospitals, Community	Institutions with permanent facilities and organized medical staff which provide the full range of hospital services primarily to a neighborhood area.
Hospitals, General	Large hospitals with a resident medical staff which provides continuous care to maternity, surgical and medical patients
Hospitals, Private	A class of hospitals that includes profit or not-for-profit hospitals that are controlled by a legal entity other than a government agency. (Hospital Administration Terminology, AHA, 2d ed)
Hospitals, Religious	Private hospitals that are owned or sponsored by religious organizations
Hospitals, Voluntary	Private, not-for-profit hospitals that are autonomous, self-established, and self-supported
Hospitals, Public	Hospitals controlled by various types of government, i.e., city, county, district, state or federal
Hospitals, District	Government-controlled hospitals which represent the major health facility for a designated geographic area
Hospitals, Rural	Hospitals located in a rural area
Economics, Hospital	Economic aspects related to the management and operation of a hospital
Hospital Charges	The prices a hospital sets for its services. HOSPITAL COSTS (the direct and indirect expenses incurred by the hospital in providing the services) are one factor in the determination of hospital charges. Other factors may include, for example, profits, competition, and the necessity of recouping the costs of uncompensated care.
Equipment and Supplies, Hospital	Any materials used in providing care specifically in the hospital
Hospital Administration	Management of the internal organization of the hospital

(continua)

Tabela Apêndice A.1 Palavras-chave do MeSH utilizadas e respectiva definição (continuação)

Termo	Definição
Hospital Planning	Area wide planning for hospitals or planning of a particular hospital unit on the basis of projected consumer need. This does not include hospital design and construction or architectural plans.
Catchment Area (Health)	A geographic area defined and served by a health program or institution.
Africa South of the Sahara	All of Africa except Northern Africa. Includes: Cameroon, Central African Republic, Chad, Congo, Democratic Republic of the Congo, Equatorial Guinea, Gabon, Burundi, Djibouti, Eritrea, Ethiopia, Kenya, Rwanda, Somalia, Sudan, Tanzania, Uganda, Angola, Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique , Namibia, South Africa, Swaziland, Zambia, Zimbabwe, Benin, Burkina Faso, Cape Verde, Cote d'Ivoire, Gâmbia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Libéria, Mali, Mauritania, Niger, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Togo.
Community Health Planning	Planning that has the goals of improving health, improving accessibility to health services, and promoting efficiency in the provision of services and resources on a comprehensive basis for a whole community. (From Facts on File Dictionary of Health Care Management, 1988, p299)
Primary Health Care	Care which provides integrated, accessible health care services by clinicians who are accountable for addressing a large majority of personal health care needs, developing a sustained partnership with patients, and practicing in the context of family and community. (JAMA 1995;273(3):192)
Mozambique	An independent state in southern Africa, south of TANZANIA and east of ZAMBIA, on the Indian Ocean. Its capital is Maputo. It was formerly called Portuguese East Africa, the town of Mozambique having been a Portuguese trading fort early in the 16th century. Organized as a colony in 1907, it became an overseas province of Portugal in 1951 and became independent in 1975. The name is a Portuguese corruption of the Arabic <i>musa malik</i> : Musa (the name of an early African ruler) + <i>malik</i> (king). (From Webster's New Geographical Dictionary, 1992, p798 & Room, Brewer's Dictionary of Names, 1992, p365)

Nota: "First referral hospital", "District hospital", "Health district", "Local health systems" ou "health care networks" não existem como termo no MeSH

PROQUEST HEALTH

<http://proquest.umi.com>

Combina revistas de investigação clínica com centenas de outras na área da saúde, tendo especial interesse para a área da saúde pública e administração de saúde. Dá acesso a cerca de 1.500 publicações, sendo que cerca de 970 estão indexadas na MEDLINE. Desde 1986.

EMERALD

<http://www.emeraldinsight.com>

É a mais importante base de dados e editora de jornais académicos, com peer review, na área da gestão. Dá acesso a cerca de 300 títulos, com acesso a texto integral ou abstract.

B – ON, BIBLIOTECA DE CONHECIMENTO ONLINE

<http://www.b-on.pt>

A Biblioteca do Conhecimento Online (b-on) (que inclui a Web of Science e o Journal Citation Reports), disponibiliza o acesso ilimitado e permanente nas instituições de investigação e do ensino superior aos

textos integrais de mais de 16.750 publicações científicas internacionais de 16 editoras, através de assinaturas negociadas a nível nacional com essas editoras. Inclui várias bases de dados de áreas científicas diferentes que agrupam conjuntos de revistas seleccionados por tema.

WHOLIS, World Health Organization Library & Information Networks for Knowledge Database

<http://dosei.who.int/uhtbin/cgiirsi/Wed+Sep+24+22:08:11+MEST+2008/0/49>

Esta base de dados contém todas as publicações disponibilizadas no centro de documentação da sede mundial da Organização Mundial de Saúde em Genebra. Não se tratam de artigos publicados em revistas científicas mas publicações da OMS ou de países membros, na área da saúde. Grande parte dos documentos é disponibilizada em formato digital.

Base de dados do Centro de documentação do Ministério da Saúde em Moçambique

O centro de documentação do Ministério da Saúde em Moçambique tem, entre outras, a função de recuperar, sistematizar, organizar e disponibilizar o maior número possível de documentos da memória institucional do MISAU podendo encontrar – se documentos vários processados numa base de dados. Um dos serviços oferecidos é a Consulta de documentos de Governo e da Colecção Moçambicana – literatura cinzenta e publicada.

A consulta da base de dados é feita a pedido através de um funcionário a quem se comunica o assunto em pesquisa. Sabe – se também do grande atraso na introdução de documentos na base de dados e respectiva catalogação que os torne consultáveis.

Apêndice B. Sumários dos estudos empíricos da revisão sistemática HPR na África subsaariana

Tabela Apêndice B Hospitais de primeira referência em África – Sumários dos estudos empíricos

Referência	Objectivos	Métodos	Conclusões principais
Hamel, 1988	To characterize hospitals workload	quantification for 16 parameters, based on data in 120 annual reports (1979-1984) 40 hospitals 5 Sub-Saharan countries	The hospital has a staff of 86. Of the staff 35 are trained in nursing whereas 4 had a medical education. There are 2 resident doctors. Referring to 300 working days a year, the staff deal with 203 outpatients a day. Each day 17 patients are admitted. The length of stay per patient is 8.7 days. The number of beds is 138. Each day 119 beds are occupied. The occupancy rate is 86%. One staff trained in nursing is available for every 4 beds. Every 2 days 5 deliveries take place. Of the 922 deliveries annually 31 are terminated by Caesarean section: the Caesarean birth rate is 3,8%. Every week 5 major operations are performed. Of all major operations 40% concern emergency procedures. About 4 minor surgical procedures are performed each working day. In the laboratory 75 examinations are done on each working day. The hospital serves a population of 110.000.
Van Lerberghe, 1992	To provide a typology of district and first referral level hospitals in sub-Saharan Africa.	mail survey 88 mainly non-governmental hospitals 25 African countries 1988	The place of the hospital within the spatial organization of the health care district (population served and other health units) makes possible to classify the hospitals in three groups (first referral for the district, first referral for neighbouring districts; second referral level other district hospitals). The analysis of the role of the hospital in the management of the district and the support of the peripheral network is based on information about the formal relations of authority, the participation of the hospital in training and supervision, in provision of drugs and in the financial management of the district. The available information on expenditure and sources of financing is presented. The median hospital has 141 beds and 3 physicians. The median district where the hospital is located has 160.000 inhabitants and 10 peripheral units. It conducts about 1.000 deliveries and hospitalises 4.000 patients a year.
Khalef, 1996 2 documents	To describe the situation of district hospitals	13 hospitals Mauritania 1995	Hospitals are lacking drugs, human resources and don't provide food for the patients. Surgery does not function in most hospitals and the bed occupancy rate is low.
Walraven, 1996	To investigate the willingness of patients and households to pay for rural district hospital services in north-western Tanzania	Interviews with 500 outpatients and 293 inpatients at three district level hospitals interviews with 1500 households and discussions with 22 focus groups within the catchment areas 1994	The willingness to pay for district hospital services was large. Furthermore, most respondents favoured a local insurance system above user fee systems, a finding which applied at all places and in all the surveys. The most important outcome of this study is that people prefer a prepayment scheme above user fees and, in the focus group discussions, flat rates above differentiated rates. People chose the systems which can have a redistributive effect and extend solidarity amongst them.

(continua)

Tabela Apêndice B Hospitais de primeira referência em África – Sumários dos estudos empíricos (continuação)

Referência	Objetivos	Métodos	Conclusões principais
English, 2004a	To investigate the performance of district hospital in delivering basic, cost effective health care to children; To assess how practices compare with national and international guidelines for the care of sick children	Kenya 14 first referral level hospitals From sample of 13 districts (total of 70) routine statistics July and October, 2002	Routine statistics showed considerable variation in inpatient paediatric mortality (range 4–15%) and specific case fatality rates (eg, anaemia 3–46%). Case management practices are often not in line with national or international guidelines. For malaria, signs defining severity such as the level of consciousness and degree of respiratory distress are often not documented (range per hospital 0–100% and 9–77%, respectively), loading doses of quinine are rarely given (3% of cases) and dose errors are not uncommon. Resource constraints such as a lack of nutritional supplements for malnourished children also restrict the provision of basic, effective care. Inappropriate use of blood, possible in up to 40% of transfused cases in this survey. Paediatric dosing often depends on a calculation based on the child's weight, but in this study in almost two thirds of cases there was no recorded weight. Curative care of seriously ill children in the most critical phase of admission seems rarely to be provided by doctors and almost never by paediatricians. During this survey, as an indicator condition, data were collected for the use of magnesium sulphate for eclampsia, a treatment supported by research in developing countries, a Cochrane review, and international guidelines. Only one of 14 hospitals reported ever being supplied with magnesium sulphate, and none had guidelines for its use in eclampsia.
English, 2004b	To investigate provision of paediatric care in government district hospitals in Kenya	Kenya 14 first referral level hospitals From sample of 13 districts (total of 70) routine statistics; questionnaires (the views of hospital staff and caretakers of admitted children) July and October, 2002	Paediatric admission rates varied almost ten-fold. In nine hospitals, malaria was the most usual reason for admitting a child and was at least the third commonest reason in all 14 hospitals. Half the hospitals had no system of triage for new outpatient arrivals, and in the seven that had some system it was informal, undertaken by the clinic reception clerk or a nurse in the reception area without specific guidelines. Basic anti-infective drugs, clinical supplies, and laboratory tests were available in at least 12 hospitals, although these might be charged for on discharge. In at least 11 hospitals, antistaphylococcal drugs, appropriate treatment for malnutrition, newborn feeds, and measurement of bilirubin were rarely or never available. Staff highlighted infrastructure and human and consumable resources as problems. Caretakers' views were generally positive, although dissatisfaction with the physical environment in which care took place was common.

(continua)

Tabela Apêndice B Hospitais de primeira referência em África – Sumários dos estudos empíricos (continuação)

Referência	Objectivos	Métodos	Conclusões principais
Couper, 2005	To explore and document what assists a rural district hospital to function well	<p>5 well functioning district hospitals in two districts in South Africa.</p> <p>In-depth interviews with 21 managers</p> <p>Hospitals in these districts were described as functioning well by key informants</p> <p>July-October 2000</p>	<p>Thirteen themes were identified, integrated into three clusters, namely "Teams working together for a purpose" (Teamwork, Purposeful meetings, Relationships, Unity, Commitment), "Foundational framework and values", (Historical ethos, a problem solving perspective, Structure and Systems), "Health service and community" (Integration in the District, Outreach to the Community, Involvement with the Community, Capacity Building).</p> <p>The hospital board includes traditional leaders, representatives of NGO, CBO (community based organizations) and other community leaders.</p>
Conceição, 2009	To describe first referral hospitals and DHS in Mozambique	<p>Questionnaire to the 31 first referral hospitals (governmental)</p> <p>2001</p>	<p>A typical first referral in Mozambique has one medical doctor, about 83 beds and covers a population of about 250.000 inhabitants and 9 health centers. It conducts about 1.391 deliveries and hospitalises 3.152 patients a year.</p> <p>The overall situation is characterised by scarcity of hospitals and of resources within hospitals. There is a lack of human resources, diagnostic support and pharmaceuticals. There are problems of water or energy supply.</p> <p>There is a surprising lack of standardisation in financing, staff establishment organization and distribution of drugs.</p>

(continua)

Tabela Apêndice B Hospitais de primeira referência em África – Sumários dos estudos empíricos (continuação)

Referência	Objetivos	Métodos	Conclusões principais
Mills, 1980	To describe hospital-linked developments and innovations in primary health care	pilot survey sponsored by the International Hospital Federation 1979	<p>Great variety of innovations in the responses</p> <p>A. Services provided at the hospital for direct community access</p> <p>B. Regionalisation of health care (giving hospitals authority over a defined geographical area; employment by hospital of coordinators/supervisors of peripheral units)</p> <p>C. Visits of hospital staff to take hospital services to community</p> <p>D. Visits of hospital staff to run and supervise PHC services</p> <p>E. Supplies provided by hospital to peripheral units</p> <p>F. Research activities by hospital in community setting</p> <p>G. Training staff to run PHC services</p> <p>H. Training members of local communities</p> <p>I. Joint provision by hospital and community services of particular types of care</p> <p>J. Integration of hospital and community health activities</p> <p>K. Integration of health sectors with other sectors</p>
Folmer, 1986	To describe if and how hospitals were supporting primary health care	Questionnaire applied to hospitals in which a Dutch doctor who was a former student at the Royal Tropical Institute, had worked for at least one year 70 hospitals in 14 countries in Tropical Africa. Year?	<p>45 answered questionnaires were received (11 governmental hospitals and 34 voluntary agency hospitals)</p> <p>The typical respondent works in a rural, 100 bed hospitals with one or two other doctors and 24 paramedical staff, situated in a district of 170,000 inhabitants with a population density of 21 inhabitants per km².</p> <p>The tasks directly concerned with PHC support are: referral arrangements with health centres and dispensaries; health education; regular visiting to peripheral health facilities; immunisation; in-service training; involvement of the community in health decisions; training VHW's, and other specific activities such as family planning or nutrition programmes.</p> <p>It appeared that: 11% (5 hospitals) do all the activities; 13% (6 hospitals) do 7 activities; 31% (14 hospitals) do 6 activities; 13% (6 hospitals) do 5 activities; 22% (10 hospitals) do 4 activities; 7% (3 hospitals) do 3 activities; 2% (1 hospital) do 2 activities</p>
WHO, 1987	To describe a national process (Ethiopia) towards strengthening health systems	1985	<p>The district hospital of the district of Jimma is a referral hospital and has full medical, surgical, paediatric, maternity and diagnostic services. Nearly all of the patients treated at the hospital in 1985 came from Jimma town and the surrounding areas, with relatively few patients being referred from other Districts. Furthermore, the ten most commonly treated conditions at the hospital vary little from those treated at Serbo health station by three health assistants, and at an average cost of only 1 Birr per patient</p> <p>Describes the 10 most common conditions treated in hospital and compares cost per patient in Hospital and health centre</p>

(continua)

Tabela Apêndice B Hospitais de primeira referência em África – Sumários dos estudos empíricos (continuação)

Referência	Objectivos	Métodos	Conclusões principais
Van Lerberghe, 1988	To assess the influence of coverage with a network of health centres delivering primary care on hospitalization patterns.	routine data from the district Kasongo, Zaire Year?	Admission rates are 2.1 times higher for non-covered than for covered areas. For non-justified hospitalizations (false positives) distance decay is marked both in covered and non-covered areas, but at consistently lower levels in covered areas. For justified hospitalizations (true positives), hospitalization rates are markedly lower in covered than in non-covered areas if one considers areas with reasonable (< 40-50 km) access to the hospital. In more remote areas the relationship is inverted, and populations from non-covered areas do not use the hospital at all, whilst some people from covered areas do reach the hospital.
Rypkema, 1994	To investigate the actual cooperation between Medicus Mundi International related hospitals, health centres and district health authorities	73 hospitals 18 sub-Saharan countries The MM surveys of 1985 and 1989 were addressed to the same hospitals. 1992/93	The hospitals in this survey are comparable with the hospitals described in previous studies (Van Leberghe et al, 1992; Hammel, 1988). Little change has been noticed in the functioning of the typical NGO first referral hospital in the past ten years. The large majority of the hospitals are first referral level hospitals. Their mean size is 151 beds and the mean number of beds per doctor is 65. Compared with earlier MMI studies the cooperation with the MOH at district level has improved. A District Health Management Team is found in almost 65% of the districts of the NGO hospitals. PHC activities are carried out by nearly all hospitals. However, the variety and intensity differ very much and so does the extent to which agreement has been reached with district authorities about cooperation concerning PHC activities. Most respondents find the concept of DHS a useful system for improving health. The lack of managerial capacities and financial shortages are factors that slow down the process of implementing the District health System.
Snow, 1994	To estimate the likely impact of in-patient care offered by a rural district hospital on the Kenyan coast on under 5's mortality	through comprehensive demographic and hospital surveillance May 1991-April 1993	Within this population, childhood mortality may have been reduced by 44% as a result of hospital in-patient care.

(continua)

Tabela Apêndice B Hospitais de primeira referência em África – Sumários dos estudos empíricos (continuação)

Referência	Objectivos	Métodos	Conclusões principais
Beyer, 1998	To describe and analyse the process of adoption of the new concept of so-called 'sanitary zones' in the Republic of Benin as part of the health sector reform	The analysis of the reform is based on the examination of documents and interviews carried out in Benin in February 1997	The main findings show that the reasons for the specific policy choice do not emerge clearly. The main problems identified are: the role of the hospital, the incongruous administration, resistance against the reform and the question whether the government actually has the political will to change. The majority of the interviewees considered the introduction of 'sanitary zones' as an imposition of the donor agencies since no national discussions were held at the time
Porignon, 1998	To show how a rural health district has been able to adjust and maintain its medical activities under unfavourable conditions	Analysis of routine medical data collected in the Rutshuru Health District (RHD), Democratic Republic of Congo between 1985 and 1995. The period of analysis includes July 1994 when the province faced an influx of Rwandan refugees	For 11 years, health infrastructures have remained accessible and functional in RHD. The curative utilization and preventive coverage rates increased. Obstetrical activities at the single first referral hospital were intensified from a quantitative as well as from a qualitative point of view. Caesarean sections/deliveries at hospital evolved from 5.6 to 32.8, case fatality after caesarean section improved from 7.1 to 0.9.
Blas, 2001	To analyse the hospital issue on the health sector reform 1993-1998 in Zambia	data were collected from publicly available documents and reports 1997	There are five categories of hospitals in Zambia: 66 first, 16 second and 2 third level referral hospitals, one teaching hospital, and three specialized hospitals. Hospital ownership is distributed between the government, with 47 hospitals, the missions with 30, and industry with 11. Out of the 72 districts in the country, 31 (43.0%) manage their own first-level referral hospitals, 14 (19.4%) have no hospitals within their boundaries, and 3 (4.1 %) only have hospitals reserved for the mining population. The remaining 24 districts (33.3%) have only mission-owned first level hospitals or higher-level hospitals. The results show that an historical legacy from the colonial and post-colonial eras has left the country with an expensive and skewed hospital structure that is rapidly deteriorating and very difficult to reform. The referral system is not functioning: higher-level hospitals provide a higher level of care to their immediate catchment populations than is available to the population in general.

(continua)

Tabela Apêndice B Hospitais de primeira referência em África – Sumários dos estudos empíricos (continuação)

Referência	Objetivos	Métodos	Conclusões principais
			The health service areas are geographical divisions of 38,000-40,000 people served by a health service area (HAS) hospital (district hospital).
			Lesotho has 19 HAS, 10 of which are supervised by government hospitals and nine by mission hospitals
		Review of publications	Each HAS hospital has 100-250 beds. It is equipped with laboratory and radiological facilities.
		Interviews with users	There is also an integrated mental observation and treatment unit and intermediate surgical procedures
		Year?	The hospital supervises all the health centres' and clinic under it, and each district hospital has ambulance services for patient evacuation to the specialist hospitals. A one way radio communication facility is provided where telephone services are not available"
Shonubi, 2005	To describe the mode of operation of the healthcare system in Lesotho		Secondary level health care is provided by medical officers, registered nurses/midwives and nurse assistants as well as visiting consultants of various specializations
		Analysis of data from paediatric activity at hospital, before and after the creation of the supervised community health care	Diagnosis of ascariasis, malnutrition and anemia has fallen while hospitalization for tuberculosis and urinary schistosomiasis is now being recorded.
Diallo, 2007	To evaluate a community health care service supervised and set up in 1999 by a hospital in Gabon	2006	

(continua)

Tabela Apêndice B Hospitais de primeira referência em África – Sumários dos estudos empíricos (continuação)

Referência	Objectivos	Métodos	Conclusões principais
Lamine, 1992	To analyse reference problems in the District of Guéckedou, Guinea	Routine information systems reports 1989 and 1990	Less the 15% of hospitalised patients (on the single district hospital Guéckedou) were referred. 85% were auto referrals for a consultation in hospital that finished on an admission. The hospital has 0.45 beds per 1.000 inhabitants. The beds are occupied at 20-23% of the capacity.
Nordberg, 1996	To determine the referral rate, the characteristics of patients referred the reasons for referral and, in a sub-sample, its outcome in a rural area of Meru district in central Kenya	Study I recorded data on 602 patients referred to hospital from 13 rural clinics; follow-up interviews were conducted with a subsample of 57 referred patients. Study II interviewed 97 consecutive outpatients seeking care at Meru District Hospital. 1991	The 602 referred cases represent between 0.3 and 1.8% of all new patients at the respective clinic. More than half of the referrals were for treatment only while 13% were for investigation. A minority (19 of 95, or 20%) of the out-patients interviewed at Meru District Hospital out-patient department reported having been referred there, 11 in writing and 8 verbally. Among the least educated, one out of three had obtained a written referral while this happened to four out of five of the best educated. Rates of formal clinic-to-hospital referral were very low. Reasons included poor access to transport; patient inability to pay user fees, transport outlays, and other expenses; time constraints in emergency situations; and lack of feedback information from hospital to clinic. Verbal referral was common.
Font, 2002	To study paediatric referrals from the aspect both of primary level facilities and the referral hospital in Kilombero District, southern Tanzania	Under 5 years of age A sample of patient records from primary level government health facilities throughout 1993 Interviews to caregivers attending the district hospital August 1994 to July 1995	From record review, only 0.6% of children from primary level government facilities were referred to a higher level of care. At the referral hospital, 7.8 cases per thousand under five catchment population had been referred annually. The hospital Mother and Child Health clinic and Out Patient Department were generally used by children who lived nearby: 91% (n = 7,166) of sick children and 75% (n = 607) of admissions came from within 10 km. Of 235 referred children, the majority (62%) had come from dispensaries. Almost half of the referrals (48%) took 2 or more days to arrive at the hospital. Severe malaria and anaemia were the leading diagnoses in referred children, together accounting for a total of 70% of all the referrals. Most referred children (167/235, 71%) were admitted to the hospital paediatric ward.

(continua)

Tabela Apêndice B Hospitais de primeira referência em África – Sumários dos estudos empíricos (continuação)

Referência	Objetivos	Métodos	Conclusões principais
Bossyns, 2004	To understand the nature of the constraints to referral that relate to the interaction between nurses and patients	Information was triangulated from three sources in two rural districts in Niger: first, 46 semi-structured interviews with health centre nurses; second, 42 focus group – patients, relatives of patients and others; third, 231 semi-structured interviews with referred patients. Year?	Passive patients without 'voice' reinforce authoritarian attitudes of health centre staff. The latter appear reluctant to refer because they see little added value in referral and fear loss of power and prestige. As a result staff communicates poorly and show little eagerness to convince reluctant patients and families to accept referral proposals. Only 2/46 nurses (4%) seemed to understand the rationale for structuring the system in two levels. All acknowledged a health centre-hospital gradient in technical resources, but few saw real differences in clinical competence between health centres and hospitals. Diminishing referral costs and distance barriers is not enough to correct failing referral systems. There is also a need for investment in district hospitals (at this moment only 3 district hospitals out of 33, each catering for an average population of 200,000, have a district medical officer who performs surgery) to make referrals visibly worthwhile and for professional upgrading of the human resources at the first contact level, so as to allow for more effective referral patterns.
Bossyns, 2005	To estimate the impact and cost-effectiveness of an important investment that was made in two health districts in Niger to organize an emergency referral system	2 rural health districts After installing a solar radio network in the health centres, emergency calls and related data were monitored over 7 years and investment and recurrent costs for the system were estimated. 1996-2003	The number of emergency calls increased significantly in both districts. In 2003, the total yearly cost for the district amounted to US\$ 14 147, the cost per useful and successful call was US\$ 49 and the cost per inhabitant and per year was about US\$ 0.06 Another factor, however, has shaped the responses to the introduction of the system: the credibility of the hospital. This can be seen from the fact that the increase in emergency referrals was immediate in Tahoua, where the hospital was fully operational at the moment when the radio-ambulance was introduced, whereas in Ouallam the response was more gradual and only accelerated when the hospital was upgraded. The expectation that the District Hospital now could solve problems undoubtedly influenced the willingness of Health Centre (HC) staff to refer, and the readiness of patients to mobilize the funds for the ambulance. Once the system was established, there were on average five contacts per day with the district management team. Supplies for HC were more easily organized, laboratory results were communicated; most importantly, nurses no longer felt isolated and abandoned
Bossyns, 2006	To establish a benchmark for referral rates in rural Niger so as to allow interpretation of routine referral data to assess the performance of the referral system in Niger.	Strict and controlled application of existing clinical decision trees in a sample of rural health centres allowed the estimation of the corresponding need for and characteristics of curative referrals in rural Niger Compliance of referral was monitored as well. Need was matched against actual referral in 11 rural districts (total of 42) Year?	The referral rate benchmark was set at 2.5 % of patients consulting at the health centre for curative reasons. Niger's rural districts have a referral rate of less than half this benchmark. Acceptability of referrals is low for the population and is adding to the deficient referral system in Niger. Mortality because of under-referral is highest among young children. Analysis of the reasons for referral shows important gaps in the health care provision, either at health centre or at district hospital level. Referral patterns show that the present programme approach to deliver health care leaves a large amount of unmet need for which only comprehensive first and second line health services can provide a proper answer. On the other hand, the benchmark suggests that well functioning health centres can take care of the vast majority of problems patients present with.

(continua)

Tabela Apêndice B Hospitais de primeira referência em África – Sumários dos estudos empíricos (continuação)

Referência	Objectivos	Métodos	Conclusões principais
Van Lemmen, 1988 2 papers	To describe hospitals expenditures	Recurrent expenditure 50 voluntary agency hospitals; 12 African countries Years 1981-83	The percentage distribution, averaged across all hospitals, of 7 major categories was: personal emoluments 48%; drugs and dressings 18%; transport, electricity, water 11 %; food 6%; hospital supplies 5%; repair and maintenance 5%; other expenditure 7%
Mills, 1990 2 papers	To review the cost structure of hospitals	Search of published and unpublished literature in English language 1971-1984	The first conclusion is that we know very little about the allocation of resources to hospitals - hospital absorb approximately 60-80% of government national health facility expenditure and possibly 70% of district-level health facility expenditure. - around 60-80% of hospital expenditure can be absorbed by central and general hospitals, the remainder going to district hospitals
Mills, 1993 2 documents	To review the allocation of Ministry of health resources within six districts in Malawi, with particular emphasis on the proportion absorbed by the hospital and on the unit costs for hospital departments	Purposively selected group of six districts containing hospitals District resource allocation patterns were assessed by carefully disaggregating district costs by level of care and hospital department 1987/88	The Ministry of health accounting system did not distinguish between hospital and non hospital expenditure. A strikingly low proportion of district recurrent costs were absorbed by salaries and wages (27-39%, depending on the district) and a surprisingly high proportion by medical supplies (24-37%). The most expensive cost centre in the hospital was the pharmacy. A total of 27-39% of total recurrent costs was spent outside the hospital and 61-73% on hospital services. Unit costs by hospital department varied considerably by district
Mills, 1997	To examine the economic arguments for contracting district hospital care in two rather different settings in Southern Africa : in South Africa using private-for profit providers and in Zimbabwe using NGO (mission) providers	3 hospitals private-for profit 2 hospitals district like (mission) and 2 district hospitals Analysis of the contracts Analysis of hospitals' performance and costs Year?	The two case studies reported here did indeed find—for a very small sample of hospitals in each case—that the private institutions studied provided services at lower cost than government and with no obviously discernible reduction in quality. However, they also highlighted a number of concerns relating to contracting. One is the lack of expertise in ministries of health in designing contracts. Another is absence of a managerial culture that emphasizes setting objectives and monitoring performance. In relation to contracting with for profit enterprises, there was concern that governments might not be sufficiently skilled to prevent themselves being out-manoeuvred. And in relation to mission organizations, there was concern—similar to that expressed in other contexts – that explicit contractual agreements would damage the culture of missions that underlay their good level of performance
Flessa, 1998	To estimate the costs of hospitals services	16 hospitals of the Evangelical Lutheran Church in Tanzania 1995	The major findings are that costs of providing adequate services are much higher than expected. The most important factors determining these costs are the administrative efficiency of the hospital and the scope of services offered. The costs are provided in "equivalents inpatient days"

(continua)

Tabela Apêndice B Hospitais de primeira referência em África – Sumários dos estudos empíricos (continuação)

Referência	Objectivos	Métodos	Conclusões principais
Kirigia, 1998	To estimate and compare the total and unit costs of providing care in Kilifi District Hospital (KDH) and Malindi Sub-district Hospital (MSH), Kenya	The step-down procedure was used to apportion general costs to departments that provided direct patient care, i.e. the wards and outpatient department. 1993/94	The capital items constitute between 18% and 25% of the total cost in KDH and MSH. About a half of the recurrent costs are taken up by salaries and fringe benefits (54% in KDH and 51% in MSH). Approximately 36% and 33% goes to the purchase of drugs and clinical supplies in KDH and MSH, respectively. Patient food and rations take less than 5% in the two hospitals.
Okello, 1998 2 papers	To assess resource use, costs and financing of health facilities in Uganda	10 districts (a sample of 2 in each region) in the five regions of the country. Records in the health units: July 1991 and June 1992. Consumer survey, focus groups with patients, interviews March and December 1993.	8 district and 12 rural hospitals were studied There was a wide variation in the structural establishment of health facilities, with apparently no fixed standard of what should be expected at what level. The bed occupancy rates in district hospitals were over 100%, while those in the rural hospitals ranged from 54 to 119%. The primary reasons for the large variation in the average length of stay are due to case mix differences Only 15% of respondents visiting hospitals were referrals. The reasons for skipping services nearest to home included: looking for specialized services, non-availability of drugs in the nearest unit and the existence of better trained staff at higher levels.
Wamukuo, 2002	To analyse the actual costs of inpatient, theatre, and outpatient services in five district hospitals (from four provinces of South Africa).	Annual routine cost data Year?	High total costs did not necessarily imply high unit costs, reflecting the high levels of inefficiency or inadequacy of resource inputs. Factors such as ALOS (Average length of stay), bed occupancy and patient throughput contributed significantly to the differences in unit costs. Overall, the cost of an inpatient day was about 3.5 times an average outpatient visit while an operation cost about 9 times an OPD visit and about 3 times the daily inpatient cost. The staff costs averaged above 70% in most departments, while drugs comprised around 5% of total costs. Hospital with highest total OPD costs also had least unit costs suggesting scope for efficiency improvements in the rest of the hospitals. The high proportion of fixed costs (over 80% in all) in the unit costs implies some scope for efficiency improvements in resource allocation and usage.

(continua)

Tabela Apêndice B Hospitais de primeira referência em África – Sumários dos estudos empíricos (continuação)

Referência	Objectivos	Métodos	Conclusões principais
Zere, 2006	To examine the technical efficiency of district hospitals in Namibia	26 hospitals (all public district hospitals in Namibia) Data envelopment analysis (DEA) The benchmark is measured relative to the group's observed best practice Three inputs (total recurrent expenditure, beds and nursing staff) and two outputs (total outpatient visits and inpatient days). 1997/1998-2000/2001	The findings suggest the presence of substantial degree of pure technical and scale inefficiency. The average technical efficiency level during the given period was less than 75%. Less than half of the hospitals included in the study were located on the technically efficient frontier. Increasing returns to scale is observed to be the predominant form of scale inefficiency. There is a wide variation among the district hospitals in terms of capacity utilization as measured by bed occupancy rate, bed turnover ratio and average length of stay. It is observed that the mean occupancy rates for all the years are much less than the conventionally accepted levels of 80–85% occupancy rate. Furthermore, some of the hospitals have occupancy rates that are very low even compared to the means of the district hospitals included in the study
Olukoga, 2007	To estimate the unit costs of inpatient days in five district hospitals in South Africa	The ingredients approach was used, combining a top-down and step-down allocation of overhead costs of the six final cost centres. The measures of inpatient care used were: admissions, inpatient days and average length of stay. 2002	There was considerable variation in the unit costs of inpatient days in the hospitals studied. The very low bed occupancy rates in these hospitals are indicative of inefficiency in their operations Personnel costs were the major cost component and ranged from 73 percent to 82 percent of the unit costs. Drugs accounted for between 2.8% and 6.6% of the inpatient days in the different categories of patient studied

(continua)

Apêndice C. Referências bibliográficas dos documentos que abordam cada uma das áreas problemáticas no Distrito de Saúde (Tabela 2.18)

Tabela Apêndice C Referências bibliográficas dos documentos que abordam cada uma das áreas problemáticas no Distrito de Saúde (Tabela 2.18)

Áreas	Número de documentos	Referências
Sistema de referência	18	Jorgensen, 1975; Mahier, 1980; Taylor, 1982; Jacobson, 1985; Turner, 1985; Ebrahim, 1989; WHO-TRS 744, 1987; Van Lerberghe, Lafort, 1990; Tarimo, 1991; WHO-TRS 827, 1992; Stefanini, 1994; WHO-WPRO, 1992; WHO-WPRO, 1996; WHO-WPRO, 1998; WHO-TRS 869, 1997; WHO-SEAR, 1999; Chatora, Tumusiime, 2004; WHO-WHR, 2006
Gestão	12	
Recursos Humanos (recrutamento, retenção, descrição de tarefas / "job descriptions", formação, competência de gestão)	5	Sinha, 1989; Vaz, 1990; WHO-TRS 803, 1990; OMS-IMT-GTZ, 1992; WHO-SEAR, 1999
Dificuldades na integração com programas verticais;	4	Janovsky, 1988; Tarimo, 1996; WHO-SEAR, 1999; WHO-WPRO, 1998
Colaboração e comunicação entre unidades de saúde, programas, comunidade		
Transportes	4	Janovsky, 1988; Tarimo, 1996; Cooper-Poole, 1985; Turner, 1985
Necessidade de suporte dos níveis regional e central	2	Newell, 1989; Coche, 1990
Desenvolvimento de sistemas de informação	1	Janovsky, 1988
Definição e distribuição de tarefas (sobreposição/lacunas; centros de saúde/hospitais)	10	Jorgensen, 1975; Kutrannon, 1985; Ngure, 1985; Janovsky, 1988; Van Lerberghe, Lafort, 1990; Vaz, 1990; World Bank, 1994; Pearson, 1995a; Debas et al., 2006; WHO-WHR, 2008
Dimensão espacial e cultural (definição de áreas, áreas de responsabilidade, estruturas no distrito)	3	Newell, 1989; Coche, 1990; Abdel Rahim, 1992
Conflitos em processos de descentralização e autonomia	2	Zwarenstein et al., 1993; Shaikh, Rabbani, 2004
Expansão de serviços de saúde / implementação de distrito de saúde em condições desfavoráveis	1	WHO-WHR, 2005

Apêndice D. Referências bibliográficas dos documentos que abordam o papel e funções que o HPR tem ou deveria ter (Tabela 2.19)

Tabela Apêndice D Referências bibliográficas dos documentos que abordam o papel e funções que o HPR tem ou deveria ter (Tabela 2.19)		Referências
Papel / Funções do hospital de primeira referência no distrito de saúde	Número de documentos	
Prestação de cuidados de saúde / serviços clínicos 29		
Cuidados de saúde (curativos, preventivos e de reabilitação)	29	WHO-TRS 122, 1957; WHO-TRS 176, 1959; Jorgensen, 1975; Mahler, 1980; Carreon, 1981; Aga Khan-WHO, 1981; Hardie, 1984a; Kutraron, 1985; Ngunire, 1985; WHO_TRS 744, 1987; Janovsky, 1988; Ebrahim, 1989; Van Lerberghe, Lafort, 1990; Tarimo, 1991; WHO-TRS 819, 1992; WHO-WPRO, 1992; OMS-IMT-GTZ, 1992; World Bank 1994; Montoya-Aguilar, 1994; Pearson, 1995b; Tarimo, 1996; WHO-WPRO, 1996; WHO-WPRO, 1998; Department of Health, 2002; Chatora, Tumusiime, 2004; Görgen et al., 2004; Debas et al., 2006; English et al., 2006; Republique du Rwanda, [200-]
Normas e padrões (serviços a oferecer, perfil dos profissionais)	18	WHO-TRS 122, 1957; Jorgensen, 1975; Montoya-Aguilar, 1981; Van Lerberghe, Lafort, 1990; WHO-TRS 819, 1992; World Bank 1994; Montoya-Aguilar, 1994; Pearson, 1995b; WHO-WPRO, 1992; WHO-WPRO, 1996; WHO-WPRO, 1998; DepartmentHealth, 2002; Chatora, Tumusiime, 2004; Görgen et al., 2004; Marx, Schmidt-Ehry, 2004; Debas et al., 2006; English et al., 2006; Republique du Rwanda, [200-]
Estratégia avançada / unidades móveis	5	Cooper-Poole, 1985; Kutraron, 1985; Turner, 1985; Janovsky, 1988; Pearson, 1995b
Gestão / suporte à gestão	25	Carreon, 1981; WHO-WPRO, 1992; WHO-WPRO, 1996; WHO-WPRO, 1998; Chatora, Tumusiime, 2004; Republique du Rwanda, [200-]
Fornecimento de bens e apoio logístico ao distrito de saúde (Inclui fornecimento de medicamentos, manutenção de equipamento, transportes)	12	Aga Khan-WHO, 1981; Taylor, 1982; Jacobson, 1985; Kutraron, 1985; Turner, 1985; WHO-TRS 744, 1987; Janovsky, 1988; WHO-TRS 819, 1992; OMS-IMT-GTZ, 1992; AbdelRahim, 1992; Musowe, 1996; DepartmentHealth, 2002
Planeamento / suporte ao planeamento dos cuidados de saúde primários no distrito	6	Jacobson, 1985; Kutraron, 1985; Ebrahim, 1989; Tarimo, 1991; WHO-TRS 819, 1992; Musowe, 1996
Financiamento, custos e despesas	4	OMS-IMT-GTZ, 1992; Hanson, Gilson, 1996; Van Lerberghe et al., 1994; English et al., 2006
Desenvolvimento de sistemas de informação / vigilância / monitorização / suporte à informação no distrito	4	Taylor, 1982; Jacobson, 1985; Kutraron, 1985; DepartmentHealth, 2002
Envolvimento da comunidade	4	Aga Khan-WHO, 1981; Janovsky, 1988; Sinha, Kumar, 1989; Pearson, 1995b
Formação em gestão e administração aos trabalhadores dos CSP / partilha de competência em gestão e administração / melhoria de competência em gestão e liderança	3	Aga Khan-WHO, 1981; Jacobson, 1985; Sinha, Kumar, 1989
Recursos humanos (retenção)	3	Taylor, 1982; Abdel Rahim, 1992; Pearson, 1995a
Colaboração intersectorial	3	Aga Khan-WHO, 1981; Sinha, Kumar, 1989; Republique du Rwanda, [200-]

(Continua)

Tabela Apêndice D Referências bibliográficas dos documentos que abordam o papel e funções que o HPR tem ou deveria ter (Tabela 2.19)
(continuação)

Papel / Funções do hospital de primeira referência no distrito de saúde	Número de documentos	Referências
Formação	24	
Desenvolvimento profissional contínuo / apoio à formação dos profissionais de saúde do distrito	21	Mahler, 1980; Carreon, 1981; Jacobson, 1985; Kutranon, 1985; Nguire, 1985; Turner, 1985; WHO-TRS 744, 1987; Ebrahim, 1989; Sinha, Kumar, 1989; Tarimo, 1991; WHO-TRS 819, 1992; OMS-IMT-GTZ, 1992; Abdel Rahim, 1992; Pearson, 1995b; Musowe, 1996; WHO-WPRO, 1992; WHO-WPRO, 1996; WHO-WPRO, 1998; Chatora, Tumusiime, 2004; Debas et al., 2006; Republique du Rwanda, [200-]
Formação pré graduada de profissionais de saúde	10	WHO-TRS 122, 1957; Taylor, 1982; WHO-TRS 744, 1987; Ebrahim, 1989; Tarimo, 1991; WHO-TRS 819, 1992; Pearson, 1995b; WHO-WPRO, 1992; WHO-WPRO, 1996; WHO-WPRO, 1998
Reorientação de programas de formação para os CSP	7	WHO-TRS 122, 1957; Aga Khan-WHO, 1981; Carreon, 1981; Taylor, 1982; Hardie, 1984a; Nguire, 1985; Sinha, Kumar, 1989
Educação para a saúde / informação para o público	6	WHO-TRS 122, 1957; Mahler, 1980; Carreon, 1981; Hardie, 1984a; Sinha, Kumar, 1989; Republique du Rwanda, [200-]
Investigação (biomédica, em serviços de saúde, avaliação de estado da saúde)	10	Mahler, 1980; Aga Khan-WHO, 1981; Carreon, 1981; Taylor, 1982; Hardie, 1984a; Kutranon, 1985; Nguire, 1985; Tarimo, 1991; OMS-IMT-GTZ, 1992; Chatora, Tumusiime, 2004
Supervisão	9	Aga Khan-WHO, 1981; Taylor, 1982; Kutranon, 1985; Abdel Rahim, 1992; Pearson, 1995a; Janovsky, 1988; Tarimo, 1991; OMS-IMT-GTZ, 1992; Republique du Rwanda, [200-]

Apêndice E. Lista dos hospitais estudados (sub-estudo 3)

Tabela Apêndice E Lista de hospitais estudados

Província	Categoria do hospital
Niassa	Rural de Cuamba
Cabo-Delgado	Rural de Mueda
	Rural de Mocimba da Praia
	Rural de Montepuez
Nampula	Rural de Namapa
	Rural de Monapo
	Geral de Nacala
	Geral de Angoche
Zambézia	Rural de Ribaué
	Rural de Milange
	Rural de Gurué
Tete	Rural de Mocuba
	Rural de Songo
	Rural de Agonia
Manica	Rural de mutarara
	Rural de Catandica
Sofala	Rural de Inhaminga
	Rural de Marromeu
	Rural de Nhamatanda
	Rural de Búzi
Inhambane	Rural de Vilankulo
	Rural de Chicunque-Maxixe
Gaza	Rural de Chicumbane
	Rural de Manjacaré
	Rural de Chibuto
	Rural de Chókwé
Maputo Província	Rural de Xinavane
	Distrital de Manhiça
	Geral da Machava
Maputo Cidade	Geral José Macamo
	Geral de Mavalane

Apêndice F. Questionário com respostas

CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS DE PRIMEIRA REFERÊNCIA EM MOÇAMBIQUE

QUESTIONÁRIO

Índice:

1. Identificação
2. Caracterização do hospital
3. Propriedade e gestão do hospital
4. Actividades e produção hospitalar
 - 4.1. Actividades de promoção e prevenção da saúde
 - 4.2. Actividade curativa em ambulatório
 - 4.3. Internamento
 - 4.4. Qualidade hospitalar
 - 4.5. Outros serviços hospitalares
 - 4-6. Apoio de hotelaria a doentes
5. Recursos hospitalares
 - 5.1. Recursos humanos
 - 5.2. Abastecimento de medicamentos
 - 5.3. Recursos financeiros
 - 5.4. Outros recursos
6. Comentários finais

1. Identificação do respondente do questionário

Nome:

Função:

Hospitais respondentes 31

Função do respondente	Nº de hospitais
Director/a do Hospital	20
Director Distrital de Saúde	7
Directora da Área de Saúde	1
Director Clínico	2
Substituto do Director do Hospital	1

Endereço para envio de resultados:

2. Do hospital

Nome:

Endereço:

2. Caracterização do Hospital

3. Quantos habitantes vivem no Distrito em que se situa o hospital?

Nº habitantes _____

Hospitais respondentes: 31

Número de habitantes do distrito onde se situa o hospital	
Média	210.597,9
Mediana	170.624
Máximo	968.844
Mínimo	18.727

4. A área de saúde do hospital corresponde à área de saúde sob responsabilidade da Direcção Distrital de Saúde (DDS)?

Sim

Não

Hospitais respondentes: 31

Correspondência entre a área de saúde do hospital e da DDS	Número de hospitais
Sim	23
Não	8

5. Quantos habitantes vivem na área de saúde sob responsabilidade directa do hospital (estes poderão ser os mesmos ou diferentes da população referida na pergunta anterior)?

Nº habitantes _____

Hospitais respondentes: 31

Número de habitantes sob responsabilidade directa do hospital	
Média	309.231,97
Mediana	248.866
Máximo	968.844
Mínimo	18.727

6. O hospital recebe pacientes provenientes das unidades sanitárias localizadas em que área? (assinale mais do que uma opção, se necessário)

Da área de saúde sob responsabilidade do hospital

Fora da área de saúde sob responsabilidade do hospital

Hospitais respondentes: 31

Proveniência dos doentes	Número de hospitais
Da área de saúde sob responsabilidade do hospital	31
Fora da área de saúde sob responsabilidade do hospital	30

7. Como caracteriza a população sob responsabilidade directa do hospital?

- Predominantemente urbana
 Predominantemente suburbana
 Predominantemente rural

Hospitais respondentes: 30

Caracterização da população sob responsabilidade directa do hospital	Nº de hospitais
Predominantemente urbana	1
Predominantemente suburbana	4
Predominantemente rural	25

8. Como caracteriza a população servida pelo hospital, mas que não é proveniente da área de responsabilidade directa do hospital?

- Predominantemente urbana
 Predominantemente suburbana
 Predominantemente rural

Hospitais respondentes: 31

Caracterização da população servida pelo hospital	Nº de hospitais
Predominantemente urbana	0
Predominantemente suburbana	3
Predominantemente rural	28

9. Onde está localizada a DDS?

- Dentro do hospital
 Fora do hospital

Hospitais respondentes: 31

Localização da Direcção Distrital de Saúde	Nº de hospitais
Dentro do hospital	17
Fora do hospital	14

10. Quantas unidades sanitárias existem no seu Distrito? (indique o número de unidades por cada categoria por favor)

Unidades Sanitárias (US)	Pertença ao sector público	Pertença do privado não lucrativo	Pertença do privado lucrativo
Hospital Central			
Hospital Provincial			
Hospital Distrital			
Outro tipo de hospital (mencione)			
Maternidades			
Tipo I			
Tipo II			
Centros de Saúde Urbanos:			
Tipo A			
Tipo B			
Tipo C			
Centro de Saúde Rurais			
Tipo I			
Tipo II			
Postos de Saúde			
Clínicas ou Policlínicas ¹³			
Consultórios Médicos ¹⁴			
Farmácias			

Porque alguns hospitais não distinguiram os diferentes subtipos de Unidades Sanitárias (Centros de Saúde e maternidades) os resultados são apresentados em conjunto.

Hospitais respondentes: 30

Unidades Sanitárias (US)	Pertença ao sector público	Pertença do privado não lucrativo	Pertença do privado lucrativo
Hospital Central	(n=0)	(n=0)	(n=0)
Hospital Provincial	(n=0)	(n=0)	(n=0)
Hospital Distrital	(n=0)	(n=0)	(n=0)
Outro tipo de hospital (mencione)	(n=0)	(n=0)	(n=0)
Maternidades	Mediana 0 Média 1 Min 0 Max 10 (n=5)	(n=0)	(n=0)
Tipo I			
Tipo II			
Centros de Saúde Urbanos:	Mediana 5 Média 4,6 Min 0 Max 12 (n=29)	1 (H12) (n=1)	1 (H31) (n=1)
Tipo A			
Tipo B			
Tipo C			
Centro de Saúde Rurais			
Tipo I			
Tipo II			
Postos de Saúde	Mediana 4 Média 4,9 Min 0 Max 17 (n=26)	1 (H18) 2 (H25) (n=2)	1 (H7) 1 (H25) 2 (H31) (n=3)
Clínicas ou Policlínicas	(n=0)	(n=0)	(n=0)
Consultórios Médicos	(n=0)	1 (H13) (n=1)	(n=0)
Farmácias	Mediana 0 Média 0,8 Min 0 Max 13 (n=7)	Mediana 0 Média 0,1 Min 0 Max 2 (n=2)	Mediana 0 Média 0,3 Min 0 Max 2 (n=7) 1 (H5 H7,H12,H13,H28) 2 (H8, H26)

n - número de hospitais respondentes

¹³ Unidade sanitária de gestão comum sem internamento, com dois ou mais médicos.

¹⁴ Unidade sanitária sem gestão comum: sem internamento, com um ou mais médicos.

11. Quais são as distâncias entre o seu hospital e as unidades sanitárias, pertença ao sector público, da sua área de responsabilidade directa?

Distância média _____ km

Hospitais respondentes: 28

Distância média entre hospital e unidades sanitárias (Km)	
Mediana	38,5
Média	39,2
Máximo	101
Mínimo	3

Unidade sanitária mais distante _____ km

Hospitais respondentes: 27

Distância entre a Unidade sanitária mais distante do hospital e o hospital (Km)	
Mediana	70
Média	76,7
Máximo	186
Mínimo	5

12. Qual é a distância entre o seu hospital e o seu primeiro nível de referência?

Distância _____ km

Hospitais respondentes: 30

Distância entre o hospital e o seu primeiro nível de referência (Km)	
Mediana	144
Média	170,2
Máximo	460
Mínimo	3

13. O seu primeiro nível de referência é:

- Um hospital provincial
 Um hospital central
 Outro (mencione)

Hospitais respondentes: 31

Unidade Sanitária para onde o hospital referência	Nº de hospitais
Um hospital provincial	14
Um hospital central	14
Outro	
Hospital rural	1
Hospital no Malawi	2

14. Quais são os meios que poderá usar para comunicar-se com as unidades periféricas e com outros níveis de referência? (assinale mais do que uma opção se necessário)

Meios de comunicação	Com hospitais de referência	Com todas as unidades periféricas	Com algumas unidades periféricas	Com nenhuma unidade periférica
Telefone				
Fax				
Email				
Rádio				
Correios				
Mensageiro				
Outros (mencione)				

Hospitais respondentes 31

Número de hospitais que assinalaram o tipo de meio de comunicação com as unidades sanitárias periféricas e de referência

Meios de comunicação	Com hospitais de referência	Com todas unidades periféricas	Com algumas unidades periféricas	Com nenhuma unidade periférica
Telefone	25		8	1
Fax	8			2
Email	2			3
Rádio	9	1	10	3
Correios	7			1
Mensageiro	13	22	6	1
Outros (celulares de terceiros)		4	2	

15. Existe um serviço de ambulância ou outro serviço de transporte para doentes no distrito? (assinale mais do que uma opção se necessário)

- Sim, gratuito e pertence ao hospital
 Sim, gratuito e pertence a outra instituição pública (por exemplo, bombeiros, polícia, aeroporto, ambulância comunitária, etc.)
 Sim, pago e pertence a outra instituição pública (por exemplo, bombeiros, polícia, aeroporto, ambulância comunitária, etc.)
 Sim, pago e pertence a privado
 Sim, gratuito e pertence a privado
 Não

Hospitais respondentes: 31

Existência de ambulância ou outro serviço de transporte para doentes no distrito	Nº de hospitais
Sim, gratuito e pertence ao hospital	31
Sim, gratuito e pertence a outra instituição pública (por exemplo, bombeiros, polícia, aeroporto, ambulância comunitária, etc.)	2
Sim, pago e pertence a outra instituição pública (por exemplo, bombeiros, polícia, aeroporto, ambulância comunitária, etc.)	0
Sim, pago e pertence a privado	1
Sim, gratuito e pertence a privado	6
Não	0

16. Favor listar de 1 (mais frequente) a 6 (menos frequente) como é que a maior parte dos pacientes chegam ao hospital?

- Com meios de transporte próprios
- Com meios de transporte públicos
- Veículos de tracção animal
- A pé
- Ambulâncias comunitárias
- Serviço público de ambulância
- Serviço privado de ambulância
- Um serviço específico de ambulância hospitalar

Hospitais respondentes: 28

Número de hospitais que referem os meios de chegada dos pacientes ao hospital, por importância de frequência:

Meios de chegada dos pacientes ao hospital	Ordem de frequência					
	1 (mais frequente)	2	3	4	5	6 (menos frequente)
A pé	22	2	0	0	0	0
Com meios de transporte próprios	3	11	7	1	1	0
Com meios de transporte públicos	2	5	6	3	0	1
Um serviço específico de ambulância hospitalar	1	1	1	1	1	1
Veículos de tracção animal	0	0	1	2	1	0
Ambulâncias comunitárias	0	2	1	0	4	0
Serviço público de ambulância	0	0	1	1	0	0
Serviço privado de ambulância	0	0	0	1	1	0
Respostas consideradas/hospitais respondentes	28	21	19	12	8	2

3. Propriedade e Gestão do hospital

17. A quem pertence o hospital?

- Ao sector público
 Ao sector privado não lucrativo
 Ao sector privado lucrativo

Hospitais respondentes: 31

Pertença do hospital	
Ao sector público	31
Ao sector privado não lucrativo	0
Ao sector privado lucrativo	0

18. Qual é a situação contratual entre o hospital e o governo?

- Um hospital em que não há nenhum contrato com o Estado
- Um hospital com contrato com o Estado
Qual? (assinalar mais do que uma opção se necessário)
- Este contrato está relacionado com uma dotação financeira do governo a quem prestamos contas
 Este contrato vincula-nos à prossecução do objectivo da saúde do Governo
 Este contrato está sujeito a um procedimento de certificação
 Este contrato é fiscalizado pelo Governo que verifica regularmente as contas e a realização dos objectivos de saúde pretendidos
 Este contrato está relacionado com a transferência para a direcção do hospital da autoridade administrativa no sector da saúde da competência do Governo
 A nossa situação é diferente, neste aspecto (explique-se, por favor):

Hospitais respondentes: 31

Situação contratual entre o hospital e o governo	Nº de hospitais
Um hospital em que não há nenhum contrato com o Estado	28
Contrato do hospital com o Estado relacionado com uma dotação financeira do governo a quem se presta contas	28
Contrato do hospital com o Estado vincula à prossecução do objectivo da saúde do Governo	27
Contrato do hospital com o Estado está sujeito a um procedimento de certificação	1
Contrato do hospital com o Estado é fiscalizado pelo Governo que verifica regularmente as contas e a realização dos objectivos de saúde pretendidos	28
Contrato do hospital com o Estado está relacionado com a transferência para a direcção do hospital da autoridade administrativa no sector da saúde da competência do Governo	2
Contrato do hospital com o Estado é diferente	0

19. Quem gere o hospital?

- Uma administração nomeada pelo governo
 Uma entidade privada sem fins lucrativos sob contrato com o governo
 Uma entidade privada com fins lucrativos sob contrato com o governo
 Outra entidade (mencione, por favor):

Hospitais respondentes: 31

Entidade que gere o hospital	Nº de hospitais
Uma administração nomeada pelo governo	31
Uma entidade privada sem fins lucrativos sob contrato com o governo	0
Uma entidade privada com fins lucrativos sob contrato com o governo	0
Outra entidade	0

20. Quem nomeia a equipa de gestão do hospital?

- Direcção Distrital de Saúde (DDS)
 Direcção Provincial de Saúde (DPS)
 Ministério da Saúde (MISAU)
 Outra entidade (especifique, por favor):

Hospitais respondentes: 30

Entidade que nomeia a equipa de gestão do hospital	Nº de hospitais
Direcção Distrital de Saúde (DDS)	2
Direcção Provincial de Saúde (DPS)	28
Ministério da Saúde (MISAU)	0
Outra entidade	0

21. Como são seleccionados os membros da equipa de gestão do hospital? (assinale mais do que uma opção, se necessário)

- Por indicação da DDS ou DPS ou MISAU
 Por confiança política
 Por concurso público
 Outro (mencione, por favor):

Hospitais respondentes: 31

Forma de selecção dos membros da equipa de gestão do hospital	Nº de hospitais
Por indicação da DDS ou DPS ou MISAU	31
Por confiança política	2
Por concurso público	0
Outro	0

22. Quem está incluído nesta equipe e com que funções?

	Sim	Não	Se sim mencione com que funções
Médicos			
Técnicos			
Enfermeiros			
Enfermeiras SMI (Saúde Materno Infantil) e ou Parteiras			
Pessoal administrativo			
Outros (especifique, por favor):			

Hospitais respondentes: 31

Constituição da equipa de gestão do hospital	Nº de hospitais
Médicos	27
Técnicos	19
Enfermeiros	29
Enfermeiras SMI e ou Parteiras	9
Pessoal administrativo	28
Outros	4

	Funções atribuídas aos membros da equipa de gestão do hospital	Nº de hospitais
Médicos (n=26)	Director do Hospital (inclui Director, Director do Hospital, Director do Hospital-Presidente, Director do Hospital e Presidente da Comissão Administrativa, Direcção do Hospital)	16
	Director Distrital de Saúde (DDS, inclui Médico Chefe Distrital e Médica Chefe)	4
	Director Geral e Director Clínico	3
	Director Clínico	3
Técnicos (n=18)	Director Distrital de Saúde (inclui também Director Distrital)	4
	Director Clínico	4
	Director do Hospital	2
	Administrador do hospital (inclui administrador)	2
	Outros (inclui Chefe do sector, DDS, Director clínico, Chefe de Núcleo de Estatística e Planificação, Administrador e Chefe de Sectores, Técnico de cirurgia, Técnico de medicina preventiva, Técnico de laboratório, Responsável dos programas)	6
Enfermeiros (n=28)	Enfermeiro Chefe (inclui Enfermeiro chefe e Chefe dos sectores)	18
	Supervisor de Enfermagem	4
	Outros (inclui Chefe do sector, Vogal, Director Distrital, Enfermeira chefe membro da comissão administrativa, Resp. de programas, Comissões)	6
Enfermeiras SMI (Saúde Materno Infantil) e ou Parteiras (n=10)	Chefe distrital e de sector (inclui Chefe distrital do sector, Chefe de SMI Distrital, Responsável Distrital SMI, supervisora distrital SMI)	5
	Chefe do sector (inclui Chefe de programa)	3
	Outros (Encarregada da maternidade, Vogal)	2
Pessoal administrativo (n=28)	Administrador do Hospital (inclui Administrador, Administrador do hospital-Secretário, Administrador e chefe de secretaria, Administrador, contabilista)	18
	Administrativo e Contabilista	2
	Outros (Administrativo, Chefe do sector, Chefe de secretaria, Contabilista, Secretário, Contabilista, membro da comissão administrativa, Gestão Administrativa, Administrativo e Chefe da secretaria)	8
Outros (n=4)	Técnico de recursos humanos	1
	Responsável distrital de Farmácia	1
	Técnico de medicina preventiva	1
	Director clínico	1

n – número de hospitais respondentes

23. No ano de 2001 houve alguma supervisão ao seu hospital?

Sim

A que actividade foi feita supervisão?

Quem fez a supervisão?

DDS

DPS

MISAU

Outros (mencione por favor):

Não

Hospitais respondentes: 27

Realização de supervisão ao hospital no ano 2001	Nº de hospitais
Sim	27
Não	0

Hospitais respondentes: 18

Actividades supervisionadas	Nº hospitais
Administração/gestão/arquivo/secretaria/ SIS	9
Supervisão a todas as actividades (sem especificação)	7
Farmácia	6
Finanças	4
Recursos humanos/act clínica	4
Laboratório	3
Programas: SMI (Saúde Materno Infantil), PAV (Plano Alargado de Vacinação), ELAT/ELAL (Estratégia de Luta Anti-tuberculosa /Estratégia de Luta Anti-Lepra)	2

Hospitais respondentes: 26

Entidade que realizou a supervisão	Nº hospitais
Direcção Distrital de Saúde (DDS)	4
Direcção Provincial de Saúde (DPS)	25
Ministério da Saúde (MISAU)	18
Outros	
Direcção Provincial de Plano e Finanças	3

24. No ano de 2001 houve alguma inspecção ao seu hospital?

- Sim A que actividade foi feita inspecção?
Quem fez a inspecção?
 A DPS
 O MISAU
 Outros (mencione por favor):
- Não

Hospitais respondentes: 28

Realização de inspecção ao hospital no ano 2001	Nº de hospitais
Sim	27
Não	1

Hospitais respondentes: 21

Actividades inspecionadas	Nº hospitais
Geral "todas as actividades", não especificada	6
Administração	12
Finanças	7
Farmácia	8
Clinica e recursos humanos	4

Hospitais respondentes: 25

Entidade que realizou a inspecção	Nº hospitais
Direcção Provincial de Saúde (DPS)	19
Ministério da Saúde (MISAU)	18
Outros	
Direcção Provincial de Planeamento e Finanças	5
Ministério Planeamento e Finanças	1

25. Qual é a relação de gestão do hospital com a DDS?

- Administrativamente estão fundidos.
 Administrativamente são distintos

Hospitais respondentes: 31

Relação de gestão do hospital com a DDS	Nº de hospitais
Administrativamente estão fundidos	14
Administrativamente são distintos	17

26. No caso de serem distintas, como classificaria a relação da equipa de gestão do hospital com a DDS?

Ótima	Agradável	Tolerante	Conflituosa	Péssima
5	4	3	2	1

Hospitais respondentes: 19

Classificação da relação da equipa de gestão do hospital com a DDS	Nº de hospitais
Ótima - 5	4
Agradável - 4	9
Tolerante - 3	6

27. Quem tem autoridade sobre as unidades sanitárias no Distrito? (assinale mais que uma opção, se necessário)

- A DDS.
 O hospital.
 Outra situação (mencione, por favor):

Hospitais respondentes: 31

Entidade com autoridade sobre as Unidades Sanitárias do Distrito	Nº de hospitais
A Direcção Distrital de Saúde (DDS)	30
O hospital	6
Outra situação	0

28. Caso o hospital tenha autoridade sobre as unidades sanitárias, como classificaria a relação da equipa de gestão e de outras equipas hospitalares com estas unidades?

Ótima	Agradável	Tolerante	Conflituosa	Péssima
5	4	3	2	1

Hospitais respondentes: 8

Classificação da relação das equipas hospitalares com as US do Distrito	Nº de hospitais
Ótima - 5	2
Agradável - 4	5
Tolerante - 3	1

29. O hospital está envolvido na supervisão das unidades sanitárias do Distrito?

- Sim
 Não

Hospitais respondentes: 31

Envolvimento do hospital na supervisão das unidades sanitárias do Distrito	Nº de hospitais
Sim	27
Não	4

30. Que equipe faz esta supervisão? (assinale mais do que uma opção, se necessário)

- Enfermagem
- Médica
- Gestores de Programas
- Outros (mencione, por favor):

Hospitais respondentes: 29

Equipa que faz supervisão de unidades sanitárias do Distrito	Nº de hospitais
Enfermagem	26
Médica	26
Gestores de Programas	26
Outros	
Técnicos	2
Farmácia	2
Administrativo e Farmácia	1
Recursos humanos	1
Administrativa	1
Não mencionou	1

31. Esta supervisão é (assinale a opção mais adequada)

- Integrada
- Por programas ou serviços

Hospitais respondentes: 30

Supervisão integrada ou por programas	Nº de hospitais
Integrada	27
Por programas ou serviços	3

32. São aplicadas as normas técnicas do MISAU em termos de acompanhamento ou terapêutica nas áreas de actividade a seguir indicadas? (assinale mais do que uma opção, se necessário)

	Sim	Não
Cuidados Pré-natais / Pós-natais / Parto / Planeamento familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultas de criança sadia / PAV (Programa Alargado de Vacinação) / Consulta de atenção especial (malnutrição)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose / Lepra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DTS/HIV/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarreias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras (mencione, por favor):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hospitais respondentes: 31

Aplicação de normas técnicas do MISAU em termos de acompanhamento ou terapêutica nas áreas de actividade a seguir indicadas:	Nº hospitais
Cuidados Pré-natais / Pós-natais / Parto / Planeamento familiar	30
Consultas de criança sadia / PAV (Programa Alargado de vacinação) / Consulta de atenção especial (malnutrição)	30
Tuberculose / Lepra	29
DTS/HIV/SIDA (Doenças Sexualmente Transmissíveis/Virus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)	30
Malária	30
Diarreias	30
Outras (7 hospitais não mencionam) Saúde oral, Fisioterapia; Surtos de cólera, sarampo; Administração de iodo; Paralisia flácida aguda	13

33. No seu Distrito existe um Centro de Formação que administre cursos de saúde aos trabalhadores de saúde?

- Sim
 Não

Hospitais respondentes: 31

Existência, no distrito, de um Centro de Formação que administre cursos de saúde aos trabalhadores de saúde	Nº hospitais
Sim	6
Não	25

34. Dos trabalhadores do seu hospital, quem saiu em 2001 para fazer formação formal no Centro de Formação do seu ou de outro Distrito? Que cursos foram fazer e qual o seu nível (1-elementar, 2-básico, 3-médio)?

Sim. Mencione:

Categoria	Mencione o(s) curso(s)	Nível do curso (1,2,3)
Técnicos		
Enfermeiros		
Parteiras		
Pessoal Administrativo		
Outros (mencione)		

Não

Hospitais respondentes: 27

Saída de pessoal para formação	Nº de hospitais
Hospitais com trabalhadores saídos em formação	19
Hospitais de onde não saiu nenhum trabalhador em formação	7
Não sabe	1

Total de profissionais que saíram em 2001 para formação formal em centro de formação: 44

Grupo profissional	Nº de profissionais	Curso(s)	Nível do curso
Técnicos			
Técnicos	1	técnico de medicina geral	médio
Técnicos	1	técnico de medicina geral	médio
Técnicos	1	actualizações em cirurgia	médio
Técnicos	1	técnico de instrumentação	médio
Técnicos	1	técnico de medicina preventiva	médio
Técnicos	1	medicina preventiva e curativa	médio
Técnicos	2	agentes de medicina, curso de promoção	médio
Enfermeiros			
Parteira	1	SMI	elementar
Parteira	1	elementar	elementar
Enfermeiro	1	anestesia	básico
Enfermeiro	1	anestesia	básico
Enfermeiro	1	anestesia	médio
Enfermeiro básico	1	anestesia	médio
Enfermeiro	1	gestão e administração de unidades sanitárias	médio
Enfermeiros	3	enfermagem geral	médio
Enfermeiro	1	técnico de medicina	médio
Enfermeiro	1	instrumentação	médio
Enfermeiro SMI	1	SMI (Saúde Materno Infantil)	médio
Enfermeiro SMI	1	SMI	médio
Enfermeiro básico	2	anestesia	médio
Enfermeiro básico	2	instrumentação	médio
Enfermeiro	1	promoção	Médio
Enfermeiro	1	técnico de cirurgia	Médio
Enfermeiro	1	técnico de medicina	Médio
Enfermeiros	2	enfermagem	Médio
Outros			
Outros	1	enfermagem	elementar
Agente laboratório	2	técnico laboratório	Médio
Agentes de medicina	3	técnico de medicina geral	Médio
Enf. agente de serviço	3	enfermagem e parteiras elementares	Elementar
Agente de medicina	1	técnico de medicina	Médio
Servente	1	enfermeiro elementar	Elementar
Servente	1	parteira elementar	Elementar
Servente	1	(légivel)	Médio
TOTAL	44		

35. O pessoal que saiu para frequentar o Centro de Formação em 2001 recebeu apoio financeiro para a formação realizada? (assinale mais do que uma opção, se necessário)

- Sim, manteve ordenado do hospital
 Sim, recebeu bolsa de estudo
 sim, outra forma de apoio (mencione): _____
 Não.

Hospitais respondentes: 24

Apoio financeiro para a formação realizada no centro de formação em 2001	Nº de hospitais
Apoio financeiro mantendo ordenado do hospital	17
Apoio financeiro com bolsa de estudo	3
Outra forma de apoio financeiro (Alojamento e alimentação)	2
Não receberam apoio financeiro	6

36. Qual a origem das bolsas ou outros apoios para essa formação?
(assinale mais do que uma opção, se necessário)

- Do MISAU ou DPS ou DDS
 Recursos próprios do hospital
 Organização internacional
 Programas específicos
 Não sei
 Outros (mencione): _____

Hospitais respondentes: 18

Origem das bolsas ou outros apoios para a formação em 2001	Nº de hospitais
Do Ministério da Saúde (MISAU) ou Direcção Provincial de Saúde (DPS) ou Direcção Distrital de Saúde (DDS)	12
Recursos próprios do hospital	0
Organização internacional	1
Programas específicos	1
Não sei	5
Outros	0

37. O seu hospital presta formação contínua ao pessoal da saúde ao nível do Distrito?

Sim (mencione, por favor) _____

Não

Hospitais respondentes: 31

Prestação, pelo hospital, de formação contínua ao pessoal de saúde ao nível do distrito	Nº de hospitais
Sim	26
Não	5

Hospitais respondentes 24

Tipo de formação contínua prestada, ao pessoal de saúde, ao nível do distrito	
Temas (9 hospitais)	Biossegurança (quatro hospitais) DST/SIDA (três hospitais) Enfermagem (três hospitais) SMI (dois hospitais) Casos clínicos (dois hospitais) PAV (Programa Alargado de Vacinação) (um hospital) Estomatologia (um hospital) Saúde comunitária (um hospital) SIS (um hospital) Gestão de programas (um hospital) Principais patologias do distrito (um hospital) Vários temas (um hospital) Área clínica e preventiva (um hospital) Farmácia (um hospital) Epidemiologia (um hospital) Gestão da cadeia de frio (um hospital) Problemas de interesse local (um hospital) Decretos, regulamentos (um hospital)
Formato da formação (4 hospitais)	Secções clínicas (cinco hospitais) Seminários de capacitação (um hospital) Supervisão (um hospital) Formação em trabalho (três hospitais) Seminários locais (um hospital)
A quem se dirige a formação (4 hospitais)	Enfermagem (um hospital) Enfermeiros, enfermeiras SMI, parteiras elementares, Auxiliares de farmácia, serventes (um hospital) Para pessoal de enfermagem (um hospital) Todas categorias (iniciativa própria) (um hospital)
Outros (2 hospitais)	Formação contínua (um hospital) Plano de formação contínua da DDS (Direcção Distrital de Saúde) (um hospital)

38. O hospital recebe subsídios para essa formação contínua?

Sim (mencione, por favor) _____

Não

Hospitais respondentes: 31

Existência de subsídios para a formação contínua prestada, pelo hospital, ao pessoal de saúde ao nível do distrito	Nº de hospitais
Sim	10
Organização Não Governamental	
Não	21

39. Se o hospital recebe subsídios para a formação continua, qual a origem dos subsídios para essa formação? (assinale mais do que uma opção, se necessário)

- Do MISAU ou DPS ou DDS
- Recursos próprios do hospital
- Organização internacional
- Programas específicos
- Não sei
- Outros (mencione):

Hospitais respondentes: 11

Origem de subsídios para formação continua recebidos pelo hospital	Nº de hospitais
Do Ministério da Saúde (MISAU) ou Direcção Provincial de Saúde (DPS) ou Direcção Distrital de Saúde (DDS)	7
Recursos próprios do hospital	1
Organização internacional	5
Programas específicos	0
Não sei	0
Outros	
Organização Não Governamental	5

4. Actividades e produção hospitalar
4.1. Actividades de prevenção e promoção da saúde

40. Efectuam-se algumas das seguintes actividades na sua área de saúde? Quantifique o indicador referente ao ano 2001 segundo a sua notificação para o SIS. (Assinale todas as opções possíveis)

Indicador	Sim, faz-se no próprio hospital para quem necessite no hospital	Sim, faz-se no centro de saúde por equipas do hospital ou do centro de saúde	Sim faz-se, por equipas móveis na zona não coberta pelo hospital ou centro de saúde	Não se faz
Saúde Materno-Infantil:				
# Consultas pré-natais				
# Consulta de alto risco obstétrico				
# Consultas de pós-parto				
# Consultas de planeamento familiar				
# Consulta dos 0-4 anos				
Vacinações:				
# BCG				
# DTP1/ Hepatite B				
# DTP3/ Hepatite B				
# Sarampo				
# VAT grávidas				
Outros				
# Crianças suplementadas com Vit. A				
# Consultas de Tuberculose (casos novos BK positivo)				
# Consultas de Lepra (casos novos)				
# Casos novos de corrimento uretral				
# Casos novos de leucorreia				
# Casos novos de ulcera genital				
# Casos de HIV/SIDA				
Outros indicadores (mencione):				

Hospitais respondentes 31

Atendendo a que alguns hospitais apresentaram a informação como solicitado mas outros têm a informação agregada (actividade do distrito) e ainda 7 hospitais que não fornecem qualquer número assinalando apenas a realização das actividades, a informação apresentada diz apenas respeito à realização das actividades enunciadas.

Número de hospitais que assinalam a realização das actividades enumeradas, na sua área de saúde, em 2001:

Indicador	Sim, faz-se no próprio hospital para quem necessite no hospital	Sim, faz-se no centro de saúde por equipas do hospital ou do centro de saúde	Sim faz-se, por equipas móveis na zona não coberta pelo Hospital ou centro de saúde	Não se faz no hospital
Saúde Materno-Infantil:				
# Consultas pré-natais	15	27	17	4
# Consulta de alto risco obstétrico	18	20	14	2
# Consultas de pós-parto	16	27	14	2
# Consultas de planeamento familiar	14	27	16	3
# Consulta dos 0-4 anos	15	26	16	3
Vacinações:				
# BCG	20	26	19	3
# Polio	11	23	16	4
# DTP1/ Hep B	14	28	20	4
# DTP3/ Hep B	14	27	20	4
# Sarampo	15	28	20	5
# VAT grávidas	15	27	20	5
Outros				
# Crianças suplementadas com Vit. A	16	22	15	3
# Consultas de Tuberculose (casos novos BK positivo)	17	5	3	1
# Consultas de Lepra (casos novos)	21	19	8	3
# Casos novos de corrimento uretral	19	24	9	4
# Casos novos de leucorreia	18	24	8	4
# Casos novos de ulcera genital	19	24	9	4
# Casos de HIV/SIDA	24	18	7	3
Outros indicadores				
Suplementação com iodo	1	1	0	0

41. Especifique se as seguintes actividades são realizadas no hospital? (assinale mais do que uma opção, se necessário)

- Prevenção da transmissão vertical do SIDA
- Acomodação do recém-nascido com a mãe e não num berçário à parte
- Promoção do aleitamento materno
- Educação sanitária e nutricional

Hospitais respondentes: 31

Actividades	Nº de hospitais
Prevenção da transmissão vertical do SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)	3
Acomodação do recém-nascido com a mãe e não num berçário à parte	29
Promoção do aleitamento materno	30
Educação sanitária e nutricional	30

4.2. Actividade curativa em ambulatório

42. Mencione quais os tipos de atendimento ambulatório que existem no hospital? (assinale mais do que uma opção, se necessário)

- Banco de socorros / Consulta de triagem
- Consulta de referência
 - Consulta de Medicina
 - Consulta de Cirurgia
 - Consulta de Pediatria
 - Consulta Obstetrícia/Ginecologia
- Outras (especifique)

Hospitais respondentes: 31

Tipos de atendimento ambulatório que existem nos hospital	Número de hospitais
Banco de socorros / Consulta de triagem	30
Consulta de Medicina	31
Consulta de Cirurgia	28
Consulta de Pediatria	30
Consulta Obstetrícia/Ginecologia	30
Consulta de fisioterapia	14
Consulta de estomatologia/saúde oral	18
Consulta de oftalmologia	14
Consulta de psiquiatria	13
Consulta de DTS/HIV/SIDA (Doenças Sexualmente Transmissíveis/Virus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)	4
Consulta de alto risco obstétrico (ARO)	3
Consulta de ortopedia	2
Consulta de acidente de trabalho	1
Consulta de traumatologia	1
Consulta de ELAT/ETAL (Estratégia de Luta Anti-tuberculosa /Estratégia de Luta Anti-Lepra)	1
Consulta de tuberculose	1
Consulta de ORL (Otorrinolaringologia)	1
Consulta de dermatologia	1
Consulta de urologia	1
Consulta de GATV (Gabinete de atendimento e testagem voluntaria para o VIH/SIDA)	1

43. Qualquer pessoa pode dirigir-se ao ambulatório hospitalar?

- Sim
 Não

Hospitais respondentes: 31

Possibilidade de qualquer pessoa se dirigir ao ambulatório hospitalar	Nº de hospitais
Sim	28
Não	3

44. Mencione qual é o primeiro ponto de contacto do paciente que se dirija ao hospital directamente por iniciativa própria? (assinale mais do que uma opção se necessário)

- Banco de socorros / consulta de triagem
 Consulta de referência
 Outras (mencione, por favor)

Hospitais respondentes: 31

Primeiro ponto de contacto com o hospital	Nº de hospitais
Banco de socorros / consulta de triagem	29
Consulta de referência	10
Outras	
Maternidade, urgência de ginecologia	1
Estomatologia	1
Estomatologia, Fisioterapia, Psiquiatria	1

45. Estas consultas são realizadas todos os dias úteis da semana?

	Sim	Não
Banco de socorros / Consulta de triagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulta de referência		
Consulta de Medicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulta de Cirurgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulta de Pediatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulta Obstetrícia/Ginecologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outros tipos de consulta (mencione):

Hospitais respondentes: 31

Tipos de consultas realizadas todos os dias úteis da semana	Nº de hospitais
Banco de socorros / Consulta de triagem	30
Consulta de Estomatologia	14
Consulta de Pediatria	12
Consulta de Fisioterapia	12
Consulta de Medicina	10
Consulta de Oftalmologia	8
Consulta Obstetrícia/Ginecologia	8
Consulta de Cirurgia	5
Consulta de Psiquiatria	2
Consulta de Alto Risco Obstétrico	1
Consulta de Traumatologia	1
Consulta de DTS/HIV/SIDA (Doenças Sexualmente Transmissíveis/Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)	1
Consulta de Tuberculose	1
Consulta de Acidente de trabalho	0
Consulta de Ortopedia	0
Consulta de ELAT/ETAL (Estratégia de Luta Anti-tuberculosa /Estratégia de Luta Anti-Lepra)	0
Consulta de ORL (Otorrinolaringologia)	0
Consulta de Dermatologia	0
Consulta de Urologia	0
Consulta de GATV (Gabinete de atendimento e testagem voluntaria para o VIH/SIDA)	0

46. Os pacientes referidos e não-referidos pagam o mesmo preço pela consulta?

- Sim, pagam uma taxa idêntica
 Não, pagam taxas diferentes
 Não pagam

Hospitais respondentes: 28

Pagamento do mesmo valor pela consulta, pelos doentes, sendo referidos ou não	Nº de hospitais
Sim, pagam uma taxa idêntica	22
Não, pagam taxas diferentes	4
Não pagam	2

47. As pessoas são desencorajadas para não se dirigirem ao hospital sem transferência?

Sim Como? _____

Não

Não sei

Hospitais respondentes: 31

Medidas para desencorajamento das pessoas a dirigirem-se ao hospital sem referência	Nº de hospitais
Sim "As consultas de referência só são feitas mediante guias de transferência; no serviço de urgência são sujeitas a pagamento" "Dando informação sobre o procedimento" "Informação sobre o fluxo do hospital" "Informação no (?) para se dirigirem ao CS anexo ao hospital" "Não existem consultas para esses casos"	5
Não	24
Não sei	2

48. Depois da consulta, as informações médicas (guias) acerca da consulta do paciente no atendimento ambulatorio são enviadas à unidade sanitária periférica responsável pelo paciente? (assinale mais que uma opção, se necessário)

Sim, normalmente sempre

Sim, mas apenas quando o paciente tiver sido referido

Sim, mas apenas quando o paciente tiver sido internado no hospital

Sim, caso o paciente necessite ainda de tratamentos

Sim, mas apenas nas seguintes condições (mencione)

Não praticamente nunca

Não, nunca

Hospitais respondentes: 30

Envio de informação médica após consulta no hospital, à unidade sanitária periférica responsável pelo paciente	Nº de hospitais
Sim, normalmente sempre	12
Sim, mas apenas quando o paciente tiver sido referido	12
Sim, mas apenas quando o paciente tiver sido internado no hospital	8
Sim, caso o paciente necessite ainda de tratamentos	15
Sim, mas apenas nas seguintes condições: Doentes operados Para fazer controle	2
Não praticamente nunca	3
Não, nunca	0

49. Mencione o número total de consultas realizadas no ano de 2001 pelos seguintes serviços:

	Número total de consultas em 2001
Banco de Socorros/ Consulta de triagem	
Consulta de referência Consulta de Medicina Consulta de Cirurgia Consulta de Pediatria Consulta Obstetrícia/Ginecologia Outro tipo (mencione)	
Total de consultas externas	

Hospitais respondentes: 30

Total de consultas externas realizadas em 2001	
Mediana	43.800
Média	72.767
Máximo	511.356
Mínimo	1.870

4.3. Internamento

50. Quantas camas, quantos internamentos, quantos dias de internamento e qual é a taxa de ocupação do hospital por enfermaria durante o ano de 2001?

	n° total de camas	n° total de altas	n° total de dias de internamento	Taxa de ocupação
Pediatria				
Medicina				
Cirurgia				
Maternidade				
Outros:				

Hospitais respondentes: 31

		n° total de camas 2001	n° total de altas 2001	n° total de dias de internamento 2001	Taxa de ocupação 2001 (%)	Demora média (dias)
Pediatria	Mediana	16	1.068	6.205	93	5
	Máximo	91	15.265	45.426	237	18
	Mínimo	5	377	1.502	26	1
	Média	21,3	2.254,1	8.971,7	99,2	5,5
N° hospitais respondentes		28	26	30	29	26
Medicina	Mediana	23	679	5.491	67	8
	Máximo	83	4.486	19.700	179,1	15
	Mínimo	16	339	1.861	25,4	4
	Média	29,1	850,1	7.269,6	67,5	9,0
N° hospitais respondentes		29	27	31	30	27
Cirurgia	Mediana	16	317	2.570	50	9
	Máximo	44	936	9.670	124,9	22
	Mínimo	4	33	35	10,6	2
	Média	17	370,5	3.050,2	53,7	9,3
N° hospitais respondentes		27	24	29	27	23
Maternidade	Mediana	20	1.754	3.027	48	2
	Máximo	100	18.506	43.888	148,4	3
	Mínimo	7	255	568	13	1
	Média	23,4	2.513,2	4.771,3	47,1	2
N° hospitais respondentes		28	21	26	26	21

51. Quais as 10 principais causas de internamento, qual o número de altas e óbitos nas enfermarias de pediatria no hospital durante o ano de 2001?

Causas de internamento por ordem decrescente de frequência	Altas incluindo os óbitos	Óbitos
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
TOTAL		

Hospitais respondentes: 30 (no entanto um hospital informou que tem enfermaria de medicina e pediatria em conjunto e não enviou números)

Causas de internamento na enfermaria de pediatria no ano de 2001 por ordem decrescente de frequência	Altas incluindo os óbitos		Óbitos	
1ª Causa (n=29)				
Malária (n=29)	Mediana	604	Mediana	27
	Máximo	8582	Máximo	151
	Mínimo	159	Mínimo	0
	Média	1046,0	Média	37,0
	(n=29)		(n=29)	
2ª Causa (n=29)				
Outras doenças (n=11)	Mediana	136	Mediana	10
Pneumonia, broncopneumonia, bronquite (n=9)	Máximo	1995	Máximo	77
Anemia (n=6)	Mínimo	41	Mínimo	0
Malnutrição (n=3)	Média	237,8	Média	15,6
	(n=29)		(n=29)	
3ª Causa (n=29)				
Pneumonia (n=10)	Mediana	91	Mediana	7
Outras doenças (n=8)	Máximo	1760	Máximo	145
Malnutrição (n=7)	Mínimo	36	Mínimo	0
Anemia (n=2)	Média	166,0	Média	13,8
Insuficiência Renal Aguda (n=1)	(n=29)		(n=29)	
Diarreia (n=1)				
4ª Causa (n=29)				
Malnutrição (n=11)	Mediana	78	Mediana	6
Anemia (n=7)	Máximo	783	Máximo	78
Pneumonia (n=6)	Mínimo	24	Mínimo	0
Diarreia (n=2)	Média	96,6	Média	11,3
Outras doenças (n=2)	(n=29)		(n=29)	
SIDA (n=1)				
5ª Causa (n=29)				
Diarreia (n=10)	Mediana	36	Mediana	4
Anemia (n=8)	Máximo	422	Máximo	25
Malnutrição (n=5)	Mínimo	12	Mínimo	0
Outras doenças (n=2)	Média	55,9	Média	5,9
Pneumonia, broncopneumonia (n=3)	(n=29)		(n=29)	
Meningite (n=1)				
6ª Causa (n=28)				
Diarreia (n=7)	Mediana	20,5	Mediana	2
Tuberculose (n=5)	Máximo	342	Máximo	65
Meningite (n=3)	Mínimo	2	Mínimo	0
SIDA (n=3)	Média	34,8	Média	6,3
Anemia (n=2)	(n=28)		(n=28)	
Malnutrição (n=2)				
Prematuridade (n=2)				
Fracturas (n=1)				
Pneumonia, broncopneumonia (n=2)				
Outras doenças (n=1)				

n – número de hospitais respondentes

Causas de internamento na enfermaria de <u>pediatria</u> no ano de 2001 por ordem decrescente de frequência (continuação)	Altas incluindo os óbitos		Óbitos	
7ª Causa (n=26)				
Tuberculose (n=6)	Mediana	9	Mediana	1
Diarreia (n=3)	Máximo	245	Máximo	46
Anemia (n=2)	Mínimo	1	Mínimo	0
Sarampo (n=5)	Média	19,1	Média	3,4
HIV, SIDA (n=2)	(n=26)		(n=26)	
Sepsis (n=2)				
Meningite (n=2)				
Malnutrição (n=1)				
Sífilis (n=1)				
Tétano recém-nascido (n=1)				
Outras doenças (n=1)				
8ª Causa (n=21)				
Meningite (n=6)	Mediana	7	Mediana	1
HIV, SIDA (n=5)	Máximo	73	Máximo	10
Tuberculose (n=4)	Mínimo	1	Mínimo	0
Traumatismos (n=1)	Média	11,1	Média	2,4
Anemia (n=1)	(n=21)		(n=21)	
Broncopneumonia (n=1)				
Sepsis neonatal (n=2)				
Sífilis (n=1)				
9ª Causa (n=15)				
Diarreia (n=4)	Mediana	8	Mediana	1
Tuberculose (n=3)	Máximo	61	Máximo	7
Meningite (n=1)	Mínimo	1	Mínimo	0
Pneumonia (n=1)	Média	10,0	Média	1,9
Sarampo (n=2)	(n=15)		(n=15)	
HIV, SIDA (n=1)				
Sepsis (n=1)				
Síndrome Nefrótica (n=1)				
Queimaduras (n=1)				
10ª Causa (n=9)				
Meningite (n=3)	Mediana	7	Mediana	1
Tuberculose (n=2)	Máximo	41	Máximo	10
Cardiopatía congénita (n=1)	Mínimo	1	Mínimo	0
HIV, SIDA (n=1)	Média	9,7	Média	2,0
Sepsis (n=1)	(n=9)		(n=9)	
Tétano Neonatal (n=1)				
TOTAL (n=29)				
	Mediana	1025	Mediana	69
	Máximo	14307	Máximo	615
	Mínimo	340	Mínimo	20
	Média	1759,4	Média	95,5

n – número de hospitais respondentes

52. Quais as 10 principais causas de internamento, qual o número de altas e óbitos das enfermarias de medicina no hospital durante o ano de 2001?

Causas de internamento por ordem decrescente de frequência	Altas incluindo os óbitos	Óbitos
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
TOTAL		

Hospitais respondentes: 31 (no entanto um hospital informou que tem enfermaria de medicina e pediatria em conjunto e não enviou números)

Causas de internamento na enfermaria de medicina no ano de 2001 por ordem decrescente de frequência	Altas incluindo os óbitos		Óbitos	
1ª Causa (n=30)				
Malária (n=22)	Mediana	236,5	Mediana	15
Outras doenças (n=8)	Máximo	2664	Máximo	128
	Mínimo	107	Mínimo	3
	Média	342,8	Média	22,2
	(n=30)		(n=30)	
2ª Causa (n=30)				
Outras doenças (n=13) Malária (n=6) Pneumonia (n=3) SIDA (n=3) Anemia (n=2) Tuberculose (n=2) Tuberculose pulmonar (n=1)	Mediana	145,5	Mediana	13
	Máximo	734	Máximo	205
	Mínimo	36	Mínimo	2
	Média	164,4	Média	19,5
		(n=30)		(n=30)
3ª Causa (n=30)				
Tuberculose (n=8) Pneumonia, broncopneumonia (n=6) Outras doenças (n=5) Anemia (n=3) Diarreia (n=3) HIV, SIDA (n=2) Malária (n=2) Imunodepressão (n=1)	Mediana	88,5	Mediana	7,5
	Máximo	382	Máximo	27
	Mínimo	27	Mínimo	1
	Média	97,4	Média	9,6
		(n=30)		(n=30)
4ª Causa (n=30)				
Pneumonia e Broncopneumonia (n=11) Tuberculose (n=8) Anemia (n=5) Diarreia (n=3) HIV, SIDA (n=2) Imunodepressão (n=1)	Mediana	43	Mediana	5,5
	Máximo	171	Máximo	39
	Mínimo	25	Mínimo	0
	Média	56,6	Média	7,9
		(n=30)		(n=30)
5ª Causa (n=30)				
Pneumonia e Broncopneumonia (n=7) HIV, SIDA (n=6) Tuberculose (n=5) Anemia (n=4) Diarreia (n=4) Doenças cardíacas, Insuficiência cardíaca (n=2) Outras doenças (n=1) Traumatismo (n=1)	Mediana	35,5	Mediana	5,5
	Máximo	164	Máximo	19
	Mínimo	6	Mínimo	0
	Média	44,7	Média	6,5
		(n=30)		(n=30)

n – número de hospitais respondentes

Causas de internamento na enfermaria de <u>medicina</u> no ano de 2001 por ordem decrescente de frequência (continuação)	Altas incluindo os óbitos		Óbitos	
6ª Causa (n=28)				
Diarreia (n=10)	Mediana	24	Mediana	3
Anemia (n=7)	Máximo	156	Máximo	20
HIV, SIDA (n=4)	Mínimo	5	Mínimo	0
Tuberculose (n=3)	Média	29,7	Média	3,8
Doenças cardíacas, Insuficiência cardíaca (n=3)	(n=28)		(n=28)	
Pneumonia, broncopneumonia (n=2)				
Imunodepressão (n=1)				
7ª Causa (n=24)				
Diarreia (n=8)	Mediana	16	Mediana	2,5
Meningite (n=5)	Máximo	101	Máximo	21
HIV, SIDA (n=5)	Mínimo	2	Mínimo	0
Tuberculose (n=2)	Média	21,8	Média	3,3
Pneumonia, bronquite (n=2)	(n=24)		(n=24)	
Anemia (n=1)				
AVC/HTA (Acidente vascular cerebral / Hipertensão arterial) (n=1)				
8ª Causa (n=19)				
Meningite, Meningite meningocócica (n=5)	Mediana	8	Mediana	1
Anemia (n=4)	Máximo	44	Máximo	6
Disenteria (n=2)	Mínimo	1	Mínimo	0
SIDA (n=1)	Média	12,9	Média	2,0
Doenças transmissão sexual (n=1)	(n=19)		(n=19)	
Doenças Transmissíveis (n=1)				
Insuficiência Cardíaca (n=1)				
Pneumonia (n=1)				
Psicose (n=1)				
Raiva (n=1)				
Sarampo (n=1)				
9ª Causa (n=11)				
Meningite (n=3)	Mediana	10	Mediana	2
Acidente Vascular Cerebral (n=2)	Máximo	38	Máximo	10
Insuficiência Cardíaca (n=2)	Mínimo	1	Mínimo	0
Anemia (n=1)	Média	10,9	Média	2,8
Diarreia (n=1)	(n=11)		(n=11)	
Disenteria (n=1)				
HIV (n=1)				
10ª Causa (n=9)				
Meningite (n=2)	Mediana	6	Mediana	1
Anemia (n=1)	Máximo	31	Máximo	4
Diarreia (n=1)	Mínimo	1	Mínimo	0
Hipertensão Arterial (n=1)	Média	8,0	Média	1,4
Insuficiência cardíaca (n=1)	(n=9)		(n=9)	
Insuficiência Renal Aguda (n=1)				
Raiva (n=1)				
Síndrome ascítico (n=1)				
TOTAL (n=30)				
	Mediana	630,5	Mediana	63,5
	Máximo	4485	Máximo	446
	Mínimo	224	Mínimo	19
	Média	847,5	Média	76,7

n – número de hospitais respondentes

53. Quais as 10 principais causas de internamento, qual o número de altas e óbitos das enfermarias de cirurgia no hospital durante o ano de 2001?

Causas de internamento por ordem decrescente de frequência	Altas incluindo os óbitos	Óbitos
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
TOTAL		

Como se constatou que só as causas de intervenção cirúrgica são registadas, nesta questão analisou-se somente o número de óbitos e os tipos de cirurgia realizados são analisados na pergunta 65.

Hospitais respondentes: 20

Número de óbitos na enfermaria de cirurgia no ano de 2001	Nº de hospitais
0	12
1	2
2	2
4	1
7	1
14	1
17	1

Número de óbitos na enfermaria de cirurgia no ano de 2001	
Mediana	0
Média	2,4
Máximo	17
Mínimo	0

54. Quais as 10 principais causas de internamento, qual o número de altas e óbitos das enfermarias de obstetria/ginecologia no hospital durante o ano de 2001?

Causas de internamento	Altas incluindo os óbitos	Óbitos Maternos
Total de partos (Parto normal /Partos distócicos)		
Partos por cesariana		
Outras causas de internamento		
TOTAL		

Hospitais respondentes: 31

	Altas incluindo os óbitos		Óbitos Maternos	
Partos (inclui eutócicos e distócicos)	Mediana	1.391	Mediana	5
	Máximo	12.126	Máximo	15
	Mínimo	270	Mínimo	0
	Média	1.955,6	Média	5
Nº hospitais respondentes	28		25	
Partos por cesariana	Mediana	83	Mediana	0
	Máximo	1.682	Máximo	7
	Mínimo	11	Mínimo	0
	Média	156,8	Média	0,7
Nº hospitais respondentes "Outras causas de internamento"	6		5	
TOTAL	Mediana	1418	Mediana	5
	Máximo	13.808	Máximo	20
	Mínimo	366	Mínimo	0
	Média	2.057,0	Média	5,8
Nº hospitais respondentes	29		26	

55. Quais as 10 principais causas de internamento, qual o número de altas e óbitos da unidade de cuidados intensivos no hospital durante o ano de 2001?

Causas de internamento por ordem decrescente de frequência	Altas incluindo os óbitos	Óbitos
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
TOTAL		

Hospitais respondentes: 15 (2 hospitais forneceram números, 13 hospitais responderam não ter Unidade de Cuidados Intensivos)

Causas de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos no ano de 2001 por ordem decrescente de frequência	Altas incluindo os óbitos	Óbitos
1ª Causa (n=2)		
Malária	599	7
Malária	285	5
2ª Causa (n=2)		
Pneumonias agudas	75	4
Pneumonias	45	3
3ª Causa (n=2)		
Diarreia aguda	58	2
HIV/SIDA	33	4
4ª Causa (n=2)		
Anemias	46	7
Anemia grave	32	2
5ª Causa (n=2)		
SIDA	34	4
Broncopneumonia	29	0
6ª Causa (n=2)		
Tuberculose	12	0
Crise asmática	25	0
7ª Causa (n=2)		
Malnutrição	6	0
Insuficiência cardíaca	20	0
8ª Causa (n=2)		
Meningite	1	0
Poli traumatizados	20	2
9ª Causa (n=2)		
Malnutrição	15	0
10ª Causa (n=1)		
Hérnias inguinais encarceradas	5	0
TOTAL		
	824	17
	509	16

n – número de hospitais respondentes

4.4. Qualidade hospitalar

56. Existe um núcleo de garantia de qualidade formado no Hospital?

- Sim
 Não.

Hospitais respondentes: 29

Existência de núcleo de garantia de qualidade formado no Hospital	Nº de hospitais
Sim	11
Não	18

57. Caso afirmativo, especifique quem faz parte deste núcleo?

- Médicos Quantos? _____
 Técnicos Quantos? _____
 Enfermeiros Quantos? _____
 Outro tipo de pessoal (mencione)

Hospitais respondentes: 10

Constituição do núcleo de garantia de qualidade do Hospital	
Tipo de profissionais	Número de profissionais
Médicos (n=8)	1 (n=4)
	2 (n=3)
Técnicos (n=9)	1 (n=3)
	2 (n=2)
	3 (n=2)
	6 (n=1)
Enfermeiros (n=10)	1 (n=6)
	4 (n=1)
	10 (n=1)
	12 (n=1)
Outro tipo de pessoal (n=2)	1 Agente Medicina Curativa

n – número de hospitais respondentes

58. Mencione quais os indicadores de monitorização desta actividade?

Indicadores

Resultado da avaliação durante o ano de 2001

Número de hospitais respondentes: 3

Indicadores de monitorização da qualidade	Resultado da avaliação durante o ano de 2001
Mortalidade Intrahospitalar	Não resposta
Tempo médio de internamento	Não resposta

Indicadores de monitorização da qualidade	Resultado da avaliação durante o ano de 2001
Taxa de mortalidade intrahospitalar	Não resposta
Taxa de Ocupação de Camas	Não resposta
Taxa de utilização dos serviços de saúde	Não resposta

Indicadores de monitorização da qualidade	Resultado da avaliação durante o ano de 2001
Óbitos maternos	6
Causas de óbitos intra hospitalar	Não resposta
Infecções intra-hospitalares	Não resposta
Assepsia	Não resposta

4.5. Outros serviços hospitalares

59. Existe ronda nocturna e de dia durante os fins-de-semana para dar cobertura às enfermarias do hospital? Por quem é realizada? (assinale mais do que uma opção, se necessário)

	Sim, ronda geral para todo o internamento	Sim, ronda específica para cada enfermaria	Não
Médicos			
Técnicos			
Enfermeiros			
Outros (mencione)			

Hospitais respondentes: 31

Número de hospitais com ronda nocturna e de dia durante os fins-de-semana para dar cobertura às enfermarias do hospital e tipo de profissionais que a realiza			
	Sim, ronda geral para todo o internamento	Sim, ronda específica para cada enfermaria	Não
Médicos	19	7	2
Técnicos	14	6	4
Enfermeiros	19	7	4
Outro:		0	2
Agente de medicina	1		
Não especificado	1		

60. Se não há ronda como se procede em caso de necessidade?

Hospitais respondentes: 7

- "o enfermeiro de escala chama o clínico"
- "chama-se o médico ou técnico de cirurgia"
- "chamam-se o médico ou enfermeira chefe para situações pontuais"
- "os técnicos são solicitados quando houver necessidade"
- "solicita-se o clínico de urgências, via telefone"
- "o enfermeiro de serviço solicita o clínico de urgência naquela semana"
- "em caso de urgência refere ao bloco central"

61. Mencione o equipamento existente para cuidados intensivos

	Sim	Se sim, quantos?	Não	Por vezes	Não existe
Oxigénio					
Ambu + máscaras					
Aspirador					
Material para entubação oro e naso traqueal					
Ventilador					
Desfibrilhador					
Monitores (mencione, por favor):					
Outro (mencione):					

Esta pergunta não foi considerada porque foi interpretada de diferentes maneiras. Assim:

2 Hospitais na pergunta 50 dizem ter camas de reanimação e respondem a esta pergunta.

7 Hospitais respondem a esta pergunta mas não assinalaram a existência de internamento na pergunta 50 sobre número de camas.

20 Hospitais dizem não ter unidade de cuidados intensivos mas assinalam a existência de parte do material no hospital.

62. Liste os tipos de equipamento não disponíveis para cuidados intensivos e que, na sua opinião, deveriam ser adquiridos.

Hospitais respondentes: 25

Tipo de equipamento não disponível na unidade de cuidados intensivos e que deveria ser adquirido:

- Ventilador
- Aparelhos de rx / aparelho de ecografia / aparelho de electrocardiograma / aspiradores eléctricos
- Ambú / ventilador / aspirador / aparelho de anestesia
- Macas hidráulicas para carregar doentes / aspirador / caixa de ortopedia AO e Zimer / mesa operatória / mesa de Mayo
- Radiodiagnóstico / ecografia / bioquímica
- Aspirador / ambú + máscaras / material para entubação naso-traqueal
- Máquina para hemoglobina / aspiradores / ecógrafo
- Aspirador / ventilador / aumentar a quantidade de oxigénio
- Oxigénio / Ambu+máscaras / Aspirador / Material para entubação / Ventilador / Monitor / Ventosas / Raio X / Banco de sangue
- Oxigénio / Material para entubação oro e naso traqueal / Ventilador / Monitores
- Ventilador / Monitor
- Ambu pediátrico / Ventilador / Desfibrilhador / Capnómetro /
- Monitor CV
- Monitor ECG
- Monitor
- Ambu+máscaras / Ventiladores / Monitores (FC, FR, pulso, TA)
- Aspiradores
- Substituição dos equipamentos existentes: aparelho para oxigénio / ambús / máscaras / aspirador; Novo equipamento: material para entubar / Ventilador / monitor
- Aspirador / monitor
- Aparelho de aerossol / aspirador / aparelho de TA
- Material para entubação naso-traqueal / ventilador / monitores
- Oxigénio / ambú + máscaras / aspirador / material para entubação oro e naso-traqueal / ventilador / desfibrilhador / monitores cardíacos e oxímetros / Eco
- Ventilador / Material para entubação naso traqueal
- Aspiradores eléctricos / Ambu / mascaras
- Ventilador / Monitor cardíaco
- Ecografo / Electrocardiografo / Ventiladores / oxímetros
- Novo aparelho de radiologia para substituir o actual, velho / Autoclaves / Marquesas / Cadeira de rodas para os pacientes

63. Existe bloco operatório no seu hospital?

Sim Quantas salas? _____ Quantas mesas operatórias? _____
 Não

Hospitais respondentes 31

Existência de bloco operatório no hospital	Nº de hospitais
Sim	30
Não	1

Número de salas operatórias no hospital	Nº de hospitais
1	21
2	8
3	1

Número de mesas operatórias no hospital	Nº de hospitais
1	21
2	8
3	1

64. Que anestesia é utilizada na sala de operações? (assinale mais do que uma opção, se necessário)

- Anestesia local
- Anestesia regional
- Anestesia epidural
- Anestesia geral: Inalação
 Intravenosa

Hospitais respondentes: 29

Tipo de anestesia utilizada na sala de operações	
Tipo de anestesia	Número de hospitais
Anestesia local	29
Anestesia regional	25
Anestesia epidural	16
Anestesia geral Inalação	22
Anestesia geral Intravenosa	29

65. Mencione que tipos de intervenções cirúrgicas são realizados e que número se realizou em 2001.

Tipo de cirurgia	Realizado por (1 Cirurgião, 2 Técnico de cirurgia, 3 Médico de Clínica Geral)	nº de intervenções no ano de 2001

Hospitais respondentes: 28

Tipo de cirurgia	Número total	
Cirurgia obstétrica e ginecológica Inclui: Histerectomia / laqueação de trompas / gravidez ectópica / curetagem / condilectomia / miomectomia / salpingectomia / ooforectomia / correção cirúrgica de prolapso do útero / ciclorrafias / interrupção da gravidez / biópsia do endométrio	Total	Mediana 108,5 Mínimo 15 Máximo 599 Média 158,1 (n=28)
	Cesariana	Mediana 69 Mínimo 12 Máximo 343 Média 96,6 (n=27)
Cirurgia geral e pequena cirurgia Inclui: laparotomia / herniorrafia / apendicectomia / amputações / esplenectomia / hemorroidectomia / fistulectomia / enxertos de pele / drenagem de abscessos / limpeza cirúrgica / ressecção intestinal / lipomectomia / excisão de quistos e tumores cutâneos / orquidectomia / hidrocelectomia/ circuncisão / suturas de feridas / pensos / biópsias	Mediana 131 Mínimo 11 Máximo 1083 Média 221,5 (n=27)	
Traumatologia Inclui: imobilização e redução de fracturas / fracturas expostas / reduções / luxações/ fixação externa fractura exposta	Mediana 56 Mínimo 6 Máximo 781 Média 193,3 (n=9)	
Outras intervenções Inclui: outras intervenções / cirurgia de olhos / cirurgia ORL	Mediana 53 Mínimo 1 Máximo 589 Média 96,3 (n=16)	

n - número de hospitais respondentes

Hospitais respondentes: 25

Tipo de profissionais que realiza a cirurgia	Nº hospitais
Técnico de cirurgia	15
Cirurgião+ Técnico de cirurgia	4
Técnico de cirurgia+ Médico de Clínica Geral	4
Cirurgião+ Técnico de cirurgia+ Médico de Clínica Geral	1
Cirurgião	1

66. Que tipo de exames complementares de diagnóstico (excepto exames de laboratório) se executam no hospital e qual o número de exames efectuados? (assinalar mais do que uma opção se necessário)

	Sim	Nº total de exames realizados em 2001	Não
Radiografia sem contraste			
Radiografia com contraste			
Fluoroscopia			
Ecografia			
Endoscopia			
Electrocardiograma			
Electroencefalograma			
Outros (mencione)			

Hospitais respondentes: 30

Realização de exames complementares de diagnóstico (excepto exames de laboratório) e número de exames efectuados			
	Sim	Nº total de exames realizados em 2001	Não
Radiografia sem contraste	22 (n=30)	Mediana 1.664 Média 2.400 Máximo: 7.045 Mínimo: 804 (n=13)	8 (n=30)
Radiografia com contraste	8 (n=27)	0; 28 (n=2)	9 (n=27)
Fluoroscopia	0 (n=26)	(n=0)	26 (n=26)
Ecografia	9 (n=28)	55; 9.619 (n=2)	19 (n=28)
Endoscopia	0 (n=26)	(n=0)	26 (n=26)
Electrocardiograma	5 (n=27)	(n=0)	22 (n=27)
Electroencefalograma	0 (n=26)	(n=0)	26 (n=26)
Outros (mencione)			0 (n=2)
CTG	2 (n=2)	1.055 (n=1)	

n - número de hospitais respondentes

67. Existe disponibilidade de realizar estes exames quando um Médico o necessita?

	Sim	Não	Durante as 24 horas	Outro horário (mencione)
Radiografia sem contraste				
Radiografia com contraste				
Fluoroscopia				
Ecografia				
Endoscopia				
Electrocardiograma				
Electroencefalograma				
Outros (mencione)				

Número de hospitais respondentes 27

Número de hospitais com disponibilidade para realização de exames quando um médico o necessita				
	Sim	Não	Durante as 24 horas	Outro horário
Radiografia sem contraste	22 (n=27)	5 (n=27)	15	4
Radiografia com contraste	9 (n=18)	9 (n=18)	3	3
Fluoroscopia	0 (n=17)	17 (n=17)		
Ecografia	7 (n=20)	13 (n=20)	4	3
Endoscopia	0 (n=18)	18 (n=18)		
Electrocardiograma	5 (n=19)	14 (n=19)	2	1
Electroencefalograma	0 (n=17)	17 (n=17)		
Outros (mencione)				1
CTG	2 (n=2)	0 (n=2)		

n - número de hospitais respondentes

68. Que outros exames complementares de diagnóstico (exceptuando análises laboratoriais) não se executam no hospital mas, na sua opinião, deveriam ser executados?

Hospitais respondentes: 29

Outros exames que se deveria executar no hospital	
Radiologia (Fluoroscopia, radiografia com e sem contraste, máquina aparelho de revelação automática/ clister opaco)	21
Ecografia	18
Electrocardiograma	12
Material protector (óculos de chumbo / luvas de chumbo / chumbo para protecção da sala de exames)	2
Endoscopia	2
Electroencefalograma	1

69. Para que estes outros exames complementares pudessem ser realizados o que seria necessário? (assinale mais do que uma opção, se necessário)

- Mais equipamento
 Novas competências técnicas do pessoal existente
 Outros (mencione):

Hospitais respondentes: 29

Condições para a realização de outros exames complementares de diagnóstico	Nº de hospitais
Mais equipamento	28
Novas competências técnicas do pessoal existente	23
Outros Colocação de pessoal	1

70. Que tipo de exames são realizados no laboratório?

	Exames efectuados	Sim	Não	Exames efectuados		Sim	Não
				Bacteriologia/parasitologia	Exame bacteriológico e parasitológico directo		
Hematologia	Esfregaço sanguíneo	[]	[]		Liquor	[]	[]
	Gota espessa	[]	[]		Urina	[]	[]
	Pesquisa de células falciformes	[]	[]		Fezes	[]	[]
	Contagem de reticulócitos	[]	[]		Exsudado vaginal	[]	[]
	Contagem de glóbulos brancos	[]	[]		AFB/ZN (Pesquisa de bacilos álcool-acido resistentes)	[]	[]
	Formula leucocitária	[]	[]		Outros. Quais?		
	Contagem de glóbulos vermelhos	[]	[]		Culturas:		
	Nível de hemoglobina	[]	[]		Líquido cefalo-raquidiano	[]	[]
Bioquímica	Velocidade de sedimentação	[]	[]		Sangue	[]	[]
	Albumina na urina	[]	[]		Urina	[]	[]
	Glicemia	[]	[]		Expectoração	[]	[]
	Glicose na urina	[]	[]		Antibiograma com teste de sensibilidade antibiótica	[]	[]
	Outros (Qual)?	[]	[]		Outros (Quais)?	[]	[]
Serologia	HIV (Especifique que teste):	[]	[]				
	Hepatite B	[]	[]				
	Hepatite C	[]	[]				
	Sífilis	[]	[]				
	Outros (especifique):	[]	[]				

Hospitais respondentes: 30

Exames efectuados		Sim	Nº de hospitais respondentes
Hematologia	Esfregaço sanguíneo	26	28
	Gota espessa	29	30
	Pesquisa de células falciformes	7	25
	Contagem de reticulócitos	9	26
	Contagem de glóbulos brancos	29	30
	Formula leucocitária	28	30
	Contagem de glóbulos vermelhos	17	26
	Nível de hemoglobina	25	28
Bioquímica	Velocidade de sedimentação	26	28
	Albumina na urina	14	28
	Glicemia	7	28
	Glicose na urina	19	26
	Outros (Qual)?	4	4
Bacteriologia/parasitologia	Exame bacteriológico e parasitológico directo		
	Liquor	25	28
	Urina	29	29
	Fezes	28	29
	Exsudado vaginal	26	28
	AFB/ZN (Pesquisa de bacilos álcool-acido resistentes)	27	29
	Outros. Quais?	2	2
	Culturas:		
	Líquido cefalo-raquidiano	2	26
	Sangue	1	25
	Urina	1	25
	Expectoração	1	25
Antibiograma com teste de sensibilidade antibiótica	1	25	
Outros (Quais)?	1	1	
Serologia	HIV	29	29
	Hepatite B	0	25
	Hepatite C	0	26
	Sífilis	29	30
	Outros (especifique): (Teste imunológico de gravidez, PCR, Factor reumatóide)	6	6

71. Que tipo de exames não são realizados no laboratório mas que na sua opinião deveriam ser?

Hospitais respondentes: 28

Outros exames laboratoriais que se deveriam executar no hospital	N.º de hospitais
Bioquímica	25
Bacteriologia Exames directos, exames culturais e antibiograma	17
Serologia (VIH 1 hospital, Hepatites B e C, 8 hospitais)	10
Hematologia	8

72. Para que estes exames laboratoriais pudessem ser realizados o que seria necessário? (assinale mais do que uma opção, se necessário)

- Mais equipamento
 Novas competências técnicas do pessoal existente
 Outros (mencione):

Hospitais respondentes: 27

Condições para a realização de outros exames laboratoriais	Nº de hospitais
Mais equipamento	27
Novas competências técnicas do pessoal existente	15
Outros Reagentes (3), aumento das instalações do laboratório (2), aumento de pessoal técnico (1), restabelecimento de energia eléctrica (1)	7

73. Efectua-se transfusão de sangue no hospital?

Sim Quantos sacos utilizou em 2001? _____

Não

Hospitais respondentes 29

Realização de transfusão de sangue no hospital	Nº de hospitais
Sim	28
Não	1

Hospitais respondentes: 22

Número de sacos utilizados em transfusões de sangue em 2001	
Mediana	329,5
Média	506,1
Máximo	2.594
Mínimo	59

74. O hospital em banco de sangue permanente?

- Sim
 Não

Hospitais respondentes 29

Existência de banco de sangue permanente	Nº de hospitais
Sim	21
Não	8

75. O hospital possui uma lista actualizada de dadores de sangue?

- Sim
 Não

Hospitais respondentes 29

Existência de lista actualizada de dadores	Nº de hospitais
Sim	22
Não	7

76. De onde provem o sangue? (assinale mais do que uma opção, se necessário):

- Campanhas de doação
 Doação de familiares
 Doação de amigos
 Outras fontes (mencione):

Hospitais respondentes: 29

Proveniência do sangue para transfusão	
Campanhas de doação	16
Doação de familiares	28
Doação de amigos	15
Outras fontes: Doadores benévolos 4; Hospital central de Maputo 1	5

77. São feitos testes de compatibilidade antes da transfusão?

- Sim
 Não

Hospitais respondentes: 29

Realização de testes de compatibilidade antes da transfusão	Nº de hospitais
Sim	27
Não	2

78. Antes do uso de sangue doado para transfusão, são feitos alguns dos seguintes exames? (assinale mais do que uma opção, se necessário, usando a seguinte escala: 4 Sempre, 2 Por vezes, 1 Nunca)

- HIV
 Hepatite B
 Hepatite C

Hospitais respondentes: 30

Realização dos exames mencionados antes da doação de sangue			
	Sempre	Por vezes	Nunca
HIV (n=30)	30	0	0
Hepatite B (n=29)	0	0	29
Hepatite C (n=29)	0	0	29

n - número de hospitais respondentes

4.6. Apoio de Hotelaria a doentes

79. Normalmente providenciam roupa de cama aos pacientes internados no hospital?

- Sim
 Não

Hospitais respondentes: 31

Fornecimento de roupa de cama aos doentes internados no hospital	Nº de hospitais
Sim	30
Não	1

80. Normalmente fornecem alimentação aos pacientes?

- Sim
 Não

Hospitais respondentes: 31

Fornecimento de alimentação aos doentes internados no hospital	Nº de hospitais
Sim	31
Não	0

81. Se tiver respondido não, isso significa que os familiares é que devem tomar conta dos pacientes. Neste caso, qual é o âmbito, ou seja até que ponto os familiares devem tomar conta?

- | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Não | Sim |
| Alimentação | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Roupa de cama | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Higiene do doente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Administração de medicação | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hospitais respondentes: 4

Número de hospitais em que os aspectos mencionada de cuidado ao doente são assegurados pela família	
Cuidados aos doentes	Nº de hospitais
Alimentação	1 (n=3)
Roupa de cama	0 (n=2)
Higiene do doente	2 (n=4)
Administração de medicação	0 (n=2)

n - número de hospitais respondentes

82. Existe alguma infra-estrutura para acomodar estes familiares?

Sim (mencione, por favor) _____

Não há nenhuma infra-estrutura

O hospital faz arranjos especiais (mencione)

Hospitais respondentes: 31

Existência de infra-estrutura para acomodar os familiares	Nº de hospitais
Sim	
Casas de espera	6
Não há nenhuma infra-estrutura	23
O hospital faz arranjos especiais	
Sala improvisada, enfermaria	3

83. O hospital tem "casas de espera"? (unidade para acomodar grávidas com tempo de gestação próxima do termo residentes longe do hospital)

Sim

Não

a situação é diferente (mencione):

Hospitais respondentes 30

Existência de casa de espera	Nº de hospitais
Sim	15
Não	15

5. Recursos hospitalares

5.1. Recursos Humanos

84. Como é que o quadro de recursos humanos está organizado ao nível do seu Distrito?

Existe um quadro único para todo o Distrito

Existe um quadro para o hospital e um outro para os centros e postos de saúde

Cada ponto de prestação de cuidados de saúde tem o seu próprio quadro

Não há quadro de recursos humanos

Outro (mencione):

Hospitais respondentes 30

Organização do quadro de pessoal a nível do distrito	Nº de hospitais
Existe um quadro único para todo o Distrito	8
Existe um quadro para o hospital e um outro para os centros e postos de saúde	16
Cada ponto de prestação de cuidados de saúde tem o seu próprio quadro	3
Não há quadro de recursos humanos	3
Outro	0

85. Quantos funcionários tem o hospital, incluindo atendimento ambulatorio, qual a sua categoria profissional e sexo? Quantas vagas do quadro previsto estão por preencher? (anexe ao questionário a lista do quadro de pessoal/serviço e a lista nominal dos funcionários do hospital)

Categoria profissional do pessoal existente nominal	Sexo feminino	Sexo masculino	Nº contemplado no quadro	Vagas	comentários

Hospitais respondentes: 27.

O elevado número de categorias profissionais levou ao seu agrupamento segundo a tabela seguinte.

Categorias profissionais	Agrupamentos de categorias para apresentação de resultados
Médicos não especificado	Médico
Medico generalista	
Medico cirurgião	
Medico generalista interno de 1.º	
Medico generalista Interno de 2.º	
Enfermeiro não especificado ou outros tipos	Enfermeiro
Enfermeiros elementares	
Enfermeiro geral	
Enfermeiros básicos	
Enfermeiro geral especializado	Enf. SMI (Saúde Materno Infantil) e parteiras
Enfermeiras de SMI (saúde materno infantil)	
Parteiras elementares e Parteira não especificado	Técnico de cirurgia
Técnico de cirurgia	
Técnico de anestesiologia	Técnico de anestesiologia
Técnico de medicina	Pessoal de medicina
Agente de medicina geral	
Técnico de farmácia	Pessoal de farmácia
Auxiliares de farmácia	
Técnico de laboratório	Pessoal de laboratório
Agente de laboratório	
Auxiliar técnico, Microscopista	
Técnico de radiologia	
Agente de radiologia	Pessoal de radiologia
Técnicos de odontoestomatologia	
Técnico de oftalmologia	
Técnico de psiquiatria	
Técnico de medicina física e reabilitação	
Técnico de Medicina preventiva	
Técnico de nutrição	
Técnicos de saúde materno infantil	
Técnico não especificado ou outros tipos	
Agente de medicina	Outros agentes ou assistentes técnicos
Agente de medicina preventiva	
Assistentes técnicos de saúde não especificado	
Auxiliar técnico de saúde não especificado	Outros Auxiliares técnicos
Auxiliar técnico de SMI	

Categorias profissionais	Agrupamentos de categorias para apresentação de resultados (continuação)
Técnico de administração hospitalar	Pessoal administrativo
Técnico de contabilidade	
Técnico de estatística	
Auxiliares administrativos	
Escriturário dactilógrafo	
Arquivista	
Oficial de administração	
Contabilista	
Agente administração da USS	
Aspirante	
Pessoal de apoio não especificado ou outro	
Maqueiros	
Sapateiro ortopédico	
Guardas	
Técnico de manutenção	
Serventes	
Costureira	
Cozinheiros	
Jardineiros	
Motoristas	
Operários	
Serralheiro	
Pedreiros	
Electricista	
Canalizador	

Quatro hospitais não disponibilizaram a composição do quadro de pessoal e outros fornecem informação só para alguns grupos profissionais. A tabela seguinte, em relação ao número de médicos e técnicos de cirurgia conjuga as respostas da pergunta 85 e 86.

Categoria profissional	Número de profissionais	
Médicos (n=24, pergunta 85 e n=27, pergunta 86)	Mediana	1
	Máximo	25
	Mínimo	1
	Média	3,1
Enfermeiros (n=25)	Mediana	14
	Máximo	50
	Mínimo	5
	Média	19,6
Enf. SMI (Saúde Materno Infantil) e parteiras (n=23)	Mediana	5
	Máximo	52
	Mínimo	1
	Média	9,7
Técnicos de cirurgia (n=14, pergunta 85 e n=18, pergunta 27)	Mediana	1
	Máximo	2
	Mínimo	1
	Média	1,1
Técnico de anestesiologia (n=9)	Mediana	1
	Máximo	3
	Mínimo	1
	Média	1,6
Pessoal de medicina (n=21)	Mediana	4
	Máximo	15
	Mínimo	1
	Média	5,5
Pessoal de farmácia (n=19)	Mediana	2
	Máximo	15
	Mínimo	1
	Média	2,7
Pessoal de laboratório (n=21)	Mediana	3
	Máximo	13
	Mínimo	2
	Média	4,0
Pessoal de radiologia (n=14)	Mediana	2
	Máximo	6
	Mínimo	1
	Média	2,6
Outros técnicos	Mediana	2
	Máximo	17
	Mínimo	1
	Média	4,1
Outros agentes ou assistentes técnicos	Mediana	3
	Máximo	56
	Mínimo	1
	Média	9,1
Outros Auxiliares técnicos (n=3)	Mediana	12
	Máximo	13
	Mínimo	1
	Média	8,7
Pessoal administrativo (n=16)	Mediana	2
	Máximo	21
	Mínimo	1
	Média	5,1
Pessoal de apoio (n=21)	Mediana	21
	Máximo	112
	Mínimo	1
	Média	28,0
Total	Mediana	64
	Máximo	280
	Mínimo	2
	Média	79,3

n - número de hospitais respondentes

86. Caracterize o pessoal de nível superior e médio (Médicos, Técnicos especializados) segundo a categoria profissional, idade, sexo, ano de licenciatura, ano de colocação no hospital, nacionalidade e situação contratual?

Categoria profissional	Idade	Sexo	Ano de licenciatura	Ano de colocação no hospital	Nacionalidade	Pertence ao quadro		Comentários
						sim	não	

Hospitais respondentes: 27

Foram analisados os médicos e técnicos de cirurgia

Categoria profissional	Nº	Idade	Sexo	Ano de licenciatura	Ano de colocação no hospital	Nacionalidade	Pertença ao quadro
Médicos	75	Mediana 35 Média 38,7 Máximo 58 Mínimo 28 (n=59)	F - 30 M - 44 (n=74)	Mediana 2001 1997,5 Média 1994,5 Máximo 2001 Mínimo 1972 (n=54)	Mediana 2001 Média 1996,6 Máximo 2002 Mínimo 1983 (n=61)	Alemã 2 Cabo Verdiana 1 Cubana 5 Dominicana 1 Espanhola 1 Indiana 1 Moçambicana 47 Nigeriana 2 Russa 2 (n=62)	Sim - 57 Não - 4 (n=62)
Técnico de cirurgia	20	Mediana 48 Média 48,2 Máximo 60 Mínimo 39 (n=12)	F - 1 M - 18 (n=11)	Mediana 1997 Média 1993 Máximo 2002 Mínimo 1973 (n=12)	Mediana 2000 Média 1996 Máximo 2002 Mínimo 1976 (n=12)	Moçambicana 19 Guiné Conacri 1 (n=20)	Sim - 19 Não - 1 (n=20)

n - número de hospitais respondentes

87. Quantos trabalhadores tiveram salários em atraso, por qualquer período, no ano de 2001?

- Médicos
 Enfermeiros
 Enfermeiras SMI e Parteiras
 Auxiliares
 Total

Hospitais respondentes: 23

- 15 - Hospitais declaram não ter trabalhadores com salários em atraso
- 3 - Hospitais fornecem o número de trabalhadores com salários em atraso
- 3 - Hospitais dizem ter trabalhadores com salários em atraso mas não fornecem números
- 1 - Hospital diz não saber

Número de profissionais com salários em atraso, por qualquer período, no ano de 2001	
Categoria profissional	Nº de profissionais
Enfermeiros (n=1)	4
Enf. SMI e parteiras (n=2)	1; 2
Auxiliares (n=2)	2; 4
Total de profissionais (n=18)	0 (n=15); 1 (n=1); 3 (n=1); 10 (n=1)

n - número de hospitais respondentes

88. Quantos trabalhadores do hospital abandonaram os seus postos no ano 2001? (Introduza o número de trabalhadores para cada categoria de abandono)

	Reforma	Transferência	Formação formal	Demissão	Mortes	Licenças	Não sei
Médicos							
Técnicos							
Enfermeiros							
Enfermeiras SMI e Parteiras							
Administrativos							
Auxiliares							
Outros (mencione)							

Hospitais respondentes: 29

Número de trabalhadores do hospital que abandonaram os seus postos, no ano 2001, por causa								
	Reforma	Transferência	Formação formal	Demissão	Mortes	Licenças	Outras razões	Não sei
Médicos	1 (n=1)	1 (n=10)	1 (n=1)		1 (n=1)			n=3
Técnicos	1 (n=5)	2 (n=3) 4 (n=1)	1 (n=2) 3 (n=1)		1 (n=3)			n=3
Enfermeiros	1 (n=4)	1 (n=2) 2 (n=3) 3 (n=1)	1 (n=4) 2 (n=3) 3 (n=1) 4 (n=1)	1 (n=1)	1 (n=6) 2 (n=1)			n=3
Enfermeiras SMI e Parteiras	1 (n=1)	1 (n=5) 2 (n=1)	1 (n=1) 2 (n=1) 4 (n=1)		1 (n=1)		2 (n=1)	n=3
Administrativos	1 (n=1)	1 (n=4)	1 (n=4) 2 (n=1)		1 (n=1)			n=2
Auxiliares	4 (n=1)	1 (n=1)	2 (n=1)		1 (n=4) 2 (n=1)	1 (n=1)	1 (n=1)	n=3
Outros	1 (n=1) 3 (n=2)	2 (n=1) 4 (n=1)	1 (n=1) 2 (n=2) 3 (n=1)	1 (n=2)	1 (n=3)			n=2

n – número de hospitais respondentes

89. Considera a SIDA entre os profissionais de saúde como um problema significativo entre o pessoal deste hospital?

Sim Porquê?

Não

Hospitais respondentes: 26

Realização de supervisão ao hospital no ano 2001	Nº de hospitais
Sim Causa de óbito e doença entre profissionais (n=7) Maior risco de contrair a doença para o pessoal da saúde; biossegurança (n=2)	12
Não	14

n – número de hospitais respondentes

90. Entre o pessoal médico e de enfermagem com responsabilidades de gestão qual é a melhor estimativa de número de horas por semana dedicado efectivamente às seguintes actividades?

	Actividades clínicas	Actividades administrativas no hospital	Formação formal do pessoal júnior	Supervisão de centros de saúde	Outros
Director do hospital					
Director Clínico					
Administrador do Hospital					
Enfermeiro Chefe					
Outro (mencione)					

Número de hospitais respondentes 27 (8 em número de horas e 19 em %)

Pessoal com resp gestão	Estimativa de nº horas semanais dedicadas efectivamente às actividades descriminadas (n=8)				
	Actividades clínicas	Actividades administrativas no hospital	Formação formal do pessoal júnior	Supervisão de centros de saúde	Outras
Director do hospital	Mediana 35 Média 28,8 Min 5 Máx 48 (n=5)	Mediana 20 Média 19,6 Min 12 Máx 27 (n=5)	Mediana 5 Média 5,7 Min 2 Máx 10 (n=3)	5 (n=3)	60 (n=1)
Director Clínico	Mediana 28 Média 33,3 Min 20 Máx 56 (n=6)	Mediana 13 Média 15,8 Min 10 Máx 27 (n=4)	Mediana 3,5 Média 3,5 Min 2 Máx 5 (n=4)	Mediana 5 Média 5,3 Min 5 Máx 6 (n=4)	
Administrador do Hospital		Mediana 40 Média 41,6 Min 15 Máx 70 (n=5)	0 (n=1) 2,5 (n=1)	0 (n=1) 2,5 (n=1)	12 (n=1)
Enfermeiro Chefe	Mediana 48 Média 38,0 Min 10 Máx 56 (n=3)	Mediana 23,5 Média 21,8 Min 10 Máx 30 (n=4)	Mediana 5 Média 5,7 Min 2 Máx 10 (n=3)	Mediana 6 Média 7,0 Min 5 Máx 10 (n=3)	
Pessoal com resp gestão	Estimativa de % horas semanais dedicadas efectivamente às actividades descriminadas (n=19)				
	Actividades clínicas	Actividades administrativas no hospital	Formação formal do pessoal júnior	Supervisão de centros de saúde	Outras
Director do hospital	Média 53,6 Min 20 Máx 80 Mediana 60 (n=16)	Média 34,7 Min 10 Máx 90 Mediana 40 (n=16)	Média 10,4 Min 5 Máx 15 Mediana 10 (n=13)	Média 13,6 Min 5 Máx 25 Mediana 10 (n=11)	Média 3 (n=1)
Director Clínico	Média 68,3 Min 50 Máx 100 Mediana 60 (n=12)	Média 26,0 Min 5 Máx 100 Mediana 20 (n=10)	Média 12,5 Min 5 Máx 15 Mediana 15 (n=9)	Média 15,0 Min 5 Máx 20 Mediana 15 (n=7)	Média 5 (n=1)
Administrador do Hospital		Média 95,5 Min 80 Máx 100 Mediana 100 (n=17)	Média 10,0 Min 0 Máx 20 Mediana 10 (n=4)	Média 15,0 Min 10 Máx 20 Mediana 15 (n=2)	
Enfermeiro Chefe	Média 47,5 Min 10 Máx 100 Mediana 50 (n=12)	Média 44,0 Min 10 Máx 100 Mediana 40 (n=15)	Média 19,6 Min 10 Máx 30 Mediana 20 (n=13)	Média 21,0 Min 10 Máx 50 Mediana 20 (n=10)	Média 10 (n=1)

n - número de hospitais respondentes

91. Para o pessoal médico e de enfermagem com responsabilidades de gestão, quantos dias despenderam fora do Distrito em várias outras actividades durante o ano de 2001?

(as férias não devem ser incluídas)

Pessoal	Fora do distrito para formação	Fora do distrito por motivos administrativos	Fora do distrito por outros motivos	Total (dias)
Director do Hospital				
Director Clínico				
Administrador do Hospital				
Enfermeiro Chefe				
Outro (mencione)				

Hospitais respondentes: 17

Dias despendidos fora do Distrito, por actividade, em 2001 pelos directores, director clínico, administrador e enfermeiro chefe				
Pessoal	Fora do distrito para formação	Fora do distrito por motivos administrativos	Fora do distrito por outros motivos	Total (dias)
Director do hospital	Mediana 7 Média 19,8 Máxima 51 Mínimo 3 (n= 5)	5 (n=1) 1 (n=1)	10 (n=1) 7 (n=1)	Mediana 23,5 Média 31,7 Máxima 75 Mínimo 3 (n=5)
Director Clínico	Mediana 21 Média 52,2 Máxima 180 Mínimo 1 (n=6)	7 (n=1)	2 (n=1)	Mediana 24,5 Média 53,7 Máxima 180 Mínimo 3 (n=6)
Administrador do Hospital	Mediana 30 Média 31,4 Máxima 85 Mínimo 1 (n=5)	Mediana 48 Média 48,6 Máxima 72 Mínimo 18 (n= 8)	5 (n=1) 10 (n=1)	Mediana 66 Média 65,6 Máxima 100 Mínimo 24 (n=8)
Enfermeiro Chefe	Mediana 32,5 Média 51,2 Máxima 180 Mínimo 2 (n= 6)	12 (n=1) 9 (n=1)	1 (n=1) 6 (n=1) 14 (n=1)	Mediana 14 Média 38,8 Máxima 180 Mínimo 8 (n= 9)

n – número de hospitais respondentes

92. Entre o pessoal afecto ao seu hospital alguns fazem actividade privada dentro e fora da instituição. Assinale, com uma cruz, a situações que se verificam no seu hospital.

Actividade Privada	Médicos	Enfermeiros	Técnicos	Outros
Sim, dentro do hospital				
Sim, fora do hospital				
Sim, dentro e fora ao hospital				
Não fazem				
Não sei				

Hospitais respondentes: 29

Número de hospitais que assinalam a realização de actividade privada, por grupo profissional				
Actividade Privada	Médicos	Enfermeiros	Técnicos	Outros
Sim, dentro do hospital	0	0	0	0
Sim, fora do hospital	2	1	2	1
Sim, dentro e fora ao hospital	1	0	0	0
Não fazem	17	19	19	10
Não sei	7	7	7	7

93. Favor listar de 1 (mais frequente) a 6 (menos frequente) as formas de violência observadas no ano de 2001 contra os trabalhadores hospitalares?

- Verbal
- Pressão moral
- Discriminação
- Física
- Sexual
- Contra propriedade
- Não sabe

Hospitais respondentes: 29 (responderam "não sabe" 17)

Número de hospitais, de entre os 12 respondentes, que referem as formas de violência observadas contra os profissionais de saúde, no ano de 2001, por ordem decrescente de frequência:					
Formas de violência	Ordem de frequência				
	1 (mais frequente)	2	3	4	5 (menos frequente)
Verbal	11				
Pressão moral	2	3	1		
Discriminação	1		1	1	
Física					1
Sexual					
Contra propriedade	2	2			

As formas de violência mais frequentemente observadas contra trabalhadores hospitalares no seu local de trabalho são (por ordem decrescente), nos 12 hospitais respondentes, a verbal, seguida da pressão moral

94. Favor listar de 1 (mais frequente) a 6 (menos frequente) contra que grupo profissional é esta violência mais frequentemente dirigida?

- Membro da equipa de gestão
- Técnicos
- Administrativo
- Médico
- Enfermeiros
- Servente
- Outro (mencione):
- Não sabe

Hospitais respondentes: 26 (responderam "não sabe" 14)

Número de hospitais, dentro dos 12 respondentes, que referem os grupos profissionais contra quem a violência é mais frequentemente dirigida, por ordem decrescente de frequência:					
Formas de violência	Ordem de frequência				
	1 (mais frequente)	2	3	4	5 (menos frequente)
Membro da equipa de gestão	2		1	1	
Técnicos	3		3		
Administrativo	1			3	1
Médico			2		2
Enfermeiros	7	5			2
Servente	8	2		1	

Os serventes são o grupo mais indicado como vítima de violência seguido dos enfermeiros.

95. Favor listar de 1 (mais frequente) a 6 (menos frequente) quem é geralmente o agressor?

- Paciente
- Familiar de paciente
- Técnico
- Administrativo
- Médico
- Enfermeiros
- Servente
- Membro da equipa de gestão
- Outro colega
- Outro (mencione):
- Não sabe

Hospitais respondentes: 26 (responderam "não sabe" 15)

Número de hospitais, dos 11 respondentes, que referem o agressor mais frequente, por ordem decrescente de frequência:					
Agressor	Ordem de frequência				
	1 (mais frequente)	2	3	4	5 (menos frequente)
Paciente	3	6		1	1
Familiar de paciente	9				1
Técnico				1	
Administrativo		1	1		
Médico		1	1		
Enfermeiros	1		1		
Servente					1
Membro da equipa de gestão				1	
Outro colega			1		

Os familiares dos pacientes e os pacientes são indicados como os agressores mais frequentes.

5.2. Abastecimento de Medicamentos

96. Como é organizado o abastecimento de medicamentos no seu Distrito?

- Cada unidade sanitária (incluindo o hospital) do distrito envia a sua requisição directamente ao depósito provincial de medicamentos
- Uma encomenda colectiva é feita pela DDS para todas ou a maioria das unidades sanitárias do distrito incluindo o hospital.
- São feitas duas encomendas separadas pela DDS. Uma para o hospital e outra colectiva para as unidades sanitárias periféricas
- Outros. (especifique)

Hospitais respondentes: 31

Organização do abastecimento de medicamentos no distrito	Nº de hospitais
Cada unidade sanitária (incluindo o hospital) do distrito envia a sua requisição directamente ao depósito provincial de medicamentos	4
Uma encomenda colectiva é feita pela DDS (Direcção Distrital de Saúde) para todas ou a maioria das unidades sanitárias do distrito incluindo o hospital.	18
São feitas duas encomendas separadas pela DDS. Uma para o hospital e outra colectiva para as unidades sanitárias periféricas	5
Outros	4

97. Como é executada a distribuição dos medicamentos no seu Distrito?

- Esta encomenda é executada pelo hospital e as unidades sanitárias periféricas vêm ao hospital para se abastecerem.
- Esta encomenda não é executada pelo hospital mas sim por uma outra organização autónoma do hospital (por exemplo um serviço de farmácia, as autoridades sanitárias do distrito). O hospital distrital e as unidades periféricas abastecem-se a partir destes.
- Outros. (especifique)

Hospitais respondentes: 31

Forma de execução da distribuição dos medicamentos no Distrito	Nº hospitais
Esta encomenda é executada pelo hospital e as unidades sanitárias periféricas vêm ao hospital para se abastecerem	15
Esta encomenda não é executada pelo hospital mas sim por uma outra organização autónoma do hospital (por exemplo um serviço de farmácia, as autoridades sanitárias do distrito). O hospital distrital e as unidades periféricas abastecem-se a partir destes.	14
Outros	2

98. Existiu alguma doação de medicamentos para o seu hospital em 2001?

- Sim
- Não

Hospitais respondentes: 29

Doação de medicamentos para o hospital em 2001	Nº hospitais
Sim	11
Não	18

99. Caso afirmativo, faça uma estimativa dessa doação ao total de fornecimento de medicamento no seu hospital no ano de 2001?

Em 2001 essa doação foi na ordem de _____%

Hospitais respondentes: 9

Estimativa da percentagem da doação de medicamentos no total de medicamentos fornecidos ao hospital em 2001	
Mediana	2%
Média	2,8%
Máximo	10%
Mínimo	0,1%

100. Caso exista, mencione como é feito o abastecimento de medicamentos fora do sistema?

Não houve respostas

101. Existe ruptura de medicamentos essenciais no hospital?

Sim

Não

Hospitais respondentes: 31

Existência de ruptura de medicamentos essenciais no hospital	Nº de hospitais
Sim	24
Não	7

102. Em caso de falta de medicamentos essenciais no seu Distrito de saúde quem tem prioridades no abastecimento?

O hospital

As unidades periféricas

Não existem prioridades pré-definidas

Hospitais respondentes 31

Prioridades no abastecimento em caso de falta de medicamentos essenciais no distrito de saúde	Nº de hospitais
O hospital	25
As unidades periféricas	2
Não existem prioridades pré-definidas	4

103. Em caso de falta de medicamentos essenciais no hospital, onde podem os pacientes adquirir os medicamentos? (assinale mais do que uma opção, se necessário)

- Farmácia Estatais (FARMAC)
- Farmácias privadas
- Pontos de venda informal de medicamentos
- Outros (mencione)

Hospitais respondentes 30

Locais de aquisição de medicamentos, pelos doentes, no caso de falta no hospital	Nº de hospitais
Farmácia Estatais (FARMAC)	13
Farmácias privadas	18
Pontos de venda informal de medicamentos	7
Outros (mencione)	
Outras unidades sanitárias: Farmácias de distritos vizinhos; Lojas, mercearia, venda informal	8

104. Qual é a sua melhor estimativa de percentagem de medicamentos essenciais utilizados no seu hospital em 2001?

- 100% dos medicamentos utilizados em 2001 no hospital eram medicamentos essenciais
- Mais de 80% dos medicamentos utilizados em 2001 no hospital eram essenciais
- Entre 50 e 80% dos medicamentos utilizados em 2001 no hospital eram medicamentos essenciais
- Entre 30 e 50% dos medicamentos utilizados em 2001 no hospital eram medicamentos essenciais
- Entre 10 e 30% dos medicamentos utilizados em 2001 no hospital eram medicamentos essenciais
- Menos de 10% dos medicamentos utilizados em 2001 no hospital eram medicamentos essenciais

Hospitais respondentes 29

Melhor estimativa de percentagem de medicamentos essenciais utilizados no seu hospital em 2001	Nº de hospitais
100% dos medicamentos utilizados em 2001 no hospital eram medicamentos essenciais	1
Mais de 80% dos medicamentos utilizados em 2001 no hospital eram essenciais	12
Entre 50 e 80% dos medicamentos utilizados em 2001 no hospital eram medicamentos essenciais	11
Entre 30 e 50% dos medicamentos utilizados em 2001 no hospital eram medicamentos essenciais	3
Entre 10 e 30% dos medicamentos utilizados em 2001 no hospital eram medicamentos essenciais	2
Menos de 10% dos medicamentos utilizados em 2001 no hospital eram medicamentos essenciais	0

5.3. Recursos financeiros

105. Qual foi o orçamento total do hospital no ano de 2001?

Hospitais respondentes: 24

Orçamento total em 2001, em meticais, declarado pelos hospitais	
Mediana	1.048.503.500
Média	1.973.377.983
Mínimo	138.580.000
Máximo	14.588.330.000

106 Quais são e que montante representaram as fontes de financiamento deste orçamento no ano de 2001? (Assinale o montante ou a percentagem)

Fonte de financiamento	Montante (meticais)	%
Orçamento Geral do Estado		
Fundo comum (agências internacionais)		
Outros fundos (mencione):		
TOTAL		

Hospitais respondentes 25

Especificação de fontes de financiamento do orçamento do ano de 2001 e respectivo montante	
Fonte de financiamento	Montante (meticais)
Orçamento Geral do Estado	Mediana 810.299.200,00
	Média 1.450.139.661,04
	Mínimo 471.575
	Máximo 14.588.334.000
Fundo comum (agências internacionais)	Mediana 150.000.000,00
	Média 217.436.965,84
	Mínimo 368373
	Máximo 618898000
Outros fundos (mencione):	Mediana 114.881.000,00
	Média 196.296.127,12
	Mínimo 125.230
	Máximo 1.479.622.700

107. Quanto foi gasto pelo hospital no ano de 2001 nas seguintes rubricas? E qual foi a fonte de financiamento para estas despesas?

	Montante (meticais)	Fonte de financiamento
Pessoal		
Bens e Serviços		
Outras rubricas (mencione)		

Hospitais respondentes: 27

Montante gasto (meticais) em 2001 e fonte de financiamento para as rubricas "Pessoal", "Bens e serviços" e "Outras"		
	Montante (meticais)	Fonte de financiamento
Pessoal	Mediana 1.680.000.000,00 Média 1.966.770.063,93 Mínimo 104.594.000,00 Máximo 10.169.264.000,00 (n=15) "Centralizada" (n=8) 8 hospitais	Orçamento Geral do Estado isoladamente (n=12) Orçamento geral do estado e diferentes Agências internacionais e Organizações Não Governamentais (n=8) Direcção Provincial de Saúde (n=1)
Bens e Serviços	Mediana 932.066.768,56 Média 810.299.200,00 Mínimo 138.580.000,00 Máximo 4.419.066.000,00 (n=25)	Orçamento Geral do Estado isoladamente (n=7) Orçamento geral do estado e diferentes Agências internacionais e Organizações Não Governamentais (n=14)
Outras rubricas (mencione) receita consignada n=2 despesas capital n=1 Não mencionaram a rubrica 2 hospitais	Mediana 25.000.000,00 Média 80.947.800,00 Mínimo 9.233.000,00 Máximo 230.000.000,00 (n=5)	Receita do hospital (n=1) fundo comum (n=1) Medicus Mundi, Assistência Médica (n=1)

n – número de hospitais respondentes

108. O financiamento para as seguintes rubricas é problemático? Se sim especifique quais e porquê?

	Sim	Não	Caso sim, porquê?
Pessoal			
Bens e Serviços			
Investimento			
Aprovisionamento médico-cirúrgico			
Outras rubricas (mencione)			

Hospitais respondentes: 29

- Hospitais que indicam que todas as rubricas são centralizadas 2
- Hospitais que afirmam não ter rubricas problemáticas 6

Rubricas de financiamento problemático e respectivas razões			
Rubricas de financiamento problemático	Sim	Não	Comentários
Pessoal (n= 21)	10	11	"falta de liquidez na tesouraria da DPPF originando atrasos nos pagamentos"; "falta de pagamento das ajudas de custo aos funcionários em serviço fora do hospital"; "falta de prontidão no pagamento de salários; morosidade processo contratual"; "não estão nomeados; atraso de vencimentos"; "liquidez"; "atraso na liquidação de títulos de ajudas de custo por parte da DPPF"; "falta de liquidez na DPPF; atraso na liquidação; constantes devoluções"; "atraso no pagamento de salários"; "há dificuldade de nomeação de quadros para substituição bem como nos ingressos que a falta destes faz-se sentir"; "as verbas atribuídas não cobrem todo o ano"
Bens e Serviços (n=25)	18	7	"problemas de liquidez na direcção provincial das finanças"; "desembolso orçamental não corresponde às necessidades planificadas. Redução do orçamento previsto"; "atraso de reconstituição de fundos por falta de liquidez da Direcção Provincial Plano e Finanças"; "os valores atribuídos não correspondem às necessidades"; "rubrica de alimentação não é suficiente e a rubrica de outros serviços e de transporte"; "o hospital cresceu muito o que elevou os valores destas rubricas (beneficiou de ampliação e reabilitação)"; "falta de liquidez na DPS; constantes devoluções; erros na sua elaboração"; "exiguidade de rubrica com mais necessidade"; "exiguidade"; "atraso na liquidação dos fundos"; "insuficiente"; "orçamento insuficiente; não é permitido rubricas de despesas de capital no distrito"; "de uma maneira geral o OE atribuído foi insuficiente"; "os fundos são exíguos e não são suficientes para suprir todas as necessidades"; "as rubricas das manutenções e reparações de imóveis dar cobro das necessidades dado que maior parte das infra-estruturas clamam de reabilitação total, sendo a partir de substituição de portas, janelas, pinturas internas e externas bem como os telhados"; "é inferior que o planificado"; "os fundos alocados são abaixo das necessidades para as actividades planificadas"; "Insuficiente para as necessidades"; "atraso na liberação de fundos"
Investimento (n= 12)	8	4	"O ano que é financiado tem morosidade na alocação de fundos"; "O valor foi insuficiente mas cobriu as necessidades"; "descentralização"; "falta de fundo de maneio; centralizado"; "os fundos são exíguos mas chegam a suprir as necessidades"; "não conseguem cobrir com as necessidades da instituição" "rubrica centralizada" (n= 5)
Aprovisionamento médico-cirúrgico (n=6)	1	5	" não temos material suficiente as necessidades são maiores" "centralizado" (n=7)
Outras rubricas (mencione)	0	0	

n - número de hospitais respondentes

109. Que fontes de financiamento contribuíram para o pagamento de pessoal no ano de 2001? (Assinale o montante ou a percentagem)

Fonte de financiamento	Montante	Percentagem da despesa total com o pessoal
Orçamento Geral do Estado		
Agências Internacionais		
Entidades empregadoras		
Receitas especiais do hospital		
Outra fonte (especifique)		
TOTAL		

Hospitais respondentes: 27

Fontes de financiamento e respectivo montante para o pagamento do pessoal em 2001		
Fonte de financiamento	Montante	Percentagem da despesa total com o pessoal
Orçamento Geral do Estado	Mediana 1.849.582.173 Média 2.201.427.953 Mínimo 155.141.000 Máximo 9.500.000.000 (n=14)	Mediana 95 Média 91,3 Máximo 100 Mínimo 72 (n=16)
Agências Internacionais	Mínimo 12.000.000 Máximo 396.000.000 (n=3)	Mediana 8 Média 13,3 Máximo 67 Mínimo 1 (n=13)
Entidades empregadoras	(n=0)	(n=0)
Receitas especiais do hospital	Mediana 42.826.000 Média 193.899.556,2 Mínimo 11.048.189 Máximo 949.924.000 (n=6)	Mínimo 21 Máximo 100 (*) (n=3)
Outra fonte (especifique)	coop suíça 43.000.000 (n=1) inacção social (pessoal eventual, comida pelo trabalho) 97.200.000 (n=1)	

Notas: n – número de hospitais respondentes; (*) este hospital tem uma nota a dizer que a rubrica do pessoal está centralizada pelo que estes 100% representam o pagamento a pessoal não "nomeado", isto é, que não faz parte da função pública e portanto não é pago pelo OGE

110. Se o hospital (fora do sistema de abastecimento) comprou medicamentos no ano de 2001, que fundos foram utilizados?

- Orçamento Geral do Estado
 Agências Internacionais
 Entidades empregadoras
 Receitas especiais do hospital
 Outra fonte (mencione):

Hospitais respondentes: 1

Número de hospitais que referem a compra de medicamentos fora do sistema de abastecimento, em 2001, por fonte de financiamento	
Fontes de financiamento	Nº de hospitais
Orçamento Geral do Estado	1

111. Qual tem sido o impacto as infecções do HIV nas despesas do hospital?

- Nenhum impacto
- Incremento total de despesa
- Nenhum aumento mas realocação de rubricas orçamentais

Hospitais respondentes: 27

Opinião sobre impacto da infecção HIV na despesa do hospital	
Impacto	Nº de hospitais
Nenhum impacto	4
Incremento total de despesa	20
Nenhum aumento mas realocação de rubricas orçamentais	3

5.4. Outros recursos

112. Indique, dos seguintes recursos os que estão disponíveis no seu hospital:

- Telefone Quantos? _____
- FAX Quantos? _____
- Computador (PC) Quantos? _____
- Impressoras Quantos? _____
- Acesso à Internet Quantos? _____
- Scanner Quantos? _____
- Gravador de CD Quantos? _____
- Nenhum das anteriores

Hospitais respondentes: 30

Recursos	Nº de hospitais	Quantidade
Telefone	23	Mediana 2 Média 1,7 (n=19)
FAX	12	Mediana 1 Média 1,1 (n=9)
Computador	23	Mediana 1 Média 1,8 (n=20)
Impressoras	18	Mediana 1 Média 1,6 (n=13)
Acesso à Internet	0	
Scanner	1	(n=0)
Gravador de CD	0	
Nenhum das anteriores	3	

113. No caso de dispor de material informático, quem o utiliza e com que fim?

- Médicos Finalidade:
 Técnicos Finalidade:
 Enfermeiros Finalidade:
 Administrativos Finalidade:
 Outros (especifique):

Hospitais respondentes 23

Utilizadores do material informático	Nº de hospitais	Finalidade
Médicos	17	Serviço administrativo, elaboração de documentos (relatórios, planos de actividades), fazer guias, títulos de alta e óbitos; Introdução de dados para SIS, análise estatística; Gestão de stock e financeira, processamento de balancetes e processo de contas, contabilidade
Técnicos	15	
Enfermeiros	9	
Administrativos	21	
Outros: (Núcleo de Estatística, Recursos humanos, Responsáveis de programas, operadora de computador)	5	

6. Comentários finais

114. Quais considera as principais prioridades para o hospital poder cumprir com maior qualidade e efectividade a sua missão junto da população que serve? (Assinale em ordem decrescente de importância e no máximo de 10 prioridades)

Hospitais respondentes: 26

Prioridades para cumprimento de missão mais efectivo e com mais qualidade		Nº de hospitais
Recursos humanos	Aumentar em nº e qualidade os recursos humanos	3
	Mais rec humanos: médicos, enfermeiros, enfermeiros de SMI, agentes de serviço, pessoal de segurança, técnicos médios, serventes,	16
	Formação rec humanos	2
Transportes	Transporte, ambulância, motorizada, mini-bus para transporte do pessoal	13
Material, "consumíveis", equipamentos	Equipamento hospitalar, reagentes para laboratório, apetrechamento em material médico-cirúrgico, oxigénio, garantir equipamento de urgência/aparelho de aerossol, mesa operatória, material informático, bibliografia actualizada, acesso à internet, fotocopiadora, lavandaria equipada, cozinha, rádio	18
Melhoria abastecimento de medicamentos		5
Infra-estruturas	Construção de enfermaria de pediatria e cirurgia, construção de berçário, expansão das infra-estruturas do hospital, reparação geral do hospital, construção de residência para trabalhadores, bloco operatório, serviço de odontoestomatologia	12
Garantir ou melhorar fornecimento de água		3
Garantir fornecimento de energia eléctrica		1
Aumento de financiamento		7
Melhorar meios compl. diagnostico,	Raio X; ecografia, equipamento do laboratório para hemograma, bioquímica e culturas, ecografo, eletrocardiograma	13
Outros	Apoio à investigação; bolsas de estudo para funcionários; descentralização do hospital da direcção distrital de saúde e centro de saúde (administrativamente); melhoria da articulação entre hospital e centro de saúde nos programas; melhoria de vias de acesso	5

115. Tem algum comentário ou sugestão sobre qualquer dos assuntos tratados ou não neste questionário?

Hospitais respondentes: 6

- "Os assuntos tratados foram oportunos pois abordam questões que minam o bom funcionamento da instituição e que uma vez resolvidas melhorará a qualidade dos serviços prestados.";
- "Devia pesquisar-se mais sobre a área de aprovisionamento e transporte",
- "Espero que deste inquérito possa-se encontrar maneiras para minimizar a grande falta de equipamentos e serviços básicos ao nível de muitos, senão todos, os hospitais rurais, com este cenário que vivemos sentimos que a produtividade do pessoal de saúde é muito baixa, que deveria corresponder às suas qualificações profissionais.";
- "Alocação de recursos financeiros para manutenção de infra-estrutura hospitalar";
- "Construção de casas para os funcionários; Melhoria dos salários dos funcionários; Melhoria das vias de acesso para estrutura de direito";
- "Necessidade de incentivos para o pessoal afecto ao distrito; Necessidade de construção de residência para o pessoal técnico."

Se o hospital produz relatórios anuais, queira fornecer-nos uma cópia do relatório de 2001, por favor.

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Apêndice G. Guião das entrevistas

Tabela Apêndice G Guião das entrevistas com notas para o entrevistador

Questões	Observações / Probes ¹⁵
1. Quando iniciou as suas funções como Ministro da Saúde / no Ministério da Saúde qual era a situação dos hospitais em geral e especialmente dos hospitais distritais, rurais e gerais?	<p>Situação herdada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número, qualidade das infraestruturas físicas e do trabalho realizado • acesso • Valências: medicina, cirurgia, pediatria, obstetrícia/ginecologia, laboratório, rx, farmácia. • RHS: distribuição, capacidade para cirurgia, anestesia, instrumentista, laboratório, farmácia; • Relação do hospital com as outras unidades de saúde/rede (relação com a direcção distrital de serviços de saúde; mobilidade de pessoal entre unidades sanitárias no distrito, responsabilidade na supervisão das outras US)
2. Durante o tempo que foi Ministro da Saúde/ que esteve no Ministério da Saúde quais as funções que esperava dos hospitais distritais, rurais e gerais?	<p>Função esperada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número, qualidade das infraestruturas físicas e do trabalho realizado • Acesso • Valências • RHS: distribuição, capacidade para cirurgia, anestesia, instrumentista, laboratório, farmácia; • Relação do hospital com as outras unidades de saúde/rede (papel do hospital no distrito de saúde, relação com a direcção distrital de serviços de saúde; mobilidade de pessoal entre unidades sanitárias no distrito, responsabilidade na supervisão das outras US)

(continua)

¹⁵ Probes ou “follow up questions” têm como função principal ajudar a obter uma resposta completa e/ou estruturada segundo as necessidades de informação do investigador. Assim, durante a entrevista um primeiro momento era dado ao entrevistado para responder à pergunta da coluna da esquerda. Quando o tema parecia esgotado abordava se os aspectos na coluna da direita (Bailey, 1994).

Tabela Apêndice G Guião das entrevistas com notas para o entrevistador (continuação)

Questões	Observações / Probes ¹⁶
3. O que conseguiu realizar em relação aos hospitais distritais, rurais e gerais durante o tempo que foi Ministro da Saúde/ que esteve no Ministério da Saúde?	<ul style="list-style-type: none"> • Número, qualidade das infraestruturas físicas e do trabalho realizado • Acesso • Valências: medicina, cirurgia, pediatria, obstetrícia/ginecologia, laboratório, rx, farmácia. • RHS: distribuição, capacidade para cirurgia, anestesia, instrumentista, laboratório, farmácia; • Relação do hospital com as outras unidades de saúde/rede (papel do hospital no distrito de saúde, relação com a direcção distrital de serviços de saúde; mobilidade de pessoal entre unidades sanitárias no distrito, responsabilidade na supervisão das outras US) • Critérios para reabilitação/reconstrução • Dificuldades
4. Qual foi a evolução destes hospitais desde que deixou o Ministério?	<ul style="list-style-type: none"> • Número, qualidade das infraestruturas físicas e do trabalho realizado • Acesso • Valências: medicina, cirurgia, pediatria, obstetrícia/ginecologia, laboratório, rx, farmácia. • RHS: distribuição, capacidade para cirurgia, anestesia, instrumentista, laboratório, farmácia; • Relação do hospital com as outras unidades de saúde/rede (relação com a direcção distrital de serviços de saúde; mobilidade de pessoal entre unidades sanitárias no distrito, responsabilidade na supervisão das outras US) • Aspectos mais contrastantes entre o que desejou para o sistema de saúde e a realidade actual • Razões para a diferença desejado - conseguido • Evolução do Hospital central e provinciais; Razões para eventual diferença de evolução • Principais estrangulamentos

¹⁶ Probes ou “follow up questions” têm como função principal ajudar a obter uma resposta completa e/ou estruturada segundo as necessidades de informação do investigador. Assim, durante a entrevista um primeiro momento era dado ao entrevistado para responder à pergunta da coluna da esquerda. Quando o tema parecia esgotado abordava se os aspectos na coluna da direita (Bailey, 1994).

9. BIBLIOGRAFIA

- ABDEL RAHIM, I. M. ; ELKAKI, B. A.; ALI, M. M.; ELSAYD, A. H.; NALDER, S.; GOROSH, M. - Smaller health areas for a better service. **World Health Forum**. 13 : 1 (1992) 31-7.
- ABRAMSON, J. H.; ABRAMSON, Z. H. - Survey methods in community medicine. 6th ed. West Sussex: Wiley, 2008.
- AGA KHAN FOUNDATION. THE WORLD HEALTH ORGANISATION - The role of hospitals in primary care: report of a conference sponsored by the Aga Khan Foundation and the World Health Organisation, 22-26 November 1981, Karachi, Pakistan. Geneva: Aga Khan Foundation, [1982].
- ALBARELLO, L.; DIGNEFFE, F.; HIERNAUX J.P.; MAROY, C.; RUQUOY, D.; SAINT-GEORGES, P. - Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva, 1995.
- ALI, Q. M.; ROTH, J.; ABDEL-RAHIM, I. M.; FRANKE, D.; KARDORFF, R.; SCHWEISFURTH, H.; DOEHRING, E. - Cost saving with ultrasonography in a developing country district hospital. **East African Medical Journal**. 76 : 5 (May 1999) 272-4.
- AMREF, African Medical and Research Foundation - Plano estratégico de Saúde 2001-2005. Relatório da auscultação da sociedade civil na província de Inhambane. Maputo, Agosto de 2000. Maputo: Direcção Nacional de Planificação e Cooperação. Ministério da Saúde, 2000.
- ASCHERIO, A.; BIELLIK, R.; EPSTEIN, A.; SNETRO, G.; GLOYD, S.; AYOTTE, B.; EPSTEIN, P. R. - Deaths and injuries caused by land mines in Mozambique. **The Lancet**. 346 (September 16, 1995) 721-4.
- BAEZA-YATES, R; RIBEIRO-NETO, B. - Modern information retrieval : glossary. Upper Saddle River, NJ: Addison Wesley Longman Publishing, 1999. [Consult. 10.06.2008] Disponível em <http://people.ischool.berkeley.edu/~hearst/irbook/glossary.html>.
- BAILEY, K. - Methods of social research. New York: The Free Press, 1994.
- BASSAT, Q.; GUINOVART, C.; SIGAÚQUE, B.; AIDE, P.; SACARLAL, J.; NHAMPOSSA, T.; BARDAJÍ, A; NHACOLO, A.; MACETE, E.; MANDOMANDO, I; APONTE, J.; MENÉNDEZ, C.; ALONSO, P. - Malaria in rural Mozambique. Part II: children admitted to hospital. **Malaria Journal**. 7 : 37 (2008) doi:10.1186/1475-2875-7-37.
- BARBOSA, S.; JÚNIOR, D. D; SOUSA, A. - A legal, regulatory and policy analysis of the health sector in Mozambique. Volume 4. Washington DC: US Agency for international development. Family Planning Management Development project. Management Sciences for Health, [1999].
- BARDIN, L. – Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARKER, C. – The Mozambique pharmaceutical policy. **The Lancet**. 322 (October 1, 1983) 780 - 782.
- BEATTIE, A.; KRAUSHAAR, D. - Health expenditure in Mozambique: an analysis of major policy issues volume 1: a summary of policy recommendations for health sector reform. Washington DC: US Agency for international development. Family Planning Management Development project. Management Sciences for Health, [1999 a].
- BEATTIE, A.; KRAUSHAAR, D. - Health expenditure in Mozambique: an analysis of major policy issues volume 2. Washington DC: US Agency for international development. Family Planning Management Development project. Management Sciences for Health, [1999]b.
- BERAN, D.; YUDKIN, J.; COURTEN, M. – Access to care for patients with insulin-requiring diabetes in developing countries: case studies of Mozambique and Zambia. **Diabetes care**. 28 : 9 (September 2005) 2136-2140.
- BETRÁN, A. P.; MERIALDI, M.; LAUER, J.A.; BING-SHUN, W.; THOMAS, J.; VAN LOOK, P.; WAGNER, M. – Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**. 21 (2007) 98-113.
- BEYER, B. - The politics of the health district reform in the Republic of Benin. **International Journal of Health Planning and Management**. 13 : 3 (1998) 230-43.
- BLAS, E.; LIMBAMBALA, M. - The challenge of hospitals in health sector reform: the case of Zambia. **Health Policy and Planning**. 16 : Suppl 2 (2001) 29-43.
- BORKAN, J. - Mixed Methods Studies: A Foundation for Primary Care Research. **Annals of Family Medicine**. 2 : 4-6 (2004) doi: 10.1370/afm.111.

- BOSSYNS, P.; ABACHE, R.; ABDOULAYE, M. S.; MIYÉ, H.; DEPOORTER, A. M.; VAN LERBERGHE, W. - Monitoring the referral system through benchmarking in rural Niger: an evaluation of the functional relation. **BMC Health Services Research**. 6 : 51 (2006) doi:10.1186/1472-6963-6-51.
- BOSSYNS, P.; ABACHE, R.; ABDOULAYE, M. S.; VAN LERBERGHE, W. - Unaffordable or cost-effective?: introducing an emergency referral system in rural Niger. **Tropical Medicine and International Health**. 10 : 9 (September 2005) 879-87.
- BOSSYNS, P.; VAN LERBERGHE, W. - The weakest link: competence and prestige as constraints to referral by isolated nurses in rural Niger. **Human Resources for Health**. 2 : 1 (2004) doi:10.1186/1478-4491-2-1.
- BOUBACAR, K. Rapport n° II d'étude sur les hôpitaux régionaux. [Em linha] [Nouakchott]: Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, 1997. [Consult. Agosto 2009]. Disponível em <http://www.sante.gov.mr/NR/rdonlyres/1C1530FE-8E19-4A16-B1F1-19EB9894E2C0/0/RH113.pdf>
- BOWLING, A. – Research methods in health: investigating health and health services. 2nd ed. Buckingham: Open University Press, 2002.
- BUSSMANN, H.; KOEN, E.; ARHIN-TENKORANG D.; MUNYADZWE, G.; TROEGER, J. - Feasibility of an ultrasound service on district health care level in Botswana. **Tropical Medicine and International Health**. 6 : 12 (December 2001) 1023-1031.
- BROWN, A. – Current issues in Sector-Wide Approaches for health Development: Mozambique Case Study. Geneva: World Health Organization, 2000. [Consult. Agosto 2010]. Disponível em <http://www.odi.org.uk/resources/download/1489.pdf>
- CABRAL, H. - Protocolo de estudo: Impacto da ecografia de bolso no diagnóstico e decisão terapêutica em missões humanitárias. Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical, 2010.
- CABRAL, J.; NOORMAHOMED, A. - Mozambique: Primary health care in the worst conditions. In: TARIMO, E.; CREESE, A., ed. lit. - Achieving health for all by the year 2000: midway reports of country experiences. Geneva: World Health Organization, 1990. 173-187.
- CABRAL, A. J. R.; DURÃO, J. R. - O medicamento na África subsaariana: uma grande despesa mal controlada. Documento de trabalho 2/93. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 1993.
- CABRAL, A. J. - Consultadoria sobre abolição das taxas aos utilizadores do serviço nacional de saúde (SNS) em Moçambique. Relatório preliminar. Agosto 2007. [Em linha] Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical, 2007. [Consult. Agosto 2009]. Disponível em http://www.who.int/countries/moz/publications/abolish_healthtax.pdf
- CARREON, G. - Hospitals should get involved in primary health care. *Australian Hospital*. 44 (August 1980) 6-7.
- CARREON, G. G. - The role of the hospital in promoting and providing primary health care. **World Hospital**. 17 : 1 (February 1981) 9-12.
- CHATORA, R.; TUMUSIIME, P. - Module 1 District Health Management Team Training Modules: Health Sector Reform and District Health Systems AFR/DHS/03.01. Brazzaville: Regional Office for Africa. World Health Organisation, 2004.
- CLIFF, J.; NOORMAHOMED, A. R. - Health as a target: South Africa's destabilization of Mozambique. **Social Science and Medicine**. 27 : 7 (1988) 717-22.
- CLIFF, J.; NOORMAHOMED, A. R. - The impact of war on children's health in Mozambique. **Social Science and Medicine**. 36 : 7 (1993) 843-848.
- COCHE, B. - L'Hôpital de district et l'aide internationale. In La place et le rôle de l'hôpital en Afrique : recueil des actes des journées internationales d'Abidjan, 6-7-8 Juin 1990. Paris: ACODESS Association pour la coopération et le développement des structures sanitaires, 1990. 83-90.
- CONCEIÇÃO, C.; SIDAT, M.; AMARAL, M.; FERRINHO P.; DAL POZ, M. - Gestão de Recursos Humanos da Saúde e incentivos: percepções de um grupo de gestores de nível provincial. **Revista Médica de Moçambique**. 10 (Setembro 2010) 21-26.

- CONCEIÇÃO, C.; FERRINHO, P.; OMAR, C.; BLAISE, P.; VAN LERBERGHE, W. - Hospitais de primeira referência em Moçambique: poucos e desiguais. **Revista Médica de Moçambique**. 9 : 2 (Junho-Dezembro 2008) 26-38.
- COOK, J. - General surgery at the district hospital. Geneva: World Health Organization, 1988
- COOK, J.; SANKARAN, B; Wasunna, A. E. O., ed lit - Surgery at the district hospital: Obstetrics, Gynecology, Orthopedics and traumatology. Geneva: World Health Organization, 1991.
- COOPER-POOLE, J. - Hospitals and primary health care: some problems. **World Hospitals**. 21 : 1 (February 1985) 19-20.
- COUPER, I. D.; HUGO, J. F. - Management of district hospitals--exploring success. **Rural and Remote Health**. 5 : 4 (Oct-December 2005) 433.
- CRESWELL, J. W.; FETTERS, M. D.; IVANKOVA, N. V. - Designing A Mixed Methods Study In Primary Care. **Annals of Family Medicine**. 2 : 7-12 (2004) doi: 10.1370/afm.104
- CRESWELL, J. W. - Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 3rd edition. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 2009.
- CUETO, M. - The origins of primary health care and selective primary health care. **American Journal of Public health**. 94 : 11 (November 2004) 1864-1874.
- CUMBI, A.; PEREIRA, C.; MALALANE, R.; VAZ, F.; MCCORD, C.; BACCI, A.; BERGSTROM, S. - Major surgery delegation to mid-level health practitioners in Mozambique: health professionals' perceptions. **Human Resources for Health**. 5 : 27 (2007) doi:10.1186/1478-4491-5-27
- CUNHA, L; PLOUZEAU, C; INGRAND, P.; GUDO, J. P.; INGRAND, I.; MONDLANE, J.; BEAUCHANT, M.; AGIUS, G. Use of replacement blood donors to study the epidemiology of major blood-borne viruses in the general population of Maputo, Mozambique. **Journal of Medical Virology**. 79 (December 2007) 1832–1840.
- DAL POZ, M. R.; MACHATINE, G. - Relatório de consultadoria. Avaliação do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos (PDRH 1992-2002). Versão final. Abril 1999. Maputo: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Organização Mundial da Saúde. Ministério da Saúde. Republica de Moçambique, 1999.
- DEBAS, H. T.; GOSELIN, R.; MCCORD, C.; THIND, A. - Surgery. In JAMISON, D.T.; BREMAN, J. G.; MEASHAM, A. R.; ALLEYNE, G.; CLAESON, M.; EVANS, D. B.; JHA, P.; MILLS, A.; MUSGROVE, P., ed. lit. - Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2006. 1245-60.
- DEPARTMENT OF HEALTH. - A District Hospital Service Package for South Africa a set of norms and standards. Pretoria: Department of Health, 2002.
- DERVEEUW, M.; JANISSE, L. - Indicadores de processo e de necessidades obstétricas não satisfeitas em Moçambique. In Craveiro, I.; Ferrinho, P. ed.lit. - Saúde Reprodutiva nos países e territórios de Língua Portuguesa. Lisboa: Associação para a Cooperação e Desenvolvimnto Garcia de Orta, 2002.
- DGEDGE, M.; CHABOT, J.; KOOT, J.; MUSSA, A.; ZUIDBERG, L. - Segunda avaliação conjunta do desempenho do sector da saúde em Moçambique durante 2002. Maputo: República de Moçambique, 2003.
- DIALLO, M.; NINTERETSE, B. - Evaluation of primary health care activities at the Albert Schweitzer hospital in Lambarene, Gabon. **Médecine Tropical**. 67 : 3 (Jun 2007) 235-8.
- DECRETO nº 22 / 99. B. R. nº 17. 2º Suplemento. (99-5-22) – Aprova o regulamento do sistema do registo do medicamento.
- DIPLOMA MINISTERIAL nº 127 / 02. B. R. nº 14. Suplemento. (02-7-31) - Define a caracterização técnica, enunciado de funções das instituições do Serviço Nacional de Saúde.
- DIPLOMA MINISTERIAL nº 40 / 04. B. R. nº 7. (04-2-18) – Aprova o Regulamento Geral dos Hospitais.
- DIPLOMA MINISTERIAL nº 94 / 97. B. R. nº 43. (97-10-22) - Estatuto do Ministério da Saúde.
- DERVEEUW, M. G. L.; JAMISSE L. – Indicadores de Processo e de Necessidades Obstétricas Não-Satisfeitas em Moçambique. In CRAVEIRO, I.; FERRINHO, P. ed. lit. - Saúde Reprodutiva nos países e territórios de Língua Portuguesa Lisboa: Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta, 2002.

- DOBSON, M. B. - Anaesthesia at the district hospital. Geneva: World Health Organization, 1988.
- Dobson, M. B. - Anaesthesia at the district hospital. 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2000.
- EBRAHIM, G. J. - The role of hospitals in primary health care. **Journal of Tropical Pediatrics**. 35 : 2 (April 1989) 50-1.
- ENGLISH, M.; ESAMAI, F.; WASUNNA, A.; WERE, F.; OGUTU, B.; WAMAE, A.; SNOW, R. - Assessment of inpatient paediatric care in first referral level hospitals in 13 districts in Kenya. **The Lancet**. 363 (June 12, 2004a) 1948-53.
- ENGLISH, M.; ESAMAI, F.; WASUNNA, A.; WERE, F.; OGUTU, B.; WAMAE, A.; SNOW, R.; PESHU, N. - Delivery of paediatric care at the first-referral level in Kenya. **The Lancet**. 364 (October 30-November 5, 2004b): 1622-9.
- ENGLISH, M.; LANATA, C. F.; NGUGI, I.; SMITH, P. - The District Hospital. In JAMISON, D.T.; BREMAN, J. G.; MEASHAM, A. R.; ALLEYNE, G.; CLAESON, M.; EVANS, D. B.; JHA, P.; MILLS, A.; MUSGROVE, P., ed. lit. - Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2006. 1211-28.
- ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA LISBOA PORTUGAL; AUSTRAL CONSULTORIA E PROJECTOS, LDA MAPUTO MOÇAMBIQUE - Projecto de operacionalização de hospitais rurais. Relatório Final. Tomo I. Actividade Desenvolvida. Maputo: Delegação da Comissão das Comunidades Europeias – Maputo. Ministério da Saúde. República de Moçambique, 1993.
- ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA LISBOA PORTUGAL; AUSTRAL CONSULTORIA E PROJECTOS, LDA MAPUTO MOÇAMBIQUE - Projecto de operacionalização de hospitais rurais. Relatório Final. Tomo II. Plano Director. Maputo: Delegação da Comissão das Comunidades Europeias – Maputo. Ministério da Saúde. República de Moçambique, 1993.
- ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA LISBOA PORTUGAL; AUSTRAL CONSULTORIA E PROJECTOS, LDA MAPUTO MOÇAMBIQUE - Projecto de operacionalização de hospitais rurais. Relatório Final. Tomo III. Edificações e infra-estruturas técnicas. Maputo: Delegação da Comissão das Comunidades Europeias – Maputo. Ministério da Saúde. República de Moçambique, 1993.
- ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA LISBOA PORTUGAL; AUSTRAL CONSULTORIA E PROJECTOS, LDA MAPUTO MOÇAMBIQUE - Projecto de operacionalização de hospitais rurais. Relatório Final. Tomo IV. Relatórios de especialidade. Maputo: Delegação da Comissão das Comunidades Europeias – Maputo. Ministério da Saúde. República de Moçambique, 1993.
- ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA LISBOA PORTUGAL; AUSTRAL CONSULTORIA E PROJECTOS, LDA MAPUTO MOÇAMBIQUE - Projecto de operacionalização de hospitais rurais. Relatório Final. Tomo V. Utilização do financiamento da C.E.E. Maputo: Delegação da Comissão das Comunidades Europeias – Maputo. Ministério da Saúde. República de Moçambique, 1993.
- FEIO, F. J. B. - Divisão Sanitária e organização dos serviços de saúde em Moçambique. **Anais do Instituto de Medicina Tropical**. 10 : 4 (Dezembro de 1953) 2473-2516.
- FERRINHO, P.; OMAR, C. - Recursos humanos da saúde em Moçambique. Ponto da situação. Desenvolvimento humano na região de África. Série de ensaios de trabalho – nº 91. Washington: Banco Mundial, 2006.
- FERRINHO, P.; CONCEIÇÃO, C.; MARTINS, J.; TYRRELL, A; DUSSAULT, G. - Recursos Humanos da Saúde em Moçambique: Ponto de situação. Subsídios para um Plano Nacional de Desenvolvimento de RHS. Documento de trabalho, Maio 2008. Documento de trabalho no âmbito da consultadoria para a realização do Plano Nacional de Recursos Humanos 2008-2015 em Moçambique.
- FIELD, S. P.; ALLAIN, J. P.; Transfusion in sub-Saharan Africa: does a Western model fit? **Journal of Clinical Pathology**. 60 (2007) 1073–1075.
- FLESSA, S. - The costs of hospital services: a case study of Evangelical Lutheran Church hospitals in Tanzania. **Health Policy and Planning**. 13 : 4 (December 1998) 397-407.
- FOLMER, H. - Hospitals and PHC in tropical Africa. **World Hospitals**. 22 : 3 (September 1986) 7-11.
- FONT, F.; QUINTO, L.; MASANJA, H.; NATHAN, R.; ASCASO, C.; MENENDEZ, C.; TANNER, M.; SCHELLENBERG, J. A.; ALONSO, P. - Paediatric referrals in rural Tanzania: the Kilombero

- District Study – a case series. **BMC International Health and Human Rights**. 2 : 4 (2002)
doi:10.1186/1472-698X-2-4
- GHIGLIONE, R.; MATALON, B. - O inquérito: teoria e prática. Oeiras: Celta Editora, 1992.
 - GARENNE, M; CONINX, R.; DUPUY, C. - Effects of the Civil War in Central Mozambique and Evaluation of the Intervention of the International Committee of the Red Cross. **Journal of Tropical Pediatrics**. 43 : 6 (December 1997) 318-323.
 - GARRIDO, P. – Training of medical assistants in Mozambique for surgery in a rural setting. **South African Journal of Surgery**. 35 : 3 (August 1997).
 - GOLDBERG B. - International Arena of Ultrasound Education. **Journal of Ultrasound in Medicine**. 22 : 6 (June 2003) 549-551.
 - GÖRGEN, H.; SCHMIDT-EHRY, B. - The concept of the District Health System. In GÖRGEN, H.; KIRSCH-WOIK, T.; SCHMIDT-EHRY, B.; ed. lit. - The District Health System: Experiences and Prospects in Africa. Manual for Public Health Practitioners. 2nd edition. Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, 2004.
 - GRODOS, D.; TONGLET, R. - Maîtriser un espace sanitaire cohérent et performant dans les villes d'Afrique subsaharienne: le district de santé à l'épreuve. **Tropical Medicine and International Health**. 7 : 11 (November 2002) 977 – 992.
 - HAMEL, J.L.; JANSSEN, P.W. - On an average: the rural hospital in sub-Saharan Africa. **Tropical Doctor** 18 : 3 (July 1988) 139-42.
 - HANSON, K.; GILSON, L. - Cost, resource use and financing methodology for district health services: a practical manual. UNICEF - Bamako Initiative Technical Reports Number 34. Second edition. New York: Bamako Initiative Management Unit, UNICEF, 1996.
 - HARDIE, M. - Hospitals and primary health care. **International Nursing Review**. 31 : 2 (March-April 1984) 43-6.
 - HARDIE, M. - The role of hospitals in primary health care. **Public Health Reviews**. 12 : 3-4 (1984) 357-60.
 - HENSHER, M.; PRICE, M.; ADOMAKOH, S. - Referral Hospitals. In JAMISON, D.T.; BREMAN, J. G.; MEASHAM, A. R.; ALLEYNE, G.; CLAESON, M.; EVANS, D. B.; JHA, P.; MILLS, A.; MUSGROVE, P., ed. lit. - Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2006. 1211-28. 1245-60.
 - HENSHER, M.; JEFFERYS, E. - Financing blood transfusion services in sub-Saharan Africa: a role for user fees? **Health Policy and Planning**. 15 : 3 (September 2000) 287-95.
 - HODGES, S. C.; MIJUMBI, C.; OKELLO, M.; MCCORMICK, B. A.; WALKER, I. A.; WILSON, I. H. - Anaesthesia services in developing countries: defining the problems. **Anaesthesia**. 62 (2007) 4-11.
 - INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde 1997. Calverton, Maryland, USA: Macro International Inc., Setembro 1998.
 - INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Censo 2007, resultados definitivos [Em linha] Maputo: Instituto Nacional de Estatística 2009f. [Consult. Julho 2010]. Disponível em <http://www.ine.gov.mz/censo2007>
 - INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Apresentação dos resultados definitivos do censo 2007 [Em linha] Maputo: Instituto Nacional de Estatística 2009e. [Consult. Julho 2010]. Disponível em <http://www.ine.gov.mz/censo2007>
 - INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Anuário Estatístico 2008 - Moçambique. [Em linha] Maputo: Instituto Nacional de Estatística 2009a. [Consult. Julho 2010]. Disponível em <http://www.ine.gov.mz/publicacoes/1.pdf>
 - INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Infra-estruturas Hospitalares 1975 – 2009, [Em linha] Maputo: Instituto Nacional de Estatística 2009. [Consult. Julho 2010]. Disponível em http://www.ine.gov.mz/sectorias_dir/saude_dir/Document.2010-06-22.0502160683
 - INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Camas existentes no Serviço nacional de Saúde em Moçambique, 1975-2009 [Em linha] Maputo: Instituto Nacional de Estatística 2009b. [Consult. Julho 2010]. Disponível em http://www.ine.gov.mz/sectorias_dir/saude_dir/Document.2010-06-22.0842441933

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - População e Indicadores Demográficos Segundo Projeções 1950-2020 [Em linha] Maputo: Instituto Nacional de Estatística 2009c. [Consult. Julho 2010]. Disponível em <http://www.ine.gov.mz/populacao/indicadores/pidsp0020>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Pessoal do Serviço Nacional de Saúde , Moçambique, 1980-2009 [Em linha] Maputo: Instituto Nacional de Estatística 2009d.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – População e Indicadores Demográficos Segundo Projeções 1950-2020 [Em linha] Maputo: Instituto Nacional de Estatística 2009c. [Consult. Julho 2010]. Disponível em <http://www.ine.gov.mz/populacao/indicadores/pidsp0020>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - II Recenseamento geral da população e habitação, Moçambique, 1997: indicadores sócio-demográficos. Apresentação dos dados definitivos. [Em linha] Maputo: Instituto Nacional de Estatística 1997. [Consult. Julho 2010]. Disponível em http://www.ine.gov.mz/censos_dir/recenseamento_geral
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Inquérito aos agregados familiares sobre orçamento familiar 2002/3: relatório final. Maputo: Instituto Nacional de Estatística, 2004.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Moçambique em números 2002. Maputo: Instituto Nacional de Estatística, 2003.
- INWENT INTERNATIONALE WITERBILDUNG UND ENTWICKLUNG GGMBH. CAPACITY BUILDING INTERNATIONAL, GERMANY. Facilitator's Manual / Training Course. District Health Management Tools. [Em linha]. Inwent, 2004 [Consult. Julho 2009]. Disponível em <http://ge.21.inwent.org/ibt/site/DHM/ibt/index.html>
- JACOBSON, M. L. - The role of hospitals in primary health care. **World Hospitals**. 21 : 1 (February 1985) 15-6.
- JAMISSE, L.; SONGANE, F.; LIBOMBO, A.; BIQUE, C.; FAÚNDES, A. - Reducing maternal mortality in Mozambique: challenges, failures, successes and lessons learned. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**. 85 : 2 (2004) 203-12.
- JAMISSE, L.; SCHWALBACH, J. - Situação da Saúde Reprodutiva em Moçambique. In CRAVEIRO, I.; FERRINHO, P. ed. lit. - Saúde Reprodutiva nos países e territórios de Língua Portuguesa Lisboa: Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta, 2002.
- JANOVSKY, K. - The challenge of implementation: district health systems for primary health care. Geneva: World Health Organization, 1988.
- JORGENSEN, T. A. - The rural hospital in East Africa. **World Hospitals**. 11 : 2-3 (Spring-Summer 1975) 192-3.
- KAPALAMULA, J.; CHISIMBI, S. - The cost of the district hospital: a case study in Malawi. *Bulletin of the World Health Organization* 71 : 3/4 (1993) 329-39.
- KHALEF, A. O. E. - Rapport sur la situation des hôpitaux régionaux en Mauritanie. [Em linha] [Nouakchott]: [Ministère de la santé], 1996. [Consult. Agosto 2009]. Disponível em <http://www.sante.gov.mr/NR/rdonlyres/C4CC82C1-2058-4F0A-B974-10FEA1894D40/0/RH029.pdf>
- KIMARO, E.; TOWEY, R. - Anaesthesia in rural Tanzania. **Tropical Doctor**. 31 : 2 (April 2001) 102-4.
- KING, M., ed.lit. – Medical care in developing countries : a symposium from Makerere. Nairobi: Oxford University Press, 1966.
- KIRIGIA, J. M.; FOX-RUSHBY, J.; MILLS, A. - A cost analysis of Kilifi and Malindi public hospitals in Kenya. **African Journal of Health Sciences**. 5 : 2 (April-June 1998) 79-84.
- KLOSS-QUIROGA, B., ed.lit. - District Health Management Tools : Facilitator's Manual. Berlin: Inwent Internationale Witerbildung und Entwicklung gGmbH - Capacity building International, Germany, 2004.
- KUTRANON, S. - An overview of hospitals and PHC. **World Hospitals**. 21 : 2 (May 1985) 22-4.
- LAMINE, Y.M. - Analyse des problèmes de la référence des malades dans le district sanitaire de Guéckedou (République de Guinée). In: ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. INSTITUT DE MEDICINE TROPICALE PRINCE LEOPOLD. GTZ DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR TECHNISCHE ZUSAMMENARBEIT, ed.lit. - Rapport de synthèse. L'hôpital de district : son fonctionnement au sein des services de santé de district. Séminaire-atelier du 23 au 27 Novembre 1992, Yaoundé / Cameroun. [Geneva] : [Organisation Mondiale de la Sante. Institut de

Medicine Tropicale Prince Leopold. GTZ Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit], [1992]

- LAVY, C.; TINDALL, A.; STEINLECHNER, C.; MKANDAWIRE, N.; CHIMANGENI, S. - Surgery in Malawi - a national survey of activity in rural and urban hospitals. **Annals of The Royal College of Surgeons of England**. 89 : 7 (October 2007) 722-4.
- LEI nº 25 / 91. B. R. nº 52. 2º suplemento (91-12-31) - Cria o Serviço Nacional de Saúde.
- LEI nº 26 / 91. B. R. nº 52. 2º suplemento (91-12-31) – Regulamento de prestação de cuidados de saúde por entidades privadas.
- LEI nº 4 / 98. B. R. nº 2. Suplemento (98-1-14) – Aprova a Lei do Medicamento e cria o Conselho do Medicamento.
- LINDSTRAND, A.; BERGSTRÖM, S.; ROSLING, H.; RUBENSON, B.; STENSON, B.; TYLLESKÄR, T. - Global Health : an introductory textbook. Stockholm: Studentlitteratur, 2006.
- LOGIE, D. - Mozambique: investing in peace. **The Lancet**. 351 (March 28, 1998) 982-3.
- LOGIE, D.; BERGSTROM, S.; CLIFF J. - Debt relief and health charges in Mozambique. **The Lancet** 353 (June 12, 1999) 2077-8.
- MACAGBA, R. L. - International Conference on Hospital and Primary Health Care. Report on a worldwide study. **World Hospitals**. 21 : 2 (May 1985) 24-6.
- MACHATINE, G.; OMAR, C.; PASCOAL, E. - Diagnóstico de situação do sector saúde em Moçambique 1998. Maputo: Gabinete Técnico de Planificação. Direcção de Planificação e Cooperação. Ministério da Saúde, [1999].
- MADELEY, R.; JELLEY, D; O'KEEFE, P. - The advent of primary health care in Mozambique. **World Hospitals**. 20 : 3 (August 1984) 13-7.
- MAHLER, H. - Hospitals and health for all by the year 2000. **Canadian Journal of Public Health**. 71 : 5 (September-October 1980) 347-9.
- MARCONI, M. A. ; LAKATOS, E. M. - Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projecto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- MARTINS, H. – Porquê Sakrani? Memórias dum médico numa guerrilha esquecida. Maputo: Editorial Terceiro milénio, 2001.
- MARTINS, H. - Monitorização, Avaliação e reformulação do PRSS Componente A (prestação de cuidados de saúde) A1: Desenvolvimento da rede de unidades sanitárias de nível secundário - Hospitais rurais Comentário do GTP – Resposta do DNS/GACOPI. Janeiro de 1998. Maputo: Ministério da Saúde, 1998.
- MARTINS, H. **World Medicine**. (January 26, 1976) 22.
- MARX, M.; SCHMIDT-EHRY, G. - The District Hospital. In GÖRGEN, H.; KIRSCH-WOIK, T.; SCHMIDT-EHRY, B.; ed. lit. - The District Health System: Experiences and Prospects in Africa. Manual for Public Health Practitioners. 2nd edition. Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, 2004.
- MATHERS, C.; LONCAR, D. - Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*. 3: 11. doi:10.1371/journal.pmed.0030442
- MILLS, A. - Hospitals and primary health care. **World Hospitals**. 16: 2 (May 1980) 24-9.
- MILLS, A. - The economics of hospitals in developing countries. Part I. Expenditure patterns. **Health policy and planning**. 5 : 2 (1990) 107-117.
- MILLS, A. - The economics of hospitals in developing countries. Part II. Costs and sources of income. **Health policy and planning**. 5 : 3 (1990) 203-218.
- MILLS, A.J. - The cost of the district hospital: a case study in Malawi. Population, Health, and Nutrition Division, Population and Human Resources Department. Washington: World Bank, 1991.
- MILLS, A.J.; KAPALAMULA, J.; CHISIMBI, S. - The cost of the district hospital: a case study in Malawi. **Bulletin of the World Health Organization**. 71 : 3-4 (1993) 329-39.
- MILLS, A; HONGORO, C; BROOMBERG, J. - Improving the efficiency of district hospitals: is contracting an option? **Tropical Medicine and International Health**. 2 : 2 (February 1997) 116-26.

- MINISTÉRIO DA PLANIFICAÇÃO E DESENVOLVIMENTO E MINISTÉRIO DAS FINANÇAS - Cenário fiscal de médio prazo 2008-2010. Maputo, 12 Junho 2007. Maputo: Ministério das Finanças e Ministério da Planificação e Desenvolvimento, 2007.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS - Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde. Trabalhadores de Saúde Suficientes e Competentes para Mais e Melhores Serviços de Saúde Para o Povo Moçambicano. Maputo: Ministério da Saúde, 2008.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA. GABINETE DE ESTUDOS E PLANEAMENTO – Conferência internacional sobre cuidados de saúde primários: OMS/FISE. Alma Ata, URSS, 6-12 de Setembro de 1978. Declaração de Alma Ata. Recomendações. Lisboa: Gabinete de Estudos e Planeamento, Ministério da Saúde e Assistência, 1978.
- MONEKOSSO, G. L. - A health district as the operational unit for primary health care. **Tropical Doctor**. 23 : 1 (January 1993) 7-8.
- MONTOYA-AGUILAR, C. - Hospitals and primary health care. **World Hospitals**. 17 : 3 (August 1981) 22-5.
- MONTOYA-AGUILAR, C. - Measuring the performance of hospitals and health centres. Geneva: District Health Systems-Division of Strengthening of health Services. Geneva: World Health Organization, 1994.
- MORLEY, D. - Paediatric priorities in the developing world. London: Butterworths, 1973.
- MULLAN, F.; FREHYWOT, S. - Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries. **The Lancet**. 370 (December 22, 2007) 2158-63.
- MUSOWE, C. - Hospitals and primary health care. **World Hospitals and Health Services**. 32 : 3 (1996) 16-9.
- NEWELL, K. - The way ahead for district health systems. **World Health Forum**. 10 : 1 (1989) 80-7.
- NGURE, M. W. - The role of hospitals in primary health care. **World Hospitals**. 21 : 1 (February 1985) 17-9.
- NABEMBEZI, J. S.; NORDBERG, E. - Surgical output in Kibaale district, Uganda. **East African Medical Journal**. 78 : 7 (July 2001) 379-81.
- NOORMAHOMED, A. R. - A reforma do sistema de saúde de Moçambique. In VAZ, A. M.; PINTO, C. G.; RAMOS, F.; PEREIRA, J. A., ed.lit. - As reformas dos sistemas de saúde: Actas do IV Encontro Nacional da APES. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 1996. 53-64.
- NOORMAHOMED, A. R.; SEGALL, M. - Projecto de revisão de alguns aspectos da Política Nacional de Saúde (PRAAPNS). Gastos, Financiamento e afectação de recursos no sector da saúde em Moçambique: evolução histórica e perspectivas futuras. Um documento de trabalho. Segunda versão. Novembro de 1990. Maputo: Ministério da Saúde, 1990.
- NOORMAHOMED, A. R. - Coping with the consequences of reform: challenges for policy makers in Mozambique. **Studies in Health Services Organisation and Policy**. 16 (2000) 189-195
- NORDBERG, E.; HOFMAN, J. - Major and minor surgery at a rural African hospital. **Journal of Tropical Medicine and Hygiene**. 97 : 3 (June 1994) 138-44.
- NORDBERG, E.; HOLMBERG, S.; KIUGU, S. - Exploring the interface between first and second level of care: referrals in rural Africa. **Tropical Medicine and International Health**. 1 : 1 (1996) 107-111.
- OKELLO, D. O.; LUBANGA, R.; GUWATUDDE, D.; SEBINA-ZZIWA, A. - The challenge to restoring basic health care in Uganda. **Social Science and Medicine**. 46 : 1 (January 1998) 13-21.
- OKELLO, D.; GUWATUDDE, D.; SEBINA, A.; LUBANGA, R. - Low bed occupancy rates in Uganda's peripheral health units: is it a policy problem? **East African Medical Journal**. 71 : 9 (September 1994) 601-3.
- OLUKOGA, A. - Unit costs of inpatient days in district hospitals in South Africa. **Singapore Med J**. 48 : 2 (February 2007) 143-7.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. INSTITUT DE MEDICINE TROPICALE PRINCE LEOPOLD. GTZ DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR TECHNISCHE ZUSAMMENARBEIT -

Rapport de synthèse. L'hôpital de district : son fonctionnement au sein des services de santé de district. Séminaire-atelier du 23 au 27 Novembre 1992, Yaoundé / Cameroun. [Geneva] : [Organisation Mondiale de la Sante. Institut de Medicine Tropicale Prince Leopold. GTZ Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit], [1992].

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - Relatório Mundial de Saúde 2008 : Cuidados de Saúde Primários Agora mais que nunca. Genebra: Alto Comissariado da Saúde e Organização Mundial da Saúde, 2008.
- PAINE, L.; TJAM, F. - Hospitals and Health Care Revolution. Geneva: World Health Organisation, 1988.
- PAVIGNANI, E.; DURÃO, J. R. - Managing external resources in Mozambique: building new aid relationships on shifting sands? **Health Policy and Planning**. 14 : 3 (September 1999) 243-53.
- PEARSON, C. A - Medical administration for front-line doctors: a practical guide to the management of district-level hospitals in the public service or in the private sector. 2nd ed.. Cambridge: FSG Communications Ltd, publishers of Africa Health Journal, 1995b.
- PEARSON, C. A. - The role of district hospitals and the action in international medicine network. **Infectious Disease Clinics of North America**. 9 : 2 (June 1995a) 391-405.
- PFEIFFER, J. - International NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration. **Social Science and Medicine**. 56 : 4 (February 2003) 725-38.
- PEREIRA, C.; BUGALHO, A.; BERGSTRÖM, S.; VAZ, F.; COTIRO, M - A comparative study of caesarean deliveries by assistant medical officers and obstetricians in Mozambique. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**. 103 (June 1996) 508-512.
- PEREIRA, C.; CUMBI, A.; MALALANE, R.; VAZ, F.; MCCORD, C.; BACCI, A.; BERGSTRÖM, S. - Meeting the need for emergency obstetric care in Mozambique: work performance and histories of medical doctors and assistant medical officers trained for surgery . **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**. 114 (2007) 1530-1533.
- PORIGNON, D.; GANE, E.; LOKOMBE, T.; ISU, D.; HENNART, P.; VAN LERBERGHE W. - How robust are district health systems? Coping with crisis and disasters in Rutshuru, Democratic Republic of Congo. **Tropical Medicine and International Health**. 3 : 7 (July 1998) 559-565.
- REPUBLIC OF MOZAMBIQUE. MINISTRY OF HEALTH - Health Manpower Development Plan 1992-2002. December 1991. Maputo: Ministério da Saúde. República de Moçambique, 1991.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE - Plano de acção para a redução da pobreza absoluta, 2001-2005 (PARPA) (Documento de Estratégia e Plano de Acção para a Redução da Pobreza e Promoção do Crescimento Económico) Versão Final Aprovada pelo Conselho de Ministros. Maputo: República de Moçambique, 2001.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE - Plano de acção para a redução da pobreza absoluta 2006-2009 (PARPA II) Versão Final Aprovada pelo Conselho de Ministros aos 2 de Maio de 2006. Maputo: República de Moçambique, 2006.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Proposta do Plano Económico e Social 2006 Sector Saúde. Maputo, Agosto 2005. Maputo: Ministério da Saúde. República de Moçambique, 2005.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE MINISTÉRIO DA SAÚDE - Proposta do Plano Económico e Social 2007 Sector Saúde. Maputo, Setembro de 2006. Maputo: Ministério da Saúde. República de Moçambique, 2006a.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Proposta do Plano Económico e Social 2008 Sector Saúde. Maputo, Julho de 2007. Maputo: Ministério da Saúde. República de Moçambique, 2007.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. CONSELHO DE MINISTROS - Plano Estratégico Sector Saúde (PESS) 2001-2005 – (2010). Aprovado na XI sessão ordinária do Conselho de Ministros, 24 de Abril, 2001. Maputo: República de Moçambique, 2001.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Balanço actual da implementação da componente saúde do plano económico e social (PES 97). Versão actualizada XXIV Conselho Nacional Coordenador da Saúde. Vilanculos (Inhambane), 22 a 24 de Abril de 1998. Maputo; MISAU, 1998b.

- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Balanço da implementação do Programa do Governo 1995-1999 Componente "Saúde". Maputo, Outubro de 1998. Maputo: Ministério da Saúde. República de Moçambique, 1998.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Balanço da implementação do Programa do Governo Sector Saúde 1995-1999 Maputo, Abril de 1999. Maputo: Ministério da Saúde. República de Moçambique, 1999.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Desempenho do Sector da Saúde : Sexta Avaliação Conjunta ACA VI. Maputo, Março 2007. Maputo: Ministério da Saúde. República de Moçambique, 2007.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Desempenho do Sector da saúde : Sétima Avaliação Conjunta ACA VII. Maputo, Março 2008. Maputo: Ministério da Saúde. República de Moçambique, 2008.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI), 2001-2003. Maputo: Ministério da Saúde. República de Moçambique, 2001.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos actualizado (PDRH+) 2001-2010. A dignidade e satisfação do cliente são o termómetro da nossa prestação. Abril, 2001. Maputo: Ministério da Saúde. República de Moçambique, 2001.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Plano de Reestruturação do Ministério da Saúde (Em processo avançado de implementação) Maputo, 21 de Março de 2006. Maputo: Ministério da Saúde. República de Moçambique, 2006.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Plano económico e social (PES) 1998 Sector saúde. Maputo, Setembro de 1997. Maputo: Ministério da Saúde. República de Moçambique, 1997.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Plano Estratégico do Sector da Saúde 2007 -2012. Maputo: Ministério da Saúde. República de Moçambique, 2007.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Plano Operacional Anual 2006 Sector da Saúde. Maputo, Fevereiro 2006. Maputo, Ministério da Saúde. República de Moçambique, 2006b.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Plano Operacional do MISAU 2004. Maputo, Fevereiro de 2004. Maputo, Ministério da Saúde. República de Moçambique, 2004.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Política Nacional de Saúde. Maputo, Maio de 2007 (Declaração de Política Nacional de Saúde -Versão 2007 Final - Harmonizada-12/04/07). Maputo: Ministério da Saúde. República de Moçambique, 2007b.
- [REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO DE PLANIFICAÇÃO E COOPERAÇÃO] - O compromisso de Kaya Kwanga: um código de conduta para orientar a parceria para o desenvolvimento da saúde em Moçambique. [Em linha] [Maputo: Republica de Moçambique, 2000] [Consult. Julho 2010]. Disponível em <http://www.misau.gov.mz/index.php/pt/cooperacao>
- [REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO DE PLANIFICAÇÃO E COOPERAÇÃO] - O compromisso de Kaya Kwanga: um código de conduta para orientar a parceria para o desenvolvimento da saúde em Moçambique. [Em linha] [Maputo: Republica de Moçambique, 2003] [Consult. Julho 2010]. Disponível em http://www.who.int/countries/moz/publications/code_conduct.pdf
- [REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO DE PLANIFICAÇÃO E COOPERAÇÃO] - Termos de Referência da Abordagem Sectorial Ampla (SWAP) Saúde Ministério da Saúde de Moçambique e Parceiros de Cooperação. Maputo: Direcção de Planificação e Cooperação. Ministério da Saúde. República de Moçambique, 2005.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO DE PLANIFICAÇÃO E COOPERAÇÃO - Elaboração do plano de investimento da saúde - Fase II: Avaliação do sistema dos hospitais de referência do Serviço Nacional de Saúde. Documento de trabalho para o Conselho Nacional Coordenador da Saúde de Pemba (29 de Abril, 4 de Maio 2002). Maputo: Direcção de Planificação e Cooperação. Ministério da Saúde. República de Moçambique, 2002.

- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO DE PLANIFICAÇÃO E COOPERAÇÃO - Termos de Referência para o Grupo de Trabalho SWAP MISAU-Parceiros. Maputo: Direcção de Planificação e Cooperação. Ministério da Saúde. República de Moçambique, 2001.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO DE PLANIFICAÇÃO E COOPERAÇÃO - Termos de Referência da Abordagem Sectorial Ampla (SWAp) Saúde Ministério da Saúde de Moçambique e Parceiros de Cooperação. Maputo: Direcção de Planificação e Cooperação. Ministério da Saúde. República de Moçambique, 2007.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO DE PLANIFICAÇÃO E COOPERAÇÃO - Plano de Investimento da Saúde 2004-2008 (2013) (Versão aprovada pelo Conselho Consultivo de S. Ex. cia o Ministro da Saúde no dia 6 de Junho de 2003). Maputo, Junho de 2003. Maputo: Direcção de planificação e cooperação. Ministério da Saúde. República de Moçambique, 2003a.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO DE PLANIFICAÇÃO E COOPERAÇÃO - Proposta de Plano Trienal de investimento Público 2001-2003. Maputo: Direcção de Planificação e Cooperação. Ministério da Saúde. República de Moçambique, 2001.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO DE PLANIFICAÇÃO E COOPERAÇÃO - Plano Trienal de Investimento Público 2004-2006. Proposta do sector saúde. Maputo, Julho de 2003. Maputo: Direcção de Planificação e Cooperação. Ministério da Saúde. República de Moçambique, 2003b.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO DE PLANIFICAÇÃO E COOPERAÇÃO - Plano Trienal de Investimento Público 2005-2007. Proposta do sector saúde. Versão Caia. Maputo, Agosto de 2004. Maputo: Direcção de Planificação e Cooperação. Ministério da Saúde. República de Moçambique, 2004.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO DE PLANIFICAÇÃO E COOPERAÇÃO - Programa Trienal de Investimento Público (PTIP) 2006-2008 para o sector saúde. Maputo: Direcção de Planificação e Cooperação. Ministério da Saúde. República de Moçambique, 2005.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO DE PLANIFICAÇÃO E COOPERAÇÃO - Plano Trienal de Investimento Público 2007-2009. Proposta do sector saúde. Maputo, Agosto de 2006. Maputo: Direcção de Planificação e Cooperação. Ministério da Saúde. República de Moçambique, 2006.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO DE PLANIFICAÇÃO E COOPERAÇÃO - Plano Trienal de Investimento Público 2008-2010. Proposta do sector saúde. Maputo, Julho de 2007. Maputo: Direcção de Planificação e Cooperação. Ministério da Saúde. República de Moçambique, 2007.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO DA PLANIFICAÇÃO E COOPERAÇÃO - Perfil sanitário estatístico. Província de Cabo Delgado (Análise de 4 anos – 2000-2003). Maputo: Rede, Repartição de elaboração de dados estatísticos. Departamento de Informação para a saúde. Ministério da Saúde, 2004a.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO DA PLANIFICAÇÃO E COOPERAÇÃO - Perfil sanitário estatístico. Província de Gaza (Análise de 4 anos – 2000-2003). Maputo: Rede, Repartição de elaboração de dados estatísticos. Departamento de Informação para a saúde. Ministério da Saúde, 2004b.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO DA PLANIFICAÇÃO E COOPERAÇÃO - Perfil sanitário estatístico. Província de Inhambane (Análise de 4 anos – 2000-2003). Maputo: Rede, Repartição de elaboração de dados estatísticos. Departamento de Informação para a saúde. Ministério da Saúde, 2004c.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO DA PLANIFICAÇÃO E COOPERAÇÃO - Perfil sanitário estatístico. Província de Manica (Análise de 4 anos – 2000-2003). Maputo: Rede, Repartição de elaboração de dados estatísticos. Departamento de Informação para a saúde. Ministério da Saúde, 2004d.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO DA PLANIFICAÇÃO E COOPERAÇÃO - Perfil sanitário estatístico. Província de Maputo (Análise de 4 anos – 2000-

- 2003). Maputo: Rede, Repartição de elaboração de dados estatísticos. Departamento de Informação para a saúde. Ministério da Saúde, 2004e.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO DA PLANIFICAÇÃO E COOPERAÇÃO - Perfil sanitário estatístico. Província de Nampula (Análise de 4 anos – 2000-2003). Maputo: Rede, Repartição de elaboração de dados estatísticos. Departamento de Informação para a saúde. Ministério da Saúde, 2004f.
 - REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO DA PLANIFICAÇÃO E COOPERAÇÃO - Perfil sanitário estatístico. Província de Niassa (Análise de 4 anos – 2000-2003). Maputo: Rede, Repartição de elaboração de dados estatísticos. Departamento de Informação para a saúde. Ministério da Saúde, 2004g.
 - REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO DA PLANIFICAÇÃO E COOPERAÇÃO - Perfil sanitário estatístico. Província de Sofala (Análise de 4 anos – 2000-2003). Maputo: Rede, Repartição de elaboração de dados estatísticos. Departamento de Informação para a saúde. Ministério da Saúde, 2004h.
 - REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO DA PLANIFICAÇÃO E COOPERAÇÃO - Perfil sanitário estatístico. Província de Tete (Análise de 4 anos – 2000-2003). Maputo: Rede, Repartição de elaboração de dados estatísticos. Departamento de Informação para a saúde. Ministério da Saúde, 2004i.
 - REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO DA PLANIFICAÇÃO E COOPERAÇÃO - Perfil sanitário estatístico. Província de Zambézia (Análise de 4 anos – 2000-2003). Maputo: Rede, Repartição de elaboração de dados estatísticos. Departamento de Informação para a saúde. Ministério da Saúde, 2004j.
 - REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO DA PLANIFICAÇÃO E COOPERAÇÃO - Perfil sanitário estatístico. Província de Maputo cidade (Análise de 4 anos – 2000-2003). Maputo: Rede, Repartição de elaboração de dados estatísticos. Departamento de Informação para a saúde. Ministério da Saúde, 2004l.
 - REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA - Comunicado final da IV reunião do Concelho Hospitalar. Fevereiro de 2007. Maputo: Departamento de Assistência Médica. Direcção Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. República de Moçambique, 2007.
 - REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA - Comunicado final do V Conselho Hospitalar. 25 de Julho de 2008. Maputo: Direcção Nacional de Assistência Médica. Ministério da Saúde. República de Moçambique, 2008.
 - REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA. DIRECÇÃO RECURSOS HUMANOS - Proposta do quadro de pessoal 2007-2010 Hospitais rurais. Maputo: Direcção Recursos Humanos. Direcção Nacional de Assistência Médica. Ministério da Saúde. República de Moçambique, [2007].
 - REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA - Carga tipo Hospital rural e geral. Pacote de serviços prestados e equipamento médico necessário. Setembro de 2007. Maputo: Direcção Nacional de Assistência Médica. Ministério da Saúde. República de Moçambique, 2007.
 - REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE - Inventário nacional de infra-estruturas de saúde, serviços e recursos. Moçambique 2007. [Em linha] Maputo: Instituto nacional de saúde. Ministério da Saúde. República de Moçambique, 2008. [Consult. Julho 2010]. Disponível em http://www.misau.gov.mz/pt/destaques/sam_inventario_nacional_de_infra_estruturas_de_saude_2007
 - REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE - Inventário nacional de infra-estruturas de saúde, serviços e recursos. Moçambique 2007. [Em linha]. Maputo: Instituto nacional de saúde. Ministério da Saúde. República de Moçambique, 2008. [Consult. Julho 2010]. Disponível em http://www.misau.gov.mz/pt/destaques/sam_inventario_nacional_de_infra_estruturas_de_saude_2007

- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DO PLANO E FINANÇAS. MINISTÉRIO DA SAÚDE - O Nível Primário do Sector da Saúde em Moçambique : resultados de um inquérito sobre financiamento, gestão e prestação de serviços. S. João do Estoril: Principia, 2003.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DO PLANO E FINANÇAS. MINISTÉRIO DA SAÚDE - A Despesa Publica com a Saúde em Moçambique. S. João do Estoril: Principia, 2004.
- RÉPUBLIQUE DU RWANDA. MINISTÈRE DE LA SANTE. - Normes relatives au district de Santé: Activités, Infrastructures, Equipements. [Em linha].Kigali: Ministère de la sante. République du Rwanda, [200-]. [Consult. Julho 2009]. Disponível em <http://www.moh.gov.rw/>
- RÉPUBLIQUE POPULAIRE DU MOZAMBIQUE. MINISTÈRE DE SANTÉ - Les soins de santé primaires au Mozambique : d'autres niveaux d'attention de santé. Maputo, Ministère de Santé. République Populaire du Mozambique, 1980.
- RESOLUÇÃO nº 16 / 2005. B. R. nº 19. (05-05-11) – Aprova o Plano Quinquenal do Governo para 2005-2009.
- RESOLUÇÃO nº 4 / 1995. B. R. nº 27. Suplemento. (95-07-11) – Aprova a Política do Sector de Saúde para 1995-1999.
- RON, A. - Planning and implementing health insurance in developing countries : guidelines and case studies. "Macroeconomics, Health and Development" Series. Number 7. Geneva: World Health Organisation, 1993.
- RYPKEMA, S. M.; SANTING, R. C. A. - The District health system: cooperation between NGO's and health authorities at district level, a *Medicus Mundi* mail survey. Brussels: *Medicus Mundi International*, December 1994.
- SAIDE, M., STEWART, D. - Decentralization and human resource management in the health sector: a case study (1996-1998) from Nampula province, Mozambique. **International Journal of Health Planning and Management**. 16 (2001)155-168.
- SAKELLARIDES, C. - Health governance in a global post modern world – when beauty meets the beast. **Humanitas, humanidades médicas**. 1 : 3 (2003) 91-100.
- SAKELLARIDES, C. – De Alma a Harry : a crónica da democratização da saúde. Coimbra: Almedina, 2005.
- SAMBO, L. G.; CHATORA, R. R.; GOOSEN, E. S. M. - Tools for assessing the operationality of District Health Systems. Brazaville: Regional Office for Africa. World health Organisation, 2003.
- SANTOS, C.; DIANTE, D. JR.; BAPTISTA, A.; MATEDIANE, E.; BIQUE, C.; BAILEY, P. - Improving emergency obstetric care in Mozambique: The story of Sofala. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**. 94 : 2 (2006) 190—201.
- SEGALL, M. - Health and national liberation in the People's Republic of Mozambique. **International Journal of Health Services**. 7 : 2 (1977) 319-25.
- SEGALL, M. - The public health sector in Mozambique: a post-war strategy for rehabilitation and sustained development. Mozambique country paper. Macroeconomics, Health and Development Series nº 14. Geneva: World health Organisation, 1994.
- SEGALL, M. - District health systems in a neoliberal world: a review of five key policy areas. **International Journal of Health Planning and Management**. 18 : Suppl (Oct-Dec 2003) S5-S26.
- SHAIKH, B. T.; RABBANI, F. - The district health system: a challenge that remains. **East Mediterranean Health Journal**. 10 : 1-2 (Jan-Mar 2004) 208-14.
- SHEPPARD, S. – Mozambique: Progress Toward Health Care for Everyone. **Journal of Health Politics, Policy and Law**. 6 : 3 (fall 1981) 520-527.
- SHONUBI, A. M.; ODUSAN, O.; OLORUNTOBA, D. O.; AGBAHOWE, S. A.; SIDDIQUE, M. A. - "Health for all" in a least- developed country. **Journal of the National Medical Association**. 97 : 7 (July 2005) 1020-6.
- SIDAT, M.; CONCEIÇÃO, C.; AMARAL, M.; FERRINHO P.; DAL POZ, M. – Gestão de recursos humanos em saúde: experiências e percepções de um grupo de gestores de nível provincial em Moçambique. **Revista Médica de Moçambique**. 10 (Setembro 2010) 21-26.
- SINHA, R. P.; KUMAR, A. - District health and hospitals: a system and concept to achieve health for all. **World Hospitals**. 25 : 3 (1989) 6-16.

- SNOW, R.W.; MUNG'ALA, V.O.; FOSTER, D.; MARSH, K. - The role of the district hospital in child survival at the Kenyan Coast. **African Journal of Health Sciences**. 1 : 2 (May 1994) 71-75.
- STEFANINI, A. - District hospitals and strengthening referral systems in developing countries. **World Hospitals and Health Services**. 30 : 2 (1994) 14-9.
- STEIN, W.; KATUNDA, I.; BUTOTO, C. - A two-level ultrasonographic service in a maternity care unit of a rural district hospital in Tanzania. **Tropical Doctor** 38 (2008) 125-126.
- STEINLECHNER, C.; TINDALL, A.; LAVY, C.; MKANDAWIRE, N.; CHIMANGENI, S. - A national survey of surgical activity in hospitals in Malawi. **Tropical Doctor**. 36 : 3 (July 2006) 158-160.
- TARIMO, E. - Safe motherhood and district health systems. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**. 69 : 1 (1996) 5-10.
- TARIMO, E. - Towards a healthy district: organizing and managing district health systems based on primary health care. Geneva: World health Organization, 1991.
- TAYLOR, C. E. - Health services research: how hospitals can help PHC. **World Health Forum** 3 :4 (1982): 395-402.
- TORRES, L. V.; BECERRIL, G. M. - Estudo de custos de cirurgia. Maputo: Programa Nacional de Cirurgia. Departamento de Assistência Médica. Ministério da Saúde, Consejo Interhospitalario de Cooperación, 2001.
- TURNER, J. - International Conference on Hospital and Primary Health Care. General report. **World Hospitals**. 21 : 2 (May 1985) 15-7.
- TOWEY, R.; KIMARO, E. - Only if she has a fishing rod! **British Medical Journal**. 317 (Dec 19-Dec 26 1998) 7174.
- VALA, J. - Análise de conteúdo. In SILVA, A. S.; PINTO, J. M., ed. lit. - Metodologia em Ciências Sociais. Porto: Edições Afrontamento, 1986: 101-128.
- VAN LEMMEN, F.; AMELSVOORT, V. V. - How do African voluntary agency hospitals spend their money? **Tropical Doctor**. 18 : 1 (January 1988) 43-44
- VAN LERBERGHE, W.; DE BROUWERE, V. - Etat de santé et santé de l'Etat en Afrique subsaharienne. **Afrique contemporaine**. Numéro spécial (3e trimestre 2000): 175-190.
- VAN LERBERGHE, W.; DE BÉTHUNE, X.; DE BROUWERE, V. - Hospitals in Africa: why we need more of what does not work as it should. **Tropical Medicine and International Health**. 2 : 8 (August 1997) 799-808.
- VAN LERBERGHE, W.; LAFORT, Y. - The role of the hospital in the district: delivering or supporting primary health care? Current concerns. WHO SHS paper n2. Geneva: World Health Organisation, 1990.
- VAN LERBERGHE, W.; VAN BALEN, H.; KEGELS, G. - Typologie et performances des hôpitaux de premier recours en Afrique sub-saharienne. **Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale**. 72 : suppl2 (1992) 1-51.
- VAN LERBERGHE, W.; VAN DAMME, W.; KEGELS, G.; ANCONA, C.; CRIEL, B. - District hospital reports: the MMI – WHO guidelines visited. A report to WHO. Antwerp: Institute of Tropical Medicine, 1994.
- VAN LERBERGHE, W.; PANGU K. - Comprehensive can be effective: the influence of coverage with a health centre network on the hospitalisation patterns in the rural area of Kasongo, Zaire. **Social Science and Medicine**. 26 : 9 (1988) 949-55.
- VAZ, F.; BERGSTROM, S.; VAZ, M. L.; LANGA, J.; BUGALHO, A. – Training medical assistants for surgery. **Bulletin of the World Health Organization**. 77 : 8 (1999) 688-91.
- VAZ, F. – Experience of Mozambique. In Conference on increasing access to surgical services in resource-constrained settings in Sub-saharan Africa. Hosted by the Rockefeller Foundation's Bellagio Conference Center June 4 to 8, 2007. Bellagio: Rockefeller Foundation, 2007.
- VAZ, F. - L'Hôpital et les autres structures des soins. In La place et le rôle de l'hôpital en Afrique : recueil des actes des journées internationales d'Abidjan, 6-7-8 Juin 1990. Paris: ACODESS Association pour la coopération et le développement des structures sanitaires, 1990. 79-81.
- VAZ, F. - Manual de cirurgia para hospitais rurais. Volume 1. Maputo: Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina, Universidade Eduardo Mondlane. República de Moçambique, 1991.

- VAZ, M.L.; BERGSTRÖM, S. – Mozambique – delegation of responsibility in the area of maternal care. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 38 Suppl (1992) S37-S39.
- WALKER, I. A.; WILSON, I. H. - Anaesthesia in developing countries—a risk for patients. *The Lancet*. 371 (March 22, 2008) 968 - 969.
- WALRAVEN, G. - Willingness to pay for district hospital services in rural Tanzania. *Health Policy and Planning*. 11 : 4 (Dec 1996) 428-37.
- WALSH, JA; WARREN, KS. – Selective primary health care. *The New England Journal of Medicine*. 301 : 18 (November 1979) 957-974.
- WALT, G.; CLIFF, J. - The dynamics of health policies in Mozambique 1975-1985. *Health Policy and Planning*. 1 : 2 (1986) 148-157.
- WALT, G.; GILSON, L. – Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health policy and planning*. 9 : 4 (1994) 353-370.
- WALT, G.; MELAMED A.; ed. lit. - Mozambique: towards a people's health service. London: Zed Books, 1983.
- WALT, G.; PAVIGNANI, E.; GILSON, L.; BUSE, K. - Health sector development: from aid coordination to resource management. *Health Policy and Planning*. 14 : 3 (September 1999a) 207–218.
- WALT, G.; PAVIGNANI, E.; GILSON, L.; BUSE, K. - Managing external resources in the health sector: are there lessons for SWAps? *Health Policy and Planning*. 14 : 3 (September 1999b) 273-284.
- WALT, G.; WIELD, D. - Health policies in Mozambique. Case study 3. Walton Hall: The Open University Press, 1983.
- WAMUKUO, J.; NTUTELA, P. coordinators - Estimating the cost of District Hospital Services. [Em linha]. Natal: National Department of Health (NDOH), October 2002 [Consult. Julho 2010]. Disponível em <http://www.doh.gov.za/docs/reports/2002/findc-report01.pdf>
- WORLD BANK - Better Health in Africa. Washington, D.C.: World Bank, 1994.
- WORLD BANK - Investing in Health. World Development Report 1993. New York: Oxford University Press, 1993.
- WORLD BANK OPERATIONS EVALUATION DEPARTMENT, IMF INDEPENDENT EVALUATION OFFICE - The Poverty Reduction Strategy Initiative. Findings from 10 Country Case Studies of World Bank and IMF Support. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2005.
- WORLD BANK. WORLD DEVELOPMENT INDICATORS DATABASE. Gross national income per capita 2009, Atlas method and PPP. [Em linha]. Washington: World Bank, 2010. [Consult. Julho 2010]. Disponível em <http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/GNIPC.pdf>
- WORLD BANK. WORLD DEVELOPMENT INDICATORS DATABASE. Gross national income per capita 2003, Atlas method and PPP. [Em linha]. Washington: World Bank, 2005. [Consult. Julho 2010]. Disponível em <http://www.pdwb.de/archiv/weltbank/gnipc03.pdf>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – Alma-Ata 1978: Primary Health care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, URSS, 6-12 September 1978. Jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. Geneva: World Health Organization, 1978.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – Global strategy for health for all by the year 2000. Geneva: World Health Organization, 1981.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - Ethiopia: strengthening the district health system to meet the challenge of primary health care. [Geneva]: World Health Organization, June 1987c.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - Hospitals and health for all. Report of a WHO expert committee on the role of hospitals at the first referral level. WHO Technical Report Series 744. Geneva: World Health Organization, 1987b.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - Improving the performance of health centres in district health systems. Report of a WHO study group. Technical Report Series 869. Geneva: World Health Organization, 1997.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION - Information support for new public health action at district level. Report of a WHO expert committee. Technical Report Series 845. Geneva: World Health Organization, 1994.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - Report of the interregional meeting on strengthening district health systems based on primary health care. Harare, Zimbabwe, 3 to 7 August 1987. Geneva: World Health Organization, 1987a.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - Role of hospitals in ambulatory and domiciliary medical care. Second report of the expert committee on organization of medical Care. Technical Report Series 176. Geneva: World Health Organization, 1959.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - Role of hospitals in programmes of community health protection. First report of the expert committee on organization of medical care. Technical Report Series 122. Geneva: World Health Organization, 1957.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - Surgical care at the district hospital. Geneva: World Health Organization, 2003.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - Systems of continuing education: priority to district health personnel. Report of a WHO expert committee. Technical Report Series 803. Geneva: World Health Organization, 1990.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - The hospital in rural and urban districts: report of a WHO Study Group on the Functions of Hospitals at the First Referral Level. WHO Technical Reports Series, 819. Geneva: World Health Organization, 1992.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - The role of Health Centres in the development of urban health systems. Report of a WHO Study group on Primary Health Care in Urban Areas. Technical Report Series 827. Geneva: World Health Organization, 1992.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - The World Health Report 2005 : Make every mother and child count. Geneva: World Health Organization, 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - The World Health Report 2006 : Working together for health. Geneva: World Health Organization, 2006.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - The World Health Report 2008 : Primary Health Care – now more than ever. Geneva: World Health Organization, 2008.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - World health statistics 2005. Geneva: World Health Organization, 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - World health statistics 2010. Geneva: World Health Organization, 2010.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR SOUTH-EAST ASIA - District health system/primary health care: updated strategies and approaches: report of an introductory consultation, Vellore, Tamil Nadu (India), 23-26 March 1999. New Delhi: Regional Office for South-East Asia. World Health Organization, 1999.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC - District hospitals: guidelines for development. Manila: Regional Office for the Western Pacific. World Health Organization, 1992.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC - District hospitals: guidelines for development. WHO Regional publications, Western Pacific Series n° 4. 2nd ed. Manila: Regional Office for the Western Pacific. World Health Organization, 1996.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC - District Health Facilities. Guidelines for Development and Operations. WHO Regional Publications, Western Pacific Series n° 22, 1998. Manila: Regional Office for the Western Pacific. World Health Organization, 1998.
- World Health Organization. Training in Diagnostic Ultrasound: Essentials, Principles and Standards. Report of a World Health Organization Study Group. Technical report series 875. Geneva: World Health Organization, 1998.
- ZERE, E.; MBEELI, T.; SHANGULA, K.; MANDLHATE, C; MUTIRUA, K.; TJIVAMBI, B.; KAPENAMBILI, W. - Technical efficiency of district hospitals: evidence from Namibia using data

envelopment analysis. **Cost Effectiveness and Resource Allocation**. 4:5 (March 2006)
doi:10.1186/1478-7547-4-5.

- ZWARENSTEIN, M.; BARRON, P.; TOLLMAN, S.; CRISP, N.; FRANKISH, J.; TOMS, I.; HARRISON, D.; SOLARSH, G.- Primary health care depends on the district health system. **South African Medical Journal**. 83 : 8 (August 1993) 558.