



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

RELATÓRIO GLOBAL II CICLO

20
21

Gestão do Processo de Consultas
Comunitárias nas Províncias de
Maputo, Gaza, Inhambane,
Zambézia, Nampula

Fevereiro - Junho 2021



Ficha Técnica

Redacção: Andes Chivangue

Equipa técnica da N'weti: Denise Namburete, Albino Francisco, Sansão Dumangane, Elves Francisco, Urcília Nhanoque.

Design gráfico: Maurício Matapisse



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

RELATÓRIO GLOBAL II CICLO

20
21

Gestão do Processo de Consultas
Comunitárias nas Províncias de
Maputo, Gaza, Inhambane,
Zambézia, Nampula

Fevereiro – Junho 2021

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO.....	3
II. BREVE NOTA METODOLÓGICA.....	4
II.1. Cartão de Pontuação Comunitária.....	4
II.2. Objectivos das Consultas Comunitárias.....	5
II.3. Técnicas de Recolha dos Dados & Evidências.....	5
II.4. Recolha e Processamento das Evidências.....	6
III. RESULTADOS DAS CONSULTAS ÀS COMUNIDADES.....	8
III.1. Dimensão 1: Serviços Gerais e Atendimento.....	8
III.2. Dimensão 2: Medicamentos.....	15
III.3. Dimensão 3: Saúde Sexual e Reprodutiva.....	17
III.4. Dimensão 4: Nutrição.....	19
III.5. Dimensão 5: Serviços de Maternidade.....	21
III.6. Dimensão 6: Gestão.....	24
IV. BREVE NOTA CONCLUSIVA: Discussão com base em dados agregados por província.....	26
ANEXO 1: APÊNDICES.....	28
Resultados agregados por província.....	28
Referências Bibliográficas.....	31

I. INTRODUÇÃO

O sistema das Nações Unidas, o Banco Mundial e alguns dos mais relevantes parceiros internacionais de desenvolvimento organizaram um "Mecanismo de Financiamento Global em apoio a todas as mulheres e todas as crianças" (em língua Inglesa – Global Financing Facility – GFF), através do qual se propõem apoiar alguns países onde os indicadores de mortalidade materna, neonatal e infantil, bem como as consequências da gravidez na adolescência se mostram mais difíceis de controlar¹ (MISAU, 2018).

O Mecanismo de Financiamento Global (GFF), para apoiar todas as mulheres e todas as crianças, é um novo modelo de financiamento baseado numa parceria multilateral de apoio, conjugando recursos dos governos, dos parceiros de desenvolvimento assim como do sector privado para a melhoria da saúde de mulheres e crianças. A abordagem do GFF está ancorada ao Caso de Investimento² (CI) e na Estratégia de Financiamento da Saúde (EFS), considerados dois principais instrumentos para a sua operacionalização (Guambe e Muendane, 2019).

O CI de Moçambique fundamenta-se, basicamente, nas elevadas taxas de mortalidade infantil, elevado rácio de mortalidade materna, elevada taxa de mortalidade neonatal e questões associadas aos casamentos prematuros. É no âmbito das adversidades acima referenciadas que foi desenhado o Programa de Fortalecimento dos Cuidados Primários para o período 2018–2022, com foco para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados à mulher e às crianças em províncias e distritos específicos.

O MISAU e parceiros de desenvolvimento do sector reconhecem o valor da contribuição da perspectiva do utente para o alcance dos indicadores referentes a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Para o efeito, o MISAU introduziu nos Hospitais Distritais e nos Centros de Saúde Rurais as Consultas Comunitárias, implementadas com recurso ao Ciclo dos Cartões de Pontuação Comunitária (CPC).

O CPC constitui uma abordagem através da qual as comunidades passam a ser reconhecidas como actores relevantes na governação e gestão da provisão dos serviços de saúde no espaço onde estes serviços são oferecidos, na medida em que o seu engajamento com os provedores vai permitir a realização dos princípios de participação e engajamento do utente como mecanismo de contribuição para a melhoria dos serviços oferecidos.

O MISAU contratou a N'weti para facilitar a implementação do segundo ciclo de Consultas Comunitárias (CCs) em 76 unidades sanitárias das cinco províncias seleccionadas. O presente relatório narra as percepções dos utentes em relação à qualidade de serviços dos cuidados primários providenciados às mulheres e crianças nas unidades sanitárias alvo do exercício.

1. Esse mesmo grupo de parceiros de desenvolvimento acordou que seria o Banco Mundial o curador do "fundo multi-dadores" para o GFF, a nível global e de cada País.

2. A utilização do conceito de "Caso de Investimento" (CI) justifica-se por três motivos: a) a captação e utilização de recursos adicionais para se obterem melhores resultados; b) os recursos adicionais deverem ter como fonte não apenas os parceiros de desenvolvimento, mas os recursos domésticos; c) a utilização eficiente desse conjunto de recursos, dando prioridade a algumas intervenções com maior eficácia. Também se relaciona com o "reforço do sistema de saúde em geral". Por exemplo, os esforços (investimento) para reduzir a mortalidade materna implicam o reforço da rede de hospitais distritais, do mesmo modo que a redução da malnutrição infantil (a causa de mortalidade infantil mais difícil de combater) implica a mobilização da comunidade, com benefícios para todos os cuidados primários de saúde (MISAU, Guambe e Muendane, 2019).

II. BREVE NOTA METODOLÓGICA

II.1. Cartão de Pontuação Comunitária

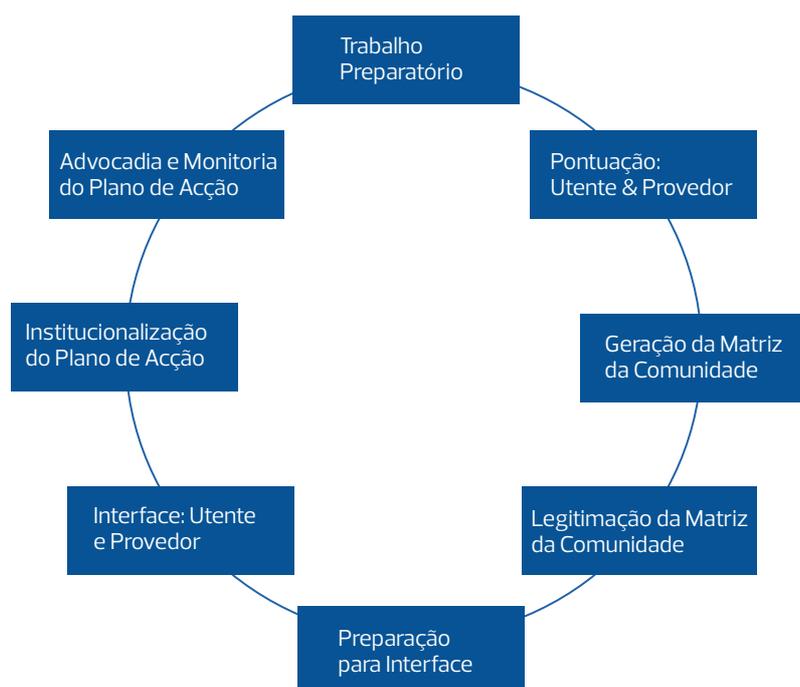
As acções da N'weti no contexto da monitoria de qualidade dos serviços de saúde são feitas com recurso ao cartão de pontuação comunitária (CPC). O CPC é uma ferramenta que permite que os utentes dos serviços públicos de saúde participem de forma activa e organizada na monitoria da qualidade de serviços prestados pelas unidades sanitárias.

Pelo seu carácter amplamente participativo ele gera condições para a interação e diálogo saudável entre os utentes dos serviços públicos de saúde e os provedores de serviço visando a identificação de lacunas, aspectos positivos, preocupações que servem de base para a geração de consensos para a melhoria da qualidade dos serviços públicos.

O CPC na perspectiva da N'weti é usado visando fundamentalmente três principais eixos: (i) monitoria da qualidade de serviços públicos de saúde, (ii) identificação e definição de prioridades de saúde (na perspectiva do utente) para posterior integração nos planos distritais do sector da saúde e nos PESODs bem como para (iii) construir um corpo de evidências para a definição de acções de advocacia sobre políticas públicas no sector da saúde.

Para a implementação do CPC a N'weti adopta um ciclo compreensivo de 8 etapas como descrito no diagrama abaixo:

Diagrama 1: Ciclo do CPC da N'weti



METODOLÓGICA

II.2. Objectivos das Consultas Comunitárias

Coordenar a operacionalização do indicador vinculado ao desembolso (DLI) 9 através da implementação sólida da ferramenta-CPC, juntamente com o Cartão de Desempenho (CdD) nos centros de saúde rurais alvos para 2019, incluindo o treinamento do pessoal para facilitar a implementação do CPC.

Por outro lado, visa desenvolver medidas de controlo para garantir a integridade e consistência dos dados colectados por meio do CPC, incluindo o monitoramento da qualidade da implementação do CPC.

II.3. Técnicas de Recolha dos Dados & Evidências

As Consultas Comunitárias implementadas com recurso ao CPC são uma ferramenta adoptada pelo MISAU, com o propósito de promover o engajamento e empoderamento comunitário, visando a melhoria da qualidade e acesso aos cuidados primários de saúde providenciados a mulher e criança menor de 5 anos. Assim, a abordagem metodológica de implementação do presente exercício considerou em todas as etapas do ciclo técnicas qualitativas e participativas de recolha e análise dos dados.

a. Consulta documental

A consulta documental aqui referida não deve ser percebida na dimensão exaustiva pois, para o presente exercício foram analisados apenas alguns documentos que ajudaram a compreender a natureza dos serviços providenciados pelas unidades sanitária-alvo, com destaque para planos e estatísticas rotineiras.

Através da busca dos planos e uma pesquisa preliminar, a equipa pôde compreender previamente o tipo de unidade sanitária, assim como o tipo de serviços de saúde primário providenciados a mulher e criança na faixa etária 0-5 anos de idade. Estes dados permitiram desenhar e ajustar os planos de formação. A título de exemplo, a recolha e análise dos dados das unidades sanitárias, permitiu constatar que algumas unidades alvo não tinham maternidade, logo, durante a sessão de formação as equipas destacadas para facilitar as consultas nessas unidades sanitárias eram preparadas para não levarem a comunidade, assim como, os provedores a pontuarem sobre indicadores referentes a Maternidade, Casa Mãe-Espera.

b. Grupos Focais de Discussão

As discussões em grupos focais podem ser definidas como debates em grupos de 10 a 12 pessoas, orientadas por uma dupla de facilitadores, em que os membros do grupo falam de forma livre e espontaneamente sobre o assunto pesquisado. No presente contexto, as discussões constituíram um valioso instrumento qualitativo para a captura das percepções dos utentes e provedores sobre a qualidade dos serviços primários providenciados à mulher e à criança na faixa dos 0-5 anos de idade. Foi a partir desta técnica que as diferentes categorias de utentes, nomeadamente: (a) Grupo Específico³, (b) Grupo Geral⁴ e, (c) Grupo de Provedores⁵ tiveram a oportunidade de expor as suas percepções em torno da qualidade dos serviços primários providenciados em cada unidade sanitária alvo.

3. Grupo Específico: Mulheres grávidas, mães com crianças pequenas (0-5 anos de idade)

4. Grupo Geral: mulheres e homens adultos, líderes comunitários, incluindo membros do Comité de Saúde e Comités de Co-Gestão e Humanização

5. Grupo de provedores: composto por técnicos de saúde afecto a unidade sanitária avaliada

As consultas comunitárias cobriram um total de 228 grupos, 1654 utentes e 532 provedores, perfazendo 2186 pessoas alcançadas nas 76 US cobertas pela intervenção, tal como ilustra a tabela 1, mais abaixo:

Tabela 1: Cobertura das consultas comunitárias

Dados de Participantes das Consultas Comunitárias – CPC MISAU (Maio – Junho 2021)													
Provincia	# US alvo onde foram realizadas as CCs	# de Grupos Formados			Participantes por sexo								
		Utentes	Provedor	Total	Utentes			Provedores			Total (Utentes+Provedores)		
					F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total
Boane	13	26	13	39	206	41	247	60	23	83	266	64	330
Chokwe	1	2	1	3	16	5	21	2	1	3	18	6	24
Limpopo	7	14	7	21	131	25	156	54	21	75	185	46	231
Marracuene	7	14	7	21	106	18	124	38	18	56	144	36	180
Maxixe	1	2	1	3	15	6	21	5		5	20	6	26
Milange	2	4	2	6	36	9	45	6	5	11	42	14	56
Mocuba	3	6	3	9	39	20	59	10	6	16	49	26	75
Moma	10	20	10	30	174	66	240	26	30	56	200	96	296
Nacala - Porto	8	16	8	24	137	62	199	55	25	80	192	87	279
Namacurra	11	22	11	33	194	66	260	38	53	91	232	119	351
Vilankulos	13	26	13	39	232	50	282	41	15	56	273	65	338
Total	76	152	76	228	1286	368	1654	335	197	532	1621	565	2186

II.4.Recolha e Processamento das Evidências

A recolha das percepções dos utentes dos serviços e dos provedores, sobre a qualidade dos serviços primários oferecidos para mães e crianças menores dos cinco anos, foi feita com recurso a matrizes de pontuação com indicadores previamente definidos pelo MISAU. A formação dos facilitadores das CCs, nas províncias seleccionadas, teve lugar entre os dias 27 a 29 de Abril de 2021. De seguida, as equipas dirigiram-se às localidades e postos administrativos para procederem com a formação dos grupos e implementação do ciclo das consultas comunitárias.

As matrizes de pontuação do provedor e utente, foram usadas como as principais ferramentas de recolha de dados junto dos grupos. A dinâmica do grupo focal permitiu que o preenchimento das matrizes fosse feito de forma participativa, assegurando desse modo que todos os participantes acompanhassem os conteúdos (quantitativos e qualitativos) lançados nas mesmas. Após a finalização da sessão de grupo, a dupla de facilitadores tinha o mandato de tirar uma fotografia de todas as matrizes (informação) de cada grupo, assim como de descarregar toda a informação da matriz (A0) para uma matriz A4 (relatório do grupo) que, posteriormente, era entregue ao líder de área. Este, por sua vez, depois de verificar a harmonia dos dados e preenchimento das matrizes, enviava-a para o grupo de coordenação e digitação baseado nos níveis provincial e central, este com a responsabilidade de introduzir no SIN'weti.

O fluxo acima descrito contribuiu para o alcance da eficiência de gestão dos dados. Primeiro, porque a equipa de coordenação tinha acesso aos dados/tendências quantitativas e narrativas dos grupos de forma atempada. Segundo, permitiu monitorar o grau de completude dos mesmos.

As CCs foram implementadas num contexto em que o mundo atravessa o período de pandemia da COVID19. Consciente do problema e necessidade de prevenir eventuais contágios entre a equipa de facilitadores e participantes das consultas, durante as formações, os participantes foram sensibilizados a adoptar medidas preventivas durante a formação dos grupos, assim como durante a facilitação dos grupos de utentes e provedores. Desse modo, garantiu-se o alinhamento do exercício das CCs e as orientações do MISAU no que se refere à condução de actividades comunitárias no contexto da COVID19.

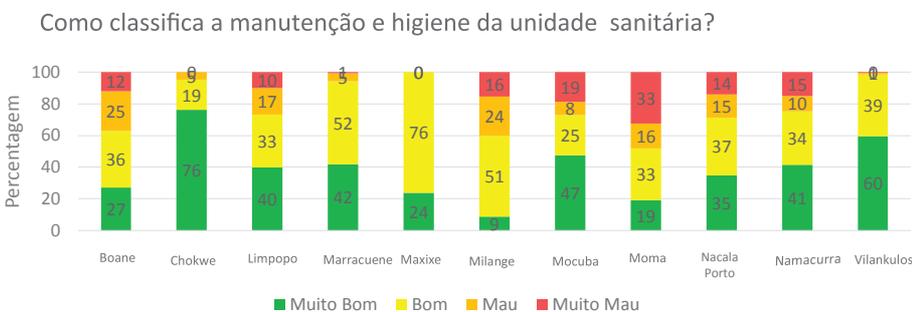
III. RESULTADOS DAS CONSULTAS ÀS COMUNIDADES

Na presente secção apresenta-se a descrição do comportamento dos indicadores que compõem as cinco dimensões norteadoras das consultas às comunidades, nomeadamente serviços gerais e atendimento, medicamentos, saúde sexual e reprodutiva, nutrição, serviços de maternidade e gestão.

III.1. Dimensão 1: Serviços Gerais e Atendimento

O indicador sobre a manutenção e higiene da Unidade Sanitária (US) apresentou, em termos gerais, resultados positivos, podendo destacar-se os distritos de Chókwe e Vilankulos cujas cifras se situaram na escala de 76% e 60%, respectivamente, na categoria de resposta "Muito Bom". Contudo, as US dos distritos de Moma (categoria de resposta "Mau" = 16% e "Muito Mau" = 33%), Milange ("Mau" = 24% e "Muito Mau" = 16%), Boane ("Mau" = 25% e "Muito Mau" = 12%), Nacala Porto ("Mau" = 15% e "Muito Mau" = 14%), Mocuba ("Mau" = 8% e "Muito Mau" = 19%), Limpopo ("Mau" = 17% e "Muito Mau" = 10%) e Namacurra ("Mau" = 10% e "Muito Mau" = 15%), apresentaram *clusters* de insatisfação, tal como ilustra o gráfico 1, mais abaixo.

Gráfico 1: Manutenção e Higiene da Unidade Sanitária



Alguns dos factores explicativos para os focos de insatisfação incluem limitações na disponibilidade de água às US, especificamente a ausência e/ou insuficiência de fontes de água e de sistemas de canalização que façam a distribuição pelos diferentes compartimentos e sectores da US. Com efeito, nestas condições a higiene nas US é intermitente, afectando inclusivamente parturientes, tal como ilustram os extractos mais abaixo de alguns dos participantes nos diálogos junto das comunidades:

"Disponibilizar água no pátio e casa de banho, Indisponibilidade da água no pátio para higienização e nas casas de banho para higiene pessoal" (Participante grupo Misto – CS Campoane)

"Há falta de água e canalização. Falta de água para beber e para fazer banho depois de dar parto" (Participante grupo específico – CS Josina Machel).

Contudo, a questão da higiene não se limita apenas a falta de água e material de limpeza, o caso dos distritos de Nampula, seleccionados para o presente ciclo de consultas às comunidades, indiciam alguma desorganização ou inexistência de estruturas locais de apoio, como sejam Comités de co-Gestão e pessoal auxiliar de limpeza, normalmente responsáveis pela manutenção da higiene das áreas comuns. Relativamente a este ponto em particular, os três extractos mais abaixo são bastante esclarecedores:

“Aqui em Savara a situação é muito má. Todo o pátio fica sujo, não varem, também não se faz manutenção neste hospital” (Participante do Grupo de Mulheres Grávidas e Lactantes – CS Savara).

“Neste hospital há falta de material de higiene e limpeza, sobretudo vassouras. Em relação a manutenção, não há nada que é feito” (Participante do Grupo Misto da Comunidade – CS Savara)

“O pátio anda com lixo acumulado e na parte da meternidade, não se capina” (Participantes do Grupo de Mulheres Grávidas e Lactantes – CS Mavuco)

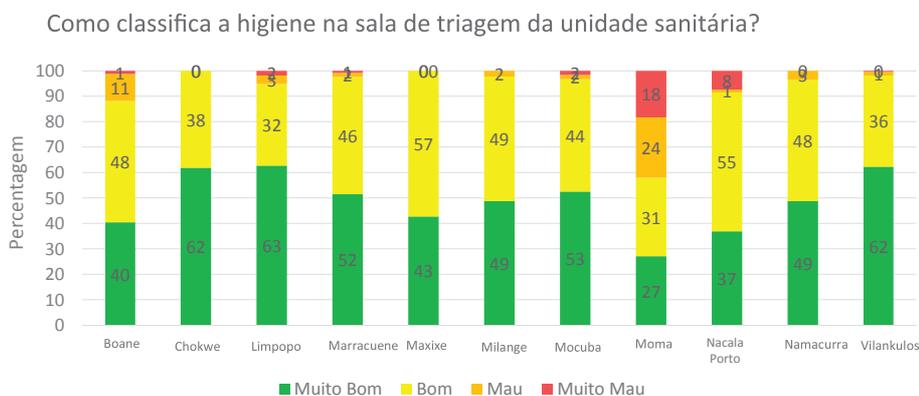
Em contrapartida, o indicador que procura capturar a percepção dos utentes em relação a higiene nas salas de triagem (Gráfico 2) apresenta – à excepção de Moma (“Mau” = 24% e Muito Mau” = 18%) e Nacala Porto (“Muito Mau” = 8%) que contém *clusters* de insatisfação – um excelente desempenho, com destaque para Limpopo (“Muito Bom” = 63% e “Bom” = 32%), Vilankulos (“Muito bom” = 62% e “Bom” = 36%), Chókwe (“Muito bom” = 62% e “Bom” = 38%), Marracuene (“Muito bom” = 52% e “Bom” = 46%), Milange (“Muito bom” 49% e “Bom” = 49%) e Namacurra (“Muito bom” = 49% e “Bom” = 48%). Os resultados deste indicador, quando comparados ao anterior tornam-se contraintuitivos na medida em que se os utentes reclamam da falta geral de higiene, tudo indica que pelo menos as salas de triagem são sujeitas a alguma limpeza. Os casos de Moma e Nacala Porto, cujos extractos de participantes nos diálogos apresentam-se mais abaixo, parecem ser explicados pelo tamanho das salas que são, simultaneamente, utilizadas como espaço de atendimento e armazenamento:

“Neste hospital há falta de higiene na sala de triagem e, há muitas teias de aranha na sala” (Participante do Grupo Misto Comunidade – CS Ligonha (Mucoroge))

“Há falta de higiene na sala de triagem visto que o próprio edifício é pequeno e todo o material é acumulado no mesmo local” (Participante do Grupo Misto Comunidade – CS Savara)

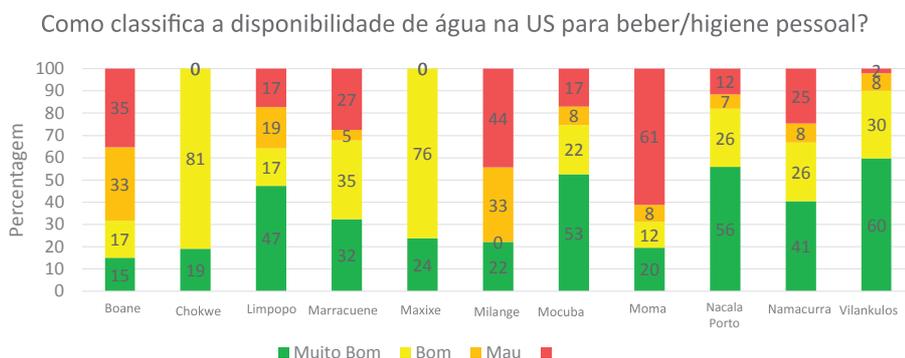
“A sala tem um cheiro desagradável por ser pequena e todas as coisas acumularem-se ali mesmo” (Participante do Grupo de Mulheres Grávidas e Lactantes – CS Ligonha)

Gráfico 2: Higiene na sala de triagem



De facto, a disponibilidade de água em algumas unidades sanitárias (Gráfico 3) apresenta-se como um dos mais dramáticos desafios do sector. Tal como tem sido, amiúde, reportado existe uma relação intrínseca e causal entre a oferta de cuidados de saúde de qualidade e a disponibilidade de água. Efectivamente, sem água, as unidades sanitárias deixam de ser capazes de cumprir com a sua principal missão. No tocante a este aspecto, as unidades sanitárias do distrito de Moma (categoria de resposta "Mau" = 8% e "Muito Mau" = 61%), Milange ("Mau" = 33% e "Muito Mau" = 44%), Boane ("Mau" = 33% e "Muito Mau" = 35%), Limpopo ("Mau" = 19% e "Muito Mau" = 17%), Namacurra ("Mau" = 8% e "Muito Mau" = 25%) e Marracuene ("Mau" = 5% e "Muito Mau" = 27%) necessitam de intervenção urgente. A excelente prestação das US de distritos como Chókwe e Maxixe revelam ser possível garantir um ambiente de atendimento saudável nas unidades sanitárias. As experiências de gestão destas unidades sanitárias podem ser replicados para contextos similares ao longo de todo o país.

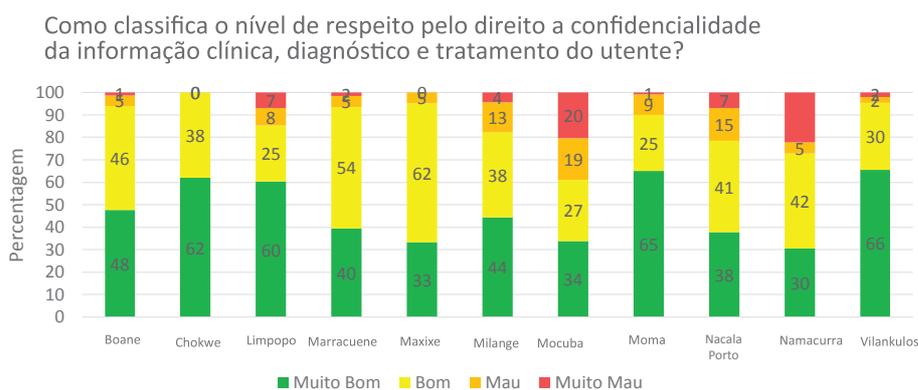
Gráfico 3: Disponibilidade de Água na US



O respeito pelo direito a confidencialidade (Gráfico 4) é, na sua generalidade, satisfatório, podendo destacar-se os distritos de Vilankulos (categoria de resposta "Muito Bom" = 66% e "Bom" = 30%), Moma ("Muito Bom" = 65% e "Bom" = 25%), Chókwe ("Muito Bom" = 62% e "Bom" = 38%). Por seu turno, os distritos de Mocuba

(categoria de resposta "Mau" = 19% e "Muito Mau" = 20%), Namacurra ("Mau" = 5% e "Muito Mau" = 22%), Nacala-Porto ("Mau" = 15% e "Muito Mau" = 7%), Milange ("Mau" = 13% e "Muito Mau" = 4%) e Limpopo ("Mau" = 8% e "Muito Mau" = 7%), carecem de especial atenção pois algumas US apresentaram *clusters* de insatisfação.

Gráfico 4: Respeito pelo direito a confidencialidade da informação clínica, diagnóstico e tratamento do utente.



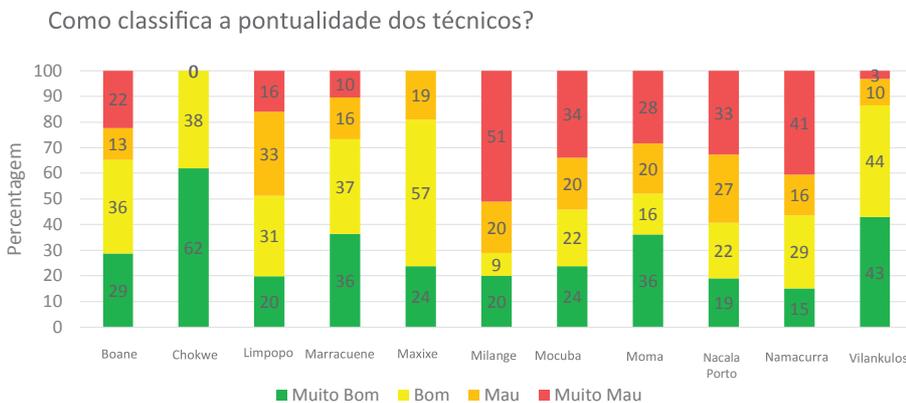
Se a pontuação do indicador anterior foi no geral positiva, o mesmo já não se pode afirmar em relação à classificação que a comunidade fez sobre a pontualidade dos técnicos (Gráfico 5). À exceção de Chókwe e Vilankulos, cujo desempenho foi predominantemente percebido como "Muito Bom" e "Bom", respectivamente, a pontualidade parece constituir, à semelhança da falat de água nas US, um dos desafios com os quais o sector se tem debatido há muito tempo. Efectivamente, as consultas às comunidades revelam que o distrito de Milange (categoria de resposta "Mau" = 20% e "Muito Mau" = 51%) é dos que apresenta US com pior pontuação, seguido de Namacurra ("Mau" = 16% e "Muito Mau" = 41%), Nacala-Porto ("Mau" = 27% e "Muito Mau" = 33%), Mocuba ("Mau" = 20% e "Muito Mau" = 34%), Moma ("Mau" = 20% e "Muito Mau" = 28%), Boane ("Mau" = 13% e "Muito Mau" = 22%), Limpopo ("Mau" = 33% e "Muito Mau" = 16%) e Marracuene ("Mau" = 16% e "Muito Mau" = 10%), sendo que este último apresenta a menor incidência. O desempenho pouco satisfatório deste indicador é explicado pelos atrasos frequentes por parte dos provedores. Os utentes chegam cedo à US, contudo, o atendimento muitas vezes inicia depois do horário fixado para a Função Pública, 7h30min, tal como relatam os excertos a seguir:

"Os utentes chegam cedo e encontram a US sem os provedores" (Participante do Grupo de Mulheres Grávidas e Lactantes – CS Mavuco).

"Existem dias que a hora de início dos serviços os utentes encontram as portas da US fechadas" (Participante do Grupo de Mulheres Grávidas e Lactantes – CS Piqueira).

"Os tecnicos chegam tarde nas segunda feiras, porque vivem na cidade, alguns que vivem cá na periferia alegam que ainda não há condições para se viver porque não tem casas para os enfermeiros" (Grupo misto – PS de Munhiba).

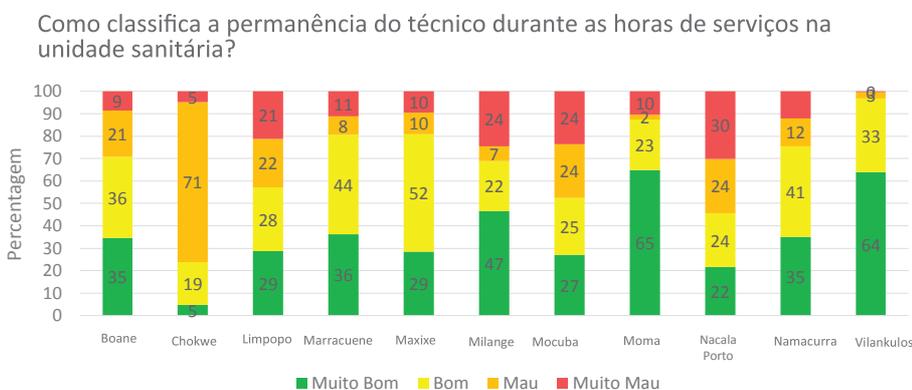
Gráfico 5: Pontualidade dos técnicos



No que concerne ao indicador sobre a permanência dos técnicos nas salas de triagem durante a horário de atendimento (Gráfico 6) Vilankulos (categoria de resposta "Muito Bom" = 64% e "Bom" = 33%) e, numa extensão limitada, Moma ("Muito Bom" = 65% e "Bom" = 23%), Marracuene ("Muito Bom" = 36% e "Bom" = 44%) e Maxixe ("Muito Bom" = 29% e "Bom" = 52%) são os distritos que apresentam melhor desempenho. No sentido oposto, encontramos Chókwe ("Mau" = 71% e "Muito Mau" = 5%), Nacala-Porto ("Mau" = 24% e "Muito Mau" = 30%), Mocuba ("Mau" = 24% e "Muito Mau" = 24%), Limpopo ("Mau" = 22% e "Muito Mau" = 21%) e Boane ("Mau" = 21% e "Muito Mau" = 9%) com *clusters* de percepções negativas. Por detrás deste desempenho encontramos, igualmente, uma razão já sobejamente conhecida e reportada relacionada com o facto de alguns provedores abandonarem as salas das consultas para tomar refeições, sem comunicar aos utentes. Esta falha na comunicação resulta em testemunhos pouco abonatórios para o provedor, como pode ser verificado no extracto mais abaixo:

"...nem podemos reclamar porque temos medo de ser mal atendidas quando chegar a nossa vez, mas os técnico conseguem ficar sem atender a conversar e nós ali fora..." (Mulheres da US de Zongone).

Gráfico 6: Permanência do técnico durante as horas de serviços na US



Relativamente ao indicador sobre a cortesia (Gráfico 7), os resultados são mistos na medida em que se observam casos excepcionais sob o ponto de vista de cumprimento da Carta dos Direitos e Deveres do Utente e aqueles que continuam e enfrentar dificuldades na aplicação da Estratégia Nacional de Qualidade e Humanização dos Cuidados de Saúde, 2017–2023 (MISAU 2017). No primeiro grupo encontramos unidades sanitários dos distritos da Maxixe (categoria de resposta “Muito Bom” = 38% e “Bom” = 57%), Marracuene (“Muito Bom” = 32% e “Bom” = 61%), Vilankulos (“Muito Bom” = 54% e “Bom” = 42%) e Boane (“Muito Bom” = 46% e “Bom” = 44%), com um desempenho, em média aproximada, de 90% em termos de satisfação dos utentes. No segundo grupo, com desempenho na escala entre predominantemente mau e mediano, estão as unidades sanitárias dos distritos de Nacala–Porto (“Mau” = 25% e “Muito Mau” = 22%), seguido de Mocuba (“Mau” = 20% e “Muito Mau” = 20%), Milange (“Mau” = 9% e “Muito Mau” = 16%), Limpopo (“Mau” = 15% e “Muito Mau” = 8%) e Chókwe (“Mau” = 14% e “Muito Mau” = 5%). Em algumas das unidades sanitárias com *clusters* de insatisfação alguns utentes chegaram ao ponto de informar que se sentiam humilhados pela forma como eram tratados pelos técnicos, tal como ilustram os excertos mais abaixo:

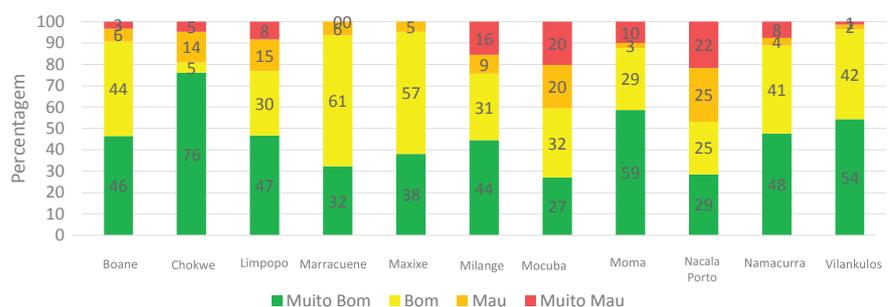
“Quando alguém entra o médico sempre diz que não tem tempo, por isso tem de falar rápido” (Participante do Grupo de Mulheres Grávidas e Lactantes – Comunidade CS Chalaua)

“Os técnicos as vezes gritam connosco, mesmo sabendo que estamos doentes e por vezes não podemos falar como deve ser” (Participante do Grupo de Mulheres Grávidas e Lactantes – CS Pilivili)

“A pessoa fica humilhada com a forma de tratamento no hospital, mas como está doente não tem como reclamar porque o objetivo é de encontrar a cura” (Participante do Grupo Misto – Comunidade – CS Chalaua)

Gráfico 7: Como classifica a maneira como os técnicos tratam e falam com os utentes?

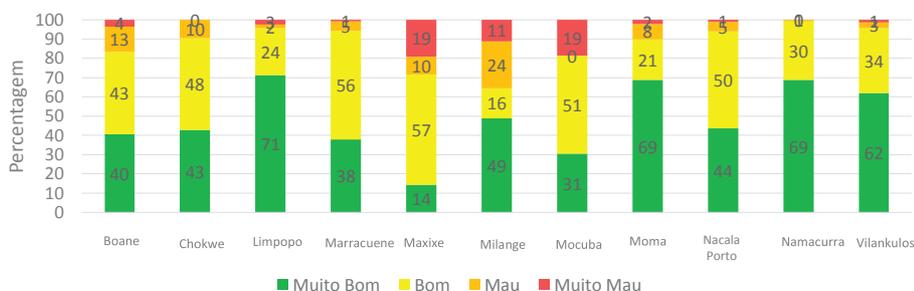
Como classifica a maneira como os técnicos tratam e falam com os 5 anos de idade?



Em termos gerais, o indicador sobre a observância das normas CIP (Gráfico 8) foi classificado positivamente, à excepção de Milange (categoria de resposta "Mau" = 24% e "Muito Mau" = 11%), Maxixe ("Mau" = 10% e "Muito Mau" = 19%), Mocuba ("Muito Mau" = 19%) e Boane ("Mau" = 13% e "Muito Mau" = 4%) que apresentam notáveis *clusters* de insatisfação. Algumas das unidades sanitárias que pontuaram positivamente neste indicador situam-se nos distritos de Limpopo ("Muito Bom" = 71% e "Bom" = 24%), Namacurra ("Muito Bom" = 69% e "Bom" = 30%), Moma ("Muito Bom" = 69% e "Bom" = 21%) Vilankulos ("Muito Bom" = 62% e "Bom" = 34%) e Nacala-Porto ("Muito Bom" = 44% e "Bom" = 50%).

Gráfico 8: Observância das normas CIP por parte dos técnicos

Como classifica a observância das normas de CIP por parte dos técnicos no acto da provisão de informação sobre a toma do medicamentos e efeitos colaterais dos mesmos?

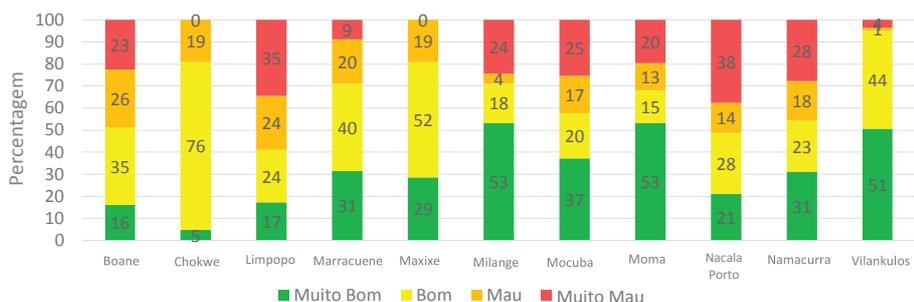


A explicação para o fraco desempenho dos distritos de Milange, Maxixe, Mocuba e Boane, relativamente ao cumprimento das normas CIP e disponibilização de informação sobre a toma dos medicamentos, centra-se no facto de os provedores disponibilizam apenas informação relativa à hora da toma dos medicamentos sem, contudo, mencionar os efeitos colaterais dos fármacos, tal como evidenciado por um dos participantes das consultas às comunidades:

"Sempre nos dizem, deve tomar este de manhã, a tarde e a noite (...), mas como reagem os comprimidos não nos falam" (Participante do Grupo Mulheres Grávidas e Lactantes – CS Chalaua)

Gráfico 9: Tempo de espera do utente

Como classifica o tempo de espera do utente (entre o período de abertura e encerramento definido para o atendimento público na US)?



RESULTADOS

A pontuação do indicador sobre os tempos de espera dos utentes (Gráfico 8) demonstra certa consistência, em termos comparativos, com o gráfico 6 sobre a permanência dos técnicos na sala de triagem durante o período de atendimento, constituindo um dos indicadores com pior desempenho. Nesse sentido, por exemplo, o indicador sobre o tempo de espera nas US dos distritos de Limpopo (categoria de resposta "Muito Mau" = 24% e "Mau" = 35%), Boane ("Muito Mau" = 26% e "Mau" = 23%), Marracuene ("Muito Mau" = 18% e "Mau" = 28%), Nacala-Porto ("Muito Mau" = 14% e "Mau" = 38%) e Mocuba ("Muito Mau" = 17% e "Mau" = 25%) foi pelos utentes classificado negativamente, sendo que Nacala-Porto, Mocuba e Marracuene apresentaram, igualmente, prestações tendencialmente negativas no indicador sobre permanência dos técnicos na sala de triagem em período de atendimento.

III.2. Dimensão 2: Medicamentos

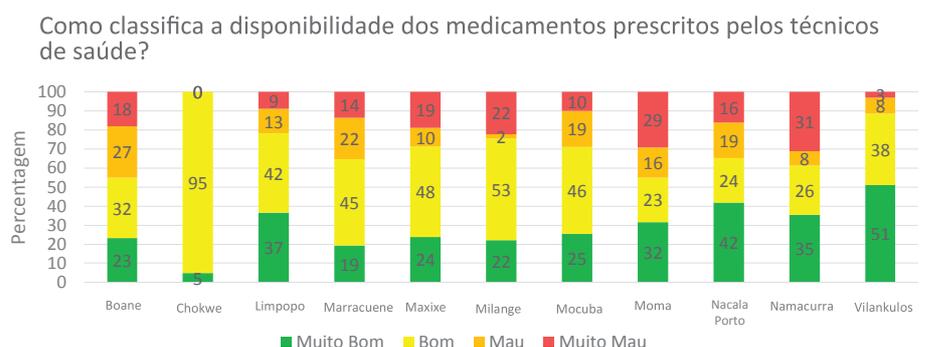
A disponibilidade de fármacos (Gráfico 9) constitui outro indicador cujo desempenho precisa de ser melhorado. É comum as farmácias das US experimentarem ruptura de *stocks* derivado de conhecidos problemas na cadeia de logística farmacêutica e de procura de medicamentos, daí o deficiente serviço prestado em alguns destes *sites* de oferta de cuidados de saúde. Neste indicador, à exceção de Chókwe (categoria de resposta "Muito Bom" = 5% e "Bom" = 95%) as US de distritos como Namacurra ("Mau" = 8% e "Muito Mau" = 31%), Moma ("Mau" = 16% e "Muito Mau" = 29%), Boane ("Mau" = 17% e "Muito Mau" = 18%), Marracuene ("Mau" = 22% e "Muito Mau" = 14%), Maxixe ("Mau" = 10% e "Muito Mau" = 19%) e Nacala-Porto ("Mau" = 19% e "Muito Mau" = 16%) apresentam *clusters* de insatisfação, tal como ilustram os excertos fornecidos a seguir:

"Os medicamentos não costumam acabar nesta unidade sanitária porque a população que se beneficia desta US é muita." (Grupo de mulheres grávidas – PS de Altro Benfica);

"Há indisponibilidade de medicamentos que os técnicos receitam na farmácia." (Grupo misto – PS Munhiba);

"Quando vamos para o hospital receitam medicamentos mas não dão completos" (Participante do Grupo de Mulheres Grávidas e Lactantes – CS Chalaua)

Gráfico 10: Disponibilidade de medicamentos prescritos pelos técnicos de saúde



As palestras oferecidas pelos técnicos de farmácia aos utentes em espera (Gráfico 10) foram fortemente apontadas como insatisfatórias em Nacala-Porto (categoria de resposta "Mau" = 38% e "Muito Mau" = 26%), moderadamente em Mocuba ("Mau" = 31% e "Muito Mau" = 14%) e, numa extensão mais reduzida em Moma ("Mau" = 4% e "Muito Mau" = 26%), Boane ("Mau" = 13% e "Muito Mau" = 16%) e Maxixe ("Mau" = 14% e "Muito Mau" = 10%). Contudo, casos de desempenho satisfatório encontram-se no distrito de Chókwe ("Muito Bom" = 71% e "Bom" = 29%), Limpopo ("Muito Bom" = 65% e "Bom" = 25%), Marracuene ("Muito Bom" = 28% e "Bom" = 59%), Namacurra ("Muito Bom" = 47% e "Bom" = 40%) e Vilankulos ("Muito Bom" = 59% e "Bom" = 30%). Algumas das causas por detrás da classificação negativa, a este indicador, tem a ver com o facto de algumas unidades sanitárias não terem disponíveis farmácias, falta de técnicos de farmácia e infraestrutura inadequada para a realização de palestras, tal como descrevem alguns dos participantes das consultas comunitárias:

"Não existe farmácia, é por isso por vezes não temos medicamentos completos na US. Mas damos receita para ver se procuram em outras farmácias" (Provedor CS Metil)

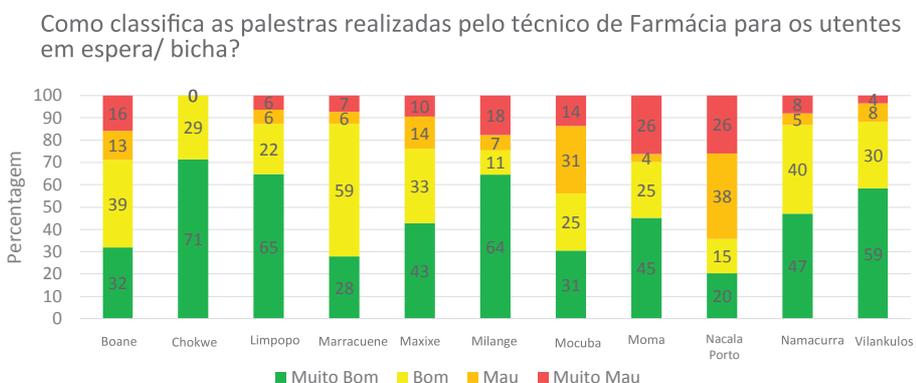
"A falta dos técnicos de farmácia faz com que as palestras não sejam dadas.

"Deve-se solicitar o aumento de técnicos de farmácia para ultrapassarmos esse problema." (Participante grupo provedores – CS Campoane)

"Eles dão palestras tarde uma vez que eles chegam tarde, dão as palestras no momento em que deveriam estar a atender os pacientes nas consultas" (participante grupo misto -CS Campoane)

"Enquanto nós estivermos na bicha ou em espera dos medicamentos, eles não dão palestras e nem explicam como tomar e quais são os efeitos colaterais dos medicamentos" (Grupo Misto- CS de Beleluane)

Gráfico 11: Palestras oferecidas pelo técnico de farmácia aos utentes em espera



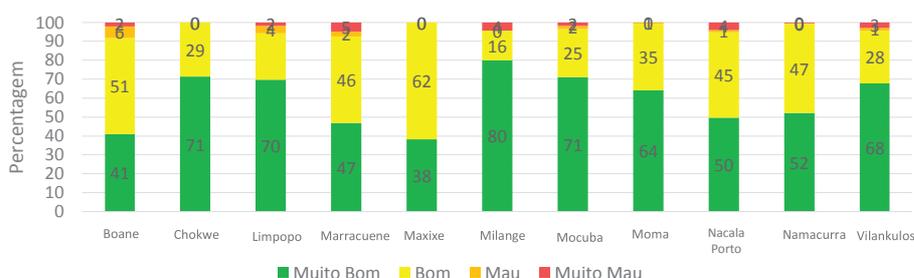
RESULTADOS

III.3. Dimensão 3: Saúde Sexual e Reprodutiva

Em termos gerais, os indicadores da presente dimensão apresentam desempenho satisfatório. Por exemplo, o indicador sobre disponibilidade de informação sobre os vários métodos de Planeamento Familiar (PF) no Centro de Saúde verificou excelentes prestações nos distritos de Chókwe (categoria de resposta "Muito Bom" = 71% e "Bom" = 29%), Maxixe ("Muito Bom" = 38% e "Bom" = 62%), Moma ("Muito Bom" = 64% e "Bom" = 35%) e Namacurra ("Muito Bom" = 52% e "Bom" = 47%). Os *clusters* de insatisfação verificados, não obstante estarmos a analisar dados agregados por distrito, são bastante residuais e não dignas de menção.

Gráfico 12: Disponibilidade de informação sobre os vários métodos de PF

Como classifica a disponibilidade de informação sobre os vários métodos de PF no Centro de Saúde?

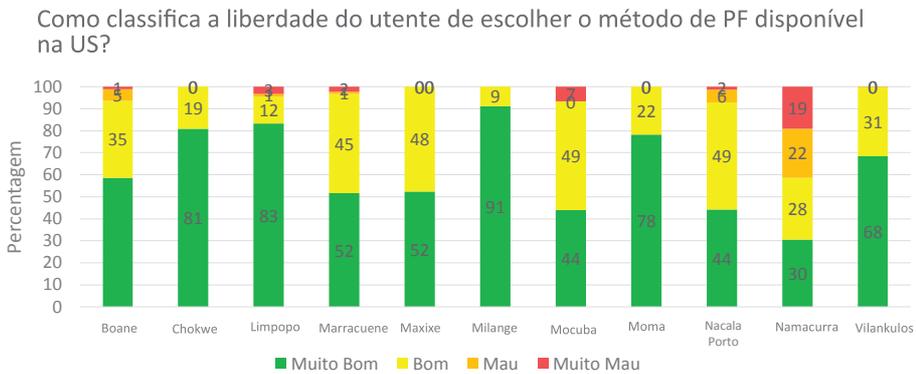


O mesmo padrão de desempenho satisfatório pode ser verificado no indicador sobre a liberdade de escolha dos métodos PF de acordo com as preferências do utente (Gráfico 12). À lista dos distritos indicados mais acima, como aqueles que registaram um excelente desempenho, acresce-se Milange com a melhor das performances, tendo pontuado com 91% para a categoria de resposta "Muito Bom" e 9% para "Bom". Vilankulos, com um desempenho de 68% na categoria de resposta "Muito Bom" e 31% para "Bom", é outro distrito que assoma à lista de distritos com desempenho satisfatório. Por outro lado, se no indicador anterior o distrito de Namacurra portou-se bem, o mesmo já não se pode referir em relação à liberdade de escolha de métodos PF, pois os utentes das unidades sanitárias classificaram-nas de "Mau", na fasquia de 22%, e "Muito Mau" na ordem de 19%. Nos outros distritos são observados alguns *clusters* de descontentamento, no entanto, pouco expressivos. Todavia, importa referir que as razões por detrás desse limitado segmento de insatisfação tem a ver com a impossibilidade de escolher alguns métodos anticoncepcionais segundo a preferência dos utentes, destacando-se o método injectável - Depoprovera. Os depoimentos mais abaixo são, nesse sentido, ilustrativos:

"Há falta de métodos (DIU, Injeção, Implante) isso faz com que haja limitações de escolha dos métodos" (grupo de Provedores – CS de Mahanhane)

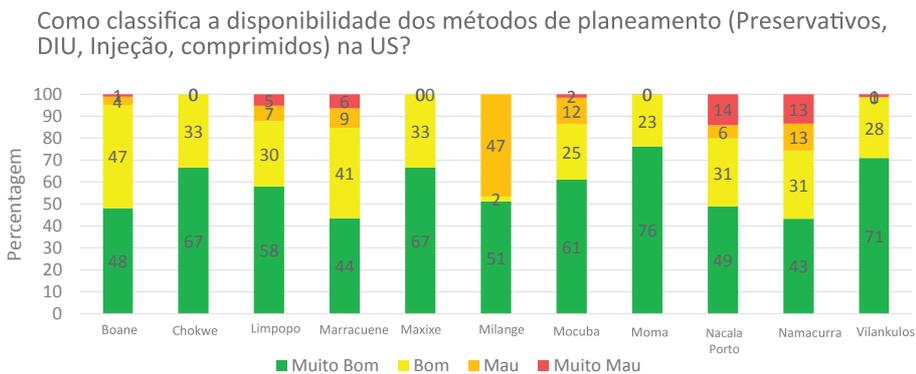
"Nem sempre existem métodos diferentes, pois o paciente raras vezes tem privilégio de escolher o metodo desejado" (Grupo de mulheres grávidas – PS de Munhiba).

Gráfico 13: Liberdade do utente em escolher o método de PF disponível na US



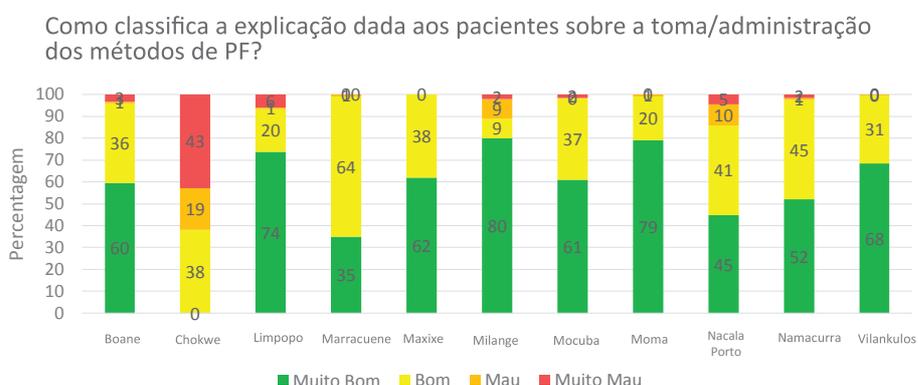
Relativamente a disponibilidade dos métodos de planeamento (Gráfico 13), à excepção do distrito de Milange (categoria de resposta “Mau” = 47%) e, em proporção mais reduzida, Namacurra (“Mau” = 13% e “Muito Mau” = 13%), Nacala-Porto (“Mau” = 6% e “Muito Mau” = 14%), Marracuene (“Mau” = 9% e “Muito Mau” = 6%) e Limpopo (“Mau” = 7% e “Muito Mau” = 5%) que obtiveram classificações negativas, nos restantes locais a percepção dos utentes sobre a disponibilidade dos métodos anticoncepcionais é positiva, havendo distritos com excelente desempenho como são os casos de Moma (“Muito Bom” = 76% e “Bom” = 23%), Vilankulos (“Muito Bom” = 71% e “Bom” = 28%), Maxixe (“Muito Bom” = 67% e “Bom” = 33%) e Chókwe (“Muito Bom” = 66% e “Bom” = 33%). A explicação para casos como o de Milange poderá centrar-se no que já foi mencionado no parágrafo anterior, especificamente sobre a ausência de farmácias em algumas US e oferta pouco variada dos métodos de PF.

Gráfico 14: Disponibilidade dos métodos de planeamento



Depois de uma prestação consistentemente excelente ao longo de quase toda a série desta dimensão, Chókwe vê a sua classificação recrudescer acentuadamente no indicador relativo à explicação dada aos pacientes sobre a administração dos métodos PF, tendo registado 19% na categoria de resposta “Mau” e 43% na de “Muito Mau” (Gráfico 14). Embora, menos expressivo, Nacala-Porto (categoria de resposta “Mau” = 10% e “Muito Mau” = 5%) e Milange (“Mau” = 9% e “Muito Mau” = 2%) apresentam, igualmente, *clusters* de insatisfação. Vilankulos (“Muito Bom” = 68% e “Bom” = 31%), Marracuene (“Muito Bom” = 35% e “Bom” = 64%) e Moma (“Muito Bom” = 79% e “Bom” = 20%) evidenciam-se pela sua notável prestação, sendo que os dois primeiros casos afiguram-se como de excelência.

Gráfico 15: Explicação dada aos pacientes sobre a toma/administração dos métodos de PF



III.4. Dimensão 4: Nutrição

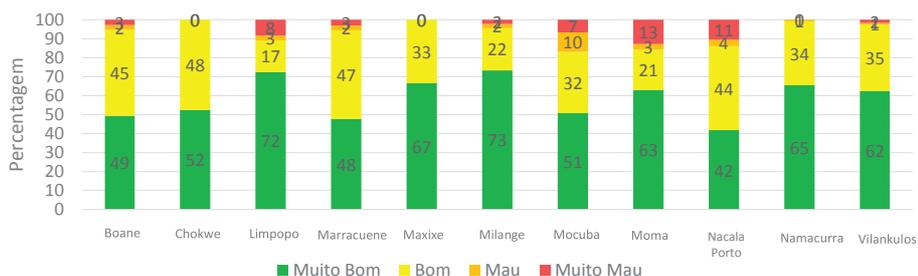
À semelhança da série anterior, os indicadores desta dimensão registaram desempenho satisfatório. Por exemplo, os utentes dos distros de Maxixe (“Muito Bom” = 67% e “Bom” = 33%), Chókwe (“Muito Bom” = 52% e “Bom” = 48%), Namacurra (“Muito Bom” = 65% e “Bom” = 34%), Milange (“Muito Bom” = 73% e “Bom” = 22%) e Limpopo (“Muito Bom” = 72% e “Bom” = 17%) estão satisfeitos com os serviços prestados a criança dos 0 aos 5 anos nas consultas de criança sadia (Gráfico 15). Contudo, alguns distritos como Moma (“Mau” = 3% e “Muito Mau” = 13%), Mocuba (“Mau” = 10% e “Muito Mau” = 7%), Nacala-Porto (“Mau” = 4% e “Muito Mau” = 11%) e Limpopo (“Mau” = 3% e “Muito Mau” = 8%) verificam *clusters* de descontentamento com os serviços. Nas US deste último grupo de distritos tudo indica a existirem falhas na comunicação por parte de alguns técnicos que não fornecem aos utentes informação sobre o crescimento e desenvolvimento da criança, após a pesagem, limitando-se a registar os dados na caderneta, tal como o demonstram os excertos abaixo:

“Nem todos técnicos falam para as mães acerca do peso e altura da criança. (Grupo misto – PS de Munhiba);

“As técnicas da SMI não divulgam o desenvolvimento das nossas crianças dos 0-5 anos, e ficamos sem saber” (Grupo de mulheres- CS).

Gráfico 16: Serviços prestados a criança dos 0 aos 5 anos nas consultas de criança sadia

Como classifica os serviços prestados a criança dos 0 aos 5 anos nas Consultas de Criança Sadia?



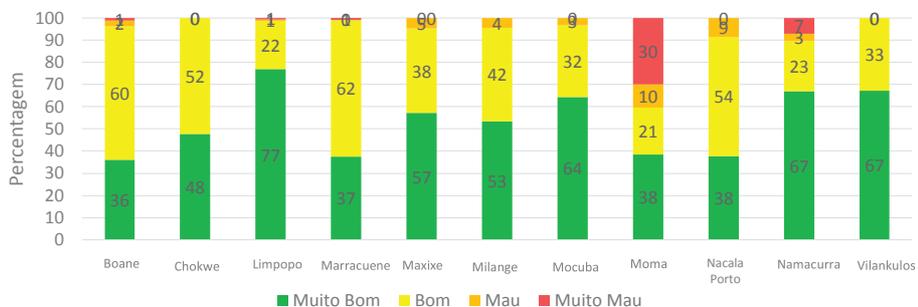
O indicador sobre pesagem e altura das crianças nas consultas de criança sadia (Gráfico 16), à exceção de Moma ("Mau" = 10% e "Muito Mau" = 30%) – que vê o seu desempenho intensificar-se sob o ponto de vista de percepções negativas – e em menor escala Namacurra ("Mau" = 3% e "Muito Mau" = 7%), as restantes unidades sanitárias obtiveram classificação positiva, destacando-se Vilankulos ("Muito Bom" = 67% e "Bom" = 33%) e Chókwe ("Muito Bom" = 48% e "Bom" = 52%). Estes resultados são consistentes com a descrição fornecida em relação ao indicador apresentado no gráfico 15. Porém, naqueles distritos em que foram identificados *clusters* de insatisfação as causas poderão, dentre outras, estar ligadas a falta de materiais como altímetros, tal como enunciado por alguns utentes:

"Nunca vimos essas matérias para medir a altura das crianças"
(Participante do Grupo de Mulheres Gravidas e Lactantes – CS Mavuco);

"Não tem material de medição (altura) para crianças" (Participante do Grupo Misto – Comunidade – CS Piqueira).

Gráfico 17: Classificação do serviço de pesagem e altura

Como classifica o serviço de peso (Pesagem) e medida (altura) das crianças nas consultas de criança sadia (0 - 5 anos de idade)?



RESULTA DOS SERVIÇOS PRESTADOS

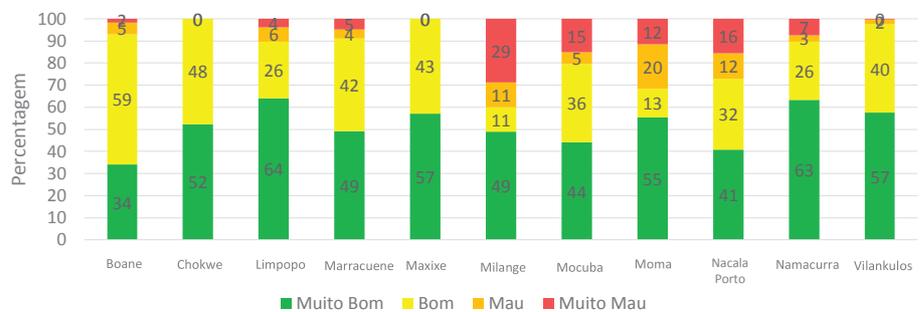
Milange ("Mau" = 11% e "Muito Mau" = 29%), Moma ("Mau" = 20% e "Muito Mau" = 12%), Nacala-Porto ("Mau" = 12% e "Muito Mau" = 16%) e Mocuba ("Mau" = 5% e "Muito Mau" = 15%) são os distritos que mais intervenção necessitam no tocante ao indicador sobre a melhoria das habilidades comunicacionais dos provedores, pois alguns dos utentes classificaram o serviço de pesagem como deficiente no que se refere à provisão de informação. Todavia, nesta séria, Chókwe ("Muito Bom" = 52% e "Bom" = 48%) e Maxixe ("Muito Bom" = 57% e "Bom" = 43%) continuam a destacar-se pela positiva tendo verificado um excelente desempenho neste ciclo de consultas às comunidades. No entanto, importa realçar que alguns dos factores por detrás da prestação negativa, do primeiro grupo de distritos mencionados neste parágrafo, têm que ver com a carga de trabalho enfiada pelos provedores, o que não os permite cumprir, de forma adequada, com todo o protocolo de atendimento, como se pode depreender dos excertos a seguir:

"Não falam nada mas sempre medem as crianças, ultimamente falam vai a consulta" (Participante do Grupo Misto – Comunidade – CS Chalaua);

"A enfermeira não diz nada depois de pesar a criança, as vezes é para ganhar tempo de atender, porque somos muitas" (Participante do Grupo de Mulheres Grávidas de Lactantes – CS Micane).

Gráfico 18: Informação providenciada pelo técnico sobre o desenvolvimento da criança

Como classifica a informação providenciada pelo técnico sobre o desenvolvimento da criança entre os 0 - 5 anos de idade?



III.5. Dimensão 5: Serviços de Maternidade

No indicador relativo ao atendimento da mulher grávida na maternidade (Gráfico 18), os distritos de Nacala-Porto ("Mau" = 29% e "Muito Mau" = 42%), Milange ("Mau" = 16% e "Muito Mau" = 36%) e Namacurra ("Mau" = 6% e "Muito Mau" = 32%) e Chókwe ("Mau" = 38% e "Muito Mau" = 5%) são os que apresentam pior desempenho, sendo que, por outro lado, Vilankulos ("Muito Bom" = 62% e "Bom" = 38%) e Maxixe ("Muito Bom" = 52% e "Bom" = 48%) são os distritos cuja classificação foi positiva. O desempenho negativa de algumas destas unidades sanitárias está relacionado com a falta de casa de espera para mulheres grávidas, materiais de limpeza, mobiliário, mau atendimento, falta de casas de banho, incluindo a falta de água, tal como revelam os testemunhos mais abaixo:

"Em Mabanja não tem casa-mãe espera, por isso muitos partos acontecem fora da maternidade e recorrem nos partos tradicionais e isso causa mortes de bebés recém-nascidos, mas se estivéssemos na casa mãe espera, isso não iria acontecer e, a falta de técnicas da SMI também complicam na parte do atendimento porque é uma única técnica que atende na maternidade as vezes sai vai no gabinete do CCS." (Participante grupo misto, CS Mabanja);

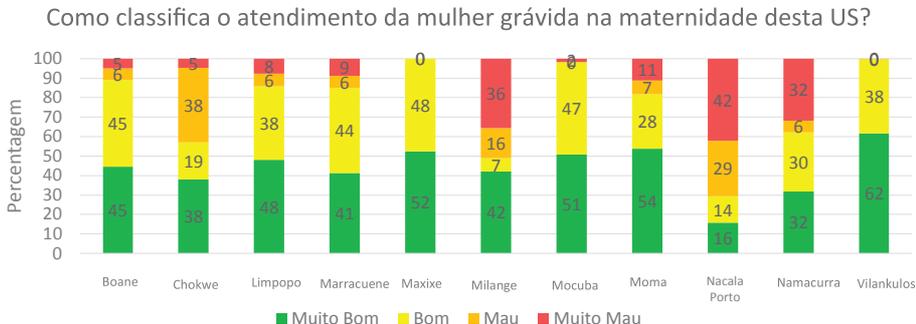
"Há falta de camas, colchões, lençóis e redes mosquiteiras. Também o espaço do próprio edifício da maternidade é pequeno, numa cama usamos 2 a 3 pessoas" (Participante do Grupo Misto – Comunidade – CS Savara);

"Os técnicos berram para os pacientes menores de idade que estão em gestação" (grupo misto- Posto de saúde casa do Gaiato);

"A nossa maternidade não tem casa de banho para utentes" (Provedor – CS Micane);

"Não temos fontenária aqui nesta US, por isso que temos desafios para manter a maternidade em condições" (Provedor CS Piqueira).

Gráfico 19: Atendimento da mulher grávida na maternidade

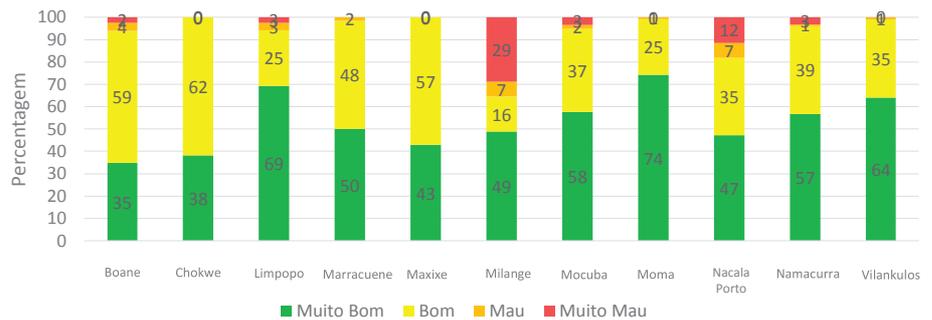


À excepção de Milange ("Mau" = 7% e "Muito Mau" = 29%) e Nacala-Porto ("Mau" = 7% e "Muito Mau" = 12%), as unidades sanitárias dos restantes distritos tiveram pontuação satisfatória, podendo destacar-se as de Moma ("Muito Bom" = 74% e "Bom" = 25%), Maxixe ("Muito Bom" = 43% e "Bom" = 57%) e Chókwe ("Muito Bom" = 38% e "Bom" = 62%) com *performance* de excelência.

RESULTA DOS

Gráfico 20: Aconselhamento oferecido pelos técnicos de saúde à mulher grávida

Como classifica o aconselhamento oferecido pelo técnico de saúde a mulher grávida nesta US?

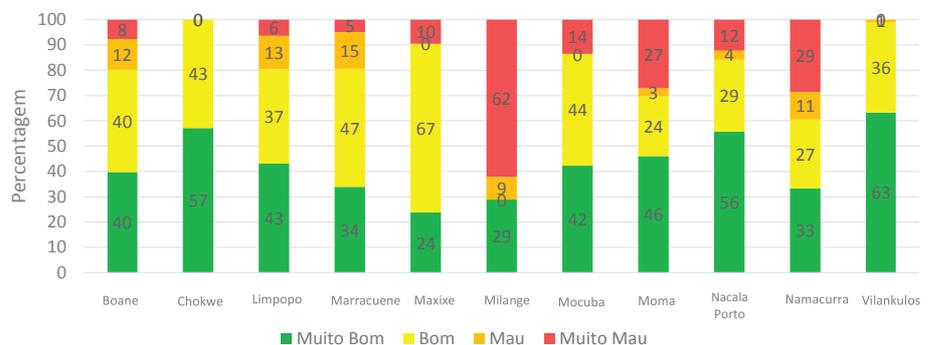


Em contraste com a descrição oferecida sobre a limpeza nas salas de triagem, na dimensão de atendimento, os serviços de maternidade (Gráfico 20) parecem enfrentar desafios em alguns distritos, constituindo Milange ("Mau" = 9% e "Muito Mau" = 62%) um dos casos mais graves, seguido de Namacurra ("Mau" = 11% e "Muito Mau" = 29%), Moma ("Mau" = 3% e "Muito Mau" = 27%) e Boane ("Mau" = 12% e "Muito Mau" = 8%). As razões explicativas para o desempenho destas unidades sanitárias estão relacionadas com a deficiente limpeza derivada da falta de água nas US, tal como o excerto abaixo certifica:

"Falde de higiene devido a falta de água na US e isso influencia muito a falta de higiene." (Grupo misto, PS de Munhiba);

Gráfico 21: Higiene na maternidade

Como classifica a higiene na maternidade desta US?



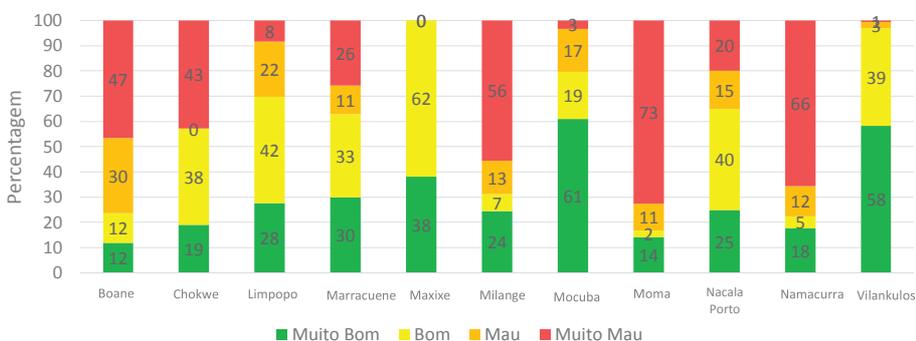
O indicador que procura verificar a percepção dos utentes sobre a casa de espera para mulheres grávidas (Gráfico 21) foi, em termos globais, classificado negativamente. O distrito de Moma ("Mau" = 11% e "Muito Mau" = 73%) – cuja prestação tem oscilado entre satisfatório em uns indicadores e baixo desempenho noutros – congrega o maior *cluster* de percepção negativa sobre este serviço. Imediatamente a seguir está Namacurra ("Mau" = 12% e "Muito Mau" = 66%), Milange ("Mau" = 13% e "Muito Mau" = 56%) e Boane ("Mau" = 30% e "Muito Mau" = 47%) e Chókwe ("Muito Mau" = 43%). Na série, Maxixe continua uma ilha de excelência. Todavia, algumas das razões que justificam a classificação negativa podem ser resumidas na falta de limpeza na casa de espera para mulheres grávidas e o facto de algumas casas de espera estarem a ser utilizadas para abrigar enfermeiros, como está patente nos dois testemunhos a seguir:

"Falta de limpeza na casa de banho de casa mãe espera." (Grupo de Mulheres grávida – CS de Intome);

" A casa mãe espera não está sendo usado para mulher grávida , mas sim como casa de enfermeiros"(Grupo misto – CS Intome).

Gráfico 22:

Como classifica atendimento da mulher grávida na Casa-Mãe- Espera?



III.6. Dimensão 6: Gestão

A dimensão de gestão reproduz as tendências verificadas em alguns dos indicadores focados no atendimento. Com efeito, retirando a expressiva cintilância do distrito da Maxixe ("Muito Bom" = 19% e "Bom" = 81%), – e em menor escala Boane ("Muito Bom" = 30% e "Bom" = 63%) – os restantes distritos obtiveram classificações pouco satisfatórias, sendo um dos mais problemáticos o de Milange ("Mau" = 27% e "Muito Mau" = 38%), seguido de Namacurra ("Mau" = 23% e "Muito Mau" = 36%), Nacala-Porto ("Mau" = 19% e "Muito Mau" = 39%) e Limpopo ("Mau" = 10% e "Muito Mau" = 20%). Os factores que explicam este desempenho negativo vão desde a falta de confiança no mecanismo – isto é, o entendimento de que os mecanismos não são funcionais, acreditando-se que as reclamações dos utentes não eram objecto de seguimento; fraca divulgação dos mecanismos de reclamação e sugestão naquelas

RESULTA DOS

US onde estão disponíveis e baixa literacia de alguns utentes, como atestam os seguintes excertos de participantes nas consultas às comunidades:

“Não nos dão o livro, não deixam em sitio onde podemos ter acesso”
(Participantes do grupo de específico - CS Mulotane e CS da Matolario)

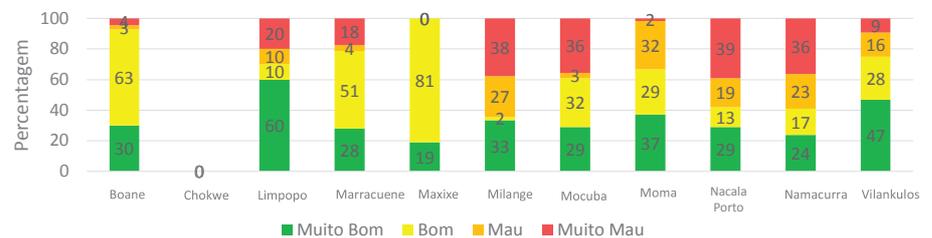
“Muitas pessoas não sabem o significado dos números da linha verde porque nunca explicam o que é gabinete do utente e não vão porque não sabem o que se trata lá” (Participante do Grupo Misto – Comunidade – CS Chalaua).

“Falta de informação sobre o uso e existência de mecanismo de reclamação.” (Grupo misto – PS de Munhiba).

“Mesmo escrevendo não há resposta por parte da US. Outros não sabem escrever e quando se dirigem ao gabinete do utente não há boa comunicação.” (Grupo de Mulheres grávidas CS de Chicumbane)

Gráfico 23: Mecanismos de reclamação e sugestão na US

Como classifica os mecanismos de reclamação e sugestão na US (linha verde, livro de reclamação e sugestões, gabinete do utente)?



IV. BREVE NOTA CONCLUSIVA: Discussão com base em dados agregados por província⁶

Os dados agregados por província permitem-nos ter uma noção do padrão regional de desempenho de cada indicador. De facto, e tal como foi notório ao longo da análise oferecida ao longo do relatório, a província de Inhambane apresentou uma *performance* de excelência neste ciclo de consultas às comunidades. Note-se que no ciclo anterior, de 2020, esta tendência já era saliente, sendo que o CPC deste ano o veio confirmar. Nesse sentido, faz-se necessária uma análise mais aprofundada sobre os factores que determinam a prestação satisfatória das unidades sanitárias da província de Inhambane e, por essa via, poder-se – na forma de partilha de boas práticas – transferir lições para as restantes províncias. Com efeito, nos outros sites onde decorreram as consultas, os indicadores com classificações pouco desejáveis, e nalguns casos bastante preocupantes, são os que captam a percepção sobre os tempos de espera, disponibilidade de água e pontualidade dos técnicos. Relativamente ao tempo de espera, a província de Gaza (“Mau” = 24% e “Muito Mau” = 31%) é a mais dramática, seguida de Maputo (“Mau” = 24% e “Muito Mau” = 18%), Zambézia (“Mau” = 16% e “Muito Mau” = 27%) e Nampula (“Mau” = 13% e “Muito Mau” = 28%). No indicador sobre a disponibilidade de água a província de Maputo (“Mau” = 24% e “Muito Mau” = 33%) é que apresenta o pior resultado, seguida de Nampula (“Mau” = 7% e “Muito Mau” = 39%), Zambézia (“Mau” = 12% e “Muito Mau” = 26%) e Gaza (“Mau” = 16% e “Muito Mau” = 15%). Por seu turno, na classificação da pontualidade dos técnicos, a província da Zambézia (“Mau” = 17% e “Muito Mau” = 41%) passa a liderar sob o ponto de vista de desempenho negativo, seguindo-se Nampula (“Mau” = 23% e “Muito Mau” = 30%), Gaza (“Mau” = 29% e “Muito Mau” = 14%) e Maputo (“Mau” = 14% e “Muito Mau” = 18%).

A indisponibilidade de medicamentos é acentuada nas unidades sanitárias da província de Maputo (“Mau” = 25% e “Muito Mau” = 16%), depois Nampula (“Mau” = 17% e “Muito Mau” = 23%) e Zambézia (“Mau” = 9% e “Muito Mau” = 27%). Os resultados de Maputo repetem o padrão detectado no ciclo anterior, o que designamos por contraintuitivos pois, dado a Central de Medicamentos estar localizada nesta província era expectável que pelo menos as regiões mais próximas estivessem menos prejudicadas do que outras zonas do país. Neste sentido, interessa perceber até que ponto o Plano Estratégico de Logística Farmacêutica (MISAU 2014), a Estratégia de Combate ao Devoio, Roubo de Medicamentos, Reagentes, Vacinas, Material Médico e Produtos Afins (MISAU 2016) e o Plano Estratégico do Sector Saúde, 2014-2019 (2021-2024) (MISAU 2021) abordam estes desequilíbrios entre províncias e entre regiões na disponibilização de medicamentos. Por outro lado, as palestras realizadas aos utentes em espera na farmácia foram classificadas como negativas em Nampula (“Mau” = 19% e “Muito Mau” = 26%) e, de forma mais moderada, em Maputo (“Mau” = 13% e “Muito Mau” = 10%).

A dimensão de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) é a que melhor prestação revelou. Todavia, para o sub-indicador sobre a liberdade do utente em escolher o método PF disponível na US a província da Zambézia (“Mau” = 16% e “Muito Mau” = 15%) constitui a única digna de menção, sob o ponto de vista de desempenho negativo. A mesma província ressurgiu como fonte de preocupação na avaliação do indicador sobre disponibilidade dos métodos de planeamento familiar (“Mau” = 17% e “Muito

6. Consulte-se os gráficos em apêndice.

Mau" = 10%). Em contrapartida, na dimensão de nutrição Nampula emerge como a província que necessita de intervenção, especificamente nos indicadores sobre serviços prestados a criança dos 0 aos 5 anos nas consultas de criança sadia ("Mau" = 3% e "Muito Mau" = 12%), Pesagem e altura de crianças ("Mau" = 10% e "Muito Mau" = 16%) e informação providenciada pelo técnico sobre o desenvolvimento da criança ("Mau" = 16% e "Muito Mau" = 13%).

No que concerne à dimensão de serviços de maternidade Nampula ("Mau" = 15% e "Muito Mau" = 23%) e Zambézia ressurgem como aquelas províncias com desempenho medíocre no indicador referente ao atendimento da mulher grávida, verificando-se o mesmo padrão no indicador sobre higiene nas US (Zambézia = categoria de resposta "Mau" situada na cifra de 9% e "Muito Mau" na cifra de 30%; Nampula = "Mau" na cifra de 3% e "Muito Mau" na de 21%). O indicador sobre o atendimento na casa de espera para mulheres grávidas foi dos que recebeu a pior classificação nesta dimensão, destacando-se, como o caso mais grave, Nampula ("Mau" na cifra de 12% e "Muito Mau" na de 63%), seguida de Zambézia ("Mau" na cifra de 13% e "Muito Mau" na de 54%), Maputo ("Mau" na cifra de 22% e "Muito Mau" na de 38%) e Gaza ("Mau" na cifra de 19% e "Muito Mau" na de 12%). Este resultado é explicado pelas condições de higiene resultantes da falta de água e pessoal de apoio, ausência de casa de espera para mulheres grávidas em algumas unidades sanitárias ou sua utilização para outros fins como alojamento de técnicos ou armazenamento. A escassez de água justifica, igualmente, os resultados preocupantes para Maputo ("Mau" na cifra de 16% e "Muito Mau" na de 18%) e Zambézia ("Mau" na cifra de 18% e "Muito Mau" na de 39%) no que se refere ao indicador sobre a higiene na casa de espera para mulheres grávidas.

A *performance* da dimensão de gestão é reveladora do caminho a percorrer relativamente à consagração e execução dos direitos de cidadania. Com efeito, os mecanismos de reclamação e sugestão nas US ainda desempenham um papel figurativo por várias razões que se estendem desde os baixos níveis de literacia nas zonas rurais à ocultação destas ferramentas por parte dos provedores. As províncias da Zambézia ("Mau" na cifra de 20% e "Muito Mau" na de 36%), Nampula ("Mau" na cifra de 24% e "Muito Mau" na de 24%) e Gaza ("Mau" na cifra de 10% e "Muito Mau" na de 20%) são as que de maior intervenção necessitam no que respeita ao reforço das condições de participação dos utentes no dia a dia das unidades sanitárias, garantindo dessa forma maior transparência e sentido de pertença pela comunidade.

ANEXO 1: APÊNDICES

Resultados agregados por província

Gráfico 24: Serviços Gerais / Atendimento

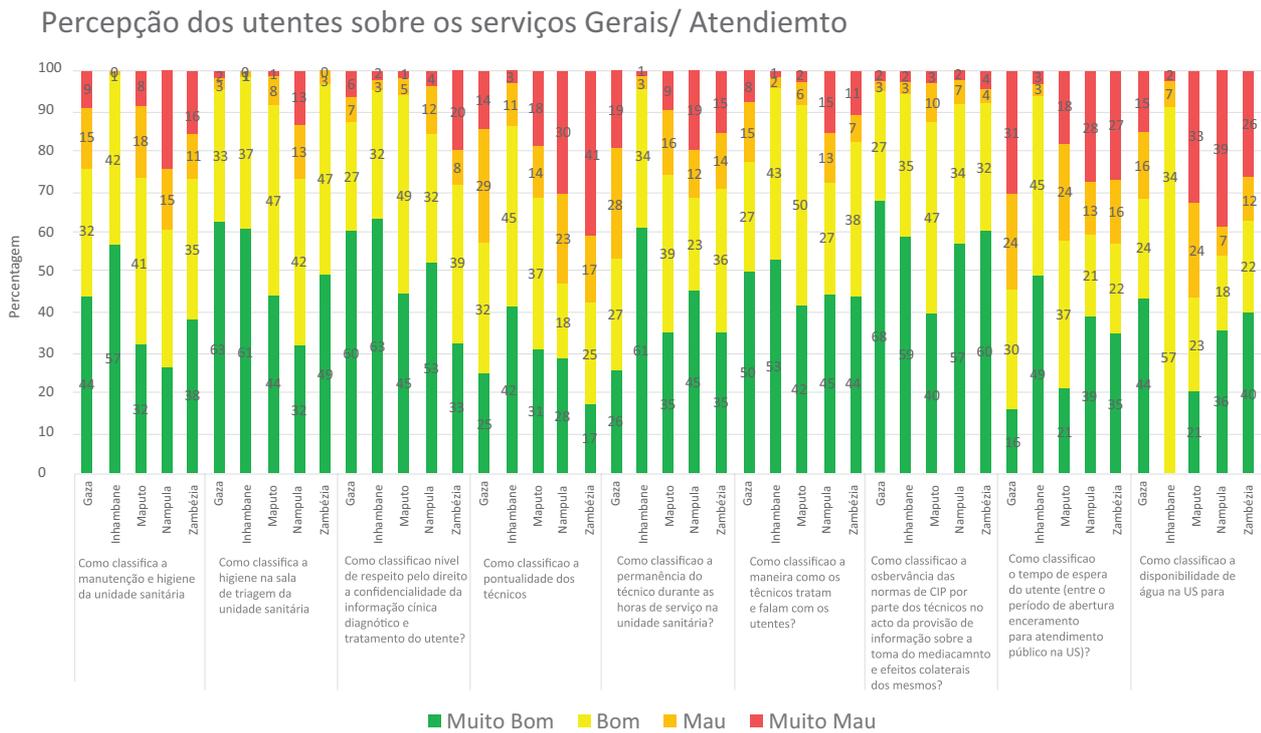


Gráfico 25: Medicamentos

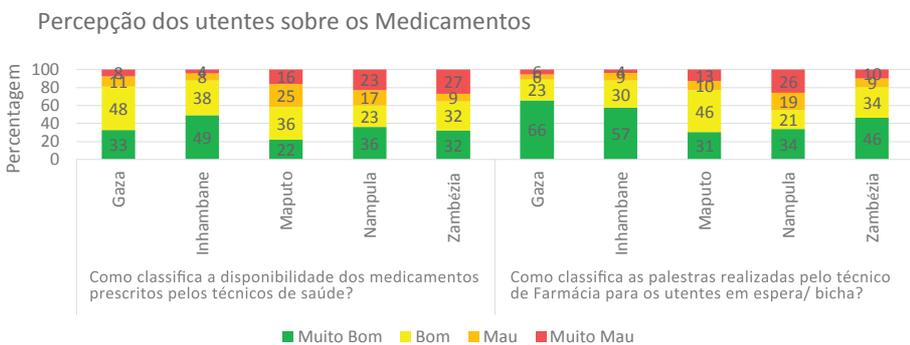


Gráfico 26: SSR

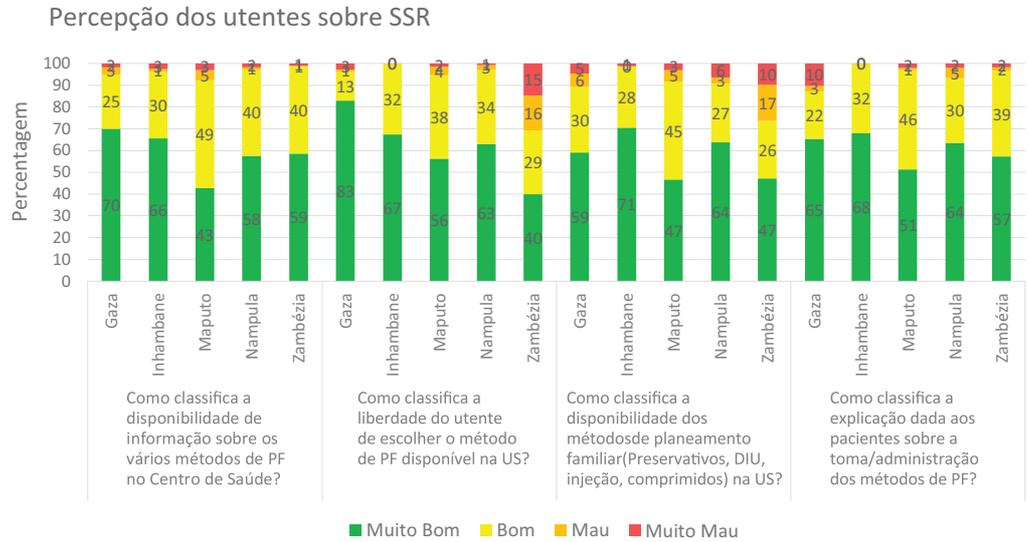


Gráfico 27: Nutrição

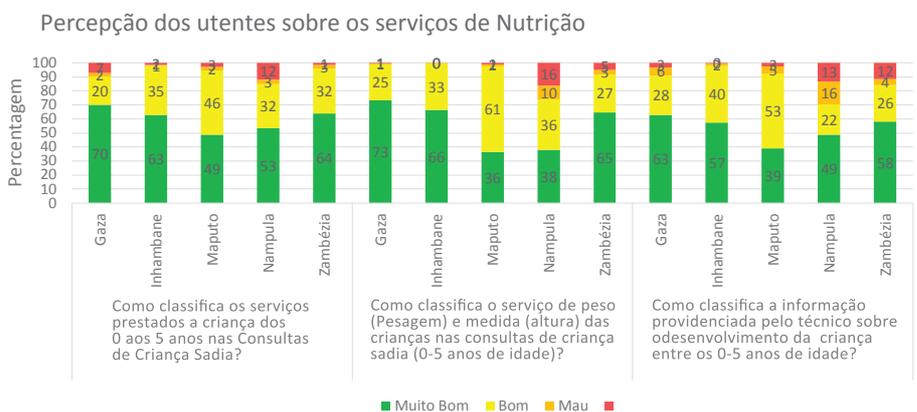


Gráfico 28: Serviços de Maternidade

Percepção dos utentes sobre os serviços de Maternidade

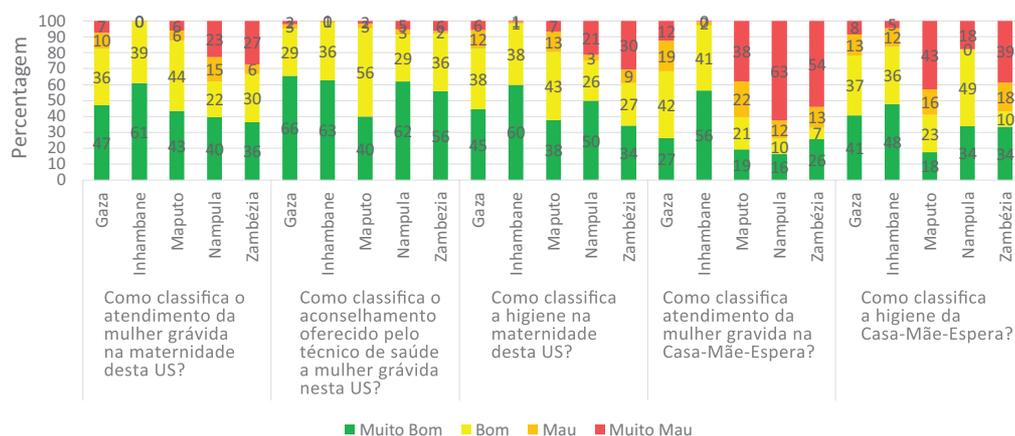
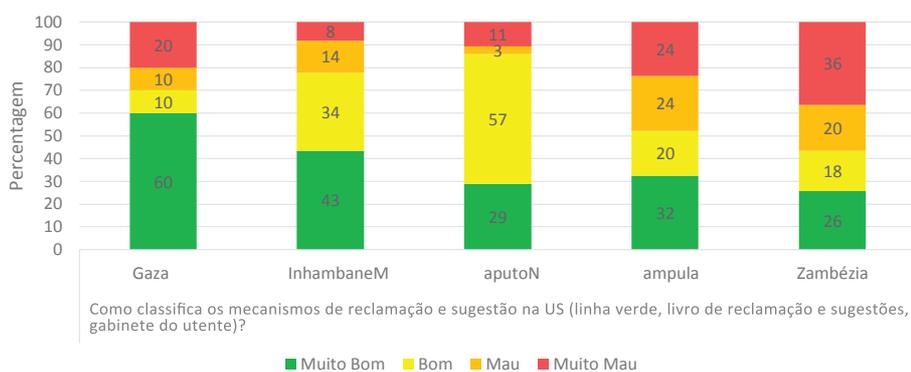


Gráfico 29: Gestão

Percepção dos utentes sobre Gestão



Referências Bibliográficas

MISAU. 2014. Plano Estratégico de Logística Farmacêutica, 2014–2024. MISAU.

MISAU. 2016. Estratégico de Combate ao Devio, Roubo de Medicamentos, Reagentes, Vacinas, Material Médico e Produtos Afins. MISAU.

MISAU. 2021. Plano Estratégia Sector Saúde, 2014–2019 (2021–2024) (Draft). MISAU.

www.nweti.org