

Volume 2
Número 1
Abril 2015
ISSN: 2311-3308



Revista Moçambicana de **CIÊNCIAS DE SAÚDE**



FICHA TÉCNICA

Revista Moçambicana de Ciências de Saúde

Publicação Oficial do Instituto Nacional de Saúde de Moçambique

Editora-Chefe

Ana Olga Mocumbi, MD PhD

Comité Editorial

Ilesh Jani, MD PhD

Francisco Mbofana, MD PhD

Nilsa de Deus, DVM PhD

Eduardo Samo Gudo, MD PhD

Sónia Enosse, Biol PhD

Esperança Sevene, MD MSc PhD

Eusébio Macete, MD MPH PhD

Jahit Sacarlal, MD MPH PhD

Carla Carrilho, MD MSc PhD

António Prista, PhD

Moshin Sidat, MD MSc PhD

Milton Moraes, BSc PhD

Inácio Mandomando, DVM PhD

Emília Noormahomed, MD PhD

João Schwalbach, MD

Julie Cliff, MB BS FRCP MSc DTM&H

Nafissa Osman, MD PhD

Nuno Lunet, PharmD MPH PhD

Pedro Alonso, MD PhD

Rassul Nalá, DVM MPH

Ricardo Thompson, DVM PhD

Steven Gloyd, MD PhD

Paula Vaz, MD PhD

Assistência Editorial

Jucunú Chitio

Naisa Manafe

Victória Zimone

Secretariado

José Braz Chidassicua, Maria Chissano

Jacinto Nhancale, Fernando Fumo, António Júnior

Marketing e Distribuição

Alfredo Estado José

Maquetização: Arlindo Magaia

Tiragem: 2000 exemplares

Revisão Linguística: Centro de Línguas, Universidade Pedagógica

Patrocínio:

Ministério da Saúde (MISAU)

International Association of National Public Health Institutes (IANPHI)

Volume 2
Número 1
Abril 2015
ISSN: 2311-3308

REVISTA MOÇAMBICANA DE CIÊNCIAS DE SAÚDE



Autor da obra: *Silvério Salvador Sitóe*
Artista plástico

AGRADECIMENTO

Ao publicarmos este número, fazemos um tributo especial aos revisores que, contribuíram para que pudéssemos apresentar a revista com a qualidade e o rigor científico que pretendemos.

Agradecemos ainda os colegas do Departamento de Ensino e Comunicação do Instituto Nacional de Saúde, que contribuíram de forma diversa para esta publicação.

A Revista Moçambicana de Ciências de Saúde reconhece o apoio dos membros do Comité Editorial, que com suas contribuições apoiaram na génese deste número, e espera poder continuar a contar com parte do seu tempo para o desenvolvimento desta publicação científica.

A todos aqueles que contribuem diariamente com comentários, críticas e elogios, mas sobretudo, aos autores que partilharam o fruto do seu trabalho com outros investigadores através da nossa revista, vai o nosso profundo reconhecimento.

Ana Olga Mocumbi, Editora

ÍNDICE

Neste número.....	6
Editorial	
Doenças Infecciosas Emergentes - <i>Ilesh Jani</i>	7
Artigos de Opinião	
Classes Sociais, Território e Saúde: uma proposta para analisar e intervir sobre a situação de saúde a partir da sua determinação social - <i>Felix Rosenberg</i>	9
Artigos Originais	
Hospitais de primeira referência em Moçambique: evolução desde a independência <i>Cláudia Conceição, Paulo Ferrinho</i>	11
Perfil epidemiológico das mortes resultantes de acidentes de viação na Província e Cidade de Maputo - <i>Carlos Funzamo, Virgilio Ceia, Samito Mazize</i>	27
Proficiência dos Laboratórios da Rede Nacional de Moçambique na Técnica de Gram - <i>Lena Manhique, Nilsa Nascimento, José Langa, Eduardo Samo Gudo, Ana Olga Mocumbi</i>	33
Percepções de Mulheres Imigrantes acerca das Dificuldades de Acesso e da Qualidade do Atendimento em Saúde em Portugal - <i>Cristianne Famer Rocha, Camilo Darsie Ana Gama, Sónia Dias</i>	39
Taxas de Perdas de Recém-Graduados das Instituições de Formação em Saúde no Momento da Colocação no Serviço Nacional de Saúde em Moçambique <i>Martinho Dgedge, Gerito Augusto, Florindo Mudender, Lucy Ramirez, Julinho Alexandre, Marla Smith, Adelina Maiela, António Munguambe, Gabrielle O'Malley, Molly Robertson</i>	44
Descrição de Caso	
Políticas de saúde informadas por evidências: relato da cooperação Brasil-Moçambique - <i>Nathan Souza, Jorge Barreto, César Sousa Nilsa de Deus</i>	53
Políticas de Saúde	
Doenças Não Transmissíveis: Prioridades de assistência e pesquisa em Moçambique <i>Naisa Manafê, Ana Olga Mocumbi</i>	59
Carta do Editor	
Sérgio Taunde	68
Informação para os Autores	70

NESTE NÚMERO

Este é o segundo ano de existência da Revista Moçambicana de Ciências de Saúde (RMCS). Apraz-nos verificar que a RMCS começa a atrair autores do espaço lusófono de três continentes, pois temos neste número artigos cujos primeiros autores estão baseados em Moçambique, Portugal e Brasil. Por outro lado, é também com muita satisfação que assistimos a um aumento do número de submissões de artigos originais.

O editorial escrito por Ilesh Jani descreve os desafios que são colocados ao Sistema Nacional de Saúde de Moçambique pelas doenças infecciosas emergentes. Neste momento em que a epidemia de ébola tende a alastrar com confirmados e transmissão ocorrendo em três continentes (África, América e Europa) este é assunto de interesse mundial para o qual queremos dirigir a tenção dos nossos investigadores e leitores. Não menos importante no contexto global actual é o tema “Classes Sociais, Território e Saúde” abordado por Felix Rosenberg, no qual o autor caracteriza os determinantes socioambientais de saúde, descrevendo como os territórios são determinados reciprocamente pelas classes sociais que os ocupam.

Os artigos de pesquisa original começam com a contribuição de Conceição e Ferrinho que caracterizam os hospitais de primeira referência em Moçambique, identificando os nós de estrangulamento e oportunidades dum Serviço Nacional de Saúde orientado sobretudo para os cuidados de saúde primários. A sinistralidade rodoviária, problema grave de saúde pública, é estudado por Funzamo e colegas; os resultados são comentados tendo em conta a ausência dum sistema de emergência pré hospitalar e de alerta eficaz para o socorro dos sinistrados. No artigo Manhique e colegas apresentam os resultados preliminares de avaliação da proficiência dos laboratórios da rede nacional de Moçambique na técnica de Gram. O acesso e qualidade de cuidados de saúde prestados a mulheres imigrantes em Portugal é estudado por Rocha e colegas. Finalmente, Dgedge e colegas descrevem as perdas de recém-graduados de instituições de formação de profissionais de saúde em Moçambique, completando a nossa secção de artigos originais.

Souza e colegas fazem um relato de caso relativo ao treino de profissionais de saúde e investigadores de instituições públicas na utilização de evidência para a formulação de políticas de saúde, enquanto a secção de Políticas de Saúde é preenchida por um artigo sobre prioridades de pesquisa em Doenças Crónicas em Moçambique, por Manafe e Mocumbi.

EDITORIAL

Doenças Infecciosas Emergentes: Desafios Permanentes para a Saúde Pública

Ilesh Jani

Instituto Nacional de Saúde | C.P. 264 | Maputo - Moçambique
Tel: +25821311038 | Email: ilesh.jani@gmail.com

A mais recente ameaça por uma doença emergente, a causada pelo vírus da Ébola, continua a ser notícia de primeira página nos meios de comunicação a nível global. O surto ora em curso iniciou em Dezembro de 2013 e tem-se propagado com uma velocidade e dimensão sem precedentes. Esta evolução não é de todo surpreendente, pois os países africanos mais afectados têm sistemas políticos deficientes, sistemas de saúde carentes e populações frágeis.

As doenças infecciosas emergentes (DIE) são um grupo heterogéneo de doenças que surgem pela primeira vez numa determinada população ou que são conhecidas já há algum tempo mas que têm um incremento rápido de incidência ou de cobertura geográfica. As DIE incluem: i) novas infecções resultantes de alterações ou da evolução de microorganismos existentes; ii) infecções previamente desconhecidas que são diagnosticadas em territórios com mudanças ecológicas; iii) infecções conhecidas que se disseminam para novas áreas geográficas ou comunidades; e iv) infecções conhecidas e previamente controladas que re-emergem como consequência da resistência anti-microbiana ou do colapso de sistemas de saúde. As DIE que foram identificadas nas últimas cinco décadas incluem, só para citar algumas, as febres hemorrágicas de Ébola e Marburg, a gripe pelo vírus da influenza A H5N1, a infecção gastrointestinal pela *Escherichia coli* O157 e o síndrome respiratório agudo grave (SARS). Uma proporção importante das DIE são causadas por vírus, bactérias e rickettsias. Acredita-se que a maior parte das DIE são zoonoses e que a maioria advém da fauna bravia¹.

As DIE constituem hoje, mais do que nunca, uma ameaça séria à saúde pública e ao desenvolvimento dos países da África subsaariana. Esta ameaça é, de facto, permanente pois os seus determinantes proximais e distais, como os listados a seguir, fazem parte de uma nova realidade global cada vez mais estabelecida. O crescimento populacional, a urbanização não planificada, o desflorestamento não controlado,

a expansão do agronegócio, a penetração humana em áreas geográficas previamente inacessíveis, as rápidas mudanças climáticas, a falta de preparação dos sistemas de saúde e a fragilização do tecido social face à globalização acelerada são factores que favorecem a emergência e a re-emergência das doenças infecciosas de carácter epidémico na nossa região do planeta. O acontecimento recente de um surto do vírus da Dengue na cidade de Pemba², a demonstração da circulação do vírus da febre de *Rift Valley* em animais domésticos na Zambézia³ e o surgimento da resistência anti-microbiana ao nível nacional⁴ são exemplos que nos relembram que Moçambique é também, inevitavelmente, susceptível às DIE.

A abordagem *One-Health* (Uma-Saúde) tem sido indicada como a mais eficiente forma de controlar as DIE, principalmente as zoonoses. Neste tipo de abordagem, vários sectores e disciplinas colaboram para atingir o objectivo de melhor saúde para a população humana, os animais e o ambiente. No entanto, e apesar do patrocínio de vários governos e instituições internacionais, a abordagem *One-Health* não tem sido eficientemente implementada no continente africano. A muito recente ameaça pelo vírus da Ébola à segurança de vários países africanos, à segurança mundial e à economia de mercado pode finalmente despoletar um movimento robusto para a adopção da abordagem *One-Health* à escala global.

A natureza transnacional das infeções emergentes obriga a que as medidas de controlo das DIE envolvam colaborações a nível regional e global nas áreas de vigilância, informação e comunicação, pesquisa e manuseio de casos suspeitos. Em muitos casos, para além das instituições de saúde pública dos Estados, estão também envolvidas organizações internacionais, órgãos políticos e socioeconómicos regionais, transportadores terrestres/marítimos/aéreos e organizações não governamentais. O papel das comunidades locais no controlo das DIE também não deve ser subestimado, e uma comunicação permanente deve

ser estabelecida entre estas e as autoridades governamentais locais e nacionais. O Regulamento Sanitário Internacional deve servir como orientação básica de todas estas interacções complexas, colocando a saúde pública fundamentada em evidências científicas e não nos interesses políticos e/ou comerciais.

Neste contexto global, Moçambique deve preparar-se para enfrentar as DIE usando duas vias concomitantes. Por um lado, é necessário incrementar a capacidade institucional para a detecção precoce, investigação de surtos, vigilância epidemiológica, diagnóstico laboratorial, comunicação com as comunidades e manuseio clínico das DIE a partir de um programa abrangente de prontidão. Por outro lado, será necessário actuar nos determinantes proximais e distais das DIE já referidos acima neste Editorial, a partir do entendimento de que a Saúde é uma responsabilidade de todos os sectores do Estado e da sociedade mo-

çambicana. Só esta abordagem holística dará ao país a possibilidade de responder ao desafio permanente das infecções emergentes e re-emergentes.

Referências Bibliográficas

1. Jones KE, Patel NG, Levy MA, Storeygard A, Balk D, Gittleman JL, Daszak P. Global trends in emerging infectious diseases. *Nature*. 2008. 451:990-4.
2. Gudo ES. Dengue/DHF update (34): Asia, Africa. Published Date: 2014-04-28. Archive Number: 20140428.2434108. Acesso em www.promedmail.org aos 30/09/2014.
3. Fafetine J, Neves L, Thompson PN, Paweska JT, Rutten VP, Coetzer JA. Serological evidence of Rift Valley fever virus circulation in sheep and goats in Zambézia Province, Mozambique. *PLoS Negl Trop Dis*. 2013. 7:e2065.
4. Samo Gudo P, Cuna Z, Coelho E, Maungate S, Borroni E, Miotto P, Ahmadova S, Brouwer M, Migliori GB, Zignol M, Cirillo DM. Is multidrug-resistant tuberculosis on the rise in Mozambique? Results of a national drug resistance survey. *Eur Respir J*. 2011. 38:222-4.

ARTIGO DE OPINIÃO

Classes sociais, território e saúde: Uma proposta para analisar e intervir sobre a situação de saúde a partir da sua determinação social

Félix J. Rosenberg

Palácio Itaboraí. Rua Visconde de Itaboraí, 188 | Petrópolis. CEP: 25655-031. Brasil.
Tel: 55 21 22461430 | Correio eletrônico: felix@fiocruz.br

Fórum Itaboraí: Política, Ciência e Cultura na Saúde, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Ministério da Saúde do Brasil; Secretaria Executiva, Redes de Institutos Nacionais de Saúde da União de Nações da América do Sul (UNASUR) e da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). Petrópolis. Rio de Janeiro-Brasil.

Faz mais de meio século que estudos de epidemiologistas sociais e sanitaristas latino-americanos e de outras partes do mundo expõem, com argumentos teóricos e demonstrações empíricas, o papel das condições sociais e económicas na determinação do processo saúde – doença nas populações. Esses trabalhos têm antecedentes que datam a partir de fins do século XIX e primeira metade do XX, incluindo, dentre muitos outros a Virchow, S. Allende, S. Pessoa, J. de Castro, etc.

Fortes resistências epistemológicas, baseadas, sobretudo, numa arraigada compreensão positivista da realidade, fortalecida pelas descobertas Pasteurianas, foram sendo parcialmente vencidas até que o conceito dos determinantes sociais e económicos da saúde foram plenamente assumidos por autoridades nacionais, organismos internacionais de saúde e pela sociedade civil. Dessa forma, a Organização Mundial da Saúde - (OMS), publica em 2008, por intermédio da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde, um documento que propõe “reduzir as desigualdades sociais actuando sobre os determinantes sociais das iniquidades em saúde”¹.

Diversas preocupações teóricas e operacionais vinculadas ao assunto culminaram na Conferência Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde, realizada em outubro de 2011, durante a qual os Governos membros da (OMS) assinaram a “Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde”². Esse evento também propiciou a elaboração de declarações alternativas por parte de organizações da sociedade civil³ e estimulou a elaboração de trabalhos reflexivos críticos a respeito tanto de suas construções teóricas quanto das proposições operativas⁴.

Apesar de considerada como um avanço significativo

sobre as tradicionais concepções do processo saúde – doença, a principal crítica à Declaração de Rio está referida à visão predominantemente quantitativa que considera como determinantes às chamadas categorias de determinação intermédia, por exemplo, o nível de ingressos e o acesso a serviços sociais, tais como serviços de saúde, seguro social, saneamento, educação, etc., categorias estas utilizadas frequentemente como determinantes das condições de saúde⁵. Essa visão quantitativa não avança conceptualmente para além da causalidade epidemiológica multivariada, já que não hierarquiza nem identifica essas categorias intermédias como consequência e como mediadoras da mesma estrutura de produção e reprodução social que determina o próprio processo saúde – doença.

Num recente trabalho, Jaime Breilh reúne varias décadas de construções teóricas a partir da medicina social que propõem um corte epistemológico na epidemiologia tradicional, seja ela de carácter neopositivista ou estrutural-funcionalista, assumindo a estrutura do modo de produção capitalista contemporâneo como a verdadeira determinação das condições sociais e, conseqüentemente, da saúde das populações. Sob essa óptica, as condições de saúde e bem estar, incluindo a exposição a riscos de doenças, estariam determinadas pelas formas concretas que assumem as diversas classes sociais no modo de produção hegemônico.

Utilizando como indicador a percepção individual da saúde, disponível em censos domiciliares por amostragem no Brasil, José Alcides Figueiredo demonstra que são justamente as categorias de classe social, construídas com base na posição ocupacional dos indivíduos e das famílias no contexto da organização contemporânea do capitalismo, as que melhor explicam as probabilidades de dispor de melhores ou pio-

res condições de saúde, como categorias mais potentes que os determinantes intermédios ou mediadores da classe social, como são, entre outros, os níveis de ingressos ou renda e a educação ⁶.

Desta forma, a categoria de classe social não apenas explica os factores de risco relativo para uma ou outra doença particular, mas a saúde como um processo inerente aos direitos humanos fundamentais, entendido, em alguns países do continente Americano, como o direito ao “Bom Viver” ⁷. É claro que a redução de classe social a um indicador aproximativo “proxi” baseado na posição sócio-ocupacional do indivíduo ou sua família não permite compreender com profundidade o papel das contradições de classe e os movimentos sociais gerados por essa contradição no processo. Entretanto, consideramos que, tendo em mente essa limitação conceptual na análise de eventuais resultados empíricos, essa aproximação é a mais adequada para tentar gerar evidências que permitam sustentar essa tese, em contraposição à redução positivista da noção de determinação social e económica da saúde.

A possibilidade de transformar o conceito abstracto de classes sociais em categorias operativas, como proposto por Figueiredo, entre outros, permite, ao mesmo tempo, tentar definir e descrever os territórios onde estas estão predominantemente estabelecidas. Desde os trabalhos clássicos de Milton Santos ⁸, entende-se que os territórios, urbanos, periurbanos ou rurais, são determinados, reciprocamente, pelas classes sociais que os ocupam, isto é, que os territórios constituem os espaços concretos nos quais são produzidas e reproduzidas as classes e as relações sociais, incluindo, obviamente, os determinantes geográficos / ecológicos do processo saúde - doença, tão vinculados, na epidemiologia estrutural – funcionalista, aos assim chamados determinantes socioambientais da saúde.

A herança de Milton Santos tem sido assumida por inúmeros investigadores sociais que geraram uma vasta bibliografia referida a divisão social do espaço ⁹.

É lógico assumir, portanto, que se as classes sociais determinam, simultaneamente, a situação de saúde nas populações e os territórios concretos nos quais são produzidos e reproduzidos os determinantes causais directos e indirectos dos factores de risco de doenças e de acesso a serviços sociais, bastaria elaborar uma cartografia social na escala mínima necessária para identificar uma fração de classe mais ou menos homogénea, para descrever e compreender as desigualdades sociais como determinação da situação de saúde em cada território específico. Este é, sem dúvida alguma, um importante desafio metodológico à luz da carência de sistemas de informação que trabalhem, regularmente,

com as categorias sócio-ocupacionais em amostras representativas desses territórios.

Restaria ainda por resolver a contradição referida à compreensão do que seja a “situação de saúde”. Se obedecemos a uma lógica tradicional neopositivista, entenderíamos a saúde como a acumulação de patologias de etiologia específica (simples ou multideterminada) que são normalmente agrupadas segundo as principais categorias causais (doenças transmissíveis, não-transmissíveis, transmitidas por vetores, de causa externa, etc.) Eventualmente, esta acumulação de patologias derivará em taxas e indicadores populacionais mais ou menos sofisticados de morbimortalidade, carga de doença, expectativa de vida, anos de vida útil (saudável), entre outros. Todo esse enfoque, mais centrado na doença do que na saúde é fortemente influído pelo assim chamado “complexo médico-industrial da saúde” ¹⁰ que, considerando o sector saúde como um dos principais factores de desenvolvimento e crescimento económico, elabora as suas estratégias baseada, implícita ou explicitamente, no mercado farmacêutico e de prestação de serviços assistenciais. Assim, a própria percepção da saúde e da doença é fortemente induzida pelo “mercado da saúde”.

Outra perspectiva toma em consideração a saúde como uma representação individual e social da sensação de bem-estar, da realização de desejos e de inserção comunitária. O exemplo mais próximo desta percepção seria a do “Bom Viver” assumida oficialmente por alguns países andinos a partir de enraizados princípios culturais dos seus povos ⁷.

Desde os já clássicos trabalhos de Breilh, Granda et al. ¹¹, faz três décadas até os nossos dias, vários autores, principalmente latino-americanos, têm se dedicado a esses assuntos. Propomos agora integrar as formulações operacionais das categorias sociais no capitalismo contemporâneo e a sua correspondente cartografia social, com as categorias mediadoras das condições do bom viver nos respectivos territórios, com a finalidade de permitir a formulação de políticas públicas trans e multisectoriais transformadoras dessa realidade, em substituição às políticas e programas verticais, hoje predominantes entre e ao interior dos sectores de intervenção pública.

Referências Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsana las desigualdades de una generación – ¿Cómo? Ginebra: OMS; 2008 [acesso em 23 mai 2014]. Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/es/.
2. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Declaración Política de Río sobre los Determinantes sociales de la salud. 2011 out 19-21; Rio de Janeiro, Brasil [acesso em 26 mai 2014]. Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/es/.

- who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf.
3. World Public Health Nutrition Association, Protecting the Right to Health through action on the Social Determinants of Health. A Declaration by Public Interest Civil Society Organizations and Social Movements. 2011 out 18; Rio de Janeiro, Brasil [acesso em 26 mai 2014]. Disponível em: <http://www.wphna.org/.../11-10-20%20WCSDH%20Civil%20society%20Declaration.pdf>.
 4. Breilh, J. La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva). VIII Seminario Internacional de Salud Pública: Saberes em Epidemiología em el Contexto del Siglo XXI; 2013 mar 4-6. Universidad Nacional de Colombia. Colômbia [acesso em 2 jun 2014]. Disponível em: [http://www.famg.com.ar/documentos/S1%20S2%20DSS%20\]B%2002%202013%20Rev%20U%20Nacional%20Colombia.pdf](http://www.famg.com.ar/documentos/S1%20S2%20DSS%20]B%2002%202013%20Rev%20U%20Nacional%20Colombia.pdf).
 5. Dachs, N., dos Santos, A. P. R. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. Ciênc. e Saúde Coletiva, vol 11 2006, nº4. Rio de Janeiro [acesso em 1 jun 2014]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000400012&script=sci_arttext.
 6. Santos, J. A. Class Divisions and Health Chances in Brazil. IJHS [periódico na internet]; 2011. [acesso em 1 jun 2014]; 41(4) Disponível em: <http://europepmc.org/abstract/MED/22053529>.
 7. El buen vivir em la constitución de Ecuador. Agenda Latino-americana, 2012 [acesso em 2 jun 2014]. Disponível em: <http://plan.senplades.gob.ec/3.3-el-buen-vivir-en-la-constitucion-del-ecuador>.
 8. Santos, M. El Espacio Dividido. Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves, 1978.
 9. Scheingart, M. La división social del espacio em las ciudades. Herramienta oct 2011; (48) [acesso em 3 jul 2014]. Disponível em: <http://www.herramienta.com.ar/revista-herramienta-n-48/la-division-social-del-espacio-en-las-ciudades>.
 10. Gadelha, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. Ciênc. e Saúde Coletiva, vol. 8 2003, nº 2. Rio de Janeiro [acesso em 3 jun 2014]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200015.
 11. Breilh, J., Granda, E., Campana, A., Betancourt, O. Ciudad y Muerte Infantil. Quito: Centro de Estudios y Asesoría em Salud, 1983.

ARTIGOS ORIGINAIS

Hospitais de primeira referência em Moçambique: Evolução desde a independência

Cláudia Conceição, Paulo Ferrinho

Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa - Portugal

Autor para correspondência: Cláudia Conceição

Instituto de Higiene e Medicina Tropical
Rua da Junqueira, 100 | 1349-008 Lisboa Portugal | Telemóvel + 351 938489457
Telefone fixo + 351 213 652 600 | mclaudiaconceicao@gmail.com

Resumo

Este estudo dá continuidade a outros de caracterização dos hospitais de primeira referência (rurais, gerais e distritais) em Moçambique procurando compreender o papel deste tipo de hospitais e a sua evolução, desde a independência.

Foram realizadas 11 entrevistas semi-estruturadas a responsáveis pelas políticas de saúde (5 dos quais ex ministros da saúde).

Discutem-se os resultados das entrevistas (realizadas em 2008) com a revisão de literatura (realizada em 2009) ao nível de políticas de saúde que contextualizam a evolução dos hospitais de primeira referência, as dificuldades e estrangulamentos ao seu desenvolvimento, as funções esperadas e o futuro. Em termos de políticas de saúde, houve uma primeira fase de aposta ou prioridade dada aos cuidados preventivos, seguida de crescente investimento hospitalar, especialmente nos grandes hospitais. O papel e funções dos hospitais de primeira referência 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.

Na percepção dos entrevistados e pelos dados disponíveis, de uma forma geral, o número destes hospitais permanece o mesmo desde a independência. Todas as reformas necessárias a melhorar o acesso, nomeadamente a cuidados de saúde cirúrgicos e 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.

Palavras chaves: Hospitals, Health Policy, Primary Health Care, Mozambique

First referral hospitals in Mozambique: developments since independence

Abstract

This study continues others on characterization of first referral hospitals in Mozambique trying to understand the role of such hospitals and its evolution since independence.

11 interviews were conducted with health policy makers (of which five former ministers of health).

We discuss the results of interviews (conducted in 2008) with the literature review (conducted in 2009) on health policies that contextualize the development of first referral hospitals, the difficulties and bottlenecks in their development, the expected functions, and their future.

In terms of health policies, there was a first phase on priority on preventive care, followed by increased investment in hospital care. The role and functions of the first reference hospitals seems to have been established early in the post-independence period: provision of health care where the distinguishing feature, in the hierarchy of levels of the health system, would be the capacity of performing surgery in emergency conditions.

From the perception of respondents and from available data, the number of first referral hospitals remains the same since independence.

All the necessary reforms to improve access to health care, including to hospital and surgical care, will require increase and reorientation of investments.

Key words: Hospitals, Health Policy, Primary Health Care, Mozambique

Introdução

A Conferência Internacional de Alma-Ata, realizada em Setembro de 1978, que formalizou a “Estratégia dos Cuidados de Saúde Primários,”¹ resulta de um compromisso da Assembleia Mundial da Saúde de 1977 com a “Saúde para todos no ano 2000”.

A estratégia dos cuidados de saúde primários (CSP) é 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. A sua aplicação prática conduziu a um desinvestimento (de recursos e de interesse político) nos hospitais de pequena dimensão, mantendo-se, no entanto, a tendência, herdada dos tempos coloniais, de concentração de tecnologia curativa nos maiores centros urbanos.^{2,3,4}

Durante os anos 80 os centros de saúde emergiram como operacionalização da estratégia dos (CSP), mas foi-se tornando, também, evidente que necessitavam de apoio hospitalar.^{4,5} A Conferência de Harare (1987) sobre fortalecimento dos sistemas de saúde distritais baseados nos (CSP²) redefiniu o conceito de distrito de saúde como o nível administrativo mais

periférico do Sistema Nacional de Saúde que devia satisfazer os seguintes requisitos: área geográfica e população bem definidas; centros de saúde e um primeiro nível de referência (hospital distrital); todos os recursos da comunidade e outros prestadores de cuidados de saúde e uma direcção que coordena todas as actividades de promoção, prevenção, curativas e de reabilitação da saúde. Em Harare, reafirmou-se que sem o hospital distrital não é possível falar de CSP.

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.⁶

Em Moçambique, os hospitais de primeira referência constituem o nível secundário do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que “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”.⁷

A evolução do número de Unidades Sanitárias (US) do SNS, em Moçambique, está representada na Ta-

bela 1. O número de hospitais mantém-se o mesmo desde a independência. A mudança de 1975 para 1977 no número de hospitais de primeira referência deve-se, essencialmente, à reclassificação de US, Centros de Saúde com internamento, em sedes distritais.^{8,9}

O perfil tipo do hospital de primeira referência em Moçambique, em 2001, era de 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. Tinha enfermarias de medicina, cirurgia, maternidade e pediatria, consulta externa e banco de socorros.^{10,11} A comparação do perfil dos hospitais de primeira referência Moçambicanos com perfis obtidos com hospitais de primeira referência de outros países africanos aponta, para Moçambique, menos recursos, mais população sob responsabilidade e menor actividade. Os dados disponíveis para apreciar a evolução dos hospitais de primeira referência em Moçambique são muito escassos. Os que existem apontam para aumento de recursos humanos e manutenção do défice de recursos na área de meios complementares de diagnóstico.¹¹

Este trabalho teve como objectivo descrever a evolução destes hospitais desde a independência: as suas valências; os seus recursos humanos; os serviços de laboratório e farmácia; a sua relação com outras US; as percepções dos entrevistados sobre as funções que esses hospitais deveriam desempenhar; as dificuldades e os principais estrangulamentos à concretização de decisões tomadas.

Participantes e métodos

Participantes

Da população de responsáveis pelas políticas de saúde e pela evolução dos hospitais de primeira referência em Moçambique foram considerados como informadores-chave os seis ex-ministros de saúde de Moçambique, à data da realização das entrevistas. Os ex-ministros da saúde entrevistados sugeriram espontaneamente, ou a pedido, 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”).

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 de contacto. Das pessoas sugeridas pelos entrevistados, não foram incluídas pessoas com funções no MISAU à altura da realização deste estudo, por isso implicar um processo moroso de autorizações formais. Foram entrevistadas um total de 11 pessoas.

Todos desempenharam funções ao nível central do

Ministério da Saúde. São todos homens e oito são médicos. Foi garantida, aos entrevistados, a divulgação de resultados de forma a não revelar a identidade dos mesmos. Atendendo a este facto e ao facto de grande parte dos entrevistados permaneceram figuras públicas, a sua caracterização é apresentada de forma muito sucinta.

Recolha de dados

A técnica de recolha de dados foi a entrevista.^{12,13} O instrumento de recolha de dados, o guião da entrevista, tinha as seguintes perguntas abertas: 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? 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? 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?

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

Análise de dados

As entrevistas foram transcritas. O texto transcrito foi validado por re-escuta das gravações pelo autor que não tinha feito a transcrição. Os dados recolhidos foram sujeitos a análise de conteúdo.^{14,15,16}

Resultados

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

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 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, come-

çou 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: primeiro - 1975 até aproximadamente 1982, pós independência; segundo - conflito armado iniciado pouco após a independência mas intensificado a partir de 1982 até 1992; terceiro - pós acordos de paz de 1992 até 2008, ano em que se realizaram as entrevistas.

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.”

De acordo com um dos entrevistados, a “primeira classificação de US 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 US privadas (religiosas e de empresas).

O sistema de saúde é, conseqüentemente, reorgani-

zado 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 (...) tudo o que era necessário para o posto de saúde e para o hospital rural (...). 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 descurar os cuidados curativos”.

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 (...) Mas eu 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 US 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 CSP 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 apon-

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

Tabela 1: Unidades sanitárias do Serviço Nacional de Saúde em Moçambique

Notas: * designação não existente nesse ano

tado: “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 (...) [os 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 Conacri).

Apesar de este período ter sido considerado por alguns dos entrevistados como um período de abandono dos hospitais, na perspectiva de outro, este foi um período em que os hospitais de primeira referência 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 (...) vinte e tal hospitais rurais estiveram razoavelmente servidos com médicos muito interessados. (...) Mas (...) digamos uma coisa (...) 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”.

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 de financiamento externo e correspondente influência estrangeira nas políticas adoptadas.

As US, incluindo hospitais de primeira referência, tornaram-se alvos bélicos, foram destruídas ou bastante danificadas. Circular no país, em condições de segurança, era muito difícil. Neste período, iniciou-se o programa de formação dos técnicos de cirurgia e deu-se continuidade à 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). Um dos entrevistados descreveu a guerra civil nos seguintes termos: “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 a criação de partidos políticos, etc., etc., aquela coisa toda; segundo, a abrir a medicina privada”.

Tabela 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 quaternário;</p> <p>1.2. Nacionalização das unidades de saúde;</p> <p>1.3. Caracterização técnica das US: tipo de actividades realizadas, equipas, material (do posto de saúde ao hospital rural) e reclassificação de US;</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 / Investimento em 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>Banco Mundial como parceiro importante na reabilitação da rede sanitária.</p>
Memorandum de entendimento entre os vários parceiros da área da saúde (Código de conduta, SWAP)	
<p>4. Plano Estratégico do Sector da Saúde.</p> <p>5. Diploma legal 127/2002 sobre caracterização técnica das US.</p>	

Outro entrevistado completou: “Com a entrada do país para o Banco Mundial, 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” e levou a que, no fim da década de 80, houvessem financiamentos do Banco Mundial tendo-se iniciado “investimentos, nos centros de saúde e nos hospitais rurais, basicamente mas que incluíam “uma componente (...) para os três hospitais centrais: Maputo, Beira e Nampula que também era significativo”.

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).

Período pós-acordos de paz

Este período que se iniciou no princípio da década de 90 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, de programas de saúde) 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), nas palavras de um dos entrevistados, foram assim descritas: “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, subiu 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 que 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 em junções rodoviárias” de forma a garantir “segurança ao longo das grandes vias rodoviárias”, assim como dos “sítios onde há grande indústria”, mas também a localização em termos de “junções rodoviárias, mas que tinham a ver com uma rede, uma malha, que permitisse que os centros de saúde tivesse maior acesso de transferência para aquela unidade, independentemente se ele pertence à província A, B ou C”.

No entanto, dois entrevistados, não ex-ministros, apontaram as dificuldades inerentes a um processo de planeamento de reconstrução num contexto de forte carência e dependência de financiamento externo: “Quer dizer, um país que (...) dos 128 distritos, precisaria de ter (...) digamos uns 50 ou 60 hospitais rurais, mas só havia dinheiro para quatro ou cinco. Então os factores nunca foram muito objectivos”.

As políticas de recursos humanos continuaram na mesma linha, tendo sido produzido o primeiro plano estratégico de desenvolvimento de recursos humanos em 1991.¹⁷ Entretanto, um projecto que se iniciou ainda durante a guerra e em que se previa a formação de quadros superiores (licenciatura) para trabalharem ao nível do distrito (centros de saúde e hospitais rurais, gerais e distritais) conheceu o seu desenvolvimento na criação do Instituto Superior de Ciências da Saúde. A reconfiguração de profissões novas continuou durante este período, assim como a reabilitação e construção de centros de formação e os acordos para a criação de novas faculdades de medicina.

O outro aspecto importante foi a consolidação da coordenação de actores no sector da saúde em Moçambique com a produção da primeira estratégia de saúde, em 2001.

Para finalizar, foi em 2002 que foi publicado o diploma legal que é ainda referência para o papel e funções dos hospitais de primeira referência em Moçambique.¹⁸

Dificuldades e estrangulamentos no desenvolvimento dos hospitais de primeira referência, segundo os entrevistados

A Tabela 3 sintetiza as principais dificuldades e estrangulamentos ao desenvolvimento dos hospitais de primeira referência identificadas pelos entrevistados.

A falta de capacidade financeira foi, a par da dependência internacional, uma das limitações mais vezes espontaneamente identificadas pelos entrevistados. As distâncias, dificuldades de transporte e de referência foram outras limitações apontadas.

No período pós-independência, a dificuldade específica que foi enunciada por um participante foi a dificuldade construtiva: “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”

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 abastecer 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... saiu 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.

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 (...) 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”.

Função esperada do hospital de primeira referência em Moçambique, na óptica dos entrevistados

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”.

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 CSP 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) é outra característica definidora.

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.

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 ou foi exercida e que resultados foram alcançados.

O caso particular dos hospitais gerais

Os hospitais gerais são, na definição do diploma 127/2002, 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”. Dois entrevistados referem ainda que as funções deste tipo de hospitais são a protecção dos hospitais provinciais e centrais (de casos que não sejam referenciados) e de ensino médico.

O caso particular dos hospitais distritais

A legislação e a prática da classificação de US 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 (...)”. 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 poste-

Tabela 3: Dificuldades e estrangulamentos no desenvolvimento dos hospitais de primeira referência, segundo os entrevistados

Períodos de tempo	Dificuldades e estrangulamentos no desenvolvimento dos hospitais de primeira referência
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: • 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 US, hospitais rurais incluídos. • Dificuldades logísticas 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.

rior. 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.

Hospital de primeira referência somente como unidade de referência, ou com funções de centro de saúde para a população local?

A função esperada dos hospitais de primeira referência pareceu ser uma questão controversa: devem prestar cuidados somente a doentes referidos dos centros de saúde ou devem desempenhar 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 (...) 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 CSP. Mas, depois decidimos que isso não dava, que era preciso separar os CSP do nível de referência. Então criámos – e havia infra-estruturas nalguns locais – centros de saúde para os CSP 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”.

Discussão

A parte dos resultados foi enviada aos 11 entrevistados para comentários. Um deles sublinhou que, no período pós independência, talvez a capacidade financeira não tenha sido o obstáculo principal ao desenvolvimento dos hospitais de primeira referência, mas antes o “*factor humano*”, a falta de técnicos de saúde. Sublinhou também os efeitos perniciosos da guerra, da qual o país ainda não se recompôs.

Da conjugação dos resultados com a bibliografia analisada (até 2009) apresentam-se alguns pontos de discussão.

O enquadramento político dos hospitais de primeira referência em Moçambique desde a independência

A Tabela 2, sobre as políticas que contextualizam a evolução dos hospitais de primeira referência em Moçambique, desde a independência, é corroborada pela revisão bibliográfica.¹¹

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 que condicionou a história de Moçambique e também as opções de políticas de saúde, incluem o compromisso com a “Saúde para todos no ano 2000”, a estratégia dos CSP e a adesão ao Banco Mundial e ao Fundo Monetário Internacional num período em que o liberalismo radical to “thatcherismo” e do “reaganismo” ganharam em afirmação.

Conclui-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.

Aposta nos cuidados preventivos

No período imediato à independência, fez-se a conceptualização do sistema de saúde com a sua organização em três níveis e reclassificação de US 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 (RHS) levou a um desenvolvimento precoce de uma estratégia de desenvolvimento de RHS 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.

Esta 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 (1975-1982) antes do agravamento do conflito armado interno.

Os entrevistados descreveram a herança colonial como uma medicina sobretudo curativa, com hospitais bem apetrechados nalgumas capitais provinciais, alguns programas verticais, hospitais pequenos nos actuais distritos associados a centros de actividade económica.

Walt²⁰ 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: 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 abrangente nem universal). Segal²⁰ 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, então Hospital Miguel Bombarda, 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.^{19,21,22} 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.^{19,20,21,22}

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.

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.^{23,24}

A tremenda escassez de RHS, 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.^{23,25} Foi um período de rápidas mudanças e interesse internacional no desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários em Moçambique.^{20,23,26,27}

Nas entrevistas, foi sugerida a ideia de que este período foi um período de abandono dos hospitais. De facto, atendendo à situação anteriormente descrita 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,²⁰ o contraste com uma política pós independência de alargamento do acesso, numa situação de tremenda falta de recursos, pode contribuir para esta ideia de abandono. Houve uma opção

pelo alargamento urgente a todos os Moçambicanos de acesso aos cuidados de saúde, o qual estava fortemente condicionado pela herança do passado e pela falta de recursos. A opção pelos cuidados preventivos foi também considerada uma opção pragmática face à dimensão dos problemas e recursos para os resolver: “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”.²² Foi um período em que os hospitais de primeira referência 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”.²²

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 e outros dois obstetras, o que inclui uma componente cirúrgica. Provavelmente, a formação destes médicos terá influenciado as preocupações com o sector hospitalar, particularmente num contexto de conflito armado até 1992.

Durante o conflito armado interno, que se intensificou em 1982, as US tornaram-se alvos bélicos com destruição de unidades, ataques a ambulâncias e hospitais e assassinato de pessoal de saúde.²⁸ Em termos de infra-estrutura de saúde, entre 1982 e 1990, foram destruídos ou saqueados 301 postos ou centros de saúde e foi forçado o encerramento de mais 812 unidades (o que representou 48% do total destas unidades).²⁹

A falta de segurança nas deslocações, provocada pela guerra, concorreu para aumentar os investimentos nas áreas urbanas e hospitalares.³⁰

Em termos de RHS, continuou a forte aposta na formação e o curso de técnicos de cirurgia foi iniciado em 1984.^{31,32}

O país aderiu ao Banco Mundial e ao Fundo Monetário Internacional e iniciou a implementação do programa de ajustamento económico em 1987.^{33,34,35} Houve permissão legal para o exercício da medicina por prestadores privados e aumento da presença das agências internacionais no financiamento (e definição de políticas) da saúde. Fizeram-se planos de reconstrução para o sector da saúde para quando acabasse a guerra. Ao mesmo tempo que o Orçamento de Estado diminuía, os financiamentos externos

proporcionavam possibilidade de investimentos na infra-estrutura de saúde.

O 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 1994.³⁶ Neste período continuaram-se os esforços de coordenação de acção dos múltiplos doadores mas com a formalização significativa que constituiu a assinatura do primeiro código de conduta.³⁷ 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 RHS). Em quase todos estes documentos se prevê a reconstrução ou reabilitação de alguns hospitais de primeira referência.

Apesar de haver referência a documentos de trabalho internos do MISAU, com a definição de funções das US desde 1977, não se conseguiu obter nenhum destes documentos. O diploma Ministerial 127/2002¹⁸ cristalizou o pensamento existente no Ministério sobre caracterização técnica dos hospitais de primeira referência. Este é ainda o diploma legal de referência para o papel e funções dos hospitais de primeira referência em Moçambique.

Papel e funções dos hospitais de primeira referência no distrito de saúde em Moçambique

Para lá do que é consagrado em lei¹⁸ e nas normas da Direcção Nacional de Assistência Médica sobre o pacote de serviços prestados nos Hospitais Rurais,³⁸ diversos documentos moçambicanos apontam a capacidade cirúrgica (para lá de electiva também de urgência) como definidora de hospital de primeira referência.^{33,39,40,41,42} Iguualmente, emerge das entrevistas que a capacidade cirúrgica é uma função definidora dos hospitais de primeira referência. Um estudo sobre custos de cirurgia aponta para uma baixa eficiência nos hospitais estudados (três hospitais rurais e dois hospitais provinciais) para o que contribuiu um sistema incoerente de gestão de material médico e de medicamentos, o que causava graves rupturas de *stocks* e consequente paralisação da actividade cirúrgica por meses bem como a não manutenção dos equipamentos⁴⁰. Outro estudo, de 2002,³⁹ que fez um levantamento de US onde se realizavam funções críticas do nível II (cirurgia e radiologia) concluiu que só 27% dos hospitais de primeira referência possuíam os serviços complementares mínimos para desempenhar cirurgia (radiologia simples, hemoglobina, bioquímica básica, hematologia completa e banco de sangue). Compete ainda aos Hospitais de Nível Secundária

rio 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”.³⁸ As entrevistas não lançaram muita luz sobre a compreensão desta função e não houve um conhecimento, entre os entrevistados, sobre se essa função é/foi exercida e com que resultados. 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.^{6,43,44,45}

Uma questão que não parece resolvida é a de saber se os hospitais de primeira referência devem ser nível de referência para todos os utilizadores ou apenas para populações distantes, cumprindo o hospital de primeira referência funções de Centro de Saúde para as populações próximas. As opiniões dos entrevistados são diversas e dois documentos produzidos em Moçambique definem que os “hospitais de referência servem também como unidade sanitária de primeiro contacto para a população urbana”.^{33,41}

Talvez fosse possível ter soluções distritais de complementaridade entre US diferentes, atendendo ao contexto, mas isso deveria ser descrito e clarificado. A existência de US 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 hospital de primeira referência pode ser feita para consulta técnica (opinião); intervenção técnica; realização de exame de diagnóstico; internamento.^{6,46} 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%⁴⁷; 70%⁴⁸; 85%⁴⁹; 80%⁵⁰; 85%⁵¹; 91%⁵²). A documentação revista aponta algumas razões para o não funcionamento do sistema de referência em Moçambique por “deficiente comunicação entre as US periféricas e as de referência”,^{7,53} “precárias condições das vias de acesso, especialmente na época chuvosa”,^{6,53,54,55} “ausência de transportes regulares entre os distritos e localidades”^{53,55} e distâncias. As distâncias, dificuldades de transporte e de referência foram obstáculos ao desenvolvimento do sistema de saúde e dos hospitais de primeira referência apontados pelos entrevistados (Tabela 3).

Os hospitais de primeira referência são o nível negligenciado dos cuidados de saúde em Moçambique

Dois estudos sugerem que o nível secundário, dos hospitais de primeira referência, 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).^{41,56,57}

A revisão bibliográfica identifica esforços para investir ao nível II, dos hospitais de primeira referência.^{41,42,58} No entanto, de acordo com a Tabela 1 e na percepção dos entrevistados, de uma forma geral, o número de hospitais de primeira referência é o mesmo desde a independência.

Em termos do tratamento e apresentação de informação sanitária, em Moçambique, é rara a informação organizada sobre o nível II, dos hospitais de primeira referência. 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.⁵⁹⁻⁶⁹ 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.⁵⁴

O futuro dos Hospitais de Primeira Referência em Moçambique

Em termos de evolução provável dos hospitais de primeira referência, o último plano estratégico de RHS utiliza, para cálculo de necessidades de RHS, uma rede sanitária com um hospital com capacidade cirúrgica em cada distrito.⁷⁰ No entanto, não há outros documentos estratégicos que planeiem ou orçamentem esta evolução.

O comunicado final do V Conselho Hospitalar⁷¹ anuncia a intenção de que cada capital provincial deva ter mais um hospital geral na mesma área.

O Plano Económico e Social 2008⁷² anuncia a actualização do Diploma Ministerial 127/2002.

Agradecimentos

Os autores agradecem a disponibilidade dos que aceitaram contribuir para este estudo concedendo entrevistas e documentação.

Conflitos de interesses

Sem conflito de interesses a declarar.

O manuscrito baseia-se num trabalho que integrou a dissertação de candidatura ao grau de Doutor no Ramo de Saúde Internacional na especialidade Políticas de Saúde e Desenvolvimento do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa. O grau foi obtido por unanimidade e a dis-

sertação intitula-se “Hospitais de primeira referência, distrito de saúde e estratégia dos cuidados de saúde primários em Moçambique”.

Conclusões

O papel e funções dos hospitais de primeira referência 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. Na percepção dos entrevistados e pelos dados disponíveis, o número destes hospitais permanece o mesmo desde a independência. Em termos de políticas de saúde, houve uma primeira fase de aposta ou prioridade dada aos cuidados preventivos, seguida de crescente investimento hospitalar, especialmente nos grandes hospitais.

Da revisão de literatura e das entrevistas emerge que os HPR parecem estar entre a aposta do financiamento dos doadores nos postos e centros de saúde e o financiamento pelo orçamento do Estado dos hospitais provinciais e centrais. Tem havido igualmente um grande esforço normativo que não se tem traduzido numa evolução apreciável dos HPR.

Em Moçambique, todas as reformas necessárias a melhorar o acesso, nomeadamente a cuidados de saúde cirúrgicos e hospitalares, a um nível próximo das populações e para um conjunto de serviços essenciais, vão exigir aumento de investimentos externos e reorientações de investimentos e coordenação internos.

Referências Bibliográficas

- World Health Organization. Global strategy for health for all by the year 2000. Geneva: World Health Organization; 1981.
- 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; 1987.
- Van Lerberghe W, De Béthune X, De Brouwere V. Hospitals in Africa: why we need more of what does not work as it should. *Trop Med Int Health*. 1997; 2(8): 799-808.
- Van Lerberghe W, De Brouwere V. Etat de santé et santé de l'Etat en Afrique subsaharienne. *Afrique contemporaine* 2000; Numéro spécial (3e trimestre): 175-190.
- 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; 1987.
- 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.
- República de Moçambique. Ministério da Saúde. Plano Estratégico do Sector da Saúde 2007-2012. Maputo: Ministério da Saúde; 2007
- Feio FJB. Divisão Sanitária e organização dos serviços de saúde em Moçambique. *Anais do Instituto de Medicina Tropical* 1953; 10 (4): 2473-2516.
- Resolução nº 4 / 1995, de 11 de Julho. B. R. nº 27. Suplemento – Aprova a Política do Sector de Saúde para 1995-1999.
- 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.
- Conceição MCGSR. Hospitais de primeira referência, distrito de saúde e estratégia dos cuidados de saúde primários em Moçambique [dissertação]. Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa; 2011.
- Bowling A. *Research methods in health: investigating health and health services*. 2nd ed. Buckingham: Open University Press; 2002.
- Marconi MA, Lakatos EM. *Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projecto e relatório, publicações e trabalhos científicos*. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2001.
- Vala J. Análise de conteúdo. In: Silva AS, Pinto JM, editors. *Metodologia em Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento; 1986. p. 101-128.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
- Ghiglione R, Matalon B. *O inquérito: teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora; 1992.
- Republic of Mozambique. Ministry of Health. *Health Manpower Development Plan 1992-2002*. December 1991. Maputo: Ministério da Saúde; 1991.
- Diploma Ministerial nº 127 / 2002, de 31 de Julho. B. R. nº 14. Suplemento - Define a caracterização técnica, enunciado de funções das instituições do Serviço Nacional de Saúde.
- Walt G, Wied D. *Health policies in Mozambique. Case study 3*. Walton Hall: The Open University Press; 1983.
- 20 – Segall M. Health and national liberation in the People's Republic of Mozambique. *Int J Health Serv*. 1977; 7(2): 319-25.
- Martins H. *Porquê Sakrani? Memórias dum médico duma guerrilha esquecida*. Maputo: Editorial Terceiro Milénio; 2001
- 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; 1980.
- Sheppard S. Mozambique: Progress Toward Health Care for Everyone. *J Health Polit Policy Law*. 1981; 6(3): 520-527.
- Cliff J, Noormahomed AR. Health as a target: South Africa's destabilization of Mozambique. *Soc Sci Med*. 1988; 27(7): 717-22.
- Noormahomed A R. Coping with the consequences of reform: challenges for policy makers in Mozambique. *Studies in Health Services Organisation and Policy* 2000; 16: 189-195.
- Madeley R, Jelley D, O'keefe P. The advent of primary health care in Mozambique. *World Hospitals* 1984; 20(3): 13-7.
- Walt G, Cliff J. The dynamics of health policies in Mozambique 1975-1985. *Health Policy Plan*. 1986; 1(2): 148-157.
- Cabral J, Noormahomed A. Mozambique: Primary health care in the worst conditions. In: Tarimo E, Creese A, editors. *Achieving health for all by the year 2000: midway reports of country experiences*. Geneva: World Health Organization; 1990. P. 173-187.
- Cliff J, Noormahomed AR. The impact of war on children's health in Mozambique. *Soc Sci Med*. 1993; 36(7):

- 843-848.
30. 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. p. 36.
 31. Vaz F. Manual de cirurgia para hospitais rurais. Volume 1. Maputo: Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina, Universidade Eduardo Mondlane; 1991.
 32. Vaz ML, Bergström S. Mozambique – delegation of responsibility in the area of maternal care. *Int J Gynecol Obstet.* 1992; 38(Suppl): S37-S39.
 33. 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.
 34. Logie D. Mozambique: investing in peace. *Lancet* 1998; 351: 982-3.
 35. Logie D, Bergstrom S, Cliff J. Debt relief and health charges in Mozambique. *Lancet.* 1999; 353:2077-8.
 36. Pavignani E, Durão JR. Managing external resources in Mozambique: building new aid relationships on shifting sands? *Health Policy Plan.* 1999; 14(3): 243-53.
 37. [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 [2000]. [Internet] [Maputo: Republica de Moçambique] [Consult. Julho 2010]. Disponível em <http://www.misau.gov.mz/index.php/pt/cooperacao>
 38. 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; 2007.
 39. 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; 2002.
 40. Torres LV, Becerril GM. Estudo de custos de cirurgia. Maputo: Programa Nacional de Cirurgia, Departamento de Assistência Médica, Ministério da Saúde, Consejo Interhospitalario de Cooperación; 2001.
 41. Noormahomed AR, 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.
 42. Escola Nacional de Saúde Pública Lisboa Portugal, Austral Consultoria e Projectos, Lda Maputo Moçambique. Projecto de operacionalização de hospitais rurais. Relatório Final. Tomo I a V. Actividade Desenvolvida. Maputo: Delegação da Comissão das Comunidades Europeias – Maputo, Ministério da Saúde; 1993.
 43. Janovsky K. The challenge of implementation: district health systems for primary health care. Geneva: World Health Organization; 1988.
 44. 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. p. 79-81.
 45. World Bank. Better Health in Africa. Washington, D.C.: World Bank; 1994.
 46. 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.
 47. 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.
 48. World Health Organization. Ethiopia: strengthening the district health system to meet the challenge of primary health care. Geneva: World Health Organization; 1987.
 49. Lamine YM. 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, editors. 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; 1992.
 50. Nordberg E, Holmberg S, Kiugu S. Exploring the interface between first and second level of care: referrals in rural Africa. *Trop Med Int Health.* 1996;1(1):107-11.
 51. Okello DO, Lubanga R, Guwatudde D, Sebina-Zziwa A. The challenge to restoring basic health care in Uganda. *Soc Sci Med.* 1998; 46(1): 13-21.
 52. Font F, Quinto L, Masanja H, Nathan R, Ascaso C, Mendez C, Tanner M, Schellenberg JA, Alonso P. Paediatric referrals in rural Tanzania: the Kilombero District Study – a case series. *BMC Int Health Hum Rights.* 2002 Apr 30;2(1):4.
 53. 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.
 54. 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.
 55. 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.
 56. 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.
 57. 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.
 58. Noormahomed AR, 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.
 59. República de Moçambique, Ministério da Saúde, Direcção da Planificação e Cooperação. Perfil sanitário estatístico. Pro-

- víncia 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; 2004.
60. 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; 2004.
 61. 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; 2004.
 62. 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; 2004.
 63. 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; 2004.
 64. 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; 2004.
 65. 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; 2004.
 66. 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; 2004.
 67. 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; 2004.
 68. 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; 2004.
 69. 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; 2004.
 70. 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.
 71. 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; 2008.
 72. República de Moçambique, Ministério da Saúde. Proposta do Plano Económico e Social 2008 Sector Saúde. Maputo, Julho de 2007. Maputo: Ministério da Saúde; 2007.
 73. República de Moçambique, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Saúde. Inventário nacional de infra-estruturas de saúde, serviços e recursos. Moçambique 2007. (2008) [Internet] Maputo: Instituto Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, República de Moçambique. [Consult. Julho 2010]. Disponível em http://www.misau.gov.mz/pt/des-taques/sam_inventario_nacional_de_infra_estruturas_de_saude_2007.

Porque a saúde é o mais importante.

A Bayer HealthCare está consigo.

XARELTO®
AVELOX® LEVITRA® QLAIRA®
YASMIN® MIRENA® ASPIRINA GR®
AVELOX® XARELTO®
QLAIRA® ASPIRINA GR® YAZ®
YAZ® XARELTO® AVELOX®
ASPIRINA GR® MIRENA®
AVELOX® MIRENA®
YASMIN® QLAIRA®
YAZ® XARELTO®
QLAIRA® YASMIN®
YAZ® ASPIRINA GR®
LEVITRA® XARELTO® AVELOX®
QLAIRA® MIRENA®
MIRENA® YAZ®
YASMIN®
AVELOX® QLAIRA®
MIRENA®
LEVITRA®
QLAIRA®
YASMIN®
ASPIRINA GR®
XARELTO®
AVELOX®
YAZ®

L.PT.PA.11.2013.0041

Science For A Better Life



Bayer HealthCare

Perfil Epidemiológico das Mortes Resultantes de Acidentes de Viação na Província e Cidade de Maputo

Carlos Funzamo¹; Virgílio Ceia²; Samito Mazize³

¹Instituto Nacional de Saúde– Ministério da Saúde,

²Serviço de Medicina Legal – Hospital Central de Maputo,

³Serviço de Medicina Legal – Hospital Central de Maputo,

Autor para correspondência: Carlos Funzamo
Ministério da Saúde, Av. Eduardo Mondlane 1008, 2o Andar
contacto: +258 84 900 1205, email: cafunzamo@gmail.com

Resumo

Introdução: A sinistralidade rodoviária constitui um problema de saúde pública em Moçambique. É legítimo pensar que a ausência dum sistema de emergência pré hospitalar e de alerta eficaz para o socorro dos sinistrados contribui para o aumento de mortes no local de acidente de viação ou a caminho do hospital. Porém, não existem em Moçambique dados fidedignos sobre o perfil epidemiológico das causas de morte por acidente de viação. Por essa razão, o nosso estudo teve por objectivo determinar o perfil epidemiológico dos pacientes que morreram com diagnóstico de acidente viação.

População e Métodos: O estudo foi realizado entre 15 de Março e 15 de Maio de 2012 no Departamento da Medicina Legal do Hospital Central de Maputo e consistiu na recolha e análise da informação dos livros de registo de casos de acidente de viação fatal no período compreendido entre 1 de Janeiro de 2010 e 31 de Dezembro de 2011.

Resultados e Discussão: No período em estudo, ocorreram 1066 mortes por acidente de viação - 46.6% no grupo etário de 20 – 40 anos, 784 (73.5%) em indivíduos do sexo masculino, 409 (38.4%) residentes na zona suburbana e 200 (19.6%) trabalhando por conta própria. 750 mortes correspondentes a 70.0% do total das mortes ocorreram antes da chegada dos acidentados ao hospital. A causa básica de morte foi o atropelamento em 489 casos (46.0%), sendo o traumatismo crâneo-encefálico a principal causa intermédia de morte em 451 casos (42%). Sobreviveram às primeiras 24 horas de internamento apenas 177 acidentados (50.9%). Cerca de 234 (20.0%) dos acidentes fatais ocorreram ao sábado.

Conclusões: Os nossos resultados indicam que a maior parte das mortes por acidentes de viação na cidade de Maputo ocorre antes da chegada dos sinistrados aos serviços de urgência do Hospital Central de Maputo. Os resultados do estudo enfatizam a necessidade de estabelecimento de um serviço eficaz e eficiente de atendimento pré-hospitalar, incluindo o fornecimento dos cuidados básicos de assistência ao trauma no local do acidente. Recomenda-se a melhoria do sistema de recolha de dados relacionados aos acidentes de viação, com vista a instituir a vigilância do trauma, que é crucial para o desenvolvimento e a implementação de políticas de segurança rodoviária no nosso país.

Epidemiological Profile of Deaths Resulting from Road Traffic Accidents in Maputo City and Province

ABSTRACT

Introduction: The road traffic accident has become a public health problem in Mozambique. It is legitimate to think that on the absence of an effective pre-hospital emergency warning system and rescue and medical aid of victims contributes to the increase in deaths at the crash site or on the way to hospital. However, in Mozambique a reliable data on the epidemiological profile of the causes of death by road accident is not available. Hence, our study aimed to determine the epidemiological profile of patients who died with a cause diagnosis of road traffic accident.

Population and Methods: The study was conducted between March 15 and May 15, 2012 at the Department of Forensic Medicine of the Maputo Central Hospital and consisted of the collection and analysis of information from the registration books of cases of fatal road accident in the period between January 1st, 2010 and December 31st, 2011.

Results and Discussion: During the study period, there was 1066 deaths by car accident – 46.6% occurred in the age group 20-40 years old, 784 (73.5%) in males, 409 (38.4%) residents in the suburban area and 200 (19.6%) were self-employed. 750 deaths representing 70.0% of all deaths occurred before the arrival of the injured to hospital. The underlying cause of death was trampling in 489 cases (46.0%), and trauma brain injury found as the main intermediate cause of death in 451 cases (42%). At the first 24 hours of admission only 177 patients have survived (50.9%). Of 234 (20.0%) of the fatal crashes have occurred on Saturday.

Conclusions: Our results indicate that the majority of deaths from road accidents in Maputo city and province occur before the arrival of emergency services to victims of Maputo Central Hospital. The results of the study emphasize the need of establishment of an efficient pre-hospital care service, including the provision of basic medical care to the casualties at the roadside. On the other end, there is a need to improving the injury data collection system related to traffic accidents, in order to establish an injury surveillance system, which is crucial for the development and implementation of the road safety policies in our country.

Palavras-chave: Acidentes de viação, traumatismo crânio encefálico, atendimento pré-hospitalar

Introdução

o número de vidas que se perdem todos os anos em acidentes nas estradas Moçambicanas tem merecido uma reflexão dos vários órgãos de poder e da própria sociedade civil. Os acidentes não representam apenas um percalço para os envolvidos, por vezes com danos humanos e materiais significativos. Os acidentes constituem uma tragédia para as famílias das vítimas, mas também são um problema que afecta a Sociedade em geral, porque envolvem elementos da massa crítica e produtiva do País.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde¹, em 2010, a sinistralidade rodoviária foi considerada como uma das principais causas de morte nas camadas mais jovens, dos 10 aos 24 anos de idade, da população mundial. Diariamente, morrem cerca de 3200 pessoas em acidentes rodoviários, o que perfaz um total de 1,2 milhões de vítimas por ano.² Estes valores são especialmente graves nos países em desenvolvimento que apresentam grandes carências não só ao nível das redes de transporte, mas também ao nível de apoio hospitalar e socorro às vítimas e segurança rodoviária. Estima-se que um país perde anualmente cerca de 3 a 5% do seu PIB devido à ocorrência de acidentes rodoviários e suas consequências, considerando tanto a perda de capacidade produtiva como os danos materiais. Este custo tem igualmente especial expressão nos países em desenvolvimento, uma vez que nestes países tal valor equivale quase ao dobro dos fundos que lhes são atribuídos para o desenvolvimen-

to da sua economia.³

A tendência para o aumento da sinistralidade rodoviária é mais observada em países em vias de desenvolvimento, sugerindo que a expansão da cultura de trânsito e promoção das medidas de segurança de tráfego em tais países falharam na manutenção do ritmo de crescimento do parque automóvel e a demanda de mobilidade. Actualmente, os acidentes rodoviários são reconhecidos como uma doença, por constituírem uma das causas mais significativas de fatalidade no mundo. Com efeito, os acidentes de viação constituem a décima quarta causa de mortalidade nos países de alta e de baixa renda.⁴ Estimativas recentes sugerem que, em 2020, os acidentes rodoviários constituirão a sexta posição nas causas gerais de morte, para segundo lugar em termos de anos de vida perdidos (YLL) e para o terceiro lugar nos “anos de vida ajustados por incapacidade” (DALYs).⁵

Moçambique ocupa o décimo lugar na lista mundial de acidentes de viação, com a taxa de 38.2/100.000 habitantes.¹ Estes dados estatísticos sugerem que a sinistralidade rodoviária possa constituir um problema de saúde pública no país. Anualmente, ocorrem cerca de cinco mil acidentes e em 2012 ocorreram apenas na Cidade de Maputo, 499 mortes devido a acidentes de viação. A ausência de registo sistemático de dados relacionados com os acidentes de viação levou; por essa razão, os autores a desenharem um estudo para descrever o perfil epidemiológico dos acidentes de viação ocorridos na Cidade de Maputo que resultaram em mortes.

Material e método

O presente estudo foi conduzido entre 15 de Março de 2012 e 15 de Maio de 2012 no Departamento da Medicina Legal do Hospital Central de Maputo. O estudo consistiu na recolha de informação dos livros de registos da Medicina Legal dos anos 2010 e 2011 usando um instrumento de recolha de dados padronizado. Foram recolhidos do processo clínico dados relativos à idade, sexo, estado civil, profissão, zona residencial do sinistrado; datas de internamento?, causas, duração, local do sinistro e consequências do acidente de viação. Para o propósito deste estudo, o acidente de viação foi definido como todo o acidente que ocorre na via pública resultado de choque entre dois ou mais objectos, sendo um deles um veículo em movimento de qualquer tipo. Lesões que ocorreram na estrada sem envolvimento de um veículo ou lesões envolvendo um veículo estacionado foram excluídas do estudo. Os dados obtidos foram digitalizados numa base de dados informatizada, processados e analisados no pacote estatístico Epiinfo versão 3.3.

Questões Éticas

A fonte dos dados usados neste estudo baseou-se nos livros de registos de rotina dos óbitos do Serviço de Medicina Legal, onde nenhum dado que pudesse ajudar a identificar ou relacionar a vítima foi colhido, tal como o nome e morada física. Assim, nenhuma aprovação ética foi solicitada para a realização deste

estudo.

Resultados

No período em análise foram registadas 1066 mortes resultantes de acidentes de viação. A média de idade dos óbitos foi de 32 anos, variando entre 2 meses e 86 anos tal como indicado na Tabela 1. O grupo etário entre 20 a 40 anos registou maior número mortes (495 mortes; correspondentes a 46.6% do total de casos) seguido do grupo de crianças e adolescentes (0 – 20 anos) com 256 (24.1%) mortes. O grupo etário acima de 60 anos teve o menor número de mortes com 105 casos (9.9%). Ocorreram mais mortes no sexo masculino (784 casos, correspondentes a 73.5% das mortes), numa relação de 3 indivíduos do sexo masculino para 1 do sexo feminino. Em relação ao estado civil, 813 mortes (81.6%) ocorreram em indivíduos solteiros. 200 (19.6%) vítimas mortais trabalhavam no sistema de auto-emprego e 167 (16.4%) eram estudantes. O número de mortes devido ao acidente de viação foi maior nos moradores de zonas suburbanas (409 moradores; o que corresponde a 38.4% do total das vítimas), como é evidente nas Tabela 1.

A figura 1 mostra a a distribuição das causas básicas de morte. As principais causas básicas de morte foram os atropelamentos (490 atropelamentos; perfazendo 46% dos casos), colisão entre veículos (107 colisões; perfazendo 10% dos casos) e colisão de veículo com

Figura 1a. Distribuição das causas básicas de morte por acidente de viação (N=1066)

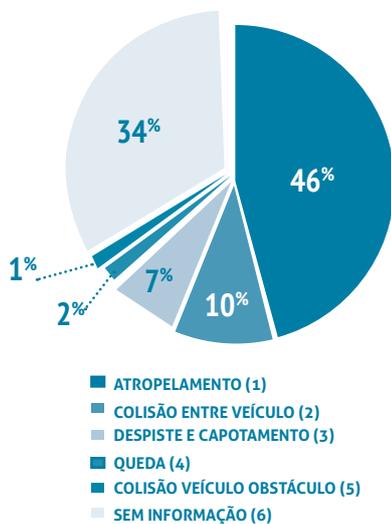


Figura 1b. Distribuição das causas intermédias de morte por acidente de viação (N=1065)

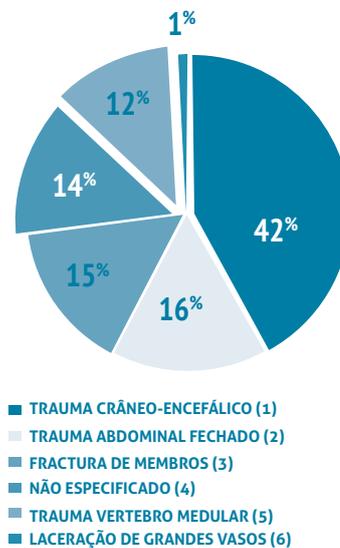


Tabela 1: Características demográficas das 1066 vítimas mortais de acidente de viação

Características demográficas		Nº de vítimas	Porcentagem
Idade	0 – 20	256	24.0%
	20 – 40	495	46.4%
	40 – 60	207	19.4%
	>60	105	9.9%
	Sem informação	3	0.3%
Sexo	Feminino	282	26.5%
	Masculino	784	73.5%
Estado civil	Solteiro	813	76.4%
	Casado	83	7.8%
	Divorciado	2	0.2%
	Separado	0	0.0%
	Viúvo	8	0.8%
	Sem informação	160	15.1%
Residência	Urbana	88	8.2%
	Suburbana	409	38.4%
	Rural	122	11.4%
	Sem informação	447	42.0%
Profissão	Conta própria	200	18,8%
	Camponês	3	0,3%
	Doméstico (a)	175	16,4%
	Estudante	167	15,7%
	Funcionário público	13	1,2%
	Menor	101	9,5%
	Motorista	8	0,7%
	Reformado	1	0,1%
	Outra	398	37,3%

Tabela 2: Tempo de sobrevivência após a admissão ao hospital (N=317)

Tempo de Sobrevivência	Frequência	Percent
00 - 24 Horas	177	55.9%
01 - 02 Dias	8	2.5%
02 - 30 Dias	125	39.4%
30 - 90 Dias	7	2,2%
Total	317	100,0%

obstáculo inerte (11; 1%). Em 362 casos (ou seja, 34% dos casos) não se encontrou informação sobre a causa de morte. Dos 1065 autopsiados, 447 (42%) tiveram como principal lesão traumatismo crâneo encefálico; 170 (16%) tinham diagnóstico de traumatismo abdominal fechado e 11 (1%) laceração dos grandes vasos, tal como ilustra, a figura 2.

Como indica a Tabela 2, o maior número de mortes ocorreu nas primeiras 24 horas de internamento no Hospital Central de Maputo (177 mortes; o que corresponde a 50.9% do total de mortes). De acordo com, a figura 3, 125 traumatizados (39.4%) morreram entre o segundo e o trigésimo dias de internamento. Setenta por cento das mortes ocorreram na via pública (746 casos).

Estudando a distribuição das mortes ocorridas pelos dias da semana, verifica-se que os acidentes de viação ocorreram principalmente ao sábado (234 mortes; correspondentes a 20.2% do total) e ao domingo (202 mortes, correspondentes a 19.0% do total). O dia da semana em que se registaram menos acidentes foi a terça-feira (117 mortes, correspondentes a 11.0% do total), conforme se mostra na figura 4.

Discussão

A maior parte das mortes por acidente de viação registadas no Hospital Central de Maputo ocorrem sobretudo em adultos jovens, uma vez que 46.6% ocorreram em pessoas entre 20 e 40 anos. Esta distribuição etária é similar à encontrada noutros países em vias de desenvolvimento.⁶ Pensa-se que a maior ocorrência de acidentes de viação na faixa etária de população economicamente activa, advém do facto de esta estar mais exposta. Independentemente da explicação para estes dados, eles representam um risco social e económico para estes países⁷, pelo que há necessidade de adopção de estratégias de prevenção específicas direccionadas a este grupo. A menor proporção de vítimas acima de 60 anos (9.9%) pode ser explicada pela fraca mobilidade deste grupo etário e pela sua reduzida representação na população geral em países como Moçambique.⁸

O nosso estudo mostrou uma expressiva predominância de mortes no sexo masculino com quase $\frac{3}{4}$ das mortes (73,5%). Uma incidência elevada de acidentes de trânsito em indivíduos do sexo masculino foi também observada por outros pesquisadores,^{9,10} especulando-se que este dado esteja associado á maior exposição dos homens na via pública e à sua maior representatividade na massa laboral.¹¹

Uma proporção considerável de vítimas de acidente de viação mortais na nossa população são indivíduos com ocupação por conta própria (21.2%), que habitualmente se movimentam a pé na via pública

ou permanecem expostos nesta via grande parte do tempo. Este dado parece estar de acordo com resultados de estudos similares, o facto de a principal causa de acidente mortal ter sido o atropelamento, que correspondeu a 489 (46.0%) dos casos.¹² A maior parte dos indivíduos acidentados que morreram provinham da zona suburbana, corroborando dados de outros estudos em populações similares em meio urbano.¹³ Pode-se especular que este facto se associa ao baixo nível de renda dos residentes destas zonas das grandes cidades, o que faz com que circulem mais na via pública a pé, mas, uma vez que a recolha de dados não foi realizada no local exacto do sinistro não nos permite confirmar esta hipótese.

Os acidentes de viação que resultaram em morte ocorreram sobretudo aos fins de semana -409 (39.0%). Apesar da reconhecida relação entre sinistros na via pública e o aumento consumo de álcool no final de semana, no nosso estudo não foram recolhidos dados que nos permitam comentar sobre esta relação. Estudos futuros deverão debruçar-se sobre estes aspectos considerando não só os acidentados mortais, mas também os acidentes não fatais e o trauma intencional.

O traumatismo crâneo-encefálico foi a maior causa de morte nos indivíduos autopsiados (451;42.3%), o que está de acordo com os resultados de outros estudos sobre acidentes de trânsito fatais.¹⁴ Apesar de poderem ser causados por todo o tipo de acidente (de viação, de trabalho, desportivos, domésticos), a maioria dos casos graves de traumatismo encefalo-craneano é provocada por acidentes de viação, e nestes acidentes, os traumatismos encefalo-craneanos constituem uma das principais causas de morte. Existem vários mecanismos que podem provocar lesões encefálicas, sendo o mais comum o golpe directo sobre o crânio, provocando, independentemente da eventual fractura óssea, o choque das estruturas nervosas subjacentes contra o osso no ponto de impacto ou no lado oposto.

A maior parte das mortes ocorreu na via pública (750;70.4%), antes da chegada dos acidentados ao hospital. Isto pode estar relacionado com a gravidade das lesões causadas pelo traumatismo, mas também com a qualidade da assistência que é prestada às vítimas no local do sinistro. Os nossos dados não permitem definir com certeza o papel de cada um destes dois factores, uma vez o estudo realizado foi retrospectivo e não foram colhidos dados para responder especificamente a esta questão. Porém, os dados obtidos permitem sugerir que medidas de reanimação e assistência pré-hospitalar sejam disseminadas pelos potenciais actores na via pública e pela população em geral, de modo a melhorar o prognóstico das vítimas

a curto e a longo prazo.

Finalmente, num serviço de saúde com limitações em termos de provisão de cuidados de emergência e de reabilitação como é o caso do Serviço Nacional de Saúde de Moçambique, é necessária pesquisa epidemiológica na área do trauma para fundamentar tomadas de decisão em relação à criação de serviços de atendimento pré-hospitalar, à reestruturação dos serviços hospitalares de assistência ao trauma, e ao reforço dos serviços de reabilitação física e psicológica pós-trauma. A informação obtida a partir de tal pesquisa poderá também apoiar na priorização de acções, no desenvolvimento de programas de segurança rodoviária e na consciencialização da comunidade para o problema dos acidentes de viação em Moçambique. Constituiu uma limitação neste estudo a informação incompleta em algumas das variáveis aqui analisadas.

Agradecimentos

Os autores agradecem os funcionários do Serviço de Medicina que de forma incondicional estiveram sempre disponíveis para fornecer o material que foi usado para a pesquisa. Agradecem ainda à equipe editorial da Revista Moçambicana de Ciência de Saúde, pelo encorajamento que nos deram para escrevermos e publicarmos este artigo.

Conclusão

As mortes resultantes de acidentes de viação ocorreram principalmente em adultos jovens do sexo masculino residindo na zona periurbana. A maior parte das mortes ocorreu no local do sinistro ou nas primeiras 24 horas de internamento hospitalar, tendo o traumatismo crânio-encefálico sido a principal causa de morte em pacientes admitidos aos serviços de urgência. Os resultados aqui apresentados enfatizam a necessidade de estabelecimento de um serviço de atendimento pré-hospitalar na Cidade de Maputo, incluindo o fornecimento dos cuidados de assistência ao traumatizado na via pública. Apontam ainda para a necessidade de implementação de um sistema de vigilância do trauma, crucial para a educação do público, dos actores principais em situação de trauma na via pública e dos profissionais de saúde trabalhando nos serviços de atendimento ao trauma.

Referências Bibliográficas

- World Health Organization. Global Health Observatory (GHO): 2011. Road traffic deaths. Disponível no www.who.org
- Baião, M. F. R. Sinistralidade Rodoviária Urbana: Caso de estudo do Montijo. 2010. Disponível no dia 18 de Outubro de 2012 em <https://dspace.ist.utl.pt>
- World Bank. Road Deaths Predicted to Rise in Developing Countries. 2009 Disponível no 20 de Maio de 2012 em <http://web.worldbank.org/wbsite/external/news>
- World Health Organization (WHO). World report on road traffic injury prevention. 2004. Disponível no http://www.who.int/violence_injury_prevention
- Nantulya, V. M., Reich, M. R. Road Traffic Injuries in developing countries: strategies for prevention and control. 1999. Disponível no <http://www.hsph.harvard.edu>
- Aggarwal, A. Fatal road traffic cranio-cerebral injuries: Time to act and need to study. The indian journal of neurotrauma. 2012; vol. 9, pp:156 – 157. Disponível no <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals>
- Kuchewar, S. V., Meshram, R. D. and Gadge, S. J. Demographic Study and Medico-legal Aspect of Fatal Road Traffic Accident in Aurangabad. J Life Sci. 2012; vol. 4, No. 1, pp: 7 – 10. Disponível no <http://www.krepublishers.com/02-Journals/JLS>
- World Health Organization. Media Centre: Road traffic injuries. 2013. Disponível no <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/en/>
- Ameratunga, S., Hajar, M. and Norton, R. Road-traffic injuries: confronting disparities to address a global-health problem. TheLancet. 2006; vol. 367. Disponível no www.bvsde.paho.org
- Kumar, M. A., Lalwani, S., Agrawal, D., Rautji, R. and Dogra, T. Fatal road traffic accidents and their relationship with Head injuries: an epidemiological survey of five years. The indian journal of neurotrauma. 2008; vol. 5, No. 2, P:63 – 67. Disponível no www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/ijnt/article
- Martin, J., Lardy, A. and Laumon, B. Pedestrian Injury Patterns According to Car and Casualty Characteristics in France. Ann AdvAutomot Med. 2011 October; 55: 137–146. Disponível no <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3256841/>
- Hsiao, M., Malhotra, A., Thakur, J.S., Sheth, J. K., Avery B Nathens, A. B., Dhingra, N. and Jha, P. Road traffic injury mortality and its mechanisms in India: nationally representative mortality survey of 1.1 million homes. BMJ Open 2013; vol. 3: e002621. Disponível no <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles>
- Aggarwal, A.; Kaur, S. and S Dhillon, M. Sociodemographic Profile of Road Traffic Accident Victims admitted at Emergency Surgical OPD of a Tertiary Care Hospital. Journal of Postgraduate Medicine, Education and Research. 2012; vol. 46, No. 1, pp:15 – 18. Disponível no www.jaypeejournals.com/eJournals
- Montazeri, A. Road-traffic-related mortality in Iran: a descriptive study. Public Health. 2004; vol. 118, No. 2 p:110 – 3. Disponível no <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Proficiência dos Laboratórios da Rede Nacional de Moçambique na Técnica de Gram

Lena Manhique¹, Nilsa Nascimento¹, José Langa¹, Eduardo Samo Gudo¹, Ana Olga Mocumbi¹,

¹ Instituto Nacional de Saúde, Moçambique

² Universidade Eduardo Mondlane, Moçambique

Autor para correspondência: Lena Vânia Manhique
Instituto Nacional de Saúde, Maputo – Mozambique
Av. Eduardo Mondlane/Salvador Allende,
Tel: 00 258 84 0378456 | Fax: 00 258 825649748
Email: lmanhique@yahoo.com.br | or lvmanhique@gmail.com

Resumo

Introdução: A coloração de Gram é um dos mais importantes métodos de coloração utilizados em laboratórios de microbiologia, sendo quase sempre o primeiro passo para a caracterização de amostras das bactérias. Em Moçambique, O INS através em parceria com a ASM, introduziu em 2011, um programa de AEQ para coloração de Gram, a fim de assegurar a qualidade desta técnica em todas as unidades sanitárias com capacidade laboratorial. Este programa consiste de testagem de proficiência (TP) e visitas de supervisão para os laboratórios que apresentarem baixo desempenho.

Metodologia: Este painel foi composto por cinco lâminas, obtido através de cepas padrão ATCC (*American Type Culture Collection*), duas coradas pelo método de Gram e três não coradas, contendo diversas bactérias que se diferenciam pela capacidade tintorial e morfológica. Sendo que as lâminas não coradas deviam ser coradas de acordo com o POP de cada participante.

Resultados e Discussão: Dos laboratórios que completaram as três rondas obtiveram um desempenho para a variável capacidade tintorial entre 13,3% e 86,9% entre a primeira e terceira ronda. Apenas um laboratório apresentou desempenho aceitável nas três rondas. Em relação à distinção da morfologia das bactérias, a proficiência média de coloração de Gram foi de 57,14% na primeira ronda; três laboratórios tinham desempenho aceitável, dois dos quais com proficiência de 100%.

Conclusões: A taxa de resposta deste programa de Avaliação externa de qualidade foi aceitável. Os resultados mostraram necessidade de treino contínuo para capacitar o pessoal do laboratório sobre a coloração de Gram. Serão também necessárias visitas de supervisão, a realizar em coordenação com a Direção Provincial da Saúde, de forma a dar assistência técnica aos laboratórios com baixo desempenho).

Palavras- Chave: Coloração de Gram, Avaliação Externa de Qualidade, Gram

External Quality Assurance on Gram stain in the National Laboratories of Mozambique network

Abstract

Introduction: Gram stain represents one of the most important laboratory test performed at microbiology laboratories, including the laboratory network in Mozambique. In 2011, the National Institute of Health, Mozambique (NIH-Moz), in partnership with ASM, launched an External Quality Assessment (EQA) scheme for Gram Stain with the intent to ensure the quality of this technique at the laboratory network in Mozambique. This scheme consists of proficiency testing panels (PT) and supervision site visits for laboratories with low performance.

Methods: This PT was composed of five slides containing several standard bacterial strains obtained from *American Type Culture Collection* (ATCC). Each laboratory received 5 slides: two of them were previously stained while three were sent unstained.

Results and Discussion: The response rate was 76,2%, 70,0% and 94,4%, for the first, second and third round, respectively. Laboratories reported their results to NIH for the three panels were analyzed and the performance for Gram stain was between 13.3% and 86.9% between the first and third round. Only one laboratory showed acceptable performance in all three rounds. Regarding the difference of the morphology of the average proficiency bacteria Gram staining was 57.14% in the first round, three laboratories had acceptable performance, two of these had 100% proficient.

Conclusion: The response rate for these PTs was acceptable. Results of these PTs also highlight the need for continuous training to refresh the laboratory staff in aspects related to Gram stain. Site visits will be conducted in coordination with the Provincial Health directorate in order to provide technical assistance to the laboratories with low performance.

Introdução

A coloração de Gram tem importância crucial na microbiologia de urgência, pois o exame bacterioscópico permite ao clínico iniciar o tratamento empírico adequado e monitorar a infecção até recepção do resultado da cultura^{1,2}. Este é o teste microbiológico mais utilizado actualmente na rede de laboratórios do Serviço Nacional de Saúde de Moçambique e tem como finalidade a classificação dos microorganismos com base na sua afinidade pelos corantes, no seu tamanho, na sua forma e no arranjo celular. Esta coloração permite classificar as bactérias que se coram de violeta em gram positivas, e as que se coram de vermelho, em gram negativas^{1,3}.

A estrutura responsável pela forma da bactéria é a parede celular. É esta estrutura que tem afinidade pelos corantes utilizados no método de Gram. O método Gram permite observar três tipos morfológicos básicos os cocos, os bacilos e os espirilos^{3,4}. As bactérias Gram positivas apresentam uma parede constituída por uma camada espessa de peptidoglicano adjacente à parte exterior da membrana plasmática e possuem grande quantidade de ácido teicoico. É esta característica que não permite a entrada do álcool no interior da célula, retendo o corante inicial e tingindo a parede de violeta¹. Ao contrário das bactérias Gram positivas, as Gram negativas apresentam na sua parede celular uma camada fina de peptidoglicano ligada a uma membrana externa. Estas células sofrem acção do descorante alcoólico permitindo que o complexo cristal violeta-iodo seja substituído pelo contracorante, o que confere às bactérias a cor vermelha¹.

Para garantir a qualidade deste método microscópico de caracterização das bactérias é importante a realização do controlo de qualidade interno, o qual consiste na manutenção preventiva do microscópio, treino do pessoal envolvido na realização da técnica, avaliação de competência de quem realiza a técnica e controlo dos corantes sempre que se abre um novo

lote e ou, pelo menos, uma vez por semana⁴. Por sua vez, a avaliação externa de qualidade é um procedimento realizado por uma entidade governamental ou não, e atende a requisitos pré-determinados para a realização de tarefas específicas. Esta avaliação tem como objectivo criar ou melhorar os padrões da prática laboratorial, de modo a reduzir os riscos de danos na prestação de serviços e a aumentar a probabilidade de bons resultados.

Em 2011, o Instituto Nacional de Saúde (INS) através duma parceria entre o Programa Nacional de Avaliação Externa de Qualidade (PNAEQ), o *Center for Disease Control (CDC)-Moçambique* e a *American Society for Microbiology (ASM)*, introduziu pela primeira vez em Moçambique o esquema de Avaliação Externa de Qualidade para coloração de Gram, que consiste na testagem de proficiência (TP) e visitas de supervisão aos laboratórios da rede do Serviço Nacional de Saúde. Na TP, um painel constituído por amostras cegas é enviado aos laboratórios clínicos; estes, depois de as analisarem, registam os resultados e enviam-nos de volta ao INS para verificação. O PNAEQ é responsável por organizar e gerir todas as informações envolvidas na operação do programa. Consultores técnicos disponibilizados pela ASM e CDC-Mocambique auxiliaram na fase piloto de preparação e montagem do painel.

O presente manuscrito descreve os resultados da avaliação externa da qualidade da coloração de Gram realizada nos laboratórios de unidades sanitárias do Serviço Nacional de Saúde.

Material e métodos

foram incluídos no esquema de avaliação externa de qualidade da coloração de Gram todos laboratórios de referência de nível quaternário e terciário localizados nas capitais provinciais do país. Adicionalmente, foi feita uma amostra por conveniência de Hospitais Rurais do Sistema Nacional de Saúde. Após a primeira ronda, e tendo em conta a perspectiva de descentralização, foram adicionados ao

esquema de avaliação 1 Hospital Rural e 4 Centros de Saúde.

Para a avaliação de proficiência tintorial e morfológica, foi utilizado um painel preparado e caracterizado pelo Laboratório Nacional de Referência de Microbiologia do INS. Adicionalmente, foi enviado um questionário de modo a averiguar e confirmar se os laboratórios realizavam o método de Coloração de Gram, com que frequência estes testes eram pedidos, em que tipo de amostras era realizada a Coloração de Gram, o número de trabalhadores no laboratório e tempo de execução do teste e de envio do resultado para o clínico.

Para a validação do sistema de transporte do painel, foi previamente enviado um painel de AEQ piloto a três locais de Moçambique. O primeiro local foi seleccionado por apresentar as temperaturas mais elevadas do país, e os restantes dois para testar o método de envio por via terrestre e aérea. As lâminas foram embaladas segundo o sistema de transporte triplo recomendado pela IATA para transporte de substâncias infecciosas.

Foram realizados três envios: o primeiro, em Setembro de 2011; o segundo, em Março de 2012 e o terceiro em Setembro de 2012. Os resultados do painel foram avaliados usando dois parâmetros, designadamente a capacidade tintorial e morfológica. Os laboratórios participantes com apenas uma avaliação não foram analisados.

Descrição da evolução no número de laboratórios

O estudo iniciou com 13 participantes e aumentou para 20 laboratórios no segundo envio (foram incluídos os Centros de Saúde e Hospitais Rurais). Após a visita de supervisão realizada entre a segunda ronda e a terceira ronda, foram mantidos os mesmos participantes com excepção de 02 Centros de saúde, razão pela qual o número de laboratórios participantes baixou para 18 (**Tabela 1**).

Painel Utilizado

O painel de AEQ foi composto por cinco lâminas, obtidas de cepas padrão da *American Type Culture Collection* (ATCC). Duas lâminas eram coradas pelo método de Gram de acordo com o procedimento operacional padrão do Laboratório Nacional de Referência de Microbiologia (LNRMB) do INS. Foram adicionadas três lâminas não coradas contendo bactérias diversas que se diferenciam de bactérias passíveis de coloração Gram pela capacidade tintorial e pelas características morfológicas. Estas últimas deviam ser coradas pelos técnicos, de acordo com o Procedimento Operacional Padrão em uso em cada laboratório

participante.

Todas as lâminas eram acondicionadas em laminotecas específicas e guardadas a temperatura ambiente de 16°C a 30°C máximo. Juntamente com o painel, era enviado um formulário técnico contendo instruções e um local para colocação de resultados e comentários. Todas as cepas eram confirmadas pelo método clássico de identificação: cultura e bioquímica.

Avaliação dos Laboratórios

O desempenho dos laboratórios foi medido utilizando o esquema de pontuação indicado na **Tabela 1** para a avaliação de cada lâmina. Considerando as 5 lâminas, o desempenho máximo possível obtido em cada um dos parâmetros foi de 15 pontos.

Em relação a cada parâmetro, o desempenho do laboratório participante foi considerado: *Aceitável* - quando a pontuação obtida era maior ou igual a 80%; *Não Aceitável* - quando a pontuação obtida pelo laboratório estava abaixo deste valor.

Considerações Éticas

A confidencialidade das informações fornecidas pelos participantes foi garantida através do sistema de codificação dos Laboratórios participantes. E os técnicos responsáveis pela realização da técnica assinaram o formulário de resultados como forma de garantir o rastreio para qualquer intervenção rápida que pudessem precisar e para garantir que os investigadores identificassem os que necessitariam de apoio técnico durante as supervisões. Na apresentação dos resultados, os laboratórios foram codificados. Apenas os investigadores podiam estabelecer uma relação entre o laboratório e os resultados encontrados.

O estudo foi realizado em conformidade com a norma ISO/IEQ 17043:2011 e NM ISO 15189:2007.

Análise estatística

Os participantes respondiam em formulários fornecidos pelo PNAEQ onde colocavam os resultados da observação das lâminas e interpretação. Eles enviavam os resultados de AEQ via Fax ou utilizando o sistema de recolha dos resultados via Skynet fornecido pelo PNAEQ do INS. Os resultados eram convertidos ou introduzidos numa base de dados em formato Excel. Os resultados da AEQ de Gram são apresentados em frequências e percentagens, e comparados com os resultados previamente designados.

Resultados

O programa de AEQ para o Gram registou uma taxa de resposta de 76,2%, 70,0% e 94,4% respectivamente na primeira, segunda e terceira rondas (**Tabela 1**). Três dos laboratórios justificaram o não envio,

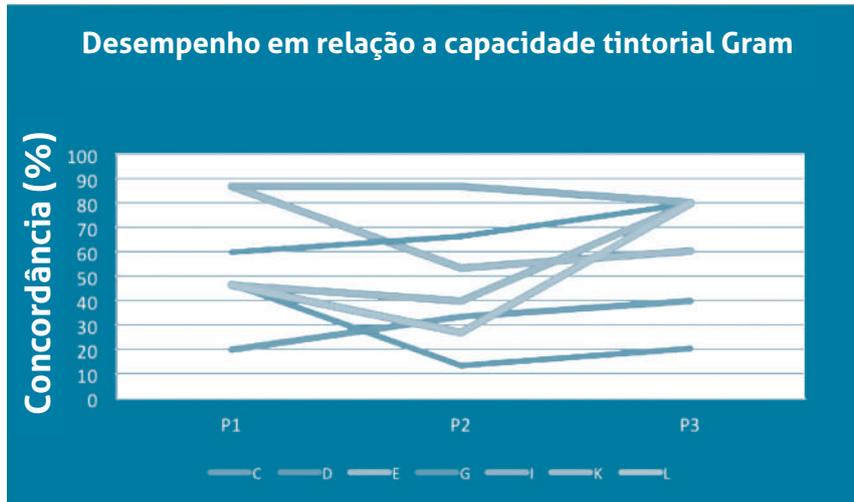


Figura 1.a: Desempenho dos técnicos em relação a capacidade tintorial Gram ao longo das três rondas

sendo as principais razões a falta de corante de Gram para realização da técnica, a existência de corantes fora do prazo e, por fim, a falta de treino na técnica. Foram incluídos no esquema 20 laboratórios, tendo sido excluídos 2 na segunda ronda. Dos 18 laboratórios avaliados, apenas 7 (35%) de nível Provincial e Geral responderam a todas as rondas conforme ilustra a Figura 1. Em relação à capacidade tintorial, a proporção de laboratórios com resultado aceitável foi de 2/7, 1/7 e 4/7, na primeira, segunda e terceira rondas, respectivamente. O desempenho obtido pelos laboratórios variou de 2/15 (13.3%) a 13/15 (86.7%) nas diversas rondas (Figura 1a), 4 laboratórios (57,1%) mostraram evolução positiva no desempenho em re-

lação à capacidade tintorial Gram. Um laboratório apresentou desempenho aceitável nas três rondas. Em relação à distinção morfológica pelo método Gram, a proficiência foi 4/7 na primeira ronda, 4/7 na segunda e 1/7 na terceira. Nenhum laboratório manteve um nível de proficiência aceitável nas três rondas, mas, na primeira ronda, dois laboratórios tiveram pontuação de 100%. De um modo geral, o desempenho dos laboratórios decresceu com o tempo. (Figura 1b). Treze laboratórios (65%) incluindo de hospitais central (2), rural (3) e de centros de saúde (2) enviaram resultados incompletos, respondendo a apenas uma ou duas rondas. Apenas 5 unidades participaram em

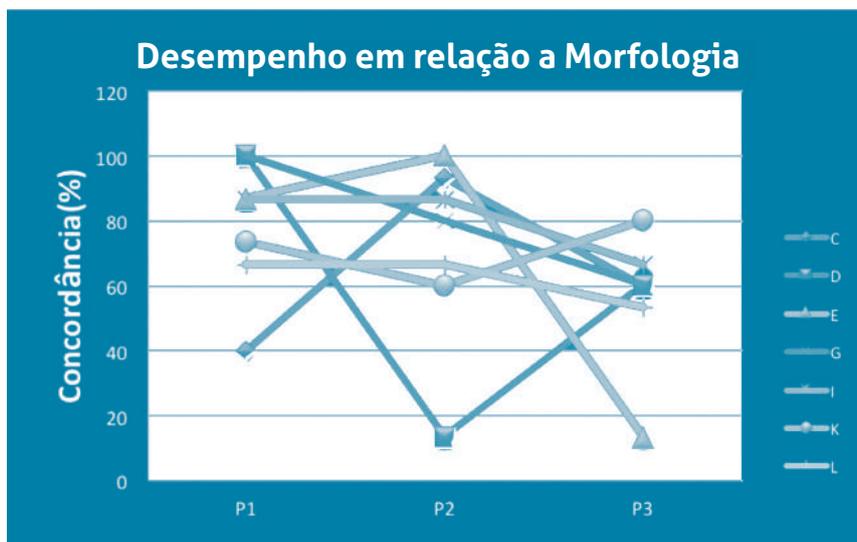


Figura 1.b: Desempenho dos técnicos em relação a identificação morfológica ao longo das três rondas

duas rondas. O desempenho médio dos laboratórios em relação à capacidade tintorial foi *não aceitável*: 46.7% para centros de saúde, 48.3 % para hospitais rurais e 53.3 para hospitais centrais (**Figura 2a**). O desempenho médio em relação à distinção morfológica foi aceitável para laboratórios de hospitais centrais, ao nível de 85%; Os laboratórios de centros de saúde e de hospitais rurais tiveram um desempenho médio de 37.0 e 57.0%, respectivamente.

Discussão

O principal achado após as 3 rondas de envio de painéis para avaliação externa de qualidade foi a demonstração do baixo nível de proficiência técnica dos laboratórios participantes na realização e interpretação dos resultados da técnica de Gram. De um modo geral, o desempenho dos laboratórios foi mais baixo para coloração do que para distinção morfológica. Um único laboratório apresentou nível aceitável de proficiência tintorial nas três rondas; este mesmo laboratório apresentou os melhores resultados na distinção morfológica com resultados aceitáveis em duas rondas, e um resultado próximo do aceitável na outra.

A rede laboratorial do Serviço Nacional de Saúde funciona com 297 laboratórios em todo o País, assim distribuídos: 4 do nível quaternário (Hospitais Centrais e Especializados), 7 do nível terciário (Hospitais Provinciais), 40 do nível secundário (Hospitais Distritais, Gerais e Rurais) e 246 do nível primário (Centros de Saúde Urbanos e Rurais). O funcionamento em rede dos laboratórios faz-se de tal modo que qualquer deles serve de referência para laboratórios de níveis mais periféricos. Assim, é preocupante o facto de alguns laboratórios de nível superior de

referência na rede terem níveis de proficiência mais baixos do que os de laboratórios de instituições de nível periférico.

Nenhum laboratório teve desempenho máximo em relação a capacidade tintorial. A comparação do desempenho de hospitais centrais, rurais e centros de saúde em relação à capacidade tintorial, mostrou resultados muito próximos entre estes laboratórios (**Figura 2b**). O desempenho dos laboratórios na distinção morfológica seguiu um padrão mais aceitável, com os hospitais centrais mostrando níveis de proficiência bem mais elevados do que os hospitais rurais e centros de saúde. Este achado é positivo tendo em conta que os hospitais centrais devem agir como unidades de referência ao nível regional

Poucos hospitais mantiveram níveis de proficiência estáveis nas três rondas e apenas 57,2% dos laboratórios tiveram evolução positiva entre a primeira e terceira ronda. A grande variabilidade está em parte associada às práticas de coloração das lâminas, facto por nós comprovado no processo. O método manual de coloração de Gram requer treino dos técnicos para que evitem aquecimento excessivo das lâminas, descoloração inadequada ou lavagem excessiva entre as etapas ⁵. A exactidão do resultado obtido usando este método depende, em larga medida, da formação e experiência do técnico que realiza o procedimento. ⁶ Por esse motivo, mudanças nas equipas de trabalho nos laboratórios e a falta de treino por realização de números reduzidos de exames, podem ter um impacto negativo no nível de proficiência dos laboratórios. Esta inconstância dos níveis de proficiência ao longo do tempo foi ainda mais notória para a distinção morfológica, havendo mesmo uma tendência para piores resultados na última ronda.

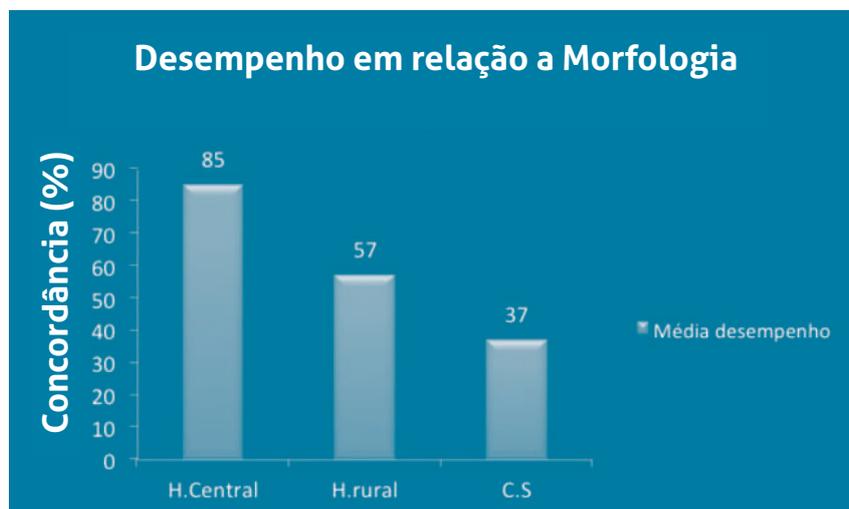


Figura 2.a: Desempenho médio dos hospitais dos vários níveis em relação a identificação morfológica

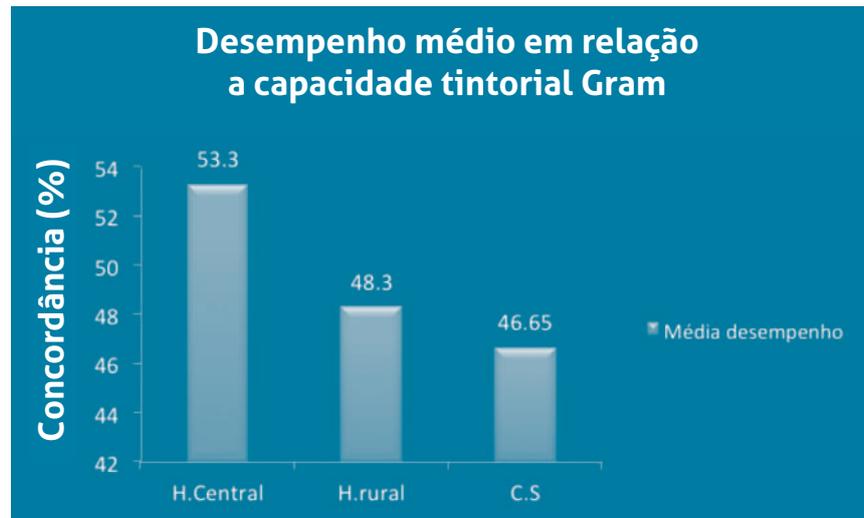


Figura 2.b: Desempenho médio dos hospitais de vários níveis em relação a capacidade tintorial Gram

Apesar de ter havido um aumento do pessoal de laboratório na rede nacional em 112% (de 689 para 1088) entre 2000 e 2010, o número total de técnicos está ainda aquém das necessidades. Nesta pesquisa, não foram exploradas as causas destes baixos níveis de proficiência, mas a falta de recursos humanos capacitados nos laboratórios periféricos leva, muitas vezes, ao envio das lâminas para os laboratórios de referência, o que não só perpetua a fraca formação dos técnicos nestas unidades sanitárias periféricas como aumenta o custo por análise e o tempo de resposta aos clínicos.

O desempenho dos laboratórios pode melhorar com visitas de supervisão de carácter formativo. Contudo, dado o elevado número de laboratórios na rede e as características geográficas do País, para que esta actividade de supervisão seja exequível de forma efectiva, é necessário que os laboratórios de referência nos hospitais provinciais e centrais tenham níveis de desempenho mais elevados do que os encontrados. Estes laboratórios deveriam, por isso, ser alvo de análise e intervenção urgentes. Recomenda-se também a realização de pesquisas com vista a identificar as causas dos baixos níveis de proficiência encontrados, pois só assim será possível definir prioridades de acção que podem tanto estar dirigidas à formação contínua dos profissionais de laboratório como à melhoria das condições de trabalho existentes nos mesmos.

A taxa obtida na última ronda (94.4%) é encorajadora e permite recomendar a adopção de procedimentos de avaliação externa de qualidade na rotina de avaliação da rede de laboratórios pelo Ministério da Saúde. A longo prazo, dever-se-ia abranger todos os laboratórios clínicos da rede nacional, alimentando o

programa de avaliação externa com painéis constituídos por amostras clinicamente relevantes fornecidas por laboratórios de nível mais alto na rede, que fariam simultaneamente a verificação dos procedimentos pré e pós-analíticos como recomendado pelas normas internacionais.⁷ Só assim poderá ser acelerada a implementação de sistemas de gestão de qualidade e o processo de acreditação dos laboratórios clínicos e de saúde pública em Moçambique, um dos objectivos do plano estratégico do INS.⁸

Agradecimentos

Os autores agradecem os técnicos de todos laboratórios participantes do PNAEQ, a coordenação do PNAEQ do INS, o *Center for Disease Control and Prevention (Moçambique)*, a *American Society for Microbiology* e os colegas do Laboratório Nacional de Referência de Microbiologia do INS.

Conclusão

a proficiência na realização da técnica de Gram é fraca na rede nacional de laboratórios. Mais ainda, verifica-se uma grande oscilação no nível de desempenho dos laboratórios ao longo do tempo. Este resultados demonstram a importância da implementação de um programa de AEQ nos laboratórios clínicos em Moçambique e revelam a necessidade de uma política que inclua não só intervenções diversas para melhoria da qualidade de trabalho dos técnicos, mas também a obrigatoriedade destes participarem de programas de avaliação externa de qualidade.

Há necessidade de implementar um programa de formação contínua dos técnicos afectos aos laboratórios clínicos na realização da técnica de Gram e interpre-

tação dos seus resultados, inicialmente dirigida aos hospitais centrais e provinciais. Esta medida permitiria a descentralização e a uma maior abrangência do programa de avaliação externa de qualidade num curto espaço de tempo. Recomendam-se também visitas de supervisão centradas na qualidade dos reagentes, no estado dos microscópios e nos procedimentos técnicos.

Referências Bibliográficas

1. Koneman EW, Procop GW, Schreckenberger PC, Woods GL, Winn WC, Allen SD, Janda WM. Diagnóstico Microbiológico. 6ª edição: Guanabara Koogan. Rio de Janeiro. Brasil. 2010. 1565pp
2. Church D, Melnyk E, Unger B. Quantitative Gram Stain Interpretation Criteria Used by Microbiology Laboratories in Alberta, Canada. *Clinical Microbiology* 2000; 38: 4266–4268
3. Ruiz RL. Manual Prático de Microbiologia Básica. São Paulo: EDUSP, 2000.129. pp
4. Oplustil CP, Zoccoli CM, Tobouti NR, Sinto SI. Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica. 3°. ed. São Paulo: Servier, 2010.530pp
5. Kruczak-Filipov P, Shively RG. Aerobic Bacteriology: Gram stain procedure. In: *Microbiology Procedures Handbook*. ed. M. Pezzlo. ASM press. Washington, 1992. 1518pp acesso online em Abril/2013 www.quadrant.net/cpss/pdf/Lab_QA_Microbiology_QA.pdf.
6. Pozo MA, Palomo FS. Análise do Sistema Automatizado para Coloração de Gram Desenvolvido pela Hemogram. ed. 102. *NewsLab*. São Paulo – 2010. 135pp acesso online em Janeiro/2013. www.newslab.com.br/newslab/revista_digital/102/revista.pdf
7. 7. ISO15189:2009 Laboratórios de análises clínicas - Requisitos especiais de qualidade e competência. 1°. Ed. Moçambique. 2009
8. www.ins.gov.mz

Percepções de mulheres imigrantes acerca das dificuldades de acesso e da qualidade do atendimento de saúde em Portugal

Cristianne Famer Rocha¹, Camilo Darsie¹, Ana Gama², Sónia Dias²

¹ Instituto Nacional de Saúde, Moçambique

² Universidade Eduardo Mondlane, Moçambique

Autora para correspondência: Cristianne Farmer Rocha, Universidade Federal do Rio Grande do Sul | Rua Irmão José Otão, 170 – Apto. 905 – CEP: 90035-060, Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: cristianne.rocha@terra.com.br – cristianne.rocha@ufrgs.br

Resumo

Objetivos: Avaliar as percepções de mulheres imigrantes (brasileiras e oriundas de países africanos de língua portuguesa), residentes em Portugal, acerca das facilidades/dificuldades de acesso aos serviços de saúde bem como as suas considerações acerca da qualidade do atendimento em saúde recebido. **Métodos:** Investigação original de carácter qualitativo. O estudo foi realizado em Portugal, no ano de 2008, por investigadores brasileiros e portugueses, com ajuda de Organizações Não-governamentais que atendem imigrantes. Participaram no estudo 35 mulheres, sendo 15 brasileiras e 20 africanas. Destas últimas, nove são de Cabo Verde, seis de Angola, quatro de São Tomé e Príncipe e uma da Guiné. Os dados/informações utilizados no estudo foram produzidos a partir da realização de grupos focais e, posteriormente, analisados através da análise de conteúdos. Os grupos foram formados de acordo com a origem das participantes, pois a intenção foi constituir grupos heterogêneos em relação a outras características sociodemográficas, por exemplo, diferentes faixas etárias, profissão, número de filhos (e sem filhos), experiências migratórias diversificadas, entre outros aspectos diferenciadores. **Resultados e Conclusões:** De modo geral, foi possível observar manifestações de insatisfação relacionadas com o atendimento de imigrantes e, a partir disso, aponta-se a necessidade de mudanças que envolvem a capacitação dos profissionais da área da saúde na direcção de melhorar a qualidade dos serviços prestados, bem como estimular a participação dessas utentes nos programas de saúde de modo a se promover melhores condições de saúde aos imigrantes.

Palavras-chave – Mulheres imigrantes; serviços de saúde; Promoção da Saúde.

Perceptions of immigrants women about difficulties of access and quality of health care in Portugal

Abstract

Objectives: To evaluate the perceptions of immigrant women (Brazilians and Africans from African Portuguese-speaking countries) residing in Portugal, about the facilities/difficulties about access to health services as well as their considerations about the quality of health care. *Type of study:* Original qualitative research. *Methods:* The study was conducted in Portugal, in 2008, by Brazilian and Portuguese researchers, who had help from Non-Governmental Organizations. Participants were 35 women, 15 Brazilian and 20 African, nine from Cape Verde, six from Angola, four from Sao Tome and Principe and Guinea. The data/information used in the research was produced with focus groups and subsequently analyzed by content analysis. The groups were formed according to the origin of the participants, because we tried to establish working teams heterogeneous, with other sociodemographic characteristics: different age, occupation, number of children (and childless), experiments migration varied among other things differentiators.

Results and Conclusions: In general, we observed manifestations of dissatisfaction related to the care of immigrants and, from that, it points to the need for changes involving the training of health professionals towards improving the quality of services provided and to encourage the participation of these users in health programs in order to promote better health.

Keywords - Women immigrants, health services, Health Promotion

Introdução

Apesar do acesso aos serviços de saúde e da qualidade destes serem aspectos vitais para a diminuição da vulnerabilidade e para a promoção da saúde das populações, verifica-se, em observações realizadas em diferentes anos, que as comunidades imigrantes não têm sido sistematicamente abrangidas pelos sistemas existentes de informação, de prevenção e de tratamento^{1,2,3}. Em função de um conjunto complexo de factores, os imigrantes tendem a adoptar, menos frequentemente, comportamentos preventivos em relação à saúde. Além disso, no que se refere à utilização dos serviços de saúde disponíveis nos países de acolhimento, os imigrantes apresentam baixos índices de participação e utilização. Essa realidade coloca-os em situação de risco e propicia o aumento das dificuldades relacionadas com a saúde bem como dos custos associados aos tratamentos que eventualmente se tornam necessários⁴.

Como forma de atenuar estas questões, o desenvolvimento de programas efectivos em saúde precisa ter em conta a articulação entre as preocupações em saúde e os contextos em que as comunidades estão inseridas. Para tal, é necessário que se considerem os perfis epidemiológicos, as características de mobilidade, as dinâmicas socioculturais e económicas criadas pelos factores demográficos – migração e etnicidade –, as possibilidades de acesso aos serviços de saúde, os tabus, as crenças religiosas e as dinâmicas de género implícitas nesta problemática⁵.

Apesar de um elevado número de autores recomendar que as intervenções devem ser adequadas às necessidades específicas das populações, assiste-se a uma realidade em que poucas são as intervenções que têm por base um conhecimento aprofundado destes aspectos. Adicionalmente, as necessidades na área da saúde têm sido pensadas e organizadas, muitas vezes, a partir do ponto de vista dos profissionais de saúde, sabendo-se pouco acerca da perspectiva dos imigrantes^{6,7}.

Tendo em vista esta questão, foi realizada uma investigação, em Portugal, com a participação de imigrantes brasileiras e africanas (oriundas de diferentes Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa), que pretendeu aprofundar conhecimentos sobre os factores e os processos subjacentes à saúde e à utilização dos serviços de saúde relacionados com as mulheres imigrantes. Especificamente, pretendeu-se apontar os conhecimentos, as atitudes e as práticas relativas ao acesso e à qualidade do atendimento saúde, a partir das opiniões e das experiências dessas mulheres imigrantes que vivem em Portugal.

Assim, parte das informações produzidas e analisadas durante o desenvolvimento da investigação – mais especificamente, aquelas relacionadas com a utilização dos serviços de saúde a partir da perspectiva das entrevistadas – será discutida neste artigo.

Métodos

O estudo, realizado no ano de 2008, em Lisboa (Portugal), contou com a realização de grupos focais, que

têm sido utilizados no âmbito das ciências sociais e de saúde^{8,9}. No contexto da promoção da saúde e prevenção de doenças, esta técnica pode ser um meio eficaz para se chegar às significações, aos sistemas de crenças ou às perspectivas que estão subjacentes à adopção ou não de determinados comportamentos, sendo particularmente eficaz na identificação de obstáculos que impedem ou desencorajam os indivíduos a aderirem a comportamentos favoráveis à saúde^{10,11}. Para viabilizar a formação dos grupos, o estudo foi apresentado a organizações não-governamentais, associações, instituições particulares de solidariedade social e centros sociais que desenvolvem trabalhos com comunidades imigrantes em Portugal. Estas entidades sinalizaram potenciais participantes para o estudo, tendo em consideração os critérios de inclusão da amostra, como sejam: mulheres imigrantes (provenientes do Brasil e de PALOP, e cujos pais não tivessem nascido em Portugal); com idades compreendidas entre 18 e 45 anos; residentes em Portugal há mais de dois anos; com disponibilidade e vontade em participar na investigação.

As imigrantes indicadas foram contactadas pela equipa de investigação, que lhes apresentou o estudo de forma sucinta, confirmou os critérios de inclusão e informou sobre as questões logísticas relativas à realização dos grupos (local, horário etc.). As participantes foram incluídas no estudo com base na sua disponibilidade e interesse explícito em participar. Nos contactos previamente realizados, foi ainda pedido às participantes que indicassem outras mulheres imigrantes para participar no estudo, o que levou a novos contactos e averiguações acerca dos critérios de inclusão.

Assim, foram formados seis grupos, de acordo com a origem das participantes – brasileira ou africana – que totalizaram um número de 35 mulheres. Dessas, 15 brasileiras e 20 africanas. Destas últimas, nove provêm de Cabo Verde, seis de Angola, quatro de São Tomé e Príncipe e uma da Guiné. Procurou-se constituir grupos que fossem suficientemente heterogéneos em relação a outras características sociodemográficas, por exemplo, diferentes faixas etárias, profissão, número de filhos (e sem filhos), experiências migratórias diversificadas, entre outros aspectos diferenciadores.

Os grupos focais tiveram uma duração média de uma hora e trinta minutos. Cada sessão foi registada em áudio, após consentimento prévio das participantes, de forma a maximizar a produção e organização de dados e permitir a transcrição integral das discussões realizadas, para posterior análise. No início das sessões, todas as participantes foram devidamente informadas sobre os objectivos gerais da investigação, a

forma como iria ser conduzida a reunião e o procedimento para produção de dados. Foi claramente explicitada a possibilidade de as participantes se recusarem a participar ou desistirem a qualquer momento da reunião, tendo sido obtido o consentimento voluntário das participantes com garantia do anonimato e da confidencialidade dos dados.

A análise dos resultados obtidos seguiu o procedimento comum da análise de conteúdo utilizada na metodologia qualitativa^{12,13}. A análise de conteúdo, para Morgan (2001), é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que tem como ponto de partida a realidade concreta dos sujeitos, assim como a sua história. Assim, as questões teóricas previamente definidas foram analisadas em conjunto com os tópicos gerais explícitos nas conversas de forma a serem elaborados os primeiros itens para análise. Selecionaram-se depois as questões de maior significado, definiram-se categorias, que foram ajustadas à medida que se prosseguia a análise dos dados e, em seguida, procedeu-se à sua codificação. Parte dos resultados analisados serão apresentados a seguir.

Resultados e discussão

Os resultados do estudo sugeriram diferentes padrões de utilização dos serviços de saúde, que vão desde a utilização de uma forma regular e preventiva à não utilização, como pode ser visto nas seguintes frases: *“A minha experiência é diferente, porque uma vez por ano, eu faço um check-up com todos os exames”* (participante brasileira); *“Eu tenho a minha médica e costumo ir sempre”*; *“Eu há nove anos que não vou ao médico”* (participante africana). Porém, chamou a atenção a existência de um grupo significativo de imigrantes que tende a recorrer aos serviços de saúde apenas em situações de emergência ou de estado avançado de doenças¹⁴. Sobre isso, as participantes relatam as seguintes afirmações: *“Só quando a gente está muito mal”*; *“Não vou porque nunca estou doente”*; *“Eu às vezes sinto mesmo dores, mas eu prefiro ficar em casa, arranjar remédio e tomar sem ir ao médico”* (participantes africanas). Ainda, pelos discursos das participantes, sobretudo brasileiras, constatou-se desconfiança e a percepção de pouca qualidade no que se refere aos cuidados de saúde prestados:

(...) eu tenho muito medo, não sei se é por a gente ser imigrante (...). Então, a gente interna, mas eu acho que vai da sorte também, pois eles não têm tanto cuidado. Quando a gente chega lá, uns conseguem se safar e outros não conseguem. (participante brasileira)

(...) tem aquela sala enorme, põem a mulherada toda numa sala, não há uma privacidade. Pior que não ter privacidade, é estar a ouvir as outras a gritar. Depois o

médico veio, abriu as pernas da nossa amiga e fez logo ali o parto. Tudo bem que estava a fazer-se muita cesária, daí o governo diminuiu, porque cesária é cara, mas tem mulheres que chegam lá e já não aguentam mais. (participante brasileira)

Outra questão relevante, apontada nas discussões dos grupos focais, foi a associação entre as “más experiências” vividas pelas imigrantes em relação ao acesso ou à utilização dos serviços e a decisão de não voltar a recorrer novamente aos serviços. No mesmo sentido, as participantes brasileiras realçam que muitas vezes os serviços de saúde não dão resposta às necessidades sentidas:

O pediatra falava uma coisa, o médico dizia outra. Ela ficou assim perdida. Ela passou mesmo mal. Eles pensam que assim aprendemos. Para isso, ficamos em casa, pois a gente vai e volta com o mesmo caso sem esclarecer. Eles não esclarecem e ficamos naquela confusão, sem saber o que fazer. (participante brasileira);

Eu acho que deveria haver um acompanhamento porque não é normal a pessoa ter isso no útero, é uma coisa que não é normal, eu nunca ouvi ninguém falando e ela [a médica] teve uma reacção de estranhamento. Como pode ter pólipos no útero? No entanto, não houve acompanhamento. Não adianta eu ir. (participante brasileira);

Até a maneira como nos atendem, às vezes é tão arrogante que não dá vontade de ficar ali a esperar. (participante africana)

Na opinião das participantes, o estatuto legal seria um factor determinante do acesso aos serviços de saúde pois, segundo descreveram, são frequentes as situações de impedimento de acesso aos serviços por não possuírem a documentação requerida. Estudos têm apontado a situação irregular dos imigrantes como a principal barreira no acesso aos serviços de saúde, o que conduz a situações de reduzida utilização destes serviços¹⁵. Associado à não legalidade dos imigrantes está também, muitas vezes, o receio de denúncia dessa situação por parte dos profissionais de saúde aos serviços de estrangeiros e fronteiras:

Quando eu estava ilegal - agora estou à espera da boa vontade do SEF -, quando eu precisava, eles não davam nada. Tudo o que eu precisei eu tive de pagar. Tudo particular. (participante brasileira)

Ela pediu um documento que eu não sei o que era (...) e eu disse: “mas eu não preciso, eu tenho o passaporte”. Então ela começou a dizer: “você nem sabe o que é preciso, você está ilegal”. (...) eu fiquei sem acção, sem conseguir falar nada, eu comecei a chorar, peguei as minhas coisas e saí de lá, saí tremendo. Depois, o meu esposo foi comigo lá, (...) ele também é brasileiro e me avisou: “você não pode dar moleza para esse povo, porque senão eles te tratam pior que um cachorro aqui”. (participante brasileira)

A maioria das participantes aponta, ainda, as atitudes de alguns profissionais de saúde como uma barreira. De acordo com alguns estudos, este tipo de atitude em relação às populações imigrantes pode traduzir uma incapacidade dos profissionais para lidar com a diversidade cultural¹⁶. De fato, inúmeros estudos realizados com profissionais de saúde parecem consensuais no que se refere à existência de um atendimento diferenciado dos imigrantes nos serviços de saúde, que pode levar a sentimentos de discriminação¹⁷. Na opinião das participantes dos grupos focais, o pessoal administrativo não tem informações suficientes e formação adequada para lidar com populações imigrantes, o que, de acordo com alguns estudos¹⁸, pode dever-se, entre outros aspectos, ao fraco conhecimento que muitas vezes os profissionais têm do enquadramento legal e da sua aplicabilidade:

(...) eu parecia uma pessoa diferente lá no centro de saúde, porque aquelas mulheres que atendem na recepção não têm educação nenhuma, nem preparo para lidar com as pessoas. (participante brasileira)

Até a maneira como nos atendem, às vezes é tão arrogante que não dá vontade de ficar ali à espera. (participante africana)

Uma pessoa vai lá para marcar uma consulta e diz “olhe, eu gostava de marcar uma consulta mas não sei como é” e eles respondem “tem de sentar-se e esperar ali”, e depois passado muito tempo uma pessoa vai lá e eles dizem “outra vez, já disse que tem de esperar”. E depois é que a gente vai perguntar ao segurança e o segurança é que explica quando é que a gente tem de marcar a consulta. (participante africana)

Em alguns grupos focais, foi também referido pelas participantes que, por vezes, os profissionais de saúde possuem um conjunto de estereótipos acerca das mulheres imigrantes, tendo sido descritos episódios em que estas se sentiram discriminadas. Autores têm, igualmente, referido a existência de atitudes discriminatórias e de estereótipos por parte dos profissionais de saúde em relação a populações imigrantes. Os comportamentos discriminatórios dos profissionais de saúde face aos migrantes podem caracterizar-se pela falta de simpatia, pela utilização de linguagem discriminatória ou mesmo por atitudes hostis para com os imigrantes. Estes factores têm sido apontados por alguns autores¹⁶ como obstáculos à utilização dos serviços, provocando um distanciamento entre os imigrantes e os serviços, o que pode influenciar a continuidade dos cuidados de saúde prestados.

Um outro preconceito que eu sinto é que o português acha que a gente está indo lá para mostrar que sabe tudo (...) então eles já atendem a gente mal, na defesa, sabe? E eles dizem: “ai vêm vocês que pensam que sabem tudo. Vocês acham que são formados em tudo”. (participante

brasileira)

(...) o cara é muito para frente, já queria o meu número de telefone. Isso para a gente é tão natural, mas para eles, pensam logo que a gente já está querendo outra coisa. (participante brasileira)

O Papanicolau tem muitas mulheres brasileiras que vão fazer e eles têm a cara de pau de virar e dizer: “Brasileiras têm mais doenças”. (participante brasileira)

Ainda foi referido como barreira o desconhecimento existente sobre os direitos dos imigrantes e os procedimentos que são necessários para a utilização dos serviços:

Há muitas pessoas lá que têm problemas e queixam-se, tipo eu estou doente, quero ir ao médico mas não posso porque não tenho os documentos. Ficamos sem explicar como se faz, que nem eu sei, não sei mesmo. (participante africana)

(...) não sei como são as questões aqui do seguimento do pré-natal. (...) as minhas dúvidas de engravidar, eu não sei, como aqui tudo é diferente. (participante brasileira)

Conflito de interesses

Não existe conflito de interesses entre os autores deste manuscrito (ou as suas instituições) e a Revista Ciências da Saúde (ou seus editores e revisores), já que os autores não tem relações pessoais ou financeiras que poderão influenciar as suas decisões editoriais.

Conclusões

Após apresentadas e discutidas algumas das percepções de mulheres brasileiras e africanas, que vivem em Portugal, acerca das dificuldades de acesso e da qualidade do atendimento dos serviços de saúde, na sua maioria, elas não se sentem bem atendidas quando necessário. Os seus depoimentos indicam de que há necessidade de melhorias no âmbito do atendimento em saúde para imigrantes, conforme apontado por investigadores da área.

Realça-se, por este motivo, a necessidade de se adequar as intervenções de forma a lidar com as diferenças e as necessidades específicas de cada grupo e de se adoptar abordagens holísticas da saúde que contemplem as várias dimensões do conceito de saúde e o bem-estar das populações. Assim poderiam ser desenvolvidas intervenções mais congruentes com os desejos, os valores e as necessidades pessoais, criando maior aceitação por parte dos profissionais de saúde às populações imigrantes e, conseqüentemente, aumentando a eficácia das acções implementadas.

Nesta direcção, é necessário combinar intervenções multisetoriais que incluam o aumento das redes de suporte destas comunidades e que permitam uma maior sustentabilidade, de forma a se obter ganhos reais em saúde nas comunidades imigrantes. De for-

ma prioritária, em ambientes de maior vulnerabilidade, é necessário desenvolver estratégias de nível macrossocial que identifiquem os recursos de cada comunidade, reconheçam fraquezas e necessidades e reorganizem as redes sociais que permitam desenvolver um sistema de apoio mais abrangente para as populações imigrantes.

Segundo os discursos registrados nos grupos focais, a promoção da saúde nas populações imigrantes deve estar subjacente à melhoria do acesso e utilização dos serviços de saúde. No decorrer das discussões, as participantes referiram a existência de barreiras administrativas, estruturais, organizativas, socioeconómicas e culturais associadas ao acesso e utilização dos serviços. É importante também desenvolver um trabalho com os profissionais de saúde para que estejam sensibilizados e capacitados para lidar com a diversidade cultural, que cada vez mais caracteriza a população que utiliza os serviços de saúde.

Referências Bibliográficas

1. Parlamento Europeu. Annual Report on human rights in the world, 2003 [internet]. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2003 [acesso em 2008 dez 16]. Disponível em: http://ec.europa.eu/comm/external_relations/human_rights/doc/report03.htm
2. McMunn AM, Mwanje R, Paine K, Pozniak AL. Health service utilization in London's African migrant communities: implications for HIV prevention [internet]. AIDS Care. 1998 Aug;10(4):453-462. PubMed PMID: 9828965.
3. Rocha CME, Darsie C, Silva VC, Koetz APM, Gama AF, Dias SF. Maternidade Deslocada: a gravidez, o aborto voluntário e a saúde feminina para mulheres imigrantes em Portugal. Revista Brasileira de Promoção da Saúde, Fortaleza, 26(4): 470-479, out./dez., 2013
4. UNFPA – United Nations Population Fund. A state of the world population: A passage to hope 2006 [internet]. New York: UNFPA [acesso em 2008 ago 06]. Disponível em: http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/650_filename_sowp06-en.pdf
5. WHO (2008) The Right to Health. Fact Sheet No. 31. OHCHR/WHO, Geneva
6. Hoppe MJ, Graham L, Wilsdon A, Wells EA, Nahom D, Morrison DM. Teens speak out about HIV/AIDS: focus group discussions about risk and decision-making. J Adolesc Health. 2004 Oct; 35(4):345. e 27-35. PubMed PMID: 15830447.
7. Zwane IT, Mngadi PT, Nxumalo MP. Adolescents' views on decision-making regarding risky sexual behaviour. Int Nurs Rev. 2004 Mar; 51(1): 15-22. PubMed PMID: 14764010.
8. Peterson-Sweeney K. The use of focus groups in pediatric and adolescent research. J Pediatr Health Care. 2005 Mar-Apr; 19(2):104-10. Review. PubMed PMID: 15750555.
9. Culley L, Hudson N, Rapport F (2007) Using focus groups with minority ethnic communities: Researching infertility in British South Asian communities. Qual Health Res 17(1):102-112. doi:10.1177/1049732306296506
10. Green, J., Thorogood, N. Qualitative methods for health research. London: Sage Publications, 2004.
11. Linhorst, D. A Review of the Use and Potential of Focus Groups in Social Work Research Qualitative Social Work June

- 2002 1:208-228 DOI: 10.1177/1473325002001002620
12. Morgan, D. Focus Group Interviewing. Handbook of interview research: context and method. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2001.
 13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2007
 14. Muñoz-de Bustillo R, Antón Pérez JI (2010). [Use of public health services by Latin American immigrants in Spain]. *Salud Publica Mex*, 52(4):357-63.
 15. Dias, S., Severo, M.; Barros, H. Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC Health Serv Res*, 8: 207, 2008 DOI: 10.1186/1472-6963-8-207
 16. Scheppers, J. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family Practice* 23 (3):325-348, 2006 DOI: 10.1093/fampra/cmi113
 17. Campayo, J. Actitudes de los médicos españoles hacia los pacientes inmigrantes: una encuesta de opinión. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(6): 371-376, 2006.
 18. Dias, S., Gonçalves, A. Migração e Saúde. *Migrações*, 1: 15-26, 2007.

Taxa de perdas de recém-graduados das instituições de formação em saúde e suas razões no momento da colocação no serviço nacional de saúde em moçambique

Martinho Dgedge¹, Gerito Augusto², Florindo Mudender², Lucy Ramirez³, Julinho Alexandre², Marla Smith², Adelina Maiela², António Mungambe², Gabrielle O'Malley¹, Molly Robertson²

¹Direcção de Recursos Humanos, Ministério da Saúde de Moçambique

²Centro Internacional de Educação e Formação para Saúde, Moçambique

³Universidade de Washington, Estados Unidos de América

Autor para correspondência: Gerito Augusto
I-TECH Mozambique, Av. Cahora Bassa nº 106
geritoa@itech-mozambique.org | +258 824624480 / +258 348700094

Resumo

Introdução: Moçambique enfrenta escassez de recursos humanos de saúde para prestar cuidados à população. Este cenário é agravado pelo alastramento do HIV e SIDA que aumenta a demanda pelos serviços de saúde, e pelas possíveis perdas de recém-graduados no momento da colocação no Serviço Nacional de Saúde após a formação, embora não haja dados fiáveis que quantifiquem estas perdas em Moçambique.

Métodos: Foi realizado um estudo transversal que envolveu os 2.246 recém-graduados dos anos 2007 e 2008 de 12 Instituições de Formação em Saúde do país, com o propósito de determinar as taxas de perdas de recém-graduados na colocação e identificar razões associadas a essas perdas. Os dados foram obtidos dos livros de registos das Instituições de Formação em Saúde, Departamento dos Recursos Humanos do Ministério da Saúde, Direcções Provinciais de Saúde, listas de pagamento de subsídios de almoço e através de chamadas telefónicas aos recém-graduados considerados como perdidos no Serviço Nacional de Saúde. Os dados foram introduzidos no *software* ACCESS e analisados no SPSS, onde foi feita a análise estatística descritiva e aplicado o teste Qui-Quadrado com o nível de significância de =5%.

Resultados: Os registos das Direcções Provinciais de Saúde mostraram uma perda de 688 (30,6%) recém-graduados. Ao se consultar as listas de pagamento de subsídio de almoço, estas perdas ficaram reduzidas a 241 (10,7%), ou seja, recuperaram-se 447 recém-graduados dos considerados como perdidos pelos registos das Direcções Provinciais de Saúde. Ainda, recuperaram-se mais 150 recém-graduados através de chamadas telefónicas aos considerados como perdidos pelas listas de pagamento de subsídio de almoço, perfazendo uma perda final de 91 (4,05%) recém-graduados. Estes últimos foram considerados realmente perdidos no

Serviço Nacional de Saúde. Destes, 16 % (91) consentiram em ser inquiridos sobre as razões que estiveram na origem das perdas, tendo referido a necessidade de continuação dos estudos (38%), baixos salários (31%) e local de colocação distante do da família (31%).

Conclusão: Os resultados revelam a existência de falhas no sistema de registo e seguimento dos recém-graduados desde o nível central, provincial, distrital até à unidade sanitária.

Palavras-chave: Perdas na colocação, recém-graduados, Instituições de Formação.

Rate of loss of recent graduates from health training institutions and reasons associated to these losses at the time of placement in the national health service

Abstract

Introduction: Mozambique lacks human resources to provide health care services to population. This scenario is exacerbated by the spread of HIV and AIDS which increases the demand for health services as well as by the possible loss of recent graduates at the time of placement in the National Health Service. However, there are no reliable data quantifying these losses in Mozambique.

Methods: A cross-sectional study was conducted. This study included all 2.246 recent graduates of 2007 and 2008 of 12 health training institutions. The aim of the study was to determine the rates of loss of recent graduates at the time of placement and to identify reasons for these losses. Data were obtained from record books from health training institutions, the Department of Human Resources of the Ministry of Health, Provincial Health Directorates, lists of lunch subsidy payment and also through telephone calls to recent graduates who were considered lost in the National Health Service. Data were introduced in the ACCESS software and were analyzed through SPSS. Descriptive statistical analysis was performed and a chi-square test was used. The level of statistical significance was = 5%.

Results: The record books from Provincial Health Directorates revealed that 688 (30%) recent-graduates were lost. However, when the lists of lunch subsidy payments were examined, the number of losses decreased to 241 (10,7%), it means that, 447 recent graduates who had been considered lost were regained. Moreover, more than 150 recent graduated who had been considered lost in the lunch subsidylists, were regained through telephone calls. Thus, the final list of lost graduates totalizes 91 (4,05%) cases. These 91 were really considered lost in the National Health Service. About 16% of these 91 graduated gave us permission to interrogate them about the reasons associated to their loss. They presented the following reasons: need to proceed with their studies (38%), low wages (31%), and placement distant from their families (31%)

Conclusion: The results of this study indicate failures in the system of record and monitoring of recent graduates at all levels: central, provincial, district and health center unit.

Key words: Loss at placement, recent graduates, Training Institutions



Moçambique

Tecnologia Hospitalar
e Laboratorial

Tecnologia dedicada à saúde

Na THL somos especialistas em equipamentos, reagentes, controlo de qualidade e assistência técnica hospitalar, em franca expansão no continente africano.

A eficácia na resposta aos clientes, que se traduz num serviço rápido, completo e ao melhor custo, é uma das nossas marcas.

A competência técnica, que nos permite estar em permanente actualização tecnológica e nos torna representantes oficiais de grandes fabricantes mundiais, é outra.

Mas o nosso ponto forte é mesmo a saúde.

LABORATÓRIO

Bacteriologia Urianálises
Testes Rápidos
Coagulação
Velocidade Sedimentação
Bioquímica
Hematologia
Cromatografia
ElectroForeses Ionogramas
Gases no Sangue
Serologia
Imunologia
Citometria Fluxo

HOSPITAL

Estomatologia
Bloco Operatório
Banco de Sangue
Monitores Fetais
Mobiliário Hospitalar
Desfibriladores
Sistemas Stress
Ultrassons - RX
Holter
Instrumentos Cirúrgicos
Maternidade
Oftalmologia
Ortopedia
Tac's
Monitores
Sinais Vitais
Esterilização
Cirurgia

Equipamento BioSegurança

Controlo de Qualidade

Equipamentos

Sistemas Gestão Informática (LIS)

Consumíveis Serviços Técnicos

Formação Técnica

Projectamos Soluções



Palops

ThermoFisher
SCIENTIFIC

PHILIPS

sense and simplicity

Moçambique



Palops

Johnson & Johnson

HUMAN

Palops

sysmex

Palops

LineaMédica

Introdução

Os países da África Sub-sahariana têm vindo a enfrentar uma grave crise de recursos humanos no sector de saúde ao longo das duas últimas décadas. Não obstante este cenário, estes países têm assistido a perda dos seus recursos humanos da saúde após a sua graduação.¹

Este problema também afecta Moçambique e o Ministério da Saúde (MISAU) em particular, que como muitos outros países da África Sub-sahariana, enfrenta vários desafios no sector de saúde, com destaque para o HIV e SIDA, tuberculose, malária e mortalidade materno-infantil².

Dados disponíveis apontam uma população de Moçambique estimada em mais de 23 milhões de habitantes.³ O país está muito aquém dos padrões da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 20 médicos e 100 enfermeiros para cada 100.000 habitantes.⁴ Muitos países da África Sub-sahariana têm vindo a aumentar a formação de profissionais de saúde de nível básico e médio para dar resposta às prioridades de saúde,⁵ incluindo a planificação da redução das elevadas taxas de desistência durante a formação, estimadas entre 10-40% anualmente.⁶

Moçambique tem respondido à crise de recursos humanos formando muitos profissionais de saúde de níveis básico e médio nas Instituições de Formação em Saúde (IdF). De acordo com o Plano Acelerado de Formação (PAF) 2006-2009⁷ e o Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde 2008-2015 (PNDRHS),⁸ estava previsto que 8.250 estudantes fossem graduados até 2010, sendo 3.975 de nível básico, 3.650 de nível médio e 625 com formação de nível médio especializado.

Estes recém-graduados deveriam trabalhar no Serviço Nacional de Saúde (SNS) durante, pelo menos, dois anos e depois seriam absorvidos como funcionários públicos no SNS. No entanto, parece existir uma perda significativa de recém-graduados que nunca se apresentam nos locais de colocação ou, se o fazem, permanecem nestes locais por um período inferior a um ano. O número de perdas não é conhecido devido à falta de dados fiáveis e sistemáticos.

A rede de formação dos profissionais de saúde é composta por 4 Institutos de Ciências de Saúde (ICS) e 11 Centros de Formação em Saúde (CFS). Os ICS formam maioritariamente pessoal de nível médio, e os CFS de nível básico e um número restrito do nível médio. No âmbito de ingresso, os CFS abrangem pessoal de nível local e os ICS de nível nacional. Os cursos iniciais são destinados aos estudantes que após a graduação são absorvidos pelo SNS como novos funcionários, enquanto os cursos de promoção e de especialização capacitam o pessoal

de saúde já activo no SNS que, depois de concluírem a formação, são promovidos a nível de categoria profissional e de escala salarial.

Após a conclusão da formação inicial nas IdF e enquadramento no Departamento dos Recursos Humanos do MISAU (DRH-MISAU), os graduados são colocados nas diferentes Direcções Provinciais de Saúde (DPS). A colocação leva em consideração as necessidades de cada província e o processo é gerido pela Direcção dos Recursos Humanos do MISAU (DRH) e pelas Direcções Nacionais de Assistência Médica (DNAM) e de Saúde Pública (DNSP).

O processo de colocação é iniciado antes dos graduados concluírem a sua formação. Os fundos para o pagamento de salário dos recém-graduados são obtidos principalmente através do projecto PROSAÚDE, uma nova denominação do Fundo Comum Provincial (FCP), além de outras fontes de financiamento como, o Orçamento do Estado e Apoio Financeiro de Agências Bilaterais e ONG. Ademais, por causa da repartição de fontes de financiamento entre o PROSAÚDE e o SNS, os recém-graduados recebem contractos de um ano, de acordo com a Lei de Trabalho moçambicana. Para além de salários, o MISAU disponibiliza incentivos através de pagamento de subsídio de almoço.

A realização deste estudo prende-se com a necessidade de determinar a taxa de perdas dos recém-graduados das IdF de nível básico e médio no momento da colocação e identificar as razões associadas a essas perdas.

Material e métodos

População e tipo de estudo

Em 2011 foi realizado um estudo transversal que envolveu todos os 2.246 recém-graduados dos anos 2007 e 2008 de 12 Instituições de Formação em Saúde do país.

Foram concebidos e aplicados formulários padronizados para a recolha de dados nas seguintes fontes: (a) registos das IdF (DRH-MISAU); (b) registos das DPS; (c) listas de pagamentos de subsídio de almoço; e (d) aos recém-graduados que representaram perdas para o SNS foram efectuadas chamadas telefónicas.

Nos registos das IdF e DRH-MISAU foram recolhidos dados referentes ao: (i) ano em que o recém-graduado terminou o curso; (ii) informação sobre o término da formação e saída da IdF; (iii) província de colocação do recém-graduado; (iv) informação sociodemográfica. Nos registos das DPS foram recolhidos dados referentes ao, (i) local de colocação;

Tabela 1: Características sociodemográficas dos recém graduados

Característica	n (%)
Sexo	
Masculino	1.131 (50,4)
Feminino	1.115 (49,6)
Idade (anos): variou entre 22 e 41 anos	
Nome da Instituição de Formação (IdF)	
Centro de Formação em Saúde de Lichinga	98 (4,4)
Centro de Formação em Saúde de Pemba	194 (8,6)
Instituto de Ciências de Saúde de Nampula	382 (17,0)
Instituto de Ciências de Saúde de Quelimane	156 (6,9)
Centro de Formação em Saúde de Mocuba	49 (2,2)
Centro de Formação em Saúde de Tete	86 (3,8)
Centro de Formação em Saúde de Chimoio	236 (10,5)
Instituto de Ciências de Saúde da Beira	271 (12,0)
Centro de Formação em Saúde de Inhambane	122 (5,4)
Centro de Formação em Saúde de Massinga	58 (2,6)
Centro de Formação em Saúde de Chicumbane	193 (8,6)
Instituto de Ciências de Saúde de Maputo	404 (18,0)
Curso	
Agentes de Medicina Geral	254 (11,3)
Agentes de Farmácia	101 (4,5)
Agentes de Laboratório	115 (5,1)
Agentes de Medicina Preventiva e SM	163 (7,3)
Enfermagem Básica	590 (26,3)
Enfermagem Geral	123 (5,5)
Enfermagem de Saúde Materna Infantil-Nível Básico	330 (14,7)
Enfermagem de Saúde Materna Infantil-Nível Médio	128 (5,7)
Técnicos de Administração Hospitalar	93 (4,1)
Técnicos de Farmácia	56 (2,5)
Técnicos de Fono-Audiologia	20 (0,9)
Técnicos de Laboratório	58 (2,6)
Técnicos de Medicina Geral	190 (8,1)
Técnicos de Radiologia	25 (1,1)
Estado Civil	
Casado(a)	49 (2,1)
Solteiro(a)	2.197 (97,8)

(iii) informação contractual do recém-graduado.

Nas listas de pagamento de subsídio de almoço procurou-se verificar se o nome do recém-graduado tido como perdido pelos registos das DPS constava desta lista – o uso desta fonte foi levado em consideração pelo facto de ser extremamente importante no registo/identificação dos recém-graduados.

Para a entrevista com os recém-graduados que representaram perdas para o SNS foi realizada uma entrevista com recurso a um questionário para a obtenção de dados referentes à informações gerais, sociodemográficas e razões que conduziram à perdas.

Procedimentos

As consultas às fontes de dados ocorreram em forma de cascata até a identificação da taxa real dos recém-graduados que se encontravam a trabalhar e dos que representaram perdas para o SNS. Estes últimos referiam-se aos recém-graduados cujo despacho ministerial de colocação não se encontrava na DPS, nem os seus nomes constavam na lista de pagamento de subsídio de almoço.

Primeiro, contabilizou-se o número total de recém-graduados dos anos 2007 e 2008 nos registos das IdF e da DRH-MISAU. Em seguida, com base neste nú-

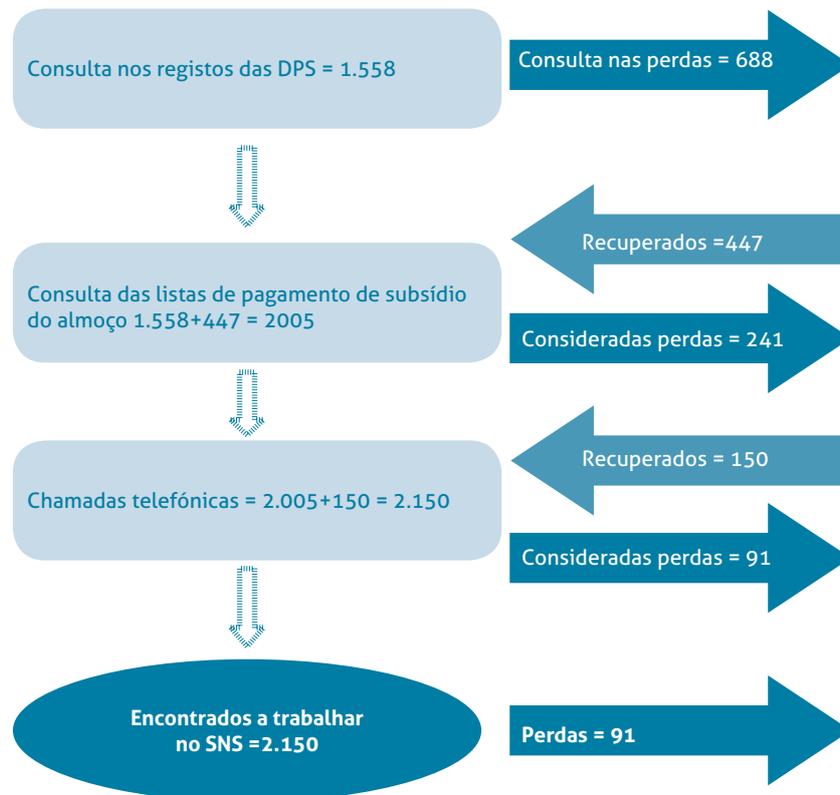


Figura 1: Sequência de procedimentos de consulta para a identificação das perdas de recém-graduados.

mero, procedeu-se à contagem dos recém-graduados que se encontravam a trabalhar e dos considerados como perdidos pelos registos das DPS, ou seja, recém-graduados cujo despacho ministerial de colocação não se encontrava na DPS. Depois, procurou-se verificar se os recém-graduados considerados como perdidos pelos registos das DPS constavam ou não nas listas de pagamento de subsídio de almoço. Os recém-graduados considerados como perdidos através deste último mecanismo foram rastreados telefonicamente (contactos fornecidos pelos colegas de formação e pelas IdF) para efeitos de confirmação. Neste contacto, foram identificados os que estavam no activo no SNS, mas que foram considerados como perdidos e os que realmente representaram perdas. Estes últimos foram convidados a fazerem parte do estudo para a identificação das razões que conduziram à perdas.

Considerações éticas

Os dados recolhidos nas diferentes fontes foram tratados de forma confidencial e não foram registados nomes dos recém-graduados. A participação dos recém-graduados que representaram perdas para o SNS no estudo foi de carácter voluntário. Aos mesmos foi solicitado o consen-

timento informado e explicados sobre os objectivos do estudo e garantida a confidencialidade. Existiu uma declaração sobre a utilização dos dados, onde o acesso aos mesmos seria restrito aos membros da equipa de estudo.

Análise de dados

Após a entrada de dados no *software* estatístico ACCESS, os mesmos foram limpos para efeitos de detecção de erros de registo ou de digitação e sequencialmente analisados no SPSS versão 17. Foi feita análise estatística descritiva inerente às características sociodemográficas (sexo, idade, designação da IdF, curso e estado civil) e aplicado o teste Qui-quadrado para comparação da percentagem de recém-graduados que representaram perdas para o SNS por tipo de IdF, curso, sexo, estado civil e região, assumindo-se um nível de significância de =5%.

Resultados

Dos 2.246 recém-graduados que fizeram parte do estudo, 1.223 (55,0%) eram do nível básico e 1.023 (45%) do nível médio. Destes, 1.131 (50,4%) eram do sexo masculino. No que concerne à situação conjugal, 2.197 (97,8%) eram solteiros e 49 (2,1%) casados. A idade variou de 22 a 41 anos (média = 27 anos). A maior par-

te dos recém-graduados eram do ICS de Maputo 18% (404), de Nampula 17,0% (382) e da Beira 12,0% (271) respectivamente. Um número menor era dos CFS de Mocuba 2,2% (49) e de Massinga 2,6% (58). Os cursos de nível básico de Enfermagem e de Saúde Materna Infantil (SMI) foram os que apresentaram maior percentagem de recém-graduados, sendo 26,3% (590) e 14,7% (330) respectivamente. (Tabela 1).

Taxa de perda na colocação

Dos 2.246 recém-graduados dos anos 2007 e 2008, 1.558 estavam cadastrados nos sistemas de informação das DPS, como tendo sido colocados e com indicação dos distritos onde os mesmos foram colocados, equivalente a 69,4% (1,558/2.246). Os restantes 30,6% (688/2.246) recém-graduados eram considerados como perdidos. Ao se consultar as listas de pagamento de subsídio de almoço, foram recuperados 447 recém-graduados dos considerados como perdidos pelos registos das DPS, baixando assim a taxa de perda para 10,7 (241/2.246). Através do contacto telefónico aos recém-graduados considerados como perdidos pelas listas de subsídio de almoço, recuperaram-se mais 150 recém-graduados, reduzindo-se assim a taxa de perda para 4,05 (91/2.246). Por outras palavras, a taxa de perda passou de 30,6% (688/2.246) para 4,05% (91/2.246), podendo esta última ser assumida como a taxa real de perda de recém-graduados dos anos 2007 e 2008 no momento da colocação no SNS (**Figura 1**).

Recém-graduados que representaram perdas para o SNS no momento da colocação segundo características sociodemográficas (n=91)

No que refere às perdas de recém-graduados no momento da colocação por IdF, os recém-graduados provenientes do CFS de Mocuba e de Pemba apresentaram as maiores taxas de perdas, sendo estas de 26,1% (12/46) e 9,8% (19/194), respectivamente. Os recém-graduados provenientes do CFS de Inhambane, do ICS de Nampula e de Quelimane apresentaram as taxas de perdas mais baixas, com 0% (0/122), 0,1% (1/382) e 0,6% (1/156), respectivamente. As diferenças de perdas de recém-graduados entre todas as IdF foram estatisticamente significativas ($p=0,0004$; $X^2=22,67$) (Tabela 2). No que concerne às perdas por cursos, o curso de Agentes de Medicina Geral, de Agentes de Laboratório, Técnicos de Farmácia e Técnicos de Medicina Geral foram os que apresentaram as taxas de perdas na colocação mais elevadas, com 10,6% (27/254), 10,4% (12/115), 5,4% (3/56) e 5,3% (10/190), respectivamente. Os cursos de Técnicos de Administração Hospitalar 0%

(00/93), Técnicos de Laboratório 0% (0/58), Técnico de FonoAudiologia 0% não apresentaram nenhuma perda no momento da colocação no SNS. Quando comparadas as perdas entre todos os cursos foram observadas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,01$; $X^2=19,13$). (Tabela 3).

Em relação ao sexo, a maior percentagem de perda foi verificada em recém-graduados do sexo masculino com 4,8 (54/1.131) que em do sexo feminino com 3,3 (37/1.115). Entre estes dois grupos, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,72$; $X^2=0,13$).

No que diz respeito ao estado civil, do total dos recém-graduados casados (48) foi verificada uma perda de 6,3% e, do total de solteiros (2.197), uma perda de 4%. Entre os casados e os solteiros, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas em termos de perdas ($p=0,75$; $X^2=0,11$).

No que diz respeito à região de colocação, os recém-graduados colocados na região Centro apresentaram uma taxa de perda de 6,2%, Sul 3,2% e Norte 2,5%. Entre estas perdas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,46$; $X^2=1,56$).

Razões de perdas dos recém-graduados na colocação (n=16)

Dos 91 recém-graduados que representaram perdas para o SNS na colocação, 16 consentiram em ser inquiridos para a identificação das razões que levaram à perdas. Destes, 68,8% (11/16) referiram terem-se apresentado no local de colocação e 31,2% (5/16) não.

Mais da metade (61% - 13/16) dos recém-graduados que representaram perdas para o SNS tinham idade inferior ou igual a 30 anos, 92,3% (12/16) eram solteiros durante a frequência do curso e 50% (8/16) foram formados no ICS de Maputo. Dos inquiridos que referiram terem-se apresentado nos locais de colocação, 36,4% (4/11) trabalharam até 6 meses, 27,2% entre 7 – 12 meses e os restantes trabalharam mais de 12 meses.

Quando questionados sobre as causas que levaram à perdas, cerca de 38% (6/16) dos recém-graduados referiram, a pretensão de continuar com os estudos, 31% (5/16) que o local de colocação era distante da sua família, 31% (5/16) que os salários eram baixos, 19% (3/16) que o ambiente de trabalho era mau, 19% (3/16) que os superiores hierárquicos não tinham respeito, 19% (3/16) que havia atraso no pagamento dos salários e 13% (12/16) não concordaram com o local de colocação.

Discussão

Este estudo determinou a taxa de perdas dos recém-

Tabela 3: Taxas de perdas na colocação dos recém graduados por curso

Cursos	Graduados	Total a trabalhar	Perda real	%
A. M. Geral	254	227	27	10,6
Agente de Farmácia	101	99	2	2,0
Ag. Laboratório	115	103	12	10,4
AMP e SM	163	158	5	3,1
Enf. Básico	590	570	20	3,4
Enf. Geral	123	121	2	1,6
ESMI Básico	330	323	7	2,1
ESMI Médio	128	126	2	1,6
T. A. Hospitalar	93	93	0	0,0
T. Farmácia	56	53	3	5,4
T. FonoAudiologia	20	20	0	0,0
Tec. Laboratório	58	58	0	0,0
Tec. M. Geral	190	180	10	5,3
Tec. Radiologia	25	24	1	4,0
Total	2.246	2.155	91	4,05
p=0,01; $\chi^2=19,13$				

graduados dos anos 2007 e 2008 de nível básico e médio das instituições de formação em saúde de Moçambique no momento da colocação no Serviço Nacional de Saúde em 4.05%. Esta taxa de perdas, que pode parecer exígua, pode representar lacunas para o serviço nacional de saúde quer em termos de recursos humanos assim como financeiros.

Pesquisas anteriores chamam atenção para que o problema das perdas seja estudado com mais detalhe de modo que se possa chegar a uma estimativa de custo económico que uma perda representa, aos níveis individual, familiar e social.⁹ Associado a esse aspecto, o Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde reitera que a falta absoluta de recursos humanos, as dificuldades de retenção, deficiências da rede sanitária já existentes e a falta de pessoal para prestar cuidados de saúde à população podem estar relacionadas à várias assimetrias regionais constituídas pelo rácio de habitantes por pessoal de saúde.⁸

Os recém-graduados dos cursos de Técnicos de Administração Hospitalar, Técnicos de Fonoaudiologia e Técnicos de Laboratório não apresentaram nenhuma perda para o SNS comparativamente aos recém-graduados dos cursos de Agentes de Medicina Geral, Agentes de Laboratórios que revelaram maior percentagem de perdas. Presume-se que este factor possa estar associado ao nível de procura de profissionais de determinados cursos fora do SNS, isto é, sector privado lucrativo e não lucrativo. Apesar dos dados das entrevistas terem sido analisados com uma amostra

pequena, os achados são consistentes com os outros estudos anteriores que corroboram em afirmar que a maior parte das perdas de pessoal está associada a licenças ilimitadas para estudar ou trabalhar fora do SNS¹⁰ ou para a busca de melhores condições salariais nas ONGs.¹¹

No geral, os resultados evidenciaram que os recém-graduados provenientes dos CFS apresentaram maior taxa de perda no momento da colocação em relação aos dos ICS, facto que, por um lado, poderá estar associado à necessidade de continuação com os estudos por parte dos recém-graduados dos CFS, e por outro, poderá estar associado aos concursos para o ingresso às IdF, que devido ao elevado volume de candidatos, provavelmente alguns deslocam-se para outras regiões/locais em busca de maior facilidade para o ingresso, e após a conclusão da formação, regressam às suas zonas de origem para efeitos de empregabilidade e, quiçá, continuação dos estudos, quer na mesma área de formação, quer em áreas diferentes, representando um défice ao CFS que formou graduados para absorção local.

Comparativamente aos solteiros, os recém-graduados casados foram aqueles que mais abandonaram o SNS. Pressupõe-se que este facto esteja relacionado com o local de colocação que pode ser diferente do local onde o/a cônjuge/filhos se encontram ou pode não ser o local escolhido pelo recém-graduado. Os resultados sobre a insatisfação em relação ao local de colocação deste estudo corroboram um outro estudo que evidencia a necessidade de se respeitar a proposta

dos locais de colocação escolhidos pelos recém-graduados.¹²

Os vários factores intervenientes no processo de perda de profissionais de saúde revelados neste estudo como os baixos salários, as condições inadequadas de trabalho num sistema de saúde com recursos limitados e com grandes necessidades como o de Moçambique também foram evidenciados por pesquisas realizadas em vários contextos sociais, incluindo Moçambique.^{11,13-16}

Agradecimentos

Os autores agradecem à Dra Benedita Fernandes (em memória) como membro na fase inicial do estudo, às Instituições de Formação em Saúde de Moçambique, à Direcção dos Recursos Humanos-Departamento de Formação do Ministério da Saúde, às Direcções Provinciais de Saúde/Distritais/Unidade Sanitária e aos inquiridores e assistentes de pesquisa que tornaram possível o processo de recolha de dados.

Fonte de financiamento

Este estudo beneficiou do financiamento do Acordo de Cooperação U91H06801 do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos da América (EUA), Administração dos Recursos e Serviços de Saúde (HRSA), no âmbito do plano de Emergência do Presidente dos EUA para Alívio da SIDA (PEPFAR) através do CDC Moçambique.

Conclusão

Os resultados indicam a existência de falhas no sistema de registo e seguimento dos recém-graduados desde o nível central, provincial, distrital até à unidade sanitária e, uma grande disparidade em relação à colocação oficial dos recém-graduados e os locais onde estes exercem efectivamente as suas tarefas.

A insatisfação em relação às condições de trabalho, salariais e dos locais de colocação foram apontadas como sendo algumas razões que condicionaram a permanência dos recém-graduados no SNS.

Referências Bibliográficas

1. Özden Ç.; Schiff M.; (2006) *International Migration, Remittances & the Brain Drain*. A copublication of the World Bank and Palgrave Macmillan. Washington DC.
2. Barreto A, Gujral L, Matos C S, (2002) *Análise dos Dados*

3. Ministério da Saúde de Moçambique, *Relatório Anual* 2010.
4. World Health Organization – WHO (2006). *Working together for health: the World Health Report*.
5. Crisp N, Gawanas B, Sharp I, (2008) *Training the health workforce: scaling up, saving lives*. Lancet 371: 689–691.
6. Lugina H., (2006), *Human resources for health: situation analysis in seven ECSA countries*. Arusha: Health Community Human Resources and Capacity Building.
7. Ministério da Saúde - Direcção Nacional de Recursos Humanos: *Plano Acelerado de Formação (PAF) 2006–2009*.
8. Ministério da Saúde - Direcção Nacional de Recursos Humanos: *Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde (PNDRHS) 2008–2015*.
9. Henderson L, N. e Tulloch J., (2008). *Incentives for retaining and motivating health workers in Pacific and Asian countries* Human Resources for Health 2008, 6:18.
10. Ferrinho P, Omar C, *The Human Resources for Health Situation in Mozambique*. Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta, Lisbon and Maputo, Africa Region The World Bank/Africa Region Human Development Working Paper Series No. 91.
11. Sherr K, Mussa A, Chilundo B, Gimbel S, Pfeiffer J, Hagogian A, Gloyd S. (2012) *Brain Drain and Health Workforce Distortions in Mozambique*. Plos One. Volume 12. Issue 4. e35840.
12. Gustavo N, Ruiz J. A., e Bejarano R. (2005), *Educational and labor wastage of doctors in Mexico: towards the construction of a common methodology* Human Resources for Health, 3:3.
13. Mathauer I, Imhoff I, (2006), *Health worker motivation in Africa: the role of non financial incentives and human resource management tools*. Human Resources for Health, 4:34.
14. Dielman M, Toonen J, Toure H, Martineau T: (2006), *The match between motivation and performance management of health sector workers in Mali*. Human Resources for Health, 4:2.
15. Dielman M, Cuong PV, Anh LV, Martineau T, (2003) *Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam*. Human Resources for Health, 1:10.
16. Witter S, Zulfiqar T, Javeed S, Khan A, e Bari A, (2011), *Paying health workers for performance in Battagram district, Pakistan*. Human Resources for Health, 9:23.
17. Snow R., C, Asabir K, Mutumba M, Koomson E, Gyan K, Dzodzomenyo M, Kruk M, e Kwansah J, (2011) *Key factors leading to reduced recruitment and retention of health professionals in remote areas of Ghana: a qualitative study and proposed policy solutions*. Human Resources for Health 9:13.
18. Manafa O, McAuliffe E, Maseko F, Bowie C, MacLachlan M, e Normand C, (2009) *Retention of health workers in Malawi: perspectives of health workers and district management*. Human Resources for Health 2009, 7:65.

DESCRIBÇÃO DE CASO

Políticas de saúde informadas por evidências: Relato da cooperação Brasil-Moçambique

Nathan Mendes Souza^{1,2,3}, Jorge Otávio Maia Barreto^{3,4}, César Palha de Sousa⁵, Nilsa de Deus⁶

¹. Escola de Medicina, Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil;

². Curso de Medicina, Unifenas-BH, Brasil;

³. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde, Brasil;

⁴. Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Piauí, Brasil;

⁵. Faculdade de Medicina, Universidade Eduardo Mondlane, Moçambique;

⁶. Instituto Nacional de Saúde, Moçambique

Autor para correspondência: Nathan Mendes Souza, | Rua Timbiras, 1276/1902, Funcionários, Belo Horizonte, MG, CEP:30140-060 – Brasil; Telefone:+55 31 3586-9915Email: nathanmendes@hotmail.com

Resumo

Neste artigo, descrevem-se os principais elementos da cooperação bilateral entre Brasil e Moçambique na área de desenvolvimento de capacidades em políticas de saúde informadas por evidências. Apresentam-se aspectos relevantes da colaboração multi-institucional, descrevem-se visitas internacionais, incluindo reuniões de trabalho, a oficina sobre as Ferramentas SUPPORT e seus desdobramentos e futuras perspectivas de trabalho. Os principais ganhos da colaboração foram o fortalecimento institucional pela aproximação e o intercâmbio de grupos de pesquisa, a docência e gestão pública de saúde, o aprimoramento metodológico da oficina e *insights* sobre as melhores formas de fazer chegar as evidências disponíveis a quem tem o poder de tomar decisões no Ministério da Saúde em Moçambique através da cooperação entre o Instituto Nacional de Saúde e a Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane.

Palavras-chave: Administração em Saúde Pública; Uso da Informação Científica na Tomada de Decisões em Saúde; Sistemas Locais de Saúde; Sistema Único de Saúde; Cooperação Internacional; Serviço Nacional de Saúde

Evidence-informed health policy: report of the Brazil-Mozambique cooperation

Abstract

in this article, we describe the main elements of the Brazil-Mozambique bilateral cooperation in the area of capacity building in evidence-informed policy in health. We mapped relevant aspects of multi-institutional collaboration and described international visits, including various meetings, a workshop on the SUPPORT tools and its outputs and perspectives on future jointed work. Key gains from such collaboration were institutional strengthening through gathering and exchange among health research, academics, and policy makers; workshop methodological improvement, and insights on best ways to provide evidence to decision makers in the Ministry of Health of Mozambique through cooperation between the National Institute of Health and the University Eduardo Mondlane's Faculty of Medicine.

Keywords: Public Health Administration; Use of Scientific Information for Health Decision Making; Local Health Systems; Unified Health System; International Cooperation

Introdução

Defende-se que processos de formulação, implprogramação, monitoria e avaliação de políticas de saúde devem basear-se em informações provenientes de evidências científicas. Ambientes organizacionais culturalmente favoráveis ao consumo de evidências de pesquisa (*research climate*) e ao intercâmbio entre produtores e usuários de conhecimento (*exchange*) podem aumentar as oportunidades da incorporação de evidências naqueles processos em todos os níveis da gestão de sistemas e serviços de saúde bem como na tomada de decisão clínica. A tradução do conhecimento também vem sendo promovida mediante esforços que levem evidência a audiências-chave (*push*) e aumentem a demanda de evidências em diferentes públicos (*user pull*).¹⁻⁴

No Brasil, a iniciativa 'Rede para Políticas Informadas por Evidências' (EVIPNet Brasil)¹ promove e implprograma estratégias de tradução de conhecimento desde 2007. A sua estrutura, processos de trabalho, monitoria e impactos iniciais foram anteriormente reportados.⁵⁻⁷ Internacionalmente, a EVIPNet Brasil desenvolveu duas oficinas de capacitação em parceria com o Observatório Ibero-Americano de Políticas e Sistemas de Saúde (<http://www.oiapss.org/>) e com a iniciativa ePortuguese (<http://www.who.int/eportuguese/pt/>), além de contar com colaboradores internacionais na organização e facilitação destas e outras oficinas, também convidou gestores de outros países a organizar grupos participantes de oficinas nacionais. Destacam-se as quase 20 participações da EVIPNet Brasil em eventos internacionais. Por fim, a EVIPNet Brasil e o Instituto Sírrio-Libanês de Ensino e Pesquisa formaram um grupo de autoria internacional para desenvolver o primeiro Curso à Distância de Especialização em Políticas Informadas por Evidências do Brasil. Esta iniciativa tem por objectivo a formação de 200 participantes, entre gestores, pesquisadores e membros da sociedade civil organizada, incluindo 40 participantes de países ibero-americanos. Percebe-se assim uma crescente internacionalização das ações da EVIPNet Brasil.

Descrevem-se os principais elementos da cooperação bilateral entre Brasil e Moçambique no campo de desenvolvimento de capacidades em políticas de saúde baseadas em evidências científicas. Apresentam-se aspectos relevantes da colaboração multi-institucional, descrevem-se visitas internacionais incluindo reuniões de trabalho, a oficina sobre as Ferramentas SUPPORT e seus desdobramentos e perspectivas futuras de trabalhos.

História da cooperação Brasil-Moçambique

O Brasil e Moçambique cooperam em diversas sub-áreas da saúde. Muitas destas parcerias envolvem o do-

mínio de documentação com destaque para o projecto de criação da biblioteca virtual, onde se vai disponibilizar o repositório de bibliografia pública em Português na área de medicina e saúde. O Centro de Documentação do Ministério da Saúde (MISAU) de Moçambique é gerido por atribuição de funções pelo Instituto Nacional de Saúde (INS). O INS tenta facilitar o acesso à informação e organizar capacitações para o bom desempenho de tais atribuições. O Centro de Documentação da Organização Mundial da Saúde (OMS) também é um parceiro fundamental de referência da promoção e difusão de informação e evidências de pesquisa em saúde a profissionais de saúde e utentes/usuários do Sistema de Saúde em Moçambique.

O processo de tradução de conhecimento para mais fácil uso pelos dirigentes e gestores do MISAU é um aspecto fundamental para o cumprimento da missão do INS que é de participar na melhoria do bem-estar do povo moçambicano, mediante a geração e a promoção da incorporação de soluções científicas para as principais condições e problemas de saúde em Moçambique. A Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane (FMUEM), foi, em todas as etapas, uma parceira importante, tendo albergado, por conveniência, o projecto SUPPORT e, mais tarde, o projecto SURE. Nos últimos anos, os doadores que são importantes financiadores das actividades no Serviço Nacional de Saúde têm promovido o uso de 'policy briefs' para aproximar dirigentes, programadores e pesquisadores no sentido de tornarem mais eficiente o uso de recursos disponíveis. Além disso, vários moçambicanos participaram na oficina e Portuguesa realizada em Brasília, Distrito Federal, Brasil, no ano de 2010. Todos estes processos criaram a necessidade e o interesse de técnicos do INS e da FMUEM de dominarem a metodologia de elaboração de 'evidence briefs for policy'. Na sequência deste *momentum*, com o apoio do projecto SURE, conseguiu-se financiar, em Maio de 2014, a visita do César Antônio de Sousa e José Braz Chidassica, respectivamente, docente da FMUEM e investigador do INS, ao Decit/SCTIE/MS, Brasil. Destes trabalhos conjuntos, surgiu o convite da FMUEM e do INS, para a EVIPNet Brasil realizar a oficina para representantes do MISAU, INS e FMUEM em Maputo, Moçambique.

A visita de duas lideranças da EVIPNet Brasil a Maputo ocorreu entre 27/07 e 01/08 de 2014 e teve três principais objectivos: 1) realizar uma oficina de quatro dias sobre as Ferramentas SUPPORT; 2) promover um momento favorável ao diálogo entre vários dirigentes sobre o uso de evidências em saúde em Moçambique e 3) explorar potenciais colaborações sul-sul na área de tradução do conhecimento.

A oficina sobre as Ferramentas SUPPORT durou qua-

tro dias (32 hora-aula) e ocorreu na FMUEM, entre 28 e 31 de julho de 2014 (Tabela1). Os seus objectivos gerais foram: apresentar o uso de evidências científicas como subsídio do processo de tomada de decisão na gestão de serviços e sistemas de saúde, bem como na prática clínica; demonstrar como o uso de evidências obtidas pela pesquisa em saúde pode ser incorporado ao processo de tomada de decisão no âmbito da gestão do sistemas de saúde de Moçambique e apresentar ferramentas de pesquisa e fontes de referência para a busca de evidências.

Todas as etapas do curso contaram com a facilitação do coordenador geral (JOMB) e do colaborador (NMS) da EVIPNet Brasil e com a participação de 13 representantes do INS, MISAU e da FMUEM.

Durante a fase de planificação da oficina consultaram-se os dirigentes em Moçambique acerca da pertinência do seu formato e conteúdo. A distância entre os envolvidos, desafio potencial para interação, foi parcialmente contornada pela troca intensa de *emails* e partilha de documentos-chave produzidos pela EVIPNet Brasil e pela iniciativa SUPPORT.

O processo de escolha dos participantes seguiu os seguintes critérios de selecção: 1) pesquisadores/académicos mestres ou finalizando mestrado; 2) pesquisadores com prévia experiência em gestão sanitária e 3) gestores sanitários que presentemente ocupam postos de conselheiros de decisores de nível central. Convidaram-se 14 pessoas (sete representantes do INS, seis representantes da FMUEM e um representante do MISAU), entre os quais um representante do INS esteve ausente. Todos os participantes da oficina residem e trabalham em Maputo. Oito participantes foram mulheres (8/13 = 63% dos participantes). No que respeita às categorias profissionais dos participantes, 6/13 (46.2%) eram médicos, 3/13 (23.1%) biólogos, 2 médicas veterinárias (15.4%) e 1/13 (7.7%) farmacêutica. Entre os participantes, cinco ocupavam cargo de chefia (ou coordenação) dentro de suas instituições. O perfil dos participantes também foi tido em conta na planificação e nas expectativas que se tinha em relação aos resultados da oficina.

No início da oficina, logo após se ter apresentado os seus objectivos, metodologia e programação, perguntou-se aos participantes se a mesma, tal como estava proposta, iria responder às necessidades reais das instituições representadas. Uma representante do INS solicitou a ênfase no processo de tradução do conhecimento científico para o mundo político (“Precisamos aprender a falar o idioma ‘politiquez’.”). Por outro lado, uma representante do MISAU disse que toda a programação parecia igualmente relevante e desconhecida. Representantes da FMUEM consentiram com a programação tal como exposta. Entretanto, no terceiro

dia da oficina, uma representante do INS fez perceptível a ausência de um importante ator social na área da saúde moçambicana, a Sociedade Civil Organizada. Os facilitadores da oficina consultaram os participantes sobre se os mesmos prefeririam trabalhar com problemas de saúde fictícios (trazidos pelos próprios facilitadores) ou problemas que os mesmos julgassem prioritários para o sistema de saúde moçambicano. O grupo escolheu a segunda opção. Acertou-se que a relação construída entre facilitadores e participantes deveria ser a mais horizontal e dialógica possível e que a aprendizagem ocorresse em duas equipas de trabalho ao longo das 32 horas-aula da oficina.

As duas situações-problema escolhidas pelos participantes da oficina foram: 1) alta mortalidade infantil causada por diarreia por rotavírose e 2) alta mortalidade e incapacidade por acidentes de viação. Estes problemas serviram como ‘fio-condutor’ para as intervenções dos facilitadores e como substracto para os trabalhos das equipas. Os conteúdos trabalhados seguiram a seguinte ordem: i) apresentação dos conceitos de evidência e política informada por evidências; ii) uso de evidências no processo de tomada de decisão na gestão de sistemas de saúde; iii) fontes de informação e recursos de busca de evidências científicas; iv) uso de evidência para esclarecer o problema; v) uso de evidência para informar opções de enfrentamento destes problemas; vi) uso de evidência para superar barreiras de implprogramação das opções escolhidas e vii) uso de síntese de evidência para políticas para informar a simulação de um Diálogo Deliberativo sobre um problema prioritário de saúde.

No decorrer da oficina, promoveram-se actividades para facilitar a interação e o envolvimento dos participantes (ex.: sorteio de brindes e conversas de roda), visando manter o interesse e participação dos mesmos, essenciais ao êxito da oficina. Para além disso, em todos os intervalos, foram servidas refeições numa sala próxima da sala onde a oficina estava a ser realizada, o que facilitava a interação entre os participantes. Disponibilizaram-se ainda diretrizes para conduzir avaliação de tecnologias de saúde; revisão sistemática; e avaliação económica, todas produzidas e disponíveis no site <http://200.214.130.94/rebrats/diretriz.php>

A programação e material utilizado na oficina estão disponíveis no *site* http://brasil.evipnet.org/?page_id=2266, incluindo as apresentações, os instrumentos, o livro ‘Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP)’ (<http://sintese.evipnet.net/livro/>), exemplos de sínteses de evidências para política, *templates* (para planeamento da produção de sínteses de evidências e para formar equipas de trabalho) utilizados na oficina e o relatório final da oficina.

Avaliação da oficina

A avaliação da oficina apontou o quanto se atendeu às expectativas dos participantes, aos objetivos propostos e a adequação da metodologia aplicada. Todos os participantes preencheram o instrumento de avaliação cujo questionário é composto por 19 perguntas divididas em quatro partes:

Parte 1 – sobre a oficina, com 11 perguntas para indicação do grau de concordância/satisfação do participante quanto ao material apresentado e utilizado, ao entendimento dos temas abordados e às habilidades adquiridas para o uso, aplicação e avaliação da evidência na gestão da saúde;

Parte 2 – sobre a abordagem de aprendizagem, com três perguntas sobre a carga horária, a comunicação pré-oficina e o material didático oferecido;

Parte 3 – com uma pergunta sobre a estrutura oferecida e o local da oficina, e

Parte 4 – quatro perguntas abertas para que os participantes indicassem o que mais e menos gostaram, fizessem recomendações para as próximas oficinas e apresentassem as suas intenções para aplicação do que tinha sido aprendido.

Os participantes responderam as 14 perguntas indicando uma opção entre: excelente, muito bom, bom, mediano, aceitável, mau, muito mau. A pergunta sobre a carga horária do curso ofereceu as seguintes opções de resposta: muito longa, longa, nem longa nem curta, aceitável, mau e muito mau.

As respostas apontaram que 42% (n=5) dos participantes avaliaram globalmente o curso como excelente e 50% (n=7) como muito bom. Dentre as questões mais específicas sobre o material utilizado, entendimento dos temas e habilidades adquiridas, verificou-se considerável grau de convergência das respostas para uma avaliação positiva do curso, com destaque para a pergunta 6, que obteve 100% (n=12) e tratou da auto-percepção sobre “o desenvolvimento do entendimento sobre as diferentes perguntas a serem respondidas para produzir melhorias nos sistemas de saúde.” A parte 2 do questionário demonstrou que os aspectos logísticos do curso também foram positivamente avaliados pelos participantes, sendo que 100% (n=12) consideraram que os recursos visuais e o local de realização foram bons, muito bons ou excelentes. Quanto à a comunicação pré-oficina, as respostas dividiram-se entre positivas (67%), indiferente (25%) e negativas (8%), o mesmo ocorrendo com a avaliação da duração da atividade, que dividiu percepções entre positivas (42%), indiferentes (50%) e negativas (8%).

Os participantes também responderam a perguntas abertas do questionário, com o intuito de comunicar a experiência e auxiliar na melhoria do curso. Os aspectos avaliados como mais positivos no curso foram:

a) a interatividade entre os participantes e prática de exercícios; b) a formulação do problema; e c) a simulação do diálogo deliberativo. Os aspectos menos satisfatórios foram: a) a intensidade e duração do curso e b) o acesso irregular à internet. As recomendações para melhorar o curso incluíram: a) aumentar o número de dias do curso; b) incluir mais prática; e c) diversificar os participantes. Ao se manifestarem sobre o que farão diferente em função do que aprenderam no curso, os participantes escolheram as seguintes respostas: a) usar evidências quando apontar solução para um problema; b) usar revisão sistemática e literatura cinzenta para resolver um problema e c) criar unidade de resposta rápida.

Considerou-se, assim, que os objectivos da oficina de partilhar conceitos de evidência e política baseada em evidência e, particularmente, sensibilizar os participantes para o uso da evidência científica foram plenamente atingidos, produzindo o impacto planificado para esta formação.

Avaliação da capacidade institucional para o uso de evidências

Nesta sessão, solicitou-se os participantes preencher o instrumento ‘Mapeando capacidades’, adaptado da *Canadian Health Service Research Foundation* que mede a capacidade institucional do uso de evidências de pesquisa na tomada de decisão diária destas instituições. O instrumento contém cinco partes: 1) perfil do respondente; 2) sobre a capacidade de adquirir evidências; 3) sobre a capacidade de avaliar a qualidade das evidências; 4) sobre a capacidade de adaptar evidências e 5) sobre a capacidade de aplicar evidências de pesquisa, desde uma perspectiva institucional.

Os resultados desta avaliação demonstraram que os participantes do curso eram na sua maioria do sexo feminino (67%), com idade entre 31 e 40 anos (56%), com mestrado ou doutorado (66%), com fluência em inglês (67%) e formação anterior sobre o uso de evidências científicas na tomada de decisão em saúde (78%). A maioria dos participantes também possuíam vínculo formal com o Ministério da Saúde de Moçambique (55%).

Quanto à capacidade institucional para adquirir evidências científicas, as respostas apresentaram médias de discordância de 27% (22-44%), indiferença de 27,5% (11-67%) e concordância de 44% (11-67%). O item com maior discordância foi a existência de recursos para buscar evidências (67%) e o de maior concordância foi a capacidade da equipe de trabalho em buscar evidências (67%).

Quanto à capacidade de avaliar a qualidade da evidência, o percentual médio de respostas foi equilibrado entre concordância (40%) e indiferença (44%), sendo

que, em média, 14% das respostas discordaram sobre a existência de capacidade para avaliar a qualidade da evidência.

No aspecto da capacidade de adaptar a evidência científica para aplicação, a maior parte das respostas considerou concordância (56%), mas a capacidade de sintetizar a evidência para os tomadores de decisão mostrou percentual médio de discordância de 27% (11-44%) e 52% de indiferença (33-78%).

Por fim, 67% dos participantes concordaram que é necessário dar muito mais prioridade e 22% mais prioridade ao uso das evidências para a tomada de decisão em saúde, ao passo que 100% das respostas apontaram que, na opinião dos participantes, os que têm poder de decisão ainda usam pouco a evidência científica. Entre as prioridades para aumentar o uso de evidências por quem toma decisões, as respostas apontaram a formação de equipes capacitadas e a disponibilidade de recursos como os mais importantes fatores para o sucesso no uso de evidências de forma consistente.

Lições aprendidas

As plataformas de tradução de conhecimento podem servir como instrumento para viabilizar cooperação internacional e inter-institucionais sobre políticas que se baseiam em evidências científicas. O uso de evidências científicas como subsídio do processo de tomada de decisão em saúde pode otimizar custo-benefícios, diminuir riscos, aumentar aceitabilidade da implementação de estratégias que visem aumentar o acesso, a qualidade e segurança dos serviços, tecnologias e medicamentos ofertados, levando princípios de equidade e participação social em consideração.

Para que evidências científicas passem a informar o processo de tomada de decisão política em saúde é necessário capacitar políticos, gestores, pesquisadores, profissionais de saúde e membros da sociedade civil organizada para o uso crítico, sistemático, transparente e contextualizado das evidências científicas. Integrar evidências científicas globais e locais, bem como inserir o conhecimento tácito dos actores sociais interessados e envolvidos nos problemas prioritários de saúde de forma estruturada (i.e.; através de Diálogo Deliberativo) constitui também importante aspecto a ser garantido^{8,9}.

As visitas das delegações de Moçambique ao Brasil e vice-versa aportaram diversas lições aos participantes que necessitam ser reportadas (Tabela 2). Percebeu-se que a etapa de preparação das visitas requer grande intercâmbio à distância e o refinamento da compreensão dos objetivos e expectativas da visita de cada delegação. Neste caso, a interação ocorreu apenas via troca de emails, o que poderia ter sido complementado com maior envio de documentos entre ambas delegações

bem como por conferência à distância (ex.: *Skype call* ou *Elluminate*). Por um lado, as delegações visitantes também poderiam ter comunicado explicitamente as expectativas e as necessidades aquando das visitas. Por outro lado, as delegações anfitriãs poderiam também ter explicitado potenciais barreiras (ex.: limitações com a internet ou com a disponibilidade de pessoal) de modo que a delegação visitante pudesse implementar estratégias para superar tais desafios antecipadamente.

A experiência de co-produção desta descrição de caso e a escolha conjunta da Revista Moçambicana de Ciências de Saúde para submissão visa suprir, em parte, algumas das necessidades não atendidas pelas delegações constante nesta cooperação (ex.: melhor divulgação da experiência e fortalecimento dos vínculos entre as delegações). Por fim, fica evidente que a cooperação bilateral Brasil-Moçambique foi fortalecida com as recentes visitas das delegações aos países envolvidos, pelas actividades desenvolvidas pela EVIPNet Brasil e pela co-produção e submissão deste manuscrito.

Próximos passos

Pretende-se dar continuidade aos esforços para a cooperação bilateral Brasil-Moçambique através do desenvolvimento de capacidades em políticas informadas por evidências no âmbito das actividades desenvolvidas pela EVIPNet Brasil. Possíveis estratégias para dar sustentabilidade à cooperação são: 1) replicação da oficina mudando sua forma de entrega (ex.: de presencial para à distância que também pode ser incluídos na programação de importantes eventos), sua duração e grupo-alvo (ex.: de 32 horas-aula para quatro horas-aula para decisores de alto mando ou de oito horas para seus apoiadores); 2) busca conjunta de financiamento para realização de novas oficinas, preparação da síntese de evidência e organização de Diálogos Deliberativos. Paralelamente, em Moçambique, foram definidas etapas para a continuidade dos trabalhos: escolha dos elementos do grupo de pesquisa; exercício de priorização dos problemas prioritários de saúde no âmbito da instituição; desenvolvimento de um plano de trabalho, incluindo a capacitação da equipe central e de colaboradores.

Financiamento: Projecto “Supporting the use of Research within African Health Systems” (SURE); Faculdade de Medicina Eduardo Mondlane, Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Saúde de Moçambique; Ministério da Saúde do Brasil (DECIT/SCTIE/MS);

Conflito de interesses: Declararam não haver.

Número de palavras/caracteres: 115 (resumo) e 3765 (texto principal)

Referências Bibliográficas

1. Lavis JN. How can we support the use of systematic reviews in policy making? *PLoS Med.* 2009 Nov;6(11):e1000141.<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000141>
2. Hamid M, Bustamante-Manaog T, Dung TV, et al. EVIPNet: translating the spirit of Mexico. *Lancet* 2005;366:1758-60.[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67709-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67709-4)
3. EVIPNet Americas Secretariat. EVIPNet Americas: informing policies with evidence. *Lancet* 2008;372:1130-1.[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61459-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61459-2)
4. Gray M. Evidence-based health care and public health: how to make decisions about health services and public health. 3a ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2009.
5. Barreto JOM, Souza NM, Abdala CVM, Panisset U, Melo G, Pinto RR. Curso 'Uso de evidências na gestão municipal da saúde': uma experiência pioneira. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2012;7(23):122-6.
6. Barreto JOM, Souza NM. Avançando no uso de políticas e práticas de saúde informadas por evidências: a experiência de Piripiri-Piauí. *Cienc Saude Coletiva.* 2013;18(1):25-34.
7. Dias RI, Barreto JOM, Souza NM. Desenvolvimento atual da Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet Brasil): relato de caso. *Rev Panam Salud Publica.* 2014;no prelo
8. Lavis JN, Boyko J, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 14: organising and using policy dialogues to support evidence-informed policymaking. *Health Res Policy and Syst.* 2009;7(Suppl 1):S14.
9. Moat KA, Lavis JN, Clancy SJ, El-Jardali F, Pantoja T. Evidence briefs and deliberative dialogues: perceptions and intentions to act on what was learnt. *Bull World Health Organ.* 2014;92(1):20-8.

POLÍTICAS DE SAÚDE

Doenças Não Transmissíveis: Prioridades de Pesquisa em Moçambique

Naisa Manafe¹, Ana Olga Mocumbi^{1,2}

¹. Instituto Nacional de Saúde;

². Universidade Eduardo Mondlane

Autora para correspondência: Naisa Manafe,
Instituto Nacional de Saúde, Av. Eduardo Mondlane/Salvador Allende 1008 | C.P. 264
Maputo, Moçambique | Tel: +25821431103
Email: naisa.manafe@gmail.com

Resumo

As Doenças Não Transmissíveis (DNT), em especial, as doenças cardiovasculares, diabetes, cancro e doenças respiratórias crónicas são actualmente uma prioridade global. Elas constituem causas evitáveis de morbilidade e incapacidade em todas as idades e estão na origem de cerca de 60% das mortes em todo o mundo, 80% das quais em países em desenvolvimento. Neste contexto, Moçambique aderiu ao movimento global para o controlo dos factores de risco relativos às principais DNT, nomeadamente, a inactividade física, consumo de tabaco, uso abusivo de álcool e maus hábitos alimentares. De facto, a estratégia para o controlo de factores de risco requer mudanças a nível individual e populacional, bem como o uso eficiente dos recursos do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Com efeito, partindo de dados preliminares de registo de consulta de cardiologia recentemente instalada numa unidade sanitária periurbana de nível terciário, e tendo em conta os resultados de pesquisa realizada no país nesta área ao longo dos últimos anos, neste artigo, as autoras identificam e discutem necessidades de pesquisa em DNT em Moçambique, apontando os desafios e oportunidades que se apresentam para o Serviço Nacional de Saúde para a implementação das Declarações de Moscovo e de Brazzaville.

Palavras-chaves: Doenças não Transmissíveis; Factores de Risco; Vigilância Epidemiológica

Non Communicable Diseases: Research Priorities for Mozambique

Abstract

Non Communicable Diseases (NCD), in particular cardiovascular diseases, diabetes, cancer and respiratory diseases are currently a major global priority. They constitute preventable causes of death and incapacity in all age groups, and cause globally around 60% of all deaths, 80% of them occurring in developing countries.

NCD are becoming a target of research in Mozambique, a country that has joined the global movement aiming at controlling risk factors for NCD, including physical inactivity, tobacco consumption, alcohol abuse and unhealthy diet. Implementation of the strategy for control of NCDs in Mozambique requires changes at both individual and population level, and will also require an efficient use of the resources at the National Health Service. This article discusses the challenges and opportunities for the National Health System, using data from a newly implemented cardiac clinic at a peripheral tertiary hospital and the results of research performed in this area in the last years. The authors identify and discuss the research needs in NCDs and identify the challenges and opportunities for the National Health Service to implement the Moscow and Brazzaville Declarations.

Keywords: Non Communicable Diseases, Risk Factors, Surveillance Systems



XV JORNADAS NACIONAIS DE SAUDE 16 a 18 de Setembro de 2015

Pesquisa e Inovação em Saúde para o desenvolvimento sustentável de Moçambique."

O Instituto Nacional de Saúde tem a honra de anunciar a realização das XV Jornadas de Saúde em Maputo, de 16 a 18 de Setembro de 2015. As Jornadas de Saúde são o evento científico nacional mais importante para a divulgação de resultados de investigação em Saúde realizada em Moçambique.

As Jornadas de Saude são organizadas pelo Instituto Nacional de Saude em colaboração com a Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, e tem o apoio de vários parceiros nacionais e internacionais.

Todos os investigadores, profissionais de saude e estudantes areas afins sao convidados a participar nestas Jornadas a submeter os seus trabalhos para apresentacao oral ou em poster entre 1 de Janeiro de 2015 e 31 de Maio 2015.

PARTICIPE!



Introdução

O Fórum Económico Mundial coloca as Doenças Não Transmissíveis (DNT) na terceira posição nos riscos económicos globais mais importantes. Estas doenças representam um fardo considerável na economia e nos sistemas de saúde em África. No entanto, poucos países africanos possuem estratégias nacionais de controlo e prevenção das mesmas.

Neste âmbito, o Governo de Moçambique ratificou, em 2010, a Declaração de Moscovo.¹ Nesta primeira Conferência Ministerial Global sobre Estilos de Vida Saudáveis e Controlo das DNT, realizada sob égide da Organização das Nações Unidas, os participantes reconheceram que o direito de todos desfrutarem dos mais elevados padrões possíveis de saúde física e mental não poderá ser adquirido sem a implementação de medidas de prevenção e controlo das DNT mais efectivas a nível global e nacional. Reconheceram ainda a existência de iniquidades significativas no que respeita ao peso das DNT e ao acesso à prevenção e controlo das mesmas, tanto entre países como dentro de cada país.

As DNT - em especial, as doenças cardiovasculares, diabetes, cancro e doenças respiratórias crónicas - são causas evitáveis de morbilidade e incapacidade, sendo actualmente responsáveis por mais de 60% de todos os casos de morte em todo o mundo.¹ Cerca de 80% dessas mortes ocorrem nos países em desenvolvimento, onde constituem uma ameaça ao desenvolvimento humano e à progressão rumo aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. Estas doenças são uma causa importante de morte prematura, afectando gravemente e desproporcionalmente as populações mais vulneráveis e mais pobres. As DNT têm repercussões significativas em todos os níveis dos serviços de saúde, nos custos da prestação de cuidados e no pessoal de saúde, bem como na produtividade nacional nas economias emergentes, podendo ter efeitos financeiros devastadores que empobrecem os indivíduos e as famílias, especialmente em países de baixos e médios rendimentos.¹

As DNT podem afectar de forma distinta países desenvolvidos e em desenvolvimento, o que deve ser levado em consideração no desenho de estratégias de prevenção e controlo das mesmas. Assim, em África, um continente em que muitos países enfrentam os desafios impostos tanto pelas doenças transmissíveis como pelas não transmissíveis, exige-se uma adaptação de sistemas e políticas de saúde, bem como um desvio das abordagens focadas na doença para abordagens centradas no indivíduo e na implementação de medidas de saúde na comunidade. Considerando este cenário, os Ministros da Saúde e Chefes de Delegação da Região Africana da Organização Mundial da

Saúde (OMS), reunidos em Brazzaville, no Congo, em preparação para a Reunião Ministerial de Moscovo, orientaram os seus países a elaborarem planos nacionais integrados de acção e a reforçarem as capacidades institucionais para a prevenção e o controlo das DNT.²

Neste encontro, foram assumidas as significativas evidências relativas ao fardo atribuível a doenças cardiovasculares, diabetes, cancro, doenças respiratórias crónicas, hemoglobinopatias (em particular a drepanocitose), perturbações mentais, violência e traumatismos, cardiopatia reumática, doenças boco-dentárias e oftalmológicas na Região africana da OMS. Os referidos dirigentes africanos declararam que, embora não tenham sido particularizadas entre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio para o desenvolvimento, as DNT constituem uma parte essencial das agendas de saúde e do desenvolvimento a nível mundial, regional e nacional. Neste contexto, recomendaram que os sistemas nacionais de informação sanitária fossem reforçados e padronizados para gerar dados desagregados sobre as DNT, os seus factores de risco e os seus determinantes e com vista a monitorizar a sua dimensão, tendências e impacto.

A estratégia global de controlo das DNT é actualmente centrada na prevenção e controlo de quatro factores de risco modificáveis (dietas não saudáveis, consumo de tabaco, sedentarismo e uso abusivo do álcool) e quatro grupos de doenças que mais contribuem para a morbilidade e que são influenciadas por estes factores (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crónicas, cancro e diabetes),³ sendo por isso designada 4x4. Esta estratégia inclui ainda o controlo da hipertensão arterial e dos níveis elevados de glicose no sangue, dois factores de risco biológico relacionados com estas doenças, reconhecendo-se co-morbilidades significativas, tais como, obesidade, doenças psiquiátricas (principalmente a depressão e a demência), e doenças orais e renais. Recentemente, foi sugerida uma abordagem 5x5 para África, argumentando-se que é necessária a inclusão das doenças neuropsiquiátricas como quinto tipo de doenças e os agentes infecciosos como quinto factor de risco, pois causam considerável incapacidade e mortalidade prevenível neste continente.⁴

O plano estratégico de prevenção e controlo de DNT do Ministério da Saúde (MISAU) de Moçambique para o período de 2008 a 2014 tem como objectivo geral a redução da exposição a factores de risco para DNT,⁵ conforme definido no Plano de Acção para prevenção de factores de risco de DNT de 2013.³ O plano estratégico tem ainda como objectivos a redução da morbilidade e mortalidade associadas a estes factores de risco em Moçambique. O conhecimento

da epidemiologia dos factores de risco e suas complicações requer a implementação de um sistema de vigilância epidemiológica, uma vez que o fardo das DNT em Moçambique é desconhecido, pelo facto de estas doenças não estarem incluídas no actual sistema de informação para a saúde. Este desconhecimento dificultará a medição das tendências e do impacto de programas de controlo que sejam implementados, e impede uma correcta distribuição de recursos para o combate às doenças, de acordo com o seu peso relativo no padrão epidemiológico do país.

Doenças não Transmissíveis em Moçambique

As DNT começam a ter um considerável impacto na morbilidade e mortalidade em Moçambique. Nas cidades de Maputo, Beira e Nampula as DNT são causa de 13.1% a 24.0% da mortalidade total.⁶ As doenças cardiovasculares são a causa mais importante de morte e, segundo dados estatísticos recentemente publicados pelo Ministério da Saúde, estas doenças ocupam o 3º lugar na mortalidade intra-hospitalar em Moçambique, representando 8% das mortes intra-hospitalares, imediatamente a seguir às doenças infecciosas e afecções perinatais.⁷

A prevalência de factores de risco para doença crónica no país foi avaliada através dum estudo realizado, em 2005, a partir de uma amostra representativa da população moçambicana correspondente a 3323 indivíduos com idades entre os 25 e os 64 anos, seguindo a metodologia progressiva padronizada da Organização Mundial da Saúde.⁸ A prevalência de hipertensão arterial (o factor de risco cardiovascular mais importante para insuficiência cardíaca, insuficiência renal e doença isquémica) a nível nacional foi de 34.9%, tendo sido mais elevada nas cidades (40.6%).⁹ Nessa amostra de população moçambicana foram encon-

tradas prevalências de obesidade e excesso de peso, respectivamente, de 6.8% e 11.8% nas mulheres, e de 2.3% e 9.4% nos homens, sendo também mais frequentes no meio urbano.¹⁰

Apesar de maior parte dos moçambicanos reportar elevados níveis de actividade física na zona rural (mulheres: 93.2%; homens: 91.6%), os níveis de exercício vigoroso são menos comuns nas cidades e na população com maior nível educacional, revelando-se um padrão de maior sedentarismo no meio urbano.¹¹ Por sua vez, o relatório da UNESCO publicado em 2007 mostrou uma considerável prevalência do consumo do tabaco de 13.9% em adolescentes moçambicanos.¹²

Apesar da escassez de estudos realizados na área de DNT no país, se comparados com a pesquisa realizada em doenças endémicas infecciosas, existem alguns dados que importa apresentar. Em adultos, o cancro cervical e o cancro da próstata, duas condições com possibilidade de prevenção e diagnóstico precoce, são os que apresentam maior prevalência e mortalidade de acordo com uma análise de dados hospitalar e de registo de base populacional publicados recentemente.¹³ Porém, já em 2006 dados do registo do cancro do Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Central de Maputo, baseado em casos diagnosticados por histologia, citologia e autópsia indicavam que o cancro do colo do útero é a neoplasia maligna mais frequente na mulher adulta, representando mais de um quarto de todos os cancros diagnosticados em doentes do sexo feminino naquele hospital (frequência de 27,6%).⁵ Esta frequência corresponde a uma média anual de 78,2 casos por ano. O plano estratégico de controlo das DNT do MISAU indica que na Cidade da Beira, em 2005 e 2006, o cancro do colo uterino foi a segunda causa de todos os cancros

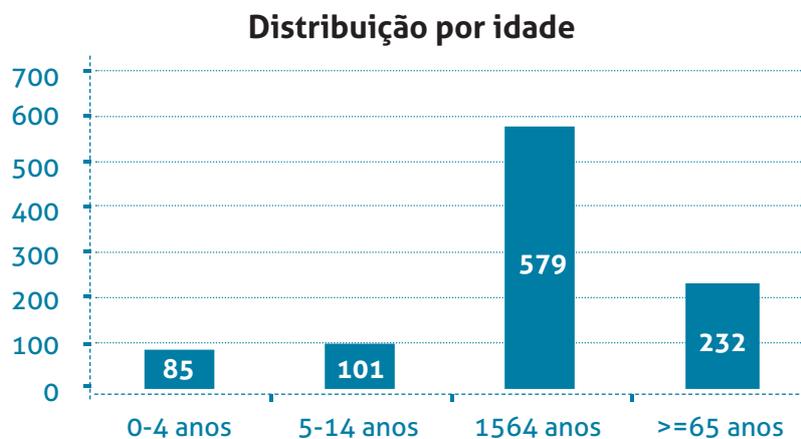


Figura 1: Distribuição etária dos pacientes observados na consulta de Cardiologia duma unidade sanitária de nível terciário, entre Maio 2011 e Abril 2012.

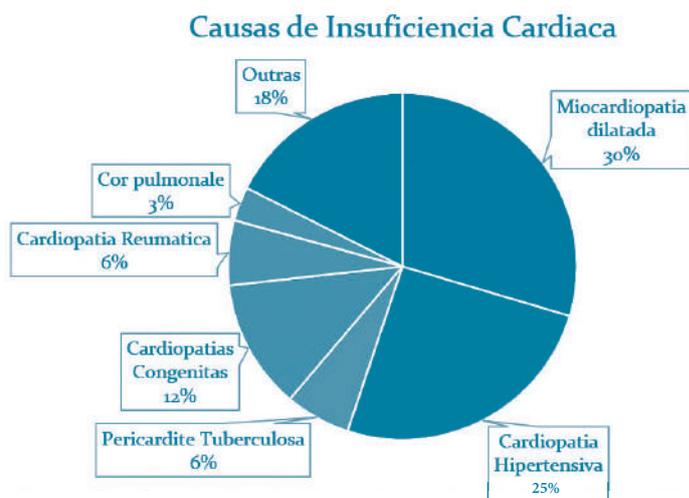


Figura 2: Distribuição das causas de insuficiência cardíaca em pacientes observados em consulta de Cardiologia numa unidade sanitária de nível terciário, entre Maio 2011 e Abril 2012.

registados (mas o primeiro na mulher), 80% dos quais diagnosticados numa fase inoperável, nomeadamente, nos estádios III e IV da doença.⁵ O cancro pediátrico constitui também um fardo apreciável em Moçambique considerando que, em 2009-2010, o Registo de Cancro da Beira assinalou uma incidência de cancro em crianças de 9.7/100000hab.¹⁴ A prevalência de Sarcoma de Kaposi associada à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e o aumento do acesso ao diagnóstico poderão aumentar ainda mais estes números.

O trauma, a violência e os distúrbios mentais constituem problemas de saúde que contribuem de forma importante para a morbilidade e mortalidade por doenças crónicas em Moçambique. O trauma é uma causa importante de morte em indivíduos com mais de cinco anos.¹⁵ Dados da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Central de Maputo indicam que, em 2012, os acidentes de viação foram a 3ª causa básica de morte (correspondendo a 10%) (dados não publicados). Um estudo observacional prospectivo realizado em 2007 em três hospitais da cidade de Maputo registou uma prevalência de queixas relacionadas com trauma infantil de 12% dos pacientes assistidos nessas unidades sanitárias.¹⁶ Por seu turno, o Inquérito Demográfico de Saúde de 2011 revelou que 33.4% das mulheres e 24.8% dos homens tinham sido vítimas de violência nos 12 meses anteriores.¹⁷

As doenças mentais e psicoses afectam uma porção considerável da população das zonas rurais e urbanas. Com efeito, um estudo comunitário realizado para avaliar a prevalência de doenças convulsivas, psicoses

e atraso mental envolvendo 2739 agregados familiares seleccionados aleatoriamente numa zona rural (distrito de Cuamba) e numa zona urbana (cidade de Maputo), observou taxas mais elevadas de prevalência para estas três doenças neuropsiquiátricas na zona rural.¹⁸ Assim, a prevalência de psicoses em adultos foi de 4.4% em Cuamba contra 1.6% na Cidade de Maputo. Para o atraso mental e síndrome convulsiva as prevalências foram de 1.9% versus 1.3%, e 4.0% versus 1.6%, em Cuamba e em Maputo, respectivamente.

Por outro lado, uma investigação de carácter nacional sobre factores de risco que estudou uma amostra de 20033 adultos revelou que quase um quarto das mulheres e metade dos homens consomem álcool de forma considerada abusiva, sendo 75% das bebidas consumidas de fabrico caseiro, as chamadas bebidas tradicionais.¹⁹

Dados da mesma investigação indicam uma baixa prevalência de diabetes, em Moçambique, a 2.5% na população geral adulta.²⁰ Contudo, a maioria dos pacientes diabéticos desconhece o seu estado de doença. Apenas 13% dos que estão conscientes do diagnóstico estavam em tratamento e cerca de 11% tinham realizado um teste de glicemia nos 12 meses anteriores.

Experiência de consulta de cardiologia numa unidade de nível terciário

Em 2011 foi pela primeira vez implementada uma consulta externa de Cardiologia num Hospital Geral que serve de referência para oito centros de saúde na cidade de Maputo. Os resultados dos primeiros 12

meses de implementação da consulta foram apresentados nas Jornadas Nacionais de Saúde em Maputo em 2012 (Manafe, N. e colegas. “Perfil de doença cardiovascular observada em consulta externa numa zona urbana”. Apresentação oral nas Jornadas Nacionais de Saúde, 2012). O livro de registo usado nas consultas foi modificado de modo a incluir informação adicional sobre idade, sexo e internamento recente (nos 30 dias que antecederam a consulta) do paciente. O diagnóstico clínico foi confirmado por exames especializados, tais como, electrocardiograma e ecografia cardíaca. Durante o período em estudo, foram observados 997 novos doentes. A população observada foi sobretudo do sexo feminino (584; 58.6%); 232 pacientes tinham idade igual ou superior a 65 anos (**Figura 1**). Do total de doentes assistidos, 314 (31.4%) apresentaram sinais clínicos de insuficiência cardíaca congestiva na primeira consulta; mais de metade (175; 55.7%) tinha tido um internamento recente, e (34;10.8%) necessitaram de reinternamento na primeira consulta de seguimento. As principais causas de insuficiência cardíaca foram cardiopatia hipertensiva disfunção contráctil (93;29.6%), miocardiopatia dilatada (80;25.5%), derrame pericárdico de origem tuberculosa (19;6.1%) e cor pulmonale descompensado (10;3.2%) (**Figura 2**). Nas crianças, as cardiopatias congénitas (38;12.1%) e a cardiopatia reumática (19;6.1%) foram as causas mais importantes de insuficiência cardíaca. Apesar de o teste de HIV ter sido realizado apenas baseado em critérios de suspeita clínica, em 118 (11.8%) pacientes foi identificada a infecção, 36 dos quais em pacientes acima dos 64

anos de idade. Note-se ainda que, durante o período em estudo, 105 (10.5%) pacientes tinham hipertensão arterial ligeira ou moderada sem factores de risco adicionais. Apenas 3 pacientes (0.9%) apresentaram sinais de doença isquémica miocárdica.

Dados sobre doenças crónicas resultantes de infecções endémicas

Uma porção não negligenciável de doenças crónicas em Moçambique resulta da incapacidade de prevenção secundária ou terciária de doenças endémicas transmissíveis. Tal é o caso dos cancros associados a infecções, tais como, carcinoma do colo do útero, o carcinoma hepatocelular, o sarcoma de Kaposi, o carcinoma da Bexiga e o linfoma de Burkitt, que se associam à infecção pelo papiloma vírus humano, pelo vírus da hepatite B, pelo herpes vírus 8, pelo *Schistosoma haematobium* e pelo vírus Epstein-Barr.

Moçambique é um país hiperendémico para bilharziose.²¹ Entre 2005-2007, foi realizado um inquérito epidemiológico no qual foi estudada uma amostra de 83331 crianças de idade escolar de todas as províncias do país, com idade média de 11 anos. O estudo consistiu na recolha de amostras de fezes e urina que indicaram ocorrência de infecção pelo *Schistosoma haematobium* em 47% desta população e de STHs em 53.5%. A prevalência variou dramaticamente entre as diferentes províncias, tendo sido mais elevada na região norte do país.

Estudos realizados em indivíduos residentes no Brasil com história de permanência recente em Moçambique revelaram que apenas 70% teve cura parasitoló-

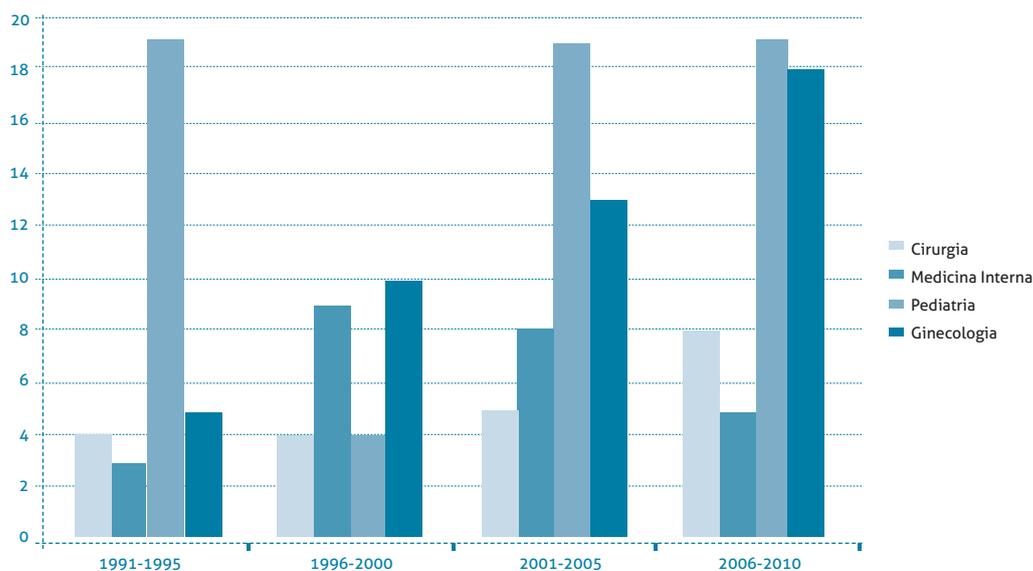


Figura 3: Evolução do número de especialistas em formação nas diversas especialidades médicas e cirúrgicas (números absolutos indicados) ao longo de 20 anos (dados obtidos do Conselho Nacional de Especialidades da Ordem dos Médicos de Moçambique).

gica da bilharziose urinária causada por *Schistosoma haematobium* após tratamento correcto com praziquantel. Neste estudo, foi usada a visualização por cistoscopia e presença de ovos de *schistosoma* na urina de 24 horas para confirmar falência terapêutica.²² No final do tratamento, a biopsia da bexiga revelou presença de ovos viáveis em 77.3% dos sujeitos²³ e a presença de granulomas activos foi detectada em 34.3% dos pacientes que não excretavam ovos na urina.²⁴ Estes dados sugerem que uma proporção considerável dos pacientes correctamente tratados com praziquantel pode manter infecção subclínica e progredir para complicações crónicas, tais como, infertilidade e carcinoma da bexiga. Por outro lado, a evidência de bilharziose pélvica foi encontrada em 3.9% de pacientes com ruptura de gravidez extra-uterina.²⁵ Foi também observado que Moçambique apresenta a mais elevada prevalência de carcinoma da bexiga no mundo.²⁶

A cidade de Maputo tem uma das mais elevadas prevalências de cardiopatia reumática registadas a nível mundial. Um estudo envolvendo a população escolar desta cidade em 2006 mostrou que 30 em cada mil crianças tinham sinais da doença quando avaliadas por ecografia²⁷. A cardiopatia reumática, causa importante de morbilidade e mortalidade cardiovascular na população jovem em Moçambique, é uma doença auto-imune que resulta de infecções estreptocócicas de repetição em indivíduos susceptíveis. Esta doença afecta sobretudo as válvulas cardíacas, de forma permanente, sendo um factor de risco para insuficiência cardíaca (aguda ou crónica), arritmia, tromboembolismo e endocardite infecciosa, e constitui uma das principais indicações para cirurgia cardíaca em Moçambique. É uma doença prevenível, através do tratamento correcto das faringites estreptocócicas (prevenção primária) e da prevenção de episódios recorrentes de febre reumática (prevenção secundária), pelo que a elevada prevalência sugere diagnóstico e tratamento incorrecto das faringites bacterianas e dos episódios de febre reumática aguda.

O Plano Estratégico do Programa Nacional de Controlo da Tuberculose 2008-2012 do MISAU refere que, desde 1993, Moçambique figura na lista dos 22 países onde os índices desta doença são bastante elevados, ocupando actualmente a 18ª posição de acordo com a classificação da Organização Mundial da Saúde.²⁸ O mesmo documento indica que a incidência anual estimada de tuberculose em Moçambique, em 2011, foi de 548 por 100.000 habitantes, e a mortalidade anual foi de 47 casos por 100.000 habitantes, excluindo mortes entre os doentes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Uma vez que a pandemia do HIV influencia nega-

tivamente o controlo da tuberculose, e porque Moçambique tem uma prevalência de HIV na população adulta de 11,5%,²⁹ o número de casos de Tuberculose associados ao HIV aumentou consideravelmente nos últimos anos. Este agravamento é testemunhado pela comparação de dados que é feita no Plano Estratégico mostrando que entre 2005 e 2006 ocorreu: (1) aumento da taxa de incidência de 447 para 460 casos novos por 100,000 habitantes; (2) aumento da incidência de casos novos com baciloscopia positiva de 185 para 191 casos novos por cada 100.000 habitantes; (3) aumento da taxa de prevalência de 597 para 636 casos por 100,000 habitantes; (4) aumento da taxa de mortalidade de 124 para 129 mortes em cada 100.000 habitantes.²⁸ Estes dados mostram que a tuberculose pulmonar constitui causa importante de morbilidade em Moçambique, e sugerem que esta é responsável por parte da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica na população moçambicana. No caso de tuberculose, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, esta pode ocorrer em pacientes tanto fumadores como não fumadores mesmo naqueles com cura biológica confirmada.^{30,31}

Desafios e Oportunidades

Reconhecendo que as DNT impõem novos desafios aos serviços de saúde, o Ministério da Saúde possui um Programa Nacional de Controlo de DNT. Este programa define, no seu plano estratégico, pacotes básicos de material e medicamentos necessários para a implementação de consultas de hipertensão arterial, diabetes e asma, bem como para identificação e controlo de factores de risco a nível periférico.⁵ A implementação deste modelo de consulta para doenças crónicas constitui um enorme desafio ao nível das unidades sanitárias periféricas, uma vez que este nível do Serviço Nacional de Saúde foi orientado sobretudo para o diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças transmissíveis, bem como as actividades de atendimento à criança e mulher em idade fértil com vista a redução da mortalidade materna e infantil.

Igualmente, o Instituto Nacional de Saúde definiu a pesquisa em DNT como um dos seus eixos estratégicos.³³ Neste contexto, iniciou um programa piloto de vigilância epidemiológica para doenças não transmissíveis integrado numa unidade sanitária de referência de nível terciário, de modo a testar a implementação do modelo de consultas crónicas tal como preconizado no Plano Estratégico Programa Nacional de Controlo de DNT.¹⁵ O levantamento preliminar realizado aquando da instalação deste sistema piloto de vigilância epidemiológica aponta para a necessidade de reforçar a capacidade para o diagnóstico e tratamento de doenças crónicas ao nível periférico do ser-

viço nacional de saúde, de modo a permitir diagnóstico e notificação correctos das doenças seleccionadas. Com efeito, no sistema piloto de vigilância epidemiológica para DNT foram incluídos todos os factores de risco e as doenças consideradas prioritárias pela Organização Mundial da Saúde, tendo sido adicionadas condições (estimadas a partir de alguns estudos realizados em Moçambique) cuja ocorrência e gravidade exigem um melhor conhecimento da epidemiologia, nomeadamente, a cardiopatia reumática, a epilepsia e o trauma. Devido à sua relevância geográfica serão gradualmente incluídas as manifestações crónicas de doenças infecciosas endémicas, nomeadamente, as associadas a infecção pelo HIV. Estes esforços de pesquisa poderão orientar o Ministério da Saúde na definição de prioridades em relação à formulação de estratégias para a prevenção de doenças não transmissíveis, e ainda na tomada de decisão sobre o modelo de consulta de doente crónico a implementar em Moçambique. Mais ainda, tais resultados poderão ter implicações no conteúdo dos programas de formação inicial, pós-graduada e contínua dos profissionais de saúde, bem como na orientação da concepção de algoritmos para o manejo das DNT mais comuns a nível periférico utilizando transferência de competências para não especialistas.

A taxa de médico por habitante em Moçambique é uma das mais baixas do mundo; era de 0.03 médico por 1000 habitantes em 2010, tendo o valor mais elevado ocorrido em 1965 (0.06/1000 habitantes) e o mais baixo em 1990 (0.01/1000 habitantes).³² Estes números têm condicionado o ritmo de formação de médicos especialistas em Moçambique.³³ (Figura 3) Assim, para fazer face à escassez de médicos foram adoptadas algumas estratégias de formação de profissionais de saúde não médicos e sua alocação em unidades sanitárias ao longo do país. Neste contexto, como forma de enfrentar as elevadas mortalidades infantil e materna têm sido formados enfermeiras de saúde materno-infantil (SMI), técnicos de cirurgia e técnicos de anestesia que nos seus locais de trabalho, geralmente fora dos hospitais de referência,^{34,35} contribuem de forma inequívoca para os avanços que têm ocorrido na redução da mortalidade infantil e materna em Moçambique. Por outro lado, face à elevada prevalência de infecção pelo HIV na população moçambicana, em 2004, o Ministério da Saúde procedeu à revisão dos termos de referência dos técnicos de medicina na assistência aos doentes de HIV, definiu novas directrizes clínicas, e iniciou um programa de treino adicional e de monitoria para estes profissionais de saúde.³⁶ Uma avaliação inicial do programa, baseada em observação directa de consultas realizadas pelos técnicos de medicina que haviam

recebido o treino, mostrou que a maioria destes não aderira às normas.³⁶ Contudo, um estudo mais recente envolvendo várias categorias de profissionais não médicos envolvidos na assistência a doentes infectados pelo HIV mostrou que o desempenho destes profissionais é similar ou mesmo superior ao dos médicos nos indicadores seleccionados para o estudo.³⁷

A experiência de transferência de competências de médicos para outros profissionais de saúde na área de DNT não tem sido suficientemente reportada na literatura. Pode contribuir para isto o facto de o diagnóstico e tratamento de DNT requererem muitas vezes um elevado grau de especialização dos profissionais de saúde e de exames complementares, nem sempre disponíveis fora dos hospitais de referência. Por exemplo, o registo de cancro baseia-se na confirmação anatomopatológica de alterações morfológicas e histoquímicas em amostras de tecido obtidas por punção aspirativa ou biópsia de lesões suspeitas. Isto pressupõe a existência não só de anatomopatologistas e cirurgiões, mas também de laboratórios de patologia, serviços de cirurgia e laboratórios de radiologia adequadamente equipados. Além disso, para o tratamento do cancro são necessários tratamentos onerosos como a quimioterapia, radioterapia e cirurgia, bem como suporte laboratorial e anatomopatológico para o seguimento do tratamento e determinação de cura. Há, no entanto, doenças e factores de risco que poderiam ser manejadas por profissionais de saúde não especialistas. Para que tal seja possível é necessária uma abordagem que inclua formação, supervisão, programas de monitoria, reforço da capacidade laboratorial das unidades sanitárias periféricas, redução das limitações ao uso de certos medicamentos actualmente de nível de especialista e, por fim, a criação de algoritmos de diagnóstico, tratamento e referência para níveis superiores de atenção.

O padrão de doença cardiovascular reportado na consulta de Cardiologia na população que é assistida numa unidade de referência de nível terciário urbano difere do encontrado em países de alta renda, caracterizado por predomínio da doença isquémica ligada a aterosclerose e aos factores de risco cardiovasculares clássicos. A elevada prevalência de complicações da hipertensão arterial e miocardiopatia nos adultos, e de cardiopatia congénita e valvulopatia reumática em crianças, assemelha-se ao perfil reportado numa série hospitalar na Nigéria.³⁸ A apresentação de pacientes em estado grave e/ou em fase avançada da doença em consultas externas explica a admissão hospitalar numa proporção considerável dos mesmos. A elevada prevalência de infecção pelo HIV na população moçambicana²⁹, a introdução da política de acesso universal ao tratamento antiretroviral³², e o número

crecente de pacientes idosos nas consultas impõem novos desafios ao Serviço Nacional de Saúde. Este deverá adaptar-se para enfrentar o peso crescente das doenças crónicas associadas à maior sobrevivência dos pacientes, incluindo as co-morbilidades frequentes na população idosa.

Direcções Futuras

Os dados existentes sobre DNT em Moçambique suportam a existência dum modelo de atenção sanitária que inclua consulta de doença crónica a nível periférico. A implementação desta consulta deverá ser acompanhada de realização de registos para recolha sistemática de informação sobre as DNT. Na impossibilidade de seguimento deste modelo de colheita de dados hospitalares em todas as unidades sanitárias, postos sentinela para doenças DNT seleccionadas seriam uma alternativa. A escolha das DNT a notificar pode ser feita tendo em conta o grau de ocorrência a nível hospitalar, taxas de letalidade e invalidez, ou outros critérios. Esta vigilância epidemiológica poderá contribuir para o reforço do Sistema de Informação para a Saúde e determinar perfis e tendências de DNT na população moçambicana.

O manejo de DNT poderá constituir um fardo importante para o Serviço Nacional de Saúde e comprometer os esforços de desenvolvimento do sector saúde e do país. É imperioso investir na pesquisa nesta área de modo a aumentar o conhecimento sobre estas doenças e definir estratégias locais para a sua prevenção e controlo.

Referências Bibliográficas

1. Declaração de Moscovo, Primeira Conferência Ministerial Global sobre estilos de vida Saudáveis e controlo das Doenças não transmissíveis, Moscovo, 28-29 de Abril de 2011.
2. Declaração de Brazzaville sobre a prevenção e o controlo das doenças não transmissíveis na região africana da OMS, Todos contra as doenças não transmissíveis: Ajamos de imediato, República do Congo, 6 de Abril de 2011.
3. Plano de Acção para a prevenção e controlo de doenças não transmissíveis, 52º Conselho Director, 65ª sessão do Comité regional, Tema 4.5 da Agenda provisória, Washington, DC., EUA, 30 de Setembro a 4 de Outubro de 2013, CD52/7, Rev. 1 (Port), 9 de Setembro de 2013.
4. Mensah GA, Mayosi BM. The 2011 United Nations high-level meeting on non-communicable diseases: the Africa agenda calls for a 5-by-5 approach. *S Afr Med J*. 2012 Nov 8; 103(2):77-9.
5. Plano Estratégico do Programa Nacional de Controlo de Doenças Não Transmissíveis. Ministério da Saúde 2008-2014.
6. Relatório Anual MISAU, 2003.
7. Relatório sobre a análise da mortalidade nacional intra-hospitalar em Moçambique, Sistema de Informação de Saúde -Registo de Óbitos Hospitalares (SIS-ROH), 2009-2011, Maputo, Novembro de 2012.
8. WHO STEPS chronic disease risk factor surveillance fact sheet www.who.int/chp/steps. Acedido a 29 de Julho de 2014.
9. Damasceno A, Azevedo A, Silva-Matos C, Prista A, Diogo D, Lunet N. Hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in Mozambique: urban/rural gap during epidemiological transition. *Hypertension* 2009; 54(1):77-83.
10. Gomes A, Damasceno A, Azevedo A, Prista A, Silva-Matos C, Saranga S, Lunet N. Body mass index and waist circumference in Mozambique: urban/rural gap during epidemiological transition. *Obes Rev* 2010; 11(9):627-34.
11. Padrão P, Damasceno A, Silva-Matos C, Prista A, Lunet N. Physical activity patterns in Mozambique: urban/rural differences during epidemiological transition. *Prev Med* 2012; 55(5):444-9.
12. Nunes A. Relatório sobre o estudo Global sobre a prevalência do tabagismo nos jovens. Global Youth Tobacco Survey (GYTS) - Country report Mozambique. UNESCO 2007.
13. Carreira H, Lorenzoni C, Carrilho C, Ferro J, Sultane T, Garcia C *et al*. Spectrum of Pediatric Cancers in Mozambique: An Analysis of Hospital and Population-Based Data. *Pediatric Hematol Oncol* 2014; 31(6):498-508.
14. Relatório do Registo de Cancro na Cidade da Beira. MISAU, 2006.
15. Inquérito de causas de morte 2007-Instituto Nacional de Estatística, Moçambique.
16. Petersburgo DS, Keyes CE, Wright DW, Click LA, Macleod JB, Sasser SM. The epidemiology of childhood injury in Maputo, Mozambique. *Int J Emerg Med* 2010; 3:157-163.
17. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Estatística e ICF International. Inquérito Demográfico e de Saúde, Moçambique 2011.
18. Patel V, Simbine AP, Soares IC, Weiss HA, Wheeler E. Prevalence of severe mental and neurological disorders in Mozambique: a population-based survey. *Lancet* 2007; 370(9592):1055-60.
19. Pires J, Padrão P, Damasceno A, Silva-Matos C, Lunet N. Alcohol consumption in Mozambique: Results from a national survey including primary and surrogate respondents. *Ann Hum Biol*. 2012; 39(6):534-7.
20. Silva-Matos C, Gomes A, Azevedo A, Damasceno A, Prista A, Lunet N. Diabetes in Mozambique: Prevalence, management and healthcare challenges. *Diabetes Metab*. 2011 Jun;37(3):237-44.
21. Augusto G, Nalá R, Casmo V, Sabonete A, Mapaco L, Monteiro J. Geographic distribution and prevalence of Schistosomiasis and soil-transmitted helminths among school-children in Mozambique. *Am J Trop Med Hyg*. 2009 Nov; 81(5):799-803.
22. Silva IM, Tsang V, Noh J, Rey L, Conceição MJ. Clinical and laboratorial evaluation of urinary schistosomiasis in Brazilians after staying in Mozambique. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2006; 39(3):272-4.
23. Silva IM, Thiengo R, Conceição MJ, Rey L, Pereira Filho E, Ribeiro PC. Cystoscopy in the diagnosis and follow-up of urinary schistosomiasis in Brazilian soldiers returning from Mozambique, Africa. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2006; 48(1):39-42.
24. Silva IM, Thiengo R, Conceição MJ, Rey L, Lenzi HL, Pereira Filho E, Ribeiro PC. Therapeutic failure of praziquantel in the treatment of Schistosomiasis haematobium infection in Brazilians returning from Africa. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2005; 100(4):445-9.
25. Bugalho A, Strolego F, Pregazzi R, Osman N, Ching C. Extruterine pregnancy in Mozambique. *Int J Gynaecol Obs*

- et. 1991; 34(3): 239-42.
26. Ebert W. Incidence and significance of bilharziasis in the Republic of Mozambique. *Z Urol Nephrol.* 1987; 80(11):625-8.
 27. Marijon E, Ou P, Celermajer DS, Ferreira B, Mocumbi AO, Jani D et al. Prevalence of rheumatic heart disease detected by echocardiographic screening *N Engl J Med.* 2007; 357(5):470-6.
 28. Plano estratégico do Programa Nacional de Controle da Tuberculose 2008-2012. Ministério da Saúde.
 29. Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA 2009).
 30. Lee CH, Lee MC, Lin HH, Shu CC, Wang JY, Lee LN, Chao KM. Pulmonary tuberculosis and delay in anti-tuberculosis treatment are important risk factors for chronic obstructive pulmonary disease. *PLoS One* 2012; 7(5):e37978.
 31. Radovic M, Ristic L, Stankovic I, Pejic T, Rancic M, Cirić Z et al. Chronic airflow obstruction syndrome due to pulmonary tuberculosis treated with directly observed therapy – a serious changes in lung function. *Med Arh.* 2011; 65(5):265-9.
 32. www.indexmundi.com/facts/mozambique. Acedido a 29 de Julho de 2014.
 33. Mocumbi AO, Carrilho C, Aronoff-Spencer E, Funzamo C, Patel S, Preziosi M *et al.* Innovative strategies for transforming internal medicine residency in resource-limited settings: The Mozambican experience. *Acad Med.* 2014; 89 (8 Suppl):S78-82.
 34. Kruk ME, Wladis A, Mbembati N, Ndao-Brumblay SK, Hsia RY, et al. (2010) Human resource and funding constraints for essential surgery in district hospitals in Africa: a retrospective cross-sectional survey.
 35. Cumbi A, Pereira C, Malalane R, Vaz F, McCord C, *et al.* (2007) Major surgery delegation to mid-level health practitioners in Mozambique: Health professionals' perceptions. *Hum Resource Health* 5: 27.
 36. Brettlinger P, Assan A, Mudender F, Ghee A, Torres J, Martinez P *et al.* Task shifting in Mozambique: cross-sectional evaluation of non-physician clinicians' performance in HIV/AIDS care. *Human Resources for Health* 2010, 8:23.
 37. Sherr KH, Micek MA, Gimbel SO, Gloyd SS, Hughes JP, John-Stewart GC *et al.* Quality of HIV care provided by non-physician clinicians and physicians in Mozambique: a retrospective cohort study. *AIDS* 2010; 24 Suppl 1:S59-66.
 38. Onwuchekwa AC, Asekomeh GE. Patterns of heart failure in a Nigeria teaching hospital. *Vasc Health Risk Manag.* 2009; 5:745-50.

CARTA AO EDITOR

Tamanho de amostra e apresentação de resultados Comentários em relação a dois artigos publicados

Sérgio Taunde

Hospital Geral de Mavalane, Maputo
sertaunde@hotmail.com

Resumo

No Volume 1, Número 1 da Revista Moçambicana de Ciências de Saúde foram publicados dois artigos cujos resultados são extrapoláveis para uma população alvo. Apesar dos resultados de ambos os estudos parecerem válidos, a não apresentação dos respectivos poderes estatísticos levanta dúvidas sobre os resultados obtidos, pois não se sabe se os mesmos se deveram à variabilidade da amostra. Neste comentário, Sérgio Taunde propõe métodos alternativos que os autores podiam ter usado para apresentarem os poderes estatísticos dos seus estudos. Propõe também alternativas de apresentação dos resultados que os autores também podiam ter considerado.

Palavras-chave: Tamanho de amostra, poder estatístico, apresentação de dados

Sample size and results presentation – comments on two articles published in rmcs

Abstract

Volume 1, Issue 1 of Mozambique Health Science Journal published two articles whose results are extrapolated from the target sample. Results of both studies seem valid. However, those studies did not present statistical power. Therefore, one cannot be sure about the reasons for the obtained results. In this paper,

Sérgio Taunde proposes alternative methods the authors could have considered to present statistical power of their studies. He also proposes alternative ways for data presentation that the authors could have also considered.

Keywords: Sample size, statistical power, data presentation

Exma Senhora Editora,

Antecipadamente, muito obrigado pela publicação do comentário. Gostaria de apresentar meus comentários em relação a alguns aspectos ligados a métodos estatísticos em dois dos três artigos originais publicados no Volume 1, Número 1 da Revista Moçambicana de Ciências de Saúde, ano 2014. Sendo um profissional de Saúde com interesse na área de estatística, acredito que a Revista é um meio privilegiado para levantar discussões desta natureza e permitir maior aprendizagem.

Em relação ao artigo *Validação do Método ELISA com Antígenos de Cystecercus cellulosae para o imunodiagnóstico de Cistecercose*, escrito por Noormahomed e colegas, tenho a comentar o seguinte:

1. Sendo o objectivo do estudo “estabelecer e validar um teste” pela determinação de sensibilidade e especificidade, Noormahomed e colegas poderiam ter considerado qual o tamanho da amostra (casos ou amostras com resultados positivos e negativos) necessário para obtenção de resultados “estatisticamente válidos” para determinadas sensibilidades e especificidades conhecidas ou prováveis nos contextos em que o teste seria usado. Não tendo considerado o tamanho da amostra, podiam ter apresentado o “poder estatístico” do estudo.
2. Ainda no que refere ao tamanho da amostra, Noormahomed e colegas podiam ter apresentado os intervalos de confiança da sensibilidade e especificidade e também dos valores preditivos positivo e negativo do teste com os respectivos intervalos de confiança.

Em relação ao artigo *Hipereosinofilia na População Escolar dum Distrito Endêmico para Fibrose Endomiocárdica no Sul de Moçambique*, realizado por Mocumbi e colegas, tenho a comentar o seguinte:

1. Mocumbi e colegas apresentaram medidas estatísticas descritivas seguidas do seu intervalo de confiança a 95%. Contudo, é importante notar que o intervalo de confiança é a informação referente à população hipotética que a amostra representa e não aos dados reais. Os autores poderiam ter optado por apresentar as médias e os desvios padrão (que também seriam úteis na replicação da testagem de hipóteses) para descrição dos dados, e o intervalo de confiança (e valor-p) apenas associados às medidas de testagem de hipóteses.
2. Mocumbi e colegas podiam sustentar a falta de evidência estatística de não haver associação entre Hipereosinofilia e Fibrose Endomiocárdica encontrado no estudo por duas abordagens estatísticas, designadamente a apresentação do poder estatístico do estudo e a testagem da associação usando a eosinofilia como uma variável categórica e não apenas como variável contínua.

Nos dois estudos, o cálculo de tamanho de amostra (ou o poder estatístico) seria imprescindível, pois os estudos deixam claro que pretendiam apresentar resultados extrapoláveis. Os resultados dos dois estudos comentados parecem válidos e parecem estar em concordância com resultados de pesquisas anteriores. No entanto, a não apresentação do cálculo de tamanho de amostra ou do poder estatístico origina questionamentos sobre os mesmos, pois fica-se sem saber se os resultados obtidos não se devem à variação da amostra. Espero que os meus comentários sejam úteis para os autores dos estudos e para outros pesquisadores.

Obrigado pela atenção.
Cordialmente,

Sérgio Taunde,
sertaunde@hotmail.com

INFORMAÇÃO PARA OS AUTORES

Âmbito e política editorial

A Revista Moçambicana de Ciências de Saúde é uma publicação científica do Instituto Nacional de Saúde de Moçambique que possui a missão fundamental de divulgar conhecimento científico de diferentes áreas de saúde humana, nomeadamente as relacionadas com o exercício da prática clínica, laboratorial, de saúde pública, sistemas de saúde, políticas de saúde, ética e ensino de profissões de saúde. A revista promove uma abordagem interdisciplinar dos aspectos relacionados com promoção de saúde, prestação de cuidados clínicos e saúde pública, com particular enfoque nas doenças endémicas e negligenciadas com relevância para Moçambique e para os países de língua oficial portuguesa. Todas contribuições estão sujeitas ao sistema de revisão por pares.

A Revista Moçambicana de Ciências de Saúde publica artigos de investigação fundamental, epidemiológica, clínica, sobre administração de serviços de saúde ou sobre educação para a saúde. Aceita ainda artigos de revisão, artigos sobre a prática clínica, relatos de casos clínicos, artigos de opinião.

Artigos de Pesquisa Original: Apresentam resultados originais de pesquisa. A estrutura habitual contém cinco secções: justificação ou introdução, objectivos, material e métodos, resultados, discussão e conclusões. Devem conter no máximo 3000 palavras.

Artigos de Revisão: Sumarização de consulta bibliográfica (sistemática sempre que possível) realizada por um expert na área. Podem conter entre 4000 e 6000 palavras.

Comunicações breves: Texto curto (até 1000 palavras e podendo conter apenas uma figura ou tabela) apresentando resultados originais preliminares ou parciais de pesquisa científica ou tecnológica, que habitualmente requer difusão rápida.

Descrição de Caso: Apresenta resultados de um estudo numa situação particular, ou experiências técnicas e metodológicas num contexto específico. Incluem: caso clínico, descrição de surto ou apresentação de experiências originais e relevantes na área de educação de profissionais de saúde. Deve conter até 2000 palavras e duas imagens no máximo.

Artigo de Opinião: Constituem resultados duma

análise, interpretação e crítica dum tópico específico, com base em literatura científica. Podem conter até 4000 palavras.

Políticas de Saúde: Texto com cerca de 2500 palavras que analisa ou propõem uma política de saúde específica, incluindo uma justificativa sobre a sua relevância.

Cartas ao Editor: Posições críticas analíticas ou interpretativas de documentos publicados na revista, que na opinião do Comité Editorial são uma contribuição importante para a discussão do tópico pela comunidade científica de referência. Devem ter cerca de 500 palavras.

Educação Contínua: Artigos com o máximo de 5000 palavras que contribuem para o avanço e expansão do conhecimento nas ciências de saúde, promovendo o aperfeiçoamento profissional contínuo, actualização e manutenção de conhecimentos e competências.

História, Cultura e Saúde: Artigos apoiados em pesquisa histórica e cultural sobre temas relevantes para a saúde, contendo no máximo 1000 palavras e uma imagem.

Organização dos artigos para submissão

Os artigos devem ser escritos em português e submetidos em formato electrónico gravados em formato Microsoft Word. O artigo deverá ser redigido em corpo 12, letra *Times New Roman*, espaço 1,5 entre as linhas, com margem de 3cm de cada lado, no topo e no pé de cada página. Todas as páginas, excluída a do título, devem ser numeradas.

A primeira página deverá incluir apenas:

1. O título do artigo, que deverá ser conciso (em português e inglês, até 100 caracteres, incluindo os espaços).
2. O nome do autor ou autores (devem usar-se apenas dois ou três nomes por autor).
3. O grau, título ou títulos profissionais e/ou académicos do autor ou autores.
4. O serviço, departamento ou instituição onde trabalha(m).
5. O nome, telefone/fax, endereço de correio

electrónico e endereço postal do autor responsável pela correspondência com a revista acerca do manuscrito.

A segunda página deverá incluir apenas:

1. Resumo do artigo em português e inglês não excedendo as 300 palavras. O resumo deve respeitar as normas indicadas para o tipo de artigo em questão e tornar possível a compreensão do artigo sem que haja necessidade de o ler.
2. Duas a seis palavras-chave usando, sempre que existirem, termos da lista de descritores médicos MeSH, dos descritores em ciências da saúde (DeCS) da BIREME ou dos descritores da PORBASE (Índice de Assuntos).

As páginas seguintes incluirão o texto principal do artigo, o chamado corpo de texto.

Agradecimentos, Conflitos de Interesse e Financiamento poderão ser colocados entre o corpo de texto e as referências bibliográficas. Ao identificar as fontes de financiamento a frase deve começar com “*Este trabalho de pesquisa foi financiado por...*”. O nome completo da agência financiadora deve ser escrito com o número do financiamento específico entre parênteses. Os nomes de financiadores múltiplos devem ser separados por ponto e vírgula. Os nomes de múltiplos financiamentos da mesma agência devem ser separados por vírgulas.

As páginas seguintes deverão incluir uma listagem das ilustrações, tabelas, fotografias, gráficos, figuras ou anexos. As figuras e tabelas devem ser apresentados apenas quando necessárias, para a efetiva compreensão do texto e dos dados, totalizando no máximo quatro. As suas legendas devem permitir sua perfeita compreensão, independente do texto. As figuras e tabelas devem ser enviadas em formato digital como ficheiros separados e não dentro do documento de texto. São aceites os formatos JPEG, TIF e EPS, preferencialmente com uma resolução maior ou igual a 300 pontos por polegada (dpi); a qualidade deve permitir a sua reprodução directa. Figuras e tabelas deverão ser numeradas separadamente, usando algarismo arábico, na ordem em que aparecem no texto. É preciso designar cada figura ou tabela pelo nome do primeiro autor e seu número no corpo de texto. Os gráficos, diagramas, gravuras e fotografias (todos considerados figuras) devem ser originais; no caso de já terem sido publicadas, o autor deve proceder de acordo com as normas de Vancouver, solicitando permissão ao autor e revista que as publicou.

Normas de estilo

O uso de abreviaturas e símbolos, bem como as unidades de medida, devem estar de acordo com as normas internacionalmente aceites.

1. Devem-se usar letras maiúsculas apenas nas seguintes situações: no título e nas principais secções do trabalho; no início do subtítulo (caso exista); na primeira palavra de todos os períodos; nas palavras principais de capítulos, subcapítulos, secções e subsecções; nas palavras dos títulos das figuras e quadros; em nomes de escalas e instrumentos de medida; em substantivos determinados por numeral ou letra e, em nomes de cadeiras ou disciplinas académicas.
2. Deve-se usar sempre o nome farmacológico dos medicamentos; se justificado, poder-se-á incluir o nome comercial em parênteses, após a primeira referência ao fármaco no texto.
3. Os algarismos menores que 10 devem ser escritos por extenso. As excepções são: quando se fazem comparações com números iguais ou superiores a 10, se utilizam unidades de medida, para representar funções matemáticas, quantidades fraccionais, percentagens e razões. Não se deve nunca iniciar uma frase com um algarismo.
4. Deve-se usar sempre algarismos para designar tempo, data, idade, amostra e população, tamanho, resultados, dosagens, percentagens, graus de temperatura, medidas métricas e pontos numa escala.
5. Por regra, não se devem usar abreviaturas fora de parênteses. A excepção são as abreviaturas utilizadas pelos sistemas de medidas (por exemplo, kg).
6. Os acrónimos só devem ser utilizados se fazem parte da linguagem corrente (por exemplo, OMS) ou para designar uma sigla ou uma expressão técnica que vai ser utilizada repetidamente. Neste caso, o seu uso deve ser apresentado entre parênteses, depois da expressão original, na primeira vez que é utilizado no texto.
7. Devem-se evitar estrangeirismos, sempre que possível.
8. Não se devem usar sublinhados e reservar o negrito apenas para os títulos.
9. Devemos usar itálico apenas nas seguintes situações: referências bibliográficas, palavras estrangeiras e nomes técnicos das classificações científicas.
10. Os símbolos estatísticos (por exemplo, t , r ,

M, DP, p) devem ser escritos em itálico, com excepção dos símbolos em grego.

11. A indicação da casa decimal deve fazer-se através de uma vírgula e não de um ponto.
12. No texto, os números decimais devem ser apresentados apenas com até duas casas e com arredondamento, a não ser em casos excepcionais em que tal se justifique.
13. Os operadores aritméticos e lógicos (ex. +, -, =, < e >) levam espaço antes e depois.

As referências bibliográficas devem ser assinaladas no texto seguindo as normas de Vancouver (com algarismos árabes, pela ordem de primeira citação e incluídas neste capítulo, utilizando exactamente a mesma ordem de citação no texto) em *superscript*. Os nomes das revistas podem ser abreviados de acordo com o estilo indicado para citação. O numeral da referência deverá ser colocado após a pontuação (ponto, vírgula, etc.). Se após uma frase houver lugar à citação de mais do que uma referência estas deverão ser separadas por vírgulas excepto se forem sequenciais; nessa circunstância serão separadas por hífen. As referências a documentação legal deverão ser concisas mas, ao mesmo tempo, completas, incluindo informação sobre o tipo de diploma e seu número e data, o local onde foi publicado e as páginas. Exemplo: *Decreto-Lei nº 127/99, de 25 de Junho. «Diário da República - Série A. p. 2711.*

Normas de autoria

Autoria

Para serem considerados autores as pessoas listadas devem cumprir os três requisitos do Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas para definição de autoria:

- Ter contribuído substancialmente para a concepção e desenho, recolha de dados, ou análise e interpretação dos dados;
- Ter participado na redacção ou revisão crítica do artigo no que respeita a conteúdo intelectualmente relevante;
- Ter revisto e aceite a versão final do manuscrito, aprovando a sua publicação.

Outras pessoas que possam ter contribuído para o trabalho, mas não preencham os critérios de autoria, devem ser mencionadas nos agradecimentos. Não se incluem neste grupo pessoas ou entidades que tenham contribuído exclusivamente com o financiamento do trabalho. Apenas os autores devem submeter sua assinatura à revista.

Conflito de interesses

Existe um conflito de interesses na publicação cientí-

fica quando um autor (ou a sua instituição) tem relações pessoais ou financeiras que podem influenciar as suas decisões, seu trabalho científico ou seu artigo. Nem todas estas relações representam verdadeiros conflitos de interesses, mas o potencial para conflito de interesses pode existir independentemente do autor acreditar ou não que esta relação afecta o seu julgamento científico. Este potencial para conflito de interesses pode residir nos autores, revisores ou editores. Desta forma, para manter a transparência no processo de publicação, todos os envolvidos na publicação de artigos (autores, revisores e editores) são convidados a declarar potenciais conflitos de interesses. A existência de conflitos de interesse não constitui fundamento para a rejeição dos artigos.

Conduta Ética

Para que um trabalho de investigação em seres humanos possa ser considerado válido, os autores têm de seguir uma Conduta Ética que cumpra os preceitos definidos na Declaração de Helsínquia. O protocolo de investigação deverá ser submetido a uma comissão de ética independente para que esta se pronuncie, aprovando-o ou não. A apresentação do parecer favorável desta comissão poderá ser solicitado ao autor pelo Editor nos documentos a entregar aquando da submissão do artigo. Na ausência de submissão a uma comissão de ética, deve o autor redigir uma Declaração de Conduta Ética, indicando porque motivo não foi feita essa submissão e assumindo o cumprimento dos princípios éticos em todas etapas da pesquisa relacionada com o artigo submetido. Nestes casos, caberá ao Comité Editorial avaliar se estão garantidas as condições para aceitação do trabalho. A ausência destes documentos condiciona a aceitação do manuscrito para avaliação.

Submissão de artigos para apreciação editorial

Os artigos submetidos devem ser acompanhados duma **carta ao editor** indicando para que secção da revista são propostos. O conteúdo do material enviado para publicação na Revista Moçambicana de Ciências de Saúde não pode estar em processo de avaliação, já ter sido publicado, nem ser submetido posteriormente para publicação em outros periódicos. Uma vez iniciado o processo de avaliação do periódico, este não poderá ser retirado pelos autores.

Os documentos devem ser enviados por **correio electrónico** para o endereço revistacienciassaude@gmail.com. Se os ficheiros forem demasiado extensos para serem enviados por correio electrónico deverão ser enviados em suporte físico digital (CD-ROM ou outros) para: Instituto Nacional de Saúde, Editora da Revista de Ciências de Saúde, Av. Eduardo Mondlane/Salvador Allende 1008, 1º andar, Maputo.

Lista de verificação do cumprimento das normas pelos autores

Ao submeterem um artigo os autores devem verificar que enviam os documentos aqui listados e cumprem os requisitos de formato apresentados abaixo.

1. Carta de Solicitação de Publicação

Uma Carta ao Editor solicitando a apreciação do artigo e propondo a secção da revista na qual se pretende publicar deve ser enviada para cada submissão ou resubmissão de contribuições. Esta carta deve incluir um parágrafo indicando que o manuscrito resulta dum trabalho original, não tendo sido (no seu todo ou parte) submetido para publicação previamente em qualquer revista. Um outro parágrafo deverá indicar porque os autores julgam relevante publicar o trabalho na Revista Moçambicana de Ciências de Saúde.

2. Declaração de Originalidade

Uma Carta ao Editor declarando que a informação que submetem não foi em parte ou na totalidade submetida a nenhuma outra revista indexada ou não para publicação.

3. Declaração de Autoria

O autor correspondente deverá elaborar uma carta indicando os nomes de todos os co-autores e suas instituições. Deve ser incluída na carta informação confirmando que os co-autores têm conhecimento da submissão e estão de acordo com a versão do artigo submetida á Revista Moçambicana de Ciências de Saúde.

4. Artigo

1ª Página: Título do artigo, Autor (es), Título(s) do(s) autor(es); Nome endereço físico e electrónico do autor correspondente. No fim da primeira página deve ser colocado o número de palavras do artigo, excluindo a primeira página, resumo e referências.

2ª Página: Resumo em Português. O resumo de ver ser estruturado em introdução, métodos, resultados, discussão e conclusões, sempre que tal se aplique.

3ª Página: Resumo em Inglês. Tal como o resumo em português este deve ser estruturado. Em caso de dificuldade no uso da língua inglesa a tradução do resumo pode ser solicitada ao Editor.

4ª Páginas seguintes: As páginas seguintes contêm texto (sem figuras ou tabelas) estruturado da seguinte forma: Introdução; População e Métodos, Resultados, Discussão, Agradecimentos (quando tal se aplique) e Conclusão. Os artigos de revisão, descrição de caso clínico, artigos de opinião, discussão de políticas, cartas ao editor e contribuições solicitadas pelo Editor poderão ter outro formato. 5ª Referências Bibliográficas devem ocupar as páginas seguintes. Devem ser redigidas seguindo o estilo Vancouver (<http://www.icmje.org/>) em *superscript*, como indicado a seguir:

Citação no texto

(através dum número). Ex:

A study of the bounds between science and language: in

what sense, and of what, does science provide knowledge? Is science an instrument only distantly related...¹

Artigo impresso

Autor. Título. Nome da Revista. Ano Mês; Volume(Número):Páginas. Ex:

Drummond PD. Triggers of motion sickness in migraine sufferers. Headache. 2005 Jun;45(6):653-6.

Artigo electrónico

Autor. Título. Nome da Revista [número de série na Internet]. Ano [Ano de citação data de Citação];Volume(Número): Disponível a partir de: URL. Ex

Barton CA, McKenzie DP, Walters EH, et al. Interactions between psychosocial problems and management of asthma: who is at risk of dying? J Asthma [serial on the Internet]. 2005

[cited 2010 Jun 8];42(4):249-56. Available from: <http://www.tandf.co.uk/journals/>.

Livro impresso

Autor. Título. Edição ed. Cidade: Editora; Ano. Ex:

Davidovits P. Physics in biology and medicine. 3 ed. Amsterdam: Elsevier; 2008.

Livro electrónico

Autor. Título. Cidade: Editora; Ano [citação Ano Dia e Mês]. Disponível a partir de: URL. Ex:

Azzouni, J. Knowledge and Reference in Empirical Science. London: Taylor & Francis; 2000

[cited 2010 18 June]. Available from: <http://lib.mylibrary.com/Browse/open.asp?ID=7483&loc=cover>

Sítio no Web

Autor. Título. [Tipo de veículo de informação] Cidade: Editora; Ano [actualizado Data da Última actualização; citado Data de Citação – Ano Dia Mês]. Disponível a partir de: URL. Ex:

Universidade de Aveiro. Serviços de Biblioteca, Informação Documental e Museologia. A

Biblioteca Informa. [Web page] Aveiro: SBIDM; 2007 [updated 2010; cited 2010 20 June];

Available from: <http://www.ua.pt/sbidm/biblioteca/Page-Image.aspx?id=8247>.

6ª As páginas a seguir ás referências bibliográficas devem listar as legendas das figuras e tabelas, por ordem de aparecimento no texto.

7ª As Tabelas e Figuras devem ser numeradas na sequência em que estão incluídas no texto e colocadas em páginas separadas (uma por página).

No caso de submissão de novas versões dum artigo em processo de tramitação deve ser indicado em toda a correspondência o número de registo atribuído pela Revista.

1º Dia de Febre Reumática e Cardiopatia Reumática

Organização do Instituto Nacional de Saúde

Microprojecto de Doenças Crónicas & Não Transmissíveis, Moçambique

Estudo Multicêntrico Prospectivo

Estudo realizado em 3343 pacientes com cardiopatia reumática em 25 hospitais de 12 países africanos, Índia e Iémen incluindo países de:

Renda baixa (Etiópia, Quênia, Malawi, Ruanda e Uganda),
renda média-baixa (Egipto, Índia, Moçambique, Nigéria, Sudão, Iémen)
renda média alta (Namíbia e África do Sul).

Eur Heart J. 2014 Nov. 25

Resultados e Conclusões

- Os pacientes com doença valvular reumática são jovens, predominantemente do sexo masculino e têm alta prevalência de complicações cardiovasculares importantes.
- Mediana da idade dos pacientes foi 28 anos e 66.2% eram do sexo feminino; 75.3% estavam desempregados. Quase 2/3 (63.9%) tinham doença multivalvular moderada a severa complicada com insuficiência cardíaca (33.4%), hipertensão pulmonar (28.8%), fibrilação auricular (21.8%), acidente vascular cerebral (7.1%) e endocardite infecciosa (4%).
- Há uso fraco de profilaxia secundária, anticoagulação e métodos anticoncepcionais.
- Apenas 1761 pacientes (55%) estavam em profilaxia secundária com penicilina. Anticoagulantes orais em apenas 69.5%(946) dos pacientes com indicação e qualidade da anti - coagulação adequada em 269(28.3%). Das 1825 mulheres em idade fértil apenas 3.6% (65) faziam os anticoncepcionais.

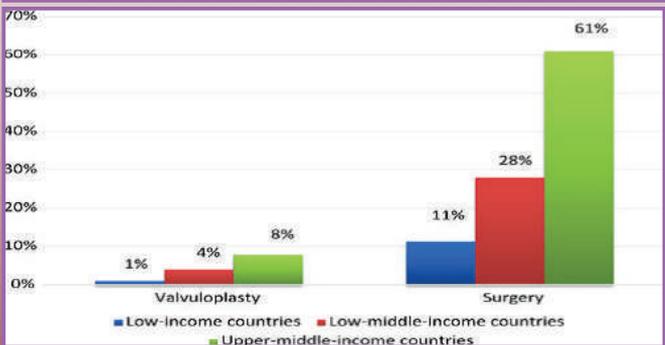
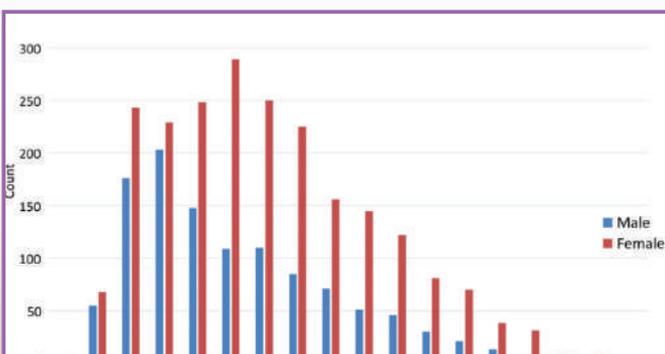


Fig 1: Distribuição por idade e sexo dos 3343 pacientes dos 25 países participantes no estudo (cima). Uso de opções terapêuticas de acordo com o nível de renda dos países. *Eur Heart J. 2014 Nov. 25*

Cardiopatia Reumática em Moçambique

- Problema de saúde pública que resulta em incapacidade e mortalidade prematuras preveníveis.
- Prevalência 30/1000 crianças em idade escolar de acordo com estudo de base comunitária realizado em Mavalane.
- Primeira causa de doença cardíaca adquirida em crianças e jovens, sendo apenas ultrapassada pelas malformações congénitas.
- Primeira indicação para cirurgia cardíaca em todas idades, correspondendo a 88% dos pacientes operados no Hospital Central do Maputo.



Palestrantes: Atílio Morais (cirurgião cardiovascular, HCM); Albertino Damasceno (cardiologista, HCM); Eduardo Samo Gudo (Diretor Científico, INS); António Leitão Marques (cardiologista de intervenção, ICOR); Ana Olga Mocumbi (cardiologista, investigadora, INS) HCM—Hospital Central de Maputo; INS—Instituto Nacional de Saúde; ICOR—Instituto do Curaçao

ACTIVIDADES DE SEGUIMENTO

- Elaboração de algoritmos para diagnóstico e tratamento para uso pelos clínicos nas US e pelas Instituições de Formação.
- Necessidade de Implementação de Programa Integrado de Prevenção e Controle envolvendo programa AIDI e Coordenação de Programas Clínicos da DNAM.
- Pesquisa de implementação deve ser desenvolvida pelo INS por forma a informar os decisores políticos.



Fig 3. Imagem dos participantes no evento científico que marcou o 1º Dia de Febre e Doença Reumática em Moçambique, e que contou com a participação de decisores políticos, investigadores, pediatras, cardiologistas, internistas, ortopedistas, cirurgiões, enfermeiros e estudantes de pré- e pós-graduação.



Estabelecimento de Unidade de Ensaios Clínicos em Tuberculose em Mavalane, Moçambique

O Instituto Nacional de Saúde (INS) implementou uma Unidade de Ensaios Clínicos em Tuberculose, no Hospital Geral de Mavalane em Maputo. Para operacionalização desta Unidade, será realizado um estudo observacional prospectivo conduzido pelo Centro de Investigação e Treino em Saúde de Polana Caniço (CISPOC) do INS em parceria com a *Ludwig-Maximilians* Universidade de Munique, Alemanha. Neste estudo, serão seguidos por pelo menos 6 meses, 80 pacientes (com idade igual ou superior a 18 anos, com Tuberculose (TB), capazes de dar consentimento e de realizar testagem para HIV). Os pacientes serão rastreados com recurso a XpertMTB/RIF na unidade de pesquisa em Tuberculose localizada no Centro de Saúde de Mavalane. Pacientes com resultado negativo para XpertMTB/RIF serão excluídos do estudo mas serão referenciados ao programa nacional de TB para avaliação e tratamento.

Os casos confirmados de TB serão seguidos durante o tratamento até aos 6 meses após o início do mesmo, para se obter dados clínicos e microbiológicos incluindo a resposta ao tratamento. O objectivo principal deste estudo é avaliar a viabilidade para realizar ensaios clínicos em TB em Maputo, Moçambique, através do rastreio, exame, inclusão e colheita de dados de pacientes com tuberculose referenciados para tratamento, bem como suspeitos de TB que são referenciados para baciloscopia no Centro de Saúde de Mavalane.

As visitas de seguimento serão realizadas nas semanas 1, 2, 4, 8, 12, 17 e 26, após o início do tratamento. Uma visita excepcional será feita em alguns pacientes na semana 52 para confirmar a cura da tuberculose. Em cada visita de estudo, será administrado um questionário médico e serão feitas análises clínicas a cada um dos participantes. De seguida, amostras de expectoração e urina serão colectadas para avaliação de novas técnicas para o diagnóstico de TB. Será feito um raio-x do tórax, teste de HIV, contagem de CD4, análise bioquímica e outras análises de sangue apenas quando o médico considerar necessário. Em visitas específicas, os participantes serão submetidos a um questionário socioeconómico e a uma avaliação fisiológica pulmonar.

O recrutamento iniciou no dia 16 de Junho de 2014. Até finais de Setembro, foram incluídos no estudo, 22 participantes. O fim do recrutamento está previsto para Março de 2015.

Contactos: Nilesh Bhatt, MD - nbhatt.mz@gmail.com (+258 21 462867), Moçambique
Andrea Rachow, MD - rachow@lrz.uni-muenchen.de (+49 89 2180 ext 17621), Alemanha

Ficha Técnica: Celso Khosa, Isabel Timana, Júlia Sambo, Nilesh Bhatt e Nilsa de Deus

Mais informações através do Departamento de Pesquisa, pelo e-mail: pesquisa@ins.gov.mz

Revista Moçambicana de CIÊNCIAS DE SAÚDE

Volume 2 | Número 1
Abril 2015

Neste número.....	6
Editorial	
Doenças Infecciosas Emergentes - <i>Ilesh Jani</i>	7
Artigos de Opinião	
Classes Sociais, Território e Saúde: uma proposta para analisar e intervir sobre a situação de saúde a partir da sua determinação social - <i>Felix Rosenberg</i>	9
Artigos Originais	
Hospitais de primeira referência em Moçambique: evolução desde a independência <i>Cláudia Conceição, Paulo Ferrinho</i>	11
Perfil epidemiológico das mortes resultantes de acidentes de viação na Província e Cidade de Maputo - <i>Carlos Funzamo, Virgilio Ceia, Samito Mazize</i>	27
Proficiência dos Laboratórios da Rede Nacional de Moçambique na Técnica de Gram - <i>Lena Manhique, Nilsa Nascimento, José Langa, Eduardo Samo Gudo, Ana Olga Mocumbi</i>	33
Percepções de Mulheres Imigrantes acerca das Dificuldades de Acesso e da Qualidade do Atendimento em Saúde em Portugal - <i>Cristianne Famer Rocha, Camilo Darsie Ana Gama, Sónia Dias</i>	39
Taxas de Perdas de Recém-Graduados das Instituições de Formação em Saúde no Momento da Colocação no Serviço Nacional de Saude em Moçambique <i>Martinho Dgedge, Gerito Augusto, Florindo Mudender, Lucy Ramirez, Julinho Alexandre, Marla Smith, Adelina Maiela, António Munguambe, Gabrielle O'Malley, Molly Robertson</i>	44
Descrição de Caso	
Políticas de saúde informadas por evidências: relato da cooperação Brasil-Moçambique - <i>Nathan Souza, Jorge Barreto, César Sousa Nilsa de Deus</i>	53
Políticas de Saúde	
Doenças Não Transmissíveis: Prioridades de assistência e pesquisa em Moçambique <i>Naisa Manafe, Ana Olga Mocumbi</i>	59
Carta do Editor	
Sérgio Taunde	68
Informação para os Autores	70