

TEORIAS E CONCEPÇÕES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Por

Margarida Paulo

Trabalho inserido no âmbito dos Direitos Fundamentais

Cruzeiro do Sul

Maputo, Fevereiro 2000

TEORIAS E CONCEPÇÕES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS BÁSICOS

A recessão económica dos anos 80 e o seu impacto sobre a qualidade de vida nos países do Terceiro Mundo realçou a importância da saúde para o desenvolvimento. Os indivíduos e as comunidades responsabilizam-se pela própria saúde e qualidade de vida, criando um clima favorável ao bem-estar e apoio necessário (Jardel:1992).

Estudos desenvolvidos por profissionais de saúde pública, na FioCruz, Rio de Janeiro, mostram que o princípio do modelo assistencial assegura aos indivíduos o direito à saúde dos níveis mais simples aos mais complexos, da atenção curativa à preventiva, bem como a compreensão do indivíduo na sua totalidade e dos indivíduos/colectividades em suas singularidades. Deste modo os serviços assistenciais de primeiro nível são determinados pela política global do Estado, respeitando o arcabouço jurídico existente (Marcus:1993).

A prioridade para os cuidados de saúde primários está inscrita nos documentos de política do Ministério da Saúde desde a Independência. A prestação de serviços foi desde cedo concebido para chegar ao nível da comunidade. O Serviço Nacional de Saúde desenvolveu-se até ao distrito articulando com a comunidade através do seu Agente polivalente elementar escolhido que treinava sem o incorporar no sistema. Este sistema de saúde sofreu com a guerra civil com perda estimada de 1/3 das infra-estruturas (Noormahomed and Cliff).

De acordo com o relatório da UNDP 1999, a capacidade de cobertura dos serviços na área de saúde, em Moçambique, é de menos 40%. Os dados que existem mostram que, em 1992 a epidemia do cólera registou mais de 30,000 casos. A esperança de vida, em 1994, era de 48 anos, a taxa de mortalidade infantil por 1,000 nados vivos era de 162, a taxa de mortalidade materna por 100,000 nados vivos foi de 1,500 isso sem contar que a taxa de mortalidade infanto-juvenil em menores de 5 anos por 1,000 nados vivos, foi de 282. Entre 1995/6 a região norte foi severamente atingida pela meningite epidémica com mais de 2,000 casos reportados.

A mortalidade infantil e pós-infantil permaneceu significativamente elevada. De modo geral, entre 1972 e 1997, as taxas mostraram-se praticamente constantes. “O maior índice de mortalidade infantil registou-se na província de Nampula (216 por mil) e o mais baixo em Maputo Cidade (49 por mil). Por outras palavras a probabilidade de morte durante o primeiro ano de vida é de 4.4 vezes maior nas crianças nascidas em Nampula do que as nascidas em Maputo-Cidade” (IDS 1997).

Na Província de Nampula a situação é pior no que se refere ao correcto tratamento de episódios de diarreia. De acordo com o IDS, mais de 80% das mães com o nível secundário ou mais administram correctamente o tratamento de fluidos de rehidratação contra 36% das mulheres sem escolaridade. Outra constatação é que as crianças que residiam nas áreas urbanas receberam mais SRO ou misturas de rehidratação caseiras (67 versus 40%) que as crianças das áreas rurais. A malária, diarreia, infecções respiratórias agudas e o sarampo ainda constituem ameaças à saúde da criança.

De acordo com o projecto de apoio aos serviços de saúde, em Nampula (1999) existe uma rede sanitária composta por 156 unidades que incluem: 1 hospital central, 1 hospital psiquiátrico, 1 hospital geral, 4 hospitais rurais, 40 centros de saúde e 109 postos de saúde. A grande questão é que as distâncias do local onde vivem as famílias a estes serviços, no meio rural, são longas (problema de acessibilidade).

O contacto dos serviços com a população por brigadas móveis tem surtido efeitos positivos para condições controláveis pela administração de tecnologia de uso único ou em poucas doses (vacinações). A sua aceitação pela população parece boa como atestam as estatísticas que denotam atenção especial à saúde materno infantil.

Porém, para mudanças associadas com melhoria do saneamento do meio e higiene em geral a interacção com a população para melhorias nas circunstancias existentes ainda está longe do desejável.

Outra realidade são as calamidades naturais (cheias, secas e ciclones) ocorrendo com certa frequência para as quais o grau de preparação em termos de medicina preventiva e a organização da população é fraco não contribuindo para mitigar os danos e promover o rápido restabelecimento da vida normal.

Os dados do quadro1, mostram o nível de utilização dos serviços da Saúde Materno Infantil - SMI- nos 21 distritos de Nampula.

Saúde Materna Infantil (SMI)

DISTRITO	ANO			
	1995	1996	1997	1998
Angoche	53,545	61,221	80,037	73,002
Mogingual	9,001	13,434	14,689	14,444
Mogovolas	115,049	97,015	95,740	77,271
Moma	83,686	84,995	104,640	129,126
Monapo	70,979	82,193	68,296	66,994
Mossuril	21,172	14,693	18,354	20,720
Ilha de Moç	26,906	27,520	20,454	44,893
Nacala-Porto	57,678	70,740	75,406	95,880
Memba	50,098	52,309	63,016	55,569
Nacala-Velha	9,546	13,076	16,063	19,724
Meconta	31,372	40,660	47,724	65,702
Eráti-Namapa	40,888	48,366	49,249	59,967
Nacaroa	9,444	13,754	24,054	38,757
Nampula Distrito	72,354	79,957	65,231	68,958
Mecuburi	39,570	30,497	35,641	44,585
Nampula-cidade	283,910	380,633	329,982	305,567
Muecate	14,014	16,796	21,774	37,090
Murupula	14,522	20,771	28,707	41,195
Ribaué	52,455	60,414	79,351	81,937
Malema	30,705	40,687	42,420	52,931
Lalaua	13,349	15,619	19,897	20,639
Província de Nampula	1,100,243	1,265,350	1,300,725	1,414,951

Fonte: Relatório DPS Nampula 1999

Constata-se que a procura dos serviços de SMI tem vindo a aumentar em todos os distritos, contudo estão ainda longe de cobrir as necessidades efectivas dos distritos. A não cobertura efectiva reflecte o problema de acessibilidade acima referido. Isso pode reduzir o potencial benéfico das vacinações quando em múltiplas doses não tomadas e explica o recurso frequente às “matronas” com reflexo na saúde da mãe.

Vacinas Administradas

DISTRITO	ANO			
	1995	1996	1997	1998

Angoche	62,613	63,094	44,957	70,097
Mogingual	17,073	25,731	23,726	30,886
Mogovolas	90,975	93,892	79,109	72,737
Moma	57,980	87,823	80,026	96,482
Monapo	156,138	90,063	84,642	91,585
Mossuril	24,414	21,132	21,822	26,805
Ilha de Moç	29,993	25,858	24,017	24,873
Nacala-Porto	63,621	71,722	62,638	72,179
Memba	50,884	53,239	68,541	73,424
Nacala-Velha	16,932	27,956	46,301	44,071
Meconta	46,520	49,295	56,599	77,164
Eráti-Namapa	66,465	75,073	82,746	73,846
Nacaroa	27,299	33,048	54,945	50,002
Nampula Distrito	53,504	66,098	54,395	50,450
Mecuburi	33,122	42,852	54,104	51,855
Nampula-cidade	173,509	196,211	208,307	186,474
Muecate	17,397	52,349	31,876	42,005
Murruvula	21,298	38,338	38,786	53,756
Ribaué	52,580	72,622	82,150	94,418
Malema	38,066	56,880	48,206	72,367
Lalaua	22,658	19,424	25,251	21,569
Provincia de Nampula	1,123,041	1,261,700	1,273,144	1,377,045

Fonte: Relatório DPS Nampula 1999

Lalaua é o distrito com menos vacinas administradas uma das causas pode ser a localização do distrito, no interior, e consequentemente de difícil acesso. Esta realidade pode deixar as populações numa situação de dupla desvantagem porque o não contacto deixa de fazer passar a mensagem e a disponibilidade das mães de vir com as crianças mais afectada por estas não terem instrução básica.

O fraco estado de saúde familiar ou comunitário, sobretudo, no que diz respeito à alta prevalência de mortalidade infantil, a malnutrição e, ultimamente, o HIV/SIDA, reflecte negativamente na economia e no desenvolvimento. Grande parte das pessoas com HIV estão na idade produtiva e reprodutiva.

De acordo com a Unicef (1999) vinte e um milhões de pessoas, em África vivem com SIDA. Os dados sobre o HIV/SIDA, mostram que a prevalência desta doença em pessoas entre 15 e 49 anos de idade, é de 12% e cerca de 65.000 crianças adquiriram o vírus através das suas mães infectadas.

O IDS (1997) constata que o nível de conhecimento da existência do SIDA é bastante elevado: 82% de mulheres e 94% de homens já ouviram falar desta doença, mas o nível de aceitação e uso do preservativo é muito baixo. Um outro facto que a PSI (1999) constatou no seu estudo foi a fraca aceitação do preservativo nas zonas rurais, principalmente pelas pessoas adultas, quando comparadas com as da zona urbana.

A saúde é um direito fundamental e constitui um dos objectivos prioritários na criação das condições de um bem efectivo, bem-estar físico-mental e social da população com vista ao pleno desenvolvimento da personalidade e da cultura numa sociedade. Assim os gastos com a saúde podem ser considerados como investimento indirecto a produção familiar ou da comunidade, mas sim um investimento necessário a saúde das famílias.

SECTOR DE ÁGUA EM NAMPULA

O Decénio Internacional da água potável e do saneamento (1981-1990) visa o fornecimento da água potável às três milhões de pessoas que não têm acesso fácil a fontes salubres.

Na zona urbana o grande problema é o tratamento da água - cloragem. A água consumida na cidade de Nampula é turva. Os sistemas de abastecimento são antigos (época colonial) e a sua manutenção tem sido um dos maiores desafios para a DPOPH.

A cobertura dos serviços de abastecimento de água rural aumentou de 6% em 1980 a 30% em 1993 (PNA: 1996).

O grande problema, na Província de Nampula, está ligado ao abastecimento de água potável, nas zonas rurais onde o acesso é difícil. “79% das famílias em cada 100 têm acesso à água enquanto recurso, ou seja, em poços comunitários ou nos rios e lagoa” (Cruzeiro do Sul: 2001).

Os rios, em particular, têm utilidade multivariada. Servem para matar a sede dos animais, dos homens, lavar a roupa, realizar rituais, etc. Como garantir que a água tenha boas condições para ser consumida? Qual a melhor forma para fazer a manutenção dos poços, com o apoio da população, e a baixo custo?

Os poços na grande maioria não estão protegidos. Em algumas regiões os rios e poços estão próximos dos locais onde vive a população, mas no geral estes localizam-se a longas distâncias da aldeia.

Há dois níveis de abastecimento de água: Empresas de Água (zona urbana) e os pequenos sistemas de água (zona rural), coordenado pelo Departamento de Água Rural. A empresa de água tem como prioridade reabilitar e fazer manutenção dos sistemas de água. Os pequenos sistemas de água preocupam-se com a abertura de fontes de água (poços e fontanários nos distritos). A aposta do DAR era de criar um sistema de trabalho multidisciplinar e integrado de modo a conter custos e garantir qualidade dos serviços.

Para além do DAR, o Sistemas de Águas Sustentáveis (SAS) um projecto bilateral financiado pelo governo do Reino dos Países Baixos actua especificamente na área de pequenos sistemas de água. Outras organizações internacionais que actuam na área dos pequenos sistemas são o UNCDF e a Cooperação Suíça. Também existe a MS organização dinamarquesa que actua na área de água.

Na área dos pequenos sistemas está a acontecer transformações significativas, em Moçambique. Estas transformações tem implicações nos modelos de gestão a aplicar. Necessita-se de encontrar formas de participação dos actores envolvidos no sector para atingir um modelo de gestão que é sustentável.

Em 1994, a Província de Nampula tinha uma média de 601 fontes em 119 localidades. Das quais 32.7% estavam em bom estado, isto significa que Nampula apresentava uma cobertura de 7.1% para uma população de cerca de 2.1 milhões de habitantes dos quais 67.9% representava a população rural que consumia água imprópria, causando-lhes doenças. Do total da população, um pouco mais de 25% representava a população economicamente activa, isto é, que consumia água potável.

Das 1371 fontes previstas até ao fim deste ano foram construídas 160 em localidades e aldeias comunais, isto significa que o índice da população que consumia água imprópria diminuiu, comparativamente ao ano de 1994 ao ano de 1999, verifica-se uma evolução de 14.3%.

O problema fundamental ao nível do sector de água, em Nampula está na clareza de critérios para abastecimento de água tanto para as zonas rurais como urbanas. Em alguns distritos foram introduzidos o Princípio de Procura, como projecto piloto, onde a comunidade deve manifestar o interesse em ter água e manifestar interesse significa aceitar pagar a água.

Distribuição da água na Província de Nampula.

AREA		NUMERO	%
Rural	Poços furos e rios	240000	79%
	Pequenos sistemas	180000	6%
Urbana	Nacala e Nampula	470000	15%

Fonte: Informação do PLANAGUAS, 1997.

79% da população na área rural depende de poços, furos ou captação directa dos rios. 15% da população que vive nas cidades de Nampula e Nacala 6% dependiam dos pequenos sistemas, nas sedes distritais.

A quantidade de água distribuída era de 3.142.000 m²/ano isso implicava uma perda total de 29% entre captação e as ligações de casa. Nos anos 1990 e 1994 as perdas eram muito elevadas (44%) enquanto nos últimos anos as perdas totais do sistema reduziram a 15%.

Cobertura de água nas zonas rurais.

DISTRITO	%
Nampula	29
Meconta	16
Monapo	8
Mossuril	30
Ilha de Moç	23
Nacla-Porto	13
Nacala-Velha	6
Nacaroa	9
Memba	2
Erati-Namapa	7
Mecuburi	7
Ribawé	14
Malema	3
Mogovolas	12
Murupula	15
Moma	18
Angoche	34

Lalaua	6
Muecate	3
Mogingual	11

Fonte: DPOPH, Novembro 1999.

Os distritos com mais cobertura de água eram Angoche (34%), Mossuril (30%), Nampula (29%) e Ilha de Moçambique (23%). Os distritos com menos cobertura eram: Malema e Muecate com (3%), e Memba com (2%).

Para os distritos com menos cobertura de água deve-se, por um lado pelo fraco apoio de ONG's internacionais e nacionais na recuperação e abertura de fontes. A falta de coordenação entre os parceiros e de ênfase em incrementar número de fontes e melhoria gradativa da qualidade da água, por meios facilmente mantidos pelos utentes pode estar constituindo um dos factores da fraca cobertura de água nesses distritos.

Resumindo: As actividades predominantes do sector de abastecimento de água e saneamento, em Nampula, circunscrevem-se à assistência na construção e reabilitação de fontes que incidem fortemente nas zonas rurais. Nas zonas urbanas que tiveram um grande crescimento populacional as infra-estruturas são insuficientes, não estão mantidas e assentam numa base de contribuintes. A privatização poderá melhorar a gestão, contudo, a sustentabilidade do sistema e a acessibilidade da água a todos não se resolve com as regras do mercado.

Acesso a Fontes de Água Potável

DISTRITO	Nº FONTES OPERACIONAIS	POPULACAO SERVIDA
Nampula	61	30500
Meconta	21	47818
Monapo	25	89467
Mossuril	16	10100
Ilha de Moç	15	7500
Nacala-Porto	13	6500
Nacala-Velha	9	11500
Nacaroa	8	4000
Memba	4	2000
Erati-Namapa	37	69587
Mecuburi	10	5000
Ribawé	15	19190
Malema	6	3000
Mogovolas	12	6000
Murupula	30	24252

Moma	67	33500
Angoche	63	31500
Lalaua	3	6500
Muecate	7	3500
Mogingual	20	10000
Província	442	421412

Fonte: DPOPH, Novembro 1999.

O acesso a fonte de água potável constitui um problema de fundo na Província de Nampula, principalmente, nas zonas rurais. Deste modo verifica-se que há disparidade em quase todos os distritos no número de fontes operacionais e no total da população servida. O caso mais alarmante encontra-se no distrito de Lalaua com 3 fontes para 6500 pessoas.

LACUNAS

A limitação de educação das pessoas está na origem da não participação dos serviços básicos. A formação e participação da população nos projectos e programas de: saúde e água constituem uma forma de promover e garantir a sua participação efectiva.

Não há aposta séria nas formas de comunicação interpessoal e nos órgãos de comunicação. A prevenção da malária feita pelos meios de comunicação, atinge um certo tipo de interlocutor que tem rádio ou televisão mas se a mensagem for passada por um líder religioso reconhecido pela comunidade terá outro impacto.

Só existe preocupação em prevenir as doenças quando elas já lá estão. Portanto não é frequente o hábito de informar as pessoas sobre os riscos de deixar pântanos em redos de casa ou então explicar as pessoas para retirarem o lixo.

As pessoas não assumem a prevenção como algo necessário para a sua saúde, sendo tranferido esta função para a Direcção Provincial da Saúde.

ESPAÇOS ALTERNATIVOS E ESTRATÉGIAS PARA PROGRAMAS DE ACÇÃO

Dados referentes a 13 países africanos¹ mostraram que quando a instrução feminina aumenta 10% caem no mesmo percentual as taxas de mortalidade infantil; mas as alterações no nível de instrução masculina exerceram pouca influência. A eficácia dessa medida deve ser avaliada não apenas em termos de sua influência imediata na saúde e na condição física, mas também em termos de educação para uma vida saudável.

Há uma correlação estreita entre a educação da mulher e o estado de saúde da criança desde a gravidez até a nascença. Quanto mais a mulher estiver instruída melhor estará preparada para cuidar da saúde da criança e da família. A educação que se pretende para a mulher não é só a formal mais toda a educação que lhe permite ter capacidade para distinguir, solucionar os seus problemas primários. A instrução aumentará sua capacidade de colaborar na família e na comunidade.

¹ Relatório do Banco Mundial 1993

As mulheres com instrução casam e têm filhos mais tarde, utilizam melhor os serviços de saúde e exploram melhor a informação que lhes for dada no âmbito da higiene pessoal e da saúde das crianças.

Os princípios fundamentais da política sobre os cuidados de saúde primários, em Moçambique, prevêem a cooperação inter-sectorial e participativa da comunidade nas actividades de saúde. Isso significa que os programas de saúde devem ser implementados de forma a que haja multidisciplinaridade. Por exemplo um projecto na área de saúde comunitária pode cooperar com o sector de água, educação e planeamento físico.

A DPOPH está a desenvolver um plano integrado com o apoio do UNICEF para criação de hábitos de higiene. O que acontecia antes, por exemplo: era de existirem programas de latrinas melhoradas em locais onde não havia água. Com o plano integrado vai ser possível construir uma latrina e colocar água. Mesmo ao nível da divulgação dos cuidados de saúde integrar componentes de água, educação e saúde, do que se fizerem separadamente. Na cidade de Nampula existem 86 fontenários nos bairros suburbanos, excepto o bairro de Natiqiri porque a estrutura geográfica não permite a existência de fontenários. Há constrangimentos culturais no uso de latrinas melhoradas.

O sistema educacional é o meio mais abrangente para divulgar os conhecimentos sobre saúde, e para desenvolver atitudes e práticas saudáveis. As escolas podem trabalhar como parceiros dos serviços de saúde, como, por exemplo: servir de postos temporários de vacinação, centros de ensinamento de reidratação oral, postos para pesar crianças ou pontos de encontro para classes de orientação sobre saúde para adultos.

As instituições religiosas que para o caso de Nampula, representam 50% católicos e 50% muçulmanos, desempenham um papel importante na integração na vida social e cultural da província. Através da palavra falada ou escrita a religião pode conseguir sensibilizar grande parte da população a aderir os serviços correctamente. Para além da palavra, pode-se aproveitar a “Rádio Encontro”² para divulgar programas educativos na área de água, saúde e preservação do meio ambiente, porque também esta rádio é conhecida, localmente como a rádio dos jovens e que se interessa com os problemas da comunidade.

CONCLUSÕES:

Em Nampula a problemática central na área de saúde está no alto nível de mortalidade infantil e na contrair de doenças por falta de higiene, portanto deve apostar-se na relação formal e interpessoal para garantir que os programas de prevenção das doenças sejam cumpridos. Garantir que maior parte da população, principalmente, as mulheres tenham instrução.

O factor sócio-cultural constitui um entrave para a correcta utilização dos serviços de saúde e das fontes de abastecimento de água, para tal propõe-se um conhecimento mais aprofundado da realidade local e das formas de comunicação.

Em localidades onde os centros de saúde estão distantes, os agentes polivalentes de saúde podem desempenhar um papel utilitário. Estes se capacitados em áreas não só ligadas a saúde, mas também a água e educação, de modo a que apoiem eficientemente a comunidades.

² Rádio católica aberta para responder as preocupações dos jovens católicos. Tornou-se famosa, em Nampula, pelos programas educativos que promove às comunidades.

A nível institucional deve-se procurar ter relação estreita com a comunidade, dialogando de modo a assegurar condições mínimas de funcionamento.

No que diz respeito ao saneamento constatamos que a aglomeração de população exige serviços que não acompanhando a necessidade mostram por vezes quebra na capacidade. Constatamos a falta de eliminação do lixo ao longo das ruas da cidade e dos bairros periféricos. Exemplo: em frente ao Hospital Central, a lixeira do bairro de Muatala, os esgotos na cadeia civil, a drenagem das águas nos CFM, etc. Há necessidade de rever a situação e desenvolver em parceria com a sociedade civil programas específicos.

A vacinação como prática factível e eficaz deveria motivar a DPS a encontrar mecanismos de incremento das taxas de vacinação completa das crianças de uma maneira mais homogénea dentro da província. Poderiam contar com o apoio dos Agentes Polivalentes, Professores e das próprias mães se instruídas.

Apostar nos Programas educativos de saúde no sentido de diminuir os altos níveis de diarreia, cólera e malária e esclarecer e incentivar as populações no uso de latrinas melhoradas e remoção e tratamento do lixo.

BIBLIOGRAFIA:

Avaliação da estratégia nacional de saúde para todos no ano 2000. Maputo: MISAU. 1988.

BODSTEIN, Regina C. de A. Serviços locais de saúde: construção de atores e política. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 1993.

LEAVELL Hugh e CLARK E. Gurney. Medicina Preventiva. São Paulo: Mc GRAW-Hill. 1976.

Organização e funcionamento do sistema de saúde em Moçambique, Relatório de Avaliação. Maputo, 1990.

OMS. Drinking Water Quality. Génova. Vol I, II, III. 1984.

Relatório do estudo sobre os serviços de saúde e da situação da gestão na DPS em Nampula, 1998.

Relatório sobre desenvolvimento humano 1993

VALLA, Victor Vincent. Participação popular, educação e saúde: teoria e prática, Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1993.

TODARO, Michael P. Educational Development, in: Economic Development in the THIRD WORLD. New York & London: Long man. 1989. p.330-362.

ABREVIATURAS

DNA – Direcção Nacional de Águas

DGRH – Direcção Geral de Recursos Hídricos

DPS – Direcção Provincial de Saúde

DPOPH – Direcção de Obras Públicas e Habitação

IDS – Inquérito Demográfico e de Saúde

MOPH – Ministério de Obras Públicas e Habitação

ONG 's – Organizações Não Governamentais

SIDA – Síndrome de Imune Deficiência Adquirida

SMI – Saúde Materno Infantil

UNDP - United Nation Development Fund